

هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در استان اصفهان در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴

رضا خدیوی^۱، محمدرضا رضایتمند^۲، حسین بانک^۳، علی اعتصام‌پور^۴، نیما قاسمی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: طرح تحول سلامت با هدف محافظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت، در سال ۱۳۹۳ اجرا گردید. پژوهش حاضر با هدف مقایسه هزینه‌های مستقیم خدمات سلامت، قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه که از نوع توصیفی-پیمایشی بود، با استفاده از بانک اطلاعاتی موجود در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب استان اصفهان (سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه تأمین اجتماعی) و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کلیه داده‌های مربوط به هزینه‌های مستقیم سلامت که در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴ هزینه شده بود، با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته جمع‌آوری گردید و در نهایت، در نرم‌افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از اجرای طرح تحول سلامت، هزینه‌ها به میزان ۴۹ درصد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۰ درصد در بیمه سلامت، ۱۱۸ درصد در سازمان تأمین اجتماعی و در مجموع، ۹۲ درصد افزایش داشت.

نتیجه‌گیری: به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، هزینه‌های مستقیم سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان افزایش یافت. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در صورت تداوم اجرای این طرح، فاز بعدی آن در ارتباط با راهکارهای کنترل هزینه‌های مستقیم سلامت اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: هزینه‌های سلامت؛ طرح تحول سلامت؛ بیمه؛ سلامت

پیام کلیدی: به دنبال نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد که با اجرای طرح تحول نظام سلامت، شاهد افزایش هزینه‌ها در سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده‌ایم.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۹/۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۱۱/۱۵

ارجاع: خدیوی رضا، رضایتمند محمدرضا، بانک حسین، اعتصام‌پور علی، قاسمی نیما. هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در استان اصفهان در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۶): ۲۸۰-۲۷۴

مقدمه

هزینه‌های سلامت و عوامل ایجادکننده آن، یکی از مهم‌ترین مباحث مدنظر سیاست‌گذاران، محققان و برنامه‌ریزان بخش سلامت در همه کشورهای جهان است. تغییرات ایجاد شده در نظام سلامت به خصوص در حوزه فن‌آوری سلامت، افزایش جمعیت، تغییرات سبک زندگی و به دنبال آن ظهور الگوی جدید از بیماری‌ها، از جمله عوامل افزایش دهنده هزینه‌های سلامت می‌باشد. بنابراین، آگاهی از هزینه‌های خدمات سلامت از ضروریات مدیریت و برنامه‌ریزی بهینه است که منجر به استفاده بهتر از منابع می‌گردد (۱).

تأمین مالی نظام سلامت، یکی از کارکردهای چهارگانه بخش سلامت در کنار تولید، تولید منابع و ارائه خدمات و نوعی ابزار سیاستی کلیدی در جهت بهبود سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت به شمار می‌رود. از جمله روش‌های متعارف برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌توان به مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه درمانی خصوصی و پرداخت از جیب اشاره کرد (۱).

تأمین عادلانه خدمات سلامت از سال‌ها پیش مورد توجه دولت قرار داشته، اما همیشه با چالش‌ها و موانع جدی روبرو بوده است که باعث می‌شد اهداف و خواسته‌ها به درستی محقق نشود (۲). در همین راستا و به منظور بهبود و اصلاح

نظام سلامت ایران، طرح تحول سلامت در ۱۵ اردیبهشت سال ۱۳۹۳ با سه رویکرد «محافظت مالی مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات» آغاز به کار کرد (۳).

مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی به شماره ۳۹۶۰۷۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

۱- دانشیار، پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دکتری حرفه‌ای، داروسازی، اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان، اصفهان، ایران
۴- متخصص بیماری‌های قلب و عروق، مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- دانشجوی دکتری، پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: nima.2532@yahoo.com

