



❖ عنوان پژوهش: امکان‌سنجی یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر در نظام سلامت		
❖ 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 تأمین 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 خیره 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 تعیین‌شده تهیه می‌شود، «پیشنهادات 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:

سیستم تأمین منابع مالی از اجزای بسیار مهم یک نظام سلامت می‌باشد؛ یعنی ساز و کارهایی که پول از طریق آن‌ها جا به جا می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار کند. به طور خلاصه، وصول درآمد، یک کاسه کردن سرمایه و خرید خدمات، سه وظیفه‌ی یک نظام تأمین مالی بهداشت و درمان می‌باشند. فرایند تأمین منابع مالی تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد، تأمین مالی تعیین می‌کند، چقدر پول موجود است، چه کسی بار مالی را تحمل می‌کند، چه کسی اعتبارات را کنترل می‌کند، چگونه خطرات انباشته می‌شوند و آیا می‌توان هزینه‌های مراقبت سلامت را کنترل کرد یا خیر؟ در کل چهار روش اصلی تأمین مالی در نظام سلامت وجود دارد: پرداخت به وسیله دولت، بیمه‌های اجتماعی سلامت، بیمه‌های خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب مردم. در این میان، سازمان‌های بیمه درمانی مناسب‌ترین گزینه‌ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد، بدون آن که تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرد. در نهایت هدف از سازمان‌های بیمه‌ی سلامت، ایجاد صندوق‌هایی جهت انباشت سرمایه و کاهش خطر می‌باشد. در کشور ما تعدد سازمان‌های بیمه‌گر همواره چالش‌هایی را برای نظام سلامت ایجاد کرده است. از مهمترین سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌توان به بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و بیمه نیروهای مسلح اشاره کرد. وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد در نظام تأمین مالی کشور رسالت اساسی سازمان بیمه که همانا جمع‌سرمایه و کاهش ریسک می‌باشد نقض می‌کند. سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور هر یک رویکرد خاص خود را دارند و با قوانین خود میزان و سطح پوشش خدمات را تعیین می‌کنند. به عبارتی خط مشی روشن و یکپارچه‌ای که کلیه سازمان‌های بیمه‌گر از آن تبعیت کنند وجود ندارد. پراکندگی صندوق‌های بیمه سلامت، باعث ایجاد سیستمی چند لایه با بسته خدمات ناعادلانه برای جمعیت‌های مختلف می‌شود. از طرفی هر یک از این صندوق‌ها، بخش‌های مشخصی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهند که معمولاً از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، میزان آسیب‌پذیری و نیازهای سلامتی به هم شبیه هستند، و این امر، توزیع یارانه‌های متقاطع را در میان گروه‌های مختلف جمعیتی محدود می‌کند. چنین وضعیتی، برخلاف اصل همبستگی اجتماعی بوده و تبعات منفی زیادی از نظر عدالت در دسترسی به خدمات را به دنبال خواهد داشت.

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگترین سازمان بیمه‌گر در کنار بیمه خدمات درمانی می‌باشد. به دلیل نبود قواعد یکپارچه بیمه‌ای بین سازمان‌های بیمه‌گر، همواره مشکلات زیادی برای ارائه‌دهندگان خدمات، مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گردر مواجه با بیماران بوجود می‌آید. از اینرو و در همین راستا سازمان تأمین اجتماعی در نظر دارد مطالعه‌ای را با هدف بررسی امکان‌سنجی یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر در نظام سلامت را انجام دهد تا بتواند گامی کوچک در راستای یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای بین سازمان‌های بیمه‌گر برداشته باشد.

❖ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

بررسی امکان‌سنجی یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر در نظام سلامت

◀ اهداف فرعی

- ۱- مرور متون در زمینه وضعیت تعدد سازمان‌های بیمه‌ای و نحوه یکپارچه‌سازی قوانین بیمه‌ای
- ۲- بررسی وضعیت فعلی قوانین و مقررات بیمه تامین اجتماعی و سایر بیمه‌های پایه کشور
- ۳- بررسی و مقایسه نحوه اضافه شدن یک خدمت در تعهد بیمه، میزان تعهد خدمات و تعرفه آن در بیمه تامین اجتماعی با سایر سازمان‌های بیمه‌ای
- ۴- بررسی و آسیب‌شناسی وجود قوانین متعدد در سازمان‌های بیمه‌گر
- ۵- بررسی مزایا و معایب یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای در سازمان‌های بیمه‌گر (مرور متون و مصاحبه با صاحب‌نظران)
- ۶- بررسی زیرساخت‌ها و ملزومات لازم در جهت یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای
- ۷- بررسی امکان‌سنجی یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای و ارائه گزارش آن

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

اجتماعی):

تدوین سندی جهت یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای در حوزه سلامت کشور

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

- نظام سلامت کشور

- سال ۱۴۰۰

❖ شرح خدمات مورد انتظار:

- چگونگی افزوده شدن یک خدمت در تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر
- مقایسه لیست خدمات درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی با سایر سازمان‌های بیمه‌گر
- بررسی آسیب‌های چند نرخی تعرفه‌های نظام سلامت در مقایسه با بخش‌های مختلف حوزه درمان در کشور
- بررسی انتظار پزشکان از خدمات در تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر و تعیین اولویت‌های مورد نیاز ایشان (مصاحبه‌های کیفی با جامعه پزشکی کشور)
- امکان‌سنجی یکپارچه‌سازی قواعد بیمه‌ای
- ارائه گزارش تحلیلی از موارد پیشگفت

❖ خروجی‌های مورد انتظار:



کد سند:
شماره ویرایش:

گزارش کارشناسی

❖ محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو:

❖ مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه): ۸ ماه

❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد متوسط کلان