

The Cost of Hospitalization of Insured Persons of the Health Insurance Organization before and after the Health Care Reform Plan during the Years 2012-2016

Ali Shojaee^{1,2*}, Seyed Mosoud Shajari Pourmosavi¹, Mohammad Mahdi Kiani², Reza Moradi², Sanaz Taghizadeh², Elnaz Kalantari²

¹ Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

² Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Shojaee, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran. E-mail: shojaeeali1@yahoo.com

Received: July 18, 2018

Accepted: May 23, 2018

Abstract

Introduction: Health system reforms are designed and implemented according to the situational conditions of each country. Recently health reforms have focused on resources and costs in the health sector for governments; they would be as the tools for making the necessary changes and improvements. Governments have designed and implemented health reforms step by step to completing the coverage of health services in terms of geographic accessibility, service affordability, and avoiding health impoverishments, catastrophic poverty from the use of health services in recent two decades. Objectives other than completing public coverage, improving quality and the quality of health services and care, and the logical reduction in costs and the optimal use of resources. Objectives other than completing public coverage, improving quality. The quality of health services and care has not had a reasonable reduction in costs and the optimal use of resources. Comparing the spending costs of hospitalization in the years before and after the Iranian Healthcare Reforms Plan in 2014 has could show that the efficiency and cost of spending. This study seeks to examine the average cost of each hospitalization case in the years before and after the Iranian Healthcare Reforms Plan to compare the impact of the costs on health insurance funds.

Methods: The present study was a cross sectional study. The population of the study has included the sum of the inpatient bed day of health insurers admitted in hospitals of in 31 provinces over the past 5 years from 2010 to 2015. In this study, survey was being conducted, and accessible data resources in the databases were used for data collecting process and analyzing. The analysis has been conducted by using Excel 2010.

Results: The highest of growth rate of the cost of inpatient bed day of health insurers in the first year of the Iranian Healthcare Reform Plan was Included respectively to the rural fund (88.4%), governmental employees fund (75.2%), self-employed fund (73.17%) and other populations fund (73.10%), and the self-employed fund shown third ranking in growth rate, although growth rate of the cost spending in all funds was more than 73%. In the first year of Iranian Healthcare Reform Plan has shown more inpatient costs growth rate than 73 percent's for all the Iranian Health Insurance Funds.

Conclusions: The average of total inpatient spending cost has increasing trend in all funds of Iran Health Insurance and if there is not be a serious review of the Reform Plan, the health insurance organization may be faced serious financial problems. Therefore, by reviewing the Reform plan, it is possible to improve the plan as well as to ensure health insurance regarding sustainability of financial resources.

Keywords: Health Care Reform; Hospitalization; Length of Stay; Cost; Health Insurance

Citation:

Shojaee A, Shajari Pourmosavi SM, Kiani MM, et al. The cost of hospitalization of insured persons of the health insurance organization before and after the health care reform plan during the years 2012-2016. J Iran Health Insur. 2018;1(1-2):13-21.

هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران قبل و بعد از برنامه تحول نظام سلامت در طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵

علی شجاعی^{۱،*}، سید مسعود شجری پورموسوی^۱، محمد مهدی کیانی^۲، رضا مرادی^۲، ساناز تقی زاده^۲، الناز کلانتری^۲

^۱ سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

^۲ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: علی شجاعی، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران. ایمیل: shojaeeali1@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۴

چکیده

مقدمه: برنامه‌های رفم نظام سلامت با توجه به شرایطی که به وضعیت موجود هر کشور، طراحی و اجرا شده‌اند چنانکه رفم‌ها به توجه به کمبود منابع در بخش سلامت و هزینه‌بر بودن این بخش برای دولت‌ها اکنون ابزار ایجاد تغییرات مناسب و اصلاحات مورد نیازند. مقایسه هزینه‌های بخش بستری در سال‌های قبل و بعد از طرح تحول می‌تواند وضعیت خوبی از کارایی و نحوه هزینه‌های صرف شده ارائه کند. بدین منظور این مطالعه می‌کوشد با بررسی میانگین هزینه هر پرونده بستری در سال‌های قبل و بعد از برنامه تحول سلامت به مقایسه تأثیر این هزینه‌ها در صندوق‌های مختلف سازمان بیمه سلامت بپردازد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی گذشته‌نگر می‌باشد که چارچوب جمعیت مورد پژوهش شامل تمامی تخت‌روزیهای بیماران بستری بیمه سلامت در ۳۱ استان در ۵ سال اخیر از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ می‌باشد. در این مطالعه با استفاده از سرشماری از کلیه داده‌های موجود در فیلد پایگاه داده به شکل منابع داده موجود استفاده شده است. **یافته‌ها:** بیشترین میزان رشد هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان در سال آغاز برنامه تحول به ترتیب به صندوق روستاییان (۸۸،۴ درصد)، کارکنان دولت (۷۵،۲ درصد)، خویش فرمایان (۷۳،۱۷ درصد) و سایر اقشار (۷۳،۱۰ درصد) اختصاص داشته است و صندوق خویش فرمایان که بیمه‌شدگان همگانی ناشی از برنامه تحول را پوشش می‌داده رتبه سوم رشد را داشته است هرچند میزان رشد در همه صندوق‌ها بیشتر از ۷۳ درصد بوده است. در سال آغاز برنامه تحول نظام سلامت هزینه‌های بستری رشدی بالاتر از ۷۳ درصد برای سازمان بیمه سلامت ایران در همه صندوق‌ها داشته است.