موجود در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب استان اصفهان (سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه تأمین اجتماعی) و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کلیه داده‌های مربوط به هزینه‌های مستقیم سلامت که برای جمعیت تحت پوشش هر سازمان در استان اصفهان طی سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴ هزینه شده بود، با مراجعه به سازمان‌های مورد نظر جمع‌آوری گردید. منظور از هزینه‌های مستقیم سلامت در پژوهش حاضر، هزینه‌هایی است که به طور مستقیم با اهداف درمانی و پزشکی جمعیت تحت پوشش در ارتباط است و شامل هزینه‌های بستری، سرپایی، دارو، آزمایشگاهی، خدمات تصویربرداری، خدمات فیزیوتراپی و پیشگیری می‌باشد (۸). در این مطالعه، کلیه داده‌های اسناد مالی سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در بخش هزینه‌های جاری (غیر سرمایه‌ای) که فقط در بخش بهداشت و درمان مستقیم افراد تحت پوشش هر یک از دستگاه‌های مربوط طی سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴ هزینه شده بود، مورد بررسی قرار گرفت و سایر هزینه‌های مرتبط با سلامت که با عناوین هزینه‌های غیر مستقیم و هزینه‌های نامحسوس شناخته می‌شود و شامل هزینه‌هایی همچون حمل و نقل، اسکان، غذا، روزهای از دست رفته کاری و کاهش بهره‌وری می‌گردد، بررسی نشد.

ابزار مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها، چکلیست محقق ساخته بود که بر اساس اهداف اختصاصی تحقیق با استفاده از نظر کارشناسان طراحی گردید. برای روایی ابزار، چکلیست مورد نظر در اختیار چند نفر از استادان و صاحب‌نظران قرار گرفت و اشکالات و ابهامات آن برطرف شد. اطلاعات مورد نظر شامل هزینه‌های ویزیت سرپایی در مناطق جمعیتی مختلف، سطح اول ویزیت توسط پزشکان عمومی و یا پزشکان خانواده، هزینه‌های ویزیت سرپایی تخصصی سطح ۲ و ۳، هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی و یا غیر دولتی، هزینه‌های دارویی، هزینه‌های آزمایشگاهی، هزینه‌های تست‌های رادیولوژی و تشخیصی و هزینه‌های فیزیوتراپی بود که طبق چکلیست از بانک داده‌های مربوط به اسناد هزینه‌ای آن‌ها استخراج گردید.

در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از تقسیم هزینه‌های انجام شده در هر بخش (سرپایی، بستری، داروخانه و پاراکلینیک) به کل هزینه‌های انجام شده توسط هر سازمان در هر سال، نسبت هزینه‌های هر بخش در همان سال محاسبه گردید که با مقایسه این نسبت قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت، روند تغییرات در نسبت هزینه‌های هر بخش مشخص شد. از تقسیم کلیه هزینه‌های انجام شده توسط هر سازمان به جمعیت تحت پوشش همان سازمان در همان سال، هزینه متوسط انجام شده به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش آن سازمان به دست آمد.

لازم به ذکر است که به دلیل این که جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شامل کل جمعیت استان به جزء جمعیت دو شهرستان کاشان و آران و بیدگل می‌شود، به منظور همسان‌سازی آماری، جمعیت این دو شهرستان و هزینه‌های مربوط به آن‌ها از آمار دو سازمان بیمه‌گر منتخب خارج گردید. در طول پژوهش کلیه مسایل اخلاقی و محرمانگی اطلاعات استخراج شده از سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رعایت شد و تمامی ارقام و اطلاعات تنها جهت مقایسه و دستیابی به اهداف تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

در چشم‌انداز این طرح، افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی به عنوان اولویت‌های مهم در نظر گرفته شد (۴). تأمین منابع مالی در بخش‌های بستری و سرپایی بیمارستان‌های دولتی به طور عمده از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمت می‌باشد. وجود توازن در سهم تأمین‌کنندگان هزینه‌های خدمات سلامتی از منابع مختلف اعم از منابع دولتی، بیمه‌ها و پرداخت از جیب بیمار، در تداوم و ماندگاری سیستم تأمین مالی نقشی بسیار حیاتی و مهم ایفا می‌کند که بسیاری از تحقیقات به طور مستقیم یا غیر مستقیم آن را مورد بررسی قرار داده‌اند (۵).

