

# اعمال فرانشیز متغیر در پرونده‌ی بیماران بستری بیمه شده‌ی تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان\*

مسعود فردوسی<sup>۱</sup>، علی نعمتی<sup>۲</sup>، پیمان فرجادفر<sup>۳</sup>، یوسف مسعودیان<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** پرداخت مستقیم به عنوان یکی از منابع مالی نظام‌های سلامت تأثیر منفی بر وضعیت سلامتی و شاخص‌های کمی و کیفی عملکرد نظام سلامت دارد. هزینه‌های سلامتی بالاتر و در نتیجه پرداخت از جیب بیشتر ممکن است منجر به فقر یا کاهش دسترسی به خدمات سلامتی شود. متأسفانه این وضعیت بیشتر در میان افراد فقیر که نیاز بیشتری به مراقبت دارند دیده می‌شود. هدف این مطالعه جواب دادن به این مسأله بود که اگر سازمان تأمین اجتماعی بخواهد بیمه‌شدگان را در برابر پرداخت مستقیم بالا (صورت حساب‌های بالای ۱ میلیون ریال) حفاظت کند، با فرض ثابت بودن هزینه‌های کل چگونه پوشش هزینه‌ی سایرین را تغییر دهد.

**روش بررسی:** این پژوهش به صورت توصیفی و مقطعی بر روی صورت حساب‌های بیماران بستری تحت پوشش بیمه‌ی سازمان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود و براساس فرمول نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده، ۲۴۳۰ عدد تعیین شد، سپس سهم هر بیمارستان و سهم هر بخش بستری مشخص گردید. اطلاعات از طریق مراجعه به واحد حسابداری و درآمد بیمارستان با مطالعه‌ی فرم‌های مربوط به هزینه‌ی بیماران بستری و مصاحبه با کارشناسان بیمه در بیمارستان با استفاده از فرم‌های رسمی اطلاعات امور مالی دفتر اسناد پزشکی جمع‌آوری شد. با توجه به استاندارد بودن فرم‌ها، روایی و پایایی آنها مورد تأیید بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel انجام شد.

**یافته‌ها:** سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با سه سناریو با فرض ثابت بودن هزینه‌های سازمان، فرانشیزهای بالای یک میلیون را پوشش دهد. سناریوی اول: به جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌ها برای پرونده‌هایی که هزینه‌های درمان آنها کمتر از ده میلیون ریال باشد (فرانشیز کمتر از یک میلیون ریال) ۴۳ درصد از هزینه‌ها را پوشش دهد. سناریوی دوم: به جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌ها برای پرونده‌هایی که هزینه‌های درمان آنها تا بیست میلیون ریال است (فرانشیز کمتر از دو میلیون ریال) ۷۷ درصد از هزینه‌ها را پوشش دهد. سناریوی سوم: به جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌ها برای پرونده‌هایی که هزینه‌های درمان آنها کمتر از صد میلیون ریال باشد (فرانشیز کمتر از ده میلیون ریال) ۸۶ درصد از هزینه‌ها را پوشش دهد.

**نتیجه‌گیری:** سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از فرانشیز متغیر می‌تواند افراد را در برابر هزینه‌های سلامتی بالا و خانوارها را در برابر هزینه‌های کم‌ترکن محافظت کند.

**واژه‌های کلیدی:** بیمارستان‌ها؛ تأمین اجتماعی؛ هزینه‌ها

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۸۹۰۳۳ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: Ali\_nemati96@yahoo.com

۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۲۸

دریافت مقاله: ۹۲/۶/۸

پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۶

**ارجاع:** فردوسی مسعود، نعمتی علی، فرجادفر پیمان، مسعودیان یوسف. **اعمال فرانشیز متغیر در پرونده‌ی بیماران بستری بیمه شده‌ی تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۴): ۶۱۸-۶۱۱

## مقدمه

یکی از اهداف نظام سلامت، عدالت در مشارکت مالی خدمات سلامت است، به این معنی که خانوارها نباید سهم زیادی از درآمد خود را جهت تأمین نیازهای مراقبت سلامت پرداخت کنند و در نتیجه دچار فقر شوند (۱). در این میان بیماران باید به‌نحوی از پرداخت کامل هزینه‌ها در امان باشند و پرداختی که برای خرید آن خدمت انجام می‌دهند، نباید به‌گونه‌ای باشد که بر درآمدهای آنها تأثیر منفی گذارد و آنها را از تأمین سایر نیازهای زندگی خود بی‌بهره سازد (۲).

