

Comparison of Refugees Inpatient Costs Before and After Implementation of Basic Health Insurance in University Hospitals of Tehran Province during 2013-2017

Seyyedeh Fatemeh Sagha Abolfazl¹, Sara Emamgholipour¹, Mehdi Yaseri², Mohammad Arab^{2*}

¹ Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Mohammad Arab, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: arabmoha@tums.ac.ir

Received: 28 Sep. 2019

Revised: 22 Oct. 2019

Accepted: 5 Nov. 2019

Online Published: 10 Dec. 2019

Abstract

Introduction: To achievement Universal Health Coverage, one of the target groups is refugees that have been provided basic health insurance for this population. The purpose of the present study was to compare the inpatient costs, in drugs, surgery, laboratory and other paraclinic, imaging, and resource allocation of inpatient costs and burden of inpatient in the two years before and after basic health insurance.

Methods: This study is a descriptive-analytic and applied type. The research environment was the university hospitals of Tehran province and the statistical population of the refugee hospitalization records during two years before and after the implementation of insurance. Cluster sampling was performed in two stages. At first, 55 hospitals of the province, 15 hospitals and then 1575 samples in each period, were randomly selected. Data were analyzed by SPSS.

Results: By implementation of basic health insurance, the average share of refugees from inpatient costs was 13.50% ($P < 0.001$), the share of supplementary insurance was 0.04% ($P < 0.001$), the share of hospital discounts was 9.99% ($P < 0.001$). Burden of inpatient increased by 52% ($P < 0.001$). The average share of drug and surgery costs decreased by $P = 0.002$ and $P < 0.001$, respectively, and imaging services increased by $P < 0.001$. Laboratory and other para clinics did not show a significant difference.

Conclusion: Basic health insurance reduced patient share and hospital discounts and increased burden of inpatient. However, given the low population coverage, it seems necessary to reconsider the dimensions of Universal Health Coverage, and especially population coverage.

Keywords: Basic Health Insurance, Refugees, Inpatient Costs, Burden of Inpatient

Citation:

Sagha Abolfazl SF, Emamgholipour S, Yaseri M, Arab M. Comparison of refugees inpatient costs before and after implementation of basic health insurance in university hospitals of Tehran province during 2013 -2017. Iran J Health Insur. 2019;2(3):142-150.

مقایسه هزینه‌های بستری پناهندگان قبل و بعد از اجرای بیمه پایه سلامت در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶

سیده فاطمه سقاء ابوالفضل^۱، سارا امامقلی پور^۱، مهدی یاسری^۲، محمد عرب^{۲*}

۱ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* مسئول مسئول: محمد عرب، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
پست الکترونیک: arabmoha@tums.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۴

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۰۷/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۶

مقدمه: در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت، یکی از گروه‌های مورد توجه، پناهندگان هستند که برای این جمعیت، بیمه پایه سلامت اجرا شده است. هدف این مطالعه، مقایسه سهم هزینه دارو، جراحی، آزمایشگاه و سایر خدمات پاراکلینیکی، تصویربرداری و نیز سهم منابع تأمین‌کننده هزینه‌های بستری و بار مراجعات پناهندگان در ۲ سال قبل و بعد از بیمه پایه سلامت است.

روش بررسی: مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی و از نوع کاربردی است. محیط پژوهش، بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران و جامعه آماری، پرونده‌های بستری پناهندگان در ۲ سال قبل و بعد از اجرای بیمه بود. نمونه‌گیری خوشه‌ای در ۲ مرحله انجام شد. ابتدا از ۵۵ بیمارستان دانشگاهی استان، ۱۵ بیمارستان و سپس ۱۵۷۵ نمونه در هر دوره، به‌طور تصادفی انتخاب و اطلاعات با SPSS ویرایش ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: با بیمه پایه سلامت، میانگین سهم پناهندگان از هزینه‌های بستری ۱۳/۵ درصد ($P < 0/001$)، سهم بیمه تکمیلی از هزینه‌های بستری پناهندگان ۰/۰۴ درصد ($P < 0/001$)، سهم تخفیفات بیمارستانی ۹/۹۹ درصد ($P < 0/001$) کاهش و بار مراجعات ۵۲ درصد ($P < 0/001$) افزایش یافت. میانگین سهم هزینه دارو، جراحی با $P = 0/002$ و $P < 0/001$ کاهش و تصویربرداری با $P < 0/001$ افزایش داشت. سهم آزمایشگاه و سایر خدمات پاراکلینیک تفاوت معناداری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: بیمه پایه سلامت باعث کاهش سهم بیمار و تخفیفات بیمارستانی از هزینه‌های بستری و افزایش بار مراجعات پناهندگان شد، اما با توجه به پوشش جمعیتی پایین، بازنگری آن در ابعاد پوشش همگانی سلامت و به‌ویژه پوشش جمعیتی، ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: بیمه پایه سلامت، پناهندگان، هزینه‌های بستری، بار مراجعه

مقدمه

دغدغه مشترک در کشور و نیز در سطوح بین‌المللی است. در راستای تحقق عدالت در سلامت «پوشش همگانی سلامت» رویکردی جهانی است که در آستانه تعریف اهداف جهانی توسعه پس از سال ۲۰۱۵ اهمیت مضاعفی پیدا کرده است. دستیابی به پوشش همگانی بهداشت یکی از نکات موردتوجه کشورهای جهان هنگام توافق بر سر اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ بود و به‌عنوان شاخص هشتم در هدف سوم «بهداشت و بهزیستی مناسب» ذکر شد [۱]. پوشش همگانی سلامت براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقاء

سلامت و دسترسی به خدمات سلامت حق مسلم هر انسانی محسوب می‌شود و حفظ و ارتقای سلامت به‌منظور رفاه و توسعه اقتصادی و اجتماعی انسان امری ضروری است. از این رو دولت‌ها باید برای تمامی افراد جامعه، حداقلی از مراقبت‌های سلامت را فراهم کنند. نظام سلامت همه کشورها براساس چارچوب اخلاقی شکل گرفته و عدالت از محوری‌ترین اصول آن است. به همین دلیل، بحث عدالت و شیوه تأمین سلامت برای اقشار مختلف مردم، یکی از مسایل اصلی نظام‌های سلامت دنیا محسوب می‌شود. تحقق عدالت در سلامت هم‌اکنون

خدمات، برایشان دور از انتظار است.

