

بسمه تعالی



سازمان بیمه سلامت ایران

معاونت مطالعات و توسعه خدمات بیمه ای

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

عنوان مطالعه کاربردی و تطبیقی :

بررسی میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به تفکیک صندوق در بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام سلامت در محدوده زمانی ۳ ماه سوم سال ۱۳۹۳ در مقایسه با مدت مشابه سال قبل آن

تهیه و تدوین :

محمدطاهری\* ، نادر - دکتر محمودی ، امیر - ولیئی ، معصومه

بهار و تابستان ۱۳۹۴



سازمان بیمه سلامت ایران

معاونت مطالعات و توسعه خدمات بیمه ای

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

عنوان مطالعه کاربردی و تطبیقی :

بررسی میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به تفکیک صندوق در

بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام سلامت

در محدوده زمانی ۳ ماه سوم سال ۱۳۹۳ در مقایسه با مدت مشابه سال قبل آن

تهیه و تدوین :

محمدطاهری\* ، نادر - دکتر محمودی ، امیر - ولیئی ، معصومه

بهار و تابستان ۱۳۹۴

(یک)

به نام خداوند

بخشنده و مهربان

Archive of SID

(دو)

بدینوسیله لازم است

از کلیه همکارانی که به نوعی در به سرانجام رسیدن این تحقیق ، همفکری داشته و ما را یاری نموده اند ،

تقدیر و تشکر نماییم؛

از خداوند متعال ، موفقیت بیش از پیش ایشان را در خدمت رسانی به این مرز و بوم خواستاریم

به ویژه :

مدیر کل محترم ، جناب آقای دکتر مهدی قنادی

معاونت محترم بیمه درمان اداره کل ، سرکار خانم دکتر حسینی

ریاست محترم اداره نظارت و ارزشیابی اداره کل ، جناب آقای جعفریان

ریاست محترم گروه طرح و برنامه اداره کل ، جناب آقای جمالی

و

همکار محترم جناب آقای محمودرضا سیدآبادی که کمک شایانی در انجام محاسبات آماری مربوطه

داشته اند

(سه)

چکیده

نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می بایست پاسخ گوی آن ها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه ی کشورهای جهان ناگزیر ساخته است. افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تأمین مالی پایدار و بهبود مدیریت از اهداف اجرای اصلاحات در نظام سلامت می باشد. در ایران نیز پس از استقرار دولت جدید، انجام اصلاحات در نظام بهداشت و درمان به طور وسیعی در برنامه های کاری دولت قرار گرفت، تمرکز اصلی این اصلاحات بر کاهش پرداخت از جیب توسط مردم در مراجعه به مراکز ارائه کننده خدمات سلامت، پوشش همگانی بیمه سلامت و عدالت در دسترسی به خدمات قابل قبول سلامت، بوده است. در این راستا با ابلاغ مجموعه دستورالعملهای هفتگانه طرح تحول نظام سلامت، اجرای این طرح از نیمه اردیبهشت ماه سال ۹۳ شروع شد.

در این تحقیق سعی شده است که رابطه بین اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری در بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت تبیین گردد، به این منظور پس از استخراج اطلاعات مربوطه به کل بیمارستانهای مشمول طرح تحول (۵۰ بیمارستان) با استفاده از نرم افزار spss و با انجام آزمون ناپارامتری و آزمون wilcoxon به بررسی فرضیه تحقیق پرداخته و مشخص گردید فرضیه مذکور (پس از اجرای طرح پوشش همگانی بیمه سلامت، میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به تفکیک صندوق در بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام سلامت

(چهار)

افزایش یافته است) تأیید شد.

به نظر می رسد پیرو اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت ، بار مراجعه به بیمارستانهای مشمول طرح تحول افزایش یافته است که این افزایش در مورد بیمه شدگان تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی مشهود می باشد ، این موضوع می تواند مؤید این باشد که قبل از اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت بخشی از جامعه که فاقد پوشش بیمه پایه بوده اند علیرغم نیاز به خدمات بستری ، اقدامی در این جهت انجام نمی داده اند که پس از اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت و تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفتن آنها و در نتیجه پرداخت بخش قابل توجه هزینه های خدمات بستری در بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت از سوی بیمه سلامت ، اهتمام آنها به این نیاز اساسی خود بیشتر شده است .

واژگان کلیدی :

تحول نظام سلامت ، پوشش فراگیر بیمه سلامت

(پنج)

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول : کلیات طرح تحقیق.....	۱
۱-۱- تعریف مساله و بیان سوالهای اصلی تحقیق.....	۲
۱-۲- سابقه و ضرورت انجام تحقیق.....	۲
۱-۳- فرضیه .....	۳
۱-۴- هدف .....	۴
۱-۵- چه کاربردی از انجام این تحقیق متصور است؟ .....	۴
۱-۶- استفاده کنندگان از نتیجه پروژه.....	۴
۱-۷- روش انجام تحقیق.....	۵
۱-۸- روش و ابزار گردآوری اطلاعات.....	۵
۱-۹- جامعه آماری و تعداد نمونه.....	۵
۱-۱۰- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	۶
فصل دوم : ادبیات تحقیق.....	۷
۲-۱- مبانی نظری تحقیق .....	۸
۲-۲- پیشینه (سابقه) تحقیق.....	۱۶
فصل سوم : روش تحقیق.....	۲۲
۳-۱- روش انجام تحقیق.....	۲۳
۳-۲- جامعه آماری تحقیق.....	۲۴
۳-۳- نمونه.....	۲۵
۳-۴- ابزار جمع آوری داده ها.....	۲۵
۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۲۵
فصل چهارم : تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	۲۷
۴-۱- بررسی فراوانی و درصد متغیرهای مورد مطالعه.....	۲۹
۴-۲- آمار استنباطی.....	۴۴
فصل پنجم : نتیجه گیری و پیشنهادات.....	۴۷
منابع.....	۵۰

(شش)

فهرست نمودارها و جداول

## عنوان

## صفحه

نمودار ۱- مقایسه تعداد کل بار مراجعه در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز ۹۳ با پائیز ۹۴.....	۲۹
نمودار ۲- مقایسه میزان بار مراجعه به تفکیک صندوق در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳.....	۳۰
نمودار ۳- مقایسه میزان بار مراجعه کل بیمه شدگان به تفکیک بیمارستان در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳.....	۳۱
نمودار ۴- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۳
نمودار ۵- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۴
نمودار ۶- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۵
نمودار ۷- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۶
نمودار ۸- میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان در بیمارستانهای تک تخصصی زنان.....	۴۱
نمودار ۹- میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان در بیمارستانهای تک تخصصی زنان به تفکیک بیمارستان.....	۴۱
نمودار ۱۰- میزان بارمراجعه بیمه شدگان در بیمارستانهای تک تخصصی زنان به تفکیک صندوق.....	۴۲
نمودار ۱۱- میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان.....	۴۲
نمودار ۱۲- میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان.....	۴۳
نمودار ۱۳- میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما در بیمارستانهای تک تخصصی زنان.....	۴۳
نمودار ۱۴- میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار در بیمارستانهای تک تخصصی زنان.....	۴۴
جدول ۱- میزان بار مراجعه کل بیمه شدگان به تفکیک بیمارستان در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳.....	۳۲
جدول ۲- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۷
جدول ۳- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۸
جدول ۴- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۳۹
جدول ۵- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳.....	۴۰

(هفت)



## فصل اول

### کلیات طرح تحقیق

Archive of SID

## ۱-۱- تعریف مساله و بیان سوالهای اصلی تحقیق :

پیرو اجرای طرح تحول نظام سلامت و به عنوان یکی از ارکان اصلی آن ، پوشش همگانی بیمه سلامت برای آحاد جامعه نیز از نیمه اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ شروع شد و طی چند ماه بیش از ۸ میلیون نفر از افراد جامعه که تحت پوشش هیچگونه بیمه پایه درمان نبودند توسط سازمان بیمه سلامت ، تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی این سازمان قرار گرفتند ؛ با توجه به دیگر اهداف طرح تحول نظام سلامت از جمله کاهش پرداخت از جیب توسط مردم در مراجعه به مراکز ارائه کننده خدمات سلامت ، پوشش همگانی بیمه سلامت و عدالت در دسترسی به خدمات قابل قبول سلامت که در بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی اجرا شد پیش بینی می شد بار مراجعه به این بیمارستانها در مقایسه با سال قبل از اجرای طرح افزایش یابد .

این مطالعه در صدد اثبات این موضوع است که پیرو اجرای طرح تحول نظام سلامت ، آمار بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به بیمارستانهای مشمول طرح افزایش یافته و در ضمن این افزایش در صندوق خویش فرما ( سلامت همگانی) به دلیل اجرای طرح بیمه سلامت همگانی رایگان و در بیمارستانهای تک تخصصی زنان به دلیل رایگان شدن زایمان طبیعی نیز وجود دارد .

