

The Comparison of Direct Costs Paid by Inpatients before and after Implementing Health System Transformation Plan in Hashrood and Mianeh Hospitals

Somayeh Hessam¹, Javad Babaie², Taha Rostami^{*3}

Article Info:

Article History:

Received: 2017/02/11

Accepted: 2017/05/13

Published: 2017/12/21

Keywords:

Health transformation plan
Patients bill
Inpatient
Direct costs

Abstract

Background and Objectives: Since 2014, the "health system transformation plan" was designed and implemented in order to solve some of the problems in Iranian health system. One of the goals of this plan is to reduce direct payments by inpatients. This study aimed to compare the direct payments by inpatients, before and after implementing the transformation plan.

Material and Methods: In this analytical-descriptive study, 1351 cases were selected (all cases). Direct costs paid by the inpatients were extracted from medical records and then analyzed using SPSS v.19 software and applying Uman-Whitney test.

Results: The overall level of direct costs paid by inpatients before and after implementing the transformation plan has been decreased from 704 286 to 491815 Rials. A statistical relationship was observed between implementing the plan and the reduction of direct costs; but in detailed costs, there was no change.

Conclusion: Health system transformation plan reduced the direct costs paid by inpatients; but in detailed costs, there was no reduction in some parts. Cooperation between hospitals is necessary to continue the plan.

Citation: Hessam S, Babaie J, Rostami T. The Comparison of Direct Costs Paid by Inpatients before and after Implementing Health System Transformation Plan in Hashrood and Mianeh Hospitals. *Depiction of Health* 2017; 8(3): 161-168.

1. Department of Health Services Administration, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2. Department of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Hashrood Health Center. Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Email: rostami.taha@yahoo.com)



مقایسه هزینه‌های مستقیم پرداختی بیماران بستری در قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های شهرستان‌های هشتگرد و میانه

سمیه حسام^۱، جواد بابائی^۲، طه رستمی^{۳*}

چکیده

زمینه و اهداف: از سال ۱۳۹۳، برای رفع بخشی از مشکلات موجود در نظام سلامت ایران، طرحی به عنوان "طرح تحول نظام سلامت" طراحی و به مورد اجرا گذاشته شد. یکی از اهداف این طرح، کاهش پرداخت مستقیم توسط بیماران بستری بود. این پژوهش با هدف مقایسه هزینه پرداختی مستقیم توسط بیماران بستری، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در پژوهش تحلیلی-توصیفی و گذشته نگر حاضر، ۱۳۵۱ پرونده به صورت سرشماری انتخاب شدند. هزینه‌های پرداختی توسط این بیماران از پرونده‌ها استخراج و با استفاده از نرم افزار SPSS۱۹ و آزمون یو من ویتنی مورد مقایسه قرار گرفته است.

یافته‌ها: میانگین پرداخت مستقیم بیماران بستری در قبل از طرح تحول ۷۰۴۲۸۶ ریال و بعد از تحول ۴۹۱۸۱۵ ریال بود. بین اجرای طرح تحول و کاهش پرداختی بیماران رابطه آماری ($P\text{-Value} < 0.001$) مشاهده شد. اجرای طرح تحول سلامت در مطالعه حاضر موجب کاهش پرداخت بیماران بستری شده است و به هزینه‌های بیمارستانی تأثیر ندارد اما در جزئیات این کاهش مشاهده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری: طرح تحول سلامت موجب کاهش صورتحساب بیماران بستری شده ولی در مقایسه جزء به جزء متغیرهای پژوهش در بیماران بستری در مواردی با کاهش پرداختی همراه نبوده است و لازم است برای تداوم طرح، همکاری بین بخشی در بیمارستان‌ها وجود داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: طرح تحول سلامت، صورتحساب بیماران، بیمار بستری، هزینه‌های مستقیم

نحوه استناد به این مقاله: حسام س، بابائی ج، رستمی ط. مقایسه هزینه‌های مستقیم پرداختی بیماران بستری در قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های شهرستان‌های هشتگرد و میانه. تصویر سلامت ۱۳۹۶؛ ۸(۳): ۱۶۸-۱۶۱.