نتیجه‌گیری: میانگین کل هزینه بستری به ازای هر پرونده بستری در تمامی صندوق‌ها روندی صعودی داشته و چنانچه یک بازنگری جدی در اجرای برنامه تحول سلامت نشود، سازمان بیمه سلامت با مشکلات مالی جدی روبرو خواهد شد. لذا می‌توان با بازنگری در برنامه تحول نظام سلامت، به اجرای هرچه بهتر این برنامه و همچنین حصول اطمینان به بیمه سلامت در خصوص حفظ و پایداری منابع مالی شد. **واژگان کلیدی:** رفم نظام سلامت؛ طول اقامت بستری؛ هزینه؛ بیمه سلامت

مقدمه

رفم نظام سلامت جزء راهبردی‌ترین مباحثی است که باعث یک تغییر هدفمند، پایدار و اساسی در جهت کارایی، اثربخشی و برابری در عرضه سلامت می‌شود [۱]. رفم‌های نظام سلامت همواره تحت تأثیر دو عامل فشارهای بیرونی و درونی نظام سلامت بوده‌اند. فشارهای بیرونی غالباً سیاست‌های ضروری را با توجه به شرایط فرموله می‌کند و تأکید بر این نکته دارد که رفم‌های نظام سلامت پدیده جدایی نیستند بلکه قسمت‌هایی از برنامه‌های رفاهی و اجتماعی می‌باشند [۲]. اکنون کشورهای دنیا ضرورت انجام رفم‌ها را درک نموده و نسل‌های مختلف رفم را طراحی، اجرا و پایش نموده‌اند. از نسل اول تا نسل‌های بعدی رفم‌های نظام سلامت در دنیا تقریباً شش دهه می‌گذرد. هدف اصلی این نسل از رفم‌ها بهبود شرایط کلی نظام‌های سلامت، افزایش رضایتمندی مردم، کارایی فنی، تخصیص منابع و برابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامت بوده است [۳].

فشارهای درونی که در شروع رفم‌های نظام سلامت بسیار مهم تلقی می‌شوند عبارتند از وضعیت سلامت موجود و مشکلاتی که نظام سلامت با آن مواجه است [۲]. مسایلی نظیر جمعیت تحت پوشش، مدل‌های ارائه خدمات مورد نیاز، مشکلات ساختاری و سازماندهی و نیز میزان هزینه‌های صرف شده جزء این دسته مشکلات هستند. بررسی هزینه‌های نظام سلامت در قالب بررسی کارایی از مواردی است که همواره در رفم‌های اخیر مد نظر بوده است [۲]. چنانکه در رفم اخیر در آمریکا که تحت عنوان «مراقبت قابل پرداخت» مطرح است، کاهش هزینه‌ها با «چشم اندازی سبز» مدنظر بوده است و پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ به میزان نیم در صد از تولید ناخالص ملی این کشور کاسته شود [۴].

در آمریکا طرح اوپاما که به منظور کاهش پرداخت از جیب و افزایش توان پرداخت بیماران و به عبارت دیگر قابل پرداخت بودن خدمات مراقبت سلامت صورت گرفت [۵]. در رفم صورت گرفته در کشور

هزینه‌های صرف شده ارائه کند. در این مطالعه با بررسی میانگین هزینه هر پرونده بستری بستری در سال‌های قبل و بعد از برنامه تحول سلامت به مقایسه تأثیر این هزینه‌ها در صندوق‌های مختلف سازمان بیمه سلامت بررسی می‌شود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی یک بررسی از نوع مقطعی و گذشته‌نگر بوده که واحد آن را هزینه واحد تخت روز بستری در بیمه-شدگان بیمه سلامت ایران تشکیل می‌دهد. چارچوب جمعیت مورد پژوهش شامل تمامی تخت روزهای بیماران بستری بیمه سلامت در ۳۱ استان در ۵ سال اخیر از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ می‌باشد. در این مطالعه با استفاده از روش سرشماری کلیه داده‌های موجود در فیلد پایگاه داده مورد ارزیابی قرار گرفته است. داده‌های جمعیتی صندوق‌های بیمه سلامت، آمار تعداد پرونده و میزان هزینه بستری در سه بخش بیمارستانی دانشگاهی، غیر دانشگاهی و خصوصی خیریه مورد بررسی قرار گرفته است.

این مطالعه شامل سه مرحله بوده است. مرحله اول شامل جمع‌آوری داده‌ها از طریق فرم جمع‌آوری داده (طراحی شده برای این مطالعه) صورت گرفت. داده‌های مربوط به جمعیت بیمه‌شدگان بستری در صندوق‌های مختلف، داده‌های مربوط به هزینه‌های بستری بر حسب صندوق‌های مختلف، و داده‌های مربوط به تعداد پرونده بستری بیمارستانی در صندوق‌های مختلف پس از استخراج در فرم جمع‌آوری داده وارد شدند تمامی داده‌های مرحله دوم در سه بخش بستری دانشگاهی، غیر دانشگاهی و خصوصی و خیریه مورد بررسی قرار گرفته است و با تکمیل داده‌های مورد نیاز مرحله دوم، مرحله تحلیل داده‌ها آغاز شد. با توجه به اینکه سازمان بیمه سلامت چهار صندوق دارد و بیماران بستری می‌توانند در بیمارستان‌های سه بخش خصوصی، دانشگاهی و غیر دانشگاهی مورد بررسی قرار گیرند، ۱۲ حالت ممکن ایجاد می‌شود که در تحلیل داده‌ها مد نظر قرار گرفته است.

برای تعیین آمار توصیفی از داده‌ها از نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۱۰ استفاده شده است. در تحلیل‌های صورت گرفته از شاخص میزان رشد سالیانه با فرمول زیر استفاده شده است:

میزان رشد سالیانه = [(میزان در سال پایه - میزان در سال n) / (میزان در سال پایه)] * ۱۰۰

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که روند افزایش جمعیت در سه صندوق کارکنان دولت، سایر اقشار و روستاییان در طول پنج سال اخیر تقریباً یکسان بوده و یا با تغییرات بسیار جزئی مواجه بوده است و همانطور که مورد انتظار است جمعیت بیمه‌شدگان همگانی که در قالب صندوق خویش فرمایان وجود دارد در بین سال‌های ۹۳-۹۲ شاهد رشد ناگهانی بوده است. بررسی جمعیت بیمه‌شدگان از این نظر حائز اهمیت است که نسبت مناسبی برای بیماردهی مراقبت بستری حاد می‌باشد (نمودار ۱ و جدول ۱).

هزینه‌های کل بستری در بخش دانشگاهی در روستاییان نسبت به اقشار دیگر مقادیر بالاتری را نشان می‌دهد (نمودار ۲).

