|  |
| --- |
| * **عنوان: برسی ابعاد حقوقی نظام پرداخت تعهدات مرتبط با درمان سازمان تامین اجتماعی** |
| * **نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:**   **طرح پژوهشی⬛ گزارش کارشناسی□ سند سیاستگذاری □** |
| * **عنوان برنامه راهبردی کلان و بخشی مرتبط با پژوهش: شیوه­های پرداخت بیمه­های درمان** |

#### «طرح پژوهشی»

###### استانداردترین تولید علمی شناخته شده است که منطبق با اصول علمی روش تحقیق انجام می‌شود. مراحل اجرای طرح پژوهشی شامل نیازسنجی پژوهشی (از طریق طرح سالانه نیازسنجی پژوهشی سازمان)، تعیین عنوان، شرح خدمات، دریافت پروپوزال، ارزیابی و تایید پروپوزال توسط شورای پژوهش، انعقاد قراداد، انجام پژوهش، داوری علمی وتایید نهایی شورای پژوهش می‌باشد.

#### «سند سیاست‌گذاری»[[1]](#footnote-1)

###### ‌»سند سیاست‌گذاری»، گزارشی کوتاه، بی‌طرفانه و موجز در پاسخ به یک سوال 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[[2]](#footnote-2)» خواهیم گفت، بر روی جلد گزارش، ضمن بیان مشکل در یک یا دو سطر، به ارایه راهکارهای اجرایی منطقی برای آن در حداکثر نصف صفحه می‌پردازد.

###### بخش دوم که گزارش اصلی را تشکیل می‌دهد و در 3 تا 5 صفحه مطابق چارچوب تعیین شده تهیه می‌شود، «پیشنهادات سیاست‎‌گذاری[[3]](#footnote-3)» نامیده می‌شود.

###### بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارایه اسناد پشتیبان آن می‌پردازد، «یادداشت سیاست‌گذاری[[4]](#footnote-4)» نام دارد. هر یک از این سه بخش برای اهداف خاص و مخاطبان ویژه خود تهیه می‌شوند.

#### «گزارش کارشناسی»

شامل ارایه یک گزارش کامل در خصوص یک موضوع خاص مورد نظر است که به یک فرد مجری با سطح صلاحیت حداقل «محقق» واگذار می‌شود تا در مدت زمان چند روز تا حداکثر 3 ماه، گزارش مورد نظر را منطبق با فرمت ارایه شده تهیه و ارایه نماید.

* **بیان و توصیف مسئله**

نظام پرداخت هزینه­های سلامت در ایران به علت تنوع سازمان­های تامین کننده منابع مالی بسیار متعدد و متنوع است. عمده­ترین این سازمان­ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان­های بیمه­گر پایه هستند که بالای 40 درصد گردش مالی نظام سلامت توسط آنها انجام می­شود. حقوق و مزایای ماهیانه، پرداخت به ازای هر خدمت، پرداخت به ازای هر بیماری و پاداش شیوه­های مختلفی هستند که در نظام سلامت ایران استفاده می­شوند.