## ۱-۲- سابقه و ضرورت انجام تحقیق :

در گزارش سالانه سازمان جهانی سلامت برای سال ۲۰۱۰ آمده است که پوشش همگانی سلامت دسترسی

کل مردم به خدمات سلامت است به گونه ای که افراد هنگام پرداخت هزینه ها مشکلی نداشته باشند و دولتها باید تضمین نمایند که پوشش همگانی به صورت عادلانه در حال انجام است و ابزارهای قابل اعتمادی برای کنترل و ارزیابی پیشرفت آن اتخاذ شده است. مصوبه شماره ۵۸,۳۳ مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۰۵ میلادی اعلام نمود که همه افراد باید به خدمات سلامت دسترسی داشته و نباید برای پرداخت هزینه های درمان متحمل سختی شوند. (کتاب گزارش جهانی سلامت - ۲۰۱۰)

در تحقیقی که توسط اندرسون و همکاران انجام شده، اشاره شده است که نداشتن بیمه منجر به کاهش ۴۰٪ در مراجعه به اورژانس و ۶۱٪ در مراجعه برای بستری می شود. افت مراجعه اورژانس و پذیرش بستری به خاطر کاهش به همان اندازه در پذیرش مراقبتهای ارائه شده در بیمارستانهای خصوصی و کاهش های قابل توجه در بیمارستانهای دولتی می باشد. نتایج بر این امر تاکید دارند که گسترش پوشش بیمه منجر به افزایش اساسی در مراقبتهای ارائه شده به افراد فاقد بیمه خواهد شد. (اندرسون؛ ۲۰۱۰)

با عنایت به پیش بینی افزایش بار مراجعه و به منظور بررسی علمی این موضوع که می تواند در پیش بینی هزینه ها و در نظر گرفتن بودجه مناسب و پاسخگو، متمرکز باشد اثبات تاثیر اجرای بیمه همگانی در افزایش بار مراجعه به بیمارستانهای مشمول طرح تحول ضروری به نظر رسید.

۳-۱- فرضیه: پس از اجرای طرح پوشش همگانی بیمه سلامت، میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه

شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به تفکیک صندوق در بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام

سلامت افزایش یافته است

#### ۴-۱- هدف :

اثبات رابطه بین میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به تفکیک

صندوق در بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام سلامت و اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت

#### ۵-۱- چه کاربردی از انجام این تحقیق متصور است؟

در صورت وجود رابطه مثبت بین میزان بار مراجعه خدمات بستری بیمه شدگان تحت پوشش بیمه

سلامت در بیمارستانهای دانشگاهی مشمول طرح تحول نظام سلامت و اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت

می توان ضمن تعمیم این نتیجه به دیگر خدمات بیمه سلامت ، در جهت پیش بینی هزینه ها و در نظر گرفتن

بودجه مناسب و پاسخگو و تامین سخت افزار و نرم افزار مناسب برای کنترل هزینه ها ، جلوگیری از ایجاد

تقاضای القایی و هدایت بهینه منابع اقدامات مناسب را طراحی نمود.

#### ۶-۱- استفاده کنندگان از نتیجه پروژه :

از نتیجه این تحقیق سازمان بیمه سلامت به منظور پیش بینی بودجه متناسب با رشد هزینه ها بر اساس

افزایش بار مراجعه و در نظر گرفتن زیرساختهای مناسب که بتواند پاسخگوی این افزایش بار مراجعه باشد

می تواند بهره مند شود و همچنین دانشگاههای علوم پزشکی که می توانند از نتایج حاصل از این تحقیق در

پیش بینی هزینه ها ، نیروی انسانی و دیگر سخت افزار ها و نرم افزارهای مورد نیاز برای بیمارستانهای

وابسته استفاده کنند .

#### ۷-۱- روش انجام تحقیق:

روش تحقیق وسیله ای برای تعیین این امر است که چگونه یک گزاره تحقیق مورد تایید قرار گرفته یا رد می شود (سرمد، بازرگان، حجازی، ۱۳۸۴، ص ۲۲) با توجه به اینکه این تحقیق به مقایسه میزان بار مراجعه خدمات بستری در دو مقطع زمانی در یک سری بیمارستان ثابت می پردازد لذا از نوع تحقیقات استنباطی مقایسه ای است که پژوهشگر با استفاده از آزمون مقایسه میانگین دو اطلاعاتی به دست می آورد.

#### ۸-۱- روش و ابزار گردآوری اطلاعات:

برای انجام این تحقیق از داده های ثبت شده در سیستم پردازشگر اسناد بیمارستانی استفاده شده است که اطلاعات تعداد پرونده های بیمارستانها به تفکیک و طبق جدول ذیل استخراج و مورد بهره برداری قرار گرفته است

#### ۹-۱- جامعه آماری و تعداد نمونه:

جامعه آماری عبارت است از همه اعضای واقعی یا فرضی که علاقمند هستیم یافته های پژوهش را به آنها تعمیم دهیم، اولین قدم در نمونه گیری تعریف جامعه مورد نظر است (دلاور، ۱۳۸۲، ص ۱۲۰). در این تحقیق جامعه آماری شامل تمام بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت در استان تهران می باشد که تعداد آنها ۵۰ بیمارستان است و بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در قالب چهار صندوق شامل کارمندی، روستائیان،

سایر اقشار و سلامت همگانی یا خویش فرما به آنها مراجعه می نمایند . نمونه عبارت است از زیر مجموعه ای از جمعیتی که پژوهشگر مایل است نتایج را به آنها تعمیم دهد(دلاور، ۱۳۸۲، ص ۱۲۵). در این تحقیق با توجه به اینکه همه بیمارستانهای مشمول طرح تحول مورد بررسی قرار گرفته اند که کل جامعه مورد مطالعه را شامل می شوند لذا نیازی به نمونه گیری نبوده است .

#### ۱۰-۱- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

در این پژوهش از آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. بدین صورت که پس از استخراج داده ها، ابتدا جهت بررسیهای اولیه از روش فراوانی و درصد متغیرهای مورد مطالعه استفاده شده است. برای پاسخ به سوالات پژوهش از میانگین، و میانه استفاده شده است سپس به آزمون فرضیات پژوهشی با استفاده از آمار استنباطی و آزمون ناپارامتری و آزمون wilcoxon، پرداخته شده است. با توجه به اینکه فرضیه اصلی پژوهش در صدد مشخص کردن رابطه اجرای طرح تحول و میزان بار مراجعه خدمات بستری بوده است از آزمون wilcoxon استفاده شده است.

## فصل دوم

### ادبیات تحقیق

Archive of SID

## ۲-۱- مبانی نظری تحقیق :

نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می بایست پاسخ گوی آن ها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه ی کشورهای جهان ناگزیر ساخته است. افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تأمین مالی پایدار و بهبود مدیریت از اهداف اجرای اصلاحات در نظام سلامت می باشد.

در ایران نیز سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان متولی اصلی بیمه پایه سلامت در کشور می باشد که بر اساس اساسنامه مربوطه دارای وظایفی به شرح ذیل می باشد؛ موضوع فعالیت سازمان اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی براساس قوانین و مقررات می باشد.

الف- عقد قرارداد ارائه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مشمولان براساس بند (د) ماده (۳۸)

قانون

ب- پرداخت به اشخاص حقیقی و حقوقی ذینفع براساس سرانه ها و هزینه های ارائه خدمات و مراقبتهای

بسته خدمات بیمه پایه سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، در چارچوب قوانین و مقررات مربوط

ج- خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و

براساس سیاست های مصوب

د- حفظ حقوق بیمه شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارائه خدمات بیمه از طریق نظارت برکمیت و کیفیت

ارائه خدمات و مراقبتهای بسته بیمه پایه سلامت به طور مستقیم و یا از طریق موسسه های ذیصلاح در



چاروب مفاد قراردادهای منعقد و انعقاد و یا فسخ قرارداد براساس ارزیابیهای انجام شده در چارچوب قوانین

و مقررات مربوط

ه- بررسی، مطالعه و تحقیق در زمینه امور بیمه سلامت

و- همکاری در ساماندهی ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در

تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت» با نهادهای قانونی مربوط

ز- اعمال استانداردها، پروتکل ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقد با واحدهای ارائه خدمات

و مراقبتهای سلامت

ح- عقد قرارداد با کارگزارها به منظور برون سپاری امور تصدی گری

ط- انجام اقدامات قانونی لازم برای وصول حق بیمه پایه سلامت

ی- نظارت بر ارائه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی

ک- برنامه ریزی و نظارت به منظور برقراری تراز منابع و مصارف سازمان با رعایت قوانین و مقررات مربوط

ل- تعیین ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی و بیمه شدگان با رعایت قوانین

و مقررات برای پیشنهاد به هیئت امانا

م- تعیین ضوابط مربوط به تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروهها و موسسات پزشکی طرف قرارداد

برای پیشنهاد به هیئت امانا

ن- احراز صلاحیت مراکز تشخیصی و درمانی به منظور عقد قرارداد در چارچوب قوانین و مقررات مربوط

س- اقامه دعوی در مراجع قانونی

ع- سایر وظایفی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از طرف شورای عالی تعیین می شود.

بیمه شدگان تحت پوشش این سازمان در حال حاضر در قالب صندوقهای ذیل قرار دارند :

- صندوق کارمندی : کلیه کارکنان رسمی وزارتخانه ها و سازمانهای دولتی که مشمول صندوق

بازنشستگی کشوری می باشند همراه با افراد تحت تکفل آنها ، تحت پوشش این صندوق قرار می گیرند .