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. شبکه بهداشت و درمان هشتگرد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: rostami.taha@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

در طول سال‌های ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۰۱ در آمریکا متوسط هزینه به ازای هر اقامت در بیمارستان، از ۶۰۵ دلار به ده برابر یعنی نزدیک به ۷۰۰۰ دلار افزایش رسیده است. با این وجود، با افزایش حق بیمه ها، تعداد افراد بدون بیمه نیز در حال افزایش است و بیمارستان‌ها برای درمان بسیاری از بیماران مستمند تحت فشار قرار دارند (۸).

نظام سلامت کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. علی‌رغم توفیقات چشمگیری که در سال‌های گذشته داشته است، کاستی‌های عمده نیز در ساختار و عملکرد آن مشهود است. علی‌رغم تأکید مکرر برنامه‌های پنج ساله توسعه اقتصادی اجتماعی کشور برای کاهش پرداخت از جیب بیماران، در سال‌های ۹۱ و ۹۲ این میزان حتی به ۷۰٪ - ۶۰٪ افزایش یافت (۹). بنابراین سیاست‌گذاران کشوری و مسئولین وزارت بهداشت همواره بر ضرورت تغییرات اساسی در نظام سلامت تأکید نموده و همواره بر اجرای آن مصر بودند. در این راستا در سال ۱۳۹۳، متولیان سلامت کشور بر آن شدند که طرحی را به عنوان "طرح تحول نظام سلامت" طراحی و به مورد اجرا گذارند. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی نظام سلامت کشور با عزم جدی طرح تحول سلامت را با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات با حمایت‌های ریاست جمهوری، هیئت دولت و مجلس شورای اسلامی از نیمه دوم اردیبهشت سال ۱۳۹۳ در سراسر کشور آغاز نمود تا به تدریج با همکاری خدمت‌گذاران عرصه سلامت، سیاست‌های کلی رهبری در پاسخگویی به انتظارات مردم در نظام سلامت را محقق سازد (۱۰). با اجرایی شدن طرح تحول سلامت، نیاز است که میزان تحقق هریک از بسته‌های اجرایی هشت گانه آن بررسی شود که در تحقیق پیش رو، هزینه‌های مستقیم پرداخت شده توسط بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرهای هشت‌ترو و در میانه از توابع استان آذربایجان شرقی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی قبل و بعد است که هدف آن مقایسه مبالغ مستقیم پرداخت شده توسط بیماران بستری در قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت می باشد. در این پژوهش فقط صورتحساب بیماران بستری شده مورد بررسی قرار گرفته است؛ ولی پرداخت زیرمیزی به پزشکان و یا کارکنان، هزینه مسافرت، همراه، هزینه‌های پرداخت شده خارج از بیمارستان در قبل و بعد از تحول سلامت که جزئی از هزینه‌های مستقیم بیماران بستری می باشد مورد بررسی قرار نگرفته است. جامعه آماری این تحقیق شامل بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرستان هشت‌ترو و شهرستان میانه می باشد. کلیه بیماران بستری شده در شهریور سال ۱۳۹۲ (قبل از طرح تحول نظام سلامت) که

نعمت سلامت از مهمترین نعمت‌ها بوده و هم‌ردیف نیاز به امنیت در بین جوامع به شمار می رود. از این‌رو دولت‌های امروزی به مقوله "سلامت" به‌عنوان حق مسلم همه انسان‌ها برای خوب زیستن می نگرند و ارائه خدمات با کیفیت و اثر بخش یکی از مهم‌ترین خواسته‌های مردم و برنامه دولت‌ها بوده، هست و خواهد بود (۱). سازمان بهداشت جهانی نیز برخورداری از سلامت را یکی از حقوق اساسی هر انسانی دانسته و تأکید می کند که همه انسان‌ها باید بدون تبعیض نژادی، مذهبی، باور سیاسی، اقتصادی یا اجتماعی از آن برخوردار شوند (۲). بنابراین تأمین سلامت، ارائه خدمات سلامت با کیفیت و برقراری نظام‌های بیمه، جهت ارائه پوشش حمایتی در مقابل خطرات اجتماعی و اقتصادی بیماری؛ از اهم وظایف حاکمیتی هر کشوری هستند (۱).