چین، اهداف قابل پرداخت بودن خدمات مراقبتی سلامت همزمان با فراهم و قابل دسترس بودن این گونه خدمات مدنظر بوده است [۶] و همچنین در این کشور مطالعاتی برای کاهش هزینه داروهای گران قیمت به منظور بالابردن توان پرداختی بیماران صورت گرفته است [۷]. در نظام سلامت دانمارک فرم صورت گرفته به منظور کاهش پرداخت از جیب مردم بر رایگان شدن خدمات پزشکان عمومی متمرکز شد [۸]. برنامه‌های رفرفرم نظام سلامت با توجه به شرایطی که به وضعیت موجود هر کشور، طراحی و اجرا شده‌اند چنانکه فرم‌ها به توجه به کمبود منابع در بخش سلامت و هزینه‌بر بودن این بخش برای دولت‌ها اکنون ابزار ایجاد تغییرات مناسب و اصلاحات مورد نیازند [۹]. دولت‌ها برای تکمیل پوشش خدمات سلامت در ابعاد دسترسی جغرافیایی، پرداختی بودن خدمات و جلوگیری از فقر ناشی از استفاده خدمات سلامتی و هزینه‌های کمرشکن در دو الی سه دهه اخیر رفرفرم‌های سلامتی را یکی پس از دیگری به اجرا گذاشته و هدفی جز تکمیل پوشش همگانی، بهبود کمیت و کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی و کاهش منطقی هزینه‌ها و استفاده بهینه از منابع نداشته‌اند [۱۰].

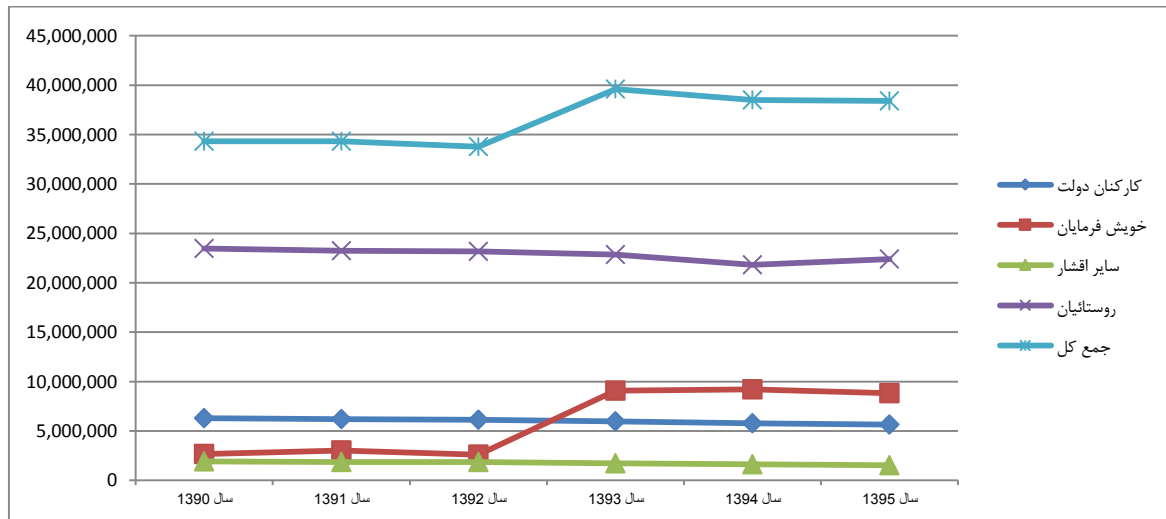
نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو شده است [۱۱]. در نظام ارائه خدمات درمانی ایران، عدم سطح‌بندی خدمات سلامت و نظام کامل ارجاع، به مصرف بیش از نیاز خدمات منجر شده است و با صرف ناصحیح منابع مالی و انسانی، باعث ناکارآمدی اقتصادی گشته است [۱۲، ۱۳]. فقدان راهنماهای بالینی، به ویژه با عنایت به ساختار نظام ارائه خدمات درمانی ایران، این ناکارآمدی را تشدید نموده است [۱۴، ۱۵]. پایین نگه داشتن تعرفه‌های بیمارستانی، به طور عمده برای حفظ توان سازمان‌های بیمه‌گر و در پاسخ به همین مشکل انجام شده است [۱۶، ۱۷]. اما این سیاست، در بیمارستان‌های دولتی منجر به کاهش درآمد و فشار اقتصادی به بیمارستان‌ها شده است [۱۸، ۱۹] و در بخش خصوصی، دریافت‌های خارج از تعرفه و در نهایت فشار به بیماران را موجب گشته است. طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» برای کنترل و کاهش فشار اقتصادی بیمارستان‌های دولتی نیز نتوانست مشکلات بیمارستان‌های آموزشی (دولتی) را کم کند و از فشار اقتصادی وارد بر آنها بکاهد [۲۰، ۲۱].

در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، پیرو ابلاغ سیاست‌های کلی مصوب مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و با تغییر دولت در سال ۱۳۹۲ طرح تحول نظام سلامت از سال ۱۳۹۳ (۱۳۹۳/۲/۱۵) آغاز شد که دارای ۸ برنامه و دستورالعمل اجرایی می‌باشد. اهداف این طرح کاهش میزان پرداختی بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی، ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی، ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند، ترویج زایمان طبیعی بارایگان نمودن فرانشیز و نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت بود [۲۲، ۲۳].

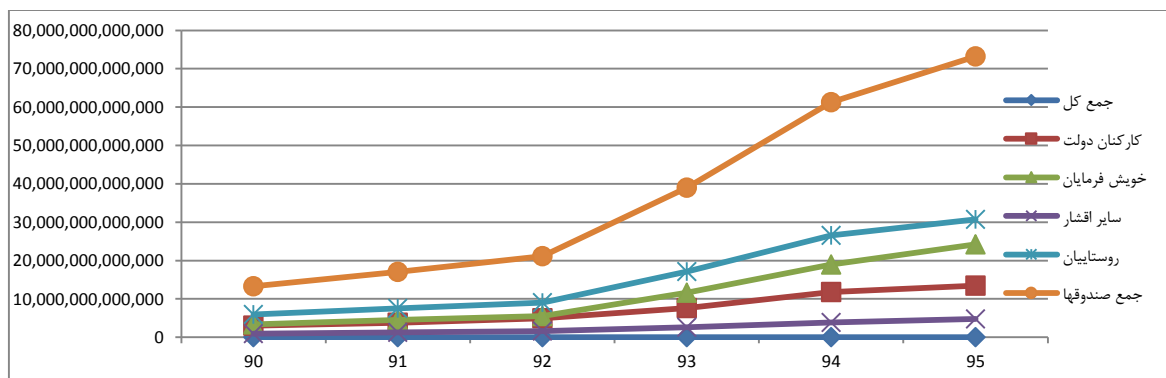
مطالعه حاضر به مقایسه هزینه‌های بخش بستری در سال‌های قبل و بعد از طرح تحول می‌پردازد که می‌تواند وضعیت خوبی از کارایی و نحوه