- صندوق سایر اقشار : این صندوق شامل کلیه افراد تحت پوشش ستاد آزادگان ، بنیاد شهید ، بنیاد جانبازان ، سازمان بهزیستی و طلاب به همراه افراد تحت تکفل آنها می باشد .

- صندوق روستائیان : کلیه ساکنان روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت و افراد تحت تکفل آنها تحت پوشش این صندوق می باشند .

- صندوق خویش فرما (سلامت همگانی) : کلیه ساکنان شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت در

صورتیکه فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه درمان باشند با رعایت ضوابط مربوطه می توانند تحت پوشش این صندوق قرار گیرند .

پس از استقرار دولت یازدهم ، انجام اصلاحات در نظام بهداشت و درمان به طور وسیعی در برنامه های

کاری دولت قرار گرفت ، تمرکز اصلی این اصلاحات بر کاهش پرداخت از جیب توسط مردم در مراجعه به مراکز ارائه کننده خدمات سلامت ، پوشش همگانی بیمه سلامت و عدالت در دسترسی به خدمات قابل قبول سلامت ، بوده است . در این راستا با ابلاغ مجموعه دستورالعملهای هفتگانه طرح تحول نظام سلامت ، اجرای این طرح از نیمه اردیبهشت ماه سال ۹۳ شروع شد. در این مقاله با بررسی میزان بارمراجعه بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت در پاییز سال ۱۳۹۲ و مقایسه آن با پاییز سال ۱۳۹۳ سعی شده است ثابت شود که پیرو اجرای طرح تحول نظام سلامت ، آمار بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به بیمارستانهای مشمول طرح افزایش یافته و در ضمن این افزایش در صندوق خویش فرما ( سلامت همگانی) به دلیل اجرای طرح بیمه سلامت همگانی رایگان و در بیمارستانهای تک تخصصی زنان به دلیل رایگان شدن زایمان طبیعی نیز وجود دارد.

پوشش فراگیر بیمه سلامت نماد تغییر از مدیریت پراکنده اجزا (بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی و مراکز سلامت عمومی) به یک سیستم واحد هماهنگ است که بتواند دسترسی برابر همگان از جمله اقشار فقیر و آسیب پذیر به خدمات را تضمین کرده و از ایشان در قبال سقوط در ورطه تنگناهای مالی حمایت نماید. حرکت به سوی پوشش فراگیر سلامت و درمان یک فرآیند تدریجی است. لازمه آن پیشرفت در چند جبهه است که همه مردم در آن سهم باشند از جمله در دامنه خدمات در دسترس (رضایتمندی از وضع دارو، محصولات پزشکی، کارکنان بخش بهداشت و درمان ساختار و اطلاعات) نسبت هزینه های این خدمات و

نسبت جمعیت تحت پوشش.

این حرکت نیازمند یک سیستم کارآمد سلامت است که کل جمعیت را از خدمات با کیفیت کارکنان ماهر، دارو و فناوری لازم برخوردار سازد. همچنین نیازمند یک سیستم مالی است که افراد را در حوزه دشواری های مالی و مواجهه با تنگدستی ناشی از هزینه های سنگین بهداشت و درمان حمایت کند. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی متضمن مردمی سالم تر با حمایت مالی بیشتر و جلوگیری از فقر ناشی از هزینه های درمانی است. بنابراین پوشش فراگیر سلامت عنصر بسیار مهمی در توسعه فقرزدایی است و عامل کلیدی کاهش نابرابری اجتماعی محسوب می شود.

تضمین دسترس یکسان و برابر با حذف موانع مالی به ویژه پرداختهای مستقیم؛ پیش پرداختهای اجباری، ایجاد گسترده وسیع ریسک و پوشش مالی دولتی برای هزینه های سلامت و درمان اشاره کرد که مردم غالباً از عهده آنها بر نمی آیند. پوشش فراگیر بیمه سلامت، دسترسی به مراقبت درمانی را ارتقا می بخشد و اثر مثبتی بر حمایت مالی و در برخی موارد بر وضعیت سلامت دارد.

چالشهای بسیاری در تلاش برای تحقق پوشش فراگیر بیمه سلامت وجود دارد که برجسته ترین آنها

عبارتند از:

الف- عدم تعهد سیاسی ثابت، نگاه روشن و تعیین نقشه راه طراحی شده برای پوشش فراگیر سلامت؛

ب- عدم وجود سیاست های مالی در بخش سلامت که منجر به محدودیت منابع مالی و عدم برنامه ریزی

جامع برای حمایت های ریسک مالی برای اقشار وسیع گروه های جمعیتی می شود؛

پ- تخصیص منابع نابرابر و ناکافی برای عرضه خدمات و مداخلات مؤثر در حل مسائل اولویت دار سلامت

درمان؛

ت- سیستم های سلامت ضعیف و فاقد انسجام که منجر به نابرابری ها و وضع قوانین ناکارآمد در خصوص

خدمات سلامت و درمان می شوند.

ث- مشارکت ضعیف بخشهای خصوصی و دولتی؛

ج- سیستم اطلاعات ضعیف برای ارزیابی عملکرد و نظارت بر پیشرفت در عرصه پوشش فراگیر بیمه سلامت

اقدامات منسجم برای شتاب بخشیدن به روند تحقق پوشش فراگیر سلامت را می توان شامل موارد ذیل

دانست :

-پذیرش تعهد سیاسی پایدار و سطح بالا در قبال پوشش فراگیر بیمه سلامت

-بهبود حمایت از ریسک مالی و توسعه پوشش جمعیت

-توسعه مقررات عرضه خدمات مردم-محور جامع برای پوشش فراگیر بیمه سلامت

-اجرای یک چارچوب نظارتی و ارزیابی برای کنترل پیشرفت در مسیر پوشش فراگیر بیمه سلامت

-تسهیل گفتگوی ملی در سطح وزارتخانه های بهداشت و درمان، طرح ریزی، خزانه داری و دیگر وزارتخانه

های دست اندرکار

- تسهیل تبادل تجربیات بین کشورها (گزارش اجلاس وزرای بهداشت و درمان کشورهای آفریقا ۲۰۱۴)

پوشش همگانی سلامت دسترسی کل مردم به خدمات سلامت است به گونه ای که افراد هنگام پرداخت هزینه ها مشکلی نداشته باشند . برای رسیدن به پوشش همگانی بیمه سلامت ، دولتها باید به سه سوال اساسی پاسخ دهند :

- نظام بیمه سلامت از نظر مالی چگونه تامین می شود ؟
  - دولت چگونه می تواند در زمان بیماری ، مردم را در برابر هزینه های بیماری حفاظت کرده و خدمات سلامت را به آنها ارائه کند ؟
  - دولت چگونه می تواند از منابع موجود استفاده بهینه نماید ؟
- دولتها باید تضمین نمایند که پوشش همگانی به صورت عادلانه در حال انجام است و ابزارهای قابل اعتمادی برای کنترل و ارزیابی پیشرفت آن اتخاذ شده است.
- مصوبه شماره ۵۸,۳۳ مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۰۵ میلادی اعلام نمود که همه افراد باید به خدمات سلامت دسترسی داشته و نباید برای پرداخت هزینه های درمان متحمل سختی شوند.
- سه چالش اساسی کشورها را از نزدیک شدن به پوشش همگانی خدمات سلامت باز می دارد :
- اولین چالش ، دسترسی به منابع است
  - دومین چالش ، تاکید بیش از حد به پرداختهای مستقیم (از جیب) در زمان بیماری است

- سومین چالش ، استفاده نادرست و غیرمنصفانه از منابع است

همه کشورها هنگام مواجهه با افزایش هزینه ها و انتظارات در بخش سلامت باید به صورت مداوم ، راهکارهای موجود را ارزیابی مجدد نمایند.

راهکارهای افزایش نقدینگی در بخش سلامت :

- افزایش اثربخشی جمع آوری مالیات

- اولویت بندی مجدد بودجه های دولتی

- ابتکار در بخش مالی حوزه سلامت مانند مالیات بر استفاده از تلفن همراه ، دخانیات ، بلیت هواپیما

و سندهای پولی خارجی و نیز مایات بر تولیداتی که برای سلامتی مضرند که دارای سود دو جانبه است ، به

گونه ای که هم سطح سلامت مردم را بالا می برند و هم باعث افزایش اعتبارات می گردند

- توسعه مشارکت در بخش سلامت

دولتها نیازمند اجرای قوانینی هستند که بیشترین همخوانی را با اقتصادشان داشته باشد و همچنین از نظر

سیاسی ، آن قوانین را حمایت کنند. تنها روشی که دولتها برای کاهش اتکا به پرداختهای مستقیم ( از جیب )

به کار می بندند ، تشویق به تجمیع ریسک و شیوه پیش پرداخت می باشد ؛ مسیری که بیشتر کشورهایی که به

پوشش همگانی نزدیک هستند ، انتخاب کرده اند.