❖ **وضعیت فرهنگی پناهندگان:** پناهندگان به‌ویژه مردم افغان در کشور خود از بیمه سلامت محروم هستند. امکان بهره‌مندی از بیمه سلامت برای پناهندگان در ایران، اولین فرصت مواجهه با این برنامه و برخورداری از مزایای بیمه سلامت برای این جمعیت است. اجرای برنامه بیمه برای پناهندگان بدون زیرساخت‌های فرهنگی بوده است. این جمعیت اصولاً نگاهی به بیمه به‌عنوان یک روش پیش‌پرداخت برای تأمین هزینه‌های درمانی ندارند و عمدتاً در زمان بیماری و حتی مراحل پیشرفته و هزینه‌ساز آن، به‌دلیل هزینه‌های بالای بیمارستانی، به بیمه متوسل می‌شوند و آن جنبه این وضعیت فرهنگی که بر بیمارستان‌های ما تأثیرگذار است، برداشت غالب آنها از دریافت خدمات رایگان با ارائه دفترچه بیمه است.

چنین عواملی، وضعیت پناهندگان را از جمعیت بومی کشور متمایز می‌سازد. سطح متفاوت هزینه‌های سلامت و رفتارهای بیمه‌ای متفاوت، از همین تفاوت‌های جمعیتی ایجاد می‌شود. مطابق با گزارش سرشماری نفوس و مسکن که در سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران منتشر کرده‌است بیشترین جمعیت پناهندگان در استان‌های تهران، خراسان رضوی و اصفهان زندگی می‌کنند که استان تهران با اختلاف بسیار زیادی از سایر استان‌ها، بیشترین جمعیت پناهنده را در خود سکونت داده است.

جمهوری اسلامی ایران برای پوشش همگانی سلامت تلاش‌های متعددی انجام داده است و دستیابی به آن در زمره اهداف نظام سلامت قرار داد. بیمه اجتماعی سلامت یکی از روش‌های اصلی تأمین مالی بخش سلامت است. ۲۷ کشور اصول پوشش همگانی را از این طریق ایجاد کرده‌اند [۷]. به تازگی کشورهایی با درآمد کم و متوسط نیز علاقه‌مند به توسعه بیمه اجتماعی سلامت شده‌اند تا بتوانند کل جمعیت کشور را تحت پوشش قرار دهند [۸]. هدف بیمه اجتماعی سلامت رسیدن به پوشش همگانی است که دسترسی قطعی به مراقبت‌های سلامت کافی را برای همگان با قیمت قابل پرداخت، ارائه می‌کند [۹]. پوشش همگانی بیمه سلامت با کاهش موانع مالی، یکی از مهم‌ترین راهکارها برای دسترسی به خدمات سلامت است، همچنین یکی از مهم‌ترین شاخص‌های پوشش همگانی سلامت، پوشش بیمه همگانی است [۱۰]. در این راستا پس از چند سال پیگیری‌های مستمر از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت کشور و سایر نهادهای دست‌اندرکار برای تأمین و تسهیل دسترسی پناهندگان مقیم کشور به خدمات و مراقبت‌های سلامت، طرح بیمه پایه درمان پناهندگان از ۷ مهر ۱۳۹۴ در سراسر کشور اجرایی شد. به‌دنبال اجرای این برنامه و مطابق آماری که در سال ۱۳۹۶ (سال دوم اجرای برنامه) منتشر شد، بیش از ۱۲۴ هزار پناهنده در ایران در طرح بیمه سلامت ثبت نام داشته‌اند که از این میان، ۱۱۲ هزار تن از قشر بسیار آسیب‌پذیر و بیش

پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. پوشش همگانی سلامت، ۳ جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را دربر می‌گیرد. در UHC کلمه Universal به معنای «برای همه» (For All) است؛ یعنی همه افراد و جامعه خدمات سلامت مورد نیاز خود را با کیفیت مناسب و در زمان و مکانی که نیاز دارند، بدون فشار مالی دریافت کنند [۲].

دستیابی به پوشش همگانی فرایند ساده‌ای نیست. در بسیاری از کشورها که در حال حاضر به پوشش همگانی دست یافته‌اند، اغلب اجرای آن چند دهه طول کشیده است [۳]. در کشور ما این امر به دلایل متعددی از جمله حضور پناهندگان از کشورهای همسایه و تنوع جمعیتی مختلف، دشوارتر خواهد بود. جمهوری اسلامی ایران میزبان یکی از بزرگ‌ترین و طولانی‌مدت‌ترین جمعیت‌های پناهندگی در دنیا شامل پناهندگان افغانی می‌شود که بیش از ۳۰ سال است در ایران به‌سر می‌برند. بنابر اعلام آژانس پناهندگان سازمان ملل متحد، شمار پناهندگان در ایران در سال ۲۰۱۶، بالغ بر ۹۷۹ هزار و ۴۱۰ نفر [۴] بوده که ایران را به چهارمین کشور دارای جمعیت پناهنده در سطح جهان تبدیل می‌کند [۵] که از این تعداد ۹۵۱ هزار و ۱۴۲ نفر افغان و ۲۸ هزار و ۲۶۸ نفر عراقی بوده‌اند [۶]. اغلب پناهندگان در جمهوری اسلامی ایران در مناطق شهری ساکن هستند و کمتر از ۳ درصد آنها در میهمان‌شهرها زندگی می‌کنند [۶].

