|  |
| --- |
| * **عنوان پژوهش: تاثیر حذف ارز ترجیحی دارو بر پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی**
 |
| * **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 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 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 3 تا 5 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 3 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 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:امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است. و همواره بحث پیرامون چگونگی و ترکیب تأمین مالی خدمات سلامت، یکی از چالش‌هاي اساسی پیشروي برنامه‌ریزان و سیاستگذاران نظام سلامت، به ویژه در کشورهاي درحال توسعه بوده است. علی‌رغم تمامی تلاش‌هایی که در این حوزه انجام شده است، هنوز هم مشاهده می‌شود که تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهاي در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداخت‌هاي مستقیم از جیب و کمبود نسبی سازوکارهاي پیش‌پرداخت مانند مالیات و بیمه سلامت صورت می‌گیرد. پرداخت مستقیم از جیب، معمولاً ارتجاعی‌ترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیشترین مواجهه را با خطرات مالی کمرشکن برای افراد جامعه به دنبال دارد. این پرداخت‌ها همچنین می‌توانند موجب ضعف سیستم رسمی پرداخت، تحریف اولویت‌های نظام سلامت، کاهش دسترسی به خدمات سلامت و ناکارایی اصلاحات در سیستم بهداشتی درمانی شود.براساس حساب‌های ملی سلامت مرکز آمار کشور، در بین هزینه‌های سلامت خانوار، دارو سهم 35 درصد را دارد. این در حالیست که داروخانه ها و خرده فروشان کالاهای پزشکی، 15درصد هزینه‌های درمان سازمان تامین اجتماعی و 17 درصد هزینه‌های سازمان بیمه سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. این آمار نشان‌دهنده این واقعیت است که بخش عمده هزینه‌های دارویی کشور از جیب بیماران پرداخت می‌شود. علیرغم سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی که وزارت بهداشت برای عادلانه کردن تأمین مالی نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم برای دارو اجرا کرده است، اما سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های دارو همچنان بالا است. یکی از این سیاست‌ها اختصاص ارز خارجی با نرخ رسمی به تولیدکنندگان و واردکنندگان دارویی بوده است که در راستای تامین داروی مورد نیاز کشور و جلوگیری از افزایش پرداخت مستقیم از جیب بیماران در چند سال اخیر در کشور اجرا شده است. البته این سیاست با گذشت زمان پیامدهای منفی به دنبال داشت. یکی از این پیامدهای منفی این بود که با گذشت زمان و بالا رفتن اختلاف نرخ ارز رسمی با بازار، یک سری مشکلات جدی از جمله قاچاق دارو و سوء استفاده از ارز دریافتی برای تامین دارو در نظام دارویی کشور پدید آمد. این مشکلات منجر شد تا دولت سیزدهم طرح جدیدی به‌نام دارویار را تدوین و در تیرماه سال 1401 اجرایی نماید. در این طرح اختصاص ارز ترجیحی از ابتدای زنجیره سلامت یعنی واردکنندگان و تولیدکنندگان به انتهای زنجیره منتقل شده و از طریق بیمه‌ها به مصرف‌کننده نهایی اختصاص یافته است و در نتیجه مطابق با حکم تکلیفی قانون بودجه سال ۱۴۰۱، پرداختی از جیب مردم باید بدون تغییر بماند. اما آنچه در عمل دیده می‌شود حذف ارز ترجیحی به تولیدکنندگان و واردکنندگان اختلالاتی در زنجیره دارویی کشور به وجود آورده است که تامین دارو و دسترسی مردم به دارو را تحت تاثیر قرار داده است. بنابراین، مطالعه پیش‌رو با این هدف طراحی شده است که اثر حذف ارز ترجیحی بر پرداخت از جیب بیماران مورد بررسی قرار گیرد.  |
| **اهداف مورد نظر برای تحقیق:*** **هدف اصلی**

بررسی تاثیر حذف ارز ترجیحی دارو بر پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی * **اهداف فرعی**
* بررسی تجربیات کشور درخصوص حذف ارز ترجیحی دارو
* محاسبه پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای دارو در دوره قبل از حذف ارز ترجیحی دارو
* محاسبه پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای دارو در دوره بعد از حذف ارز ترجیحی دارو
* تعیین میزان سهم دارو از پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای خدمات درمانی در سال‌های قبل از حذف ارز ترجیحی دارو
* تعیین میزان سهم دارو از پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای خدمات درمانی در یکسال بعد از حذف ارز ترجیحی دارو
* ارائه راهکارهای سیاستی برای کاهش پرداخت از جیب بیمه شده سازمان تامین اجتماعی
 |
| * **زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج تحقیق (کاربست آن در سازمان تامین اجتماعی یا حوزه رفاه و تامین اجتماعی):**
* آگاهی از تاثیر حذف ارز ترجیحی دارو بر پرداخت از جیب بیماران و ارائه راهکارهای محافظت مالی از بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی جهت تهیه دارو
 |
| * **محدوده مکانی و محدوده زمانی**
* سازمان تامین اجتماعی
* سال 1388 الی 1401
 |
| * **شرح خدمات مورد انتظار:**
* بررسی متون در زمینه پرداخت از جیب بیماران برای هزینه‌های دارویی در کشورهای دیگر
* محاسبه پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای دوره‌های زمانی قبل و بعد از حذف ارز ترجیحی دارو
* تعیین میزان سهم دارو از پرداخت از جیب بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی برای خدمات درمانی در سال‌های قبل و بعد از حذف ارز ترجیحی دارو
* ارائه راهکار جهت محافظت مالی از بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی جهت دسترسی به دارو
 |
| * **خروجی‌های موردانتظار:**
* گزارش کارشناسی
* سند سیاستی
 |
| * **محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو:**
 |
| * **مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه):** 8 ماه
 |
| * **سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد □ متوسط ✓ کلان □**
 |