اعتبارات مالی می توانند از منابع مختلف (مانند مالیات بر درآمد و دستمزد ، مالیات بر ارزش افزوده ،

مالیات غیرمستقیم بر دخانیات و الکل و یا حق بیمه) جذب شوند (گزارش جهانی سلامت-۲۰۱۰)

## ۲-۲- پیشینه (سابقه) تحقیق :

نتایج حاصل از سری کارگروه‌های انجام شده با پزشکان ، سیاست‌گزاران سلامت ، مدیران بیمه سلامت ، رهبران بازار ، مدیران بیمارستانها ، اقتصاددانان و دیگر گروه‌های مرتبط ، نشان می‌دهند که ۸ توصیه به شرح

ذیل برای موفقیت اصلاحات نظام سلامت ضروری هستند :

- جایگزینی نظام پرداخت به ازای خدمت با نظام پرداختی که مشوق ارائه موثر خدمات با کیفیت بوده و به آن پاداش می‌دهد

- ایجاد یک سازمان مستقل و دارای بنیان قوی برای حمایت از تحقیقات مربوط به اثربخشی مقایسه‌ای داروها ، وسایل و دیگر مداخلات پزشکی و نیز ارزیابی این تحقیقات

- ساده سازی و منطقی کردن قوانین محلی و کشوری و تصویب قوانینی برای تسهیل نوآوری سازمانی ، پشتیبانی هماهنگی در سلامت و تسهیل فرآیندهای مالی و اجرایی

- ایجاد یک زیرساخت فناوری اطلاعات سلامت با استانداردهای ملی برای تقویت مبادله داده ها

- ایجاد یک پایگاه داده ملی سلامت با مشارکت همه پرداخت کنندگان ، ارائه کنندگان و دیگرانی که

صاحب داده های مراقبت سلامت هستند

- شناخت منابع درآمد شامل یک سقف مالیاتی به جز بیمه سلامت کارفرمایی برای کمک به پوشش



بیمه سلامت با هدف پوشش کل افراد جامعه

- ایجاد مبادلات محلی و کشوری بیمه در حوزه ریسک بطوری که افراد فاقد بیمه کارفرمایی و یا

دیگر بیمه های گروهی ، یک بسته حمایتی استاندارد داشته باشند

- ایجاد یک مجموعه پوشش سلامت با شرایط متنوع برای تعیین ارتقای دوره ای بسته حمایتی قابل

حصول که از طریق مبادلات محلی و کشوری در دسترس باشد (کنت اندرو ، ۲۰۰۹)

نرخ مرگ و میر برای همه علل مرگ و میر ، که قبل از اجرای بیمه ملی سلامت بطور چشمگیری پایین

بود ، به میزان ناچیزی افزایش یافت (هم در مجموع هر دو جنس و هم در مردان به تنهایی) و دوباره فوراً بعد

از اجرای بیمه ملی سلامت ، مشابه نرخ قبل از اجرای بیمه ملی سلامت ، کاهش یافت . در این مطالعه ما

تغییرات مرگ و میر ناشی از عوامل قابل کنترل را قبل و بعد از اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت در تایوان

، مورد بررسی قرار دادیم . ما دریافتیم که اجرای بیمه ملی سلامت با یک شتاب عمده در میزان کاهش عوامل

مرگ و میری که در مراقبت سلامت به عنوان قابل کنترل شناخته می شوند ، ارتباط داشت . در مقابل تغییر

مشخصی که با اجرای بیمه ملی سلامت مرتبط باشد در روند مرگ و میر ناشی از شرایطی که در مراقبت

سلامت به عنوان قابل کنترل شناخته نمی شوند ، دیده نشد . با وجود اینکه بیمه ملی سلامت تایوان از نظر

هزینه (۳/۴٪ از تولید ناخالص ملی) ، رضایتمندی (۷۷/۵٪ رضایتمندی در سال ۲۰۰۷) ، هزینه های اجرایی

پایین (۱/۴۹٪) و بار مالی منصفانه ، عملکرد موفقی داشته است ، نگاه به گذشته نشان می دهد که این سیستم

حالی از اشکال نیست . برای مثال آن را به عنوان یک برنامه مدیریت شده همگانی به سختی می توان از

دخالت‌های سیاسی به دور داشت که یک عامل تاثیرگذار در ادامه تامین مالی آن می باشد بنابراین ممکن است

بودجه تخصیصی برای حفظ سطح عملکرد فعلی کافی نباشد(یو چون لی ، ۲۰۱۰)

نداشتن بیمه منجر به کاهش ۴۰٪ در مراجعه به اورژانس و ۶۱٪ در مراجعه برای بستری می شود . افت

مراجعه اورژانس و پذیرش بستری به خاطر کاهش به همان اندازه در پذیرش مراقبت‌های ارائه شده در

بیمارستان‌های خصوصی و کاهش های قابل توجه در بیمارستان‌های عمومی (profit) می باشد . نتایج بر این

امر تاکید دارند که گسترش پوشش بیمه منجر به افزایش اساسی در مراقبت‌های ارائه شده به افراد فاقد بیمه

خواهد شد(اندرسون ، ۲۰۱۰)

نامشخص بودن آمار بیمه شده ها، تامین مالی پسرونده، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام

بیمه ای کشور، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد،

هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل

اساسی بوده اند.

ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظام مند به این مقوله و طراحی یک

برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات بالا را به صورت نظام مند حل نماید(ابراهیمی پور ،

(۱۳۸۹)

در اجرای بیمه همگانی سلامت، اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیمه شدگان، پیش رونده بودن تامین مالی، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده، ۶ مولفه موثر بوده اند. بر اساس نتایج حاصل، ایجاد پوشش همگانی بیمه سلامت در کشور، نیازمند ایجاد بدنه خبره در طراحی برنامه ای بلندمدت و نظام مند در جهت رفع موانع در استقرار و برقراری تعامل بین سازمان های بیمه ای در کشور خواهد بود. با توجه به مطالعه صورت گرفته و نتایج حاصل از بررسی نظرات خبرگان در عرصه بیمه سلامت کشور، و نظر به قابلیت اجرایی راهکارها، پیشنهادات زیر ارائه می گردد

- برقراری دستورالعمل یکسان بین سازمان های بیمه ای به جهت اجباری نمودن بیمه پایه سلامت

- ایجاد بانک جامع اطلاعات بیمه شدگان با همکاری سازمان های ذینفع جهت رفع هم پوشانی آماری و

جلوگیری از هدر رفت منابع سازمان های بیمه ای

- ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه دهندگان خدمات جهت برقراری تعامل بین سازمان های بیمه

ای و رفع تبعیضات

- فرهنگ سازی بین جمعیت تحت پوشش جهت استفاده از سیستم ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تبیین

فواید استفاده از آن در کاهش پرداخت از جیب برای دریافت کنندگان خدمات

- برقراری جلسات متعدد با مدیران و کارشناسان اجرایی سازمان های بیمه ای درمان جهت برقراری همکاری

و تعامل و یکسان سازی اطلاعات بین سازمان ها

-قرار دادن مدت زمان مشخص برای سازمان های بیمه ای سلامت در پرداخت تعهدات در ذیل وظایف شورای

عالی بیمه سلامت

-ایجاد گروه کارشناسی خبره در جهت تدوین بسته خدمات پایه در ذیل شرح وظایف شورای عالی بیمه

سلامت کشور

-تشکیل گروه ناظر بر تدوین و ارائه خدمات بسته سلامت جهت بررسی کیفی و کمی خدمات

- تدوین بسته ای جامع به نحوی که از فقیرترین افراد تا غنی ترین افراد تمایل و رضایت به استفاده از خدمات

داشته باشند

-قرار دادن خدمات سلامت نگر و پیشگیری کننده در بسته خدمات به جهت ترغیب جمعیت تحت پوشش

به استفاده از خدمات و ارتقاء سطح سلامت در کشور

-ایجاد دوره های آموزشی برای سازمان های بیمه ای جهت آشنایی آنان با نظام های بیمه همگانی در

سایر کشورها

-سیاستگذاری مناسب در ذیل قوانین برای بیمه سلامت به صورت جزئی تر

-ایجاد گروه نظارت بر اجرای بیمه سلامت و ارزیابی آن جهت دسترسی بهتر و مناسب به هدف کلی یعنی

پوشش همگانی

ادغام بیمه های درمانی در یک سازمان برای دولت یک مجوز و منوط بر ایجاد زیر ساخت های لازم است. اما اگر دولت مصمم به اجرای آن باشد، بهتر است این کار با توجه به همه جوانب و رعایت مقدمات آن انجام شود تا با ایجاد تبعیض و ب یعدالتی، موجب اعتراض و نارضایتی بیمه شدگان نشود. یکپارچگی و انسجام در ساختار بیمه های سلامت و ساماندهی اجزای مختلف آن یک ضرورت است که میتواند از بروز همپوشانی ها، ناهماهنگی ها و هدرروی منابع جلوگیری کند. با توجه به تجربه های موفق جهانی، راهکار بیان شده در (ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم نظام تأمین اجتماعی چندلایه) مناسب ترین راهبرد برای دستیابی به این هدف است (حسام سمیه ، ۱۳۹۱)

## فصل سوم

### روش تحقیق

Archive of SID

### ۱-۳- روش انجام تحقیق :

تحقیق سلسله عملیاتی است که طی آن مراحل، عناصر و ترکیب توالی شکل گیری و یا شکل دادن به یک نمود علمی شناسایی می شود. انسان برای فهم بهتر به تحقیق علمی نیازمند است. در واقع هدف از تحقیق این است که در مسیر یافتن حقیقت به افراد کمک می کند .