سلامت به عنوان یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. علاوه بر داشتن شیوه زندگی سالم مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامت خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی خرید آن خدمات می باشند. بخشی از در آمد خانوار در همه جوامع دنیا صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت می گردد (۳). مأموریت اصلی نظام بهداشتی، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه در حوزه سلامت و بیماری است و اصلاح نظام سلامت فرصتی برای شناخت نیازهای نو، پرکردن این خلأ و تزریق توان‌های لازم به نظام سلامت است تا از پس مأموریت اصلی خویش بر آید. به این دلیل جست و جوی نظام سلامت «خوب» یا «بهرتر» را باید کاری همیشگی دانست (۴). نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را به‌عهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آن‌ها را در برابر هزینه‌های مالی بیماری و رعایت شأن و جایگاه شان را نیز بر دوش می کشند (۵).

تحولات سلامت در کشورها در حوزه‌های گوناگون سلامت مثلا در بیمارستان‌ها در کشورهای مختلف دنیا تجربه شده است. در استرالیا از سال ۲۰۰۸ شروع شده است، در کشور شیلی در اوائل دهه ۱۹۸۰ تغییراتی در تأمین منابع مالی، سیستم پرداخت، رژیم جدید تدوین مقررات بر بیمه و برنامه جدید تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت اجرا شد. در کشور مکزیک هم طی دهه‌های ۸۰ و ۹۰ میلادی "اصلاحات تأمین اجتماعی" شروع شد (۶). تمرکز اصلی اصلاحات سلامت در آمریکا با روی کار آمدن دولت جدید، استفاده از فن آوری‌های نوین اطلاعاتی در زمینه مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی است، زیرا این دولت اطلاعات بهداشتی با ارزش را به‌عنوان کلیدی برای توسعه ی پوشش همگانی مراقبت بهداشتی همراه با کیفیت و کنترل هزینه‌ها قلمداد می کند (۷).

مطالعه بستری بودند. جزئیات مربوط به این بیماران در جدول ۱ ارائه شده است.

بیشترین فراوانی مربوط به بخش جراحی مردان با فراوانی ۲۶۵ (۱۹,۶٪) و کمترین فراوانی از بخش NICU با فراوانی ۳۱ (۲,۳٪) می باشد.

مقایسه پرداخت‌های مستقیم انجام شده توسط بیماران بستری شده در قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت:

منظور از هزینه مستقیم در واقع مبالغ مربوط به سهم بیمار می باشد که مستقیماً توسط بیماران پرداخت شده است. این مبلغ نیز با مقدار $P < 0,001$ در قبل و بعد از اجرای طرح تحول از نظر آماری معنی دار می باشد (جدول ۲).

مبلغ پرداختی بیماران به تفکیک خدمات ارائه شده:

مبلغ پرداختی بیماران در خدمات بستری به تفکیک و با جزئیات در قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در جدول ۳ نمایش داده شده است.

به تعداد ۲۷ بیمار بستری شده بودند با کل بیماران بستری شده در شهریور سال ۱۳۹۴ (بعد از اجرای طرح تحول سلامت) به تعداد ۷۲۴ بیمار بستری شده بودند (مجموعاً ۱۳۵۱ بیمار به روش سرشماری) مورد مقایسه قرار گرفتند. میزان مطابقت و مقایسه هزینه های بیماران بستری بیمارستان‌ها در قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت با آزمون من-ویتنی U (Mann-Whitney U Test) (۱۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. از فرم استاندارد صورت حساب خدمات بستری در جمع آوری داده ها استفاده شده است و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ انجام شد.

یافته ها

در این پژوهش صورت حساب ۱۳۵۱ بیمار مورد بررسی قرار گرفته است که شامل بیمارانی بودند که در شهریور ماه سال‌های ۹۲ (قبل از اجرای طرح تحول سلامت) و ۹۴ (بعد از اجرای طرح تحول سلامت) در بخش‌های مختلف بیمارستان های مورد

جدول ۱. فراوانی بیماران بستری در بخش‌های تخصصی بیمارستان‌های شهرستان هشتگرد و شهرستان میانه

