



❖ عنوان پژوهش:		
بازطراحی قراردادهای، روش‌های پرداخت و مشوق‌های ارائه‌دهندگان در چارچوب خرید راهبردی خدمات درمانی		
❖ 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 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 3 تا 5 صفحه مطابق چارچوب تعیین‌شده تهیه می‌شود، «پیشنهادهای 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 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:

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین خریداران خدمات درمانی کشور، بخش قابل توجهی از منابع درمانی خود را از طریق قرارداد با بیمارستان‌ها، پزشکان، داروخانه‌ها، مراکز پاراکلینیکی و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت هزینه می‌کند. نحوه تنظیم قراردادها، روش‌های پرداخت و نوع مشوق‌هایی که در ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمت به کار گرفته می‌شود، نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتار ارائه‌دهندگان، میزان مصرف خدمات، کیفیت مراقبت، کنترل هزینه‌ها و پایداری مالی سازمان دارد.

در الگوی خرید منفعل، قراردادها و پرداخت‌ها عمدتاً بر مبنای حجم خدمت، تعرفه‌های مصوب، رسیدگی پسینی اسناد و پرداخت در برابر خدمت انجام‌شده شکل می‌گیرند. در چنین وضعیتی، انگیزه ارائه‌دهندگان ممکن است به سمت افزایش تعداد خدمات، تجویزهای بیشتر، تکرار خدمات، استفاده از فناوری‌های پرهزینه و افزایش هزینه‌های سازمان سوق پیدا کند. این مسئله به‌ویژه در درمان غیرمستقیم، که سازمان کنترل مستقیم بر فرآیند ارائه خدمت ندارد، اهمیت بیشتری می‌یابد.

در مقابل، خرید راهبردی خدمات درمانی مستلزم آن است که سازمان از ظرفیت قراردادها، روش‌های پرداخت و مشوق‌های مالی و غیرمالی برای جهت‌دهی به رفتار ارائه‌دهندگان استفاده کند. در این رویکرد، خریدار خدمت باید بتواند از طریق طراحی قراردادهای هدفمند، پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت مبتنی بر کیفیت، سقف‌گذاری، بسته‌های خدمتی، مشوق‌های رعایت گایدلاین، جریمه‌های عدم انطباق، پایش عملکرد و ارزیابی نتایج، خرید خدمت را از حالت صرفاً کمی و منفعل به سمت خرید مبتنی بر ارزش، کیفیت و کارایی هدایت کند.

مسئله اصلی این گزارش آن است که قراردادها و روش‌های پرداخت موجود در سازمان تأمین اجتماعی تا چه اندازه با الزامات خرید راهبردی خدمات درمانی همخوانی دارند و چه اصلاحاتی باید در آن‌ها انجام شود تا بتوانند به ابزار مدیریت هزینه، ارتقای کیفیت، کنترل تقاضای القایی و بهبود پاسخگویی ارائه‌دهندگان تبدیل شوند. بدون اصلاح قراردادها و نظام پرداخت، حتی طراحی گایدلاین‌ها، قواعد بیمه‌ای و سامانه هوشمند رسیدگی اسناد نیز نمی‌تواند به‌تنهایی رفتار ارائه‌دهندگان را به‌صورت پایدار تغییر دهد.

از این‌رو، این گزارش کارشناسی با هدف بررسی و بازطراحی چارچوب قراردادها، روش‌های پرداخت و مشوق‌های ارائه‌دهندگان در چارچوب خرید راهبردی خدمات درمانی تهیه می‌شود تا سازمان تأمین اجتماعی بتواند با استفاده از ابزارهای قراردادی و پرداختی، کنترل مؤثرتری بر هزینه‌ها، کیفیت خدمات و رفتار طرف‌های قرارداد اعمال کند.

۱ اهداف مورد نظر برای تحقیق:

۱ هدف اصلی

تدوین چارچوب پیشنهادی برای بازطراحی قراردادها، روش‌های پرداخت و مشوق‌های ارائه‌دهندگان خدمات درمانی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در چارچوب خرید راهبردی خدمات درمانی.