تحقیق حاضر در صدد اثبات این موضوع است که پیرو اجرای طرح تحول نظام سلامت ، آمار بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت به بیمارستانهای مشمول طرح افزایش یافته و در ضمن این افزایش در صندوق خویش فرما ( سلامت همگانی) به دلیل اجرای طرح بیمه سلامت همگانی رایگان و در بیمارستانهای تک تخصصی زنان به دلیل رایگان شدن زایمان طبیعی نیز وجود دارد .

ابتدا مقدمه ای بر رویکردهای انجام تحقیق بین شده و سپس به رویکرد انتخابی این تحقیق پرداخته شده و در ادامه چگونگی انتخاب جامعه مربوطه در فرآیند تحقیق و در پایان روشهای مورد استفاده برای تحلیل و توصیف داده ها معرفی شده اند.

به منظور انتخاب روش تحقیق ، بایستی موضوع تحقیق و اهداف آن به دقت مورد مطالعه قرار گیرند . با توجه به اینکه تحقیق حاضر به بررسی و تبیین رابطه میان اجرای طرح تحول نظام سلامت با میزان بار مراجعه خدمات بستری در بیمارستانهای مشمول این طرح در استان تهران با هدف تعیین وجود و یا عدم وجود رابطه میان متغیر های مورد نظر پرداخته است لذا از نظر هدف ، کاربردی و از نظر معیار، تحلیل توصیفی و از شاخه

همبستگی می باشد .

روش انجام یکی از ارکان مهم هر فعالیت پژوهشی محسوب می گردد. اگر یک تحقیق را به یک ساختمان مسکونی تشبیه نمایم ، روش شناسی در واقع طرح اولیه و نقشه یک ساختمان است که بنای ساختمان باید بر اساس آن ساخته شود و در واقع از هر کسی آن را مشاهده نماید ، انتظار می رود که شکل ساختمان را در ذهن خود تداعی نماید .

در تحقیقات توصیفی ، محقق به دنبال توصیف موضوع است و می خواهد بداند پدیده یا متغیر مورد نظر چگونه است . به عبارت دیگر این تحقیق وضع موجود را بررسی می کند و به توصیف منظم و نظام دار وضعیت فعلی آن می پردازد . تحقیقات توصیفی هم جنبه کاربردی دارند و هم جنبه مبنایی، در بعد کاربردی از نتایج این تحقیقات در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری ها و نیز برنامه ریزی های سازمانی استفاده می شود . در تحقیق توصیفی محقق متغیرها را دستکاری نمی کند بلکه آنچه را که هست توصیف می کند و به شرایط و روابط موجود ، مقادیر متداول ، فرایندهای جاری و آثار مشهود می پردازد .

### ۲-۳- جامعه آماری تحقیق :

جامعه آماری عبارت است از تعدادی عناصر مطلوب مورد نظر که حداقل دارای یک صفت مشخصه باشند . صفت مشخصه ، صفتی است که بین همه عناصر جامعه آماری مشترک بوده و متمایز کننده جامعه آماری از سایر جوامع می باشد . در این تحقیق جامعه آماری بیمارستانهای مشمول طرح تحول در استان تهران



می باشند که تعداد آنها ۵۰ بیمارستان است .

### ۳-۳- نمونه :

با توجه به اینکه این تحقیق در خصوص بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت در استان تهران بوده و بررسی اطلاعات نیز در مورد همه آنها انجام شده لذا نیازی به نمونه گیری نبوده است .

### ۳-۴- ابزار جمع آوری داده ها :

در تدوین ادبیات موضوع و مباحث نظری تحقیق ، جمع آوری اطلاعات به صورت کتابخانه ای و بررسی اسنادی بوده است که با مطالعه متون ، مقالات ، کتب و منابع مربوط به اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت و سپس با استفاده از داده های استخراج شده از سیستم پردازشگر اسناد بیمارستانی ، اطلاعات جمع آوری گردیده است .

### ۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها :

در این پژوهش پس از استخراج داده ها ، ابتدا جهت بررسی ها ، از روش فراوانی و درصد متغیرهای مورد مطالعه استفاده شده است . برای پاسخ به سوالات پژوهشی از میانگین ، انحراف استاندارد و میانه استفاده شده است . سپس به آزمون فرضیات پژوهش با استفاده از آمار استنباطی و آزمون ناپارامتری و آزمون wilcoxon ، پرداخته شده است. با توجه به اینکه فرضیه اصلی پژوهش در صدد مشخص کردن رابطه اجرای طرح تحول و میزان بار مراجعه خدمات بستری بوده است از آزمون wilcoxon استفاده شده است. پرداخته

شده است

این پژوهش برای محدوده زمانی ۳ ماه سوم سال ۱۳۹۲ در مقایسه با سه ماه سوم سال ۱۳۹۳ انجام شده

است

Archive of SID

## فصل چهارم

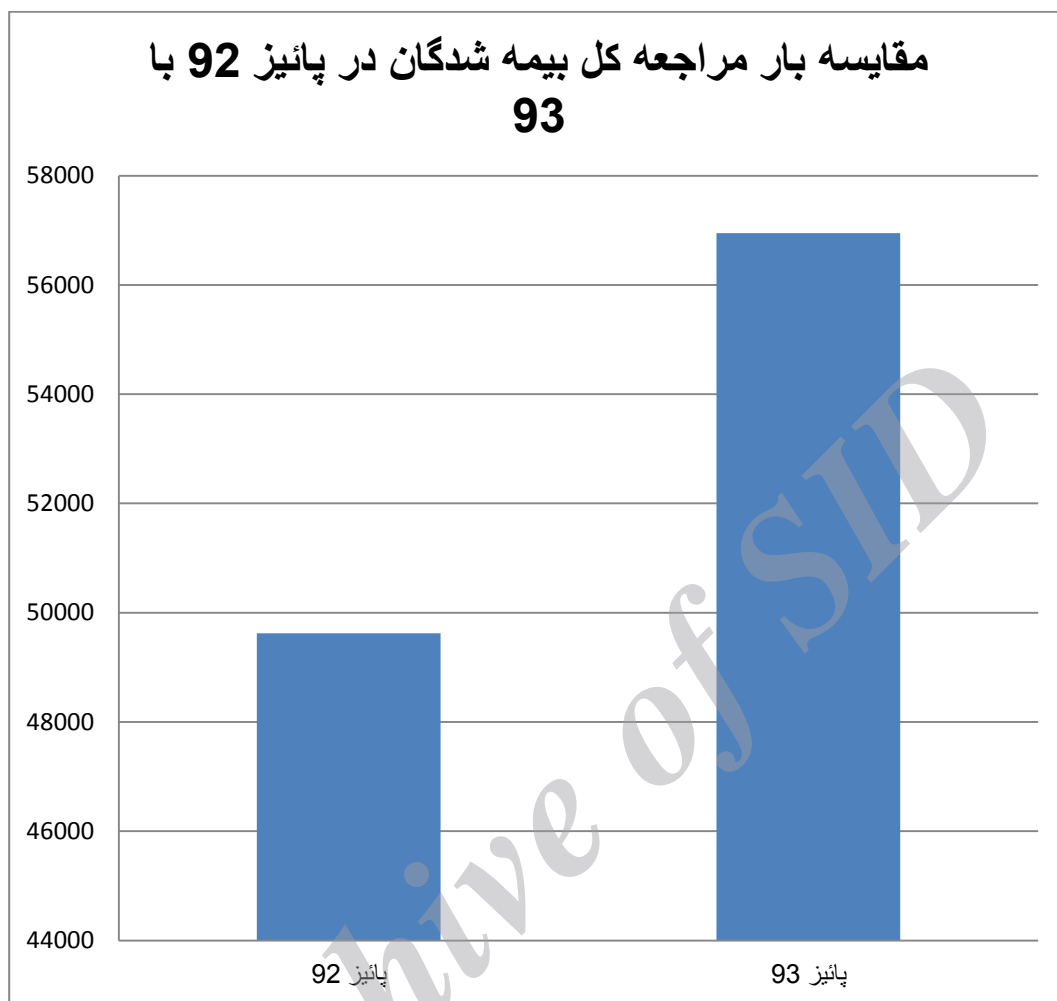
### تجزیه و تحلیل اطلاعات

( یافته های تحقیق )

تجزیه و تحلیل داده ها برای بررسی فرضیه ها در هر نوع تحقیق از اهمیت بالایی برخوردار است . تجزیه و تحلیل اطلاعات متکی بر اطلاعات جمع آوری شده، از مهمترین بخشهای هر پژوهش محسوب می شود . بنابراین داده هایی که در تحقیق مورد استفاده قرار می گیرند باید از قابلیت اتکای بسیار بالایی برخوردار باشند و این اطلاعات و آمارها باید از منابع و مأخذ معتبری جمع آوری شده باشند . اگر تجزیه و تحلیل تحقیق از داده ها و اطلاعات ورودی نادرست انجام شود دیگر نمی توان نتایج تحقیق را به کار بست و لذا تحقیق قابلیت اتکای خود را از دست خواهد داد .

داده ها با استفاده از نرم افزارهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند و پس از پردازش به شکل اطلاعات در اختیار استفاده کنندگان قرار داده می شوند . در این تحقیق با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS به تجزیه و تحلیل و استنباط آماری داده های در دسترس پرداخته ایم .