جدول ۱. جمعیت صندوق‌های بیمه سلامت در ۵ سال اخیر

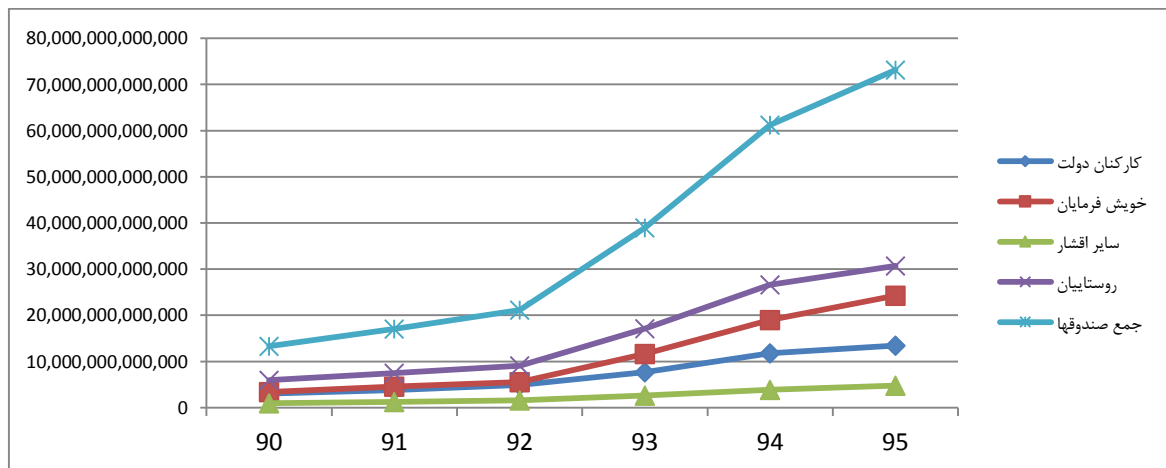
سال ۱۳۹۰	سال ۱۳۹۱	سال ۱۳۹۲	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵
کارکنان دولت	۶,۲۸۸,۷۳۹	۶,۱۹۷,۵۴۵	۶,۱۲۳,۶۳۶	۵,۹۵۷,۶۷۳	۵,۷۸۷,۹۹۶
خویش‌فرمایان	۲,۶۵۳,۴۱۹	۳,۰۱۷,۲۳۹	۲,۶۱۱,۴۰۶	۹,۰۷۷,۸۷۲	۹,۳۲۵,۴۵۳
سایر اقشار	۱,۹۱۴,۰۳۲	۱,۸۷۰,۵۹۷	۱,۸۵۴,۳۱۹	۱,۷۲۱,۱۷۴	۱,۶۴۳,۰۵۳
روستاییان	۲۳,۴۷۰,۹۴۷	۲۳,۲۳۱,۱۸۵	۲۳,۱۷۳,۱۰۷	۲۲,۸۵۷,۷۷۱	۲۱,۸۲۵,۸۷۸
جمع کل	۳۴,۳۲۷,۱۳۷	۳۴,۳۱۶,۵۶۶	۳۳,۷۶۲,۴۶۸	۳۹,۶۱۴,۴۹۰	۳۸,۴۸۲,۳۸۰



نمودار ۱. جمعیت صندوق‌های بیمه سلامت در ۵ سال اخیر



نمودار ۲. میزان هزینه کل بستری در بخش دانشگاهی در ۵ سال اخیر (ریال)



نمودار ۳. میزان هزینه کل بستری در ۳ بخش دانشگاهی، غیر دانشگاهی و خصوصی در ۵ سال اخیر (ریال)

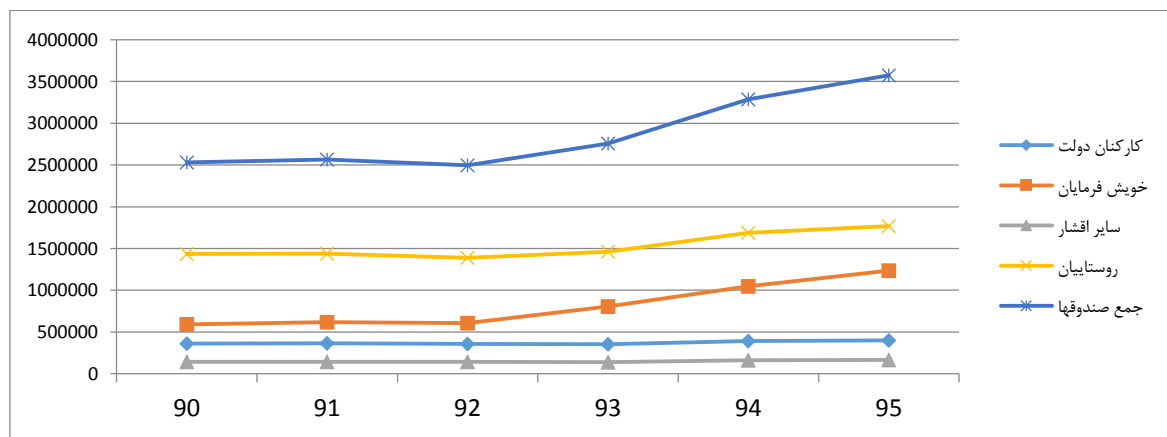
همچنین روستاییان در مجموع بالاترین تعداد پرونده بستری را داشته‌اند (نمودار ۴ و جدول ۲).

تعداد کل پرونده بستری در ۵ سال اخیر در سه بخش دولتی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی نیز نشان می‌دهد که روستاییان بیشترین تعداد پرونده بستری در سال ۱۳۹۵ را دارا هستند (جدول ۳ و نمودار ۵).

میزان کل هزینه‌های صرف شده در هر صندوق در هر سه بخش دولتی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی خیریه در نمودار ۳ نمایش داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که کارکنان دولت بیشترین هزینه بستری را داشتند. نتایج تعداد کل پرونده‌های بستری ایجاد شده نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۵ تمام اقشار بیشترین تعداد را دارا بودند.

