ایران

ویژه نامه هفته ملی بیمه سلامت - آبان ۱۴۰۵



۳۲ سال دستاوردهای بیمه سلامت ایران
در نظام بهداشت و درمان؛
از بیمه همگانی تا سلامت پایدار

سلامت در مسیر زندگی

#سلامت_در_مسیر_زندگی

هفته ملی بیمه سلامت
۲ تا ۸ آبان ۱۴۰۵

هفته ملی بیمه سلامت
۲ تا ۸ آبان ۱۴۰۵

شنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۲	وفاق ملی و بیمه همگانی برای عدالت در سلامت
یک شنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۳	از حمایت دولت تا مشارکت خیرین برای حمایت پایدار بیماران صعب العلاج
دوشنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۴	داده کاوی و نظارت هوشمند، صیانت از منابع برای حفاظت مالی خانواده
سه شنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۵	نوآوری هوشمند، شفافیت و دسترسی آسان به خدمات
چهارشنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۶	سواد سلامت، پزشک خانواده و پیشگیری پایدار با مشارکت مردمی
پنج شنبه ۱۴۰۵/۰۸/۰۷	همراهی با تیم ملی سلامت برای سلامت یک ملت
جمعه ۱۴۰۵/۰۸/۰۸	همراهی با مردم از فرزندآوری سالم تا سالمندی باکیفیت

#سلامت_در_مسیر_زندگی

ایران

Iran Newspaper

آبان ۱۴۰۵

- پیشگفتار ۴
- گزارش ویژه ۷
- گفت‌وگوهای ویژه ۳۱
- یادداشت های تخصصی ۷۱
- گزارش عملکرد مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت ۱۸۱

صاحب امتیاز: خبرگزاری جمهوری اسلامی
مدیرمسئول: صادق حسین جابری انصاری
مدیرعامل: علی متقیان
سردبیر کل: هادی خسروشاهین
سردبیر: امیر پروسنان
تحریریه: امیر پروسنان، سمانه حسین زاده ، مریم لکزائی مفرد و الناز نوایی
معاون بازرگانی و استان‌ها : محمد بابائی

عکس : قاسم یعقوبی و عبدالرضا کیانی
طراحی و صفحه آرایی: پگاه گودرزی
مدیر چاپ و چاپخانه: بابک اسکندرنیا
رئیس لیتوگرافی: محمد آقا رضی
لیتوگرافی و چاپ: مؤسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران ۷-۸۴۷۱۱۵۰۵
نشانی روزنامه ایران: تهران، خیابان خرمشهر، شماره ۲۰۸
تلفن: ۸۸۷۶۱۷۲۰ - نمابر: ۸۸۷۶۱۲۴۵
تلفن سازمان آگهی‌های روزنامه ایران: ۴-۸۸۵۰۰۶۰۱ - ۱۸۷۷



رهبر شهید انقلاب حضرت آیت الله سید علی حسینی خامنه ای (ره)

ما می خواهیم اگر کسی در خانواده ای مریض شد، آن خانواده بیش از رنج مریض داری، رنج دیگری نداشته باشد.



رهبر انقلاب حضرت آیت الله سید مجتبی خامنه ای (مدظله العالی)

از یاری و کمک به یکدیگر فروگذار نکنید



دکتر مسعود پزشکیان؛ رییس جمهور

بیمه سلامت بزرگترین گام برای تحقق عدالت در نظام درمانی کشور است.



دکتر محمدباقر قالیباف ؛ رئیس مجلس شورای اسلامی

نباید هیچ ایرانی برای درمان، دغدغه بیمه داشته باشد؛ بیمه سلامت باید آرامش خانواده‌ها را تضمین کند.



دکتر محمدرضا ظفرقندی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیمه پایه درمان رایگان یک افتخار برای نظام است، اما باید به آموزش و پیشگیری بها دهیم تا هزینه‌های سلامت کاهش یابد.



پیشگفتار

بیمه سلامت؛ نماد عدالت در سلامت و تاب‌آوری ملی

فرا رسیدن هفته بیمه سلامت، فرصتی ارزشمند برای بازخوانی دستاوردها، ارزیابی مسیر طی‌شده و تجدید میثاق با آرمان تحقق «پوشش همگانی سلامت» و گسترش عدالت اجتماعی است. نظام سلامت هر کشور ستون پایداری رفاه عمومی و پیشرفت پایدار آن به‌شمار می‌رود و در این میان، سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان بزرگ‌ترین نهاد بیمه‌گر پایه در کشور با پوشش بیمه‌ای بیش از ۴۵ میلیون نفر، افتخار دارد که در سال‌های اخیر با اتخاذ رویکردهای تحولی، ارتقای چتر حمایتی خود را از یک ضرورت اداری به یک واقعیت ملموس اجتماعی بدل سازد.

سازمان بیمه سلامت ایران با هدایت سیاست‌های کلان نظام و اسناد بالادستی، گام‌های بنیادینی در راستای تضمین دسترسی عادلانه، ارتقای کیفیت خدمات و کاهش پرداخت از جیب مردم برداشته است:

۱. تعمیق عدالت اجتماعی و پوشش همگانی سلامت

دستیابی به پوشش همگانی سلامت از اصول خدشه‌ناپذیر حاکمیت نظام سلامت است. در همین راستا، پوشش بیمه‌ای کاملا رایگان برای دهک‌های اول تا پنجم درآمدی جامعه و تخفیف در پرداخت حق بیمه برای دهک‌های ششم تا نهم، به‌عنوان یک اقدام تاریخی در جهت صیانت از اقشار آسیب‌پذیر و کاهش نابرابری‌های سلامت به ثمر نشسته است؛ اقدامی که اطمینان خاطر را به جامعه هدف بازگرداند که هیچ بیماری به سبب محدودیت مالی از دریافت خدمات درمانی محروم نخواهد ماند.

۲. گسترش چتر حمایتی در حوزه‌های راهبردی و پرهزینه

حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج: با راه‌اندازی صندوق حمایت از بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، بخش عمده‌ای از بار مالی سنگین دارو و درمان این عزیزان پوشش داده شده و گام بلندی در کاستن از رنج بیماری برداشته شد.

•حمایت از زوجین نابارور و جوانی جمعیت: در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پوشش حداکثری هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناباروری در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی استقرار یافته و موانع مالی فرزندآوری تا حد قابل توجهی برطرف شده است.

•پوشش هزینه‌های خدمات توانبخشی: بسته‌های خدمتی گسترده‌ای در حوزه کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی و فیزیوتراپی تحت پوشش قرار گرفته تا افراد دارای معلولیت و نیازمندان به مراقبت‌های ویژه با آرامش خاطر پیگیر فرایند توانبخشی خود باشند.

۳. تحول دیجیتال، استقرار صد درصدی نسخه الکترونیک و نظارت هوشمند

پایان عصر فرآیندهای کاغذی و تحقق اجرای صد درصدی برنامه نسخه الکترونیک، شفافیت مالی و داده‌ای کم‌سابقه‌ای را در زنجیره ارائه خدمات به وجود آورده است. این داده‌محوری بستر لازم را برای پیاده‌سازی سامانه‌های «نظارت هوشمند الکترونیک» مهیا ساخته است؛ به‌گونه‌ای که صیانت از بیمه‌شدگان، پایش رفتار تجویزی و بهبود کیفی تجویز و مصرف منطقی دارو در چارچوبی فناورانه و بدون وقفه محقق می‌شود.

۴. پایداری خدمات در بحران‌ها؛ تاب‌آوری در جنگ‌های تحمیلی ۱۲ روزه و رمضان

آزمون واقعی یک سازمان حمایتی در مواجهه با شرایط بحرانی و چالش‌های ملی رقم می‌خورد. عملکرد قاطع بیمه سلامت در تداوم بی‌وقفه پوشش‌های بیمه‌ای و پشتیبانی تمام‌قد مالی و لجستیکی از بیمه‌شدگان و مصدومان در جریان «جنگ ۱۲ روزه» و «جنگ رمضان»، تجلی بارز پویایی، تاب‌آوری سازمانی و تعهد بی‌قیدوشرط به امنیت درمانی هم‌وطنان در سخت‌ترین شرایط امنیتی و زیستی بود.

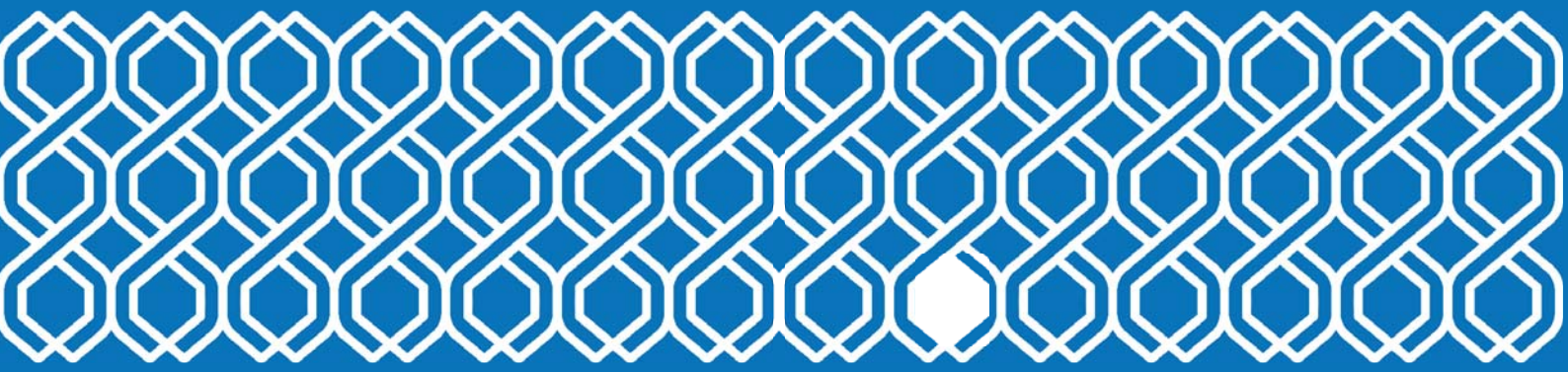
۵. ضرورت تامین و تخصیص پایدار و به‌موقع منابع

حفظ، پایداری و ارتقای این زنجیره ارزشمند نیازمند یک اصل بنیادین است: «تامین و تخصیص پایدار و به‌موقع منابع اعتباری سازمان بیمه سلامت ایران». تداوم آرامش خاطر جامعه و حفظ نقدینگی زنجیره تامین خدمات سلامت در بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و کادر درمان، مستلزم هم‌افزایی همه‌جانبه نهادهای برنامه‌ریز و بودجه‌ریز کشور است تا دستاوردهای بزرگ حاصل‌شده در حوزه پوشش همگانی و حمایت‌های ویژه دچار وقفه نشود.

در پایان، هفته بیمه سلامت را به تمام همکاران پرتلاش، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و یکایک هم‌وطنان ارجمند تبریک عرض می‌کنم و امیدوارم با اتکا به خداوند متعال، همواره تکیه‌گاهی امن برای سلامت و کرامت انسانی ایرانیان باشیم.

دکتر محمدمهدی ناصحی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران



گزارش ویژه

هفته ملی بیمه سلامت

برگزاری نخستین رویداد نوآورانه بیمه سلامت ایران با مشارکت زیست‌بوم نوآوری

HiNext 2026

Health Insurance & Innovation Next

نخستین رویداد «نوآورانه، فناورانه و تجربه بیمه سلامت ایران» با عنوان HiNext همزمان با هفته بیمه سلامت با هدف شبکه‌سازی و همرسانی میان بیمه پایه سلامت و زیست‌بوم نوآوری و فناوری کشور و بهره‌گیری از ظرفیت‌های نوآورانه و فناورانه برای پاسخ به نیازها و چالش‌های حوزه بیمه پایه سلامت برگزار می‌شود.

رویداد «نوآورانه، فناورانه و تجربه بیمه سلامت ایران» HiNext که با همکاری ستاد زیست فناوری، سلامت و فناوری‌های پزشکی معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش بنیان ریاست جمهوری، پنجم آبان ماه ۱۴۰۵ برگزار می‌شود، بستری برای تعامل و همکاری میان سازمان بیمه سلامت ایران، شرکت‌های دانش‌بنیان و فناور، استارتاپ‌ها، دانشگاه‌ها، مراکز پژوهشی، صاحبان ایده و سایر فعالان زیست‌بوم نوآوری و فناوری کشور فراهم می‌کند.

شناسایی و توسعه ایده‌های نوآورانه، بهره‌گیری از ظرفیت فناوری‌های نوین و به ویژه هوش مصنوعی، حل مسائل و چالش‌های واقعی، انتقال و به اشتراک‌گذاری دانش و تجارب موفق، شناسایی ظرفیت‌های فناورانه و ایجاد زمینه برای شکل‌گیری همکاری‌های مشترک از مهم‌ترین اهداف برگزاری این رویداد است.

یکی از محورهای مهم HiNext، انتقال و اشتراک‌گذاری تجارب موفق سازمان در سطح استان‌ها است که تجارب منتخب ادارات کل بیمه سلامت ۳۱ استان کشور در قالب نمایشگاه جانبی ارائه می‌شود تا زمینه بهره‌گیری از راهکارهای موفق و تعمیم تجارب اثربخش در سطح سازمان فراهم شود.

در بخش «ارائه معکوس چالش‌ها»، مسائل و چالش‌های واقعی سازمان در اختیار صاحبان ایده، دانشگاهیان، شرکت‌های دانش‌بنیان، فناوران و فعالان حوزه نوآوری قرار می‌گیرد تا با رویکرد حل مسئله، راهکارهای پیشنهادی برای آنها ارائه و زمینه تبدیل چالش‌های سازمانی به فرصت‌های نوآورانه فراهم شود.

همچنین معرفی و رونمایی از «سندباکس بیمه سلامت ایران» کلینیک نوآوری و نشست‌های B2G از دیگر بخش‌های این رویداد است. این بخش‌ها با هدف تسهیل گفت‌وگو و تعامل میان مدیران و کارشناسان سازمان با فناوران، شرکت‌های دانش‌بنیان، صاحبان ایده و سایر فعالان زیست‌بوم نوآوری و فناوری برگزار می‌شود.

پیوند میان دانش، تجربه، فناوری و نیازهای واقعی نظام بیمه پایه سلامت می‌تواند مسیر حرکت به سوی خدمات هوشمند، دقیق، کارآمد و متناسب با نیازهای مردم را هموار کند.

سازمان بیمه سلامت ایران از تمامی فعالان زیست‌بوم نوآوری و فناوری کشور، از جمله شرکت‌های دانش‌بنیان و فناور، استارتاپ‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی، شتاب‌دهنده‌ها، مراکز نوآوری، صاحبان ایده و سایر مجموعه‌های فعال در این حوزه دعوت می‌کند تا با حضور و مشارکت در HiNext، در شناسایی و ارائه راهکارهای نوآورانه برای مسائل و نیازهای حوزه بیمه پایه سلامت نقش‌آفرینی کنند.

نخستین رویداد «نوآورانه، فناورانه و تجربه بیمه سلامت ایران» با همکاری ستاد زیست فناوری، سلامت و فناوری‌های پزشکی معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش بنیان ریاست جمهوری، پنجم آبان‌ماه ۱۴۰۵ برگزار می‌شود.

دو بال نوآوری؛ از تجربه‌های درون سازمان تا راهکارهای بیرونی

گفتنی‌ست این رویداد بر مدل «دو بال نوآوری» استوار است. بال نخست، شناسایی و ارزیابی تجربه‌های موفق اجرا شده در ادارات کل ستادی و استانی را دنبال می‌کند؛ تجربه‌هایی که به کاهش هزینه‌ها، افزایش بهره‌وری یا تسهیل ارائه خدمات منجر شده‌اند و قابلیت انتقال به دیگر بخش‌های سازمان را دارند.

بال دوم، به احصای ۱۵ چالش کلیدی و تخصصی سازمان و ارائه آن‌ها به زیست‌بوم نوآوری اختصاص دارد. در بخش «ارائه معکوس» یا ریورس‌پیچ، مدیران سازمان مسائل و نیازهای واقعی را مطرح می‌کنند تا نوآوران، دانشگاه‌ها و شرکت‌های دانش‌بنیان، راهکارهای متناسب با این چالش‌ها ارائه دهند.

چهار محور برای معرفی تجربه‌های موفق همکاران

تجربه‌های سازمانی در چهار محور «پیشگیری سطح نخستین، اصلاح سبک زندگی و خودمراقبتی»، «پیشگیری سطح چهارم و مهار هزینه‌ها»، «صیانت مالی و بهینه‌سازی منابع» و «ارتقای رضایتمندی و هوشمندسازی فرایندها» بررسی خواهند شد.

اقداماتی در زمینه آموزش بیمه‌شدگان، کنترل خدمات و تجویزهای تکراری، بهبود رسیدگی به اسناد پزشکی، کاهش زمان ارائه خدمت و تسهیل پاسخگویی به ذی‌نفعان، از نمونه‌های قابل طرح در این محورها هستند.

مطابق سند اجرایی، بخش ثبت تجربه‌های موفق به اقدامات نوآورانه و فناورانه‌ای اختصاص دارد که اجرا شده و نتایج ملموس داشته‌اند؛ ایده‌های خام، طرح‌های روی کاغذ و موارد ثبت‌شده در سامانه پیشنهادات، مشمول این بخش نیستند.

جزییات برنامه‌های رویداد اصلی

افتتاحیه، ارائه چالش‌های سازمان، پنل تخصصی محیط آزمون نوآوری بیمه سلامت، نمایشگاه تجربه‌ها و محصولات، نشست‌های تعاملی کلینیک نوآوری و تجلیل از تجربه‌های برگزیده، از برنامه‌های پیش‌بینی‌شده برای رویداد اصلی است.

همچنین برای تجربه‌های منتخب، شناسنامه دیجیتال و کد QR پیش‌بینی شده است تا مستندات، فیلم‌ها، اینفوگرافیک‌ها و شواهد نتایج آن‌ها در دسترس بازدیدکنندگان قرار گیرد.

مسیر رویداد پس از روز برگزاری نیز ادامه خواهد یافت. در مرحله پسارویداد، پیگیری قراردادها و اجرای آزمایشی تجربه‌ها و محصولات برتر متناسب با چالش‌های اولویت‌دار سازمان پیش‌بینی شده است تا پس از ارزیابی نتایج، امکان توسعه و تعمیم راهکارهای موفق بررسی شود.

در این رویداد، ادارات کل ستادی و استانی نقش محوری در کشف تجربه‌های ارزشمند، معرفی مسائل و انتقال دانش دارند؛ مشارکتی که می‌تواند راهکارهای آزموده‌شده در یک واحد را به فرصتی برای بهبود خدمات در سراسر سازمان تبدیل کند.



چالش چندپارگی منابع سلامت

امیر پروسنان

تجمیع منابع سلامت تکلیفی قانونی است که اجرا نشده و اکنون این مهم مورد تاکید رئیس جمهور است، اما نه تنها این قانون بر زمین مانده، بلکه برخی منابع مانند ۱۰ درصد حق بیمه شخص ثالث برای درمان مصدومان ترافیکی نیز به صورت ناقص در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد؛ موضوعی که به گفته معاون درمان وزارت بهداشت در حال کارشناسی برای انتقال به بیمه سلامت است.

درمان مصدومان در حوادث رانندگی در بیمارستان‌های دولتی رایگان است؛ الزامی قانونی که هزینه‌های آن از محل حق بیمه شخص ثالث تامین شده و از طریق بیمه مرکزی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داده می‌شود.

بر اساس ماده ۳۰ قانون «الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)» مصوب ۴ اسفند ۱۳۹۳ مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولت و غیردولتی همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان، معادل ۱۰ درصد از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور در چارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود. توزیع این منابع بین دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط وزارتخانه یادشده با تایید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور بر اساس عملکرد واحدهای یاد شده بر مبنای تعرفه‌های مصوب هر سه ماه یک بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر ۶ ماه یک بار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران هم مسئول حسن اجرای این ماده است.

منابع سلامت باید در بیمه تجمیع شود

ماجرای تجمیع بیمه‌های پایه سلامت سال‌هاست بر زمین مانده، در حالی‌که در بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، به صراحت به ادغام صندوق‌های بیمه درمانی اشاره شده است. در این بند دولت مجاز شده بود که بخش‌های بیمه‌ای درمانی همه صندوق‌هایی که مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون محاسبات عمومی هستند را در یک سازمان (سازمان بیمه سلامت ایران) ادغام کند.

هدف از این ادغام، ایجاد پوشش فراگیرتر، حذف هم‌پوشانی‌ها و افزایش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی است.

دکتر سید سجاد رضوی، معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه گفت: تجمیع منابع بیمه‌های پایه سلامت در حال کارشناسی است تا بتوانیم تمام منابع حوزه سلامت را بر اساس برنامه هفتم پیشرفت و سیاست‌های کلی سلامت در بیمه‌ها تجمیع کنیم.

وی ادامه داد: منابع حوزه سلامت فقط باید در یک جا تجمیع شود که آن هم بیمه است و تنظیم‌گری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شود.

معاون وزیر بهداشت افزود: تجمیع منابع بیمه‌های پایه سلامت در کشور ضروری است تا بتوانیم خدمات سلامت را با هزینه اثربخشی بهتر ارائه بدهیم و در این زمینه باید به قوانین بالا دستی توجه کنیم.

منابع درمان مصدومان ترافیکی به درستی پرداخت نمی‌شود

ماجرای ۱۰ درصد حق بیمه شخص ثالث که باید به وزارت بهداشت پرداخت شود، یک موضوع قانونی و اجرایی در ایران است که از یک طرف به تامین منابع برای درمان رایگان مصدومان تصادفات رانندگی مربوط می‌شود و از طرف دیگر به مشکلات اجرایی و پرداخت‌های ناقص بین بیمه‌ها و وزارت بهداشت کشیده شده است.

این موضوع در حالی‌ست که نه تنها تجمیع منابع سلامت در بیمه‌ها بر اساس قانون رخ نداده، بلکه هزینه‌های مصدومان تصادفات نیز به طور مستقیم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داده می‌شود و نشان دهنده نوعی چندپارگی در منابع سلامت است.

در سال ۱۴۰۳ معاون درمان سابق وزارت بهداشت از پرداخت ناقص این اعتبار از سوی بیمه‌های تجاری انتقاد کرده بود. دکتر سعید کریمی در اردیبهشت ۱۴۰۳ گفت: سال گذشته (۱۴۰۲) در این زمینه ۸ هزار میلیارد تومان بودجه مصوب شد که ۲ همت آن برای تملک دارایی و ۶ همت هم هزینه‌ای بود؛ اما درنهایت آنچه که به وزارت بهداشت از این محل تحویل داده شد ۲۳. همت بود که در این باره به دستگاه‌های مسئول هم اعتراض خود را اعلام کرده‌ایم.

معاون سابق وزارت بهداشت گفته بود: هزینه‌های ما برای درمان رایگان مصدومان ترافیکی در ۱۰ ماه اول سال ۱۴۰۲ بالغ بر ۶ هزار میلیارد تومان بوده، اما پولی که در این زمینه به ما پرداخت شده بالغ بر ۲۳. همت بود و همین موضوع هم باعث ایجاد کسری برای وزارت بهداشت است.



آیا امکان انتقال این منابع به بیمه سلامت وجود دارد؟

دکتر رضوی، معاون درمان وزارت بهداشت در پاسخ به این سوال که آیا امکان انتقال هزینه درمان مصدومان تصادفی از محل ۱۰ درصد حق بیمه شخص ثالث به سازمان بیمه سلامت وجود دارد، اظهار کرد: یکی از مشکلات در این زمینه، منابع محدود سازمان بیمه سلامت ایران است و در حال حاضر حدود ۷ تا ۸ ماه تاخیر در پرداختی‌ها به مراکز درمانی وجود دارد. درباره انتقال هزینه‌های مربوط به مصدومان تصادفی به سازمان بیمه سلامت، این نگرانی وجود دارد که منابع در جای خود هزینه نشده و به بدهی‌های مربوط به مراکز درمانی تخصیص داده شود که البته این موضوع تابع اصول سازمان‌های بیمه‌گر است.

معاون وزیر بهداشت گفت: اگر بتوانیم منابع سازمان‌های بیمه گر سلامت را پایدار و به روز کنیم، در این زمینه نیز موفقیت حاصل می‌شود. اگر پرداختی‌ها از طرف بیمه‌ها به موقع باشد، این تردید برای انتقال هزینه‌های مربوط به مصدومان تصادفی رفع شده و این اقدام بدون مشکل انجام می‌شود.

دکتر رضوی اظهار کرد: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پی استفاده بهینه از منابع سلامت در زمینه تصادفات به دنبال همکاری با سازمان بیمه سلامت ایران است و در حال حاضر این موضوع در مرحله بررسی قرار دارد.

منابع مربوط به درمان مصدومان ترافیکی نشاندار می‌شود

انتقال هزینه درمان مصدومان تصادفات به سازمان بیمه سلامت ایران می‌تواند پرداخت‌ها را از یک ردیف درآمدی پراکنده و پرنوسان به یک سازوکار بیمه‌ای قابل رصد تبدیل کند و با تعریف بسته خدمت و نظام رسیدگی به اسناد، هم شفافیت هزینه‌کرد را بالا ببرد و هم از پرداخت‌های تکراری، هم‌پوشانی و نشتی منابع جلوگیری کند.

دکتر محمد مهدی ناصحی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران در همین رابطه گفت: این انتقال امکان خرید راهبردی خدمت را فراهم می‌کند تا به جای تسویه‌های مقطعی با وزارت بهداشت، پرداخت به ارائه‌دهندگان بر مبنای عملکرد، تعرفه و کیفیت انجام شود و نظم مالی بیشتری در بیمارستان‌ها ایجاد کند.

وی ادامه داد: وقتی منابع در یک صندوق بیمه‌ای تجمیع شود، وزارت بهداشت می‌تواند روی نقش تنظیم‌گری و نظارت متمرکز بماند و همزمان بیمه سلامت با ابزارهای کنترل هزینه و مدیریت ریسک، پایداری تامین مالی درمان مصدومان را تقویت کند. در صورت انتقال این منابع، سازمان بیمه سلامت می‌تواند با همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، سازوکارهای اجرایی مشخصی برای تعریف بسته خدمت، رسیدگی به اسناد و مسیر پرداخت طراحی کند تا منابع به‌صورت نشاندار و صرفاً در محل درمان مصدومان تصادفات هزینه شود.

دکتر ناصحی بیان کرد: این همکاری امکان رصد مستمر جریان منابع و هزینه‌کرد هدفمند را فراهم می‌کند و مانع از انحراف منابع به بدهی‌های انباشته یا هزینه‌های غیرمرتبط در نظام درمان خواهد شد. اگر منابع درمان مصدومان ترافیکی به بیمه منتقل شود، سازوکار رسیدگی خواهد داشت.

دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران نیز در این رابطه گفت: هدف از تجمیع منابع بیمه‌ای، یکپارچه سازی منابع مالی، عدالت نظام بیمه‌ای و در نهایت کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی سلامت است. در حال حاضر منابع ارزشمند و محدود مالی سلامت به صورت پراکنده، پرداخت‌های چندگانه و بعضا تبعیض آمیز است؛ لذا حرکت به سوی تجمیع منابع لازم است.

وی ادامه داد: در مورد منابع حوادث ترافیکی هم چنین است؛ یعنی بخشی از هزینه‌ها به طور مستقیم توسط وزارت بهداشت به مراکز درمانی پرداخت می‌شود، بخشی از هزینه‌ها از منابع بیمه‌ها تامین می‌شود که اساسا از محل اعتبارات ترافیکی دیده نمی‌شود و در اعلام عملکرد واقعی کمتر گزارش می‌شود.

دکتر رضایی بیان کرد: بنابراین اگر این منابع به بیمه‌ها منتقل شود، سازوکار رسیدگی دارد همچنین عملکرد کامل‌تر و شفاف قابل ارائه به مراجع ذیربط خواهد بود و از انحراف منابع و مصارف آن در سایر موارد پیشگیری می‌شود.

منابع سلامت یک جا جمع شوند

موضوع تجمیع منابع حوزه سلامت مورد تاکید دکتر مسعود پزشکیان نیز هست؛ رئیس جمهور معتقد است که منابع سلامت باید در یک صندوق تجمیع شده و سهم هر بخش در آن مشخص شود.

دکتر مسعود پزشکیان در هفتمین جلسه مستمر پیگیری اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که با حضور وزیر بهداشت و دیگر اعضای ستاد اجرایی طرح در وزارت بهداشت و مدیران سازمان‌های بیمه‌گر کشور برگزار شد، گفت: وقتی مجموع منابعی که از سوی دولت، سازمان‌های بیمه‌گر و دیگر بخش‌ها به سلامت تخصیص می‌یابد، به دقت و با تفکیک مشخص شود، تصمیم‌گیری درباره هزینه‌کرد در راستای ارتقای کیفی ارائه خدمات دقیق‌تر خواهد شد و این منابع می‌توانند در یک صندوق مجازی تجمیع و سهم هر بخش در آن مشخص و منجمد شود، تا بتوان مشکل پرداخت‌های با تاخیر را سامان داد.

رئیس جمهور در آبان ۱۴۰۴ نیز در همین رابطه گفته بود: لازم است همه منابعی که در حوزه سلامت در کشور هزینه می‌شود، از جمله منابع در اختیار بیمه‌های پایه و تکمیلی، سهم پرداختی مردم، اعتبارات منظور شده در ردیف‌های متنوع در سطوح مختلف حوزه سلامت، مثل بهداشت، درمان، بستری، تجهیزات پزشکی، دارو، پاراکلینیکی، آزمایشگاهی، رادیولوژی و غیره، به شکل دقیق شناسایی و مشخص شود که سرانه ارائه خدمات با کیفیت برای هر فرد ایرانی در طول یک سال چقدر است، تا برنامه‌ریزی اجرایی بر مبنای آن انجام شود.

چرا بدهی‌های نظام سلامت مهار نمی‌شود

بروز مشکل و چالش در روند تامین منابع مالی مورد نیاز نظام سلامت به واسطه افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی ناشی از تحریم‌های ظالمانه و همچنین حمله متجاوزانه دشمن و عدم تامین و تخصیص به موقع منابع سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت از سال گذشته به شکلی پیش رفت که علاوه بر مطالبات مراکز درمانی، منجر به انباشت بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به داروخانه‌ها نیز شده است.

افزایش هزینه‌های سلامت یکی از مشکلات جهانی محسوب می‌شود، زیرا رشد هزینه‌های سلامت از رشد اقتصادی در همه کشورها بیشتر شده و این موضوع تا حدی نگران کننده است. از جمله دلایل این موضوع می‌توان به ورود تکنولوژی‌های روز، داروهای جدید گران‌قیمت، افزایش نیاز و تقاضای مردم، سالمندی جمعیت و تورم اشاره کرد.

در سال‌های اخیر توسعه زیرساخت‌های تشخیصی و درمانی کشور در دستور کار دولت‌ها بوده، اما منابع لازم به موقع تامین و تخصیص نیافته است. نکته دیگر این است که توسعه این زیرساخت‌ها عمدتا در حوزه درمان بوده و معمولا دولت‌ها توجه چندانی به حوزه پیشگیری و البته مدیریت هزینه‌های درمانی نداشته‌اند. وضعیتی که نه تنها مردم را گرفتار کرده، بلکه ارائه دهندگان خدمات را هم ناراضی کرده است.

منابع سلامت به اندازه توسعه زیرساخت تامین نشده، هزینه‌های دارو و درمان روز به روز در حال افزایش است، منابع بیمه‌ها برای پوشش هزینه‌ها تامین نشده و تخصیص داده نمی‌شود، داروخانه‌ها مطالباتی از سال گذشته دارند و روز به روز بر حجم مطالبات افزوده می‌شود.

چاره این وضعیت، چیزی جز این نیست که علاوه بر تامین و تخصیص منابع سلامت، هزینه‌ها نیز با روش‌های روز دنیا، مدیریت و کنترل شود.



مطالبات داروخانه‌ها روز به روز بیشتر می‌شود

وقتی منابع سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت به موقع تامین نمی‌شود، حاصل آن چیزی جز بدهی به مراکز ارائه دهنده خدمت، از جمله داروخانه‌ها نخواهد بود. این در حالی‌ست که دو سازمان بیمه‌گر پایه اصلی کشور، از سال ۱۴۰۴ به داروخانه‌ها بدهی دارند. در واقع حاصل عدم تامین منابع و در عین حال، افزایش قیمت دارو بدون در نظر گرفتن منابع لازم، منجر به شکل‌گیری بدهی بیمه‌ها به داروخانه‌ها شده است.

دکتر محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نشست خبری با خبرنگاران در همین رابطه گفت: مراکز درمانی حدود ۷۴ هزار میلیارد تومان از سازمان تامین اجتماعی مطالبه دارند که بخشی از این به دارو مربوط می‌شود و این نقدینگی باید تامین شود تا کارخانه‌های تولیدی بتوانند تولید را انجام بدهند. پیگیری این موضوع هستیم و به توافق‌هایی رسیدیم.

دکتر محمد مهدی ناصحی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران نیز در نشست خبری به مناسبت هفته دولت درباره بدهی این سازمان به مراکز ارائه دهنده خدمت بیان کرد: از سال گذشته حدود ۹۰ هزار میلیارد تومان بدهی معوق با مرکز طرف قرارداد داریم که هنوز منابع آن برای پرداخت به بیمه سلامت اختصاص داده نشده است و در نتیجه تاخیر در پرداخت داریم.

وی درباره نقد شدن سهام و اوراق مربوط به بدهی‌های سال گذشته بیمه سلامت نیز اظهار کرد: اکنون هر روز به دنبال نقد کردن سهام و اوراق هستیم تا بتوانیم بدهی موسسه‌ها را پرداخت کنیم؛ این مشکلات ناشی از منابع، به کار فنی بیمه آسیب زده است، مجلس مصوب کرده و ریاست جمهوری نیز تصویب کرده است، اما در گردش معیوبی افتاده‌ایم و منابع مصوب را هنوز دریافت نکردیم.

دکتر هادی احمدی، مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در همین رابطه بیان کرد: عدم پرداخت مطالبات داروخانه‌ها منجر به کاهش توان ارائه خدمت به بیماران می‌شود و این در حالی‌ست که داروخانه‌ها حدود ۸ هزار میلیارد تومان چک برگشتی نزد شرکت‌های پخش دارو دارند؛ اقتصاد کوچک داروخانه‌ها بدین ترتیب دچار ورشکستگی می‌شوند.

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران درباره پرداخت علی‌الحساب سازمان بیمه سلامت ایران در سال جاری به داروخانه‌ها گفت: بیمه سلامت در سال جاری، چند ماه را به صورت علی‌الحساب پرداخت کرده، اما بدهی‌های بیمه سلامت به داروخانه‌ها مربوط به ۶ ماه دوم سال گذشته است. سازمان تامین اجتماعی از بهمن ماه ۱۴۰۴ هیچ‌گونه پرداختی به داروخانه‌ها نداشته و در سال جاری نیز هیچ پرداختی انجام نداده است.

دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران درباره پرداخت بدهی‌های این سازمان به داروخانه‌ها گفت: بر اساس قانون بودجه، منابع جداگانه‌ای برای بدهی‌های سال ۱۴۰۴ سازمان بیمه سلامت به مراکز طرف قرارداد در نظر گرفته شده است؛ در نتیجه پرداختی‌های مربوط به سال گذشته تا زمان تامین این منابع، متوقف شده، اما پرداختی‌ها در سال ۱۴۰۵ به میزان اعتبارات دریافتی، انجام می‌شود و تاکنون چند مرحله پرداختی مربوط به امسال، به داروخانه‌ها و مطب‌ها به صورت علی‌الحساب انجام شده است. بنابراین طلب داروخانه‌ها از سازمان بیمه سلامت ایران از سال گذشته، ۵ ماه و از امسال، یک ماه است.



توسعه بدون پیش‌بینی منابع

هرچند توسعه به هر شکلی می‌تواند برای جامعه مفید باشد، اما اگر برای توسعه، منابعی در نظر گرفته نشود، ایجاد مراکز درمانی خواه ناخواه منجر به شکل‌گیری تقاضا می‌شود؛ اگر نظام سلامت نتواند به این تقاضا پاسخ بدهد، نارضایتی شکل گرفته و علاوه بر مردم، ارائه دهندگان خدمات سلامت هم ناراضی می‌شوند.

دکتر محمد رضا رضایتمند، دکترای تخصصی اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در این زمینه گفت: باید بررسی کرد که چقدر از توسعه انجام شده در حوزه سلامت، بر اساس نیاز بوده و چقدر با توجه به پولی که هزینه کردیم، ارزش هم ایجاد شده است. چقدر از این توسعه به دنبال توصیه‌ها و فشارهای سیاسی انجام شده است؟

دکتر رضایتمند افزود: اگر هزینه‌های سلامت را از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ به مبلغ ثابت در نظر بگیریم، مشاهده می‌کنیم که در سال ۱۳۹۰ هزینه‌های سلامت، ۳۵۸ همت بوده و در سال ۱۴۰۲ به ۳۶۹ همت رسیده است؛ یعنی نظام سلامت تقریبا همان پولی را در ۱۴۰۲ گرفته که در سال ۱۳۹۰ دریافت کرده است. نکته این‌که چقدر نظام سلامت در این فاصله، توسعه ایجاد کرده است؟ در حالی‌که گستردگی خدماتی که نظام سلامت ارائه می‌دهد، قابل مقایسه با ۱۵ سال پیش نیست. چرا نظام سلامت این‌قدر بدهکار است؟ زیرا مجبور بوده خدمات را ارائه کند، اما کمک مالی لازم را دریافت نکرده است.

منابع سلامت کفاف تقاضاها را نمی‌دهد

سهم سلامت از تولید ناخالص ملی چیزی حدود ۵ درصد است؛ سهمی که با وجود افزایش تقاضاها، نمی‌تواند پاسخگوی نیازها باشد و از طرفی افزایش این سهم، منجر به کاهش سهم سایر حوزه‌ها از تولید ناخالص ملی می‌شود.

دکتر شهرام غفاری، معاون درمان سابق سازمان تامین اجتماعی در این رابطه گفت: منابع سلامت کفاف تقاضاها را نمی‌دهد و در واقع افزایش هزینه‌ها بیش از افزایش منابع بوده است؛ دلیل کمبود منابع، اقتصاد کلان کشور است. اگر رشد تولید ناخالص ملی را حساب کنیم، به نسبت ۵ سال پیش کمتر شده و در نتیجه سهم سلامت کاهش یافته، اما نیاز و تقاضا افزایش داشته است. از طرفی باید الگوی تقاضا و عرضه خدمات مدیریت شود؛ با وجود تلاش‌هایی که انجام می‌شود، موفقیتی حاصل نشده است.

آیا اصلاحات در نظام سلامت به راحتی انجام می‌شود؟

وقتی طرح تحول سلامت در دولت یازدهم اجرا شد، علاوه بر توجه دولت وقت به حوزه سلامت و افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص ملی، سلامت به اولویت کشور تبدیل شد. حاصل آن، افزایش رضایت جامعه از خدمات درمانی و دارویی بود. هرچند طرح تحول سلامت بدون اجرای زیرساخت‌ها و پیش نیازهایی مانند برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به مرحله اجرا رسید و در نهایت نتوانست آن حجم از هزینه ناشی از تقاضاها را مدیریت کند؛ اما نوعی اصلاحات در نظام سلامت را آغاز کرد که در مقطعی همه را راضی نگه داشت.

مسئله مهم در این زمینه، اصلاحات مقطعی با تزریق پول به نظام سلامت نیست؛ بلکه راه حل اساسی، طی کردن مسیر اصلاحات و ایجاد تغییر در برخی تقاضاها و مدیریت هزینه است.

دکتر غفاری در این زمینه بیان کرد: اصلاحات برنده‌ها و بازنده‌هایی دارد؛ اصلاحات در نظام سلامت نیازمند یک دوره ۵ تا ۱۰ ساله است.

معاون درمان سابق سازمان تامین اجتماعی ادامه داد: وقتی یک مسیر به صورت طولانی طی شده، تغییر آن آسان نیست. ساختارهای موجود طی سال‌ها شکل گرفته و کسی حاضر نیست این ساختارها را تغییر بدهد. بحران‌های سیاسی و اقتصادی جامعه به سادگی اجازه اصلاحات در نظام سلامت را نمی‌دهد و در نتیجه نباید فقط افراد و مدیران را مشکل اصلی بدانیم. بیش از آن‌که باید به راهکار بپردازیم، باید به این توجه کنیم که بین مشکلات و راهکارها اولویت‌بندی شود. تغییر حکمرانی می‌تواند منجر به

تغییر شود و باید در شیوه حکمرانی تجدید نظر کنیم؛ زیرا فقط پول حلال مشکلات نیست، با این‌که یکی از مشکلات اصلی در نظام سلامت است.

وی افزود: عدم تعادل بین منابع و مصارف حوزه سلامت ریشه در رفتار و تصمیم‌ها دارد. به طور مثال، برنامه پزشکی خانواده نیازمند حکمرانی شفاف است؛ ما دائم در حال درست کردن ستون‌های محکم هستیم، اما زمین سست است.

دکتر غفاری گفت: از طرفی منافع بیمارستان‌ها با منافع بیمه‌ها در تقابل است. بسیاری حاضر نیستند هزینه اصلاحات در نظام سلامت را پرداخت کنند و این هزینه‌ها در کوتاه مدت، خود را نشان می‌دهد. در نتیجه نمی‌توان اصلاحات در نظام سلامت را انجام داد. کدام ذینفع به دلیل عدم همراهی در نظام سلامت، تنبیه شده است؟ همچنین عدم اطمینان به نتایج وجود دارد و در نتیجه به تغییر دست نمی‌زنیم و می‌گوییم کسی قبلا کاری را انجام داده و موفق نشده و ما هم انجام نمی‌دهیم.

چرا تجمیع منابع بیمه‌ها اتفاق نیفتاد؟

روندی که دنیا در زمینه منابع سلامت طی کرده، تجمیع منابع سلامت است که یا با مکانیزم‌های بیمه‌ای این روند را طی کرده یا از طریق مالیات پیش رفته است. با این‌که در کشور ما قوانینی در این زمینه وجود داشته و تفکیک وظایف تولیت سلامت و تامین مالی کاملا تصریح شده و حتی قانونی برای تجمیع منابع بیمه‌ها داشتیم، این اقدام انجام نشده است.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نشست خبری خبرنگاران در پاسخ به سوالی درباره تجمیع بیمه‌های پایه درمانی گفت: موضوع تجمیع بیمه‌ها، بحث اصولی و درست است که باید اتفاق بیفتد؛ اما درباره بیمه نیروهای مسلح، مسائل محرمانگی وجود دارد. در تامین اجتماعی، صنوف کارگران عمدتا با این موضوع موافق نیستند. در نتیجه این اتفاق هنوز رخ نداده است.

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران نیز در نشست خبری در پاسخ به سوالی در همین رابطه اظهار کرد: بر اساس قانون باید تجمیع منابع در سازمان بیمه سلامت انجام شود؛ اما به طور مثال برای توانبخشی، هزینه آن به جاهای مختلفی می‌رود. بیمه سلامت پیش‌قدم شده و پیشنهاد داده که با توجه به منابع محدود، منابع بیمه‌ای تجمیع شود. این‌که بیمه قدرتمندتر شود، به نفع نظام سلامت است.

دکتر محمد جواد کبیر، عضو فرهنگستان علوم پزشکی نیز در این زمینه بیان کرد: ممانعت‌هایی درباره تجمیع منابع بیمه‌های پایه وجود دارد که نشان می‌دهد به ادبیات و گفتمان واحد در مدیریت منابع سلامت نرسیده‌ایم و تا زمانی که این اتفاق رخ ندهد و منابع پراکنده باشد، تصور موفقیت در نظام سلامت دشوار است.

دکتر کبیر افزود: نباید به بیمه‌ها به عنوان یک دستگاه خودپرداز نگاه کرد و تولیت سلامت نیز نباید چنین نگاهی داشته باشد؛ زیرا بیمه یک نهاد مستقل و حمایتی و در واقع وکیل مردم در حوزه سلامت است. بیمه‌ها باید توانمند شوند تا نقش موثری در حفاظت مالی از بیماران داشته باشند. هرچقدر بیمه‌ها ضعیف شده و کارکرد آن کم‌رنگ شود، نظام سلامت آسیب می‌بیند.

آیا تکانه‌های سنگین‌تری در انتظار نظام سلامت است؟

واقعیت این است که شکل‌گیری بحرانی مانند بدهی بیمه‌های پایه به داروخانه‌ها، معلول ساختاری بزرگ‌تر و رویکردی درمان‌محور بدون پیش‌بینی منابع پایدار است. در واقع بدهی به داروخانه‌ها تنها نوک کوه یخی از چالش‌های نظام سلامت است و تا زمانی که چرخه معیوب تامین منابع، تجمیع بیمه‌ها و اجرای واقعی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع محقق نشود، تزریق‌های مقطعی نقدینگی تنها نقش مسکن موقت را ایفا خواهند کرد.

در نهایت، اگر نظام سلامت دست به اصلاحات ساختاری نزند، رویکرد درمان‌محوری را با پیشگیری جایگزین نکند و قوانین بر زمین‌مانده‌ای همچون پزشکی خانواده و تجمیع منابع بیمه‌ها اجرایی نشود، اقتصاد سلامت با چالش‌ها و تکانه‌های به‌مراتب سنگین‌تری مواجه خواهد شد.



معادله ناتراز بیمه‌های پایه سلامت

سال‌هاست که بیمه‌های پایه سلامت در کشور با مشکلات ناترازی منابع و مصارف درگیر هستند؛ در حالی‌که 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 ناهماهنگی 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 تامین 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 معمولا برای کسب رضایتمندی جامعه از طرف دولت‌ها انجام می‌شود، ولی منابع آن در نظر گرفته نشده، تراز مالی بیمه‌ها به‌طور مزمن 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 بیمه شدگان نخواهد بود. منابعی که نه تنها پایدار نیستند بلکه به روش‌های گوناگون، دیرتر از زمان مقرر، تخصیص پیدا می‌کنند یا اصلا 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 (تله مدیسین)، 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.

دردسر پایداری منابع بیمه‌های پایه

وقتی درباره پایداری منابع مالی بیمه‌های پایه سلامت بحث می‌شود، منظور این است که بیمه‌ها بتوانند با منابع لازم، پاسخگوی هزینه‌های جاری و آتی بیمه شدگان خود باشند که این موضوع با شاخص‌های کلیدی قابل سنجش است.

دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران در این زمینه گفت: در سازمان بیمه سلامت در سال ۱۴۰۴، بر اساس برآوردی که در ابتدای سال انجام شد، تعهدات سازمان حدود ۱۴۰ همت محاسبه شد که می‌توان گفت با توجه به رفتار ارائه کنندگان خدمت، احتمالا 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.

دکتر شهرام غفاری، معاون سابق درمان سازمان تامین اجتماعی نیز در این رابطه اظهار کرد: یکی از موارد در زمینه تامین منابع مالی خوب برای بیمه‌ها، پایداری منابع 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 به‌گونه‌ای 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.

دکتر بهزاد نجفی، دکترای اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز درباره پایداری منابع بیمه‌های پایه سلامت اظهار کرد: 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.

دکتر نجفی ادامه داد: 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 بیمه شدگان 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.

وضعیت بیمه‌ها ارتباط مستقیم با اقتصاد دارد

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.

دکتر رضایی در این زمینه گفت: تامین مالی بیمه‌های پایه سلامت از دو مسیر محقق می‌شود که شامل حق بیمه‌های دریافتی و یارانه و حمایت‌های دولتی است؛ متاسفانه 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 ادامه داد: 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 کند و توقع این باشد که چرا بیمه‌ها ناترازی منابع دارند.

معاون سازمان بیمه سلامت ایران ادامه داد: 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 بیمه گر پایه وارد می‌شود. یعنی بدون این‌که یک ریال به منابع ابتدای سال بیمه‌ها اضافه شود، به تعهدات آنها افزوده می‌شود؛ بنابراین حق بیمه باید متناسب با هزینه‌ها افزایش پیدا کند.

دکتر غفاری نیز در این زمینه اظهار کرد: مصارف حاصل قیمت ضرب در تعداد است؛ یعنی یا میزان و مصرف خدمات افزایش 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 سابق سازمان تامین اجتماعی افزود: 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.

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 یا بیمه شدگان بتوانند خدمات مورد نیاز خود را با بهترین کیفیت و به راحت‌ترین شکل ممکن دریافت کنند.

دکتر رضایی در این زمینه گفت: راه برون رفت از این شرایط خطیر 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 اولویت بندی و کارامدی گام بر دارد.

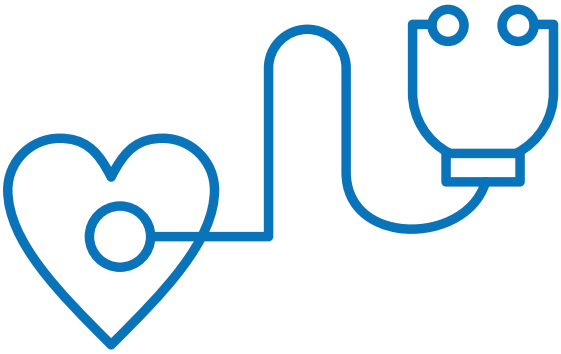
دکتر غفاری نیز در همین رابطه اظهار کرد: باید اصلاحاتی در نظام سلامت انجام شود؛ اول این‌که نظام پرداخت حوزه سلامت از پرداخت به ازای خدمت (فی فور سرویس) تغییر کند. اکثر ارائه دهندگان خدمات به دنبال تعادل منابع و مصارف خودشان هستند. مورد دیگر این است که بیمه‌ها بتوانند از سیستم‌های هوشمند برای رصد الگوی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

معاون سابق 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 (تله مدیسین) منجر به کاهش هزینه‌های بیمه شده‌ها می‌شود و به طور مثال 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.

دکتر 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 جیب او افزایش پیدا کرده است.



سهم سلامت از تولید ناخالص ملی کافی نیست

دکتر نجفی هم درباره سهم سلامت از تولید ناخالص ملی گفت: سهم سلامت از تولید ناخالص ملی اهمیت دارد؛ هرچند هدف گذاری سهم ۸ درصدی سلامت از تولید ناخالص ملی گذاشته شده، اما در حال حاضر این میزان حدود ۸۳. درصد است. در زمینه کفایت منابع، همین موضوع نشان دهنده وضعیت منابع حوزه سلامت است.

دکترای اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ادامه داد: در زمینه کنترل مصرف و هزینه‌ها، هیچ سیاست گذاری 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 بر خلاف راهنماهای بالینی، جریمه کنیم، آسیبی به آنها وارد نمی‌شود و در واقع منابع دیگری برای جذب منابع پیدا می‌کنند.

اصلاحات هزینه دارد

نکته دیگر این‌که بخشی از بسته‌های خدمتی مبتنی بر شواهد و وضعیت بیماری‌ها تعریف می‌شود و بخشی دیگر بر اساس سیاست‌های دولتی و فشارها تعریف شده و محل هزینه 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.



وقتی منابع سلامت از هزینه‌ها جا می‌ماند

رشد فزاینده هزینه‌های سلامت در کنار منابع مالی ناکافی، نظام درمان کشور را با تنگنای جدی مواجه کرده است؛ وضعیتی که افزایش بدهی بیمه‌ها و فشار بر پرداخت از جیب مردم را به دنبال داشته و ضرورت اصلاح شیوه تامین و مدیریت منابع سلامت را دوچندان کرده است.

تامین مالی یکی از وظایف مهم نظام سلامت است و بدون یک نظام مالی کارآمد نمی‌توان به اهداف سلامت دست پیدا کرد؛ در واقع باید فرآیندی برای تامین منابع مالی پایدار شکل بگیرد تا این منابع به خدمات ارزشمند تخصیص پیدا کند. وقتی منابع نظام سلامت به صورت پایدار تامین نمی‌شود، آثار آن علاوه بر تولید دارو، در پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت نیز مشهود است و در نهایت منجر به شکل‌گیری نارضایتی در بیماران خواهد شد.

سهم سلامت از تولید ناخالص ملی کمتر از ۵ درصد است

یکی از شاخص‌های مهم در این زمینه، سهم سلامت از اقتصاد کشور است؛ یعنی چند درصد از تولید ناخالص ملی به حوزه سلامت اختصاص پیدا می‌کند. بر اساس آخرین آمارها، این میزان در ایران کمتر از ۵ درصد است. میانگین سهم سلامت از تولید ناخالص ملی در دنیا حدود ۱۰ درصد، در ایالات متحده آمریکا حدود ۱۷ درصد، در انگلستان حدود ۱۱ درصد، در آلمان و سوییس و فرانسه حدود ۱۲ درصد است.

دکتر سید حسن امامی رضوی، مشاور وزیر بهداشت و رییس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در این رابطه اظهار کرد: مهمترین مسئله در نظام مالی سلامت، سهم سلامت از تولید ناخالص ملی است و این میزان در حال حاضر حدود ۵ درصد است. از طرفی، تعرفه‌های تشخیصی درمانی در سال ۱۴۰۵ حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افزایش داشت، اما منابع بیمه‌ها حدود ۲۰ درصد افزایش داشته و از سوی دیگر تعهدات بیمه‌ها نیز بیشتر شده و داروها و خدمات تحت پوشش نیز افزایش پیدا کرده‌اند و همه این موارد نیازمند افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص ملی است.

وی ادامه داد: در دولت یازدهم و طرح تحول سلامت این اتفاق افتاد و سهم سلامت از تولید

ناخالص ملی افزایش یافت و تحول زیادی در خدمات سلامت و رضایت‌مندی مردم ایجاد کرد اما ادامه نداشت؛ اکنون نیز وقت آن رسیده که منابع مناسبی به حوزه سلامت اختصاص پیدا کند.

دکتر علی محمد مصدق راد، دکترای تخصصی سیاستگذاری و مدیریت سلامت و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز در این زمینه گفت: نظام سلامت نمی‌تواند مستقل از اقتصاد کلان کشور عمل کند؛ تورم بالا، رشد اقتصادی پایین، کاهش درآمدهای دولت، جنگ و محدودیت منابع، روی منابع نظام سلامت نیز تاثیر می‌گذارد.

وی افزود: کشورهایی که نظام سلامت پایدار دارند، سبد تامین منابع مالی پایدار ایجاد کرده‌اند و از مواردی مانند مالیات عمومی، حق بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی، مالیات بر کالاهای آسیب رسان، مشارکت کارفرما و کارگر را در اختیار دارند و منابع از چند حوزه وارد نظام سلامت می‌شود.

وضعیت پرداختی از جیب بیماران در ایران

شاخص مهم دیگر، میزان پرداختی از جیب مردم در حوزه سلامت است و البته هزینه‌های سلامت نه تنها در کشور ما، بلکه در دنیا در حال افزایش است؛ برخی دلایل می‌تواند به دلیل عرضه خدمات سلامت باشد، زیرا هزینه‌های بالای تولید خدمات سلامت مانند دارو و تجهیزات پزشکی و فناوری‌های مربوطه وجود دارد و از طرفی فناوری‌های جدید وارد حوزه سلامت شده‌اند و همه این موارد هزینه‌های بالایی به نظام‌های سلامت تحمیل می‌کند.

نظام پرداخت حوزه سلامت، هزینه ساز است

موضوع دیگر، نظام پرداخت است که در کشور ما همچنان از نظام پرداخت به ازای خدمت (فی فور سرویس) استفاده می‌شود و همین سیستم باعث می‌شود که درخواست برای خدمات بیشتر افزایش پیدا کند و در واقع می‌توان گفت که این نوع نظام پرداخت، هزینه ساز است. مطالعات نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها و اقدامات تشخیصی، غیرضروری است، در حالی‌که روش‌های پرداخت دیگری وجود دارد که منجر به کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود.

دکتر محمد رضا رضایتمند، دکترای تخصصی اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان درباره نظام پرداخت حوزه سلامت گفت: نظام پرداخت در ارائه خدمات غیرضروری سلامت موثر است. ما جزو معدود کشورهایی هستیم که از نظام پرداخت به ازای خدمت (فی فور سرویس) استفاده می‌کنیم که حاصل آن، ارائه خدمات غیرضروری است. از طرفی، نظام ارائه خدمت، از هم گسسته است؛ یعنی بیمار هر خدمتی را در هر جایی می‌تواند دریافت کند.

وی ادامه داد: تغییر نظام پرداخت حتما وظیفه تولیت سلامت است اما ایجاد تغییر دشوار است و چالش‌هایی به همراه دارد و از طرفی عمر مدیریت زیاد نیست و در نتیجه تاکنون چنین اتفاقی رخ نداده، زیرا اقدام جدی در این زمینه و در راستای اصلاحات اساسی انجام نشده است.

دکتر رضایتمند اظهار کرد: در زمینه اصلاحات تامین مالی باید یکی از کارکردهای اصلی تامین مالی تغییر کند، در غیر این صورت، اصلاحات انجام نمی‌شود. به طور مثال در دنیا، در حوزه بستری از نظام پرداخت DRG استفاده می‌شود، اما در کشور ما به این سمت حرکت نکردیم زیرا این نوع نظام پرداخت نیازمند زیرساخت فناوری اطلاعات و ثبت مختصات پرونده بیمار است و در گذشته چنین زیرساختی نداشتیم ولی اکنون چنین زیرساخت‌هایی در کشور وجود دارد و می‌توانیم به سمت این نوع از نظام پرداخت حرکت کنیم.

تعهدات اجباری دولت‌ها به نظام سلامت

معمولا دولت‌ها تعهداتی در نظام سلامت به مردم می‌دهند که منابع مورد نیاز از قبل تامین نشده است و همین موضوع منجر به شکل‌گیری بدهی‌هایی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌شود. از جمله این تعهدات می‌توان به درمان رایگان کودکان کمتر از ۷ سال اشاره کرد؛ با این‌که این برنامه بسیار خوب بود، اما بدون در نظر گرفتن منابع لازم اجرایی شد.

دکتر رضا کاشف قربان پور، دکترای اقتصاد و کارشناس تامین اجتماعی در این زمینه گفت: در سال‌های اخیر تعهداتی مثل درمان رایگان کودکان کمتر از ۷ سال و سالمندان بالای ۶۰ سال هم مطرح شد؛ این در حالی‌ست که منابع بیمه‌ای قبل از آن هم کافی نبود. افزایش تعهدات بیمه‌ها منجر به افزایش پرداختی از جیب مردم می‌شود. این نوع تعهدات

در حوزه سلامت، تعهدات بدون منبع هستند. سهم سلامت از تولید ناخالص ملی نیز به صورت حداقلی نگه داشته می‌شود و بعد انتظار داریم که دولت بتواند هزینه‌های سلامت را جبران کند.

راهکار چیست؟

نکته دیگر، استفاده ناکافی از ظرفیت مراکز بهداشتی و درمانی است؛ بسیاری از تجهیزات پزشکی بدون نیازسنجی شکل می‌گیرد. بحث سالمندی جمعیت نیز وجود دارد که در آینده تاثیر زیادی بر افزایش هزینه‌ها خواهد داشت. موضوع افزایش بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های نوپدید و بازپدید هم وجود دارد.

دکتر مصدق راد در زمینه راهکار حل بحران مالی نظام سلامت اظهار کرد: باید سبد مالی پایدار برای نظام سلامت ایجاد شود که شامل مالیات عمومی، حق بیمه‌ها، مالیات اختصاصی، مشارکت کارفرمایان و مشارکت خیرین باشد همچنین بیمه‌های پایه سلامت باید به سمت تجمیع منابع حرکت کنند. رویکرد بیمه‌ها نیز باید به سمت خریدار راهبردی خدمات سلامت حرکت کند و از طرفی نظام پرداخت در حوزه سلامت نیازمند اصلاح است.

وی ادامه داد: از طرفی پراکندگی صندوق‌های بیمه‌های پایه سلامت در کشور ما وجود دارد و همین موضوع باعث می‌شود که ظرفیت این صندوق‌ها برای مدیریت منابع مالی کمتر شده و نتوانند منابع را تجمیع کرده و قدرت مذاکره با ارائه دهندگان خدمات سلامت کاهش پیدا کند.

دکترای تخصصی سیاستگذاری و مدیریت سلامت گفت: در زمینه پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید سرمایه‌گذاری بیشتری انجام شود؛ اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع یک ضرورت است. هدف این است که هزینه‌های سلامت کاهش پیدا کند و در نتیجه باید برای آن برنامه‌ریزی کرد.

بدهی انباشته بیمه‌های پایه به دلیل عدم تامین و تخصیص منابع

همه این‌ها در حالی‌ست که سازمان‌های بیمه‌گر پایه به دلیل عدم تامین و تخصیص به موقع منابع، با بدهی‌های انباشته از سال گذشته مواجه هستند.

دکتر محمد رضا ظفرقندی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نشست خبری با خبرنگاران در این رابطه گفت: مراکز درمانی حدود ۷۴ هزار میلیارد تومان از سازمان تامین اجتماعی مطالبه دارند که بخشی از این به دارو مربوط می‌شود و این نقدینگی باید تامین شود تا کارخانه‌های تولیدی بتوانند تولید را انجام بدهند. در حال پیگیری این موضوع هستیم و به توافق‌هایی رسیدیم.

وزیر بهداشت در پاسخ به سوالی درباره تامین منابع برای پرداخت بدهی‌های بیمه سلامت نیز اظهار کرد: برای پرداخت بدهی‌های سال گذشته بیمه سلامت، ۸۵ همت فروش سهام برای تامین منابع در نظر گرفته شده است؛ اما این‌که پروژه فروش سهام در بازار بورس باید پیگیری شود، اقدام طولانی و سختی است.



دکتر محمد مهدی ناصحی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران نیز در نشست خبری با خبرنگاران درباره بدهی‌های این سازمان گفت: از سال گذشته حدود ۹۰ هزار میلیارد تومان بدهی معوق با مرکز طرف قرارداد داریم که هنوز منابع آن برای پرداخت به بیمه سلامت اختصاص داده نشده است و در نتیجه تاخیر در پرداخت داریم.

وی ادامه داد: منابع نقدی در کشور برای تامین نیازهای مالی بیمه‌های پایه وجود ندارد و قانون گذار و دولت تصمیم گرفت که از مسیرهای دیگر، این منابع را تامین کند. بخش عمده هزینه‌ها اجتناب ناپذیر است. بیمه سلامت سازوکارهای قانونی ندارد که مداخله موثری در کاهش هزینه داشته باشد و خیلی از راهنماهای بالینی، خارج از اختیارهای بیمه است؛ بنابراین پول دست بیمه می‌رسد، اما تصمیم برای چگونگی خرج کردن را ندارد.

دکتر ناصحی اظهار کرد: عدم وجود نقدینگی، منجر به این می‌شود که به سمت اوراق و سهام برویم؛ بخشی از سهام که ۸۵ همت است را از اسفند ۱۴۰۴ پیگیری کردیم. با سازمان خصوصی سازی، وزارت اقتصاد، سازمان برنامه و بودجه مکاتبه کردیم و مراجعه‌های حضوری بسیار زیادی به صورت روزانه داشتیم. جایی که عهده دار سهام است، زیر بار نمی‌رود. گاهی حواله‌ای در صنعت داده می‌شود و وزیر مربوطه موافقت نمی‌کند. گاهی سهامی پیشنهاد می‌شود که فروش نمی‌رود.

وی افزود: این کار مردم است و باید حتما روشن شود تا بتوانیم در کوتاه‌ترین زمان، سهام را نقد کنیم. در سازمان برنامه و بودجه و وزارت اقتصاد باید تعیین تکلیف لازم انجام شود تا بتوانیم مطالبات مراکز را تسویه کنیم.

علاوه بر افزایش سهم سلامت، نیازمند مصرف منطقی هستیم

هر کشوری ظرفیت مالی مشخصی دارد و اگر سهم سلامت از تولید ناخالص ملی افزایش پیدا کند، باید سهم سایر موارد کاهش پیدا کند. بر اساس سیاست‌های کلی سلامت، سهم سلامت باید میانگینی از کشورهای منطقه باشد. میانگین سهم کشورهای منطقه از تولید ناخالص ملی حدود ۶۵. است؛ بنابراین سهم حدود ۶ درصدی سلامت از تولید ناخالص ملی نزدیک به کشورهای منطقه است اما هزینه‌های نظام سلامت در ایران روز به روز در حال افزایش است و به نظر می‌رسد علاوه بر افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص مالی، باید به سمت مصرف منطقی رفت.

یکی از راه‌هایی که می‌توانیم منابع سلامت را به صورت بهینه مدیریت کنیم، مصرف منطقی‌تر یا مدیریت بهینه منابع یا هزینه‌هاست؛ سوال این است که سال‌هاست درباره مدیریت منابع سلامت صحبت می‌شود، اما چرا این اتفاق رخ نمی‌دهد؟



پزشکی خانواده؛ چراغ جادوی حل مشکلات نظام سلامت یا اصلاحات واقع‌بینانه

امیر پروسنان

وزارت بهداشت در دولت چهاردهم به طور اختصاصی ملزم به اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع شده و حتی در دوران جنگ نیز رئیس جمهوری بر اجرای این برنامه تاکید کرد اما اگر قرار باشد نظام سلامت اصلاح شده و برنامه پزشکی خانواده، محور اصلی این اصلاحات قرار گیرد، نقش و جایگاه مردم و ارائه دهندگان خدمات سلامت در این زمینه بسیار اهمیت دارد و از طرفی باید توجه کرد که این برنامه، چراغ جادویی برای حل همه مشکلات نظام سلامت نیست. تغییر و تحول در هر سطحی و در هر زمینه‌ای با مقاومت‌هایی همراه است، اما اگر سازوکار مناسبی نداشته باشد، انتظارها از تغییر و تحول هم محقق نمی‌شود؛ در نتیجه باید در زمینه مطالبات اجتماعی و فرهنگ‌سازی جهت اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع به طور ویژه اقدام شود.

در واقع جامعه باید بداند که برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع به دنبال چه اهدافی است و آیا اجرای آن منجر به سلامت بیشتر مردم خواهد شد؟



پزشکی خانواده برنامه‌ای پیشگیری محور است

دولت چهاردهم در شرایطی به دنبال اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع است که نظام سلامت با چالش‌های متعددی در زمینه تامین منابع مالی مواجه است؛ هرچند ذات این برنامه در طول زمان منجر به مدیریت هزینه‌های نظام سلامت خواهد شد، اما همه اهداف برنامه، مدیریت مالی نیست. در طول یک سال اخیر که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش می‌کند برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را آرام آرام اجرایی کند، جامعه نتوانسته اطلاعات چندانی از آن کسب کند و یک نوع بی اطلاعی در این زمینه حاکم است.

دکتر محمد جواد کبیر، عضو فرهنگستان علوم پزشکی در این زمینه گفت: باید توجه داشت که رفتار مردم در عرض یک شب تغییر نمی‌کند، بلکه نیاز

به زمان دارد. مردم تاکنون در فضای بی‌عدالتی از نظر بهره‌مندی و دسترسی به خدمات سلامت قرار گرفته‌اند و در نتیجه اولین اقدام، همراهی ارائه دهندگان خدمات سلامت است. برای این منظور، باید مدیران در سطوح مختلف به باور لازم برای اجرای این برنامه برسند.

وی ادامه داد: در حوزه اجتماعی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باید تلاش بیشتری انجام داده و کار را به شکلی آغاز کنیم که اجرای برنامه توسط مردم، پذیرفته شود. برنامه پزشکی خانواده، یک برنامه پیشگیری محور است و در ظرف نظام شبکه بهداشت باید اجرایی شود. کبیر بیان کرد: در این برنامه باید به جامع بودن مراقبت و در نظر گرفتن سطوح پیشگیری توجه کرده و همچنین به مراقبت فعال توجه کنیم؛ این‌که فکر کنیم برنامه پزشکی خانواده یعنی این‌که مردم تا وقتی سالم هستند، نیازی به مراجعه پزشک ندارند و وقتی بیمار شدند باید مراجعه کنند، از اساس نادرست است. وقتی گفته می‌شود که دو هزار نفر جمعیت به یک تیم سلامت منتسب می‌شوند، یعنی این تیم باید با این جمعیت ارتباط گرفته و مختصات سلامت این افراد را سنجیده و بدانند؛ در غیر این صورت، برنامه پزشکی خانواده نمی‌تواند به ماموریت‌های اصلی خود دست پیدا کند. عضو فرهنگستان علوم پزشکی اظهار کرد: مردم باید مشاهده و احساس کنند که یک تیم به دنبال سلامت و هدایت آن‌هاست و در نتیجه اعتماد کرده و ادامه کار را از مسیر ارجاع، دنبال خواهند کرد؛ اما وقتی جامعه هنوز در سطح یک خدمات سلامت نتوانسته ارتباط خوبی با پزشک برقرار کرده و مستقیم به بیمارستان مراجعه می‌کند، یعنی نقص در پیاده سازی برنامه وجود دارد. کبیر گفت: در حوزه اجتماعی باید سازمان‌های مردم نهاد محور قرار گرفته و مردم خودشان نقش داشته باشند؛ کار با مردم، برای مردم و توسط مردم را باید مانند دوره کرونا، عینیت بخشید. برنامه‌ای مانند پزشکی خانواده که یک برنامه اجتماعی است، باید توسط مردم تایید شده و همراهی و مشارکت مسئولانه و اثربخش داشته باشند و به نظر می‌رسد در این زمینه هنوز فاصله‌هایی وجود دارد.

