

بیماران صعب‌العلاج

براساس تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۴۰۱، صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج شکل گرفت، تشکیلات فعالیت این صندوق در سازمان بیمه سلامت ایران دیده شده و سیاستگذاری آن بر عهده وزارت بهداشت و درمان است.

تعهداتی که از قبل متولیان سلامت برای بیماران خاص و صعب‌العلاج در نظر گرفته شده به قوت خود باقی است و تعهدات صندوق به بیماران خاص اضافه خواهد شد، لذا سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌توانند تعهدات قبلی خود را کاهش دهند، همچنین به دنبال آن هستیم که نقاط هزینه را برای بیماران را از طریق این صندوق مورد حمایت قرار دهیم. اگر از قبل خدمتی تحت پوشش بوده است، به طور طبیعی صندوق این خدمات را جزو تعهدات جدید محسوب نکرده و در صورت وجود منابع میان سایر بیماری‌ها تخصیص پیدا می‌کند، البته بیماری‌های هزینه را مورد حمایت این صندوق قرار خواهند گرفت، بدون شک عدالت در هزینه کرد منابع و کارایی تخصیصی اعتبارات از اهمیت بسزایی برخوردار است.

پوشش بیمه همگانی

تمامی افراد فاقد پوشش بیمه می‌توانند با مراجعه به سامانه شهروندی سازمان بیمه سلامت به نشانی www.bimehsalamatiranian.ir و دفاتر پیشخوان دولت، تحت پوشش بیمه این سازمان قرار بگیرند. این فرصتی است که سازمان بیمه سلامت قائل شده تا خانواده‌ای که فاقد پوشش بیمه است، از مزایای بیمه بهره‌مند شود تا بیمه ۷۰ درصد هزینه دارو، ۷۰ درصد هزینه سرپایی و ۹۰ درصد از هزینه بستری را پوشش بدهد.

ابتدای امسال ۳ دهک اول جامعه که به‌طور دقیق جمعیتی معادل ۵ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر بودند، تحت پوشش رایگان،

بیمه سلامت گرفتند و دهک‌های چهارم به بعد هم با پرداخت بخشی از حق بیمه تحت پوشش هستند: «دهک ۴ با تخفیف ۹۰ درصدی، دهک ۵ و ۶ با تخفیف ۷۵ درصدی، دهک‌های ۷ و ۸ با تخفیف ۵۰ درصدی و دهک‌های ۹ و ۱۰ هم به‌صورت کامل حق بیمه تعیین شده را پرداخت می‌کنند. درباره افرادی که تاکنون هیچ اقدامی برای پوشش بیمه‌ای نداشته‌اند پس از ثبت‌نام، آزمون وسیع مالی انجام می‌شود تا دهک آنها اعلام شود.

در بحث بیمه همگانی فرانشیز پرداختی از سوی بیماران کاهش یافته است، در بخش بستری سهم این بیماران (سه دهک اول) تنها ۵ درصد و در بخش سرپایی سهم پرداختی بیماران ۲۰ درصد است. در سایر دهک‌ها نیز پرداختی بیمار در حوزة سرپایی ۳۰ درصد و در بستری ۱۰ درصد است. بیمه‌شدگان کم‌پایه امداد و بهزیستی نیز فرانشیز بستری صفر دارند و اگر از مسیر خود وارد شوند از آنها ریالی هزینه در بخش بستری گرفته نمی‌شود. در بخش سرپایی هم تنها فرانشیز ۱۵ درصدی از آنها گرفته می‌شود.

طرح دارویار

نقش بیمه‌های پایه درمان در طرح دارویار، پرداخت مابه‌التفاوت ارز دارویی است. در واقع بیمه‌ها افزایش قیمت ایجاد شده برای داروها را پوشش می‌دهند تا پرداختی افراد جامعه تفاوتی نسبت به قبل نداشته باشد. در حال حاضر همه مطالبات سطح استان تا پایان تیرماه از طریق بیمه سلامت پرداخت شده است و هیچ مطالبه‌ای از بیمه سلامت وجود ندارد. مابه‌التفاوت پرداخت شده توسط بیمه سلامت و سایر بیمه‌های درمانی بسته به داروی خریداری شده، متفاوت است. میزان افزایش قیمت اعمال شده بر ۱۴۰۰ قلم دارو در صورتی که از طریق نسخه الکترونیک برای خرید اقلام دارویی اقدام شود، توسط بیمه‌ها پوشش داده می‌شود تا پرداختی از جیب مردم افزایشی نداشته باشد.