۱ اهداف فرعی

1. بررسی وضعیت موجود قراردادهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.
2. شناسایی نقاط ضعف، خلأها و محدودیت‌های قراردادهای فعلی از منظر خرید راهبردی، کنترل هزینه، کیفیت

خدمت و پاسخگویی ارائه‌دهندگان.

3. بررسی روش‌های پرداخت موجود و تحلیل آثار احتمالی آن‌ها بر رفتار ارائه‌دهندگان، حجم خدمات، هزینه‌ها و کیفیت مراقبت.
4. شناسایی انواع روش‌های پرداخت قابل استفاده در خرید راهبردی، از جمله پرداخت به ازای خدمت، سرانه، بودجه کلی، پرداخت موردی، پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت مبتنی بر کیفیت، بسته خدمتی و پرداخت ترکیبی.
5. تحلیل مزایا، محدودیت‌ها، پیش‌نیازها و قابلیت کاربرد هر یک از روش‌های پرداخت در سازمان تأمین اجتماعی.
6. شناسایی مشوق‌ها و بازدارنده‌های مالی و غیرمالی قابل استفاده برای جهت‌دهی به رفتار ارائه‌دهندگان خدمت.
7. تبیین ارتباط میان قراردادهای، روش‌های پرداخت، گایدلاین‌های بالینی، قواعد بیمه‌ای، رسیدگی اسناد و سامانه‌های هوشمند.
8. ارائه چارچوب پیشنهادی برای بازطراحی قراردادهای و روش‌های پرداخت با تأکید بر کنترل هزینه، کیفیت، رعایت ضوابط و خرید مبتنی بر ارزش.
9. ارائه پیشنهاد‌های اجرایی برای اصلاح تدریجی قراردادهای و روش‌های پرداخت در گروه‌های مختلف ارائه‌دهندگان خدمت.

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

1. استفاده توسط معاونت درمان سازمان برای بازنگری در قراردادهای خرید خدمت با ارائه‌دهندگان طرف قرارداد.
2. کمک به اصلاح روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها، پزشکان، داروخانه‌ها، مراکز تصویربرداری، آزمایشگاه‌ها و سایر مراکز پاراکلینیکی.
3. فراهم‌سازی مبنای کاهش انگیزه‌های منجر به افزایش غیرضروری حجم خدمات و هزینه‌های درمان.
4. پشتیبانی از طراحی قراردادهای مبتنی بر کیفیت، عملکرد، رعایت گایدلاین و کنترل هزینه.
5. کمک به افزایش شفافیت، پاسخگویی و قابلیت پایش در روابط قراردادی سازمان با ارائه‌دهندگان خدمت.
6. فراهم‌سازی ورودی برای طراحی سامانه هوشمند رسیدگی اسناد و داشبوردهای پایش عملکرد ارائه‌دهندگان.
7. کمک به تدوین سیاست‌های تشویقی و تنبیهی برای ارائه‌دهندگان بر اساس عملکرد، کیفیت، هزینه و رعایت ضوابط بیمه‌ای.
8. پشتیبانی از گذار سازمان از خرید منفعل به خرید راهبردی خدمات درمانی.
9. ایجاد مبنای کارشناسی برای تعامل سازمان با وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه سلامت، انجمن‌های حرفه‌ای و سایر بیمه‌گران.

❖ محدوده مکانی و محدوده زمانی

محدوده مکانی:

محدوده اصلی گزارش، سازمان تأمین اجتماعی با تمرکز بر حوزه درمان غیرمستقیم و قراردادهای خرید خدمت با ارائه‌دهندگان طرف قرارداد است. بررسی می‌تواند شامل قراردادهای منعقد با بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، پزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، مراکز توانبخشی و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمت باشد. در صورت امکان، مطالعه می‌تواند با بررسی نمونه‌ای از قراردادهای و روش‌های پرداخت در چند استان منتخب یا چند گروه خدمت پرهزینه و پرتکرار انجام شود.

محدوده زمانی:

گزارش با تمرکز بر وضعیت موجود قراردادهای، روشهای پرداخت و مشوقهای فعلی سازمان تهیه می شود. در صورت دسترسی به اطلاعات، بررسی روندهای مربوط به هزینه، حجم خدمت، کسورات، عملکرد ارائه دهندگان و آثار روشهای پرداخت می تواند با تأکید بر داده های سه تا پنج سال اخیر انجام شود.