مهارلو و همکاران در مطالعه خود هزینه‌های خدمات بستری بیماران قلبی قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت را بررسی نمودند و به این نتیجه رسیدند که هم‌زمان با اجرای طرح تحول سلامت و کاهش پرداخت هزینه از جیب بیمار به منظور تأمین هزینه اعمال جراحی، درصد قابل توجهی از کل هزینه‌های پرداختی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پوشش داده می‌شود (۲). همچنین، می‌توان به پژوهش حیدریان و وحدت اشاره کرد که به بررسی تأثیر اجرای طرح تحول سلامت بر پرداخت از جیب بیماران در بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان پرداختند و نتیجه‌گیری کردند که دولت توانسته است میزان پرداخت از جیب بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد، اما بررسی علل افزایش هزینه‌ها و بار مراجعات ضروری به نظر می‌رسد (۶). شجاعی و همکاران با انجام تحقیقی، تأثیر طرح تحول سلامت بر مواجهه خانوارهای دریافت‌کننده مداخلات گرانقیمت سلامت با هزینه‌های کمرشکن و فقر را بررسی کردند. نتایج آن‌ها نشان داد که مواجهه این خانوارها با هزینه‌های کمرشکن به میزان ۱۵ درصد کاهش یافته است و احتمالاً طرح تحول سلامت توانسته است به یکی از اهداف خود برسد (۷). همچنین، تجربیات کشور آمریکا در این زمینه حاکی از آن است که یکی از دغدغه‌های منتقدان به دنبال اجرای قطعنامه فراهمی خدمات سلامت که در سال ۲۰۰۹ در کنگره آمریکا تصویب شد، بحث هزینه‌های طرح، عدم ثبات مالی و بار مالی بسیار زیاد خدمات بوده است که طی آن حتی احتمال بدتر شدن وضعیت سلامت کشور نیز پیش‌بینی شده است (۱).

سنجش و پایش میزان هزینه‌های سلامت، سیاست‌گذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست‌های مناسب به منظور حمایت از بیماران کمک خواهد کرد (۵). علاوه بر این، به منظور کاهش هزینه‌های سلامت، شناسایی اجزای مختلف این هزینه‌ها امری ضروری می‌باشد. از این‌رو، پژوهش حاضر با بررسی هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سعی داشت تا با تعیین هزینه‌ها قبل و بعد از طرح تحول و مشخص نمودن درصد هزینه‌های هر نوع از خدمات و الگوی افزایشی یا کاهشی آن‌ها بعد از اجرای این طرح، به سیاست‌گذاران در شناخت بهتر سیستم و فراهم‌سازی زمینه برای طراحی و اجرای الگوهای مناسب کاهش هزینه‌ها کمک نماید. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی استان در سال‌های ۱۳۹۲ (قبل از اجرای طرح تحول سلامت) و سال ۱۳۹۴ (بعد از اجرای طرح تحول سلامت)، طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

در این تحقیق که از نوع توصیفی-پیمایشی بود، با استفاده از بانک اطلاعات

طرح تحول در بیمه سلامت ۲۹/۸۱ و ۲۴/۴۰ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی ۲۹/۴۴ و ۲۵/۲۰ درصد به دست آمد. همچنین، مقدار ریالی هزینه‌های دارویی به میزان ۱۸۸ و ۱۸۷ درصد به ترتیب در بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی افزایش یافت (جدول ۲ و ۳).

هزینه‌های پاراکلینیک در بیمه سلامت با افزایش ۲۷۵ درصدی و در سازمان تأمین اجتماعی با افزایش ۲۴۶ درصدی مواجه بود (جدول ۲ و ۳). همچنین، سرانه هزینه به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش همان سازمان بعد از اجرای طرح تحول نسبت به قبل از آن به ترتیب دارای افزایش ۱۹۲، ۲۱۱ و ۱۴۱ درصدی به ترتیب در بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است (جدول ۴).

بحث

به دنبال اجرای طرح تحول سلامت در ابتدای سال ۱۳۹۳، افزایش ۱/۴۹ تا ۲/۳ برابری هزینه‌های مستقیم سازمان‌های بیمه‌گر منتخب در استان (بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه تأمین اجتماعی) و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۲ مشاهده گردید. علاوه بر این، نتایج مطالعه محمدی و زاری در شهر ایلام نشان داد که طرح تحول سلامت منجر به افزایش کلی هزینه‌ها شده است (۹).

