

بررسی سیستم‌های خدماتی درمانی در هشت کشور:

روش‌ها و چالش‌ها

شماره پنجم: هلند

ترجمه: حسین اقبال طالقانی

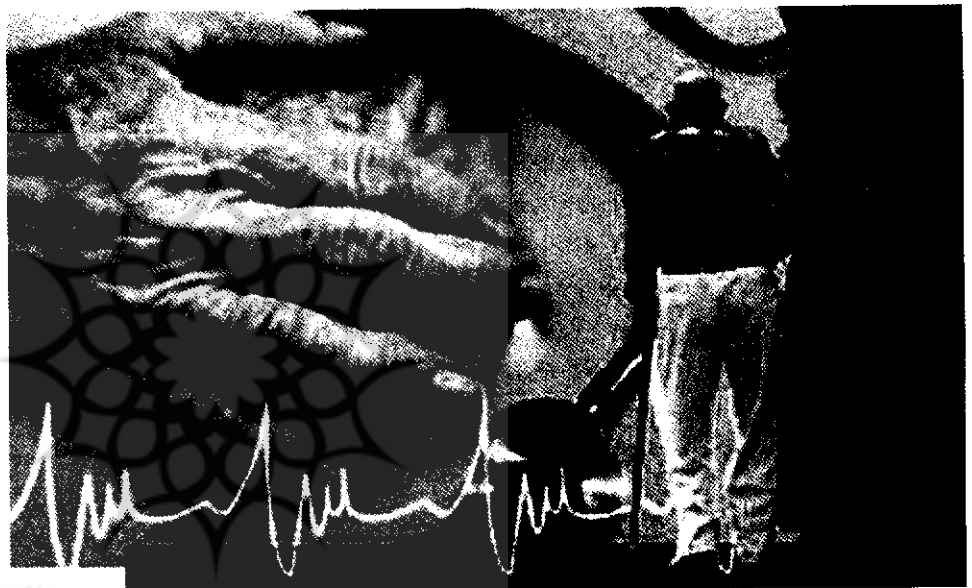
۱- مقدمه:

مراقبت بهداشتی در هلند از سه بخش تشکیل می‌شود: بیمه جامع عمومی^(۱) برای به اصطلاح "هزینه‌های استثنایی درمانی"^(۲)؛ که شامل مراقبت طولانی مدت^(۳)، بهداشت روانی^(۴)، و غیره می‌باشد؛ بیمه درمان اجتماعی اجباری^(۵) خاص افراد کم درآمد و بیمه درمان خصوصی اختیاری^(۶) خاص اقشار پردرآمد؛ و بیمه تکمیلی اختیاری^(۷) که برای همگان مجاز است. مراقبت بیماران سرپایی را پزشکان عمومی مستقل انجام می‌دهند که بر اساس مالیات سرانه حقوق می‌گیرند. اکثر بیمارستان‌ها، مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی هستند.

ج) افرادی که نه تحت پوشش IFW قرار دارند و نه تحت پوشش طرح بیمه‌ای خاص کارمندان دولت، می‌توانند از یک بیمه‌گر خصوصی درمان به طور اختیاری بیمه خریداری نمایند. تقریباً ۲۹ درصد افراد، این نوع بیمه درمان اختیاری جایگزین^(۸) را خریداری می‌کنند. اگر درآمد مشمول مالیات سالانه یک فرد ۶۵ ساله و بالاتر که به طور اختیاری بیمه شده است کمتر از ۱۹۵۵۰ یورو شود، آنها می‌توانند در صندوق تامین هزینه بیماری طرح ZFW ثبت نام کنند. ۴۰ درصد افرادی که از پوشش VHI مازاد برخوردارند (۴٪ کل جمعیت) دارای پوشش استاندارد تحت قانون دسترسی به بیمه درمانی^(۹) قرار دارند (نگاه کنید به بخش ۳-۳)

فقط ۷۶ درصد از جمعیت فاقد بیمه درمانی اجباری و بیمه درمانی اختیاری هستند، طبق نظر وزارت بهداشت، رفاه و ورزش، بیشتر این افراد بی‌خانمان بودند، در حالیکه گروه اندکی از آنها به دلایل قانونی از بیمه کردن خود امتناع می‌کردند. (۳) صندوق‌های تامین هزینه درمان و شرکت‌های خصوصی بیمه‌مدن در قالب پوشش VHI تکمیلی یا مازاد، مراقبتی را که "کمتر ضروری" به نظر می‌رسد تحت پوشش قرار می‌دهند.

اطلاعات مربوط به میزان پوشش بیمه VHI تکمیلی فقط در اختیار بیمه‌گذارانی است که بوسیله ZFW بیمه شده‌اند. در سال ۲۰۰۰/۱۹۹۹، ۹۳ درصد کسانی که بوسیله ZFW بیمه شده بودند، بیمه تکمیلی



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

سقف قانونی^(۱۰) (۳۰۷۰۰ یورو در سال ۲۰۰۲) قرار دارد و کلیه استفاده‌کنندگان مزایای تامین اجتماعی تا سن ۶۵ سالگی به طور اجباری تحت قانون صندوق‌های تامین هزینه بیماری^(۱۱) (ZFW) بیمه می‌شوند. از سال ۱۹۹۸ پوشش بیمه‌ای افراد ۶۵ ساله یا بالاتر که بیش از رسیدن به ۶۵ سالگی تحت این قانون بیمه شده بودند، پس از رسیدن به ۶۵ سالگی بدون توجه به سطح درآمد تحت قانون ZFW ادامه خواهد یافت. در سال ۲۰۰۱ تقریباً ۶۵ درصد جمعیت تحت پوشش ZFW قرار داشتند. (ب) سایر طرح‌های بیمه درمان گروه‌های مختلف کارمندان دولت^(۱۲) را، که حدوداً ۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند تحت پوشش قرار می‌دهد.

۲- چه کسانی از مزایا استفاده می‌کنند و چه مزایایی وجود دارد؟

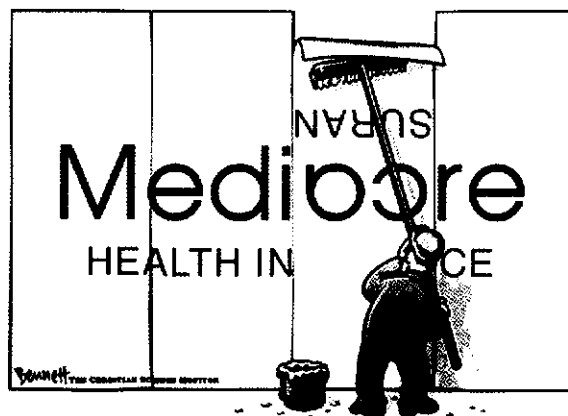
۱-۲ پوشش در هلند سه نوع بیمه درمانی^(۸) وجود دارد:

(۱) قانون هزینه‌های پزشکی استثنایی (AWBZ) مراقبت بلندمدت و معالجات گران قیمت را پوشش می‌دهد.

