

به نام خدا



گزارش کارشناسی
مروری بر وضعیت ارائه
خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی
سالهای ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸



موسسه پژوهش‌های سلامت



سازمان تأمین اجتماعی



تهیه شده در گروه
سیاستگذاری و اقتصاد سلامت
مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و
معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی

اردیبهشت ۱۴۰۰



مؤسسه عالی پژوهش‌های سلامت

گزارش کارشناسی

مروری بر وضعیت ارائه خدمات درمانی سازمان
تأمین اجتماعی (سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸)

نویسندگان:

فاطمه شجاعی، فوزیه طباطبائی زواره، فریبا بگدلی، شراره میرسعیدی،
زینب خزایی، فرنوش عزیزی

ویراستار علمی: عبدالواحد خدامرادی

شماره مسلسل: DF: ۰۹ HE (۲۱) ۱۴۰۰

تاریخ انتشار گزارش: ۱۴۰۰/۲/۲۵

واژه‌های کلیدی:

هزینه

بهره‌مندی

خدمات درمانی

سازمان تأمین اجتماعی

برای دریافت نسخه الکترونیکی گزارش می‌توانید به
وب سایت مؤسسه به نشانی: WWW.SSOR.IR مراجعه
نمایید.

۵	پیشگفتار مؤسسه
۷	خلاصه مدیریتی
۱۳	بخش اول - مقدمه
۱۵	بخش دوم - جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی
۱۸	بخش سوم - ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی
۱۸	۱-۳- اداره کل درمان مستقیم
۱۹	۲-۳- اداره کل درمان غیرمستقیم
۲۳	بخش چهارم - منابع انسانی شاغل در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی
۲۸	بخش پنجم - بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از خدمات درمانی ارائه‌شده
۲۸	۱-۵- درمان مستقیم
۳۲	۲-۵- درمان غیرمستقیم
۳۴	بخش ششم - عملکرد مالی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی
۴۳	بخش هفتم - اقدامات به‌عمل‌آمده درخصوص برخی از برنامه‌های معاونت درمان
۴۳	۱-۷- توسعه فناوری اطلاعات در راستای استقرار کامل سلامت الکترونیک
۴۶	۲-۷- تدوین و اجرای گایدلاین‌ها
۴۶	۱-۲-۷- اقدامات به‌عمل‌آمده
۴۷	۲-۲-۷- چالش‌های اجرای برنامه

۴۷	۳-۷- سطح‌بندی مراکز و خدمات درمانی
۴۹	۴-۷- بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد
۴۹	۵-۷- مقابله با بیماری کووید ۱۹
۵۰	۱-۵-۷- اقدامات انجام‌شده در مقابله با بیماری کووید ۱۹
۵۱	۲-۵-۷- هزینه‌های بخش درمان در مقابله با بیماری کووید ۱۹
۵۳	بخش هشتم- چالش‌های پیش‌روی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی
۵۴	۱-۸- ریشه‌های عدم تعادل منابع و مصارف در بخش درمان
۵۴	۱-۱-۸- قانونی- حاکمیتی
۵۵	۲-۱-۸- قانونی- اقتصادی
۵۵	۳-۱-۸- اجتماعی و فرهنگی
۵۶	۲-۸- حوزه محیط داخلی
۵۷	بخش نهم- راهکارهای مقابله با عدم تعادل منابع و مصارف بخش درمان
۵۸	۱-۹- راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان مستقیم سازمان
۵۸	۲-۹- راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان غیرمستقیم سازمان
۶۰	بخش دهم- جمع‌بندی
۶۳	منابع

پیشگفتار مؤسسه

بیمه خدمات درمانی یکی از بخش‌های مهم بیمه‌های اجتماعی است که نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در تأمین سلامت و پویایی جامعه ایفا می‌کند. یکی از سازمان‌های مهمی که این وظیفه را بر عهده دارد سازمان تأمین اجتماعی است که یکی از وظایف اساسی آن تأمین بیمه خدمات درمانی مشمولین سازمان، ارائه خدمات درمانی و نیز تعمیم و گسترش آن در سطح کشور می‌باشد.

دستیابی به این اهداف که لازمه حفظ و ارتقاء سلامت جامعه کاری است زمانی به نحو مطلوب امکان‌پذیر می‌گردد که امکانات، ظرفیت‌ها و عملکرد سازمان در ارائه خدمات درمانی بیش از پیش شناخته شده و منابع آن که پیش شرط ارائه خدمات و مصارف آن که تأمین‌کننده نیازهای مشمولین است مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد تا از این طریق و با بهره‌گیری از تجربیات گذشته و با آگاهی از وضعیت موجود بخش درمان سازمان، بتوان آینده بهتری برای این بخش رقم زد.

گروه سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی با همکاری معاونت درمان سازمان در تلاش برای تحقق





این امر و حسب دستور مدیرعامل محترم سازمان، تدوین گزارشی درخصوص وضعیت ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی را در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ در دستور کار خود قرار داد.

به منظور راهبری و تدوین این گزارش، کارگروه تخصصی با حضور جناب آقایان فرخ ملکوندفرد، فرشید یزدانی، حسین مشیری تبریزی، ابوالفضل آفریده، امیرعباس فضائلی، رضا کاشف، مهدی اسفندیار و عبدالواحد خدامرادی و سرکار خانم‌ها فاطمه شجاعی، یکتا آشوری، فریبا بگدلی، فوزیه طباطبائی زواره و شراره میرسعیدی تشکیل گردید. بعد از جمع‌آوری آمار و اطلاعات مربوط به هزینه‌ها و فعالیت‌های درمانی سازمان، این گزارش در ده بخش شامل محورهای جمعیت تحت پوشش، ظرفیت‌های فیزیکی، منابع انسانی شاغل، عملکرد، اقدامات، چالش‌های پیش‌رو و راهکارهای مقابله با آنها تدوین شده است. در این گزارش وضعیت درمان در هر دو بخش مستقیم و غیرمستقیم و به تفکیک بستری و سرپایی در یک دوره زمانی ۸ ساله برای سال‌های ۹۱ الی ۹۸ تشریح شده است.

در نهایت بر خود لازم می‌دانم مراتب قدردانی خود را از اعضای محترم کارگروه که تهیه این گزارش را راهبری کرده‌اند، اداره کل درمان مستقیم و غیرمستقیم معاونت درمان، اداره کل آمار و محاسبات و اداره کل امور مالی سازمان تأمین اجتماعی که داده‌های مورد نیاز این گزارش را فراهم آورده‌اند، اعلام دارم.

امید می‌رود گزارش پیش‌رو بتواند در ارتقای شناخت مدیران و کارشناسان از چالش‌های بخش درمان سازمان و راهکارهای پیشنهادی برای رفع آنها مفید و مؤثر واقع شود، و همچنین منبع مناسبی برای پژوهشگران و محققین حوزه سلامت کشور برای آشنایی با بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی باشد.

روزبه کردونی

رئیس مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

خلاصه مدیریتی

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگ ترین بیمه گر سلامت کشور، تأمین خدمات درمانی بیمه شدگان خود را به شکل کارا، اثربخش، ایمن، به موقع، عادلانه و جامعه محور همواره از مسئولیت های خود دانسته است. این سازمان علاوه بر نقش بیمه گری خود و خرید خدمت از ارائه دهندگان دولتی و خصوصی در سرتاسر کشور، براساس قانون الزام مصوب سال ۱۳۶۸، موظف به ارائه خدمات درمانی رایگان به بیمه شدگان خود در مراکز درمانی ملکی هم هست.



دریافت خدمات در مراکز ملکی بدون پرداخت وجه (به جز برخی مشاغل) و در مراکز طرف قرارداد در قبال پرداخت فرانشیز ۳۰ درصد در بخش سرپایی و ۱۰ درصد در بخش بستری انجام می شود. شایان ذکر است تعهدات سازمان در بخش طرف قرارداد براساس تعرفه های دولتی بوده و بیمار عملاً مابه التفاوت تعرفه های دولتی با خصوصی را علاوه بر فرانشیز تعیین شده از جیب خود پرداخت می کند که عملاً موجب افزایش پرداخت از جیب بیماران می شود. با عنایت به موارد فوق درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی نه جهت کسب سود، بلکه با نگاه حفاظت از بیمه شدگان که اکثراً از قشر کارگر و از لحاظ اقتصادی در طبقات پایین درآمدی هستند، در مقابل بار مالی ناشی از هزینه های کمرشکن درمان، ایفای نقش می نماید. در

واقع مراکز ملکی، به‌عنوان سپر محافظتی از بیمه‌شدگان در مقابل فشارهای مالی ناشی از افزایش تعرفه‌ها عمل می‌کنند.

سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۸ با جمعیتی بالغ بر ۴۴ میلیون نفر بیمه‌شده، بیش از نیمی از جمعیت کل کشور را تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و به دو روش خرید خدمت (درمان غیرمستقیم) و ارائه خدمت (درمان مستقیم) به بیمه‌شدگان تحت پوشش خود ارائه خدمت می‌کند. به‌طور مشخص، در سال ۱۳۹۸ حدود ۴۴ میلیون و ۲۰۶ هزار و ۳۱۳ نفر تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی قرار داشته‌اند که از این تعداد، ۴۳ میلیون و ۴۷۵ هزار و ۵۴۸ نفر (۹۸،۳ درصد) تحت پوشش بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی بوده‌اند. رشد افراد تحت پوشش بیمه درمان در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، بیش از ۱۶ درصد بوده است.

بخش درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۸ با خرید خدمت از ۵۳۷۲ مرکز درمانی، ۱۹۱۹۷ مرکز پاراکلینیک و ۲۳۶۲۹ پزشک و دندانپزشک طرف قرارداد، نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در نظام سلامت کشور داشته است. علاوه بر این، بخش درمان مستقیم سازمان، با در اختیار داشتن ۷۷ بیمارستان و ۵ دی‌کلینیک، در مجموع با ظرفیت ۹۳۴۱ تخت، و ۳۰۴ درمانگاه و پلی‌کلینیک بعد از وزارت بهداشت به‌عنوان دومین ارائه‌دهنده خدمات درمانی در کشور مشغول ارائه خدمات درمانی در کشور است.

باتوجه به نقش و کارکرد مهم بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در حوزه سلامت کشور و در راستای روشن‌ساختن وضعیت ارائه خدمات درمانی در این سازمان، گزارش پیش‌رو تهیه و تنظیم شده است. نتایج گزارش نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ در بخش درمان غیرمستقیم افزایش ۲۰،۸ درصد در تعداد کل نسخ اتفاق افتاده است که به ترتیب برای بخش سرپایی و بستری به میزان ۲۰،۷ و ۲۸،۴ درصد بوده است. علاوه بر افزایش مصرف خدمات، میانگین هزینه کل نسخ بخش سرپایی و بستری در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، به ترتیب به میزان ۵،۴ و ۴،۹ برابر افزایش پیدا کرده است. در بخش درمان مستقیم هم از یک‌طرف از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸، به تعداد مراکز درمانی و تخت بیمارستانی افزوده شده است و برای سال‌های بعد برنامه‌های زیادی در جهت ساخت مراکز جدید (مجوز داده شده) در دستور کار سازمان قرار دارد. از طرف دیگر در این دوره تعداد

نیروی انسانی، افزایشی به میزان ۱۲٫۷ درصد داشته است که این افزایش برای کادر پزشکی که هزینه بالاتری دارند، ۲۵ درصد بوده است.

همه این آمارها نشان می‌دهد که در طول سال‌های گذشته به دلیل افزایش افراد تحت پوشش، افزایش انتظارات و تعداد خدمات ارائه شده، افزایش زیاد قیمت خدمات ارائه شده، افزایش تعداد نیروی انسانی و بسیاری دلایل دیگر هزینه‌های بخش درمان سازمان به شدت افزایش پیدا کرده و شیوع ویروس کرونا در انتهای سال ۱۳۹۸ در این بین، روند صعودی هزینه‌ها را تشدید کرده است.

بر این اساس، عدم تعادل منابع و مصارف جدی‌ترین چالش حوزه درمان در سال‌های اخیر بوده است. از ریشه‌های بروز این مشکل می‌توان به عدم توجه به مدیریت و کنترل هزینه در سازمان، اجرای طرح تحول سلامت و افزایش ارزش نسبی خدمات، اجرای نظام پرداخت کارانه^۱، ضعف در نظام سطح‌بندی خدمات درمانی، ضعف در خرید راهبردی خدمات، نداشتن گایدلاین‌های درمانی، وجود تعارض منافع، افزایش پوشش بیمه رایگان، افزایش تقاضای القایی، ناسازگاری رویکردهای مختلف در اداره امور مراکز درمانی، ضعیف بودن سازوکار مواجهه با مخاطرات اخلاقی^۲ و تقاضای القایی، ضعف پاسخگویی نظام بودجه‌بندی فعلی به نیازهای بخش درمان، عدم سنجش و اهمیت ندادن به کارایی فنی و تخصیصی، توسعه ظرفیت‌های ارائه خدمات درمانی بدون نیازسنجی و ارزیابی اقتصادی، ناکارآمدی نظام جامع آماری، نقص‌های قانونی و ناتوانی سازمان در ممانعت از نسخه‌نویسی طرف‌های غیر قرارداد در دفترچه درمانی و ... اشاره کرد.

در چنین شرایطی، سازمان در چند سال اخیر به‌خصوص از نیمه سال ۱۳۹۸، مجموعه اقداماتی را در راستای افزایش پایداری مالی در بخش درمان عملیاتی کرده است؛ سازمان در یک اقدام کم‌نظیر و مهم، از طریق تعامل با دولت و ذی‌نفعان، بدهی‌های انباشته بخش درمان به ارائه‌دهندگان طرف قرارداد را تسویه و تقریباً به روز کرد که تا حدود زیادی تعادل بین منابع و مصارف را در این بخش ایجاد کرد. همچنین، اجرای طرح‌های سطح‌بندی خدمات درمانی، نسخه‌نویسی الکترونیک و حذف دفترچه‌های درمانی، تدوین و اجرای گایدلاین‌های بیمه‌ای، بودجه‌ریزی

1. Fee For Service

2. Moral Hazard

بر مبنای عملکرد، و استقرار و اجرای نظام ارجاع از دیگر اقدامات مهم و مؤثر در راستای کنترل هزینه در بخش درمان و کمک به افزایش پایداری مالی در این بخش بوده‌اند. علاوه بر این، با توجه به صرفه‌جویی‌های هزینه‌ای ناشی از این اقدامات، فعالیت‌هایی هم در راستای اعتباربخشی به دفترچه‌های درمانی، دسترسی بیشتر بیمه‌شده‌ها به خدمات درمانی، و کاهش هزینه‌های درمانی آنها انجام شده است که از جمله می‌توان به رایگان کردن خدمات بستری در مراکز دولتی برای افراد بالای ۶۵ سال و بیمه‌شدگان ساکن در شهرهایی که مراکز ملکی در آنها وجود ندارد اشاره کرد. بسیاری از این اقدامات در فصل هفتم گزارش تشریح شده‌اند.

به‌طور کلی، بر اساس نظرات خبرگان برای کنترل و مدیریت هزینه در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی راه‌حلی‌هایی پیشنهاد می‌شود که براساس اهرم‌های کنترلی در جدول الف نمایش داده شده است. همان‌گونه که اشاره شد، تعدادی از این اهرم‌ها هم‌اکنون در سازمان به کار گرفته شده‌اند.