جدول ۲. میزان تعداد کل پرونده بستری در بخش دانشگاهی در ۵ سال اخیر

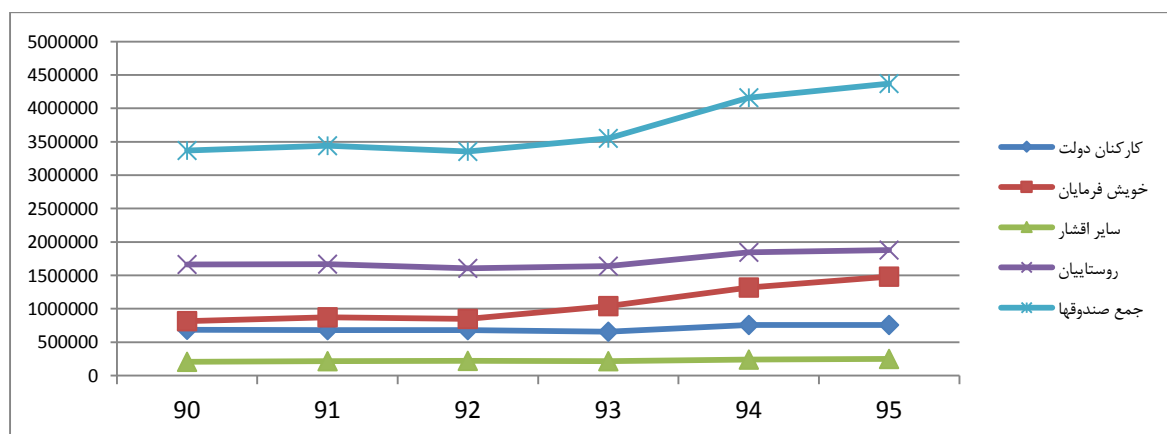
سال	کارکنان دولت	خویش-فرمایان	سایر اقشار	روستاییان	جمع صندوق‌ها
۹۰	۳۶۱۲۷۲	۵۹۳۳۲۷	۱۴۰۹۷۰	۱۴۳۴۶۵۱	۲۵۳۰۲۲۰
۹۱	۳۶۵۵۶۴	۶۱۷۲۲۸	۱۴۲۸۷۶	۱۴۳۹۸۶۱	۲۵۶۵۵۲۹
۹۲	۳۵۸۱۳۷	۶۰۷۱۲۸	۱۴۱۴۸۶	۱۳۸۸۶۳۰	۲۴۹۵۳۸۱
۹۳	۳۵۲۲۹۴	۸۰۷۱۵۴	۱۳۷۸۵۰	۱۴۶۰۰۸۷	۲۷۵۷۳۸۵
۹۴	۳۹۲۶۲۷	۱۰۴۷۳۷۶	۱۶۱۱۲۸	۱۶۸۷۰۴۰	۳۲۸۸۱۷۱
۹۵	۳۹۹۵۲۴	۱۲۳۷۰۸۶	۱۶۶۸۰۳	۱۷۷۰۱۲۶	۳۵۷۳۵۳۹



نمودار ۴. میزان تعداد کل پرونده بستری در بخش دانشگاهی در ۵ سال اخیر

جدول ۳. میزان تعداد کل پرونده بستری در سه بخش دانشگاهی، غیردانشگاهی و خصوصی در ۵ سال اخیر

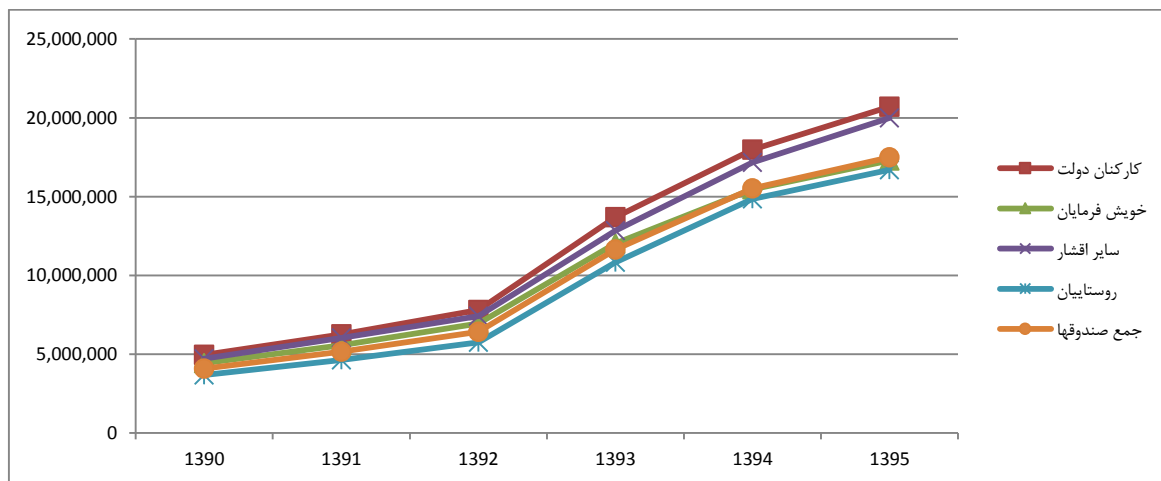
سال	کارکنان دولت	خویش فرمایان	سایر اقشار	روستاییان	جمع صندوق‌ها
۹۰	۶۸۵۹۶۲	۸۱۴۹۱۰	۲۰۸۶۷۷	۱۶۶۱۵۸۰	۳۳۷۱۱۲۹
۹۱	۶۸۳۱۱۸	۸۷۳۳۲۱	۲۱۶۵۵۲	۱۶۶۶۳۳۲	۳۴۳۹۳۳۳
۹۲	۶۸۲۳۳۵	۸۴۶۷۶۲	۲۲۰۴۶۷	۱۶۰۶۱۱۰	۳۳۵۵۶۷۴
۹۳	۶۵۵۴۲۴	۱۰۳۸۲۲۰	۲۱۶۷۷۲	۱۶۴۰۱۰۰	۳۵۵۰۵۱۶
۹۴	۷۵۷۸۱۲	۱۳۱۶۰۲۱	۲۴۱۱۲۷	۱۸۴۳۶۳۵	۴۱۵۸۵۹۵
۹۵	۷۵۹۰۷۷	۱۴۸۲۳۷۴	۲۵۰۷۳۶	۱۸۷۶۵۳۶	۴۳۶۸۷۲۳



نمودار ۵. میزان تعداد کل پرونده بستری در سه بخش دانشگاهی، غیردانشگاهی و خصوصی در ۵ سال اخیر

