



❖ عنوان پژوهش:		
تاثیر تعرفه گلوبال در پرداخت از جیب بیماران مراجعه به مراکز طرف قرارداد و ملکی سازمان تامین اجتماعی		
❖ نوع پژوهش:		
کاربردی <input type="checkbox"/>	بنیادی <input checked="" type="checkbox"/>	توسعه‌ای <input type="checkbox"/>
❖ نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:		
طرح پژوهشی <input checked="" type="checkbox"/>	گزارش کارشناسی <input type="checkbox"/>	سند سیاستگذاری <input 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 می‌شود.

«سند سیاست گذاری»

«سند سیاست گذاری»، گزارشی کوتاه، بی‌طرفانه 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 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 سیاست گذاری» نامیده می‌شود. بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارائه اسناد پشتیبان آن می‌پردازد، «یادداشت سیاست گذاری» 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 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:

نظام های سلامت با چهار کارکرد اصلی تولیت، ارائه ی خدمات، تولید منابع و تأمین مالی به منظور بهره مندی افراد جامعه از خدمات سلامت مورد نیازشان به صورت کارآمد و عادلانه به وجود آمده اند. تأمین مالی نظام سلامت که به معنی جمع آوری درآمد برای پرداخت در ازای عملکرد نظام سلامت می باشد، از دغدغه های اساسی دولت ها در سراسر دنیا است. زیرا منابع مالی چه جاری و چه سرمایه ای، برای فراهم کردن دروندادهای اساسی ارائه خدمت ضروری است. بدون منابع مالی مورد نیاز هیچ نیروی انسانی برای بخش سلامت استخدام نمی شود، هیچ دارویی فراهم نمی شود و پیشگیری و ارتقاء سلامت نیز اتفاق نمی افتد.

یک سیستم تأمین مالی مناسب، منابع کافی را برای بخش سلامت فراهم می کند به گونه ای که مردم بتوانند خدمات مورد نیازشان را دریافت نمایند بدون آنکه به دلیل پرداخت هزینه های سلامت با مخارج کمرشکن مواجه شوند یا به ورطه ی فقر کشانده شوند. چنین نظام تأمین مالی همچنین به منظور حصول اطمینان از دسترسی کارآمد همه ی افراد به خدمات سلامت با کیفیت مشوق های لازم را برای ارائه کنندگان خدمات فراهم می کند (۱۶). تأمین مالی سلامت به لحاظ مفهومی به سه کارکرد به هم مرتبط شامل جمع آوری درآمد ، انباشت منابع ، خرید/ ارائه خدمت تقسیم می شود (۱۵-۱۷).

در کل چهار منبع کلیدی برای تأمین مالی بخش سلامت شامل مالیات، مشارکت های صندوق های بیمه ی اجتماعی، خرید داوطلبانه ی بیمه های خصوصی و پرداخت از جیب وجود دارد. این ۴ منبع را می توان تحت عناوین اجباری یا بیمه اجتماعی ، قانونی یا مالیات و اختیاری یا بیمه ی خصوصی نیز طبقه بندی کرد اما باید توجه داشت که کمتر کشوری وجود دارد که تنها از یک سیستم تأمین مالی استفاده کند (۱۸).. ترکیب تأمین مالی سلامت، بر روی عملکرد نظام سلامت و توانایی یک کشور برای دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت تأثیر می گذارد. در حالی که منابع خصوصی در همه ی نظام های سلامت ایفای نقش می کنند، شواهد نشان می دهد که تأمین مالی عمومی، اجباری و مبتنی بر پیش پرداخت است که به کشورها برای حرکت به سوی UHC کمک می کند. سطوح پایین تأمین مالی عمومی با کاهش محافظت مالی و بدتر شدن برون دادهای سلامت مرتبط است (۱۹). به طور متوسط تقریباً ۵۰ درصد تأمین مالی سلامت در کشورهای با درآمد پایین از محل پرداخت از جیب است در حالی که این میزان در کشورهای با درآمد متوسط ۳۰ درصد و در کشورهای با درآمد بالا ۱۴ درصد است. زمانی که پرداخت ها از محل مخارج عمومی دولت، بیمه های اجتماعی (عمومی) سلامت و پیش پرداخت های خصوصی ترکیب می شوند نشان می دهند که تنها ۳۸ درصد تأمین مالی مراقبت های سلامت در کشورهای با درآمد پایین انباشت می شوند در حالی که این میزان در کشورهای با درآمد متوسط و بالا به ترتیب ۶۰ درصد و ۸۰ درصد می باشد (۲۰).