بالا بودن این هزینه‌ها که با گذشت زمان روند افزایشی داشته، مانع دسترسی بیماران به خدمات سلامتی شده است (۳) و بدین ترتیب درصد خانوارهایی که هزینه‌ی مصیبت بار سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد. آمار سازمان بهداشت جهانی حاکی از مواجهه شدن سالانه ۱۵۰ میلیون نفر با فلاکت‌های ناشی از هزینه‌های بهداشتی است (۴). در گزارش سالانه‌ی سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ میلادی آمده است که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی عدالت بودن تأمین مالی در یک نظام سلامت، میزان پیش پرداخت در کل هزینه‌هاست. پرداخت مستقیم از جیب نزولی‌ترین شیوه‌ی پرداخت برای سلامتی است و شیوه‌ای است که مردم را بیشتر در معرض خطرات مالی فاجعه بار قرار می‌دهد (۵).

یک نظام سلامت زمانی در عدالت‌ترین وضعیت از نظر تحمیل بار مالی قرار دارد که درصد هزینه‌های مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه‌های سلامت پایین و پیش پرداخت‌ها متناسب با ظرفیت پرداخت (درآمد) باشد، یعنی افراد غنی مشارکت مالی بیشتری داشته باشند، که به همین منظور ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه به بیان این مهم پرداخته است (۶). بایستی این امر مورد تأکید قرار گیرد که مأموریت اصلی بیمه‌های سلامت، از بین بردن موانع عمده‌ی دسترسی به مراقبت‌های سلامت به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیرتر در جامعه می‌باشد. پرداخت‌های توأم تا حدودی با اصول بیمه که براساس پیش پرداخت و انباشت خطر می‌باشند، متفاوت است. بنابراین فرانشیز بایستی در سطح بسیار محدود به‌عنوان راهکار مدیریت تقاضا به‌کار رود. هر چه میزان تفکیک کاربرد خدمات

سلامت و پرداخت‌ها بیشتر باشد، تأمین مالی عادلانه‌تر و برابری اجتماعی در ارائه‌ی خدمات بیشتر خواهد بود (۷). نشان دادند که هزینه‌های پرداخت شده به‌صورت مستقیم از جیب، در گروه کم درآمد ۶ برابر بیش از گروه‌های با درآمد بالاست (۸). براساس سومین مطالعه‌ی ملی خدمات بهداشتی چین، در سال ۲۰۰۳ میلادی حدود ۷۰ درصد افرادی که از دریافت مراقبت‌های بستری محروم شده‌اند، مشکل مالی را به‌عنوان علت اصلی این محرومیت اعلام نموده‌اند (۹).

در بررسی مهرآرا و همکاران نشان داده شد که حدود ۲/۵ درصد جمعیت کشور بین سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۲ شمسی در معرض هزینه‌های کمرشکن سلامتی قرار داشتند (۱۰). در پژوهشی که مستوفی و اکبری با عنوان «تعیین فرانشیز پلکانی جهت نسخ دارویی بیمه‌شدگان، گامی برای دستیابی به عدالت در نظام مراقبت سلامت» انجام دادند مشخص شد که سازمان تأمین اجتماعی عمده هزینه‌ی نسخ دارویی را برای کسانی پرداخت کرده است که کمترین نیاز به مراقبت سلامت را دارند و می‌توان با اجرای یک مکانیسم هوشمند پرداخت فرانشیز، گامی در جهت ارتقای عدالت در سلامت برداشت (۱۱). مطابق مطالعات انجام شده، خدمات درمانی بستری سالانه پنج هزار ایرانی را به بدبختی و ۸ درصد بستری‌شدگان را پس از ترخیص به خاک سیاه می‌نشانند، ۲۱ درصد پس از ترخیص از بیمارستان فرقی با مصیبت‌زده‌ها ندارند، در کل ۱/۸ درصد جامعه به دلیل هزینه‌های خدمات درمان بستری در سال خانه خراب و از هستی ساقط شده و به زیر خط فقر می‌روند (۱۲). وضعیت سید مصرفی خدمات درمانی بین گروه‌های مختلف جمعیتی براساس شدت غیر قابل تحمل بودن هزینه‌های درمانی، نشان می‌دهد که خدمات بستری بیمارستانی، بیشترین سهم را در سید مصرفی خانوارها مربوط به گروه‌های مواجهه با هزینه‌های کمرشکن دارد (۱۳).