جدول ۴. میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در بخش دانشگاهی در ۵ سال اخیر (ریال)

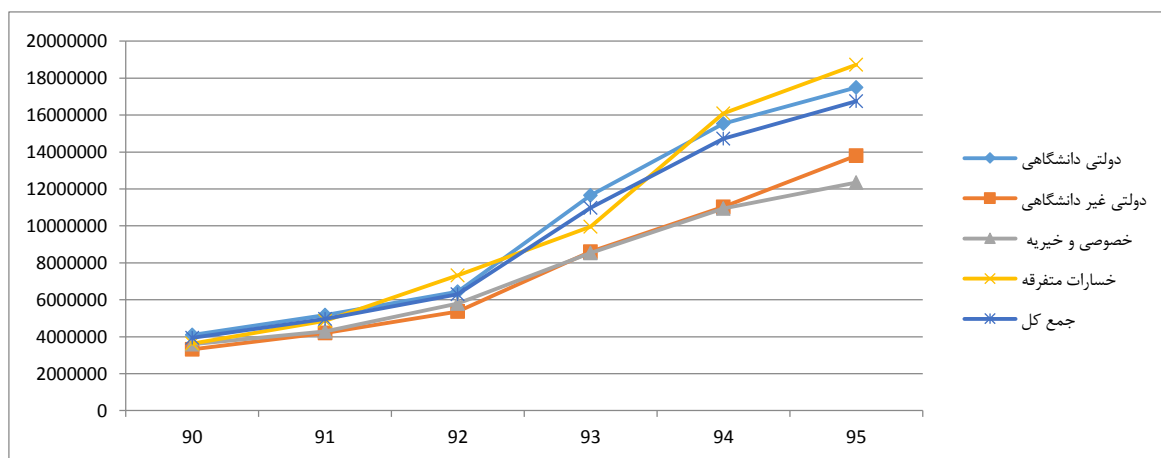
سال	کارکنان دولت	خویش فرمایان	سایر اقشار	روستاییان	جمع صندوق‌ها
۱۳۹۰	۴,۹۵۰,۳۳۳	۴,۴۴۱,۳۸۲	۴,۷۲۲,۶۲۱	۳,۶۷۳,۰۲۵	۴,۰۹۴,۰۵۷
۱۳۹۱	۶,۲۶۶,۳۹۱	۵,۵۶۰,۶۸۱	۶,۰۳۶,۳۲۶	۴,۶۳۰,۸۳۵	۵,۱۶۵,۸۶۶
۱۳۹۲	۷,۸۱۱,۲۳۰	۶,۹۴۵,۲۱۷	۷,۴۱۹,۰۰۳	۵,۷۵۰,۲۶۷	۶,۴۳۱,۴۰۴
۱۳۹۳	۱۳,۶۸۶,۸۲۱	۱۲,۰۲۷,۵۰۱	۱۲,۸۴۲,۸۱۲	۱۰,۸۳۴,۶۹۰	۱۱,۶۴۸,۶۴۶
۱۳۹۴	۱۷,۹۸۸,۱۵۲	۱۵,۴۵۲,۵۰۱	۱۷,۱۶۸,۲۱۶	۱۴,۸۵۶,۳۲۱	۱۵,۵۳۳,۴۶۸
۱۳۹۵	۲۰,۶۹۳,۱۷۱	۱۷,۲۸۳,۴۶۹	۱۹,۹۸۷,۷۶۴	۱۶,۶۹۸,۷۸۱	۱۷,۵۰۱,۲۸۴



نمودار ۶. میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در بخش دانشگاهی در ۵ سال اخیر (ریال)

جدول ۵. میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در سه بخش دانشگاهی، غیردانشگاهی و خصوصی در ۵ سال اخیر (ریال)

سال	دولتی دانشگاهی	دولتی غیردانشگاهی	خصوصی و خیریه	خسارات متفرقه	جمع کل
۹۰	۴,۰۹۴,۰۵۷	۳,۳۲۰,۰۲۵	۳,۶۰۱,۰۱۷	۳,۶۳۷,۰۷۵	۳,۹۴۸,۶۹۲
۹۱	۵,۱۶۵,۸۶۶	۴,۲۰۴,۳۳۵	۴,۲۹۴,۱۸۴	۴,۸۶۷,۸۶۱	۴,۹۶۱,۸۸۴
۹۲	۶,۴۳۱,۴۰۴	۵,۳۶۵,۱۹۱	۵,۷۹۹,۲۹۱	۷,۳۱۹,۳۵۰	۶,۳۰۴,۵۹۱
۹۳	۱۱,۶۴۸,۶۴۶	۸,۶۰۶,۵۹۴	۸,۵۳۷,۳۲۹	۹,۹۵۳,۷۸۷	۱۰,۹۸۲,۰۵۱
۹۴	۱۵,۵۳۳,۴۶۸	۱۱,۰۳۹,۲۵۷	۱۰,۹۳۷,۸۴۵	۱۶,۰۹۱,۳۲۹	۱۴,۷۲۴,۵۱۰
۹۵	۱۷,۵۰۱,۲۸۴	۱۳,۷۹۷,۱۶۸	۱۲,۳۴۲,۲۴۴	۱۸,۷۱۷,۸۴۵	۱۶,۷۴۹,۶۱۱



نمودار ۷. میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در سه بخش دانشگاهی، غیردانشگاهی و خصوصی در ۵ سال اخیر (ریال)

سه بخش دولتی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی خیریه نیز نشان می‌دهد که خسارات متفرقه در سال ۱۳۹۵ بیشترین هزینه به ازای هر پرونده بستری را داشته است (جدول ۵ و نمودار ۷).