نام بخش	قبل از اجرای طرح تحول سلامت		بعد از اجرای طرح تحول سلامت		جمع درصد
	فراوانی (نفر)	درصد	فراوانی (نفر)	درصد	
کودکان	۱۲۸	۲۰٪	۱۲۹	۱۷,۸٪	۱۹٪
CCU	۹	۱,۴٪	۵۷	۷,۸٪	۴,۹٪
ICU	۳۲	۵,۱٪	۱۰	۱,۳٪	۳,۱٪
بعد زایمان	۴۱	۶,۵٪	۲۶	۵٪	۵٪
داخلی مردان	۱۵۱	۲۴٪	۱۰۲	۱۴٪	۱۸,۷٪
داخلی زنان	۶۶	۱۰,۵٪	۱۰۱	۱۳,۹٪	۲,۴٪
جراحی مردان	۱۰۳	۱۶,۴٪	۱۶۲	۲۲,۳٪	۱۹,۶٪
جراحی زنان	۴۲	۷٪	۱۰۲	۱۴٪	۱۰,۷٪
زایمان	۲۸	۴,۴٪	۳۱	۴,۲٪	۴,۴٪
NICU	۲۷	۴,۳٪	۴	۰,۵۵٪	۲,۳٪
کل	۶۲۷	۱۰۰٪	۷۲۴	۱۰۰٪	۱۳۵۱

جدول ۲. مقایسه کلی پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران بستری شده در قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های هشتگرد و شهرستان میانه

P-value	قبل از اجرای طرح			بعد از اجرای طرح		
	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)
<0,001	۱۵,۲۷۵,۶۱۶	۰	۷۰۴,۲۸۶	۳۹,۶۳۳,۵۶۳	۰	۴۹۱,۸۱۵

جدول ۳. مبلغ پرداختی بیماران خدمات پزشکی و دارویی در قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های هشترود و شهرستان میانه

P-value	بعد از اجرای طرح			قبل از اجرای طرح			
	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)	
۰.۰۹۶	۱۸۴۸۰۰۰۰	۰	۳۴۸۴۸	۱۴۸۷۵۸۵	۰	۳۵۰۳۵	پرداختی بیماران در ویزیت پزشک
<۰.۰۰۱	۲۴۲۸۸۰۰	۰	۰	۱۸۲۰۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران در ویزیت پزشک مشاور
۰.۰۱۳	۵۰۷۳۰۱	۰	۶۲۳۵	۱۸۶۷۷۲۰	۰	۷۰۰۲	پرداختی بیماران خدمات پرستاری
<۰.۰۰۱	۱۹۶۹۴۴۰۰	۰	۰	۲۳۲۳۲۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران در پزشک جراح
<۰.۰۰۱	۳۶۹۶۰۰۰	۰	۰	۲۶۱۰۰۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران در بیهوشی
<۰.۰۰۱	۷۸۷۷۷۶	۰	۰	۷۴۸۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران اتاق عمل
<۰.۰۰۱	۲۲۶۰۳۰۰	۰	۲۷۹۰۵	۲۴۳۲۳۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران داروی بخش
<۰.۰۰۱	۲۲۰۰۱۰۰	۰	۰	۱۸۳۵۵۵۰	۰	۰	داروی اتاق عمل
۰.۲۲۵	۳۸۳۶۸۰	۰	۰	۲۹۸۲۰	۰	۰	پرداختی بیماران CT Scan
<۰.۰۰۱	۷۱۳۶۸۰	۰	۰	۱۱۴۱۱۰۰	۰	۰	پرداختی بیماران در رادیولوژی
<۰.۰۰۱	۲۳۳۵۲۰	۰	۱۰۳۴۸	۴۸۴۳۷۰	۰	۰	پرداختی بیماران در آزمایشگاه
۰.۱۸۳	۴۸۷۵۰۰۰	۰	۰	۲۳۳۸۰۰۰	۰	۱۶۷۰۰۰	پرداختی بیماران همراه
<۰.۰۰۱	۱۰۵۶۰۰	۰	۶۳۳۶	۰	۰	۰	پرداختی بیماران در آموزش به بیمار

پرداختی بیماران بستری شده در ویزیت پزشک، هزینه مستقیم خدمات پرستاری، CT scan و هزینه همراه از نظر آماری معنی دار نمی باشد. ولی هزینه های مستقیم پزشک مشاور، جراح، بیهوشی، اتاق عمل، داروی بخش، داروی اتاق عمل، رادیولوژی، آزمایشگاه و آموزش به بیمار از نظر آماری معنی دار می باشند.