حوزه درمان	راهکارهای اصلاحی	اهرم‌های کنترل
غیرمستقیم	پرهیز از هرگونه تحمیل بار مالی مازاد بر منابع مالی درمان سازمان از جمله در تعیین تعرفه‌ها	تأمین مالی
غیرمستقیم	خروج تعهدات تحمیلی از درمان مانند K2 و K ترجیحی و ...	
مستقیم	بودجه‌ریزی عملیاتی با تعیین سقف بودجه سالیانه	
غیرمستقیم	بازنگری نظام بازپرداخت (DRG و گلوبال)	نظام پرداخت
غیرمستقیم	اعمال فرانشیز متغیر (براساس نوع بیماری و نوع خدمت)	
مستقیم	تغییر نظام پرداخت در بخش سرپایی و بستری از FFS به نظام ترکیبی FFS با سقف/سرنه/حقوق	
غیرمستقیم	توسعه سیستم مکانیزاسیون خدمات به‌منظور مدیریت هزینه	سازماندهی
غیرمستقیم	برقراری ارتباط سیستم مکانیزاسیون درمان با نهادهای دیگر مانند ثبت احوال، سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت	
غیرمستقیم	تغییر فرایند رسیدگی به اسناد	
غیرمستقیم	مدیریت اضافه درخواست مراکز طرف قرارداد از طریق حمایت‌های حقوقی، آموزش و انگیزش ناظران	
غیرمستقیم	برون‌سپاری برخی از خدمات درمان غیرمستقیم	
غیرمستقیم	همراهی و همکاری در راستای اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده	
غیرمستقیم	اجرای خرید استراتژیک خدمات سلامت	
غیرمستقیم	تشکیل کمیسیون‌های تخصصی برای اعمال جراحی پرهزینه، داروها و تجهیزات خاص	
غیرمستقیم	جیره‌بندی خدمات از طریق تعیین زمان انتظار و سقف مصرف برای خدمات الکتیو و پرهزینه	
مستقیم	استفاده از نیروهای قراردادی و پیمانی به‌جای استخدام نیروهای رسمی	
مستقیم	اصلاح ساختار نحوه اداره مراکز ملکی	
مستقیم	تعطیل کردن شیفت شب خدمات سرپایی غیرضروری و غیر اورژانسی به‌ویژه در مراکز بیمارستانی	
مستقیم	کنترل بار مراجعات از طریق تعیین سقف برای مراجعان و پزشکان	
مستقیم	شیفت خدمات به سمت long term و home care, day care	
مستقیم	استقرار و اجرای نظام ارجاع داخلی	
مستقیم	برقراری ارتباط و تجمیع اطلاعات بین مراکز ملکی و اتصال به مراکز غیرملکی به‌منظور مدیریت مصرف	
مستقیم	عدم توسعه مراکز درمانی تا موقع برطرف شدن کسری منابع	
مستقیم	محدود کردن مصرف با اخذ فرانشیز و ایجاد صف	

Δ جدول الف. راهکارهای مدیریت هزینه در حوزه درمان سازمان تأمین اجتماعی براساس اهرم‌های کنترلی نظام سلامت

حوزه درمان	راهکارهای اصلاحی	اهرم‌های کنترل
غیرمستقیم	تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خرید خدمات در راستای تولید گابدلاین‌های وزارت بهداشت	وضع مقررات
مستقیم	تعیین شاخص‌های اقتصادی و مالی برای بررسی عملکرد و مدیریت هزینه در مراکز ملکی	
غیرمستقیم	ایجاد جرایم بازدارنده برای بیمه‌شدگان و مراکز طرف قرارداد متخلف	ترغیب
غیرمستقیم	صدور کارنامه به پزشکان طرف قرارداد و در صورت نیاز لغو قرارداد و نحوه پرداخت به پزشکان	

△ ادامه جدول الف.

بخش اول: مقدمه

سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به‌صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌صورت اختیاری) است. تعهدات این سازمان برابر استانداردهای تعیین‌شده به‌وسیله سازمان بین‌المللی کار و تأمین اجتماعی تنظیم شده و بالاترین حد این استانداردها را در بر می‌گیرد. چگونگی تحقق این تعهدات و ارائه خدمات به‌وسیله این سازمان را قانون معین کرده است. سازمان تأمین اجتماعی دارای وظایف عمده در دو بخش بیمه‌ای و درمانی است که برای اجرای وظایف خود دارای تشکیلات مرکزی، واحدها، شعب، نمایندگی‌ها، مراکز درمانی و بیمارستانی، کلینیک، پلی کلینیک و دی کلینیک است.

این سازمان در بخش درمان دومین ارائه‌کننده خدمات درمانی در سطح کشور است که نقشی مهم در تأمین سلامت جامعه ایفا می‌کند. سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر ارائه خدمات درمانی، بزرگ‌ترین خریدار خدمات درمانی در کشور نیز به شمار می‌آید. ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی براساس قوانین بالادستی از جمله قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ انجام می‌گیرد. بر اساس این قانون، «انجام تعهدات بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ به عهده سازمان تأمین اجتماعی» است و «سازمان مذکور موظف است کلیه تعهدات درمانی مزبور را از بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی تأمین نماید.» مطابق با بند الف از تبصره ۱ این قانون، «کل هزینه واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان به عهده سازمان تأمین اجتماعی بوده و سازمان مزبور مکلف است بودجه هر سال آن را از محل سهم درمان (۹ درصد از مأخذ محاسبه و

حق بیمه مذکور در ماده قانون تأمین اجتماعی) پیش‌بینی و در بودجه خود منظور نماید...». همچنین، بر اساس بند د از این تبصره، «کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف‌اند نسبت به پذیرش بیماران بیمه‌شده تأمین اجتماعی اقدام و هزینه‌های انجام‌شده را بر اساس تعرفه‌های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی دریافت دارند.» علاوه بر این، مطابق با بند ه این تبصره، این امکان برای سازمان تأمین اجتماعی وجود دارد که «در صورت لزوم، با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی استفاده نموده و هزینه‌های مربوطه را طبق تعرفه‌های مصوب مورد عمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رأساً از محل سهم درمان پرداخت نماید. از این‌روست که سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان کشور کارکردهای مهمی دارد.

به‌واسطه این نقش و کارکرد، گزارش حاضر با هدف ارائه تصویری از وضعیت و روند ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی تهیه شده است. گزارش در ده بخش تنظیم شده است. پس از مقدمه، در بخش دوم، جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی بررسی شده است. در بخش سوم و چهارم ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمات درمانی و منابع انسانی شاغل در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ذکر گردیده است. در بخش پنجم و ششم آمارها و ارقام مرتبط با بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از خدمات درمانی ارائه‌شده و عملکرد مالی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی گزارش شده است. در بخش هفتم اقدامات به‌عمل‌آمده در خصوص برخی از برنامه‌های اولویت‌دار معاونت درمان بیان شده است. بخش هشتم و نهم هم به چالش‌های پیش‌روی حوزه درمان و راهکارهای مقابله با عدم تعادل منابع و مصارف این حوزه پرداخته است و در نهایت در فصل دهم جمع‌بندی از گزارش صورت گرفته است.

بخش دوم: جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی تا پایان سال ۱۳۹۸، بالغ بر ۱۴،۳۷۳،۲۶۰ بیمه‌شده اصلی و حدود ۳،۹۵۴،۴۰۵ مستمری‌بگیر اصلی را تحت پوشش قرار داده که این جمعیت با در نظر گرفتن افراد تبعی بیمه‌شدگان به بیش از ۴۴ میلیون نفر بالغ شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده، جمعیت تحت پوشش بیمه سازمان (اعم از اصلی و تبعی) هر سال نسبت به سال گذشته رشد مثبتی داشته است و این رشد مثبت، بیشتر مربوط به گروه مستمری‌بگیران بوده است. در جدول ۲، جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۸ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول نیز ملاحظه می‌شود، با احتساب افراد تبعی بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران، حدود ۴۳،۵ میلیون نفر تحت پوشش خدمات درمان سازمان تأمین اجتماعی قرار دارند. مطابق با جدول، رشد تعداد بیمه‌شدگان تحت پوشش درمان در سال‌های مذکور افزایشی بوده و تنها در سال ۱۳۹۵ نسبت به ۱۳۹۴ کاهش رشدی در حدود ۰،۰۵ درصد رخ داده است.

درصد رشد نسبت به سال قبل	جمع کل	مستمری بگیران			بیمه شدگان			سال
		جمع	تبعی	اصلی	جمع	تبعی	اصلی	
....	۳۷,۵۴۷,۵۰۸	۴,۵۳۸,۷۶۷	۲,۱۵۱,۸۹۱	۲,۳۸۶,۸۷۶	۳۳,۰۰۸,۷۴۱	۲۰,۷۲۲,۰۵۸	۱۲,۳۸۶,۶۸۳	۱۳۹۱
۴,۱۳	۳۹,۰۹۹,۳۸۰	۴,۷۹۹,۶۸۸	۲,۲۲۴,۹۹۶	۲,۵۷۴,۶۹۲	۳۴,۲۹۹,۶۹۲	۲۱,۴۹۱,۶۴۵	۱۲,۸۰۸,۰۴۷	۱۳۹۲
۳,۰۵	۴۰,۲۹۱,۶۶۴	۵,۱۴۰,۸۰۶	۲,۳۴۹,۰۰۴	۲,۷۹۱,۸۰۲	۳۵,۱۵۰,۸۵۸	۲۱,۸۰۶,۳۶۰	۱۳,۳۴۴,۴۹۸	۱۳۹۳
۲,۷۰	۴۱,۳۸۰,۷۹۹	۵,۳۸۴,۷۸۵	۲,۳۷۳,۴۳۶	۳,۰۱۱,۳۴۹	۳۵,۹۹۶,۰۱۴	۲۲,۲۸۴,۲۸۸	۱۳,۷۱۱,۷۲۶	۱۳۹۴
۰,۱۳	۴۱,۴۳۳,۱۵۱	۵,۷۱۹,۹۳۵	۲,۴۸۲,۹۵۲	۳,۲۳۶,۹۸۳	۳۵,۷۱۳,۲۱۶	۲۱,۹۳۳,۵۹۶	۱۳,۷۷۹,۶۲۰	۱۳۹۵
۲,۲۸	۴۲,۳۷۹,۶۲۹	۶,۰۷۷,۳۵۴	۲,۶۰۵,۰۲۲	۳,۴۷۲,۳۳۲	۳۶,۳۰۲,۲۷۵	۲۲,۳۱۹,۳۲۱	۱۳,۹۸۲,۹۵۴	۱۳۹۶
۱,۳۷	۴۲,۹۶۰,۷۷۷	۶,۵۱۵,۷۹۹	۲,۷۸۶,۶۹۸	۳,۷۲۹,۱۰۱	۳۶,۴۴۶,۹۷۸	۲۲,۴۱۵,۷۸۵	۱۴,۰۲۹,۱۹۳	۱۳۹۷
۲,۹۰	۴۴,۲۰۶,۳۱۳	۶,۸۹۲,۵۴۰	۲,۹۳۸,۱۳۵	۳,۹۵۴,۴۰۵	۳۷,۳۱۳,۷۷۳	۲۲,۹۴۰,۵۱۳	۱۴,۳۷۳,۲۶۰	۱۳۹۸

جدول ۱. تعداد بیمه شدگان و مستمری بگیران اصلی و تبعی سازمان تأمین اجتماعی در سال های ۱۳۹۸-۱۳۹۱

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

درصد رشد نسبت به سال قبل	جمع کل	مستمری بگيران			بیمه‌شدگان			سال
		جمع	تبعی	اصلي	جمع	تبعی	اصلي	
....	۳۷,۴۷۸,۵۴۰	۴,۵۳۸,۷۶۷	۲,۱۵۱,۸۹۱	۲,۳۸۶,۸۷۶	۳۲,۹۳۹,۷۷۳	۲۰,۷۲۲,۰۵۸	۱۲,۲۱۷,۷۱۵	۱۳۹۱
۴۰,۷	۳۹,۰۰۳,۵۷۹	۴,۷۹۹,۶۸۸	۲,۲۲۴,۹۹۶	۲,۵۷۴,۶۹۲	۳۴,۳۰۳,۸۹۱	۲۱,۴۹۱,۶۴۵	۱۲,۷۱۲,۳۴۶	۱۳۹۲
۲,۹۶	۴۰,۱۵۶,۶۹۳	۵,۱۴۰,۸۰۶	۲,۳۴۹,۰۰۴	۲,۷۹۱,۸۰۲	۳۵,۰۱۵,۸۸۷	۲۱,۸۰۶,۳۶۰	۱۲,۲۰۹,۵۲۷	۱۳۹۳
۱,۶۹	۴۰,۸۳۶,۶۵۰	۵,۳۸۴,۷۸۵	۲,۳۷۳,۴۳۶	۳,۰۱۱,۳۴۹	۳۵,۴۵۱,۸۶۵	۲۲,۲۸۴,۲۸۸	۱۲,۱۶۷,۵۷۷	۱۳۹۴
-۰,۰۵	۴۰,۸۱۷,۸۷۸	۵,۷۱۹,۹۳۵	۲,۴۸۲,۹۵۲	۳,۲۳۶,۹۸۳	۳۵,۰۹۷,۹۴۳	۲۱,۹۳۳,۵۹۶	۱۲,۱۶۴,۳۴۷	۱۳۹۵
۲,۲۴	۴۱,۷۳۱,۲۵۸	۶,۰۷۷,۲۵۴	۲,۶۰۵,۰۲۲	۳,۴۷۲,۲۳۲	۳۵,۶۵۳,۹۰۴	۲۲,۲۸۸,۰۷۸	۱۲,۲۶۵,۸۱۶	۱۳۹۶
۱,۳۳	۴۲,۳۸۶,۸۹۵	۶,۵۱۵,۷۹۹	۲,۷۸۶,۶۹۸	۳,۷۲۹,۱۰۱	۳۵,۷۷۱,۰۹۶	۲۲,۴۱۷,۶۱۶	۱۲,۳۵۳,۴۸۰	۱۳۹۷
۲,۸۱	۴۳,۴۷۵,۵۴۸	۶,۸۹۲,۵۴۰	۲,۹۲۸,۱۳۵	۳,۹۵۴,۴۰۵	۳۶,۵۸۳,۰۰۸	۲۲,۸۹۸,۸۷۴	۱۲,۶۸۴,۱۲۴	۱۳۹۸

جدول ۲. جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

بخش سوم: ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی

۱-۳- اداره کل درمان مستقیم

در سال ۱۳۹۸، سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان مستقیم با بهره‌گیری از ۷۰ بیمارستان ملکی و ۵ دی‌کلینیک با ۹۳۴۱ تخت فعال و ۳۰۴ مرکز درمانی سرپایی ارائه‌دهنده خدمات درمانی بوده است. ذکر این نکته ضروری است که ۷ بیمارستان تحت پوشش هلدینگ درمان سازمان نیز در نقاط مختلف کشور به بیمه‌شدگان خدمات درمانی ارائه می‌دهند که عملکرد آن‌ها در این گزارش لحاظ نشده است.

سال	تعداد بیمارستان‌های ملکی و تحت پوشش هلدینگ درمان	تعداد دی‌کلینیک‌ها	جمع مراکز بستری	تعداد درمانگاه‌ها - پلی‌کلینیک	جمع مراکز درمانی	تعداد تخت فعال (مراکز ملکی)
۱۳۹۱	۷۰	۷	۷۷	۲۷۴	۳۵۱	۸۶۹۶
۱۳۹۲	۷۲	۷	۷۹	۲۷۵	۳۵۴	۸۵۶۶
۱۳۹۳	۷۴	۷	۸۱	۲۷۶	۳۵۷	۸۸۸۶
۱۳۹۴	۷۳	۷	۸۰	۲۸۱	۳۶۱	۸۹۶۱
۱۳۹۵	۷۴	۶	۸۰	۲۸۶	۳۶۶	۹۰۱۴
۱۳۹۶	۷۶	۵	۸۱	۲۸۹	۳۷۰	۹۱۶۴
۱۳۹۷	۷۶	۵	۸۱	۲۹۹	۳۸۰	۹۳۳۷
۱۳۹۸	۷۷	۵	۸۲	۳۰۴	۳۸۶	۹۳۴۱

△ جدول ۳. ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمت درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)



Δ نمودار ۱. تعداد تخت فعال بیمارستان‌های ملکی در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

۳-۲- اداره کل درمان غیرمستقیم

در سال ۱۳۹۸، بخش درمان غیرمستقیم با عقد قرارداد خرید خدمت با ۸۸۵ بیمارستان، ۱۹۵۹ مرکز درمانگاهی و پلی‌کلینیک، ۱۲۱ دی‌کلینیک (مرکز جراحی محدود)، ۲۴۰۷ مرکز بهداشتی درمانی، ۲۳۶۲۹ مطب مستقل پزشکی و دندانپزشکی و ۱۹۱۹۷ مرکز خدمات پاراکلینیکی، خدمات درمانی مورد نیاز جمعیت تحت پوشش را تدارک دیده است و از این منظر جایگاه ویژه‌ای را در نظام سلامت کشور دارا می‌باشد. در جدول‌های ۴، ۵ و ۶ روند تغییرات در تعداد مراکز طرف قرارداد در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ نشان داده شده است.