در این تحقیق به بررسی این موضوع که آیا سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند منابع را به‌گونه‌ای دیگر صرف کند که درصد کمتری از هزینه‌های کمرشکن سلامت ایجاد شود، پرداخته شد. به‌عبارت دیگر آیا می‌توان فرانشیز را از حالت یکنواخت

هم پنج میلیون ریال بود، قرار داده شدند و مبالغ فرانشیزی که بالای بیست میلیون ریال بود در دسته‌ی دیگری قرار گرفت. در این میان ۲۲۰۹ پرونده مربوط به بیمارانی که مبلغ فرانشیز آنها کمتر از پنج میلیون ریال می‌شد، ۱۵۸ پرونده مربوط به بیمارانی که مبلغ فرانشیز پرداختی آنها بین پنج میلیون ریال تا بیست میلیون ریال می‌شد و ۶۲ پرونده مربوط به بیمارانی که مبلغ فرانشیز پرداختی آنها بالای میلیون ریال می‌شد، بود (نمودار ۱).

مجموع هزینه‌های درمان بیمارانی که فرانشیز پرداختی آنها بالای ده میلیون ریال است یعنی هزینه‌های درمان آنها بالای صد میلیون ریال می‌شود (۱۲۳ پرونده) برابر با ۳۱۷۳۸۱۳۹۸۰۰ ریال است که از این مبلغ سهم بیمه‌ی تأمین اجتماعی ۲۸۵۶۴۳۲۵۸۲۰ ریال و سهم فرانشیز بیمارانی ۳۱۷۳۸۱۳۹۸۰ ریال است (نمودار ۲).

حال فرض شود، افرادی که هزینه‌ی درمان آنها بالای صد میلیون ریال است یعنی فرانشیز آنها بالای ده میلیون ریال می‌شود، فقط ده میلیون ریال را از فرانشیز پرداخت کنند، یعنی این ۱۲۳ نفر هر کدام ده میلیون ریال را بابت درمان پرداخت کنند. بدین ترتیب از میزان مبلغ فرانشیز افرادی که بالای ده میلیون ریال پرداخت می‌کنند، یعنی از ۳۱۷۳۸۱۳۹۸۰۰ ریال، ۱۲۳۰ میلیون ریال آن را بیمارانی بپردازند و مابقی آن را بیمه تأمین اجتماعی پرداخت کند (۱۹۴۳۸۱۳۹۸۰ = ۳۱۷۳۸۱۳۹۸۰ - ۱۲۳۰۰۰۰۰۰۰).

سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند از طریق سناریوهای زیر این مبلغ را تأمین کند:

سناریوی اول: با فرض اینکه مجموع هزینه‌های تأمین اجتماعی ثابت بماند. اگر سازمان تأمین اجتماعی بابت بیمارانی که هزینه‌ی بستری آنها کمتر از ده میلیون ریال است، به‌جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه، ۴۳ درصد از هزینه را پوشش دهد، بیمه‌ی تأمین اجتماعی می‌تواند برای بیمارانی که مبلغ فرانشیز آنها بیشتر از ده میلیون ریال است، مقدار بالای ده میلیون ریال را پوشش دهد و بیمارانی فقط ده میلیون ریال را بابت فرانشیز پرداخت کنند. به‌عبارت دیگر مجموع هزینه‌های درمان برای بیمارانی که هزینه‌های درمان آنها زیر ده میلیون ریال است برابر با ۴۲۱۵۲۱۲۲۰۰ ریال می‌باشد که سهم تأمین اجتماعی از این

(درصد ثابت) کنونی خارج ساخت و به سمت فرانشیز پلکانی یا متغیر درآورد، به گونه‌ای که از افرادی که مبلغ فرانشیز آنها بالاست (طبیعتاً احتمال بیشتری می‌رود که به هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار شوند) حمایت بیشتری اعمال شود. بنابراین این تحقیق به ما نشان می‌دهد که برای انجام تغییرات فوق چه سناریوهایی را می‌توان تعیین کرد.