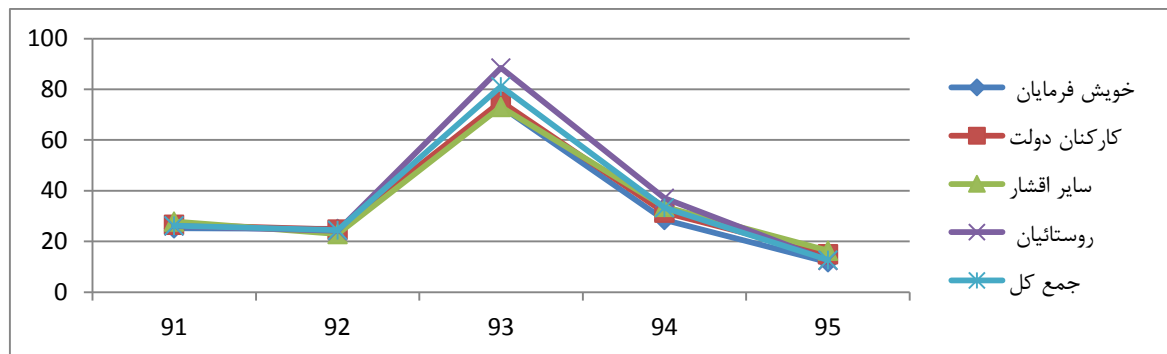
میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در ۵ سال اخیر در بخش دولتی دانشگاهی نشان می‌دهد که کارکنان دولت بیشترین هزینه به ازای هر پرونده را در سال ۱۳۹۵ داشته‌اند (جدول ۴ و نمودار ۶). میانگین کل هزینه به ازای هر پرونده بستری در ۵ سال اخیر در هر

دولت (۷۵/۲ درصد)، خویش‌فرمایان (۷۳/۱۷ درصد) و سایر اقشار (۷۳/۱ درصد) اختصاص داشته است (نمودار ۸ و جدول ۶).

نتایج رشد میانگین هزینه به ازای هر پرونده در بخش دانشگاهی در صندوق‌های مختلف نشان می‌دهد که بیشترین میزان رشد در سال آغاز برنامه تحول به ترتیب به صندوق روستائیان (۸۸/۴ درصد)، کارکنان

جدول ۶. میزان رشد میانگین هزینه به ازای هر پرونده در بخش دانشگاهی در صندوق‌های مختلف در ۵ سال اخیر (درصد)

سال	خویش-فرمایان	کارکنان دولت	سایر اقشار	روستائیان	جمع کل تمام صندوق‌ها
۹۱	۲۵,۲۰۱۶	۲۶,۵۸۵۲۳	۲۷,۸۱۷۲۹	۲۶,۰۷۶۸۶	۲۶,۱۷۹۶۲
۹۲	۲۴,۸۹۸۶۹	۲۴,۶۵۲۷۸	۲۲,۹۰۵۹۳	۲۴,۱۷۳۴۴	۲۴,۴۹۸۰۹
۹۳	۷۳,۱۷۶۷۴	۷۵,۲۱۹۸	۷۳,۱۰۶۹۸	۸۸,۴۲۰۶۴	۸۱,۱۲۱۳۴
۹۴	۲۸,۴۷۶۴	۳۱,۴۲۶۸	۳۳,۶۷۹۵۷	۳۷,۱۱۸۱	۳۳,۳۴۹۹۹
۹۵	۱۱,۸۴۹۰۱	۱۵,۰۳۷۷۸	۱۶,۴۲۳۰۷	۱۲,۴۰۱۸۶	۱۲,۶۶۸۲۳



نمودار ۸. میزان رشد میانگین هزینه به ازای هر پرونده در بخش دانشگاهی در صندوق‌های مختلف در ۵ سال اخیر (درصد)

بحث

۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱ و سوریه ۱۴۱ از وضعیت بهتری برخوردار بوده است [۲۴].

تجارب جهانی گسترده‌ای در کشورهای مختلف جهان در مسیر توسعه و بهبود کیفیت نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب شهروندان به ثبت رسیده است. از جمله در مطالعه‌ای که به ارزشیابی اصلاحات اجرا شده در جمهوری خلق چین و بر اساس الگوی دونابدین صورت گرفت، مشخص شد که این طرح توانسته است سطح سلامت مردم را در هر دو ناحیه شهری و روستایی ارتقا داده و شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، عدالت اجتماعی و کیفیت را به شکل معناداری بهبود دهد. تراویس و همکاران در سال ۲۰۰۴ هشدار دادند که در کشورهای کم درآمد و کشورهای در حال توسعه فقط در صورت سیاستگذاری صحیح در چارچوب اهداف توسعه هزاره بصورت فراگیر می‌توان به توسعه لازم در بخش سلامت رسید. منتقدان طرح تحول سلامت را هرچند در مسیر اهداف برنامه توسعه هزاره می‌دانند، فراگیری و هماهنگی آن با جامعه بین‌المللی را مورد تشکیک قرار داده‌اند [۲۵]. لاریجانی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که هرچند طرح تحول سلامت در کوتاه مدت در ایران دچار نقاط ضعف و چالش‌های جدی است اما چشم‌انداز بلند مدت قابل قبولی برای توسعه سلامت در ایران متصور شده‌اند [۲۶].

طباطبایی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که هزینه هر پرونده پزشکی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ دوبرابر شده است. در صورتیکه میزان پرداخت از جیب بیماران نسبت به سال قبل تقریباً ۸ برابر کاهش داشته است. کاهش پرداخت از جیب بیمار که در سال ۹۲

هدف این مطالعه بررسی میانگین هزینه هر پرونده بستری بستری در سال‌های قبل و بعد از برنامه تحول سلامت در بخش‌های دولتی دانشگاهی، دولتی غیردانشگاهی و خصوصی خیریه بر حسب صندوق‌های مختلف سازمان بیمه سلامت بوده است. علت تفکیک داده و اطلاعات برحسب بخش‌ها و صندوق‌های مختلف، تعیین تغییرات نظام تحول سلامت در تمامی بخش‌ها و صندوق‌ها بدون هرگونه قضاوت زود هنگام بوده است.

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ به سفارش دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است، نتایج محاسبه دو شاخص مشارکت مالی عادلانه و نسبت خانوارهای دارای هزینه‌های کمرشکن بهداشتی را نشان می‌دهد. روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن طی چهار سال از سال ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۱ از یک طرف و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی شاخص مشارکت مالی عادلانه در همین دوره نشان از عملکرد غیر هماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت‌خواهانه این بخش دارد. در سال ۲۰۰۰، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده‌اند. ایران، از این نظر در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکستان ۷۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشد. البته ایران نسبت به کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی

سوم رشد را داشته است هرچند میزان رشد در همه صندوق‌ها بیشتر از ۷۳ درصد بوده است. این تغییرات بیانگر این موضوع مهم می‌تواند باشد که در سال آغاز برنامه تحول نظام سلامت هزینه‌های بستری رشدی بالاتر از ۷۳ درصد برای سازمان بیمه سلامت ایران در همه صندوق‌ها داشته است. رشد میانگین هزینه به ازای هر پرونده در صندوق روستاییان بیشتر از میانگین رشد جمع کل تمام صندوق‌ها بوده است و لازم است در مطالعات آتی بررسی شود چرا این میزان رشد وجود داشته است.