سطح یک خدمات نظام سلامت کشور شامل خدمات پیشگیری و تشخیصی-درمانی است. خدمات پیشگیری توسط مراکز دولتی تحت پوشش شبکه­های بهداشتی-درمانی وزارت بهداشت به صورت رایگان به مردم ارائه می­شود و منابع مالی آن از طریق ردیف­های بودجه مندرج در قانون بودجه هر سال در اختیار وزارت بهداشت قرار می­گیرد. اکثر پزشکان، بهداشت­کاران، ماماها و سایر ارائه دهندگان خدمات پیشگیری، مستخدمان دانشگاه­های علوم پزشکی هستند و نظام پرداخت غالب به آنها به شکل حقوق و دستمزد است. خدمات تشخیصی و درمانی سطح یک توسط پزشکان عمومی در مطب­ها و مراکز درمانی ارائه می­شود که نوع پرداخت آنها بسته به نوع مالکیت مراکز و نوع بیمه متفاوت است. روستاییان و ساکنان شهرهای زیر 20 هزار نفر که فاقد پوشش بیمه درمانی هستند، به موجب قانون تحت پوشش سازمان بیمه سلامت قرار دارند و در اکثر موارد خدمات سطح یک را از طریق شبکه های بهداشت و درمان مستقر در روستا و شهر با رعایت نظام ارجاع دریافت می­کنند. پرداخت هزینه این افراد توسط سازمان بیمه سلامت به روش سرانه در اختیار دانشگاه­های علوم پزشکی قرار می­گیرد. پرداخت دانشگاه­ها به پزشکان و سایر ارائه­دهندگان دیگر با توجه به اینکه استخدام دانشگاه هستند، به شکل حقوق و دستمزد و کارانه پرداخت می­شود و رایگان به مردم ارائه می­شود.البته بعضی از خدمات مانند دارو خدمات پاراکلینینک شامل فرانشیز می­شود. در صورتی که این روستاییان به واسطه نوع اشتغال خود تحت پوشش سایر صندوق­های بیمه­ای باشند (اعم از تامین اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و...) نظام پرداخت سازمان های بیمه گر به روش کارانه انجام می­گیرد. برای ساکنان شهرهای بالای 20 هزار نفر نظام پرداخت تمامی سازمان های بیمه گر بابت خدمات ارائه شده در مطب و درمانگاه ها به صورت کارانه است.

خدمات سطح دو شامل خدمات تشخیصی- درمانی ارائه شده از سوی پزشکان متخصص می باشد. نظام پرداخت سازمان­های بیمه­گر به این گروه از پزشکان کارانه است، لیکن در صورتی که این پزشکان در درمانگاه­های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، فرهنگیان و... به صورت رسمی اشتغال داشته باشند علاوه بر کارانه، حقوق و دستمزد نیز دریافت می­کنند. این خدمات بسته به نوع مالکیت ارائه دهندگان شامل فرانشیز می شود. خدمات سطح سوم شامل خدمات سرپایی فوق تخصص و خدمات بستری می شود. نظام پرداخت برای ارائه دهندگان این نوع خدمات مشابه سطح دو است با این تفاوت که علاوه بر کارانه برای برخی اعمال جراحی پرداخت گلوبال هم موجود است.

یکی از مهمترین راهکارها جهت مهار هزینه­های درمانی در نظام­های مختلف بیمه ای، استفاده از نظام پرداخت در بخش سلامت است. شیوه پرداخت باید به گونه­ای طراحی و به کار گرفته شود که امکان جذب درآمد کافی برای ارائه کنندگان خدمات فراهم سازد تا آنها انگیزه کافی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا را داشته باشند و مانع از انتقال آنها به سمت مشاغل پردرآمدتر شود.

همانگونه که ذکر شد، روش­های پرداخت در نظام سلامت بسیار متنوع و پیچیده بوده و در کشور بر اساس نیاز و امکانات موجود، یک یا مجموعه­ای از چند روش برای جبران خسارت استفاده می­شود. معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و باتوجه به ارائه خدمت به دو روش مستقیم و غیرمستقیم، از روش­های مختلفی برای جبران خدمات در هر روش ارائه خدمت استفاده می نمایند. در درمان غیرمستقیم برای جبران خدمات از روش­های کارانه به ازای هر بیمار، کارانه به ازای هر خدمت و پرداخت روزانه استفاده می شود. در درمان مستقیم از روش های کارانه به ازای هر بیمار، کارانه به ازای هر خدمت، حقوق ماهانه و روش های پرداخت پاداش و پرداخت براساس ساعت کارکرد به جبران خدمات می پردازند.