### روش بررسی

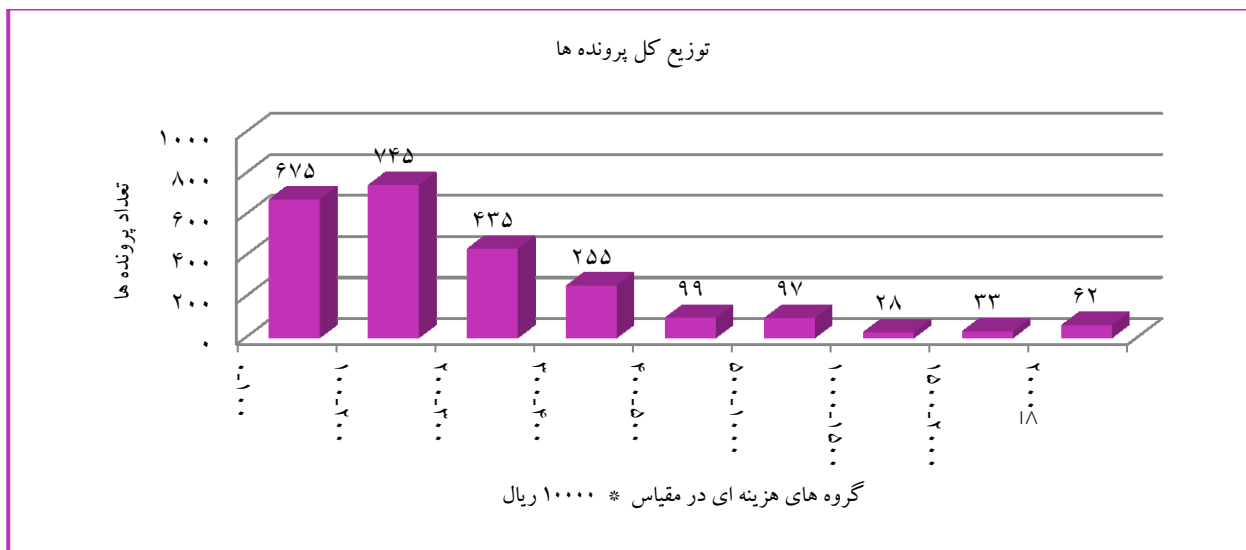
این پژوهش به صورت توصیفی و مقطعی بر روی صورت حساب‌های بیماران بستری تحت پوشش بیمه‌ی سازمان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ انجام شد. تعداد نمونه‌ی مورد نیاز براساس فرمول تعداد نمونه

$$n = \frac{z^2 \cdot s^2}{d^2} \quad \text{و با در نظر گرفتن } d=3\% \text{ و } z=2 \text{ مورد}$$

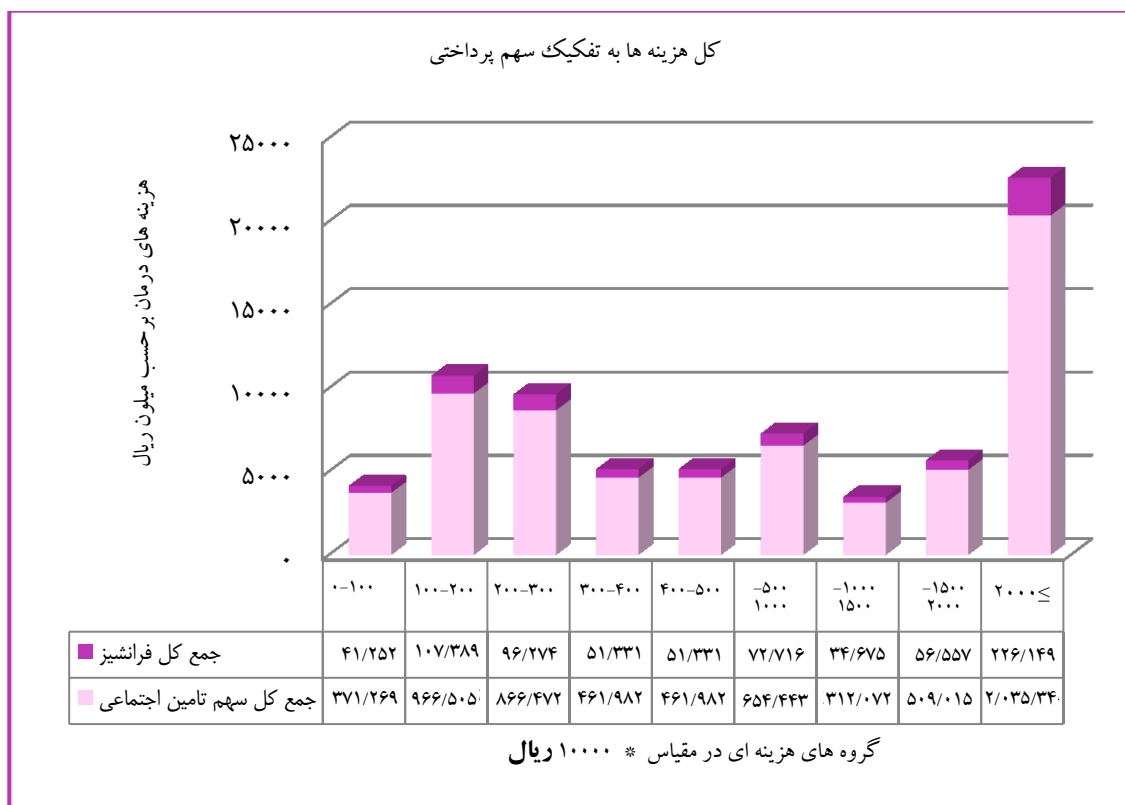
برآورد شد که در پژوهش حاضر تعداد ۲۴۳۰ پرونده به‌صورت خوشه‌ای مورد مطالعه قرار گرفت. در نمونه‌گیری این پژوهش پس از آنکه سهم هر بیمارستان براساس تعداد پرونده‌های بستری در سال ۱۳۸۷ شمرسی مشخص شد، تعداد نمونه براساس سهم هر بیمارستان مشخص گردید و در نهایت از بین گروه‌های مختلف بستری در هر بیمارستان براساس میزان فرانشیز پرداختی، از سوی سازمان بیمه‌گر، خوشه‌بندی انجام شد و تعداد نمونه در هر بیمارستان برای هر خوشه مشخص گردید. اطلاعات از طریق مراجعه به واحد حسابداری و درآمد بیمارستان با مطالعه‌ی فرم‌های مربوط به هزینه‌ی بیماران بستری و مصاحبه با کارشناسان بیمه در بیمارستان با استفاده از فرم‌های رسمی اطلاعات امور مالی دفتر اسناد پزشکی جمع‌آوری شد. با توجه به استاندارد بودن فرم‌ها، روایی و پایایی آنها مورد تأیید می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴۳۰ پرونده بررسی شد و پرونده‌هایی که فرانشیز آنها کمتر از پنج میلیون ریال بود در ۵ دسته‌ی یک میلیون ریالی قرار داده شدند و پرونده‌هایی که مبلغ فرانشیز آنها بین پنج میلیون ریال تا بیست میلیون ریال بود در ۳ دسته که فاصله‌ی دسته‌ها از