در این فصل ابتدا به بررسی فراوانی و درصد متغیرهای مورد مطالعه پرداخته و سپس به بررسی سوالات پژوهش و تجزیه و تحلیل آماری آنها می پردازیم

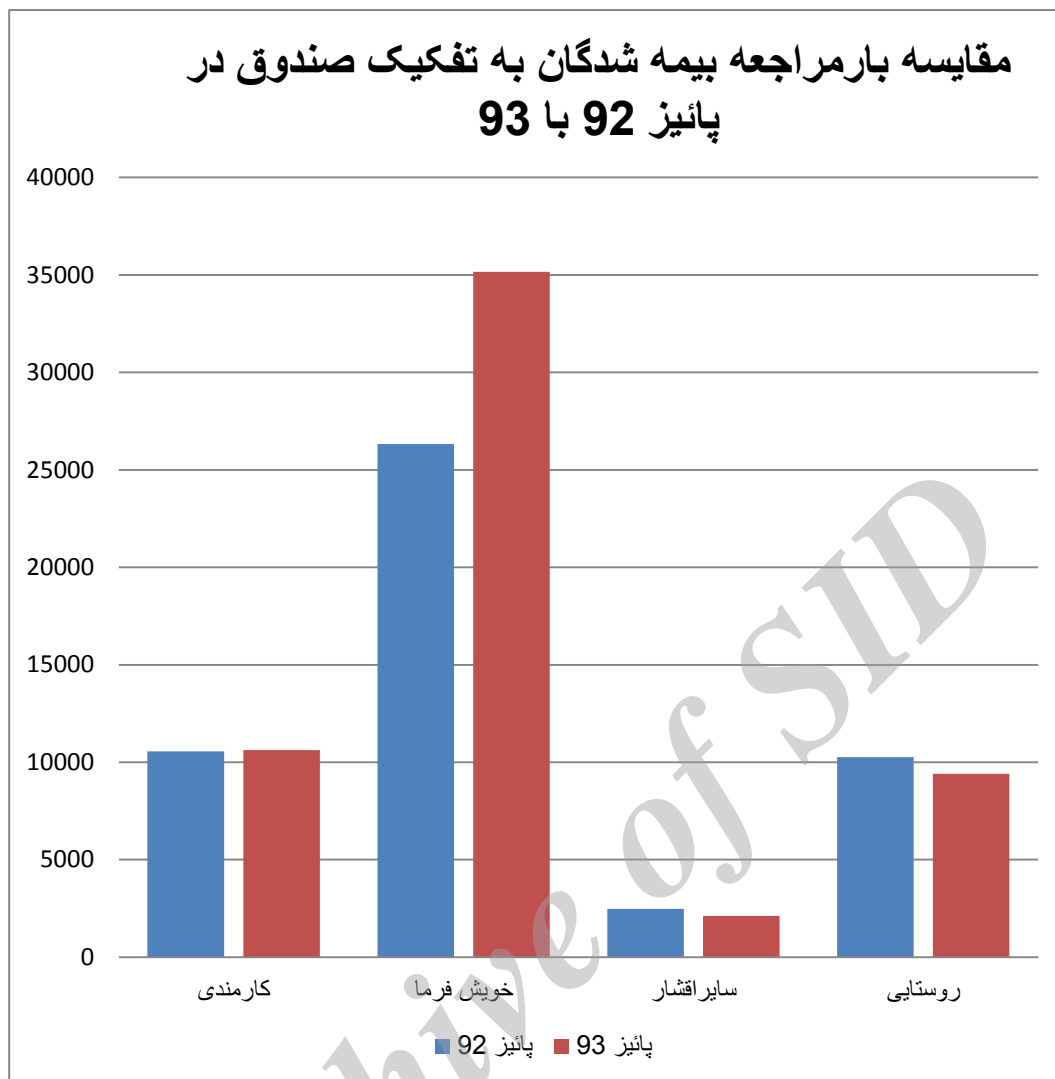


نمودار ۱- مقایسه تعداد کل بار مراجعه در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز 92 با پائیز 93

با توجه به نمودار و مقادیر کل بار مراجعه در بیمارستانهای مورد مطالعه ، حدود ۱۵/۶٪ افزایش در میزان بار

مراجعه خدمات بستری در پائیز سال ۱۳۹۳ نسبت به پائیز سال ۱۳۹۲ مشاهده می شود .

## مقایسه بارمراجعه بیمه شدگان به تفکیک صندوق در پائیز 92 با 93



نمودار ۲ - مقایسه میزان بار مراجعه به تفکیک صندوق در بیمارساتهای مورد مطالعه در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳

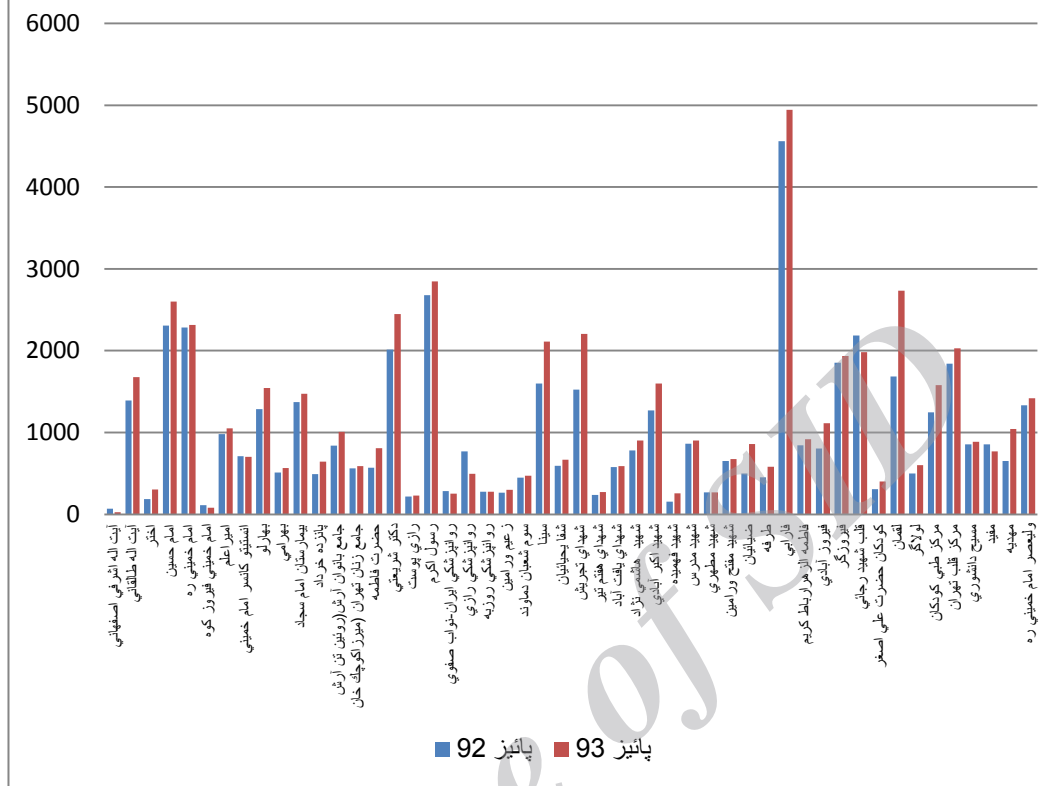
با توجه به نمودار و مقادیر بارمراجعه به تفکیک صندوق در بیمارساتهای مورد مطالعه، برای صندوق روستایی

و سایر اقشار به ترتیب حدود ۸٪ و ۱۵٪ کاهش و برای صندوق خویش فرما(همگانی) و کارمندی به ترتیب

حدود ۳۴٪ و ۰/۰۶٪ افزایش در میزان بار مراجعه خدمات بستری در پائیز سال ۱۳۹۳ نسبت به پائیز سال

۱۳۹۲ مشاهده می شود.