نکته قابل توجه، افزایش سهم هزینه‌های بستری نسبت به کل هزینه‌ها و افزایش قابل توجه تعرفه‌های خدمات بیمارستانی بعد از اجرای طرح تحول سلامت می‌باشد و این در شرایطی است که نظام پرداخت به بیمارستان‌ها و پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها به شکل پرداخت به ازای مورد بیماری و به ازای هر شب اشغال تخت بیمارستانی است و افزایش بار بستری، همگی در افزایش سهم هزینه‌های بستری نقشی محوری دارد. با این حال، افزایش پوشش بیمه همگانی سلامت می‌تواند محرکی برای ترغیب نیازمندان به خدمات بستری باشد که پیش‌تر از خدمات بیمارستانی محروم بودند (۱۰).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، حداقل ۴۶/۶۸ درصد هزینه‌های سلامت سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه سلامت ایران استان صرف هزینه‌های بیمارستانی شده است.

یافته‌ها

بررسی کلی هزینه‌های مستقیم سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان داد که هزینه‌های مستقیم سلامت به میزان ۱۴۹ درصد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۲۳۰ درصد در بیمه سلامت و ۲۱۸ درصد در بیمه تأمین اجتماعی افزایش داشته است (جدول ۱ تا ۳). همچنین، اعتبارات جاری و ابلاغی به ترتیب به میزان ۱۶۴ و ۱۲۹ درصد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بیشتر شده است (جدول ۱).

نسبت هزینه‌های بستری به کل هزینه‌های سازمان قبل و بعد از اجرای طرح تحول، در بیمه سلامت به ترتیب ۴۶/۶۸ و ۵۱/۴۱ درصد و در سازمان تأمین اجتماعی به ترتیب ۴۲/۸۵ و ۴۶/۶۸ درصد بود. مقدار ریالی هزینه‌های بستری به میزان ۲۵۳ و ۲۳۸ درصد به ترتیب در بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی افزایش یافت. هزینه‌های سربایی در بیمه سلامت افزایش ۲۲۲ درصدی و در سازمان تأمین اجتماعی افزایش ۲۰۷ درصدی را نشان داد (جدول ۲ و ۳).

جدول ۱: مقایسه هزینه‌های مستقیم مصرف شده توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (به جزء کاشان و آران و بیدگل) در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴

هزینه‌های مستقیم	سال ۱۳۹۲ (میلیون ریال)	سال ۱۳۹۴ (میلیون ریال)	درصد تغییرات
اعتبارات مصوب	۲۴۲۱۵۵۳	۳۷۵۸۰۶۱	۱۵۵
اعتبارات جاری اصلاحیه	۲۰۴۷۰	۲۶۴۰۴۲	۱۲۸۹
جمع	۲۴۴۲۰۲۳	۴۰۲۲۱۰۳	۱۶۴
اعتبارات ابلاغی ^۴	۱۹۰۷۴۹۴	۲۴۶۲۴۱۴	۱۲۹
جمع کل	۴۳۴۹۵۱۷	۶۴۸۴۵۱۷	۱۴۹

داده‌های جدول با مراجعه به معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استخراج شده است. اعتبارات ابلاغی شامل اعتبارات ابلاغ شده از ستاد وزارتخانه بهداشت در ردیف‌های برنامه حوادث ترافیکی، کمک به مصدومان غیر ترافیکی، کمک به بیماران سوخته، کمک به بیماران روانی و یا بیماران نیازمند، پزشک خانواده، سیاست‌های جمعیتی و... می‌باشد.

نسبت هزینه‌های دارویی به کل هزینه‌های سازمان قبل و بعد از اجرای

جدول ۲: مقایسه هزینه‌های مستقیم مصرف شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران در جمعیت تحت پوشش این سازمان در سطح استان اصفهان (به جزء کاشان و آران و بیدگل) در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴

نوع خدمت	جمع هزینه‌های سال ۱۳۹۲ (ریال)	سهم هر ردیف هزینه‌ای از کل هزینه‌های سال ۱۳۹۲ (درصد)	جمع هزینه‌های سال ۱۳۹۴ (ریال)	سهم هر ردیف هزینه‌ای از کل هزینه‌های سال ۱۳۹۴ (درصد)	مقدار افزایش هزینه‌ها در ردیف‌های مختلف در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۲ (درصد)
خدمات بستری	۱۱۰۲۹۷۶۰۸۶۸۴۳	۴۶/۶۸	۲۷۹۴۴۲۹۶۱۷۶۱۵	۵۱/۴۱	۲۵۳
خدمات سربایی	۴۰۰۴۱۹۶۸۳۴۴	۱۶/۹۵	۸۸۹۶۷۷۴۵۹۴۲۳	۱۶/۳۷	۲۲۲
داروخانه	۷۰۴۴۰۶۴۴۰۴۹۴	۲۹/۸۱	۱۳۲۶۳۳۲۵۱۹۶۴۰	۲۴/۴۰	۱۸۸
پاراکلینیک	۱۵۴۸۷۴۸۰۲۵۷	۶/۵۶	۴۲۵۵۵۱۹۵۱۱۷۱	۷/۸۳	۲۷۵
کل خدمات	۲۳۶۲۶۷۰۶۵۹۳۸	۱۰۰	۵۴۳۵۹۹۱۵۹۳۸۴۹	۱۰۰	۲۳۰

داده‌های جدول با مراجعه به واحد آمار و دفتر نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت اصفهان استخراج شده است.

جدول ۳: مقایسه هزینه‌های مستقیم مصرف شده توسط سازمان بیمه تأمین اجتماعی در جمعیت تحت پوشش این سازمان در سطح استان اصفهان (به جزء کاشان و آران و بیدگل) در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴

نوع خدمت	جمع هزینه‌های سال ۱۳۹۲ (ریال)	سهم هر ردیف هزینه‌ای از کل هزینه‌های سال ۱۳۹۲ (درصد)	جمع هزینه‌های سال ۱۳۹۴ (ریال)	سهم هر ردیف هزینه‌ای از کل هزینه‌های سال ۱۳۹۴ (درصد)	مقدار افزایش هزینه‌ها در ردیف‌های مختلف در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۲ (درصد)
خدمات بستری	۱۵۹۲۵۴۵۴۵۵۶۱۵	۴۲/۸۵	۳۷۸۷۳۷۴۵۵۱۷۹۴	۴۶/۶۸	۲۳۸
خدمات سرپایی	۶۴۱۵۸۷۸۲۳۶۲۸	۱۷/۲۶	۱۳۲۵۵۳۸۹۹۶۴۱۶	۱۶/۳۴	۲۰۷
داروخانه	۱۰۹۴۱۴۵۱۶۶۸۵۳	۲۹/۴۴	۲۰۴۴۱۷۸۸۰۶۲۳	۲۵/۲۰	۱۸۷
پاراکلینیک	۳۸۸۵۵۱۶۷۰۱۹۵	۱۰/۴۵	۹۵۵۹۵۵۰۲۸۸۷۸	۱۱/۷۸	۲۴۶
کل خدمات	۳۷۱۶۸۳۰۱۱۶۲۹۱	۱۰۰	۸۱۱۳۰۴۷۳۷۷۷۱۱	۱۰۰	۲۱۸

داده‌های جدول با مراجعه به دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی مدیریت درمان بیمه تأمین اجتماعی اصفهان استخراج شده است.

اصلاحات بیمه شهری چین نیز هزینه‌های بستری با افزایش مختصری مواجه بود (۱۲).

سهم خدمات پاراکلینیک در مجموع هزینه‌های مستقیم سازمان‌های بیمه‌گر افزایش یافته است که این افزایش می‌تواند به دنبال افزایش دسترسی به دستگاه‌های با فن‌آوری پیشرفته‌تر و گران‌تر، افزایش بار بستری در بیمارستان‌ها و نیاز طبیعی بیماران برای تشخیص دقیق‌تر بیماری آن‌ها و یا افزایش تقاضای القایی رخ داده باشد. در حیطه خدمات سرپایی، افزایش هزینه ریالی در هر دو سازمان بیمه مشاهده گردید، اما نسبت سهم هزینه سرپایی به کل هزینه‌ها در هر دو سازمان با کاهش ناچیز مواجه بود که این امر می‌تواند بیانگر تمرکز طرح تحول بر خدمات بستری پرهزینه باشد و دلیل آن، افزایش تعرفه‌های بستری و یا جمعیت تحت پوشش بیمه‌ها به ویژه بیمه سلامت است؛ چرا که به واسطه اجرای طرح تحول، تعدادی از افراد که فاقد هر نوع بیمه بودند، تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند و این در حالی است که در طرح پوشش بیمه‌های چین، خدمات سرپایی با کاهش هزینه روبه‌رو بود (۱۳).