در ایران از روش های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت استفاده می شود و الگوی تأمین مالی در نظام سلامت ایران در زمره ی نظام های سلامت با تأمین مالی چندگانه قرار دارد. منابع مالی نظام سلامت کشور شامل درآمدهای دولت از محل منابع عمومی، بیمه های اجتماعی، منابع شرکت ها و مؤسسات دولتی، پرداخت از جیب و بیمه های خصوصی است (۲۱). بررسی ساختار حساب های ملی سلامت طی سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۴ گویای نقش غالب خانوارها در تأمین مالی بخش سلامت در کشور است. بیشترین میزان مخارج سلامت خانوارها به عنوان درصدی از مخارج کل سلامت با میزان ۵۷/۴۸ درصد مربوط به سال ۱۳۸۹ و کمترین میزان آن با مقادیر ۳۸/۵۴ و ۳۷/۰۷ به ترتیب مربوط به سال های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ یعنی دوره ی اجرای طرح تحول سلامت است. پس از خانوارها، منابع دولت مرکزی به واسطه ی وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه ی سلامت ایران، عوامل عمده ی تأمین مالی در نظام سلامت ایران بوده اند. در سال ۱۳۹۴ سهم هر یک از عوامل فوق در تأمین مالی سلامت در ایران به ترتیب ۱۶/۴۳ درصد، ۱۵/۳۴ درصد و ۱۱/۴۷ درصد بوده است (۲۲). افزایش پرداخت از جیب می تواند عامل دشواری اقتصادی در کشورهای در حال توسعه باشد. همزمان که میزان پرداخت از جیب برای خدمات مراقبت سلامت افزایش می یابد، توزیع و انباشت خطر کمزنگ و تخصیص منابع ناعادلانه می شود. در نتیجه افراد آسیب پذیر با دشواری مالی و خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت مواجه می شوند. پرداخت از جیب می تواند بازتاب دهنده ی نابرابری های اجتماعی و فقدان محافظت اجتماعی به ویژه مکانیسم های کارآمد و مناسب بیمه ای باشد. این نوع سیستم تأمین مالی به عنوان ناکارآمدترین مکانیسم تأمین مالی سلامت، بزرگترین بار را بر فقرا تحمیل می کند و با خطر بالاتر فقیر شدن خانوارها به دلیل مخارج کمرشکن سلامت مرتبط است و همچنین می تواند منجر به فقر و از دست دادن درآمد به خاطر فروش دارایی های خانواده به منظور تأمین مالی سلامت گردد (۲۳). در ایران عدالت در تأمین مالی و بهره گیری از مراقبت های سلامت بر اساس رویکردهای عدالت افقی و عمودی در برنامه های ملی مورد تأکید قرار گرفته است و جزء ترجیحات اجتماعی است (۲۴). طی دهه های گذشته سیاست های عمده ای به منظور ارتقاء تأمین مالی عادلانه و کاهش پرداخت از جیب انجام شده است. بیمه ی تخت، درمان رایگان قربانیان تصادفات وسایل نقلیه، استقرار برنامه ی پزشک خانواده و بیمه ی روستایی، استقرار هیأت امنای بیمارستان های آموزشی، برنامه ی تمام وقتی جغرافیایی پزشکان و برنامه ی اخیر تحول سلامت در ایران که در اوایل سال ۲۰۱۴ اجرا شده است، مثال هایی از چنین سیاست های محافظت کننده ای بوده اند (۲۳). اما نتایج مطالعات سال های اخیر نشان داده است که دولت های گذشته و فعلی قادر به دستیابی به این اهداف نبوده اند (۲۴). نتایج مطالعه ی راغفر نشان داده است که میزان شاخص عدالت در مشارکت مالی در ایران طی سال های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ با نوسانات اندکی همراه بوده و تغییر چندانی نکرده است. عدد این شاخص در خانوارهای روستایی کل کشور بین ۰,۷۵ تا ۰,۷۷ و در خانوارهای شهری کل کشور بین ۰,۷۸ تا ۰,۸۳ بوده است که شرایط عادلانه و مناسبی از توزیع بار هزینه های سلامت در کشور را نشان نمی دهد. در این مطالعه درصد زایش فقر خانوارهای