بررسی آثار بیمه سلامت پناهندگان بر هزینه‌های بستری پناهندگان با توجه به ویژگی‌های خاص این جمعیت و تفاوت‌های موجود بین پناهندگان با جمعیت بومی کشور، ضروری به‌نظر می‌رسد. برخی از ویژگی‌های جمعیت پناهندگان به شرح زیر است:

❖ **وضعیت سلامت پناهندگان:** مطالعات و شواهد مختلف حاکی از وضعیت ضعیف‌تر سلامت پناهندگان نسبت به جمعیت کشور میزبان (ایران) است [۱۳]. پناهندگان عمدتاً به‌دلیل روش‌های سخت مهاجرت، شیوه زندگی پناهندگی در اردوگاه‌ها، مشکلات ارتباطی، ناآگاهی از شرایط و امکانات جدید و... از مشکلات مختلف در سلامت نظیر بیماری‌های مختلف عفونی رنج می‌برند.

❖ **وضعیت اقتصادی پناهندگان:** پناهندگان مشمول بیمه سلامت عمدتاً از اقشار ضعیف پناهنده هستند که عمدتاً به‌دلیل ضعف اقتصادی و بضاعت پایین مالی از پرداخت هزینه‌های مربوط به سهم بیمار از جمله فرانشیز، خارج از شمول تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر، مابه‌التفاوت و... ناتوان بوده و از سوی دیگر به‌دلیل همان ضعف فرهنگ بیمه‌ای که اشاره شد و گاهی اطلاع‌رسانی‌های غیررسمی نامناسب در اوایل اجرای برنامه، پناهندگان در بیشتر موارد انتظار دریافت خدمات رایگان در مقابل ارائه بیمه سلامت دارند و پرداخت هزینه (پیش‌پرداخت و...) هنگام دریافت

از ۱۰۰۰ نفر دیگر دارای بیماری‌های خاص بوده‌اند [۱۱].

به‌رغم تلاش‌ها و اقدام‌های ارزشمند مبنی بر اجرای این برنامه، بازخوردها و مشاهدات محیطی از بیمارستان‌های دانشگاهی، حاکی از آن بود که پوشش جمعیتی این برنامه بسیار پایین است و اثرگذاری مناسبی برای کاهش هزینه‌های بستری پناهندگان در بیمارستان‌های کشور نداشته است. میزان تخفیف‌های بیمارستانی به این جمعیت بالاست و جمعیت قابل توجهی از این جمعیت همچنان فاقد پوشش بیمه‌ای هستند و به‌صورت آزاد در بیمارستان‌ها پذیرش و بستری می‌شوند که در بسیاری از موارد، به دلیل نداشتن بضاعت و توان برای پرداخت هزینه‌ها، هزینه‌های بسیار سنگینی از این محل به بیمارستان‌های دانشگاهی کشور تحمیل می‌شود. بر همین اساس این مطالعه بر آن بود با گزارش تغییر در عوامل مذکور و سایر موارد، ضمن بررسی و صحت‌سنجی موارد فوق، امکان ارائه تصویری روشن از تغییرهای برنامه را ایجاد و زمینه مناسبی برای توسعه برنامه با جذب منابع بیشتر، تأمین مالی بهتر و در نهایت، توسعه پوشش جمعیتی برنامه فراهم سازد.

این مطالعه با هدف مقایسه هزینه‌های بستری پناهندگان، قبل و بعد از اجرای برنامه بیمه پایه سلامت در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران، در نظر دارد ضمن تأکید بر ارزشمندی برنامه بیمه پایه سلامت پناهندگان، در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت به بررسی آثار هزینه‌ای آن بر پناهندگان به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات، بیمارستان‌های دانشگاهی به عنوان ارائه‌دهندگان اصلی نظام سلامت و بیمه‌های تکمیلی در نقش خریداران فرعی خدمات و مراقبت‌های سلامت بپردازد. این مطالعه با بررسی میانگین سهم‌های هزینه‌ای، نشان می‌دهد وجود بیمه پایه سلامت برای پناهندگان، چه تغییری در سهم هزینه‌های گروه‌های خدمات دارویی، جراحی، آزمایشگاه، پاراکلینیک و تصویربرداری از هزینه‌های بستری این جمعیت داشته است. همچنین برقراری بیمه پایه سلامت برای این جمعیت در هریک از منابع تأمین‌کننده هزینه، اعم از سهم بیمار، سهم بیمه تکمیلی، سهم تخفیف‌ها چه تغییراتی را نشان می‌دهد. در این مطالعه، همچنین بار مراجعه‌های بستری پناهندگان نیز مقایسه می‌شود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از منظر نتیجه، کاربردی است. محیط پژوهش، بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران و جامعه پژوهش، پرونده‌های بستری پناهندگان در ۲ سال قبل از اجرای برنامه بیمه پایه سلامت پناهندگان (۱۳۹۲ و ۱۳۹۳) و ۲ سال بعد از اجرای برنامه مورد نظر (۱۳۹۵ و ۱۳۹۶) است که به دلیل آغاز اجرای برنامه در سال ۱۳۹۴ و احتمال ایجاد خطا در نتایج، صرف نظر شده است. با توجه به اینکه تفاوت ۲ دوره قبل و بعد مدنظر بود و افراد متفاوتی در این ۲ دوره بررسی شده‌اند،

از فرمول حجم نمونه ۲ گروه مستقل استفاده شد و ۱۱۲۵ نمونه برای هر دوره مطالعه به دست آمد. روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای ۲ مرحله‌ای تعیین شد. به دلیل ضرورت در نظر گرفتن اثر خوشه در نمونه‌گیری، حجم نمونه نهایی در هر دوره ۴۰ درصد افزایش یافته و در نهایت، ۱۵۷۵ نمونه برای هر دوره مطالعه نهایی شد. بنابراین نمونه‌گیری مطالعه با تعداد معین و به‌صورت خوشه‌ای در ۲ مرحله انجام شد؛ در مرحله اول از ۵۵ بیمارستان دانشگاهی استان تهران، ۱۵ بیمارستان انتخاب شد. در گزینش بیمارستان‌ها، معیارهایی همچون امکان تفکیک و گزارش‌گیری از پرونده‌های پناهندگان در دوره قبل از اجرای برنامه و میزان صحت و دقت اطلاعات، ملاک انتخاب قرار گرفت. در گزینش این ۱۵ بیمارستان، تناسب با تعداد بیمارستان‌های تحت پوشش هریک از دانشگاه‌های علوم پزشکی استان نیز مدنظر قرار گرفت؛ به طوری که از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران به دلیل دارا بودن بیمارستان‌های تابعه بیشتر و پوشش وسیع‌تر شهرستان‌های استان هریک ۵ بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴ بیمارستان و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی نیز یک بیمارستان، انتخاب شد.

