



❖ عنوان پژوهش:		
محاسبه عمق پوشش هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه (سازمان تأمین اجتماعی) در سال ۱۴۰۰		
❖ 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 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 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:

تامین مالی در کنار تولید، تولید منابع و ارائه خدمات جزو چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می‌باشد. روش‌های متعارف در تامین مالی نظام سلامت عبارتند از مالیات و درآمدهای عمومی، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های درمانی خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب. در صورتی که دولت‌ها نتوانند مراقبت‌های سلامت را به طور کامل تامین مالی کنند، بار تامین مالی مستقیماً به عهده مردم خواهد بود و آنها مجبور هستند هزینه‌های درمانی خود را از جیب پرداخت کنند. پرداخت از جیب شامل پرداخت‌های رسمی، غیررسمی و پرداخت جهت خرید دارو یا کالا می‌شود. پرداخت از جیب یکی از ناکارآمدترین سیستم‌های تامین مالی است و اثرات منفی از جمله هزینه‌های کمرشکن را به بار می‌آورد. عدم پوشش بیمه‌ای یا پوشش‌های بیمه‌ای ضعیف و حمایت‌های اجتماعی ناکافی از جمله دلایل افزایش پرداخت از جیب می‌باشد. در این بین بیمه‌های سلامت نقش بسیار مهمی در حمایت از اقشار مختلف مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت ایفا می‌کنند. بیمه به عنوان یکی از مکانیسم‌های تامین مالی نظام سلامت موجب می‌گردد تا هزینه‌های گران و پیش‌بینی نشده ناشی از مراقبت‌های سلامت برای خانوارها کاهش یابد و این هزینه‌ها به حق بیمه‌های قابل پیش‌بینی تبدیل گردد. این امر به نوبه خود تاثیر بسزایی در حفاظت اجتماعی و توسعه اقتصادی افراد جامعه و خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر دارد. یکی از مهمترین اهداف نظام‌های سلامت موفق دنیا، ایجاد یک سیستم بیمه‌ای مناسب است که بتواند افراد را در برابر هزینه‌های غیرمنتظره حفاظت نماید. در ایران سازمان‌های متعدد بیمه‌ای وجود دارد که هر کدام با توجه به ماهیت وجودی خود، تعداد خدمات تحت پوشش و تعرفه خدمات را مشخص می‌کنند. سازمان تامین اجتماعی یکی از بزرگترین سازمان‌های بیمه‌گر در کشور از طریق بیمه‌های اجتماعی اجباری از بیمه شده‌های خود در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت حفاظت می‌کند. تعداد و عمق پوشش هزینه‌های خدمات مختلف در دوره‌های مختلف توسط سازمان تعیین و ابلاغ می‌گردد. هر ساله خدمات جدیدی تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند و در مقابل تعدادی از خدمات یا از ذیل پوشش بیمه خارج می‌شوند یا سقف حمایت مالی سازمان از این نوع خدمات کاهش می‌یابد. در دهه‌های اخیر و با توجه به افزایش هزینه‌های خدمات سلامت روند پوشش موثر هزینه‌های درمانی توسط بیمه‌ها دچار مخاطره شده است و سازمان‌های بیمه هر ساله پوشش بیمه‌ای خود برای دارو یا خدمات مختلف سلامت را کاهش می‌دهند.

از سال ۱۳۷۱ تاکنون روند پوشش هزینه‌های درمانی سازمان‌های بیمه‌گر پایه به دلایل متعدد بطور فزاینده‌ای، کاهش یافته است و پرداخت آن به عهده دولت و بیمه‌شدگان تحمیل شده است. به طوری که برآوردها نشان داده است که سهم پرداخت از جیب مردم کشور از هزینه‌های درمانی بیش از ۴۰ درصد می‌باشد. در حال حاضر در سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکانیسمی برای ثبت و گزارشگیری از کل هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان وجود ندارد. بنابراین هزینه‌هایی که بیمه‌شدگان بابت خودپرداخت و در هنگام مصرف خدمات

درمانی متحمل می‌شوند (اعم از فرانشیز، مابه‌التفاوت تعرفه‌های دولتی و غیردولتی، دریافت خدمات خارج از تعهد بیمه پایه و ...) به درستی ثبت و ارزیابی نمی‌شود. از اینرو شناسایی این امر می‌تواند در تعیین استراتژی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در پوشش هزینه‌های درمانی بسیار موثر باشد. در همین راستا سازمان تامین اجتماعی مطالعه‌ای را با هدف محاسبه عمق پوشش هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان توسط بیمه پایه سازمان تامین اجتماعی را طراحی نموده است.

❖ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

◀ هدف اصلی

محاسبه عمق پوشش هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه (سازمان تامین اجتماعی) در سال ۱۴۰۰

◀ اهداف فرعی

- ۱- مرور متون در زمینه میزان و نحوه پوشش دارو و خدمات اساسی در نظام‌های بیمه پایه سلامت کشورهای منتخب
- ۲- بررسی وضعیت موجود سازمان تامین اجتماعی در خصوص خدمات و هزینه‌های مورد تعهد و خارج از تعهد
- ۳- شناسایی و دسته‌بندی هزینه‌های پرداختی توسط بیمه‌شدگان به تفکیک بخش‌های دولتی و خصوصی
- ۴- محاسبه و ارائه گزارش در زمینه عمق پوشش هزینه‌های درمانی در سازمان تامین اجتماعی

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

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

- سازمان تامین اجتماعی
- سال ۱۴۰۰

❖ شرح خدمات مورد انتظار:

- ارائه تعاریف
- شناخت وضعیت موجود در خصوص خدمات و هزینه‌های مورد تعهد سازمان تامین اجتماعی
- شناسایی هزینه‌های پرداختی توسط بیمه‌شدگان به تفکیک بخش‌های دولتی و خصوصی و ترکیب این هزینه‌ها از نظر در تعهد یا خارج از تعهد بودن
- گزارش عمق پوشش هزینه‌ها

❖ خروجی‌های مورد انتظار:

- گزارش کارشناسی



کد سند:
شماره ویرایش:

❖ محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو:

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

❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد متوسط کلان