❖ شرح خدمات مورد انتظار:

1. بررسی اسناد، قراردادها، شیوه نامه ها، دستورالعمل ها، تعرفه ها، ضوابط پرداخت و اسناد مرتبط با خرید خدمت در سازمان تأمین اجتماعی.
2. طبقه بندی انواع قراردادهای موجود سازمان با ارائه دهندگان خدمت، بر اساس نوع ارائه دهنده، نوع خدمت، سطح خدمت، روش پرداخت، تعهدات طرفین و سازوکارهای نظارتی.
3. بررسی وضعیت موجود روشهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات درمانی و شناسایی آثار احتمالی آنها بر رفتار ارائه دهندگان، حجم خدمات، هزینه ها و کیفیت مراقبت.
4. تحلیل نقاط ضعف قراردادهای موجود از منظر خرید راهبردی، از جمله نبود شاخص های عملکرد، ضعف ضمانت اجرا، عدم پیوند پرداخت با کیفیت، ضعف در کنترل حجم خدمت، نبود سازوکارهای تشویقی و محدودیت در پایش تعهدات.
5. بررسی میزان ارتباط قراردادهای موجود با گایدلاین های بالینی، قواعد بیمه ای، ضوابط رسیدگی اسناد و شاخص های عملکرد ارائه دهندگان.
6. بررسی تجارب و الگوهای قابل استفاده در طراحی قراردادهای خرید راهبردی خدمات درمانی و روشهای پرداخت مبتنی بر ارزش، کیفیت و عملکرد.
7. شناسایی روشهای پرداخت قابل استفاده برای گروه های مختلف ارائه دهندگان، شامل بیمارستان ها، پزشکان، داروخانه ها، آزمایشگاه ها، مراکز تصویربرداری و سایر مراکز پاراکلینیکی.
8. تحلیل مزایا، معایب، پیش نیازها و ریسک های هر روش پرداخت در بستر سازمان تأمین اجتماعی.
9. بررسی امکان استفاده از پرداخت های ترکیبی برای ایجاد تعادل میان کنترل هزینه، حفظ کیفیت و جلوگیری از کاهش دسترسی بیمه شدگان به خدمات ضروری.
10. شناسایی مشوق های مالی قابل استفاده، شامل پاداش عملکرد، پرداخت مبتنی بر کیفیت، افزایش سهم قرارداد برای ارائه دهندگان خوش عملکرد، کاهش کسورات در صورت رعایت ضوابط و مشوق های رعایت گایدلاین.
11. شناسایی مشوق ها و بازدارنده های غیرمالی، شامل رتبه بندی ارائه دهندگان، انتشار گزارش عملکرد، اولویت در تمدید قرارداد، کاهش فرایندهای اداری برای مراکز کم ریسک و نظارت بیشتر بر مراکز پرریسک.
12. طراحی چارچوب پیشنهادی برای دسته بندی ارائه دهندگان بر اساس ریسک، عملکرد، کیفیت، هزینه، میزان مغایرت اسناد و رعایت ضوابط بیمه ای.
13. تبیین ارتباط میان روشهای پرداخت و سامانه هوشمند رسیدگی اسناد، به ویژه از منظر تولید داده، پایش عملکرد، کنترل مغایرت ها و اعمال مشوق ها یا جرایم.
14. شناسایی شاخص های پیشنهادی برای ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان در قراردادهای خرید راهبردی، شامل شاخص های هزینه، حجم خدمت، کیفیت، رعایت گایدلاین، میزان مغایرت، میزان اعتراض، رضایت بیمه شده و زمان پاسخگویی.
15. ارائه چارچوب پیشنهادی برای اصلاح قراردادها، شامل مواد قراردادی مرتبط با کیفیت، رعایت ضوابط بیمه ای، تبادل داده، شفافیت، پاسخگویی، رسیدگی به اختلافات، تعهدات اطلاعاتی و ضمانت اجرا.