برای تعیین بیمارستان‌های منتخب مطالعه، ابتدا بر بیمارستان‌های بزرگ هر دانشگاه که به‌طور معمول بیشترین حجم ارائه خدمات را دارا هستند، مانند بیمارستان‌های امام خمینی^(۵) و دکتر شریعتی، امام حسین^(۶)، و شهدای تجریش و بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی که خط آخر درمان هستند، مانند بیمارستان‌های فارابی و امیراعلم، تمرکز شد. ضمن اینکه پوشش شهرستان‌های استان هم مدنظر بودند. حدود نیمی از بیمارستان‌ها از شهرستان‌های شهریار، ری، پاکدشت، ورامین، دماوند و رباط کریم انتخاب شدند و بدین ترتیب، فهرست اولیه‌ای تهیه و برای ارزیابی ابتدایی از وضعیت کم و کیف وضعیت ثبت دقیق اطلاعات بستری پناهندگان در سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS)، آمار مراجع‌های بستری پناهندگان برای سال‌های مطالعه استخراج شد. در این مرحله برخی از بیمارستان‌های فهرست اولیه به دلایلی نظیر امکان پذیر نبودن تفکیک پرونده‌های پناهندگان از سایر پرونده‌های بستری در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ (دوره قبل از اجرای برنامه)، از فهرست خارج شدند و چند بیمارستان به دلایلی نظیر تغییر نسخه HIS بیمارستان و فقدان گزارش‌گیری صحیح و دقیق در زمان گردآوری داده‌ها برای این مطالعه، از فهرست بیمارستان‌های منتخب حذف و با بیمارستان‌های دیگری از همان دانشگاه جایگزین شدند. بیمارستان‌های فهرست اولیه، مورد به مورد از لحاظ قابلیت تفکیک و گزارش‌گیری‌های دقیق و صحیح، بررسی و به‌ازای هر مورد حذف، بیمارستان دیگری جایگزین شد.

در ادامه پس از انتخاب بیمارستان‌های مطالعه، بار مراجعه‌های هریک از بیمارستان‌های منتخب در هر یک از سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ (بازه

تی تست (تی مستقل و تی زوجی)، تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون، انجام شد.

یافته‌ها

براساس نتایج مطالعه، میانگین سهم هزینه بستری پناهندگان در گروه‌های خدمتی دارو و ملزومات مصرفی، جراحی، آزمایشگاه و سایر خدمات پاراکلینیک و تصویربرداری به‌عنوان خدماتی که به‌طور معمول بیشتر در معرض تقاضای القایی ناشی از وجود بیمه سلامت هستند، در دوره‌های مطالعه تفاوت داشته‌اند. سهم هزینه در گروه دارو و ملزومات مصرفی در دوره قبل از بیمه پایه سلامت، ۲۳/۸۷ درصد بوده است که بعد از اجرای برنامه بیمه پایه سلامت، این مقدار به ۱۶/۲۹ درصد رسیده است. تغییر سهم هزینه بستری پناهندگان در سایر گروه‌های خدمتی نیز به‌همین ترتیب در جدول ۱ قابل مشاهده است.

تحلیل متغیرهای سهم هزینه دارو و خدمات جراحی از هزینه‌های بستری پناهندگان به‌ترتیب با $P=0/002$ و $P<0/001$ (سطح معناداری آزمون) نشان داد میانگین سهم هزینه بستری، در این ۲ گروه کاهش معناداری داشته است. در میانگین سهم هزینه خدمات آزمایشگاه و سایر پاراکلینیک به‌رغم کاهش در مقادیر توصیفی، با $P=0/425$ و $P>0/05$ ، تفاوت معناداری بعد از اجرای برنامه در مقایسه با قبل آن مشاهده نشد. تغییرات در سهم هزینه خدمات تصویربرداری از هزینه‌های بستری که به‌دلیل وزن هزینه‌ای قابل توجه، به‌طور مستقل

زمانی تحقیق) استخراج و سپس متناسب با بار مراجعات در هر سال، تعداد نمونه‌های مورد نیاز از آن بیمارستان مشخص شد. بدین ترتیب که جدولی در اکسل تهیه و تعداد مراجعه‌های هر بیمارستان برای سال‌های ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، وارد شد. با توجه به حجم نمونه ۱۵۷۵ برای هر دوره مطالعه، نسبت گرفته شد و حجم نمونه برای هر بیمارستان متناسب با بار مراجعات همان بیمارستان در همان سال، به‌دست آمد.

نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی از پرونده‌های بستری پناهندگان انجام شد، به این ترتیب که از HIS بیمارستان‌های منتخب در این مطالعه، شماره پرونده‌های بستری پناهندگان در هر سال احصا و به‌طور تصادفی از مجموعه همین فهرست، نمونه‌گیری انجام شد. شایان ذکر است، در پذیرش نمونه‌های تصادفی به‌دست آمده نیز ملاحظات مدنظر بوده است؛ بدین ترتیب که پرونده‌های بستری موقت، مصدومین سوانح و حوادث ترافیکی و گردشگری سلامت به‌دلیل وجود تفاوت‌هایی در سهم بیمار و وزن هزینه (در پرونده‌های بستری موقت)، فقدا پوشش بیمه‌ای و مشمولیت در فهرست تعهدات بیمه پایه سلامت (مصدومین ترافیکی) و تعرفه متفاوت (پرونده‌های گردشگری سلامت) از فرایند نمونه‌گیری حذف و با موارد جدید جایگزین شدند. بنابراین نمونه‌گیری صرفاً متمرکز بر پرونده‌های بستری بود و داده‌های مورد نیاز با استفاده از چک‌لیست گردآوری شد. اطلاعات پس از گردآوری، در نرم‌افزار SPSS ویرایش و ۲۱ وارد و تحلیل‌های لازم نیز با استفاده از آزمون‌های آماری