پرداختی بیماران بستری در تخت اطفال، تخت نوزاد، تخت ایزوله اتاق دو تخته و تخت اتاق ۵ تخته از نظر آماری معنی دار نبودند. ولی تخت Extra، NICU، عمومی، ICU، تخت اتاق یک تخته، تخت اتاق دو تخته، تخت CCU و تخت اتاق چهار تخته از نظر آماری معنی دار است (جدول ۴).

پرداختی بیماران در خدمات تخت بیمار در قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های هشترود و شهرستان میانه

جدول ۴. پرداختی بیماران در خدمات تخت بیمار در قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های هشترود و شهرستان میانه

P-value	بعد از اجرای طرح			قبل از اجرای طرح			
	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)	حداکثر (به ریال)	حداقل (به ریال)	میانگین (به ریال)	
۰.۵۱۹	۴۲۱۵۹۴	۰	۱۴۸۵۵	۲۲۴۷۱۶	۰	۱۶۴۲۱	پرداختی بیماران در تخت اطفال
۰.۲۵۴	۱۵۱۲۰۰	۰	۳۵۳	۳۴۰۰۰۰	۰	۱۸۳۹۶	پرداختی بیماران در تخت نوزاد
۰.۳۵۸	۱۱۴۲۴۰	۰	۳۵۳	۲۸۶۹۳۰۰	۰	۱۸۳۹۶	پرداختی بیماران در تخت نوزاد سزارین
۰.۰۲۷	۵۱۹۹۰۰۰	۰	۷۷۵۵	۲۹۹۵۳۰۰	۰	۱۸۶۲۷	پرداختی بیماران در تخت ایزوله
۰.۴۹۷	۱۸۱۸۰۰	۰	۹۱۸	۴۶۶۸۰۰	۰	۱۶۵۲	هزینه مستقیم در اتاق دو تخته
<۰.۰۰۱	۹۸۷۲۴۰۰	۰	۱۲۱۴۰۷	۱۷۱۳۸۰۰	۰	۱۵۷۴۲	پرداختی بیماران در تخت Extra
<۰.۰۰۱	۳۰۱۵۰۰۰	۰	۸۷۴۵	۱۸۰۴۰۰۰	۰	۲۱۶۶۵	پرداختی بیماران در تخت NICU
<۰.۰۰۱	۲۵۹۸۰۰۰	۰	۱۹۵۳۲	۲۷۲۳۰۰۰	۰	۳۴۱۸۲	پرداختی بیماران در تخت عمومی
<۰.۰۰۱	۴۱۵۶۸۰	۰	۱۰۵۲	۳۸۹۰۰۰	۰	۵۴۵۹	پرداختی بیماران در تخت ICU
<۰.۰۰۱	۷۸۰۳۰۰۰	۰	۲۲۲۰۱	۲۹۹۵۳۰۰	۰	۴۱۶۸۷	پرداختی بیماران در تخت- یک تخت
<۰.۰۰۱	۱۳۰۰۰۰۰	۰	۲۴۸۴۸	۲۳۳۲۰۰۰	۰	۹۵۵۵۰	پرداختی بیماران در تخت - دو تخت
۰.۰۰۳	۵۱۹۶۰	۰	۷۱	۵۸۳۰۰۰	۰	۲۲۳۱	پرداختی بیماران در تخت - پنج تخت
<۰.۰۰۱	۱۶۵۸۵۸۰	۰	۳۶۷۴۵	۱۸۰۴۰۰۰	۰	۱۶۸۳۱	پرداختی بیماران در تخت CCU
<۰.۰۰۱	۴۳۳۰۰۰۰	۰	۸۵۷۴۱	۳۱۱۲۰۰۰	۰	۶۴۳۳۹	پرداختی بیماران در تخت - چهار تخت

بحث

هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر کاهش مبلغ پرداختی از جیب بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرستان‌های هشترود و میانه بود که در آن صورت حساب هزینه‌های ۱۳۵۱ بیمار بستری مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین مبالغ برای قبل از طرح تحول نظام سلامت ۷۰۴۲۸۶ ریال و برای بعد از طرح تحول ۴۹۱۸۱۵ ریال، و تفاوت میانگین آماری در دو گروه قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت با مقدار $P_{value} < 0,001$ معنی دار است.