سال	بیمارستان	درمانگاه و پلی کلینیک	دی کلینیک	مراکز بهداشتی-درمانی	جمع
۱۳۹۱	۷۳۲	۱۴۰۵	۸۸	۳۰۹۲	۵۳۱۷
۱۳۹۲	۷۴۹	۱۴۹۸	۸۸	۲۹۹۷	۵۳۳۲
۱۳۹۳	۷۶۶	۱۶۰۷	۹۸	۲۹۵۹	۵۴۳۰
۱۳۹۴	۷۹۱	۱۷۱۲	۱۰۸	۳۴۰	۲۹۵۱
۱۳۹۵	۸۲۰	۱۷۷۶	۱۲۲	۳۰۹۵	۵۸۱۳
۱۳۹۶	۸۵۴	۱۸۵۹	۱۱۹	۳۵۷۵	۶۴۰۷
۱۳۹۷	۸۸۵	۱۹۳۵	۱۲۱	۲۴۰۲	۵۳۴۳
۱۳۹۸	۸۸۵	۱۹۵۹	۱۲۱	۲۴۰۷	۵۳۷۲

Δ جدول ۴. تعداد مراکز طرف قرارداد درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

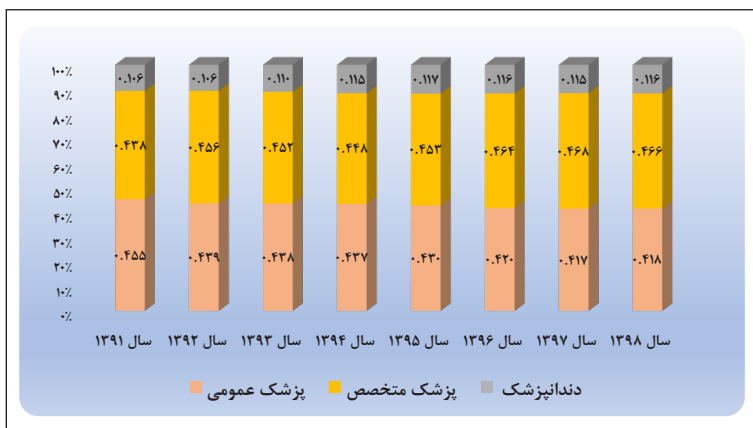
مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

سال	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندانپزشک	جمع کل
۱۳۹۱	۱۲۱۰۱	۱۱۶۴۷	۲۸۲۳	۲۶۵۷۱
۱۳۹۲	۱۱۴۳۹	۱۱۸۸۵	۲۷۵۷	۲۶۰۸۱
۱۳۹۳	۱۱۲۲۷	۱۱۵۹۴	۲۸۰۷	۲۵۶۲۸
۱۳۹۴	۱۰۵۵۴	۱۰۸۳۰	۲۷۸۸	۲۴۱۷۲
۱۳۹۵	۱۰۱۲۵	۱۰۶۸۰	۲۷۵۹	۲۳۵۶۴
۱۳۹۶	۹۶۶۵	۱۰۶۹۱	۲۶۸۰	۲۳۰۳۶
۱۳۹۷	۹۷۵۳	۱۰۹۴۸	۲۶۹۶	۲۳۳۹۷
۱۳۹۸	۹۸۷۱	۱۱۰۱۴	۲۷۴۴	۲۳۶۲۹

Δ جدول ۵. تعداد مطب پزشکان و دندانپزشکان مستقل طرف قرارداد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

همان‌طور که در جدول ۵ نیز مشاهده می‌گردد، تعداد مطب پزشکان و دندانپزشکان طرف قرارداد در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ رشد منفی داشته است که بیشترین تغییرات کاهشی در تعداد مطب‌های گروه پزشکان عمومی رخ داده است و نشان‌دهنده روند افزایشی مراجعه به پزشکان متخصص است. همچنین، بر اساس نمودار ۲، طی این دوره سهم پزشکان عمومی از کل مراکز مستقل طرف قرارداد کاهش و سهم پزشکان متخصص و دندانپزشک افزایش یافته است.



△ نمودار ۲. سهم تعداد مراکز مستقل طرف قرارداد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

در خصوص تعداد مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد نیز هر سال نسبت به سال قبل رشد بیشتری صورت پذیرفته است و تعداد مراکز بیشتری با بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی عقد قرارداد داشته‌اند.

جمع	سایر مراکز	فیزیوتراپی	سنگ شکن	دیالیز	اسکن	آم.آ.آی	رادیولوژی	آزمایشگاه	داروخانه	سال
۱۴۵۱۰	۱۴۶	۱۸۲۱	۵۳	۲۷۷	۳۳۱	۱۰۹	۱۷۰۳	۱۹۳۷	۸۲۳۳	۱۳۹۱
۱۴۹۲۵	۱۷۰	۱۸۶۷	۵۳	۲۸۳	۲۵۳	۱۲۲	۱۶۸۲	۱۹۸۹	۸۵۰۶	۱۳۹۲
۱۵۴۷۰	۲۰۰	۱۹۹۰	۵۶	۲۸۷	۲۵۰	۱۲۲	۱۷۲۵	۲۰۴۷	۸۷۹۳	۱۳۹۳
۱۶۱۸۰	۳۳۷	۲۲۰۰	۵۵	۳۰۷	۲۷۸	۱۴۴	۱۶۰۴	۲۱۲۶	۹۲۲۹	۱۳۹۴
۱۷۱۷۲	۲۹۱	۲۴۰۵	۵۵	۳۵۰	۳۱۲	۱۷۲	۱۸۱۸	۲۰۹۵	۹۶۷۴	۱۳۹۵
۱۷۹۷۹	۳۰۷	۲۵۳۲	۷۷	۳۷۳	۳۱۱	۱۸۵	۱۹۱۹	۲۱۷۸	۱۰۰۹۷	۱۳۹۶
۱۸۹۸۲	۳۸۸	۲۶۶۸	۶۹	۴۱۱	۳۷۷	۲۲۸	۲۱۰۹	۲۲۲۲	۱۰۵۳۰	۱۳۹۷
۱۹۱۹۷	۴۰۸	۲۶۸۷	۶۹	۴۱۷	۳۷۸	۲۳۲	۲۱۶۱	۲۳۳۵	۱۰۶۱۰	۱۳۹۸

△ جدول ۶. تعداد مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد درمان غیرمستقیم سازمان تامین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تامین اجتماعی (۱۳۹۹)

بخش چهارم: منابع انسانی شاغل در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

در سال ۱۳۹۸، در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی مجموعاً ۴۷۱۴۸ نفر مشغول به فعالیت بوده‌اند که از این تعداد ۴۴۳۵۱ نفر در بخش درمان مستقیم و ۲۷۹۷ نفر در بخش درمان غیرمستقیم مشغول به کار بوده‌اند. طبق جدول ۷ در سال ۱۳۹۸، تعداد کادر پشتیبانی شاغل در اداره کل درمان مستقیم برابر با ۱۳۰۶۳ نفر بوده و ۲۳۳۶۶ نفر پیراپزشک و ۷۹۲۲ نفر پزشک در این بخش از درمان فعالیت داشته‌اند.

همان‌طور که در جدول نشان داده شده، تعداد نیروی انسانی هم در بخش درمان مستقیم و هم در بخش درمان غیرمستقیم در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ دارای رشدهای مثبت و منفی متفاوتی بوده است. بیشترین رشد در تعداد کل نیروی انسانی مربوط به سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ با رشد ۴٫۷ درصد و کمترین رشد مربوط به سال ۱۳۹۷ نسبت به سال ۱۳۹۶ با رشد ۰٫۳- درصد و کاهش تعداد نیروی انسانی در این سال بوده است.

در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ نیز تعداد نیروی انسانی در هر دو بخش درمان مستقیم و غیرمستقیم افزایشی بوده و در مجموع با افزایش ۵۳۱۱ نفر، نیروی انسانی رشدی برابر با ۱۲٫۷ درصد را تجربه نموده است.

درصد رشد	جمع کل انسانی	درمان غیر مستقیم		درمان مستقیم					
		درصد رشد به نسبت به سال قبل	نیروی انسانی دفا تر اسناد پزشکی	درصد رشد نسبت به سال قبل	جمع کل	کارکنان پزشک	کارکنان پیراپزشک	کادر اداری مالی ... و خدمات و ...	سال
-	۴۱۸۳۷	-	۲۷۰۷	-	۳۹۱۳۰	۶۳۳۴	۲۰۳۱۴	۱۲۴۸۲	۱۳۹۱
۲,۶۹	۴۲۹۶۲	-۲,۲	۲۷۰۱	۲,۸۹	۴۰۲۶۱	۶۵۸۸	۲۱۲۰۴	۱۲۴۶۹	۱۳۹۲
۱,۸۶	۴۳۷۶۱	-۲,۶	۲۶۹۴	۲	۴۱۰۶۷	۶۷۱۸	۲۱۶۵۵	۱۲۶۹۴	۱۳۹۳
۴,۷۴	۴۵۸۳۶	-۸,۲	۲۶۲۲	۵,۱۱	۴۳۱۶۴	۷۱۵۰	۲۲۵۸۳	۱۳۴۳۱	۱۳۹۴
۳,۴	۴۵۹۹۱	۱,۱۲	۲۷۰۲	۳,۹	۴۳۲۸۹	۷۲۰۲	۲۲۵۰۵	۱۳۵۸۲	۱۳۹۵
۱,۱۵	۴۶۵۱۹	۱,۷۴	۲۷۴۹	۱,۱۱	۴۳۷۷۰	۷۴۸۱	۲۳۰۷۷	۱۳۳۱۲	۱۳۹۶
-۳,۶	۴۶۴۰۰	۱,۱	۲۷۵۲	-۲,۸	۴۳۶۴۸	۷۸۶۳	۲۲۵۸۱	۱۳۲۰۴	۱۳۹۷
۱,۶۱	۴۷۱۴۸	۱,۶۴	۲۷۹۷	۱,۶۱	۴۴۳۵۱	۷۹۲۲	۲۳۲۶۶	۱۳۰۶۳	۱۳۹۸

جدول ۷. کارکنان شاغل در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱-Δ

مآخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

در جدول ۸ تعداد کارکنان شاغل پیراپزشک در واحدهای مختلف درمان مستقیم به تفکیک نوع تخصص نشان داده شده است

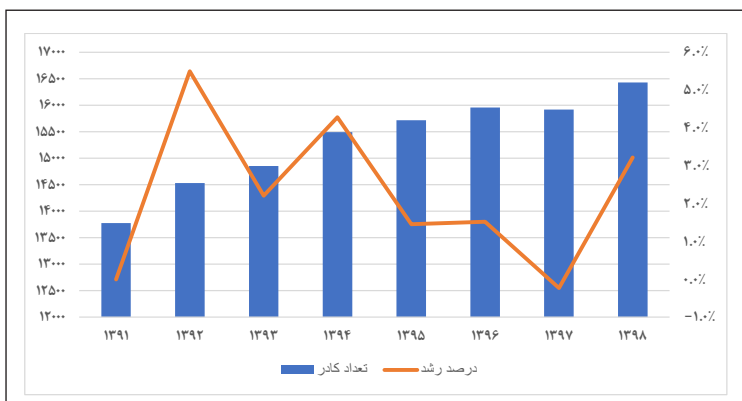
سال	جمع (با محاسبه سایر رشته‌های بهداشتی و درمانی)	دکتری علوم آزمایشگاهی	دکتری علوم آزمایشگاهی	کادر رادیولوژی (کاردان/کارشناس/ارشد)	کادر رادیولوژی (کاردان/کارشناس/ارشد)	کادر آزمایشگاهی (کارشناس/ارشد)	کارشناس فیزیوتراپی	مدارک پزشکی (کاردان/کارشناس و...)	کارشناس تغذیه	کادر پرستاری				تکسمن دارویی	بهداشت حرفه‌ای	بهداشت محیط	سایر رسته‌های درمانی
										هوشیاری (کاردان/کارشناس/ارشد)	بیمار و شکست بیمار	ماما (کاردان/کارشناس/ارشد)	پرستار (کاردان/کارشناس/ارشد)				
۱۳۹۱	۲۰۳۱۴	۱۳۹	۸۹۹	۱۷۷۳	۱۶۷	۶۱۴	۷۵	۶۹۷۶	۱۳۳۷	۳۷۷۷	۷۴۷	۱۰۳۹	۱۲۵۰	-	-	۱۶۲۱	
۱۳۹۲	۲۱۲۰۴	۱۳۲	۹۴۰	۱۷۷۲	۱۶۳	۶۲۹	۷۱	۷۵۳۰	۱۳۲۶	۳۸۵۴	۷۵۰	۱۰۷۳	۱۳۳۳	-	-	۱۷۳۱	
۱۳۹۳	۲۱۶۵۵	۱۳۱	۹۶۰	۱۸۱۱	۱۶۵	۵۸۵	۷۹	۷۷۷۷	۱۳۷۶	۳۸۰۶	۷۸۷	۱۱۰۸	۱۲۵۴	۸۳	۷۲	۱۶۶۱	
۱۳۹۴	۲۲۵۸۳	۱۱۶	۹۸۲	۱۸۸۵	۱۶۶	۶۱۵	۸۱	۸۱۹۱	۱۴۵۰	۳۸۲۷	۸۵۶	۱۱۶۶	۱۲۸۱	۸۶	۷۷	۱۸۰۴	
۱۳۹۵	۲۲۵۰۵	۱۱۹	۱۰۱۲	۱۹۲۸	۱۷۱	۶۵۹	۸۶	۸۴۰۸	۱۵۳۰	۳۶۹۷	۸۵۹	۱۲۲۲	۱۳۴۳	۹۶	۷۶	۱۲۹۹	
۱۳۹۶	۲۳۰۷۷	۱۱۵	۱۰۶۱	۱۹۴۴	۱۸۲	۶۷۳	۸۹	۸۵۴۲	۱۶۳۸	۳۶۴۲	۸۷۹	۱۲۵۴	۱۳۴۵	۹۱	۷۶	۱۵۲۶	
۱۳۹۷	۲۲۵۸۱	۱۱۵	۹۷۸	۱۸۲۸	۱۷۶	۱۴۱۹	۹۱	۸۶۲۲	۱۵۸۹	۳۶۱۵	۸۵۱	۱۲۴۱	۱۳۳۰	۹۴	۷۳	۵۵۹	
۱۳۹۸	۲۳۲۶۶	۱۱۲	۱۰۳۵	۱۹۳۷	۱۷۹	۱۴۷۹	۹۰	۹۱۵۸	۱۵۷۵	۳۵۵۳	۸۸۵	۱۲۵۹	۱۴۴۰	۸۹	۷۲	۵۰۳	

جدول ۸. تعداد کارکنان پیراپزشک بخش درمان (مستقیم) سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

تذکر: بر اساس دستورالعمل جدید از سال ۱۳۹۷ قسمتی از پرسنل واحد پذیرش، که قبلاً در «سایر رسته‌های بهداشتی و درمانی» محاسبه می‌شدند، اکنون در رسته «مدارک پزشکی» ثبت می‌شوند.