این در حالی است که تحقیقات نشان می‌دهد، در کشورهای پیشرفته جهان از جمله کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)، سهم هزینه‌های بیمارستانی از کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۱۱ حدود ۳۱ درصد (در ایالات متحده آمریکا = ۳۳/۴ درصد) بوده است که این سهم دو برابر هزینه‌های دارویی این کشورها می‌باشد (۱۱). در سال ۲۰۱۵ در کشورهای OECD به صورت میانگین ۲۸ درصد هزینه‌های سلامت شامل خدمات بستری، ۱۴ درصد شامل خدمات سرپایی، ۳۳ درصد شامل تجهیزات پزشکی و ۱۹ درصد شامل خدمات سلامت عمومی بود. در کشور کرواتسی نیز قبل از اجرای برنامه تحول، از کل هزینه‌های سلامت، ۳۰ درصد مربوط به خدمات بستری، ۱۴ درصد مربوط به خدمات سرپایی، ۹/۱۵ درصد مربوط به دارو و ۲/۱۶ درصد مربوط به خدمات سلامت عمومی بوده است (۸). بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱-۲۰۱۰، حداکثر و حداقل مقدار افزایش هزینه‌های بیمارستانی در میان کشورهای OECD به ترتیب ۳/۹ و ۳/۲ درصد گزارش گردید (۷). در برنامه

جدول ۴: مقایسه سرانه هزینه‌های مستقیم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش هر سازمان در سطح استان اصفهان (به جزء کاشان و آران و بیدگل) در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴

سازمان	هزینه‌های سال ۱۳۹۲ (ریال)	جمعیت تحت پوشش سال ۱۳۹۲ (ریال)	سرانه هزینه انجام شده به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش سازمان در سال ۱۳۹۲ (ریال)	سرانه هزینه انجام شده به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش سازمان در سال ۱۳۹۴ (ریال)	جمعیت تحت پوشش سال ۱۳۹۴ (ریال)	سرانه هزینه انجام شده به ازای هر نفر جمعیت تحت پوشش سازمان در سال ۱۳۹۴ (ریال)	درصد رشد سرانه هر سازمان
بیمه سلامت اصفهان	۲۳۶۲۶۷۷۰۶۵۹۳۸	۱۳۲۲۹۲۹	۱۷۸۵۹۴۴	۵۴۳۵۹۹۱۵۹۳۸۴۹	۱۵۸۳۱۶۲	۳۴۳۳۶۲۹	۱۹۲
سازمان تأمین اجتماعی اصفهان	۳۷۱۶۸۳۰۱۱۶۲۹۱	۲۸۴۱۲۳۵	۱۳۰۸۱۷۴	۸۱۱۳۰۴۷۳۷۷۷۱۱	۲۹۴۰۵۲۴	۲۷۵۹۰۴۸	۲۱۱
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	۴۳۴۹۵۱۷۰۰۰۰۰	۴۴۵۸۵۳۲	۹۷۵۵۴۹	۶۴۴۸۵۱۷۰۰۰۰۰	۴۷۰۲۸۶۰	۱۳۷۸۸۴۵	۱۴۱
مجموع	۱۰۴۲۹۰۲۴۱۸۲۲۲۹	۴۴۵۸۵۳۲	۲۳۳۹۱۱۶	۲۰۰۳۳۵۵۵۹۷۱۵۶۰	۴۷۰۲۸۶۰	۴۲۵۹۸۶۷	۱۸۲