ولی در بررسی تک تک متغیرهای قبل و بعد از طرح تحول در هزینه‌های مستقیم یعنی پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان‌ها هزینه ویزیت پزشک، هزینه خدمات پرستاری، هزینه سی تی اسکن، هزینه همراه، هزینه تخت اطفال، هزینه تخت نوزاد، هزینه تخت سزارین، هزینه تخت ایزوله، هزینه اتاق دو تخت از نظر آماری معنی دار نبود. سایر متغیرهای مورد بررسی (۱۸متغیر) از نظر آماری معنی دار بودند.

بحث پیرامون چگونگی ترکیب مالی خدمات سلامت همواره یکی از چالش‌های اساسی پیش‌روی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است (۱۲) و کشور ما هم از این قاعده مستثنی نیست. امروزه حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت‌بخش خط‌مشی‌های نظام سلامت مورد اجماع همگان می‌باشد (۱۲ و ۱۳) و پرداخت از جیب که نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی است که مستقیماً از جیب به هنگام دریافت خدمات پرداخت می‌شود؛ از جمله یکی از شاخص‌های حمایت از خانوارها است. به‌عنوان یک اصل کلی، افزایش آن نامطلوب است. از این رو کاهش هرچه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک هدف در برنامه چهارم توسعه ذکر گردیده است (۱۴). 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 ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشد. البته ایران نسبت به سایر کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱ و سوریه ۱۴۱، از وضعیت بهتری برخوردار بوده است (۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح تحول نظام سلامت تاکنون توانسته است اولین و مهم‌ترین هدف خود یعنی کاهش میزان پرداختی از جیب بیماران را با موفقیت در بیمارستان‌های شهرستان هشترود و شهرستان میانه جامه عمل بپوشاند. این امر از طریق اختصاص منابع از هدفمندی یارانه‌ها و

یک درصد مالیات بر ارزش افزوده در قالب یارانه سلامت در کوتاه مدت تحقق یافته است و افزایش پرداختی بیمه‌ها نیز گامی مهم در اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌باشد (۱۵). مطالعات دسای اس (Desai S) و همکاران نشان داده‌اند، ارائه فرم بررسی شفافیت هزینه‌های سرپایی بیماران بستری بین دو شرکت ارائه دهنده خدمات درمانی در سراسر ایالات متحده در بین مراجعین با کاهش هزینه‌ها کمتر در ارتباط بوده است (۱۶)؛ در صورتی که مطالعه حاضر در بیمارستان‌های مورد نظر نشان می‌دهد با کاهش هزینه همراه است. نتایج مطالعه یاردیم (Yardim) و همکاران که در کشور ترکیه نشان داده هزینه‌های سلامت در خانوارهای روستایی ۲،۵ برابر بیشتر از خانوارهای شهری می‌باشد که دولت برای رفع این مشکل مردم، بیمه بهداشت و درمان ایجاد نموده (۱۷) و این مطالعه در جهت محافظت مالی مردم همسو با پژوهش در طرح تحول نظام سلامت می‌باشد. کنی سی و همکاران در مقایسه‌ی هزینه‌های مراقبت زایمان بین دو واحد مراقبتی مامائی و مشاوره در ایرلند نشان داده هزینه‌های متغیرهای مورد بررسی از جمله هزینه‌های مراقبت، هزینه‌های تخت روز پس از زایمان و... در واحدهای مراقبتی مامائی کمتر از واحد‌های مراقبتی مشاوره می‌باشد (۱۸). این مطالعه در مقایسه‌ی هزینه‌های قبل و بعد از تحول نظام سلامت همسو نمی‌باشد ولی در کاهش هزینه‌های همسو است. نتایج مطالعه اکمن (Ekman) و همکاران در مورد هزینه‌های پرداخت از جیب و نقش بیمه‌ها در کشورهای جنوب صحرای آفریقا نشان داده‌اند به دلیل هزینه‌های بالای خدمات درمانی ۳،۵ الی ۴٪ خانوارها زیر خط فقر افتاده‌اند با ایجاد سیاست‌هایی چون مراقبت رایگان مادران و تجهیزات مورد نیاز آن راهکارهای حفاظت مالی در قشرهای آسیب‌پذیر را برای رسیدن به پوشش جهانی در جهت کاهش پرداخت‌ها ایجاد کرده‌اند و در بلندمدت بیمه ملی را با حمایت مالی دولت ایجاد نموده‌اند (۱۹) که با مطالعه حاضر در جهت حمایت از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در بیمارستان‌های شهرستان هشترود و شهرستان میانه مطابقت دارد. مطالعات زارعی و محمدی نشان می‌دهد که میانگین کل هزینه‌های هر بیمار در آذر ماه ۹۳ نسبت به مدت مشابه سال قبل به طور متوسط ۷،۴۳ درصد رشد داشته است، سهم نهایی پرداخت از جیب بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت در ۳۱ آذر ماه نسبت به مدت مشابه سال قبل در بخش زنان و زایمان با ۲،۱۱ درصد کاهش به ۶،۲ درصد و در سایر بخش‌های بستری با، ۵،۱۰ درصد کاهش به ۷،۴ درصد رسیده است که در این میان سهم کاهش پرداختی هزینه‌های بیماران در صندوق روستاییان بیشتر از سایر صندوق‌های بیمه‌ای بوده است (۲۰) که با مطالعه فوق در بیمارستان‌های شهرستان هشترود و شهرستان میانه همخوانی دارد و نشان می‌دهد که اجرای طرح تحول نظام سلامت در کاهش هزینه‌ها مؤثر بوده است. مطالعه حیدریان و شقایق نشان داده متوسط میزان پرداخت از جیب بیماران با