پوشش خدمات ناباروری

۹۰ درصد درمان‌های ناباروری با تعرفه دولتی در بخش دولتی و ۹۰ درصد هزینه‌های درمان ناباروری با تعرفه عمومی غیردولتی در بخش خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی تحت پوشش بیمه سلامت است. در بحث پوشش درمان ناباروری در مراکز خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی ۹۰ درصد هزینه‌ها با تعرفه عمومی غیردولتی پرداخت می‌شود.

سازمان بیمه سلامت ایران نیز مکلف است نسبت به پوشش بیمه‌ای همه زوجین نابارور فاقد بیمه پایه با آزمون وسیع اقدام نماید. هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی ناباروری و خدمات تخصصی ناباروری (شامل IVF، ICSI، FET) براساس استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش دولتی و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد تعرفه آن بخش‌ها و در بخش خیریه و خصوصی با فرانشیز ۳۰ درصد تعرفه مربوط به آن بخش تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

تعرفه زایمان سزارین برای بارداری حاصل از درمان ناباروری در بخش دولتی و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد تعرفه آن بخش‌ها و در بخش خیریه و خصوصی با فرانشیز ۳۰ درصد تعرفه مربوط به آن بخش تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر است.

نسخه الکترونیک

در حال حاضر ۱۱۹ هزار پزشک مشغول نسخه‌نویسی الکترونیک هستند، تحقق کامل‌تر نسخه الکترونیک از ابتدای دی ماه سال ۱۴۰۰ تاکنون شکل گرفته است و خوشبختانه به غیر از دو شهر تهران و مشهد اکنون در کل کشور ۱۰۰ درصد نسخ به‌صورت الکترونیک نوشته و پیچیده می‌شود، در عین حال تهران مرکز ارجاعی است و حدود ۲۰۰۰ پزشک حتی با بیمه‌ها قرارداد ندارند که ممکن است نسخه‌نویسی را انجام ندهند و این چنین مباحثی از علل عقب ماندن این شهرها از سایر نقاط کشور است. اطلاعات بسیار جامعی وجود دارد که نسخه‌نویسی برای تولید، واردات و ساماندهی مصرف دارو مناسب است و جلوی قاچاق، خرده فروشی‌های غیرضروری و... با نسخه‌نویسی الکترونیک گرفته می‌شود.

اجرای طرح نسخه الکترونیک در همه استان‌ها، بجز تهران و خراسان رضوی به ۹۸ درصد رسیده است.

طرح قانونی نسخه الکترونیک در دو استان تهران و خراسان رضوی ۹۲ درصد اجرایی شده است.

میانگین نسخه‌پیچی الکترونیک در داروخانه‌ها بین ۳ تا ۵ دقیقه است و البته نسبت به نسخه کاغذی بیشتر شده است. اما اشتباه نسخه‌نویسی کاغذی را ندارد. مخصوصاً در مورد داروهایی که زیاد مصرف می‌شود.

توانبخشی

در بسیاری از مناطق محروم هیچ مؤسسه‌ای برای خدمات‌رسانی به معلولان وجود ندارد، لذا بیمه سلامت خواهان انعقاد قرارداد با مراکز و مؤسسات ارائه خدمات توانبخشی است، با توجه به اینکه بیمه تنها تعرفه دولتی را پوشش داده و ۲۵ درصد هزینه‌ها را پرداخت می‌کند، بیمه سلامت ایران خدمات مورد نیاز بیماران مبتلا به اوتیسم را نیز تحت پوشش خود دارد، عمده مداخلات درمانی دارای شواهد علمی در اختلال طیف اوتیسم به طور کلی به دو دسته مداخلات دارویی و غیردارویی شامل توانبخشی و روانشناسی تقسیم می‌شوند. با توجه به اینکه میزان رضایتمندی‌ها از خدمات بیمه سلامت به بیماران اوتیسم افزایش پیدا کرده، انتظار می‌رود که شورای عالی بیمه و بیمه سلامت همراهی بیشتری در کاهش مشکلات مبتلایان به اوتیسم داشته باشند. بیشترین پوشش خدمات بیمه سلامت مربوط به کار درمانی است.

خدمات گفتار درمانی در مرحله بعدی قرار دارد. البته در ارتباط با خدمات شنوایی سنجی و آسیب‌های شنیداری تقریباً خدمتی ارائه نشده، یعنی به‌صورت بیمه‌ای درخواست هزینه برای این بیماری ارسال نشده است.