آیا همه مشکلات با پزشکی خانواده حل می‌شود؟

هرچند به گفته مسئولان وزارت بهداشت، این بار قرار است برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به صورت تدریجی و با شیب آرام پیش برود و مزایایی از جمله ساماندهی ارائه خدمات سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم دارد، اما باید توجه کرد که قرار نیست این برنامه، تمام مشکلات نظام سلامت را حل کند و در واقع نباید پزشکی خانواده و نظام ارجاع را چراغ جادویی برای حل همه مشکلات سلامت بدانیم. دکتر سید حسن امامی رضوی، رئیس کمیته فرهنگ‌سازی، اطلاع رسانی و مشارکت اجتماعی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، مشاور وزیر بهداشت و عضو فرهنگستان علوم پزشکی در این زمینه گفت: قرار نیست همه مشکلات نظام سلامت با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع حل شود؛ در خیلی از کشورها، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع جدا از هم اجرا می‌شوند. برنامه گسترش شبکه بهداشت در دهه ۶۰ و ادامه آن، یک برنامه تحولی برای تامین و ارتقای سلامت مردم بوده و پزشکی خانواده بدون نظام ارجاع نیز می‌تواند آن را تکمیل کند. حتی در آن زمان، پزشکان در شبکه بهداشت نیز با همین نگاه تربیت شده و در واقع این پزشکان، جمعیت مشخصی را تحت پوشش دارند.

نباید حس امنیت نسبت به حوزه سلامت از دست برود

بدون شک یکی از حوزه‌هایی که همواره پاسخگوی نیازهای مردم و در هر شرایطی بوده و اندک فراز و نشیب‌هایی داشته، حوزه سلامت است؛ بنابراین نباید حوزه سلامت و پاسخگویی به نیازهای بیماران، به راحتی دستخوش تغییرات ناخوشایند شده و در واقع مردم باید احساس کنند که برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به دنبال حفظ سلامت جامعه است و نه محدودیت.

دکتر علی رضا عسکری، رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه گفت: وقتی درباره برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع صحبت می‌کنیم، باید به روح این برنامه توجه کنیم؛ به واسطه این برنامه، سلامت مردم، متولی پیدا

می‌کند. وقتی برنامه پزشکی خانواده در فارس اجرا می‌شد، همه به دنبال این مفهوم بودند که باید روی مولفه‌های سلامت مردم تاکید شود. یعنی این‌که یک بیمار دیابتی قبل از این‌که نیاز به دیالیز داشته باشد، شناسایی شده و تحت مراقبت قرار بگیرد.

وی ادامه داد: مردم در حوزه سلامت همچنان احساس می‌کنند که پناهگاهی وجود دارد و نباید این احساس امنیت از دست برود. در طرح‌های آزمایشی اجرا شده در استان‌ها نیز تاکید شده که این طور رفتار شود.

همکاری پزشکان با برنامه پزشکی خانواده

وجه دیگر اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پزشکان هستند؛ در واقع، پزشکان مجریان واقعی این برنامه خواهند بود و اگر همکاری پزشکان وجود نداشته باشد یا باور به این برنامه شکل نگیرد، برنامه فقط روی کاغذ اجرا می‌شود و در عمل نتیجه‌ای نخواهد داشت.

دکتر عسکری در این زمینه بیان کرد: یکی از مشکلات، تعداد پزشکان عمومی همکار در طرح پزشکی خانواده شهری است؛ اگر یک شهر ۹۰ هزار نفری در این طرح باشد و هر ۳ هزار نفر به یک پزشک عمومی منتسب شوند، آن شهر به ۳۰ پزشک عمومی نیاز دارد که البته اغلب این تعداد پزشکی عمومی در هر شهر حضور دارند؛ اما امکان دارد جامعه پزشکی که اعلام همکاری کرده‌اند حدود ۵ نفر باشند. رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ادامه داد: در حال حاضر وضعیت در همکاری متخصصان بسیار بهتر است؛ بر اساس ورژن جدید برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، حدود ۸۵ تا ۹۰ درصد متخصصان مورد نیاز در شهرهای پایلوت حضور دارند. در سطح دو و سه خدمات سلامت درخواست شده که ریاست دانشگاه علوم پزشکی با متخصصان صحبت کرده و تعهدات لازم را ارائه کند و این ارتباط دو طرفه شکل بگیرد. با شکل‌گیری تعامل به نظر می‌رسد در همکاری متخصصان در سطح دوم خدمات سلامت، مشکلی نخواهیم داشت.

برنامه‌ای دستوری یا اصلاحات واقعی در نظام سلامت

در این‌که برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌تواند اصلاحات متعددی در نظام ارائه خدمات سلامت ایجاد کند، هیچ شکی نیست؛ اما این هم بدیهی است که اجرای این برنامه با چالش‌های متعددی در نظام سلامت همراه خواهد بود. از طرفی مردم اطلاع چندانی از اجرای آن ندارند و در واقع تا زمانی که برنامه در شهرهای بیشتری گسترش پیدا نکرده، میزان همراهی اجتماعی به طور دقیق مشخص نخواهد شد و نمی‌توان گفت که مردم تا چه میزان از مزایای آن اطلاع پیدا کرده‌اند.

اجرای برنامه به طور رسمی از اول تیر ماه ۱۴۰۵ در ۲۵ شهرستان آغاز شد و سپس در مرحله دوم، ۲۰ شهرستان دیگر نیز به این برنامه پیوستند که مجموع آن به ۴۵ شهرستان رسید. همچنین ۱۹ شهر دیگر در شهریور ماه به اجرای برنامه ملحق شده و بدین ترتیب، برنامه در ۶۴ شهر در سال جاری اجرا می‌شود.

دکتر علیرضا رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه گفت: در دوره‌ای که دکتر پزشکیان، وزیر بهداشت بودند، برنامه پزشکی خانواده در روستاها آغاز شد و ایشان در دوره رئیس جمهوری، به دنبال اجرای قانون و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع هستند. قبل از این، در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر که حدود ۳۰ میلیون نفر جمعیت را شامل می‌شود، شکلی از این برنامه وجود داشت. در حدود یک سال اخیر، جلسه‌های کارشناسی مختلفی برگزار شد و حتی رئیس جمهوری نیز در جلسه‌ها حضور داشته و پیگیری کردند. برای اجرای برنامه پزشکی خانواده، بهترین مسیر این است که از هر دانشگاه علوم پزشکی، یک شهرستان انتخاب شده و در آن استان، برنامه اجرا شده و معایب مشخص شده و سپس به سایر شهرستان‌های یک استان، تسری پیدا کند.

وی ادامه داد: یکی از اصول اساسی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، دسترسی به خدمات و عدالت در سلامت است؛ رئیس جمهوری نیز در صحبت‌های خود اشاره کرده‌اند که نمی‌شود در یک گوشه از کشور، خدمتی ارائه شده و در جای دیگر، هیچ خدمتی ارائه نشود.

دکتر رئیسی بیان کرد: این برنامه دو مرحله شامل استقرار و بهره‌برداری دارد؛ مرحله استقرار نیازمند تامین و اطمینان از زیرساخت‌ها دارد. این زیرساخت‌ها شامل نیروی انسانی، محل ارائه خدمت، سامانه یکپارچه و فناوری اطلاعات است. در این برنامه قرار است که هر خانوار، تحت پوشش یک تیم شامل پزشک، مراقب سلامت، ماما و سایر اعضا باشد و اگر یکی از اعضای خانواده، بیمار شود، می‌تواند به سطح بالاتر خدمات، ارجاع داده شود. در این برنامه، برای بیمار در سطح بالاتر، نوبت گرفته خواهد شد و روز و ساعت به او اعلام می‌شود. معاون وزیر بهداشت اظهار کرد: اگر بیمار نیازمند بستری باشد، هزینه بستری او نیز رایگان خواهد بود. همچنین تمام سوابق فرد از جمله ویزیت و بستری، در پرونده الکترونیک بیمار ثبت و نگهداری خواهد شد. این برنامه در راستای عدالت در سلامت اجرا می‌شود.

دکتر رئیسی افزود: برنامه پزشکی خانواده باید سه تا چهار ماه در محیط واقعی اجرا شده و مشکلات و هزینه‌ها احصا شده و تا پایان سال بتوانیم خروجی قطعی از اجرای برنامه در ۶۴ شهرستان کسب کنیم.

معاون بهداشت وزارت بهداشت گفت: برای اجرای این برنامه، فقط وزارت بهداشت دخیل نیست و سازمان‌های بیمه‌گر نیز همکاری می‌کنند. اگر قرار به عدالت در سلامت باشد، بیمه‌ها باید پای کار باشند که جلسه‌های متعددی با بیمه‌ها داشتیم. همچنین سازمان برنامه و بودجه و مجلس شورای اسلامی نیز همکاری دارند.

دکتر رئیسی ادامه داد: بیش از ۱۰۰ کشور در دنیا، برنامه پزشکی خانواده را اجرا کرده‌اند؛ کشورهای مختلفی از نظر اقتصادی، به دنبال اجرای این برنامه به دلایل مختلف مانند عدالت و اقتصاد سلامت رفته‌اند. ما برای اجرای این برنامه، منابع مالی کم نداریم، اما مشکل اصلی، انضباط مالی است؛ یعنی پول در حوزه سلامت باید به موقع پرداخت شده و در جای خودش هزینه شود.

وی بیان کرد: با توجه به اراده‌ای که در اجرای این برنامه وجود دارد، باید بر اساس قانون، برنامه پزشکی خانواده را اجرایی کنیم؛ در حال حاضر بهترین فرصت برای این کار است. هرچند امکان دارد برخی موانع و مشکلات وجود داشته باشد، اما این برنامه یک نوع پوست اندازی و تکامل در نظام سلامت است.





گفت‌وگوهای ویژه

به مناسبت هفته ملی بیمه سلامت



گفت و گو با
دکتر محمدمهدی ناصحی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

ایستادگی بیمه سلامت در صیانت از بیمه‌شدگان

بیمه سلامت، سپر حمایتی بیمه‌شدگان در برابر هزینه‌های درمانی

تحقق عدالت در سلامت و حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های سلامت، از کلیدی‌ترین تکالیف اسناد بالادستی، به‌ویژه قانون برنامه هفتم پیشرفت است؛ ماموریتی که بار عمده آن بر دوش سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان بزرگ‌ترین بیمه پایه سلامت کشور قرار دارد.

سازمان بیمه سلامت ایران طی سال‌های اخیر با توسعه چتر بیمه‌ای رایگان برای دهک‌های درآمدی اول تا پنجم، تاسیس و فعال‌سازی صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج، نشان‌دار کردن زوج‌های نابارور و تمهید مقدمات اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده، گام‌های بنیادینی برداشته است. با این حال، فاصله میان تعهدات تکلیفی و منابع، چالش نقدینگی و مطالبات مراکز طرف قرارداد را به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های این حوزه تبدیل کرده است.

در گفت‌وگو با دکتر محمدمهدی ناصحی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران، وضعیت پوشش بیمه همگانی سلامت، ابعاد حمایت از بیماران خاص و صعب العلاج، نقش بیمه در برنامه پزشکی خانواده و در نهایت ریشه‌های ساختاری کسری منابع و انباشت مطالبات در نظام بیمه‌ای را بررسی کردیم.

یکی از اقدامات مهم سازمان بیمه سلامت ایران در سال گذشته، برقراری پوشش بیمه سلامت برای افرادی بود که تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار نداشتند؛ وضعیت پوشش بیمه‌ای در حال حاضر به چه صورت است؟

بر اساس قانون برنامه هفتم پیشرفت، همه ایرانیان فاقد پوشش بیمه‌ای باید تحت پوشش بیمه سلامت قرار بگیرند. در حال حاضر ۵ دهک اول جامعه بدون پرداخت حق بیمه و به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و دهک‌های ششم تا نهم نیز با تخفیف‌هایی در پرداخت حق بیمه، تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

مجموع بیمه شدگان سازمان بیش از ۴۵ میلیون نفر است که در ۴ صندوق تحت پوشش هستند؛ در واقع بیمه سلامت یکی از بزرگترین بیمه‌های پایه سلامت محسوب می‌شود که وظیفه حمایت از بیماران در برابر هزینه‌های سلامت را بر عهده دارد و نیمی از جمعیت کشور نیز تحت پوشش بیمه‌ای این سازمان هستند.

در ماه‌های اخیر اطلاع رسانی‌هایی انجام شد که همه افراد فاقد پوشش بیمه برای پوشش بیمه‌ای خود اقدام کنند؛ افراد با مراجعه به سامانه شهروندی بیمه سلامت یا مراجعه به دفاتر پیشخوان می‌توانند با توجه به دهک درآمدی خود، نسبت به برقراری بیمه سلامت اقدام کنند.

راه اندازی صندوق بیماران خاص و صعب العلاج یکی از اقدامات قابل توجه سازمان بیمه سلامت در سال‌های اخیر بود؛ این صندوق تاکنون چه تاثیری بر کاهش پرداختی از جیب بیماران خاص و صعب العلاج داشته است؟

صندوق بیماران خاص و صعب العلاج برای همه بیماران تحت پوشش همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت است. از ابتدای راه اندازی این صندوق، بیش از ۳۰ همت از هزینه‌های پرداختی این گروه از بیماران کاهش یافته است.

حدود ۱۳۰ گروه بیماری که شامل حدود ۲۶۰ بیماری است، تحت پوشش این صندوق قرار دارند و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها، سرطان‌ها هستند. حدود ۷۰ درصد منابع این صندوق در زمینه داروها هزینه می‌شود.

البته این صندوق به کمک خیرین جهت خدمت‌رسانی بهتر به بیماران هم نیاز دارد و امیدواریم خیرین سلامت با استفاده از مسیرهایی که در نظر گرفته شده، در این زمینه به بیماران خاص و صعب العلاج کمک کنند.

در حال حاضر بیش از ۵۳. میلیون نفر تحت پوشش این صندوق قرار دارند و در واقع نشان‌دار شده‌اند. نشان‌دار شدن بیماران با مراجعه به سامانه شهروندی یا مراجعه به مراکز بیمه سلامت یا تامین اجتماعی یا نیروهای مسلح انجام می‌شود و در واقع بیمارانی که تحت پوشش هر کدام از این سازمان‌های بیمه‌گر پایه باشند، می‌توانند در همان سازمان، نشان‌دار شده و از خدمات این صندوق بهره‌مند شوند.

این صندوق توانسته نقش موثری در حمایت از بیماران خاص و صعب العلاج در شرایط دشوار اقتصادی و گرانی دارو داشته باشد و به همین دلیل، نیازمند حمایت بیشتر دولت و مجلس شورای اسلامی برای منابع صندوق هستیم.

سازمان بیمه سلامت ایران در حوزه خدمات ناباروری چه خدماتی ارائه می‌دهد؟

اقدامات خوبی در زمینه پرداخت هزینه‌های درمان ناباروری در سازمان بیمه سلامت ایران انجام شده و بیش از ۱۵۰ هزار نفر در سامانه‌های بیمه سلامت در زمینه درمان ناباروری نشان‌دار شده‌اند.

بیشتر آزمایش‌ها و مداخلات درمانی در این زمینه تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارد و در بخش‌های دولتی، میزان پرداخت از جیب بیماران تقریبا ناچیز است و خواهش ما این است که بیماران از خدمات بخش‌های دولتی دانشگاهی در این زمینه استفاده کنند، زیرا پوشش بیمه‌ای خوبی در این مراکز وجود دارد.

یکی از برنامه‌های مهم دولت چهاردهم در حوزه سلامت، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع است؛ نقش بیمه سلامت در زمینه اجرای این برنامه ملی چیست؟

یکی از ارکان مهم اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دنیا، بیمه‌های پایه سلامت هستند و حتی در بسیاری از کشورها، این برنامه توسط بیمه‌ها اجرا می‌شود. اجرای این برنامه در سال جاری در برخی شهرستان‌ها به صورت آزمایشی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز شده و بیمه سلامت نیز پای کار اجرای برنامه است.

قطعا اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای نظام سلامت مفید خواهد بود و نتایج خوبی از اجرای این برنامه کسب می‌شود.

شاید مهم‌ترین مشکل بیمه سلامت در سال‌های اخیر، تامین و تخصیص منابع باشد؛ چرا میزان بدهی‌ها به مراکز طرف قرارداد از جمله داروخانه‌ها و مراکز درمانی افزایش یافته و چرا این مشکل در بیمه‌های پایه رخ داده است؟

عمده منابع سازمان بیمه سلامت ایران توسط دولت تامین می‌شود و به طور مثال، حق بیمه پنج دهک اول و تخفیف‌های حق بیمه مربوط به دهک‌های ششم تا نهم باید توسط دولت پرداخت شود؛ اگر در پرداخت این حق بیمه‌ها تاخیر وجود داشته باشد، مشکلاتی در تسویه حساب با مراکز طرف قرارداد شکل می‌گیرد. از طرفی تعهداتی تکلیف شده و داروهای جدیدی نیز به پوشش بیمه‌ای اضافه می‌شوند.

سال گذشته برای صندوق بیمه روستاییان باید ۵۴۷. همت به بیمه سلامت پرداخت می‌شد، اما ۵۱۵. همت پرداخت شد که این تفاوت، تبدیل به بدهی ما به مراکز طرف قرارداد می‌شود. در واقع هزینه کم نشده و منابع تخصیص نیافته است.

البته تلاش‌هایی کردیم و در بودجه سال گذشته هم مبلغ ۸۵ همت به صورت سهام برای بیمه سلامت در نظر گرفته شد که بتوانیم بدهی‌ها را پرداخت کنیم، اما تاکنون این مبلغ به دست سازمان نرسیده است.

مشکلات مشابهی در سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت نیز وجود دارد؛ بیمه‌های پایه نیازمند کمک و تقویت بیشتری هستند تا کارآمدی لازم را داشته باشند. باید جایگاه بیمه‌های پایه سلامت در کشور تقویت شود.



سازمان بیمه سلامت ایران

بر اساس دهک در سال ۱۴۰۵

نرخ حق بیمه سلامت همگان ایرانیان

دهک ۱ تا ۵
رایگان



دهک ۶
مشارکت دولت ۶۰ %
مشارکت بیمه‌شده ۴۰ %
۱۹,۲۴۱,۲۸۰ ریال

دهک ۷
مشارکت دولت ۵۰ %
مشارکت بیمه‌شده ۵۰ %
۲۴,۰۵۱,۶۰۰ ریال

دهک ۸
مشارکت دولت ۴۰ %
مشارکت بیمه‌شده ۶۰ %
۲۸,۸۶۱,۹۲۰ ریال

دهک ۹
مشارکت دولت ۳۰ %
مشارکت بیمه‌شده ۷۰ %
۳۳,۶۷۲,۲۴۰ ریال

دهک ۱۰
مشارکت بیمه‌شده ۱۰۰ %
۴۸,۱۰۳,۲۰۰ ریال

در سال ۱۴۰۵، مشمولین ۵ دهک اول درآمدی به صورت رایگان، متمرکز و بدون مراجعه تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی ایرانیان قرار دارند.
مشمولین دهک‌های درآمدی ۶ تا ۹ با مشارکت ۴۰ تا ۷۰ درصدی در پرداخت حق بیمه سرانه مصوب از خدمات بیمه‌ای این سازمان بهره‌مند می‌شوند.

برای اطلاع از وضعیت بیمه‌ای
- کد دستوری #۱*۱۶۶۶ *
- مراجعه به دفاتر پیشخوان طرف قرارداد

برای دریافت پوشش بیمه‌ای به صورت غیرحضوری به پنل شهروندی مراجعه نمایید.

csp.ihio.gov.ir



گفت و گو با
دکتر مهدی رضایی

معاون توسعه مدیریت و منابع
سازمان بیمه سلامت ایران

مدیریت منابع و صیانت از حقوق بیمه‌شدگان در دستور کار بیمه سلامت

هم‌زمان با پیگیری اعتبارات پیش‌بینی‌شده در قانون بودجه برای تسریع در تسویه مطالبات مراکز درمانی، سازمان بیمه سلامت ایران با تمرکز بر برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها و ارتقای حفاظت مالی از شهروندان، مسیر تازه‌ای را برای پایداری منابع سلامت و حمایت موثرتر از موسسات طرف قرارداد دنبال می‌کند.

حفظ پایداری مالی در بخش سلامت، از ارکان اصلی دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و جلوگیری از سقوط خانوارها به زیر خط فقر ناشی از هزینه‌های سلامت است. با این حال، شریان‌های مالی این حوزه طی سال‌های اخیر به دلیل تشدید ناترازی منابع و مصارف بیمه‌های پایه سلامت، عدم تحقق تعهدات قانونی دولت در پرداخت سهم بیمه اقشار مشمول و تاخیر در بازتوزیع یارانه‌های دارو و تجهیزات، با چالش‌های انباشته مواجه شده است؛ وضعیتی که بیش از همه، مراکز درمانی طرف قرارداد را با بحران نقدینگی و تعویق چندماهه مطالبات روبه‌رو ساخته است.

از سوی دیگر، مسکوت ماندن یا واگذاری اختیارات کلیدی مدیریت هزینه و خرید راهبردی به بیمه‌ها، دست نهادهای بیمه‌گر را در به‌کارگیری ابزارهای اصلاحی بسته نگه داشته است. برای بررسی آخرین وضعیت تسویه مطالبات مراکز درمانی، چرایی کسری منابع پایدار و همچنین جایگاه بیمه‌ها در اجرای برنامه‌های تحولی از جمله برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع، با دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران به گفت‌وگو نشسته‌ایم:

آخرین وضعیت پرداختی به مراکز و موسسات درمانی طرف قرارداد به چه صورتی است؟

سازمان بیمه سلامت ایران، پرداخت‌ها به موسسات طرف قرارداد را به دو روش «پرداخت بخشی از مطالبات سال ۱۴۰۴» و «پرداخت علی‌الحساب عملکرد سال ۱۴۰۵» پیش می‌برد که در مجموع این پرداخت‌ها می‌توانیم بگوییم تعویق ۶ ماهه در پرداخت خدمات سرپایی و ۷ ماهه در خدمات بستری وجود دارد.

امیدوار هستیم با نهایی شدن فرآیند تامین منابع و اجرای قانون بودجه ۱۴۰۵ مبنی بر اختصاص ۸۵ هزار میلیارد تومان بابت مطالبات معوق در طی ماه‌های آینده، میزان عمق بدهی یا معوقه سازمان بیمه سلامت ایران به موسسات طرف قرارداد به کمتر از ۳ ماه برسد.

چرا میزان بدهی‌های سازمان بیمه سلامت ایران به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در دو سال اخیر افزایش یافته است؟ مشکل کجاست؟ راه حل چیست؟

مشکل اصلی بدهی سازمان بیمه سلامت ایران به موضوع مهم ناترازی منابع و مصارف بر می‌گردد. ورودی منابع سازمان عمدتا از ۲ مسیر حق بیمه دریافتی و یارانه‌هایی است که دولت به بخش سلامت اختصاص می‌دهد؛ به طور مثال، در قالب مابه‌التفاوت نرخ ارز دارو و تجهیزات پزشکی، از آن‌جایی که حدود ۸۰ درصد بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران، طبق تعهدات دولت باید از منابع عمومی داده شود، در ۲ سال اخیر تحقق نیافته است و میزان آن کمتر از ۵۰ درصد منابع لازم بوده است. مسیر دوم که یارانه‌های دولتی است هم به طور مستقیم به تاخیر پرداخت سازمان هدفمندی یارانه‌ها مربوط می‌شود.

البته در ۲ سال اخیر تلاش سازمان بیمه سلامت ایران بر این بوده که علاوه بر رایزنی با دولت و مجلس شورای اسلامی، برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها را هم در دستور کار قرار دهد که موفقیت‌های نسبی در این زمینه داشته‌ایم.

آیا بیمه‌های پایه سلامت، ابزاری برای مدیریت هزینه‌ها و تقاضا در اختیار دارند؟ چرا راهکارهایی مانند خرید راهبردی خدمات سلامت در بیمه‌ها اجرایی نمی‌شود؟

به موضوع مهمی اشاره کردید؛ در کشورهای توسعه یافته که از سیستم بیمه‌های اجتماعی یا ملی استفاده می‌کنند عموما قواعد و نظام کنترل هزینه در اختیار بیمه‌های این کشورها قرار دارد، اما در کشور ما، این اختیارات به تولیت سلامت یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار شده است و بیمه‌ها در این زمینه قدرت مانور اندکی دارند.

به عنوان مثال اگر بیمه‌ها بخواهند نظام پرداخت بهای خدمات را به روش‌های نوین مرسوم تغییر دهند، صاحب اختیار نیستند. در مورد خرید راهبردی خدمات سلامت که از روش‌های موثر کاهش هزینه‌هاست نیز تولیت سلامت مسئولیت دارد و نه بیمه‌های پایه سلامت؛ در نتیجه امکان محدودی برای بیمه‌ها وجود دارد و با وجود این محدودیت‌ها۷ سازمان بیمه سلامت به روش مدل‌سازی، اقدامات خوبی انجام داده است.



مهمترین برنامه‌های توسعه‌ای در یک سال آینده در سازمان بیمه سلامت ایران چیست؟ چه تعداد پروژه نیمه کاره عمرانی در حال حاضر وجود دارد؟

مهم‌ترین برنامه سازمان بیمه سلامت ایران، حفاظت مالی در حد توان، از بیمه شدگان است. برای انجام این هدف، تمرکز سازمان بر جلوگیری از هدررفت منابع اندک و ارزشمند بیمه سلامت و مدیریت هزینه‌هاست.

در سال جاری، ۲۶ پروژه عمرانی بالغ بر ۳۰ هزار مترمربع در حال احداث داریم که ۵ پروژه تاکنون به بهره‌برداری رسیده و ۱۰ پروژه دیگر نیز تا پایان سال به بهره‌برداری خواهد رسید. امیدواریم بقیه پروژه‌ها نیز در سال آینده به نقطه بهره‌برداری برسند.

چه انتظاری از دولت و مجلس شورای اسلامی درباره منابع سازمان بیمه سلامت ایران وجود دارد؟

انتظار از تصمیم‌گیران، اولویت‌دهی به موضوع سلامت مردم و همچنین حفاظت مالی از شهروندان در موقع نیاز به خدمات سلامت است. چالش اصلی، پرداخت کامل حق بیمه کسانی است که طبق قانون، پرداخت حق بیمه آنان بر عهده دولت قرار دارد. چالش دیگر، تقویت بیمه سلامت در کشور و استقلال نسبی برای انجام تعهدات و وظایف محوله است.

اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دولت چهاردهم چه تاثیری بر روند مدیریت منابع سلامت خواهد گذاشت؟ نقش بیمه سلامت در این زمینه چیست؟

در حال حاضر متولی اصلی اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت در کنار وزارت بهداشت قرار دارند.

انتظار سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت این بود که ابتدا نقایص برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در نسخه‌های قبلی «۰۱» روستایی و «۰۲» شهری فارس و مازندران برطرف شده و سپس توسعه پیدا می‌کرد.

به هر حال تمام تلاش سازمان بیمه سلامت ایران این است که در این طرح ملی، یاری‌رسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد و وظایفی که بر عهده سازمان گذاشته شده، به درستی انجام شود.

اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع که هدف اصلی آن، ارائه خدمات سلامت مطلوب به شهروندان است، لزوما منجر به کاهش هزینه‌های سلامت نخواهد شد؛ بلکه انتظار می‌رود با نظم‌دهی به ارائه دهندگان خدمات سلامت و توجه و تمرکز بیشتر به نقش پیشگیری، کارایی نظام سلامت افزایش پیدا کند.







گفت و گو با
دکتر حسین داودی

معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت
سازمان بیمه سلامت ایران

گذر بیمه سلامت از درمان‌محوری به سلامت محوری

گذر از «درمان‌محوری» به «سلامت‌محوری» به عنوان راهبرد کلیدی سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر کلید خورده است. معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت این سازمان با تأکید بر اینکه نگاه پیشگیرانه و توانمندسازی بیمه‌شدگان می‌تواند تا ۵۰ درصد از هزینه‌های نظام سلامت را کاهش دهد، از تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات پیشگیرانه، بسته‌های خروجی‌محور برای بیماری‌های غیرواگیر، و اجرایی‌سازی «پیشگیری سطح چهارم» با هدف مهار خدمات غیرضروری در سال ۱۴۰۵ خبر می‌دهد؛ رویکردی که در بستر برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع پیگیری می‌شود.

نظام سلامت ایران با چالش‌های اقتصادی ناشی از گسترش بیماری‌های غیرواگیر و افزایش بار هزینه‌های درمانی دست‌به‌گریبان است. در این میان، سازمان‌های بیمه‌گر پایه به عنوان ارکان اصلی تامین مالی، ناگزیر از بازنگری در مدل‌های سنتی و گذار از رویکردهای «درمان‌محور» به «سلامت‌محور» هستند. این ضرورت، سازمان بیمه سلامت ایران را بر آن داشته است تا با اتخاذ سیاست‌های ساختارمند، پیشگیری را به عنوان یک استراتژی کلیدی در مدیریت منابع عملیاتی کند.

مداخلاتی نظیر تعریف بسته‌های تشویقی برای بیمه‌شدگان خودمراقب، پیگیری تعرفه‌گذاری خدمات پیشگیرانه، احصای خدمات غیرضروری در قالب «پیشگیری سطح چهارم» و همسویی با برنامه کلان «پزشکی خانواده و نظام ارجاع»، محورهای اصلی این تحول مدیریتی در سال‌های اخیر بوده‌اند.

در گفت‌وگوی پیشِ رو با «حسین داودی» معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران، ابعاد اجرایی این برنامه‌ها، چالش‌های موجود در تدوین بسته‌های خروجی‌محور و نقش بیمه‌ها در ارتقای سواد سلامت جامعه و مهار خدمات غیرضروری مورد واکاوی قرار گرفته است.

سازمان بیمه سلامت ایران چه اقداماتی در حوزه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر انجام داده و برنامه‌های آینده سازمان در حوزه پیشگیری چیست؟ اصلا ورود بیمه‌ها به حوزه پیشگیری چه ضرورت و اهمیتی دارد؟

سازمان بیمه سلامت ایران به این نتیجه رسید که از درمان محوری باید به سمت سلامت محوری حرکت کند و حوزه پیشگیری را به صورت ساختارمند تقویت کند و چند سالی‌ست که این نگاه اجرایی شده است.

سال‌هاست در حوزه بهداشت و پیشگیری به شکل‌های مختلف کار کردم و فکر می‌کنم مهم‌ترین جایی که باید نگاه پیشگیری محور در راستای مدیریت منابع داشته باشد، بیمه‌های پایه سلامت هستند. در واقع آن‌چه سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت و حتی بیمه‌های تکمیلی را نجات می‌دهد، نگاه پیشگیرانه است.

در سال‌های اخیر مداخلاتی در حوزه پیشگیری را در استان‌های مختلف آغاز کردیم که از این جمله می‌توان به هزار روز طلایی کودک که از زمان بارداری و بعد از آن، تا دو سالگی را شامل می‌شود، همچنین در حوزه سالمندی، اشاره کرد. از دو سال قبل به این نتیجه رسیدیم که برای نهادینه شدن پیشگیری در سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، باید رفتار ساختارمندتری داشته باشیم.

بنابراین کلیات پیشگیری برای شورای عالی بیمه سلامت ارسال شد تا خدمات پیشگیری به عنوان خدمات پایه بیمه سلامت مورد تاکید قرار بگیرد؛ در حال حاضر این موضوع در مرحله کارشناسی است. این موضوع یعنی علاوه بر خدمات پایه‌ای که تاکنون تحت پوشش بیمه سلامت بوده، خدمات پیشگیری نیز به رسمیت شناخته شود. در مراحل بعدی، بسته‌های آن مشخص شده و باز هم برای تصویب به شورای عالی بیمه سلامت می‌رود.

در بند «چ» ماده ۷۳ برنامه هفتم پیشرفت نیز از این موضوع حمایت شده و مورد تاکید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت است تا بتوانیم راهکاری برای اجرای قانون نیز فراهم کنیم.

توجه به پیشگیری و ارتقای سواد سلامت جامعه تا چه میزان به کاهش هزینه‌های حوزه سلامت و به ویژه در زمینه بیماری‌های غیرواگیر کمک می‌کند؟ آیا راهکارها و مشوق‌هایی برای بیمه شدگان در نظر گرفته می‌شود؟

بیمه‌های پایه سلامت و حتی بیمه‌های تکمیلی، موکل‌هایی را به عنوان بیمه شده، تحت پوشش دارند و وظیفه بیمه‌ها، توانمند کردن بیمه شدگان و ارتقای سلامت آنها است. اداره کلی که در سازمان بیمه سلامت در زمینه پیشگیری نخستین کار می‌کرد را هم به همین دلیل به اداره توانمندسازی بیمه شدگان تبدیل کردیم، زیرا توانمند کردن بیمه شدگان یکی از وظایف اصلی بیمه سلامت است.

گاهی در کشورهای توسعه یافته می‌شنویم که یک بیمارستان را تعطیل کرده‌اند؛ این موضوع به دلیل عدم توانایی در اداره بیمارستان نبوده، بلکه نیاز به وجود آن بیمارستان کاهش یافته است.

در حال حاضر سه اولویت در اداره توانمندسازی بیمه شدگان داریم؛ اول، افزایش سواد سلامت است. دوم این‌که پس از افزایش سواد سلامت، افراد بتوانند خودمراقبتی را انجام بدهند. سوم این‌که امکان دارد همه این افراد نتوانند از خود مراقبت کنند و در نتیجه افراد باید به درجه‌ای برسند که مراقبت‌های رهایی بخش انجام بدهند و نیاز کمتری به پزشک عمومی و متخصص داشته باشند.

ما می‌توانیم در قالب مشوق و بازپرداخت، قسمتی از هزینه‌های بیمه شدگانی که خودمراقبتی را انجام می‌دهند، به بیمه شدگان برگردانیم که در قالب همان بند «چ» ماده ۷۳ برنامه هفتم پیشرفت خواهد بود. به همین دلیل، بسته‌هایی در زمینه چاقی، دیابت، فشارخون و قلب و عروق تعریف کرده‌ایم که خروجی محور هستند و می‌توان به این خروجی‌ها قیمت داد و می‌گوییم اگر این خروجی حاصل شد، درصد مشخصی از هزینه را به بیمه شده بر می‌گردانیم. به شدت به دنبال این موضوع هستیم.

پیشگیری می‌تواند به کاهش هزینه‌های سلامت کمک کند. در برخی آمارها گفته شده که نگاه پیشگیرانه می‌تواند تا ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامت را کاهش بدهد.

سازمان بیمه سلامت ایران پیشنهادی مبنی بر تعرفه گذاری خدمات پیشگیری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه کرده که بازخوردهای خوبی در این زمینه داشتیم. بر این اساس، تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات پیشگیرانه به وزارت بهداشت پیشنهاد شده و اگر به جمع بندی برسند، تدوین این کتاب می‌تواند گام بلندی برای نهادینه کردن پیشگیری و توسعه آن در سطح جامعه باشد.

در سال‌های اخیر با کلیدواژه‌ای با عنوان پیشگیری سطح چهارم مواجه هستیم؛ پیشگیری سطح چهارم به چه معنی است و سازمان بیمه سلامت ایران چه اقداماتی در این زمینه انجام داده است؟

پیشگیری سطح چهارم، موضوع جدیدی محسوب می‌شود و تنها سطحی از پیشگیری است که مسئولیت آن با بیمه‌هاست. در پیشگیری سطح اول تا سوم، مردم خدمات گیرنده هستند، اما پیشگیری سطح چهارم مربوط به خدمت و ارائه دهنده خدمات سلامت است. به طور مثال گفته می‌شود که سونوگرافی که یک رادیولوژیست به تعداد ۱۰۰ مورد در ماه نوشته، ضروری بوده یا خیر؛ بنابراین در این مثال، دو موضوع شامل خدمت سونوگرافی و پزشکی که این خدمت را تجویز کرده، مطرح است.

وقتی از خدمات غیرضروری پیشگیری شود، حتما هزینه‌های سلامت در سبد اقتصادی مردم قرار می‌گیرد. در دنیا ادعا می‌شود که حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد خدمات سلامت غیرضروری است. اگر نظارت‌ها کم شود، شاید این میزان به بیش از ۵۰ درصد هم برسد.

بنابراین بیمه‌ها ابتدا باید خدمات غیرضروری را احصا کنند؛ به جز نیروی انسانی توانمند، به کمک ابزارهایی مانند هوش مصنوعی نیز می‌توان این خدمات غیرضروری را احصا کرد. این موضوع هم از طریق آموزش به ارائه دهندگان خدمات و هم از طریق مداخله حقوقی قابل انجام است.

باید بپذیریم که خدمات سلامت، یک بازار است و باید تلاش کنیم این خدمات به صورت سلامت به مردم ارائه شود. در عین حال نمی‌توان گفت همه افرادی که خدمات ارائه می‌کنند، این کار را به خوبی انجام می‌دهند. بیمه‌ها باید آگاهی داشته باشند تا هزینه خدمات غیرضروری از جیب بیمه شدگان، پرداخت نشود.

گاهی خدمات ضروری ولی غیراستاندارد است که باید این خدمات استاندارد شوند، گاهی خدمات ضروری و استاندارد هستند که باید از آن حمایت شده و توسعه پیدا کند، اما گاهی خدمات غیرضروری هستند که باید از آن جلوگیری شده و برای آن برنامه ریزی شود.

در سال ۱۴۰۴ اقداماتی در این زمینه انجام و برخی از این خدمات احصا شد. در سال ۱۴۰۵ با ۳۱ استان، توافق‌نامه‌ای امضا شد که بر این اساس، ۴ دستور مشترک شامل کاهش اقلام دارویی، کاهش اقلام آزمایشگاه، کاهش اقلام تصویربرداری و رادیولوژی و کاهش خدمات غیرضروری بستری می‌شود. به جز این موارد، هر استان به فراخور نیازها و مطالعات خود، پیشنهاد کرد که می‌تواند درباره خدمات غیرضروری دیگر هم مداخله کرده و باعث کاهش پرداخت هزینه از جیب بیمار و نظام سلامت شود.

نمی‌توان ادعا کرد که صد درصد خدمات غیرضروری را حذف می‌کنیم، اما همین توافق‌نامه یک شروع محسوب می‌شود و در طول زمان می‌توان اصلاحات را انجام داد. در واقع نمی‌توان همه چیز را درست کرد و بعد شروع کرد، زیرا زمان از دست رفته زیادی داریم و فرصت کافی وجود ندارد که همه چیز را از ابتدا ایده‌آل کنیم.

سال‌هاست که برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران در حال اجراست و اکنون دولت چهاردهم به دنبال اجرای کشوری این برنامه است؛ در سال ۱۴۰۵ این برنامه به صورت آزمایشی در چند شهرستان اجرا شده و در حال پیشرفت است. سوال این‌جاست که نقش سازمان بیمه سلامت ایران در اجرای این برنامه چیست و بیمه‌های پایه سلامت چه کمکی به استقرار کامل این برنامه در کشور خواهند کرد؟

یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها در حوزه سلامت در شرایط حاضر، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع است. من از سال ۱۳۸۴ و شروع برنامه پزشکی خانواده روستایی حضور داشتم. این دوره، دوره مهمی برای اجرای این برنامه است و نظام سلامت نباید این فرصت را از دست بدهد؛ اگر خیرخواهانه به این موضوع نگاه کنیم، مشاهده می‌شود که رئیس جمهوری نگاه صادقانه و تخصصی به این برنامه دارد.

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در واقع نیاز اصلی بیمه‌هاست و می‌توان گفت که این برنامه، نجات دهنده سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت است. باید فرهنگ طی کردن نظام ارجاع را به مردم یاد بدهیم.

رئیس جمهوری، وزیر بهداشت و معاونان وزارت بهداشت هر هفته برنامه‌های مربوط به پزشکی خانواده و نظام ارجاع را پیگیری کرده و شرکت می‌کنند و باید از این فرصت استفاده کرد.

حتی می‌توان گفت که یکی از دروازه‌های کنترل خدمات غیرضروری، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت جدی وارد اجرای این برنامه شده و در حال حاضر، هر سه شنبه جلسه بررسی اجرای برنامه برگزار می‌شود. همچنین اقدامات تخصصی در زمینه پایش و نظارت بیمه‌ای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به صورت مداوم انجام می‌شود و شاخص‌های آن با همکاری وزارت بهداشت در حال طراحی است.





گفت و گو با
دکتر محمدعفت‌پناه

معاون درمان و خرید راهبردی
سازمان بیمه سلامت ایران

حمایت ۱۲ هزار میلیارد تومانی بیمه سلامت از بیماران خاص در سال ۱۴۰۴

معاون درمان و خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران با اعلام هزینه‌کرد ۱۲ هزار میلیارد تومانی صندوق بیماری‌های خاص و ۴۱. هزار میلیارد تومانی حوزه درمان ناباروری در سال ۱۴۰۴، از پوشش ۶۹ گروه بیماری خاص دارای بسته خدمتی و نشان‌دار شدن ۱۶۵ هزار زوج نابارور در کشور خبر داد.

مدیریت بهینه منابع سلامت، محافظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های کمرشکن و تحقق سیاست‌های جمعیتی، سه محور بنیادینی هستند که ماموریت‌های سازمان بیمه سلامت ایران را در سال‌های اخیر بازتعریف کرده‌اند.

راه‌اندازی «صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج» و توسعه پوشش‌های تخصصی درمان ناباروری و حمایت‌های مادر و کودک، گام‌هایی برای کاهش پرداخت از جیب مردم بوده‌اند؛ اقداماتی که هم‌راستا با هوشمندسازی فرآیندها از طریق سامانه‌های الکترونیک و اتصال بیش از ۱۵۹ هزار مرکز درمانی طرف قرارداد در سراسر کشور دنبال می‌شوند.

با این حال، شتاب نرخ تورم در حوزه بهداشت و درمان و شکاف میان تعرفه‌های واقعی و اعتبارات مصوب، نظام سلامت را با چالش‌های ساختاری در پایداری منابع روبه‌رو ساخته است.

برای بررسی دقیق ابعاد پوشش‌های بیمه‌ای، نحوه دسترسی و نشان‌دار شدن بیماران خاص، بسته‌های حمایت مالی از زوجین نابارور و کارایی سامانه‌های نظارتی و نسخه الکترونیک، با دکتر محمد عفت‌پناه، معاون درمان و خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران به گفت‌وگو نشسته‌ایم. مشروح این مصاحبه را در ادامه می‌خوانید:

صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج چند گروه از این بیماری‌ها را تاکنون تحت پوشش قرارداده و چه میزان برای درمان این بیماران هزینه کرده است؟ آیا قرار است به تعداد بیماری‌های تحت پوشش اضافه شود؟

صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج تا پایان مهر ماه ۱۴۰۵، تعداد ۶۹ گروه بیماری دارای بسته ابلاغی را تحت پوشش قرار داده و ۶۴ بیماری فاقد بسته ابلاغی را از تبصره ذیل ماده ۹ تحت پوشش قرار داده است.

در سال ۱۴۰۴، هزینه‌کرد این صندوق برای بیماران حدود ۱۲ هزار میلیارد تومان بوده است. در صورت تامین اعتبار، صدور مجوز و ابلاغ بسته‌های خدمتی برای بیماری‌های خاص یا صعب العلاج از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، امکان افزایش بیماری‌های تحت پوشش این صندوق وجود دارد.

به نظر شما اعتبارات و منابع صندوق بیماران خاص پاسخگوی هزینه‌های درمان بیماران خاص و صعب العلاج است؟

با توجه به افزایش شدید تورم و قیمت خدمات، تجهیزات و دارو، اعتبارات ابلاغی و تخصیص یافته، کفاف پوشش هزینه‌های بیماران خاص را نمی‌دهد.

چه خدماتی در بخش درمان، دارو و تشخیص تحت پوشش صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج است؟

در حال حاضر خدمات دارو، آزمایش، پرتوپزشکی (سونوگرافی، رادیولوژی، سی تی اسکن، ام آر آی، طب هسته‌ای، دانسیتومتری، رادیوتراپی، پت اسکن، IMRT)، خدمات توانبخشی (فیزیوتراپی، بینایی سنجی، شنوایی شناسی، گفتار درمانی و کار درمانی)، خدمات پزشک (ویزیت، نوار قلب، کولونوسکوپی و آندوسکوپی، تست خواب، خدمات مشاوره روانشناسی و ...)، تجهیزات پزشکی و خدمات بستری بر اساس بسته‌های ابلاغی بیماری‌ها تحت پوشش صندوق بیماران خاص و صعب العلاج است.

مراکز درمان دولتی و خصوصی چه درصدی از خدمات مورد نیاز بیماران خاص و صعب العلاج را پوشش می‌دهند؟

صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج در مراکز درمانی دانشگاهی تا صد درصد تعرفه دولتی و در مراکز عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی طرف قرارداد در صورت نسخه نویسی الکترونیک تا ۸۰ درصد تعرفه همان مالکیت بر اساس ضوابط ابلاغی، هزینه بیماران را پوشش می‌دهد.

بیماران خاص و صعب العلاج چگونه می‌توانند تحت پوشش این صندوق قرار گرفته و از خدمات بهره‌مند شوند؟

بیماران خاص و صعب العلاج بر اساس ضوابط ابلاغی و با ارائه مدارک مرتبط با بیماری خود، به اداره‌های بیمه سازمان‌های بیمه‌گر پایه خود و ثبت نشان بیماری بر اساس مدارک ارائه شده، می‌توانند از مزایای صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج در مدت زمان بیماری، بهره‌مند شوند.

سازمان بیمه سلامت در حوزه ناباروری و جوانی جمعیت چه اقداماتی تاکنون انجام داده و چه تعداد زوج نابارور تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند؟

هزینه درمان خدمات تخصصی کمک باروری مانند ICSI، IUI، IVF و FET بدون محدودیت در تعداد و هزینه خدمات، بسته خدمات فریز تخمک و اسپرم برای زوجین نابارور توسط بیمه سلامت پرداخت می‌شود.

همچنین پوشش خدمات درمان ناباروری در مراکز دولتی با ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی، مراکز عمومی غیردولتی با ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیردولتی و مراکز خیریه و خصوصی با ۶۰ درصد تعرفه مصوب بخش خصوصی و خیریه انجام می‌شود.

تاکنون تعداد ۱۶۵ هزار بیمه شده در سطح کشور جهت دریافت خدمات درمان ناباروری و ارائه خدمات برای زوجه تا سن ۴۹ سال تمام و برای زوج، بدون محدودیت سنی، نشان‌دار شده‌اند.

همچنین هزینه‌های لوازم و تجهیزات پزشکی، دارو و خدمات آزمایشگاهی مرتبط با خدمات درمان ناباروری نیز تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارد. بر همین اساس، ۷۴ قلم داروی تخصصی جهت درمان ناباروری با پوشش بیمه‌ای ۹۰ درصدی تحت پوشش بیمه است. همچنین ۷ قلم تصویربرداری، ۵۸ قلم آزمایش، ۴۲ قلم لوازم و تجهیزات پزشکی مرتبط با درمان ناباروری با پوشش بیمه‌ای ۹۰ درصدی تحت پوشش قرار دارد.

همچنین ۱۷ قلم آزمایش ژنتیک برای افرادی که دچار سقط مکرر، شکست مکرر در لانه گزینی جنین شده و صاحب فرزند نشده‌اند نیز تحت پوشش بیمه سلامت است. دو آزمایش بررسی ذخیره تخمدان یا AMH جهت زوجه و آزمایش DFI برای زوج نابارور تحت پوشش بیمه قرار دارد.

پوشش بیمه‌ای ۴۸ کد خدمت جراحی آماده‌سازی جهت دریافت خدمات درمان ناباروری توسط زوجین برقرار است.

همچنین تجویز و ارائه خدمات سونوگرافی توسط همکاران فلوشیپ ناباروری و پزشک متخصص زنان دوره دیده در مراکز ارائه دهنده خدمات ناباروری نیز تحت پوشش بیمه است. همچنین تعرفه خدمات پرستاری جهت خدمات درمان ناباروری در مراکز ارائه دهنده خدمات ناباروری اعمال شده است.

در حال حاضر سازمان بیمه سلامت ایران با چند مرکز درمان ناباروری قرارداد دارد؟

تعداد کل مراکز غیرمستقل طرف قرارداد ارائه دهنده خدمات تخصصی درمان ناباروری، ۱۴۹ مرکز است.

آیا بیمه سلامت از مادران در زمان بارداری و پس از زایمان نیز حمایت‌هایی انجام می‌دهد؟

کلیه مادران فاقد پوشش بیمه‌ای طی دوران بارداری و شیردهی و همچنین کودکان تا پایان ۵ سالگی تحت پوشش خدمات درمان پایه بیمه‌ای بر اساس ارزیابی وسع قرار می‌گیرند.

پوشش بیمه‌ای خدمات تشخیصی درمانی گروه سنی شیرخواران و کودکان زیر ۵ سال برقرار است و بر همین اساس، ۲ میلیون و ۲۵۱ هزار و ۶۰۲ بیمه شده زیر ۵ سال و ۳۸۰ هزار و ۷۹۷ بیمه شده باردار در حال حاضر داریم. همچنین تعداد یک میلیون و ۶۹۶ هزار و ۵۹۱ نفر از بیمه شدگان زیر ۷ سال نیز خدمات دریافت کرده‌اند.

آیا خدمات مامایی نیز تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارد؟

پیش از این، فراخوانی به گروه مامایی جهت عقد قرارداد با سازمان بیمه سلامت ایران داده شد و در حال حاضر تعداد کل ماماهای طرف قرارداد با سزمان، ۳ هزار و ۷۲۴ نفر شامل کارشناس، کارشناس ارشد و دکتری است.

خدمات ویزیت و مشاوره، دارو، آزمایش و انجام خدمات واکسیناسیون توسط گروه مامایی طبق دستورالعمل ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت جهت جمعیت هدف، تحت پوشش قرار دارد.

همچنین هزینه سونوگرافی بارداری تجویزی توسط گروه مامایی طبق تعرفه مصوب پرداخت می‌شود. داروی مکمل یدوفولیک به صورت رایگان برای مادران باردار تحت پوشش بیمه قرار دارد.

بیمه سلامت در زمینه پرداخت هزینه‌های زایمان چه خدماتی ارائه می‌دهد؟ کل هزینه سازمان در سال گذشته برای درمان ناباروری چقدر بوده است؟

هزینه زایمان طبیعی در مراکز دولتی دانشگاهی به صورت رایگان است. همچنین در راستای ترویج

زایمان طبیعی، پرداخت هزینه سزارین فقط در چهارچوب اندیکاسیون‌های اعلام شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود.

میزان کل هزینه‌کرد سازمان بیمه سلامت ایران برای خدمات درمان ناباروری در سال ۱۴۰۴ معادل ۴۱ هزار میلیارد تومان بوده است.

وضعیت اجرای برنامه نسخه الکترونیک در کشور به چه صورت است و اجرای این برنامه چه مزایایی دارد؟ آیا پیشرفت‌ها و اصلاحاتی در این برنامه در سال‌های اخیر انجام شده است؟

در حال حاضر صد درصد نسخ در کشور به صورت الکترونیک صادر می‌شود. با اجرای برنامه نسخه الکترونیک، امکان تجویز و ارائه مبتنی بر گایدلاین‌های درمانی، قوانین بیمه‌ای و خرید راهبردی خدمات فراهم شده است.

نسخه الکترونیک قابلیت‌های متعددی دارد که از این جمله می‌توان به وجود موتور قواعد، وجود سامانه مدیریت نشان (امکان ارائه خدمت مبتنی بر بیماری و نیاز بیمار)، وجود سامانه شرکای کاری (جهت مدیریت تجویزها مبتنی بر تخصص و مجوزهای تجویزکنندگان و ارائه دهندگان خدمات) و وجود وب سرویس‌های نسخه الکترونیک برای بهره‌مندی یکسان بیمه‌شدگان در مراجعه به مراکزی که از پنل نسخه الکترونیک سازمان بهره‌مند نیستند، ولی از نرم افزارهای نسخه نویسی دارای مجوز سازمان بیمه سلامت ایران، استفاده می‌کنند.

در راستای اصلاحات نیز، اقداماتی مانند تسهیل نسخه نویسی پزشکان با ارتقای نسخه الکترونیک نوین، وجود سیستم احراز هویت مناسب و امن برای امکان محافظت از داده‌های کاربری پزشکان و اجرای وب سرویس‌های نسل چهارم نسخه نویسی انجام شده که بسیاری از قابلیت‌های پنل که تاکنون برای نرم افزارهای واسط میسر نبود، در حال حاضر امکان پذیر شده است. به طور مثال قابلیت‌هایی مانند انتساب نشان به بیمه شده و مشاهده تشخیص‌های ثبت شده در سامانه امکان پذیر شده است.



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.



سازمان بیمه سلامت ایران

صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج

بیش از
۳,۵۰۰,۰۰۰
مدیریت و ثبت نشان بیماران خاص و صعب العلاج در سامانه های الکترونیکی

پوشش حدود **۲۶۰**
بیماری خاص از جمله سرطان، ام اس، دیابت و تالاسمی

هزینه کرد بیش از
۲۴ همت
برا ی کاهش پرداخت از جیب بیماران

تدوین بسته ابلاغی خدمات برای **۶۹** گروه بیماری

حمایت بیش از **۱۳۰** گروه بیماری خاص و صعب العلاج

ضوابط بیمه ای بیماران خـاص و صعب العـلاج

۱ بیمارات خاص و صعب العلاج مشمول (۵۱ عنوان بیماری اعلامی از سوی شورای عالی به سلامت) تحت پوشش بیمه پایت رایگان قرار می گیرند.

۲ بیماران خاص و صعب العلاج مشمول که از طریق صنـدوق بیمه ایرانیـان تحت پوشش سـازمان هستنـد، مـی توانند از طـریق سامـانه شهـروند می به آدرس csp.ihio.gov.ir پوشش بیمه خود را تمدید نمایند.

۳ فرزندان کارکنان دولت در صورت ابتلا به بیماری خاص وصعب العلاج مشمول، پس از پایان ۲۲ سالگی تا زمان ازدواج، همچنان به صورت رایگان (تبعی یک) تحت پوشش قرار میگیرند.



گفت و گو با
سیدمهدی میرشاه‌ولد

مشاور مدیر عامل در امور بین الملل
سازمان بیمه سلامت ایران

دیپلماسی بیمه سلامت بر مدار تبادل دانش فنی؛ از مشاوره به تاجیکستان تا تعامل علمی با چین، کرواسی و سازمان جهانی بهداشت

سازمان بیمه سلامت ایران طی سال‌های اخیر تلاش کرده تا هم‌پای ارتقای خدمات داخلی، نقشی فعال و پیشرو در تعاملات دوجانبه و چندجانبه منطقه‌ای و بین‌المللی داشته باشد که از این جمله می‌توان به ارائه مشاوره فنی برای استقرار بیمه سلامت در تاجیکستان تا رصد الگوهای نوین بیمه‌ای در چین و کرواسی و هدف‌گذاری برای تبدیل شدن به مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت اشاره کرد.

نظام‌های سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه در جهان امروز نمی‌توانند در مرزهای جغرافیایی خود محصور بمانند. توسعه پایدار چتر پوشش همگانی سلامت (UHC)، مهار هزینه‌های فزاینده درمان، حرکت به سمت هوشمندسازی و نسخه الکترونیک و همچنین مواجهه با چالش‌های جمعیتی نظیر سالمندی، پیوندی ناگسستنی با تبادل تجربه‌های زیسته کشورها و استفاده از دستاوردهای علمی فراملی دارد.

دیپلماسی سلامت نه فقط ابزاری برای صدور توانمندی‌های فنی و نرم‌افزاری کشور به همسایگان، بلکه گذرگاهی راهبردی برای بازتعریف شاخص‌های بیمه‌ای و انتقال فناوری‌های نوین مانند هوش مصنوعی در ساختار بیمه‌های پایه سلامت است.

در گفت‌وگو با سید مهدی میرشاه‌ولد، مشاور مدیرعامل در امور بین‌الملل سازمان بیمه سلامت ایران، چشم‌انداز، دستاوردها و اهمیت این پیوندهای بین‌المللی را بررسی کردیم:

انتقال تجربه ایرانی؛ مشاوره برای استقرار بیمه پایه در تاجیکستان

یکی از اقدامات سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۵، ارتباط و همکاری با نظام سلامت کشور تاجیکستان بود؛ جزییات این همکاری چیست؟

تعامل با مدیریت نظام سلامت جمهوری تاجیکستان در راستای مشاوره برای ایجاد بیمه پایه سلامت، همزمان با تشکیل هجدهمین کمیسیون مشترک همکاری اقتصادی، تجاری، فنی، علمی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و جمهوری تاجیکستان در شهر دوشنبه، خرداد ماه سال ۱۴۰۵ و امضای سند همکاری مشترک دو کشور، توافق بین وزارت تندرستی و حفظ اجتماعی اهالی تاجیکستان و سازمان بیمه سلامت ایران در خصوص موضوع فوق الذکر صورت گرفت.

در کمیسیون مذکور موضوع بند ۱۵ سند، حوزه بهداشت درمان (۱۱۵. و ۳۱۵. و ۴۱۵.) در خصوص بیمه سلامت امضا و توافق شد سازمان بیمه سلامت ایران برای ایجاد بیمه پایه سلامت در تاجیکستان همکاری و مشاوره لازم را ارائه کند.

پس از امضای سند مذکور، سازمان بیمه سلامت ایران آمادگی خود را برای امضای تفاهم نامه همکاری فی‌مابین وزارت تندرسی و حفظ اجتماعی اهالی جمهوری تاجیکستان و سازمان بیمه سلامت ایران در راستای همکاری و ارائه مشاوره برای طراحی و پیاده سازی و استقرار بیمه سلامت در تاجیکستان اعلام کرد که در حال رایزنی و پیگیری از سوی وزارت امور خارجه است.

رصد فناوری‌های شرق؛ از هوش مصنوعی تا بیمه مراقبت‌های بلندمدت

جزییات توافق همکاری سازمان بیمه سلامت ایران با کشور چین چیست؟

بعد از جلسه‌های متعدد برگزار شده میان سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان ملی حمایت از خدمات درمانی چین (NHSA)، طی دو وبینار مجازی با تاکید بر موضوع بیمه سلامت و بیمه مراقبت‌های بلند مدت به منظور توسعه همکای‌ها در این حوزه، به دعوت سازمان ملی حمایت از خدمات درمانی چین، بازدیدی از ساختارها، ظرفیت‌ها و چگونگی اجرای نظام الکترونیک بیمه‌ای، نسخه نویسی الکترونیک، هوش مصنوعی در صنعت بیمه و عملکرد آن، نحوه تامین مالی و محاسبه هزینه بیمه سلامت، پوشش فراگیر بیمه و بیمه مراقبت‌های بلند مدت به ویژه برای سالمندان کشور چین انجام شد.

در این بازدیدها توافق برای همکاری مشترک به ویژه پیاده سازی و همکاری در توسعه نظام بیمه سلامت در حوزه موارد پیش‌گفته توسط کشور چین صورت گرفت. موارد یاد شده در حال پیگیری از طرف وزارت امورخارجه، سفارت جمهوری اسلامی ایران در چین و امور بین الملل سازمان بیمه سلامت ایران است.

الگوبـرداری از اروپـا؛ پیونـد پژوهـش و پزشـکی خانـواده در تعامـل بـا کـرواسی

آیـا همـکاری مشـترک بـا کشـورهای دیگـر از جملـه کشـورهای اروپایـی نیـز شکل گرفتـه اسـت؟

در راسـتای توسـعه همکاری‌هـای حـوزه سلامـت بـا کشـور کـرواسی و بـه استنـاد مکاتبـه اداره کل مدیترانـه و شـرق اروپـا وزارت امـور خارجـه و سـفارت جمهـوری اسلامی در خصـوص نظـام بهداشـت و درمـانی ایـن کشـور و ظرفیت‌هـای بالقـوه همـکاری میـان دو کشـور در حـوزه بیمـه سلامـت و پـس از اخـذ پیشـنهادات ادارات فـنی و تخصـصی سـازمان بیمـه سلامـت ایـران پیشـنهادات و ظرفیت‌هـای همـکاری ایـن سـازمان بـه اداره کل همکاری‌هـای بین‌الملـل وزارت بهداشـت در شـش محـور ارائـه شـده اسـت.

اول، بهره‌گیـری از تجربه‌هـای کشـور کـرواسی در توسـعه برنامـه پزشـکی خانـواده و نظـام ارجـاع، دوم، برگـزاری دوره‌هـای آمـوزشی و تبـادل تجربـه بـرای کارشناسـان در حوزه‌های تخصصی بیمـه سلامـت، سـوم، توسـعه همـکاری در حـوزه بیمـه خدمـات پیشـگیرانه و ارتقـای سلامـت عمـومی، چهـارم، انجـام پژوهش‌هـا و مطالعـات مشـترک در زمینـه بسـته خدمـات بیمـه‌ای، پنجـم، همـکاری در تولیـد، انتشـار و تبـادل مقاله‌هـا و گزارش‌هـای علـمی بین‌المللی و ششـم، گسـترش تعامل‌هـای تخصـصی و تبـادل دانـش در حـوزه سیاسـت‌گذاری و مدیریـت بیمـه سلامـت اسـت.

در ایـن گـزارش سـازمان بیمـه سلامـت ایـران آمـادگی خـود را بـرای توسـعه همکاری‌هـای مشـترک بـا جمهـوری کـرواسی در حـوزه بیمـه سلامـت بـه وزارت امـور خارجـه و وزارت بهداشـت اعلام کـرد. ایـن مـوارد از طریـق اداره کل مدیترانـه و شـرق اروپـا وزارت امـور خارجـه و سـفارت جمهـوری اسلامی ایـران در کـرواسی در حـال پیگیـری اسـت.



نقشه راه بین‌المللی؛ حرکت به سمت مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت

آیا سازمان بیمه سلامت ایران همکاری مشترکی با سازمان جهانی بهداشت نیز داشته است؟

پیشنهاد تشکیل مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت (WHOcc) در راستای توسعه همکاری‌های علمی و بین‌المللی و برگزاری نشستی با حضور مسئولان مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، مدیران سازمان بیمه سلامت ایران، نماینده معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و نمایندگان سازمان جهانی بهداشت (WHO) با هدف بررسی ظرفیت‌های همکاری مشترک و تبیین الزامات تبدیل مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت به مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت (WHO Collaborating Centre)و تدوین نقشه راه همکاری مشترک با تمرکز بر حوزه‌های دارای مزیت نسبی جمهوری اسلامی ایران از جمله نظام بیمه سلامت، نسخه الکترونیک و تامین مالی سلامت و استفاده از ظرفیت‌های علمی و پژوهشی کشور برای ایفای نقش موثرتر در سطح منطقه ارائه شده است.

همچنین اقدامات لازم برای تعریف پروژه‌های مشترک، توسعه همکاری‌های پژوهشی و فراهم‌سازی مقدمات طی فرآیند تبدیل مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت به مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت انجام شد.

در همین راستا برنامه‌ریزی‌های لازم برای برگزاری نخستین سمینار بین‌المللی «تقویت بیمه سلامت برای پوشش همگانی سلامت: ارتقای حمایت مالی در راستای پوشش عادلانه» در نیمه دوم سال جاری توسط سازمان بیمه سلامت ایران با محوریت امور بین الملل سازمان جهت ارتقای بیمه سلامت و با همکاری سازمان جهانی بهداشت (WHO) و اداره کل همکاری‌های بین الملل وزارت بهداشت و با حضور کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) همزمان با روز جهانی UHC برابر با ۱۲ دسامبر در حال اجرا است.





گفت و گو با
دکتر محمد اسماعیل کاملی

سرپرست مرکز توسعه فن آوری اطلاعات، امنیت
و هوشمندسازی سازمان بیمه سلامت ایران

هوش مصنوعی و کلان‌داده‌ها؛ پیشران تحول ساختاری در سازمان بیمه سلامت ایران

سازمان بیمه سلامت ایران پس از استقرار موفق برنامه نسخه الکترونیک، گام‌های اجرایی برای گذار از یک «بیمه‌گر صرفا پرداخت‌کننده» به «نهاد محوری در حکمرانی دیجیتال سلامت» را آغاز کرده است. در این چارچوب راهبردی، پروژه‌هایی نظیر تجمیع سوابق در نمایشگر پرونده الکترونیک پزشکی، معماری کلان‌داده برای کشف تقلب و تخصیص بهینه منابع و تدوین نقشه راه بلوغ هوش مصنوعی تا افق ۱۴۰۷ را در اولویت اجرایی قرار داده است.

برنامه نسخه الکترونیک، نقطه عطفی در گذار نظام سلامت کشور از فرآیندهای سنتی کاغذی به ساختارهای نوین اطلاعاتی بود؛ رویدادی که اگرچه چالش‌های متعددی را در مرحله پیاده‌سازی به همراه داشت، اما بستری بی‌بدیل از داده‌های حوزه سلامت پدید آورد. اکنون پرسش بنیادین این است که پس از گردآوری این حجم عظیم از داده، گام بعدی چیست و چگونه می‌توان انباشت اطلاعات را به بازوی تحلیل، پیش‌بینی و تصمیم‌سازی هوشمند تبدیل کرد؟

پاسخ به این پرسش، نیازمند بازتعریف نقش فناوری در نظام بیمه‌ای کشور است؛ جایی که هوش مصنوعی نه به عنوان یک موج زودگذر تبلیغاتی، بلکه به عنوان ابزاری تخصصی برای پایش اصالت اسناد، هشدار تداخلات دارویی و حرکت به سمت پیشگیری قبل از وقوع بحران به کار گرفته می‌شود.

در گفت‌وگوی پیش‌رو با دکتر محمد اسماعیل کاملی، سرپرست مرکز توسعه فن آوری اطلاعات، امنیت و هوشمندسازی سازمان بیمه سلامت ایران به بررسی راهبردهای مرکز در حوزه معماری یکپارچه سرویس‌ها، امنیت و پایداری زیرساخت‌ها، راه‌اندازی اداره علوم داده و هوش مصنوعی و مسیر توسعه سامانه جامع موبایلی برای ارتقای شفافیت و تسهیل خدمات بیمه‌شدگان پرداخته‌ایم.

مهم‌ترین برنامه مرکز فناوری اطلاعات سازمان بیمه سلامت در سال‌های آینده چیست؟

طبق برنامه‌های بلند مدت در راستای راهبردهای مرکز و و سند تحول دیجیتال ، مهم‌ترین چشم‌انداز ما تبدیل این مرکز به مرکزی پیشرو در حکمرانی دیجیتال سلامت ایران تا افق ۱۴۰۷ است. این یعنی فراتر از یک مرکز فناوری صرف، به نهادی تبدیل شویم که استانداردهای حکمرانی داده، هوش مصنوعی و تبادل اطلاعات را در کل اکوسیستم سلامت کشور تعریف کند و در پژوهش‌های فناوری سلامت مشارکت فعال داشته باشد.

در این مسیر، سه محور اساسی را دنبال می‌کنیم: اول، پایداری و امنیت به عنوان پیش‌شرط فعالیت‌ها، تحول سامانه‌ها به سمت معماری‌های نوین با قابلیت Cloud-Native و اجرای حکمرانی داده و هوش مصنوعی برای تصمیم‌گیری مبتنی بر قواعد است. هدف نهایی این است که سازمان بیمه سلامت از یک بیمه‌گر با فناوری مناسب به اکوسیستم بیمه و درمان در سطح ملی تبدیل شود.

هوشمندسازی در سازمان بیمه سلامت دقیقا به چه معنی است؟

هوشمندسازی برای ما یعنی در تمام سطوح به گونه‌ای باشیم که منجر به تصمیم‌گیری مبتنی بر داده و هوشمندی شود. یعنی سامانه‌ها فقط داده ثبت نکنند، بلکه تحلیل کنند، صحت سنجی کنند ، پیش‌بینی کنند و توصیه ارائه دهند. مثلا در نسخه‌نویسی، دستیار هوشمند تداخل دارویی را هشدار دهد؛ در رسیدگی به اسناد، الگوهای مشکوک به تقلب خودکار شناسایی شوند و مدیران ارشد با یک داشبورد یک‌صفحه‌ای، وضعیت کل سازمان را در لحظه ببینند. هوشمندسازی یعنی حرکت از گزارش‌دهی گذشته‌نگر به توصیه برای آینده و حرکت از واکنش به پیشگیری. این تحول، نیازمند زیرساخت داده‌ای قوی با قواعد حکمرانی فناوری اطلاعات و داده و هوش مصنوعی است که با استفاده از منابع انسانی و پیمانکاری متخصص قوام می‌یابد.

