

● وصول مقاله: ۹۴/۶/۲۸

● اصلاح نهایی: ۹۵/۱۰/۱۶

● پذیرش نهایی: ۹۵/۱۰/۱۸

بررسی مقایسه‌ای هزینه خدمات بستری بیماران قلبی، قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت (مورد مطالعه بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز)

حمیدرضا مہارلو^۱ / امید براتی^۲ / محمدهادی ماهر^۳

چکیده

مقدمه: هزینه بالای خدمات بستری بیماران سبب شد تا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای کاهش پرداخت از جیب بیماران طرح تحول نظام سلامت را در کشور اجرا نماید. شیوع بالای بیماری‌های قلبی عروقی و هزینه بالای خدمات سهم قابل توجهی بر افزایش هزینه‌های نظام سلامت و پرداختی بیماران دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی سهم منابع تامین کننده هزینه خدمات بستری ارایه شده به بیماران قلبی عروقی شش ماهه قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌باشد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و روش مورد استفاده توصیفی - تحلیلی است برای حصول به اهداف این مطالعه و تدوین متون و ادبیات پژوهش از مطالعات کتابخانه‌ای و روش اسنادی استفاده شده است. اطلاعات مورد نیاز پژوهش از صورت حساب ۶۰۱ بیمار قلبی عروقی، مراجعه کننده به بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌باشد. داده‌ها در چک لیست‌های آماری ثبت گردید. سپس در نرم‌افزار excel جهت تحلیل آماری وارد شده است، تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون مانند من‌ویتنی صورت پذیرفت.

یافته‌ها: میانگین کل پرداخت از جیب بیمار بعد از اجرای طرح تحول جهت بای‌پس عروق کرونر با اختلافی معنی‌دار از ۱۰۶۴۹۲۹۵ ریال به ۶۹۷۱۲۶۸ ریال کاهش یافت ($P < 0/001$). میانگین سهم بیمه‌های پایه از کل هزینه یک واحد عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری، از ۴۱۸۴۷۸۰۲ ریال در قبل از اجرای طرح به ۹۴۷۸۲۰۹۶ ریال بعد از اجراع طرح تحول نظام سلامت افزایش معنی‌داری نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: هم زمان با اجرای طرح تحول سلامت و کاهش پرداخت هزینه از جیب بیمار به منظور تامین هزینه‌های اعمال جراحی، درصد قابل توجهی از کل هزینه‌های پرداختی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پوشش داده می‌شود.

کلید واژه‌ها: طرح تحول نظام سلامت، هزینه، منابع تامین مالی، بیماران قلبی عروقی.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: omidbarati40@gmail.com

۳- کارشناسی ارشد حسابداری، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

تأمین عادلانه خدمات سلامت از سال‌ها پیش مورد توجه دولت‌ها قرار داشته اما همیشه با چالش‌ها و موانع جدی رو به رو بوده است که باعث می‌شد اهداف و خواسته‌ها به درستی محقق نشود. در دولت یازدهم این مهم بار دیگر مطرح و با تأکید مقام معظم رهبری، حمایت‌های همه جانبه رئیس‌جمهور محترم، وزیر بهداشت، نمایندگان مجلس شورای اسلامی و اراده عمومی برای اجرای بسته جامع تحول در نظام سلامت کشور مورد تأکید قرار گرفت. در چشم‌انداز این طرح افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی به عنوان اولویت‌های مهم دیده شده است [۱۴]. تأمین منابع مالی در بیمارستان دولتی، عمدتاً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت کنندگان خدمات است [۱۳]. در ایران در کنار پرداخت از جیب بیمار و بودجه دولت، سازمان‌های مختلفی وظیفه بیمه سلامت را بر عهده دارند که شامل سازمان بیمه سلامت ایرانیان، تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه خدمات درمانی کمیته امداد می‌گردد. وجود توازن در سهم تأمین کنندگان هزینه‌های خدمات سلامتی از منابع مختلف اعم از منابع دولتی، بیمه‌ها و پرداخت از جیب بیمار در تداوم و ماندگاری سیستم تأمین مالی بسیار حیاتی و مهم است. در کشورهای با درآمد کم و متوسط پرداخت مستقیم بیش از ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامتی را شامل می‌شود در حالی که متوسط پرداخت مستقیم برای جهان بطور متوسط ۲۴ درصد می‌باشد. در ایران نیز طبق برآوردهای سال ۱۳۸۶، ۵۲ درصد از هزینه‌های سلامت از طریق پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌شود [۲]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی اگر هزینه‌های خدمات سلامتی از ۴۰ درصد درآمد بیشتر شود هزینه کم‌رکن تلقی می‌شود صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت می‌تواند سطح استاندارد زندگی را در کوتاه مدت و بلند

مدت تهدید کند [۳]. بیماری ایسکمی قلبی مسئول ۶۲/۶ میلیون سال‌های از دست رفته زندگی همراه با ناتوانی در سال ۲۰۰۴ بوده و امروزه اولین علت مرگ در سراسر جهان به‌شمار می‌رود. پیش‌بینی شده که تا سال ۲۰۲۰ بیماری قلبی و عروقی همچنان علت اصلی مرگ و ناتوانی در جهان باشد. بیماری‌های قلبی - عروقی مهم‌ترین علت مرگ در ایران می‌باشد و ۳۸ درصد از کل مرگ‌های کشور را به خود اختصاص داده است. همچنین سومین علت بار بیماری‌ها در ایران را داراست [۴]. اگر مجربان طرح تحول سلامت بتوانند این طرح را به خوبی اجرا کنند، به جرأت می‌توان گفت که هم‌وطنان از عدالت درمانی که حق مسلم آنها می‌باشد بهره‌مند خواهند شد [۱۵]. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، نیازمند خدمات درمانی و بستری شدن در بیمارستان‌ها شده و بر روی ایشان اعمال جراحی به صورت مداخلات بالون و روش‌های اولتراسوند، آنژیوگرافی و سایر روش‌های بازکننده مسیر عروق قلبی اعمال می‌گردد [۵]. پیشگیری، درمان و بازتوانی بیماری‌های قلبی عروقی که از جمله بیماری‌های رایج، جدی و پرهزینه است، قسمت عمده‌ای از بودجه بهداشت و درمان کشور در بیمارستان‌های دولتی را به خود اختصاص می‌دهد. 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 موثر هزینه را دارای اهمیتی دوچندان می‌سازد مشارکت مالی خانوارها در تأمین هزینه خدمات نباید به گونه‌ای باشد که دچار هزینه‌های کم‌رکن شده و برای استفاده از خدمات سلامت مورد نیاز خود به ورطه فقر بیفتند.

این طرح با هدف دو جانبه کاهش پرداخت مردم در بسته‌های خدمات درمانی و بهبود کیفیت با محوریت عدالت، اجرا شد. به عبارت دیگر از ۸ بسته اجرایی این طرح می‌توان به کاهش میزان پرداختی بیماران بستری

افرادی که تحت پوشش بیمه نباشند و دارای درآمد متوسط به پایین هستند در مقایسه با افرادی که از لحاظ پوشش بیمه و درآمد از سطح مناسبی برخوردارند، در مخارج درمانی توان پرداخت کمتری دارند [۱۱]. در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۵ که توسط Afana انجام شد نتایج نشان داد که منبع تامین هزینه‌های بستری با وضعیت بیمار در زمان ترخیص دارای رابطه معنادار است و میانه هزینه‌های PCI از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۹ به ترتیب از ۱۵۸۸۹ دلار به ۱۹۳۴۹ دلار افزایش یافت است [۱۲]. رضایتمندی بیمار برآیند مجموعه‌ای پیچیده از اقدامات گوناگون بوده و جهت دستیابی به آن لازم است ابعاد مختلفی از خدمات پزشکی، مراقبت‌های پرستاری و بخش‌های بیمارستانی، با رعایت کامل حقوق بیمار شرایط لازم را مهیا کنند [۱۷]. طرح تحول نظام سلامت، به میزان چشمگیری از هزینه‌های درمانی کاست و قوانینی را در راستای بهبود کیفیت مراقبتی در مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور به اجرا درآورد [۱۸]. لذا با توجه به هزینه‌های کمرشکن درمان بیماران قلبی و اهداف بسته‌های نظام تحول سلامت، این مطالعه با هدف بررسی سهم منابع تامین هزینه کننده خدمات بستری ارایه شده به بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز شش ماهه دوم سال ۹۲ با مقایسه مدت مشابه بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام گردید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی به شیوه گذشته‌نگر بود که بر روی بیماران CABG که در بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز بستری و مورد عمل جراحی قرار گرفتند انجام گردید. جامعه آماری مورد مطالعه کل بیماران CABG شامل ۶۰۱ نفر بوده که در شش ماهه قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت به بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز مراجعه کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: بستری شدگان سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، بیماران با تشخیص نهایی CABG و بیمارانی

در بیمارستان‌های دولتی و ارتقای کیفیت خدمات ویزیت و بستری در بیمارستان‌های دولتی به طور هم زمان اشاره کرد [۷]. بخشی از این برنامه در مرحله‌ی اول در اردیبهشت ماه ۹۳ تحت عنوان تحول نظام سلامت در ۸ بسته‌ی خدمتی (کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی بیش از ۶۴ تخت‌خواب، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه‌ی ترویج زایمان طبیعی، برنامه‌ی حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند، راه‌اندازی اورژانس هوایی) کلید خورد [۱۶]. براساس نتایج یک مطالعه در اصفهان (۱۳۶۸-۱۳۷۳) تامین کنندگان هزینه‌های بستری بیماران قلبی به تفکیک شامل ۲۲ درصد خدمات درمانی، ۲۶ درصد تامین اجتماعی، ۳٪ کمیته امداد امام خمینی (ره) و ۲۸٪ بدون بیمه یا تحت پوشش سایر سازمان‌ها بوده است. هم‌چنین، میانگین هزینه بستری، یک بیمار قلبی عروقی، مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد 21492 ± 101955 ریال و ایسکیمی مزمن 18712 ± 97654 ریال برآورد گردید. یافته‌های این مطالعه نشان داد، هزینه بستری بیماران قلبی در سال ۴۰۰ میلیارد ریال است، که سهم سازمان‌های بیمه‌گر از این مبلغ باید بشکل منطقی در نظر گرفته شود [۸]. در مطالعه‌ای دیگر، سهم منابع تامین کننده هزینه‌های درمانی بیماران دیابتی بستری در مرکز آموزش درمانی تبریز در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت، یافته‌های این تحقیق نشان داد، سهم هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت هزینه بیماران دیابتی، دارای تفاوت معنی‌داری است. هم‌چنین سهم پرداخت از جیب بیمار از هزینه‌های مستقیم، به تفکیک صندوق بیمه‌گری، خدمات درمانی (۵۹,۵۵٪)، تامین اجتماعی (۵۵,۳۴٪) و سایر بیمه‌ها (۳۲٪) است [۹]. مخارج بهداشتی درمانی خانوار، از مولفه‌های مخارج عمومی دولت، هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گری و پرداخت مستقیم توسط افراد تاثیرپذیراست [۱۰].

هشت) ریال می‌باشد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد که میانگین سهم بیمه‌های پایه از کل هزینه یک واحد عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری، قبل و بعد از اجراع طرح تحول نظام سلامت تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/001$) به طوری که میانگین سهم بیمه‌های پایه قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت برابر با ۴۱۸۴۷۸۰۲ (چهل و یک میلیون و هشتصد و چهل و هفت هزار و هشتصد و دو) ریال بوده و پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت میانگین سهم بیمه‌ها برابر با ۹۴۷۸۲۰۹۶ (نود و چهار میلیون و هفتصد و هشتاد و دو هزار و نود و شش) ریال بود.

پژوهش حاضر نشان داد درصد پرداخت از جیب بیماران در ۶ ماهه اول اجرای تحول نظام سلامت برابر با ۵/۸۶٪ بود، که این میزان قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت برابر با ۲۰/۲٪ بود. هم‌چنین سهم بیمه‌های پایه قبل از طرح تحول نظام سلامت ۷۹/۶۹٪ بود که بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت برابر با ۷۹/۷۰٪ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهشی که به منظور ارزشیابی اصلاحات اجرا شده در چین و براساس الگوی دونابندین صورت گرفت، مشخص شد که این طرح توانسته است منجر به ارتقای سطح سلامت مردم روستایی و شهری گردد و به واسطه اجرای آن، شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، برابری و کیفیت به طرز معنی‌داری ارتقا یابد [۱۹]. در مطالعه‌ای مرتبط، سیدموسی طباطبایی و همکاران نشان دادند که هزینه هر پرونده پزشکی در سال ۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ به میزان ۲ برابر افزایش داشته است. میزان پرداخت از جیب بیماران در سال ۹۳ نسبت به سال قبل ۸,۱ برابر کاهش را نشان می‌دهد. در سال ۹۲ سهم بیمه شده از مبلغ کل پرونده ۳۲ درصد و در سال ۹۳، ۱۵ درصد را تشکیل می‌داد. نتیجه آنکه دولت توانسته میزان پرداخت از جیب را

که بیش از ۶ ساعت در اورژانس بیمارستان اقامت داشته‌اند و بستری گردیده، مورد عمل جراحی قرار گرفتند. در این تحقیق داده‌های مورد نیاز شامل هزینه کل خدمات بستری، سهم پرداختی بیمار و سهم بیمه‌های پایه به صورت مستقیم از صورت حساب‌های بیماران به نرم‌افزار SPSS (Version 16) جهت تحلیل وارد گردید و پس از آن داده‌ها بعد از انجام مراحل آماده‌سازی با آمار توصیفی و تحلیلی شامل انجام آزمون Mann-Whitney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هم‌چنین به منظور محاسبه سهم هر یک از منابع به درصد از آمار توصیفی استفاده گردید. از جمله محدودیت‌های مطالعه، دشواری در جمع‌آوری اطلاعات مراکز آموزشی درمانی پوشش‌دهنده این طرح در سراسر کشور، محرمانه بودن داده، محدودیت‌های اخلاقی در پرونده بیماران و دسترسی دشوار به اطلاعات به دلیل عدم وجود یک نرم‌افزار منسجم، همراه بوده است.

یافته‌ها

کل بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز در بازه زمانی ۶ ماهه قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، که تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری قرار گرفتند ۶۰۱ نفر بود که از این تعداد ۶۳/۶ درصد مرد و ۳۶/۳ درصد زن بودند و اکثر بیماران (۵۱/۴٪) تحت پوشش بیمه خدمات سلامت ایرانیان بودند. براساس جدول شماره ۱، میانگین هزینه کل یک واحد عمل جراحی بای‌پس عروق کرونری قبل از طرح تحول برابر با ۵۲۵۱۰۰۶۷ ریال (انحراف معیار = ۱۸۰۷۴۲۴۰) و میانگین این هزینه بعد از اجرای طرح تحول ۱۱۸۹۱۵۳۶۱ (انحراف معیار = ۳۳۱۳۹۳۵۲) است. (جدول ۱ و ۲)

میانگین کل پرداخت از جیب بیمار قبل از اجرای طرح تحول جهت بای‌پس عروق کرونر برابر با ۱۰۶۴۹۲۹۵ (ده میلیون و ششصد و چهل و نه هزار و دویست و نود و پنج) ریال بوده که این میزان پرداختی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت برابر با ۶۹۷۱۲۶۸ (شش میلیون نهصد و هفتاد و یک هزار و دویست و شصت و

کمک به تامین منابع مالی نظام بهداشتی درمانی ارایه شده است [۹]. بر اساس طرح تحول نظام سلامت که از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ با هدف حفاظت مالی بیماران طراحی و اجرا شد، میانگین سهم بیمار از پرونده بستری در تیرماه سال ۹۳ برای کل بیماران بستری (بیمه شده) ۶ درصد در نظر گرفته شده است که براساس نتایج این مطالعه این میزان ۵/۸۶ به دست آمده است و سهم بیمار قبل از اجرای طرح تحول برابر با ۲۰/۲ درصد بوده است که این نتیجه در راستای نتیجه مطالعه وحیدی می‌باشد که سهم بیمار برای انجام اعمال جراحی قلبی را ۳۸ درصد به دست آورده است (۲، ۷). اما علیرغم وجود چنین فرانشیز ده درصدی، هنوز ۱۵ درصد از بیماران از خدمات اظهار ناراضی می‌کنند. این مساله به این مهم مرتبط است که نتیجه درمان عامل تعیین کننده‌ای در جلب رضایت بیماران است و حتی اگر هزینه‌های بستری تا حد قابل توجهی کاهش یابد، و نتیجه بدست آمده از درمان نامناسب باشد، صرف کاهش هزینه‌ها در رضایتمندی نقش مهمی ندارد [۱]. بنابراین اگرچه براساس مطالعه حاضر پرداخت از جیب بیمار کاهش داشته است، اما برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی طرح‌هایی برای بهبود شاخص‌های اثربخشی مراقبت بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به این که قیمت و تعرفه خدمات کاهشی نداشته و از طرفی سهم پرداخت از جیب بیمار نیز کم شده است، لذا به نظر می‌رسد سایر تامین کننده‌ها (بخش عمومی) عمده بار مالی هزینه درمان جامعه را به دوش می‌کشند. براساس یافته‌های این مطالعه هم زمان با کاهش پرداخت از جیب بیمار جهت تامین هزینه‌های اعمال جراحی، درصد سهم پرداختی بیمه‌های پایه تغییر چندانی نداشته است. با عنایت به این موضوع که بیمه‌ها وظیفه تامین آرامش مالی بیمار در زمان بیماری را به عهده دارند، لکن مشارکت بیمه‌های خصوصی پس از اجرای طرح تحول سلامت تغییر نکرده است. از سوی دیگر وزارت بهداشت که یک ارایه دهنده اصلی خدمات پزشکی نیز هست بار سنگین مالی را به دوش می‌کشد که براساس نتایج این

به میزان قابل توجهی کاهش دهد. حسین پناهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که دولت می‌تواند با توسعه گسترده پوشش بیمه‌ای برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در افراد مسن و غیربومی، اقدامات مناسبی را انجام دهد. در پژوهش مرتبطی دیگر، فرزاد سلیمانی و همکاران نشان دادند که پرداخت مستقیم بیماران در هنگام دریافت خدمت به میزان ۶/۳۷ درصد کاهش یافته که در آن پرداخت یارانه سلامت به بیمارستان توسط دولت مؤثر بوده است. حسین پناهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که دولت می‌تواند با توسعه گسترده پوشش بیمه‌ای برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در افراد مسن و غیربومی، اقدامات مناسبی را انجام دهد. که افزایش پرداختی بیمه‌ها و تأثیر آن بر پرداخت از جیب بیماران در این پژوهش این امر را تأیید می‌نماید. چالش اصلی ارتقای نظام سلامت در هر اقتصادی منابع مالی آن است که در ایران با تلفیقی از بودجه‌های سنواتی، حق بیمه‌ها و پرداخت از جیب بیماران تأمین می‌شود. هم‌چنین طبق پژوهش‌هایی که سازمان بسیج جامعه پزشکی تهران بزرگ، در تیر ماه سال ۱۳۹۳، در مورد عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران انجام داده نیز نشان داده شد که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث کاهش پرداخت از جیب بیماران و افزایش رضایتمندی بیماران از بیمارستان‌های دولتی گردیده است. که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند. با وجود تمامی تلاش‌های انجام شده در نظام سلامت کشور و بهبود شاخص‌های بهداشتی درمانی و دسترسی مردم به خدمات سلامت، سیستم درمانی با چالش جدی در خصوص نحوه تامین منابع مالی نظام سلامت و محافظت افراد از آسیب‌های ناشی از هزینه‌های خدمات درمانی هم‌چنین نظارت صحیح بر نحوه هزینه کرد منابع فوق روبرو است. توسعه یک سیستم بیمه همگانی و هم‌چنین افزایش عمق و دامنه پوشش بیمه‌ای همیشه به عنوان یک راه حل پیشنهادی برای

تشکر و قدردانی:

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از همکاری صمیمانه مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی شیراز و نیز مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان قلب الزهرا (س) شیراز که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

تحقیق به صورت افزایش ۱۳/۶۳ درصدی پرداخت یارانه‌های دولتی برای تامین هزینه‌های مالی بیماران نمایان گردیده است. این مساله موجب ایجاد نگرانی‌هایی در راستای توانایی دولت در تداوم ارایه خدمات با کاهش پرداختی بیماران می‌شود. به همین دلیل لازم است که راهکارهای جدیدی برای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران مورد توجه قرار گیرد.

جدول ۱ - مقایسه میانگین، میانه و انحراف معیار به تفکیک منابع تامین کننده هزینه کل قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت

شش ماهه دوم سال ۹۳ بعد از طرح تحول نظام سلامت			شش ماهه دوم سال ۹۲ قبل از طرح تحول نظام سلامت			منابع تامین هزینه
انحراف معیار	میانه	میانگین	انحراف معیار	میانه	میانگین	
۲۸,۰۲۹,۳۰۴	۹۱,۳۳۸,۹۶۹	۹۴,۷۸۲,۰۹۶	۱۴,۵۳۰,۵۵۳	۴۲,۶۴۱,۵۵۳	۴۱,۸۴۷,۸۰۲	سهام بیمه‌های پایه
۵,۷۸۲,۲۱۸	۶,۰۹۳,۰۵۰	۶,۹۷۱,۲۶۸	۳,۶۷۸,۷۰۰	۱۰,۶۶۲,۲۶۵	۱۰,۶۴۹,۲۹۵	پرداخت از جیب بیمار
۵,۵۸۴,۱۳۲	۱۶,۷۷۸,۸۳۶	۱۶,۳۳۶,۸۸۴	.	.	.	سهام یارانه
۳۳,۱۳۹,۳۵۲	۱۱۳,۷۳۷,۹۲۰	۱۱۸,۹۱۵,۳۶۱	۱۸,۰۷۴,۲۴۰	۵۳,۲۵۰,۴۴۳	۵۲,۵۱۰,۰۶۷	هزینه کل خدمات CABG

جدول ۲ - مقایسه سهم بیمه‌های پایه، یارانه دولت و پرداخت از جیب به درصد قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت

پرداخت از جیب	سهم یارانه دولت	سهم بیمه‌های پایه	عنوان
۲۰/۲	/۱۱	۷۹/۶۹	قبل از طرح تحول نظام سلامت
۵/۸۶	۱۴/۴۴	۷۹/۷۰	بعد از طرح تحول نظام سلامت

Reference:

- 1-Ebadifard Azar F, Rezapour A. Health care economics. First ed. Tehran: Ebadifard; 2012. [Persian]
- 2- vahidi R, saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions–Iran-Tabriz 2010. Bimarestan, 2013; 11(4): 45-52. [Persian]
- 3- Ghiasvand H, Hadian M, Maleki M, Shabaninejad H. Determinants of Catastrophic Medical Payments in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences; 2009. Hakim Research Journal. 2010; 13(3): 145-54. [Persian]
- 4- Karami M, Mobasheri F, Khosravi Shadmani F. tential Impact Fraction of modifying selected risk factors on burden of cardiovascular disease in Iran: comparative risk assessment. Razi journal of medical sciences. 2013; 20(109): 62-71. [Persian]
- 5- Talebizadeh N, Haghdoost A-A, Mirzazadeh A. Age at natural menopause, An epidemiological model (Markov Chain) of cardiovascular disease in Iran. payesh, 2009; 8(2): 163-70. [Persian]
- 6- Haji Nabi k, Mahnazar S. The relationship of health insurance funds with heart disease hospitalization costs covered by health insurance in Karaj. Journal of Research and Health, 1391; 2(2): 207-13. [Persian]
- 7- Health IMo. Iran reform of health system 2015 [11/9/2015]. Available from: tahavol.behdasht.gov.ir. [Persian]
- 8- Dabagh A, Sarafzadegan N, Banifatemi V, Habibi H, Rafie M. Cost of therapeutic modalities of cardiovascular patient in Isfahan University hospitals. Hakim Research Journal, 2004; 6(2): 19-25. [Persian]
- 9- Hassan Nejad N. Determining the Methods of Financing Health care Costs among Hospitalized Diabetic Patients in Different Types of Insurances. Hospital, 2013; 12(3): 83-90. [Persian]
- 10- Maher A, ahmadi M, Jamnani A. Identify the method of financing the health system selected countries between the years 20004 see the works of a new generation of financial resources in the health system in Iran. pajohesh eghtesadi, 2008; 8(1): 115-49. [Persian]
- 11- Hosseiny nasab E, Varharami V. Factors affecting the cost of health care for families in Yazd. Health Administration, 2010; 13(40): 73-80. [Persian]
- 12- Afana M, Brinjikji W, Cloft H, Salka S. Hospitalization costs for acute myocardial infarction patients treated with percutaneous coronary intervention in the united states are substantially higher than medicare payments. Clinical Cardiology, 2015; 38(1): 13-9.
- 13- Sadeghi N, Zaree H. The impact of the funding on improving hospital performance. Quarterly monitoring of 0, 1388; 16: 145-135. [Persian]
- 14- Mosadegh Rad A. To what extent health reform plan economically for the benefit of the state and the people? Revised on 5 November 2014, the <http://tums.isna.ir/Default.aspx?NSID=5&SSLID=46&NID=15676>; 2014.[Persian]
- 15- Azami A, Akbarzade K. Patient satisfaction in hospitals of Ilam. J Ilam Univ Med Sci, 2004; 45(12): 10-16. [Persian]
- 16- Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wag staff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global

levels. Plops Med. 2014; 11(9): e1001731. doi: 10.1371/journal.pmed.

17- Gunther M, Alligood MR. A disciplinespecific determination of high quality nursing care. J Adv Nurs, 2002; 38(4): 353-359.

18- Akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors (Editorial). Journal of Anesthesiology and Pain (JAP), 2014; 5(1): 1-2. [Persian]

19- Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. Int J Environ Res Public Health, 2014; 11: 2262-77.