16. پیشنهاد الگوی اصلاح تدریجی قراردادهای و روشهای پرداخت، از جمله اجرای پایلوت در چند گروه خدمت یا چند نوع ارائه‌دهنده منتخب.
17. بررسی الزامات حقوقی، مالی، داده‌ای، اجرایی و سازمانی برای اصلاح قراردادهای و روشهای پرداخت.
18. شناسایی ریسک‌های احتمالی اصلاح نظام پرداخت و قراردادهای، شامل مقاومت ارائه‌دهندگان، کاهش دسترسی، انتقال هزینه به بیمه‌شده، افزایش اعتراضات و دشواری سنجش کیفیت.
19. ارائه راهکارهای مدیریت تعارض منافع و تعامل با ارائه‌دهندگان، انجمن‌های حرفه‌ای، نهادهای تنظیم‌گر و واحدهای داخلی سازمان.
20. تدوین گزارش نهایی، خلاصه مدیریتی، جداول تحلیلی، الگوی پیشنهادی قرارداد و پیشنهادها برای اجرای قابل استفاده برای سازمان.

محورهای اصلی بررسی در گزارش

1. وضعیت موجود قراردادهای خرید خدمت در سازمان تأمین اجتماعی
2. روشهای پرداخت فعلی و آثار رفتاری آنها
3. نسبت قراردادهای و پرداختها با خرید راهبردی خدمات درمانی
4. شاخصهای ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان
5. روشهای پرداخت جایگزین و ترکیبی
6. مشوقها و بازدارندههای مالی و غیرمالی
7. پیوند قراردادهای با گایدلاینها و قواعد بیمه‌ای
8. پیوند قراردادهای با سامانه هوشمند رسیدگی اسناد
9. ضمانت اجرا، شفافیت و پاسخگویی در قراردادهای
10. دسته‌بندی ارائه‌دهندگان بر اساس ریسک و عملکرد
11. الزامات حقوقی و اجرایی اصلاح قراردادهای
12. ریسکهای اصلاح نظام پرداخت و راهکارهای مدیریت آن
13. برنامه پیشنهادی برای اجرای پایلوت و تعمیم تدریجی

❖ خروجی‌های موردانتظار :

1. گزارش کارشناسی نهایی با عنوان «بازطراحی قراردادهای، روشهای پرداخت و مشوقهای ارائه‌دهندگان در چارچوب خرید راهبردی خدمات درمانی».
2. خلاصه مدیریتی گزارش در حداکثر ۳ صفحه، شامل مسئله اصلی، یافته‌های کلیدی، الگوی پیشنهادی و توصیه‌های اجرایی.
3. طبقه‌بندی انواع قراردادهای موجود سازمان با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی.
4. تحلیل نقاط ضعف قراردادهای و روشهای پرداخت موجود از منظر خرید راهبردی.
5. جدول مقایسه‌ای روشهای پرداخت قابل استفاده، شامل مزایا، محدودیتها، پیش‌نیازها و قابلیت کاربرد در سازمان.
6. چارچوب پیشنهادی برای بازطراحی قراردادهای خرید خدمت با ارائه‌دهندگان.
7. چارچوب پیشنهادی برای انتخاب روش پرداخت مناسب برای گروههای مختلف ارائه‌دهندگان خدمت.
8. فهرست شاخصهای پیشنهادی برای ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان در قراردادهای خرید راهبردی.