برنامه نسخه الکترونیک یکی از برنامه‌های تحولی در نظام سلامت بود که توسط سازمان بیمه سلامت ایران اجرا شد؛ پس از این برنامه، چه برنامه متحول کننده‌ای در حوزه دیجیتال سازمان در دستور کار قرار دارد؟

گام بعدی، نمایشگر پرونده الکترونیک پزشکی (EMR) و یکپارچگی کامل سامانه‌ها از لحاظ مفهومی در لایه سرویس است. نسخه‌نویسی الکترونیک پایه‌گذاری شد، اما اکنون باید تمام داده‌های سلامت هر بیمه‌شده اعم از نسخه سرپایی، بستری، آزمایشگاه، تصویربرداری و دارو در یک پرونده واحد تجمیع و قابل نمایش شود. این یعنی ایجاد تجمیع‌گر آزمایشگاهی وتجمیع‌گر تصویربرداری برای دریافت خودکار نتایج از مراکز طرف قرارداد.

همچنین باید SSO و ESB در تمام سامانه‌ها و سرویس‌ها فراگیر شود تا کاربران و سامانه‌ها با احراز هویت مناسب به خدمات مجاز دسترسی داشته باشند. این گام، سازمان را از بیمه‌گر پرداخت‌کننده به حکمران اطلاعات تبدیل می‌کند.

یکی از مزایایی که پس از اجرای برنامه نسخه الکترونیک مطرح می‌شد، استفاده از کلان داده‌ها بود؛ سازمان چگونه می‌تواند از کلان‌داده‌ها برای تصمیم‌سازی استفاده کند؟

کلان‌داده‌ها زمانی ارزشمند می‌شوند که تجمیع، پاکسازی و استانداردسازی شوند. تلاش می‌کنیم که به زودی معماری مناسب دیتاویرهاوس را پیاده‌سازی کنیم. سپس با ابزار لازم و کمک واحدهای کسب و کاری، داشبوردهای تصمیم‌ساز برای مدیران ارشد ایجاد می‌شود. مثال عملی این‌که تحلیل هزینه هر بستری، شناسایی پزشکان با تجویز غیرمتعارف، پیش‌بینی بار مالی بیماری‌های مزمن و شناسایی الگوهای تقلب اتفاق بیفتد. کلان‌داده‌ها به ما امکان می‌دهند که کورکورانه تصمیم نگیریم و هر ریال بودجه را بر اساس شواهد تخصیص دهیم.

داده‌کاوی چه اهمیتی در انجام ماموریت‌های سازمان بیمه سلامت ایران دارد و این موضوع چگونه به بهبود کیفیت خدمات کمک می‌کند؟

داده‌کاوی سه کاربرد اصلی در بیمه سلامت دارد؛ اول، کشف تقلب و سوءاستفاده (Fraud detection) است. شناسایی الگوهای مشکوک مانند بستری‌های مکرر یک بیمار در بیمارستان‌های مختلف، تجویز داروهای غیرمتعارف، یا هزینه‌های خارج از محدوده.

دوم، پیش‌بینی و پیشگیری (Predictive Prevention) است. شناسایی بیمه‌شدگان در معرض خطر (بیماری‌های مزمن، بستری مجدد) و ارائه خدمات پیشگیرانه.

سوم، بهبود کیفیت خدمات (Service Improvement) است. تحلیل نارضایتی‌ها، زمان انتظار و نقاط ضعف سامانه‌ها برای اصلاح مستمر.

داده‌کاوی به ما کمک می‌کند از واکنش پس از بحران به پیشگیری قبل از بحران حرکت کنیم و منابع محدود را هوشمندانه‌تر تخصیص دهیم.

چقدر در سازمان بیمه سلامت ایران به هوش مصنوعی توجه شده و این موضوع چه نقشی در آینده سازمان خواهد داشت؟

هوش مصنوعی در آینده سازمان، یکی از زیرساخت‌های راهبردی برای تصمیم سازی خواهد بود، نه یک ابزار هیجان ساز. ما سه سطح کاربردی را در این زمینه دنبال می‌کنیم. سطح اول، استفاده کنترل شده از LLMها برای افزایش بهره‌وری کارکنان و دسترسی به دانش سازمانی است.

سطح دوم، استفاده دستیارهای تخصصی مانند چت‌بات پاسخگویی به بیمه‌شدگان، دستیار نسخه‌نویسی برای پزشکان و تشخیص ناهنجاری در اسناد بستری با استفاده از LLM ملکی و بومی بدون نشت است.

سطح سوم، آزمایشگاه هوش مصنوعی داخلی برای بررسی الگوریتم‌ها و مدل‌های پیشنهادی بدون نشت داده از سازمان است.

هدف نهایی ما هوش مصنوعی بومی و یادگیری ماشین برای کاربرد در لایه داده‌های سازمانی تا افق ۱۴۰۷ است؛ یعنی هر سامانه جدید به صورت پیش‌فرض دارای قابلیت‌های هوش مصنوعی بومی باشد. این کار را به کمک متخصصان داخل سازمان و شرکت‌های پیشرو یا استارتاپی تحت حکمرانی هوش مصنوعی انجام می‌دهیم.

کدام حوزه‌ها زودتر از هوش مصنوعی بهره خواهند برد؟

بر اساس سند تحلیل وضعیت و نقشه راه فناوری اطلاعات، شش کاربرد در کوتاه‌مدت تعریف شده است. قبل از هر گام، نیاز به آموزش مدیران و کارشناسان خواهیم داشت تا استفاده صحیح و کارامد را جدا از جنبه‌های هیجانی بشناسند و منجر به نشت اطلاعات از سازمان نشوند و در این مسیر اقدام به در اختیار قراردادن LLMها با کنترل سازمانی خواهیم کرد.

در گام بعدی، مسیر را برای پاسخگویی بیمه‌شدگان برای کاهش ۳۰ تا ۵۰ درصد تماس‌های تلفنی و دسترسی تمام وقت آماده می‌کنیم. سپس به تشخیص ناهنجاری در تجویزها و نسخه پیچی‌ها و پرونده رسیدگی به اسناد بستری می‌پردازیم تا شناسایی تقلب و موارد هشدار در تجویز دقیق شوند و هشدار تداخل دارویی در نسخه‌نویسی داده شود. گام بعدی، پزشکی شخصی‌سازی شده خواهد بود.

آیا نقشه راه هوش مصنوعی تدوین خواهد شد؟

نقشه راه بلوغ هوش مصنوعی در برنامه‌های ما پیش بینی شده است. ما چهار فاز را دنبال می‌کنیم:

فاز اول، زیرساخت: شامل ایجاد منابع انسانی و پیمانکاری و همچنین بحث مهم حکمرانی هوش مصنوعی و دستورالعمل آن است.

فاز دوم، برپایی اداره علوم داده و هوش مصنوعی: راه اندازی آزمایشگاه پژوهش و همچنین بررسی پیشنهادات و رصد دنیای پیش رو، پایلوت سازی پیشنهادات یا دستاوردها و استفاده از آنها بدون نشتی داده یا مدل است.

فاز سوم، گسترش سازمانی: استقرار دستیار بیمه‌شدگان،BI مکالمه‌ای و تولید خودکار گزارش است.

فاز چهارم، کاربردهای پیشرفته Clinical AI: شامل تشخیص و پیشنهاد درمان کنترل شده با محوریت و تصدیق پزشک و سپس حرکت به سمت کشف تقلب پیشگیرانه با استفاده از مدل‌های آموزش دیده Predictive Fraud Detection خواهد بود.

این نقشه راه مبتنی بر حکمرانی پیش از نوآوری است تا از هرگونه شتابزدگی و ریسک اخلاقی جلوگیری شود.

بیمه‌شدگان سازمان در آینده چه تغییر محسوسی را تجربه خواهند کرد؟

بیمه‌شدگان در آینده نزدیک پس از اطلاع رسانی کامل، سه تغییر محسوس را تجربه می‌کنند:

اول، پایداری سامانه‌ها: با راه‌اندازی HA و DR، مشکلات سامانه‌های نسخه الکترونیک و استحقاق سنجی به حداقل می‌رسد.

دوم، شفافیت: از طریق پورتال و اپلیکیشن، هر بیمه‌شده می‌تواند وضعیت پوشش، سابقه پرداخت و علت تایید یا رد نسخه را مشاهده کند.

سوم، دسترسی آسان‌تر: با SSO و خدمات موبایلی، مراجعات حضوری کاهش می‌یابد و پاسخگویی خودکار ۷/۲۴ در دسترس است.

پیش نیاز سازمان در این زمینه، اطلاع رسانی مداوم و کارآمد خدمات به بیمه شدگان و مراکز خدماتی است.

آیا برنامه‌ای برای توسعه خدمات موبایلی دارید؟

برنامه ما توسعه سامانه «بیمه سلامت من» مبتنی بر موبایل است که تمام سامانه‌ها و خدمات بیمه‌ای را در یک اپلیکیشن واحد تجمیع می‌کند. این سامانه در سه سطح کارکنان سازمان، شرکای کاری، بیمه شدگان و عموم مردم فعالیت می‌کند و گام‌های اولیه توسعه آن برداشته شده است.

از جمله خدمات بیمه شدگان، مشاهده نسخه‌ها و داروها، استعلام استحقاق‌سنجی، پیگیری پرداخت‌ها، درخواست خدمات پاراکلینیکی، ثبت شکایت و پیگیری و دستیار هوشمند پاسخگو خواهد بود. این اپلیکیشن باید با احراز هویت چندعاملی امن شده و به تمام سامانه‌های لازم متصل شود.





گفت و گو با
دکتر آناهیتا کشاورزی

مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع
سازمان بیمه سلامت ایران

پیشگیری سطح چهارم؛ مراقبت از بیمار در برابر مداخلات غیرضروری

مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران با تبیین کارکرد «پیشگیری سطح چهارم» به عنوان سپر دفاعی بیمار در برابر «تجویز های غیر ضروری»، تاکید کرد که استقرار این رویکرد به معنی محدودسازی دسترسی نیست، بلکه ارکانی نظیر حرکت به سوی خرید راهبردی خدمات مبتنی بر ارزش، تحلیل داده‌های بالینی و استقرار فرهنگ تصمیم‌گیری مشترک میان پزشک و بیمار را برای مهار مداخلات پرخطر و هزینه‌ساز دنبال می‌کند.

توسعه روزافزون فناوری‌های تشخیصی و درمانی در دهه‌های اخیر، اگرچه افق‌های نوینی پیش روی علم پزشکی گشوده، اما هم‌زمان نظام‌های سلامت را با پدیده مخربی تحت عنوان «پزشکی بیش‌ازحد» (Overmedicine) و مداخلات بدون اندیکاسیون بالینی مواجه کرده است؛ چرخه‌ای معیوب از آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها و تجویزهای دارویی مکرر که نه تنها منفعتی برای سلامت فرد به همراه ندارد، بلکه خود به منشأ آسیب‌های فیزیکی و هدررفت منابع تبدیل می‌شود.

در چارچوب پاسخ به این چالش، گفتمان سیاستی نوینی تحت عنوان «پیشگیری سطح چهارم» (Quaternary Prevention) به عرصه نظام سلامت ورود کرده است؛ مفهومی که بنیاد خود را بر اخلاق پزشکی، اصل بنیادین «نخست، آسیب نرسان» و حفاظت فعال از بیماران در برابر مداخلات پرخطر یا کم‌ارزش بنا نهاده است.

از منظر اقتصاد سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت نیز این رویکرد، شتاب‌دهنده عبور از نظام ناکارآمد پرداخت سنتی به سمت «خرید راهبردی مبتنی بر ارزش» با تکیه بر پرونده الکترونیک سلامت، راهنماهای بالینی و «انتخاب عاقلانه» (Choosing Wisely) است.

برای واکاوی ابعاد فنی، منافع بیمه‌ای و جایگاه پیشگیری سطح چهارم در اصلاح الگوهای بالینی کشور، با دکتر آناهیتا کشاورزی، مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران به گفت‌وگو پرداخته‌ایم که در ادامه می‌خوانید:

چند سالی‌ست که موضوع «پیشگیری سطح چهارم» در ادبیات سازمان بیمه سلامت ایران مطرح شده است؛ چه تعریفی از این موضوع وجود دارد؟

وقتی از پیشگیری سخن می‌گوییم، معمولا پیشگیری از ابتلا به بیماری یا تشخیص زودهنگام آن در ذهن تداعی می‌شود؛ اما پیشگیری مفهومی گسترده‌تر دارد. یکی از رویکردهای نوین در این حوزه، پیشگیری سطح چهارم است؛ رویکردی که هدف آن، حفاظت از افراد در برابر اقدامات پزشکی غیرضروری، بیش‌ازحد یا کم‌فایده و کاهش آسیب‌های ناشی از مداخلات نامتناسب سلامت است.

پیشرفت‌های پزشکی طی دهه‌های اخیر دستاوردهای بزرگی برای سلامت انسان به همراه داشته است، اما افزایش امکانات تشخیصی و درمانی همواره به معنی افزایش سلامت نیست. انجام آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های غیرضروری، تجویز داروهای بدون اندیکاسیون مناسب، استفاده بیش از حد از آنتی‌بیوتیک‌ها و انجام برخی اقدامات تشخیصی و درمانی بدون توجه کافی به ضرورت و پیامدهای آن، می‌تواند خود به منبع آسیب تبدیل شود.

پیشگیری سطح چهارم در واقع بر یک اصل ساده اما مهم تاکید دارد: «هر مداخله پزشکی لزوما مداخله‌ای مفید نیست.» در این رویکرد، پزشک و ارائه‌دهنده خدمت پیش از درخواست یک آزمایش یا تجویز یک درمان، علاوه بر این سؤال که «آیا می‌توان این اقدام را انجام داد؟»، باید بپرسد: «آیا انجام این اقدام برای این بیمار، در این زمان و با این شرایط، واقعا ضروری و دارای منفعت مورد انتظار است؟»

آیا این نگاه به معنی محدود کردن دسترسی مردم به خدمات سلامت یا خودداری از ارائه درمان مورد نیاز بیماران نیست؟

خیر، این طور نیست؛ برعکس، پیشگیری سطح چهارم تلاش می‌کند خدمات ضروری، موثر و مبتنی بر شواهد با کیفیت و سرعت مناسب در اختیار بیمار قرار گیرد و از اقداماتی که احتمال آسیب آنها از منفعتشان بیشتر است، جلوگیری شود.

یکی از حوزه‌های مهم این رویکرد، تصمیم‌گیری مشترک میان پزشک و بیمار است. بیمار باید بتواند درباره فواید، خطرات و گزینه‌های جایگزین یک اقدام پزشکی اطلاعات کافی دریافت کند و در تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشد. چنین فرآیندی می‌تواند اعتماد میان مردم و ارائه‌دهندگان خدمت را افزایش دهد و از بسیاری از مداخلات غیرضروری جلوگیری کند.

پیشگیری سطح چهارم چه اهمیتی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت دارد؟

برای سازمان‌های بیمه‌گر نیز پیشگیری سطح چهارم یک موضوع مهم و راهبردی است. منابع بیمه‌های پایه محدود است و نحوه تخصیص این منابع باید به گونه‌ای باشد که بیشترین منفعت سلامت را ایجاد کند. بنابراین، حرکت از پرداخت صرف هزینه خدمات به سمت «خرید خدمات اثربخش و ارزش‌آفرین» می‌تواند یکی از مسیرهای مهم در اصلاح

نظـام پرداخـت و ارتقـای کیفیـت خدمـات سلامـت باشـد.

در ایـن مسیـر، داده‌هـای سلامـت و اطلاعـات حاصـل از پرونده‌هـای الکترونیـک می‌تواننـد نقـش مهـمی ایفـا کننـد. تحلیـل الگـوی تجویـز، درخواسـت آزمایش‌هـا، تصویربرداری‌هـا و سـایر خدمـات می‌توانـد بـه شناسـایی مـوارد غیرضـروری و طـراحی مـداخلات اصلاحی کمـک کنـد. همچنیـن تدویـن و ترویـج راهنماهـای بالینی، اسـتفاده از توصیه‌هـای «انتخـاب عاقلانـه» آمـوزش ارائه‌دهنـدگان و افزایـش سـواد سلامـت مـردم، از ابزارهـای مهـم اجـرای ایـن رویکـرد هستنـد.

پیشـگیری سـطح چهـارم در نهایـت، دفـاع از بیمـار در برابـر «پزشـکی بیـش از حـد» اسـت؛ پزشـکی‌ای کـه گاهی بـه دلیـل عادت‌هـای حرفـه‌ای، فشـار تقاضـا، نگـرانی بیمـار یـا نبـود اطلاعـات کافی، بـه انجـام اقداماتی منجـر می‌شـود کـه ضـرورت واقـعی ندارنـد.

پیشـگیری سـطح چهـارم چـه اهمیـتی در نظـام سلامـت دارد؟

نظـام سلامـت آینـده، نظـامی نیسـت کـه در آن بیشـترین خدمـات ارائـه شـود؛ بلکـه نظـامی اسـت کـه در آن مناسـب‌ترین خدمـت، بـرای فـرد مناسـب، در زمان مناسـب و بـا کمتریـن آسیـب و هزینـه غیرضـروری ارائـه شـود. از ایـن منظـر، پیشـگیری سـطح چهـارم نـه یـک محدودیـت، بلکـه بخـشی از کیفیـت مراقبـت و یـکی از ارکان نظـام سلامـت پاسـخگو، ایمـن و پایـدار اسـت.



مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران مطرح کرد:

پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛ مسیر عبور از درمان پراکنده به سلامت یکپارچه

مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران با تاکید بر لزوم گذار نظام سلامت از رویکرد «درمان‌محور و واکنشی» به «مدیریت مستمر سلامت»، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را رکن بنیادین حفاظت مالی از بیماران، حذف تقاضاهای القایی و تبدیل سازمان‌های بیمه‌گر به خریداران راهبردی خدمات دانست.

تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش بار هزینه‌های درمانی و ناکارآمدی ساختارهای سنتی ارائه‌دهنده خدمت، ضرورت بازآفرینی سازوکارهای بالینی و اقتصادی نظام سلامت را بیش از هر زمان دیگری اجتناب‌ناپذیر کرده است. در این میان، «پزشکی خانواده و نظام ارجاع» نه صرفا یک ابزار کنترلی برای مدیریت هزینه‌ها، بلکه راهبردی‌ترین مداخله سیاستی در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت (UHC) و سامان‌دهی رفتار سلامت شهروندان به شمار می‌رود.

استقرار موفق این مدل مستلزم خروج بیمه‌های پایه از نقش انفعالی «صرفا پرداخت‌کننده صورت‌حساب» و ورود به عرصه «خرید راهبردی خدمت» بر پایه داده‌های سلامت، پایش عملکرد و یکپارچگی ارجاع الکترونیک است. با این حال، تحقق این بازمهندسی ساختاری در نقطه تلاقی زیرساخت‌های فناورانه، مشوق‌های انگیزشی ارائه‌دهندگان و از همه مهم‌تر، تغییر نگرش عمومی بیمه‌شدگان نسبت به مسیر دریافت خدمت قرار دارد.

برای واکاوی دقیق الزامات سیاستی، منافع اقتصادی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت و نقش محوری مشارکت مردمی در این گذار ساختاری، با دکتر آناهیتا کشاورزی، مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران به گفت‌وگو نشسته‌ایم که در ادامه می‌خوانید:

اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع چه اهمیتی برای نظام سلامت دارد؟

نظام سلامت زمانی می‌تواند به اهداف خود در زمینه ارتقای سلامت، افزایش کیفیت خدمات و حفاظت مالی از مردم دست یابد که ارائه خدمات از یک الگوی پراکنده و درمان‌محور به سوی الگویی منسجم، مبتنی بر نیازهای سلامت افراد و خانواده‌ها حرکت کند. در این مسیر، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع یکی از مهم‌ترین پایه‌های اصلاح نظام سلامت و حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به شمار می‌رود.

پزشکی خانواده صرفاً به معنی مراجعه فرد به یک پزشک مشخص نیست؛ بلکه رویکردی برای ایجاد یک مسیر روشن و مستمر در دریافت خدمات سلامت است. در این رویکرد، سطح یک، نقطه آغاز ارتباط فرد با نظام سلامت محسوب می‌شود و با شناخت وضعیت سلامت، عوامل خطر، نیازهای فرد و خانواده و سابقه دریافت خدمات، زمینه برای مراقبت مستمر و هدفمند فراهم می‌شود.

نظام ارجاع نیز حلقه اتصال میان سطوح مختلف خدمت است. هنگامی که نیاز فرد فراتر از توانایی‌های سطح یک باشد، ارجاع به موقع و مبتنی بر ضرورت بالینی به سطح دوم و در صورت نیاز به سطح سوم، امکان دسترسی فرد به خدمات تخصصی و بیمارستانی را در زمان مناسب فراهم می‌کند. در این فرآیند، ارتباط میان سطوح مختلف باید حفظ شود و اطلاعات مربوط به تشخیص، اقدامات انجام‌شده و برنامه ادامه مراقبت، در مسیر بازگشت بیمار به سطح یک مورد استفاده قرار گیرد.

اهمیت این رویکرد تنها در ساماندهی مسیر مراجعه بیماران خلاصه نمی‌شود. پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌تواند از مراجعات غیرضروری، انجام آزمایش‌ها و اقدامات تکراری، مصرف نامتناسب دارو و استفاده از خدمات کم‌ارزش جلوگیری کند و در مقابل، منابع نظام سلامت را به سمت خدمات موثرتر و مورد نیاز مردم هدایت کند.

اجرای این برنامه چه فوایدی برای بیمه‌های پایه سلامت خواهد داشت؟

از منظر بیمه سلامت نیز این تحول اهمیت ویژه‌ای دارد. سازمان‌های بیمه‌گر دیگر صرفا پرداخت‌کننده هزینه خدمات نیستند، بلکه می‌توانند در جایگاه خریدار راهبردی خدمات سلامت، با طراحی سازوکارهای مناسب پرداخت، پایش عملکرد ارائه‌دهندگان و استفاده از داده‌های سلامت، در جهت ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات نقش‌آفرینی کنند.

البته استقرار موفق پزشکی خانواده و نظام ارجاع نیازمند مواردی بیش از تدوین دستورالعمل و تعیین مسیر ارجاع است. ایجاد زیرساخت‌های الکترونیک، تبادل مناسب اطلاعات میان سطوح مختلف، تعریف شاخص‌های عملکردی، آموزش ارائه‌دهندگان و بیمه‌شدگان، و طراحی مشوق‌های مناسب برای ارائه خدمات باکیفیت، از الزامات این تحول است.

مردم چه نقشی در اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع دارند؟

مردم نیز یکی از ارکان اصلی نظام ارجاع هستند. هرچه بیمه‌شدگان با مزایا و منطق این نظام بیشتر آشنا شوند و بدانند که مراجعه از مسیر مشخص به معنی محدود شدن دسترسی آنان نیست، بلکه به معنی دریافت خدمت درست، از ارائه‌دهنده درست، در زمان درست است، همراهی آنان با این برنامه افزایش خواهد یافت.

پزشکی خانواده و نظام ارجاع در نهایت به دنبال آن است که نظام سلامت از واکنش به بیماری، به مدیریت سلامت حرکت کند؛ از مراجعات مقطعی، به مراقبت مستمر برسد و از پرداخت صرف هزینه‌های درمان، به سرمایه‌گذاری برای سلامت مردم تغییر مسیر دهد.

پیش‌نیاز موفقیت برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع چیست؟

موفقیت این برنامه زمانی محقق خواهد شد که همه اجزای نظام سلامت، از ارائه‌دهندگان خدمت تا بیمه‌گران و مردم، در یک مسیر مشترک حرکت کنند. در چنین شرایطی، پزشکی خانواده می‌تواند نقطه آغاز یک تحول پایدار در نظام سلامت باشد؛ تحولی که هدف نهایی آن، نه فقط درمان بیماری، بلکه حفظ و ارتقای سلامت افراد و خانواده‌هاست.

سازمان بیمه سلامت ایران

پیشگیری و پزشکی خانواده

پیشگیری از تجویز خدمات غیر ضرور با تدوین و ابلاغ توافق نامه پیشگیری سطح ۴

اجرای برنامه پیشگیری «هزار روز طلایی» برای سلامت مادر و کودک در سه استان کرمان، سیستان و بلوچستان و یزد (۱۰ شهرستان)



تدوین بسته خدمات سلامت سالمندی و تدوین محتواهای آموزشی مرتبط با سالمندی برای آموزش بیمه شدگان تحت پوشش سازمان

اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ۶۴ شهرستان



گفت و گو با
دکتر کیوان تاجبخش

مدیرکل دفتر اعتبارسنجی، نظارت و
قراردادهای سازمان بیمه سلامت ایران

نظارت هوشمند و بی‌وقفه بر مراکز طرف قرارداد با بیمه سلامت

آغاز سال ۱۴۰۵ و شرایط اضطرار ناشی از جنگ تحمیلی، ضرورت استمرار دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات بیمه سلامت و ممانعت از ایجاد اختلال در پوشش بیمه پایه‌ای را دوچندان کرد؛ ماموریتی که اداره‌کل اعتبارسنجی، نظارت و قراردادهای سازمان بیمه سلامت ایران آن را با اجرای بیش از ۱۸ هزار و ۸۰۰ مورد بازرسی و تمدید خودکار قراردادها پیگیری کرد. این نظارت‌ها که به احراز مغایرت عملکرد بیش از ۱۷۰ مرکز و ساماندهی تریاژ اورژانس‌ها انجامید، تنها به برخوردهای مقطعی محدود نبوده و اکنون با تکیه بر سامانه‌های نسخه الکترونیک، صدور کارنامه تجویز پزشکان و استقرار الگوریتم‌های هوش مصنوعی برای کشف داده‌های نامتعارف، سازمان بیمه سلامت در آستانه جهشی ساختاری از نظارت سنتی به نظارت هوشمند و پیشگیرانه قرار گرفته است.

حفظ پایداری خدمات سلامت و امنیت دارویی بیمه‌شدگان در مقاطع بحرانی، شاخصی تعیین‌کننده از توان مدیریتی و تاب‌آوری سازمان‌های بیمه‌گر پایه است. سال ۱۴۰۵ با چالش‌های جنگ تحمیلی برای نظام سلامت آغاز شد؛ مقطعی که در آن تضمین پوشش بیمه‌ای بدون وقفه، نظارت مستمر بر بخش‌های اورژانس و زنجیره توزیع دارو و جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی، به یکی از اولویت‌های حیاتی حوزه سلامت تبدیل شد. سازمان بیمه سلامت ایران در این دوره با ترکیب اقدام میدانی و زیرساخت‌های فناوری‌محور، الگوی نوینی از پایش را به اجرا گذاشت.

در این گفت‌وگو، با دکتر کیوان تاجبخش، مدیرکل دفتر اعتبارسنجی، نظارت و قراردادهای سازمان بیمه سلامت ایران، به بررسی اقدامات این اداره‌کل در شرایط اضطرار، نتایج بازرسی از مراکز درمانی و داروخانه، کارکردهای ملی کارنامه عملکرد پزشکان و نقشه راه انتقال به نظارت‌های غیرحضوری هوشمند با اتکا به کلان‌داده‌ها پرداخته‌ایم.

آیا اقدامات نظارتی سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۵ با توجه به شرایط جنگ تحمیلی انجام شد؟

شروع سال ۱۴۰۵ با جنگ تحمیلی ۳۹ روزه همراه بود که الزامات خاص خود را داشت از جمله آن‌که باید از استمرار ارائه خدمات سلامت به بیمه شدگان سازمان با حفظ پوشش بیمه پایه در شرایط اضطرار، اطمینان حاصل می‌کردیم و مشکلات احتمالی در این خصوص را احراز و گزارش کرده و با تخلفات مراکز برخورد نظارتی انجام می‌شد که در این زمینه علاوه بر برنامه ریزی و ابلاغ ضوابط قراردادی و نظارتی به ادارات کل استانی سازمان، استمرار عقد و تمدید قراردادهای مراکز سلامت به صورت الکترونیک و تمدید کلی قراردادهای در شُرف اتمام مراکز سلامت، بازدید از مراکز سلامت طرف قرارداد به ویژه مراکز اورژانس، منحصر به فرد، حساس، مرجع، دارای بار مراجعه بالا، شبانه روزی و منتخب در دستور کار ادارات نظارت ستادی، استانی و شهرستانی قرار گرفت و حدود سه هزار مورد بازدید از مراکز سلامت طرف قرارداد سازمان در شرایط جنگی و بمباران شهرها انجام شد که منجر به احراز مغایرت عملکرد بیش از ۱۷۰ مرکز سلامت طرف قرارداد شد.

چه نظارتی بر داروخانه‌ها در این شرایط انجام شد؟

از اردیبهشت سال جاری با هدف بهبود دسترسی بیمه شدگان به اقلام دارویی با قیمت بیمه‌ای، برنامه نظارت اضطراری بر عرضه دارو در داروخانه‌های طرف قرارداد سازمان را با هماهنگی وزارت بهداشت کلید زدیم که در اجرای این برنامه تاکنون بیش از ۱۵ هزار و ۸۰۰ داروخانه مستقل و غیرمستقل روزانه و شبانه روزی، از انواع عادی، منتخب و ویژه در سطح کشور توسط گروه‌های نظارتی سازمان بازدید شده و موارد تخلف آنها ضمن درج در سامانه‌های «مدیریت بازدید الکترونیک» و «پایش شرکای کاری» سازمان، با اقدامات نظارتی لازم پیگیری شده‌اند.

وضعیت نظارت بر سایر مراکز طرف قرارداد چطور است؟

بازدید ویژه از بخش‌های اورژانس بیمارستانی با هدف مدیریت صحیح سطح بندی تریاژ و هزینه‌های مربوطه از دیگر برنامه‌های نظارتی سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۵ بوده که همچنان ادامه دارد.

آیا در جریان بازدیدها و نظارت‌ها، به نتایجی می‌رسید که برای پیشگیری از وقوع مجدد تخلفات، قابل استفاده باشد؟

با اجرای برنامه‌های فوق علاوه بر ارائه آموزش‌های حضوری به مراکز سلامت در حیطه فرایند ارائه خدمات سلامت تحت پوشش به بیمه شدگان سازمان و کشف برخی تخلفات مراکز و بیمه شدگان، طیفی از مشکلات و چالش‌های فنی، اجرایی و الکترونیک در این زمینه مشخص شدند که مدیریت هر یک از آنها می‌تواند آثار مثبتی بر سلامت عمومی، تامین دسترسی عادلانه و کافی بیماران به خدمات مورد نیاز و تسهیل و تسریع ارائه خدمات بیمه سلامت داشته باشد که ما این موارد را به طور مستمر در بازه‌های زمانی مشخص، احصا، جمع بندی و برای مدیران عالی و ارشد مرتبط در نظام سلامت ارسال می‌کنیم.

یکی از اقدامات سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر، صدور کارنامه عملکرد برای پزشکان طرف قرارداد است؛ این اقدام به چه منظور انجام می‌شود؟

نقش پزشکان به عنوان تجویزکنندگان کالاهای سلامت محور در حفظ امنیت دارویی کشور مهم است و تجویز منطقی و منطبق بر راهنماهای بالینی خدمات سلامت، کمک بزرگی به حفظ سلامت جامعه، پیشگیری از ایجاد مقاومت‌های دارویی و میکروبی در افراد، ممانعت از اتلاف سرمایه ملی در بخش دارو و کاهش هزینه‌های بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت می‌کند.

در این راستا از سال‌ها قبل، حوزه نظارتی سازمان اقدام به صدور کارنامه عملکرد برای پزشکان طرف قرارداد می‌کند که با ایجاد سامانه نسخه الکترونیک سازمان و توسعه داده‌ها و داشبوردهای الکترونیک، بر جامعیت و دقت کارنامه‌های مذکور افزوده شده و در سه سال اخیر، برنامه صدور کارنامه سازمان، در سطح ملی و در سازمان ملی بهره وری، وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

آیا حوزه نظارتی سازمان از داده‌های نسخه الکترونیک استفاده‌ای می‌کند؟ آیا تغییری در شیوه نظارت از سنتی به الکترونیک در دستور کار قرار دارد؟

توسعه دولت الکترونیک در سال‌های اخیر و اهتمام سازمان بیمه سلامت ایران به الکترونیکی کردن فرایندهای اجرایی به ویژه با توجه به جمعیت چند ده میلیونی بیمه شدگان و چندین هزار مرکز سلامت طرف قرارداد مستقل و غیرمستقل و توزیع جغرافیایی وسیع ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت در سطح کشور و نیز اجرای برنامه ملی نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک که منجر به تولید حجم بالایی از داده‌های الکترونیک سلامت شده، حوزه نظارتی سازمان از سال ۱۴۰۱ تغییر فرایندهای دستی و تحول فرایندهای اجرایی در فضای الکترونیک را در دستور کار قرار داده و بدین منظور ضمن مشارکت در طراحی سکوهای (پلتفرم‌های) سازمان، اقدام به طراحی، فعال‌سازی و توسعه سامانه‌ها و داشبوردهای اختصاصی برای بخش‌های قرارداد خرید خدمات سلامت و نظارت بر مراکز سلامت و بیمه شدگان کرده است.

علاوه بر ایجاد و فعال‌سازی سامانه عقد و تمدید الکترونیک قراردادها، سامانه مدیریت بازدید الکترونیک، سامانه پایش شرکای کاری، سامانه کمیته فنی الکترونیک و داشبوردهای الکترونیک قراردادی و نظارتی سازمان در چهار سال گذشته، فعال شدن سامانه‌های جدید حوزه نظارت در آینده نزدیک نیز در دستور کار است.

سامانه رتبه‌بندی مراکز سلامت و سامانه‌های کشف داده‌های نامتعارف با هوش مصنوعی در بخش‌های سرپایی و بستری در حال تهیه هستند که با فعال شدن آنها، نظارت سازمان به ویژه در بخش غیر حضوری با پیشرفت قابل توجهی همراه خواهد شد.



گفت و گو با
دکتر جمشید شایان‌فر

مدیر کل بیمه گری و درآمد
سازمان بیمه سلامت ایران

پوشش همگانی سلامت؛ تکلیفی قانونی در مسیر کاهش پرداخت از جیب مردم

توسعه پوشش همگانی بیمه سلامت و تحقق عدالت در سلامت، از مهم‌ترین تکالیف قانونی سازمان بیمه سلامت ایران در چارچوب قانون برنامه هفتم پیشرفت است. در این مسیر، استمرار پوشش بیمه‌ای رایگان برای دهک‌های درآمدی اول تا پنجم، تخفیف در پرداخت حق بیمه برای دهک‌های ششم تا نهم و پوشش کامل گروه‌های آسیب‌پذیر اعم از مادران باردار، کودکان زیر ۵ سال، مددجویان و بیماران خاص و صعب‌العلاج نشان‌دار، ستون‌های اصلی سیاست‌های حمایتی این سازمان را تشکیل می‌دهد.

حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت و برقراری دسترسی عادلانه به خدمات درمانی، شاخص محوری کارآمدی نظام‌های بیمه‌ای به شمار می‌رود. قانون برنامه هفتم پیشرفت، با هدف‌گذاری دقیق در حوزه رفاه اجتماعی و کاهش پرداخت از جیب مردم، پوشش همگانی بیمه پایه سلامت را به عنوان یک ضرورت اجتماعی و اقتصادی تثبیت کرده است.

با توجه به دهک‌بندی درآمدی توسط وزارت رفاه و اجرای سیاست‌های حمایتی ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر، آگاهی دقیق جامعه از جزییات این تسهیلات و حقوق قانونی بیمه‌شدگان اهمیتی دوچندان دارد. در گفت‌وگوی پیش‌رو با دکتر جمشید شایانفر، مدیرکل بیمه‌گری و درآمد سازمان بیمه سلامت ایران، ابعاد گوناگون پوشش رایگان پنج دهک اول، تخفیف‌های پیش‌بینی‌شده برای دهک‌های میانی، حمایت از مددجویان، توان‌خواهان و بیماران صعب‌العلاج و همچنین شیوه‌های دسترسی و ثبت‌نام فاقدین پوشش بیمه‌ای از طریق سامانه‌های الکترونیک بررسی شده است.

وضعیت پوشش بیمه‌ای دهک‌های مختلف در سازمان بیمه سلامت ایران به چه صورت است؟

پوشش بیمه رایگان برای فاقدین پوشش بیمه‌ای در دهک‌های درآمدی اول تا پنجم تا پایان فروردین ماه ۱۴۰۶ در قالب صندوق بیمه سلامت همگانی برقرار شده است. همچنین دهک‌های درآمدی ششم تا نهم نیز با تخفیف‌هایی تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفته‌اند.

همچنین پوشش بیمه‌ای روستاییان در صندوق بیمه سلامت روستاییان و پوشش بیمه‌ای کارکنان دولت نیز در صندوق کارکنان دولت برقرار است.

همچنین مادران باردار و کودکان کمتر از ۵ سال نیز بدون شرط خانوار تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند.

وضعیت پوشش بیمه‌ای توان خواهان و زنان سرپرست خانوار به چه صورت است؟

پوشش بیمه پایه توان خواهان، مددجویان، زنان سرپرست خانوار معسر، اطفال و نوجوانان ایرانی و خارجی فاقد سرپرست دارای صلاحیت و بی سرپرست بر اساس ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور با معرفی از سوی بیمه‌گذار برقرار است.

همچنین پوشش بیمه پایه مددجویان تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) با معرفی از سوی بیمه‌گذار نیز برقرار است.

پوشش بیمه‌ای بیماران خاص و صعب العلاج در چه وضعیتی قرار دارد؟

پوشش بیمه رایگان سلامت برای ۵۱ عنوان بیماری در افراد دارای بیماری‌های خاص و صعب العلاج نیز برقرار است. این افراد جهت بهره‌مندی از مزایای صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج باید نشان‌دار شوند.

پوشش بیمه‌ای سایر اقشار در چه وضعیتی است؟

پوشش بیمه پایه دانشجویان و طلاب و روحانیون خارجی نیز برقرار است که این افراد توسط بیمه‌گذار معرفی می‌شوند.

بیمه پایه پناهندگان آسیب پذیر با تامین اعتبار و پرداخت حق بیمه مشمولین طی تفاهم نامه‌ای بین این سازمان با کمیساریای عالی پناهندگان مستقر در جمهوری اسلامی ایران برقرار است. اتباع غیرآسیب‌پذیر نیز با معرفی از سوی مرکز امور اتباع و مهاجرین خارجی وزارت کشور صورت می پذیرد.

افرادی که در حال حاضر تحت پوشش هیچ بیمه پایه‌ای نیستند، چطور برای پوشش بیمه‌ای اقدام کنند؟

افرادی که تحت پوشش هیچ بیمه پایه‌ای قرار ندارند، بر اساس قانون برنامه هفتم پیشرفت، باید نسبت به برقراری بیمه سلامت خود اقدام کنند؛ بر همین اساس، دهک‌های اول تا پنجم به صورت رایگان و بدون پرداخت حق بیمه و دهک‌های ششم تا نهم با تخفیف‌هایی در پرداخت حق بیمه، تحت پوشش قرار می‌گیرند. دهک‌بندی افراد توسط وزارت رفاه انجام و به سازمان بیمه سلامت ایران اعلام می‌شود.

افراد می‌توانند با مراجعه به سامانه شهروندی بیمه سلامت یا دفاتر پیشخوان نسبت به برقراری پوشش بیمه‌ای خود اقدام کنند.

سازمان بیمه سلامت ایران

توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت

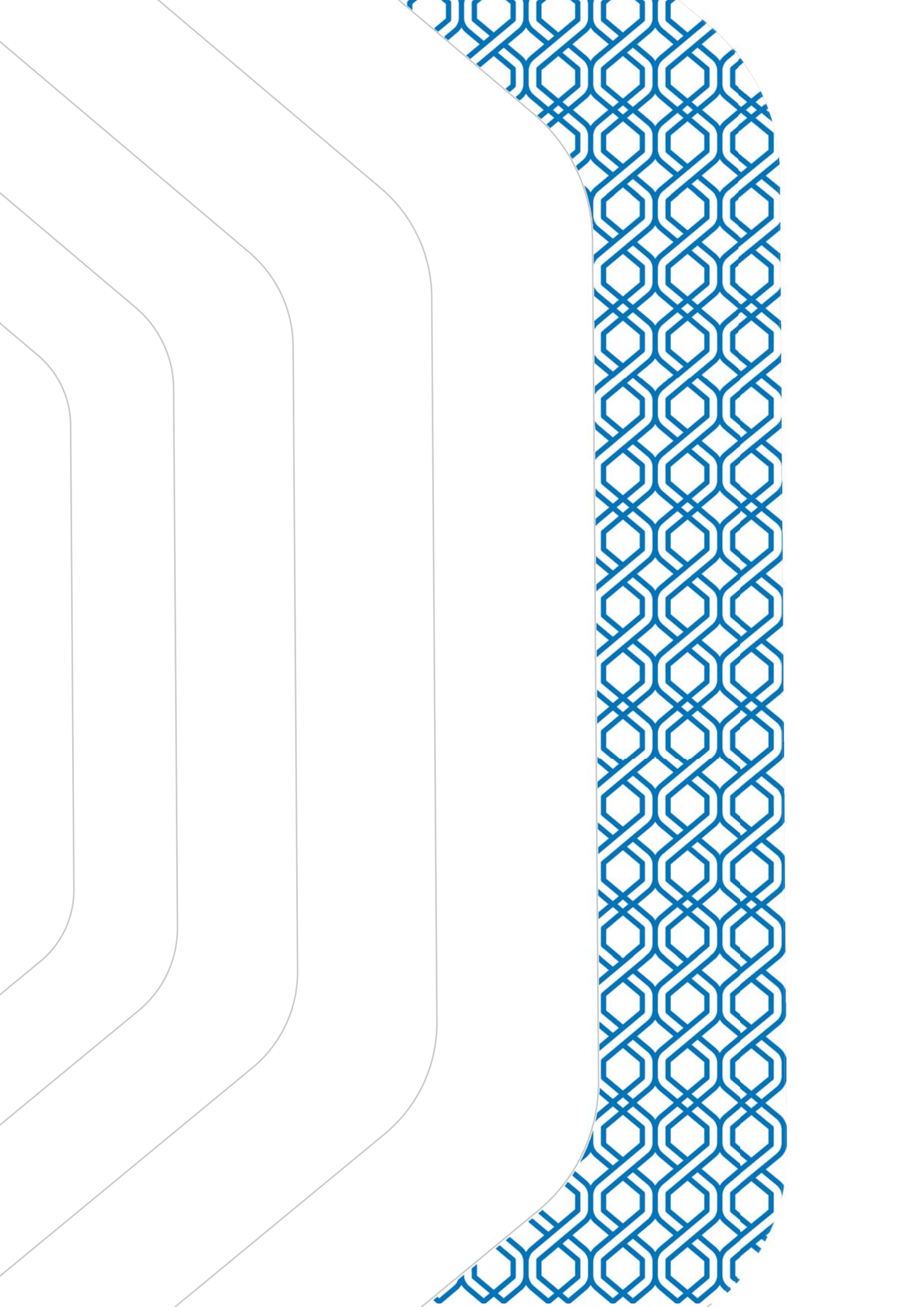
بیش از
۱۵۸,۰۰۰
مرکز تشخیصی درمانی
در سراسر کشور



۹۸۸
بیمارستان

۴۰۳
مرکز گفتاردرمانی

۳,۷۴۵
مرکز توانبخشی





یادداشت های تخصصی

به مناسبت هفته ملی بیمه سلامت



دکتر محبوبه رنجبر
رئیس مرکز روابط عمومی و امور مشتریان
سازمان بیمه سلامت ایران

فراتر از دیجیتال‌سازی؛ روایت پیشتازی در «HiNext» از ایده تا ارزش‌آفرینی پایدار

فـرا رسـیدن «هفتـه بیمـه سلامـت»، مجـالی اسـت مغتنـم بـرای ارج نهـادن بـه تلاش‌هـای شـبانه‌روزی خانـواده‌ای بـزرگ کـه رسـالتی جـز آرامـش خاطـر، کاهـش رنـج بیمـاران و تحقـق عدالـت در دسـترسی بـه خدمـات سلامـت بـرای آحـاد ملـت شـریف ایـران ندارنـد؛ ایـن هفتـه، نه‌تنهـا یـک مناسـبت تقویـمی، بلکـه فرصـتی ارزشـمند بـرای بازخـوانی کارنامـه‌ای پربـار و تجدیـد پیمـان بـا ذینفعـان سـازمان بیمـه سلامـت ایـران اسـت.

سـازمان بیمـه سلامـت ایـران در سـال‌های اخیـر بـا اتـکا بـه دانـش و انگیـزه سرمایه انسـانی خـود، نقشـی بی‌بدیـل در حمایت از اقشـار آسیب‌پذیـر، پوشـش بیمـه‌ای حداکثـری و اسـتقرار پروژه‌هـای مـلی ایفـا کـرده اسـت. اجـرای موفـق و فراگیـر «نسـخه‌نویسی و نسـخه‌پیچی الکترونیـک» نمـاد بـارز پیشـتازی سـازمان مـا در تحـول دیجیتـال کشـور اسـت؛ دسـتاوردی کـه نـام بیمـه سلامـت را به‌عنـوان پیشـران هوشمندسـازی و انضباط‌بخـشی بـه خدمـات درمـانی ثبـت کـرد.

امـا ایسـتادن در نقطـه پیشـتازی، نیازمنـد حرکـتی مسـتمر و روبه‌جلـو اسـت. درسـت در همیـن پیونـد خجسـته بـا هفتـه بیمـه سلامـت بـود کـه بـه ایـن بـاور رسـیدیم: شایسـته‌ترین اقـدام بـرای بزرگداشـت ایـن ایـام، پایه‌گـذاری بسـتری نویـن بـرای خلـق آینـده اسـت؛ و این‌گونـه، ایـده « HiNext» (نخسـتیـن رویـداد نوآورانـه، فناورانـه و تجربـه بیمـه سلامـت ایـران) متولـد شـد. ایـده تولـد برنـد HiNext (نخسـتیـن رویـداد نوآورانـه، فناورانـه و تجربـه بیمـه سلامـت ایـران) از همیـن نقطـه برخاسـت؛ این‌کـه چگونـه می‌توانیـم بـر دوش زیرسـاخت‌های الکترونیـک مسـتحکم کنونی، گام بـه نسـل بعـدی تحـولات (نسـل نـوآوری بـاز و هـوش مصنوعی) بگذاریـم. زیـرا نـوآوری زمـانی اثرگـذار می‌شـود کـه از دل مسـئله‌های واقعـی بیـرون بیایـد و کسـانی در شکل‌گیـری راه‌حـل آن نقـش داشـته باشـند کـه هـر روز بـا آن مسـئله روبـه‌رو هسـتند. مـا دریافتیـم کـه اسـتمرار

این پیشتازی، در گروی گشودن درهای سازمان به روی اکوسیستم نوآوری، نخبگان، استارت‌آپ‌ها و از همه مهم‌تر، شکوفاسازی پتانسیل نهفته در درون بدنه کارشناسی و مدیریتی خودمان است. HiNext متولد شد تا به این پرسش پاسخ دهد که «گام بعدی بیمه سلامت چیست؟»

مسیر HiNextیک حرکت نمایشی و مقطعی نبود، بلکه حاصل ماه‌ها اندیشه‌ورزی عمیق، نشست‌های تخصصی راهبری و هم‌افزایی با ارکان کلیدی سازمان و شرکای ملی‌مان بود.

نقطه عزیمت ما، فرآیند سخت‌گیرانه و دقیق «احصاء، غربالگری و نهایی‌سازی کلان‌چالش‌ها» بود. کارگروه راهبری رویداد، با واکاوی موشکافانه دغدغه‌های واقعی سازمان، ۱۰ کلان‌چالش محوری (Master Challenges) را از دل عملیات اجرایی و بیمه‌گری بیرون کشید؛ از توسعه محیط آزمون (سندباکس) بیمه سلامت و هوشمندسازی فرآیندها گرفته تا صیانت از منابع و ارتقای عینی تجربه بیمه‌شدگان و موسسات طرف قرارداد.

در ادامه، با طراحی دو بازوی متوازن «فراخوان ملی ایده‌های نوآورانه» و بخش درون‌سازمانی «نوآوری از درون» (با مشارکت فعال ستاد، ادارات کل استانی و شرکت‌های تابعه)، بستر بی‌نظیری را فراهم کردیم تا هیچ ایده راهگشایی در بوروکراسی اداری متوقف نماند. برگزاری کارگاه‌های تخصصی روایتگری مسئله (Storytelling)، چالش معکوس (Reverse Pitch) و مستندسازی بر اساس متدولوژی‌های علمی، گام‌های محکمی بود که برای کیفی‌سازی و ژرفای این حرکت برداشتیم.

شاید در نگاه اول، با برگزاری رویداد در آبان‌ماه و معرفی برگزیدگان، پرونده HiNext بسته شده به نظر برسد؛ اما واقعیت این است که HiNext نقطه پایان نیست؛ بلکه نقطه عطف و آغازین یک زنجیره ارزش مستمر و زنده در سازمان است.

معماری این رویداد به گونه‌ای طراحی شده که سرانجام آن به این خروجی‌های راهبردی ختم می‌شود:

۱. تجاری‌سازی و پایلوت‌سازی ایده‌ها: ایده‌ها و تجارب برتر، از مسیر تفاهمنامه‌های فناورانه (به‌ویژه با صندوق نوآوری و شکوفایی) وارد فاز پیاده‌سازی عملیاتی و پایلوت در قالب «سندباکس بیمه سلامت» می‌شوند تا عیار کارایی آن‌ها در مقیاس واقعی سنجیده شود.

۲. نهادینه‌سازی فرهنگ «مسئله‌محوری»: HiNext فراتر از یک رویداد، گفتمان جدیدی را در بدنه سازمان جاری ساخت و ثابت کرد که خانواده بزرگ بیمه سلامت، سازمانی یادگیرنده، پویا و تشنه نوآوری است.

۳. ارتقای ملموس تجربه ذی‌نفعان: غایت نهایی تمام این تلاش‌ها، چابکی بیشتر در ارائه خدمات، کاهش هزینه‌ها و درخشش رضایت بر چهره بیمه‌شدگان و شرکای تجاری سازمان است.

امروز که زیرساخت نیرومند نسخه‌نویسی و پرونده الکترونیک در سراسر کشور مستقر است، در رویداد HiNext به افق‌های تازه‌تری می‌اندیشیم؛ جایی که داده‌های ارزشمند درمان، نه‌فقط برای مدیریت اداری و مالی، بلکه به طور مستقیم در خدمت کیفیت بالینی بیمار قرار گیرد. یکی از ایده‌های الهام‌بخش در این رویداد، همراهی سامانه‌های هوشمند در کنار پزشک و کادر درمان است؛ به این صورت که با ثبت دقیق علائم و شکایات اولیه بیمار، الگوهای پنهان بیماری‌های مهم و مزمن به‌موقع شناسایی شده و هشدارهای تشخیصی زودهنگام صادر شود. این رویکرد پیشرو نشان می‌دهد که بیمه سلامت ایران در حال ارتقای فناوری به سطحی است که بتواند به یاری پزشکان به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار آمده و در کنار خط مقدم درمان، از سلامت مردم محافظت کند.

HiNext تجلی اراده سازمانی است که مسیر دیجیتال‌سازی را با افتخار پشت سر گذاشته و اکنون با شجاعت و خرد جمعی، به استقبال آینده‌ای هوشمندتر و نوآورانه‌تر رفته است. ما در دبیرخانه رویداد، دست تمامی نخبگان، پژوهشگران، همکاران پیشرو و مدیران دغدغه‌مند را به گرمی می‌فشاریم؛ زیرا باور داریم آینده بیمه سلامت ایران، نه با دستورالعمل‌های سنتی، بلکه با تلفیق تجربه ارزنده سازمانی و نوآوری شما رقم خواهد خورد.

های‌نکست... فصل بعد را با هم می‌نویسیم.



دکتر مریم آزادی
مدیرکل دفتر خدمات تخصصی و
فوق تخصصی سازمان بیمه سلامت ایران

توانبخشی، مسیر استقلال؛ نقش بیمه سلامت در حمایت از افراد دارای معلولیت

معلولیت نباید به معنای محدود شدن فرصت دسترسی به خدمات سلامت و توانبخشی باشد. برای بسیاری از افراد دارای معلولیت، دسترسی مستمر و به‌موقع به خدمات توانبخشی، نقشی اساسی در حفظ توانایی‌های فردی، افزایش استقلال، حضور فعال در جامعه و ارتقای کیفیت زندگی دارد. با این حال، هزینه این خدمات می‌تواند برای بسیاری از خانواده‌ها قابل توجه باشد و پرداخت از جیب، به یکی از موانع مهم استمرار درمان و توانبخشی تبدیل شود.

در چنین شرایطی، نقش بیمه‌های پایه فقط پرداخت هزینه‌های درمانی نیست؛ بلکه حمایت از توانبخشی می‌تواند بخشی از مسئولیت اجتماعی نظام بیمه‌ای در مسیر کاهش نابرابری و حمایت از افراد دارای معلولیت باشد.در همین راستا و در اجرای ماده (۶) قانون حمایت از حقوق معلولان، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بهزیستی کشور در آبان‌ماه سال ۱۳۹۹ تفاهم‌نامه‌ای با هدف بهره‌مندی افراد دارای معلولیت تحت پوشش سازمان بهزیستی که از پوشش معتبر بیمه سلامت برخوردارند، منعقد کردند.

بر اساس این تفاهم‌نامه، در نخستین مرحله ۹ کد خدمتی ستاره‌دار در حوزه‌های کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی‌شناسی با مشارکت ۷۰ درصدی تعرفه دولتی تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفت. در ادامه و با تمدید تفاهم‌نامه مشترک دو سازمان از تاریخ ۳۰ شهریورماه ۱۴۰۱، دامنه خدمات توسعه یافت و تعداد خدمات توانبخشی تحت پوشش که پیش از آن در تعهد بیمه نبودند، به ۵۹ کد خدمتی افزایش پیدا کرد.

امروز بیش از ۷۱۲ هزار نفر از بیمه‌شدگان مشمول که از سوی سازمان بهزیستی به سازمان بیمه سلامت معرفی و در سامانه‌های مربوطه نشان‌دار شده‌اند، می‌توانند هنگام دریافت خدمات توانبخشی در مراکز طرف قرارداد از پوشش بیمه‌ای بهره‌مند شوند.نکته قابل توجه آن است که حتی پس از پایان دوره یک‌ساله تفاهم‌نامه سال ۱۴۰۱، سازمان بیمه سلامت برای جلوگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات به توانخواهان، پوشش خدمات افراد مشمول را از محل سایر بودجه‌های اختصاصی خود ادامه داده است؛ اقدامی که نشان‌دهنده اهمیت تداوم خدمات توانبخشی برای این گروه از بیمه‌شدگان است.

۵۹ خدمت در مسیر توانبخشی

خدمات تحت پوشش بیمه سلامت در حوزه توانبخشی، طیف متنوعی از نیازهای افراد دارای معلولیت را دربرمی‌گیرد.این خدمات شامل ۶ کد کاردرمانی، ۱۱ کد گفتاردرمانی، ۱۴ کد ارتوپدی فنی، ۹ کد شنوایی‌شناسی، ۷ کد بینایی‌سنجی، ۶ کد فیزیوتراپی و ۶ کد خدمت توانبخشی قابل ارائه توسط پزشکان متخصص است.تنوع این خدمات نشان می‌دهد که توانبخشی را نمی‌توان به یک خدمت یا یک گروه تخصصی محدود کرد. نیازهای توانخواهان متفاوت است و حمایت مؤثر بیمه‌ای باید بتواند بخش‌های مختلف مسیر توانبخشی را پوشش دهد.

کاهش پرداخت از جیب؛ حمایت از استمرار درمان

یکی از مهم‌ترین آثار پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی، کاهش پرداخت مستقیم خانواده‌هاست. سازمان بیمه سلامت، ۷۰ درصد هزینه خدمات مشمول را بر مبنای تعرفه دولتی پوشش می‌دهد و این حمایت تنها به مراکز دولتی محدود نیست؛ بلکه خدمات مشمول در مراکز خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه طرف قرارداد نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد.برای خانواده‌ای که ممکن است فرزند یا یکی از اعضای آن به جلسات متعدد کاردرمانی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی یا سایر خدمات توانبخشی نیاز داشته باشد، استمرار این خدمات اهمیت زیادی دارد. بنابراین پوشش بیمه‌ای می‌تواند فاصله میان «نیاز به توانبخشی» و «توان مالی برای دریافت آن» را کاهش دهد.

پوشش بیمه‌ای، زمانی مؤثر است که دسترسی نیز وجود داشته باشد

گسترش پوشش بیمه‌ای بدون توسعه شبکه ارائه خدمات، نمی‌تواند پاسخگوی نیاز واقعی بیمه‌شدگان باشد. در حال حاضر ۵۳۹۹ مرکز توانبخشی طرف قرارداد با بیمه سلامت هستند و افراد دارای معلولیت تحت پوشش سازمان بهزیستی می‌توانند خدمات مشمول را با پوشش ۷۰ درصدی بیمه در این مراکز دریافت کنند.این مراکز در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه فعالیت می‌کنند و توسعه شبکه طرف قرارداد می‌تواند به دسترسی بهتر توانخواهان به خدمات مورد نیاز کمک کند.برای بهره‌مندی از این خدمات، فرد باید تحت پوشش بیمه سلامت باشد، به مرکز توانبخشی طرف قرارداد مراجعه کند و حداقل یکی از نشان‌های معلولیت شامل اختلالات جسمی ـ حرکتی، کم‌توانی ذهنی، اختلالات بینایی، اختلالات شنوایی، اختلالات صوت و گفتار یا اختلالات روانی برای او در سامانه‌های مربوط ثبت شده باشد.از سوی دیگر، عدم ثبت نشان‌های مرتبط با توانخواهان سازمان بهزیستی، از مواردی است که مانع استفاده از این پوشش خواهد بود؛ موضوعی که ضرورت به‌روزرسانی و دقت اطلاعات بیمه‌شدگان را بیشتر می‌کند.

توانبخشی؛ هزینه نیست، سرمایه‌گذاری برای استقلال است

نگاه به خدمات توانبخشی نباید صرفاً از زاویه هزینه‌های درمانی باشد. توانبخشی در بسیاری از موارد می‌تواند به فرد کمک کند توانایی‌های خود را حفظ یا تقویت کند، وابستگی او به دیگران را کاهش دهد و زمینه مشارکت بیشتر او در خانواده و جامعه را فراهم کند.از این منظر، پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی را می‌توان نوعی سرمایه‌گذاری اجتماعی دانست؛ سرمایه‌گذاری برای اینکه افراد دارای معلولیت بتوانند با محدودیت‌های کمتر و استقلال بیشتر زندگی کنند.البته مسیر حمایت از افراد دارای معلولیت به پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی و توانبخشی محدود نمی‌شود و نیازمند همکاری مستمر میان بیمه سلامت، سازمان بهزیستی، مراکز ارائه‌دهنده خدمات، خانواده‌ها و سایر نهادهای مسئول است. اما تداوم و توسعه پوشش بیمه‌ای می‌تواند یکی از پایه‌های مهم این حمایت باشد.در نهایت، هدف از بیمه‌کردن خدمات توانبخشی، فقط پرداخت بخشی از هزینه یک خدمت نیست؛ هدف آن است که توانخواه به دلیل هزینه‌های درمان، از ادامه مسیر توانبخشی بازنماند.

بیمه سلامت زمانی بیشترین اثر اجتماعی خود را نشان می‌دهد که پوشش بیمه‌ای به دسترسی واقعی، استمرار درمان و در نهایت افزایش استقلال و کیفیت زندگی افراد دارای معلولیت منجر شود. توانبخشی، فقط بازگرداندن توانایی نیست؛ ساختن فرصت دوباره برای زندگی مستقل است.



دکتر علی اصغر حق‌پرست
مدیرکل توسعه منابع انسانی و پشتیبانی
سازمان بیمه سلامت ایران

وقتی هنوز اتفاقی نیفتاده است...

دستیار هوش مصنوعی، مسئله را پیش از بحران می‌بیند

می‌توان در یادداشتی مفصل درباره فرصت‌های هوش مصنوعی در نظام سلامت نوشت؛ اما شاید برای درک ارزش واقعی آن، بهتر باشد به‌جای توضیح قابلیت‌ها، تفاوتی را ببینیم که می‌تواند در یک روز عادی سازمان بیمه سلامت ایران ایجاد کند.

تصور کنید در آینده‌ای نه‌چندان دور، دستیار هوش مصنوعی سازمان بیمه سلامت، بر بستر داده‌های یکپارچه و با دسترسی کنترل‌شده به سامانه‌های سازمان، بتواند روندها را در کنار یکدیگر ببیند و نشانه‌های پنهان در انبوه اطلاعات را زودتر آشکار کند.

۱۵ اردیبهشت، ساعت ۸ صبح

قرار است ساعت ۱۰ جلسه هیئت‌مدیره با موضوع بررسی عملکرد مالی سال گذشته برگزار شود. مدیرعامل هنگام صرف صبحانه، پنل هوش مصنوعی سازمان را باز می‌کند و از دستیار صوتی می‌پرسد: امروز موضوع مهمی هست که لازم باشد به آن توجه کنم؟

چند موضوع نمایش داده می‌شود؛ یکی برجسته است: روند مراجعه به مراکز طرف قرارداد طی هفته‌های اخیر به‌طور معنی‌داری در حال افزایش است.

مدیرعامل: فقط یک نوسان است یا باید جدی بگیریمش؟

دستیار، داده‌های جدید را با روندهای گذشته مقایسه می‌کند؛ نوع خدمات، پراکندگی جغرافیایی، گروه‌های سنی، الگوی مراجعه‌ها و آثار مالی را کنار هم می‌گذارد: اگر این روند ادامه پیدا کند، طی ماه‌های آینده می‌تواند فشار قابل‌توجهی بر منابع سازمان ایجاد کند.

مدیرعامل: سه‌ماه و شش‌ماه آینده را شبیه‌سازی کن و بگو چه گزینه‌هایی داریم که هم سلامت بیمه‌شدگان آسیب نبیند و هم رشد نامتعارف هزینه‌ها کنترل شود.

چند سناریوی مدیریتی ارائه می‌شود؛ هرکدام همراه با آثار احتمالی بر سلامت، منابع، ریسک و سرعت اجرا.

مدیرعامل: یک گزارش کوتاه برای هیئت‌مدیره آماده کن؛ اصل مسئله، اثر مالی، سه گزینه و در پایان، بر اساس داده‌ها گزینه مناسب‌تر را پیشنهاد بده.

ساعت ۱۰ صبح

موضوعی روی میز هیئت‌مدیره قرار می‌گیرد که هنوز به بحران تبدیل نشده است. مدیران درباره آینده یک مسئله تصمیم می‌گیرند، نه پیامدهای مسئله‌ای که قبلا اتفاق افتاده است.

اقدام اولیه تصویب می‌شود؛ واحدهای تخصصی، تحلیل را اعتبارسنجی می‌کنند، مداخله آغاز می‌شود و نتایج پایش می‌شوند.

۱۵ خرداد؛ یک ماه بعد

گزارش تازه روی صفحه مدیرعامل ظاهر می‌شود: روند افزایش نامتعارف مراجعات متوقف شده و حجم مراجعه‌ها به محدوده پیشین بازگشته است.

حالا همین مسئله را بدون هوش مصنوعی تصور کنیم؛ روند مراجعه‌ها از ابتدای سال در حال افزایش است، اما دی‌ماه افزایش تماس‌ها، مکاتبه‌های استان‌ها و رشد مطالبه‌های مراکز، مسئله را آشکار می‌کند. بررسی آغاز می‌شود؛ اطلاعات ماه‌های گذشته جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند، افزایش غیرعادی مراجعه‌ها تایید و راهکارها پیشنهاد می‌شوند.

گزارش به مدیریت عالی می‌رسد، موضوع در هیئت‌مدیره مطرح می‌شود، تصمیم گرفته می‌شود و اقدامات اصلاحی در استان‌ها آغاز می‌شود.

فروردین سال بعد

روند افزایش نامتعارف مراجعه‌ها متوقف شده و حجم مراجعه‌ها به محدوده پیشین بازگشته است.

نتیجه در هر دو مسیر تقریبا یکسان است؛ سازمان مسئله را مدیریت کرده است.

اما یک چیز یکسان نیست: زمان

با هوش مصنوعی، ۱۵ اردیبهشت اولین نشانه شناسایی می‌شود و یک ماه بعد، در ۱۵ خرداد، روند مهار شده است. بدون هوش مصنوعی، سازمان تازه در دی‌ماه پیامدهای مسئله را متوجه می‌شود و روند در فروردین سال بعد به حالت استاندارد بازمی‌گردد؛ یعنی حدود یک سال پس از بروز مشکل، همراه با هزینه‌های قابل‌توجهی که در این فاصله به سازمان تحمیل شده است.

در بسیاری از مسائل سازمانی، هزینه فقط خود مسئله نیست؛ بخشی از هزینه، فاصله میان شکل‌گیری مسئله و زمانی است که سازمان آن را می‌بیند. هوش مصنوعی قرار نیست جای مدیر، پزشک یا کارشناس را بگیرد؛ تصمیم نهایی همچنان انسانی است. تفاوت این‌جاست که انسان هنگام تصمیم‌گیری چه چیزی می‌بیند و چقدر زود آن را می‌بیند.

رسیدن به چنین نقطه‌ای نیز الزاما با پروژه‌ای بزرگ و پرهزینه آغاز نمی‌شود. می‌توان از یک مسئله

واقـعی و قابل‌اندازه‌گیـری شـروع کـرد: یـک پایلـوت محـدود، دسـترسی کنترل‌شـده بـه داده‌هـا، شـاخص‌های روشـن موفقیـت و نظـارت انسـانی. نتیجـه سـنجیده شـود و در صـورت موفقیـت، دامنـه کار مرحله‌به‌مرحلـه گسـترش یابـد.

امـا ایـن تجربه‌هـای کوچـک نبایـد بـه ابزارهـای پراکنـده و جزیـره‌ای تبدیـل شـوند. هم‌زمـان بایـد زیرسـاخت‌های مانـدگار شکل بگیرنـد: داده‌هـای قابـل اتـکا و یکپارچـه، حکمـرانی و امنیـت داده، معمـاری مشـخص هـوش مصنـوعی و سـازوکار روشـن نظـارت انسـانی.

در حـال عبـور از عصـر دیجیتـال بـه عصـر هـوش مصنـوعی هستیـم؛ تغییـری اجتناب‌ناپذیـر کـه منطـق تصمیم‌گیـری و خلـق ارزش در سـازمان‌ها را دگرگـون خواهـد کـرد. سـازمان بیمـه سلامـت ایـران کـه از ابرداده‌هـای ارزشـمندی برخـوردار اسـت، مزیـت مهـمی بـرای آغـاز ایـن مسیـر دارد و هرچـه زودتـر ایـن حرکـت را آغـاز کنـد، فرصـت بیشـتری بـرای یادگیـری، اصلاح مسیـر و بهره‌گیـری از ظرفیت‌هـای هـوش مصنـوعی در راسـتای انجـام ماموریـت هـای محولـه و همچنیـن ایجـاد سـبک زنـدگی پیشـگیری محـور در بیمـه شـدگان خواهد داشـت.

هـدف نهایـی، افـزودن یـک ابـزار جدیـد بـه سـازمان نیسـت؛ هـوش مصنـوعی زمـانی ارزش واقـعی خـود را نشـان می‌دهـد کـه فاصلـه میـان «رخـداد» و «واکنـش» را کوتـاه کنـد؛ تـا سـازمان به‌جـای آن‌کـه بپرسـد: «چـه اتفـاقی افتـاد؟» بتوانـد به‌موقـع بپرسـد: «چـه چیـزی در حـال شکل‌گیـری اسـت و امـروز بـرای تغییـر فـردا چـه بایـد بکنیـم؟»





دکتر صالح مژدهی
مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی، بودجه و تشکیلات
سازمان بیمه سلامت ایران

تحقق ۹۶ درصدی برنامه‌های سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۴

دفتر برنامه‌ریزی، بودجه و تشکیلات سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان یکی از ارکان راهبردی معاونت توسعه مدیریت و منابع، نقش محوری در برنامه‌ریزی، تخصیص بهینه منابع، طراحی ساختار سازمانی، ارتقای بهره‌وری و پشتیبانی از تصمیم‌گیری‌های مدیریتی ایفا می‌کند که اهم اقدامات انجام شده به شرح ذیل ارائه می‌شود.

۱- تدوین بودجه پیشنهادی سال ۱۴۰۵ بر اساس بند «ب» ماده ۷۳ قانون برنامه هفتم پیشرفت با در نظر گرفتن چهار صندوق بیمه‌ای (کارکنان دولت، سایر اقشار، روستاییان و عشایر و همگانی ایرانیان) با جمعیت تحت پوشش حدود ۴۵ میلیون نفر (کل بودجه شرکتی پیشنهادی بالغ بر ۲,۴۷۵,۴۱۲,۷۲۲ میلیون ریال بوده است).