همان‌طور که در جدول ۸ نیز نشان داده شده، بیشترین حجم نیروی انسانی غیربزشک در بخش درمان مستقیم مربوط به کادر پرستاری و مامایی است که در سال‌های اخیر نیز با رشد بیشتری همراه بوده است. در نمودار ۳، تعداد کل کادر پرستاری و مامایی و درصد رشد آن طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ ارائه شده است.



△ نمودار ۳. تعداد نیروی انسانی کادر پرستاری و مامایی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

در جدول ۹، تعداد پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان شاغل در بخش درمان مستقیم در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشترین تعداد افزایش در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، ابتدا مربوط به تعداد نیروی انسانی داروساز (۶۲.۷ درصد) است و گروه دندانپزشکان (۵۴.۸ درصد) در رتبه بعدی قرار دارند. کمترین رشد در خصوص تعداد نیروی انسانی گروه پزشکان در سال مذکور، مربوط به نیروی انسانی پزشکان عمومی با ۲۲.۳ درصد بوده است.

سال	عمومی	متخصص	بیپهوشی*	داروساز	دندانپزشک	جمع کل
۱۳۹۱	۲۲۵۱	۲۸۸۷	۳۱۵	۴۱۶	۴۶۵	۶۳۳۴
۱۳۹۲	۲۲۹۰	۳۰۶۷	۳۲۲	۴۲۶	۴۸۳	۶۵۸۸
۱۳۹۳	۲۳۴۳	۳۰۷۹	۳۳۵	۴۵۶	۵۰۵	۶۷۱۸
۱۳۹۴	۲۴۱۵	۳۳۰۸	۳۳۳	۵۳۷	۵۵۷	۷۱۵۰
۱۳۹۵	۲۵۷۷	۳۰۵۹	۳۵۲	۶۰۲	۶۱۲	۷۲۰۲
۱۳۹۶	۲۵۹۴	۳۵۶۹	-	۶۴۸	۶۷۰	۷۴۸۱
۱۳۹۷	۲۸۰۲	۳۶۹۶	-	۶۶۹	۶۹۶	۷۸۶۳
۱۳۹۸	۲۷۵۴	۳۷۷۱	-	۶۷۷	۷۲۰	۷۹۲۲

Δ جدول ۹. تعداد پزشکان، دندانپزشکان، متخصصان و داروسازان شاغل در درمان مستقیم در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

* از سال ۱۳۹۶ پزشک بیپهوشی در گروه پزشکان متخصص شمارش شده است.

بخش پنجم: بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از خدمات درمانی ارائه شده

۱-۵- درمان مستقیم

در سال ۱۳۹۸، حدود ۹۰۸۹۱۷ نفر در مراکز درمانی ملکی سازمان بستری شدند که نسبت به سال گذشته کاهش را نشان می‌دهد. این کاهش در تعداد مراجعات در بین بیماران با بیمه تأمین اجتماعی و سایر بیمه‌ها مشاهده می‌شود و در مراجعه‌کنندگانی که هیچ نوع بیمه‌ای نداشته‌اند (آزاد) شاهد رشد مثبت بوده‌ایم. طبق اطلاعات جدول ۱۰، تعداد بیماران آزاد از سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۳۹۶ روند کاهشی داشته و در همین سال‌ها تعداد مراجعان سایر بیمه‌ها که اغلب بیمه‌شدگان خدمات درمانی بوده‌اند روند افزایشی را نشان داده است که این تغییرات تحت تأثیر خدمات مربوط به بسته‌های مرتبط با طرح تحول سلامت شامل بیمه سلامت و رایگان‌شدن تجهیزات پزشکی بوده است.

درصد رشد تعداد بیمار بستری	جمع کل بستری	تعداد بیمار بستری						سال
		آزاد		سایر بیمه		تأمین اجتماعی		
		سهم از کل بستری	تعداد	سهم از کل بستری	تعداد	سهم از کل بستری	تعداد	
-	۸۱۵,۸۲۴	۰,۰۳	۲۵,۳۴۹	۰,۱۹	۱۵۶,۳۰۸	۰/۷۸	۶۳۴,۱۶۷	۱۳۹۱
-۰,۱۲	۸۱۴,۸۲۷	۰,۰۳	۲۳,۶۳۲	۰,۱۷	۱۳۹,۹۶۰	۰/۸۰	۶۵۱,۲۳۵	۱۳۹۲
۱۳,۰۹	۹۲۱,۴۸۷	۰,۰۲	۲۲,۸۸۵	۰,۱۸	۱۶۵,۸۸۹	۰/۸۰	۷۳۲,۷۱۳	۱۳۹۳
۵,۲۴	۹۶۹,۷۵۸	۰,۰۲	۲۱,۲۳۵	۰,۱۷	۱۶۴,۴۹۹	۰/۸۱	۷۸۴,۰۲۴	۱۳۹۴

Δ جدول ۱۰. تعداد بیمار بستری شده در مراکز درمانی ملکی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

درصد رشد تعداد بیمار بستری	جمع کل بستری	تعداد بیمار بستری						سال
		آزاد		سایر بیمه		تأمین اجتماعی		
		سهم از کل بستری	تعداد	سهم از کل بستری	تعداد	سهم از کل بستری	تعداد	
-۵,۴۸	۹۱۶,۵۹۰	۰,۰۲	۱۴,۳۹۷	۰,۰۷	۶۲,۶۰۲	۰/۹۲	۸۳۹,۵۹۱	۱۳۹۵
۲,۲۰	۹۳۶,۷۶۴	۰,۰۱	۱۳,۳۵۲	۰,۰۶	۵۹,۵۴۰	۰/۹۲	۸۶۳,۸۷۲	۱۳۹۶
۴,۴۰	۹۷۷,۹۴۱	۰,۰۲	۱۷,۸۰۰	۰,۰۷	۷۰,۰۷۸	۰/۹۱	۸۹۰,۰۶۳	۱۳۹۷
-۷,۰۰۶	۹۰۸,۹۱۷	۰,۰۳	۲۳,۰۱۶	۰,۰۶	۵۴,۳۶۹	۰/۹۱	۸۳۱,۵۳۲	۱۳۹۸

Δ ادامه جدول ۱۰.

طبق جدول ۱۰، سهم بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در مراجعه به مراکز درمانی ملکی برای بستری و دریافت خدمات درمانی در سال ۱۳۹۱ برابر با ۷۸ درصد بوده که در سال ۱۳۹۸ به ۹۱ درصد افزایش یافته است. همچنین در مجموع، تعداد کل بیماران بستری در مراکز ملکی سازمان طی این دوره رشد ۱۱,۴ درصدی داشته است که این افزایش را می‌توان ناشی از افزایش تعداد جمعیت بیمه‌شده تحت پوشش درمان، افزایش تعداد مراکز درمانی، افزایش تجهیزات پزشکی و دارویی، و همچنین رضایت‌مندی مراجعان به مراکز مذکور در نظر گرفت.

اگر صرفاً تعداد مراجعات سرپایی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به مراکز درمانی ملکی را مد نظر قرار دهیم، این عدد در سال ۱۳۹۸، بیش از ۱۳۹ میلیون مراجعه بوده است که نسبت به سال ۱۳۹۷ کاهش یافته که این کاهش در هر دو بخش ویزیت سرپایی و تعداد مراجعه به واحدهای تشخیصی- درمانی مشاهده می‌شود (جدول ۱۱). باوجود این، تعداد کل مراجعات سرپایی در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، ۲۶,۶ درصد افزایش داشته است.

جمع کل مراجعات سرپایی	مراجعات سرپایی به مراکز پاراکلینیکی	ویزیت سرپایی پزشکان				سال
		جمع	دندانپزشک	متخصص	عمومی	
۱۱۳,۷۰۶,۲۵۷	۶۳,۶۷۶,۵۵۶	۵۰,۰۲۹,۷۰۱	۳,۰۵۷,۸۷۴	۱۲,۶۰۷,۷۳۴	۳۴,۳۶۴,۰۹۳	۱۳۹۱
۱۱۶,۸۶۹,۱۱۳	۶۵,۴۰۷,۹۹۵	۵۱,۴۶۱,۱۱۸	۲,۸۷۹,۴۴۰	۱۲,۹۲۹,۹۱۶	۳۵,۶۵۱,۷۶۲	۱۳۹۲
۱۲۱,۷۵۹,۴۵۹	۶۷,۷۲۷,۸۹۰	۵۴,۰۳۱,۵۶۹	۳,۱۸۵,۴۰۱	۱۳,۵۲۹,۳۸۰	۳۷,۳۱۶,۷۸۸	۱۳۹۳
۱۲۶,۸۴۴,۷۵۴	۶۹,۶۹۰,۱۰۴	۵۷,۱۵۴,۶۵۰	۳,۶۴۰,۱۸۲	۱۴,۰۷۱,۲۴۶	۳۹,۴۴۳,۲۲۲	۱۳۹۴
۱۳۲,۷۰۸,۳۴۵	۷۲,۰۲۳,۰۴۴	۶۰,۶۸۵,۳۰۱	۴,۱۷۷,۳۴۳	۱۴,۶۸۰,۸۹۴	۴۱,۸۲۷,۰۶۴	۱۳۹۵
۱۳۸,۷۹۴,۵۸۴	۷۵,۳۹۳,۵۲۴	۶۳,۴۰۱,۰۶۰	۴,۵۴۴,۴۲۹	۱۵,۱۱۴,۹۷۵	۴۳,۷۴۱,۶۵۶	۱۳۹۶
۱۴۳,۸۸۹,۴۶۶	۷۷,۷۸۳,۳۰۹	۶۶,۱۰۶,۱۵۷	۴,۶۱۷,۲۸۱	۱۵,۳۱۸,۰۳۶	۴۶,۱۷۰,۸۴۰	۱۳۹۷
۱۳۹,۴۵۵,۳۳۷	۷۵,۱۴۶,۷۶۳	۶۴,۳۰۸,۵۷۴	۴,۲۵۸,۰۱۹	۱۳,۸۱۹,۱۹۰	۴۶,۲۳۱,۴۶۵	۱۳۹۸

Δ جدول ۱۱. تعداد کل مراجعات سرپایی به پزشکان و مراکز پاراکلینیکی در مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

جمع کل مراجعات سرپایی	مراجعات سرپایی به واحدهای تشخیصی-درمانی*	ویزیت سرپایی به پزشکان				سال
		دندانپزشک	متخصص	عمومی	جمع	
۱۰۸,۴۶۴,۶۶۷	۶۰,۶۳۲,۵۶۲	۳,۰۵۵,۰۴۳	۱۱,۹۷۴,۴۷۵	۳۲,۸۰۲,۵۸۷	۴۷,۸۳۲,۱۰۵	۱۳۹۱
۱۱۲,۱۱۵,۱۱۴	۶۲,۶۶۵,۸۵۲	۲,۸۷۶,۲۶۵	۱۲,۳۲۹,۰۰۴	۳۴,۲۴۳,۹۹۳	۴۹,۴۴۹,۲۶۲	۱۳۹۲
۱۱۷,۵۰۹,۹۵۶	۶۵,۲۹۳,۷۸۶	۳,۱۸۲,۲۷۰	۱۲,۹۰۷,۱۱۹	۳۶,۱۲۶,۷۸۱	۵۲,۲۱۶,۱۷۰	۱۳۹۳
۱۲۲,۸۶۵,۲۱۷	۶۷,۴۷۰,۲۲۹	۳,۶۳۸,۷۱۱	۱۳,۴۲۷,۶۸۵	۳۸,۳۲۸,۵۹۲	۵۵,۳۹۶,۹۸۸	۱۳۹۴

Δ جدول ۱۲. تعداد کل مراجعات سرپایی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به پزشکان و مراکز پاراکلینیکی در مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

* منظور از مراجعات خدمات تشخیصی درمانی، مراجعات به واحدهای داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی و ... است.

جمع کل مراجعات سرپایی	مراجعات سرپایی به واحدهای تشخیصی-درمانی*	ویزیت سرپایی به پزشکان				سال
		دندانپزشک	متخصص	عمومی	جمع	
۱۳۰.۰۱۷.۸۲۳	۷۰.۴۳۵.۶۳۳	۴.۱۶۶.۸۴۹	۱۴.۲۸۱.۹۶۰	۴۱.۱۳۳.۳۸۱	۵۹.۵۸۲.۱۹۰	۱۳۹۵
۱۳۶.۴۶۴.۰۳۱	۷۴.۰۰۱.۵۵۷	۴.۵۴۰.۹۵۸	۱۴.۷۳۲.۱۷۷	۴۳.۱۸۹.۳۳۹	۶۲.۴۶۲.۴۷۴	۱۳۹۶
۱۴۱.۶۴۴.۰۵۳	۷۶.۴۰۸.۱۱۳	۴.۶۱۵.۳۳۱	۱۴.۹۴۶.۵۰۷	۴۵.۶۷۴.۱۰۲	۶۵.۲۳۵.۹۴۰	۱۳۹۷
۱۳۷.۴۰۳.۳۶۵	۷۳.۹۱۰.۴۰۸	۴.۲۵۴.۱۴۷	۱۳.۵۳۴.۷۲۳	۴۵.۷۰۴.۰۸۷	۶۳.۴۹۲.۹۵۷	۱۳۹۸

Δ ادامه جدول ۱۲.

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

در جدول ۱۳، تعداد اعمال جراحی در مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تعداد موارد جراحی‌ها در سال ۱۳۹۸، حدود ۴۷۰ هزار مورد بوده است که نسبت به سال قبل کاهش ۱۰ درصدی را نشان می‌دهد. بالاتر رفتن هزینه‌های درمان مستقیم سازمان در عین حال که آمار بستری و جراحی پایین‌تر آمده حاکی از تأثیر مستقیم و قابل توجه افزایش تعرفه‌ها بر هزینه‌های سازمان است.

سال	جراحی بزرگ	جراحی متوسط	جراحی کوچک	کل اعمال جراحی
۱۳۹۱	۸۰.۰۴۷	۱۵۲.۵۹۴	۲۶۶.۳۳۲	۴۹۸.۹۷۳
۱۳۹۲	۸۱.۶۱۶	۱۵۵.۰۷۰	۲۶۷.۶۱۲	۵۰۴.۲۹۸
۱۳۹۳	۸۴.۵۵۷	۱۶۹.۷۱۳	۲۶۴.۱۶۸	۵۱۸.۴۳۸
۱۳۹۴	۷۸.۸۶۸	۲۰۶.۲۷۸	۲۵۱.۵۳۸	۵۳۶.۶۸۴
۱۳۹۵	۸۰.۴۸۲	۱۹۹.۲۴۴	۲۲۹.۷۱۴	۵۰۹.۴۴۰
۱۳۹۶	۸۶.۷۹۲	۱۹۷.۳۹۶	۲۳۸.۴۰۲	۵۲۲.۵۹۰
۱۳۹۷	۸۲.۸۶۶	۲۰۰.۳۱۹	۲۳۶.۶۳۸	۵۱۹.۸۲۳
۱۳۹۸	۷۶.۷۶۴	۱۷۵.۳۳۲	۲۱۳.۸۹۶	۴۶۵.۹۹۲

Δ جدول ۱۳. تعداد موارد اعمال جراحی برحسب نوع عمل در مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

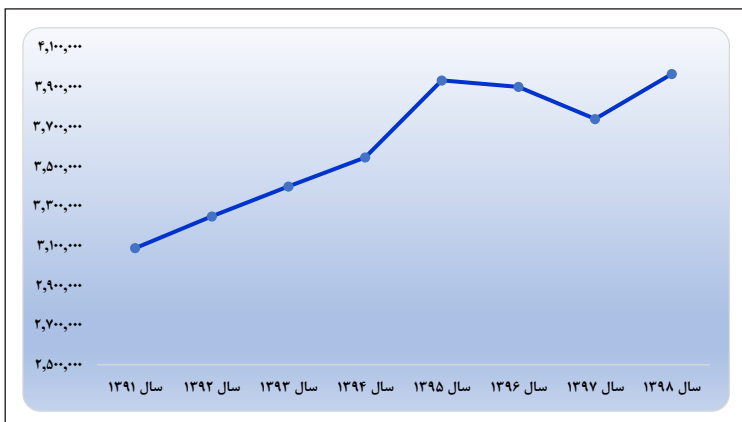
تعداد نسخ سرپایی و بستری رسیدگی و پرداخت شده در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱ در بخش درمان غیرمستقیم سازمان در جدول ۱۴ آورده شده است. تعداد کل نسخ در سال ۱۳۹۸، نسبت به سال ۱۳۹۱ افزایش ۲۰٫۸ درصدی را نشان می‌دهد. ذکر این نکته ضروری است که اطلاعات ثبت شده در خصوص سال ۱۳۹۸، با توجه به عدم تکمیل اطلاعات مالی، قطعاً بعد از پرداخت اسناد حسابداری تغییراتی خواهد داشت.