روستایی به دلیل تأمین هزینه های سلامت از ۲/۲ در سال ۱۳۶۳ تا ۵/۴ در سال ۱۳۸۸ افزایش یافته است و در خانوارهای شهری نیز طی این بازه ی زمانی از ۱/۲ به ۴ افزایش یافته است. درصد خانوارهای روستایی مواجه شده با هزینه های کمرشکن سلامت از ۰/۷۶ در سال ۱۳۶۳ به ۰/۷۵ در سال ۱۳۸۸ رسیده است و برای خانوارهای شهری در میزان ۰/۷۹ ثابت باقی مانده و تغییرات زیادی نداشته است. (۲۵). طی سال های اخیر نیز برنامه ی اصلاحات نظام سلامت تحت عنوان طرح تحول سلامت که یکی از اهداف عمده ی آن کاهش پرداخت از جیب بیماران و ایجاد محافظت مالی بود نیز به دلیل چالش های اقتصادی کشور قادر به تحقق کامل اهداف مورد نظر نبود (۲۴، ۲۶).

سازمان بیمه ی تأمین اجتماعی که در سال ۱۳۹۴ تأمین کننده ی حدود ۱۵/۳۴ درصد مخارج نظام سلامت در ایران بوده است، با حدود ۴۲ میلیون بیمه شده بزرگترین صندوق بیمه ای کشور چه به لحاظ بیمه ی بازنشستگی و چه به لحاظ بیمه ی درمان است. بررسی ها نشان می دهد که این سازمان در آینده ای نزدیک با بحران های جدی مواجه خواهد شد. کسری نقدینگی سازمان به طور جدی از سال ۱۳۹۲ مشاهده می شود که عمدتاً پیامد طرح ها و برنامه های حمایتی و عدم پرداخت مطالبات سازمان توسط دولت بوده است. رشد سریع تعداد مستمری بگیران به تعداد بیمه شدگان و کاهش نسبت پشتیبانی موجب افزایش مصارف سازمان نسبت به منابع آن گردیده است. این امر تا سال ۱۴۰۰ منجر به تعمیق و گسترش شکاف میان منابع و مصارف سازمان خواهد شد. اگر چه این کسری طی چند سال اخیر توسط تزریق منابع مالی حاصل از سود سرمایه گذاری ها و تسهیلات اخذ شده از بانک ها تأمین اعتبار شده است اما سازمان به لحاظ نقدینگی و اندوخته گذاری در شرایط بحرانی قرار دارد. احتمال ورشکستگی سازمان تأمین اجتماعی طی ۱۰ سال آینده بسیار بالاست و اندازه ی بحران نیز به حدی است که دولت توان مداخله ی اقتصادی نخواهد داشت (۲). وقوع چنین شرایطی علاوه بر تأثیراتی که بر کل نظام تأمین اجتماعی و بیش از نیمی از جمعیت کشور خواهد گذاشت منجر به تحمیل بار بزرگتری از مخارج سلامت بر دوش خانوارها خواهد شد و مداخله ی دولت در این حوزه را ضروری می نماید حال آنکه بررسی روند کسری بودجه ای دولت، توانمندی بلندمدت دولت برای مداخله در این حوزه را نیز مورد تردید قرار می دهد. کسری بودجه به پدیده ای پایدار در ساختار بودجه ای ایران تبدیل شده است. تنها در سال ۱۳۷۵ مازاد بودجه ای برابر با ۳۳۸/۸ میلیارد ریال بوده است. از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۵ دولت با کسری بودجه مواجهه کرده هر چند میزان این کسری طی سالیان مختلف متفاوت بوده است. از سال ۱۳۹۱ شیب کسری بودجه شدت یافته و از ۴۵۵۴۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۱ به ۲۸۸۴۹۵/۵ میلیارد ریال افزایش یافته است، یعنی طی مدت ۴ سال ۶/۳ برابر شده است (۲۷). اگر چه در حال حاضر شاخص های «پایداری بدهی» برای اقتصاد ایران در شرایط «بدون خطر اما نیازمند بررسی و توجه» بیشتر است. اما در صورت بروز هر یک از شوک های اقتصادی- مالی کلان احتمال ورود این شاخص به ناحیه ی خطر وجود دارد. به عبارت دیگر مقاومت شاخص های پایداری بدهی اقتصاد ایران در مقابل شوکهای اقتصادی ضعیف بوده و از این منظر، اقتصاد ایران