۲- توزیع اعتبارات هزینه درمان ادارات کل استانی بر اساس مدلی جدید با شاخص‌هایی نظیر ضریب جینی، عملکرد سال گذشته و تعداد بیمه‌شدگان.

۳- توزیع اعتبارات هزینه جاری ادارات کل استانی بر اساس شاخص‌های عملکردی و شاخص‌های مدون.

۴- مانده مطالبات مراکز درمانی (دولتی و غیردولتی) تا پایان سال ۱۴۰۴ بالغ بر ۹۰۸,۵۹۰ میلیارد ریال گزارش شده است. اقداماتی مانند صدور مجوز اسناد معوقه و پاسخگویی به مراجع نظارتی انجام پذیرفت.

۵- تدوین و پایش برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۴ با ۱۸ برنامه و ۶۹ فعالیت (تحقق حدود ۹۶ درصد برنامه‌های سازمان در سال ۱۴۰۴)

۶- تدوین سند برنامه راهبردی (۰۷- ۱۴۰۵) و برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۵ با ۱۰۵ برنامه و ۴۶۰ فعالیت.

۷- هم‌اندیشی، پیگیری و ارسال گزارش اجرای احکام برنامه هفتم پیشرفت به مراجع ذیربط، به‌ویژه در حوزه تامین مالی و بیمه سلامت (مواد ۶۸، ۶۹، ۷۰ و ۷۳)

۸- تدوین سند سیاستی ارتقای تاب‌آوری نظام تامین مالی.

۹- استقرار نظام مدیریت بهره‌وری، شناسایی متولیان استانی، برگزاری دوره‌های آموزشی و تدوین برنامه ارتقای بهره‌وری خدمات دولت برای سال‌های ۱۴۰۵ تا ۱۴۰۷.

۱۰- سنجش بلوغ مدیریت دانش بر اساس مدل APOانجام و سازمان در سطح دوم (آغاز/مبتدی) قرار گرفت و تدوین راهبردهای ارتقا به سطوح بالاتر و پیاده‌سازی سامانه نظام مدیریت دانش.

۱۱- کارسنجی فرایندهای ادارات‌کل استانی و بازنگری تشکیلات تفصیلی ستاد مرکزی و ادارات‌کل استانی و به‌روزرسانی شرح وظایف واحدها و پست‌های سازمانی.

۱۲- بازنگری و به‌روزرسانی طرح طبقه بندی مشاغل اختصاصی، اجرای مهندسی مشاغل و تعیین مشاغل حاکمیتی.

۱۳- بازنگری و به‌روزرسانی سند برنامه سرمایه انسانی.

۱۴- شناسایی فرآیندهای سازمان، ارتقای سامانه نظام یکپارچه مدیریتی (سنیم)، به‌روزرسانی مستندات، بازنگری و به‌روزرسانی خدمات شناسه‌دار، انجام ممیزی داخلی ادارات‌کل استانی، برگزاری نشست‌های تخصصی.

۱۵- طراحی و پیاده‌سازی داشبورد (BI) آنلاین اختصاصی دفتر برنامه ریزی، بودجه و تشکیلات.







دکتر امیر خلیفه
مدیرکل دفتر مدیریت عملکرد سازمان
بیمه سلامت ایران

معماری نوین نظارت در بیمه سلامت؛ طراحی و پیاده‌سازی نظام انطباق با سطوح خدمت (SLA)

مسئله و ضرورت اجرای طرح

در بسیاری از فرآیندهای ارائه خدمت، اگرچه وظایف و دستورالعمل‌های اجرایی مشخص است، اما زمان مورد انتظار ارائه خدمت، کیفیت قابل قبول خروجی، مسئول پاسخ‌گو، نحوه ثبت عملکرد و سازوکار پیگیری تاخیرها یا مغایرت‌ها به‌صورت یکپارچه، شفاف و قابل سنجش تعیین نشده است.

این وضعیت می‌تواند موجب ناهمگونی در اجرای فرآیندها، دشواری در ارزیابی عملکرد، تاخیر در ارائه خدمت، کاهش قابلیت پاسخ‌گویی و ضعف در شناسایی گلوگاه‌های فرآیندی شود.

توافق‌نامه سطح خدمت یا SLA، ابزاری برای تعریف و سنجش تعهدات خدمتی است. در این چارچوب، برای هر فرآیند منتخب، زمان انجام خدمت، استاندارد کیفیت، مسئول فرآیند، شاخص‌های سنجش، منبع داده و شیوه رسیدگی به عدم انطباق‌ها مشخص می‌شود.

SLA جایگزین قوانین، شرح وظایف یا دستورالعمل‌های تخصصی نیست؛ بلکه ابزاری مدیریتی و نظارتی برای قابل سنجش، قابل پایش و قابل پاسخ‌گو کردن تعهدات خدمتی است.

اجرای این طرح با الزامات مدیریت عملکرد، ارتقای بهره‌وری، سلامت اداری، نظارت و پایش عملکرد در قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت هم‌راستا است.

هدف طرح چیست؟

هدف کلی: طراحی، پیاده‌سازی آزمایشی و ارزیابی سازوکار بازرسی مبتنی بر ارزیابی انطباق با سطوح خدمت (SLA) در فرآیندهای منتخب سازمان بیمه سلامت ایران.



اهداف اختصاصی

۱.شناسایی و انتخاب فرآیندهای اولویت‌دار و قابل اندازه‌گیری

۲.تدوین توافق‌نامه سطح خدمت و شاخص‌های زمانی و کیفی برای فرآیندهای منتخب

۳.اجرای بازرسی مبتنی بر شواهد و سنجش انطباق عملکرد با SLA

۴.تحلیل مغایرت‌ها، پیگیری اقدامات اصلاحی و ارائه الگوی قابل توسعه برای سایر فرآیندها

دامنه و رویکرد اجرا

طرح در سال ۱۴۰۵، به‌صورت پایلوت محدود، مرحله‌ای و قابل کنترل در یک یا چند فرآیند منتخب و با همکاری واحدهای تخصصی و استان یا استان‌های منتخب اجرا می‌شود. فرآیندهای پایلوت بر اساس معیارهایی از جمله اهمیت خدمت، حجم عملیات، ریسک فرآیندی، دسترسی به داده، وجود مالک مشخص و قابلیت اندازه‌گیری انتخاب خواهند شد.

بازرسی در این مدل، صرفا به کشف تخلف یا گزارش تاخیر محدود نمی‌شود؛ بلکه بر سنجش انطباق عملکرد واقعی با سطح خدمت مصوب، تحلیل علل مغایرت‌ها و پیگیری اصلاح فرآیند تمرکز دارد.

خروجی‌ها و دستاوردهای مورد انتظار

اجرای طرح، خروجی‌های زیر را به همراه خواهد داشت:

- فرآیندهای منتخب و اولویت‌دار برای اجرای پایلوت
- شناسنامه فرآیند و سند توافق‌نامه سطح خدمت
- شاخص‌های زمانی، کیفی و عملیاتی قابل سنجش
- چک‌لیست تخصصی ارزیابی انطباق
- گزارش‌های بازرسی مبتنی بر شواهد
- برنامه‌های اقدام اصلاحی برای مغایرت‌های شناسایی‌شده
- گزارش پایش و پیشنهاد توسعه تدریجی طرح در سازمان

دستاوردهای مورد انتظار شامل افزایش شفافیت، پاسخ‌گویی، قابلیت ردیابی عملکرد، شناسایی گلوگاه‌های فرآیندی، کاهش تاخیرهای قابل اجتناب، بهبود کیفیت خدمت و ارتقای اثربخشی بازرسی خواهد بود.

جمع‌بندی

این طرح، با هدف تبدیل بازرسی از رویکرد صرفا موردی و گزارش‌محور به رویکردی فرآیندمحور، داده‌محور، مبتنی بر شواهد و اصلاح‌گرا ارائه شده است. اجرای آزمایشی SLA در فرآیندهای منتخب، زمینه تعیین استانداردهای روشن خدمت، سنجش انطباق عملکرد، شناسایی گلوگاه‌ها و پیگیری موثر اقدامات اصلاحی را فراهم می‌کند و می‌تواند پس از ارزیابی نتایج، به‌صورت تدریجی در سایر فرآیندهای سازمان توسعه یابد.



سید عبدالرحیم ترابی
مدیرکل حقوق و امور قراردادهای
سازمان بیمه سلامت ایران

سواد بیمه‌ای و سلامت شهروندان: از آگاهی تا صیانت از حقوق و منابع

سواد بیمه‌ای و سلامت فراتر از شناخت ابتدایی علائم بیماری‌هاست؛ این مفهوم دلالت بر توانمندی حقوقی و اجرایی شهروند در مدیریت جامع چرخه درمان، تفسیر مفاد قراردادهای بیمه‌ای و درک موازنه میان «تعهدات بیمه‌گر» و «تکالیف بیمه‌گذار» دارد. در نظام‌های نوین سلامت، عدم تقارن اطلاعاتی میان ارائه‌دهندگان خدمات، صندوق‌های بیمه و شهروندان، ریشه اصلی القای تقاضا، افزایش تصاعدی پرداخت از جیب و اتلاف منابع عمومی است. توانمندسازی بیمه‌شده، اهرم اصلی شفافیت مالی و پایداری صندوق‌ها به شمار می‌رود.

پیچیدگی زبانی و ساختاری متون حقوقی

یکی از موانع بنیادین، انباشت اصطلاحات تخصصی و ترمینولوژی پیچیده در آیین‌نامه‌ها و بیمه‌نامه‌هاست. اصطلاحاتی نظیر «فرانشیز»، «سقف تعهدات سالانه»، «دوره انتظار»، «تعرفه مصوب دولتی یا خصوصی» و «استثنائات پوشش»، برای عموم شهروندان ملموس نیست. عدم تفکیک قلمرو «بیمه پایه» و «بیمه تکمیلی» در زمان بستری، بیمار را با شوک هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده مواجه کرده و زمینه‌ساز شکل‌گیری ذهنیت منفی نسبت به کارآمدی نهادهای بیمه‌گر می‌شود.

نقص در منطق مدیریت تقاضا و سطح‌بندی خدمات (نظام ارجاع)

ناآگاهی از مبانی اقتصادی و بالینی «نظام ارجاع و پزشک خانواده»، الگوی مصرف نامتوازنی ایجاد کرده است. تمایل عمومی به مراجعه مستقیم به سطوح تخصصی و فوق‌تخصصی برای درمان‌های سطح اول، نه‌تنها منابع محدود بیمه‌ها و ظرفیت درمانی بیمارستان‌ها را مستهلک می‌سازد، بلکه موجب هدررفت بودجه خانوار می‌شود. تبیین کارکرد دروازه‌بانی نظام ارجاع، پیش‌شرط تنظیم عادلانه دسترسی به درمان است.

شکاف آگاهی در حقوق دادرسی و فرآیندهای رسیدگی

بیمه‌شدگان اغلب از مجاری احقاق حق خود بی‌اطلاع هستند. ناآشنایی با صلاحیت‌ها و ترتیبات رسیدگی در کمیسیون‌های پزشکی، فرآیند تجدیدنظر در پرونده‌های کسورات، ضوابط پوشش نشان‌دار داروهای خاص و صعب‌العلاج و نحوه طرح دعاوی اداری، موجب انفعال شهروند در پیگیری مطالبات قانونی و تحمیل هزینه‌های من‌غیرحق می‌شود.

ناتوانی در تحلیل و ممیزی صورت‌حساب‌های درمانی

نبود مهارت در بازخوانی کدهای تعدیلی کتاب ارزش نسبی، تفکیک خدمات هتلینگ از خدمات پزشکی و راستی‌آزمایی ارقام درج‌شده در صورت‌حساب ترخیص، سبب شده امکان نظارت مدنی بر خدمات دریافتی به حداقل برسد. این خلأ مهارتی، بستر مناسبی برای پدیده‌ی دریافت‌های غیرمتعارف و ابهام در محاسبات مالی درمان فراهم می‌آورد.

پیشنهادها و راهکارهای عملیاتی

برای گذار از وضعیت موجود به یک سیستم شفاف، اقدامات زیر پیشنهاد می‌شود:

محور اقدام	شرح عملیاتی و اجرایی	پیامد مورد انتظار
ساده‌سازی حقوقی	تدوین «کارت خلاصه تعهدات» با زبان ساده و گرافیکی که درکنارقرارداد اصلی به بیمار داده شود	کاهش شکاف اطلاعاتی و جلوگیری از دعاوی ناشی از سوءتفاهم
آموزش هدفمند در نقاط تماس	ارائه آموزش‌های کوتاه در داروخانه‌ها، مراکز ارجاع و از طریق پیامک‌های هوشمند در زمان ثبت ویزیت	هدایت صحیح تقاضا به سطوح اولیه درمان و کاهش فشار بر مراکز تخصصی
مکانیسم شفاف اعتراض	راه‌اندازی سیستم «ردیابی برخط شکایت» که بیمار بتواند مرحله به مرحله روند رسیدگی به اعتراضات خود را دنبال کند.	ارتقای حق مطالبه‌گری و افزایش پاسخگویی سازمان‌های بیمه گر
آموزش سواد مالی-سلامت	گنجاندن مباحث مدیریت هزینه درمان و حقوق بیمه‌ای در برنامه‌های آموزش عمومی و پورتال‌های سازمانی	تبدیل شهروند از یک مصرف‌کننده منفعل به یک ناظر فعال در نظام سلامت

نتیجه‌گیری

ارتقای سواد بیمه‌ای تنها یک اقدام آموزشی نیست، بلکه یک استراتژی برای «بهینه‌سازی منابع» و «صیانت از حقوق شهروندی» است. با تبدیل قوانین پیچیده به اطلاعات قابل فهم و ابزارهای قابل استعلام، می‌توان از هدررفت منابع مالی جلوگیری کرد و ضمن کاهش اصطکاکات اداری، رضایت عمومی از نظام سلامت را بهبود بخشید.



دکتر فریده جعفری
مدیرکل بیمه سلامت استان آذربایجان غربی

حرکت از بیمه سنتی به خرید راهبردی خدمات سلامت

نظام‌های بیمه سلامت در ایران و بسیاری از کشورها، سال‌ها بر اساس الگوی سنتی یا «خرید منفعل» فعالیت کرده‌اند. در این مدل، سازمان بیمه‌گر صرفاً صورتحساب‌های ارائه شده توسط مراکز درمانی را پس از ارائه خدمت پرداخت می‌کند، بدون آن‌که نقشی فعال در تعیین کیفیت، ضرورت یا اثربخشی آن خدمات داشته باشد؛ اما این رویکرد با چالش‌های جدی مانند ناکارآمدی در تخصیص منابع، افزایش بی رویه هزینه‌ها و دسترسی ناعادلانه به خدمات همراه بوده است.

خرید راهبردی؛ تعریف و ضرورت

بیمه سنتی (خرید منفعل)	خرید راهبردی
پرداخت صورتحساب پس از ارائه خدمت	تصمیم‌گیری فعال درباره نوع خدمات مورد نیاز
تمرکز بر حجم و تعداد خدمات	تمرکز بر کیفیت، ضرورت و پیامدهای درمان
نظارت ساختاری و گذشته نگر	نظارت فرایندی و مبتنی بر شواهد
تشویق به ارائه خدمات بیشتر	تشویق به ارائه خدمات اثربخش و پیشگیرانه

سازمان جهانی بهداشت (WHO) از سال ۲۰۰۰، خرید راهبردی را به عنوان یکی از راهبردهای اصلی برای بهبود عملکرد نظام‌های سلامت معرفی کرده است. خرید راهبردی، فرآیندی فعالانه است که در آن سازمان بیمه‌گر با تکیه بر اطلاعات دقیق درباره نیازهای جمعیت، کیفیت خدمات، هزینه‌ها و پیامدهای درمانی، تصمیم می‌گیرد که چه خدماتی، از چه ارائه‌دهندگانی و با چه قیمتی خریداری شود. به عبارت دیگر، بیمه‌گر از یک صندوق پرداخت کننده منفعل به مدیری هوشمند و فعال برای منابع سلامت تبدیل می‌شود.

پیش نیازها و ارکان اجرایی

تحقق خرید راهبردی نیازمند زیرساخت های متعددی است که فقدان آنها، مهم‌ترین مانع اجرا در ایران محسوب می‌شود:

- پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع: دسترسی به اطلاعات دقیق از نیازهای سلامت جمعیت و مسیر دریافت خدمات، پایه و اساس هرگونه خرید هوشمندانه است.
- شفافیت در قیمت گذاری: محاسبه قیمت واقعی و تمام شده خدمات بر اساس کیفیت، نه صرفاً تعرفه‌های کلی، برای قراردادهای منصفانه ضروری است.
- اصلاح نظام پرداخت: حرکت از پرداخت کارانه (فی‌فورسرویس) به سمت روش‌های آینده‌نگر مانند پرداخت سرانه برای خدمات سطح یک (پزشکی خانواده) و پرداخت مبتنی بر تشخیص (DRG) برای خدمات بیمارستانی.
- توانمندی نظارتی بیمه: سازمان بیمه‌گر باید اختیارات و توانایی فنی کافی برای نظارت بر کیفیت خدمات و اعمال قراردادهای مبتنی بر عملکرد را داشته باشد.

پزشکی خانواده؛ هسته مرکزی خرید راهبردی

در الگوی خرید راهبردی، پزشکی خانواده نقشی محوری پیدا می‌کند. پزشک در این برنامه به عنوان اولین سطح تماس با بیمار، می‌تواند نیازهای واقعی سلامت جمعیت تحت پوشش را شناسایی کرده و مسیر دریافت خدمات را مدیریت کند. در این چارچوب، قرارداد بیمه با پزشک خانواده دیگر صرفاً بر اساس تعداد ویزیت‌ها نیست، بلکه شاخص‌هایی مانند کنترل بیماری‌های مزمن، انجام مراقبت‌های پیشگیرانه، کاهش ارجاع‌های غیرضروری و رضایت بیماران مبنای پرداخت قرار می‌گیرند.

چالش‌های پیشِ رو در ایران

تحلیل وضعیت موجود نشان می‌دهد که سازمان بیمه سلامت ایران با چالش‌های متعددی در مسیر حرکت به سمت خرید راهبردی مواجه است که مهمترین آنها عبارتند از:

- ناترازی مالی و کمبود منابع: کسری بودجه و تاخیر در تخصیص اعتبارات، توان چانه زنی و برنامه ریزی بلندمدت بیمه‌گر را مختل کرده است.
- ضعف در حکمرانی و ساختار: فقدان تجمیع منابع در یک صندوق واحد و همپوشانی بیمه‌ها، مانع از یکپارچگی و کارایی می‌شود.
- نبود اطلاعات و گایدلاین های بالینی کافی: فقدان دستورالعمل‌های بالینی شفاف و به روز و ضعف در سامانه‌های اطلاعاتی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را دشوار کرده است.
- نظارت ناکارآمد: تمرکز نظارت بر شاخص‌های ساختاری به جای شاخص‌های فرایندی و پیامدی، تاثیر چندانی بر بهبود کیفیت خدمات نداشته است.

جمع بندی

حرکت از بیمه سنتی به خرید راهبردی، نه یک انتخاب، بلکه یک ضرورت اجتناب ناپذیر برای نظام سلامت ایران است. این گذار، سازمان‌های بیمه‌گر را از جایگاه پرداخت کننده منفعل، به مدیریتی هوشمند و فعال برای منابع محدود سلامت ارتقا می‌دهد. با این حال، تحقق این هدف، بدون رفع موانع ساختاری، تامین منابع مالی پایدار، ایجاد زیرساخت‌های اطلاعاتی و توانمندسازی نظارتی، ممکن نخواهد بود. مسیر پیش رو نیازمند عزم جدی و همکاری موثر تمام ذینفعان، از سیاستگذاران تا ارائه دهندگان خدمات سلامت است.

سواد بیمه‌ای؛ پل سلامت و امنیت مالی شهروندان

در دنیای امروز، نظام سلامت پیچیده‌ای با هزینه‌های رو به رشد داریم. در این میان، داشتن بیمه سلامت، اگرچه لازم است، اما کافی نیست. آن‌چه واقعا می‌تواند به شهروندان در حفظ سلامتی و امنیت مالی کمک کند، مفهومی به نام «سواد بیمه‌ای» است. این مفهوم که به عنوان یکی از زیرمجموعه‌های سواد سلامت تعریف می‌شود، به درجه‌ای از دانش، مهارت و اعتماد به نفس افراد برای یافتن، ارزیابی و استفاده از اطلاعات مربوط به برنامه‌های بیمه‌ای اشاره دارد تا بتوانند بهترین برنامه را انتخاب کرده و به درستی از آن استفاده کنند .

چالش اصلی: شکاف بین پوشش و درک

با وجود تلاش‌ها برای گسترش پوشش بیمه‌ای در ایران، یک شکاف قابل توجه میان «داشتن بیمه» و «دانستن چگونگی استفاده از آن» وجود دارد. نتایج یک مطالعه ملی در ایران نشان داد که میانگین نمره سواد بیمه‌ای در بین بیمه‌شدگان حدود ۵۰ از ۱۰۰ بوده و تقریباً ۶۰ درصد از افراد دارای سطح سواد بیمه‌ای پایین یا متوسط هستند. این آمار به این معناست که بخش بزرگی از جامعه، توانایی درک مفاهیم کلیدی مانند فرانشیز، خودپرداختی، تعهدات بیمه‌گر یا نحوه محاسبه سهم پرداختی خود را ندارند.

چرا سواد بیمه‌ای برای سلامتی ما حیاتی است؟

ارتباط سواد بیمه‌ای و سلامت جسمانی، مستقیم و غیرقابل انکار است. افرادی که درک درستی از پوشش بیمه‌ای خود ندارند، اغلب به دلیل ترس از هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده، مراجعه به پزشک را به تاخیر می‌اندازند یا از انجام اقدامات پیشگیرانه و غربالگری‌های به‌موقع خودداری می‌کنند. این رفتار می‌تواند منجر به تشخیص دیرهنگام بیماری، افزایش مرگ‌ومیر و کاهش کیفیت زندگی شود. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که در دانش بیمه‌ای خود احساس اطمینان بیشتری دارند، به طور قابل‌توجهی وضعیت سلامتی بهتری را گزارش می‌دهند .

ابعاد سواد بیمه‌ای در ایران و تفاوت با سایر کشورها

مطالعات کیفی در ایران نشان می‌دهد که سواد بیمه‌ای در جامعه ما، فراتر از توانایی انتخاب نوع بیمه است و بیشتر بر کاربرد آن در بهبود رفتار تصمیم‌گیری و جست‌وجوی درمان متمرکز است. به عبارت دیگر، درک «چگونگی» استفاده از پوشش بیمه‌ای، برای بیمار ایرانی مهم‌تر از تحلیل ریاضی گزینه‌های مختلف است. همچنین مشخص شده که این سواد تحت تاثیر عواملی مانند جنسیت، سطح تحصیلات و درآمد قرار دارد و افراد با تحصیلات و درآمد بالاتر، از سواد بیمه‌ای بهتری برخوردارند که این خود نشان‌دهنده یک نابرابری ساختاری در جامعه است .

راهکارهای عملی برای ارتقای سواد بیمه‌ای

برای برون‌رفت از این چالش، نیاز به یک عزم ملی و اقداماتی فراتر از اطلاعیه‌های ساده وجود دارد. آموزش‌های عمومی و هدفمند از طریق رسانه‌های عمومی، شبکه‌های اجتماعی و اپلیکیشن‌های بیمه‌ای می‌تواند نقش کلیدی ایفا کند. همچنین استفاده از زبان ساده و غیرتخصصی در تمام اسناد و قوانین بیمه‌ای و ارائه اطلاعات شفاف در مراکز درمانی، می‌تواند به کاهش سردرگمی کمک کند. توانمندسازی کارکنان مراکز درمانی و ارائه مشاوره‌های بیمه‌ای در لحظه خدمت‌رسانی، می‌تواند پل ارتباطی موثری میان بیمه‌شده و سازمان بیمه‌گر باشد.

نتیجه‌گیری

سواد بیمه‌ای تنها یک مهارت مالی نیست، بلکه جزیی جدایی‌نشدنی از سلامت شهروندان است. سرمایه‌گذاری روی دانش بیمه‌ای مردم، به معنی سرمایه‌گذاری روی یک جامعه آگاه‌تر، سالم‌تر و با امنیت مالی بیشتر است.

نقش بیمه در مدیریت بیماری‌های مزمن غیرواگیر و کاهش بار اقتصادی

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) مانند دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی - عروقی و اختلالات عصبی، به یکی از مهم‌ترین بحران‌های سلامت جهانی تبدیل شده‌اند و حدود ۷۱ درصد از کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهند. این بیماری‌ها به دلیل ماهیت مزمن و نیاز به مراقبت طولانی‌مدت، بار اقتصادی سنگینی بر نظام سلامت، بیماران و جامعه تحمیل می‌کنند. در این میان، بیمه سلامت به‌عنوان یک اهرم کلیدی، نه تنها نقش حمایت مالی دارد، بلکه می‌تواند با تغییر رفتار بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت، در مدیریت موثر این بیماری‌ها و کاهش هزینه‌ها نقشی محوری ایفا کند.

نقش بیمه در مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های مزمن

حمایت مالی هدفمند برای درمان موثر: گسترش پوشش بیمه‌ای برای بیماری‌های مزمن، بار مالی سنگین هزینه‌های تشخیص، دارو، و بستری را از دوش بیماران برمی‌دارد. به عنوان مثال، در ایران، حدود ۱۳۰ گروه از بیماری‌های خاص و مزمن مانند دیابت، فشار خون و بیماری‌های قلبی تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و برای ۶۰ گروه از آنها، بسته‌های خدمتی مشخصی طراحی شده است که بر اساس نیاز هر بیمار، خدمات پاراکلینیک، ویزیت متخصص و دارو را شامل می‌شود. این رویکرد، منابع را هدفمند کرده و از سردرگمی بیماران جلوگیری می‌کند.

ترغیب به رفتارهای خودمراقبتی: شواهد نشان می‌دهد که داشتن بیمه سلامت، به طور قابل توجهی، رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون بهبود می‌بخشد. مطالعه‌ای در تانزانیا نشان داد که افراد تحت پوشش بیمه، رفتارهای بهتری در مدیریت بیماری خود دارند و این امر به دلیل کاهش موانع مالی برای مراجعه منظم به پزشک و تهیه دارو است. این امر نشان می‌دهد که بیمه، صرفاً یک ابزار پرداخت نیست، بلکه می‌تواند انگیزه‌ای برای مشارکت فعال بیمار در فرآیند درمان باشد.

پیشگیری و غربالگری به عنوان سرمایه‌گذاری اقتصادی: سازمان‌های بیمه‌گر با رویکردی فراتر از درمان صرف، به سمت برنامه‌های پیشگیرانه حرکت کرده‌اند. به عنوان مثال، بیمه نیروهای مسلح ایران، برنامه‌هایی برای غربالگری، تعدیل ریسک‌فاکتورها (مانند سبوس‌دار کردن نان) و آموزش سبک زندگی سالم برای بیمه‌شدگان خود طراحی کرده است تا از بروز یا پیشرفت بیماری‌های مزمن جلوگیری کند. این اقدامات، در بلندمدت، هزینه‌های سنگین ناشی از درمان عوارض پیشرفته بیماری را کاهش می‌دهد.

بیمه سلامت، سنگ بنای مدیریت موثر بیماری‌های مزمن است. نقش آن از تامین مالی درمان فراتر رفته و می‌تواند با طراحی هوشمندانه، به ابزاری برای تشویق پیشگیری، بهبود خودمراقبتی و مدیریت بهینه هزینه‌ها تبدیل شود. با این حال، طراحی نادرست نظام‌های بیمه‌ای می‌تواند به مانعی برای دسترسی به مراقبت‌های اولیه و ضروری تبدیل شده و بار اقتصادی را افزایش دهد.

برای ایفای نقش موثرتر، سیاست‌گذاران باید چه اقداماتی انجام بدهند؟

۱. طراحی بیمه را مبتنی بر شواهد و نیاز بیمار کنند و از طرح‌های یک‌سویه که صرفاً بر کاهش هزینه‌های کوتاه‌مدت متمرکز هستند، پرهیز کنند.

۲. برنامه‌های پیشگیری و غربالگری را در بسته‌های بیمه‌ای ادغام کرده و به عنوان سرمایه‌گذاری اقتصادی بلندمدت نگاه کنند.

۳. برنامه‌های مدیریت بیماری (Disease Management) را توسعه دهند که در آن، بیمه‌گر نقش هماهنگ‌کننده مراقبت و مشوق رفتارهای سالم را ایفا کند، نه صرفاً یک پرداخت‌کننده هزینه‌ها.

۴. به عوامل اجتماعی - اقتصادی مانند بی‌سوادی و فقر که بر سلامت و رفتار بیماران تاثیر می‌گذارند، توجه کنند و پوشش‌های حمایتی ویژه‌ای برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر طراحی کنند.

راهکار فنی پیشنهادی: پوشش‌های بیمه‌ای باید فراتر از هزینه‌های درمانی و با تمرکز بر ارائه خدمات سرپایی کارآمد، حمایت از برنامه‌های پیشگیری و طراحی بسته‌های حمایتی هوشمند برای بیماران پرخطر بازنگری شوند تا ضمن افزایش دسترسی، از افزایش هزینه‌های غیرضروری جلوگیری کرده و بار اقتصادی بیماری‌های مزمن را کاهش دهند.

نقش بیمه سلامت در پوشش خدمات سلامت روان و روان‌درمانی

سلامت روان، بخش جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی است و پوشش بیمه‌ای آن، گامی اساسی در کاهش بار مالی و افزایش دسترسی به درمان محسوب می‌شود. سازمان بیمه سلامت ایران با پذیرش این اصل، از سال ۱۴۰۲ با ابلاغ دستورالعمل خرید راهبردی، گام‌های مهمی در این زمینه برداشته است .

خدمات تحت پوشش و شرایط آن

این پوشش طیف گسترده‌ای از خدمات را شامل می‌شود که از آن جمله می‌توان به روان‌درمانی فردی و گروهی با رویکردهای تحلیلی، شناختی - رفتاری و حمایتی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی اشاره کرد. اختلالات روانی متعددی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، اختلالات دوقطبی و طیف اسکیزوفرنیا تحت پوشش قرار دارند. سهم پرداختی سازمان بیمه سلامت در بخش سرپایی، معادل ۷۰ درصد تعرفه بخش دولتی است و برای بیماران خاص و صعب‌العلاج، این پوشش تا سقف ۱۰۰ درصد در مراکز دولتی افزایش می‌یابد .

دستاوردها و چالش‌ها

با وجود پیشرفت، همچنان چالش‌هایی بر سر راه این پوشش وجود دارد. تعداد محدود مراکز و روان‌درمانگران طرف قرارداد، پاسخگوی نیاز جامعه نیست و پوشش بیمه عمدتاً به متخصصان دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و سلامت محدود شده که امکان استفاده از ظرفیت سایر کارشناسان ارشد روان‌شناسی را کاهش داده است. همچنین عدم آگاهی عمومی از پوشش بیمه‌ای خدمات و نگرانی از انگ اجتماعی برای ثبت‌نام در سامانه، از موانع مهم بهره‌مندی بیماران است.

پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان، یک سرمایه‌گذاری ضروری و مقرون‌به‌صرفه برای سلامت جامعه است. رفع موانع موجود، توسعه کمی و کیفی خدمات و افزایش آگاهی عمومی، می‌تواند نقش بیمه سلامت را در کاهش رنج بیماری‌های روانی و افزایش کیفیت زندگی افراد بیش از پیش موثر سازد.



حمایت‌های بیمه‌ای از درمان ناباروری؛ گامی استوار در مسیر جوانی جمعیت

ناباروری یکی از چالش‌های جدی پیش روی سلامت خانواده‌ها و یکی از موانع مهم تحقق سیاست‌های جوانی جمعیت در کشور است. هزینه‌های سنگین و طولانی بودن مسیر درمان، بسیاری از زوج‌ها را از داشتن فرزند بازمی‌دارد و این‌جاست که حمایت‌های بیمه‌ای نقشی کلیدی ایفا می‌کند.

ماده ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، چشم انداز روشنی را برای پوشش کامل هزینه‌های تشخیص و درمان ناباروری ترسیم کرده و دستگاه‌های متولی را مکلف به اجرای آن کرده است.

در سال‌های اخیر، گام‌های عملی مهمی در این مسیر برداشته شده است. سازمان‌های بیمه گر پایه، به ویژه بیمه سلامت، با افزایش چشمگیر پوشش خود، بخش اعظم هزینه‌های درمان را تقبل کرده‌اند. بر اساس آخرین گزارش‌ها، پوشش بیمه‌ای هزینه‌های درمان ناباروری در مجموع به بیش از ۹۰ درصد رسیده است. این حمایت در مراکز مختلف به گونه‌ای تعیین شده که در بخش دولتی تا ۹۰ درصد تعرفه‌ها و در مراکز خصوصی نیز تا ۷۰ درصد هزینه‌ها را شامل می‌شود.

با این حال، تحقق کامل هدف قانون، نیازمند گذر از موانعی است که همچنان بر سر راه زوج ها و نظام سلامت وجود دارد. نخستین و مهمترین چالش، هزینه‌های جانبی درمان است. با وجود پوشش بالای بیمه‌ای، بسیاری از داروهای خاص، آزمایش‌های تخصصی و تجهیزات پزشکی خارج از تعرفه‌های مصوب قرار دارند و بخش بزرگی از هزینه‌ها را تشکیل می‌دهند.

دومین چالش، فقدان اعتبارات کافی و تخصیص به موقع منابع است. مرکز پژوهش‌های مجلس در ارزیابی خود از کارنامه این حوزه، به صراحت به نبود پوشش بیمه‌ای کافی و عدم پیش بینی اعتبارات لازم برای اجرای قوانین اشاره کرده است. این مسئله، گاه به شکل مطالبات معوق مراکز درمانی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر بروز می‌کند. هرچند در سال‌های اخیر، بخش عمده‌ای از این مطالبات پرداخت شده، اما تداوم این روند، نیازمند تخصیص پایدار و کافی در بودجه‌های سالانه کشور است.

سومین چالش، مسائل ساختاری و اجرایی مانند پراکندگی اطلاعات مراکز، جزیره‌ای بودن سامانه‌ها، تعرفه‌گذاری نامناسب و توزیع ناعادلانه نیروهای متخصص و فلوشیپ‌های ناباروری در سطح کشور است. این موانع، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی را با مشکل مواجه کرده و بخشی از زوج‌ها را به سمت مراکز خصوصی پر هزینه سوق می‌دهد.

برای تبدیل این گام‌های استوار به حرکتی پایدار و موثر، پیشنهادهایی قابل طرح است:

۱. بازنگری در تعرفه خدمات پاراکلینیکی و دارویی و شمول پوشش کامل‌تر برای آنها، تا هزینه‌های جانبی به حداقل برسد.

۲. تخصیص اعتبارات کافی و به هنگام به سازمان‌های بیمه‌گر و شفاف سازی منابع مالی این حوزه در قوانین بودجه، برای جلوگیری از ایجاد بدهی‌های معوق.

۳ . یکپارچه سازی سامانه‌ها و ثبت اطلاعات درمان ناباروری برای تسهیل فرآیندهای بیمه‌ای و نظارت دقیق‌تر بر عملکرد مراکز.

۴ . بازنگری در تعرفه‌های خدمات درمان ناباروری با لحاظ کردن هزینه‌های واقعی و افزایش انگیزه برای متخصصان و مراکز درمانی.

در نهایت، حمایت‌های بیمه‌ای از درمان ناباروری، یکی از موثرترین ابزارهای سیاستی برای تحقق جوانی جمعیت است. این حمایت‌ها اگر با تامین منابع پایدار، اصلاح ساختار هزینه‌ها و رفع موانع اجرایی همراه شود، می‌تواند آرزوی فرزندآوری را برای هزاران خانواده به واقعیت تبدیل کرده و نقشی سرنوشت ساز در آینده جمعیتی ایران ایفا کند.

همگرایی و تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای؛ رویا یا ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای بقای نظام بیمه پایه سلامت

نظام سلامت ایران، سال‌هاست که با معمایی ساختاری دست‌به‌گریبان است: پراکندگی صندوق‌های بیمه پایه سلامت. این پراکندگی که ریشه در تاریخ شکل‌گیری هر صندوق برای گروه‌های خاص اجتماعی دارد، امروز به یکی از مهم‌ترین موانع تحقق عدالت، کارآمدی و پایداری مالی در سلامت تبدیل شده است. پرسش این است که آیا تجمیع این صندوق‌ها، رویایی دست‌نیافتنی است یا ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای بقای نظام بیمه پایه سلامت؟

نظام فعلی با صندوق‌های متعدد و ناهماهنگ (تامین اجتماعی، بیمه سلامت، نیروهای مسلح و...) دستاوردهایی جز نابرابری و ناکارآمدی نداشته است. تفاوت فاحش در بسته‌های مزایا، سهم مشارکت بیمه‌شدگان و فرانشیز، نه تنها عدالت را نقض می‌کند، بلکه به پدیده‌هایی چون پوشش همزمان یک فرد توسط چند بیمه (هم‌پوشانی) و موازی کاری دامن می‌زند که خود این موضوع، منجر به هدررفت عظیم منابع می‌شود.

این آشفتگی در شرایطی رخ می‌دهد که سهم پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت در ایران، رقمی بالغ بر ۴۳ درصد است؛ یعنی فشاری سنگین بر خانوارها که گاه آن‌ها را زیر خط فقر می‌برد. این آمار، نشان می‌دهد که ساختار فعلی در انجام وظیفه اصلی خود یعنی «حفاظت مالی از مردم» ناتوان است. کارشناسان، صندوق‌های جزیره‌ای را عامل اصلی این نابرابری و ناکارآمدی می‌دانند.

تجمیع به مثابه درمان: مزایای یکپارچگی

در سوی دیگر، ادغام هوشمندانه صندوق‌ها به عنوان یک راهبرد کلیدی برای خروج از این بحران مطرح است. در پس‌زمینه این پیشنهاد، اصول و تجربه‌های جهانی مانند نظام تک‌پرداخت‌کننده (Single Payer) قرار دارد؛ مدلی که با تجمیع منابع ریسک و افزایش قدرت خرید، به دنبال پوشش همگانی و کارایی بیشتر است.

مهم‌ترین مزایای این همگرایی عبارت‌اند از:

۱. کاهش ریسک و افزایش قدرت خرید: با تجمیع منابع در یک صندوق بزرگ، دامنه پوشش ریسک وسیع‌تر شده و قدرت چانه‌زنی دولت به عنوان خریدار واحد خدمات سلامت افزایش می‌یابد. این امر به کنترل هزینه‌ها و کاهش قیمت‌های نهایی خدمات و دارو کمک می‌کند.

۲. یکسان‌سازی خدمات و تحقق عدالت: از بین رفتن تبعیض میان بیمه‌شدگان و ارائه بسته‌های خدمات مشابه و عادلانه به همه آحاد جامعه، اصلی‌ترین وعده تجمیع است.

۳. شفافیت مالی و کاهش هزینه‌های سربار: حذف موازی‌کاری‌های اداری و اطلاعاتی، شفافیت در جریان منابع و مصارف را ممکن می‌سازد و به مدیریت بهتر کسری‌های مزمن کمک می‌کند.

۴. زیرساخت اجرای طرح‌های کلان: کارشناسان معتقدند اجرای موفق طرح‌هایی مانند پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بدون وجود یک ساختار بیمه‌ای یکپارچه برای تامین مالی و خرید خدمات، تقریبا غیرممکن است.

مهم‌ترین موانع عبارتند از:

- مخالفت نهادی (به ویژه سازمان تامین اجتماعی): همواره با این استدلال که ادغام به منافع بیمه‌شدگانش لطمه می‌زند (زیرا سرانه پرداختی آن‌ها بالاتر است)، با تجمیع کامل مخالفت کرده است. این نگرانی، ریشه در نابرابری‌های موجود در منابع صندوق‌ها دارد.

- تفاوت‌های بنیادین در ساختار و قوانین: هر صندوق دارای قوانین خاص، منابع درآمدی متفاوت (مالیات، حق‌بیمه و...)، ساختار سازمانی و حتی شبکه ارائه‌دهندگان اختصاصی است. ادغام آن‌ها بدون ایجاد یک چارچوب حقوقی و مالی جدید، کاری بسیار پیچیده است.

- ریسک منتقل شدن بحران‌های مالی: نگرانی جدی این است که ادغام صندوق‌های دارای کسری با صندوق‌های نسبتا توانمند، به جای رفع مشکلات، بحران نقدینگی را به کل نظام بیمه پایه تسری دهد.

با وجود این موانع، به نظر نمی‌رسد که بتوان ادامه وضع موجود را به سودای حفظ ساختارهای فعلی، یک انتخاب عاقلانه تلقی کرد. مشکلات ساختاری و مالی به جایی رسیده که بقای نظام بیمه پایه را تهدید می‌کند. پاسخ، نه در «ادغام فیزیکی جبری» بلکه در همگرایی هوشمندانه است. این مدل که در ادبیات اخیر سیاستی از آن یاد می‌شود، بر تجمیع تدریجی در سطوح مختلف تاکید دارد:

۱. وحدت رویه (همسان‌سازی): اولین و ضروری‌ترین گام، یکسان‌سازی قوانین، دستورالعمل‌ها، بسته‌های خدماتی، تعرفه‌ها و فرانشیزها در تمام صندوق‌هاست تا عدالت حداقلی برقرار شود.

۲ . تجمیع اطلاعات و داده‌ها: ایجاد یک پایگاه داده یکپارچه برای جلوگیری از هم‌پوشانی، شناسایی دقیق بیمه‌شدگان و شفاف‌سازی هزینه‌ها.

۳ . تجمیع منابع به صورت تدریجی: ادغام صندوق‌های کوچک‌تر و مشابه در زیر چتر سازمان‌های بزرگ بیمه‌گر (مانند ادغام صندوق روستاییان با بیمه سلامت) به عنوان گامی آزمایشی و کم‌خطرتر، پیش از هرگونه ادغام بزرگ‌مقیاس.

در نهایت، به نظر می‌رسد تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای نه یک «رویا»، بلکه یک «ضرورت اجتناب‌ناپذیر» برای آینده نظام سلامت ایران است. پرسش اصلی، «چرایی» آن نیست، بلکه «چگونگی» عبور از موانع و طراحی مسیری هوشمندانه، پله‌پله و مبتنی بر واقعیت‌های اقتصادی و سیاسی کشور است. ادامه وضع موجود، با توجه به فشارهای اقتصادی و افزایش هزینه‌های سلامت، به طور قطع به بن‌بست خواهد انجامید. بنابراین شجاعت برای آغاز این مسیر اصلاحی، بزرگ‌ترین سرمایه‌گذاری برای بقای نظام بیمه پایه سلامت خواهد بود.

مسئولیت اجتماعی و نقش بیمه سلامت در بحران‌ها و حوادث غیرمترقبه ملی

حوادث غیرمترقبه و بحران‌ها، اعم از بلایای طبیعی، پاندمی‌ها یا شرایط اضطراری، همواره یکی از جدی‌ترین چالش‌های پیش روی جوامع هستند و آثار عمیقی بر سلامت و معیشت مردم می‌گذارند. در چنین شرایطی، نظام سلامت به عنوان خط مقدم مقابله با بحران، نقشی حیاتی ایفا می‌کند. در این میان، بیمه سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین پایه‌های این نظام، نه تنها مسئولیت پوشش هزینه‌های درمانی را بر عهده دارد، بلکه تجلی‌گاه عینی مسئولیت اجتماعی در حوزه سلامت به شمار می‌رود.

مسئولیت اجتماعی سازمان بیمه سلامت، فراتر از وظایف قراردادی و بیمه‌گری صرف است. این نهاد با هدف اصلی کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقای دسترسی همگانی به خدمات پزشکی، به ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر، گام برمی‌دارد و به تحقق عدالت در سلامت کمک می‌کند. این ماموریت در شرایط عادی با پوشش بیمه‌ای گروه‌های کم‌درآمد و ارائه خدمات پایه دنبال می‌شود، اما در مواقع بحران، ابعاد تازه‌ای از این مسئولیت اجتماعی آشکار می‌شود.

تجربه‌های اخیر، از جمله شرایط اضطراری ناشی از جنگ ۱۲ روزه و جنگ رمضان، نشان داد که سازمان بیمه سلامت با تکیه بر راهبردهای مشخص، توانسته است نقش‌آفرینی موثری داشته باشد. برخی از مهم‌ترین این اقدامات عبارتند از:

۱ . تضمین تداوم خدمات و دسترسی همگانی: در شرایط بحرانی، اولین و مهم‌ترین اقدام، حفظ جریان ارائه خدمات درمانی بدون وقفه است. سازمان بیمه سلامت با تکیه بر آمادگی سازمانی و پایداری سامانه‌ها، موفق شد در بازه‌ای کوتاه، بیش از ۳ میلیون خدمت سرپایی را از طریق شبکه گسترده‌ای از مراکز درمانی به بیمه‌شدگان ارائه دهد. این اقدام، مصداق بارز ایفای مسئولیت اجتماعی در سخت‌ترین شرایط ممکن است.

۲ . حمایت مالی و تسهیل فرآیندها: یکی از چالش‌های اصلی در بحران‌ها، تامین مالی و تسریع در پرداخت هزینه‌هاست. سازمان با پیگیری مجدانه، منابع مالی را به سرعت بین مراکز درمانی توزیع کرد. همچنین با حذف یا تسهیل موقت برخی ضوابط اداری، فرآیند دریافت دارو و خدمات برای مردم، به ویژه بیماران خاص، تسهیل شد تا هیچ فردی به دلیل مسائل اداری یا اتمام اعتبار بیمه، از خدمات محروم نماند .

۳ . هوشمندسازی و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین: حرکت به سمت هوشمندسازی کامل خدمات، یک ضرورت راهبردی برای افزایش تاب‌آوری در شرایط بحران است. در بحران اخیر، زیرساخت‌های پاسخگویی غیرحضوری نظیر سامانه ۱۶۶۶ و درگاه‌های مجازی، نقش کلیدی در کاهش اضطراب عمومی و هدایت بیمه‌شدگان ایفا کردند. همچنین برنامه‌ریزی برای پاسخگویی موازی در مراکز مختلف، نشان‌دهنده اهمیت پدافند غیرعامل در تداوم خدمات است .

با وجود موفقیت‌های ذکرشده، چالش‌هایی مانند محدودیت‌های مالی و تاخیر در پرداخت مطالبات مراکز درمانی، همچنان به‌عنوان یک معضل ساختاری مطرح است. از سوی دیگر، اگرچه پوشش کامل هزینه‌های ناشی از حوادث غیرمترقبه در چارچوب بیمه‌های پایه به طور کامل تعریف نشده، اما در مواقع بحرانی با تدابیر ویژه تلاش می‌شود خدمات قابل‌توجهی ارائه شود .

در این راستا، تدوین و اجرای آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با «پوشش بیمه‌ای خدمات در شرایط اضطرار» و همچنین «ارتقای تاب‌آوری حوزه تامین مالی و بیمه سلامت»، گام‌های مهمی در جهت تقویت ساختاری این سازمان محسوب می‌شود .

نتیجه‌گیری

نقش بیمه سلامت در بحران‌ها، فراتر از یک نهاد مالی و اداری، نمایش عینی مسئولیت اجتماعی یک نظام حاکمیتی در قبال سلامت و امنیت روانی جامعه است. تجربه موفق سازمان بیمه سلامت ایران در بحران‌های اخیر، نشان داد که اتکا بر برنامه‌ریزی پیش‌دستانه، هوشمندسازی، همراهی نیروی انسانی متخصص و تسهیل دسترسی مردم، می‌تواند الگویی از تاب‌آوری و کارآمدی نظام سلامت را به تصویر بکشد. با این حال، استمرار این مسیر نیازمند تقویت پایه‌های مالی، رفع موانع ساختاری و سرمایه‌گذاری بیشتر بر فناوری‌های نوین برای ارتقای هرچه بیشتر عدالت در سلامت است.

پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و مرتبط با سالمندی؛ آمادگی بیمه‌های پایه سلامت برای مواجهه با سونامی پیری جمعیت

ایران با شتابی کم سابقه در حال ورود به دوران سالمندی جمعیت است. بر اساس جدیدترین آمارها، هم اکنون حدود ۱۲ درصد از جمعیت کشور (نزدیک به ۱۰ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر) را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و پیش بینی می‌شود این رقم تا سال ۱۴۳۰ به بیش از ۳۰ درصد برسد. این تحول جمعیتی که در کشورهای توسعه یافته طی نزدیک به یک قرن رخ داده، در ایران تنها ظرف ۲۵ تا ۴۰ سال اتفاق می‌افتد؛ پدیده‌ای که بسیاری از کارشناسان از آن به عنوان «سونامی سالمندی» یاد می‌کنند.

نکته هشداردهنده‌تر، افزایش شمار سالمندان تنهاست. حدود ۸۶. میلیون سالمند ایرانی بدون همسر زندگی می‌کنند که از این میان ۳ تا ۵۳. میلیون نفر زن هستند. این پدیده با گسترش تجرد در میان‌سالی و کاهش شدید نرخ باروری (نخستین بار در سال ۱۴۰۳ تعداد موالید به زیر یک میلیون نفر رسید) تشدید شده و آینده‌ای را رقم خواهد زد که در آن شمار فزاینده‌ای از سالمندان، بدون شبکه حمایت خانوادگی و تنها، نیازمند مراقبت‌های تخصصی خواهند بود .

این واقعیت‌ها، بیمه‌های پایه سلامت را پیش از هر نهاد دیگری در خط مقدم پاسخگویی به این بحران قرار می‌دهد. پرسش کلیدی این است: آیا پوشش‌های بیمه‌ای فعلی برای خدمات توانبخشی و مراقبتی سالمندان، پاسخگوی این موج عظیم خواهد بود؟

خدمات توانبخشی سالمندان مجموعه اقدامات هدفمندی است که برای قادرسازی فرد به دستیابی به حداکثر توانایی عملکردی در ابعاد جسمی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی انجام می‌شود. بیش از ۹۵ درصد سالمندان دست‌کم یک بیماری مزمن دارند و ۵۵ درصد با سه بیماری یا بیشتر دست و پنجه نرم می‌کنند که هزینه‌های درمانی را تا ۶ برابر افزایش می‌دهد .

این خدمات به چهار دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

- توانبخشی پزشکی: فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، بینایی سنجی و پرستاری
- توانبخشی اجتماعی: مددکاری برای افزایش سازگاری و حل مشکلات اجتماعی
- توانبخشی حرفه‌ای: کشف و تقویت توانمندی‌های حرفه‌ای
- توانبخشی آموزشی: آموزش اصول زندگی سالم، پیشگیری از عوارض و تغذیه سالم

با این حال، زیرساخت‌های ارائه این خدمات به شدت ناکافی است. کشور به حداقل ۲۵۰۰ متخصص طب سالمندی نیاز دارد، اما تنها ۲۳ نفر در این حوزه فعالیت می‌کنند. کمبود شدید فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر و پرستار آموزش دیده، یکی از موانع اصلی ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان است .

بر اساس تفاهمنامه میان سازمان بهزیستی و بیمه سلامت، خدمات توانبخشی از جمله کاردرمانی، گفتاردرمانی، تجویز سمعک و درمان اختلالات ارتباطی برای افراد دارای معلولیت تحت پوشش قرار گرفته است . با این حال، اجرای این تعهد با مشکلات جدی روبه‌رو شده است. سازمان بیمه سلامت صراحتاً اعلام کرده که بدون تامین منابع مالی نشاندار و جدید، امکان پذیرش تعهدات زائد بر بودجه را ندارد. بودجه این سازمان در سال‌های اخیر کاهش ۱۰ تا ۱۵ درصدی داشته و پذیرش تعهدات جدید بدون تامین اعتبار، تخلف محسوب می‌شود .

این چالش در مورد سالمندان که جمعیتی بسیار وسیع‌تر از معلولان تحت پوشش را تشکیل می‌دهند، ابعاد بزرگتری پیدا می‌کند. در حالی‌که برای اجرای قانون حمایت از معلولان بیش از ۳۰ هزار میلیارد تومان نیاز است و تنها ۱۳۰۰ میلیارد آن تامین شده، گسترش این پوشش به کل جمعیت سالمند نیازمند بودجه‌ای چندین برابر خواهد بود .

شکاف‌های ساختاری؛ از کمبود منابع تا نبود برنامه ریزی

نظام سلامت کشور برای مواجهه با سونامی سالمندی آمادگی لازم را ندارد. مهم‌ترین کمبودها عبارتند از:

- نیروی انسانی متخصص: کمبود پزشک، پرستار، کمک بهیار و متخصصان توانبخشی در سطحی بحرانی قرار دارد. آموزش نیروی متخصص عمدتاً محدود به تهران است و سایر شهرها از این آموزش‌ها بی بهره هستند.
- زیرساخت‌های ناکافی: بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فاقد



امکانات مناسب برای سالمندان مانند رمپ، آسانسور استاندارد و تخت‌های مناسب هستند .

• خانواده‌های تحت فشار: با کاهش بعد خانوار و افزایش سالمندان تنها، فشار مراقبت از سالمندان بر دوش نسل میان‌سال (همزمان با فرزندپروری) افتاده است. حدود ۶۷ درصد سالمندان بدون همسر زندگی می‌کنند و فشار بر نظام سلامت و مراکز نگهداری را افزایش خواهند داد .

مسیر پیش رو؛ الزامات فوری برای بیمه‌های پایه

۱ . تامین منابع مالی اختصاصی و نشاندار: هرگونه توسعه پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی سالمندان باید با تامین اعتبار جدید همراه باشد.

۲. آموزش و جذب نیروی متخصص در سراسر کشور: توسعه پوشش بیمه‌ای بدون وجود ارائه دهندگان خدمت، امری بیهوده است. تسریع در آموزش متخصصان طب سالمندی و رشته‌های توانبخشی در تمام استان‌ها ضرورتی اجتناب ناپذیر است .

۳. طراحی بسته‌های بیمه‌ای متناسب با نیاز سالمندان: پوشش خدمات توانبخشی در منزل (که می‌تواند جایگزین مناسبی برای نگهداری در مراکز شبانه روزی باشد) و همچنین خدمات مشاوره روانشناسی و مددکاری برای سالمندان تنها، باید در اولویت قرار گیرد .

۴ . همکاری بین بخشی و اصلاح ساختار: هماهنگی میان سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و سازمان‌های بیمه‌گر برای تدوین برنامه جامع پوشش بیمه‌ای سالمندان، اجتناب ناپذیر است. بدون این هماهنگی، هرگونه اقدامی سطحی و ناکارآمد خواهد بود.

جمع بندی؛ زمانی برای اقدام فوری

ایران با سونامی سالمندی مواجه است؛ پدیده‌ای که نه یک پیش بینی دور، بلکه واقعیتی محسوس در دهه کنونی است. بیمه‌های پایه سلامت به عنوان یکی از مهمترین نهادهای پاسخگو، در صورت عدم برنامه ریزی و تامین منابع کافی، نه تنها قادر به ارائه خدمات نخواهند بود، بلکه با بحرانی مالی و اعتباری مواجه خواهند شد.

پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و مراقبتی سالمندان باید به عنوان یک اولویت راهبردی در دستور کار قرار گیرد. این مسیر مستلزم عزم ملی، تامین اعتبارات کافی و برنامه ریزی بلندمدت است. چنانچه از همین امروز اقدامی نشود، فردا با نسلی از سالمندان تنها، بیمار و درمانده روبه‌رو خواهیم بود که نظام سلامت توان پاسخگویی به نیازهای آنها را ندارد. زمان اقدام، امروز است؛ پیش از آن‌که سونامی فرا برسد.

حفاظت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت

یکی از اهداف اساسی نظام‌های سلامت، محافظت از خانوارها در برابر پیامدهای مالی ناشی از هزینه‌های سلامت است. با این حال، در ایران، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (Catastrophic Health Expenditures) همچنان به عنوان یک چالش جدی باقی مانده و اهداف تعیین شده در برنامه‌های توسعه محقق نشده است.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، زمانی که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت به ۴۰ درصد یا بیشتر از ظرفیت پرداخت خانوار برسد، هزینه‌های کمرشکن سلامت رخ داده است.

یکی از چالش‌های اساسی، سهم بالای پرداخت‌های مستقیم از جیب در هزینه‌های سلامت است. هرچند برنامه‌های سیاستی مانند طرح تحول سلامت کاهش این سهم را به همراه داشته، اما همچنان نرخ مواجهه با هزینه‌های کمرشکن رو به افزایش است. تورم بالا و افزایش قیمت دارو و خدمات درمانی، فشار مضاعفی بر خانوارها وارد کرده و با وجود تاکید بر این‌که حداکثر ۳۰ درصد هزینه‌ها از جیب مردم پرداخت شود، این هدف محقق نشده است .

برای کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت، مجموعه‌ای از اقدامات ضروری به نظر می‌رسد:

۱. تقویت پوشش بیمه‌ای و کاهش پرداخت از جیب: گسترش عمق پوشش بیمه‌های پایه و افزایش تعهدات بیمه‌گرها، به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر، از مهم‌ترین راهکارهاست. پوشش کامل‌تر هزینه داروها (همانند پوشش اخیر ۱۰۲۶ قلم داروی جدید) و خدمات ضروری می‌تواند بخش قابل توجهی از بار مالی را کاهش دهد .

۲. تامین منابع مالی پایدار: ناپایداری منابع مالی نظام سلامت، چالش اساسی در مسیر حفاظت مالی است. تخصیص کامل و به‌موقع منابع مصوب مانند بودجه ۱۴۰۵ که مجلس آن را افزایش داده، می‌تواند از تحمیل هزینه‌های ناشی از افزایش قیمت دارو و درمان به بیماران جلوگیری کند .

۳ . بازنگری در سیاست‌های حمایتی: طراحی سیاست‌های هدفمند با توجه به ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی خانوارها و تمرکز بر بیماری‌های پرهزینه، ضروری است. همچنین ایجاد نظام نظارتی و ارزیابی مستمر برای پایش تاثیر سیاست‌ها و اصلاح آنها پیشنهاد می‌شود .

۴. تقویت نظام ارجاع و پزشکی خانواده: ساختاردهی به تقاضا از طریق نظام ارجاع و پزشکی خانواده می‌تواند از هزینه‌های غیرضروری جلوگیری کرده و کارایی نظام سلامت را بهبود بخشد .

نتیجه‌گیری

با وجود تلاش‌های صورت گرفته، حفاظت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران با چالش جدی مواجه است. تحقق اهداف برنامه هفتم پیشرفت (کاهش سهم پرداخت از جیب به ۳۰ درصد و کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن به ۲ درصد) نیازمند رویکردی جامع شامل تقویت پوشش بیمه‌ای، تامین منابع مالی پایدار، بازنگری سیاست‌های حمایتی و توسعه نظام ارجاع است. توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماری‌های پرهزینه باید در اولویت سیاست‌گذاری قرار گیرد تا بتوان نظام سلامت را به سمت پوشش همگانی و عدالت در سلامت هدایت کرد.

پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه؛ پیوند نظام ارجاع و داده‌های بالینی با پرداخت‌های بیمه‌ای

نظام سلامت ایران با پارادوکسی روبه‌روست: از یک سو، سالانه ۵۶۰ میلیون مراجعه ثبت‌شده (میانگین ۱۱ بار مراجعه برای هر بیمه‌شده) نشان‌دهنده حجم بالای تقاضاست؛ از سوی دیگر، بین ۲۷ تا ۵۰ درصد جمعیت به دلیل هزینه‌های درمان و توزیع ناعادلانه پزشکان، از دسترسی عادلانه محروم هستند. ریشه این ناکارآمدی در گسست میان سه مولفه کلیدی است: داده‌های بالینی (پرونده الکترونیک سلامت)، نظام هدایت بیمار (نظام ارجاع) و تامین مالی (پرداخت‌های بیمه‌ای). پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه، حلقه گم‌شده‌ای است که می‌تواند این سه را به هم پیوند دهد؛ مشروط بر آن‌که نه صرفاً به‌عنوان یک مخزن داده، بلکه به‌عنوان زیرساخت حکمرانی طراحی شود.

نظام ارجاع کارآمد، ستون فقرات هر نظام سلامت همگانی است. تجربه استان گلستان نشان داد که اجرای آزمایشی نظام ارجاع الکترونیک، با چالش‌های جدی مواجه بوده است: مقاومت بیماران در پذیرش نقش پزشک خانواده، تاخیر در پرداخت مطالبات پزشکان و تغییر مکرر مدیران ملی که تداوم برنامه را مختل کرده است؛ اما راهکار فراتر از الکترونیکی‌سازی صرف است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نظام ارجاع هوشمند باید سه ویژگی داشته باشد:

۱ . پیوند با پرونده الکترونیک سلامت برای دسترسی لحظه‌ای به سوابق بالینی در مبدا و مقصد ارجاع

۲ . قوانین بالینی شفاف برای تایید یا رد ارجاع (که تدوین آن در برخی نظام‌ها تا یک سال زمان برده است)

۳. بستن حلقه ارجاع (Closed-loop referral) یعنی اطمینان از این‌که بیمار به متخصص معرفی‌شده مراجعه کرده و نتیجه ویزیت به پزشک ارجاع‌دهنده بازخورد داده می‌شود.

در این چارچوب، پرونده الکترونیک سلامت نه تنها مسیر ارجاع را ثبت می‌کند، بلکه با تحلیل الگوهای مراجعه، می‌تواند ویزیت‌های خارج از سقف را شناسایی و مدیریت کند. نظام هوشمند پیشنهادی، سقف ویزیت رایگان را به‌صورت پویا بر اساس نوع و شدت بیماری تنظیم می‌کند و فرآیند تایید ویزیت‌های خارج از سقف را به‌صورت لحظه‌ای و با مشارکت پزشک خانواده و هوش مصنوعی انجام می‌دهد.

نکته کلیدی آن است که پرونده الکترونیک سلامت، صرفاً یک ابزار بالینی نیست؛ بلکه مبنای محاسبه و تخصیص منابع مالی است. نقشه راه سلامت دیجیتال ایران برای سال ۱۴۰۵، تکلیف روشنی تعیین کرده است: تمام بیمه‌های پایه و تکمیلی موظف به ایجاد زیرساخت API و وب‌سرویس هستند تا بیمار در لحظه دریافت خدمت، تنها سهم خود را پرداخت کند و نظام بیمه، به‌صورت خودکار و مبتنی بر داده‌های پرونده الکترونیک، هزینه را تامین کند. این یعنی پیوند عملیاتی میان داده‌های بالینی و تراکنش‌های مالی.

قانون برنامه ششم پیشرفت نیز در بند «ج» ماده ۷۴، سازمان‌های بیمه‌گر را مکلف کرده که خرید راهبردی خدمات را صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیک سلامت انجام دهند؛ اما تحقق این هدف، نیازمند دو پیش‌نیاز است:

۱ . استحقاق‌سنجی لحظه‌ای: سامانه استحقاق‌سنجی که توسط بیمه سلامت مدیریت می‌شود، باید به پرونده الکترونیک سلامت متصل شود تا وضعیت پوشش بیمه‌ای هر فرد در لحظه ارائه خدمت قابل احراز باشد.

۲. حکمرانی داده و حریم خصوصی: فقدان قانون جامع حکمرانی داده‌های سلامت، بزرگترین مانع اجرای پرونده الکترونیک سلامت است. بدون تعیین مالکیت داده، نحوه دسترسی و استانداردهای تبادل اطلاعات، هیچ اتصال پایدار و امنی میان سامانه‌ها شکل نخواهد گرفت.

مرور تجربه‌های داخلی و بین‌المللی، سه چالش اصلی را نشان می‌دهد:

چالش نخست، ناهماهنگی نهادی است. ماده ۶۸ برنامه ششم پیشرفت، وزارت ارتباطات را متولی کلان سلامت الکترونیک معرفی کرده، در حالی که ماده ۷۴، وزارت بهداشت را مسئول پرونده الکترونیک سلامت می‌داند. این ابهام قانونی، فرایند اجرا را با بن‌بست مواجه کرده است.

چالش دوم، مقاومت در اشتراک‌گذاری داده است. سازمان‌های مختلف (بیمه سلامت، تامین اجتماعی، وزارت بهداشت) هرکدام بخشی از داده‌ها را در اختیار دارند، اما نظام یکپارچه‌ای برای تبادل و تحلیل آن شکل نگرفته است.

چالش سوم، نبود استانداردهای بالینی برای تصمیم‌گیری خودکار است. تجربه موفق نظام‌های ارجاع الکترونیک نشان می‌دهد که تدوین قوانین تایید ارجاع (بر اساس تشخیص‌های شایع هر تخصص) فرایندی زمان‌بر و نیازمند اجماع‌سازی گسترده است.

مسیر تحقق: توصیه‌های سیاستی

۱. تصویب قانون حکمرانی داده‌های سلامت به‌عنوان پیش‌نیاز هرگونه یکپارچه‌سازی.

۲. تعیین متولی واحد برای پرونده الکترونیک سلامت با اختیارات فرابخشی.

۳. طراحی نظام پرداخت مبتنی بر ارزش که کیفیت و تداوم مراقبت را پاداش دهد، نه صرفاً حجم خدمات را.

۴ . اجرای آزمایشی در استان‌های پایلوت با ارزیابی مستمر و اصلاح فرایندها پیش از گسترش ملی.

۵. آموزش و فرهنگ‌سازی برای بیماران و پزشکان در مورد نقش پزشک خانواده و نظام ارجاع، که در تجربه گلستان به‌عنوان یکی از عوامل شکست شناسایی شد.

نتیجه‌گیری

پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه، صرفاً یک پروژه فناوری اطلاعات نیست؛ بلکه زیرساخت حکمرانی نظام سلامت در عصر دیجیتال است. پیوند آن با نظام ارجاع و پرداخت‌های بیمه‌ای، امکان تحقق سه هدف راهبردی را فراهم می‌کند: کاهش هزینه‌های غیرضروری، افزایش دسترسی عادلانه و بهبود کیفیت مراقبت از طریق تداوم اطلاعات بالینی در طول زنجیره خدمت؛ اما این پیوند، بدون اراده سیاسی برای حل چالش‌های نهادی، قانونی و فرهنگی، همچنان در حد شعار باقی خواهد ماند. نقشه راه ابلاغی سال ۱۴۰۵، پنجره فرصتی است که با اجرای دقیق، می‌تواند ایران را به جمع کشورهای دارای نظام سلامت دیجیتال یکپارچه ملحق کند.



داراب بارگاهی
مدیرکل بیمه سلامت استان بوشهر

آمادگی بیمه‌های پایه سلامت برای مواجهه با سونامی سالمندی

تغییر ساختار سنی جمعیت یکی از مهم‌ترین تحولات پیش روی نظام سلامت کشور است. افزایش امید به زندگی، کاهش نرخ باروری و افزایش سهم سالمندان، ضرورت بازنگری در سیاست‌های بیمه‌ای و درمانی را بیش از گذشته آشکار کرده است.

سالمندی الزاماً به معنی بیماری نیست، اما احتمال بروز بیماری‌های مزمن، محدودیت‌های حرکتی، مشکلات بینایی و شنوایی و نیاز به خدمات توانبخشی را افزایش می‌دهد. بنابراین اگر نظام بیمه پایه سلامت از هم‌اکنون برای این تحول آماده نشود، در سال‌های آینده با افزایش قابل توجه هزینه‌های درمان و توانبخشی مواجه خواهد شد.

توانبخشی باید از یک خدمت جانبی به یکی از اجزای اصلی بسته خدمات سلامت تبدیل شود. فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، خدمات شنوایی و بینایی، توانبخشی شناختی و مراقبت‌های طولانی‌مدت، در بسیاری از موارد می‌توانند استقلال فرد سالمند را حفظ کرده و نیاز به بستری و مراقبت‌های پرهزینه را کاهش دهند.

بیمه سلامت می‌تواند با توسعه پوشش این خدمات و خرید راهبردی از مراکز توانبخشی، ضمن کاهش فشار مالی بر خانوارها، زمینه تداوم زندگی مستقل سالمندان را فراهم کند.

از سوی دیگر، سیاست‌های بیمه‌ای باید از درمان صرف فاصله گرفته و بر پیشگیری و حفظ عملکرد تاکید کنند. شناسایی زودهنگام مشکلات، آموزش خودمراقبتی و حمایت از برنامه‌های فعال سالمندی می‌تواند هزینه‌های آتی نظام سلامت را کاهش دهد.

همچنین طراحی بسته‌های بیمه‌ای متناسب با نیاز سالمندان و توسعه خدمات در منزل می‌تواند اهمیت زیادی داشته باشد. بسیاری از سالمندان یا خانواده‌های آنان برای دریافت خدمات تخصصی با مشکلات رفت‌وآمد مواجه هستند و خدمات در منزل می‌تواند دسترسی آنان را افزایش دهد.