سال	بیمارستان‌های دانشگاهی		کل نسخ سرپایی	کل صورت حساب بستری	جمع کل نسخ سرپایی و بستری
	سرپایی	بستری			
۱۳۹۱	۴۲,۱۳۲,۹۸۶	۱,۹۷۶,۱۵۱	۲۷۶,۷۲۰,۱۳۹	۳,۰۸۷,۵۳۹	۲۷۹,۸۰۷,۶۷۸
۱۳۹۲	۴۲,۸۴۵,۸۵۵	۲,۰۹۴,۱۹۵	۲۷۹,۳۹۰,۶۹۵	۳,۳۴۷,۷۵۱	۲۸۲,۶۳۸,۴۴۶
۱۳۹۳	۴۶,۵۱۷,۱۱۸	۲,۱۹۲,۳۱۱	۲۸۸,۹۹۳,۷۴۲	۳,۳۹۸,۳۷۲	۲۹۲,۲۹۲,۱۱۴
۱۳۹۴	۵۲,۰۱۸,۳۸۱	۲,۳۰۱,۳۶۷	۳۰۱,۶۴۲,۳۷۲	۳,۵۴۴,۲۶۸	۳۰۵,۱۸۶,۶۴۰
۱۳۹۵	۵۴,۲۴۴,۰۰۸	۲,۵۲۷,۴۱۷	۳۰۲,۱۵۰,۰۹۱	۳,۹۳۲,۷۳۱	۳۰۶,۰۸۲,۸۲۲
۱۳۹۶	۵۴,۸۴۸,۰۴۶	۲,۵۵۷,۶۵۵	۳۰۵,۴۵۵,۸۵۰	۳,۹۰۰,۴۱۸	۳۰۹,۳۵۶,۲۶۸
۱۳۹۷	۲۹,۵۲۵,۳۶۶	۲,۵۰۸,۲۹۰	۳۱۵,۹۴۰,۸۸۸	۳,۷۳۸,۲۸۳	۳۱۹,۶۷۹,۱۷۱
۱۳۹۸	۱۶,۵۰۶,۵۱۲	۲,۵۰۶,۱۱۱	۳۳۴,۱۲۲,۶۳۰	۳,۹۶۵,۱۶۲	۳۳۸,۰۸۷,۷۹۲

Δ جدول ۱۴. تعداد نسخ رسیدگی و پرداخت شده در بخش درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

همچنین، در نمودار ۴ روند تغییرات تعداد پرونده‌های بستری در طی دوره مورد بررسی نمایش داده شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود، به‌طور کلی این متغیر در طول دوره روندی صعودی داشته است.

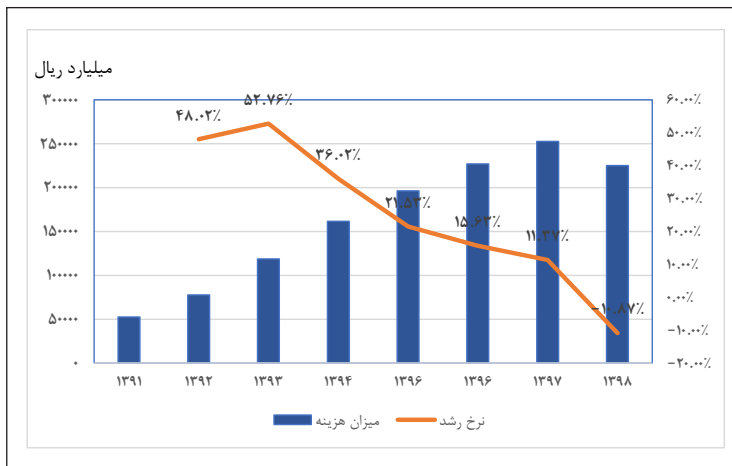


Δ نمودار ۴. تعداد پرونده‌های بستری در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸ در بخش درمان غیرمستقیم سازمان

مأخذ: سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹)

بخش ششم: عملکرد مالی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

همان گونه که نمودار ۵ نشان می‌دهد، هزینه‌های درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۵۲ هزار میلیارد ریال بوده است که این رقم در سال ۱۳۹۵ به ۱۹۶ هزار میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۷ به ۲۵۲ هزار میلیارد ریال افزایش یافته است. اما این رقم در سال ۱۳۹۸ با کاهش روبه‌رو بوده و به مبلغ ۲۲۵ هزار میلیارد ریال رسیده است که این کاهش هزینه‌های درمان سازمان در بخش درمان غیر مستقیم رخ داده است. اگر بخواهیم رشد هزینه‌های بخش درمان سازمان را در سال ۱۳۹۸ نسبت به ۱۳۹۱ داشته باشیم، رشدی معادل ۳۲۹ درصد را مشاهده می‌کنیم.



△ نمودار ۵. روند میزان و رشد هزینه‌های درمان سازمان تأمین اجتماعی طی دوره ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: گزارش‌های مالی سازمان تأمین اجتماعی.

تذکر: اعداد مندرج در این نمودار بدون احتساب برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان است.

در جدول ۱۵ منابع و مصارف بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ آورده شده است. همان‌طور که در جدول نیز مشاهده می‌شود، از سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ مصارف بخش درمان بر منابع پیشی گرفته، به‌نحوی که هر سال سازمان در این بخش با کسری مواجه بوده است. اما در سال ۱۳۹۸، بیش از ۸ هزار میلیارد تومان مازاد در این بخش مشاهده می‌شود. طبق مستندات اداره کل امور مالی سازمان در سال ۱۳۹۸، بخش درمان سازمان در این سال مشمول دریافت بهره تسهیلات نشده است، لذا نرخ بهره این تسهیلات در مصارف بخش درمان لحاظ نشده و این امر موجب ایجاد مازاد در این بخش شده است.

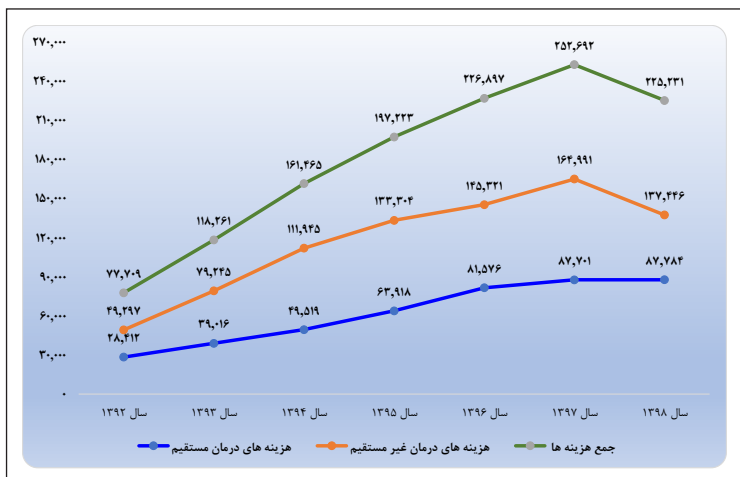
سال	منابع درمان	مصارف درمان	مازاد (کسری) منابع بر مصارف
۱۳۹۱	-	۵۲,۵۰۰,۱۰۲	-
۱۳۹۲	۸۹,۳۲۹,۴۵۴	۷۷,۷۰۹,۲۷۲	۱۱,۶۲۰,۱۸۲
۱۳۹۳	۱۱۴,۰۹۷,۴۷۱	۱۱۸,۲۶۰,۶۹۱	(۴,۱۶۳,۲۲۰)
۱۳۹۴	۱۴۷,۰۳۸,۳۴۱	۱۶۱,۴۶۴,۶۶۴	(۱۴,۴۲۶,۳۲۳)
۱۳۹۵	۱۵۵,۳۱۲,۹۹۷	۱۹۷,۲۲۲,۷۰۴	(۴۱,۹۰۹,۷۰۷)
۱۳۹۶	۱۷۸,۶۳۲,۴۶۷	۲۲۶,۸۹۷,۱۵۰	(۴۸,۲۶۴,۶۸۳)
۱۳۹۷	۲۳۷,۶۷۰,۹۵۹	۲۵۲,۶۹۲,۱۸۱	(۱۵,۰۲۱,۲۲۲)
۱۳۹۸	۳۰۶,۵۲۰,۸۶۷	۲۲۵,۲۳۰,۵۴۶	۸۱,۲۹۰,۳۲۱

△ جدول ۱۵. کل منابع و مصارف بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸ (میلیون ریال)

مأخذ: گزارش‌های مالی سازمان تأمین اجتماعی.

تذکر: اعداد مندرج در این جدول بدون احتساب برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان است.

در نمودار ۶ هزینه‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۲ در بدون احتساب برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، هزینه‌های درمان در بخش غیرمستقیم رشد ۱۷۹ درصد، در بخش مستقیم رشد ۲۰۹ درصد و به صورت کلی رشد ۱۸۹ درصدی را نشان می‌دهد.



Δ نمودار ۶. هزینه‌های بخش درمان سازمان به تفکیک مستقیم و غیرمستقیم بدون احتساب برنامه‌های عملیاتی و توسعه‌ای طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۲ (میلیارد ریال)

مأخذ: گزارش‌های مالی سازمان تأمین اجتماعی.

در جدول ۱۶ هزینهٔ نسخ رسیدگی و پرداخت شده در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۱ در بخش درمان غیرمستقیم سازمان آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، جمع کل هزینه‌های نسخ سرپایی و بستری از ۳۲۵۴۷ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۱ به ۱۷۰۸۹۴ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸ رسیده است که طی این دوره رشدی معادل با ۴۲۵ درصد را نشان می‌دهد.

سال	بیمارستان‌های دانشگاهی		کل نسخه سرپایی	کل صورت حساب بستری	جمع کل سرپایی و بستری
	سرپایی	بستری			
۱۳۹۱	۳,۳۳۷	۱۰,۰۱۹	۱۷,۰۸۹	۱۵,۴۵۸	۳۲,۵۴۷
۱۳۹۲	۴,۴۰۴	۱۳,۱۱۳	۲۶,۵۶۷	۲۱,۵۵۱	۴۸,۱۱۸
۱۳۹۳	۷,۷۴۸	۲۴,۳۲۹	۴۱,۶۰۷	۳۵,۷۷۴	۷۷,۳۸۱
۱۳۹۴	۱۲,۰۹۳	۳۵,۹۴۷	۵۷,۹۱۶	۵۱,۱۶۸	۱۰۹,۰۸۵
۱۳۹۵	۱۵,۵۱۲	۴۱,۹۳۵	۶۶,۷۱۹	۶۱,۷۴۴	۱۲۸,۴۶۳
۱۳۹۶	۱۵,۸۳۰	۴۳,۹۱۶	۷۳,۵۲۳	۶۴,۴۵۱	۱۳۷,۹۷۴
۱۳۹۷	۷,۵۱۹	۴۵,۷۷۲	۸۲,۳۵۱	۶۴,۳۷۴	۱۴۶,۷۲۵
۱۳۹۸	۵,۹۲۲	۵۱,۱۵۰	۹۳,۹۱۳	۷۶,۹۸۲	۱۷۰,۸۹۴

Δ جدول ۱۶. هزینه نسخ رسیدگی و پرداخت شده در بخش درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸ (میلیارد ریال)

مأخذ: گزارش اداره کل درمان غیرمستقیم.

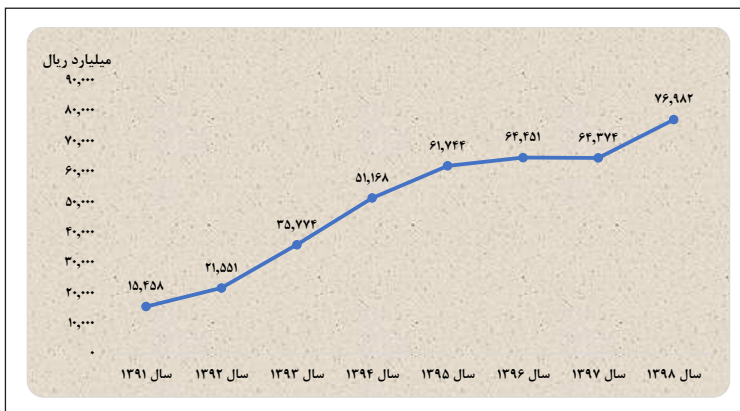
همان‌طور که در جدول ۱۷ مشاهده شده است، در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ رشد هزینه‌های نسخ سرپایی بیمارستان‌های دانشگاهی منفی بوده است که علت آن تغییر در روش ثبت نسخ سرپایی در همه بیمارستان‌ها طبق بخشنامه سال ۱۳۹۴ بوده است که این تغییرات در بانک داده‌های مربوط به سال‌های مذکور انجام پذیرفته است. با این حال، هزینه کل نسخ سرپایی در تمام طول دوره روندی افزایشی داشته است.

سال	بیمارستان‌های دانشگاهی		کل نسخه سرپایی	کل صورت حساب بستری	جمع کل سرپایی و بستری
	سرپایی	بستری			
۱۳۹۱	۳۸,۸	۳۶,۴	۲۸,۳	۳۵,۲	۳۱,۵
۱۳۹۲	۳۲,۰	۳۰,۹	۵۵,۵	۳۹,۴	۴۷,۸
۱۳۹۳	۷۵,۹	۸۵,۶	۵۶,۶	۶۶,۰	۶۰,۸
۱۳۹۴	۵۶,۱	۴۷,۷	۳۹,۲	۴۳,۰	۴۱,۰
۱۳۹۵	۲۸,۳	۱۶,۷	۱۵,۲	۲۰,۷	۱۷,۸
۱۳۹۶	۲,۱	۴,۷	۱۰,۲	۴,۴	۷,۴
۱۳۹۷	-۵۲,۵	۴,۲	۱۲,۰	-۰,۱	۶,۳
۱۳۹۸	-۲۱,۲	۱۱,۸	۱۴,۰	۱۹,۶	۱۶,۵

Δ جدول ۱۷. درصد رشد هزینه نسخه رسیدگی و پرداخت شده در بخش درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸ (میلیارد ریال)

مأخذ: گزارش اداره کل درمان غیرمستقیم.

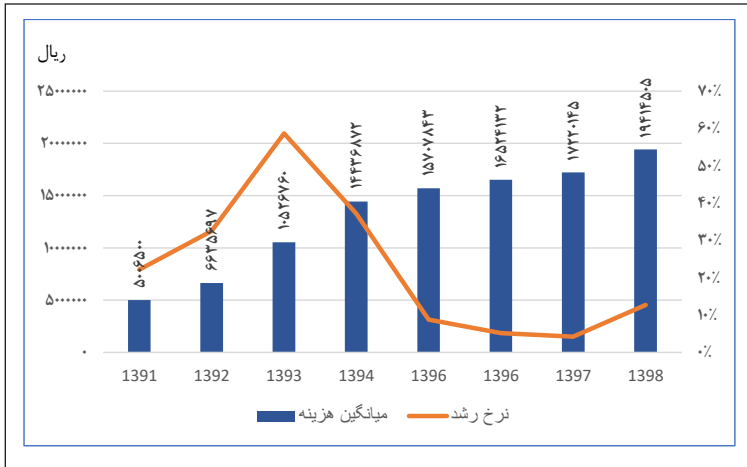
در نمودار ۷ مجموع هزینه صورت حساب‌های بستری درمان غیرمستقیم نشان داده شده است که این نمودار نشان‌دهنده رشد حدود ۵ برابری هزینه‌ها در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ در بخش بستری بوده است.