این روش­های مختلف پرداخت به کارکنان بخش درمان دارای ابعاد مختلف حقوقی است که نیازمند بررسی کامل حقوقی است. مبنای روش­های پرداخت فعلی چیست، تا چه میزان از کارایی و اثربخشی برخوردار بوده و تا چه حد توانسته است ضمانت­اجرای کافی برای عدم تخلف در این بخش ایجاد نموده و رضایت ارائه­دهندگان خدمات و گیرندگان خدمات را فراهم نماید.

واضح است که سازمان تامین اجتماعی هنوز در اجرای کامل نظام سطح بندی و ارجاع­بندی موفق نبوده­است. چنانچه سازمان تامین اجتماعی بخواهد با پیاده­سازی نظام سطح بندی خدمات و ارجاع بیمار، به وضعیت کنونی سروسامان دهد، بی­شک یکی از ابعاد مهم این تحول بزرگ و ارزشمند، به روش­های پرداخت بیمه­های درمانی مربوط می­شود. این روش­های پرداخت در نظام سطح بندی و ارجاع پزشکان عمومی را شامل می­شود ( که نقش پزشک خانواده را برعهده خواهند داشت) و نیز پزشکان متخصص را (که بیماران تنها پس از ارجاع از سوی پزشک خانواده می­توانند به آنها مراجعه کنند). از یکسو، سازمان منابع محدود مالی دارد که غالبا از محل حق بیمه است و از سوی دیگر، بخش درمان موظف است با جیره­بندی مناسب و با اولویت پرداخت هزینه­های درمانی بیمه­شدگان اصلی و تبعی، متناسب­ترین نوع نظام پرداخت را طراحی و اعمال نماید. علیرغم تاکید قانون بیمه خدمات درمانی همگانی، قانون برنامه سوم توسعه، قانون برنامه پنجم و... ابعاد حقوقی نظام پرداخت بیمه­های درمانی همچنان تاحدودی مبهم است و نیازمند آسیب­شناسی و ارائه راهکارهای جدید حقوقی است که در این پژوهش بدان پرداخته می­شود.

* **اهداف**

**هدف کلی:**

**واکاوی حقوقی نظام پرداخت بیمه­های درمانی**

**اهداف اختصاصی:**

1. بررسی ساختار نظام پرداخت بیمه­های درمانی کشور در ایران و نظام‌های بیمة درمانیِ دیگر کشورهای منتخب؛
2. بررسی مبانی حقوقی و قانونی روش­های پرداخت بیمه درمانی در کشور؛
3. شناسایی نقاط قوت و ضعف نظام پرداخت فعلی بیمه­های درمانی کشور؛
4. امکان­سنجی ایجاد نظام حقوقی واحد پرداخت بیمه­های درمانی
5. ارائه راهکارهای جدید حقوقی

**محدوده مکانی**

سازمان تامین اجتماعی

* **زمان مورد انتظار اجرای پژوهش**

6 ماه

* **شرح خدمات و خروجی‌های موردانتظار**

1. بررسی ساختار نظام پرداخت بیمه­های درمانی کشور در ایران و سایر نظام­های بیمه­ای در دنیا( بیسمارکی، بوریجی و ترکیبی)؛
2. بررسی مبانی حقوقی و قانونی روش­های پرداخت بیمه­های درمانی در کشور؛
3. مطالعه تطبیقی قوانین و مقررات سایر کشورها درخصوص نظام ارجاع و شیوه­های پرداخت بیمه­های درمانی؛
4. شناسایی نقاط قوت و ضعف نظام پرداخت فعلی بیمه­های درمانی کشور؛
5. امکان­سنجی ایجاد نظام حقوقی یکپارچه پرداخت بیمه­های درمانی به صورت عادلانه؛
6. ارائه راهکارهای جدید حقوقی در قالب تدوین لایحه یا مقرره.

1. . Policy Paper [↑](#footnote-ref-1)
2. . Managerial Breif [↑](#footnote-ref-2)
3. . Policy Breif [↑](#footnote-ref-3)
4. . Policy Paper [↑](#footnote-ref-4)