نمودار ۱: توزیع کل پرونده‌ها براساس میزان فرانشیز پرداختی



نمودار ۲: کل هزینه‌ها به تفکیک سهم پرداختی

درصد هزینه را پرداخت کنند، بیمه‌ی تأمین اجتماعی می‌تواند برای بیمارانی که مبلغ فرانشیز آنها بیشتر از ده میلیون ریال است (هزینه‌ی درمان آنها بالای صد میلیون ریال است) مقدار بالای ده میلیون ریال را پوشش دهد و بیماران فقط ده میلیون ریال را بابت فرانشیز پرداخت کنند. در این صورت مثلاً اگر بیماری مبلغ فرانشیز آن ۲۱۰۰۰۰۰۰۰ میلیون ریال است، ده میلیون ریال آن را بیمار پرداخت می‌کند و بقیه‌ی مبلغ را سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌کند.

### بحث

در زمینه‌ی بازار بیمه‌ی سلامت، نتایج تحقیقاتی مانند تمایل به پرداخت برای حفظ و توسعه‌ی بیمه‌ی سلامت در تایوان (ChuLang) (۱۴) و تمایل کارگران به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت در چین (Barnighausen) (۱۵) و تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی سلامتی در مناطق روستایی ویتنام (Lofgren) (۱۶)، همچنین تمایل کارمندان دولت به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت در اتیوپی (Woldemariam) نیز نشان‌دهنده‌ی موافقت اکثریت پاسخگویان با پرداخت درصدی از درآمد برای افزایش پوشش خدمات و یا خرید بیمه‌ی سلامت بود (۱۷). تمام این تحقیقات نشان‌دهنده‌ی خطرگریز بودن و موافقت اکثریت افراد جامعه با وجود ساز و کار بیمه برای پوشش هزینه‌های سلامت بودند.

در آنالیزی که Ke Xu و همکاران در مورد هزینه‌های کمرشکن خانوار در سال ۲۰۰۳ در چند کشور انجام دادند بیان شد که مردم به‌ویژه مصرف‌کنندگان فقیر خانگی می‌توانند، به‌وسیله‌ی اتکالی کمتر سیستم سلامت بر پرداخت‌های مردم و تأمین بیشتر حمایت مالی در برابر ریسک‌های بزرگ سلامت، توسط سیستم‌های سلامت در برابر هزینه‌های کمرشکن حمایت شوند (۱۸).