## مقایسه بار مراجعه کل بیمه شدگان به تفکیک بیمارستان در پائیز 92 با 93



نمودار ۳ - مقایسه میزان بار مراجعه کل بیمه شدگان به تفکیک بیمارستان در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳

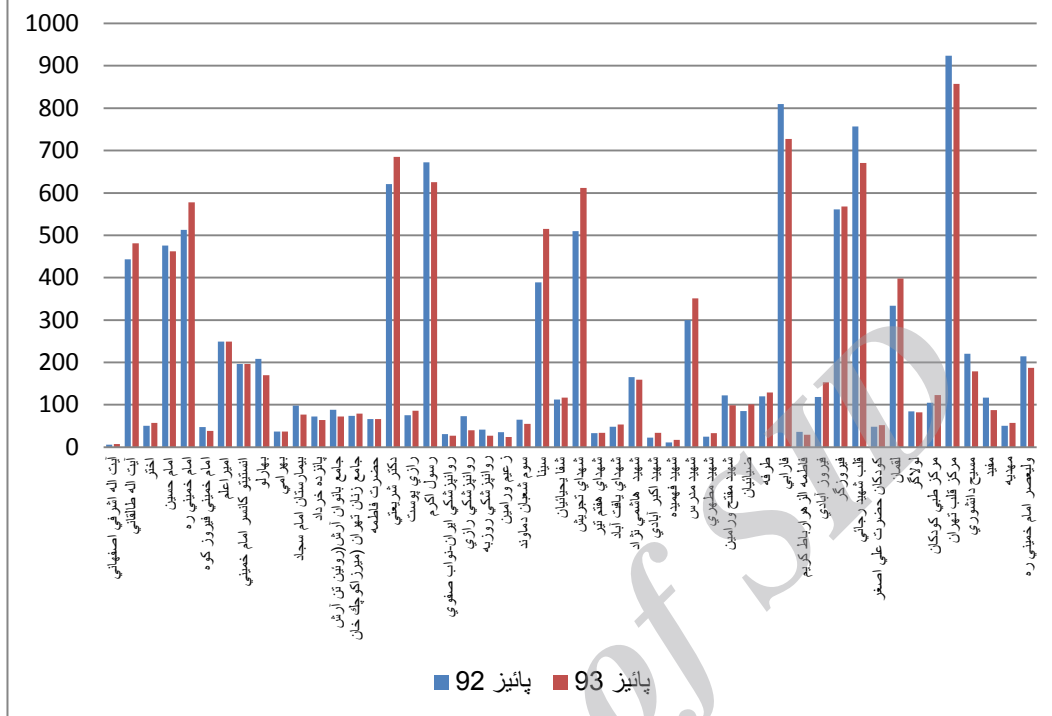
با توجه به نمودار و مقادیر بار مراجعه کل بیمه شدگان به نظر می رسد اجرای طرح تحول نظام سلامت و ذیل آن اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت در میزان بار مراجعه خدمات بستری در مجموع تاثیر افزایشی داشته است و دلیل آن احتمالاً علاوه بر افزایش تعداد بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲، کاهش سهم پرداخت بیمه شدگان از جیب بابت خدمات درمانی در بیمارستانهای مشمول طرح و بالطبع افزایش تمایل مراجعه ایشان به این مراکز می باشد.

نام بیمارستان	پائیز ۹۲	پائیز ۹۳
آیت اله اشرفی اصفهانی	67	25
آیت اله طالقانی	1390	1676
اختر	188	304
امام حسین	2305	2599
امام خمینی ره	2283	2316
امام خمینی فیروز کوه	113	80
امیراعلم	981	1052
انستیتو کانسر امام خمینی	712	701
بهارلو	1284	1544
بهرامی	512	565
بیمارستان امام سجاد	1372	1475
پانزده خرداد	492	643
جامع بانوان آرش(رونین تن آرش)	840	1007
جامع زنان تهران (میرزا کوچک خان)	562	591
حضرت فاطمه	571	809
دکتر شریعتی	2013	2448
رازی پوست	217	229
رسول اکرم	2680	2846
روانپزشکی ایران-نواب صفوی	286	254
روانپزشکی رازی	768	494
روانپزشکی روزبه	276	278
زعیم ورامین	263	298
سوم شعبان دماوند	449	473
سینا	1599	2110
شفا بخیانیان	593	666
شهدای تجریش	1526	2206
شهدای هفتم تیر	238	271
شهدای یافت آباد	576	588
شهید هاشمی نژاد	780	903
شهید اکبر آبادی	1270	1597
شهید فهمیده	153	257
شهید مدرس	865	901
شهید مطهری	268	268
شهید مفتاح ورامین	652	674
ضیائیان	499	860
طرفه	454	583
فارابی	4561	4946
فاطمه الزهرا رباط کریم	844	916
فیروز آبادی	806	1113
فیروزگر	1853	1937
قلب شهید رجایی	2184	1981
کودکان حضرت علی اصغر	309	403
لقمان	1683	2732
لولاگر	501	601
مرکز طبی کودکان	1248	1579
مرکز قلب تهران	1840	2031
مسیح دانشوری	857	887
مفید	857	768
مهدیه	650	1042
ولیعصر امام خمینی ره	1331	1420

جدول ۱ - میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان (اصندوق) به تفکیک بیمارستان در پائیز ۹۲ با پائیز ۹۳



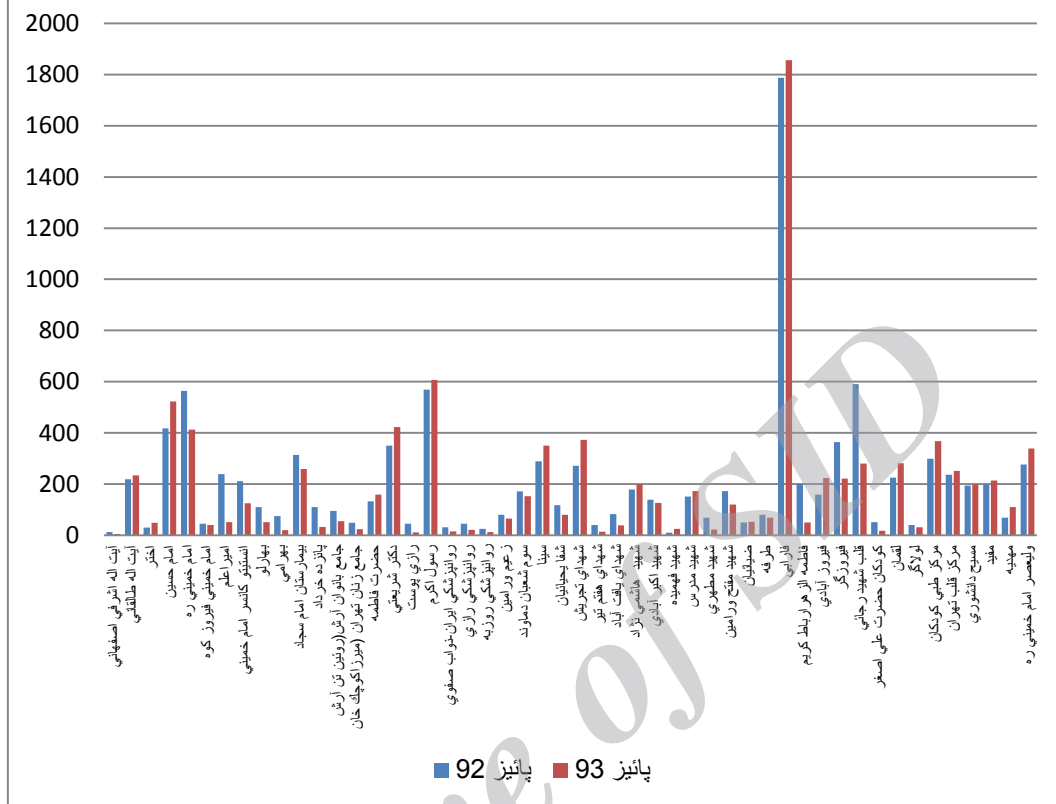
## مقایسه بارمراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی در پائیز 92 با 93



نمودار ۴- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی برای خدمات بستری در بیمارساتهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

با توجه به نمودار و مقادیر بار مراجعه به نظر می رسد اجرای طرح تحول نظام سلامت و ذیل آن اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت در میزان بار مراجعه خدمات بستری در صندوق کارمندی تأثیری نداشته است و دلیل آن احتمالاً داشتن پوشش بیمه تکمیلی این گروه بیمه شدگان لذا مراجعه محدودتر ایشان به بیمارستانهای مشمول طرح تحول می باشد.

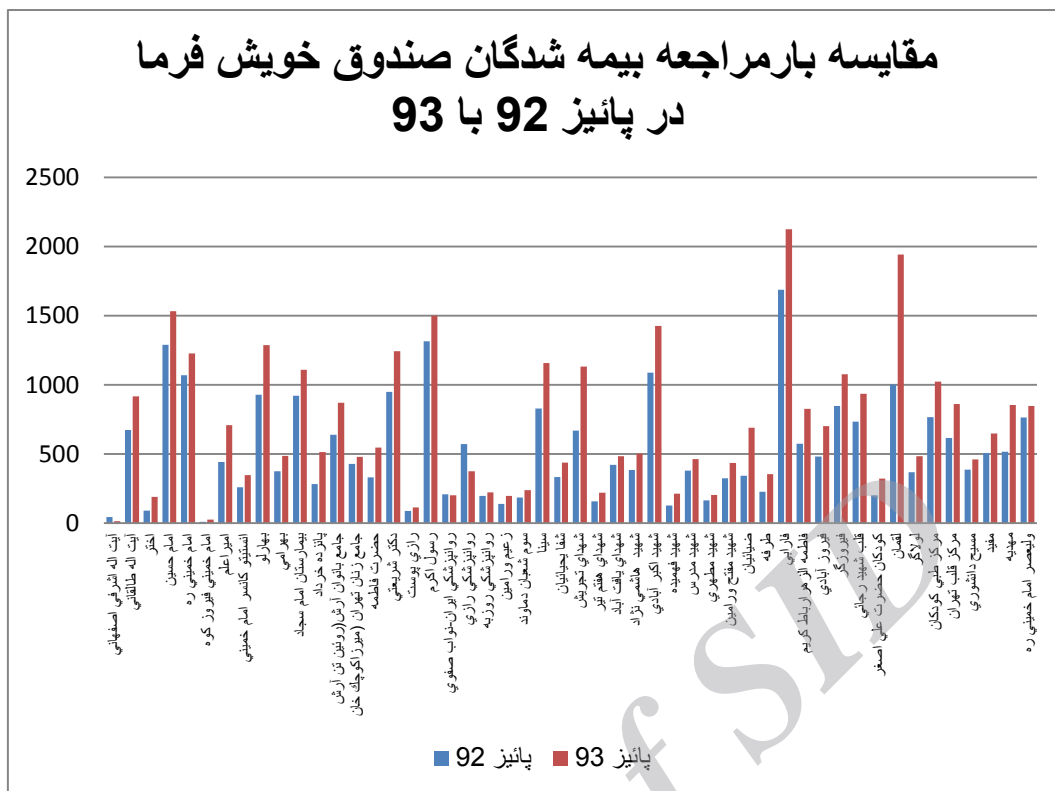
## مقایسه بار مراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی به تفکیک بیمارستان در پائیز 92 با 93



نمودار ۵ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی برای خدمات بستری در بیمارساتهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

با توجه به نمودار و مقادیر بار مراجعه در صندوق روستایی به نظر می رسد اجرای طرح تحول در میزان بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش این صندوق مختصری تاثیر کاهنده داشته است و دلیل آن احتمالاً سکونت تعدادی از این گروه بیمه شدگان در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت و با توجه به رایگان بودن بیمه همگانی (خویش فرما) تمایل ایشان به تغییر صندوق بیمه ای خود می باشد.