امکان‌پذیر نبود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، سازمان‌های بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، رشد حدود دو برابری در هزینه‌های مستقیم خودشان نسبت به قبل از آن را تجربه کردند. این افزایش هزینه‌ها به طور عمده به دنبال افزایش هزینه در بخش‌های بستری و خدمات پاراکلینیک (شامل خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری) بود. از این رو، به نظر می‌رسد با توجه به محدودیت منابع طرح تحول و ضرورت برنامه‌های کنترل هزینه، بهتر است استراتژی‌های کنترل هزینه بر این قسمت‌ها متمرکز گردد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج تحقیق حاضر که نشان دهنده افزایش هزینه سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پس از اجرای طرح تحول سلامت بود و این که به نظر می‌رسد یکی از علل مهم این افزایش هزینه، افزایش تعرفه‌ها و افزایش جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد به منظور کنترل و کاهش هزینه‌های مد نظر، بازنگری در افزایش تعرفه‌ها پس از پیاده‌سازی طرح تحول صورت گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در صورت تداوم اجرای طرح تحول، فاز بعدی طرح در ارتباط با راهکارهای کنترل هزینه‌های مستقیم سلامت باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمام عزیزانی که در انجام این مطالعه مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

سهم خدمات دارویی از کل هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی، بعد از اجرای طرح تحول سلامت نسبت به قبل از آن کاهش (حداقل ۴ درصد) پیدا کرد، اما مقدار ریالی این هزینه‌ها با افزایش روبه‌رو بود. به نظر می‌رسد علت افزایش سهم ریالی هزینه‌های دارویی، افزایش جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد و می‌توان گفت که کاهش سهم خدمات دارویی پس از اجرای طرح در صندوق‌های بیمه‌ای، به علت وجود بسته حمایت از بیماران خاص در طرح تحول و جابجایی هزینه‌های دارویی این افراد از صندوق‌های بیمه‌گر به دانشگاه علوم پزشکی است. مطالعات صورت گرفته در کشورهای OECD در زمینه سهم هزینه‌های دارویی پس از اصلاحات نظام سلامت نشان داد که اصلاح نظام پرداخت برای داروهای گرانقیمت [از جمله نظام پرداخت بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته DRG (Diagnostic Related Group)] و یا اجرایی نمودن طبابت بر اساس راهنماهای بالینی می‌تواند هزینه‌های دارویی را به طور منطقی کاهش دهد (۱۱). همچنین، نتایج پژوهشی در کشور تایوان نشان داد که اصلاحات در بخش دارویی و جداسازی فرایند تجویز دارو و عرضه دارو توانسته است هزینه‌های دارویی را کاهش دهد (۱۴).

اگرچه مجموع هزینه‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با افزایش مواجه بوده، اما این افزایش در مقایسه با هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر کمتر بوده است. همچنین، سرانه هر نفر جمعیت تحت پوشش برای هر یک از این سازمان‌ها نیز با افزایش مواجه بود که این افزایش در مورد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مقدار کمتری را نشان داد. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان فشار مالی و هزینه‌ای طرح تحول بر روی بیمه‌ها را به عنوان یک علت پیشنهادی مطرح نمود. با این حال، با توجه به این که تنها دیدن هزینه‌های مربوط به یک طرح نمی‌تواند معیار کاملی برای قضاوت در مورد آن طرح باشد، پیشنهاد می‌گردد تحقیقاتی به منظور بررسی پیامدهای طرح تحول و بررسی اثربخشی این طرح با در نظر گرفتن هزینه‌های آن، طراحی و اجرا گردد.

در پژوهش حاضر، هزینه‌های مصرف شده توسط سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، بیمه نیروهای مسلح، بانک‌ها و... در استان اصفهان به طور شفاف قابل حصول نبود. همچنین، به دلیل حساسیت اطلاعات مالی هر سازمان، دریافت اطلاعات به تفکیک کامل مد نظر محققان