9. الگوی پیشنهادی مشوق ها و بازدارنده های مالی و غیرمالی. 10. پیشنهاد مواد یا بندهای کلیدی قابل درج در قراردادهای جدید یا الحاقیه قراردادهای موجود. 11. ماتریس ریسک های اصلاح قراردادهای و روش های پرداخت و راهکارهای مدیریت آنها. 12. پیشنهاد اجرای پایلوت اصلاح قرارداد یا روش پرداخت در چند حوزه خدمت یا نوع ارائه دهنده منتخب. 13. جدول الزامات حقوقی، مالی، داده ای، سامانه ای و سازمانی برای اجرای الگوی پیشنهادی. 14. پیشنهاد های کاربردی برای ارتباط این گزارش با گزارش های مربوط به قواعد بیمه ای، سامانه هوشمند رسیدگی اسناد و نقشه راه اجرای خرید راهبردی. 15. پیوست شامل نمونه جداول تحلیلی، فهرست اسناد بررسی شده، خلاصه نشست های کارشناسی و نمونه چارچوب قرارداد پیشنهادی.	❖ محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو: 1. محدودیت دسترسی به متن کامل قراردادهای موجود، اطلاعات پرداخت ها، کسورات و عملکرد ارائه دهندگان. 2. حساسیت حقوقی و مالی قراردادهای و احتمال محدودیت در انتشار یا تحلیل برخی اطلاعات. 3. تفاوت زیاد میان انواع ارائه دهندگان خدمت و دشواری طراحی یک الگوی واحد برای همه گروه ها. 4. مقاومت احتمالی ارائه دهندگان خدمت نسبت به تغییر روش پرداخت، افزایش شفافیت یا اعمال شاخص های عملکردی. 5. دشواری سنجش کیفیت خدمات درمانی و تبدیل آن به شاخص های قابل استفاده در قراردادهای و پرداخت ها. 6. خطر کاهش دسترسی بیمه شدگان به خدمات در صورت طراحی نامناسب مشوق ها یا محدودیت های پرداخت. 7. امکان انتقال هزینه به بیمه شدگان در صورت فشار بیش از حد بر ارائه دهندگان بدون طراحی سازوکارهای حمایتی و نظارتی. 8. وابستگی اصلاح قراردادهای به تصمیمات و مقررات بالادستی، تعرفه های مصوب و سیاست های شورای عالی بیمه سلامت. 9. محدودیت داده ای برای تحلیل دقیق آثار روش های پرداخت بر هزینه، کیفیت و رفتار ارائه دهندگان. 10. دشواری اجرای پایلوت در صورت نبود هماهنگی میان معاونت درمان، واحدهای حقوقی، مالی، فناوری اطلاعات، استان ها و ارائه دهندگان طرف قرارداد. 11. احتمال تمرکز بیش از حد بر اصلاح متن قرارداد و غفلت از سازوکار پایش، اجرا و ضمانت اجرایی آن.
❖ مدت زمان محدودی اجرای پروژه (ماه): سه ماه	❖ سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد ✓ متوسط □ کلان □
❖ ملاحظات اجرایی پیشنهادی: 1. این گزارش بهتر است پس از گزارش «آسیب شناسی وضعیت موجود خرید خدمت و رسیدگی اسناد پزشکی» انجام شود، زیرا شناخت مشکلات فعلی قراردادهای و روش های پرداخت پیش نیاز بازطراحی آنهاست. 2. گزارش باید با گزارش های مربوط به «گایدلاین ها و قواعد بیمه ای» و «سامانه هوشمند رسیدگی اسناد پزشکی»	

- هماهنگ باشد؛ زیرا قراردادهای و پرداختها باید با ضوابط بیمه‌ای و داده‌های قابل پایش در سامانه مرتبط شوند.
3. تمرکز گزارش باید بر ارائه چارچوب اصلاح و پیشنهادهای اجرایی باشد، نه صرفاً مرور نظری روش‌های پرداخت.
 4. مجری گزارش باید با اقتصاد سلامت، بیمه سلامت، حقوق قراردادهای، نظام پرداخت، خرید راهبردی خدمات سلامت و فرایندهای سازمان تأمین اجتماعی آشنایی کافی داشته باشد.
 5. در فرایند تهیه گزارش، استفاده از نظر کارشناسان معاونت درمان، اداره قراردادهای، واحد مالی، حقوقی، رسیدگی اسناد، فناوری اطلاعات و نمایندگان ارائه‌دهندگان خدمت ضروری است.
 6. پیشنهاد می‌شود گزارش حداقل چند گروه ارائه‌دهنده منتخب را به صورت جداگانه بررسی کند، زیرا روش پرداخت و قرارداد مناسب برای بیمارستان، پزشک، داروخانه و مراکز پاراکلینیکی یکسان نیست.
 7. خروجی گزارش باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که بتوان از آن برای تدوین الحاقیه قراردادهای، طراحی پایلوت روش پرداخت جدید یا اصلاح تدریجی قراردادهای موجود استفاده کرد.
 8. در تدوین پیشنهادهای باید تعادل میان کنترل هزینه، حفظ کیفیت، جلوگیری از کاهش دسترسی بیمه‌شدگان، رضایت ارائه‌دهندگان و پایداری مالی سازمان رعایت شود.