این قانون به استثنای چند مورد، ساکنان هلند و افراد غیربومی^(۱۳) را که در هلند به کار اشتغال دارند و مشمول مالیات بر درآمد هلند می‌شوند تحت پوشش قرار می‌دهد.

(۲) مراقبت معمولی و ضروری درمانی تحت پوشش انواع و اقسام طرح‌های بیمه‌ای قرار دارد.

(الف) افرادی که حقوق سالانه آنها زیر



VHI یا ترکیبی از بیمه تکمیلی و مزاد VHI را خریداری کردند. برخی از بیمه‌گذاران بیمه مزاد VHI نیز ممکن است منافع بیمه‌ای تکمیلی اضافی/یا مزاد خریداری نمایند.

۲-۲ مزایا

قسمت‌های عمده مراقبت بهداشتی که افراد تحت پوشش AWBZ حق استفاده از آن را

دارند عبارت است از: پذیرش و بستری شدن در بیمارستان بعد از سال اول؛ مراقبت در خانه‌های سالمندان^(۱۵) یا آسایشگاه‌های مخصوص معلولین^(۱۶)؛ تسکین روانی^(۱۷)، مراقبت بهداشت روانی، مراقبت از معلولین به لحاظ روحی و جسمی؛ مراقبت‌های پیش از تولد و پس از تولد، ایجاد مصونیت در کودک^(۱۸) و غیره.

قسمت‌های عمده مراقبت بهداشتی که افراد تحت پوشش ZFW حق استفاده از آن را دارند عبارت است از: معالجه زیر نظر پزشک و عمل جراحی (زیر نظر پزشکان عمومی، متخصص فیزیوتراپیست‌ها، و گفتاردرمان^(۱۹))؛ مراقبت در زمان زایمان^(۲۰)، مراقبت از دندان (که در مورد کودکان به مراقبت از دندان و در مورد بزرگسالان به جراحی زیر نظر متخصص محدود می‌شود)؛ داروها؛ پذیرش و بستری شدن در بیمارستان عمومی تا ۳۶۵ روز؛ کمک‌ها و وسایل پزشکی؛ حمل بیمار، مراقبت‌های دوران بارداری^(۲۱)؛ توان‌گیری^(۲۲) و غیره.

بیمه‌نامه استاندارد WTZ مزایای مشابه با بیمه‌نامه ZFW را ارائه می‌کند. مزایایی که بیمه‌نامه‌های VHI مزاد ارائه می‌کنند متفاوت هستند.

مزایایی که بیمه‌نامه‌های تکمیلی و مزاد VHI ارائه می‌کنند و شرایطی که تحت آن این مزایا ارائه می‌شوند بوسیله خود بیمه‌گران تعیین می‌شوند که باید موارد زیر را در برگیرد:

مراقبت از دندان، عینک، وسایل کمکی بهتر در بیمارستان یا درمان جایگزین. بیمه‌گران بخش خصوصی و تقریباً کلیه صندوق‌های تامین هزینه بیماری برای

ZFW تا سن ۶۵ سالگی با درآمد بیمه‌گذار ارتباط دارد (درآمد حاصل از کار یا در قالب مزایای تامین اجتماعی). در سال ۲۰۰۲ کارفرمایان (یا مؤسساتی که مزایای تامین اجتماعی را فراهم می‌کنند) ۶٪/۲۵ درآمد حالیکه کارمندان ۱٪/۷ درآمدشان را می‌پردازند؛ سقف

درآمد برای کارمندان ۲۸ ۱۸۸ یورو (فقط دستمزد)، ۱۹ ۶۵۰ یورو (درآمد مشمول مالیات) برای خویش‌فرما^(۲۷) و ۱۹۵۵۰ یورو برای مستمری‌بگیران^(۲۸)

افرادی که تحت پوشش ZFW قرار دارند حق بیمه اضافی می‌پردازند. این حق بیمه اضافی به درآمد ارتباطی ندارد. در سال ۲۰۰۲ نرخ ثابت^(۲۹) حق بیمه‌های ماهانه/سالانه بین ۱۱۴ تا ۹/۵۰ یورو و ۱۹ تا ۲۳۸/۸۰ یورو برای هر فرد، متفاوت بوده است. (هر فرد شامل بیمه‌گذار و همسرش می‌باشد ولی کودکانشان را در بر نمی‌گیرد). به طور متوسط، نرخ ثابت حق بیمه، حدود ۱۰٪ حق بیمه‌های کل پرداخت شده به صندوق‌های تامین هزینه بیماری را تشکیل می‌دهد.

وزارت بهداشت به توصیه هیات مدیره بیمه درمان^(۳۰) نرخ‌های حق بیمه درمانی را تنظیم می‌کند.

۳-۳ حق بیمه بیمه درمان اختیاری تعیین نرخ حق بیمه بیمه‌گذاران VHI به طور جداگانه بر اساس وضعیت هر فرد صورت می‌گیرد. متقاضیان باید پرسشنامه پزشکی را پرکنند که شامل سئوالاتی در خصوص سابقه بیماری خانوادگی است. برای تعیین حق بیمه گروه‌ها، از نرخ‌گذاری گروهی استفاده می‌شود. حق بیمه‌ها معمولاً با افزایش سن افزایش می‌یابد. حق بیمه متوسط سالانه بیمه VHI تکمیلی در سال ۱۹۹۹ برای بیمه‌گذار ۱۵۳۸ (NLG) ۶۹۸ یورو بود.

متقاضیانی که تحت پوشش بیمه VHI مزاد یک شرکت بیمه خصوصی قرار نمی‌گیرند می‌توانند از طریق پوشش

بیمه‌گذاران موجود خود، بیمه تکمیلی VHI را عرضه می‌کنند.

۳- چه کسی حق بیمه پرداخت می‌کند و چقدر؟
۱-۳ مالیات

مالیات‌ها در سطح ملی و در سطح محلی (در استان‌ها و شهرداری‌ها) وضع می‌شود. چهار نرخ برای مالیات بر درآمد ملی وجود دارد.

سطح مستمری‌های شخصی متفاوت است. به نظر می‌رسد مالیات‌ها در ۵/۳ درصد هزینه کل تاثیر اندکی بر صندوق تامین هزینه مراقبت بهداشتی دارد. ولی کمک‌های قابل ملاحظه‌ای که از محل مالیات تامین می‌شود برای پوشش‌های AWBZ و ZFW (بخش ۵) وجود دارد.