جدول ۱- میانگین سهم هزینه گروه‌های خدمتی از هزینه‌های بستری پناهندگان در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران

گروه خدمتی	دور های مطالعه	تعداد	میانگین درصد سهم هزینه	انحراف معیار	P-Value
دارو و ملزومات مصرفی	قبل	۱۵۷۵	۲۳/۸۷	۶۶/۸۶	
	بعد	۱۵۷۵	۱۶/۲۹	۱۳/۴۳	$P<0/05$
خدمات جراحی	قبل	۱۵۷۵	۲۹/۱۸	۲۸/۱۲	
	بعد	۱۵۷۵	۲۶/۲۲	۲۵/۸۵	$P<0/001$
آزمایشگاه و سایر پاراکلینیک	قبل	۱۵۷۵	۷/۰۹	۱۹/۴۱	
	بعد	۱۵۷۵	۶/۶۶	۸/۳۷	$P>0/05$
تصویربرداری	قبل	۱۵۷۵	۲/۰۸	۷/۳۱	
	بعد	۱۵۷۵	۴/۰۰	۱۰/۵۱	$P<0/001$
سایر (هتلینگ، ویزیت، مشاوره)	قبل	۱۵۷۵	۳۷/۷۸	۹۳/۱۸	
	بعد	۱۵۷۵	۴۶/۸۳	۲۳/۶۸	$P<0/001$
مجموع	قبل	۳۱۵۰	۱۰۰		
	بعد	۳۱۵۰	۱۰۰		

با جدول ۳ تعیین شد. در ادامه از گروه‌بندی ۵ گانه برای نمایش بهتر توزیع فراوانی، درصد فراوانی نسبی و تجمعی هر گروه سنی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌شود. مبنای گروه‌بندی سن در این مطالعه، تقسیم‌بندی گروه‌های سنی سازمان جهانی بهداشت بوده است. در جدول ۴، داده‌های متغیر سن در قالب گروه‌های سنی نشان داده شده است. در دوره قبل از اجرای بیمه پایه سلامت پناهندگان در گروه‌های سنی ۱۸ تا ۳۵، ۳۵ تا ۶۵ و ۱ تا ۱۸ به ترتیب با ۴۷/۶ درصد، ۲۰/۸ درصد و ۲۰/۴ درصد بیشترین حجم از نمونه مطالعه را به خود اختصاص داده‌اند. در دوره بعد از اجرای بیمه پایه سلامت نیز همین ۳ گروه سنی با درصدهای ۴۱/۸ درصد، ۲۷/۶ درصد، ۱۶/۳ درصد بیشترین تعداد را نشان می‌دهند.

بر اساس نتایج مطالعه، تعیین ارتباط متغیر دموگرافیک سن با هزینه بستری پناهندگان نشان داد که بین سن و هزینه بستری پناهندگان، همبستگی معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین با توجه به ضریب همبستگی $r = 0.70$ ، این ارتباط مثبت و به لحاظ شدت، قوی است؛ بنابراین پناهندگان با سن بالاتر، هزینه بستری به مراتب بالاتری نیز داشته‌اند (جدول ۵).

در خصوص تعیین ارتباط هزینه‌های بستری پناهندگان با جنس آنها، مشاهده شد که میانگین هزینه بستری در پناهندگان مرد $64263697/18$ ریال بوده است که در مقایسه با میانگین هزینه بستری $28540730/09$ ریال در پناهندگان زن، با $P < 0.001$ هزینه‌های بستری به‌طور معناداری در پناهندگان مرد بیش از پناهندگان زن بوده است (جدول ۶).

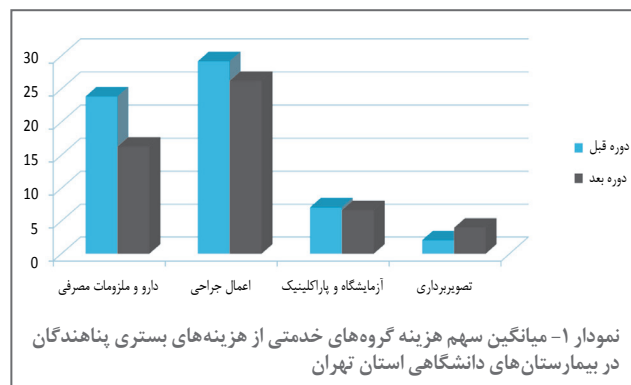
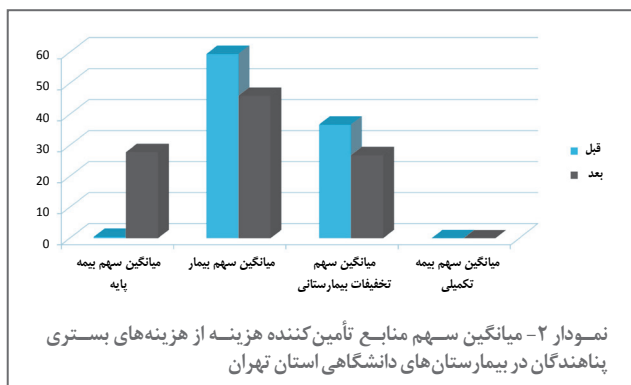
نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد سهم گروه‌های خدمتی هزینه‌های بستری پناهندگان پس از اجرای بیمه پایه سلامت، به‌رغم انتظار افزایش ناشی از تقاضای القایی حاصل از وجود بیمه پایه سلامت، در گروه دارو، ملزومات و خدمات جراحی، کاهش یافته است. کاهش سهم دارو و ملزومات، می‌تواند ناشی از هم‌زمانی تقریبی برنامه با تدوین دستورالعمل توزیع، عرضه و مصرف ملزومات پزشکی فهرست پایه در حوزه تجهیزات، آغاز روند ابلاغ و اجرای راهنماهای تجویز برخی

از سایر خدمات پاراکلینیک بررسی شد، با توجه به سطح معناداری آزمون ($P < 0.001$)، افزایش معناداری نشان می‌دهد که جزئیات آن در نمودار ۱، قابل مشاهده است.

