



❖ عنوان پژوهش:		
بررسی میزان تخلفات مالی در مراکز طرف قرارداد و ارایه راهکارهای مناسب پیشگیرانه		
❖ نوع پژوهش:		
توسعه‌ای <input type="checkbox"/>	بنیادی <input type="checkbox"/>	کاربردی <input checked="" type="checkbox"/>
❖ نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:		
سند سیاستگذاری <input type="checkbox"/>	گزارش کارشناسی <input type="checkbox"/>	طرح پژوهشی <input checked="" type="checkbox"/>

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 می شود که منطبق با اصول علمی روش تحقیق انجام می شود.

«سند سیاست گذاری»

«سند سیاست گذاری»، گزارشی کوتاه، بی طرفانه و موجز در پاسخ به یک سؤال مشخص یا راجع به یک مسئله خاص است که استاندارد صلاحیت برای تهیه سند سیاست گذاری، افراد خبره هستند. این گزارش شامل سه بخش زیر می شود: 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 می پردازد. بخش دوم که گزارش اصلی را تشکیل می دهد و در ۳ تا ۵ صفحه مطابق چارچوب تعیین شده تهیه می شود، «پیشنهادات سیاست گذاری» نامیده می شود. بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارائه اسناد پشتیبان آن می پردازد، «یادداشت سیاست گذاری» نام دارد. هر یک از این سه بخش برای اهداف خاص و مخاطبان ویژه خود تهیه می شوند.

«گزارش کارشناسی»

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

«تعریف سطح خرد/متوسط/کلان»

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

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

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

❖ توصیف و بیان مسئله:

یکی از چالش‌های اساسی که نظام‌های سلامت امروزه با آن مواجه هستند رشد چشم‌گیر هزینه‌های بهداشت و درمان است. نتیجه طبیعی نگرانی از افزایش هزینه‌ها، توجه بیش از پیش به موضوع هدررفت منابع در نظام سلامت است. بخشی از این هدررفت به دلیل تخلفات و سوءاستفاده‌هایی است که منجر به تحمیل هزینه یا خسارت به جامعه و به صورت اختصاصی منجر به هدررفت منابع نظام سلامت می‌شوند که به تبع به خسارات‌های انسانی و محدودیت در ارائه خدمات نیز منتهی می‌شود.

تبعات مالی و غیرمالی تخلفات بر نظام سلامت و مردم موجب شده است که این موضوع همواره به عنوان یک موضوع داغ و پراهمیت در کانون توجه قرار گیرد. با اینکه انواع و اندازه‌ی فساد و تخلف در ارائه خدمات سلامت از کشوری به کشور دیگر متفاوت است اما می‌توان گفت که این پدیده مختص کشور خاصی نیست و تمامی نظام‌های سلامت به نوعی با این مشکل دست به گریبان بوده و به دنبال راه‌هایی برای کشف، پیشگیری و مقابله با آن هستند.

در بسیاری از کشورها از جمله کشور ما تخلف‌های پزشکی و انواع تقلب و سوء استفاده به علت ناآگاهی جامعه، نارسایی‌های شبکه بهداشت و درمان و ضعف مکانیسم‌های نظارتی ابعاد مختلفی به خود گرفته است که بسیاری از آنها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر هستند و با وجود پیشرفت‌های فراوان در تکنولوژی و الکترونیکی کردن ثبت اطلاعات پرونده‌های بیماران و امکان تشخیص راحت‌تر تخلف، هنوز این موضوع از چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌گر کشور محسوب می‌شود و بار مالی قابل توجهی نیز بر دوش آنها قرار می‌دهند.

سازمان تامین اجتماعی به عنوان بزرگترین سازمان بیمه‌گر درمانی کشور که بیش از نصف جمعیت کشور را تحت پوشش خود دارد و با هزاران مرکز درمانی شامل ۸۹۱ بیمارستان، ۲۵۲۳ درمانگاه، ۱۰۶ دی‌کلینیک، 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) طرف قرارداد است؛ با حجم عظیم فعل و انفعالات مالی در رابطه با ارایه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان توسط مراکز طرف قرارداد مواجه است که ضرورت توجه به مسئله تخلف و سوء استفاده از منابع این سازمان را آشکار می‌سازد.

تخلفات و سوء استفاده‌ها از نظر شدت و اهمیت یکسان نبوده و فرآیندها، انگیزه‌ها و بازیگران مختلفی در شکل‌گیری آنها نقش دارند. بنابراین شناسایی دقیق این تخلفات به تفکیک نوع مراکز طرف قرارداد یا نوع خدمت و راهکارهای کاهش و پیشگیری از وقوع آنها از جمله اقدامات مهمی است که استفاده بهینه از منابع سازمان در

پاسخگویی به نیازها و انتظارات مشروع بیمه‌شدگان را تسهیل می‌کند. در همین راستا و به منظور شناسایی تخلفات و سوءاستفاده مراکز طرف قرارداد سازمان و ارائه یک برنامه منسجم برای مقابله با تخلفات شناسایی شده، مطالعه حاضر به درخواست معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، در دستور کار این موسسه قرار گرفته است.

❖ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

بررسی میزان شیوع تخلفات مالی در مراکز طرف قرارداد و ارزیابی راهکارهای مناسب پیشگیرانه

◀ اهداف فرعی

- ۱- شناسایی انواع تخلفات صورت گرفته توسط مراکز درمانی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی به تفکیک نوع خدمت و مالکیت مراکز (دولتی، خصوصی، خیریه و...)
- ۲- میزان شیوع انواع تخلفات و طبقه‌بندی آنها
- ۳- دلایل بروز انواع تخلفات شناسایی شده
- ۴- برآورد بار مالی تخلفات شناسایی شده
- ۵- ارزیابی راهکارهای مناسب جهت شناسایی و کنترل تخلفات صورت گرفته توسط مراکز درمانی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی

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

- بهبود نظارت‌های درمان غیرمستقیم بر تخلفات مراکز درمانی طرف قرارداد با توجه به یک الگو یا سازوکار علمی مشخص

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

- سازمان تأمین اجتماعی

- سال ۱۴۰۲

❖ شرح خدمات مورد انتظار:



کد سند:
شماره ویرایش:

<p>- بررسی داده‌های درمان سازمان جهت شناسایی انواع تخلفات</p> <p>- اخذ نظرات صحنظران و کارشناسان ذیربط</p>
<p>❖ خروجی‌های موردانتظار:</p> <p>۱- گزارش کارشناسی</p> <p>۲- سند سیاستی</p>
<p>❖ محدودیت‌ها و موانع احتمالی پیش رو:</p>
<p>❖ مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه):</p> <p>۶ ماه</p>
<p>❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح:</p> <p>خرد <input type="checkbox"/> متوسط <input checked="" type="checkbox"/> کلان <input type="checkbox"/></p>