References

1. Yaghoubi M, Javadi M, Karimi S, Pirasteh V. Costs of normal and caesarian section delivery before and after implementation of the national health sector evolution plan in Iran from the perspectives of patients, health service providers and hospitals. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2018; 16(2): 114-25. [In Persian].
2. Maharlou HR, Barati O, Maher MH. The study of inpatient services costs provided to cardiovascular patients referred to Al-Zahra heart hospital in Shiraz during 2nd half of 2013 and compare to the same time after Iranian health transformation plan implementation. Journal of Healthcare Management 2016; 7(2): 31-8. [In Persian].
3. Bahmani A, Farhanian A. Investigating the challenges affecting the health system development plan from the viewpoint of the managers and employees of Tehran province hospitals. Management Strategies in Health System 2018; 3(1): 80-9. [In Persian].
4. Mosadegh Rad AM. To what extent health reform plan economically for the benefit of the state and the people [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://tums.isna.ir/Default.aspx?NSID=5&SSLID=46&NID=15676>
5. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: A longitudinal study in Zone 17 of Tehran. Hakim Health Sys Res 2009; 12(2): 38-47. [In Persian].
6. Heydarian N, Vahdat S. The impact of implantation of health care reform plan in patients pay out of pocket in selected public hospitals in Isfahan. J Med Counc I R Iran 2015; 33(3): 187-94. [In Persian].
7. Shojaei S, Yousefi M, Ebrahimipour H, Valinejadi A, Tabesh H, Fazaeli S, et al. Catastrophic health expenditures and impoverishment in the households receiving expensive interventions before and after health sector evolution plan in Iran: Evidence from a big hospital. Koomesh 2018; 20(2): 283-90. [In Persian].

8. Anders B, Ommen O, Pfaff H, Lungen M, Lefering R, Thum S, et al. Direct, indirect, and intangible costs after severe trauma up to occupational reintegration-an empirical analysis of 113 seriously injured patients. *Psychosoc Med* 2013; 10: Doc02.
9. 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). *J Ilam Univ Med Sci* 2017; 24(6): 178-88. [In Persian].
10. Peltzer K, Williams JS, Kowal P, Negin J, Snodgrass JJ, Yawson A, et al. Universal health coverage in emerging economies: Findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa. *Glob Health Action* 2014; 7: 25314.
11. Lorenzoni L, Belloni A, Sassi F. Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *Lancet* 2014; 384(9937): 83-92.
12. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2017 [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>
13. Huang F, Gan L. The impacts of china's urban employee basic medical insurance on healthcare expenditures and health outcomes. *Health Econ* 2017; 26(2): 149-63.
14. Chou YJ, Yip WC, Lee CH, Huang N, Sun YP, Chang HJ. Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience. *Health Policy Plan* 2003; 18(3): 316-29.

The Comparison of Direct Health Expenditures of Selected Insurance Organizations of Isfahan Province and Isfahan University of Medical Sciences, Iran, before and after Health Care Reform in Years 2013 and 2015

Reza Khadivi¹, Mohammadreza Rezayatmand², Hossein Bank³, Ali Etesampour⁴, Nima Ghasemi⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Health care reform was implemented in Iran in year 2014 to protect people from health-related financial risks. The aim of this study was to compare direct health expenditures before and after the implementation of health care reform.

Methods: This was a descriptive survey study, using the databases of selected Insurance Organizations of Isfahan Province (Iran Health Insurance Organization and Social Security Organization) and Isfahan University of Medical Sciences (MUI). All data related to direct health expenditures in years 2013 and 2015 were gathered using a checklist, and analyzed using Excel software.

Results: The direct health expenditures experienced 49, 130, and 118 percent of increase in Isfahan University of Medical Sciences, Iran Health Insurance Organization, and Social Security Organization, respectively; the overall increase after implementation of health care reform was 92 percent.

Conclusion: After the implementation of the health care reform in Iran, selected Insurance Organizations of Isfahan Province and Isfahan University of Medical Sciences experienced an increase in direct health expenditures. As a result, we suggest the use of different methods for controlling the expenditures of health care reform as its next phase.

Keywords: Health Expenditures; Health Care Reform; Insurance; Health

Received: 27 Nov., 2018

Accepted: 02 Feb., 2019

Published: 04 Feb., 2019

Citation: Khadivi R, Rezayatmand M, Bank H, Etesampour A, Ghasemi N. **The Comparison of Direct Health Expenditures of Selected Insurance Organizations of Isfahan Province and Isfahan University of Medical Sciences, Iran, before and after Health Care Reform in Years 2013 and 2015.** Health Inf Manage 2019; 15(6): 274-80

Article resulted from MD thesis No. 396074 funded by Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Community Medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Health Economics, Health Management and Economics Research Center AND Department of Healthcare Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD, Pharmacy, Isfahan Health Insurance Organization, Isfahan, Iran

4- Cardiologist, Isfahan Social Security Organization, Isfahan, Iran

5- Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

Email: nima.2532@yahoo.com