تحول سلامت، کلیه خدمات بستری تحت پوشش بیمه های سلامت باشد، تا قابلیت های طرح تحول در کاهش هزینه های خدمات بستری به نحو مطلوب نمایان شود. روند کنونی طرح تحول موجب ایجاد خدمات ارزان در بین مردم و اقشار آسیب پذیر جامعه خواهد شد و نیز با تداوم طرح تحول نظام سلامت، لازم است بیمه های ارائه دهنده خدمات سلامت، حمایت های مالی را از اقشار آسیب پذیر جامعه در جهت کاهش پرداختی های سلامت داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مرسوم در مطالعات رعایت شده و مطالعه با اخذ موافقت از شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها انجام شده است. در ذکر نتایج نیز از ذکر اسامی افراد در پرونده ها و جزئیات آن ها خودداری شده و حاصل بررسی ها به صورت کلی بیان شده است.

تضاد منافع

این اثر یک پژوهش مستقل بوده و نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی با سازمان و اشخاص دیگری ندارند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی تهران و با راهنمایی سرکار خانم دکتر سمیه حسام انجام شده است. بر خود وظیفه می دانم از مسئولین محترم بیمارستان های امام حسین (ع) شهرستان هشتگرد و خاتم الانبیاء (ص) شهرستان میانه که در پژوهش حاضر همکاری نموده اند، تقدیر و تشکر نمایم.

References

1. Arab M, Kavoozi Z, Ravangard R, Ostvar R. Health insurance systems. 2nd ed. Tehran: Academiccenter of education cultureand research (ACECR); 2014. PP 209-210.
2. Narimani MR, Jannati A, Vahidi RG, Mardani L. The assessment of Iran's family physician program accordance with dimensions of policy-making in health system: perspective of health Services professionals. Depiction of health. 2014; 5 (1): 8-1. [in Persian]
3. Keshavarz A, Kalhor RA, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating out of pockt payments (OOP) for mdical cares in Qazvin provinc in 2009. Quarterly Journal of Hospitals. 2010; 10(4): 71-77. [In Persian]
4. Shadpour K. Health sector reform in the Islamic Republic of Iran. Hakim research journal. 2006; 9(3): 1-18.

میانگین ۱۸/۲ و انحراف معیار ۱۸۲ و نهایتاً ۱۷/۴۳ در صد کاهش داشت که به دلیل پرداخت یارانه ها از جانب دولت بود. در نتیجه تحلیل یافته های آن نشان داده، دولت توانسته میزان پرداخت از جیب بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (۱۵). بنابراین پژوهش انجام شده در بیمارستان های امام حسین (ع) شهرستان هشتگرد و خاتم الانبیا (ص) شهرستان مؤید همین موضوع و کاهش هزینه ها در پرداختی مستقیم بیماران بستری می باشد.