یکی از مهمترین دلایل رشد ۷۳ درصدی هزینه به ازای هر پرونده در تمامی صندوق‌ها افزایش چند برابری تعرفه‌ها و اجرای تعرفه‌ها براساس کتاب ارزش نسبی می‌باشد. در سال‌های بعد از ۹۳ میزان رشد کاهش یافته است. احتمالاً از دلایل کاهش این رشد می‌تواند کاهش نسبی تعرفه‌ها در مقایسه با سال ۹۳ می‌باشد.

References

- Porter ME, Guth C. Redefining German health care: moving to a value-based system: Springer Science & Business Media; 2012.
- Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies: World Health Organization; 1997.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024 pmid: 21142528
- Orszag PR, Emanuel EJ. Health care reform and cost control. *N Engl J Med*. 2010;363(7):601-3. doi: 10.1056/NEJMp1006571 pmid: 20554975
- Manchikanti L, Caraway DL, Parr AT, Fellows B, Hirsch JA. Patient Protection and Affordable Care Act of 2010: reforming the health care reform for the new decade. *Pain Physician*. 2011;14(1):E35-67. pmid: 21267047
- Fang Y, Wagner AK, Yang S, Jiang M, Zhang F, Ross-Degnan D. Access to affordable medicines after health reform: evidence from two cross-sectional surveys in Shaanxi Province, western China. *Lancet Glob Health*. 2013;1(4):e227-37. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70072-X pmid: 25104348
- Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2014;2(3):119-23. doi: 10.15171/ijhpm.2014.28 pmid: 24757688
- Poulsen CA. Introducing out-of-pocket payment for general practice in Denmark: feasibility and support. *Health Policy*. 2014;117(1):64-71. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.04.003 pmid: 24836020
- Azizi F. The reform of medical education in Iran. *Med Educ*. 1997;31(3):159-62. pmid: 9231131
- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. 1994;9(4):353-70. pmid: 10139469
- Davari M. The Economic Challenges of the Iranian Health System. *Health Information Management*. 2012;8(7):915-6.
- Kalantari E, Pour SS, Rafiee N. Evaluation of insured errors in the referral system of villages and towns populated under twenty thousand in Isfahan, using the failure mode and effects analysis model. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2013;1(1):7. doi: 10.4103/2347-9019.122416
- Shojaei A, Akbari Kamrani AA, Fadayee vatan R, Azimian M, Ghafari S, Jamali MR. The Health Costs and Diseases in Medical Services Insurance Organization, Tehran Province, 1386 (2008). *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):65-74.
- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan*. 2011;26(2):163-73. doi: 10.1093/heapol/czq036 pmid: 20732859

معادل ۳۲ درصد و در سال ۹۳ معادل ۱۵/۹ درصد بوده است نشان‌دهنده موفقیت دولت در این زمینه بوده است [۲۷].

نتیجه گیری

با توجه به اینکه برنامه تحول نظام سلامت فقط در بخش دانشگاهی رخ داده است بحث این مطالعه بر این بخش متمرکز شده است. چنانکه در قسمت نتایج مشاهده شد میانگین هزینه به ازای هر پرونده بستری در بخش دانشگاهی از سال ۹۳ و همگام با شروع نظام تحول سلامت افزایش رشد شدیدی داشته است. بیشترین میزان رشد در سال آغاز برنامه تحول به ترتیب به صندوق روستاییان (۸۸/۴ درصد)، کارکنان دولت (۷۵/۲ درصد)، خویش‌فرمایان (۷۳/۱۷ درصد) و سایر اقشار (۷۳/۱ درصد) اختصاص داشته است. بنابراین صندوق خویش‌فرمایان که بیمه‌شدگان همگانی ناشی از برنامه تحول را پوشش می‌داده رتبه

- Shajari Pour Mousavi SM, Gorji HA, Delgoshaei B. Proposing a Model of "Hospital Value-Based Purchasing" in Selected Teaching Hospitals in Isfahan, Iran: 2015-2016. *Methods*. 2017;2015(1):16.
- Bagheri Lankarani K, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2013;27(1):42-9.
- Gorji HA, Mousavi S, Shojaei A, Keshavarzi A, Zare H. The challenges of strategic purchasing of healthcare services in Iran Health Insurance Organization: a qualitative study. *Electron Physician*. 2018;10(2):6299-306. doi: 10.19082/6299 pmid: 29629051
- Ibrahimipour H, Maleki MR, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health Policy Plan*. 2011;26(6):485-95. doi: 10.1093/heapol/czq084 pmid: 21303879
- Rafiee N, Kalantari E, Musavi MP. Evaluation of physician errors in the referral system of villages and towns populated under twenty thousand in Isfahan, using the (FMEA). *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2014;2(3):157. doi: 10.4103/2347-9019.142199
- Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(4):267-85. doi: 10.1007/s10754-011-9099-1 pmid: 21915727
- Nasri M, Shojaei A. Investigating the Most Expensive Prescribed Items in the Prescriptions of Treatment Office of the Insured of Health Insurance Organization in 2014 and 2015. *journal of ilam university of medical sciences*. 2017;25(4):1-12. doi: 10.29252/sjimu.25.4.1
- Minister of Health. The health care reform in Iran 2014 [updated 2018; cited 2018]. Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=426&pageid=52563>.
- Instruction of the Iranian health care reform-executive 2014 [updated 2018; cited 2018]. Available from: http://medsab.ac.ir/uploads/hse_chapter_930207_1400.pdf.
- Heydarian N, Vahdat S. The Effect of Implementation of the Health System Development Plan on Paying Pocket of Patients in Selected Public Hospitals in Isfahan. *Scientific Journal of Islamic Republic of Iran Medical Organization*. 2015;33(2):87-194.
- Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2004;364(9437):900-6. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16987-0 pmid: 15351199
- Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigooran N, Majdzadeh R. What must be the Pillars of Iran's Health System in 2025? Values and

Principles of Health System Reform Plan. Iran J Public Health. 2013;42(2):197-205. [pmid: 23515322](#)

27. Tabatabaei SM. The Impact of Implementing the Health System Development Plan on Pocket Pay Patients. Medical Science Organization Scientific Journal. 2014;12(22):1-22.