

مقدمه

هزینه های کمتری را مستقیماً برای خدمات سلامت مورد نیاز و مصرفی خود پرداخت می کنند این در حالی است که در بیشتر کشورهای کم درآمد، خانوارها و افراد سهم بزرگی از هزینه های مراقبتهای سلامت را بطور مستقیم از جیب خود به فراهم کنندگان خدمات سلامت و در مواقع مصرف پرداخت می کنند. (۴)، بطور مثال میزان مشارکت خانوارها ی کشور افغانستان در تامین منابع مالی نظام سلامت در سال ۲۰۰۷ حدوداً ۷۶ درصد از کل هزینه های سلامت بوده است در حالی که سهم خانوارهای کشورهای پیشرفته مانند دانمارک، فرانسه و آلمان در همان سال حدود ۱۵ الی ۲۲ درصد بوده است. در کشور ما بیش از نصف بار تامین مالی نظام سلامت بعهده خانوارها می باشد. جدول شماره ۱ میزان مشارکت خانوار ها و دولت را در تامین منابع مالی مراقبتهای بهداشتی درمانی کشور را نشان می دهد.

بخش بهداشت درمان از جمله مهمترین بخش ها در فعالیتهای اجتماعی اقتصادی هر کشور محسوب می شود بطوریکه از نظر اقتصادی منابع مالی قابل توجهی هر ساله به این بخش برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت افراد کشور اختصاص می یابد. (۱)

امروزه با توجه به توسعه روزافزون فن آوریهای پزشکی، تغییر شیوه زندگی و متحول شدن انتظارات مردم از نظامهای سلامت ، هزینه مراقبتهای بهداشتی درمانی^۱ به صورت چشمگیری افزایش داشته و بازم در حال افزایش است و منابع موجود و تخصیصی برای نظامهای سلامت از سوی دولتها پاسخگوی تمامی نیازها و انتظارات مردم نمی شوند. از اینرو تامین هزینه های خدمات درمانی بعنوان چالش جدی برای نظامهای سلامت و خانوارها مطرح شده است. (۲ و ۳)

نحوه تامین منابع مالی نظامهای سلامت در کشورها متفاوت می باشد. در اکثر کشورهای پیشرفته جهان، افراد و خانوارها

جدول ۱: میزان مشارکت در تامین منابع مالی مراقبتهای بهداشتی درمانی توسط خانوار ها و دولت در ایران ، در فاصله سالهای ۱۳۸۸-۱۳۷۴

سال	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
سهم دولت از کل هزینه های سلامت (به درصد)	۴۴.۷۶	۴۷.۴۱	۴۸.۵۴	۴۸.۵۴	۴۲.۴۰	۴۱.۶۴	۴۳.۶۹	۴۴.۰۳	۴۵.۸۲	۴۳.۴۷	۴۴.۳۱	۴۶.۳۷	۴۴.۶۱	۴۲.۴۲	۴۸.۹۹
سهم خانوارها از کل هزینه های سلامت (به درصد)	۵۵.۲۴	۵۲.۵۹	۵۱.۴۶	۵۱.۴۶	۵۷.۶۰	۵۸.۳۶	۵۶.۳۱	۵۵.۹۷	۵۴.۱۸	۵۶.۵۳	۵۵.۶۹	۵۳.۶۳	۵۵.۳۹	۵۷.۵۸	۵۱.۰۱

منبع: سازمان جهانی بهداشت، تامین مالی نظامهای سلامت، حسابهای ملی سلامت، ۲۰۱۰

در جوامع مختلف شامل می شود. همین پژوهش نشان داد که هزینه های کم شکن زمانی اتفاق می افتد که مشارکت مالی خانوارها در تامین مالی خدمات سلامت بیش از ۴۰٪ از درآمد باقی مانده خانوار بعد از تامین نیازهای اساسی که به آن توان پرداخت خانوار^۱ گفته می شود را شامل شود. (۱۰)