آمادگی برای سالمندی جمعیت، یک اقدام کوتاه‌مدت نیست؛ بلکه نیازمند برنامه‌ریزی بلندمدت، تامین منابع پایدار و همکاری میان بیمه‌ها، وزارت بهداشت، مراکز توانبخشی و سایر دستگاه‌های مرتبط است.

نظام بیمه سلامت آینده باید نظامی باشد که نه‌تنها هزینه بیماری سالمندان را پرداخت می‌کند، بلکه برای حفظ استقلال، کیفیت زندگی و کرامت آنان نیز سرمایه‌گذاری می‌کند.

سالمندی سالم، هدیه‌ای که امروز به خودتان می‌دهید

پیرشدن اجبار است و بیمارشدن انتخاب

۵ اصل طلایی که باید از میانسالی شروع کنید:

۱ تغذیه هوشمندانه:
پروتئین‌های مفید (ترجیحاً گوشت سفید، تخم‌مرغ، لبنیات، حبوبات)- میوه و سبزیجات رنگارنگ - رژیم کم‌نمک و کم‌شیرین- توجه به منابع ویتامین د، ب۱۲، کلسیم بانظر پزشک خود.

۲ خواب باکیفیت:
ساعت خواب و بیداری منظم - اتاق با نور مناسب، خنک و ساکت- خاموش‌کردن موبایل و تلویزیون یک ساعت قبل از خواب- قرارگرفتن در معرض نور خورشید ۱۵ دقیقه در صبح.

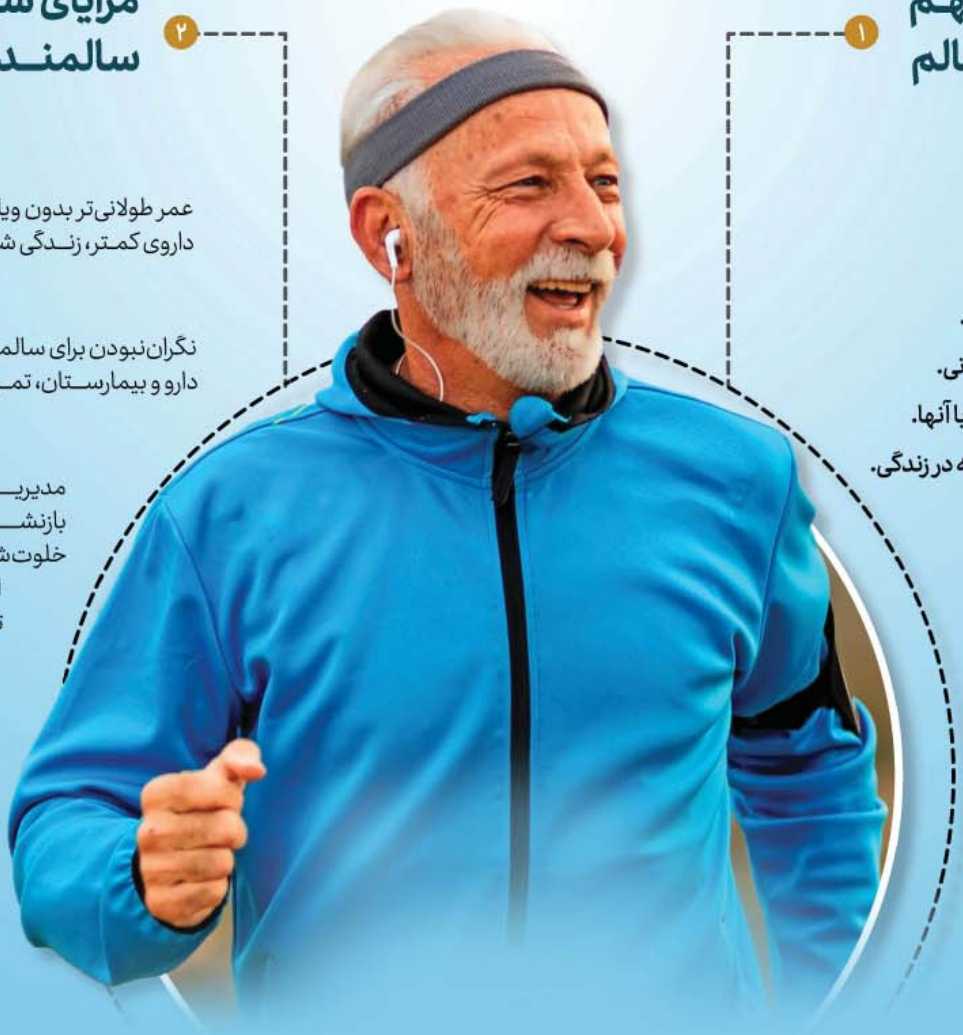
۳ ورزش منظم:
پیاده‌روی. تمرینات قدرتی با دمبل سبک یا کش تمرین تعادل، حرکات کششی روزانه با نظر پزشک خود.

۴ ارتباطات اجتماعی:
دیدار با نزدیکان - دیدار با دوستان در کلاس، مسجد، پارک یا پاتوق‌های سالمندی، حداقل هفته‌ای یک بار- کمک به نوه‌ها یا همسایه‌ها.

۵ بررسی سلامت (حتی اگر سالم هستید):
کنترل فشارخون، قند، چربی‌خون- معاینه چشم، گوش و دندان- تزریق واکسن‌های موردنیاز با نظر پزشک خود.

۱ حوزه‌های مهم سالمندی سالم

- تغذیه مناسب.
- دندان‌های سالم.
- حافظه و ذهن فعال.
- شادی و آرامش روان.
- تحرک و تقویت عضلانی.
- دوستان و روابط گرم با آنها.
- داشتن هدف و برنامه در زندگی.
- انجام کارهای روزمره (لباس پوشیدن، حمام، آشپزی...).
- انجام کارهای پیچیده‌تر (خرید، مدیریت پول، رانندگی...).



۲ مزایای شگفت‌انگیز سالمندی سالم

• برای سالمند:
عمر طولانی‌تر بدون ویلچر و پرستار، درد و داروی کمتر، زندگی شادتر و سرحال‌تر.

• برای خانواده:
نگران‌نبودن برای سالمند، کم‌شدن هزینه دارو و بیمارستان، تمرکز بر کارهای خود.

• برای جامعه:
مدیریت صندوق‌های بازنشستگی و بیمه‌ها، خلوت‌شدن بیمارستان‌ها، انتقال دانش و تجربه به نسل بعد.



دکتر محمود عاطف راد
مدیرکل بیمه سلامت استان گیلان

پوشش همگانی سلامت از مسیر شهروند آگاه می‌گذرد

پوشش همگانی سلامت، مفهومی فراتر از آن است که صرفاً با افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه یا توسعه مراکز ارائه خدمات محقق شود. پشتوانه واقعی این هدف، زمانی شکل می‌گیرد که شهروندان علاوه بر برخورداری از پوشش بیمه‌ای، بدانند چگونه از این پوشش استفاده کنند، حقوق و تعهدات خود را بشناسند و بتوانند در مواجهه با نیازهای سلامت، تصمیم‌های آگاهانه‌تری بگیرند.از این منظر، «سواد سلامت» و «سواد بیمه‌ای» را باید دو جزء به‌هم‌پیوسته از حکمرانی کارآمد سلامت دانست. سواد سلامت، توانایی فرد برای دسترسی، درک و ارزیابی اطلاعات سلامت و استفاده از آن در تصمیم‌گیری است و سواد بیمه‌ای، شناخت شهروند از خدمات تحت پوشش، فرآیند دریافت خدمت، نظام ارجاع، فرانشیز، حقوق و مسئولیت‌های بیمه‌ای و مسیرهای دریافت خدمات را دربرمی‌گیرد. شهروندی که از این دو دانش برخوردار باشد، نه‌تنها بهتر از سلامت خود مراقبت می‌کند، بلکه می‌تواند از ظرفیت‌های نظام بیمه و سلامت نیز استفاده مؤثرتری داشته باشد.مسئله از جایی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که ناآگاهی از حقوق و ظرفیت‌های بیمه‌ای، گاه به اندازه کمبود منابع می‌تواند اثربخشی نظام سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.

مراجعه‌های غیرضروری، استفاده نامتناسب از خدمات تخصصی، تکرار برخی اقدامات تشخیصی، مصرف نادرست دارو و بی‌توجهی به خدمات پیشگیرانه، بخشی از پیامدهایی است که می‌تواند با آگاهی بیشتر شهروندان کاهش یابد. از سوی دیگر، شناخت ناکافی از تعهدات بیمه‌ای نیز ممکن است انتظارات نادرست ایجاد کند و زمینه‌ساز نارضایتی از نظام بیمه شود.بنابراین، توسعه سواد بیمه‌ای نباید در حد انتشار بروشور، اطلاعیه یا پاسخ به پرسش‌های موردی بیمه‌شدگان باقی بماند. اطلاع‌رسانی زمانی اثربخش است که به «توانمندسازی»

منجر شود؛ یعنی شهروند بتواند در زمان نیاز، مسیر درست دریافت خدمت را تشخیص دهد و از حقوق بیمه‌ای خود به شکل صحیح استفاده کند.

این تغییر رویکرد، نیازمند طراحی یک برنامه منسجم برای ارتقای سواد بیمه‌ای در گروه‌های مختلف جامعه است. نیازهای یک دانش‌آموز با یک سالمند، فرد مبتلا به بیماری مزمن، مادر باردار یا فردی که برای نخستین بار با فرآیندهای بیمه‌ای مواجه می‌شود، یکسان نیست. ازاین‌رو، آموزش بیمه‌ای باید متناسب با سن، شرایط اجتماعی، نیازهای سلامت و میزان استفاده هر گروه از خدمات طراحی شود.در این مسیر، ابزارهای دیجیتال می‌توانند فرصت تازه‌ای برای ارتباط مستقیم و مستمر با بیمه‌شدگان ایجاد کنند. محتوای کوتاه و کاربردی، ویدئوهای آموزشی، راهنماهای مرحله‌به‌مرحله و پیام‌های متناسب با نیاز هر فرد می‌توانند اطلاعات بیمه‌ای را از یک موضوع اداری و پیچیده به دانشی قابل استفاده در زندگی روزمره تبدیل کند.حتی می‌توان یک گام فراتر رفت و از ظرفیت هوش مصنوعی برای ایجاد «دستیار هوشمند بیمه سلامت» بهره گرفت؛ سامانه‌ای که بتواند به پرسش‌های بیمه‌شدگان پاسخ دهد، مسیر دریافت خدمات را توضیح دهد و اطلاعات مرتبط با وضعیت بیمه‌ای فرد را در چارچوب ضوابط و دسترسی‌های مجاز در اختیار او قرار دهد. در کنار آن، توسعه داشبورد شخصی بیمه‌شدگان می‌تواند امکان مشاهده سوابق خدمات، وضعیت پوشش، میزان سهم پرداختی و برخی خدمات پیشگیرانه مورد نیاز را فراهم کند و رابطه بیمه‌شده با سازمان بیمه‌گر را از یک ارتباط صرفاً زمان‌مند و مسئله‌محور به ارتباطی مستمر تبدیل کند.با این حال، ارتقای سواد بیمه‌ای صرفاً یک مسئولیت سازمان بیمه‌گر نیست. مدرسه، دانشگاه، محیط کار، رسانه، پزشک خانواده، مراقب سلامت و سازمان‌های مردم‌نهاد، هر یک می‌توانند بخشی از این زنجیره آموزشی باشند.

اگر مفاهیم پایه بیمه و سلامت از سنین پایین و با زبان ساده آموزش داده شوند، در سال‌های بعد نیاز به مداخلات آموزشی پرهزینه و مقطعی کاهش خواهد یافت.از سوی دیگر، شهروند آگاه می‌تواند به یکی از شرکای نظام سلامت در کنترل هزینه‌ها تبدیل شود. هنگامی که فرد بداند چه زمانی باید به پزشک خانواده یا سطح اول خدمات مراجعه کند، چه خدماتی تحت پوشش بیمه قرار دارد، چگونه از نظام ارجاع استفاده کند و چه اقداماتی برای پیشگیری از بیماری ضروری است، تصمیم‌های او می‌تواند هم به حفظ سلامت خودش کمک کند و هم از مصرف غیرضروری منابع محدود نظام سلامت جلوگیری کند.

در واقع، سواد بیمه‌ای را باید نوعی «سرمایه اجتماعی نظام سلامت» تلقی کرد؛ سرمایه‌ای که نتیجه آن فقط افزایش اطلاعات مردم نیست، بلکه می‌تواند به اعتماد بیشتر، استفاده منطقی‌تر از خدمات، کاهش هزینه‌های قابل پیشگیری و تقویت مشارکت شهروندان در حفظ سلامت منجر شود. پوشش همگانی سلامت زمانی از یک مفهوم آماری به یک واقعیت اجتماعی تبدیل می‌شود که فرد، صرفاً «بیمه‌شده» نباشد؛ بلکه بداند از چه حقوقی برخوردار است، چگونه باید از خدمات استفاده کند و در برابر سلامت خود چه مسئولیتی دارد.از این منظر، آینده بیمه سلامت فقط به میزان منابع مالی، تعداد مراکز درمانی یا توسعه سامانه‌های الکترونیک وابسته نیست. بخشی از این آینده به میزان توانمندی شهروندان در شناخت و استفاده صحیح از همین ظرفیت‌ها بستگی دارد. سرمایه‌گذاری در سواد بیمه‌ای و سلامت، در حقیقت سرمایه‌گذاری بر روی خودِ مردم به عنوان مهم‌ترین شریک نظام سلامت است؛ مسیری که می‌تواند تحقق عدالت، کارآمدی و پایداری نظام سلامت را به تجربه‌ای ملموس‌تر برای جامعه تبدیل کند.



دکتر محمدجعفری
مدیرکل بیمه سلامت استان کرمان

از پوشش بیمه‌ای تا حمایت استانی؛ کرمان و تجربه‌ای برای پشتیبانی از درمان ناباروری

جوانی جمعیت صرفاً یک هدف جمعیت‌شناختی نیست؛ پشت این سیاست، خانواده‌هایی قرار دارند که برای ساختن آینده خود به امنیت، امید و امکان دسترسی به خدمات مورد نیازشان نیازمندند. از همین منظر، حمایت از فرزندآوری زمانی می‌تواند به نتیجه برسد که از سطح سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی فراتر رفته و در زندگی واقعی خانواده‌ها، به حمایت‌هایی ملموس و قابل دسترس تبدیل شود.در این میان، درمان ناباروری یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که ضرورت چنین رویکردی را آشکار می‌کند.

زوج‌های نابارور، علاوه بر فشارهای جسمی و روانی، با مجموعه‌ای از هزینه‌های تشخیصی، دارویی، آزمایشگاهی و درمانی مواجه‌اند. حتی پس از اعمال پوشش بیمه‌ای، ممکن است بخشی از هزینه‌ها همچنان بر عهده خانواده باقی بماند؛ هزینه‌هایی که برای برخی خانواده‌ها می‌تواند ادامه مسیر درمان را دشوار یا حتی متوقف کند.اینجاست که مفهوم حمایت از درمان ناباروری باید فراتر از «پوشش بیمه‌ای» تعریف شود. بیمه پایه وظیفه دارد در چارچوب قوانین و مقررات، تعهدات خود را در قبال بیمه‌شدگان ایفا کند؛ اما در کنار آن، ظرفیت‌های استانی و اجتماعی می‌توانند برای کاهش شکاف مالی باقی‌مانده میان هزینه واقعی درمان و میزان پوشش بیمه‌ای به کار گرفته شوند. تجربه‌ای که در استان کرمان در حال شکل‌گیری است، بر همین مبنا قابل توجه است.

همکاری میان استانداری کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و اداره کل بیمه سلامت استان برای تدوین تفاهم‌نامه و ایجاد «صندوق حمایت از درمان ناباروری»، تلاشی برای طراحی یک لایه حمایتی مکمل در کنار پوشش بیمه پایه است؛ مدلی که هدف آن ایجاد پوشش موازی نیست، بلکه کمک به خانواده‌ها در بخش‌هایی از هزینه درمان است که پس از اعمال تعهدات بیمه‌ای همچنان باقی می‌ماند.

در چنین الگویی، حمایت تکمیلی می‌تواند متناسب با منابع و ضوابط مصوب، حوزه‌هایی همچون بخشی از فرانشیز، هزینه‌های دارویی، آزمایشگاهی و پاراکلینیکی مرتبط و خدمات کمک‌باروری مانند IVF، ICSI و FET را دربرگیرد. اهمیت این رویکرد در آن است که حمایت مالی، دقیقاً در نقطه‌ای قرار می‌گیرد که خانواده ممکن است به دلیل محدودیت منابع، ادامه درمان را رها کند.

البته پایداری چنین سازوکاری، به یک منبع مالی واحد وابسته نیست. استفاده از ظرفیت مسئولیت اجتماعی صنایع و معادن، مشارکت خیرین، کمک‌های قانونی دستگاه‌های اجرایی و سایر منابع مجاز می‌تواند زمینه‌ای برای تنوع‌بخشی به منابع صندوق فراهم کند. این نگاه، جوانی جمعیت را از یک مأموریت صرفاً دولتی فراتر می‌برد و آن را به مسئولیتی مشترک میان حاکمیت، نظام سلامت، بخش اقتصادی و جامعه مدنی تبدیل می‌کند.اما هر سازوکار حمایتی، زمانی می‌تواند اعتماد عمومی ایجاد کند که از شفافیت، هدفمندی و نظارت برخوردار باشد. شناسایی زوج‌های واجد شرایط، ارائه خدمات در مراکز مجاز، استحقاق‌سنجی، تبادل اطلاعات، نظارت بر منابع و مصارف و ارزیابی نتایج، همگی باید در یک چارچوب روشن تعریف شوند.

در این میان، دانشگاه علوم پزشکی، بیمه سلامت و مدیریت استان می‌توانند هر یک متناسب با مأموریت خود، بخشی از زنجیره سیاست‌گذاری و اجرای این حمایت را بر عهده گیرند و تشکیل یک کمیته راهبری مشترک نیز می‌تواند به هماهنگی و نظارت مؤثرتر کمک کند.از سوی دیگر، در استانی با گستردگی جغرافیایی مانند کرمان، مسئله درمان ناباروری تنها به هزینه خدمات پزشکی محدود نمی‌شود. هزینه رفت‌وآمد، اقامت و دسترسی به مراکز تخصصی نیز ممکن است برای خانواده‌های کم‌برخوردار به مانعی جدی تبدیل شود. بنابراین، در صورت وجود منابع و مجوزهای لازم، توجه به ابعاد دسترسی و حمایت از هزینه‌های جانبی درمان نیز می‌تواند در افزایش اثربخشی این الگو مؤثر باشد. تجربه کرمان از این منظر، یک نکته مهم را برای سیاست‌گذاری سلامت برجسته می‌کند: حل مسائل پیچیده اجتماعی، معمولاً با عملکرد یک دستگاه به تنهایی امکان‌پذیر نیست. زمانی که بیمه، دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت استان، صنایع، خیرین و سایر ظرفیت‌های اجتماعی در یک چارچوب مشخص کنار یکدیگر قرار می‌گیرند، امکان طراحی حمایت‌هایی هدفمندتر و متناسب‌تر با نیاز خانواده‌ها فراهم می‌شود.

در این میان، نقش بیمه سلامت نیز می‌تواند از پرداخت هزینه خدمات فراتر رود. بیمه سلامت، به واسطه ارتباط با بیمه‌شدگان، مراکز ارائه‌دهنده خدمات و داده‌های درمانی، می‌تواند یکی از حلقه‌های اتصال میان منابع مختلف و نیازهای واقعی خانواده‌ها باشد؛ نقشی که البته باید در چارچوب مأموریت‌های قانونی و با حفظ شفافیت و نظارت ایفا شود. هفته بیمه سلامت، فرصت مناسبی است برای بازخوانی همین رویکرد؛ اینکه بیمه سلامت فقط یک سازوکار برای پرداخت هزینه درمان نیست، بلکه می‌تواند در کنار سایر نهادها، بخشی از ظرفیت نظام سلامت برای پاسخ به مسائل اجتماعی خانواده‌ها باشد. تجربه در حال شکل‌گیری در کرمان نیز از همین منظر قابل تأمل است: تلاش برای آنکه پوشش بیمه‌ای، با حمایت‌های استانی و اجتماعی تکمیل شود و هزینه درمان ناباروری، تا حد امکان، به مانعی برای خانواده‌هایی که مسیر درمان را دنبال می‌کنند تبدیل نشود.

در نهایت، سیاست جوانی جمعیت زمانی در زندگی مردم معنا پیدا می‌کند که حمایت از خانواده، از متن اسناد و برنامه‌ها به تجربه‌ای واقعی، قابل لمس و قابل دسترس برای خانواده‌ها تبدیل شود.



دکتر محمد حیدری
مدیرکل بیمه سلامت
استان چهارمحال و بختیاری

وقتی بیمه از درمان هزینه‌ها به مدیریت بیماری می‌رسد

نقش بیمه سلامت در مدیریت بیماری‌های مزمن غیرواگیر و کاهش بار اقتصادی سلامت

هفته بیمه سلامت، فرصتی برای بازخوانی یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام بیمه‌ای است؛ کارکردی که فراتر از جبران هزینه‌های درمان، به حمایت از سلامت مردم و صیانت از منابع خانواده و جامعه بازمی‌گردد. در این میان، بیماری‌های مزمن غیرواگیر جایگاه ویژه‌ای دارند؛ بیماری‌هایی که ممکن است سال‌ها همراه فرد باقی بمانند و هزینه‌های درمان، دارو، مراقبت و توانبخشی را به‌صورت مستمر به خانواده و نظام سلامت تحمیل کنند.

بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی، چهار گروه اصلی بیماری‌های غیرواگیر را تشکیل می‌دهند. بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۲۱ دست‌کم ۳۴ میلیون مرگ در جهان رقم زده‌اند و حدود ۵۷ درصد مرگ‌های ناشی از علل غیرهمه‌گیر را به خود اختصاص داده‌اند. چهار گروه اصلی این بیماری‌ها نیز سهم قابل توجهی در مرگ‌های زودرس دارند.ایران نیز از این روند مستثنی نیست.

بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های غیرواگیر بخش عمده‌ای از مرگ‌ها در کشور را به خود اختصاص می‌دهند. بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی، علاوه بر پیامدهای انسانی، آثار اقتصادی گسترده‌ای نیز به همراه دارند. این واقعیت نشان می‌دهد که بیماری‌های مزمن دیگر صرفاً موضوعی میان پزشک و بیمار نیستند؛ بلکه با اقتصاد خانواده، بهره‌وری نیروی کار، بودجه عمومی و پایداری مالی نظام سلامت ارتباط مستقیم دارند. فرد مبتلا به دیابت یا فشار خون، برای یک دوره کوتاه درمان نمی‌شود؛ بلکه به پایش مستمر، دارو، آزمایش، ویزیت و در برخی موارد به بستری و درمان عوارض نیاز دارد. همین مسئله درباره بیماران مبتلا به سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های مزمن تنفسی نیز صدق می‌کند. از همین رو، هرچه تشخیص بیماری دیرتر انجام شود یا کنترل آن با تأخیر و کیفیت پایین‌تری صورت گیرد، احتمال بروز عوارض و تحمیل هزینه‌های سنگین‌تر افزایش می‌یابد. در چنین شرایطی، نقش بیمه سلامت از پرداخت هزینه درمان فراتر می‌رود و به مدیریت هوشمندانه مسیر سلامت بیمه‌شده گسترش پیدا می‌کند.

بیمه؛ از جبران هزینه تا مدیریت ریسک سلامت

یکی از مهم‌ترین کارکردهای بیمه، کاهش پرداخت مستقیم مردم و تضمین دسترسی مستمر آنان به خدمات ضروری سلامت است. در حوزه بیماری‌های مزمن، این حمایت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا هزینه‌های این بیماری‌ها مقطعی نیست و می‌تواند برای سال‌ها ادامه داشته باشد. اما نقش بیمه سلامت تنها در تأمین مالی خدمات خلاصه نمی‌شود. استفاده از ظرفیت داده‌های نسخه الکترونیک و پرونده‌های سلامت می‌تواند امکان شناسایی الگوهای مصرف دارو و خدمات، شناسایی گروه‌های پرخطر و برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای مدیریت بیماری‌ها را فراهم کند. در چنین شرایطی، بیمه از یک «پرداخت‌کننده هزینه» به یک خریدار راهبردی سلامت تبدیل می‌شود؛ خریدار هوشمندی که تلاش می‌کند منابع را در مسیری هدایت کند که بیشترین اثر را بر سلامت بیمه‌شدگان داشته باشد.

پیشگیری، هزینه نیست؛ سرمایه‌گذاری است

تجربه برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کشور نیز نشان می‌دهد که ظرفیت‌های لازم برای حرکت به سمت مدیریت پیشگیرانه وجود دارد. برنامه «ایراپن» با الگوبرداری از بسته مداخلات اساسی سازمان جهانی بهداشت، ارزیابی خطر قلبی ـ عروقی، شناسایی زودهنگام برخی سرطان‌ها و تشخیص بیماری‌های تنفسی را در نظام مراقبت‌های اولیه دنبال کرده است.پیوند مؤثر چنین برنامه‌هایی با نظام بیمه‌ای می‌تواند اثربخشی آنها را افزایش دهد. هرچه شناسایی عوامل خطر و بیماری در مراحل اولیه انجام شود، فرصت بیشتری برای مداخله، کنترل بیماری و جلوگیری از عوارض وجود خواهد داشت.از منظر اقتصادی نیز، پیشگیری و کنترل بیماری معمولاً هزینه کمتری نسبت به درمان عوارض پیشرفته دارد. گزارش‌های اقتصادی و مطالعات بین‌المللی نیز نشان می‌دهند که بیماری‌های غیرواگیر تنها هزینه‌های مستقیم درمان را افزایش نمی‌دهند، بلکه با کاهش اشتغال و بهره‌وری، هزینه‌های غیرمستقیم قابل توجهی به اقتصاد کشورها تحمیل می‌کنند.بنابراین، هزینه‌کرد برای پیشگیری و کنترل بیماری را نباید صرفاً یک هزینه جاری تلقی کرد؛ بلکه می‌توان آن را سرمایه‌گذاری بلندمدت برای سلامت، بهره‌وری و پایداری اقتصادی جامعه دانست.

سه مسیر برای آینده بیمه سلامت

آینده بیمه سلامت در حوزه بیماری‌های مزمن می‌تواند بر سه محور اصلی استوار باشد: پیشگیری، مدیریت هوشمند بیماری و خرید مبتنی بر نتیجه. گسترش پوشش مؤثر خدمات غربالگری، حمایت از کنترل عوامل خطر مانند فشار خون، دیابت، چاقی و مصرف دخانیات، توسعه مراقبت‌های سرپایی و توانبخشی، تقویت مراقبت در سطح پزشک خانواده و طراحی بسته‌های مراقبتی برای بیماران مبتلا به چند بیماری مزمن، از جمله اقداماتی است که می‌تواند از هزینه‌های سنگین آینده جلوگیری کند.در این میان، استفاده از داده و فناوری نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. داده‌های سلامت، در صورت استفاده صحیح و در چارچوب ضوابط و ملاحظات محرمانگی، می‌توانند به بیمه‌گر کمک کنند تا به جای واکنش به هزینه‌های ایجادشده، ریسک‌ها را زودتر شناسایی و برای مدیریت آنها برنامه‌ریزی کند.

آینده‌ای فراتر از پرداخت خسارت

چشم‌انداز مطلوب آن است که بیمه سلامت نه فقط زمانی که بیماری پیشرفت کرده و هزینه درمان افزایش یافته است، بلکه از مراحل پیشگیری و تشخیص زودهنگام نیز در کنار بیمه‌شده قرار گیرد.چنین تغییری، هم کیفیت زندگی مردم را ارتقا می‌دهد و هم به صیانت از منابع عمومی کمک می‌کند. در این نگاه، مدیریت بیماری‌های مزمن غیرواگیر یک مسئولیت صرفاً درمانی نیست؛ بلکه نوعی سرمایه‌گذاری اجتماعی و اقتصادی بلندمدت است.بیمه سلامت می‌تواند در این مسیر، حلقه اتصال میان سیاست‌های پیشگیرانه، خدمات درمانی، حمایت مالی از مردم و پایداری اقتصادی نظام سلامت باشد. آینده بیمه سلامت صرفاً در پرداخت هزینه درمان تعریف نمی‌شود؛ آینده متعلق به نظامی است که بتواند با داده، پیشگیری، مراقبت مستمر و خرید هوشمند کاری کند که بیماری کمتر ایجاد شود، زودتر تشخیص داده شود و پیش از آنکه به هزینه‌ای سنگین برای خانواده و جامعه تبدیل شود، مدیریت گردد.



لیلا نوری
مسئول روابط عمومی اداره کل
بیمه سلامت استان آذربایجان غربی

از هزینه‌کرد درمان تا سرمایه‌گذاری برای سلامت؛ رویکرد نوین بیمه سلامت

در سال‌های اخیر، رویکرد نظام سلامت در کشور به‌تدریج از تمرکز صرف بر تامین هزینه‌های درمان به سمت پیشگیری، مدیریت بیماری و صیانت از سلامت مردم حرکت کرده است. سازمان بیمه سلامت نیز در این مسیر، با بازنگری در سیاست‌ها و اولویت‌های خود، تلاش کرده است نقش خود را از یک پرداخت‌کننده هزینه‌های درمان، به یک خریدار راهبردی خدمات سلامت و حامی سلامت‌محوری ارتقا دهد.

یکی از رویکردهای ارزشمند در این زمینه، توجه جدی‌تر به پیشگیری سطح چهارم است؛ رویکردی که هدف آن جلوگیری از مداخلات پزشکی غیرضروری، تشخیص‌های بیش از حد، درمان‌های غیرضروری و پیامدهای ناخواسته ناشی از خدمات تشخیصی و درمانی است. توجه به این سطح از پیشگیری، علاوه بر آن‌که می‌تواند از تحمیل آسیب‌های قابل اجتناب به بیماران جلوگیری کند، موجب کاهش هزینه‌های زائد و غیرضروری نظام سلامت نیز می‌شود.

در واقع، پیشگیری سطح چهارم یک نگاه انسانی و اقتصادی توأمان به سلامت دارد؛ از یک سو تلاش می‌کند مردم را از مواجهه غیرضروری با آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها، داروها و مداخلات درمانی مصون نگه دارد و از سوی دیگر، با مدیریت صحیح منابع، زمینه استفاده بهینه از اعتبارات سلامت را فراهم می‌کند. این رویکرد

می‌توانـد یـکی از مسیرهـای مهـم بـرای حرکـت بـه سـمت سلامت اثربخـش، بیمارمحـور و هزینه‌اثربخش باشـد.

از سـوی دیگـر، بـا توجـه بـه بـار روزافزون بیماری‌هـای غیرواگیر ماننـد بیماری‌هـای قلبـی و عـروقی، دیابـت، سـرطان‌ها، بیماری‌هـای مزمـن و سلامـت سـالمندان مدیریـت ایـن بیماری‌هـا نیازمنـد نـگاهی فراتـر از درمـان فـرد بیمـار اسـت. بیمـه سلامـت در سـال‌های اخیـر در ایـن حـوزه نیـز فعـال بـوده و معاونت‌هـای تخصـصی سـازمان بـا انجـام مطالعـات، طـراحی برنامه‌هـا و اجـرای اقدامـات مختلـف، گام‌هـای مهمی در جهـت ارتقـای مدیریـت بیماری‌هـای غیرواگیـر برداشـته‌اند.

اهمیت ایـن اقدامـات در آن اسـت کـه بیماری‌هـای غیرواگیـر معمـولا ماهیـتی مزمـن و طولانی‌مـدت دارنـد و بخـش قابـل توجـهی از هزینه‌هـای نظـام سلامـت را بـه خـود اختصـاص می‌دهنـد. بنابرایـن، شناسـایی به‌موقـع افـراد در معـرض خطـر، پیشـگیری از بـروز بیمـاری، تشـخیص زودهنـگام، کنتـرل مناسـب بیمـاری و جلوگیـری از عـوارض آن، نه‌تنهـا کیفیـت زنـدگی مـردم را بهبـود می‌بخشـد، بلکـه می‌توانـد از هزینه‌هـای سـنگین و قابـل اجتنـاب در مراحـل پیشـرفته بیمـاری نیـز جلوگیـری کنـد.

نکتـه مهـم دیگر، همـکاری و هم‌افزایـی بیمـه سلامـت بـا سـایر دسـتگاه‌ها و سـازمان‌های مرتبط اسـت. مدیریـت سلامـت، به‌ویـژه در حـوزه پیشـگیری و بیماری‌هـای غیرواگیـر، موضـوعی فرابخـشی اسـت و هیـچ سـازمانی به‌تنهایـی نمی‌توانـد پاسـخگوی همـه ابعـاد آن باشـد. تعامـل بـا وزارت بهداشـت، دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی، مراکـز علـمی و پژوهـشی و سـایر دسـتگاه‌های مرتبـط، زمینـه را بـرای اسـتفاده از ظرفیت‌هـای مشـترک، تبـادل دانـش و تجربـه و اجـرای موثرتـر برنامه‌هـای سلامت‌محـور فراهـم کـرده اسـت.

برآینـد ایـن رویکـرد را می‌تـوان در یـک تغییـر مهـم خلاصـه کـرد: بیمـه سلامـت دیگـر فقـط بـه دنبـال پرداخـت هزینـه بیمـاری نیسـت؛ بلکـه تلاش می‌کنـد بـا سیاسـت‌گذاری و خریـد هوشـمند خدمـات، از بـروز بیمـاری و آسیب‌هـای قابـل پیشـگیری نیـز جلوگیـری کنـد.

تـداوم ایـن مسیـر و تقویت نگاه پیشـگیرانه، به‌ویژه پیشـگیری سـطح چهـارم، توسـعه برنامه‌هـای مدیریـت بیماری‌هـای غیرواگیـر و گسـترش همکاری‌هـای بین‌بخـشی، می‌توانـد بیمـه سلامـت را بیـش از پیـش بـه یـک سـازمان سلامت‌محور، آینده‌نگـر و مبتـنی بـر شـواهد تبدیل کنـد؛ سـازمانی کـه ماموریـت خـود را نـه فقـط در پرداخـت هزینه‌هـای درمـان، بلکـه در حفاظـت از سلامـت مـردم و صیانـت از منابـع نظـام سلامت تعریـف می‌کنـد.



آمنه قانعی
کارشناس اسناد پزشکی اداره کل
بیمه سلامت استان خراسان شمالی

نسخه‌ای برای عبور از هزینه‌های کمرشکن سلامت؛ از پیشگیری تا پزشک خانواده

شاید برای بسیاری از ما اصطلاح هزینه‌های کمرشکن سلامت، کمی دور از ذهن یا صرفا یک اصطلاح تخصصی در گزارش‌های وزارت بهداشت باشد، اما حقیقت این است که پشت این اصطلاح، واقعیت‌های تلخی نهفته است که می‌تواند یک خانواده معمولی را در یک چشم بر هم زدن، به زیر خط فقر بکشد.

هزینه‌های کمرشکن سلامت زمانی رخ می‌دهند که پرداخت مستقیم برای خدمات درمانی، آن‌قدر سنگین باشد که فرد یا خانواده مجبور شود برای تامین آن، از سایر نیازهای اساسی مثل خوراک، پوشاک یا آموزش صرف نظر کند یا دارایی‌های خود را برای تامین هزینه‌های درمان بفروشد.

بیمه به عنوان چتر نجات

بسیاری از ما فکر می‌کنیم که داشتن بیمه یعنی این‌که فقط هنگام بیماری، متحمل هزینه کمتری شویم، اما نقش اصلی بیمه در دنیای امروز، تقسیم کردن بار مشکلات است؛ بیمه یعنی همه کنار هم جمع شده و حق بیمه را روی هم بگذاریم تا اگر یک نفر درگیر بیماری سنگین و گران قیمت شد، نیازی نباشد تمام دارایی خود را جهت درمان، بفروشد. بیمه باید مثل یک چتر نجات عمل کند، نه این‌که فقط بخشی از هزینه‌ها را بدهد و بقیه فشار را روی دوش خانواده بگذارد.

چرا گاهی درمان گران تمام می‌شود؟

وقتی سهمی که ما از جیب خودمان برای درمان می‌پردازیم، یعنی پولی که بیمه نمی‌دهد و خودمان باید پرداخت کنیم، از توان مالی ما بیشتر شود، آن هزینه برای ما فاجعه بار است. متاسفانه سیستم‌های بیمه‌ای فعلی، هنوز در بخش‌هایی مثل خدمات توانبخشی یا داروهای مکمل، ضعف دارند و این باعث می‌شود که خانواده‌ها به ویژه در برابر بیماری‌های مزمن، تنها بمانند.

چگونه می‌توانیم از این وضعیت فاصله بگیریم؟

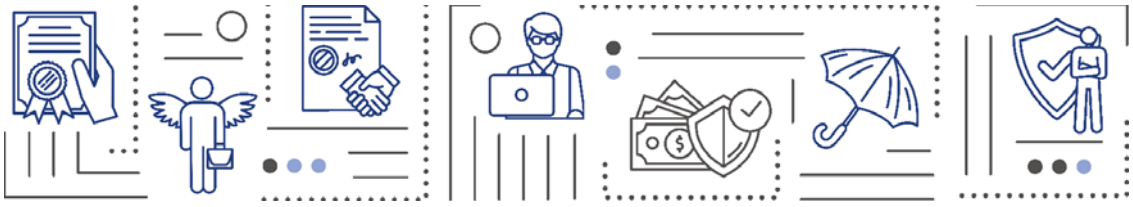
بیمه‌های تکمیلی، جدی‌تر از همیشه: بیمه‌های پایه به تنهایی برای تامین هزینه‌های سنگین درمانی کافی نیستند و نیاز داریم بیمه‌های تکمیلی به شکلی طراحی شوند که حتی برای خانواده‌های با درآمد متوسط هم ارزان و در دسترس باشند تا کسی برای درمان، نگران هزینه نباشد.

پیشگیری به جای درمان: ما بیشتر وقت را صرف درمان می‌کنیم تا پیشگیری. اگر در محیط‌های کاری و اداری، بیشتر روی سلامت وسبک زندگی سالم سرمایه گذاری کنیم، خیلی از بیماری‌ها اصلا به مرحله‌ای نمی‌رسند که منجر به ایجاد هزینه‌های سنگین شوند.

وجود یک راهنما (پزشک خانواده): خیلی وقت‌ها ما در سیستم درمانی سرگردان می‌شویم؛ از این مطب به آن مطب می‌رویم وهزینه‌های اضافی برای آزمایش‌های غیرضروری می‌پردازیم. سیستم پزشکی خانواده مثل یک راهنما عمل می‌کند؛ این فرآیند به ما می‌گوید که دقیقا به چه درمانی نیاز داریم تا از هزینه‌های بی دلیل و سرگردانی دور بمانیم.

سلامت حقی همگانی

سلامتی حق همه است؛ نه کالایی که فقط ثروتمندان بتوانند بخرند. حفاظت مالی از خانواده‌ها یعنی طراحی سیستمی که در آن هیچکس مجبور نشود بین سلامت و معیشت، یکی را انتخاب کند.





مهدی خلیلی
مسئول روابط عمومی اداره کل
بیمه سلامت استان خوزستان

بیمه سلامت، پوششی با وسعت سلامت، برای آرامش زندگی

نقش بیمه در مدیریت بیماری‌های مزمن غیرواگیر و کاهش بار اقتصادی بیماری‌ها

بیماری‌های مزمن غیرواگیر مانند دیابت، فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های تنفسی مزمن، امروزه بزرگترین چالش سلامت در سطح جهان و ایران هستند. برخلاف بیماری‌های عفونی که با یک دوره درمان مشخص خاتمه می‌یابند، بیماری‌های مزمن ماهیتی طولانی‌مدت دارند و نیازمند مدیریت مداوم هستند. نقش بیمه در این میان، از یک «پرداخت‌کننده صرف» به یک «مدیریت‌کننده سلامت» تغییر یافته است.

۱. تغییر پارادایم از درمان به پیشگیری و مدیریت فعال

در مدل‌های سنتی بیمه، تمرکز بر پرداخت هزینه‌های پس از وقوع بیماری بود، اما در مدیریت بیماری‌های مزمن، این مدل منجر به شکست اقتصادی می‌شود؛ زیرا هزینه‌های مراقبت‌های پیشرفته و بستری‌های طولانی‌مدت، بودجه بیمه را به شدت مستهلک می‌کند.

بیمه‌ها با استفاده از ابزارهای مدیریت پرونده‌های پزشکی، می‌توانند نقش پیشگیرانه ایفا کنند. برای مثال، پوشش هزینه‌های غربالگری و آموزش‌های سبک زندگی، هزینه‌ای ناچیز در مقایسه با هزینه‌های درمان یک سکته مغزی یا دیالیز ناشی از دیابت دارد. بیمه با تشویق بیمه‌شدگان به کنترل پارامترهای حیاتی (مانند قند خون یا فشار خون) در مراحل اولیه، مانع از پیشرفت بیماری به مراحل پرهزینه می‌شود.

۲. کاهش بار اقتصادی از طریق مدیریت مداخلات

بار اقتصادی بیماری‌های مزمن دو جنبه دارد: هزینه‌های مستقیم (داروها، بستری، آزمایش‌ها) و هزینه‌های غیرمستقیم (کاهش بهره‌وری نیروی کار، از کار افتادگی و مرگ زودهنگام).

بیمه‌ها با اعمال سیاست‌های «کنترل مصرف» و «تخصیص بهینه منابع»، می‌توانند بار مستقیم را مدیریت کنند. ابزارهایی مانند:

- مدیریت دارو (DUR): اطمینان از تجویز داروهای کارآمد و جلوگیری از مصرف داروهای تکراری یا غیرضروری.
- مراقبت‌های مبتنی بر پروتکل: اجبار پزشکان به پیروی از پروتکل‌های علمی در مدیریت بیماری‌های مزمن، از مداخلات پزشکی غیرضروری و گران‌قیمت جلوگیری می‌کند.
- پایش از راه دور: استفاده از تکنولوژی‌های دیجیتال برای نظارت بر بیماران در منزل، هزینه‌های بستری شدن در بیمارستان را به شدت کاهش می‌دهد.

۳. مدیریت کوهورت‌های بیمه‌ای و پایداری مالی

یکی از وظایف اصلی سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، شناسایی و طبقه‌بندی بیمه‌شدگان بر اساس میزان ریسک است. با مدیریت صحیح «کوهورت‌های بیمه‌ای» (مانند بیماران مبتلا به دیابت یا فشار خون)، بیمه می‌تواند از بروز عوارض بعدی جلوگیری کند.

به عنوان مثال، اگر یک بیمه در مدیریت قند خون بیمار دیابتی موفق باشد، از هزینه‌های سنگین جراحی‌های قلب یا نارسایی کلیه در آینده جلوگیری کرده است. این رویکرد باعث می‌شود جریان نقدینگی بیمه به جای صرف شدن برای «بحران‌های پزشکی»، در مسیر «بهبود کیفیت زندگی» و «پایداری سیستم» حرکت کند.

نتیجه‌گیری

در نهایت، مدیریت بیماری‌های مزمن توسط بیمه، یک انتخاب نیست، بلکه یک ضرورت برای بقای سیستم‌های سلامت است. بیمه‌ها با حرکت از مدل «پرداخت به ازای خدمت» به سمت مدل‌های «پرداخت بر اساس عملکرد و نتیجه»، می‌توانند همزمان سلامت جامعه را ارتقا داده و بار سنگین اقتصادی ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش دهند. موفقیت در این مسیر مستلزم همکاری نزدیک بین بیمه‌گر، ارائه‌دهنده خدمت (پزشکان و بیمارستان‌ها) و خود بیمه‌شده است.

حفاظت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت

مفهوم هزینه‌های کمرشکن سلامت

هزینه‌های کمرشکن سلامت به هزینه‌هایی گفته می‌شود که خانوار را وادار به فروش دارایی‌ها، استقراض یا قربانی کردن نیازهای اساسی زندگی مانند تغذیه، مسکن و تحصیل فرزندان می‌کند. طبق تعریف رایج سازمان جهانی بهداشت، وقتی سهم پرداختی از جیب خانوار برای سلامت از حدود ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت (درآمد مازاد بر نیازهای معیشتی) فراتر رود، آن هزینه «کمرشکن» تلقی می‌شود.

شاخص جدیدتر، «فقر تحمیلی سلامت» است؛ یعنی تعداد افرادی که به دلیل هزینه‌های درمان زیر خط فقر سقوط می‌کنند. به همین دلیل حفاظت مالی از خانوارها، به همراه پوشش همگانی و ارتقای سطح سلامت، یکی از سه هدف بنیادین سیستم سلامت شمرده می‌شود.

سازوکار بروز هزینه‌های کمرشکن

هزینه‌های کمرشکن معمولا از سه مسیر شکل می‌گیرند:

- بیماری‌های مزمن و پرهزینه: بیماری‌هایی مانند سرطان، نارسایی کلیه (دیالیز و پیوند)، تالاسمی، هموفیلی و بیماری‌های قلبی، نیاز به درمان طولانی‌مدت و داروهای گران‌قیمت دارند و خانوار را در معرض خطر مستقر می‌سازند.
- سهم بالای پرداخت از جیب: هرچه سهم پرداختی از جیب در تامین مالی سلامت بالاتر باشد، احتمال

بروز آسیب مالی بیشتر است. تجربه جهانی نشان می‌دهد با هر افزایش یک درصدی در سهم پرداخت از جیب، احتمال بروز هزینه کمرشکن به‌طور معناداری بالا می‌رود.

• ضعف پوشش بیمه‌ای: خدمات خارج از پوشش بیمه، فرانشیزهای سنگین، پرداخت زیرمیزی و مراجعه به بخش خصوصی بدون قرارداد بیمه‌گر، خانوارها را ناگزیر به پرداخت مستقیم می‌کند.

نقش بیمه در حفاظت مالی

بیمه به عنوان اصلی‌ترین سازوکار «تجمیع ریسک»، خطر مالی فردی را در سطح جمعیت توزیع می‌کند. بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه، از هزینه‌های سنگین و غیرقابل پیش‌بینی درمان محافظت می‌شوند. وظایف کلیدی بیمه‌گر در این زمینه عبارت‌اند از:

• جامعیت پوشش: درج خدمات اساسی، داروها و ملزومات پرهزینه (مانند داروهای نوترکیب و مولفه‌های خونی) در سبد خدمات و به‌روزرسانی مداوم آن.

• کاهش فرانشیز برای گروه‌های آسیب‌پذیر: بیماران خاص، صعب‌العلاج، روستاییان و مناطق محروم از حمایت‌های ویژه مانند فرانشیز صفر یا کم برخوردارند؛ همان رویکردی که در قوانین حمایتی ایران (مانند قانون احیا و حمایت از تولید دارو و قانون خدمات درمانی یکسان‌ساز) گنجانده شده است.

• پرداخت‌های کپسوله و الگوی ارجاع: هدایت بیمار به سطوح مناسب درمان، جلوگیری از بستری‌های غیرضروری و کنترل تورم پزشکی به پایداری پوشش مالی کمک می‌کند.

• شفافیت و پرداخت الکترونیک: حذف پرداخت‌های پنهان، پایش نسخه و برخورد با تعرفه‌های غیرمجاز، سهم واقعی پرداخت از جیب را کاهش می‌دهد.

تجربه ایران

در ایران، طرح تحول سلامت (از سال ۱۳۹۳) با کاهش سهم پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، کاهش فرانشیز داروهای بیماران خاص و توسعه پوشش بیمه روستاییان و عشایر، گام‌های مهمی در حفاظت مالی برداشت. با این حال، چالش‌هایی همچون هزینه‌های بالای سرپایی، داروهای خارج از پوشش، پرداخت‌های حین مراجعه و تورم دارو و تجهیزات، همچنان سهم پرداختی از جیب و بروز هزینه‌های کمرشکن را در سطوح بالاتری نگه داشته است. تداوم پوشش بیمه‌ای رایگان یا یارانه‌ای برای دهک‌های فقیر، تعریف دقیق سبد خدمات و تقویت منابع پایدار بیمه‌گر ضروری است.

راهکارهای تقویتی

• گسترش بیمه‌های مکمل هدفمند برای خدمات پرهزینه خارج از پوشش پایه.

• پرداخت بر مبنای نتیجه و بسته‌ای به‌جای خدمت به خدمت، برای مهار هزینه‌ها.

•پایش مستمر شاخص‌ها: اندازه‌گیری سالانه نرخ هزینه‌های کمرشکن و فقر تحمیلی سلامت به تفکیک مناطق و دهک‌های درآمدی.

• پیشگیری و غربالگری: شناسایی زودهنگام دیابت، فشار خون و سرطان‌ها، از وقوع درمان‌های گران‌قیمت جلوگیری می‌کند و خود نوعی حفاظت مالی است.

• حمایت‌های مکمل غیرپزشکی: پوشش هزینه‌های حمل‌ونقل، اسکان و بازتوانی بیماران صعب‌العلاج که بخش پنهان هزینه‌های کمرشکن‌اند.

نتیجه‌گیری

حفاظت مالی از خانوارها تنها یک شعار نیست؛ شاخصی عینی و قابل اندازه‌گیری برای ارزیابی عدالت در سلامت است. سازمان‌های بیمه‌گر با گسترش پوشش، کاهش پرداخت از جیب، حمایت از گروه‌های پرخطر، هم‌زمان سلامت جمعیت و ثبات مالی سیستم را تامین می‌کنند. هر خانواده که به دلیل بیماری به فقر نیفتد، به معنی موفقیت سیاست‌های حفاظت مالی و پایداری اعتماد عمومی به سیستم سلامت است.

پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه؛ پیوند نظام ارجاع و داده‌های بالینی با پرداخت‌های بیمه‌ای

در گذار از سیستم‌های سنتی و کاغذی به سمت سیستم‌های هوشمند، مفهوم «پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه» فراتر از یک دفترچه دیجیتال برای ثبت مشخصات بیمار است. این پرونده، در واقع «زبان مشترک» میان پزشکان، مراکز درمانی و سازمان‌های بیمه‌گر است که با ایجاد پیوند میان داده‌های بالینی، نظام ارجاع و فرآیندهای پرداخت، تحولی بنیادین در مدیریت هزینه‌ها و کیفیت درمان ایجاد می‌کند.

ستون اول: یکپارچگی داده‌های بالینی و تصمیم‌یاری

پرونده الکترونیک سلامت، مجموعه‌ای از داده‌های حیاتی شامل تاریخچه بیماری، نتایج آزمایشگاه، تصویربرداری‌های پزشکی، نسخه‌ها و سوابق واکسیناسیون است.

وقتی این داده‌ها «یکپارچه» باشند، پزشک در هر سطح از خدمت (از پزشک عمومی تا متخصص) به اطلاعات کامل و به‌روز بیمار دسترسی دارد. این امر از «تکرار غیرضروری آزمایش‌ها» که یکی از بزرگترین عوامل هدررفت بودجه بیمه است، جلوگیری می‌کند. علاوه بر این، با استفاده از داده‌های بالینی، امکان تشخیص خطای دارویی و تداخلات دارویی فراهم می‌شود که مستقیم با کاهش نرخ بستری و عوارض بعدی در ارتباط است.

ستون دوم: تقویت نظام ارجاع (Referral System)

یکی از چالش‌های بزرگ در سیستم‌های سلامت، مراجعه مستقیم بیماران به سطوح بالای درمانی (متخصصان و بیمارستان‌های بزرگ) بدون ارجاع از پزشک عمومی است. این امر باعث فشار بر مراکز تخصصی و اتلاف منابع می‌شود. پرونده الکترونیک یکپارچه، «نظام ارجاع هوشمند» را ممکن می‌سازد:

- کنترل مسیر درمان: پزشک عمومی می‌تواند با مشاهده سوابق بیمار، ارجاع او را به سطح مناسب مدیریت کند.
- شفافیت در ارجاع: فرآیند ارجاع از طریق سیستم دیجیتال، ردیابی می‌شود تا مشخص شود آیا ارجاع بر اساس ضرورت بالینی صورت گرفته یا خیر. این فرآیند از «انتخاب‌های درمانی غیرضروری» که هزینه‌بر هستند، جلوگیری می‌کند.

ستون سوم: مدیریت پرداخت‌ها و کنترل هزینه‌ها

بزرگترین مزیت اقتصادی پرونده الکترونیک، پیوند آن با «پرداخت‌های بیمه‌ای» است. در سیستم‌های سنتی، فرآیند بررسی ادعاها بسیار کند، پرخطا و مستعد تقلب است. اما در یک سیستم یکپارچه:

- تطبیق بالینی-مالی: سیستم بیمه‌گر می‌تواند به‌صورت خودکار بررسی کند که آیا خدمت درخواستی (مثلا یک MRI گران‌قیمت) با تشخیص بالینی ثبت شده در پرونده بیمار مطابق است یا خیر. اگر تشخیص با خدمت درخواستی همخوانی نداشته باشد، پرداخت به صورت خودکار متوقف می‌شود.
- کاهش تقلب‌ها: ثبت دقیق زمان، مکان و نوع خدمت در پرونده الکترونیک، امکان بروز تقلب‌های رایج (مانند ارسال نسخه‌های کاغذی جعلی یا خدمات ارائه نشده) را به حداقل می‌رساند.
- پرداخت بر اساس عملکرد: بیمه‌گر می‌تواند بر اساس داده‌های واقعی موجود در پرونده، به جای پرداخت‌های ثابت، بر اساس کیفیت و نتیجه درمان به مراکز درمانی پول پرداخت کند.

نتیجه‌گیری

پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه، فقط یک ابزار فنی نیست؛ بلکه یک استراتژی مدیریتی برای ایجاد تعادل میان «دسترسی به درمان»، «کیفیت مراقبت» و «پایداری مالی» است. این پیوند میان داده‌های بالینی، مسیر ارجاع و جریان‌های مالی، منجر به تبدیل شدن سیستم سلامت از یک سیستم «واکنشی و پرهزینه» به یک سیستم «پیشگیرانه، دقیق و اقتصادی» می‌شود. بدون این یکپارچگی، مدیریت هزینه‌های سلامت در مواجهه با بیماری‌های مزمن، عملا غیرممکن خواهد بود.



سید عرفان توکلی‌نژاد
دبیر ساماندهی منابع درمان در خرید راهبردی
بیمه سلامت استان خراسان رضوی

از پرداخت هزینه تا خرید هوشمند سلامت

ضرورت گذار از بیمه‌گری سنتی به خرید راهبردی خدمات سلامت

نظام‌های سلامت در سراسر جهان با سه چالش اساسی مواجه‌اند: افزایش هزینه‌های درمان، محدودیت منابع عمومی و تغییر الگوی بیماری‌ها. در چنین شرایطی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه دیگر نمی‌توانند صرفاً نقش تأمین‌کننده مالی خدمات درمانی را ایفا کنند؛ بلکه باید در جایگاه یکی از بازیگران اصلی سیاست‌گذاری و تخصیص بهینه منابع سلامت، به‌صورت فعال و هدفمند عمل کنند.تجربه سال‌های گذشته نشان داده است که تداوم الگوی سنتی بیمه‌گری، که در آن بیمه‌گر عمدتاً پس از دریافت اسناد و ارائه خدمت اقدام به پرداخت هزینه می‌کند، نمی‌تواند پاسخگوی پیچیدگی‌های امروز نظام سلامت باشد. حرکت به سمت خرید راهبردی خدمات سلامت، از همین منظر، نه یک انتخاب جانبی، بلکه ضرورتی برای ارتقای کارایی، کنترل هزینه‌ها و حفاظت از حقوق بیمه‌شدگان است.

بیمه‌گر سنتی؛ پرداخت‌کننده پس از وقوع هزینه

در مدل سنتی، سازمان بیمه‌گر عمدتاً نقش پرداخت‌کننده صورت‌حساب را بر عهده دارد. در این ساختار، پرداخت به ازای خدمت (Fee-for-Service) مبنای اصلی تعامل مالی میان بیمه‌گر و ارائه‌دهنده خدمت است و نظارت نیز عمدتاً پس از ارائه خدمت و دریافت اسناد انجام می‌شود.چنین مدلی، در صورت نبود سازوکارهای کنترلی و نظارتی کافی، می‌تواند زمینه افزایش حجم خدمات، تقاضای القایی و رشد هزینه‌ها را فراهم کند؛ چراکه ارتباط مستقیمی میان میزان پرداخت و نتیجه واقعی خدمت برای بیمار وجود ندارد.در مقابل، خرید راهبردی رویکردی فعال، مستمر و مبتنی بر داده است که به دنبال پاسخ به سه پرسش اساسی است: چه خدماتی باید خریداری شود؟ این خدمات باید از چه ارائه‌کنندگانی خریداری شود؟ و

پرداخت بابت این خدمات با چه روش و بر مبنای چه معیاری انجام گیرد؟در این رویکرد، بیمه‌گر از یک پرداخت‌کننده منفعل به خریدار هوشمند خدمات سلامت و حافظ منافع بیمه‌شدگان تبدیل می‌شود.

چهار محور برای تحقق خرید راهبردی

گذار به خرید راهبردی نیازمند مجموعه‌ای از اصلاحات در سیاست‌های خرید، قراردادها، نظام پرداخت و حکمرانی داده است. در این مسیر، چهار محور اهمیت ویژه‌ای دارد.

نخست؛ اصلاح نظام پرداخت و حرکت از حجم به ارزش.

در مدل‌های پرداخت سنتی، افزایش تعداد خدمات می‌تواند به افزایش پرداخت منجر شود؛ اما در نظام خرید راهبردی، هدف آن است که پرداخت‌ها تا حد امکان به مدیریت ریسک، کیفیت و نتایج خدمات نزدیک شوند.برای نمونه، در بیمارستان‌ها می‌توان به جای پرداخت جداگانه هزینه تک‌تک خدمات و اقلام مصرفی، از الگوهایی مانند پرداخت موردی (گلوبال) یا نظام‌های مبتنی بر گروه‌های تشخیص ـ درمان (DRG) استفاده کرد. در این روش، برای یک مورد مشخص درمانی، چارچوب پرداخت از پیش تعیین می‌شود و ارائه‌دهنده خدمت انگیزه بیشتری برای مدیریت منابع، کاهش خدمات غیرضروری و کنترل مدت بستری خواهد داشت؛ در عین حال، حفظ کیفیت و پیامدهای درمانی باید جزء الزامات اصلی این نظام باشد.

دوم؛ توسعه قراردادهای مبتنی بر عملکرد.

در خرید راهبردی، پرداخت نباید صرفاً به تعداد خدمات ارائه‌شده وابسته باشد، بلکه می‌توان بخشی از پرداخت را به شاخص‌های قابل اندازه‌گیری کیفیت و پیامدهای سلامت مرتبط کرد.برای مثال، در نظام پزشک خانواده، علاوه بر تعداد ویزیت‌ها می‌توان شاخص‌هایی مانند میزان کنترل فشار خون و دیابت در جمعیت تحت پوشش یا مدیریت مناسب ارجاع بیماران را در ارزیابی عملکرد مدنظر قرار داد.

به این ترتیب، انگیزه ارائه‌دهنده خدمت از افزایش صرف تعداد خدمات، به سمت بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش حرکت می‌کند.

سوم؛ تصمیم‌گیری مبتنی بر داده و ارزیابی فناوری‌های سلامت

منابع سلامت محدود است و نمی‌توان بدون ارزیابی دقیق اثربخشی و هزینه ـ اثربخشی، تمامی فناوری‌ها، داروها و خدمات جدید را در سبد خرید قرار داد.ارزیابی فناوری سلامت (HTA) می‌تواند به سازمان بیمه‌گر کمک کند تا درباره پوشش خدمات و فناوری‌های جدید بر اساس شواهد علمی، اثربخشی بالینی و صرفه اقتصادی تصمیم‌گیری کند. چنین رویکردی، امکان هدایت منابع به سمت خدمات مؤثرتر و دارای ارزش واقعی برای بیمه‌شده را افزایش می‌دهد.

چهارم؛ حکمرانی داده و نظارت هوشمند.

نسخه الکترونیک و داده‌های حاصل از ارائه خدمات سلامت، ظرفیت مهمی برای تحول در نظارت و خرید خدمات فراهم کرده‌اند. تحلیل این داده‌ها می‌تواند الگوهای غیرمتعارف تجویز و مصرف خدمات را شناسایی و امکان مداخله پیش از ایجاد هزینه‌های غیرضروری را فراهم کند.بنابراین، نظارت بیمه‌ای نیز می‌تواند از یک کنترل عمدتاً پسینی به سمت نظارت پیشینی، هوشمند و مبتنی بر ریسک حرکت کند.

قانون؛ پشتوانه حرکت به سوی خرید راهبردی

این تحول صرفاً یک رویکرد مدیریتی نیست و در قوانین و اسناد بالادستی نیز مورد توجه قرار گرفته است.بر اساس جزء ۶ بند «الف» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم پیشرفت، از سال اول اجرای قانون، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی، حسب درخواست یا نیاز سازمان‌های بیمه‌گر پایه، مکلف به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال الکترونیکی اسناد شده‌اند.همچنین بند «ت» ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت، شورای‌عالی بیمه سلامت کشور را

مکلف کرده است تعرفه خدمات شایع تشخیصی ـ درمانی را از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» تغییر دهد؛ به‌گونه‌ای که حداقل ۴۰۰ شناسه خدمت تا پایان برنامه مشمول این تغییر شوند و خرید این خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی بر مبنای شیوه جدید انجام گیرد.این احکام قانونی، مسیر حرکت نظام بیمه‌ای از پرداخت سنتی به سمت خرید راهبردی و اصلاح نظام پرداخت را به‌صورت مشخص ترسیم کرده‌اند.

از بیمه‌گری منفعل تا حکمرانی هوشمند سلامت

گذار از بیمه‌گری سنتی به خرید راهبردی، صرفاً تغییر یک روش پرداخت نیست؛ بلکه تغییر در فلسفه و نقش بیمه‌گر در نظام سلامت است. در این رویکرد، سازمان بیمه‌گر باید بداند منابع خود را برای چه خدمتی، از چه ارائه‌دهنده‌ای، با چه کیفیتی و با چه روشی هزینه می‌کند و در نهایت این خرید چه نتیجه‌ای برای سلامت بیمه‌شده به همراه داشته است.تحقق این هدف، نیازمند تقویت ظرفیت‌های تحلیل داده، توسعه ارزیابی فناوری سلامت، بازنگری در قراردادهای خرید خدمت، اصلاح نظام‌های پرداخت و ارتقای شایستگی‌های تخصصی و تحلیلی مدیران و کارشناسان است.در نهایت، خرید راهبردی خدمات سلامت، مسیر گذار بیمه سلامت از «پرداخت هزینه‌های ایجادشده» به «مدیریت هوشمند منابع برای دستیابی به پیامدهای بهتر سلامت» است. مسیری که می‌تواند ظرفیت بیمه‌گر را برای ارتقای کارایی، عدالت در دسترسی و پایداری منابع نظام سلامت تقویت کند.





سیدمحمد حسینی
کارشناس برنامه و بودجه اداره کل
بیمه سلامت استان البرز

وقتی بیماری نباید خانواده را به مرز فقر برساند

حفاظت مالی خانوارها؛ یکی از مهم‌ترین کارکردهای بیمه سلامت

در نظام سلامت، موفقیت تنها به معنای دسترسی مردم به پزشک، دارو و خدمات درمانی نیست؛ بلکه زمانی می‌توان از یک نظام سلامت عادلانه سخن گفت که بیماری، خانواده را در معرض فروپاشی اقتصادی قرار ندهد. یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در جهان، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، هزینه‌های کمرشکن سلامت است؛ هزینه‌هایی که می‌تواند بخش قابل توجهی از توان مالی خانوار را به خود اختصاص دهد و حتی خانواده را به آستانه فقر یا تشدید فقر موجود سوق دهد.هزینه‌های سلامت زمانی به مسئله‌ای جدی تبدیل می‌شوند که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات تشخیصی، دارویی و درمانی، توان خانواده برای تأمین سایر نیازهای اساسی زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. پیامد این وضعیت نیز تنها یک فشار اقتصادی نیست؛ گاهی خانواده برای تأمین هزینه درمان ناچار به فروش دارایی، استقراض یا حذف برخی نیازهای ضروری می‌شود و در مواردی نیز ممکن است از دریافت خدمات مورد نیاز صرف‌نظر کند. نتیجه چنین تصمیمی می‌تواند تأخیر در درمان، تشدید بیماری و در نهایت تحمیل هزینه‌های بیشتر به خانواده و نظام سلامت باشد.

چرا هزینه‌های درمان می‌تواند کمرشکن شود؟

یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری هزینه‌های کمرشکن، وابستگی بیش از حد تأمین مالی سلامت به پرداخت مستقیم مردم است. هرچه سهم پرداخت از جیب در تأمین هزینه‌های سلامت بیشتر باشد، احتمال آسیب‌پذیری اقتصادی خانوارها نیز افزایش می‌یابد.این مسئله در مورد بیماری‌های مزمن، صعب‌العلاج و پرهزینه نمود بیشتری پیدا می‌کند. بیماری‌هایی مانند سرطان، نارسایی کلیه، بیماری‌های نادر و سایر بیماری‌هایی که نیازمند درمان و مراقبت طولانی‌مدت هستند، می‌توانند هزینه‌های مستمری

را بـه خانـواده تحمیـل کننـد.از سـوی دیگـر، ضعـف مراقبت‌هـای اولیـه و نبـود نظـام ارجـاع کارآمـد نیـز می‌توانـد بـه افزایـش هزینه‌هـا منجـر شـود. هنـگامی کـه بیمـار بـدون طی مسیـر مناسـب مراقبـت، مستقیمـاً بـه سـطوح تخصـصی و خدمـات گران‌تـر مراجعـه می‌کنـد، هـم منابـع نظـام سلامـت بیشـتر مصـرف می‌شـود و هـم ممکـن اسـت هزینـه بیشـتری بـر دوش خانـواده قـرار گیـرد.

بیمه؛ سپر مالی خانواده در برابر بیماری

یـکی از مهم‌تریـن کارکردهـای بیمـه سلامـت، تسـهیم ریسـک و توزیـع هزینـه بیمـاری میـان جمعیـت بزرگ‌تـری از بیمه‌شـدگان اسـت. فـرد سـالم امـروز، ممکـن اسـت فـردا بـا یـک بیمـاری پرهزینـه مواجـه شـود و فلسـفه بیمـه آن اسـت کـه هزینـه چنیـن ریسـکی صرفاً بـر دوش فـرد و خانـواده او قـرار نگیـرد.گسـترش پوشـش همـگانی سلامـت و تجمیـع منابـع مـالی، امـکان توزیـع عادلانه‌تـر ریسـک را فراهـم می‌کنـد. هرچـه منابـع در یـک نظـام بیمـه‌ای گسـترده‌تر و متنوع‌تـر تجمیـع شـوند، امـکان حمایـت از بیمـاران پرهزینـه و کاهـش فشـار مـالی بـر خانوارهـا نیـز افزایـش می‌یابـد.در کنـار پوشـش بیمـه‌ای، طـراحی بسـته خدمـات پایـه نیـز اهمیـت ویـژه‌ای دارد. خدمـات ضـروری سلامـت بایـد به‌گونـه‌ای تعریـف و پوشـش داده شـوند کـه دسـترسی اقشـار کم‌درآمـد و آسیب‌پذیـر بـه خدمـات حیـاتی بـا مانـع مـالی مواجـه نشـود.

حمایت هدفمند از بیماران پرهزینه

همـه بیمـاران بـا سـطح یکسـانی از خطـر مـالی مواجه نیسـتند. بـرخی بیماری‌هـا بـه دلیـل طـولانی بـودن دوره درمـان، هزینـه بـالای دارو یـا نیـاز مسـتمر بـه خدمـات تخصـصی، فشـار اقتصـادی بیشـتری بـر خانواده‌هـا وارد می‌کننـد.از ایـن رو، ایجـاد سـازوکارهای حمایـتی ویـژه بـرای بیمـاران خـاص و صعب‌العـلاج اهمیـت زیـادی دارد. صنـدوق بیماری‌هـای خـاص و صعب‌العـلاج در کشـور نمونـه‌ای از ایـن رویکـرد اسـت کـه بـا هـدف حمایـت از بیمـاران واجـد شـرایط و کاهـش بخـشی از هزینه‌هـای درمـان آنـان شـکل گرفتـه اسـت.چنین حمایت‌هایـی زمانـی اثربخش‌تـر خواهنـد بـود کـه بـر اسـاس شناسـایی دقیـق نیازهـا، اولویت‌بنـدی منابـع و پایـش مسـتمر وضعیـت اقتصـادی بیمـاران طـراحی و اجـرا شـوند.