۲-۳ حق بیمه‌های بیمه درمان اجتماعی

تحت شرایط قانون بودجه بیمه ملی، بیمه‌گذاران مسئول پرداخت حق بیمه می‌باشند. حق بیمه ملی، که شامل حق بیمه AWBZ نیز می‌باشد، بر اساس درآمد مشمول مالیات^(۳۲) و مالیات بر درآمد^(۳۴) تعیین می‌شود. در سال ۲۰۰۱ نرخ یکسان حق بیمه ۱۰/۵۲ درصد درآمد مشمول مالیات تا ۲۷۹۰۰ یورو بود. کارفرمایان حق بیمه افراد را از درآمدهایشان کم و به مراجع اخذ مالیات پرداخت می‌کردند.

به افرادی که دستمزد^(۲۵) یا حقوق^(۲۶) دریافت نمی‌کنند ولی مسئول پرداخت مالیات و بیمه تامین اجتماعی هستند، میزان حق بیمه‌ای که باید بپردازند پرداخت می‌شود.

حق بیمه قابل پرداخت بیمه‌نامه

WTZ یک "بیمه نامه استاندارد" بدست آوردند. قانون WTZ دولت را قادر می سازد سطح مزایا و میزان یک حق بیمه ثابت را برای یک بیمه نامه استاندارد تعیین کند. در سال ۱۹۹۹ این حق بیمه برای افراد زیر ۶۵ سال، سالیانه ۲۵۰۰ NLG (۱۱۳۵ یورو) و برای افراد ۶۵ سال و ۶۵ سال به بالا سالیانه ۲۸۰۹ NLG (۱۲۷۵ یورو) تثبیت شده بود. ولی برخلاف پوشش اجباری، یک بیمه نامه استاندارد افراد تحت تکفل شخص بیمه شده را تحت پوشش قرار نمی دهد، این افراد باید جداگانه بیمه شوند. کودکان زیر ۱۸ سال و کودکان بین ۱۸ تا ۲۷ سال که مشغول به تحصیل هستند و کسانی که جزو بیمه نامه بیمه گذار اصلی قرار دارند فقط نیمی از حق بیمه ای را که بیمه گذار اصلی می پردازد باید پرداخت نمایند.

حق بیمه های VHI مازاد، مشمول دو نوع حق بیمه اضافی اجباری می شوند:

☆ قیمت اضافی بابت MOOZ که انتقال وجوه دریافتی را از بیمه های VHI مازاد صندوق های تامین هزینه بیماری از نظر مالی تامین می کند تا سهم بیشتر افراد مسن تر که تحت پوشش ZFW قرار دارند جبران شود. در سال ۲۰۰۲ بیمه گذاران زیر ۲۰ سال سالیانه ۴۰/۸۰ یورو پرداخت می کردند، آنها که ۲۰ تا ۶۴ ساله بودند سالی ۸۱/۶۰ یورو و کسانی که ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند سالیانه ۶۵/۲۸ یورو پرداخت نمودند؛ دانش آموزان معاف هستند.

☆ حق بیمه اضافی بابت WTZ مابه التفاوت بین هزینه WTZ و درآمد حاصل از حق بیمه را پوشش می دهد؛ در سال ۲۰۰۲ کلیه افراد زیر ۲۰ سال که بیمه مازاد VHI داشتند سالی ۱۱۷/۱۲ یورو؛ بیمه شدگان ۲۰ تا ۶۴ ساله، سالیانه ۲۳۴/۲۴ یورو پرداخت می کردند؛ دانش آموزان و افراد مسن تر معاف هستند.

هزینه مربوط به مراقبت بهداشتی، از جمله حق بیمه ها، را می توان زمانی که درآمد مشمول مالیات از درصد معینی از درآمد بیشتر می شود، کسر کرد، اما این درصد تقریباً در حد بالایی تنظیم می شود، به طوریکه در عمل، شاخص مالیات قابل ملاحظه نیست.

۳-۴ هزینه های استفاده کننده طبق برآورد دولت، تا ۹٪ هزینه کل مراقبت بهداشتی از محل هزینه های واقعی خانوار^(۳۱) تامین می گردد؛ ۴٪ از محل پرداخت های مشترک^(۳۲) تحت بیمه نامه AWBZ، ۲٪ از محل پرداخت های مشترک/فرانشیز تحت بیمه نامه ZFW و ۳٪ از محل پرداخت های مستقیم/ بیمه تکمیلی یا مازاد VHI بخش خصوصی تامین می گردد.

پرداخت های مشترک تحت بیمه نامه AWBZ برای مراقبت در خانه های سالمندان به کار می رود. برای تعیین هزینه مشترک، با توجه به پذیرش یک مؤسسه AWBZ شرایط افراد مد نظر قرار می گیرد، عمدتاً این موضوع که آیا متاهل هستند یا بدون ازدواج با هم زندگی می کنند^(۳۳)، یا به تنهایی زندگی می کنند؛ افرادی که به تنهایی زندگی می کنند هزینه های بیشتری دارند برای اینکه پذیرش هزینه خانگی آنها را بیش از کسانی که با همسر یا دوست خود زندگی می کنند کاهش می دهد. در سال ۲۰۰۱ حداکثر میزان پرداخت مشترک ماهیانه ۳۵۹۵ NLG (۱۶۳۱ یورو) تثبیت شده بود.

در سال ۱۹۹۷/۹۸ کلیه کسانی که تحت پوشش ZFW قرار داشتند ۲۰٪ هزینه های پزشکی خود را حداکثر تا ۲۰۰ NLG تحت پوشش بیمه مشترک قرار دادند. برای ویزیت پزشک عمومی، مراقبت اساسی دندان^(۳۴) و هزینه های بستری شدن به خاطر حاملگی بیمه مشترکی وجود ندارد. سایر هزینه های بستری شدن در بیمارستان مشمول پرداخت مشترک ثابت روزی ۸ NLG (۴ یورو) می شوند.

فرانشیزهای زیر اعمال می شوند: ۵۱ یورو تا ۱۰۲ یورو بابت کفش های ارتوپدی (به ترتیب هر سال تا ۱۶ سالگی و بالای ۱۶ سال)، ۴۵۴ یورو بابت وسایل کمک شنوایی و ۲۵۲ یورو بابت کلاه گیس.

بسیاری از بیمه شدگان اختیاری بابت هزینه های مراقبت بهداشتی خود باید فرانشیز بپردازند. از طریق بیمه تکمیلی VHI یا پرداخت مستقیم، شهروندان می توانند از معالجاتی که دیگر تحت پوشش

ZFW قرار ندارند استفاده کنند؛ این معالجات عبارتند از: Physical therapy، مراقبت از دندان، اعضای مصنوعی، وسایل کمک شنوایی، معالجه جایگزین و هزینه های معالجه در خارج از کشور.