بررسیها نشان می دهند پرداختهای مستقیم و از جیب برای خدمات سلامت^۴، توان مالی پایین خانوار و فقدان مکانیسمهای تامین مالی بصورت پیش پرداخت مانند تامین مالی از طریق مالیاتها و یا بیمه های سلامت از دلایل عمده مواجهه خانوارها با هزینه های کم شکن سلامت می باشد (۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱ و ۱۵)، از آنجائیکه صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت می تواند سطح استاندارد زندگی خانوارها را تهدید کند. (۱۶) امروزه شاخص

مشارکت مالی خانوارها^۲ در تامین هزینه های خدمات سلامت فشارهای مالی متفاوتی را بر مردم در جوامع مختلف بر اساس نوع نظام سلامت تحمیل نموده است. (۵ و ۶) در برخی جوامع دسترسی به خدمات درمانی می تواند بعضی از خانوارها را با هزینه های کم شکن سلامت^۳ مواجه نماید بدین دلیل عده ای از خانوارها جهت جلوگیری از تأثیرات منفی ناشی از تامین هزینه های خدمات درمانی از دریافت خدمات مورد نیازشان چشم پوشی نموده و مجبور به تحمل درد و رنج بیماری می شوند. (۷ و ۸ و ۹)

در پژوهشی از ۵۹ کشور جهان مشخص شد که مواجهه خانوارها با هزینه های کم شکن سلامت در میان کشورها متفاوت می باشد و از ۰.۱ درصد تا ۱۰.۵ درصد خانوارها را

¹ Health Care Expenditure

² Household Financial Contribution (HFC)

³ Catastrophic Health care Expenditure

⁴ Household Capacity to Pay

طرف دریافت کنندگان خدمات به منظور سرعت و سهولت در دریافت خدمات پرداخت می شود مانند هزینه های رفت و آمد به محل ارائه خدمات، هزینه اقامت در محل ارائه خدمات، هزینه های ناشی از انجام نشدن کارهای جاری و موظف بیمار بعلت زمان صرف شده برای مراجعه و دریافت خدمات. پرسشنامه دوم مربوط به صورتحساب بیمارستان بود که در پرونده پزشکی بیماران الصاق شده بود و در آن سهم بیمه گذار و سهم بیمار مشخص شده است. منظور از هزینه های مستقیم همان سهم بیمار از صورتحساب و همچنین هزینه دارو و لوازم پزشکی غیر پوشش بیمه ای و یا خریداری شده بصورت آزاد توسط بیمار را شامل می شود. به بیان دیگر هزینه های مستقیم به پرداختهایی که خانوارها در قبال خدمات پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی، داروئی و دیگر کالاها و خدمات پزشکی به منظور حفظ و ارتقای سلامت انجام می دهند گفته می شود. (۲۰)

به مجموع هزینه های مستقیم و هزینه های غیر مستقیم هزینه کل گفته می شود.

روش اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که بعد از دریافت معرفی نامه از معاونت محترم درمان، محقق به بیمارستان محل تحقیق و بخش بستری بیماران دیابتی مراجعه و با استفاده از دو پرسشنامه فوق الذکر اطلاعات لازم را جمع آوری نموده است. بدین ترتیب که پرسشنامه اول توسط همراهان بیمار و خود بیمار تکمیل شد و پرسشنامه دوم توسط محقق و با استفاده از صورتحساب بیمار که در پرونده بالینی وی الصاق شده تکمیل گردید. سپس اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از مدل آماری تحلیل واریانس یک راهه، تفاوت معنی داری بین هزینه بیمه های سه گانه با استفاده از آزمون پی گیری دانکن^۱ و تفاوت معنی داری بین هزینه های بیماران بومی و غیر بومی، هزینه های مستقیم و غیر مستقیم، هزینه های بیماران اورژانسی و عادی در انواع بیمه های سه گانه با استفاده از آزمون T مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در این پژوهش هزینه های بیماران تحت پوشش سه نوع بیمه که شامل بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه تامین اجتماعی و سایر بیمه ها می باشد از لحاظ متغیرهای هزینه ای که شامل هزینه بیمار بومی، غیر بومی، هزینه مستقیم، هزینه غیر مستقیم، هزینه کل، هزینه بیمار پذیرش شده بحالت اورژانسی و غیر اورژانسی، سهم پرداختی از جیب بیماران از هزینه کل و از هزینه مستقیم بررسی و با یکدیگر مقایسه می شوند.

مشارکت عادلانه در تامین منابع مالی سلامت یکی از شاخصهای اصلی سازمان جهانی بهداشت در ارزیابی از نظامهای بهداشتی درمانی کشورها محسوب می شود و استفاده از بیمه های درمانی بهترین شیوه تامین مالی نظامهای سلامت و محافظت از افراد و خانوارها از آسیب های ناشی از هزینه های درمانی محسوب می شود. (۱۷)

نتیجه پژوهشی تحت عنوان "عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت" بیانگر وضعیت نامطلوب عدالت در مشارکت خانوارها در تامین مالی هزینه های سلامت بوده است و هر ساله حدود ۲ درصد از خانوارها بدلیل پرداخت های کمترکن برای خدمات سلامت مورد نیاز خود به ورطه فقر می افتند. (۱۸)، همچنین نتایج پژوهشی دیگر بر روی بیش از ۳۲۰۰۰ خانوار شهری و روستایی حاکی از همسویی آن با نتایج پژوهش قبلی است. (۱۹)

از آنجائیکه بررسیهای مختلف نشان می دهند از چالشهای عمده نظام سلامت کشور، نحوه تامین منابع مالی هزینه های خدمات سلامت و میزان مشارکت بالای مالی خانوارها در تامین هزینه های خدمات درمانی علی رغم تحت پوشش بیمه های درمانی بودن است از اینرو در این پژوهش، نحوه تامین هزینه درمان بیماران دیابتی بستری در بیمارستان سینای تبریز که یک بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز است در انواع بیمه های مختلف بررسی و با یکدیگر مقایسه شده است.

مواد و روش ها

این تحقیق مطالعه ای گذشته نگر از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دیابتی که در مرکز آموزشی درمانی سینای شهر تبریز که در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ جهت معالجه بستری شده اند می باشد. برای نمونه گیری از روش سرشماری استفاده شد. نمونه ها پس از انتخاب که تعداد آنها ۹۴ نفر بود با توجه به نوع سازمان بیمه گری در سه گروه بنام بیمه شدگان خدمات درمانی (۳۳ نفر)، بیمه شدگان بیمه تامین اجتماعی (۳۱ نفر)، و گروهی تحت عنوان سایر بیمه ها که شامل بیمه شدگان کمیته امداد امام خمینی (ره)، نیروهای مسلح، بانکها و شهرداری که جمعا^۲ (۳۰ نفر) جا گرفتند. اطلاعات مورد نیاز در این بررسی توسط دو پرسشنامه که روایی محتوایی آن توسط ده نفر از متخصصین تایید شده است جمع آوری شد. پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران و هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بود که در طول مدت بستری بیمار توسط بیمار و یا خانواده او هزینه شده بود. منظور از هزینه های غیر مستقیم هزینه هایی هستند که از

^۱ Dancan

یافته ها

معنی داری ($F=54.24, p<0.01$) کمتر می باشد. همچنین مقایسه هزینه بیمار بومی و غیر بومی به تفکیک نوع بیمه نشان می دهد که در تامین اجتماعی ($t=8.55, p<0.01$) و خدمات درمانی ($t=6.52, p<0.01$) هزینه بیمار غیر بومی بطور معنی داری بیشتر از بیمار بومی می باشد. ولی در سایر بیمه ها هزینه بیمار بومی و غیر بومی مشابه بوده و تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند. جدول ۲ هزینه درمان دیابت بیماران بومی و غیر بومی را در انواع بیمه ها نشان می دهد.

یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که هزینه درمان بیمار دیابتی بومی در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($F=72.45, p<0.01$)، بطوریکه خدمات درمانی بیشترین هزینه و تامین اجتماعی کمترین هزینه را دارد. هزینه درمان بیمار دیابتی غیربومی در بیمه های تامین اجتماعی و خدمات درمانی مشابه هم بوده و اختلاف معنی داری با یکدیگر ندارند. ولی این هزینه در سایر بیمه ها بطور

جدول ۲: مقایسه هزینه درمان دیابت در بیماران بومی و غیر بومی در انواع بیمه و مقایسه هزینه این دو نوع بیمار به تفکیک در هر نوع بیمه

*T test	هزینه بیمار غیر بومی (تومان)		هزینه بیمار بومی (تومان)		
	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	
۸.۵۵**		۴۹۰۰۰۰a \pm ۲۶۰۰۰		۲۵۰۰۰۰c \pm ۱۲۰۰۰	بیمه تامین اجتماعی
۶.۵۲**	54.24**	۵۲۰۰۰۰a \pm ۳۱۰۰۰	۷۲.۴۵**	۳۷۰۰۰۰a \pm ۲۴۰۰۰	بیمه خدمات درمانی
۲.۳۴		۳۲۰۰۰۰b \pm ۲۳۰۰۰		۳۰۰۰۰۰b \pm ۲۰۰۰۰	سایر بیمه ها

* معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۱

T test * برای مقایسه هزینه بیمار بومی و غیر بومی به تفکیک نوع بیمه

را دارد. همچنین مقایسه هزینه مستقیم و غیر مستقیم به تفکیک نوع بیمه نشان می دهد که در تامین اجتماعی ($t=5.46, p<0.01$) و سایر بیمه ها ($t=6.54, p<0.01$) هزینه مستقیم بطور معنی داری بیشتر از هزینه غیر مستقیم می باشد. ولی در بیمه خدمات درمانی هزینه مستقیم و غیر مستقیم مشابه است. جدول ۳ مقایسه هزینه مستقیم و غیر مستقیم درمان دیابت در انواع بیمه های سه گانه و مقایسه این دو نوع هزینه را به تفکیک در هر نوع بیمه نشان می دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که هزینه مستقیم بیمار دیابتی در خدمات درمانی و سایر بیمه ها مشابه هم بوده و اختلاف معنی داری با یکدیگر ندارند. ولی این هزینه در بیمه تامین اجتماعی بطور معنی داری ($F=50.31, p<0.01$) کمتر می باشد. هزینه غیر مستقیم بیمار دیابتی در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($F=88.4, p<0.01$)، بطوریکه خدمات درمانی بیشترین هزینه و سایر بیمه ها کمترین هزینه

جدول ۳: مقایسه هزینه مستقیم و غیر مستقیم درمان دیابت در انواع بیمه های سه گانه و مقایسه این دو نوع هزینه به تفکیک در هر نوع بیمه

*T test	هزینه غیر مستقیم (تومان)		هزینه مستقیم (تومان)		
	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	
۶.۵۴**		۱۲۸۰۰۰b \pm ۱۱۰۰۰		۱۶۲۰۰۰b \pm ۹۰۰۰	بیمه تامین اجتماعی
۱.۳۲	۸۸.۴**	۲۱۱۰۰۰a \pm ۱۵۰۰۰	۵۰.۳۱**	۲۲۹۰۰۰a \pm ۱۲۰۰۰	بیمه خدمات درمانی
۵.۴۶**		۹۵۰۰۰c \pm ۱۵۰۰		۲۰۵۰۰۰a \pm ۱۴۰۰۰	سایر بیمه ها

* معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۱

T test * برای مقایسه هزینه مستقیم و غیر مستقیم به تفکیک نوع بیمه

بیمار دیابتی پذیرش شده بحالت عادی در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($F=52.78, p<0.01$)، بطوریکه بیمه خدمات درمانی بیشترین هزینه و تامین اجتماعی کمترین هزینه را دارد. همچنین مقایسه هزینه بیمار دیابتی پذیرش

پژوهش حاضر نشان داد هزینه بیمار دیابتی پذیرش شده بحالت اورژانسی در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($F=42.36, p<0.01$)، بطوریکه بیمه خدمات درمانی بیشترین هزینه و تامین اجتماعی کمترین هزینه را دارد. هزینه

هزینه و تامین اجتماعی و سایر بیمه ها مشابه می باشد. مقایسه درصد هزینه پرداخت از جیب بیمار از هزینه کل در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($p < 0.01$, $F=25.36$). بطوریکه تامین اجتماعی و خدمات درمانی مشابه هم و بیشترین درصد هزینه پرداخت از جیب بیمار را دارا بوده و سایر بیمه ها بطور معنی داری کمترین درصد پرداختی از جیب را دارا می باشد. جدول ۴ هزینه کل درمان دیابت و سهم پرداختی بیماران از هزینه کل را در انواع بیمه ها نشان می دهد.

جدول ۴: مقایسه هزینه کل درمان دیابت و درصد پرداخت از جیب بیمار از هزینه کل در انواع بیمه ها

هزینه پرداخت از جیب بیمار (تومان)			هزینه کل درمان (تومان)		
* F	درصد از هزینه کل	انحراف استاندارد \pm میانگین	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	
۲۵.۳۶*	۵۰.۳۴a	۱۴۶۰۰۰ \pm ۸۵۰۰	۶۴.۳۲**	۲۹۰۰۰۰ b \pm ۱۵۰۰۰	بیمه تامین اجتماعی
	۵۹.۵۵a	۲۶۲۰۰۰ \pm ۲۶۰۰۰		۴۴۰۰۰۰ a \pm ۲۳۰۰۰	بیمه خدمات درمانی
	۳۲b	۹۶۰۰۰ \pm ۶۰۰۰		۳۰۰۰۰۰ b \pm ۱۷۰۰۰	سایر بیمه ها

* معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۱

F * آنالیز واریانس برای مقایسه درصد پرداخت از جیب بیمار از هزینه کل در سه نوع بیمه می باشد

بطوریکه خدمات درمانی بیشترین هزینه پرداخت از جیب بیمار از هزینه مستقیم را دارا می باشد و سایر بیمه ها بطور معنی داری کمتر درصد هزینه پرداخت از جیب بیمار از هزینه مستقیم را دارا می باشد. جدول ۵ هزینه های مستقیم درمان دیابت و سهم پرداختی از جیب بیماران تحت پوشش انواع بیمه ها از هزینه های مستقیم را نشان می دهد.

همچنین این پژوهش نشان داد هزینه مستقیم درمان بیماران دیابتی در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند ($F=50.31$, $p < 0.01$). بطوریکه بیمه خدمات درمانی بیشترین هزینه و تامین اجتماعی کمترین هزینه را دارد. مقایسه درصد هزینه پرداخت از جیب بیمار از هزینه مستقیم در سه نوع بیمه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($F=19.37$, $p < 0.01$).

جدول ۵: مقایسه هزینه مستقیم و درصد پرداخت از جیب بیمار از هزینه مستقیم در درمان دیابت در انواع بیمه ها

هزینه پرداخت از جیب بیمار (تومان)			هزینه مستقیم (تومان)		
* F	درصد از هزینه مستقیم	انحراف استاندارد \pm میانگین	F	انحراف استاندارد \pm میانگین	
۱۹.۳۷**	۱۴.۲۰b	۲۳۰۰۰ \pm ۱۵۰۰	۵۰.۳۱**	۱۶۲۰۰۰ b \pm ۹۰۰۰	تامین اجتماعی
	۲۱.۸۳a	۵۰۰۰۰ \pm ۳۳۰۰		۲۲۹۰۰۰ a \pm ۱۲۰۰۰	بیمه خدمات درمانی
	۰.۹۸c	۲۰۰۰ \pm ۱۵۰		۲۰۵۰۰۰ a \pm ۱۴۰۰۰	سایر بیمه ها

* معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح احتمال ۰/۰۱

F * آنالیز واریانس برای مقایسه درصد پرداخت از جیب بیمار از هزینه مستقیم در سه نوع بیمه

از هزینه کل و هزینه مستقیم تفاوت معنی داری وجود دارد. تبیین احتمالی این یافته آن است که سقف تعهدات سازمانهای بیمه گر و همچنین تفاوت در قشر تحت پوشش آنها با یکدیگر دارد. یکی دیگر از یافته های پژوهش نشان داد هزینه بیمار غیر بومی بیشتر از بیمار بومی می باشد. تبیین احتمالی این یافته

بحث و نتیجه گیری

نخستین یافته پژوهش حاضر آشکار کرد که بین بیمه شدگان سه نوع بیمه خدمات درمانی، تامین اجتماعی و سایر بیمه ها در هزینه کل، هزینه بیماران بومی و غیر بومی، هزینه مستقیم و غیر مستقیم، هزینه بیمار اورژانسی و عادی، سهم پرداخت از جیب بیمار

خود پرداخت می کنند. این یافته مطابقت دارد با نتایج تحقیق (۲۱) که آشکار گردید میزان پرداختهای از جیب برای خدمات سلامت در کشور ما بالاست، و نتیجه تحقیق (۲۲) که آشکار ساخت پرداخت های بالا و از جیب بیماران یکی از چالشهای جدی و عمده نظام سلامت کشور محسوب می شود و همچنین مطابقت دارد با نتایج مطالعات (۲۳ و ۲۴) که در آن تایید شده که بیش از ۵۰٪ درصد از هزینه های خدمات سلامت در زمان بیماری و بصورت پرداخت مستقیم از جیب خانوارها تامین می شود و همچنین همسو است با بررسیهای انجام شده بین المللی که بیان می کند تامین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداختهای مستقیم از جیب صورت می گیرد. (۲۵)

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که سهم پرداخت مستقیم از جیب بیماران از هزینه های مستقیم درمان در انواع بیمه های مورد مطالعه با یکدیگر متفاوت می باشد. تبیین احتمالی می تواند آن باشد که سقف تعهدات و عمق پوشش بیمه ای خدمات در بیمه های مورد مطالعه با یکدیگر فرق دارند. این یافته مطابقت دارد با نتایج مطالعه ای که در آن آشکار شده است محدود بودن بسته های حمایتی سازمانهای بیمه گر، موجب افزایش پرداختی های مستقیم و از جیب بیماران شده و در نهایت احتمال مواجهه خانوار با هزینه های اسف بار سلامت می شود (۲۶)، همچنین مطابقت دارد با نتایج مطالعه ای که در آن مشخص شد داشتن بیمه درمانی تنها ۸٪ از احتمال مواجهه خانوار با هزینه های کمر شکن را کاهش داده است. (۱۸)، همچنین مطابقت دارد با نتایج پژوهشهای (۲۱) و (۲۵) که مشخص کردند پوشش ناقص بیمه ای و سقف پایین تعهدات بیمه های درمانی موجب مواجهه خانوارها و افراد با هزینه های کمر شکن سلامت می شوند.

بطور خلاصه یافته های پژوهش حاضر مشخص کرد که نظام سلامت کشور با چالش جدی در نحوه تامین هزینه های خدمات مراقبتهای درمانی روبروست. و نظام بیمه ای کارائی پایینی را در محافظت از خانوارها در برابر هزینه های سلامت که یکی از اهداف تعیین شده برای نظامهای سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت می باشد دارد. لذا بنظر می رسد تلاش در جهت یک کاسه نمودن بیمه ها و افزایش عمق پوشش بیمه ای و سقف تعهدات می تواند شیوه مناسبی در کاهش سهم پرداخت از جیب بیماران و محافظت خانوارها از مواجهه با هزینه های کمر شکن سلامت و فقر ناشی از آن ایفا نماید. (۲۷، ۲۸ و ۲۹)

تقدیر و تشکر

در خاتمه مراتب تقدیر و تشکر خود را از مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان سینا بخاطر همکاری در انجام این پژوهش اعلام می دارم.

آن است که بیماران غیر بومی برای دریافت خدمات سلامت مورد نیازشان مجبور به ترک محل زندگی خود و صرف هزینه های غیر مستقیم بالاتری از جمله هزینه اسکان و غیره می شوند. این یافته مطابقت دارد با نتایج مطالعات (۱۹ و ۲۱) که در این بررسیها آشکار گردید که یکی از متغیرهای تاثیر گذار بر هزینه های سلامت محل سکونت می باشد و مشخص شده است که سکونت در روستا و یا دور از محل ارائه خدمات موجب افزایش هزینه های سلامت می شود. (۱۸)

یک یافته دیگر پژوهش نشان داد که هزینه های مستقیم بیماران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و سایر بیمه ها بطور معنی داری بالاتر از بیماران تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی است. تبیین احتمالی این یافته می تواند آن باشد از آنجائیکه قشر تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و سایر بیمه ها را افراد طبقه کم درآمد جامعه تشکیل می دهند و این افراد با توجه به توان پایین خرید، تا جائیکه می توانند بیماری خود را عقب انداخته و از تقاضای خدمات مورد نیاز طرفه می روند و زمانی اقدام به معالجه می کنند که بیماری آنها پیشرفته شده و به ناچار برای بازگرداندن سلامتی مجبور به تقاضای اقدامات پزشکی بیشتر و لاجرم افزایش هزینه درمان می شوند. این در حالی است قشر تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی با توجه به ساختار این نوع بیمه که خدمات را در بیمارستانهای تحت پوشش این سازمان بیمه گری تقریباً بصورت رایگان دریافت می کنند موجب می شود بطور مداوم تحت بررسی و معاینات پزشکی قرار گیرند. در نتیجه بیمه شدگان تامین اجتماعی در مراحل اولیه بیماری اقدام به درمان می کنند که این موجب پایین بودن هزینه های مستقیم می شود. این تبیین در مورد هزینه بیماران اورژانسی و عادی بیمه شدگان خدمات درمانی و سایر بیمه ها نیز صدق می کند که تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند چونکه وضعیت اورژانسی و عادی آنها با یکدیگر تفاوتی ندارد زیرا در هر دو حالت در مرحله نهایی بیماری برای مداوا اقدام می شود. این در حالی است که هزینه بیماران تامین اجتماعی پذیرش شده بحالت عادی و اورژانسی با یکدیگر تفاوت معنی داری را نشان می دهد. تبیین احتمالی این یافته می تواند آن باشد که ارائه دهندگان خدمات در مراجعه بیمار در وضعیت اورژانسی تنها به حداقل خدمات ضروری اکتفا می کنند در حالیکه در مراجعه بحالت عادی علاوه بر خدمات ضروری به خدمات تکمیلی و بررسیهای بیشتر نیز اقدام می شود.

یافته دیگر تحقیق حاکی از آن است که بیشترین با تامین مالی خدمات بعهده مصرف کنندگان است که بصورت پرداخت مستقیم از جیب بیمار هنگام استفاده از خدمات انجام می شود. بطوریکه بیمه شدگان خدمات درمانی ۵۹.۵۵٪ و بیمه شدگان تامین اجتماعی حدوداً ۵۰.۳۴٪ از هزینه کل درمان را