پیشگیری؛ ارزان‌تر از پرداخت هزینه بیماری

حفاظـت مـالی فقـط بـه معنـای پرداخـت بیشـتر هزینه‌هـای درمـان نیسـت. یـکی از مؤثرتریـن راه‌هـای کاهـش هزینه‌هـای سلامـت، جلوگیـری از ایجـاد یـا پیشـرفت بیمـاری اسـت.تقویت مراقبت‌هـای اولیـه، توسـعه پزشـک خانـواده، تشـخیص زودهنـگام بیماری‌هـا و مدیریـت عوامـل خطـر می‌توانـد از رسـیدن بیمـاری بـه مراحـل پیچیـده و پرهزینـه جلوگیـری کنـد. در واقـع، هـر بیمـاری کـه زودتـر شناسـایی و کنتـرل شـود، احتمـال نیـاز بـه درمان‌هـای پیچیـده، بسـتری و توانبخـشی پرهزینـه نیـز کاهـش می‌یابـد.از ایـن منظـر، سـرمایه‌گذاری در پیشـگیری، هـم سـرمایه‌گذاری بـرای سلامـت مـردم اسـت و هـم اقـدامی بـرای حفاظـت از منابـع مـالی خانواده‌هـا و نظـام سلامـت.

آنچه اندازه‌گیری نشود، قابل اصلاح نیست

سیاسـت‌های حفاظـت مـالی بـدون داده‌هـای دقیـق و بـه‌روز، امـکان ارزیابـی اثربخشـی کافی نخواهنـد داشـت. پایـش مسـتمر شـاخص‌هایی ماننـد هزینه‌هـای کمرشـکن سلامـت و فقـر نـاشی از هزینه‌هـای سلامـت، بـه سیاسـت‌گذاران کمـک می‌کنـد تـا نقـاط ضعـف نظـام تأمیـن مـالی را شناسـایی

و حمایت‌هـا را هدفمندتـر طـراحی کننـد.ایـن شـاخص‌ها در چارچـوب اهـداف توسـعه پایـدار نیـز مـورد توجـه قـرار گرفته‌انـد و اندازه‌گیـری آنهـا می‌توانـد تصویـری روشـن‌تر از میـزان موفقیـت کشـورها در دستیابـی بـه پوشـش همـگانی سلامـت ارائـه دهـد.

سلامت؛ حق مردم، نه عامل فقر

حفاظـت مـالی خانوارهـا در برابـر هزینه‌های کمرشـکن سلامـت، یـکی از پایه‌هـای عدالـت در سلامـت و از الزامات تحقـق پوشـش همـگانی سلامـت اسـت. خانـواده‌ای کـه بـا بیمـاری یـکی از اعضـای خـود مواجـه می‌شـود، نبایـد همزمـان بـا یـک بحـران اقتصـادی نیـز دست‌وپنجه نـرم کنـد.تحقـق ایـن هـدف نیازمنـد مجموعـه‌ای هماهنـگ از اقدامـات اسـت: گسـترش پوشـش بیمـه‌ای، کاهـش پرداخـت از جیـب، حمایـت هدفمنـد از بیمـاران خـاص و صعب‌العـلاج، تقویـت مراقبت‌هـای اولیـه و پزشـک خانـواده و پایـش مسـتمر شـاخص‌های مـالی سلامـت.

در نهایـت، فلسـفه وجـودی بیمـه سلامـت را می‌تـوان در یـک مفهـوم مهـم خلاصـه کـرد: بیمـاری نبایـد بـه فقـر منجـر شـود. هـر انـدازه نظـام بیمـه‌ای بتوانـد ریسـک مـالی بیمـاری را بهتـر میـان جامعـه توزیـع کنـد و همزمـان بـا پیشـگیری و تشـخیص زودهنـگام از هزینه‌هـای قابـل اجتنـاب بکاهـد، یـک گام اسـاسی در مسـیر عدالـت و حفاظـت از سلامـت مـردم برداشـته خواهـد شـد.

سازمان بیمه سلامت ایران

خدمات روانپزشکی تحت پوشش 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 ایذایی و سلوک، اختلالات اعتیادی و سوء مصرف مواد، اختلالات عصب شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات پارافیلیک و سایر اختلالات روانی.

خدمات تحت پوشش



۱ روان درمانی فردی

با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی

۲ خانواده درمانی

خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی

۳ گروه درمانی

با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری، حمایتی به ازای هر نفر در گروههای ۸ تا ۱۲ نفره

۴ خدمات مشاوره

مراجعه اول به دکترای روان شناس بالینی

افراد صاحب صلاحیت برای تجویز و ارائه خدمت

- روانشناس بالینی (MDphd)
- روانپزشک
- دکترای تخصصی روانشناسی سلامت
- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی

۷۰ %

سهم پرداختی سازمان بیمه سلامت در بخش سرپایی جهت خدمات فوق معادل ۷۰ درصد تعرفه دولتی می باشد.

علاوه بر پوشش فوق در صورتیکه بیمه شدگان مشمول کاهش فرانشیز حمایتی و یا مزایای صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج و نادر باشند به تناسب بیماری میزان پوشش هزینه خدمات توسط سازمان بیمه سلامت افزایش می یابد.



زکیه احمدی
کارشناس اداره کل بیمه سلامت شهرکرد

سلامت روان؛ جایی که بیمه از هزینه درمان به سرمایه‌گذاری می‌رسد

نقش بیمه سلامت در گسترش دسترسی به خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی

سلامت روان در سال‌های اخیر از یک موضوع صرفاً تخصصی در حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی، به یکی از اولویت‌های مهم نظام‌های سلامت در جهان تبدیل شده است. دلیل این تغییر نگاه روشن است؛ اختلالات روانی تنها رنج فردی ایجاد نمی‌کنند، بلکه می‌توانند بر روابط خانوادگی، تحصیل، اشتغال، بهره‌وری نیروی انسانی و در نهایت اقتصاد و سرمایه اجتماعی جامعه اثر بگذارند. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به یک نفر از هر هفت نفر در جهان با نوعی اختلال روانی زندگی می‌کند و بخش قابل توجهی از افراد نیازمند، به خدمات مؤثر سلامت روان دسترسی کافی ندارند. افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی و اختلالات روان‌پریشی از جمله اختلالاتی هستند که در صورت تشخیص و درمان نشدن می‌توانند پیامدهای طولانی‌مدتی برای فرد، خانواده و جامعه به همراه داشته باشند.در ایران نیز سلامت روان با چالش‌های مشابهی روبه‌روست. در کنار ضرورت توسعه خدمات تخصصی، یکی از موانع مهم دسترسی به خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی، هزینه دریافت این خدمات است؛ موضوعی که اهمیت نقش بیمه‌های پایه را در کاهش پرداخت از جیب مردم دوچندان می‌کند.

وقتی هزینه، مانع درمان می‌شود

برخلاف بسیاری از خدمات درمانی، خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی در موارد زیادی به جلسات متعدد و پیگیری مستمر نیاز دارند. بنابراین حتی اگر هزینه هر جلسه به‌تنهایی قابل توجه نباشد، تداوم درمان می‌تواند بار مالی قابل ملاحظه‌ای برای فرد و خانواده ایجاد کند.در چنین شرایطی، پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان تنها یک حمایت مالی نیست؛ بلکه می‌تواند به معنای ایجاد امکان تداوم درمان باشد. فردی که به دلیل هزینه بالا درمان خود را نیمه‌کاره رها می‌کند، ممکن است با تشدید علائم و در

ادامه، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی بیشتری مواجه شود.از این منظر، کاهش پرداخت از جیب و ایجاد دسترسی عادلانه‌تر به خدمات سلامت روان، بخشی از مأموریت حفاظت مالی بیمه‌های پایه محسوب می‌شود.

گامی در مسیر تقویت پوشش بیمه‌ای سلامت روان

سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر با توسعه پوشش خدمات سلامت روان، گام‌هایی در جهت افزایش دسترسی بیمه‌شدگان به این خدمات برداشته است. خدماتی از جمله روان‌درمانی فردی، خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی و برخی خدمات مشاوره‌ای، در چارچوب ضوابط و مقررات سازمان در سبد خدمات تحت پوشش قرار گرفته‌اند.همچنین روان‌پزشکان و متخصصان واجد شرایط روان‌شناسی بالینی و سلامت، مطابق مقررات، امکان ارائه خدمات تحت پوشش بیمه سلامت را دارند.ابلاغ دستورالعمل خرید راهبردی خدمات روان‌درمانی از ابتدای سال ۱۴۰۲ نیز گامی در جهت تقویت جایگاه سلامت روان در سبد خدمات بیمه‌ای محسوب می‌شود. این رویکرد، خدماتی مانند ویزیت روان‌پزشکی، خدمات روان‌شناسی، جلسات روان‌درمانی، گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی را در چارچوب ضوابط مشخص وارد فرآیند خرید بیمه‌ای کرده است.تداوم و توسعه این مسیر می‌تواند به کاهش بخشی از موانع مالی دسترسی مردم به خدمات سلامت روان کمک کند.

سلامت روان؛ بخشی از سلامت عمومی

یکی از تغییرات مهم در نگاه امروز به سلامت روان، فاصله گرفتن از این تصور است که خدمات روان‌شناختی تنها برای افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی ضرورت دارد. سلامت روان بخشی از سلامت عمومی انسان است و مانند سایر ابعاد سلامت، پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع در آن اهمیت دارد.از این رو، آینده پوشش بیمه‌ای سلامت روان می‌تواند فراتر از تأمین هزینه درمان اختلالات موجود تعریف شود. توسعه خدمات غربالگری و تشخیص زودهنگام، تقویت خدمات سلامت روان در سطح مراقبت‌های اولیه، توجه ویژه به کودکان و نوجوانان، سالمندان، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله حوزه‌هایی است که می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های آینده مورد توجه قرار گیرد.همچنین توسعه خدمات سلامت روان در مناطق کم‌برخوردار و استفاده از ظرفیت خدمات غیرحضوری و دیجیتال می‌تواند به کاهش شکاف دسترسی میان مناطق مختلف کمک کند.

از خرید خدمت به خرید نتیجه

یکی از فرصت‌های مهم پیش‌روی سازمان بیمه سلامت، استفاده از داده‌های نسخه الکترونیک و پرونده سلامت برای شناخت بهتر الگوی مصرف خدمات سلامت روان است. تحلیل این داده‌ها می‌تواند به تصمیم‌گیری دقیق‌تر درباره میزان استفاده از خدمات، نیازهای گروه‌های مختلف و اثربخشی مداخلات کمک کند.در چنین شرایطی، بیمه‌گر می‌تواند به‌تدریج از صرفاً خرید خدمت به سمت خرید مبتنی بر نتیجه حرکت کند؛ یعنی منابع بیمه‌ای بیش از پیش به خدماتی اختصاص یابند که بتوانند به بهبود کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و شغلی و وضعیت عمومی سلامت بیمه‌شدگان منجر شوند.این تغییر نگاه، سلامت روان را از یک ردیف هزینه‌ای در نظام سلامت به حوزه‌ای برای سرمایه‌گذاری بلندمدت تبدیل می‌کند.

وقتی مراجعه به روان‌شناس طبیعی می‌شود

چشم‌انداز مطلوب آن است که مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک، مانند مراجعه برای سایر مشکلات جسمی، بخشی طبیعی از مراقبت سلامت تلقی شود؛ به‌گونه‌ای که نه هزینه، نه دشواری دسترسی و نه انگ اجتماعی، مانع دریافت خدمات مورد نیاز فرد نباشد.در چنین نگاهی، بیمه سلامت تنها هزینه درمان اختلالات روانی را کاهش نمی‌دهد؛ بلکه با حمایت از پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع، می‌تواند از شکل‌گیری پیامدهای سنگین‌تر اجتماعی و اقتصادی نیز جلوگیری کند. سلامت روان هزینه اضافی نظام سلامت نیست؛ سرمایه‌گذاری برای سلامت خانواده، بهره‌وری نیروی انسانی و سرمایه اجتماعی کشور است. نقش بیمه سلامت در سال‌های پیش‌رو می‌تواند این باشد که این سرمایه‌گذاری را از یک حمایت محدود درمانی، به سیاستی جامع برای حفاظت از سلامت روان جامعه تبدیل کند.



مریم محمدیان
کارشناس اداره اسناد پزشکی
بیمه سلامت استان خراسان شمالی

از پرداخت هزینه تا خرید هوشمند سلامت؛ مسیر تازه بیمه‌گری

نظـام بیمـه سلامـت دیگـر نمی‌توانـد صرفـاً در جایـگاه پرداخت‌کننـده هزینـه خدمـات درمـانی بـاقی بمانـد. افزایـش هزینه‌هـای سلامـت، توسـعه فناوری‌هـای تشـخیصی و درمـانی، تغییـر الگـوی بیماری‌هـا و افزایـش انتظـارات مـردم، ضـرورت عبـور از الگـوی سـنتی بیمه‌گـری و حرکـت بـه سـوی خریـد راهبـردی خدمـات سلامـت را بیـش از گذشـته آشـکار کـرده اسـت.در بیمه‌گـری سـنتی، بخـش مهـمی از توجـه بیمه‌گـر معطـوف بـه بـررسی اسـناد و پرداخـت هزینـه خدمـات اسـت؛ امـا در رویکـرد خریـد راهبـردی، پرسـش اساسـی تغییـر می‌کنـد. دیگـر تنهـا ایـن موضـوع مطـرح نیسـت کـه «چـه میـزان هزینـه پرداخـت شـده اسـت؟» بلکـه بایـد پرسـید ایـن هزینـه بـرای چـه خدمـتی، بـرای چـه بیمـاری، بـا چـه کیفیـتی و بـا چـه نتیجـه‌ای پرداخـت شـده اسـت.خرید راهبـردی بـه معنـای مدیریـت هوشـمند منابـع محـدود بـرای دسـتیابـی بـه بیشـترین ارزش، کیفیـت و اثربخـشی اسـت. در چنیـن رویکـردی، بیمه‌گـر تلاش می‌کنـد منابـع را بـه سـمت خدمـات ضـروری، مؤثـر و باکیفیـت هدایـت کنـد و در عیـن حـال از ایجـاد هزینه‌هـای غیرضـروری جلوگیـری نمایـد.

داده؛ زیرساخت تصمیم‌گیری هوشمند

یـکی از مهم‌تریـن الزامـات ایـن تحـول، اسـتفاده هدفمنـد از داده‌هـای سلامـت اسـت. نسـخه‌های الکترونیـک، اسـناد پزشـکی، سـوابق خدمـات، الگوهـای تجویـز پزشـکان و اطلاعـات هزینه‌هـای درمـانی، تنهـا مجموعـه‌ای از اطلاعـات ثبت‌شـده نیستنـد؛ بلکـه می‌تواننـد بـه ابـزاری بـرای شـناخت رفتارهـای درمـانی و تصمیم‌گیـری دقیق‌تـر تبدیـل شـوند.تحلیل ایـن داده‌هـا می‌توانـد الگوهـای غیرمتعـارف در تجویـز و مصـرف خدمـات را شناسـایی کنـد و بـه بیمه‌گـر امـکان دهـد پیـش از آنکـه هزینه‌هـای غیرضـروری بـه تعهـد مـالی تبدیـل شـوند، بـرای اصلاح یـا مدیریـت آنهـا مداخلـه کنـد.از ایـن منظـر،

نظارت نیز باید از یک فرآیند عمدتاً پسینی و مبتنی بر بررسی اسناد، به نظارتی هوشمند، مستمر و پیشگیرانه تبدیل شود؛ نظارتی که به جای تمرکز صرف بر کنترل هزینه‌های ایجادشده، بتواند از شکل‌گیری هزینه‌های غیرضروری جلوگیری کند.

کنترل هزینه، بدون کاهش کیفیت



با این حال، خرید راهبردی را نباید با صرفه‌جویی به هر قیمت یکسان دانست. کاهش هزینه زمانی ارزشمند است که به کاهش کیفیت خدمات یا محدود شدن دسترسی بیمه‌شدگان منجر نشود.هدف اصلی، افزایش ارزش در برابر منابع مصرف‌شده است؛ یعنی بیمه‌شده خدمت مناسب را از ارائه‌دهنده مناسب، در زمان مناسب و با کیفیت مطلوب دریافت کند. بنابراین، مدیریت هزینه باید در کنار کیفیت، اثربخشی و عدالت در دسترسی تعریف شود.تحقق چنین رویکردی بدون همکاری و ارتباط مؤثر میان بیمه‌گر، پزشکان، مؤسسات طرف قرارداد و بیمه‌شدگان نیز امکان‌پذیر نیست. پزشک باید اطمینان داشته باشد که تحلیل و پایش تجویزها با هدف محدود کردن اختیار حرفه‌ای او انجام نمی‌شود، بلکه به دنبال حمایت از تجویز منطقی و استفاده بهینه از منابع است. بیمه‌شده نیز باید بداند که مدیریت هزینه‌ها در نهایت با هدف صیانت از منابع و حفظ حقوق او صورت می‌گیرد.

بیمه‌گر آینده؛ خریدار هوشمند سلامت

گذار از بیمه‌گری سنتی به خرید راهبردی خدمات سلامت، یک تغییر صرفاً فنی یا فناورانه نیست؛ بلکه تغییری در نگاه به نقش و مسئولیت بیمه‌گر است. داده دقیق، سامانه‌های یکپارچه، تحلیل مستمر، نظارت هوشمند و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، اجزای اصلی این مسیر هستند.اگر منابع بیمه‌ای را سرمایه‌ای متعلق به مردم بدانیم، مدیریت هوشمند این منابع وظیفه‌ای فراتر از پرداخت به‌موقع هزینه‌هاست. خرید راهبردی می‌تواند به بیمه‌گر کمک کند تا منابع را به سمت خدمات اثربخش هدایت کرده، از هزینه‌های غیرضروری پیشگیری کند و همزمان کیفیت خدمات و دسترسی عادلانه بیمه‌شدگان را مورد توجه قرار دهد. بیمه‌گری آینده، صرفاً پرداخت‌کننده هزینه درمان نیست؛ بلکه خریدار و مدیری هوشمند برای هدایت منابع به سوی سلامت بهتر مردم است.



شهربانو فرهبد
کارشناس اداره اسناد پزشکی
بیمه سلامت استان خراسان شمالی

جمعیت؛ مسئله‌ای فراتر از قانون

یکی از مهم‌ترین و در عین حال بحث‌برانگیزترین سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی ایران در سال‌های اخیر، موضوع حمایت از خانواده و جوانی جمعیت است؛ سیاستی که در واکنش به روند نزولی نرخ باروری و نگرانی از پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و حتی امنیتی سال‌های آینده کشور شکل گرفته است.کاش این زنگ خطر سال‌ها پیش به صدا درآمده بود. امروز اما با نسلی مواجهیم که سبک زندگی، اولویت‌ها و دغدغه‌هایش با الگوهای سنتی خانواده‌سازی تفاوت‌های جدی پیدا کرده است. تمرکز بر تحصیل، اشتغال، استقلال فردی، مهاجرت و تلاش برای دستیابی به ثبات اقتصادی، تصمیم جوانان برای ازدواج و فرزندآوری را بیش از گذشته تحت تأثیر قرار داده است.

در چنین شرایطی، به نظر می‌رسد امنیت اقتصادی، پیش‌نیاز هر سیاست جمعیتی موفق است. صرف ارائه چند میلیون تومان تسهیلات یا کمک‌هزینه، نمی‌تواند به تنهایی جوانی را که با دغدغه مسکن، اشتغال، تورم و هزینه‌های روزمره زندگی مواجه است، به ازدواج و فرزندآوری ترغیب کند. وقتی آینده اقتصادی برای یک زوج جوان قابل پیش‌بینی نیست، تصمیم برای داشتن فرزند نیز به تصمیمی دشوار و پرریسک تبدیل می‌شود.از سوی دیگر، مسئله سن نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. سال‌های مناسب باروری محدود است و افزایش سن می‌تواند احتمال برخی مشکلات باروری و عوارض بارداری را افزایش دهد.

بنابراین، سیاست جمعیتی باید به‌گونه‌ای طراحی شود که جوانان بتوانند در کنار تحصیل و اشتغال، در زمان مناسب و با اطمینان بیشتر برای تشکیل خانواده و فرزندآوری تصمیم بگیرند؛ نه اینکه رسیدن به ثبات اقتصادی، آن‌قدر به تأخیر بیفتد که فرصت‌های طبیعی فرزندآوری محدود شود.من به شخصه زمانی که استخدام شدم، با شعار «زندگی بهتر با فرزند کمتر» وارد عرصه کار شدم؛ شعاری که در آن سال‌ها، بخشی از سیاست‌های جمعیتی کشور را شکل می‌داد. خاطره‌ای از همان سال‌ها هنوز در ذهنم مانده



است؛ سال ۱۳۷۷ که برای تولد چهارمین فرزند خواهرم، حتی کوپن نوزاد نیز اختصاص پیدا نمی‌کرد. این خاطره، به‌خوبی نشان می‌دهد که سیاست‌های جمعیتی تا چه اندازه می‌توانند در طول زمان تغییر کنند.

امروز اما شرایط متفاوت است. سیاست‌گذاری جمعیتی نیازمند نگاهی متوازن است؛ نه بازگشت به الگوی «فرزند بیشتر» به هر قیمت و نه تأکید بر کاهش جمعیت، بلکه فراهم کردن شرایطی که خانواده‌ها بتوانند تعداد مناسب فرزند را با انتخابی آگاهانه و بدون فشار اقتصادی داشته باشند.در این میان، حمایت از زوج‌هایی که با ناباروری مواجه‌اند نیز بخشی مهم از سیاست‌های جمعیتی است. گسترش چتر حمایت بیمه‌ای از خدمات درمان ناباروری و کاهش پرداخت از جیب زوجین می‌تواند دسترسی عادلانه‌تر آنان به خدمات درمانی را فراهم کند. بر اساس ضوابط مربوط، زوج‌های واجد شرایط می‌توانند پس از طی فرایندهای قانونی و تشخیصی، از خدمات مراکز مجاز درمان ناباروری دولتی و خصوصی بهره‌مند شوند.وجود این حمایت‌ها، به‌ویژه زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که خدمات درمان ناباروری تنها در چند مرکز محدود متمرکز نباشد و زوج‌ها در استان‌ها و شهرستان‌های مختلف کشور بتوانند به خدمات مورد نیاز خود دسترسی داشته باشند.

مراجعه به ادارات بیمه سلامت در سراسر کشور نیز می‌تواند مسیر دریافت اطلاعات و بهره‌مندی از حمایت‌های بیمه‌ای را برای بیمه‌شدگان تسهیل کند.در نهایت، سیاست جمعیتی را نمی‌توان صرفاً با قانون، تسهیلات یا مشوق‌های مالی پیش برد. خانواده برای تصمیم به فرزندآوری، بیش از هر چیز به امنیت، امید و چشم‌انداز روشن از آینده نیاز دارد. اشتغال پایدار، مسکن قابل دسترس، کنترل هزینه‌های زندگی، حمایت‌های اجتماعی و بیمه‌ای و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، اجزای به‌هم‌پیوسته یک سیاست جمعیتی پایدار هستند.

امید آنکه با ایجاد ثبات اقتصادی و کاهش هزینه‌های زندگی، جوانان با آرامش و اطمینان بیشتری به ازدواج و تشکیل خانواده بیندیشند و ایران عزیز، به جای صرفاً «جمعیت بیشتر»، از جمعیتی جوان، سالم، پویا، خلاق و بانشاط برخوردار باشد؛ جمعیتی که بتواند چرخ آبادانی و پیشرفت ایران را به حرکت درآورد.به امید آینده‌ای درخشان برای ایران آباد، زنده و پایدار



اصغر حسینعلی‌فرد
مسئول روابط عمومی بیمه سلامت استان البرز
کارشناس بیمه‌گری و درآمد

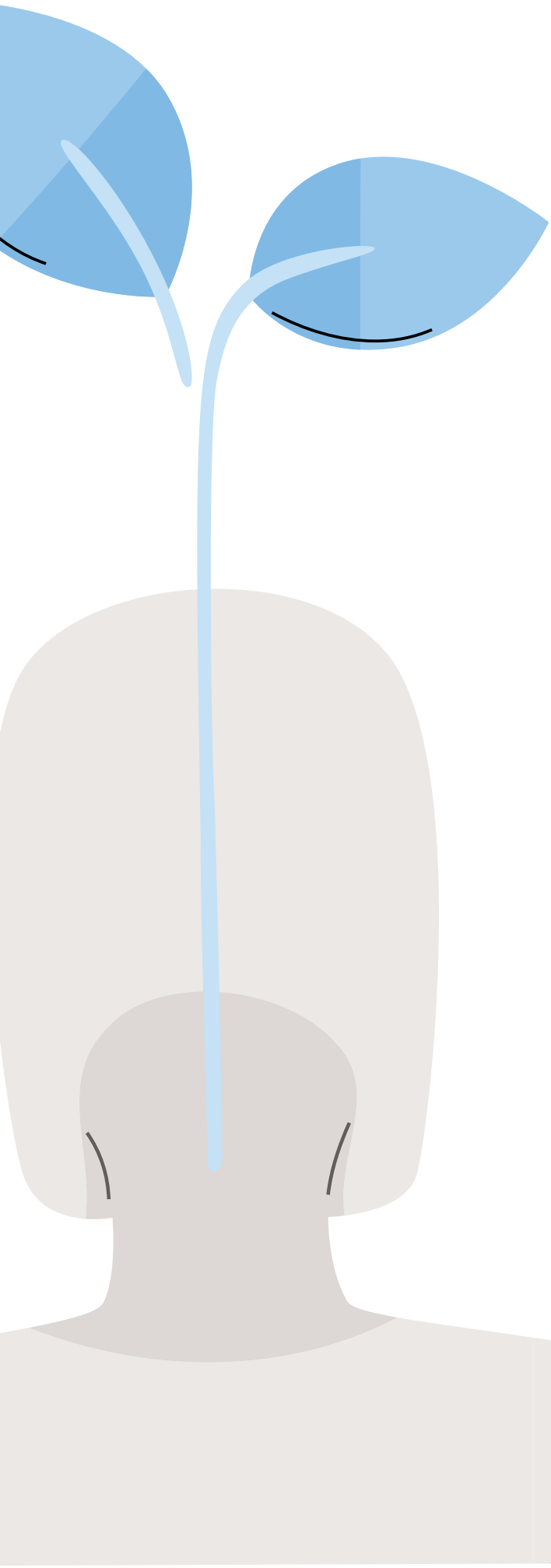
سواد بیمه‌ای؛ حلقه گمشده در مسیر سلامت شهروندان

وقتی شناخت حقوق بیمه‌ای، بخشی از مراقبت از سلامت است

وقتی از «سواد سلامت» سخن می‌گوییم، معمولاً آگاهی از تغذیه سالم، پیشگیری از بیماری‌ها و نحوه استفاده صحیح از خدمات درمانی به ذهن می‌رسد؛ اما بخشی از تصمیم‌های مؤثر بر سلامت، پیش از مراجعه به پزشک و حتی پیش از مواجهه با بیماری، در میزان شناخت افراد از حقوق و پوشش‌های بیمه‌ای آنان شکل می‌گیرد. از این منظر، «سواد بیمه‌ای» را باید یکی از مؤلفه‌های مهم سواد سلامت دانست.سواد بیمه‌ای به زبان ساده، یعنی فرد بداند بیمه درمانی او چه خدماتی را پوشش می‌دهد، چه محدودیت‌ها و استثناهایی دارد، تفاوت بیمه پایه و تکمیلی چیست و در زمان دریافت خدمت یا بروز مشکل، از چه مسیر و مراجعی باید پیگیری کند. این آگاهی می‌تواند نقش مهمی در انتخاب آگاهانه مسیر درمان و مدیریت هزینه‌های سلامت داشته باشد.

ناآگاهی؛ هزینه‌ای فراتر از یک مسئله اداری

داشتن دفترچه یا پوشش بیمه‌ای، لزوماً به معنای بهره‌مندی کامل از مزایای آن نیست. گاهی فرد به دلیل ناآگاهی از حقوق بیمه‌ای خود، خدمت را در مسیری دریافت می‌کند که هزینه بیشتری برای او به همراه دارد یا اساساً به دلیل تصور نادرست از هزینه‌های درمان، مراجعه به پزشک را به تعویق می‌اندازد.در چنین شرایطی، ضعف سواد بیمه‌ای تنها یک مسئله اداری نیست؛ بلکه می‌تواند بر رفتار سلامت افراد نیز اثر بگذارد. تأخیر در مراجعه، استفاده نکردن از خدمات تحت پوشش و پرداخت هزینه‌های غیرضروری، در نهایت هم خانوار و هم نظام سلامت را با هزینه‌های بیشتری مواجه می‌کند.



سواد بیمه‌ای و عدالت در سلامت

اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می‌شود که بدانیم همه شهروندان به یک اندازه به اطلاعات بیمه‌ای دسترسی ندارند. سالمندان، خانوارهای کم‌درآمد، ساکنان مناطق روستایی و افرادی که دسترسی محدودتری به منابع اطلاعاتی دارند، ممکن است بیش از دیگران در معرض پیچیدگی‌های فرایندهای بیمه‌ای قرار گیرند.اگر شهروندی از پوشش‌های بیمه‌ای خود اطلاع نداشته باشد یا نتواند مسیر دریافت خدمت را به‌درستی تشخیص دهد، صرف داشتن پوشش بیمه‌ای الزاماً به معنای دسترسی عادلانه او به خدمات سلامت نخواهد بود. بنابراین، ارتقای سواد بیمه‌ای می‌تواند بخشی از مسیر تحقق عدالت در سلامت باشد.

پیچیدگی اطلاعات؛ مانعی برای استفاده از حق بیمه

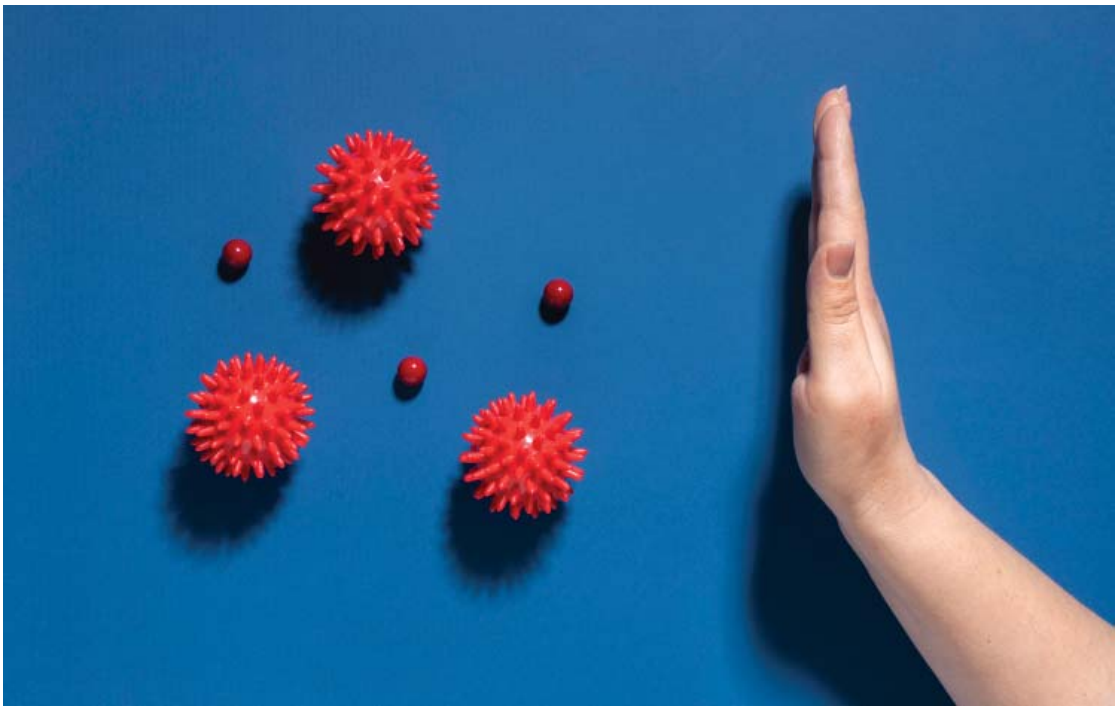
تنوع صندوق‌ها و شرکت‌های بیمه‌ای، تفاوت میان بیمه‌های پایه و تکمیلی، تغییرات در تعرفه‌ها و ضوابط پوشش خدمات و همچنین وجود فرایندهای مختلف برای دریافت برخی خدمات، موجب شده است درک وضعیت بیمه‌ای برای بسیاری از شهروندان ساده نباشد.در چنین شرایطی، صرف انتشار اطلاعات کافی نیست. اطلاعات بیمه‌ای زمانی اثربخش خواهد بود که ساده، شفاف، به‌روز و متناسب با نیاز مخاطب ارائه شود. شهروند باید بتواند در کوتاه‌ترین زمان پاسخ پرسش‌های اساسی خود را پیدا کند: چه خدمتی تحت پوشش است؟ کجا می‌توانم آن را دریافت کنم؟ چه میزان از هزینه بر عهده بیمه و چه میزان بر عهده من است؟ و در صورت بروز مشکل، از چه مسیری باید پیگیری کنم؟

از اطلاع‌رسانی تا توانمندسازی

ارتقای سواد بیمه‌ای، مسئولیتی فراتر از یک سازمان یا یک نهاد است و نیازمند همکاری مجموعه‌ای از بازیگران نظام سلامت است. سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند با ساده‌سازی پیام‌ها، توسعه ابزارهای اطلاع‌رسانی و ارائه خدمات غیرحضوری، دسترسی شهروندان به اطلاعات را آسان‌تر کنند.نظام ارائه خدمات سلامت نیز می‌تواند از ظرفیت پزشکان خانواده، مراکز بهداشتی و کارکنان سلامت برای آگاهی‌بخشی به بیمه‌شدگان استفاده کند. از سوی دیگر، مدارس، دانشگاه‌ها و رسانه‌ها نیز می‌توانند در شکل‌گیری نگرشی صحیح نسبت به بیمه درمانی و حقوق بیمه‌شدگان نقش داشته باشند.در این میان، رسانه‌ها و فضای مجازی ظرفیت مهمی برای تبدیل مفاهیم پیچیده بیمه‌ای به محتوای ساده و کاربردی دارند؛ البته به شرط آنکه اطلاع‌رسانی دقیق، مسئولانه و مبتنی بر مقررات روز باشد.

سخن پایانی

سلامت شهروندان تنها به کیفیت پزشک، بیمارستان و دارو وابسته نیست؛ توانایی فرد برای شناخت و استفاده از حقوق خود نیز بخشی از مسیر سلامت است. سواد بیمه‌ای می‌تواند فاصله میان «داشتن پوشش بیمه» و «بهره‌مندی واقعی از آن» را کاهش دهد و به شهروندان کمک کند در زمان نیاز، انتخاب آگاهانه‌تر و کم‌هزینه‌تری داشته باشند. از این منظر، سرمایه‌گذاری بر سواد بیمه‌ای را باید بخشی از سرمایه‌گذاری در سلامت جامعه دانست؛ سرمایه‌گذاری‌ای که می‌تواند هم از هزینه‌های غیرضروری خانوارها بکاهد و هم زمینه استفاده مؤثرتر از ظرفیت‌های نظام بیمه‌ای و درمانی کشور را فراهم کند.





محترم احمدی‌فرد
مسئول روابط عمومی و کارشناس ارشد
روان‌شناسی

بیمه سلامت؛ حلقه پیوند درمان جسم و روان

سلامت واقعی زمانی محقق می‌شود که درمان جسم از سلامت روان جدا نباشد؛ در این میان، بیمه سلامت می‌تواند با توسعه پوشش خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی، حلقه‌های درمان را به یکدیگر متصل و دسترسی عادلانه‌تر بیمه‌شدگان به خدمات سلامت روان را فراهم کند.سلامت روان، بخش جدایی‌ناپذیر سلامت انسان است؛ اما در بسیاری از موارد، توجه به آن زمانی جدی می‌شود که مشکلات روان‌شناختی بر زندگی فرد، روابط خانوادگی، عملکرد اجتماعی و حتی روند درمان بیماری‌های جسمی اثر گذاشته باشد.

مشکلات روان‌شناختی درمان‌نشده تنها یک مسئله فردی نیستند. کاهش عملکرد و بهره‌وری، آسیب به روابط خانوادگی و اجتماعی و افزایش نیاز به خدمات تخصصی‌تر و پرهزینه‌تر، می‌تواند هزینه‌های قابل توجهی را به فرد، خانواده و نظام سلامت تحمیل کند. از این منظر، توسعه پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان، صرفاً یک حمایت رفاهی نیست؛ بلکه بخشی از سیاست پیشگیری، حفاظت مالی از بیمه‌شدگان و خرید راهبردی خدمات سلامت به شمار می‌رود.

بیمه سلامت با انعقاد قرارداد با روان‌شناسان، گام مهمی برای فراهم کردن امکان دسترسی بیمه‌شدگان به این خدمات برداشته است؛ با این حال، همچنان میان پوشش بیمه‌ای و دسترسی واقعی افراد به خدمات فاصله وجود دارد. پایین بودن جذابیت اقتصادی قراردادها برای برخی ارائه‌دهندگان، فرایندهای اداری، تأخیر در پرداخت مطالبات، محدودیت تعرفه‌ها و ضرورت تقویت ارزیابی اثربخشی خدمات، از جمله موضوعاتی است که می‌تواند بر مشارکت ارائه‌دهندگان و میزان استفاده بیمه‌شدگان اثرگذار باشد.از سوی دیگر، سلامت روان را نمی‌توان از درمان بیماری‌های جسمی جدا کرد. برای بسیاری از بیماران، به‌ویژه مبتلایان به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، درمان مؤثر تنها با دارو و اقدامات پزشکی کامل نمی‌شود. اضطراب، افسردگی،

ترس از عود بیماری، اختلال سازگاری، کاهش کیفیت زندگی و فرسودگی مراقبان، بخشی از چالش‌هایی است که این بیماران و خانواده‌های آنان ممکن است با آن مواجه شوند.

در چنین شرایطی، خدمات روان‌پزشکی هرچند ضروری است، اما در بسیاری از موارد به تنهایی پاسخگوی همه نیازهای سلامت روان بیمار نیست. روان‌شناسی و روان‌درمانی نیز باید در کنار درمان پزشکی، به عنوان بخشی از زنجیره مراقبت جامع مورد توجه قرار گیرد.این موضوع در مورد بیماران خاص و صعب‌العلاج اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. اگرچه خدمات روان‌پزشکی در بسته خدمتی این بیماران پیش‌بینی شده است، توجه به خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی متناسب با نیاز آنان می‌تواند گام دیگری برای تکمیل این بسته و حرکت به سوی مراقبت جامع‌تر باشد.ماهیت مزمن و فرساینده بسیاری از بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، بیمار و خانواده او را برای مدت طولانی در معرض فشارهای جسمی، روانی و اقتصادی قرار می‌دهد. در چنین شرایطی، محدود بودن پوشش بیمه‌ای روان‌درمانی می‌تواند پرداخت از جیب را افزایش داده و در برخی موارد، زمینه تأخیر یا قطع درمان را فراهم کند.

نوجوانان و سالمندان نیز از گروه‌هایی هستند که در سیاست‌گذاری سلامت روان نیازمند توجه ویژه‌اند. نوجوانی دوره‌ای حساس از رشد جسمی، روانی و اجتماعی است و مشکلات این دوره می‌تواند بر مسیر آینده زندگی فرد اثرگذار باشد. سالمندان نیز، به‌ویژه در صورت ابتلا به بیماری‌های مزمن، ممکن است با مسائلی همچون انزوای اجتماعی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی مواجه شوند. بنابراین، پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان باید متناسب با نیازهای گروه‌های مختلف جمعیتی طراحی و توسعه پیدا کند.

تکمیل پوشش بیمه‌ای؛ یک ضرورت

یکی از پیشنهادهای قابل بررسی، تعریف «بسته حمایتی خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی» به عنوان مکمل بسته موجود بیماران خاص و صعب‌العلاج و ورود رسمی آن به نظام خرید خدمات بیمه‌ای است.این بسته می‌تواند خدماتی همچون ارزیابی روان‌شناختی، روان‌درمانی فردی و خانوادگی، مداخلات بحران، آموزش و حمایت از مراقبان و در موارد لازم، خدمات مرتبط با سوگ و مراقبت تسکینی را دربرگیرد. همچنین تعهد بیمه‌ای بهتر است صرفاً به سقف ثابتی از جلسات محدود نشود و تعداد جلسات و استمرار پوشش، با توجه به ارزیابی تخصصی، شدت بیماری، وضعیت روانی فرد و مرحله درمان تعیین و در صورت نیاز تمدید شود.

در کنار آن، می‌توان برای نوجوانان و سالمندان مسیرهای حمایتی متناسب با نیازهای آنان تعریف کرد و برای گروه‌های دارای ریسک بالاتر، سطح پوشش بیمه‌ای مناسب‌تری در نظر گرفت.البته توسعه پوشش بیمه‌ای زمانی اثربخش خواهد بود که سازوکار خرید خدمت نیز متناسب با آن اصلاح شود. قرارداد با روان‌شناسان باید با تعرفه‌های منصفانه، پرداخت به‌موقع مطالبات، ثبت الکترونیک خدمات و مسیر ارجاع ساده و قابل دسترس همراه باشد تا هم مشارکت ارائه‌دهندگان افزایش یابد و هم بیمه‌شدگان بتوانند بدون موانع پیچیده از خدمات مورد نیاز خود استفاده کنند.

از سوی دیگر، ارزیابی مستمر اثربخشی این خدمات نیز ضروری است. شاخص‌هایی مانند تداوم درمان، میزان کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رضایت بیماران، دسترسی واقعی به خدمات و بهبود کیفیت زندگی می‌تواند در ارزیابی عملکرد این پوشش مورد توجه قرار گیرد.در نهایت، سلامت روان نباید در حاشیه درمان بیماری‌های جسمی قرار گیرد. بیمه سلامت می‌تواند با توسعه و هدفمند کردن پوشش خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی، نقش مهمی در تکمیل زنجیره درمان و کاهش بار اقتصادی و روانی بیماری‌ها ایفا کند.

اگر هدف نظام سلامت، مراقبت از انسان به عنوان یک موجود دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است، پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان نیز باید متناسب با نیاز واقعی جامعه توسعه یابد؛ چرا که درمان جسم بدون توجه به روان، در بسیاری از موارد درمانی ناتمام است و بیمه سلامت می‌تواند حلقه پیوند این دو باشد.



غلامرضا قاسم‌پور
معاون توسعه مدیریت و منابع
اداره کل بیمه سلامت استان بوشهر

یک نظام بیمه پایه، یک مسیر؛ همگرایی صندوق‌ها ضرورت یا رویا؟

تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و تفاوت در منابع، تعهدات و سطح پوشش، یکی از چالش‌های مهم نظام بیمه پایه سلامت است؛ چالشی که ضرورت حرکت به سمت همگرایی و کاهش شکاف میان بیمه‌شدگان را بیش از گذشته مطرح کرده است. نظام بیمه پایه سلامت زمانی می‌تواند به معنای واقعی کلمه در خدمت عدالت قرار گیرد که نوع صندوق بیمه‌ای، تعیین‌کننده میزان دسترسی افراد به خدمات ضروری سلامت نباشد.

با این حال، وجود صندوق‌های متعدد با تفاوت‌هایی در منابع مالی، جمعیت تحت پوشش، تعهدات قانونی و نحوه خرید و ارائه خدمات، می‌تواند زمینه‌ساز تفاوت در سطح برخورداری بیمه‌شدگان و شکل‌گیری احساس نابرابری در جامعه شود.عدالت در سلامت به این معناست که نیاز افراد به خدمات سلامت، بیش از جایگاه بیمه‌ای آنان تعیین‌کننده میزان برخورداری‌شان از خدمات ضروری باشد. از این منظر، همگرایی صندوق‌های بیمه‌ای می‌تواند یکی از مسیرهای مهم برای کاهش نابرابری و حرکت به سمت دسترسی عادلانه‌تر به خدمات سلامت باشد.البته سخن گفتن از تجمیع صندوق‌ها آسان‌تر از اجرای آن است. تجمیع، صرفاً به معنای ادغام چند ساختار اداری یا سازمانی نیست؛ بلکه فرآیندی پیچیده است که باید در آن تفاوت منابع، مصارف، تعهدات، قوانین، گروه‌های تحت پوشش و حتی سازوکارهای مدیریتی صندوق‌ها به دقت مورد توجه قرار گیرد.

هرگونه تصمیم شتاب‌زده در این زمینه می‌تواند به جای حل مسئله، چالش‌های جدیدی ایجاد کند.به همین دلیل، شاید همگرایی مرحله‌ای واقع‌بینانه‌تر از یک ادغام دفعی باشد. می‌توان در نخستین گام، استانداردهای حداقلی و مشترکی برای بسته خدمات پایه تعریف کرد؛ سپس با ایجاد سازوکارهای هماهنگ در خرید خدمات، ارزیابی عملکرد، تبادل اطلاعات و



مدیریت منابع، فاصله میان صندوق‌ها را به تدریج کاهش داد.در این میان، اطلاعات و داده‌های بیمه‌ای نقشی تعیین‌کننده دارند. ایجاد یک تصویر جامع و دقیق از وضعیت بیمه‌ای هر فرد می‌تواند از همپوشانی‌های بیمه‌ای و موازی‌کاری جلوگیری کند و امکان مدیریت بهتر منابع و تصمیم‌گیری دقیق‌تر را فراهم آورد.

همچنین، داشتن اطلاعات یکپارچه می‌تواند جابه‌جایی افراد میان صندوق‌ها و استمرار پوشش بیمه‌ای آنان را تسهیل کند.اما هیچ اصلاح ساختاری بدون توجه به پایداری مالی نمی‌تواند موفق باشد. تجمیع یا همگرایی صندوق‌ها، به خودی خود منابع جدید ایجاد نمی‌کند و اگر همزمان با اصلاح منابع، مصارف، روش‌های خرید خدمت و مدیریت هزینه‌ها همراه نباشد، صرفاً تغییر شکل ساختار موجود خواهد بود.

از سوی دیگر، در هرگونه اصلاح نظام بیمه‌ای، حقوق و منافع بیمه‌شدگان باید در مرکز تصمیم‌گیری قرار داشته باشد. هدف نهایی اصلاحات، نباید صرفاً کوچک‌تر یا بزرگ‌تر شدن ساختارهای سازمانی باشد؛ بلکه باید ارتقای کیفیت خدمت، کاهش نابرابری، افزایش شفافیت و دسترسی عادلانه‌تر مردم به خدمات سلامت باشد.بنابراین، شاید پرسش اصلی این نباشد که «آیا تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای ممکن است؟» بلکه پرسش مهم‌تر این است که «چگونه می‌توان با کمترین هزینه اجتماعی و اجرایی، بیشترین همگرایی را در نظام بیمه پایه ایجاد کرد؟»پاسخ به این پرسش، نیازمند گفت‌وگوی مستمر میان دستگاه‌های مرتبط، بررسی دقیق تجربه‌های گذشته، استفاده از داده‌های واقعی، توجه به تفاوت‌های موجود میان صندوق‌ها و طراحی یک نقشه راه مرحله‌ای است.

همگرایی صندوق‌های بیمه‌ای، اگر با برنامه‌ریزی، تدریج، گفت‌وگوی بین‌دستگاهی و رعایت حقوق بیمه‌شدگان دنبال شود، می‌تواند از یک پروژه صرفاً اداری فراتر رفته و به گامی بنیادین برای تحقق عدالت، شفافیت و پایداری در نظام بیمه پایه سلامت کشور تبدیل شود.



هادی هنری
رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان نهبندان

وقتی بحران از راه می‌رسد؛ بیمه سلامت، پشتوانه تاب‌آوری جامعه

بحـران، بخـشی از واقعیـت زنـدگی جوامـع انسـانی اسـت؛ از زلزلـه و سـیل و خشکسـالی گرفتـه تـا بیماری‌هـای فراگیـر و پاندمی‌هـا. بحران‌هـا معمـولاً بـدون اعلام قبـلی از راه می‌رسـند، امـا پیامدهـای آنهـا می‌توانـد ماه‌هـا و حـتی سال‌ها ادامـه داشـته باشـد و هم‌زمـان سلامـت، اقتصـاد و امنیـت اجتمـاعی مـردم را تحـت تأثیـر قـرار دهـد.در چنیـن شـرایطی، آنچـه یـک جامعـه را در برابـر پیامدهـای بحـران مقاوم‌تـر می‌کنـد، تنهـا امکانـات امـدادی یـا ظرفیت‌هـای درمـانی نیسـت؛ بلکـه تـاب‌آوری مجموعـه نظام‌هایـی اسـت کـه بایـد در شـرایط دشـوار همچنـان بـه فعالیـت خـود ادامـه دهنـد. نظـام سلامـت یـکی از مهم‌تریـن ایـن نظام‌هاسـت و بیمـه سلامـت نیـز در ایـن میـان، نقـشی فراتـر از پرداخـت هزینه‌هـای درمـان بـر عهـده دارد؛ نقـشی در حفاظـت مـالی از مـردم، حمایـت از تـداوم خدمـات سلامـت و تقویـت عدالـت در دسـترسی.

مسئولیت اجتماعی؛ فراتر از پرداخت هزینه درمان

بیمـه در مفهـوم سـنتی، سـازوکاری بـرای انتقـال و مدیریـت ریسـک اسـت؛ امـا در حـوزه سلامـت، ایـن مفهـوم ابعـاد اجتمـاعی گسـترده‌تری پیـدا می‌کنـد. بیمـاری و آسـیب جسـمی حتی در شـرایط عـادی می‌توانـد هزینه‌هـای قابـل توجـهی بـه خانـوار تحمیـل کنـد. در زمـان بحـران، هنـگامی کـه ممکـن اسـت درآمـد خانـوار کاهـش یابـد و هم‌زمـان نیـاز بـه خدمـات سلامـت افزایـش پیـدا کنـد، ایـن فشـار مضاعـف می‌شـود.در چنیـن شـرایطی، بیمـه سلامـت می‌توانـد بـا کاهـش سـهم پرداخـت مسـتقیم مـردم، مانـع از آن شـود کـه یـک مـشکل سلامـت بـه یـک بحـران اقتصـادی بـرای خانـواده تبدیـل شـود. بـه همیـن دلیـل، حفاظـت مـالی در برابـر هزینه‌هـای سلامـت را بایـد یـکی از مؤلفه‌هـای مهـم عدالـت اجتمـاعی و پوشـش همـگانی سلامـت دانسـت.

سه نقش کلیدی بیمه سلامت در زمان بحران

نخست؛ حفاظت مالی از خانوارهادر شرایط بحرانی، خانوارها ممکن است با کاهش درآمد و افزایش هزینه‌های ضروری مواجه شوند. پوشش مناسب بیمه‌ای می‌تواند بخشی از هزینه‌های درمان را پوشش دهد و به خانواده‌ها کمک کند برای تأمین خدمات ضروری سلامت، ناچار به مصرف پس‌انداز، فروش دارایی‌ها یا چشم‌پوشی از سایر نیازهای اساسی خود نشوند.دوم؛ کمک به تداوم فعالیت نظام سلامتبیمه سلامت تنها در برابر بیمه‌شده مسئولیت ندارد؛ بلکه بخشی از سازوکار مالی نظام سلامت نیز محسوب می‌شود. پرداخت هزینه خدمات خریداری‌شده از مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات، به استمرار فعالیت آنها کمک می‌کند. این موضوع در شرایط بحرانی که فشار بر مراکز درمانی افزایش می‌یابد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.تداوم جریان منابع مالی می‌تواند به حفظ ظرفیت ارائه خدمات و استمرار خدمات ضروری در شرایط اضطراری کمک کند.سوم؛ تقویت عدالت در دسترسی به خدمات سلامتبحران‌ها معمولاً تأثیر یکسانی بر همه افراد جامعه ندارند. خانوارهای کم‌درآمد، سالمندان، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر ممکن است با موانع بیشتری برای دریافت خدمات سلامت مواجه شوند.یک نظام بیمه سلامت کارآمد باید تلاش کند دسترسی به خدمات ضروری، تا حد امکان، به توانایی مالی افراد وابسته نباشد. در این نگاه، افراد باید بر اساس نیاز سلامت خود از خدمات بهره‌مند شوند، نه صرفاً بر اساس قدرت پرداخت.

بیمه سلامت؛ بخشی از شبکه ایمنی اجتماعی

اگر بیمه سلامت را صرفاً نهادی برای پرداخت هزینه‌های درمان بدانیم، بخش مهمی از کارکرد آن را نادیده گرفته‌ایم. نگاه اجتماعی به بیمه سلامت، این نهاد را یکی از اجزای شبکه ایمنی اجتماعی می‌داند؛ نهادی که از یک سو از خانوارها در برابر پیامدهای مالی بیماری محافظت می‌کند و از سوی دیگر، با تأمین مالی خدمات، به حفظ ظرفیت نظام سلامت کمک می‌رساند.از این منظر، عملکرد بیمه سلامت در زمان بحران را نمی‌توان تنها با تعداد پرونده‌های پرداخت‌شده یا میزان هزینه‌های پوشش داده‌شده سنجید. پرسش مهم‌تر این است که آیا خانوارها توانسته‌اند در شرایط دشوار، خدمات ضروری سلامت را بدون تحمل فشار مالی شدید دریافت کنند و آیا نظام سلامت توانسته است ظرفیت ارائه خدمات حیاتی خود را حفظ کند؟

تاب‌آوری از روزهای آرام ساخته می‌شود

بحران‌های ملی، آزمونی جدی برای تاب‌آوری جوامع هستند؛ اما تاب‌آوری را نمی‌توان در روز وقوع بحران ایجاد کرد. زیرساخت‌های مالی، اطلاعاتی و اجرایی باید در زمان آرامش تقویت شوند تا در زمان بحران بتوانند کارکرد خود را حفظ کنند.سلامت مردم و امنیت اقتصادی خانوارها نیز از یکدیگر جدا نیستند. یک بیماری یا حادثه می‌تواند هم‌زمان سلامت فرد، درآمد خانواده و آینده اقتصادی آن را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، سرمایه‌گذاری بر پوشش بیمه‌ای و تقویت سازوکارهای حمایت مالی از سلامت، بخشی از سرمایه‌گذاری برای افزایش تاب‌آوری اجتماعی است.بیمه سلامت در روزهای آرام، یک پوشش بیمه‌ای است؛ اما در روزهای بحران می‌تواند به بخشی از شبکه ایمنی جامعه تبدیل شود.اگر منابع و سازوکارهای بیمه‌ای با عدالت، آینده‌نگری و نگاه اجتماعی طراحی و مدیریت شوند، بیمه سلامت می‌تواند در زمان بحران، پشتوانه‌ای برای مردم و یکی از پایه‌های تداوم خدمات سلامت باشد.امنیت سلامت، از امنیت اجتماعی و اقتصادی جامعه جدا نیست.

سازمان بیمه سلامت ایران

سامانه پاسخگویی شبانه‌روزی ۱۶۶۶ بیمه سلامت

۶۱,۴۲۸
تماس در ماه

۳,۳۲۶
تماس در روز

۱,۱۰۲
تماس در روز تعطیل

۴,۲۴۶,۰۰۱
تعداد تماس‌های دریافتی
(۶ ماهه اول سال ۱۴۰۵)

پاسخگویی ۲۴ ساعته
1666

۱۱۰ ساعت و ۴۰ دقیقه
میانگین زمان مکالمه در یک روز

۰۰:۰۳:۱۴
میانگین زمان هر مکالمه



۸۶ %
میزان رضایت
از پاسخگویی ۱۶۶۶

با سامانه پاسخگویی ۱۶۶۶
همیشه در کنار شما هستیم!



عباس نادریان
مسئول روابط عمومی
بیمه سلامت استان چهارمحال و بختیاری

درمان ناباروری، سرمایه‌گذاری برای آینده جمعیت

هفته بیمه سلامت، فرصتی برای بازخوانی یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام بیمه‌ای کشور است؛ تبدیل سلامت از یک دغدغه فردی به یک مسئولیت اجتماعی. در این میان، حمایت از درمان ناباروری و کمک به جوانی جمعیت را نمی‌توان صرفاً یک خدمت درمانی دانست. این حمایت، بخشی از سیاست‌های بلندمدت کشور برای حمایت از خانواده، کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و حفظ سرمایه انسانی و پویایی جمعیت است.

ناباروری امروز به یکی از مسائل مهم سلامت در جهان تبدیل شده است. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، حدود یک نفر از هر شش نفر در سنین باروری، در طول زندگی خود با ناباروری مواجه می‌شود. این آمار نشان می‌دهد ناباروری مسئله‌ای محدود به یک کشور یا گروه اجتماعی خاص نیست. در عین حال، سازمان جهانی بهداشت تأکید کرده است که هزینه بالای درمان و پرداخت مستقیم از جیب، در بسیاری از کشورها یکی از موانع مهم دسترسی زوجین به خدمات درمان ناباروری است.

در ایران نیز این مسئله ابعاد قابل توجهی دارد. برآوردهای موجود از وجود حدود سه میلیون زوج نابارور در کشور حکایت دارد و همزمان، نرخ باروری کل کشور در سال‌های اخیر در سطحی پایین‌تر از نرخ جانشینی قرار گرفته است. کاهش تعداد تولدهای ثبت‌شده طی سال‌های گذشته نیز اهمیت توجه همزمان به ابعاد سلامت و جمعیتی این موضوع را بیشتر کرده است.در چنین شرایطی، بیمه سلامت می‌تواند یکی از حلقه‌های مؤثر میان سیاست سلامت و سیاست‌های جمعیتی کشور باشد.

از سال ۱۴۰۰ و در چارچوب قوانین بودجه و سیاست‌های حمایتی، خدمات درمان ناباروری وارد تعهدات بیمه‌ای شد. امروز بخش قابل توجهی از خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری، از جمله ICSI، IUI، IVF و FET، آزمایش‌های مرتبط، تصویربرداری،

تجهیزات و داروهای مورد نیاز، تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران قرار دارد. همچنین ۷۴ قلم داروی درمان ناباروری با پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌ها ارائه می‌شود.بر اساس آخرین آمار اعلام‌شده، بیش از ۱۱۸ هزار نفر در سامانه‌های سازمان بیمه سلامت نشان‌دار شده‌اند و امکان استفاده از خدمات مراکز طرف قرارداد را دارند. این ارقام صرفاً بیانگر تعداد افراد تحت پوشش نیست؛ پشت هر عدد، یک زوج، یک خانواده و گاه فرصتی قرار دارد که برای حفظ و شکل‌گیری یک خانواده تلاش می‌کند.

اهمیت حمایت بیمه‌ای زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بدانیم درمان ناباروری در بسیاری از موارد، فرآیندی زمان‌بر و پرهزینه است و ممکن است به تکرار برخی مراحل درمانی نیاز داشته باشد. بنابراین، وقتی یک زوج به دلیل هزینه‌های سنگین، درمان را به تعویق می‌اندازد، موضوع فقط پرداخت یک هزینه پزشکی نیست؛ بلکه ممکن است زمان مناسب برای درمان و فرصت باروری نیز تحت تأثیر قرار گیرد.از این منظر، کاهش پرداخت از جیب، افزایش دسترسی و خرید راهبردی خدمات ناباروری را می‌توان نوعی سرمایه‌گذاری اجتماعی و جمعیتی دانست؛ سرمایه‌گذاری‌ای که هدف آن تنها درمان یک بیماری نیست، بلکه حمایت از حق دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و کمک به خانواده‌هایی است که برای فرزندآوری با موانع پزشکی و مالی مواجه‌اند.

نگاهی به تجربه کشورهای مختلف نیز نشان می‌دهد درمان ناباروری در بسیاری از نظام‌های سلامت، بخشی از خدمات مورد حمایت عمومی قرار گرفته است. در فرانسه، درمان‌های کمک‌باروری تحت شرایط مشخص از طریق نظام بیمه عمومی پوشش داده می‌شود. در ایتالیا نیز درمان ناباروری و IVF در نظام عمومی سلامت جایگاه مشخصی دارد. استرالیا بخشی از هزینه خدمات باروری و IVF را از طریق Medicare جبران می‌کند و در انگلستان نیز IVF در چارچوب NHS و با شرایط و محدودیت‌های تعیین‌شده در مناطق مختلف تأمین مالی می‌شود. بنابراین، تجربه کشورها نشان می‌دهد اختلاف بیشتر در میزان، شرایط و تعداد دفعات پوشش است، نه در اصل توجه نظام‌های سلامت به ناباروری به عنوان یک مسئله سلامت عمومی.در ایران نیز مسیر پیش‌رو می‌تواند فراتر از پوشش هزینه‌های درمان تعریف شود.

سازمان بیمه سلامت می‌تواند با تقویت نقش خود به عنوان خریدار راهبردی خدمات سلامت، از توسعه خدمات پیشگیرانه و تشخیص زودهنگام ناباروری حمایت کند و در کنار آن، دسترسی زوج‌های کم‌برخوردار به خدمات درمانی را افزایش دهد.کاهش تفاوت دسترسی میان مناطق برخوردار و کم‌برخوردار، تکمیل پوشش دارویی و تجهیزات، حمایت از حفظ باروری بیماران مبتلا به برخی بیماری‌های خاص و سرطان و استفاده از داده‌های الکترونیک برای ارزیابی اثربخشی خدمات، از جمله اقداماتی است که می‌تواند مسیر حمایت بیمه‌ای از درمان ناباروری را هدفمندتر کند.در این میان، یک اصل باید مورد توجه قرار گیرد: هیچ زوجی نباید صرفاً به دلیل ناتوانی مالی، فرصت تشخیص و درمان ناباروری را از دست بدهد.

البته بیمه به تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی همه ابعاد مسئله جمعیت باشد. حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیازمند مجموعه‌ای از سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، رفاهی و سلامت است. اما نظام بیمه‌ای می‌تواند با کاهش یکی از موانع مهم، یعنی هزینه‌های درمان، سهم مؤثری در این مسیر داشته باشد.اگر بیمه سلامت بتواند در کنار وزارت بهداشت، مراکز درمانی، خیرین و سایر نهادهای اجتماعی، مسیر درمان ناباروری را از پیشگیری و تشخیص تا درمان و مراقبت‌های مورد نیاز پوشش دهد، حمایت بیمه‌ای از ناباروری دیگر صرفاً یک خدمت درمانی نخواهد بود؛ بلکه به بخشی از سیاست حمایت از خانواده، کاهش نابرابری در سلامت و حفظ سرمایه انسانی کشور تبدیل خواهد شد.

هفته بیمه سلامت، فرصتی است برای یادآوری یک حقیقت مهم: بیمه فقط برای جبران هزینه‌های بیماری نیست؛ گاهی حمایت بیمه‌ای می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری یک خانواده و سرمایه‌گذاری برای آینده یک جامعه باشد.درمان ناباروری، در این نگاه، هزینه‌ای برای امروز نیست؛ سرمایه‌گذاری برای فردای جمعیت ایران است.



فرشته بنی‌طالبی
رئیس اداره آمار، فناوری اطلاعات و ارتباطات
بیمه سلامت شهرکرد

وقتی سالمندی نزدیک است؛ بیمه سلامت چگونه باید آماده شود؟

سالمندی جمعیت دیگر موضوعی مربوط به آینده دور نیست. ایران با سرعت قابل‌توجهی در حال ورود به دوره‌ای است که سهم سالمندان در ساختار جمعیتی کشور افزایش خواهد یافت و این تغییر، تنها یک مسئله جمعیتی نیست؛ بلکه آینده نظام سلامت، بیمه، خانواده و حتی الگوی ارائه خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار خواهد داد.برآوردهای جمعیتی نشان می‌دهد سهم سالمندان در سال‌های آینده به شکل چشمگیری افزایش خواهد یافت. وزارت بهداشت نیز در سال ۱۴۰۴ نسبت به افزایش قابل‌توجه جمعیت سالمند در دهه‌های آینده هشدار داده است. بنابراین، برنامه‌ریزی برای سالمندی جمعیت باید از امروز آغاز شود؛ زیرا زمانی که موج اصلی تقاضا برای خدمات سالمندی فرا برسد، دیگر فرصت کافی برای ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز وجود نخواهد داشت.

سالمندی به خودی خود بیماری نیست؛ اما افزایش سن معمولاً با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن، مشکلات حرکتی، اختلالات بینایی و شنوایی و کاهش توانایی انجام فعالیت‌های روزمره همراه است. در نتیجه، نیاز سالمندان به خدمات سلامت نیز متفاوت خواهد بود. نظام سلامت آینده فقط به پزشک، بیمارستان و دارو نیاز ندارد؛ بلکه باید مجموعه‌ای از خدمات توانبخشی، مراقبت در منزل، پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی و تجهیزات کمک‌توانبخشی را نیز پوشش دهد.در چنین شرایطی، نقش بیمه‌های پایه از «پرداخت هزینه درمان» فراتر می‌رود.

بیمه سلامت می‌تواند با توسعه پوشش خدمات توانبخشی و مراقبتی، هم از فشار مالی بر خانواده‌ها بکاهد و هم به سالمندان کمک کند تا مدت بیشتری استقلال و توانایی عملکردی خود را حفظ کنند.اهمیت این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بدانیم بسیاری از سالمندان پس از سکته مغزی، شکستگی، جراحی یا ابتلا به بیماری‌های مزمن، به دوره‌های طولانی توانبخشی نیاز پیدا می‌کنند. اگر این خدمات

در زمان مناسب و با پوشش بیمه‌ای مناسب ارائه نشود، یک مشکل قابل مدیریت ممکن است به ناتوانی طولانی‌مدت و وابستگی بیشتر فرد به خانواده تبدیل شود.

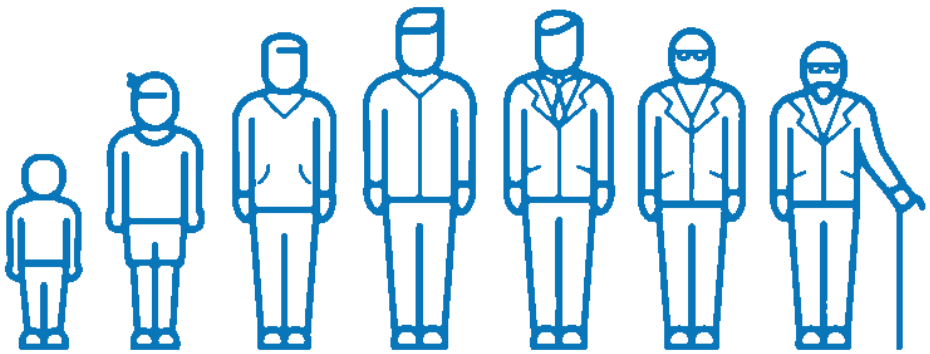
از سوی دیگر، تجربه کشورهای مختلف نشان می‌دهد پاسخ به سالمندی جمعیت صرفاً با افزایش تخت‌های بیمارستانی امکان‌پذیر نیست. در بسیاری از کشورهای عضو OECD، مراقبت طولانی‌مدت ترکیبی از خدمات در منزل و مراکز مراقبتی است. این رویکرد نشان می‌دهد بخشی از مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان می‌تواند به جای بیمارستان، در خانه و در بستر جامعه ارائه شود؛ رویکردی که علاوه بر حفظ آرامش و استقلال سالمند، می‌تواند فشار بر مراکز درمانی و خانواده‌ها را نیز کاهش دهد.از این منظر، یکی از ضرورت‌های آینده نظام بیمه‌ای کشور، طراحی و توسعه یک بسته جامع خدمات سالمندی است. این بسته می‌تواند متناسب با سطح نیاز افراد، خدماتی مانند ارزیابی دوره‌ای سلامت، پیشگیری از سقوط، توانبخشی، فیزیوتراپی و کاردرمانی، مراقبت در منزل، خدمات پرستاری، تجهیزات کمک‌توانبخشی و مراقبت طولانی‌مدت را دربرگیرد.

البته توسعه این خدمات بدون استفاده از ظرفیت فناوری و داده، دشوار خواهد بود. بیمه سلامت با در اختیار داشتن داده‌های حاصل از نسخه الکترونیک و سایر سامانه‌های اطلاعاتی، می‌تواند در آینده به شناسایی سالمندان پرخطر، تشخیص الگوهای مصرف خدمات و طراحی مداخلات متناسب با نیاز آنان کمک کند.در این مسیر، حرکت از پرداخت صرفاً به ازای خدمت به سمت خرید راهبردی خدمات سلامت و توجه به پیامدهای واقعی خدمات نیز اهمیت پیدا می‌کند. هدف باید این باشد که منابع بیمه‌ای بیش از گذشته به سمت خدماتی هدایت شوند که از ناتوانی پیشگیری کرده و استقلال و کیفیت زندگی سالمندان را حفظ می‌کنند.

پیشگیری نیز بخش مهم دیگری از این مسیر است. کنترل بیماری‌های مزمن، حفظ تحرک، پیشگیری از زمین‌خوردن، شناسایی زودهنگام مشکلات جسمی و توانبخشی به‌موقع، اقداماتی هستند که می‌توانند از تبدیل بسیاری از مشکلات اولیه به ناتوانی‌های جدی جلوگیری کنند.از منظر اقتصادی نیز آمادگی برای سالمندی یک ضرورت است. هرچه جمعیت سالمند افزایش یابد، تقاضا برای خدمات درمانی و مراقبتی نیز بیشتر خواهد شد. اگر نظام بیمه‌ای از امروز برای این تغییر آماده نباشد، هزینه‌های ناشی از مراقبت‌های طولانی‌مدت می‌تواند فشار بیشتری بر خانواده‌ها، منابع بیمه‌ای و نظام سلامت وارد کند.