در ادامه مطالعه به مقایسه بار مراجعه‌های بستری پناهندگان قبل و بعد از بیمه پایه سلامت در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران پرداخته شد که مطابق با نتایج مراجعه‌های بستری پناهندگان بعد از بیمه پایه سلامت نسبت به قبل از آن، با $P < 0.05$ ، ۵۲ درصد افزایش معناداری نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از مطالعه در بخش سهم منابع تأمین‌کننده از هزینه‌های بستری پناهندگان، در میانگین سهم بیمه تکمیلی، سهم تخفیف‌های بیمارستان، سهم بیمار از هزینه‌های بستری پناهندگان بعد از اجرای بیمه پایه سلامت برای این جمعیت، کاهش نشان داده است. در جدول ۲ و نمودار ۲، تغییر در هریک از منابع تأمین‌کننده هزینه‌های بستری ملاحظه می‌شود. میانگین سهم پناهندگان از هزینه‌های بستری از $59/51$ درصد به $46/01$ درصد و با $P < 0.001$ ، ۱۳/۵۰ درصد کاهش معناداری داشته است. میانگین سهم بیمه تکمیلی با $P < 0.001$ ، $0/04$ درصد کاهش و میانگین سهم تخفیف‌های بیمارستانی با $P < 0.001$ ، $9/99$ درصد (از $36/74$ درصد به $26/63$ درصد) کاهش معناداری نشان می‌دهند. این تغییرات در شرایطی است که با اجرای بیمه پایه سلامت برای پناهندگان، سهم بیمه پایه سلامت از هزینه‌های بستری این جمعیت حدود ۲۷ درصد افزایش نشان می‌دهد (جدول ۲ و نمودار ۲). میانگین سهم سایر منابع (منابع کمکی) مانند کمک‌های کمیساریا و انجمن‌های خیریه و موسسه‌های مردم‌نهاد فعال در امور پناهندگان به‌عنوان نهاد کمتر رسمی نیز در جدول ملاحظه می‌شود.

برای تعیین ارتباط هزینه‌های بستری پناهندگان با متغیرهای دموگرافیک، ۲ متغیر سن و جنس از هم تفکیک و با آزمون‌های آماری متناسب تحلیل شدند. متغیر سن در این مطالعه، دامنه‌ای از صفر تا ۹۶ سال را به خود اختصاص داده است. به دلیل حجم بسیار گسترده این متغیر، ابتدا مقادیر بیشینه و کمینه، میانگین و انحراف معیار آن در دوره‌های قبل و بعد از اجرای بیمه پایه سلامت در نمونه مطالعه، مطابق



داروهای سرطانی و آنتی بیوتیک‌ها باشد.

طبق مطالعات، اجرای خطوط و راهنماهای بالینی می‌تواند آثار بیمه بر تقاضای القایی ناشی از آن را کاهش دهد [۱۲]. یکی از دلایل کاهش سهم هزینه خدمات جراحی با وجود وجود بیمه سلامت، می‌تواند آثار ناشی از بازنگری اعمال جراحی گلوبال در سال‌های قبل باشد؛ به‌ویژه اینکه بیشترین بار مراجعه‌های بستری ناشی از زایمان‌ها و بیماری‌های مرتبط با دستگاه ادراری-تناسلی بوده است که هزینه آنها در بسیاری از موارد به‌صورت گلوبال محاسبه و پرداخت می‌شود و باید توجه داشت، گلوبال‌سازی یکی از روش‌هایی است که می‌تواند در کاهش تقاضای القایی ناشی از بیمه، مؤثر باشد. در مطالعه خراسانی و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱ به این موضوع اشاره شده است [۱۲]. در گروه خدمات تصویربرداری، سهم از هزینه‌های بستری، افزایش نشان داده است. این افزایش با تقاضای القایی ناشی از وجود بیمه سلامت قابل توجیه است.

این یافته را مطالعه کیوان آرا و همکاران در سال ۱۳۹۱ با عنوان «ادراک صاحب‌نظران از پدیده تقاضای القایی در خدمات سلامت شهر اصفهان»، با تأکید بر بروز تقاضای القایی در خدمات دارویی، جراحی و پاراکلینیک تأیید می‌کند [۱۳]. شایان ذکر است، هزینه گروه‌های خدمتی حتی بدون هیچ عاملی افزایش خواهد داشت؛ زیرا حتی اگر هیچ تغییری هم تأثیرگذار نباشد، فقط به‌دلیل رشد تعرفه‌های سالانه این افزایش قاعدتاً اتفاق می‌افتد. افزایش رقم ریالی هزینه‌های بستری با افزایش تعرفه خدمات، قیمت دارو و ملزومات، کاملاً منطقی و معمول است، اما در سهم هزینه تأثیر تقاضای القایی بر گروه‌های مختلف خدمتی ملموس‌تر خواهد بود. همچنین نتایج حاصل از آزمون نشان داد که اجرای بیمه پایه سلامت برای پناهندگان با افزایش بار مراجعه‌های بستری این جمعیت، همراه بوده است و ۵۲ درصد افزایش را نشان داده است. مطالعات مشابه تأیید می‌کنند که ایجاد برنامه‌های تسهیل و تأمین مالی هزینه‌های

جدول ۲- میانگین سهم منابع تأمین‌کننده هزینه از هزینه‌های بستری

دوره‌های مطالعه	میانگین سهم منابع تأمین‌کننده هزینه‌های بستری				
	میانگین سهم بیمه تکمیلی	میانگین سهم تخفیفات بیمارستانی	میانگین سهم بیمار	میانگین سهم بیمه پایه	میانگین سهم سایر منابع (کمیساریا و...)
قبل	۰/۰۴	۳۶/۷۴	۵۹/۵۱	۰/۵۱	۳/۲
بعد	۰/۰۰	۲۶/۶۳	۴۶/۰۱	۲۷/۳۶	۰/۰۰
اختلاف	-۰/۰۴	-۹/۹۹	۱۳/۵۰	۲۶/۸۵	-۳/۲
P-Value	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱

جدول ۴- توزیع آماری پناهندگان بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران بر حسب گروه سنی