Ekman در تحقیقی که در سال ۲۰۰۷ میلادی در مورد هزینه‌های کمرشکن سلامت و نقش بیمه‌ها در زامبیا انجام داد، مشخص شد که کشور زامبیا پوشش مناسبی جهت هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد و دولت می‌تواند توسط تنظیم مکانیسم‌های پیش پرداخت برای استفاده‌کنندگان از خدمات و همچنین حمایت مالی از بیمه‌ها جهت پوشش هزینه‌های

مبلغ برابر با ۳۷۹۳۶۹۰۹۷۰ ریال است و میزان فرانشیز بیماران ۴۲۱۵۲۱۲۲۰ ریال می‌باشد. حال اگر سازمان تأمین اجتماعی از این سهم پرداختی بخواهد فرانشیز پرداختی بالای ده میلیون ریال را پوشش دهد، باید  $(۱۸۴۹۸۷۶۹۹۰ = ۱۹۴۳۸۱۳۹۸۰ - ۳۷۹۳۶۹۰۹۷۰)$  (۴۳ درصد از کل هزینه‌ها) را برای بیمارانی که فرانشیز آنها کمتر از یک میلیون ریال است پرداخت کند. در این صورت مثلاً اگر بیماری مبلغ فرانشیز آن ۲۱۰۰۰۰۰۰۰ میلیون ریال است، ده میلیون ریال آن را بیمار پرداخت می‌کند و بقیه‌ی مبلغ را سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌کند.

سناریوی دوم: با فرض اینکه مجموع هزینه‌های تأمین اجتماعی ثابت بماند. اگر سازمان تأمین اجتماعی بابت بیمارانی که هزینه بستری آنها کمتر از بیست میلیون ریال است به جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه، ۷۷ درصد از هزینه را پوشش دهد و بیماران ۲۳ درصد هزینه را پرداخت کنند. بیمه‌ی تأمین اجتماعی می‌تواند برای بیمارانی که مبلغ فرانشیز آنها بیشتر از ده میلیون ریال است (هزینه‌ی درمان آنها بالای صد میلیون ریال است)، مقدار بالای ده میلیون ریال را پوشش دهد و بیماران فقط ده میلیون ریال را بابت فرانشیز پرداخت کنند. به‌عبارت دیگر مجموع هزینه‌های درمان برای بیمارانی که هزینه‌های درمان آنها کمتر از بیست میلیون ریال است برابر با  $(۱۴۹۵۴۱۶۲۹۰۰ = ۱۳۴۵۸۷۴۶۶۰۰ - ۱۳۴۵۸۷۴۶۶۰۰)$  ریال است. حال اگر سازمان تأمین اجتماعی از این مبلغ برابر با  $(۱۱۵۱۴۹۳۲۶۲۰ = ۱۴۹۵۴۱۶۲۹۰۰ - ۳۷۹۳۶۹۰۹۷۰)$  ریال از هزینه‌ها را برای بیمارانی که فرانشیز آنها کمتر از دو میلیون ریال است پرداخت کند. در این صورت مثلاً اگر بیماری مبلغ فرانشیز آن ۲۱۰۰۰۰۰۰۰ میلیون ریال است، ده میلیون ریال آن را بیمار پرداخت می‌کند و بقیه‌ی مبلغ را سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌کند.

سناریوی سوم: با فرض اینکه مجموع هزینه‌های تأمین اجتماعی ثابت بماند. اگر سازمان تأمین اجتماعی بابت بیمارانی که هزینه بستری آنها کمتر از صد میلیون ریال است، به‌جای پوشش ۹۰ درصدی هزینه، ۸۶ درصد از هزینه را پوشش دهد و بیماران ۱۴

درصد‌های متفاوت که در سه سناریو توضیح داده شد، از هزینه‌های افرادی که هزینه‌های درمانی آنها بالا است، حمایت کند و از هزینه‌های کمرشکن و ایجاد فشارهای مالی بر خانواده‌ها جلوگیری کند.

در قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، دولت موظف گردیده است که به منظور ارتقای عدالت توزیعی و برای دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های سلامت، توزیع منابع بهداشتی درمانی را به نحوی انجام دهد تا شاخص مشارکت مالی عادلانه به ۹۰ درصد ارتقا یافته و سهم خانوارها از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و تعداد خانوارهایی که با پرداخت هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت، آسیب‌پذیر می‌شوند به یک درصد کاهش یابد. به کارگیری فرانشیز متغیر می‌تواند گامی در اجرای قانون فوق محسوب شود.

### پیشنهادها

در نهایت پژوهشگر با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌نماید که مطالعات مشابه دیگری بر روی سایر بیمه‌ها صورت گیرد و پیشنهاد دیگر آنکه فرانشیز متغیر به عنوان یکی از راهکارهای جلوگیری از ایجاد هزینه‌های کمرشکن توسط سازمان‌های بیمه‌ای و مؤسسات درمانی، مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

از مدیریت درمان تأمین اجتماعی و دفتر اسناد پزشکی همان سازمان بابت همکاری در اجرای طرح صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

کمرشکن سلامت به حمایت مالی از افراد در معرض خطرهای بزرگ سلامت (بیماری‌هایی با هزینه‌های درمان بالا) بپردازد (۱۹). این تحقیق یافته‌های تحقیق حاضر را تأیید می‌کند.

در پژوهشی که Yardim و همکاران در سال ۲۰۰۹ میلادی در مورد هزینه‌های کمرشکن سلامت و بینواسازی آن در ترکیه انجام دادند، بیان کردند که حمایت بیمه‌ها از مردم می‌تواند ریسک این هزینه‌ها را بسیار کاهش دهد و این برای مردم سودمند است. همچنین سیستم مالی بهداشت ملی باید از مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت حمایت کند. به عبارت دیگر دولت ترکیه باید مکانیسم‌های پرداخت هزینه‌ها را بهبود ببخشد که این کار با همکاری و مساعدت بیمه‌های بهداشتی امکان‌پذیر است (۲۰). این تحقیق نیز در جهت تأیید یافته‌های تحقیق حاضر می‌باشد. در پژوهشی که مستوفی و اکبری با عنوان تعیین فرانشیز پلکانی جهت نسخ دارویی بیمه‌شدگان گامی برای دستیابی به عدالت در نظام مراقبت سلامت انجام دادند، مشخص شد که سازمان تأمین اجتماعی عمده هزینه‌ی نسخ دارویی را برای کسانی پرداخت کرده است که کمترین نیاز را به مراقبت سلامت دارند و می‌توان با اجرای یک مکانیسم هوشمند پرداخت فرانشیز، گامی در جهت ارتقای عدالت در سلامت برداشت (۱۴). که نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌ی بالا همخوانی دارد.

### نتیجه‌گیری

مسأله‌ی اصلی این تحقیق پوشش کمتر هزینه‌های پایین و پوشش بیشتر هزینه‌های بالاتر برای حمایت از بیماران و جلوگیری از هزینه‌های کمرشکن برای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بود. یافته‌ها نشان دادند که سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با ایجاد فرانشیز متغیر به شیوه‌های گوناگون و

### References

1. Murray CJL, Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Trans. kia daliri A, Moradi N. Social Insurance Quarterly 2005; 7(20): 33-60. [In Persian]
2. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence Is Good for Your Health System: Policy Reform to Remedy Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Mexico. Salud Publica Mex 2007; 49(Suppl 1): S70-87.
3. Barati A, Ghaderi H, Hajhassani D. Utilization Pattern Of Health Care Services In The Consumption Basket Of Households In Kerman Province (1996-2002). Payesh Quarterly 2006; 5(2): 105-11. [In Persian]
4. Saksena P, Antunes AF, Xu K, Musango L, Carrin G. Impact of Mutual Health Insurance on Access to Health Care and Financial Risk Protection in Rwanda [Online]. Available from: URL: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_10\\_03-mut\\_frp\\_rwa.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_10_03-mut_frp_rwa.pdf).

5. World Health Organization. The World Health Report. Tehran: Great Avicenna Institute Publications; 2000. [In Persian]
6. Kazemi Z. Study of Equity in Health Care Financing. Proceeding of the National Congress of Equity in the Health System; 2008; Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; 2008. [In Persian]
7. Arab M, kavousi Z, Ravangard R, Ostovar R. Health Insurance System. Tehran: ACECR, Academic Center for Education, Culture and Research; 2010. [Book In Persian]
8. Mastilica M, Bozikou J. Out of Pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity. Croat Med 1999, 40(2): 152-9.
9. Pourreza A. Study of Equity in Financing, Resource Allocation in Healthcare. Quarterly of Social Security 207; 9(28): 107-134. [In Persian]
10. Mehrara M, Fazaeli A. Study of Equity in Health Financing Iranian Households. Journal of Health Management 2009; 13(40): 51-62. [In Persian]
11. Mostofinejad A, Akbari F. Variable Copayment for Insured Prescriptions, A Step Towards Achieving Equity In Health Care. Proceeding of the National Congress of Equity in the Health System; 2008; Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; 2008. [In Persian]
12. Rezapour A, Safaripalangy H. Equity in Health Care Financing. Proceeding of the National Congress of Equity in the Health System; 2008; Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; 2008. [In Persian]
13. Razavi S, Hassanzadeh A, Yasmanjy K. Fairness in Financial Contribution in Health Care System. Tehran: Publication of Andishmand; 2005. [Book in Persian]
14. Lang HC, Lai MS. Willingness To Pay To Sustain and Expand National Health Insurance Services in Taiwan [Online]. 2008; Available From: URL: [Http://www.Biomedcentral.Com/1472-6963/8/261](http://www.Biomedcentral.Com/1472-6963/8/261).
15. Barnighausen T, Liu Y, Zhang X, Sauerborn R. Willingness to Pay for Social Health Insurance among Informal Sector Workers in Wuhan, China: CVM Study [Online]. 2007; Available From: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/114/>.
16. Lofgren C, Thanh NX, Chuc NK, Emmelin A, Lindholm L. People's Willingness to Pay for Health Insurance in Rural Vietnam [Online]. 2008; Available From: URL: <http://www.resource-allocation.com/content/6/1/16>.
17. Woldemariam Habtewold Y, Lofgren C. Preference for Health Care Financing Options and willingness to Pay for Health Insurance Among Government Employees in Ethiopia [Online]. 2009; Available From: URL: [http://www.phmed.umu.se/digitalAssets/30/30117\\_2009-21-yared-woldemariam.pdf](http://www.phmed.umu.se/digitalAssets/30/30117_2009-21-yared-woldemariam.pdf).
18. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multi Country Analysis. Lancet 2003; 362(9378): 111-7.
19. Ekman B. Catastrophic Health Payments and Health Insurance: Some Counterintuitive Evidence from One Low Income Country. Health Policy 2007; 83(2-3): 304-13.
20. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey. Health Policy 2010; 94(1): 26-33.



## Survey Variable Copayment Hospital Bills for Social Security Organization's Insured Patients in Isfahan Hospitals\*

Masuod Ferdosi<sup>1</sup>; Ali Nemati<sup>2</sup>; Payman Farjadfar<sup>3</sup>; Yousef Masuodian<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Out of pocket payments (OOP) as a kind of financial resources in health systems has regressive effects on health status, equity and both qualitative and quantitative health system performance indicators. Higher health expenditures and higher OOP may lead to more people fall in poverty or decrease their accessibility to health services. Unfortunately this could be found more among poor people whom need more protection. This study aimed to reveal if social security organization (SSO) wants to protect their insured people from higher amounts of OOP (bills more than 100 million Rials) how it would affect cost coverage of other people assuming fixed total cost of all bills for SSO.

**Methods:** That was a cross sectional study on Isfahan hospital bills for inpatients of SSO during 2008. Sampling method was cluster sampling. We studied 2430 hospital bills and copayment paid directly by patient. The data were collected by Finance information form. The form was a standard so it is the reliable and valid. Data analyzed with Excel software and descriptive statistics.

**Results:** Now SSO covers around 90% of hospital bills for its insured patients regardless of bill amount. Our calculations according to before mentioned show that SSO should pay less to low cost bills through one of these scenarios:

First: for all bills fewer than 10 million Rials, covering 43% of costs.

Second: for all bills fewer than 20 million Rials, covering 77% of costs.

Third: for all bills fewer than 100 million Rials, covering 86% of costs.

**Conclusion:** Findings show that social security organization by using Variable Copayment in different manners could protect individuals with high health expenditures and protect households against catastrophic costs.

**Keywords:** Hospitals; Social Security; Costs

Received: 30 Aug, 2013

Accepted: 28 Sep, 2013

**Citation:** Ferdosi M, Nemati A, Farjadfar P, Masuodian Y. **Survey Variable Copayment Hospital Bills for Social Security Organization's Insured Patients in Isfahan Hospitals.** Health Inf Manage 2013; 10(4): 618.

\* This Article is Derived from research project No 289033 in Health Management and Economics Research Center and supported by Vice Chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)  
Email: ali\_nemati96@yahoo.com

3- BSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran