

# رابطه نوع صندوقهای بیمه خدمات درمانی با هزینه بستری بیماران قلبی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی در کرج

کامران حاج نبی<sup>۱</sup>، ماه منظر سلسله<sup>۲</sup>

## چکیده

در حال حاضر قسمت اعظم بودجه بهداشت و درمان کشور در حوزه بیماریهای غیر واگیر، در زمینه تشخیص و درمان بیماریهای قلب و عروق هزینه می‌گردد. هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه صندوقهای بیمه خدمات درمانی با هزینه بستری بیماران قلبی بود. این یک پژوهش توصیفی-مقطعی می‌باشد که در آن ۹ بیمارستان شهر کرج که شامل ۱۶۰ پرونده بیمار قلبی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از یک چک لیست از پرونده بیماران استخراج گردید. در تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید. نتایج بررسی نشان داد صندوق خویش فرما بیشترین میانگین هزینه (۴۴۱۱۱۰۰۰ ریال) و صندوق سایر اقشار کمترین میانگین هزینه (۱۲۰۹۷۰۰۰) را داشته است. همچنین در تمامی صندوقهای بیمه به جز در صندوق بیمه سایر اقشار بیشترین هزینه مربوط به هزینه اقامت بوده است. با توجه به اینکه صندوق بیمه خویش فرما بیشترین میانگین هزینه بیماران قلبی را داشته است بنابراین لزوم فرهنگ سازی و نظارت بیشتر سازمانهای بیمه گر بر مؤسسات طرف قرارداد، راهکار بسیار مؤثر دیگری در کنترل هزینه‌های بهداشتی درمانی و افزایش بهره وری خدمات ارائه شده به بیمه شدگان می‌باشد. آموزش بیمه شدگان و تمام افراد جامعه در خصوص پیشگیری و درمان بیماری در مراحل اولیه، می‌تواند در منطقی شدن هزینه‌های بستری مؤثر باشد.

**کلید واژگان:** بستری، بیماران قلبی، صندوقهای بیمه، هزینه

## مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

دوره ۲، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۱

## مقاله اصیل پژوهشی

- ۱- نویسنده مسؤول: استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات  
نشانی: تهران- پونک، اشرافی اصفهانی، به سمت حصارک، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی  
تلفن همراه: ۰۹۱۲۵۶۴۶۶۵۰  
پست الکترونیک: khajinabi@yahoo.com
- ۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات

دریافت: ۹۰/۸/۱۷

اصلاح نهایی: ۹۱/۱/۲۱

پذیرش: ۹۱/۱/۳۰

## مقدمه

بیماران تحت پوشش مدیکر<sup>۱</sup> (Medicare) نسبت به بیماران تحت پوشش برنامه مدیکید<sup>۲</sup> (Medicaid)، افزایش چشم گیری داشته است؛ امری که به علت نظارت ناکافی بازرسان برنامه مدیکر بر نحوه ارائه خدمات به بیمه شدگان بوده است. بدین ترتیب بیماران تحت پوشش مدیکر، خدمات درمانی بیش از میزان نیاز دریافت کردند [۵].

ارزیابی رابطه نوع صندوق و هزینه بستری بیماران قلبی در بررسی حاضر، نه تنها می‌تواند موجب تشخیص این رابطه شود، بلکه امکان برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در جهت منطقی نمودن هزینه کرد منابع محدود را میسر می‌گرداند، امری که می‌تواند استفاده کارآمدتر از منابع محدود سلامت را امکان پذیر ساخته، از بار مالی تحمیلی مازاد بر نظام بهداشت درمان بکاهد. از طرف دیگر سازمان خدمات درمانی، در راستای اهداف و خط مشی های نظارتی، موظف است با بررسی هزینه‌ها و انجام کارشناسی دقیق از خدمات مراکز طرف قرارداد بهره‌مند گردد. با بررسی هزینه بیماران قلبی در صندوق‌های بیمه، می‌توان نسبت به برنامه ریزی جهت کنترل و نظارت هزینه بیماران قلبی اقدام نمود. مطالعه حاضر با هدف ارتباط نوع صندوق‌های بیمه با هزینه بستری بیماران قلبی انجام گردید، که نتایج آن می‌تواند در منطقی نمودن هزینه‌های بیماران قلبی - عروقی مؤثر واقع شود.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی بوده و متدولوژی پژوهش توصیفی - مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه پرونده‌های بیماران قلبی (۱۶۰ پرونده) در ۹ بیمارستان شهرستان کرج که طرف قرارداد با بیمه خدمات درمانی بودند را شامل گردید. این بیمارستان‌ها همگی غیر آموزشی و طرف قرارداد با اداره کل بیمه خدمات درمانی کرج هستند. اطلاعات مورد نیاز بر

بخش اعظمی از بودجه بهداشت و درمان کشور در حال حاضر در بخش تشخیص و درمان بیماری‌های غیر واگیر هزینه می‌شود و بیشترین سهم آن به بیماری‌های قلبی عروقی اختصاص دارد. بیماری‌های قلبی عروقی از جمله بیماری‌های رایج، جدی و پرهزینه است و قسمت عمده‌ای از بودجه بهداشت و درمان کشور در بیمارستانهای دولتی صرف آن می‌شود [۱]. با توجه به سیر صعودی تعداد بیماران قلبی - عروقی، تشخیص، درمان و همچنین کنترل این بیماری در سالهای آینده، هزینه‌های بیشتری را بر سیستم بهداشتی درمانی کشور تحمیل خواهد کرد، امری که لزوم توجه به مدیریت مؤثر هزینه را دارای اهمیتی دو چندان می‌سازد [۲]. اما مدیریت هزینه درمانی در این بخش، مستلزم بررسی و ارزیابی عوامل مؤثر در این ارتباط می‌باشد، و از آنجا که ارائه خدمات درمانی از طریق بیمارستانهای دولتی تحت پوشش صندوق‌های بیمه انجام می‌شود، بررسی رابطه بین هزینه بستری بیمارستانهای قلبی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و نوع صندوق، می‌تواند نقشی مؤثر در مدیریت هزینه و همچنین برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در جهت منطقی نمودن هزینه‌ها داشته باشد.

دولتی بودن بیمارستانهای تحت پوشش، بعضاً سبب تحمیل هزینه‌های غیرضروری می‌شود و فقدان نظارت کافی بر نحوه ارائه خدمات درمانی نیز تشدید هزینه‌ها را به دنبال دارد [۳]. اما تجویز و ارائه خدمات مطلوب و به موقع که نقشی به سزا در کاهش بار مالی تحمیلی بر نظام بهداشت و درمان خواهد داشت، مستلزم بررسی هزینه‌های بستری و نوع صندوق می‌باشد. چرا که عرضه کنندگان خدمات، معمولاً با ارائه خدمات درمانی افزون‌تر از نیاز بیمه شدگان یا تجویز اقامت غیرضروری، سبب تحمیل هزینه‌های بیشتری می‌شوند. بدین ترتیب دو عامل کمیت و کیفیت در تعیین هزینه‌های درمانی نقش دارند [۴]. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط وسیمن و جتمز انجام گرفت و یافته‌های آن هم راستا با پژوهش حاضر است، شاهدی بر این مدعا می‌باشد که هزینه

<sup>۱</sup> یک برنامه بیمه اجتماعی که هزینه ۹۹ درصد گروه های سنی بالاتر از ۶۵ سال را زیر پوشش قرار می دهند.

<sup>۲</sup> این برنامه به طور مشترک توسط دولت های فدرال و ایالتی تامین می شود و ده درصد فقرا زیر پوشش این برنامه قرار می گیرند.

هزینه‌های اقامت، پاراکلینیک، ویزیت و مشاوره، دارو و لوازم مصرفی و در ضمن از آزمون کروسکال-والیس به منظور مقایسه میانگین هزینه بستری در میان چهار صندوق استفاده گردید.

#### یافته‌ها

در ۱۶۰ پرونده مورد مطالعه، بیشترین پرونده مربوط به بیمارستان امام خمینی (ره) کرج (۲۵ پرونده) و کمترین پرونده مربوط به بیمارستان البرز کرج (۸ پرونده) بود. بیشترین درصد بیماران ۱/۳۳ درصد (۵۳ نفر) مربوط به صندوق کارکنان دولت و کمترین درصد بیماران ۶/۲۰ درصد (۳۳ نفر) مربوط به صندوق روستاییان بوده‌اند. (جدول شماره ۱)

اساس اهداف پژوهش و با استفاده از یک چک لیست از پرونده بیماران مربوطه استخراج گردید. روایی چک لیست به تأیید متخصصین رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و اقتصاد سلامت و همچنین مدیران سازمان بیمه خدمات درمانی، رسیده است. کلیه داده‌ها به صورت سرشماری از پرونده بیماران استخراج گردید. چک لیست تنظیمی بر اساس اقلام مختلف هزینه بیماران قلبی که در صورت حساب پرونده بیمار درج شده است تنظیم گردید. بر اساس این چک لیست ۴ هزینه شامل اقامت (هتلینگ)، دارو و لوازم مصرفی، ویزیت و مشاوره، پاراکلینیک و نوع صندوق بیمه خدمات درمانی (کارکنان دولت، روستاییان، خویش فرمایان، سایر اقشار) و نام بیمارستان از پرونده بیماران قلبی استخراج گردید. در تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-۱۱/۵ و شاخص‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و استنباطی مانند کروسکال-والیس به منظور مقایسه

جدول ۱: بررسی رابطه میان میانگین هزینه بستری بیماران قلبی (بر حسب ریال) در میان صندوق‌های بیمه با استفاده از آزمون

#### کروسکال-والیس و فراوانی آن

نام صندوق	فراوانی	درصد	میانگین هزینه اقامت
بیمه خویش فرمایان	۵۳	۱/۳۳	۴۴۱۱۱۰۰۰
بیمه روستاییان	۴۰	۲۵	۳۱۴۶۳۰۰۰
بیمه کارکنان دولت	۳۳	۶/۲۰	۳۱۳۲۷۰۰۰
بیمه سایر اقشار	۳۴	۲/۲۱	۱۲۰۹۷۰۰۰
کل	۱۶۰	۱۰۰	

درمانی (کارکنان دولت، روستاییان، خویش فرمایان، سایر اقشار) مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کروسکال-والیس نشان می‌دهد که میانگین هزینه اقامت، دارو و لوازم مصرفی، پاراکلینیک، ویزیت و مشاوره در میان چهار صندوق در سطح خطای ۱٪ معنادار بود. از نظر میانگین هزینه اقامت، صندوق بیمه کارکنان دولت دارای بیشترین هزینه و صندوق بیمه سایر اقشار دارای کمترین هزینه بوده‌اند. از نظر میانگین هزینه ویزیت و مشاوره، صندوق بیمه کارکنان دولت دارای بیشترین هزینه و صندوق بیمه سایر اقشار دارای کمترین هزینه بوده

با توجه به نتایج آزمون کروسکال-والیس (مقدار کای اسکوتر برابر با ۱/۱۳ و درجه آزادی برابر با ۳ و سطح معنی داری برابر با ۰/۰۰۴)، میانگین‌های هزینه بستری در بین چهار صندوق بیمه با یکدیگر در سطح خطای یک درصد تفاوت معناداری دارند. صندوق خویش فرما دارای بیشترین میانگین هزینه (۴۴۱۱۱۰۰۰ ریال) و صندوق سایر اقشار کمترین میانگین هزینه (۱۲۰۹۷۰۰۰) را داشته است. (جدول شماره ۱) هزینه بیماران قلبی (اقامت، دارو و لوازم مصرفی، پاراکلینیک، ویزیت و مشاوره) در صندوق‌های بیمه خدمات

صندوق خویش فرما مربوط به اقامت (هتلینگ)، بیشترین میانگین هزینه در صندوق بیمه روستائیان مربوط به اقامت (هتلینگ)، بیشترین میانگین هزینه در صندوق بیمه کارکنان دولت مربوط به اقامت (هتلینگ)، بیشترین میانگین هزینه در صندوق سایر اقشار مربوط به دارو و لوازم مصرفی بوده است. (جدول شماره ۲)

است. از نظر میانگین هزینه دارو و لوازم مصرفی، صندوق بیمه خویش فرمایان دارای بیشترین هزینه و صندوق بیمه سایر اقشار دارای کمترین هزینه بوده است. از نظر میانگین هزینه پاراکلینیک، صندوق بیمه کارکنان دولت دارای بیشترین هزینه و صندوق بیمه سایر اقشار دارای کمترین هزینه بوده است. با توجه به این یافته‌ها، بیشترین میانگین هزینه در

جدول ۲: بررسی رابطه میان میانگین هزینه بستری بیماران قلبی (بر حسب ریال) در میان صندوق‌های بیمه با استفاده از آزمون

کروسکال-والیس				
نام صندوق	میانگین هزینه اقامت	میانگین هزینه ویزیت و مشاوره	میانگین هزینه دارو و لوازم مصرفی	میانگین هزینه پاراکلینیک
بیمه خویش فرمایان	۱۹۴۴۹۰۰۰	۴۳۶۰۰۰۰	۹۹۲۰۰۰۰	۴۵۶۸۰۰۰
بیمه روستائیان	۱۶۸۵۷۰۰۰	۲۹۳۰۰۰۰	۸۱۵۰۰۰۰	۳۱۰۱۰۰۰
بیمه کارکنان دولت	۲۰۱۴۴۰۰۰	۴۴۷۰۰۰۰	۶۱۷۹۰۰۰	۵۲۰۴۰۰۰
بیمه سایر اقشار	۵۰۰۴۹۰۰	۱۲۵۰۰۰۰	۵۷۳۰۰۰۰	۲۸۹۱۰۰۰
مقدار کای اسکوتر	۶۰۶/۲۱	۸۵۷/۱۳	۵۰۴/۱۰	۳۵۳/۲۱
درجه آزادی	۳	۳	۳	۳
سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۰

## بحث

سهام عمده‌ای از بودجه بهداشت و درمان کشور، در تشخیص و درمان بیماری‌های غیر واگیر و به ویژه بیماری‌های قلبی، در بیمارستانهای دولتی صرف می‌شود. این حقیقت که بیماری‌های قلبی عروقی در زمره بیماری‌های رایج، جدی و پرهزینه است، اهمیت مدیریت هزینه درمانی در این بخش را دوچندان می‌سازد، امری که مستلزم بررسی و ارزیابی عوامل دخیل و اثرگذار در این ارتباط می‌باشد [۶]. از آنجا که ارایه خدمات درمانی از طریق بیمارستانهای دولتی تحت پوشش صندوق‌های بیمه انجام می‌شود، بررسی رابطه بین هزینه بستری بیمارستانهای قلبی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و نوع صندوق در پژوهش حاضر، محور بررسی قرار گرفت. با توجه به تفاوت بسیار زیاد ساختار بیمه‌های درمانی در ایران با سایر کشورها، انجام مطالعه تطبیقی، امکان پذیر

نگرید، اما تلاش شد پژوهش‌هایی که مشابهتی، هرچند اندک در این زمینه داشتند مورد بررسی قرار گیرند. بررسی نتایج به دست آمده از پژوهش انجام شده توسط یانگ (۲۰۰۴) تحت عنوان "فرآیند و خروجی مراقبت بیمارستانی در بیماران بیمه شده بخش خصوصی و دولتی" که در بین ۴۰۳۳ بیمار اورژانس که با تشخیص انفارکتوس میوکارد در بیمارستان ماساچوست بستری شده بودند، بیانگر این نتیجه بود که زمان اقامت بیماران بخش دولتی بسیار طولانی‌تر از بیماران بخش خصوصی بود. اما بیماران نسبت به بخش خصوصی، درمانهای نامناسبی را دریافت می‌کردند و ریسک مرگ و میر در آنان تقریباً دو برابر بیماران بستری در بخش خصوصی بود. دلیل این امر عدم نظارت مناسب بر عملکرد بیمارستانهای دولتی گزارش گردید [۷]. در ارتباط با کاهش هزینه‌های دارویی دو عامل اهمیت فوق‌العاده‌ای داشتند که عبارت بودند از: ۱- مشارکت بیشتر بیمه‌شدگان در تأمین

هزینه‌ها ۲- آموزش پزشکان در زمینه هزینه‌های دارویی و سطح زیر پوشش داروهای بیمه‌ای [۸].

از طرف دیگر، مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ در مدرسه اقتصاد و علوم سیاسی در انگلیس انجام شد، حاکی از آن بود که بسیاری از پزشکان، از هزینه خدماتی که تجویز می‌کردند، آگاهی نداشتند. آنان نمی‌دانستند که دارو، آزمایش، سی‌تی‌اسکن و دیگر خدماتی که تجویز می‌کردند، چه میزان هزینه داشت و نتایج نشان دادند که اگر پزشکان این اطلاعات را داشته باشند، می‌توانند در استفاده اقتصادی‌تر از منابع بخش بهداشت و درمان، نقش به‌سزایی داشته باشند. بنابراین شیوه صحیح، اقتصادی و منطقی تجویز دارو و درمان و آگاهی از داروهای تحت پوشش بیمه، از جمله اصلی‌ترین مسائلی است که باید به پزشکان آموزش داده شود، مسأله‌ای که منجر به منطقی شدن هزینه دارو و لوازم می‌گردد [۹].

نتایج بدست آمده با پژوهش انجام شده توسط سیدن (۲۰۰۸-۲۰۰۷) همسو است. پژوهشی با عنوان "تأثیر نوع برنامه مدیکر بر روی مراقبت‌های بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد" که در آن مشخص گردید، بیمارانی که از برنامه پرداخت بر اساس نوع خدمت استفاده می‌کردند، داروهای مانند آسپرین، بتابلوکر، پائین‌آورنده کلسترول و داروهای بلوکه کننده کانال کلسیمی بیشتری دریافت کرده بودند و در نتیجه بهبودی سریعتر و بستری کوتاه‌تری در بیمارستان داشتند [۱۰]. پژوهشی دیگر که توسط فردمن (۲۰۰۷) در بیمارستان‌های میشیگان با عنوان "بررسی میزان مصرف داروهای قلبی-عروقی در بیماران با برنامه مدیکر" انجام گرفت، نشان داد افرادی که تحت پوشش برنامه مدیکر بودند نسبت به بیماران تحت پوشش بیمه‌ای که هزینه دارویی را هم متقبل می‌شدند، از داروهای مانند استاتین که منجر به بهبود بقا در گروه بیماران قلبی-عروقی می‌گردید، به میزان کمتری استفاده کردند که منجر به افزایش مرگ و میر در این گروه افراد شده بود [۱۱].

در پژوهش حاضر، رابطه نوع صندوق بیمه و هزینه بستری بیماران قلبی بررسی گردید؛ چهار نوع صندوق عبارتند

از: خویش فرمایان، کارکنان دولت، روستاییان، و سایر اقشار و هزینه‌های بیماران قلبی، شامل اقامت (هتلینگ)، دارو و لوازم مصرفی، ویزیت و مشاوره و پاراکلینیک می‌باشد. یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین میانگین هزینه مربوط به صندوق بیمه خویش فرمایان و کمترین میانگین هزینه، مربوط به صندوق بیمه سایر اقشار بود. بیمه خویش فرما (ایرانیان) مختص به افراد فاقد هرگونه بیمه درمانی بود و پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که این افراد غالباً تنها در صورت بروز علائم شدید بیماری که نیاز به بستری دارد، اقدام به گرفتن دفترچه بیمه نموده و تحت پوشش صندوق این نوع بیمه قرار می‌گیرند؛ امری که به بستری طولانی مدت و اقدامات تشخیصی-درمانی بیشتری نیاز داشته و منجر به افزایش میانگین هزینه در این نوع صندوق بیمه، در مقایسه با صندوق‌های دیگر بیمه می‌شود. بنابراین فرهنگ سازی از سوی سازمان بیمه گر جهت ترغیب افراد جامعه جهت بیمه شدن علی‌رغم وجود سلامت، ضرورت دارد.

بررسی نتایج آمار توصیفی مربوط به میانگین هزینه بستری در تمامی صندوق‌های بیمه، حاکی از آن بود که به استثنای صندوق بیمه سایر اقشار، بیشترین هزینه در کلیه صندوق‌ها، مربوط به هزینه اقامت (هتلینگ) و هزینه دارو در وهله دوم می‌باشد. بررسی‌های پژوهشگران در خصوص بالا بودن هزینه اقامت و دارو به یافته‌های ذیل منجر شد:

۱- عدم بستری به موقع بیماران در بیمارستان، و ترخیص دیر هنگام بدون توجه آنان در خصوص دستورات پزشک معالج، منجر به بستری‌های مکرر می‌گردد.

۲- متعاقب بستری‌های طولانی مدت، میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی در بیماران افزایش می‌یابد که خود، موجب افزایش طول مدت بستری و نیاز به دریافت خدمات درمانی بیشتر و در نتیجه افزایش هزینه‌های درمانی می‌گردد.

۳- به دلیل عدم کالیبراسیون مناسب تجهیزات پزشکی، دقت مناسب صورت نمی‌گیرد و در نتیجه احتمال خطا در خدمات ارائه شده بیماران و اقامت طولانی بیماران تشدید می‌شود.

جانبه سازمان‌های سلامت محور در جهت استفاده مطلوب از منابع محدود سلامت می‌باشد.

لزوم حرکت از خدمات بستری به سمت خدمات سرپائی می‌تواند منجر به کاهش بستری‌های طولانی مدت و بروز عفونت‌های بیمارستانی گردد. یعنی بیماران با تجویز دارو و دستورات پزشکی مرخص گردند و برای پیگیری و مراقبت‌های بعدی به صورت سرپائی مراجعه نمایند. نتیجتاً موجب کاهش اشغال تخت - روز بیمارستانی و کمک به اقتصاد سلامت می‌گردد و همچنین منجر به منطقی نمودن هزینه اقامت در چهار صندوق بیمه خدمات درمانی می‌گردد. تحلیل هزینه و تعیین راهکارهای جلوگیری از اتلاف منابع، اساس و بنیادی را ایجاد می‌کند که از طریق آن می‌توان هزینه‌ها را کنترل نمود. مدیران سازمان بیمه خدمات درمانی و سیاست‌گذاران حوزه سلامت لازم است برنامه ریزی جامع‌تری در خصوص تشخیص به موقع، درمان و کنترل این بیماری‌ها انجام دهند. لذا برای مطالعات بعدی توصیه می‌شود، بررسی رابطه غربالگری هدفمند بیماران قلبی بر هزینه‌های بستری در سازمان بیمه خدمات درمانی انجام گردد. همچنین انجام مطالعه بررسی رابطه طول اقامت بیماران قلبی و نوع بیمارستان (تحت پوشش سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و بیمارستان‌های خصوصی) در روند تکمیل پژوهش حاضر بسیار مؤثر خواهد بود.

#### سهم نویسندگان

ایده و طراحی مطالعه: کامران حاجی نبی

جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ نگارش، تدوین و ویرایش مقاله: ماه منظر سلسله

#### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

۴- عدم مراجعه به موقع بیماران به مراکز درمانی و مراجعه آنان در مراحل پیشرفته بیماری، سبب افزایش طول درمان (اقامت) و انجام اقدامات تشخیصی - درمانی بیشتر می‌شود که به خودی خود سبب بالا رفتن هزینه‌های درمانی می‌گردد؛ امری که بیشتر در صندوق بیمه خویش فرما مشاهده گردید.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به تفاوت بسیار زیاد ساختار بیمه میان کشور ایران با سایر کشورها اشاره نمود. همچنین در ایران نیز با وجود تأسیس صندوق‌های بیمه از سال ۱۳۷۳، مطالعه مشابه، پژوهش حاضر انجام نگردیده است.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی انجام پژوهش‌های ذیل در جهت تکمیل پژوهش حاضر توصیه می‌گردد:

بررسی رابطه طول اقامت بیماران قلبی و نوع بیمارستان (تحت پوشش سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و بیمارستان‌های خصوصی)

جایگاه نظام ارجاع و پزشک خانواده در ساختار سازمان بیمه سلامت ایران

با توجه به اینکه پژوهش‌های مشابهی در سایر استان‌ها انجام نشده بود، پژوهشگران نتوانستند مطالعه تطبیقی مناسبی در این خصوص انجام دهد. با توجه به تفاوت بسیار زیاد بین ساختار بیمه در ایران با ساختار بیمه در سایر کشورهای جهان، پژوهشگران نتوانستند مقایسه‌ای مناسب در این خصوص انجام دهد.

#### نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر لزوم نظارت بیشتر سازمانهای بیمه گر به بستری به موقع بیماران، بسیار ضروری به نظر می‌آید. طول مدت اقامت در بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه به دلیل نارسایی‌های مدیریتی و درمانی، در برخی موارد بیش از حد بالا است و نیازمند همکاری همه

## References

1. Tarighat Monfared M. Principles and basis of the national health policy. Tehran: the office of social studies majlis research centre; 2008. [In Persian]
2. Mozayene AH. The survey of economic effects of the must of screening for prevalent illness. The abstract of articles of health economics and health insurance conference. Tehran: Tarbiat Modares; 2006. [In Persian]
3. Hagyzadeh M. Health economics. Tehran: Jameanegar; 2000. [In Persian]
4. Medical service insurance organization. Search in health economic. Tehran: Msio; 2005. [In Persian]
5. Weissman J. 2005; Rotes of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. Available at URL:<http://www.pubmed.com>. Accessed Aug 27, 2009.
6. Davody J. Health systems principals Tehran: medical service insurance organization, 2006. [In Persian]
7. Young GT. 2004. The process and outcome of hospital care for medicad versus privately insured hospital. Available at URL:<http://www.pubmed.com>. Accessed Nov 16, 2010.
8. Ascary A. Health economics. Tehran: University of Tehran; 2009. [In Persian]
9. Jefferson T. 2009. Economic evaluation in healthcare. London: BMJ. Available at URL:<http://www.pubmed.com>. Accessed Oct 10, 2010.
10. Seddon ME, Ayanian JZ, Landrum MB, et al. Quality of ambulatory care after myocardial infarction among medicare patients by type of insurance and region. *Am J Med* 2001; 111(1): 24-32.
11. Federman AD, Adams AS, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Ayanian JZ. Supplemental insurance and use of effective cardiovascular drugs among elderly medicare beneficiaries with coronary heart disease. *JAMA* 2001; 286(14): 1732-1739.

How to cite this article: Hajinabi K, Selseleh M. The relation between insurance funds of medical service insurance and heart inpatients costs in Karaj hospitals. *J Research Health* 2012; 2(2):207-213.

Archiv