بنابراین، مواجهه با سالمندی جمعیت نباید به زمانی موکول شود که افزایش تقاضا، همزمان با محدودیت منابع و ظرفیت خدمات، نظام سلامت را با چالش مواجه کند. برنامه‌ریزی زودهنگام، توسعه خدمات توانبخشی، حمایت از مراقبت در منزل، تقویت مراقبت‌های اولیه و استفاده هوشمندانه از داده و فناوری، می‌تواند مسیر آمادگی بیمه‌های پایه را هموار کند.در نهایت، هدف از سیاست‌گذاری برای سالمندی نباید صرفاً افزایش خدمات درمانی برای افراد مسن باشد. هدف اصلی باید افزایش سال‌های زندگی سالم، مستقل و باکیفیت باشد.سالمندی جمعیت یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر است؛ اما اینکه سالمندان آینده با چه میزان استقلال، توانمندی و کیفیت زندگی این دوره را تجربه کنند، تا حد زیادی به تصمیم‌هایی بستگی دارد که امروز گرفته می‌شود.

بیمه سلامت در برابر سالمندی جمعیت، فقط یک پرداخت‌کننده هزینه نیست؛ می‌تواند بخشی از نظامی باشد که استقلال و کیفیت زندگی سالمندان را بیمه می‌کند.





رضا تلخابی
مسئول روابط عمومی
بیمه سلامت استان قم

پرونده الکترونیک سلامت؛ از انباشت داده تا تصمیم‌گیری هوشمند در نظام سلامت

سلامت، یکی از بنیادی‌ترین ارکان توسعه پایدار و از مهم‌ترین سرمایه‌های هر جامعه است. در جهان امروز، ارتقای نظام‌های سلامت دیگر صرفاً با افزایش منابع مالی، ساخت مراکز درمانی یا توسعه تجهیزات پزشکی محقق نمی‌شود؛ بلکه بیش از هر زمان دیگری به داده، فناوری، یکپارچگی اطلاعات و تصمیم‌گیری هوشمند وابسته است.

هفته بیمه سلامت، فرصتی برای بازخوانی این تحول و توجه به زیرساخت‌هایی است که می‌توانند آینده نظام سلامت را کارآمدتر، شفاف‌تر و پاسخگوتر کنند. در این میان، «پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه» یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های تحول دیجیتال سلامت است؛ زیرساختی که می‌تواند میان اطلاعات بالینی، نظام ارجاع و منابع بیمه‌ای ارتباطی منسجم ایجاد کند.

سال‌ها پراکندگی اطلاعات سلامت افراد در مراکز مختلف، یکی از چالش‌های نظام درمان بوده است. هنگامی که سوابق پزشکی بیمار در دسترس پزشک قرار نداشته باشد، احتمال تکرار آزمایش‌ها و اقدامات تشخیصی، تأخیر در تصمیم‌گیری و حتی بروز خطاهای قابل پیشگیری افزایش می‌یابد.پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند این وضعیت را تغییر دهد.

دسترسی ساختاریافته به اطلاعاتی مانند سوابق درمانی، داروهای تجویزشده، حساسیت‌های دارویی، نتایج آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها و سوابق بستری، به پزشک کمک می‌کند تصمیم‌های درمانی را بر اساس تصویر کامل‌تری از وضعیت بیمار اتخاذ کند.در واقع، ارزش پرونده الکترونیک سلامت فقط در «ذخیره اطلاعات» نیست؛ ارزش واقعی آن زمانی آشکار می‌شود که داده به اطلاعات قابل استفاده و اطلاعات به تصمیم درست تبدیل شود.

نظام ارجاع؛ مسیری که باید هوشمند شود

اجرای مؤثر پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز بدون وجود زیرساخت اطلاعاتی مناسب دشوار خواهد بود. بیمار باید بتواند مسیر مشخصی را از خدمات سطح اول و مراقبت‌های اولیه تا خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی طی کند و اطلاعات او نیز در طول این مسیر گم نشود.پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند این زنجیره را به یکدیگر متصل کند؛ به گونه‌ای که ارجاع بیمار بر اساس اطلاعات موجود، سابقه بیماری و نیاز واقعی او انجام شود.نتیجه چنین فرآیندی می‌تواند کاهش مراجعات غیرضروری، جلوگیری از دوباره‌کاری، استفاده منطقی‌تر از ظرفیت متخصصان و افزایش دسترسی عادلانه به خدمات سلامت باشد. در این میان، موضوع فقط صرفه‌جویی در زمان و هزینه نیست؛ کرامت بیمار نیز بخشی از کیفیت نظام سلامت است. بیماری که مجبور نیست بارها سابقه بیماری خود را توضیح دهد یا آزمایش‌هایی را که قبلاً انجام داده است تکرار کند، تجربه‌ای منظم‌تر و آرام‌تر از دریافت خدمات سلامت خواهد داشت.

وقتی داده‌های بالینی به منابع بیمه‌ای متصل می‌شوند

یکی از مهم‌ترین حلقه‌های این زنجیره، ارتباط میان اطلاعات بالینی، نظام ارجاع و پرداخت‌های بیمه‌ای است.سازمان‌های بیمه‌گر با منابعی فعالیت می‌کنند که بخش مهمی از آن از محل منابع عمومی و حق بیمه‌های مردم تأمین می‌شود. بنابراین، نحوه تخصیص و هزینه‌کرد این منابع نیازمند شفافیت، دقت و نظارت مستمر است.الکترونیکی شدن فرآیند رسیدگی به اسناد پزشکی و پرداخت مطالبات مراکز طرف قرارداد، امکان حرکت از فرآیندهای دستی و پراکنده به سمت فرآیندهای سریع‌تر و مبتنی بر داده را فراهم کرده است. هنگامی که خدمت ارائه‌شده، اطلاعات بالینی، مسیر ارجاع و فرآیند پرداخت در یک زنجیره اطلاعاتی به یکدیگر متصل باشند، امکان نظارت دقیق‌تر بر هزینه‌ها و شناسایی موارد غیرضروری یا القایی نیز افزایش می‌یابد.

به این ترتیب، فناوری اطلاعات فقط یک ابزار اداری برای سازمان بیمه‌گر نیست؛ بلکه می‌تواند به ابزاری برای صیانت از منابع بیمه‌ای و هدایت منابع به سمت نیازهای واقعی سلامت تبدیل شود.

از پرداخت هزینه به خرید هوشمند سلامت

تحول دیجیتال می‌تواند نقش بیمه‌گر را نیز تغییر دهد. بیمه سلامت در یک نظام هوشمند، صرفاً پرداخت‌کننده هزینه خدمات نیست؛ بلکه می‌تواند به عنوان یک خریدار راهبردی خدمات سلامت، از داده‌ها برای شناخت نیازهای بیمه‌شدگان، ارزیابی الگوی مصرف خدمات و برنامه‌ریزی دقیق‌تر منابع استفاده کند.این تغییر نگاه، امکان حرکت تدریجی از «پرداخت صرف هزینه» به سمت «خرید خدمات مؤثر و مورد نیاز» را فراهم می‌کند.برای مثال، تحلیل داده‌های سلامت می‌تواند به شناسایی گروه‌های پرخطر، بیماری‌های شایع، الگوهای مصرف خدمات و نقاط دارای کمبود یا مازاد خدمات کمک کند. چنین اطلاعاتی می‌تواند مبنایی برای تصمیم‌گیری درباره تخصیص منابع، توسعه پوشش‌ها و حتی سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه قرار گیرد.

پرونده الکترونیک؛ زیرساختی برای آینده

البته تحقق کامل این ظرفیت نیازمند همکاری و هماهنگی میان بخش‌های مختلف نظام سلامت است. استانداردسازی داده‌ها، امنیت و محرمانگی اطلاعات، اتصال سامانه‌ها، ارتقای سواد دیجیتال کارکنان و ارائه‌دهندگان خدمات و اطمینان از کیفیت داده‌ها، از الزامات اساسی این مسیر است.پرونده الکترونیک سلامت زمانی می‌تواند به یک زیرساخت واقعی برای تحول نظام سلامت تبدیل شود که اطلاعات در آن صرفاً جمع‌آوری نشوند، بلکه در زمان مناسب، برای فرد مناسب و با رعایت الزامات محرمانگی، در اختیار تصمیم‌گیرنده مناسب قرار گیرند.در چنین شرایطی، داده می‌تواند از یک رکورد اداری به یک ابزار سیاست‌گذاری تبدیل شود و فناوری از یک سامانه پشتیبان به بخشی از فرآیند تصمیم‌گیری سلامت ارتقا پیدا کند.

سخن پایانی

هفتـه بیمـه سلامـت، فرصـتی بـرای توجـه بـه آینـده‌ای اسـت کـه در آن کیفیـت خدمـات سلامـت بیـش از گذشـته بـه کیفیـت داده‌هـا و نحـوه اسـتفاده از آنهـا وابسـته خواهـد بود.پیونـد پرونـده الکترونیـک سلامـت بـا نظـام ارجـاع و نظـام پرداخـت بیمـه‌ای، می‌توانـد سـه هـدف مهـم را همزمـان دنبـال کنـد: ارائـه خدمـات مناسـب‌تر بـه مـردم، اسـتفاده کارآمدتـر از منابـع و افزایـش شـفافیت در نظـام سلامت.آینـده نظـام سلامـت، آینـده‌ای نیسـت کـه در آن صرفـاً اطلاعـات بیشـتری جمـع‌آوری شـود؛ آینـده متعلـق بـه نظـامی اسـت کـه بتوانـد از داده‌هـای درسـت، تصمیم‌هـای درسـت بگیرد.پرونـده الکترونیـک سلامـت، اگـر به‌درسـتی بـه نظـام ارجـاع و منابـع بیمـه‌ای متصـل شـود، فقـط یـک پرونـده دیجیتـال نخواهـد بـود؛ بلکـه می‌توانـد بـه مغـز اطلاعـاتی نظـام سلامـت و یـکی از پایه‌هـای تصمیم‌گیـری هوشـمند بـرای سلامـت مـردم تبدیـل شـود.





دکتر کریمه رامشی
رئیس اداره امورمالی بیمه سلامت استان بوشهر

بیمه سلامت در مواجهه با بیماری‌های مزمن؛ از پرداخت هزینه تا مدیریت هوشمند ریسک

تغییر الگوی بیماری‌ها و تحولات جمعیتی، نظام‌های سلامت را با واقعیتی تازه مواجه کرده است. افزایش امید به زندگی و حرکت تدریجی هرم جمعیتی به سوی سالمندی، در کنار تغییر سبک زندگی، موجب شده است بیماری‌های مزمن غیرواگیر مانند دیابت، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی ـ عروقی، بیماری‌های کلیوی و سرطان‌ها، سهم قابل‌توجهی از نیازهای سلامت جامعه را به خود اختصاص دهند.این بیماری‌ها برخلاف بسیاری از بیماری‌های حاد، به یک دوره کوتاه درمان محدود نمی‌شوند و در بسیاری از موارد به مراقبت، پایش و درمان مستمر نیاز دارند. از همین رو، پیامدهای آنها تنها به سلامت فرد محدود نمی‌شود؛ بلکه هزینه‌های مستقیم درمان، کاهش بهره‌وری، ازکارافتادگی و فشار ناشی از مراقبت از بیمار می‌تواند اقتصاد خانواده و منابع نظام سلامت را نیز تحت تأثیر قرار دهد.در چنین شرایطی، نقش بیمه سلامت نمی‌تواند صرفاً به پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده محدود بماند.

سازمان بیمه‌گر پایه، با در اختیار داشتن اطلاعات مربوط به خدمات سلامت و الگوی مصرف بیمه‌شدگان، می‌تواند نقش فعال‌تری در مدیریت ریسک، پیشگیری، کنترل بیماری و هدایت منابع ایفا کند؛ تغییری که از «پرداخت‌گری» به سمت «خرید راهبردی خدمات سلامت» حرکت می‌کند.

پیشگیری؛ سرمایه‌گذاری پیش از رسیدن بیماری به مرحله پرهزینه

یکی از مهم‌ترین اصول در مدیریت بیماری‌های مزمن، شناسایی و کنترل عوامل خطر پیش از ایجاد عوارض جدی است. کنترل فشار خون، پایش قند و چربی خون، اصلاح سبک زندگی، مشاوره تغذیه و پیگیری منظم بیماران، در بسیاری از موارد می‌تواند از پیشرفت بیماری و بروز عوارض پرهزینه جلوگیری کند.از منظر بیمه‌گری نیز، سرمایه‌گذاری

در مراقبت‌های اولیه و شناسایی زودهنگام، صرفاً یک اقدام درمانی نیست؛ بلکه بخشی از مدیریت اقتصادی منابع است. هرچه بیماری در مراحل ابتدایی شناسایی و کنترل شود، احتمال نیاز به خدمات پیچیده و پرهزینه در مراحل پیشرفته کاهش می‌یابد.از این منظر، تقویت پزشک خانواده، نظام ارجاع و مراقبت‌های سطح اول اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. بیمه سلامت می‌تواند با حمایت هدفمند از این سطوح، بخشی از منابع خود را از درمان عوارض پیشرفته به سمت پیشگیری و کنترل بیماری هدایت کند.

پرونده الکترونیک؛ زیرساخت مدیریت هوشمند بیماری‌های مزمن

مدیریت بیماری مزمن بدون اطلاعات دقیق و به‌هنگام دشوار است. پزشک برای تصمیم‌گیری صحیح، به سابقه بیماری، داروهای مصرفی، نتایج آزمایش‌ها و روند تغییرات وضعیت بیمار نیاز دارد. در همین نقطه، پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند به یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های مدیریت بیماری‌های مزمن تبدیل شود.با شکل‌گیری پرونده‌ای یکپارچه، امکان مشاهده روند درمان بیمار و جلوگیری از دوباره‌کاری و برخی خدمات غیرضروری افزایش می‌یابد. در سطح کلان نیز تجمیع و تحلیل داده‌های سلامت می‌تواند به بیمه‌گر در شناسایی گروه‌های پرخطر، الگوهای مصرف خدمات و نیازهای درمانی جمعیت تحت پوشش کمک کند.بنابراین، ارزش پرونده الکترونیک تنها در ذخیره اطلاعات نیست؛ بلکه در تبدیل داده به شناخت و شناخت به تصمیم است. این ظرفیت می‌تواند بیمه‌گر را از واکنش به هزینه‌های ایجادشده، به سمت مدیریت فعال‌تر ریسک‌های سلامت سوق دهد.

منابع بیمه‌ای؛ از پرداخت صورت‌حساب تا خرید ارزش سلامت

منابع بیمه‌ای محدود است و تقاضا برای خدمات سلامت نیز همواره در حال افزایش است. از این رو، مسئله اصلی تنها میزان هزینه‌کرد نیست؛ بلکه چگونگی تخصیص منابع و میزان اثربخشی آنهاست. در الگوی خرید راهبردی، بیمه‌گر تلاش می‌کند منابع را به خدماتی اختصاص دهد که بیشترین تأثیر را بر سلامت بیمه‌شدگان داشته باشند. تحلیل داده‌های نسخه‌نویسی و خدمات درمانی، بررسی الگوی مصرف، شناسایی خدمات تکراری و غیرضروری و پایش میزان انطباق خدمات با راهنماهای بالینی، می‌تواند به استفاده منطقی‌تر از منابع کمک کند. البته هدف از این نظارت، محدودکردن دسترسی بیمار به خدمات ضروری نیست؛ بلکه ایجاد تعادل میان کیفیت درمان، دسترسی به خدمات و صیانت از منابع عمومی است. منابعی که از انجام خدمات غیرضروری جلوگیری می‌شود، می‌تواند برای تأمین خدمات ضروری و حمایت از بیماران نیازمند مورد استفاده قرار گیرد.

حمایت هدفمند از بیماران خاص و صعب‌العلاج

در کنار سیاست‌های پیشگیرانه، حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. این بیماران به دلیل ماهیت بیماری و هزینه بالای برخی داروها و خدمات درمانی، ممکن است با فشار اقتصادی قابل‌توجهی مواجه شوند. سازوکارهای حمایتی و مدیریت متمرکز منابع، در کنار استفاده از سامانه‌های الکترونیک برای شناسایی و نشان‌دار کردن بیماران، می‌تواند به هدفمندشدن حمایت‌ها و افزایش شفافیت در تخصیص منابع کمک کند.در این زمینه، فناوری می‌تواند میان دو هدف مهم یعنی حمایت مؤثر از بیمار و مدیریت مسئولانه منابع پیوند برقرار کند.

حکمرانی داده؛ ضرورت آینده بیمه‌گری

یکی از مهم‌ترین الزامات مدیریت بیماری‌های مزمن، حرکت از تصمیم‌گیری مبتنی بر برآوردهای کلی به سمت تصمیم‌گیری مبتنی بر داده است. اطلاعات حاصل از نسخه‌های الکترونیک، سوابق خدمات، داروهای مصرفی و مسیر درمان بیماران، در صورت استانداردسازی و تحلیل صحیح، می‌تواند تصویری دقیق‌تر از وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش ارائه کند.چنین داده‌هایی می‌توانند در شناسایی گروه‌های پرخطر، برنامه‌ریزی برای مداخلات پیشگیرانه، ارزیابی الگوهای مصرف خدمات و تخصیص هدفمند منابع مورد استفاده قرار گیرند.البته این تحول بدون توجه همزمان به امنیت، محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات سلامت امکان‌پذیر نیست. داده سلامت، سرمایه‌ای حساس است و استفاده از آن باید در چارچوب ضوابط مشخص و با حفظ حقوق بیمه‌شدگان انجام شود.

آینده بیمه سلامت؛ مدیریت بیماری پیش از رسیدن به بیمارستان

بیماری‌های مزمن غیرواگیر، آزمونی جدی برای پایداری اقتصادی و اجتماعی نظام سلامت هستند. مواجهه مؤثر با این چالش، نیازمند آن است که بیمه‌گر خود را صرفاً در انتهای زنجیره درمان و هنگام پرداخت هزینه‌های بیمارستانی تعریف نکند. حرکت به سمت بسته‌های جامع مراقبت از بیماری‌های مزمن، تقویت مراقبت‌های اولیه، توسعه نظام ارجاع، تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و استفاده هوشمندانه از داده‌ها، می‌تواند مسیر تازه‌ای در بیمه‌گری ایجاد کند؛ مسیری که در آن پیشگیری و کنترل بیماری، در کنار درمان، به بخشی از مأموریت راهبردی بیمه تبدیل می‌شود. در نهایت، مدیریت بیماری‌های مزمن فقط مسئله کاهش هزینه‌های درمان نیست. مسئله اصلی، ایجاد تعادل میان سلامت مردم، کیفیت خدمات، دسترسی عادلانه و پایداری منابع بیمه‌ای است. بیمه سلامت زمانی می‌تواند در این مسیر نقش مؤثرتری ایفا کند که از یک پرداخت‌کننده صرف، به یک خریدار راهبردی و مدیر هوشمند ریسک‌های سلامت تبدیل شود.





لیلا قلندرآبادی
کارشناس واحد مرکز ملی تحقیقات
بیمه سلامت استان خراسان رضوی

از تأمین هزینه تا تضمین معیشت؛ حفاظت مالی، رسالت بنیادین بیمه سلامت

حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت، یکی از بنیادی‌ترین کارکردهای نظام‌های بیمه‌ای و از مهم‌ترین فلسفه‌های وجودی بیمه سلامت است. بیماری، به‌ویژه زمانی که مزمن، صعب‌العلاج یا نیازمند درمان‌های طولانی‌مدت باشد، تنها سلامت فرد را تهدید نمی‌کند؛ بلکه می‌تواند تعادل اقتصادی یک خانواده را نیز برهم بزند. از این منظر، بیمه سلامت باید فراتر از پرداخت بخشی از هزینه‌های درمان، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای حمایت اجتماعی، مانع تبدیل بیماری به بحران معیشتی خانوار شود.

در ادبیات سلامت، «حفاظت مالی» به معنی کاهش فشار اقتصادی ناشی از هزینه‌های درمان بر خانوار است. زمانی که پرداخت از جیب بیمار و خانواده از توان مالی آنان فراتر می‌رود، هزینه‌های سلامت می‌تواند به «هزینه کمرشکن» تبدیل شود؛ وضعیتی که در موارد شدید، خانواده را ناگزیر به کاهش هزینه‌های ضروری زندگی، فروش دارایی‌ها یا حتی تحمل بدهی می‌کند. در ایران نیز با وجود توسعه پوشش بیمه‌ای و اقدامات حمایتی، همچنان در حوزه‌هایی مانند برخی داروها، لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی و هزینه‌های خارج از پوشش بیمه‌ای، چالش‌هایی وجود دارد که ضرورت تقویت حفاظت مالی را دوچندان می‌کند.

در چنین شرایطی، مسیر آینده بیمه سلامت را نمی‌توان صرفاً در افزایش دامنه خدمات تحت پوشش خلاصه کرد. آنچه اهمیت دارد، حرکت از «پوشش همگانی» به سمت «پوشش مؤثر و هدفمند» است؛ به این معنی که منابع محدود بیمه‌ای، بیش از گذشته به سمت افرادی هدایت شود که بیشترین نیاز و بیشترین خطر مواجهه با هزینه‌های سنگین درمانی را دارند.یکی از مهم‌ترین عرصه‌های این تحول، بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج است. ایجاد صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج، گامی مهم در جهت تقویت حمایت مالی از بیماران بوده است؛ اما حفاظت مالی پایدار نیازمند رویکردی پیش‌دستانه‌تر است.

داده‌های بیمه‌ای این ظرفیت را ایجاد می‌کنند که الگوهای پرخطر شناسایی شوند و بیمه‌گر، پیش از آنکه بیماری به مرحله پرهزینه و پیچیده برسد، مداخلات مناسب را آغاز کند.برای مثال، شناسایی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در مراحل اولیه و هدایت آنان به سمت مراقبت مستمر، کنترل بیماری، پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌تواند از تشدید بیماری و نیاز به بستری‌های مکرر جلوگیری کند. در این نگاه، داده دیگر صرفاً ابزاری برای پرداخت خسارت یا مدیریت اسناد پزشکی نیست؛ بلکه به ابزاری برای پیش‌بینی، پیشگیری و مدیریت ریسک سلامت تبدیل می‌شود.از سوی دیگر، حفاظت مالی الزاماً به معنی پرداخت بیشتر نیست. گاهی بهترین حمایت از بیمار، جلوگیری از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به اوست.

تجویز آزمایش‌های تکراری، تصویربرداری‌های غیرضروری، مصرف داروهای فاقد اثربخشی کافی و برخی خدمات القایی، علاوه بر تحمیل هزینه به منابع بیمه، سهم پرداخت از جیب بیمار را نیز افزایش می‌دهد. از این منظر، اجرای راهنماهای بالینی و استقرار نظام‌های هوشمند در فرآیند نسخه‌نویسی و ارزیابی خدمات، نه محدود کردن بیمار، بلکه نوعی حفاظت از بیمار در برابر هزینه‌های غیرضروری و درمان‌های کم‌فایده است.این رویکرد در مناطق محروم و برای دهک‌های پایین درآمدی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. برای خانواده‌ای که توان مالی محدودی دارد، صرفاً بازپرداخت بخشی از هزینه درمان، الزاماً به معنای حفاظت مالی نیست. گاهی مهم‌تر از بازپرداخت، فراهم کردن دسترسی به‌موقع، عادلانه و کم‌هزینه به خدمات سلامت است. تقویت شبکه ارجاع، توسعه دسترسی در مناطق روستایی و کم‌برخوردار و هدایت صحیح بیمار در مسیر دریافت خدمت، می‌تواند از مراجعه‌های غیرضروری، تأخیر در درمان و در نهایت هزینه‌های سنگین‌تر جلوگیری کند.از همین رو، آینده حفاظت مالی در نظام بیمه سلامت را باید در پیوند سه عنصر جست‌وجو کرد: داده، پیشگیری و دسترسی عادلانه. بیمه سلامت زمانی می‌تواند نقش واقعی خود را در حمایت از خانوار ایفا کند که از یک پرداخت‌کننده صرف هزینه‌های درمان، به یک خریدار راهبردی و فعال خدمات سلامت تبدیل شود؛ خریدار هوشمندی که منابع را به سمت خدمات مؤثر هدایت می‌کند، از هزینه‌های غیرضروری می‌کاهد و پیش از آنکه بیماری به بحران اقتصادی تبدیل شود، مداخله می‌کند.در نهایت، هر میزان سرمایه‌گذاری هدفمند در پیشگیری، تشخیص زودهنگام و کنترل بیماری‌های مزمن، می‌تواند از تحمیل هزینه‌های بسیار سنگین‌تر به خانواده و نظام سلامت در آینده جلوگیری کند.

بنابراین، حفاظت مالی را نباید صرفاً در میزان پرداخت بیمه برای یک خدمت جست‌وجو کرد؛ حفاظت مالی واقعی یعنی کاری کنیم بیمار برای سالم ماندن و درمان شدن، مجبور به پرداخت بهای سنگین زندگی خود نشود.بیمه سلامت در این معنی، تنها تأمین‌کننده بخشی از هزینه‌های درمان نیست؛ بلکه یکی از مهم‌ترین پشتوانه‌های امنیت اقتصادی و اجتماعی خانوار است؛ نهادی که باید در کنار بیمار بایستد، نه اینکه بیمار را در برابر هزینه‌های بیماری تنها بگذارد.



حمیدرضا طیبی
رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان شازند

از پوشش هزینه تا حمایت از مسیر فرزندآوری؛ ضرورت خرید راهبردی خدمات ناباروری

ناباروری یکی از موضوعات مهم نظام سلامت است که آثار آن تنها به حوزه درمان محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روانی متعددی برای زوجین و خانواده‌ها به همراه دارد. از این رو، سیاست‌گذاری در این حوزه نیازمند نگاهی فراتر از تأمین بخشی از هزینه‌های درمان و توجه به مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی و حمایتی است.در این میان، بیمه سلامت می‌تواند با بهره‌گیری از ظرفیت‌های خود، نقش مؤثرتری در کاهش موانع دسترسی به خدمات ناباروری ایفا کند.

رویکرد راهبردی در خرید خدمات، این امکان را فراهم می‌کند که منابع محدود، بر اساس نیازهای واقعی جمعیت و با تمرکز بر خدمات اثربخش، هدفمندتر تخصیص یابد.بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سازمان بیمه سلامت ایران در چارچوب سیاست‌های حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، «مدل ملی خرید راهبردی خدمات ناباروری» را با محوریت چند مؤلفه اساسی توسعه دهد؛ از جمله پیشگیری و آموزش سلامت باروری، تشخیص زودهنگام، تقویت نظام ارجاع و مدیریت مسیر درمان، پوشش مالی خدمات مبتنی بر شواهد، حمایت از داروها و خدمات ضروری، کاهش نابرابری جغرافیایی در دسترسی، توجه به حمایت‌های روانی ـ اجتماعی و ارزیابی مستمر کیفیت و پیامدهای درمان.در چنین مدلی، منابع بیمه‌ای صرفاً به پرداخت هزینه پس از وقوع بیماری یا آغاز درمان اختصاص نمی‌یابد، بلکه از ابتدا در مسیر پیشگیری، شناسایی به‌موقع، درمان مؤثر و مدیریت صحیح خدمات به کار گرفته می‌شود. این رویکرد می‌تواند ضمن افزایش اثربخشی هزینه‌کرد بیمه‌ای، از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به زوجین و نظام سلامت نیز جلوگیری کند.



از سوی دیگر، حمایت بیمه‌ای از درمان ناباروری را نمی‌توان صرفاً یک اقدام مالی دانست. کاهش فشار اقتصادی ناشی از هزینه‌های درمان، فراهم کردن دسترسی عادلانه به خدمات و حمایت از زوجین در مسیر درمان، بخشی از مسئولیت اجتماعی نظام سلامت و بیمه‌ای کشور است. دسترسی به خدمات ضروری نباید بیش از اندازه به توان مالی یا محل سکونت افراد وابسته باشد.این موضوع با مفهوم پوشش همگانی سلامت نیز ارتباط مستقیم دارد؛ زیرا یکی از اهداف اصلی این رویکرد، فراهم کردن دسترسی مردم به خدمات ضروری و باکیفیت، بدون تحمیل فشار مالی نامتناسب بر خانوارهاست.

بنابراین، توسعه پوشش خدمات ناباروری، در صورت طراحی مبتنی بر شواهد و ارزیابی مستمر، می‌تواند در چارچوب حمایت از سلامت خانواده و کاهش نابرابری‌های دسترسی دنبال شود.در این مسیر، سازمان بیمه سلامت ایران می‌تواند از رویکرد صرفاً «پرداخت هزینه درمان ناباروری» به سمت «خرید راهبردی خدمات باروری و حمایت بیمه‌ای از مسیر فرزندآوری» حرکت کند. چنین تغییری به معنی استفاده هدفمندتر از منابع، تقویت نظام ارجاع، توجه به کیفیت خدمات و سنجش نتایج درمان است؛ به‌گونه‌ای که پرداخت بیمه‌ای با میزان اثربخشی و ضرورت خدمات ارتباط بیشتری پیدا کند.

در نهایت، موفقیت این رویکرد زمانی معنی پیدا می‌کند که زوجین، فارغ از سطح درآمد و محل سکونت، بتوانند به خدمات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی مؤثر، باکیفیت و قابل پرداخت دسترسی داشته باشند. در این چارچوب، بیمه سلامت تنها نهادی برای جبران بخشی از هزینه‌های درمان نخواهد بود، بلکه می‌تواند در کنار سایر ارکان نظام سلامت، به عنوان یکی از ابزارهای مهم حمایت از سلامت خانواده، کاهش نابرابری و پشتیبانی از سیاست‌های جمعیتی کشور ایفای نقش کند.



سپه‌دار نوری‌زاده
مسئول روابط عمومی
بیمه سلامت استان مرکزی

از داشتن بیمه تا توانمندی در استفاده از آن؛ سواد بیمه‌ای، حلقه مفقوده سلامت

نظام سلامت زمانی می‌تواند در مسیر ارتقای سلامت جامعه، افزایش دسترسی عادلانه به خدمات و مدیریت هزینه‌ها موفق عمل کند که شهروندان، در کنار برخورداری از پوشش بیمه‌ای، از دانش و مهارت لازم برای شناخت و استفاده صحیح از این پوشش نیز برخوردار باشند. از این منظر، «سواد بیمه‌ای» را می‌توان یکی از مؤلفه‌های مهم در کنار «سواد سلامت» دانست؛ مؤلفه‌ای که به شهروند کمک می‌کند حقوق، تعهدات، خدمات تحت پوشش و مسیر صحیح دریافت خدمات سلامت را بهتر بشناسد.

سواد بیمه‌ای تنها به دانستن نام سازمان بیمه‌گر یا میزان فرانشیز محدود نمی‌شود؛ بلکه مجموعه‌ای از آگاهی‌ها و مهارت‌هاست که فرد را قادر می‌سازد مفاهیم بیمه، خدمات تحت پوشش، ضوابط دریافت خدمت، نظام ارجاع، نسخه‌نویسی، مدارک مورد نیاز و فرآیند استفاده از خدمات را درک کند و بر اساس آن تصمیم بگیرد.

از سوی دیگر، «سواد سلامت» نیز مفهومی فراتر از توانایی خواندن اطلاعات پزشکی است. شهروندی که از سواد سلامت و بیمه‌ای کافی برخوردار است، هنگام مواجهه با یک نیاز درمانی، صرفاً به دنبال دریافت یک خدمت نیست؛ بلکه می‌داند چه زمانی باید به پزشک مراجعه کند، از چه سطحی از خدمات استفاده کند، مسیر ارجاع را چگونه طی کند و چگونه از ظرفیت‌های بیمه‌ای خود به شکل صحیح بهره ببرد.در این میان، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای سواد بیمه‌ای جامعه ایفا کنند.

اطلاع‌رسانی شفاف، استفاده از زبان ساده و قابل فهم، آموزش حقوق بیمه‌شدگان، معرفی خدمات تحت پوشش و تشریح فرآیندهای دریافت خدمت، از جمله اقداماتی است که می‌تواند فاصله میان «داشتن پوشش بیمه‌ای» و «بهره‌مندی مؤثر از پوشش بیمه‌ای» را کاهش دهد.

این موضوع از منظر مدیریت منابع سلامت نیز اهمیت دارد. شهروندی که مسیر دریافت خدمات را می‌شناسد، بهتر می‌تواند متناسب با نیاز خود از خدمات استفاده کند و از مراجعه غیرضروری به سطوح بالاتر یا انتخاب مسیرهای نامتناسب جلوگیری کند. در مقابل، ناآگاهی از حقوق و فرآیندهای بیمه‌ای ممکن است به تأخیر در دریافت خدمات ضروری، پرداخت هزینه‌های قابل اجتناب و استفاده نامتناسب از منابع سلامت منجر شود.

بنابراین، ارتقای سواد بیمه‌ای نباید صرفاً یک فعالیت اطلاع‌رسانی تلقی شود؛ بلکه می‌تواند بخشی از سیاست‌های ارتقای سلامت، عدالت در دسترسی و حکمرانی مطلوب در نظام سلامت باشد.

توسعه محتوای آموزشی ساده و کاربردی، استفاده هدفمند از رسانه‌ها و فضای مجازی، آموزش در مراکز ارائه خدمت و طراحی ابزارهای دیجیتال کاربرپسند، از جمله اقداماتی است که می‌تواند در این مسیر مؤثر باشد.

در واقع، اطلاع‌رسانی مؤثر زمانی محقق می‌شود که شهروند بتواند پاسخ روشنی برای پرسش‌های ساده اما مهم خود پیدا کند: چه خدمتی تحت پوشش بیمه است؟ از کجا باید آن را دریافت کنم؟

آیا نیاز به ارجاع دارم؟ چه مدارکی لازم است؟ چه میزان از هزینه بر عهده بیمه و چه میزان بر عهده من است؟پاسخ روشن به همین پرسش‌ها می‌تواند تجربه بیمه‌شده را از یک فرایند پیچیده اداری به مسیری قابل فهم و قابل استفاده تبدیل کند.

در نهایت، بیمه سلامت زمانی به معنی واقعی کلمه «پشتیبان سلامت» خواهد بود که شهروند نه‌تنها تحت پوشش بیمه قرار داشته باشد، بلکه بداند چگونه، چه زمانی و از چه مسیری از این پوشش استفاده کند.

ارتقای همزمان سواد بیمه‌ای و سواد سلامت می‌تواند شهروند را از دریافت‌کننده صرف خدمات به فردی آگاه‌تر و مسئول‌تر در نظام سلامت تبدیل کند؛ تغییری که آثار آن هم در سطح خانواده و فرد و هم در سطح نظام سلامت و منابع عمومی کشور قابل توجه خواهد بود.



شیما بادکوبه هزاوه
کارشناس بودجه
بیمه سلامت استان مرکزی

از پرداخت هزینه تا خرید هوشمند سلامت

هفته بیمه سلامت فرصتی برای بازاندیشی در جایگاه بیمه‌های پایه و نقش آنها در آینده نظام سلامت کشور است؛ فرصتی برای طرح این پرسش که آیا بیمه سلامت صرفاً باید بخشی از هزینه خدمات را پرداخت کند یا می‌تواند با هدایت هوشمندانه منابع محدود به سمت خدمات ضروری، اثربخش و عادلانه، نقش فعال‌تری در ارتقای سلامت جامعه ایفا کند؟پاسخ به این پرسش، نگاه ما را از مفهوم سنتی «بیمه‌گری» به سمت رویکردی مهم‌تر یعنی «خرید راهبردی خدمات سلامت» سوق می‌دهد؛ رویکردی که در آن بیمه‌گر صرفاً پرداخت‌کننده هزینه نیست، بلکه درباره اینکه چه خدمتی، برای چه فردی، در چه سطحی، با چه کیفیتی و با چه پیامدی خریداری شود، نقش فعال و مبتنی بر شواهد دارد.خرید راهبردی مفهومی جدید در ساختار قانونی کشور نیست.

در اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران نیز این رویکرد در کنار اجرای برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، چالش اصلی امروز، پذیرش این مفهوم نیست؛ بلکه تبدیل آن به فرآیندی مؤثر، داده‌محور، شفاف و نتیجه‌گرا است.در الگوی سنتی، بیمه‌گر عمدتاً پس از دریافت خدمت وارد فرآیند می‌شود؛ اسناد را بررسی می‌کند و بر اساس ضوابط، هزینه خدمت را می‌پردازد. اما در خرید راهبردی، تصمیم بیمه‌گر باید پیش از پرداخت نیز شکل بگیرد؛ یعنی ضرورت خدمت، کیفیت ارائه، سطح مناسب دریافت خدمت و پیامد مورد انتظار آن مورد توجه قرار گیرد.

در این رویکرد، پرسش اصلی دیگر فقط این نیست که «چه میزان هزینه باید پرداخت شود؟» بلکه باید پرسید: «منابع بیمه‌ای برای کدام خدمت، برای کدام گروه از بیمه‌شدگان، در چه سطحی و با چه کیفیتی، بیشترین ارزش سلامت را ایجاد می‌کند؟»پاسخ به این پرسش بدون داده‌های دقیق و قابل اتکا امکان‌پذیر نیست.



پرونده الکترونیک سلامت، نسخه‌نویسی الکترونیک، نظام ارجاع و داده‌های بیمه‌ای باید از سامانه‌هایی مستقل و موازی، به اجزای یک زنجیره واحد تصمیم‌گیری تبدیل شوند.

در چنین ساختاری، داده تنها برای ثبت و نگهداری اطلاعات به کار نمی‌رود، بلکه به ابزاری برای تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری بیمه‌ای تبدیل می‌شود.پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های خرید راهبردی باشد. زمانی که سابقه خدمات، تشخیص‌ها، ارجاعات و مداخلات درمانی به شکل منسجم در دسترس باشد، بیمه‌گر امکان بیشتری برای ارزیابی ضرورت خدمات، کیفیت ارائه و پیامدهای درمان خواهد داشت و می‌تواند از پرداخت‌های صرفاً مبتنی بر حجم خدمت، به سمت پرداخت مبتنی بر ارزش و نتیجه حرکت کند.از سوی دیگر، توسعه نظام ارجاع الکترونیک می‌تواند ارتباط میان سطح اول و سطوح تخصصی را منسجم‌تر کند و موجب شود خرید خدمات، ارتباط نزدیک‌تری با نیاز واقعی بیمه‌شده داشته باشد.

در این میان، یکپارچگی داده‌های سلامت و بیمه، پیش‌شرط مهمی برای تصمیم‌گیری دقیق و کاهش پرداخت‌های غیرضروری و قابل اجتناب است.با این حال، خرید راهبردی را نباید با کاهش هزینه به هر قیمت یکسان دانست. کنترل هزینه، اگر بدون توجه به دسترسی، کیفیت و پیامدهای سلامت انجام شود، ممکن است صرفاً به کاهش مصرف خدمات منجر شود. هدف اصلی باید «خرید ارزش» باشد؛ یعنی هدایت منابع به سمت خدماتی که علاوه بر ضرورت و اثربخشی، کیفیت مناسب و پیامد مطلوب‌تری برای بیمه‌شده به همراه دارند. از همین منظر، اصلاح روش‌های پرداخت، توجه به



عملکرد و کیفیت ارائه‌دهندگان، تقویت مراقبت‌های اولیه، مدیریت بیماری‌های مزمن و توجه بیشتر به پیشگیری، از الزامات حرکت به سمت خرید راهبردی محسوب می‌شوند. در چنین الگویی، منابع بیمه‌ای صرفاً هزینه‌های جاری نیستند؛ بلکه می‌توانند ابزاری برای ارتقای کیفیت و پیشگیری از هزینه‌های قابل اجتناب در آینده باشند.البته تحقق این تحول، تنها به فناوری و سامانه‌های اطلاعاتی وابسته نیست.

سرمایه انسانی و ظرفیت تخصصی سازمان بیمه‌گر نیز باید متناسب با این تغییر رویکرد توسعه یابد. بیمه سلامت آینده به کارشناسانی نیاز دارد که در کنار دانش بیمه‌ای، با اقتصاد سلامت، تحلیل داده، ارزیابی فناوری‌های سلامت، راهنماهای بالینی و روش‌های نوین پرداخت نیز آشنا باشند.

هم‌زمان، شفافیت قراردادها، تعریف شاخص‌های کیفیت، تقویت نظام پایش و ارزیابی و ایجاد ارتباط مؤثر میان بیمه‌گر، ارائه‌دهندگان خدمت و سیاست‌گذاران، از الزامات شکل‌گیری یک نظام خرید راهبردی کارآمد است.در نهایت، آینده بیمه‌های پایه را می‌توان در عبور از نقش سنتی «پرداخت‌کننده هزینه» به سمت نقش «خریدار هوشمند سلامت» جست‌وجو کرد. خرید راهبردی می‌تواند منابع محدود بیمه را از یک جریان صرفاً مالی، به اهرمی برای ارتقای کیفیت، افزایش کارایی، پیشگیری از هزینه‌های قابل اجتناب و تقویت عدالت در سلامت تبدیل کند.این تغییر رویکرد، صرفاً تغییر در شیوه پرد

اخت نیست؛ بلکه تغییری در نگاه به مأموریت بیمه سلامت است؛ تغییری که می‌تواند بیمه‌گر را از یک نهاد صرفاً پرداخت‌کننده، به یکی از بازیگران مؤثر در حکمرانی سلامت و هدایت منابع به سوی سلامت بهتر تبدیل کند.

سازمان بیمه سلامت ایران

حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور



۱ پوشش ۹۰٪ هزینه های درمان ناباروری در مراکز دولتی و ۶۰٪ تعرفه خصوصی و خیریه در مراکز خصوصی و خیریه

۲ پوشش ۷۴ قلم دارو و ۷ قلم تصویربرداری

۳ پوشش بیمه‌ای ۱۷ قلم آزمایش ژنتیک، ۴۲ قلم تجهیزات پزشکی پوشش بیمه ای ۴۸ کد خدمت جراحی آماده سازی و پوشش بیمه ای خدمات تخصصی و فوق تخصصی کمک باروری IUI, IVF , ICSI FET ، بسته خدمات فریزاسپرم، بسته خدمات فریز تخمک (برای زوجین نابارور)

٤ پوشش بیمه ای خدمات رحم جایگزین و جنین اهدایی

۵ عقد قرارداد با ۱۴۹ مرکز درمان ناباروری در سراسر کشور



عقیل عبدالهی‌پور
رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان کنگان

از پرداخت هزینه درمان تا مدیریت سلامت؛ نقش بیمه سلامت در مهار بیماری‌های مزمن

بیماری‌های مزمن و غیرواگیر امروز یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان به شمار می‌روند. دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی تنها سلامت و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند، بلکه با ایجاد عوارض و نیاز به درمان‌های مستمر، هزینه‌های قابل توجهی را نیز به خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌کنند.از همین رو، مواجهه با بیماری‌های مزمن نمی‌تواند صرفاً به زمان بروز بیماری و پرداخت هزینه‌های درمان محدود شود. آنچه بیش از پیش ضرورت دارد، تغییر نگاه از «تأمین هزینه درمان» به «مدیریت سلامت» است؛ تغییری که در آن بیمه‌های پایه می‌توانند نقشی فراتر از پرداخت‌کننده هزینه خدمات درمانی ایفا کنند.در این رویکرد، بیمه سلامت می‌تواند از ظرفیت‌های خود برای حمایت از پیشگیری، تشخیص زودهنگام، استمرار درمان و پیگیری وضعیت بیمه‌شدگان استفاده کند. حرکت به سمت خرید راهبردی خدمات سلامت نیز می‌تواند منابع محدود بیمه‌ای را به سمت خدماتی هدایت کند که بیشترین اثربخشی را در حفظ سلامت مردم و جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین‌تر در آینده دارند.

پیشگیری؛ نقطه آغاز مدیریت بیماری‌های مزمن

یکی از ویژگی‌های بیماری‌های مزمن این است که ممکن است فرد در مراحل ابتدایی، علائم جدی و آزاردهنده‌ای نداشته باشد. برای مثال، فرد مبتلا به دیابت یا فشار خون بالا ممکن است برای مدتی طولانی احساس کند شرایط طبیعی دارد؛ در حالی که کنترل نامناسب بیماری به مرور زمان می‌تواند زمینه‌ساز عوارض جدی‌تری شود.در چنین شرایطی، پیشگیری و تشخیص به‌موقع اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. هر اندازه بیماری زودتر شناسایی و روند درمان آن منظم‌تر دنبال شود، امکان کنترل

عـوارض و جلوگیـری از هزینه‌هـای سـنگین‌تر افزایـش می‌یابد.تقویت نظـام ارجـاع، اسـتفاده مؤثرتـر از نسـخه الکترونیـک و ایجـاد سـازوکارهای مناسـب بـرای پیگیـری بیمـاران مزمـن، از جملـه اقداماتی است کـه می‌توانـد بـه اسـتمرار مراقبـت و کنتـرل بهتـر بیمـاری کمـک کنـد. در ایـن میـان، اطلاعـات موجـود در سـامانه‌های بیمـه‌ای نیـز صرفاً داده‌هایـی اداری نیستند؛ بلکـه در صـورت اسـتفاده صحیـح و هدفمنـد می‌تواننـد بـه شـناخت الگوهـای بیمـاری، شناسـایی نیازهـای سلامـت و برنامه‌ریـزی دقیق‌تـر بـرای ارائـه خدمـات کمـک کننـد.

بیمه‌گر؛ از پرداخت‌کننـده بـه خریـدار راهبـردی خدمـات سلامت

تغییـر نقـش بیمـه سلامـت بـه معنـای فاصلـه گرفتـن از وظیفـه اصـلی آن در حمایـت مـالی از بیمه‌شـدگان نیسـت؛ بلکـه بـه معنـای تکمیـل ایـن وظیفـه بـا رویکـردی آینده‌نگـر اسـت.بیمه‌گر می‌توانـد بـا شناسـایی خدمـات مؤثرتـر، حمایـت از مراقبت‌هـای پیشـگیرانه و توجـه بـه اسـتمرار درمـان، منابـع خـود را بـه گونـه‌ای مدیریـت کنـد کـه علاوه بـر پاسـخ‌گویی بـه نیازهـای امـروز، از ایجـاد هزینه‌هـای سـنگین‌تر در آینـده نیـز جلوگیـری شـود. در بیماری‌هـای مزمـن، قطـع یـا بی‌نظـمی در درمـان می‌توانـد پیامدهـای جـدی داشـته باشـد. بنابرایـن، حمایت بیمـه‌ای بایـد بـه گونـه‌ای طراحی شود کـه بیمـار در مسیـر درمـان رهـا نشـود و دسـترسی مسـتمر او بـه خدمـات ضـروری، دارو و مراقبت‌هـای مـورد نیـاز حفـظ شـود.

مردم، بخش مهمی از زنجیره مدیریت سلامت

البتـه مدیریـت بیماری‌هـای مزمـن تنهـا بـر عهـده بیمـه و نظـام درمـان نیسـت. افزایـش آگاهی مـردم و مشـارکت خـود بیمه‌شـدگان نیـز بخـش مهـمی از ایـن زنجیـره را تشـکیل می‌دهد.کنتـرل منظـم قنـد و فشـار خـون، مصـرف صحیـح و منظـم دارو، مراجعـه به‌موقـع بـه پزشـک و توجـه بـه توصیه‌هـای مراقبتی، اقداماتی هستنـد کـه می‌تواننـد در کنتـرل بیمـاری و کاهـش احتمـال بـروز عـوارض مؤثـر باشـند. در واقـع، هرچـه مـردم نسـبت بـه اهمیـت مراقبـت و پیشـگیری آگاهی بیشـتری داشـته باشـند، امـکان موفقیـت برنامه‌هـای نظـام سلامـت نیـز افزایـش پیـدا می‌کنـد.از ایـن منظـر، اطلاع‌رسـانی و فرهنگ‌سـازی بایـد بخـشی از مأموریـت مسـتمر نظـام بیمـه‌ای باشـد؛ نـه فعالیـتی مقطـعی و محـدود بـه مناسبت‌هـای خـاص.

نقش شهرستان‌ها در نزدیک‌تر شدن بیمه به مردم

ادارات بیمـه سلامـت در شهرسـتان‌ها نیـز می‌تواننـد در ایـن مسیـر نقـش مهـمی داشـته باشـند. حضـور در کنـار مراکـز بهداشـت، مراکـز درمـانی و سـایر دسـتگاه‌های مرتبـط، زمینـه‌ای بـرای افزایـش آگاهی عمـومی، شناسـایی مسـائل و نیازهـای واقـعی مـردم و انتقـال ایـن نیازهـا بـه سـطوح تصمیم‌گیـری فراهـم می‌کند.هـر منطقـه ممکـن اسـت بـا توجـه بـه شـرایط جمعیـتی، اقتصـادی و اجتماعی خـود بـا مسـائل متفـاوتی در حـوزه سلامـت مواجـه باشـد. بنابرایـن، تقویـت ارتبـاط مستقیـم بـا مـردم و اسـتفاده از ظرفیت‌هـای محـلی می‌توانـد بـه اجـرای برنامه‌هـای سلامـت متناسـب بـا نیازهـای هـر منطقـه کمـک کنـد.

آینـده بیمـه سلامـت؛ مدیریـت سلامـت بـه جـای مدیریـت هزینـه

نظـام بیمـه‌ای زمـانی می‌توانـد بیشـترین اثرگـذاری را داشـته باشـد کـه نـگاه خـود را از پرداخـت هزینـه پـس از وقـوع بیمـاری، بـه مدیریـت سلامـت پیش از بـروز عـوارض گسـترش دهـد. ایـن تغییـر رویکـرد بـه معنـای حـذف نقـش مـالی بیمـه نیسـت؛ بلکـه بـه معنـای هوشـمندتر کـردن نحـوه اسـتفاده از منابـع و پیونـد دادن حمایـت مـالی بـا پیشـگیری، تشـخیص زودهنـگام و اسـتمرار مراقبـت اسـت.در نهایـت، مأموریـت بیمـه سلامـت را می‌تـوان در دو محـور اسـاسی خلاصـه کـرد: حمایـت مـالی از بیمه‌شـدگان و اسـتفاده عادلانـه و اثربخـش از منابـع بـرای حفـظ سلامـت آنان.اگـر بیمـه سلامـت بتوانـد در کنـار پرداخـت هزینـه خدمـات، در پیشـگیری، شناسـایی زودهنـگام، پیگیـری بیمـاران و اسـتمرار درمـان نیـز نقـش فعال‌تـری ایفـا کنـد، می‌تـوان انتظـار داشـت بـار بیماری‌هـای مزمـن کاهـش یابـد، کیفیـت زنـدگی بیمه‌شـدگان ارتقـا پیـدا کنـد و منابـع نظـام سلامـت نیـز هدفمندتـر مصـرف شـود.این همـان مسیـری اسـت کـه بیمـه را از یـک پرداخت‌کننـده هزینـه درمـان بـه یـک بازیگـر مؤثـر در مدیریـت سلامـت جامعـه تبدیـل می‌کنـد.



الهام حسنی
پژوهشگر سلامت

تجمیع اسناد، پیش‌نیاز تجمیع صندوق‌هاست

هر بار که بحث تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای مطرح می‌شود، دو نگاه متفاوت شکل می‌گیرد؛ گروهی آن را راهکاری برای یکپارچگی نظام بیمه‌ای می‌دانند و گروهی دیگر، چالش‌های اجرایی و حقوقی آن را پررنگ می‌کنند. با این حال، به نظر می‌رسد هر دو نگاه، یک مسئله مهم‌تر را در لایه‌ای عمیق‌تر کمتر مورد توجه قرار می‌دهند: آیا پیش از تجمیع صندوق‌ها، اسناد و داده‌های بیمه‌ای و درمانی ما به اندازه کافی یکپارچه شده‌اند؟مسئله نظام بیمه‌ای کشور صرفاً تعدد صندوق‌ها نیست.

بخش مهمی از چالش، به چندپارگی اسناد، داده‌ها و اطلاعات مربوط به مسیر درمان بیمه‌شدگان بازمی‌گردد. منظور از تجمیع اسناد نیز صرفاً ایجاد یک انبار بزرگ داده نیست؛ بلکه ایجاد توانایی برای نظام بیمه‌گری است تا بتواند مسیر درمان بیمه‌شده را ببیند، آن را به خاطر بسپارد و بر اساس آن تصمیم بگیرد.امروز هر نسخه، بستری، مراجعه و پرداخت، تا حد زیادی به‌عنوان یک رویداد مستقل ثبت و تسویه می‌شود. در چنین شرایطی، بیمه‌گر ممکن است هزینه‌های درمانی یک فرد را در مقاطع مختلف پرداخت کند، بدون آنکه تصویر کاملی از ارتباط این خدمات با یکدیگر داشته باشد.

اگر بیماری در فاصله کوتاهی به دلیل یک عارضه مشابه چند بار بستری شود، این بستری‌ها ممکن است در نظام پرداخت، چند پرونده مالی مستقل تلقی شوند؛ در حالی که از منظر خرید راهبردی خدمات سلامت، باید بخشی از یک مسیر درمانی واحد ارزیابی شوند.اینجاست که مفهوم «فراموشی نهادی» اهمیت پیدا می‌کند. بیمه‌گر باید بداند منابع خود را صرف چه چیزی کرده است؛ صرف بهبود سلامت بیمه‌شده یا تکرار خدماتی که می‌توانست با مدیریت بهتر مسیر درمان از آنها جلوگیری شود.از این منظر، تجمیع صندوق‌ها بدون ایجاد

اسناد و زیرساخت‌های اطلاعاتی مشترک می‌تواند صرفاً به تجمیع اسمی منجر شود؛ یعنی یک ساختار حقوقی واحد، اما چند نظام اطلاعاتی و محاسباتی موازی. در این حالت، هزینه‌های ادغام سازمانی، از جابه‌جایی ساختارها و پست‌ها تا مسائل حقوقی و مدیریتی، به‌سرعت ایجاد می‌شود، اما مهم‌ترین منفعت مورد انتظار یعنی افزایش قدرت خرید و حکمرانی بیمه‌ای، لزوماً محقق نخواهد شد.

قدرت خرید زمانی معنا پیدا می‌کند که بیمه‌گر بداند چه خدمتی را، برای چه بیماری، در چه مسیری و با چه نتیجه‌ای خریداری کرده است. در غیر این صورت، افزایش حجم منابع و پرداخت‌ها الزاماً به معنای افزایش قدرت خرید راهبردی نیست.بنابراین شاید لازم باشد ترتیب بحث را تغییر دهیم: پیش از تجمیع سازمانی، باید به سمت تجمیع کارکردی حرکت کنیم.در این مسیر، پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع نباید صرفاً پروژه‌هایی فناورانه یا سامانه‌هایی اداری تلقی شوند. این دو، بخشی از زیرساخت خرید راهبردی خدمات سلامت هستند.

تا زمانی که داده‌های بالینی، سوابق درمانی و اطلاعات پرداخت بیمه‌ای در کنار یکدیگر قرار نگیرند، بیمه‌گر ناچار است بیش از آنکه بر نتیجه درمان تمرکز کند، بر اسناد مالی و تعداد خدمات تمرکز داشته باشد.یکی از راهکارهای قابل بررسی در این زمینه، ایجاد «شناسه واحد مسیر درمان» است؛ به این معنا که به جای آنکه هر خدمت به‌صورت جداگانه و مستقل از خدمات قبلی ثبت و پرداخت شود، یک دوره درمانی از ابتدا تا انتها قابل ردیابی باشد. در چنین مدلی، مسیر بیمار از سطح پزشک خانواده تا خدمات تخصصی و بیمارستانی قابل مشاهده است و مطالبات نیز به این مسیر درمانی متصل می‌شوند، نه صرفاً به مراجعات منفرد.همزمان، صندوق‌ها می‌توانند حتی در صورت حفظ هویت حقوقی و ساختار مستقل خود، بر سر تعاریف مشترک از بسته پایه خدمات، استانداردهای اطلاعاتی و سازوکارهای مشترک ثبت و ارزیابی مطالبات به توافق برسند.

به بیان ساده‌تر، ممکن است صندوق‌ها همچنان جدا باشند، اما با یک زبان مشترک خرید کنند.تجربه برخی کشورها نیز نشان می‌دهد که یکپارچگی کارکردی الزاماً به معنای حذف فوری همه ساختارهای بیمه‌ای نیست. در نظام‌هایی که چندین صندوق بیمه‌ای فعالیت می‌کنند، می‌توان با ایجاد قواعد مشترک برای تعهدات، داده‌ها، ارزیابی ریسک و پرداخت، بخشی از کارکردهای یکپارچه را بدون ادغام فوری همه نهادها ایجاد کرد.اهمیت این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بتوان عملکرد صندوق‌ها را بر اساس داده‌های واقعی مقایسه کرد.

وقتی مسیرهای درمانی قابل شناسایی و مقایسه باشند، می‌توان دید که برای بیماری مشابه، چه میزان هزینه در صندوق‌های مختلف پرداخت شده، چه نوع خدمتی دریافت شده و نتیجه درمان چه بوده است. در این شرایط، تفاوت عملکرد صندوق‌ها دیگر صرفاً یک ادعا یا برداشت مدیریتی نیست؛ بلکه می‌تواند به شاخص‌های قابل اندازه‌گیری تبدیل شود.از همین جا، بحث تجمیع نیز می‌تواند از یک مناقشه صرفاً ساختاری و سازمانی به یک تصمیم مبتنی بر شواهد تبدیل شود. اگر صندوق‌ها بتوانند اطلاعات و اسناد خود را با استانداردهای مشترک ثبت کنند، مسیرهای درمانی را ببینند و بر اساس داده‌های مشترک خرید کنند، بخش مهمی از کارکردهای تجمیع پیش از ادغام حقوقی محقق شده است.البته این مسیر بدون ملاحظه یک موضوع اساسی کامل نخواهد بود: تجمیع اسناد به معنای تجمیع بی‌ضابطه اطلاعات نیست.اطلاعات سلامت، از حساس‌ترین انواع داده‌های شخصی است و یکپارچه‌سازی آن باید همراه با قواعد روشن درباره مالکیت داده، سطح دسترسی، محرمانگی و نحوه استفاده از اطلاعات باشد. سوابق درمانی نباید به ابزاری برای محدود کردن تعهدات بیمه‌ای، تبعیض یا تصمیم‌گیری خارج از چارچوب حقوق بیمه‌شده تبدیل شود. یکپارچگی اطلاعات زمانی ارزشمند است که همزمان با افزایش کارآمدی، اعتماد عمومی را نیز حفظ کند.از این رو، شاید در هفته بیمه سلامت بهتر باشد پرسش اصلی را کمی تغییر دهیم.

مسئله فقط این نیست که چند صندوق بیمه‌ای



بایـد داشـته باشـیم؛ مسـئله ایـن اسـت کـه آیـا نظـام بیمـه‌ای مـا بیمه‌شـده خـود را به‌عنوان یـک انسـان بـا یـک مسیـر درمـانی مسـتمر می‌بینـد یـا مجموعـه‌ای از مراجعـات و اسـناد مـالی پراکنده؟نظـامی کـه نتوانـد مسیـر درمـان را ببینـد، نمی‌توانـد به‌درسـتی خریـد راهبـردی انجـام دهـد، هزینه‌هـای قابـل پیشـگیری را شناسـایی کنـد و دربـاره اثربخـشی منابـع خـود پاسـخگو باشـد.بنابراین شـاید تجمیـع اسـناد، پیش‌نیـاز منطـقی تجمیـع صندوق‌هـا باشـد؛ زیـرا پیـش از آنکـه سـاختارها را یـکی کنیـم، بایـد بتوانیـم اطلاعـات را بـه هـم متصـل کنیـم، مسیـر درمـان را ببینیـم و بـا یـک زبـان مشـترک دربـاره منابـع سلامـت تصمیـم بگیریـم.

اگـر صندوق‌هـا را بـدون یکپارچه‌سـازی اسـناد و داده‌هـا ادغـام کنیـم، ممکـن اسـت فقـط یـک نهـاد بزرگ‌تـر داشـته باشـیم؛ امـا اگـر اسـناد و کارکردهـا را یکپارچـه کنیـم، حـتی پیـش از ادغـام حقـوقی، می‌توانیـم بخـش مهـمی از مزایـای یـک نظـام بیمـه‌ای یکپارچـه را تجربـه کنیـم.



علیرضا سلیمی‌فرد
کارشناس روابط عمومی
بیمه سلامت استان بوشهر

سواد بیمه‌ای؛ حلقه مفقوده میان حق سلامت و انتخاب آگاهانه شهروندان

سلامت شهروندان تنها به دسترسی به پزشک، دارو و مراکز درمانی وابسته نیست؛ بخش مهمی از آن به میزان آگاهی افراد از حقوق، مسئولیت‌ها و ظرفیت‌های نظام سلامت و بیمه‌ای بازمی‌گردد. از این منظر، سواد بیمه‌ای را می‌توان یکی از حلقه‌های مهم میان آگاهی فردی، استفاده صحیح از خدمات سلامت و ارتقای کیفیت زندگی جامعه دانست.سواد بیمه‌ای صرفاً به این معنا نیست که فرد بداند تحت پوشش بیمه قرار دارد یا خیر. شهروند دارای سواد بیمه‌ای باید بتواند حقوق و تعهدات بیمه‌ای خود را بشناسد، از خدمات تحت پوشش به شکل صحیح استفاده کند، مسیر دریافت خدمات را بداند و در زمان مناسب، انتخاب آگاهانه‌ای در استفاده از خدمات سلامت داشته باشد.

از شناخت پوشش بیمه تا استفاده درست از خدمات

یکی از نخستین نشانه‌های سواد بیمه‌ای، شناخت خدمات و تعهدات بیمه‌ای است. شهروند باید بداند چه خدماتی تحت پوشش بیمه قرار دارد، برای دریافت هر خدمت باید به کجا مراجعه کند و چه میزان از هزینه بر عهده بیمه و چه میزان بر عهده اوست.این آگاهی می‌تواند به استفاده به‌موقع از خدمات پیشگیرانه نیز کمک کند. فردی که از اهمیت غربالگری‌ها و مراقبت‌های دوره‌ای و پوشش‌های بیمه‌ای مرتبط با آن‌ها اطلاع دارد، می‌تواند پیش از پیشرفت بیماری برای شناسایی و کنترل عوامل خطر اقدام کند.در چنین شرایطی، سواد بیمه‌ای تنها یک مهارت فردی نیست؛ بلکه می‌تواند به کاهش هزینه‌های خانوار و مدیریت بهتر منابع نظام سلامت نیز کمک کند.از سوی دیگر، منابع بیمه‌ای محدود و عمدتاً متکی بر منابع عمومی است. بنابراین، استفاده آگاهانه از خدمات و پرهیز از تقاضاهای غیرضروری می‌تواند به حفظ منابع برای افرادی

کمک کند که واقعاً به خدمات درمانی نیاز دارند. انتخاب سطح مناسب خدمت متناسب با نوع و شدت مشکل، از جمله موضوعاتی است که آگاهی عمومی می‌تواند در آن نقش داشته باشد.

زبان بیمه باید برای مردم قابل فهم باشد

یکی از موانع مهم در مسیر ارتقای سواد بیمه‌ای، پیچیدگی ادبیات بیمه‌ای و درمانی است. اگر شهروند برای فهم یک خدمت، تعهد بیمه یا نحوه دریافت آن ناچار باشد با اصطلاحات پیچیده حقوقی و پزشکی مواجه شود، طبیعی است که فاصله میان «حق بیمه‌ای» و «استفاده از حق» افزایش پیدا کند.بنابراین، سازمان‌های بیمه‌گر باید تا حد امکان اطلاعات را با زبان ساده، شفاف و قابل فهم در اختیار مردم قرار دهند. توضیح روشن درباره خدمات تحت پوشش، میزان سهم بیمه و بیمه‌شده، مسیر دریافت خدمات و شرایط استفاده از تعهدات می‌تواند بخش مهمی از این مسیر باشد.استفاده از اینفوگرافیک، جدول‌های ساده، ویدئوهای کوتاه و ابزارهای تعاملی نیز می‌تواند جایگزین مناسبی برای متن‌های طولانی و تخصصی باشد.

رسانه؛ پل ارتباطی میان بیمه و مردم

ارتقای سواد بیمه‌ای بدون حضور فعال رسانه‌ها امکان‌پذیر نیست. رسانه‌های عمومی، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی سازمان‌ها و شبکه‌های اجتماعی می‌توانند مفاهیم بیمه‌ای را از یک موضوع تخصصی به بخشی از آگاهی روزمره مردم تبدیل کنند.آموزش‌های کوتاه و کاربردی، پاسخ به پرسش‌های پرتکرار و ارائه نمونه‌های واقعی از نحوه استفاده از خدمات بیمه‌ای می‌تواند اثربخشی بیشتری نسبت به اطلاع‌رسانی‌های صرفاً اداری داشته باشد.در این میان، مراکز درمانی نیز ظرفیت مهمی برای آموزش بیمه‌ای دارند. پزشکان، کارشناسان و کارکنان پذیرش می‌توانند در زمان ارائه خدمت، اطلاعات ضروری درباره مسیر دریافت خدمات و نحوه استفاده از پوشش بیمه‌ای را به بیمار ارائه کنند.

فناوری؛ فرصت تازه برای آموزش و پاسخ‌گویی

دیجیتال‌شدن خدمات سلامت و بیمه، فرصت مناسبی برای ارتقای سواد بیمه‌ای ایجاد کرده است. سامانه‌های الکترونیک، اپلیکیشن‌های بیمه‌ای و ابزارهای هوشمند می‌توانند اطلاعات مورد نیاز شهروند را در زمان و مکان مناسب در اختیار او قرار دهند.برای مثال، یک سامانه هوشمند می‌تواند به پرسش‌هایی مانند اینکه «آیا این خدمت تحت پوشش بیمه قرار دارد؟»، «برای دریافت این خدمت باید به کجا مراجعه کنم؟» یا «سهم بیمه و بیمه‌شده چقدر است؟» با زبانی ساده و قابل فهم پاسخ دهد.در کنار آن، می‌توان از ظرفیت پرونده الکترونیک سلامت و داده‌های بیمه‌ای برای ارائه اطلاعات هدفمندتر استفاده کرد؛ البته با رعایت الزامات محرمانگی و حفاظت از اطلاعات افراد.

آموزش بیمه‌ای از مدرسه تا جامعه

سواد بیمه‌ای مانند بسیاری از مهارت‌های اجتماعی، نیازمند آموزش مستمر است. آشنایی با مفاهیمی مانند ریسک، پیشگیری، بیمه و مسئولیت اجتماعی می‌تواند از دوران مدرسه آغاز شود و در دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری ادامه پیدا کند.این آموزش‌ها الزاماً نباید پیچیده و تخصصی باشند. هدف اصلی، ایجاد درک درست از این موضوع است که منابع سلامت محدودند و استفاده صحیح از آن‌ها هم به نفع فرد و هم به نفع جامعه است.همچنین بررسی سطح سواد بیمه‌ای بیمه‌شدگان می‌تواند به سیاستگذاران کمک کند تا مداخلات آموزشی را متناسب با نیازهای واقعی گروه‌های مختلف طراحی کنند. ممکن است یک گروه بیشتر به اطلاعات مربوط به پوشش‌های دارویی نیاز داشته باشد و گروهی دیگر درباره مسیر ارجاع، خدمات پیشگیرانه یا نحوه استفاده از خدمات الکترونیک نیازمند آموزش باشد.

از آگاهی تا رفتار مسئولانه

ارتقای سواد بیمه‌ای زمانی اثربخش خواهد بود که به تغییر رفتار منجر شود. هدف صرفاً این نیست که شهروند مجموعه‌ای از قوانین و مقررات بیمه‌ای را حفظ کند؛ بلکه باید بتواند بر اساس این آگاهی، در زمان مناسب تصمیم درست‌تری برای دریافت خدمات سلامت بگیرد.در این مسیر، می‌توان از ابزارهای تشویقی و یادآوری‌های هوشمند نیز استفاده کرد؛ برای مثال، یادآوری زمان مراقبت‌های دوره‌ای یا اطلاع‌رسانی درباره خدمات پیشگیرانه‌ای که فرد واجد شرایط استفاده از آن‌هاست.البته طراحی چنین مشوق‌هایی نیازمند بررسی دقیق ابعاد اجرایی، مالی و حقوقی است و باید به گونه‌ای باشد که دسترسی عادلانه افراد به خدمات ضروری سلامت تحت تأثیر قرار نگیرد.

بیمه‌گری آگاهانه، جامعه سالم‌تر

سواد بیمه‌ای در نهایت بخشی از سواد سلامت و یکی از مؤلفه‌های مهم مشارکت آگاهانه شهروندان در نظام سلامت است. هرچه افراد شناخت دقیق‌تر و ساده‌تری از حقوق و تعهدات بیمه‌ای خود داشته باشند، امکان استفاده صحیح‌تر از خدمات و مدیریت بهتر هزینه‌های سلامت افزایش می‌یابد.از این رو، ارتقای سواد بیمه‌ای نباید صرفاً یک فعالیت اطلاع‌رسانی تلقی شود؛ بلکه باید به عنوان بخشی از سیاست‌گذاری سلامت و ارتباط مؤثر میان بیمه‌گر و بیمه‌شده مورد توجه قرار گیرد.شهروند آگاه، تنها دریافت‌کننده خدمات بیمه‌ای نیست؛ بلکه شریک آگاه نظام سلامت در استفاده درست از منابع، پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت جامعه است.





سعید مالکی
کارشناس بیمه گری اداره کل
بیمه سلامت استان زنجان

وقتی درمان، معیشت را تهدید می‌کند؛ ضرورت بازسازی حفاظت مالی در سلامت

سلامت زمانی به یک مسئله اجتماعی و اقتصادی تبدیل می‌شود که هزینه درمان از توان مالی خانوار فراتر رود. «هزینه‌های کمرشکن سلامت» به وضعیتی اطلاق می‌شود که پرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی، بخش قابل‌توجهی از منابع مالی خانوار را مصرف کند و خانواده را ناگزیر سازد از هزینه‌های ضروری دیگری مانند خوراک، مسکن، آموزش یا سایر نیازهای اساسی خود بکاهد.در واقع، نقطه بحران زمانی است که بیماری تنها سلامت فرد را تهدید نمی‌کند، بلکه امنیت اقتصادی خانواده را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد.

هزینه درمان؛ فراتر از یک پرداخت مالی

هزینه‌های کمرشکن سلامت یکی از چالش‌های مهم نظام‌های سلامت در جهان است و بیشترین فشار آن متوجه خانوارهای کم‌درآمد و گروه‌های آسیب‌پذیر است. در چنین شرایطی، یک بیماری مزمن، یک عمل جراحی یا حتی نیاز مستمر به دارو می‌تواند تعادل اقتصادی یک خانواده را برهم بزند.اهمیت موضوع زمانی بیشتر می‌شود که بدانیم پرداخت از جیب مردم تنها به هزینه مستقیم دریافت خدمت محدود نیست. هزینه رفت‌وآمد، اقامت، مراقبت از بیمار، از دست دادن درآمد ناشی از غیبت از کار و هزینه‌های مربوط به تهیه دارو نیز می‌تواند فشار اقتصادی ناشی از بیماری را افزایش دهد.از این منظر، حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت باید یکی از ارکان اصلی سیاست‌گذاری نظام سلامت باشد.

افزایش هزینه‌ها و فشار بر پرداخت از جیب

در ایران نیز افزایش هزینه‌های سلامت، رشد قیمت دارو و خدمات درمانی و سهم بالای پرداخت از جیب، فشار قابل‌توجهی بر خانوارها وارد کرده است. در چنین شرایطی، افزایش هزینه‌های درمانی بیش از همه متوجه کسانی است که درآمد ثابت یا پایین دارند و بخش قابل‌توجهی از درآمدشان پیش از بیماری صرف نیازهای ضروری زندگی می‌شود.دارو یکی از مهم‌ترین اجزای این هزینه‌هاست. برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، تهیه منظم دارو یک انتخاب نیست؛ ضرورتی مستمر برای حفظ سلامت و جلوگیری از عوارض بیماری است. بنابراین هر افزایش قیمت یا اختلال در دسترسی به دارو می‌تواند مستقیماً بر وضعیت اقتصادی و حتی روند درمان این بیماران اثر بگذارد.از سوی دیگر، افزایش هزینه خدمات بستری، دندانپزشکی و سایر خدمات درمانی نیز می‌تواند سهم پرداخت مستقیم خانوار را افزایش دهد و فاصله میان «داشتن بیمه» و «حفاظت مالی واقعی» را بیشتر کند.

تحریم و اختلال در زنجیره تأمین سلامت

در کنار مشکلات داخلی، محدودیت‌های ناشی از تحریم‌های بین‌المللی نیز بر زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی اثرگذار است. دشواری نقل‌وانتقال مالی، محدودیت‌های تجاری، نوسانات نرخ ارز و مشکلات مربوط به تأمین مواد اولیه می‌تواند هزینه و دسترسی به برخی اقلام سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.البته آثار این محدودیت‌ها برای همه گروه‌های جامعه یکسان نیست. خانوارهای کم‌درآمد، روستاییان، سالمندان و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خاص، در شرایطی که دسترسی به منابع مالی یا خدمات جایگزین محدودتر است، آسیب‌پذیری بیشتری دارند.در نتیجه، هر اختلال در زنجیره تأمین سلامت می‌تواند در نهایت خود را در قالب افزایش هزینه خانوار، تأخیر در درمان یا کاهش دسترسی به خدمات ضروری نشان دهد.

بیمه؛ زمانی که تأخیر در پرداخت، به زنجیره‌ای از مشکلات تبدیل می‌شود

یکی از مهم‌ترین کارکردهای بیمه‌های پایه، ایجاد حفاظت مالی برای بیمه‌شدگان و تضمین استمرار ارائه خدمات است. اما این مأموریت زمانی به‌درستی انجام می‌شود که منابع مالی بیمه‌ها به‌موقع تأمین و مطالبات مراکز طرف قرارداد نیز در زمان مناسب پرداخت شود.تأخیر طولانی در پرداخت مطالبات مراکز درمانی، داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات می‌تواند زنجیره‌ای از مشکلات ایجاد کند. داروخانه برای تأمین نقدینگی خود به شرکت پخش بدهکار می‌شود؛ شرکت پخش نیز در پرداخت به تولیدکننده با مشکل مواجه می‌شود و تولیدکننده در نهایت برای تأمین مواد اولیه و ادامه تولید با محدودیت مواجه خواهد شد.بنابراین، مسئله مطالبات بیمه‌ای صرفاً یک موضوع حسابداری و مالی میان بیمه‌گر و مراکز طرف قرارداد نیست؛ بلکه می‌تواند مستقیماً بر دسترسی مردم به خدمات و دارو اثر بگذارد.به بیان دیگر، اگر بیمه در زمان مناسب تعهد خود را ایفا نکند، بخشی از هزینه‌ای که قرار بود توسط نظام بیمه‌ای پوشش داده شود، ممکن است به شکل مستقیم یا غیرمستقیم به خانوار منتقل شود.

از «پوشش بیمه‌ای» تا «حفاظت مالی واقعی»

داشتن دفترچه یا پوشش بیمه‌ای به‌تنهایی به معنی برخورداری از حفاظت مالی کامل نیست. معیار مهم‌تر این است که فرد در زمان بیماری، تا چه اندازه از پرداخت هزینه‌های سنگین از جیب مصون می‌ماند و آیا می‌تواند بدون آسیب جدی به معیشت خود، درمان مورد نیاز را دریافت کند یا خیر.از این منظر، کارآمدی بیمه سلامت را باید نه فقط در میزان خدمات خریداری‌شده، بلکه در میزان کاهش بار مالی بیماری بر دوش خانوار نیز ارزیابی کرد.این موضوع ضرورت تقویت منابع پایدار بیمه‌های پایه، مدیریت صحیح هزینه‌ها، خرید راهبردی خدمات، کنترل هزینه‌های غیرضروری و پرداخت به‌موقع مطالبات مراکز ارائه‌دهنده خدمات را بیش از پیش نشان می‌دهد.

چهار مسیر برای تقویت حفاظت مالی

کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت نیازمند مجموعه‌ای از اقدامات هماهنگ است و نمی‌توان آن را تنها با یک تصمیم یا یک نهاد حل کرد. در این مسیر، چهار محور اساسی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد:نخست؛ تحقق پوشش همگانی سلامت و تأمین منابع مالی پایدار تا حمایت بیمه‌ای در زمان نیاز واقعی مردم، پشتوانه مالی کافی داشته باشد. دوم؛ بازسازی ساختار مالی بیمه‌های پایه از طریق تأمین منابع متناسب با تعهدات، پرداخت به‌موقع مطالبات و تعیین تکلیف بدهی‌های انباشته؛ زیرا استمرار خدمات بدون ثبات مالی بیمه‌ها امکان‌پذیر نیست.سوم؛ کاهش آسیب‌پذیری زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی از طریق استفاده از ظرفیت دیپلماسی سلامت، تسهیل تأمین اقلام ضروری و تقویت تولید داخلی داروها و تجهیزات راهبردی. چهارم؛ توسعه مراقبت در منزل و خدمات سلامت



جامعه‌محور برای بیمارانی که امکان دریافت بخشی از مراقبت‌ها در منزل را دارند؛ اقدامی که می‌تواند ضمن حفظ کیفیت مراقبت، از تحمیل بخشی از هزینه‌های قابل اجتناب به خانواده‌ها و مراکز درمانی جلوگیری کند.

سلامت نباید خانواده را فقیر کند

هزینه‌های کمرشکن سلامت در نهایت یک مسئله صرفاً درمانی نیست؛ مسئله‌ای مرتبط با عدالت اجتماعی، امنیت اقتصادی و کیفیت زندگی مردم است.خانواده‌ای که برای تأمین هزینه دارو یا درمان ناچار به حذف بخشی از نیازهای ضروری زندگی خود می‌شود، در واقع هزینه بیماری را چند بار پرداخت می‌کند؛ یک‌بار با تحمل رنج بیماری و بار دیگر با کاهش رفاه و امنیت اقتصادی.هدف نظام سلامت باید این باشد که بیمار برای درمان، مجبور به انتخاب میان سلامت و معیشت نشود.تحقق این هدف، نیازمند تقویت همزمان منابع بیمه‌ای، اصلاح سازوکارهای مالی، کاهش پرداخت از جیب، تضمین دسترسی به دارو و خدمات ضروری و توجه جدی به گروه‌های آسیب‌پذیر است.در نهایت، حفاظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت، یکی از مهم‌ترین معیارهای عدالت در نظام سلامت است؛ زیرا سلامت زمانی واقعاً «حق» محسوب می‌شود که دسترسی به درمان، خانواده را به ورطه بحران اقتصادی و معیشتی نکشاند.



زهرا ذوالقدر
رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان خدابنده

سلامت روان، حق سلامت؛ ضرورت تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناختی

سلامت انسان تنها به سلامت جسم محدود نمی‌شود. سلامت روان بخش جدایی‌ناپذیر سلامت عمومی است و اختلالات و مشکلات روان‌شناختی می‌توانند بر کیفیت زندگی، عملکرد خانوادگی، روابط اجتماعی، تحصیل و فعالیت شغلی افراد تأثیر بگذارند. با این حال، هزینه خدمات روان‌شناختی و محدودیت توان مالی برخی خانوارها می‌تواند مانعی جدی برای دسترسی به این خدمات باشد.از این منظر، قرار گرفتن خدمات سلامت روان در پوشش بیمه‌های پایه را باید بخشی از مسیر تحقق عدالت در سلامت و حفاظت مالی از مردم دانست. فردی که به دلیل مشکلات مالی از دریافت خدمات روان‌شناختی صرف‌نظر می‌کند، ممکن است در ادامه با مشکلات پیچیده‌تر و هزینه‌های بیشتری مواجه شود. بنابراین، حمایت بیمه‌ای از خدمات سلامت روان صرفاً یک هزینه نیست؛ می‌تواند نوعی سرمایه‌گذاری برای سلامت فرد، خانواده و جامعه باشد.

چرا پوشش بیمه‌ای سلامت روان اهمیت دارد؟

نخستین اهمیت پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناختی، کاهش نابرابری در دسترسی است. اگر پرداخت هزینه جلسات روان‌شناسی کاملاً بر عهده فرد باشد، طبیعی است که خانوارهای کم‌درآمد یا افرادی که با مشکلات اقتصادی مواجه‌اند، بیش از دیگران از دریافت خدمات ضروری محروم شوند. بیمه می‌تواند با کاهش بخشی از هزینه‌های پرداختی، دسترسی گروه‌های بیشتری را به خدمات تخصصی امکان‌پذیر کند.دومین مسئله، کاهش مانع مالی برای شروع و استمرار درمان است. درمان مشکلات روان‌شناختی در بسیاری از موارد نیازمند یک جلسه یا یک مراجعه کوتاه‌مدت نیست و استمرار جلسات می‌تواند در روند بهبود اهمیت داشته باشد. بنابراین، حمایت بیمه‌ای می‌تواند امکان پیگیری منظم‌تر درمان را برای بیمه‌شدگان فراهم

کند.موضوع مهم دیگر، پیشگیری و مداخله زودهنگام است. مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات سازگاری یا تعارضات خانوادگی، در صورت شناسایی و مداخله به‌موقع، می‌توانند بهتر مدیریت شوند. مراجعه دیرهنگام ممکن است باعث پیچیده‌تر شدن مشکل و افزایش نیاز به خدمات تخصصی‌تر شود.

سلامت روان؛ مسئله‌ای فراتر از اتاق درمان

پیامدهای مشکلات سلامت روان تنها متوجه خود فرد نیست. کاهش بهره‌وری، غیبت از محل کار یا تحصیل، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و افزایش استفاده از برخی خدمات درمانی می‌تواند هزینه‌هایی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل کند.از این منظر، دسترسی مناسب به خدمات روان‌شناختی می‌تواند علاوه بر بهبود وضعیت فرد، به کاهش بخشی از هزینه‌های غیرمستقیم اختلالات روانی نیز کمک کند. بنابراین، سیاست‌گذاری در حوزه سلامت روان باید نگاه بلندمدت‌تری داشته باشد و پیشگیری و درمان زودهنگام را در کنار خدمات تخصصی مورد توجه قرار دهد.

بیمه؛ ابزاری برای عادی‌سازی مراجعه به روان‌شناس

یکی دیگر از آثار مهم گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان، کمک به کاهش نگاه منفی نسبت به دریافت این خدمات است. وقتی خدمات روان‌شناختی در کنار سایر خدمات سلامت در نظام بیمه‌ای قرار می‌گیرد، این پیام را به جامعه منتقل می‌کند که مراجعه به روان‌شناس یا دریافت خدمات روان‌درمانی، بخشی طبیعی از مراقبت از سلامت است و نباید آن را نشانه ضعف یا مسئله‌ای غیرعادی تلقی کرد.این تغییر نگرش می‌تواند به افزایش آگاهی عمومی و مراجعه زودتر افراد نیازمند به خدمات تخصصی کمک کند و زمینه ادغام بهتر سلامت روان در مراقبت‌های اولیه و تخصصی سلامت را فراهم سازد.

گامی در مسیر ورود سلامت روان به بیمه پایه

در سال ۱۴۰۲، با تصویب تعرفه‌های خدمات روان‌شناسی و اعلام سازوکار پوشش بیمه‌ای این خدمات در سازمان بیمه سلامت، گامی در جهت ورود خدمات روان‌شناختی به نظام بیمه پایه کشور برداشته شد.بر اساس ضوابط و شرایط تعیین‌شده، خدماتی از جمله برخی خدمات روان‌درمانی فردی و گروهی، خانواده‌درمانی، زوج‌درمانی، مشاوره و ویزیت می‌توانند در چارچوب مقررات مربوط، مشمول پوشش بیمه‌ای قرار گیرند.البته استفاده از این پوشش به عواملی همچون نوع خدمت، صلاحیت حرفه‌ای ارائه‌دهنده، مرکز ارائه خدمت، کدهای مصوب و ضوابط اجرایی بیمه وابسته است. بنابراین، آگاهی بیمه‌شدگان از شرایط استفاده از این خدمات و مسیر دریافت آن‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد.خدمات روان‌شناختی تحت پوشش بیمه سلامت نیز باید توسط ارائه‌دهندگان دارای صلاحیت‌های حرفه‌ای تعیین‌شده، از جمله روان‌پزشکان، متخصصان و دکترای روان‌شناسی بالینی و سلامت و کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی و سلامت، مطابق ضوابط مربوط ارائه شود.

پوشش بیمه‌ای؛ از حمایت مالی تا افزایش اعتماد

از نگاه بیمه‌شدگان، برخورداری از حمایت بیمه‌ای در حوزه سلامت روان می‌تواند احساس امنیت بیشتری ایجاد کند. زمانی که فرد بداند در صورت مواجهه با یک مشکل روان‌شناختی می‌تواند خدمات تخصصی را با هزینه‌ای قابل‌تحمل‌تر دریافت کند، احتمال مراجعه و پیگیری درمان نیز افزایش می‌یابد. این موضوع در نهایت می‌تواند به افزایش اعتماد مردم به نظام بیمه سلامت و تقویت احساس حمایت اجتماعی منجر شود. بیمه سلامت زمانی می‌تواند نقش واقعی خود را در حفاظت از سلامت ایفا کند که حمایت آن محدود به درمان بیماری‌های جسمی نباشد و ابعاد مختلف سلامت انسان را دربرگیرد.

مسیر پیش رو؛ پوشش مؤثرتر و دسترسی آسان‌تر

ورود خدمات روان‌شناختی به نظام بیمه پایه، اگرچه گامی مهم است، اما برای اثربخشی بیشتر نیازمند استمرار سیاست‌گذاری، اطلاع‌رسانی عمومی، توسعه دسترسی به ارائه‌دهندگان واجد شرایط و ارزیابی مستمر میزان استفاده بیمه‌شدگان از این خدمات است.همچنین لازم است خدمات سلامت روان در کنار درمان، با رویکرد پیشگیرانه و در سطوح مختلف نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد تا افراد پیش از رسیدن مشکلات روان‌شناختی به مراحل پیچیده‌تر، امکان دریافت کمک تخصصی داشته باشند.در نهایت، سلامت روان نباید در حاشیه نظام سلامت قرار گیرد. همان‌گونه که برای درمان بیماری‌های جسمی، حمایت بیمه‌ای یک ابزار مهم برای کاهش بار مالی خانوارهاست، در حوزه سلامت روان نیز بیمه می‌تواند نقش مؤثری در کاهش موانع اقتصادی، تشویق به مراجعه به‌موقع و افزایش دسترسی عادلانه به خدمات ایفا کند.تقویت پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناختی، در واقع گامی در جهت پذیرفتن این واقعیت است که سلامت، مجموعه‌ای از جسم و روان است و حمایت از یکی بدون توجه به دیگری، تصویری کامل از سلامت انسان ارائه نمی‌دهد.



دکتر زهرا حمیدی هشجین
دکترای تخصصی روانشناسی و معاون
اعتبارسنجی و قرارداد دفتر نظارت
سازمان بیمه سلامت ایران

پوشش گسترده خدمات سلامت روان برای بیمه‌شدگان

نگرانی از افزایش اختلالات روانی در جامعه، دیگر یک هشدار انتزاعی نیست؛ پیمایش‌های ملی سلامت روان نشان می‌دهد سهم قابل‌توجهی از جمعیت کشور، دست‌کم یک بار در طول زندگی خود با یکی از اختلالات روانی مانند اضطراب یا افسردگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

نکته نگران‌کننده‌تر این است که بخش زیادی از افراد مبتلا یا از وضعیت خود بی‌خبرند یا به دلیل ترس، ناآگاهی و انگ اجتماعی، هرگز به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند. فشارهای اقتصادی، تغییرات سبک زندگی و کاهش آموزش عمومی درباره سلامت روان، از عواملی است که به گفته کارشناسان در سال‌های اخیر بر شدت این روند افزوده است.

در چنین شرایطی، دسترسی‌پذیر و مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند و این‌جاست که نقش سازمان بیمه سلامت ایران پررنگ می‌شود.

کدام خدمات سلامت روان تحت پوشش بیمه سلامت است؟

بر اساس اعلام سازمان بیمه سلامت ایران، طیف وسیعی از اختلالات روانی، رشدی و رفتاری تحت پوشش قرار دارد؛ از اضطراب، افسردگی و اختلالات دوقطبی گرفته تا طیف اوتیسم، اختلالات یادگیری، بیش‌فعالی و اختلالات مرتبط با اعتیاد.

خدمات قابل ارائه در چهار محور اصلی تعریف شده است:

- روان‌درمانی فردی (تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری، حمایتی، هیپنوتراپی)

- خانواده‌درمانی (زوج‌درمانی، درمان زناشویی، سکس‌تراپی)
- گروه‌درمانی (با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی‌رفتاری،حمایتی به ازای هر نفر درگروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره)
- خدمات مشاوره (با مراجعه اولیه به دکترای روان‌شناسی بالینی)

این خدمات فقط توسط افراد صاحب‌صلاحیت ارائه می‌شود: روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی دارای مدرک MD-PhD و دارندگان دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی و سلامت.

سهم بیمه سلامت چقدر است؟

سازمان بیمه سلامت ایران، ۷۰ درصد تعرفه دولتی این خدمات را در بخش سرپایی پرداخت می‌کند. برای بیمه‌شدگانی که تحت پوشش صندوق‌های حمایتی یا مزایای بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر نیز هستند، این پوشش با توجه به شدت بیماری افزایش می‌یابد.

هیچ‌کس نباید به دلیل هزینه، سلامت روان را نادیده بگیرد

سلامت روان جدایی‌ناپذیر از سلامت عمومی است. آگاهی از این پوشش بیمه‌ای می‌تواند مانع تعلل در درمان را بردارد؛ زیرا نگرانی از هزینه، یکی از اصلی‌ترین موانع مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس است. هیچ‌کس نباید به دلیل هزینه درمان، سلامت روان خود را نادیده بگیرد.



محمد سیفی
معاون حفاظت اسناد دفتر مرکزی حراست
سازمان بیمه سلامت ایران

همگرایی و تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای؛ رویا یا ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای بقای نظام بیمه پایه؟

نظام بیمه پایه سلامت در ایران در مقطعی قرار گرفته است که ادامه ساختار موجود، بدون اصلاحات بنیادین، می‌تواند پایداری مالی و کارآمدی آن را با چالش‌های جدی مواجه کند. افزایش مستمر هزینه‌های سلامت، رشد تعرفه‌ها، توسعه فناوری‌های پزشکی، تغییر الگوی بیماری‌ها، سالمندی جمعیت، افزایش انتظارات مردم و محدودیت منابع عمومی، در کنار تعدد و پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای، ضرورت بازنگری در معماری نظام بیمه پایه را بیش از گذشته آشکار کرده است.

امروز مسئله صرفاً «تعدد سازمان‌های بیمه‌گر» نیست؛ مسئله اصلی، تعدد ریسک، پراکندگی منابع، تفاوت در تعهدات و شکل‌گیری سطوح متفاوتی از دسترسی به خدمات سلامت است. در چنین شرایطی، بیمه‌شده‌ای که صرفاً به دلیل تعلق به یک صندوق خاص، از سطح متفاوتی از پوشش، فرانشیز یا دسترسی برخوردار می‌شود، با اصل عدالت در سلامت فاصله خواهد داشت.

تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، اگر صرفاً به معنای ادغام تشکیلات و جابه‌جایی ساختمان‌ها و نیروی انسانی تلقی شود، نه‌تنها راه‌حل نیست، بلکه ممکن است هزینه‌های جدیدی ایجاد کند. تجمیع واقعی باید به معنای یکپارچه‌سازی ریسک، منابع، قواعد بیمه‌ای، داده‌ها و قدرت خرید خدمات سلامت باشد. هدف نهایی باید شکل‌گیری نظامی باشد که در آن منابع بیمه‌ای با کمترین اصطکاک اداری و بیشترین قدرت خرید، در خدمت تأمین سلامت مردم قرار گیرد.

یکی از مهم‌ترین مزایای همگرایی صندوق‌ها، تجمیع ریسک و ایجاد همبستگی مالی میان گروه‌های مختلف بیمه‌شدگان است. صندوقهای کوچکتر یا دارای جمعیت پرریسک،در برابر شوک‌های هزینه‌ای آسیب‌پذیرترند؛ در حالی که تجمیع ریسک می‌تواند امکان توزیع عادلانه‌تر هزینه‌ها

و کاهش نوسانات مالی را فراهم کند. از سوی دیگر، یک نظام بیمه‌ای منسجم، قدرت چانه‌زنی بیشتری در خرید خدمات از ارائه‌دهندگان خواهد داشت و می‌تواند از پرداختهای غیرهدفمند،القای تقاضا و رشد غیرمنطقی هزینه‌ها جلوگیری کند.

موضوع مهم دیگر، یکپارچگی اطلاعات و حکمرانی داده است. تعدد صندوق‌ها در بسیاری از موارد به معنای وجود سامانه‌ها، پایگاه‌های اطلاعاتی و فرآیندهای موازی است. حرکت به سمت یک زیرساخت مشترک می‌تواند استحقاق‌سنجی، مدیریت خدمات، کنترل هم‌پوشانی بیمه‌ای،شناسایی تقلب و تخلف،ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان و تحلیل هزینه‌ها را به شکل مؤثرتری امکانپذیر کند.

با این حال، اجرای چنین اصلاحی با موانع جدی مواجه است. تفاوت قوانین و مقررات، ساختار مالی صندوق‌ها، تعهدات متفاوت، نحوه تأمین منابع، حقوق بیمه‌شدگان و ذی‌نفعان و همچنین مقاومت طبیعی ساختارهای موجود، از مهم‌ترین موانع مسیر هستند. بنابراین، تجمیع یکباره و دستوری، رویکرد مناسبی نیست. مسیر منطقی، حرکت تدریجی از «همگرایی» به «تجمیع» است.

در مرحله نخست، می‌توان بسته پایه خدمات، ضوابط پرداخت، استانداردهای ارزیابی خدمات، سامانه‌های اطلاعاتی و قواعد مدیریت هزینه را تا حد امکان یکسان کرد. در مرحله بعد،خرید راهبردی برخی خدمات،مدیریت ریسک و حتی بخشی از منابع می‌تواند بصورت مشترک انجام شود. پس از ایجاد زیرساخت حقوقی، مالی و اطلاعاتی لازم، می‌توان درباره تجمیع کامل صندوق‌ها تصمیم گرفت.

البته هرگونه اصلاح ساختاری باید با یک اصل غیرقابل‌مذاکره همراه باشد: بیمه‌شده نباید بازنده تجمیع باشد. هدف اصلاحات باید کاهش نابرابری، ارتقای کیفیت خدمات، کنترل هزینه‌ها و افزایش امنیت بیمه‌ای مردم باشد، نه صرفاً کوچک‌سازی یا تغییر نام و ساختار سازمان‌ها. در نهایت، سؤال اساسی این نیست که «آیا تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای امکان‌پذیر است؟» بلکه این است که آیا نظام فعلی با منابع محدود و هزینه‌های فزاینده سلامت، می‌تواند بدون همگرایی و تجمیع ریسک‌ها در بلندمدت پایدار بماند؟

اگر پاسخ این پرسش منفی باشد، تجمیع صندوق‌ها دیگر یک رؤیای ساختاری یا پروژه‌ای اداری نیست؛ بلکه ضرورتی راهبردی برای بقای نظام بیمه پایه، تحقق عدالت در سلامت و صیانت از منابع عمومی خواهد بود. آینده بیمه پایه، بیش از آنکه به تعداد صندوق‌ها وابسته باشد، به میزان توانایی آنها در هم‌افزایی منابع، مدیریت مشترک ریسک و خرید هوشمندانه خدمات سلامت وابسته است. امروز شاید«صندوق واحد بیمه پایه»هنوز یک مقصد باشد،اما همگرایی صندوقها باید از همین امروز به یک سیاست ملی تبدیل شود.



علیرضا جرجر
کارشناس مسئول آمار
بیمه سلامت استان خوزستان

سالمندی جمعیت؛ ضرورت بازنگری در پوشش‌های بیمه‌ای

افزایش جمعیت سالمندان در ایران و پیش‌بینی بیش از دو برابر شدن جمعیت بالای ۶۰ سال تا افق ۱۴۳۰، ضرورت بازنگری در سیاست‌های نظام سلامت و بیمه‌گری را بیش از پیش آشکار می‌کند. این تحول جمعیتی، در کنار افزایش نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت، توانبخشی و خدمات حمایتی، لزوم طراحی سازوکارهای پایدار برای تأمین هزینه‌های سلامت سالمندان را به یکی از اولویت‌های سیاست‌گذاری تبدیل کرده است.در این میان، پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و مراقبت‌های مرتبط با سالمندی، از جمله حوزه‌هایی است که توجه جدی‌تری می‌طلبد. خدماتی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، تأمین وسایل کمک‌حرکتی و ویزیت در منزل، نقش مهمی در حفظ استقلال عملکردی سالمندان، پیشگیری از تشدید ناتوانی‌ها و ارتقای کیفیت زندگی آنان دارند. با این حال، محدودیت پوشش بیمه‌ای این خدمات می‌تواند سهم قابل‌توجهی از هزینه‌ها را بر دوش خانوارها بگذارد و دسترسی سالمندان، به‌ویژه گروه‌های کم‌درآمد، به خدمات ضروری را کاهش دهد.

توانبخشی؛ سرمایه‌گذاری برای کاهش هزینه‌های آینده

توجه به توانبخشی سالمندان را نباید صرفاً هزینه‌ای اضافی برای نظام سلامت تلقی کرد. دسترسی به‌موقع به خدمات توانبخشی می‌تواند به حفظ توان حرکتی و ارتباطی، کاهش وابستگی به دیگران و پیشگیری از تشدید برخی ناتوانی‌ها کمک کند. در مقابل، تأخیر در دریافت خدمات مناسب ممکن است به افزایش نیاز به مراقبت‌های مستمر، بستری‌های طولانی‌مدت و تحمیل هزینه‌های بیشتر به خانواده‌ها و نظام سلامت منجر شود.تجربه برخی کشورها، از جمله آلمان، ژاپن، سوئد و کره جنوبی، نشان می‌دهد که طراحی نظام‌های حمایتی و

بیمه‌ای متناسب با نیازهای سالمندان، در کنار نظام ارجاع و ارائه خدمات هدفمند، می‌تواند به مدیریت بهتر هزینه‌ها و پاسخ‌گویی مؤثرتر به نیازهای این گروه جمعیتی کمک کند. بهره‌گیری از این تجربه‌ها، با توجه به شرایط اقتصادی و ظرفیت‌های اجرایی کشور، می‌تواند مسیر مناسبی برای توسعه تدریجی خدمات بیمه‌ای سالمندان در ایران فراهم آورد.

اجرای طرح پایلوت؛ گامی عملی برای توسعه پوشش بیمه‌ای

یکی از راهکارهای قابل بررسی، اجرای طرح پایلوت پوشش بیمه‌ای خدمات منتخب توانبخشی و مرتبط با سالمندی در دو استان کشور است. انتخاب استان‌هایی با ویژگی‌های جمعیتی، جغرافیایی و زیرساختی متفاوت، امکان ارزیابی دقیق‌تر ظرفیت‌ها و چالش‌های اجرایی طرح را فراهم می‌کند.در مرحله نخست، پنج گروه خدمتی شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، به‌ویژه برای سالمندان پس از سکته مغزی، وسایل کمک‌حرکتی پایه و ویزیت در منزل برای سالمندان زمین‌گیر، می‌توانند در اولویت قرار گیرند. ارائه این خدمات بر اساس نظام ارجاع و با تأیید پزشک متخصص یا پزشک خانواده انجام خواهد شد تا ضمن هدفمند کردن حمایت‌ها، امکان نظارت بر ضرورت و کیفیت خدمات نیز فراهم شود.در الگوی پیشنهادی، سهم بیمه پایه ۷۰ درصد و سهم بیمار ۳۰ درصد در نظر گرفته می‌شود؛ با این تفاوت که سالمندان متعلق به دهک‌های پایین درآمدی از پرداخت سهم بیمار معاف خواهند بود. چنین سازوکاری می‌تواند ضمن حفظ مشارکت مالی متناسب با توان پرداخت، دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر را به خدمات ضروری افزایش دهد. استفاده از ظرفیت بیمارستان‌های دولتی، کلینیک‌های توانبخشی طرف قرارداد و مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی، در کنار بهره‌گیری از سامانه‌های موجود برای ثبت، پایش و نظارت بر خدمات، از دیگر محورهای اجرایی این پیشنهاد است. همچنین، بررسی منابع مالی قابل استفاده و امکان بهره‌گیری از ظرفیت‌های قانونی موجود، باید پیش از آغاز طرح و با محاسبه دقیق هزینه‌ها و منابع مورد نیاز انجام شود.

ارزیابی مستند؛ پیش‌نیاز توسعه ملی

برای آنکه اجرای طرح پایلوت به تصمیمی اثربخش در سطح ملی منجر شود، لازم است شاخص‌های ارزیابی از ابتدا مشخص باشند. میزان کاهش پرداخت از جیب خانوارها، تغییر در دسترسی سالمندان به خدمات توانبخشی، وضعیت استقلال عملکردی، میزان بستری مجدد، کیفیت خدمات و هزینه‌های اجرای طرح، از جمله شاخص‌هایی هستند که می‌توانند مبنای ارزیابی قرار گیرند.پیشنهاد می‌شود دوره اجرای پایلوت دو سال تعیین شود و در این مدت، نتایج به‌صورت مستمر پایش و در پایان، ارزیابی جامعی از آثار مالی، درمانی و اجتماعی آن انجام گیرد. همچنین، تأمین مالی طرح باید بر اساس برآوردهای کارشناسی و منابع پایدار صورت پذیرد؛ زیرا صرفه‌جویی احتمالی ناشی از کاهش بستری‌های غیرضروری، بدون محاسبات و شواهد کافی، نمی‌تواند به‌تنهایی مبنای تأمین اعتبار طرح قرار گیرد.

جمع‌بندی

افزایش جمعیت سالمندان، نظام سلامت کشور را ناگزیر از حرکت به سمت سیاست‌های جامع‌تر در حوزه مراقبت و توانبخشی می‌کند. توسعه پوشش بیمه‌ای خدمات منتخب سالمندی، در صورت طراحی دقیق، تأمین مالی پایدار و نظارت مؤثر، می‌تواند گامی در جهت کاهش فشار اقتصادی بر خانواده‌ها، افزایش دسترسی به خدمات ضروری و حفظ استقلال و کیفیت زندگی سالمندان باشد.بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سازمان بیمه سلامت ایران با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و استان‌های منتخب، زمینه بررسی کارشناسی و اخذ مصوبات لازم برای اجرای این طرح پایلوت را فراهم کند. آغاز این فرایند در یک بازه زمانی سه‌ماهه، با تدوین بسته خدمات، برآورد منابع مالی، تعیین شاخص‌های ارزیابی و تشکیل کارگروه اجرایی مشترک، می‌تواند نقطه شروعی برای تدوین الگویی متناسب با نیازهای سالمندان و ظرفیت‌های نظام بیمه سلامت کشور باشد.

سالمندی مستقل یعنی زندگی در خانه خود (یا با خانواده خود) با استقلال و عزت

سالمندشدن نه فقط زنده ماندن، بلکه شاد و سربلند زیستن

۱

۵ اصل طلایی در سالمندی مستقل

- **زندگی باکیفیت:** بدون نیاز دائمی به دیگران. انجام مستقل کارهای روزمره در خانه خود یا در محیط آشنا.
- **خانه امن ازطریق:** نصب دستگیره در سرویس‌های بهداشتی و کفپوش ضد لغزش در آنها. ساخت رمپ به جای پله. روشنایی کافی در خانه. حذف فرش‌های دست و پاگیر.
- **توجه به سلامتی:** ورزش منظم. تغذیه مناسب. بررسی سالانه سلامت تحت نظر پزشک خود. واکسیناسیون طبق پروتکل‌های بهداشتی کشور.
- **حمایت اجتماعی:** روابط و دیدار منظم با خانواده. ارتباط با همسایه‌ها و گروه‌های سالمندی محله.
- **فناوری‌های کمکی:** استفاده از ساعت هوشمند. حسگرهای افتادن و سقوط. یادآورهای دارو. مشتاق بودن برای یادگیری چیزهای جدید.

۲

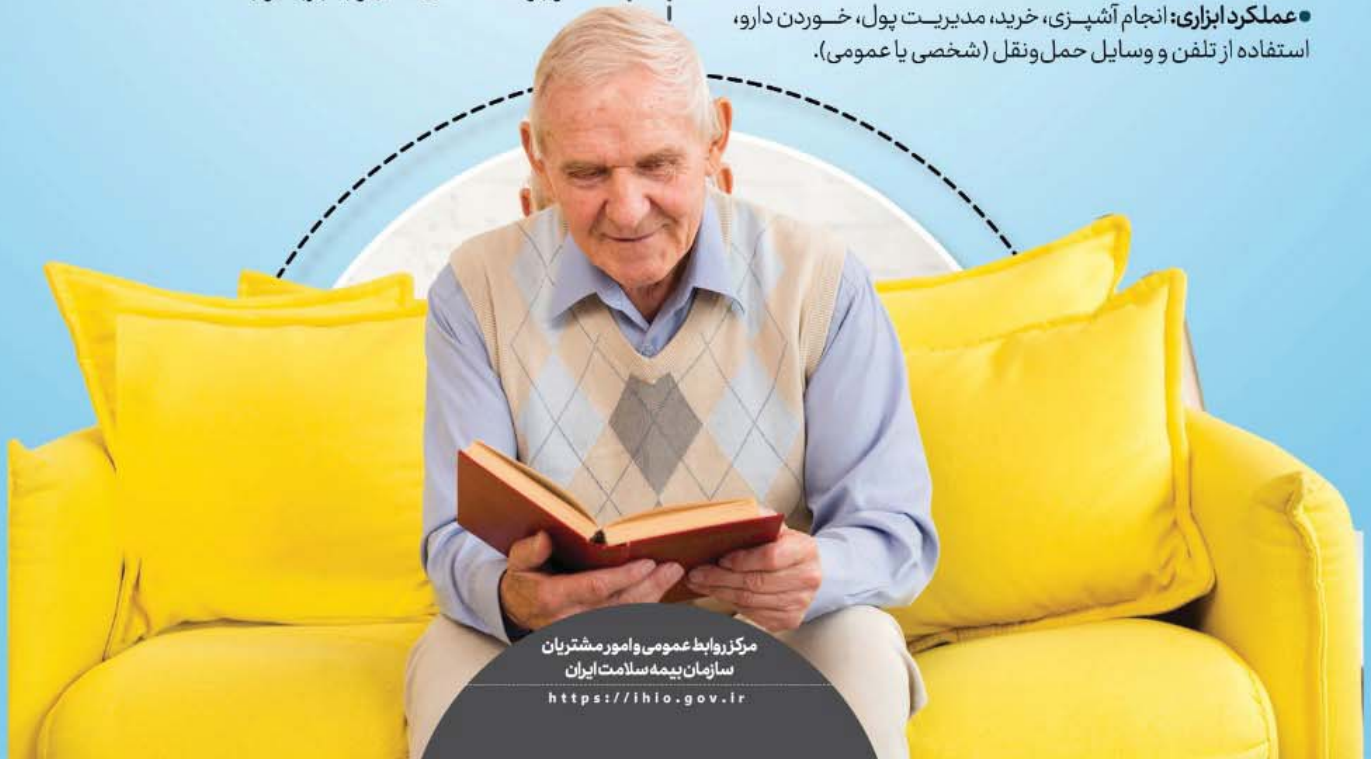
حوزه‌های مهم استقلال سالمند:

- **عملکرد جسمی:** استقلال در حمام رفتن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، توالت رفتن.
- **عملکرد شناختی:** توجه، عملکرد حافظه، تصمیم‌گیری، جهت‌یابی، حفظ تعادل و محافظت از خود.
- **عملکرد اجتماعی-عاطفی:** داشتن حمایت عاطفی، احساس تعلق و اشتیاق به دیدار هفتگی (حداقل) با عزیزان.
- **عملکرد ابزاری:** انجام آشپزی، خرید، مدیریت پول، خوردن دارو، استفاده از تلفن و وسایل حمل‌ونقل (شخصی یا عمومی).

۳

مزایای شگفت‌انگیز استقلال سالمند:

- **برای سالمند:** عزت نفس بالاتر، سلامت جسمی و خواب بهتر، احتمال بستری کمتر و طول عمر بیشتر.
- **برای خانواده:** استرس کمتر فرزندان، روابط گرم‌تر و الگوی مثبت برای نوه‌ها.
- **برای جامعه:** صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان و آسایشگاه و وجود سالمندان فعال و باتجربه در جامعه.



مرکز روابط عمومی و امور مشتریان
سازمان بیمه سلامت ایران
https://ihio.gov.ir



الهام فردی‌پور
کارشناس بیمه گری
بیمه سلامت استان خوزستان

پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و سالمندی؛ گامی در مسیر حفظ کرامت سالمندان

تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی تغییر ساختار هرم جمعیتی به سمت سالمندی، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت و تأمین مالی در جهان امروز است. افزایش امید به زندگی، در کنار شیوع بیماری‌های مزمن و کاهش تدریجی توانایی‌های جسمی، نیاز به خدمات درمانی، دارویی، مراقبتی و توانبخشی را افزایش می‌دهد. ایران نیز با روند شتابان سالمندی جمعیت مواجه است؛ تحولی که ضرورت بازنگری در سیاست‌های حمایتی و توسعه پوشش‌های بیمه‌ای متناسب با نیازهای این گروه را بیش از پیش آشکار می‌کند.در چنین شرایطی، سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی نباید صرفاً بر افزایش طول عمر متمرکز باشد، بلکه حفظ کیفیت زندگی، استقلال عملکردی، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و صیانت از کرامت انسانی سالمندان نیز باید در کانون توجه قرار گیرد. سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر، با اجرای برنامه‌ها و توسعه حمایت‌های بیمه‌ای، گام‌هایی در مسیر تحقق این اهداف برداشته است.

حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج؛ کاهش فشار هزینه‌های درمان

تشکیل صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج، یکی از اقدامات مهم در توسعه حمایت‌های مالی از بیمه‌شدگان به شمار می‌رود. اهمیت این اقدام برای جامعه سالمندان از آن جهت است که بخشی از بیماری‌های مزمن و پرهزینه، از جمله برخی سرطان‌ها، بیماری پارکینسون و بیماری‌های قلبی‌عروقی، در سنین سالمندی شیوع بیشتری دارند.حمایت مالی از بیماران مشمول این صندوق می‌تواند بخشی از بار هزینه‌های درمانی، دارویی و خدمات تشخیصی را کاهش دهد و دسترسی آنان به خدمات مورد نیاز را تسهیل کند. این حمایت‌ها، به‌ویژه برای سالمندانی که با درآمد ثابت و هزینه‌های مستمر درمان مواجه‌اند، اهمیت ویژه‌ای دارد.

پوشش خدمات توانبخشی؛ از درمان ناتوانی تا حفظ استقلال

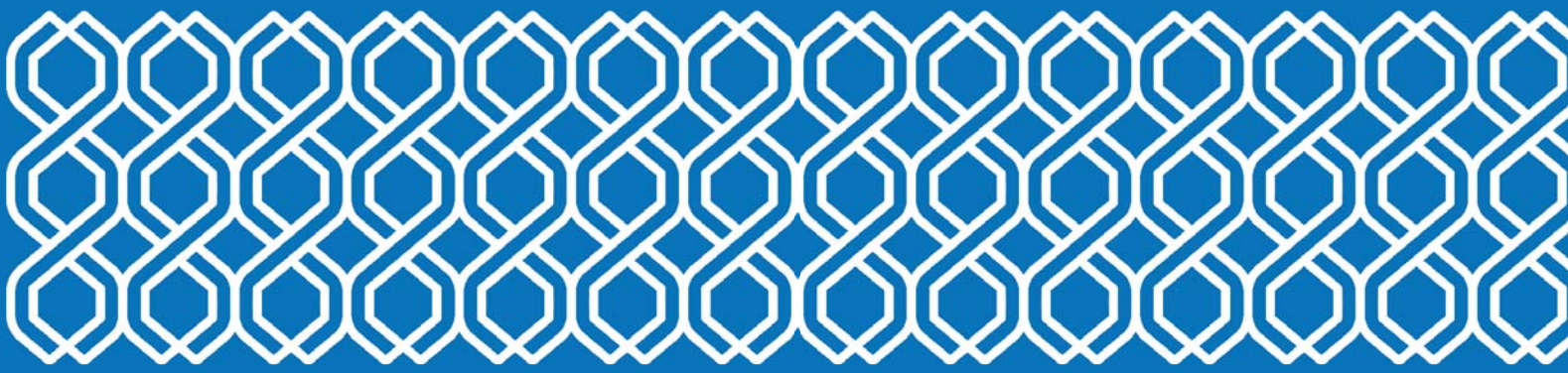
توانبخشی یکی از ارکان مهم مراقبت‌های سلامت در دوران سالمندی است. خدماتی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی و سایر مداخلات توانبخشی، در صورت تجویز و ارائه متناسب با نیاز فرد، می‌توانند به حفظ توانایی‌های حرکتی، بهبود عملکرد روزمره و کاهش وابستگی سالمندان به دیگران کمک کنند.توسعه پوشش بیمه‌ای این خدمات، علاوه بر کاهش فشار اقتصادی بر خانواده‌ها، می‌تواند زمینه دسترسی بیشتر سالمندان به مراقبت‌های ضروری را فراهم سازد. در این میان، توجه به میزان پوشش بیمه‌ای، دامنه خدمات تحت حمایت و شرایط بهره‌مندی گروه‌های مختلف، از عوامل تعیین‌کننده در اثربخشی سیاست‌های توانبخشی است.آثار این حمایت‌ها به خود سالمند محدود نمی‌شود. هنگامی که فرد سالمند بتواند بخشی از امور روزمره خود را مستقل‌تر انجام دهد یا نیاز کمتری به مراقبت مستمر داشته باشد، فشار جسمی، روانی و اقتصادی بر اعضای خانواده نیز کاهش می‌یابد. این موضوع می‌تواند به حفظ مشارکت اجتماعی و اقتصادی مراقبان خانوادگی، به‌ویژه اعضایی که مسئولیت مراقبت از والدین سالمند را بر عهده دارند، کمک کند.

پزشک خانواده؛ حلقه اتصال سالمند به نظام سلامت

استقرار نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع، به‌ویژه در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، از دیگر ظرفیت‌های مهم برای ارتقای مراقبت‌های سلامت سالمندان است.سالمندان به دلیل تعدد بیماری‌ها و احتمال نیاز به مراجعه به چندین متخصص، بیش از بسیاری از گروه‌های جمعیتی به مراقبتی مستمر، هماهنگ و مبتنی بر شناخت سابقه پزشکی خود نیاز دارند. در چنین شرایطی، پزشک خانواده می‌تواند با شناخت وضعیت سلامت، سوابق بیماری، شرایط زندگی و نیازهای فرد، مسیر مناسب دریافت خدمات را مشخص کند.این نظام با هدایت بیمار به سطح تخصصی متناسب با نیاز او، می‌تواند از مراجعات غیرضروری، سردرگمی در فرایند درمان و تحمیل هزینه‌های اضافی جلوگیری کند. همچنین، شناسایی زودهنگام مشکلات سلامت و پیگیری مستمر وضعیت بیماران، فرصت مناسبی برای پیشگیری از تشدید بیماری‌ها و حفظ توانایی‌های عملکردی سالمندان فراهم می‌آورد.

سالمندی؛ مسئولیتی فراتر از درمان

سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی زمانی اثربخش خواهد بود که حمایت‌های بیمه‌ای، خدمات درمانی، توانبخشی و مراقبت‌های مستمر در قالب رویکردی هماهنگ دنبال شوند. حمایت از سالمندان، تنها به معنای تأمین هزینه‌های درمان آنان نیست؛ بلکه به معنای فراهم کردن شرایطی است که بتوانند سال‌های زندگی خود را با سلامت بیشتر، استقلال بالاتر و احساس امنیت و احترام سپری کنند.در این مسیر، تداوم و تقویت حمایت‌های سازمان بیمه سلامت ایران، توسعه پوشش خدمات متناسب با نیازهای سالمندان و توجه ویژه به گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، می‌تواند نقش مهمی در کاهش نابرابری‌های دسترسی به خدمات سلامت ایفا کند.سالمندی نباید به معنای آغاز فصل تنهایی، وابستگی و نگرانی از هزینه‌های درمان باشد. توسعه حمایت‌های بیمه‌ای و تقویت نظام مراقبت‌های سلامت، فرصتی برای پاسداشت سال‌هایی است که سالمندان در ساختن خانواده و جامعه نقش داشته‌اند. حفظ سلامت، عزت و کیفیت زندگی آنان، نه‌تنها یک ضرورت در نظام سلامت، بلکه مسئولیتی انسانی و اجتماعی است.



گـــزارش عملکرد
مرکز ملی تحقیقات
بیمه سلامت

تبدیل داده به راهکار؛ قطب‌نمای علمی برای اصلاح فرآیندهای بیمه سلامت

مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت با بازتعریف اولویت‌های راهبردی خود، گذار از تحقیقات آکادمیک انتزاعی به سمت «پژوهش‌های کاربست‌پذیر و مساله‌محور» را شتاب بخشیده است؛ مسیری که هدف بنیادین آن تحقیقات کاربردی، راهبردی و فناورانه در راستای ارتقای بهره‌وری منابع، تاب‌آوری مالی و پشتیبانی علمی از تصمیم‌گیری‌های کلان بیمه‌ای است. بازخوانی کارنامه ۱۸ ماهه اخیر این مرکز نشان می‌دهد که تمرکز بر فناوری‌های تحول‌آفرین نظیر کاربست هوش مصنوعی در کنترل مصارف و شناسایی خدمات کم‌ارزش، پی‌ریزی رصدخانه بیمه سلامت، تثبیت ساختار حقوقی مرکز و همچنین شبکه‌سازی پژوهشی در سطح استان‌ها، نقشه راه نوینی را پیش روی سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار داده است تا چالش‌های ساختاری مدیریت منابع سلامت با تکیه بر شواهد علمی و بینش مبتنی بر داده مرتفع شود.

مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت در سال ۱۴۰۴ برنامه عملیاتی خود را با هدف کلان «ارتقای بهره‌وری منابع» و اهداف کمی شامل توسعه دانش بیمه سلامت، ارتقای کارگروه‌های پژوهشی استانی، ارتقای کمی و کیفی تحقیقات، تقویت زیرساخت و همکاری با مراکز تحقیقاتی اجرا کرده است.

جدول آمار عملکرد امور تحقیقاتی و انتشارات مرکز در سال ۱۴۰۴

عنوان	آمار
پیشنهادات اولیه طرح‌های تحقیقاتی (دریافتی)	۳۹ مورد
قرارداد طرح‌های تحقیقاتی	۳۲ مورد در حال اجرا؛ ۴ طرح پایان‌یافته
قرارداد تحقیقات مساله‌محور (درون‌سازمانی)	۵ مورد در حال اجرا؛ ۱۳ مورد خاتمه‌یافته
کتاب	۲ کتاب شامل ۱-«نظام سلامت سنگاپور» و ۲- «الزامات سیستم‌های مدیریت برای کیفیت در سازمان‌های مراقبت از سلامت»
فصلنامه علمی-پژوهشی بیمه سلامت ایران	۴ شماره، ۳۲ مقاله (الکترونیک و چاپی)
انتشار ترجمان دانش نتایج طرح‌های اجرا شده به صورت گاهنامه داخلی	۴ شماره
مقالات Scopus، ISI، WoS، PubMed (۲۰۲۵)	۵۵ مقاله با وابستگی سازمانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

نشست‌ها و اقدامات مهم ۱۴۰۴

در سال ۱۴۰۴ بیش از ۴۰ نشست و جلسه دانش‌افزایی برگزار شد. عنوان نشست‌ها به تفکیک موضوع:

هوش مصنوعی، داده و فناوری

- مقدمه‌ای بر هوش مصنوعی (۴ نشست)
- مبانی داده‌کاوی و استاندارد حل مسئله با رویکرد CRISP-DM
- کارگاه هوش مصنوعی در پزشکی
- مبانی هوش مصنوعی در تحلیل داده‌ها با رویکرد مدیریت هزینه در سازمان بیمه سلامت ایران
- سلامت دیجیتال و بیمه‌های سلامت
- بیمه و فناوری‌های نوین
- اولویت‌های مدیریتی استارتاپ‌های خدمات سلامت الکترونیک

بیمه، مدیریت هزینه و سیاست‌گذاری سلامت

- آشنایی با DRG و Case mix و چالش‌ها و موانع اجرایی آن در ایران
- مخاطرات اخلاقی در بیمه سلامت
- مقدمه‌ای بر بودجه‌ریزی نظام سلامت
- مدیریت هزینه‌های سلامت
- عوامل شکل‌دهنده آینده بیمه سلامت (نشست اول)
- عوامل شکل‌دهنده آینده بیمه سلامت (نشست دوم با عنوان گذشته پژوهشی بیمه سلامت)
- تحلیل روندها و نیروهای پیشران آینده سازمان بیمه سلامت ایران
- بررسی عملکرد بیست‌ساله بیمه سلامت ایران در دو دوره اصلاح نظام سلامت
- نقش بیمه‌ها در کاهش نابرابری‌های سلامت
- طراحی اکوسیستم صنعت بیمه درمان کشور و تعیین جایگاه سازمان بیمه سلامت در آن
- مدل ارائه خدمات مراقبت بلندمدت برای سالمندان در ایران
- کاربرد تئوری «Nudge» در بهبود رفتارها و سیاست‌های بیمه سلامت

تجویز منطقی و رسیدگی به اسناد

- مدیریت تجویز منطقی آلبومین
- تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و نسخه‌نویسی و تجویز منطقی دارو
- آسیب‌شناسی نسخ آزمایشگاهی
- آخرین مبانی حرفه‌ای خدمات رادیوتراپی با رویکرد بیمارمحور و شیوه‌نامه رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی بیمه پایه

تغذیه، پیشگیری و سبک زندگی سالم

- تغذیه کودک و نوجوان با اهمیت موضوع اضافه‌وزن و چاقی
- تغذیه در بیماری دیابت
- بیماری سلیاک در کودکان
- اصول صحیح تغذیه و نقش آن در پیشگیری و کنترل چاقی و سایر بیماری‌های شایع
- اصول تغذیه سالم و پیشگیری از بیماری‌ها
- سبک زندگی سالم با محوریت پوشش بیمه سلامت
- نقش بیمه سلامت در پیشگیری و ارتقاء سلامت با محوریت سبک زندگی سالم با پوشش بیمه‌ای
- پیشگیری از بیماری سرطان سینه
- انحرافات علمی و اقتصادی در غربالگری سرطان سرویکس، پیامدها برای نظام سلامت و بیمه‌ها
- آموزش کوچینگ با محوریت سلامت

جمعیت و باروری

- جوانی جمعیت و پیشگیری از سقط عمدی جنین
- جوانی جمعیت و ناباروری، چالش‌ها و موانع

روش پژوهش

- روش تحقیق در علوم پزشکی
- پژوهش‌های کیفی و متدولوژی‌های مرتبط

مهم‌ترین اقدامات

- اخذ موافقت قطعی مرکز و تأیید اساسنامه ویرایش‌شده در دویست و نود پنجمین جلسه شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی (۱۷ تیر ۱۴۰۴)
- به‌کارگیری نیروهای طرح تعهد خدمت دکتری (سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت، مدیریت اطلاعات سلامت، آمار زیستی) در مرکز و ۸ استان
- دریافت مصوبه شورای معاونین درباره دسترسی به داده‌های پژوهشی
- برگزاری دومین همایش ملی با مسئولان استانی، گرامیداشت هفته پژوهش و تقدیر از برگزیدگان
- همکاری با پژوهشکده بیمه (دو کارگاه مشترک) و جلسه با اساتید دانشگاه تربیت مدرس برای تفاهم‌نامه
- بازنگری دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌ها و تشکیل کارگروه‌های پژوهشی استانی
- جلسه برای تدوین شاخص‌های رصد بیمه سلامت
- ادامه فعالیت آنلاین و از راه دور در دوران جنگ رمضان
- پیگیری و امضا تفاهم نامه با دانشگاه ها و پژوهشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی
- ارائه مشاوره تحقیقاتی به پژوهشگران درون و برون سازمانی



عملکرد شش ماهه اول ۱۴۰۵

مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت در سال ۱۴۰۵ برنامه عملیاتی خود را با هدف کلان «توسعه سرمایه انسانی و ارتقای بهره‌وری منابع» اجرا کرده است.

• اهداف ۱۴۰۵: ارتقای پژوهش و تولید علم در بیمه سلامت و توسعه بستر مدیریت و انتشار تحقیقات؛ در برنامه عملیاتی وزارت بهداشت نیز هدف کمی«توسعه دانش بیمه سلامت» با تصویب و انتشار مقالات و طرح‌های مسأله‌محور دنبال شده است.

جدول آمار عملکرد امور تحقیقاتی و انتشارات مرکز در شش ماه اول سال ۱۴۰۵

عنوان	آمار
پیشنهادات اولیه طرح های تحقیقاتی (دریافتی)	۱۶ مورد
قرارداد طرح های تحقیقاتی	۵ مورد در حال اجرا؛ ۱ طرح پایان‌یافته
پیشنهادات اولیه تحقیقات مسأله محور (دریافتی)	۱۳ مورد
قرارداد تحقیقات مسأله‌محور (درون‌سازمانی)	۴ مورد در حال اجرا؛ ۴ مورد خاتمه‌یافته
کتاب چاپ‌شده	۱ کتاب با عنوان«درآمدی بر مسایل اجتماعی نظام سلامت در ایران»
کتاب در دست چاپ	۴ کتاب با عناوین: ۱-کارآمدسازی نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط؛۲- مبانی بیمه‌های سلامت؛۳- فناوری‌های سلامت دیجیتال؛ ۴-سلامت استخوان
فصلنامه	۲ شماره، ۱۶ مقاله
انتشار ترجمان دانش نتایج طرح های اجرا شده به صورت گاهنامه داخلی	۲ شماره
مقالات چاپ شده در نمایه های Scopus، ISI، WoS، PubMed (۲۰۲۶ تا پایان شهریور ۱۴۰۵)	۵۰ مقاله با وابستگی سازمانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

نشست‌های نیمه اول ۱۴۰۵

عنوان نشست‌های نیمه اول ۱۴۰۵ به تفکیک موضوع:

روش پژوهش و سیاست‌پژوهی

- مدیریت رفرنس‌نویسی
- تحلیل سیاست در حوزه سلامت
- روش انجام تکنیک دلفی در تحلیل سیاست
- از ایده‌پردازی تا طراحی ساختارمند پروپوزال پژوهشی

هوش مصنوعی و فناوری

- وبینار هوش مصنوعی و یادگیری ماشین در بیمه سلامت
- کاربرد هوش مصنوعی عمومی
- کاربرد هوش مصنوعی (لایه اول)
- هوش مصنوعی و سلامت روان فرزندان
- نسخه‌نویسی الکترونیکی نوین

بیمه و مدیریت هزینه

- بیمه و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن
- تاب‌آوری نظام سلامت با مدیریت هزینه و بهینه‌سازی منابع
- تاب‌آوری مالی در سازمان بیمه سلامت ایران (از قفل نهادی تا تاب‌آوری مالی)
- نقش تریاژ و DRG در مدیریت هزینه بیمارستان و سازمان بیمه سلامت ایران
- تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و تجویز منطقی دارو

پیشگیری، سلامت مادر و کودک و سلامت روان

- نقش پیشگیری آغازین در تضمین سلامت نسل آینده و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی
- نقش هزار روز طلایی ابتدای زندگی در تضمین سلامت نسل آینده و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی
- بارداری دوقلویی؛ طرح ۱۰۰۰ روز اول زندگی
- آشنایی با روش‌های کمک باروری
- راهکارهای پیشگیری از سرطان پستان
- نقش پیشگیرانه اصلاح اختلالات خواب در بیماری‌های قلبی‌عروقی
- تغذیه سالم با رویکرد درمان کبد چرب و دیابت
- تأثیر شکرگزاری بر سلامت روان و جسم
- مدیریت اضطراب در پسا جنگ
- چگونه در محیط کار آرام، مؤثر و با انگیزه بمانیم؟
- فرسودگی شغلی؛ چالش‌ها و راهکارهای ارتقاء عملکرد

اقدامات مهم سال ۱۴۰۵، چالش ها و فرصت ها

اقدامات مهم:

- فعالیت آنلاین در دوران جنگ ۴۰ روزه، برگزاری جلسات گروه‌های علمی و شورایعالی مرکز
- اخذ DOI برای مقالات فصلنامه و برنامه‌ریزی برای ارتقای نمایه آن
- ایجاد واحد ترجمان دانش و مدیریت انتشارات؛ جلسات راه‌اندازی رصدخانه بیمه سلامت
- جلسه با بنیاد علم ایران (تدوین پیش‌نویس RFP) و مرکز نصر، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ...
- جذب سرباز نخبه و دستیار پژوهشی؛ بکارگیری نیروهای طرح تعهد خدمت از جمله در اداره کل بیمه سلامت استان کرمانشاه
- مصوبه هیئت‌مدیره سازمان و تعیین نماینده ناظر هیئت‌مدیره در مرکز
- پیگیری ساختار مرکز، مرکز تعالی و مرکز همکاری با سازمان جهانی بهداشت، و ارتقای پورتال و سامانه‌ها
- راهبری پروژه‌های پیشران تحول دیجیتال: شناسایی LVC، شناسایی و پیگیری بیماران سرطانی، شناسایی تخلف و تداخلات دارویی با هوش مصنوعی، نظام ارجاع هوشمند، و ثبت ارزیابی بیمار در سامانه نسخه‌نویسی
- پیگیری و امضا تفاهم نامه با دانشگاه ها و پژوهشگاه ها و مراکز تحقیقاتی
- ارائه مشاوره تحقیقاتی به پژوهشگران درون و برون سازمانی

چالش‌ها:

- نبود ساختار مصوب با وجود مجوز قطعی
- عدم امکان جذب عضو هیئت علمی
- تأخیر در پرداخت حق‌الزحمه طرح‌های تحقیقاتی از سال ۱۴۰۲ تاکنون و نبود منابع مالی پایدار
- نبود دسترسی آزاد به داده‌های سازمان برای پژوهش
- اختلال در دسترسی به شبکه جهانی اینترنت و همکاری‌های پژوهشی بین‌المللی و ایجاد وقفه در دسترسی به منابع علمی و مجلات معتبر بین‌المللی

فرصت‌ها:

- مجوز قطعی و اساسنامه جدید و آغاز فعالیت گروه‌های علمی متناسب با آن
- ظرفیت بکارگیری نیروهای طرح تعهد خدمت، سرباز نخبه و دستیار پژوهشی
- شبکه تحقیقاتی کشوری با واحدهای استانی و امکان تفویض طرح‌ها به استان‌ها در قالب «طرح‌های خودارزیاب»
- تعامل با معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش‌بنیان ریاست‌جمهوری

برنامه‌های پیشنهادی آتی

ساختار و منابع

- پیگیری تصویب ساختار سازمانی مرکز
- تدوین سازوکار پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه طرح‌ها و تسویه بدهی‌های سال‌های ۱۴۰۲ به بعد
- جذب منابع مالی پژوهشی از طریق همکاری با بنیاد علم ایران و معاونت علمی ریاست‌جمهوری، نیماد و...

داده و فناوری

- راه‌اندازی رصدخانه بیمه سلامت با شاخص‌های رصد برای سیاست‌گذاران
- ارتقای پورتال و سامانه‌های مرکز و بازمهندسی فرایندهای ثبت و داوری طرح‌ها
- ادامه و توسعه پروژه‌های هوش مصنوعی (شناسایی تخلف، تداخلات دارویی، نظام ارجاع هوشمند)
- بهره وری از فناوری های هوش مصنوعی به عنوان دستیار هوشمند در تشخیص بیماری ها با هدف تشخیص بموقع و صرفه جویی در هزینه های تمام شده بیماری‌ها

پژوهش و انتشارات

- اجرای «طرح‌های خودارزیاب» در استان‌های منتخب و تقویت کارگروه‌های پژوهشی استانی
- ارتقای نمایه فصلنامه به نمایه‌های بین‌المللی و تکمیل انتشار کتاب‌های در دست چاپ

- جهت‌دهی تحقیقات مسأله‌محور به اولویت‌های کاربردی سازمان و پایش اثربخشی نتایج در تصمیم‌گیری
- هدف‌گذاری مشخص برای مقالات نمایه های PubMed، WoS، ISI، Scopus برای سال ۱۴۰۵

سرمایه انسانی و همکاری‌ها

- جذب همکاران پژوهشگر شامل: نیروهای متعهد خدمت در مقطع دکتری تخصصی، سرباز نخبه و دستیار پژوهشی در گروه‌های علمی
- امضا و پیگیری تفاهم‌نامه‌های جدید و اجرای دوره‌های آموزشی مشترک
- پیگیری ایجاد مرکز تعالی و مرکز همکاری با سازمان جهانی بهداشت
- پیگیری گنجاندن اصول بیمه‌ای و اقتصاد بیمه سلامت در دروس اجباری علوم پزشکی با همکاری مرکز نصر.



۳۲ خدمت شاخص سازمان بیمه سلامت ایران

سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۱ با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر و پرداخت حدود ۱۲۱ هزار میلیارد تومان، (روزانه ۳۳۱.۵ میلیارد تومان) هزینه درمان بیمه شدگان، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور نقشی محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا کرده است.

تحول دیجیتال و نسخه‌نویسی الکترونیک

۱ **اجرای ۱۰۰٪ نسخه‌نویسی الکترونیک** در سراسر کشور

۲ راه‌اندازی **سامانه ۱۶۶۶** برای پاسخگویی ۲۴ ساعته و ارائه خدمات غیرحضوری

۳ **بیش از ۶۰ سامانه** و زیرسامانه الکترونیکی فعال

۴ بیش از ۶۰۰ میلیون نسخه الکترونیکی صادر شده

حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور

۲۴ **پوشش خدمات ژنتیک و انجماد بافت تولید مثلی** برای بیماران سرطانی

۲۵ **پوشش بیمه‌ای خدمات** رحم جایگزین و جنین اهدایی

۲۶ **عقد قرارداد با ۱۴۹ مرکز درمان ناباروری** در سراسر کشور

۲۷ **پوشش ۷۴ قلم دارو و ده‌ها خدمت** آزمایشگاهی و تصویربرداری ناباروری

۲۸ **پوشش ۹۰٪ هزینه های درمان ناباروری** در مراکز دولتی

پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر

۱۰ **پوشش بیمه رایگان بیش از ۱۰ میلیون نفر** در دهک‌های ۱ تا ۵

۱۱ **تدوین بسته خدمتی ویژه سالمندان** و دریافت مصوبه شورای عالی بیمه سلامت

۱۲ پوشش بیمه برای **اتباع خارجی و پناهندگان** آسیب‌پذیر

۱۳ پوشش بیمه‌ای **دهک‌های ۶ تا ۱۰** با حق بیمه متناسب با درآمد

۱۴ پوشش رایگان بدون شرط خانوار برای **مادران باردار و کودکان تا ۵ سال**

۱۵ حمایت از توان خواهان **بهزیستی و مددجویان کمیته امداد**

۱۶ **بیمه رایگان بیش از ۱۹ میلیون نفر** از روستاییان و عشایر

پیشگیری و پزشک خانواده

۱۷ تصویب آیین نامه اجرایی بند ج ماده ۷۳ قانون **برنامه هفتم** در جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در محورهای خود مراقبتی، تغذیه سالم، ورزش و کنترل دخانیات

۱۸ **پیشگیری از تجویز خدمات غیر ضرور** دارو، پاراکلینیک و خدمات پزشکی

۱۹ **اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری و روستایی** با ارائه بسته خدمات سطح اول از طریق تیم سلامت

۲۰ **اجرای طرح پیشگیری هزار روز طلایی** برای سلامت مادر و کودک

۲۱ **ارتقای بسته خدمات سطح اول برنامه پزشکی خانواده روستایی** با افزودن خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه

خدمات سلامت دهان و دندان

۲۲ **۲۰ خدمت پایه دندان پزشکی شامل:** ترمیم، رادیوگرافی، جرم‌گیری

۲۳ **پوشش بیمه‌ای رایگان بسته خدمات دندانپزشکی** برای بیمه شدگان صندوق روستایی با تمرکز بر پیشگیری و درمان

خدمات صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج

۵ **۱۳۰ گروه بیماری** تحت پوشش

۶ تدوین بسته ابلاغی خدمات برای **۶۹ گروه بیماری**

۷ ثبت نشان برای **۳،۵۰۰،۰۰۰ پرونده** بیماران خاص و صعب‌العلاج

۸ **۲۴ هصت هزینه‌کرد** جهت کاهش پرداخت از جیب بیماران

۹ **حمایت از ۲۶۰ نوع بیماری خاص** از جمله سرطان ام‌اس، دیابت، تالاسمی و...

شبکه ارائه دهندگان خدمت در سراسر کشور

۲۹ **بیش از ۱۵۹ هزار مرکز درمانی** طرف قرارداد در کل کشور

۳۰ **قرارداد با ۹۸۸ بیمارستان و ۲،۵۶۵ درمانگاه**

۳۱ قرارداد با **۱۶۵۷۴ داروخانه و ۲۷۴۸ آزمایشگاه**

۳۲ قرارداد با بیش از **۶۸۰۰ مرکز فیزیوتراپی توانبخشی و گفتاردرمانی**

سازمان بیمه سلامت ایران

#سلامت_در_مسیر_زندگی

https://ihio.gov.ir

نشانی ما در شبکه‌های اجتماعی

ihio_gov_ir