طبق گزارش سالانه دیدبانی طرح تحول سلامت (۱۳۹۳) هزینه سلامت در خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ با کاهش همراه بوده است و بیشترین کاهش در هزینه های بستری روستایی ۲۳،۳٪ و کمترین کاهش در بستری شهری ۲،۸٪ است و متوسط پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات بستری در بیمارستان های دولتی وابسته به وزارت بهداشت از ۱۲ میلیون ریال در قبل از تحول به ۸ میلیون و ۹۰۰ هزار ریال کاهش یافته است (۲۰). بنابراین پژوهش انجام شده در بیمارستان های امام حسین (ع) شهرستان هشتگرد و خاتم الانبیا (ص) شهرستان مؤید همین موضوع و کاهش هزینه ها در پرداختی مستقیم بیماران بستری می باشد.

محدودیت های پژوهش: این پژوهش با محدودیت هایی در تحقیق از جمله جمع بندی داده ها در زمان بندی تعیین شده، عدم وجود داده در بعضی متغیرها، فاصله مکانی در بین بیمارستان های مورد مطالعه، وجود اعداد بیش از انتظار و... همراه بوده است.

نتیجه گیری

اجرای طرح تحول سلامت در بررسی میانگین پرداختی بیماران مورد مطالعه کاهش پرداختی داشته، ولی برخی از پرداختی ها کماکان نسبت به قبل از اجرای طرح تحول بدون تغییر مانده اند. لازم است برای ایجاد بهره مندی های بهتر در طرح

5. Reinhardt U, Cheng T. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(8): 1064-1068. PMID:PMC2560832
6. Ministry of health (MOH). Secretariate of supreme council of health and food security. Health system road map: the experience of countries in planning for health revolution. Available from: <http://selection.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31804>. [In Persian]
7. Mastaneh Z, Mouseli L. Health information position in new reform of American health care system. Health Information Management. 2011; 8(1): 97-101. [In Persian]

8. Arab M, Ravangad R, Vali L, Kavooosi Z, Ostvar R. Hospitals: what they are and how they work? 3rd ed. Tehran: Academiccenter of education cultureand research (ACECR); 2006. pp: 25-30
9. Iran health insurance organization. Annual report of 2015. Available from: <http://ihio.gov.ir/Portal/Home/Default.aspx>. [In Persian]
10. Iranian students polling agency (ISPA). Assessment of health system evolution performance in treatment affair. Available from: <http://www.jdfarhangi.ir/pages/details/218>. [In Persian]
11. Hoveida AR. Application of ststistics in medicine and allied healthy researches by: SPS. Tehran: Neda Sahlan; 2011. [In Persian]
12. Hagdost AA, Mehrolhassani MH, Khaje kazemi R, Falah MS. Dehnavieh R. Monitoring indicators of Iranian health system reform plan. Hakim research journal. 2013; 16(3): 171-181. [In Persian]
13. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Nouri Hekmat S, Taghavi A, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani MH. EFQM-based self-assessment of quality management in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. International Journal of Hospital Research. 2012; 1(1): 57-64.
14. Heidarian N, Shagaieg V. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2015; 33(3): 178-194. [In Persian]
15. Desai S, Hatfield LA, Hicks AL, Chernew ME, Mehrotra A. Association Between Availability of a Price Transparency Tool and Outpatient Spending. Jama. 2016; 315(17): 1874-81. PMID:27139060 doi:10.1001/jama.2016.4288
16. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2010; 94(1): 26-33. PMID:19735960 doi:10.1016/j.healthpol.2009.08.006
17. Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). Midwifery. 2015; 31(11): 1032-8. PMID:26381076 doi:10.1016/j.midw.2015.06.012
18. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: some counterintuitive evidence from one low-income country. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2007; 83(2-3): 304-13. PMID:17379351 doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.004
19. Mohammadi E, Zareie G. Investigating the Effect of Health Care Improvement Plan on the Payment of the Insured in Iranian Health Insurance Organization (Case Study: Hospitalized Patients in Collegiate Hospitals of Ilam City in December 2013 and 2014). Journal of Ilam University of medical sciences. 2017; 24(6): 178-88. doi:10.18869/acadpub.sjimu.24.6.178. [In Persian]
20. Ali Akbari Saba A, Safakish M, Rezaie Ghahroodi Z, et al. Utilization of Health Services. NIHR. 2015. [In Persian]