Δ نمودار ۷. هزینه صورت حساب‌های بستری درمان غیرمستقیم در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: گزارش اداره کل درمان غیرمستقیم.

با نگاهی بر میانگین هزینه‌های مربوط به صورت حساب‌های بستری در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ در نمودار ۸ ملاحظه می‌شود که این رقم در سال ۱۳۹۱ به‌ازای یک پرونده کمی بیش از ۵۰۰ هزار تومان بوده که در سال ۱۳۹۴ به مبلغی حدود ۱,۴ میلیون تومان و سپس در سال ۱۳۹۸ به بیش از ۱,۹ میلیون تومان افزایش یافته است. همچنین، بررسی روند رشد صورت حساب‌های بستری در این دوره نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ رشد ۵۹ درصدی صورت حساب‌های بستری رخ داده است که به‌خوبی تأثیر اجرای طرح تحول و اصلاح کتاب ارزش نسبی بر افزایش هزینه‌های درمان را نشان می‌دهد. البته این افزایش در مراکز مختلف متفاوت بوده و بیشترین آن مربوط به پرونده‌های بستری بخش دانشجویی در حدود ۷۷ درصد بوده است.

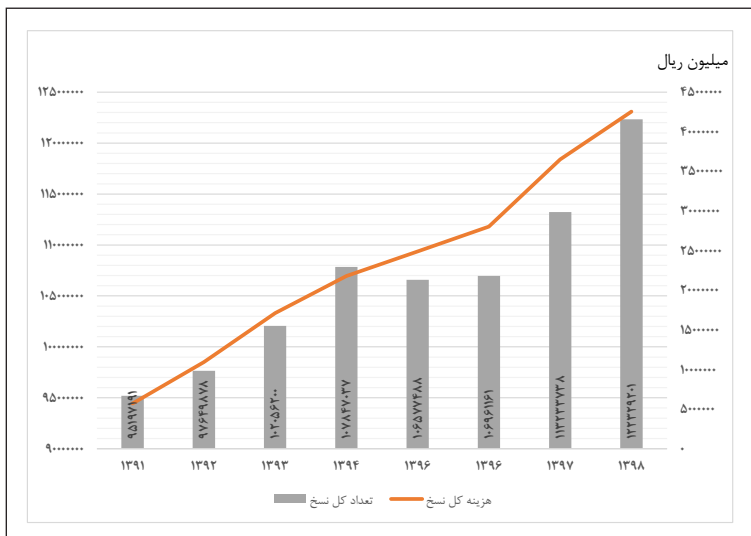


Δ نمودار ۸. میانگین هزینه صورت حساب‌های بستری بخش درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

مأخذ: گزارش اداره کل درمان غیرمستقیم

بررسی رشد نسخ دارویی سازمان از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸ حاکی از رشد آرام تعداد نسخ است، به نحوی که از حدود ۹۵ میلیون نسخه در سال ۱۳۹۱ به ۱۰۷ میلیون نسخه در سال ۱۳۹۴ و به ۱۲۲ میلیون نسخه در سال ۱۳۹۸ رسیده است که رشدی معادل ۷ درصد را در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۷ نشان داده است. تغییرات در تعداد نسخ دارویی در نمودار ۹ نشان داده شده است.

همچنین در این نمودار به صورت خطی، روند تغییر هزینه‌های نسخ دارویی مشخص شده است. هزینه مربوط به نسخ دارویی در بخش درمان غیرمستقیم در سال ۱۳۹۱ برابر با ۵,۷۱۴,۶۱۰ میلیون ریال و در سال ۱۳۹۴ برابر با ۲۱,۷۷۸,۸۶۵ میلیون ریال بوده است که در سال ۱۳۹۸ این رقم به ۴۲,۵۳۹,۱۹۳ میلیون ریال رسیده است. رشد هزینه‌های دارویی در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۷ برابر با ۱۶,۵ درصد گزارش می‌شود.



△ نمودار ۹. تعداد و هزینه نسخ داروخانه‌های مستقل در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۸

طبق اطلاعات دریافت‌شده از اداره کل برنامه و بودجه سازمان، در جدول ۱۸ عملکرد بودجه سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸ در بخش درمان آورده شده است. در سال ۱۳۹۶، درمان حدود ۲۳ درصد از هزینه‌های سازمان را به خود اختصاص داده است که ۳۸,۱ درصد هزینه‌ها مربوط به درمان مستقیم و ۵۶,۴ درصد مربوط به درمان غیرمستقیم است و ۵,۵ درصد به برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان تعلق دارد. پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۳۹۹، سهم درمان مستقیم از مجموع هزینه‌های درمان ۳۵,۷ درصد و سهم درمان غیرمستقیم برابر با ۵۴,۱ درصد باشد و ۰,۲ درصد نیز به برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان اختصاص یابد.

عنوان	هزینه سال ۱۳۹۶	هزینه سال ۱۳۹۷	هزینه سال *۱۳۹۸	برآورد هزینه سال **۱۳۹۹
جمع هزینه‌های سازمان	۸۲۶,۶۶۹,۹۶۵	۱,۰۰۳,۲۱۲,۴۲۵	۱,۳۳۱,۲۸۰,۰۸۹	۱,۷۰۷,۷۳۴,۰۰۸
جمع کل درمان	۱۸۹,۹۶۰,۴۴۰	۲۳۳,۳۸۹,۶۶۴	۳۱۰,۱۱۹,۲۳۳	۳۸۶,۶۱۸,۲۰۱
درمان مستقیم	۷۲,۳۷۴,۰۰۰	۷۳,۲۲۳,۲۳۴	۱۰۳,۹۲۰,۳۱۸	۱۳۸,۰۴۶,۶۰۰
درمان غیرمستقیم	۱۰۷,۰۶۵,۴۴۰	۱۵۴,۰۰۴,۱۴۹	۱۸۹,۶۲۸,۹۱۵	۲۰۹,۳۰۰,۸۰۰
برنامه‌های عملیاتی و طرح‌های توسعه‌ای بخش درمان	۱۰,۵۲۱,۰۰۰	۶,۱۶۲,۲۸۱	۱۶,۵۷۰,۰۰۰	۳۹,۲۷۰,۸۰۱
درصد هزینه‌های درمان به کل مصارف	%۲۳,۰	%۲۳,۳	%۲۳,۳	%۲۲,۶

Δ جدول ۱۸. عملکرد بودجه بخش درمان در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۹ (میلیون ریال)

مأخذ: اداره کل برنامه و بودجه سازمان

* با توجه به اینکه گزارش تفریح بودجه سال ۱۳۹۸ در هنگام تدوین این گزارش نهایی نبوده، این ارقام قطعی نیست.
** بودجه درمان در سال ۱۳۹۹ به صورت برآوردی است.

بخش هفتم: اقدامات به عمل آمده در خصوص برخی از برنامه‌های معاونت درمان

۷-۱- توسعه فناوری اطلاعات در راستای استقرار کامل سلامت الکترونیک

در راستای استقرار کامل سلامت الکترونیک اقدامات زیادی در دو بخش درمان مستقیم و غیرمستقیم در قالب توسعه سیستم‌های قبل و رفع نواقص احتمالی، و همچنین ایجاد سیستم‌های جدید موردنیاز این مجموعه به شرح زیر به عمل آمده است.

▲ اقدامات مربوط به راه‌اندازی نسخه الکترونیک:

۱- راه‌اندازی تولید نسخه الکترونیک در بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای (شامل بیمارستان‌های صدر، میلاد تهران، البرز کرج، میلاد اهواز، میلاد خوی، میلاد بیرجند، و میلاد ایلام).

۲- اقدامات مربوط به سیستم بیمارستانی:

- پیاده‌سازی نسخه الکترونیک روز ترخیص و دستور بستری الکترونیک بیماران در پلتفرم جدید؛

- پیاده‌سازی ثبت درخواست، توزیع و مصرف الکترونیک بانک خون؛

- پیاده‌سازی پرونده الکترونیک طب سالمندی و آغاز فعالیت در پلی کلینیک خاندان حکیم به‌عنوان مرکز پاپلوت؛

- برقراری استحقاق درمان سازمان تأمین اجتماعی و رفع همپوشانی با بیمه سلامت برای ایجاد امکان حذف دفترچه‌های درمانی در سراسر کشور؛

- تبادل اطلاعات سیستم‌های بیمارستانی مراکز ملکی این سازمان با سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس)؛

- تولید اپلیکیشن همراه سلامت تأمین اجتماعی «هستا» به منظور ارتقا و تسهیل ارائه خدمات به مراجعان محترم سازمان تأمین اجتماعی با قابلیت‌های اخذ نوبت ویزیت و پاراکلینیک از مراکز درمانی، مشاهده سوابق پرونده سرپایی و بستری مراجعان به مراکز درمانی و ...

۳- اقدامات مربوط به سیستم اسناد پزشکی:

- پیاده‌سازی طرح نظارت و بازرسی مکانیزه نسخ الکترونیک؛

- پایلوت طرح فیشیه الکترونیک مراکز طرف قرارداد.

۴- اقدامات مربوط به سامانه بازپرداخت هزینه‌های درمانی (خسارت متفرقه):

- تعمیم طرح پرداخت متمرکز صورت حساب‌های بستری بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد به بیمه‌شدگان سازمان در استان‌های کردستان و قزوین؛

- پایلوت سرویس صحت‌سنجی شماره حساب مخاطبان؛

- پایلوت امکان اخذ گواهی مبلغ از طریق سامانه خدمات غیر حضوری سازمان تأمین اجتماعی در استان زنجان.

۵- اقدامات مربوط به تعاملات انجام‌شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی حوزه سلامت کشور:

- یکسان‌سازی جداول دارویی کشور و اعمال آن در سامانه‌های درمانی.

۶- اقدامات مربوط به سامانه پرتال درمان:

حذف فاصله زمانی ارائه خدمات MRI و CT. scan (از ۶ ماه به صفر روز)؛

- ایجاد امکان ثبت درخواست غیر حضوری توسط بیمه‌شدگان برای تأیید نسخ در پرتال درمان و جایگزینی با ثبت حضوری در دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی؛

- ثبت درخواست غیر حضوری به‌منظور تشکیل پرونده جهت بیماران خاص، سرطانی و ...؛

- امکان تأیید نسخ دارویی با تخصص‌های غیرمرتبط توسط کارشناسان دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی و لغو محدودیت‌های پیشین؛

- تمدید تاریخ اعتبار پروانه بهره‌برداری و مسئولان فنی کلیه مؤسسات پزشکی طرف قرارداد تا پایان خردادماه سال ۱۳۹۹؛

- اختصاص دوره مصرف اضافی دارو برای بیماران پیوندی؛

- افزایش سقف قابل‌تأیید دارو برای بیماران پرونده‌ای و عادی (در داروخانه)؛

- اعمال فرانشیز داروهای تخصصی که جهت ادامه درمان کرونا از سوی پزشک خانواده تجویز می‌گردد (منوط به تجویز حداقل یک نوبت توسط پزشک متخصص مرتبط در استان‌هایی که طرح پزشک خانواده اجرا می‌گردد، پس از تأیید از سوی کاربر دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی)؛

- تمدید اعتبار فیشیه الکترونیک.

۷- اقدامات مربوط به توسعه سیستم بیمارستانی:

- حذف موقت کد سه‌رقمی در زمان ارائه خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی مراکز درمانی ملکی؛

- حذف موقت اجباری‌بودن ویزیت مجدد ۶ ماه یک‌بار متخصص برای تجویز داروهای گروه D؛

- ایجاد کلینیک کرونا و ارجاع بیماران کرونایی به متخصصان.

۸- اقدامات مربوط به سیستم خسارت متفرقه:

- امکان دسترسی به سیستم خسارت متفرقه در بستر اینترنت (با توجه به شرایط دور کاری پرسنل).

از سنوات قبل محصولات دانشی تحت عنوان «مراقبت‌های مدیریت‌شده» توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان‌های بیمه‌گر ابلاغ شده که طی سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶ به صورت متمرکز در این وزارتخانه و همچنین به صورت موردی در سازمان تأمین اجتماعی تدوین شده و برای بهره‌برداری در اختیار واحدهای درمانی ملکی و دفاتر اسناد پزشکی قرار گرفته است و حسب موضوع خرید راهبردی نیز انجام پذیرفته است.

در حوزه درمان غیرمستقیم، با توجه به اینکه در بخش سرپایی قواعد بیمه‌ای در سیستم مکانیزه اعمال شده و تجویز منطقی بر اساس راهنماهای بالینی در حال اجراء است، هزینه‌های غیرضروری مربوطه کاهش یافته است. با این حال، در حوزه درمان مستقیم، با عنایت به اینکه تحلیل و پایش نتایج حاصله نیازمند آمادگی ساختار سیستم HIS است، امکان اظهار نظر قطعی در این خصوص در حال حاضر وجود ندارد.

۱-۲-۷- اقدامات به عمل آمده

اقدامات اجرایی در راستای مشارکت در تدوین راهنماهای بالینی و پیاده‌سازی آن‌ها در مراکز درمانی تابعه و مؤسسات طرف قرارداد عبارت‌اند از:

الف- بخش درمان مستقیم

- احصا و جمع‌آوری ۱۶ مورد «راهنمای طبابت بالینی و استاندارد خدمات» وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۸، علاوه بر ۱۱۲ مورد راهنمای بالینی که در سال ۱۳۹۷، برای بهره‌برداری و اجرا در بیمارستان‌های ملکی ابلاغ شده است. از جمله راهنماهای بالینی فوق می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

* گایدلاین مراقبت، تشخیص و درمان کروناویروس جدید (نسخه دوم)؛

* استاندارد خرید راهبردی خدمات گروه نوزادان و اطفال؛

* گایدلاین مراقبت، تشخیص و درمان کروناویروس جدید (نسخه اول)؛

- برگزاری جلسات متعدد با دفتر راهبری سیستم‌ها و شرکت ساتا به منظور پیاده‌سازی راهنماهای بالینی در سیستم HIS.

ب- بخش درمان غیرمستقیم

- بررسی راهنماهای بالینی از دی‌ماه ۱۳۹۸؛ ابتدا ۱۰۰ راهنمای بالینی ابلاغ شده مورد بررسی کارشناسی قرار گرفت و ۵۰ راهنمای بالینی برای اجرا به دفاتر اسناد پزشکی اعلام گردید. شایان ذکر است موارد فوق تنها در بخش سرپایی و در قسمت دارو (پاراکلینیک) در بستر مکانیزه مورد اجرا قرار گرفته است. از ۵۰ مورد دیگر راهنماهای بالینی، ۳۶ مورد در تعهد سازمان تأمین اجتماعی بوده است و دستورالعمل اجرایی آن‌ها در مرحله تدوین قرار دارند.

- انجام اولویت‌بندی اولیه در خصوص راهنماهای بالینی موردنیاز اداره کل درمان غیرمستقیم

▲ ۷-۲-۲- چالش‌های اجرای برنامه

با توجه به اینکه ایجاد بستر مکانیزه نقش مهمی در اجرا و نظارت برنامه دارد، موانع بالقوه و بالفعل اجرای برنامه به شرح ذیل است:

الف- عدم امکان ایجاد بستر مکانیزه برای برخی از محصولات دانشی باتوجه به ماهیت محصولات؛

ب- فقدان بستر مکانیزه مناسب برای اجرای موارد قابل انجام.

▲ ۷-۳- سطح‌بندی مراکز و خدمات درمانی

سطح‌بندی یا منطقه‌بندی خدمات سلامت به چیدمان خاص واحدهای تأمین‌کننده خدمات درمانی و مراقبت‌های لازم به‌منظور دسترسی بیشتر و بهتر مردم به مجموعه خدمات قابل‌ارائه اشاره دارد، به‌نحوی که با کمترین هزینه و بهترین کیفیت، خدمات سلامت در اختیار جامعه قرار گیرد. در واقع کارکرد اصلی سطح‌بندی خدمات سلامت ایجاد عدالت در جامعه است.

بحث سطح‌بندی خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی همواره به‌عنوان یک موضوع اصلی و البته یک چالش به دلیل نبود یک الگوی مشخص در این حوزه مطرح بوده است که سرانجام در سال ۱۳۹۹ با تشکیل یک کارگروه تخصصی و دعوت از کارشناسان و خبرگان این حوزه مورد پیگیری جدی قرار گرفت. به‌این‌ترتیب، چهارچوب و نحوه انجام سطح‌بندی خدمات درمانی مشخص شد و در نهایت سطح‌بندی خدمات درمانی در سه سطح سرپایی، خدمات تخصصی بستری و تجهیزات پزشکی براساس نیاز بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی و به تفکیک استان و شهرستان‌های کشور انجام گرفت. مجموع اقداماتی که در این انجام گرفته است به‌صورت خلاصه شامل موارد زیر است:

۱- مشخص کردن اصول، اهداف، شاخص‌ها و مدل مفهومی سطح‌بندی خدمات سلامت؛

۲- مراجعه به سند سطح‌بندی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (تا سال ۱۴۰۴)؛

۳- جمع‌آوری داده‌های موردنیاز برای انجام سطح‌بندی در سطح ملی و سازمان تأمین اجتماعی؛

۴- برآورد نیاز بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی در سه سطح مراکز سرپایی، خدمات بستری برای ۱۰۰ خدمت تخصصی و تجهیزات پزشکی؛

۵- تعیین نحوه تأمین نیازهای بیمه‌شدگان سازمان از طریق خرید خدمت، پیش‌خرید یا ارائه خدمات (ایجاد یا توسعه مراکز).

این فرایند در ابتدا به شکل پایلوت برای استان قزوین انجام شد و در نهایت، بعد از رفع نواقص الگوی طراحی‌شده، در کل کشور و به تفکیک کل استان‌ها و شهرهای موجود در کشور انجام گرفت. این کار حداقل دو پیامد مطلوب به همراه خواهد داشت: اول اینکه مدیران سازمان می‌توانند با استفاده از این سند سیاستی و باتوجه‌به نیازهای هر منطقه در خصوص ایجاد مراکز جدید تصمیم‌گیری نمایند و بدین‌طریق از ایجاد مراکز به دلیل فشارهای سیاسی در امان بمانند. دوم اینکه اجرای این سند حرکتی به سوی ایجاد عدالت در جامعه، به‌عنوان یکی از اهداف اصلی سازمان تأمین اجتماعی، است.

۷-۴- بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد

این برنامه در دو بخش انجام شده است:

۱. تدوین نظام‌نامه با هدف بهبود مستمر کیفیت خدمات سلامت، ارتقای بهره‌وری، تسریع در ارائه خدمات و در نهایت افزایش میزان رضایتمندی مراجعان به بیمارستان‌های تابعه سازمان تأمین اجتماعی.

در این راستا با تشکیل کارگروه ویژه و برگزاری جلسات مختلف با مدیران کل ستادی، مدیران درمان استان‌ها، رؤسای بیمارستان‌ها، شوراهای کارگری، کانون بازنشستگان و تمامی دیگر ذی‌نفعان مباحث مطروحه مورد بررسی قرار گرفت و نظام‌نامه مذکور تدوین و با نظرات مدیرعامل سازمان اصلاح شد و سرانجام در هیئت‌مدیره به تصویب رسید.

۲. تهیه دستورالعمل‌های مربوطه به انضمام نظام‌نامه تدوین‌شده در خصوص موضوعات «بودجه» و «ارزیابی».

۷-۵- مقابله با بیماری کووید ۱۹

با آغاز رشد شتابان شیوع ویروس از اوایل اسفندماه ۱۳۹۸ و نیاز به افزایش ظرفیت درمانی کشور برای رسیدگی به امور بیماران کووید ۱۹ و ارائه خدمات به آن‌ها، بنابر بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بستری و پذیرش بیماران غیراورژانسی (الکتیو) در بیمارستان‌های عمومی از ۱۰ اسفندماه ۱۳۹۸ ممنوع شد و همه بیمارستان‌ها به‌اضافه تمامی درمانگاه‌ها و کلینیک‌های تخصصی اعم از دانشگاهی و وابسته به ارگان‌هایی نظیر سازمان تأمین اجتماعی (به‌صورت تمام‌وقت و، در مواقع نیاز، به‌صورت شبانه‌روزی) موظف شدند برای پذیرش بیماران مبتلا به کرونا آمادگی داشته باشند. در این راستا بود که پذیرش بیماران الکتیو در تمامی مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور لغو شد. همچنین، به‌منظور دوشیفتی کردن درمانگاه‌ها و کلینیک‌های تابعه سازمان، دستور اداری معاونت برنامه‌ریزی، مالی و پشتیبانی سازمان مبنی بر افزایش فعالیت ماهانه پزشکان عمومی ابلاغ شد.

به‌علاوه، در تعامل با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراکز آزمایشگاهی رفرانس و بیمارستان شهید دکتر لبافی‌نژاد به‌عنوان مراکز پشتیبان انجام خدمات آزمایشگاهی تست PCR covid-19 تعیین شدند. با این اقدامات، حجم فعالیت‌های مراکز درمانی در بخش‌های مربوط به بیماران کووید ۱۹، به دلیل تعداد بسیار زیاد مراجعات افراد مبتلا یا مشکوک به ابتلای به ویروس، به شدت افزایش یافت و در عین حال، بار کاری سایر بخش‌ها به‌طور محسوسی کم شد.

▲ ۱-۷-۵-۱- اقدامات انجام شده در مقابله با بیماری کووید ۱۹

به‌طور کلی، اقدامات انجام شده توسط بخش درمان سازمان تا این زمان را می‌توان در دو دسته شامل کنترل شیوع بیماری و قطع زنجیره انتقال، و ارائه خدمت به بیماران کووید ۱۹ طبقه‌بندی کرد. در ادامه، جزئیات مربوط به اقدامات هر دسته ارائه شده است.

الف) کنترل شیوع بیماری و قطع زنجیره انتقال ویروس

در چهارچوب پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی و مصوبات ستاد ملی مبارزه با کرونا، کشور در خصوص ضرورت کاهش مراجعات و رفت و آمدها به‌منظور جلوگیری از انتقال و شیوع کرونا، مجموعه‌ای از تدابیر در سازمان تأمین اجتماعی تصویب و اجرا گردید که از جمله مهم‌ترین آن‌ها در بخش درمان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- ایجاد سامانه غیر حضوری استعلام استحقاق درمان و حذف مراجعه به واحدهای اجرایی جهت تمدید اعتبار دفترچه درمانی؛
- ۲- افزایش اعتبار پرونده‌های مکانیزه دارویی تا انتهای هر فصل جهت جلوگیری از رفت و آمد بیماران برای تمدید اعتبار پرونده؛
- ۳- حذف کامل دفترچه‌های کاغذی درمان و استفاده از فناوری دیجیتال برای اجرای نسخه الکترونیک؛
- ۴- مکانیزه‌سازی تقاضای عقد قرارداد از سوی پزشکان در بخش درمان غیرمستقیم؛ و
- ۵- حذف اسپیرومتری و اثر انگشت در معاینات سلامت شغلی بیمه‌شدگان (برای مشاهده فهرست کلیه اقدامات انجام شده در این خصوص ر. ک. اکبرپورروشن، ۱۳۹۹ الف).

ب) خدمت‌رسانی به بیماران کووید ۱۹

در مدیریت بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی در مقابله ملی با کرونا در هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدابیر مهمی برای خدمات‌رسانی به بیماران مبتلا به کرونا اندیشیده شد که مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر است:

۱- هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای انسجام عمل و وحدت‌رویه در مواجهه با کرونا، شامل دریافت آخرین دستورالعمل‌های مراقبت، تشخیص و درمان مبتلایان به کرونا و ارسال آن‌ها به مدیریت‌های درمان استان‌ها و ابلاغ دستور همکاری مراکز تشخیصی درمانی تحت پوشش سازمان با دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور؛

۲- آماده‌باش ۷۳ بیمارستان و ۳۱۰ مرکز سرپایی برای خدمت‌رسانی به مبتلایان به کرونا؛

۳- به‌کارگیری بیش از ۷۰۰۰ نفر از پزشکان و ۲۵۰۰۰ نفر از پرسنل غیرپزشک در فرایند خدمت‌رسانی به بیماران مبتلا به کرونا و صدور جذب نیروهای موقت کادر درمان جهت پاسخگویی به بیماران؛

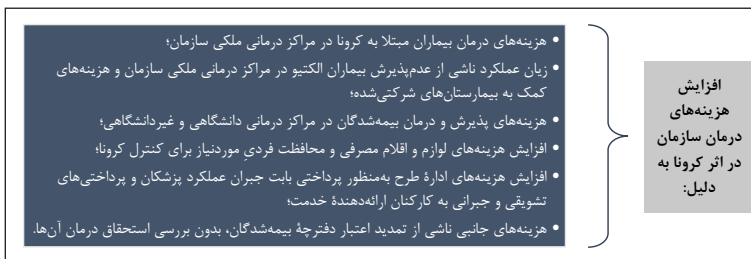
۴- اختصاص بالغ بر ۲۸۰۰ تخت عادی و ۴۹۵ تخت ویژه در مراکز ملکی سازمان به بیماران کووید ۱۹ از ابتدای شروع بیماری؛

۵- بستری حدود ۹۲۵۰۰ نفر (تا پایان دی ماه ۱۳۹۸) در مراکز ملکی سازمان در کل کشور که حدود ۸۸ درصد آنها ترخیص شده‌اند؛

۶- راه‌اندازی تست PCR در آزمایشگاه رفرانس تأمین اجتماعی و بیمارستان شهید لبافی‌نژاد (برای مشاهده فهرست کلیه اقدامات انجام‌شده در این خصوص ر. ک. اکبر پورروشن، همان منبع).

▲ ۷-۵-۲- هزینه‌های بخش درمان در مقابله با بیماری کووید ۱۹

به‌طور کلی، مدیریت بحران کرونا از شش مسیر مهم سبب افزایش هزینه‌های درمان سازمان شده است که در شکل ۱ نمایش داده شده است.



△ شکل ۰۱. اهم تأثیرات بحران کرونا و ویروس بر هزینه‌های بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

بر آورد می‌شود سرجمع این هزینه‌ها به لحاظ افزایش خدمات سازمان به بیمه‌شدگان مبتلا به کرونا، افزایش خدماتی که از منظر ملی به غیربیمه‌شدگان و بیمه‌شدگان در صندوق‌های دیگر ارائه می‌شود، لغو پذیرش بیماران الکتیو، و افزایش هزینه‌های اقلام حفاظت فردی، برای سازمان بسیار بالا باشد و حساب درمان را، با توجه به کاهش وصولی‌های حق بیمه، با کسری بسیار زیادی مواجه کند (اکبرپورروشن، ۱۳۹۹ب). بر آورد می‌شود از ابتدای شیوع ویروس تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۸، هزینه‌های بخش درمان سازمان در اثر کرونا حدود ۲,۶۲۹ میلیارد تومان افزایش یافته باشد.

بخش هشتم: چالش‌های پیش‌روی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

با توجه به مطالب پیش‌گفته، سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۸، با بیش از ۱۶ درصد افزایش نسبت به سال ۱۳۹۱، بالغ بر ۴۳ میلیون فرد را تحت پوشش بیمه درمان دارد و در بخش درمان غیرمستقیم نیز افزایش ۲۰,۸ درصد در تعداد کل نسخ در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ اتفاق افتاده است که به ترتیب برای بخش سرپایی و بستری به میزان ۲۰,۷ و ۲۸,۴ درصد بوده است. علاوه بر افزایش مصرف خدمات، میانگین هزینه کل نسخ بخش سرپایی و بستری در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، به ترتیب به میزان ۵,۴ و ۴,۹ برابر افزایش پیدا کرده است. همچنین، در بخش درمان مستقیم هم از یک‌سواز سال ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۸، به تعداد مراکز درمانی و تخت بیمارستانی افزوده شده است و برای سال‌های بعد نیز برنامه‌های زیادی در جهت ساخت مراکز جدید (مجوز داده‌شده) در دستور کار سازمان قرار دارد و از سوی دیگر در این دوره تعداد نیروی انسانی افزایشی به میزان ۱۲,۷ درصد داشته است.

آمارهای فوق حاکی از آن است که در طول سال‌های گذشته به دلیل افزایش افراد تحت پوشش، افزایش انتظارات و تعداد خدمات ارائه‌شده، افزایش چشمگیر قیمت خدمات ارائه‌شده، افزایش تعداد نیروی انسانی و ... هزینه‌های بخش درمان سازمان به میزان قابل توجهی افزایش یافته و بروز بیماری کرونا در اواخر سال ۱۳۹۸ روند صعودی هزینه‌ها را تشدید کرده است.

شرایط موصوف به تشدید بحران پایداری مالی سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان و بروز کسری و عدم توازن در حساب درمان منجر شده است. در واقع، عدم تعادل منابع و مصارف جدی‌ترین چالش حوزه درمان در سال‌های اخیر بوده است و در سال‌های آتی نیز پیش‌روی سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود.

با توجه به اهمیت این موضوع، در ادامه این بخش ریشه‌های این مشکل اصلی معرفی خواهند شد. علاوه بر این، چالش‌هایی هم در حوزه محیط داخلی موجود دارد که شرح آن در ادامه خواهد آمد.

۸-۱-۱- ریشه‌های عدم تعادل منابع و مصارف در بخش درمان

۸-۱-۱-۱- قانونی - حاکمیتی

- عدم توجه کافی به الزامات و اقتضائات بیمه اجتماعی در نظام تصمیم‌گیری و اجرایی کلان کشور و ذی‌نفعان، به‌ویژه در شرایط اقتصادی حاضر کشور (الزام پرداخت ۲٪ پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی، عدم جبران هزینه‌های ناشی از اجرای سیاست‌هایی مانند طرح تحول نظام سلامت، بحران همه‌گیری بیماری کرونا و ...).

- عدم امکان مشارکت فعال و مؤثر در نظام تصمیم‌گیری کلان کشور و ذی‌نفعان با توجه به الزامات و اقتضائات فعالیت صندوق‌های بیمه اجتماعی.

- نبود یکپارچگی در سیاست‌گذاری و هماهنگی بین نظام رفاه و تأمین اجتماعی و نظام سلامت و نظام‌های زیرمجموعه آن.

- عدم تطابق قوانین و مقررات مصوب با اصول بیمه‌های اجتماعی در حوزه درمان.

- تعارض منافع در مدیریت حوزه درمان.

- نبود الزامات و بستر مناسب سازوکارهای کنترل و کاهش زمینه‌های بروز تقاضای القایی و مخاطرات اخلاقی نظیر خرید راهبردی، راهنمای بالینی، تعرفه گلوبال و ... علی‌رغم ضرورت‌ها و الزامات قانونی.

- عدم استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده به‌عنوان یک راهبرد اصلی اصلاحات نظام سلامت.

- نیاز به اصلاح نظام ارزیابی عملکرد و اعتبارسنجی ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی در راستای تضمین استقلال ارزیابی با تأکید بر مشارکت مؤثر خریدار (سازمان‌های بیمه‌گر)، تولید (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و ارائه‌دهنده خدمات.

▲ ۸-۱-۲- اقتصادی

- عدم تناسب رشد منابع بیمه پایه با رشد هزینه‌های درمان، به‌ویژه در شرایط اقتصادی حاضر.
- بهره‌مندی نامتناسب مراکز درمانی سازمان از امکانات و منابع عمومی (برخلاف ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی).
- چالش جدی حفظ پایداری مالی و لزوم پیش‌بینی ردیف معین در قانون بودجه کشور برای پرداخت بدهی دولت.
- ایجاد مشارکت مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت.
- تبعیض بین بیمه‌شدگان سازمان‌های مختلف بیمه در بهره‌مندی از منابع عمومی (برخلاف ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی).
- ضرورت کنترل ورود داروها و خدمات جدید به شمول تعهدات بیمه‌ای با توجه به ملاحظات و الزامات ناشی از محاسبات بیمه‌ای (اعم از هزینه اثربخشی و تأمین منابع مالی).
- تحمیل بار مالی با راه‌اندازی مراکز ملکی بدون توجیه اقتصادی و خارج از اصول نظام سطح‌بندی خدمات درمانی.
- افزایش غیرقابل پیش‌بینی تورم و بالطبع افزایش هزینه‌های درمانی بدون لحاظ آن در بودجه سالیانه مراکز.

▲ ۸-۱-۳- اجتماعی و فرهنگی

- مواجهه با تبعات ناشی از تغییرات دموگرافیک (پیر شدن جمعیت) و اپیدمیولوژیک (شیوع بیماری‌های باز پدید، نوپدید و بیماری‌های مزمن پرهزینه).
- مواجهه و مدیریت تحمیل‌های غیرکارشناسی برای ساخت یا توسعه ظرفیت‌های ارائه خدمات درمانی.
- مواجهه و کنترل تبعات ناشی از بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقرزایی

(فقیر شدن ناشی از) هزینه‌های سلامت در شرایط نامساعد اقتصادی.

۸-۲- حوزه محیط داخلی

- عدم امکان پیاده‌سازی «طرح راهنماهای بالینی» در سیستم HIS در نتیجه اجرای طرح تصمیم‌یار، در پلتفرم فعلی سیستم.
- عدم تصمیم‌گیری مشخص در خصوص بازتعریف رابطه‌ی معاونت درمان با شرکت میلاد سلامت تأمین اجتماعی (هلدینگ درمان)، علی‌رغم ارائه سناریوهای متعدد از سوی معاونت درمان.
- تداوم نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر و عدم استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد.
- عدم استقرار نظام حسابداری قیمت تمام‌شده در سازمان تأمین اجتماعی.
- توسعه ناکافی زیرساخت‌ها و فرایندهای ارائه خدمات الکترونیک سلامت.
- عدم تناسب زیرساخت‌های اطلاعاتی با نیازهای بخش درمان (HIS)، پرونده الکترونیک، MIS و...).
- ضعف در دسترسی به آمار و اطلاعات جامع و به‌روز برای تحلیل روندها و انجام مطالعات آینده‌پژوهی.
- ارتباط نامناسب میان عملکرد کارکنان و مزایای انگیزشی در بخش‌های درمانی، بیمه‌ای و ...
- مشکلات جذب و نگهداشت نیروهای تخصصی بخش درمان (پزشک، کادر پرستاری، کادر پیراپزشکی و ...).
- محدودیت در تأمین منابع مالی موردنیاز برای اجرای پروژه‌های عمرانی بخش درمان.

بخش نهم: راهکارهای مقابله با عدم تعادل منابع و مصارف بخش درمان

با توجه به مباحث پیش گفته در خصوص عدم تعادل منابع و مصارف در حوزه درمان به عنوان چالش اصلی این حوزه، در این بخش راهکارهای مقابله با آن ارائه خواهد شد. به طور کلی، راهکارهای مقابله با عدم تعادل منابع و مصارف را می‌توان در دو دسته قرار داد: یکی راه‌های افزایش منابع که خارج از حیطه این گزارش و بخش درمان سازمان است و دیگری هم راه‌های مدیریت مصرف است که در این بخش به تفصیل بحث می‌شوند. راهکارهای پیشنهادی در راستای مدیریت و کنترل هزینه در حوزه درمان سازمان تأمین اجتماعی در قالب دو بخش درمان مستقیم و غیر مستقیم به ترتیب اولویت در ادامه گزارش شده است (مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۹۷).

۹-۱- راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان مستقیم سازمان

راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان مستقیم سازمان به ترتیب اولویت به شرح زیر است:

۱. تعیین شاخص‌های اقتصادی و مالی برای بررسی عملکرد و مدیریت هزینه در مراکز ملکی؛
۲. استفاده از نیروهای قراردادی و پیمانی به جای استخدام نیروهای رسمی؛
۳. اصلاح ساختار نحوه اداره مراکز ملکی؛
۴. بودجه‌ریزی عملیاتی با تعیین سقف بودجه سالانه؛
۵. تعطیل کردن شیفت شب خدمات سرپایی غیر ضروری و غیراورژانسی، به ویژه در مراکز بیمارستانی؛

۶. کنترل بار مراجعات از طریق تعیین سقف برای مراجعان و پزشکان؛
۷. شیفت خدمات به سمت «home care» و «long term»؛
۸. استقرار نظام ارجاع داخلی؛
۹. تغییر نظام پرداخت در بخش سرپایی و بستری از FFS به نظام ترکیبی FFS با سقف/سرانه/حقوق؛
۱۰. برقراری ارتباط و تجمیع اطلاعات بین مراکز ملکی و اتصال به مراکز غیرملکی به منظور مدیریت مصرف؛
۱۱. عدم توسعه مراکز درمانی تا موقع برطرف شدن کسری منابع؛
۱۲. محدود کردن مصرف با اخذ فرانشیز و ایجاد صف.

۲-۹- راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان غیرمستقیم سازمان

- راهکارهای پیشنهادی برای مدیریت هزینه در حوزه درمان غیرمستقیم سازمان به ترتیب اولویت به شرح زیر است:
۱. توسعه سیستم مکانیزاسیون خدمات به منظور مدیریت هزینه؛
 ۲. پرهیز از هرگونه تحمیل بار مالی مازاد بر منابع مالی درمان سازمان، از جمله در تعیین تعرفه‌ها؛
 ۳. خروج تعهدات تحمیلی از درمان مانند K₂ و K₁ ترجیحی و ...؛
 ۴. تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خرید خدمات در راستای تولید گایدلاین‌های وزارت بهداشت؛
 ۵. برقراری ارتباط سیستم مکانیزاسیون درمان با نهادهای دیگر مانند ثبت احوال و سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت؛
 ۶. تغییر فرایند رسیدگی به اسناد؛

۷. صدور کارنامه برای پزشکان طرف قرارداد و در صورت نیاز لغو قرارداد و نحوه پرداخت به پزشکان؛
۸. مدیریت اضافه درخواست مراکز طرف قرارداد از طریق حمایت‌های حقوقی، آموزش و انگیزش ناظران؛
۹. بازنگری نظام بازپرداخت (DRG و گلوبال)؛
۱۰. اعمال فرانشیز متغیر (براساس نوع بیماری و نوع خدمت)؛
۱۱. برون‌سپاری برخی از خدمات درمان غیرمستقیم؛
۱۲. همراهی و همکاری در راستای اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده؛
۱۳. اجرای خرید استراتژیک خدمات سلامت؛
۱۴. تشکیل کمیسیون‌های تخصصی برای اعمال جراحی پرهزینه، داروها و تجهیزات خاص؛
۱۵. جیره‌بندی خدمات از طریق تعیین زمان انتظار و سقف مصرف برای خدمات الکتیو و پرهزینه؛
۱۶. ایجاد جرایم بازدارنده برای بیمه‌شدگان و مراکز طرف قرارداد متخلف.

بخش دهم: جمع‌بندی

سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان کشور کارکردهای بسیار مهمی دارد و نقش تأثیرگذاری در ارائه خدمات درمانی کشور و نظام سلامت ایفا می‌کند. به‌واسطه این نقش و کارکرد، این گزارش با هدف ارائه تصویری از وضعیت و روند ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی تدوین شده است. در ابتدای گزارش مأموریت سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان با توجه به قوانین بالادستی تبیین شده است، مأموریتی که بر اساس آن سازمان عهده‌دار وظایف عمده در حوزه ارائه خدمات درمانی است که برای اجرای آن‌ها دارای تشکیلات مرکزی، ادارات استانی، مراکز بیمارستانی، دی‌کلینیک، پلی‌کلینیک و کلینیک است.

در بخش بعدی گزارش، آمار بیمه‌شدگان سازمان، ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمات و منابع انسانی شاغل در بخش درمان در سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۸ ارائه شده است. براساس این آمار، در پایان سال ۱۳۹۸ حدود ۴۳٫۵ میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش خدمات درمان سازمان تأمین اجتماعی بوده‌اند و رشد افراد تحت پوشش بیمه درمان در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ بیش از ۱۶ درصد بوده است. در خصوص ظرفیت‌های فیزیکی ارائه خدمات، بخش درمان مستقیم سازمان در سال ۱۳۹۸ با پتانسیل فیزیکی ۷۰ بیمارستان ملکی و ۵ دی‌کلینیک با ۹۳۴۱ تخت فعال و ۳۰۴ مرکز درمانی سرپایی، خدمات درمانی را به بیماران ارائه داده است. ذکر این نکته ضروری است که ۷ بیمارستان تحت پوشش هلدینگ درمان سازمان نیز در نقاط مختلف کشور به بیمه‌شدگان خدمات درمانی ارائه می‌دهند که عملکرد آن‌ها در این گزارش لحاظ نشده است. در همین سال، بخش درمان غیرمستقیم نیز با ۸۸۵ بیمارستان، ۱۹۵۹ مرکز درمانگاهی و پلی‌کلینیک، ۱۲۱ دی‌کلینیک (مرکز جراحی محدود)، ۲۴۰۷ مرکز بهداشتی درمانی، ۲۳۶۲۹ مطب مستقل پزشکی و دندانپزشکی و ۱۹۱۹۷ مرکز خدمات پاراکلینیکی طرف قرارداد بوده است و خدمات درمانی موردنیاز جمعیت

تحت پوشش را خریداری نموده است. علاوه بر این موارد در سال ۱۳۹۸، مجموعاً ۴۷۱۴۸ نفر در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی مشغول به فعالیت بوده‌اند که از این تعداد ۴۴۳۵۱ نفر در بخش درمان مستقیم و ۲۷۹۷ نفر در بخش درمان غیرمستقیم مشغول به کار بوده‌اند.

بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از خدمات درمانی ارائه‌شده در بخش بعدی گزارش مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس اطلاعات ارائه‌شده، در سال ۱۳۹۸، در مراکز درمانی ملکی سازمان حدود ۹۰۹ هزار بیمار بستری و ۱۳۹ میلیون ویزیت سرپایی ثبت شده است. رشد تعداد کل مراجعات بستری و سرپایی در مراکز ملکی در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ به ترتیب برابر با ۱۱،۴ و ۲۶،۶ درصد بوده است. همچنین در بخش درمان غیرمستقیم سازمان (مراکز طرف قرارداد)، حدود ۴ میلیون بیمار بستری و ۳۳۴ میلیون ویزیت سرپایی ثبت شده است. نتایج این گزارش نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱ در بخش درمان غیرمستقیم افزایش ۲۰،۸ درصد در تعداد کل نسخ اتفاق افتاده است که به ترتیب برای بخش سرپایی و بستری به میزان ۲۰،۷ و ۲۸،۴ درصد بوده است. علاوه بر افزایش مصرف خدمات، میانگین هزینه کل نسخ بخش سرپایی و بستری در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۱، به ترتیب به میزان ۵،۴ و ۴،۹ برابر افزایش پیدا کرده است. در بخش درمان مستقیم هم از یک‌سو از سال ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۸، به تعداد مراکز درمانی و تخت بیمارستانی افزوده شده است و برای سال‌های بعد نیز برنامه‌های زیادی در جهت ساخت مراکز جدید (مجوز داده‌شده) در دستور کار سازمان قرار دارد و از سوی دیگر در این دوره تعداد نیروی انسانی افزایشی به میزان ۱۲،۷ درصد داشته است. در مجموع، هزینه‌های درمان سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۵۲ هزار میلیارد ریال بوده که این رقم در سال ۱۳۹۸ به مبلغ ۲۲۵ هزار میلیارد ریال رسیده است که افزایشی معادل ۳۲۹ درصد (حدود ۴،۳ برابر) را در این دوره زمانی نشان می‌دهد.

آمارهای فوق حاکی از آن است که در طول سال‌های گذشته به دلیل افزایش افراد تحت پوشش، افزایش انتظارات و تعداد خدمات ارائه‌شده، افزایش چشمگیر قیمت خدمات ارائه‌شده، افزایش تعداد نیروی انسانی و ... هزینه‌های بخش درمان سازمان به میزان قابل توجهی افزایش یافته و علاوه بر این موارد، شیوع بیماری کرونا روند

صعودی هزینه‌ها را در سال ۱۳۹۹ تشدید کرده است. شرایط موصوف به تشدید بحران پایداری مالی سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان و بروز کسری و عدم توازن در حساب درمان منجر شده است.

به این ترتیب، عدم تعادل منابع و مصارف، که جدی‌ترین چالش حوزه درمان در سال‌های اخیر بوده است، در سال‌های آتی نیز پیش‌روی سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود. با توجه به اهمیت این موضوع، در ادامه این گزارش به احصای ریشه‌های ایجادکننده این چالش و ارائه راهکارهای مقابله با آن پرداخته شده است. در این چهارچوب، ریشه‌های عدم تعادل منابع و مصارف در بخش درمان در چهار بخش قانونی - حاکمیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حوزه محیط داخلی احصاء شده است.

در پایان گزارش، راهکارهای مقابله با عدم تعادل منابع و مصارف به تفکیک دو بخش درمان مستقیم و غیرمستقیم به ترتیب اولویت ارائه شده است که از مهم‌ترین آن‌ها در بخش درمان مستقیم می‌توان به تعیین شاخص‌های اقتصادی و مالی برای بررسی عملکرد و مدیریت هزینه در مراکز ملکی، استفاده از نیروهای قراردادی و پیمانی به جای استخدام نیروهای رسمی، اصلاح ساختار نحوه اداره مراکز ملکی، بودجه‌ریزی عملیاتی با تعیین سقف بودجه سالیانه؛ و در بخش درمان غیرمستقیم می‌توان به توسعه سیستم مکانیزاسیون خدمات به منظور مدیریت هزینه، پرهیز از هرگونه تحمیل بار مالی مازاد بر منابع مالی درمان سازمان از جمله در تعیین تعرفه‌ها، خروج تعهدات تحمیلی از درمان مانند K_1 و K_2 ترجیحی و ... تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خرید خدمات در راستای تولید گایدلاین‌های وزارت بهداشت، و برقراری ارتباط سیستم مکانیزاسیون درمان با نهادهای دیگر مانند ثبت احوال، سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت اشاره کرد.



اکبرپورروشن، نرگس. (۱۳۹۹الف). سازمان تأمین اجتماعی و بحران کرونا؛ مروری بر ۱۰۷ اقدام سازمان تأمین اجتماعی در مواجهه با کووید ۱۹ (گزارش سیاستی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، بیستمین گزارش از سلسله گزارشات در خصوص کرونا).

اکبرپورروشن، نرگس. (۱۳۹۹ب). کروناویروس جدید و سازمان تأمین اجتماعی؛ درآمدی بر تأثیر و تأثر متقابل سازمان‌های بیمه اجتماعی و بحران‌ها (گزارش سیاستی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، یازدهمین گزارش از سلسله گزارشات در خصوص کرونا).

خدامرادی، عبدالواحد (۱۳۹۷). تدوین راهکارهای مقابله با مسائل موجود در حوزه درمان. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی (گزارش کارشناسی).

سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۹). سالنامه آماری سال ۱۳۹۸ (نشریات ادواری مدیریت آمار و اطلاعات و محاسبات سازمان تأمین اجتماعی). دریافت‌شده از <https://www.tamin.ir/News/Item/101014?catid=223>

سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸). بودجه‌های مصوب سازمان تأمین اجتماعی.

گزارش‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸). (ادارات کل درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم).

گزارش‌های مالی سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸).