



❖ عنوان پژوهش: ارائه مدل بهینه ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی و تعیین نقطه تعادل تولید و خرید خدمت		
❖ نوع پژوهش:		
کاربردی ✓	بنیادی □	توسعه‌ای □
❖ نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:		
طرح پژوهشی ✓	گزارش کارشناسی □	سند سیاستگذاری □

لازم به ذکر است در چارچوب پژوهشی موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، منظور از طرح پژوهشی، سند سیاستگذاری و گزارش کارشناسی به شرح ذیل است:

«طرح پژوهشی»

طرح پژوهشی یکی از انواع قالب‌های تولید علمی محسوب می‌شود که منطبق با اصول علمی روش تحقیق انجام می‌شود.

«سند سیاست‌گذاری»

«سند سیاست‌گذاری»، گزارشی کوتاه، بی‌طرفانه و موجز در پاسخ به یک سؤال مشخص یا راجع به یک مسئله خاص است که استاندارد صلاحیت برای تهیه سند سیاست‌گذاری، افراد خبره هستند. این گزارش شامل سه بخش زیر می‌شود: بخش اول که به آن «خلاصه مدیریتی» خواهیم گفت، بر روی جلد گزارش، ضمن بیان مشکل در یک یا دو سطر، به ارائه راهکارهای اجرایی منطقی برای آن در حداکثر نصف صفحه می‌پردازد. بخش دوم که گزارش اصلی را تشکیل می‌دهد و در ۳ تا ۵ صفحه مطابق چارچوب تعیین شده تهیه می‌شود، «پیشنهادهای سیاست‌گذاری» نامیده می‌شود. بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارائه اسناد پشتیبان آن می‌پردازد، «یادداشت سیاست‌گذاری» نام دارد. هر یک از این سه بخش برای اهداف خاص و مخاطبان ویژه خود تهیه می‌شوند.

«گزارش کارشناسی»

شامل ارائه یک گزارش کامل در خصوص یک موضوع خاص موردنظر است که به یک فرد مجری با سطح صلاحیت حداقل «محقق» واگذار می‌شود تا حداکثر طی ۳ ماه، گزارش مورد نظر را منطبق با فرمت ارائه‌شده تهیه و ارائه نماید.

«تعریف سطح خرد/متوسط/کلان»

طرح خرد- طرحی است که از حیث مبلغ سه برابر حد نصاب معاملات خرد موسسه می‌باشد.

طرح متوسط- طرحی است که از حیث مبلغ از معاملات خرد فراتر بوده و حداکثر ده برابر سقف حد نصاب معاملات خرد موسسه می‌باشد.

طرح کلان- طرحی است که از حیث مبلغ از سقف معاملات متوسط فراتر باشد.

❖ توصیف و بیان مسئله:

در ماده ۳ قانون تامین اجتماعی، ارائه تعهدات بیماری و بارداری در کنار سایر تعهدات نسبت به بیمه شدگان به صراحت آمده است. همچنین، در مواد دیگر قانون تامین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ (ماده ۹ و ...) در خصوص نحوه ایفای این تعهدات، مقرر شده بود که منابع مالی مربوط به آنها توسط سازمان تامین اجتماعی جمع آوری و سپس به سازمان تامین خدمات درمانی پرداخت شود و سازمان تامین خدمات درمانی مسئولیت تدارک خدمات را بر عهده داشت. علاوه بر این، طبق قانون تامین اجتماعی مقرر گردیده بود همه امکانات و ظرفیت های فیزیکی، تجهیزات و منابع انسانی درمانی که طبق قانون بیمه اجتماعی کارگران، از طریق آنها بخشی از خدمات درمانی مورد نیاز افراد تحت پوشش بصورت مستقیم توسط خود سازمان تولید می شد نیز به سازمان تامین خدمات درمانی واگذار شود.

طی سال های بعد، با تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی و بعدتر، ایجاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انحلال سازمان تامین خدمات درمانی، دغدغه های ذینفعان مختلف در حوزه های کارگری، سازمان تامین اجتماعی، دولت، مجلس شوراس اسلامی و ... در خصوص وضعیت ایفای تعهدات درمانی مندرج در قانون تامین اجتماعی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح و طی چند سال، به تدریج در حوزه های مختلف شدت گرفت. در نهایت، پس از کش و قوص های بسیار و با توجه به مشکلات اداره مراکز درمانی ملکی ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عدم پایبندی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تکالیف قانونی یادشده، با تصویب قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به ارائه تعهدات موضوع بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تامین اجتماعی در تاریخ ۱۳۶۸/۸/۲۱، ایفای این تعهدات مجدداً به سازمان تامین اجتماعی محول شد.

در سال ۱۳۶۸ با تصویب قانون الزام کلیه مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جدا شد و سازمان تامین اجتماعی ملزم به ارائه خدمات درمانی به مشمولین قانون تامین اجتماعی گردید. تصویب قانون الزام آغازگر تحولاتی در ساختار بخش درمان سازمان تامین اجتماعی بود. با این یادآوری که از ابتدای دهه ۱۳۵۰ تا این تاریخ، سازمان در تشکیلات کلان خود فاقد تشکیلات مشخصی برای بیمه درمان بوده است، تصویب این قانون موجب ایجاد معاونت امور درمان در تشکیلات کلان سازمان شد. در اجرای این قانون و آیین نامه اجرایی آن، سازمان تامین اجتماعی موظف شد اقدامات زیر را در راستای تعهدات خود به بیمه شدگان انجام دهد:

- امور درمان بیمه شدگان تامین اجتماعی را به عهده گیرد و خدمات درمانی مورد نیاز آنان را حتی الامکان با روش درمان مستقیم و در صورت نیاز به روش درمان غیرمستقیم تامین نماید.
- مراکز درمانی وابسته به خود را مستقیماً اداره کند و هزینه آن را از محل حق بیمه سهم درمان تامین نماید.
- حوزه معاونت امور درمان را در تشکیلات خود ایجاد کند و واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی را در مراکز استان ها و شهرستان هایی که نیاز باشد، به وجود آورد.

در حال حاضر، سازمان تامین اجتماعی به عنوان یکی از متولیان امر درمان و دومین تولید کننده خدمات سلامت در کشور با تحت پوشش داشتن بیشتر از ۴۴ میلیون نفر از جمعیت کل کشور به عنوان بزرگترین سازمان بیمه گر کشور، به دو شیوه، خدمات درمانی مورد نیاز بیمه شدگان خود را تامین می کند. شیوه اول درمان مستقیم است که در آن بیمه شدگان، خدمات درمانی را به صورت رایگان در ۳۸۷ مرکز ملکی این سازمان شامل ۷۰ بیمارستان و ۵ دی کلینیک و ۳۱۲ مرکز درمانی سرپائی، دریافت می نمایند. در شیوه دوم که به نام درمان غیرمستقیم نامیده می شود، خدمات درمانی به شیوه خرید خدمت از طریق هزاران مرکز درمانی طرف قرارداد شامل ۸۹۱ بیمارستان، ۲۵۲۳ درمانگاه، ۱۰۶ دی کلینیک، ۴۷۱ مرکز خدمات جامع سلامت، پزشک اعم از عمومی و متخصص و دندانپزشک (۱۹۹۶۰ نفر)، ۲۶۹۸۰ مراکز پاراکلینیک (شامل داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن، MRI، مرکز فیزیوتراپی و سایر خدمات درمانی سرپائی) به بیمه شدگان این سازمان عرضه می گردد.

مطالعه تاریخ تامین اجتماعی و بیمه های اجتماعی در ایران حاکی از فراز و نشیب های فراوان در نحوه تدارک خدمات تامین اجتماعی و وجود چالش دایمی در مورد نحوه ارائه خدمات درمانی می باشد. در چهل سال اخیر همواره این بحث وجود داشته است که آن بخش از منابع سازمان تامین اجتماعی که به منظور پوشش مخاطرات درمانی جمع آوری شده است چگونه صرف تدارک خدمات در نظام سلامت شود. و همیشه این سوال برای سیاستگذاران و تصمیم گیران چه در داخل و خارج از سازمان تامین اجتماعی مطرح بوده است؛ آیا سازمان بهتر است به عنوان سازمان بیمه گر فقط به روش خرید خدمت، خدمات درمانی بیمه شدگان خود را فراهم نماید یا باید تولید خدمت هم نماید. و اگر قرار است مثل شرایط فعلی به هر دو روش مستقیم و غیرمستقیم خدمات سلامت را تامین نماید به چه نسبتی تولید و خرید خدمت صورت گیرد.

درواقع مسئله اصلی این است که بهتر است سازمان در کدام بخش درمان (مستقیم یا غیرمستقیم) سرمایه گذاری و آن را توسعه نماید. پاسخ به این سوال به دلیل حساسیت های موجود و نقش دینفعان مختلف، نیاز به انجام مطالعه و پژوهش های ریشه ای و کاربردی نه صرفاً از جنس تئوری دارد. گروه هایی از دینفعان موافق توسعه و گسترش درمان مستقیم هستند از جمله جوامع کارگری به دلیل رایگان بودن خدمات درمان مستقیم و سهولت دسترسی به این خدمات، از موافقین جدی درمان مستقیم هستند. همچنین این نوع خدمات به دلیل اینکه بودجه و یارانه دولتی به آن تعلق نمی گیرد و پاسخگوی بخشی از خدمات مورد نیاز جمعیت کشور است برای دولت و وزارت بهداشت ارزشمند است. نمایندگان مجلس هم همین طور به دلیل افزایش دسترسی مردم شهر تحت نمایندگی خود، تمایل به ساخت وساز و گسترش مراکز ملکی دارند. همچنین گروهی از کارشناسان سازمان معتقد هستند که درمان مستقیم منجر به گسترش پوشش بیمه و افزایش قدرت چانه زنی سازمان می گردد. از طرف دیگر هزینه درمان مستقیم بالاتر از غیرمستقیم است و این مبحث همیشه مطرح است که قیمت تمام شده خدمات در درمان مستقیم به مراتب بالاتر از درمان غیرمستقیم است. یعنی در واقع سازمان می تواند بدون هزینه ساخت مراکز و به کارگیری نیروی انسانی، خدمات درمانی بیشتر و گسترده تر در بخش درمان غیرمستقیم به بیمه شده تحت پوشش

خود ارائه نماید. شواهد علمی هم حاکی از این است که سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی در جهان تمایل بیشتری به نقش اصلی بیمه‌گری خود یعنی خرید خدمت دارند.

در شرایط کنونی که سازمان مکلف به ارائه هر دو روش است این سوال مطرح است که توسعه درمان مستقیم چه تاثیری بر عرضه و تقاضای درمان غیرمستقیم دارد و آیا تا چه حدی منجر به کاهش هزینه‌های غیرمستقیم در آن استان خواهد شد و برعکس اگر درمان غیرمستقیم گسترش یابد به چه اندازه‌ای نیاز به گسترش درمان مستقیم کم می‌شود و در نهایت نقطه تعادل ارائه این دو نوع خدمت به چه شکل است. در پاسخ به این سوالات، پژوهش حاضر با اهداف ذیل طراحی شده است.

❖ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

ارائه مدل بهینه ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی و تعیین نقطه تعادل تولید و خرید خدمت

◀ اهداف فرعی

۱- بررسی تاثیر گسترش تولید درمان توسط سازمان بر بار مراجعات و هزینه‌های خرید خدمت در همان

جغرافیا

۲- بررسی تاثیر گسترش خرید خدمت توسط سازمان بر بار مراجعات و عملکرد مراکز ملکی در همان

جغرافیا

۳- تعیین علل و عوامل موثر بر رفتار بیمه‌شدگان در تمایل و انتخاب روش درمان مستقیم یا غیرمستقیم و

عوامل انگیزاننده مصرف خدمات

۴- تعیین نقطه بهینه و تعادل بین تولید و خرید خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی

❖ زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج تحقیق (کاربست آن در سازمان تامین اجتماعی یا حوزه رفاه و تامین

اجتماعی):

- بازنگری در شیوه ارائه خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی به منظور افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان

و ارتقاء کارایی و بهره‌وری هرچه بیشتر بخش درمان سازمان تامین اجتماعی

- تعیین استراتژی سازمان تامین اجتماعی برای تخصیص سهم مشخصی از منابع موجود به بخش درمان



کد سند:
شماره ویرایش:

مستقیم در مقابل بخش درمان غیرمستقیم
❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی - سازمان تامین اجتماعی - سال ۱۴۰۲
❖ شرح خدمات مورد انتظار: ۱- بررسی تاثیر گسترش و توسعه دو بخش درمان مستقیم و غیرمستقیم بر همدیگر ۲- شناسایی علل و عوامل موثر بر رفتار بیمه‌شدگان در تمایل و انتخاب روش درمان مستقیم یا غیرمستقیم ۳- تعیین نقطه بهینه و تعادل ارائه خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی ۴- ارائه پیشنهادات سیاستی به مدیران سازمان در جهت توسعه خدمات درمانی
❖ خروجی‌های موردانتظار: ۱- گزارش کارشناسی ۲- سند سیاستی ۳- مقاله
❖ محدودیت‌ها و موانع احتمالی پیش رو:
❖ مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه): ۷ ماه
❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد <input type="checkbox"/> متوسط <input checked="" type="checkbox"/> کلان <input type="checkbox"/>