References

1. Donaldson Cam & Gerard Karen; Economics of health care financing Macmillan. Publishing ISBN, Hong Kong, 1999.
2. Mehrara M, health economy, published by Tehran University, no.2901, spring, 2008.
3. Karimi I; Health economy, first publication, Gap publication, 2004.
4. Health development monthly, February 2002.
5. Who. The world health report 2000: health system improving performance. Geneva: world health organization 2000.
6. Ke Xu, David B, Evan S, Kei kawabata, Riadh Zeramdini, Jam Christopher HL Murray ,Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis ,the lancet, Vol 362,July 2003.
7. Whithead M, Dahlgren G, & Evans T; Equity and health Sector Reform: Can Low-income countries escape the Medical poverty Trap? 2000, the Lancet 358(9284)833-836.
8. Kawabata K, Xu K, carrin G; Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure, bulletin of the world health organization, 2002, 80(81),612.
9. Van damme W, et al; Out of pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia.,Tropical Medicine & international Health ,2004, (992) , 273-280.
10. Xu K, Evans DB, Kawabata k, et al; Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis, 2003; The Lancet 362(9378); 111-70.
11. Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring Financial protection in health in the united state. Health policy, 2004; 69(3): 339-49.
12. Xu K, Evans DB, Carrin G, et al. Protecting households from catastrophic health spending. Health affairs; 2007; 26(4): 972-83.
13. Merlis m. Family out of pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity. The common wealth Found pub 2002: 1-33.
14. Sun X, Jackson S, Carmichael G, et al. Catastrophic medical payment and Financial protection in rural china: evidence from the new cooperative medical scheme in shandong province. Health economice 2009; 18(1): 103-19.
15. World health organization, Fact sheet, N 320, social health protection/February 2007.
16. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan Eliya RP, Somanthan A, Adhikari SR, Earg CC, et al. Catastrophic payment for health care in Asia. Health Econ 2007; 16(11): 1159-84.
17. Maher, A; The story of catastrophic medical payment, sepid weekly, no.244, March 2001.
18. Razavi SM, Hasanzadeh A, Basmanji K. Fairness in Financial contribution in health system. Tehran: Andishmand publication; 2005.
19. Alizade Hanji HM, Fazaeli AA; The position of fairness in financial supply of health system in Iran, Scientific & research journal of social welfare, quarterly, 5th year, no19, 2005.
20. Nagavi M. Jamshidi HR; Receiving health services in the Islamic republic of Iran in the year 2001, ministry of health, treatment and medical education, health office, 2005.
21. Kavooosi Z, Rashidian A, Malkpour F, Majdzade S, Pourreza A, Mohammadi K, Arab M; Measurement of households confrontation against health excess expenses, longitude study in Tehran 17th region in the year 2002-2006, research journal of Kalame, 12th period, no.2, summer 2008.
22. Rashidian A, widespread coverage of health, national institute of health research, Iranian health, newspaper of United Nation's agency office in the Islamic Republic of Iran, 6th year, no 2, June To December 2010.
23. Abolhallaj M, Hashemi F, Kazemian M, Ramazanian M; The policy of financial & economic supply in treatment & health sector, secretariat of policy making and reforming board of health system, August, 2007
24. Semnani. Sh, Keshtkar. A, fairness of health services in the region under the coverage population research base of Gorgan. University of medical science of Gorgan, 5th year. no.12, autumn & winter of 2002-2003.
25. Doorslaer VE, O'Donnell o, Rannan-Eliya RP, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data; 2006, The lancet 368:1357-64.
26. Ekman B. Catastrophic health payment and health insurance: some counterintuitive evidence from one Low – income country. Health policy 2007; 83(2-3):304-13.
27. Somkotra T, Lagrada LP; Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: Experience from the transition to universal coverage in Thailand, Social Science Medicine 2008, 67 (12): 2027-35.
28. Adhikari SR, Maskay NM, Sharma BP. Paying for hospital based care of Kala-azar in Nepal: assessing catastrophic, impoverishment and economic consequences. Health policy and planning 2009; 24: 129-139.
29. Mehrara M. Fazaeli AA, fazaeli AA; The examination of the equality in supplying health expenses of Iranian households, health management. (40).13,

Determining the Methods of Financing Health care Costs among Hospitalized Diabetic Patients in Different Types of Insurances

Hassan Nejad N.^{1*}

Submitted: 2012.7.14

Accepted: 2012.10.2

Abstract:

Background: Today one of the main problems low or middle income families face is financing healthcare costs. This article studies the methods of financing health care costs among hospitalized diabetic patients in different types of insurances.

Materials & Methods: This is a causal-comparative study. The variables consist of comparative (health care costs) and categorical (different insurance types including: Iran health insurance, social security and others) variables. A researcher-made questionnaire was used to collect needed data. The data were analyzed by one-way ANOVA, Duncan's statistical test, test of Danken and T-test.

Results: The results indicated a significant statistical differences between all types of insurance assessed by cost variables. Also the significant differences between patient's out of pocket expenses ratio of direct costs ($p < 0.01, F = 19.37$) and their ratio of total costs ($F = 25.36, p < 0.01$) were detected in three types of insurances. Patient's out of pocket of total cost was 59.55%, 50.34% and 32% in Iran health insurance, social security and other types respectively.

Conclusion: In spite of all invested deal of efforts to improve health indices and health care services availability, health care system is still faces main challenges of providing financial resources and protecting against financial burden on families. Developing a public health insurance and improving health insurance coverage would be helpful for providing financial resources of health care system.

Keywords: Financing, Out-Of-Pocket Expenses, Health Services, Diabetes

¹. PhD Student of Health Economics, Shahid Maddani Teaching and Treatment Center, Tabriz university of Medical Sciences.

Email: Naderhasannezhad@gmail.com

09143004128