۴- چه کسی پول ها را جمع می کند و این پول ها کجا خرج می شوند؟
۱-۴ سازمان تامین بودجه

حق بیمه های بیمه ملی از جمله حق بیمه های مربوط به (AWBZ) و مالیات بر درآمد را کارفرمایان یا مؤسسات تامین اجتماعی از حقوق بگیران کسر می کنند. به استثنای حق بیمه با نرخ ثابت (که صندوق های تامین هزینه بیماری آن را جمع آوری می کند)، کلیه حق بیمه های بیمه درمان (ZFW) به یک صندوق مرکزی واریز می شود؛ این صندوق را هیات مدیره بیمه درمان (CVZ) اداره می کند.

از سال ۱۹۹۸ اداره ZFW را به یک پرداخت کننده واحد محلی که معمولاً در هر یک از ۳۱ منطقه، بزرگترین صندوق تامین هزینه بیماری می باشد واگذار کرده اند. امروزه ۲۴ صندوق تامین هزینه بیماری وجود دارد. شهروندان حق دارند صندوق تامین هزینه بیماری خود را انتخاب کنند و سالی یکبار آن را عوض نمایند.

نظام تامین بودجه ای که در سال ۱۹۹۱ معرفی شده بود تشویق صندوق های تامین هزینه بیماری را به خرید و ارائه مراقبت حتی الامکان مؤثر و قابل انعطاف و افزایش مسئولیت مالی آنها را هدف قرار داده است. صندوق های تامین هزینه بیماری باید برای تعیین کمیت، کیفیت و (تاحد معینی) قیمت خدمات درمانی ارائه شده با عرضه کنندگان این گونه خدمات مشاوره کنند. بودجه فقط به هزینه هائی تعلق می گیرد که صندوق های تامین هزینه درمان به نوعی بر آنها نظارت دارند (مثل داروها، مراقبت پزشکان گروه عمومی؛ مراقبت پزشکان متخصص). برای هزینه های ثابت مثل هزینه مربوط به سرمایه بیمارستان بودجه بندی نمی شود.

هر بیمه گری تحت پوشش جانشین VHI بایستی هزینه خارج از درآمد ناشی از

- ✓ هر فرد در حوزه خدماتی
 - ✓ هر تخت با مجوز بیمارستانی
 - ✓ هر واحد تخصصی با مجوز بیمارستان
 - ✓ هر میزان واحدهای تولیدی مورد مذاکره (به عنوان مثال پذیرش های بیمارستان، روزهای بستری، اولین قراردادهای مربوط به بیماران سرپایی، جراحی در روز و درمان های ویژه مثل دیالیز کلیه، عمل باز قلب IVF، جراحی اعصاب و غیره).
- این نرخ های ثابت بنا به اندازه بیمارستان



فرق می کند، در مورد بیمارستان های بزرگتر نرخ های بزرگتر دریافت می شود با این فرض که این بیمارستان ها روش های پیچیده تر به کار می برند.

بودجه بیمارستان از طریق نرخ هایی که برای بیمه گران یا بیماران اعمال می شود تامین می گردد این نرخ ها همان نرخ نیستند که برای تنظیم بودجه مورد استفاده قرار می گیرند. نرخ هایی که برای بیمه گران به دو دسته تقسیم می شود:

① نرخ های اضافی ملی که حدود ۱۶۰۰ روش را بر مبنای هزینه های میانگین واقعی در بر می گیرد.

② نرخ های مربوط به پرستاری روزانه که از بودجه هر بیمارستان خاص بدست می آید و به شکل زیر محاسبه می شود: درآمد حاصل از روش های اضافی (آزمایشات، اشعه ایکس، روش های جراحی، و غیره) از بودجه بیمارستان کسر می شوند و مبلغ باقیمانده بر روزهای تقریبی بستری شدن بیمار تقسیم می گردد: بدین ترتیب بیمه گران همان نرخ را برای کلیه بیماران در یک

صندوق مرکزی تا درصد معینی تامین می شود.

از سال ۱۹۹۷ به صندوق های تامین هزینه بیماری اجازه داده شد در صورتی که هزینه ها از حد معینی تجاوز کند، ۹۰٪ هزینه بیمه شده را از یک صندوق ذخیره مشترک دوباره درخواست کنند.

۲-۴ سازمان خرید/ انعقاد قرارداد با انعقاد قرارداد با گروه پزشکان و متخصصین، AWBZ و ZFW مزایایی را به صورت غیر نقدی ارائه می کند.

صندوق های تامین هزینه های بیماری باید با کلیه مراکز درمانی معتبر قرارداد ببندند، ولی از سال ۱۹۹۲ آنها دیگر مجبور نیستند با کلیه پزشکان خصوصی قرارداد منعقد نمایند. بیمه گران درمان اختیاری و صندوق های تامین هزینه های بیماری که در AWBZ وجود دارند از استخدام کارمند برای ارائه

خدمات بهداشتی منع شده اند، به جز موارد خاص و با تصویب هیات مدیره مراقبت بهداشتی.

قراردادها به دنبال مذاکره ای ملی بین بیمه گران درمان و سازمان های نماینده مراکز درمانی به امضاء می رسد. اگر طرفین نتوانند به توافق دست یابند، CVZ " یک قرارداد نمونه ای " را تنظیم می کند.

دستمزدها موضوع مصوبه هیات تعرفه در مراقبت بهداشتی (CTG) می باشند. از اول ژانویه ۱۹۹۲، پزشکان مستقل یا گروه های متخصصینی که با هم کار می کنند مشمول نظامی از حداکثر دستمزد می شوند که تحت آن امکان دارد دستمزدشان پائین تر از مصوبه CTG باشد.

بابت بیمارانی که تحت ZFW بیمه شده اند بر اساس مالیات سرانه و برای بیمارانی که بیمه اختیاری دارند بر اساس پول در ازای خدمات به پزشکان گروهی پرداخت می شود.

بودجه های بیمارستان بر اساس نرخ ثابت محاسبه می شود:

حق بیمه را پوشش دهد. (به استثنای هزینه هایی که تحت پوشش WTZ قرار دارند).

پرداخت ها و یارانه ها بین عوامل مختلف نظام بیمه درمان هلند

معرفی پوشش AWBZ و شروع یک نظام متکی به بیمه منجر به پس انداز قابل ملاحظه ای برای دولت شد، در نتیجه دولت برخی از این پس اندازها را برای صندوق AWBZ به عنوان کمک بلاعوض تخصیص می دهد.

دولت همچنین یک کمک بلاعوض سالانه متکی به مالیات را برای ZFW ایجاد می کند. در سال ۲۰۰۰ میزان این کمک حدود ۲۴٪ هزینه ZEW بود.

صندوق های تامین مالی، پرداخت های مالیات سرانه تعدیل یافته بر اساس ریسک را از صندوق مرکزی دریافت می کنند. حق بیمه های با نرخ ثابت باید کسری بین درآمد صندوق مرکزی و هزینه را پوشش دهد. پرداخت های مالیات به صندوق های تامین هزینه بیماری برای سن، جنس، منطقه سکونت و وضعیت معلولیت تعدیل می شود. سهم پرداخت احتمالی در بازپرداخت کل از ۳٪ در سال ۱۹۹۵ به ۳۵٪ سال در ۱۹۹۹ افزایش یافته است. دو مکانیسم تعدیل مربوط به گذشته ریسک مالی را که صندوق های تامین هزینه بوجود می آورند محدود می سازد:

نخست، هر نوع تفاوتی میان بودجه ای که اختصاص داده شده است و هزینه های واقعی هریک از صندوق های تامین هزینه بیماری، تا حدی بین صندوق های تامین هزینه های بیماری تا درصد معینی تقسیم می شوند. منابع، از صندوق های تامین هزینه بیماری که پول بسیار زیادی را به آنها اختصاص نداده اند (یعنی صندوق هایی با هزینه های پائین تر) به صندوق هایی که منابع تخصیص یافته آنها بسیار کم بوده انتقال داده می شود.

هر نوع تفاوت بین بودجه کل تخصیص یافته با صندوق های تامین هزینه بیماری و هزینه واقعی ناشی از عدم توانایی صندوق های تامین هزینه بیماری در تاثیرگذاری بر روی کلیه هزینه ها، توسط

بیمارستان معین اعمال می‌کنند، اگر چه نرخ بستری روزانه بین بیمارستان‌ها فرق می‌کند.

بیمارستان‌ها بودجه‌ای اضافی برای هزینه سرمایه دریافت می‌کنند. نوآوری‌های اصلی و ایجاد بیمارستان‌های تازه کاملاً با افزایش نرخ بستری روزانه پوشش داده می‌شود، بدین ترتیب بیمارستان‌ها بابت هزینه سرمایه هیچ نوع ریسک مالی را قبول نمی‌کنند.

از سال ۲۰۰۰ پرداخت بیمارستان اجرائی بوده است، بنابراین بیمارستان‌ها که روزهای



بستری شدن را کمتر از زمان موافقت شده با بیمه‌گران انجام می‌دهند، کمتر دریافت می‌کنند.

پرداخت در ارتباط با عملکرد فعالیت را به منظور مبارزه با لیست‌های انتظار برمی‌انگیزد.

پزشکانی که برای متخصص شدن آموزش می‌بینند حقوق بگیرند ولی متخصصینی که در بیمارستان کار می‌کنند رسماً خویش‌کارفرما هستند. آنها اساساً در ازای ارائه خدمت پول می‌گیرند اما از سال ۱۹۹۵ از شیوه‌های کاهش هزینه استفاده شده است.

بیمه‌گران قراردادهایی را با متخصصین امضاء می‌کنند که به میزان مراقبتی که ارائه می‌شود مربوط می‌گردد و هر نوع افزایش پیش‌بینی نشده شیوه‌های کاهش هزینه بایستی بوسیله کاهش در دستمزدهای سال بعد جبران شود. این کاهش‌های بعدی عموماً به تضاد میان دولت و سازمان‌های متخصصین می‌انجامد. به‌طور روزافزون،

کارمندان پزشکی در مورد پرداخت‌های یکجا مذاکره می‌کنند. نظام پرداخت بیمارستان از نوع (PRG-type) در آینده دستمزدهای متخصصین را نیز شامل خواهد شد.

۵- چقدر پول خرج می‌شود و در مورد چه چیزی؟

مالیات عمدتاً برای تامین مالی پژوهش و تحقیق در حوزه بهداشت و تاحدی کمتر در مورد درمان عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اطلاعات درخصوص مالیات بر هزینه درمان شامل یارانه‌های دولت به ZFW یا AWBZ نمی‌شود.

هزینه مالیات کل، از جمله این یارانه‌ها، را حدود ۱۴٪-۱۳٪ هزینه کل درمان تخمین می‌زنند.

۶- بیماران چگونه به خدمات دسترسی دارند؟

۱-۶ دسترسی

همانطور که در

بخش ۲-۲ ذکر شد، مزایا تحت طرح‌های گوناگون بیمه‌ای به‌طور قانونی تعریف شده است و از طریق اقدام قابل اجرا است. (که بیمه‌شدگان بابت خدمات فهرست شده از حقی برخوردارند اگر وضعیت فرد بیمه‌شده آنها را ضروری سازد) بیشتر از جنبه‌های دیگر مانند بیمه‌نامه‌هایی با هزینه کافی تاکید می‌کند.

بدین ترتیب لیست انتظار را نه تنها به عنوان یک مسئولیت، بلکه به عنوان نقض حقوق بیمار در نظر می‌گیرند برای اینکه این لیست به‌طور قانونی مانع از دسترسی تضمین شده می‌شود.

۲-۶ مراقبت از بیماران سرپایی

پزشکان عمومی مراقبت اولیه را به خوبی بهبود بخشیده‌اند و به میزان زیادی ارائه می‌دهند. این دسته از پزشکان از استقلال و عمدتاً روش‌های فردی در هر یک از جامعه حمایت می‌کنند و در فهرست خود به‌طور متوسط ۲۳۰۰ بیمار دارند. بیمه‌شدگان آزادند که به انتخاب خود نزد یکی از این

پزشکان عمومی ثبت‌نام کنند. تعداد مراکز درمان و بهداشت گروهی (که متشکل از گروه پزشکان، مددکاران اجتماعی، روان‌کاوان، و گاهی اوقات ماما می‌باشد) به سرعت در حال رشد هستند. گروه پزشکان به‌طور کلی اعضای به اصطلاح گروه‌های جانشین موقت هستند که شامل ۸ تا ۱۰ نفر می‌باشند. این گروه‌ها خدمات خارج از نوبت ارائه می‌کنند و مواقع تعطیلی یا مواقع دیگر به جای هم‌کار می‌کنند.

گروه پزشکان نگهدارنده اصلی نظام مراقبت بهداشتی هستند. بیمارانی که تحت پوشش صندوق‌های تامین هزینه بیماری هستند برای دسترسی به متخصصین یا مراقبت در بیمارستان به کارت مراجعه نیاز دارند، در حالی‌که بیمه‌شدگان اختیاری باید نامه مراجعه داشته باشند. این نامه‌ها نوع تخصص را تعیین می‌کند نه فرد متخصص را. انتخاب متخصص به عهده بیمار است. گروه پزشکان در بیماری‌های عمومی و جزئی، در مراقبت برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و در تشخیص مسائل روانی مرتبط با این امراض تخصص دارند. اثر این نگهدارندگان با نرخ ارجاع کم مشخص می‌شود: اکثریت زیاد مسائل پزشکی را گروه‌های پزشکی درمان می‌کنند.

تنها در ۶٪ از بیماری‌ها بیماران را به متخصصین ارجاع می‌دهند. نرخ مراجعه به متخصصین جراحی نسبتاً بالا است. دفعات مراجعه بابت بهداشت عمومی، مثل فشارخون بالا، درد خفیف پشت، عفونت‌های حاد دستگاه تنفسی بسیار پائین است، تقریباً کلیه این نوع بیماری‌ها را پزشکان خانوادگی مداوا می‌کنند. این پزشکان یک نظام بین‌المللی تایید شده راهنمایی و مراقبت کیفی را گسترش داده‌اند. از طرف دیگر، بیماری‌هایی مانند اختلال عضلانی قلب، درد خفیف پشت همراه با علائم رادیکولر و التهاب مزمن لوزه، که درصد بالایی از مراجعات را تشکیل می‌دهند. بنابراین متخصصین مسئول یک بخش انتخابی و محدود کل طیف مرگ‌ومیر می‌باشد.

قراردادهای بیمار-پزشک، از جمله مراقبت بوسیله یک متخصص تقریباً به‌طور

متوسط هستند).

در پایان سال ۲۰۰۱ طبق یک گزارش هزینه اجتماعی کل فهرست انتظار سالی ۶/۹۶ NLG (۳/۱۶ میلیارد یورو) اعلام شد. این هزینه شامل ۴/۱ NLG بابت زیان رفاه، ۱/۳ میلیارد NLG بابت خسارت بر درآمد و بهره‌برداری، ۱/۵ میلیارد NLG بابت معلولیت بلند مدت، ۱۸ میلیون NLG بابت هزینه اداری می‌شد (SEO ۲۰۰۱).

فشار فزاینده بیماران برای دسترسی به خدمات پزشکی در داخل هلند تا حدی بدلیل فهرست‌های انتظار است. صندوق‌های تامین هزینه‌های بیماری در داخل هلند با بیمارستان‌ها قرارداد وضع کرده‌اند (مثلاً در بلژیک) تا فشارها را کاهش دهند اما تقاضای اضافی برای مراقبت‌های بدون مجوز، غیر قراردادی وجود دارد که به تازگی دادگاه اروپا نمونه‌هایی را نشان داده است.

۴-۶ خدمات تشخیص بیماری

این خدمات به عنوان بخشی از مراقبت سرپایی و ثانویه ارائه می‌شود، کلیه ارائه‌کنندگان آن از بخش خصوصی هستند.

۵-۶ مراقبت دارویی

داروها عمدتاً از طریق داروخانه‌ها قابل دسترسی (در حالیکه بیمارستان‌ها از طریق داروخانه‌های خود دارو توزیع می‌کنند) هستند. در هر حالیکه هر کدام عادت دارند به تهنایی عمل کنند و هر بیمارستانی صاحب داروخانه هستند، اما در سال‌های اخیر شاهد افزایش گروه‌های داروخانه‌ها که در تملک گروه‌های داروسازان قرار دارند (کار جمعی) بوده‌ایم. داروخانه‌های زنجیره‌ای مجوز دارند ولی کاری انجام نمی‌دهند، در واقع یک داروخانه زنجیره‌ای در انگلستان وارد بازار شد اما بیرون آمد (همانطور که بزرگترین فروشگاه هلند این کار را کرد). محل داروخانه‌های تازه مشخص نشده است.

۶-۶ توان‌گیری / مراقبت میانجی

توان‌گیری در نوع خود یک تخصص پزشکی است و غالباً در بیمارستان‌های مربوط به بیماری حاد انجام می‌شود اگرچه مراقبت مربوط به بیماران سرپایی نیز وجود

دارند. (و به نظر می‌رسد که در هلند نمی‌خواهند این سیستم را کنار بگذارند). در هلند یک نظام بیمارستانی به خوبی توسعه یافته‌ای وجود دارد که در سال ۱۹۹۹ شامل ۱۳۶ بیمارستان می‌شد (به استثناء بیمارستان‌های مخصوص بیماران روانی). بیش از ۹۰٪ بیمارستان‌ها خصوصی و غیرانتفاعی هستند؛ بقیه بیمارستان‌ها عمومی (دانشگاهی) هستند. می‌توان بیمارستان‌ها را به عنوان بیمارستان‌های آموزشی، عمومی و تخصصی تقسیم‌بندی کرد. هشت بیمارستان به دانشکده‌های پزشکی وابسته‌اند و کارهای کلینیکی عمومی تخصصی و پیشرفته و ارجاع نهایی را انجام می‌دهند.

علیرغم کاهش اجباری تعداد تخت‌ها در هر منطقه، بیمارستان‌ها ظرفیت خود را از طریق ادغام یا گسترش افزایش داده‌اند. تعداد تخت‌های مربوط به مراقبت از بیماران حاد از سال ۱۹۸۰ از سه تخت به ۳/۳ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر کاهش یافته است. (جدول ۵/۵). پذیرش در بیمارستان‌های مربوط به بیماری‌های حاد از نظر بین‌المللی نیز به همان اندازه پائین است، در حالیکه نرخ بستری شدن بسیار پائین است (حدود ۲۰ درصد پائین‌تر از سایر کشورهای اروپایی).

در اواخر سال‌های ۱۹۹۰، فهرست انتظار به عنوان مشکل اصلی نظام مراقبت بهداشتی آلمان مطرح شد. (حداقل از نظر عامه مردم). فهرست‌ها و زمان انتظار دوباره محاسبه می‌شدند: یکبار برای کارهای تشخیص بیماری و یکبار برای مداوا. در مارس ۲۰۰۰ حدود ۱۵۰۰۰۰ بیمار در انتظار درمان در بیمارستان‌های عمومی قرار داشتند، بیش از ۹۲۰۰۰ نفر از این افراد بیش از یک ماه منتظر نوبت بودند. در اکتبر سال ۲۰۰۱ این تعداد - به استثنای بیماران روانی و بیماری اطفال - تا ۱۸۵۰۰۰ نفر افزایش یافته بود. تخصص‌های ارتوپدی (۳۵۰۰۰)، جراحی عمومی (۳۵۰۰۰)، چشم‌پزشکی (۳۴۰۰۰) و جراحی پلاستیک (۲۴۰۰۰) بیشترین لیست انتظار را داشتند؛ جراحی پلاستیک طولانی‌ترین زمان انتظار را داشت: ۱۲ هفته برای تشخیص بیماری و ۲۳ هفته برای درمان (هر دو آمار دو برابر

سرانه سالی ۵/۷ در دهه ۱۹۹۰ (حدود ۵/۵ بالاتر از سال ۱۹۸۰)، و مراقبت اولیه حدود دوسوم کلیه مراجعات مربوط به مراقبت سرپایی بوده است. تعداد متوسط مراجعات سالانه بیماران برای بیماران استفاده‌کننده از صندوق‌های تامین هزینه بیماری بیشتر از بیمه‌شدگان بیمه‌های خصوصی می‌باشد. (طبق پژوهش Community Panel Su. European ارقام مربوط به سال ۱۹۹۶، ۲/۵ مربوط به مراجعه به پزشکان عمومی و ۱/۸ مربوط به متخصصین برای مقایسه از نظر بین‌المللی، رقم کلی ۵/۹ مراجعه سرانه در سال ۲۰۰۰ اندکی کمتر از متوسط Eu می‌باشد. جنبه برجسته این پژوهش نرخ پائین نسخه‌های نوشته شده می‌باشد؛ فقط در دوسوم مراجعات نسخه نوشته شده است. علاوه بر این، داروهایی که برای تقریباً بیش از نیمی از کلیه تشخیص‌ها تجویز می‌شود - در مقایسه با ۷۵٪ تا ۹۵٪ سایر کشورهای اروپایی گروه پزشکان امتیاز بیمارستان ندارند: آنها نه می‌توانند بیماران خود را در یک بیمارستان پذیرند و نه آنها را در آنجا مداوا کنند. اما می‌توانند از بیمارستان‌ها برای روش‌های تشخیص بیماری قبل از آزمایشات خون، عکسبرداری، اندوسکوپی و آزمایش ریه استفاده کنند.

۳-۶ مراقبت ثانویه

مراقبت ثانویه و سومین را عمدتاً پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها انجام می‌دهند. تقریباً کلیه بیمارستان‌ها هم امکانات برای بیماران سرپایی و هم برای بیماران بستری شده دارند. خدمات مربوط به بیماران سرپایی را عمدتاً متخصصینی که آزمایشات تشخیص پیش از پذیرش و درمان بیماران سرپایی را انجام می‌دهند به عهده دارند.

جز در موارد فوری بیماران اجازه ندارند مستقیماً به بخش بیماران سرپایی یا پلی‌کلینیک یک بیمارستان بیماری‌های حاد مراجعه کنند. حدود ۴۰٪ مردم سالانه با یک پزشک متخصص تماس می‌گیرند، این افراد به طور سرانه سالی ۵/۸ تماس را با پزشکان دارند. همانطور که قبلاً گفتیم فقط از طریق ارجاع پزشکان متخصص در دسترس قرار

دارد. مزایای توان‌گیری شامل آزمایشات، درمان و مشاوره توسط متخصصین پزشکی، کارکنان پیراپزشکی، رفتار درمان‌گران با توان‌گیری به علاوه وسایل در صورت نیاز می‌باشد.

۶-۷ مراقبت اجتماعی

مهمترین خدمات اجتماعی شامل خانه‌های سالمندان و مراقبت در خانه می‌باشد. در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی، هلند تقریباً بالاترین نرخ مراقبت شبانه‌روزی از افراد مسن را در خانه‌های سالمندان و بیمارستان تسکین روانی و پزشکی دارد. این مؤسسات معمولاً خصوصی هستند به عبارتی یا در تملک بخش خصوصی قرار دارند یا به عنوان مؤسساتی تحت قانون بخش خصوصی عمل می‌کنند.

تسکین روحی روانی شامل طیف کاملی از سازمان‌ها و حرفه‌ای‌های شاغل می‌گردد، همه آنها هدف مشترک درمان مسائل مربوط به تسکین روحی را دنبال می‌کنند. ۹۰ مؤسسه منطقه‌ای بابت تسکین بخشی روانی بیماران سرپایی (heidzorg RIAGG voor Ambulant Geestelijke Gezondheidszorg) به علاوه ۷۶ بیمارستان روانی (کلیه اعداد و ارقام مربوط به سال ۱۹۹۹ می‌باشد) و طرح‌های مربوط به خانه‌های سالمندان از یک ویژگی منطقه‌ای برخوردارند. آنها مسئول مراقبت روانی و روانی - اجتماعی مردم در یک منطقه خدماتی معین هستند. در اصل، مراقبت بهداشتی فقط برای کسانی که پزشکان عمومی آنها را ارجاع داده‌اند. زمان انتظار بسیار طولانی شده و به ۲۶ هفته برای روان‌درمانی در سال ۲۰۰۱ رسیده است، اما، در هر دو موقعیت حاد و برای تقاضای مستقیم برای خدمات مراقبت بهداشتی روحی یک دستیار وجود دارد.

۷- سفر بیماران

اول از همه یک بیمار نزد گروه پزشکان همیشگی خود خواهد رفت. به استثناء بخش معینی از شهرهای بزرگ، وقتی کمبود گروه پزشکان وجود دارد، دسترسی به آنها یک مشکل نیست. بیشتر بیماران به مراجعه بعدی نیاز ندارند (نگاه کنید به بالا). اگر

این برنامه که تحت عنوان "Vargan Bod" در ۲۱ جولای منتشر شد ابتدا یک شکل‌سازی طرح‌های گوناگون را در دومین بخش و سپس ادغام آن را با اولین بخش پیشنهاد می‌کند تا یک طرح بیمه ملی داشته باشند که صندوق‌های تامین هزینه بیماری و بیمه‌گران خصوصی درمان آن را اداره کنند ادغام در نخستین بخش این سؤال را بوجود می‌آورد که کدام یک از مزایا باید از چنین محیط رقابتی حذف شود.

- 1.Public universal insurance
- 2.Exceptional medical expenses
- 3.Long-stay care
- 4.Mental health
- 5.Compulsory social health insu.
- 6.Voluntary Private health Insur.
- 7.Voluntary Insurance
- 9.non-residential
- 10.Statutory Ceiling
- 11.Sickness Funds Act
- 12.Civil Servant voluntary health Insurance
- 13.Substitutive
14. Health Insurance Access Act (WTZ)
- 15.nursing home
- 16.homes for disabled people
17. Psychiatric care
18. Child immunization
- 19.Speech therapists
- 20.Obstetric care
21. Maternity care
22. Rehabilitation
23. Taxable income
24. Income tax
- 25.Wage
26. Salary
- 27.Self-employed
- 28.Pensioner
29. Flat-rate
- 30.Health Insurance Board out-of-pocket spending
- 31.Housholds
- 32.Co-payments
- 33.Co-Heabiting
- 34.Basic dental care

تشخیص بعدی لازم باشد، پزشک خانوادگی یک کارت/یادداشت ارجاع صادر خواهد کرد که تخصص مورد نظر را نشان می‌دهد. این دکتر به احتمال بسیار زیاد متخصص خاصی را توصیه خواهد کرد(البته لازم نیست که بیمار از توصیه‌هایش پیروی کند). زمان انتظار برای ملاقات با متخصص مربوطه به‌طور میانگین ۶ هفته، (سه هفته برای عمل جراحی، ۴ هفته برای پزشک داخلی) خواهد بود. بعد پزشک درمان سرپایی یا بستری شدن را شروع می‌کند، میانگین زمان انتظار در این وضعیت ۱۱ هفته خواهد بود(۲ هفته برای پزشکی داخلی، ۹ هفته برای عمل جراحی). به محض تسویه، بیمار به گروه پزشکان خودش یا یک متخصص ارجاع داده خواهد شد. بسیاری از برنامه‌های تداوم مراقبت (trans mural care) می‌کوشند این روند را راحت کنند. این برنامه‌ها از پرستاران متخصص، راهنمایی‌ها، تکنولوژی مراقبت در منزل، برنامه تصویر و سایر روش‌ها استفاده می‌کنند. trans mural care غالباً برای گروه‌های خاصی از بیماران، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با نیاز به مراقبت شدید، مثل بیماران مبتلا به سرطان، بیماری عفونی ریوی مزمن، دیابت یا رماتیسم آرتروز، طراحی شده‌اند. در هیچ مقطعی از بیماران خواسته نمی‌شود پرداخت مشترک را پردازند.

مسائل اصلی پیش روی نظام مراقبت بهداشتی کدام هستند؟ فهرست و زمان انتظار تاکنون آشکارترین موضوع عمومی می‌باشد. اما این مسائل از نظر حقوقی، یا نگرانی هستند برای اینکه این دو مشکل نشان می‌دهند که نظام نمی‌تواند خدماتی را که حق بیمه‌گذاران است فراهم کنند. فهرست‌های انتظار ارتباطی به ظرفیت به تنهایی ندارد، همان‌طور که نرخ پائین بستری شدن نشان می‌دهد. از نظر دولت تجدید ساختار اجزاء سه‌گانه بیمه بهداشت بار دیگر در صدد دستورکار قرار دارد تا عدالت بیشتری را در حق بیمه‌ها تضمین کند(فعالاً یک یورو کم و زیاد در درآمد از یک هر یک از طرفین خط می‌توانند حق بیمه بیش از دو برابر سازد).

شراخوان انجمن کارشناسان صنعت بیمه

انجمن کارشناسان صنعت بیمه برای سال ۱۳۸۵
عضو می پذیرد.

شرایط عضویت:

- ✓ داشتن مدرک تحصیلی لیسانس.
- ✓ لیسانس مدیریت بیمه با ۲ سال سابقه کار.
- ✓ لیسانس سایر رشته‌ها با ۵ سال سابقه کار.
- ✓ گواهی سابقه کار در امور بیمه‌ای میبایست توسط بیمه مرکزی ایران، شرکت‌های بیمه و یا سازمان‌های رسمی که در زمینه امور بیمه‌ای فعالیت می‌کنند تأیید گردد.
- ✓ واریز مبلغ ۳۶۰/۰۰۰ ریال بابت حق عضویت یکساله (۱۳۸۵) به حساب جاری جام بانک ملت به شماره ۳۳۶۶۵۳/۳۳ شعبه خیابان بلژیک تهران، قابل پرداخت در کلیه شعب بانک ملت در سراسر کشور.
- ✓ تکمیلی فرم عضویت در یکی از دفاتر ارتباطی انجمن در سراسر کشور و تحویل مدارک به دفتر مذکور و یا ارسال مدارک از طریق پست سفارشی به آدرس پستی دفتر.
- ✓ دو قطعه عکس ۳×۴ پشت نویسی شده.
- ✓ فتوکپی شناسنامه.
- ✓ فتوکپی از آخرین مدرک تحصیلی.

نشانی دفاتر ارتباطی:

تهران: خیابان شهید مطهری، تقاطع سه‌رودی شمالی، ساختمان شماره ۲۶۸، طبقه چهارم، واحد ۱۶ تلفکس ۸۸۴۳۰۷۱۷ و ۸۸۴۳۶۲۴۷
مسئول دفتر ارتباطی استان تهران: مهندس مسعود جلیوند

مشهد: خیابان فلسطین ۲۵، پلاک ۱۳۱
تلفن ۸۴۵۱۷۶۶-۰۵۱۱ فکس ۸۴۵۱۷۶۷-۰۵۱۱
مسئول دفتر ارتباطی استان خراسان: آقای امیر رضایی

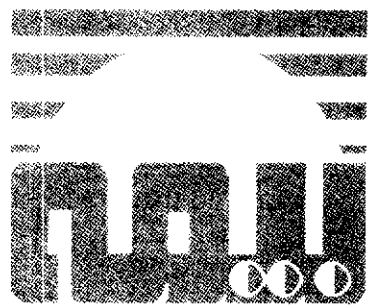
اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، ابتدای خیابان نیکبخت، روبروی فضای سبز دادگستری، جنب ساختمان ۴۷ (ساختمان وکلا)، واحد تجاری
تلفکس ۶۶۳۷۳۷۰-۰۳۱۱
مسئول دفتر ارتباطی استان اصفهان: خانم غزاله فرهادپور



انجمن کارشناسان صنعت بیمه



انجمن کارشناسان صنعت بیمه



انجمن کارشناسان صنعت بیمه

تهران: خیابان شهید مطهری، تقاطع سه‌رودی شمالی، ساختمان شماره ۲۶۸، طبقه چهارم، واحد ۱۶ تلفکس ۸۸۴۳۰۷۱۷ و ۸۸۴۳۶۲۴۷
مسئول دفتر ارتباطی استان تهران: مهندس مسعود جلیوند

مشهد: خیابان فلسطین ۲۵، پلاک ۱۳۱
تلفن ۸۴۵۱۷۶۶-۰۵۱۱ فکس ۸۴۵۱۷۶۷-۰۵۱۱
مسئول دفتر ارتباطی استان خراسان: آقای امیر رضایی

اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، ابتدای خیابان نیکبخت، روبروی فضای سبز دادگستری، جنب ساختمان ۴۷ (ساختمان وکلا)، واحد تجاری
تلفکس ۶۶۳۷۳۷۰-۰۳۱۱
مسئول دفتر ارتباطی استان اصفهان: خانم غزاله فرهادپور

شما می‌توانید جهت ارتباط با اعضا هیئت مدیره با صندوق پستی تهران ۷۱۸۶-۱۵۸۷۵ مکاتبه نمایید.