را در معرض آسیب قرار داده است. با توجه به این شرایط برای افزایش درجه پایداری مالی در اقتصاد ایران، لازم است که در مورد میزان ایجاد تعهدات برای بخش عمومی احتیاط لازم به عمل آید(۲۸). بالا بودن سهم پرداخت از جیب در تأمین مالی مخارج سلامت ایران، چالش های آتی پیش روی سازمان تأمین اجتماعی و پایداری مالی ضعیف دولت در کنار روند فزاینده ی مخارج سلامت منجر به ایجاد نگرانی های بیشماری در زمینه ی پایداری مالی نظام تأمین مالی سلامت کشور در آینده شده است. مخارج سلامت طی سه دهه ی گذشته در بسیاری از کشورها از جمله در ایران به سرعت رشد کرده است و موجب نگرانی در دولت ها، بیماران و شرکت های بیمه شده است(۲۹). طی ۱۵ سال گذشته، بخش سلامت همواره رشدی سریعتر از کل اقتصاد داشته است. بین سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ در مقایسه با کل اقتصاد جهان که رشدی برابر با ۲/۸ درصد داشته است، اقتصاد سلامت در سطح جهان به طور متوسط سالیانه ۴ درصد رشد را تجربه کرده است(۳۰).

نگرانی در مورد رشد مخارج سلامت و پایداری بلند مدت آن منجر به برانگیختن طراحی مدل های پیش بینی کننده ی مخارج مراقبت های سلامت در بسیاری از کشورها شده است. سیاستگذاران به دلیل نگرانی در باره ی پایداری مالی مخارج دولتی، افزایش قیمت مراقبت های سلامت، بهره وری بخش سلامت یا فشارهای مالی روی بیماران و خانواده هایشان در جست و جوی درک دامنه ی آینده ی این مشکل و تنظیم برنامه ای برای اصلاحات سیاسی به منظور کاهش فشار هزینه ها هستند(۳۱). پیش بینی مخارج سلامت و منابع تأمین مالی آن برای سیاستگذاری اثربخش در حوزه ی سلامت ضروری است. با پیش بینی های قابل اعتماد از مخارج آینده، تصمیم گیران می توانند برنامه ریزی و فرآیندهای بلندمدت را تعدیل نمایند، سرمایه گذاری ها می توانند به صورت استراتژیک به منظور مقابله با کمبودها یا افزایش رشد طی سال های آتی انجام شوند(۱۰).