دوره‌های مطالعه	گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی
قبل	۰-۱	۱۳۲	٪۸/۴
	۱-۱۸	۳۲۱	٪۲۰/۴
	۱۸-۳۵	۷۴۹	٪۴۷/۶
	۳۵-۶۵	۳۲۷	٪۲۰/۸
	۶۵+	۴۶	٪۲/۹
	مجموع	۱۵۷۵	٪۱۰۰
بعد	۰-۱	۱۳۰	٪۸/۳
	۱-۱۸	۲۵۷	٪۱۶/۳
	۱۸-۳۵	۶۵۹	٪۴۱/۸
	۳۵-۶۵	۴۳۴	٪۲۷/۶
	۶۵+	۹۵	٪۶
	مجموع	۱۵۷۵	٪۱۰۰

جدول ۳- توزیع آماری پناهندگان بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران بر حسب سن

دوره‌های مطالعه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
قبل	۰	۹۳	۲۶/۵۲	۱۷/۱۹۰
داده معتبر	۱۵۷۵			
بعد	۰	۹۶	۳۰/۷۶	۱۹/۷۹۴
داده معتبر	۱۵۷۵			

جدول ۵- آزمون همبستگی برای تعیین ارتباط متغیرهای سن و هزینه بستری پناهندگان

قبل و بعد	متغیر	هزینه	سن
قبل	هزینه	Pearson Correlation	۰/۰۷۰
		Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰
		مجموع	۳۱۵۰
	سن	Pearson Correlation	۰/۰۷۰
		Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰
		مجموع	۳۱۵۰

جدول ۶- میانگین هزینه بستری پناهندگان برحسب جنس در بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران

جنسیت	تعداد	میانگین هزینه	انحراف معیار
مرد	۱۶۰۴	۶۴۲۶۳۶۹۷/۱۸	۲۹۱۲۳۶۰۰/۲
زن	۱۵۴۶	۲۸۵۴۰۷۳۰/۰۹	۶۱۶۸۵۷۶۷/۸۵

کمرشکن سلامت بوده و مهم‌ترین کارکرد آن، کاهش پرداخت از جیب بیمار است و عموماً خانواده‌های دارای بیمه‌های درمانی، هزینه سلامت کمتری پرداخت می‌کنند [۱۷].

نتایج حاصله نشان داد که میانگین هزینه‌های بستری پناهندگان با سن آنها ارتباط دارد و پناهندگانی که سن بالاتری داشته‌اند، هزینه بستری به‌مربط بالاتری نیز نشان داده‌اند. پوررضا و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که افزایش سن، افزایش هزینه‌های درمانی را به‌دنبال دارد [۱۸].

همچنین مطابق با نتایج این مطالعه، میانگین هزینه بستری در پناهندگان مرد بیش از میانگین هزینه بستری در پناهندگان زن بود و این در حالی است که مطابق با عمده مطالعات موجود و در جمعیت‌های بومی کشورهای مختلف، متوسط هزینه بستری و عموماً هزینه‌های سلامت در زنان، بیش از مردان است. در جمعیت پناهندگان، تصور می‌شود نحوه زندگی، کار در حوزه‌های پرخطر به همراه مخاطرات شغلی و نابرابری‌های جنسیتی می‌توانند از عوامل این افزایش هزینه باشند. مطالعه مرادجاو در سال ۲۰۱۹ نیز نشان داد هزینه‌های بستری در مردان به‌دلیل تبعیض‌های جنسیتی بیش از زنان بوده است [۱۹].

نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از این پژوهش، مشاهده شد بیمه پایه سلامت پناهندگان در کاهش سهم بیمار و کاهش پرداخت از جیب و در نهایت، حفاظت مالی این جمعیت مؤثر بوده است، سهم بیمه پایه با ۲۷/۳۶ درصد بسیار پایین، سهم بیمار با ۴۶/۰۱ درصد و سهم تخفیف‌های بیمارستانی با ۶۳/۲۶ درصد، همچنان بالاست. بنابراین ضروری است پوشش جمعیتی برنامه با راهکارهای مختلف افزایش یابد و حتی برنامه از شکل اختیاری با در نظر گرفتن تمهیدات لازم به شکل اجباری، اجرایی گردد تا آثار برنامه پررنگ‌تر شود. به‌دلیل ماهیت اختیاری برنامه بیمه پایه سلامت پناهندگان، در ۲ سال اول بعد از اجرای برنامه، ۲۷ درصد از مراجعه‌های بستری پناهندگان به بیمارستان‌های دانشگاهی استان تهران، دارای بیمه پایه سلامت بوده‌اند که لازم است با توجه به ضرورت و ارزشمندی برنامه مذکور، برنامه اجباری شود یا حتی امکان راهکارهایی برای افزایش پوشش جمعیتی آن با تمهیدات توسعه تأمین مالی آن، در نظر گرفته شود. بدیهی است با افزایش پوشش جمعیتی برنامه، شاهد تغییر قابل توجه‌تری در هریک از منابع تأمین‌کننده هزینه‌های بستری پناهندگان خواهیم بود.

سلامت، برای پناهندگان، با افزایش سطح دسترسی اقتصادی به خدمات و مراقبت‌های سلامت و در نهایت افزایش بار مراجعه‌ها همراه است و مطالعه انتونی فلیا (۲۰۱۴) این یافته را تأیید می‌کند [۱۴]. همچنین مطالعه اوانس و همکاران که در سال ۲۰۱۴ با هدف ارزیابی و بررسی پیامدهای کاهش منابع مالی سلامت دولت موقت فدرال بر پناهندگان انجام شد [۱۵]، نشان می‌دهد عکس این قضیه نیز صادق است و کاهش منابع مالی برنامه سلامت برای پناهندگان با افت سطح دسترسی اقتصادی و کاهش مراجعه‌های بیمارستانی پناهندگان همراه است.