شواهد متعددی از پیش بینی مخارج سلامت برای کشورهای عضو سازمان توسعه ی همکاری های اقتصادی(۳۲)، ۳۳، کشورهای اروپایی(۱۱، ۳۴، ۳۵)، ایالات متحده(۳۶، ۳۷) و سایر کشورها(۳۸-۴۱) وجود دارد. طی سال های اخیر نیز مجموعه ای از مطالعات به پیش بینی مخارج سلامت کشورهای جهان به تفکیک عوامل تأمین مالی آن پرداخته اند(۹، ۱۰، ۴۲) اما در نظام سلامت ایران کمتر به این موضوع پرداخته شده است. یوسفی نژاد و همکاران با بهره گیری از رویکرد سیستمی به پیش بینی وضعیت مالی بیمه ی سلامت در ایران پرداخته است نتایج مطالعه ی آن ها حاکی از آن است که بیمه های سلامت در ایران طی دهه های آینده با کمبود شدید منابع مواجه خواهند بود(۴۳). جهان مهر و همکاران در مطالعه ی خود با عنوان «تحلیل فضای مالی سلامت در ایران و پیش بینی آن تا سال ۱۴۰۹» مخارج سلامت کشور را به تفکیک عوامل تأمین آن پیش بینی کرده اند. بر اساس این پیش بینی ها، مخارج سلامت کل، مخارج سلامت دولت، مخارج سلامت سازمان تأمین اجتماعی، مخارج سلامت پرداخت از جیب و سایر مخارج سلامت بخش خصوصی به ترتیب با نرخ رشد ۳۰/۵۳ درصد، ۲۵/۹۲ درصد، ۳۴/۴۳ درصد، ۳۱/۲ درصد و ۳۳/۸۷ درصد افزایش خواهند یافت. طی سال های آتی با فرض ثابت ماندن سایر شرایط، نقش دولت در تأمین مالی سلامت کشور رشد قابل ملاحظه ای نخواهد داشت. در سال

۱۴۰۹، ۲۲/۲۴ درصد از کل مخارج سلامت توسط دولت، ۲۳/۳۲ درصد توسط سازمان تأمین اجتماعی، ۴۰ درصد به صورت پرداخت از جیب و ۱۴/۵۳ درصد توسط سایر عوامل تأمین مالی خصوصی پرداخت خواهد شد (۴۴). با بررسی شواهد موجود از وضعیت آتی منابع مالی سازمان تأمین اجتماعی و افزایش پیش بینی شده برای سهم این سازمان در تأمین مالی مخارج سلامت کشور این سؤال به ذهن متبادر می گردد که آیا سازمان توان تحمل چنین هزینه های سنگینی را خواهد داشت؟ بنابراین مطالعه ی حاضر با هدف بررسی جزئی تر مخارج سلامت سازمان تأمین اجتماعی و پیش بینی آن تا سال ۱۴۰۹ (۲۰۳۰) طراحی شده است تا مبنای لازم برای برنامه ریزی های بلندمدت مدیران این سازمان را فراهم سازد.

❖ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

تاثیر تعرفه گلوبال در پرداخت از جیب بیماران مراجعه به مراکز طرف قرارداد و ملکی سازمان تامین اجتماعی

◀ اهداف فرعی

۱- محاسبه میانگین صورتحساب محقق شده بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در مراکز طرف قرارداد به

تفکیک اعمال جراحی گلوبال

۲- محاسبه میانگین صورتحساب محقق شده بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در مراکز ملکی سازمان به

تفکیک اعمال جراحی گلوبال

۳- مقایسه میانگین صورتحساب محقق شده با تعرفه گلوبال

۴- بررسی تاثیر تعرفه گلوبال در پرداخت از جیب بیماران

۵- بررسی تاثیر تعرفه گلوبال بر هزینه های درمان سازمان تامین اجتماعی در بخش درمان مستقیم و

غیرمستقیم

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

اجتماعی):

نتایج این پژوهش می تواند در تعیین تعرفه های خدمات جراحی گلوبال مفید واقع شود.

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

- مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد سازمان تامین اجتماعی



کد سند:
شماره ویرایش:

سال ۱۴۰۲ -
❖ شرح خدمات مورد انتظار: - تعیین اعمال جراحی گلوبال شایع و استخراج تعرفه های آنها از کتابچه تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی مصوب هیأت وزیران - تهیه جداول ریز صورتحساب بستری یک عمل جراحی و عملکرد بخش بستری بیمارستانها به تفکیک تخصص های پزشکی - جمع آوری اطلاعات از مراکز ملکی و طرف قرارداد - تجزیه و تحلیل داده ها متناسب با اهداف مطالعه
❖ خروجی های مورد انتظار: ۱- گزارش کارشناسی ۲- مقاله
❖ محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو:
❖ مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه): ۶ ماه
❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد <input type="checkbox"/> متوسط <input checked="" type="checkbox"/> کلان <input type="checkbox"/>