همچنین مطابق با نتایج مطالعه میانگین سهم بیمه تکمیلی از هزینه‌های بستری پناهندگان در دوره بعد از اجرای برنامه نسبت به میانگین این سهم، در دوره قبل از آن کاهش داشته است. اجرای برنامه بیمه پایه سلامت پناهندگان با کم‌رنگ شدن نقش بیمه تکمیلی و استفاده از آن برای پناهندگان همراه بوده است. دلیل اصلی این موضوع تغییر رویکرد تأمین مالی بیمه درمان پناهندگان از بیمه تکمیلی به بیمه پایه سلامت برای این جمعیت و تغییر رویه از قرارداد با بیمه‌های تکمیلی به عقد قرارداد با سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان سازمان اصلی و دولتی بیمه‌گر پایه بوده است. تأمین مالی بیمه پایه سلامت از ابتدای آغاز برنامه تاکنون توسط کمیساریای عالی امور پناهندگان برای تأمین حق بیمه پناهندگان نیازمند آسیب‌پذیر بوده است. پناهندگان غیرآسیب‌پذیر برای بهره‌مندی از بیمه پایه سلامت ناچار به تأمین ۱۰۰ درصدی حق بیمه هستند که این هزینه به بعد خانوار پناهندگان افغانه و عراقی در کشور برای مدت یک سال و به‌طور کامل و یک‌جا، رقم قابل توجهی با توجه به وضعیت اقتصادی پناهندگان خواهد بود که می‌تواند عاملی بازدارنده برای بهره‌مندی از مزایای بیمه‌های تکمیلی درمان در پناهندگان غیرآسیب‌پذیر و در واقع مشمولان آزاد برنامه بیمه پایه سلامت باشد. این موضوع با مطالعه عباسی در سال ۱۳۹۰ [۱۶] همراستاست.

نتایج حاصله نشان داد که سهم تخفیف‌های بیمارستانی از هزینه‌های بستری پناهندگان، بعد از اجرای بیمه پایه سلامت کاهش داشته که این کاهش حدود ۱۰ درصد مشاهده شد. این مطالعه نشان داد که بیمه پایه سلامت پناهندگان، کاهش معناداری در سهم تخفیف‌های بیمارستانی از هزینه‌های بستری این جمعیت داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بیمه پایه سلامت پناهندگان سهم بیمار را از هزینه‌های بستری این جمعیت کاهش داده است. بر همین اساس با کاهش پرداخت از جیب، امکان حفاظت مالی پناهندگان در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات بستری فراهم آمده است. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که نیاز بیمار به تخفیف‌های بیمارستانی کاهش یابد [۱۷]. درواقع مکانیزم اثر بیمه پایه سلامت بر سهم تخفیف‌های بیمارستانی به‌دلیل کاهش پرداخت از جیب بیمار، مکانیزمی غیرمستقیم به‌نظر می‌رسد. به‌طور کلی بیمه پایه سلامت مهم‌ترین استراتژی برای حفاظت مالی در برابر هزینه‌های

References

- Simon D, Arfvidssob H, Anand G, Bazaz A, Fenna G, Foster K, et al. Developing and testing the Urban Sustainable Development Goal's targets and indicators. *Environment & Urbanization*. 2016;28(1):49-63. doi:10.1177/0956247815619865.
- Freid ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Report Health Matters*. 2013;21(42):50-60. doi:10.1016/S0968-8080(13)42739-8.
- Raeisi A, Mohammadi F, Mangoli Zadeh N. An analysis of the development of universal health insurance coverage in selected countries through an approach to social health insurance. *Health Information Management*. 2013;33(5):770-7. [Persian]
- Roozbeh N, Sanati A, Abdi F. Afghan refugees and immigrants health status in Iran: A systematic review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 2018;12(9):1-4.
- Naseh M, Potocky M, Stuart PH, Pezeshk S. Repatriation of Afghan refugees from Iran: a shelter profile study. *Journal of International Humanitarian Action*. 2018;3:13.
- Hoseini S. A Look at the Status of Iraqi Refugees in Iran. 29 Shahrivar 1391. [Persian]
- Carrin GaCJ. Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. *Health Financing Policy Issue Paper*. Geneva: WHO, Discussion paper, Number 2, 2004.
- Lloyd-Sherlock P, Minicuci N, et al. Social protection and preventing illness in developing countries: Establishing the health effects of pensions and health insurance. *International Social Security Review*. 2012;65(4):51-68.
- Doherty J, Thomas S, et al. Health care financing and expenditure: framework for transformation. *South African Health Review*. 2002:13-39.
- Kasaecian S. Determining and Prioritizing Indicators for Achieving Universal Health Coverage in Iran: A Qualitative Study. *Koomesh*. 2018;2(70):410-6. [Persian]
- Quality Services for Refugees in Government Health Counties for Health Insurance, Representation of the High Commissioner for Refugees in Islamic Republic of Iran; 2017.
- Khoeasani A. Media analysis and related documentation on the use of unnecessary services in the health system of Iran. [Doctoral dissertation]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, 2011. [Persian]
- Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E. Managers and experts' perception of induction demand in Isfahan health services. [Master Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, 2012. [Persian]
- Antonipillai V, et al. Impacts of the Interim Federal Health Program reforms: A stakeholder analysis of barriers to health care access and provision for refugees. *Canadian Journal of Public Health*. 2017;108(4):435-41.
- Evans A. The Cost and Impact of the Interim Federal Health Program Cuts on Child Refugees in Canada. *Plos One*. 2014;(e96902). doi:10.1371/journal.
- Abbasi E, Taghi Abadi M. The effect of economic factors on the demand for complementary health insurance. *Research of Insurance*. 2011;26(4):57-80. [Persian]
- Ahmadi A, Taheri E. Factors affecting health expenditures of households in Iran: application of Ordered Probit model. *Journal of Health Administration*. 2017;20(67):89-98. [Persian]
- Poor Reza A, Mir Mohammadkhani M, Pooragha B. The Illness Patterns and Their Costs Among Hospitalized Elderly Covered by Medical Service Insurance Organization, in Damghan's Hospitals, in Year of 2005-2006. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(2):252-62. [Persian]
- Saikia N. Gender disparities in health-care expenditure (HCE) and financing strategies for in-patient care in India. *SSM-Population Health*. 2019 Feb 2:100372. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100372.