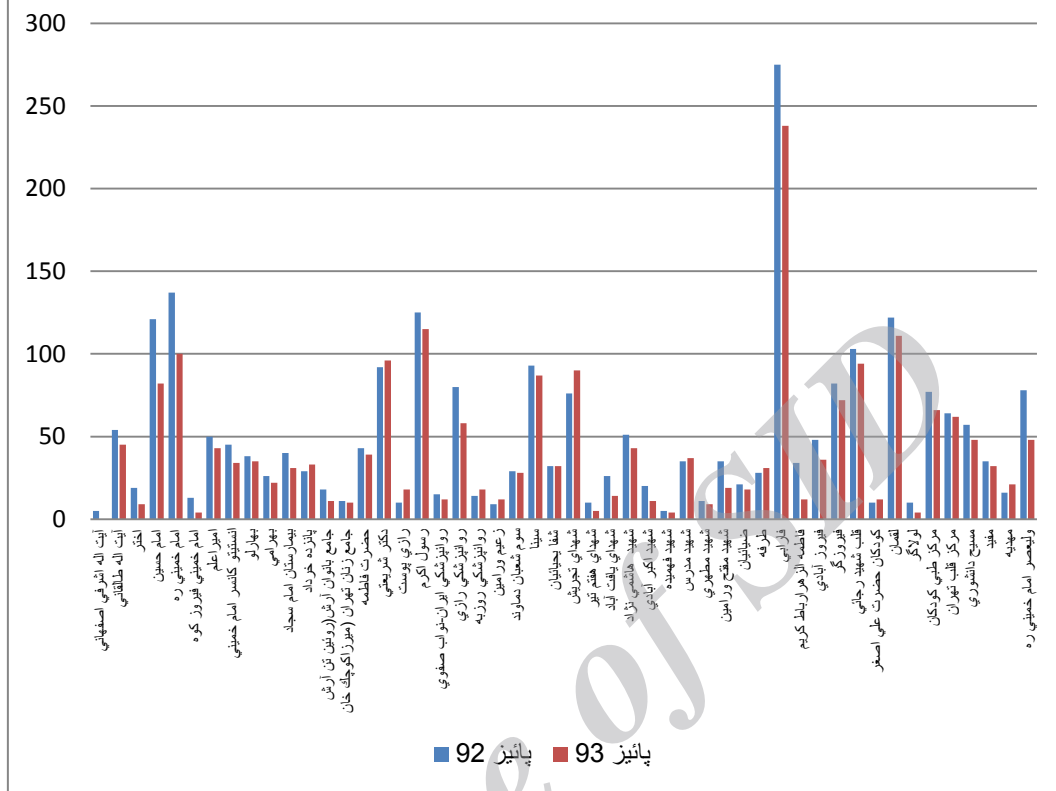
## مقایسه بارمراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما در پائیز 92 با 93



نمودار ۶ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

با توجه به نمودار و مقادیر بار مراجعه در صندوق خویش فرما (همگانی) به نظر می رسد طرح تحول در میزان بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش این صندوق تاثیر داشته است و دلیل آن احتمالا پرداخت درصد بالایی از هزینه درمان (۹۰٪) در بیمارستانهای مشمول طرح برای این گروه بیمه شدگان و لذا مراجعه بیشتر ایشان به بیمارستانهای مشمول طرح تحول می باشد و اینکه این گروه از بیمه شدگان قبل از اجرای طرح بیمه سلامت همگانی به دلیل عدم استطاعت مالی، اقدامی در جهت حل مشکلات سلامت به عمل نمی آورده اند و می توان نتیجه گرفت اجرای طرح بیمه سلامت همگانی در ارتقای سلامت کلی جامعه و منافع مترتب به آن تاثیر مثبتی خواهد داشت.

## مقایسه بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار در پائیز 92 با 93



نمودار ۷ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

با توجه به نمودار و مقادیر بار مراجعه در صندوق سایر اقشار به نظر می رسد طرح تحول در میزان بار مراجعه بیمه شدگان تحت پوشش این صندوق تاثیر کاهنده داشته است و دلیل آن احتمالاً داشتن پوشش بیمه تکمیلی این گروه بیمه شدگان و یا وجود مراکز اختصاصی که بدون پرداخت فرانشیز از خدمات آنها بهره مند می شوند و لذا مراجعه محدودتر ایشان به بیمارستانهای مشمول طرح تحول می باشد.

نام بیمارستان	پائیز ۹۲	پائیز ۹۳
آیت اله اشرفی اصفهانی	6	7
آیت اله طالقانی	443	481
اختر	50	57
امام حسین	476	462
امام خمینی ره	513	578
امام خمینی فیروز کوه	47	38
امیراعلم	249	249
انستیتو کانسر امام خمینی	196	196
بهارلو	208	170
بهرامی	37	37
بیمارستان امام سجاد	98	77
پانزده خرداد	72	64
جامع بانوان آرش(رونین تن آرش	88	72
جامع زنان تهران (میرزا کوچک خان	74	79
حضرت فاطمه	66	66
دکتر شریعتی	621	685
رازی پوست	75	86
رسول اکرم	672	625
روانپزشکی ایران-نواب صفوی	31	27
روانپزشکی رازی	73	40
روانپزشکی روزبه	41	27
زعیم ورامین	35	24
سوم شعبان دماوند	65	55
سینا	389	515
شفا بحیانیان	112	117
شهدای تجریش	510	612
شهدای هفتم تیر	33	34
شهدای یافت آباد	48	53
شهید هاشمی نژاد	165	159
شهید اکبر آبادی	22	34
شهید فهمیده	11	17
شهید مدرس	300	351
شهید مطهری	25	33
شهید مفتح ورامین	122	99
ضیائیان	85	101
طرفه	120	129
فارابی	810	727
فاطمه الزهرا رباط کریم	36	29
فیروز آبادی	118	153
فیروزگر	561	568
قلب شهید رجایی	757	671
کودکان حضرت علی اصغر	48	52
لقمان	334	398
لولاگر	84	82
مرکز طبی کودکان	105	123
مرکز قلب تهران	924	857
مسیح دانشوری	220	179
مفید	117	87
مهدیه	50	57
ولیعصر امام خمینی ره	214	187

جدول ۲ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال

۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

پائیز ۹۳	پائیز ۹۲	
5	12	آیت اله اشرفی اصفهانی
234	219	آیت اله طالقانی
48	30	اختر
523	418	امام حسین
412	564	امام خمینی ره
40	44	امام خمینی فیروز کوه
51	239	امیر علم
124	211	انستیتو کانسر امام خمینی
51	109	بهارلو
20	74	بهرامی
259	313	بیمارستان امام سجاد
32	109	پانزده خرداد
54	95	جامع بانوان آرشد(رونین تن آرشد)
23	48	جامع زنان تهران (میرزا کوچک خان)
158	132	حضرت فاطمه
423	350	دکتر شریعتی
11	44	رازی پوست
606	569	رسول اکرم
14	31	روانپزشکی ایران-نواب صفوی
21	44	روانپزشکی رازی
12	24	روانپزشکی روزبه
65	80	زعیم ورامین
152	171	سوم شعبان دماوند
350	289	سینا
80	117	شفا یحیائیان
372	271	شهدای تجریش
13	39	شهدای هفتم تیر
38	82	شهدای یافت آباد
200	179	شهید هاشمی نژاد
126	139	شهید اکبر آبادی
24	9	شهید فهمیده
172	151	شهید مدرس
22	68	شهید مطهری
120	172	شهید مفتح ورامین
52	50	ضیائیان
68	80	طرفه
1856	1788	فارابی
49	201	فاطمه الزهرا رباط کریم
223	159	فیروز آبادی
221	363	فیروزگر
280	590	قلب شهید رجایی
17	51	کودکان حضرت علی اصغر
281	225	لقمان
31	40	لولاگر
367	299	مرکز طبی کودکان
251	236	مرکز قلب تهران
199	194	مسیح دانشوری
214	199	مفید
110	68	مهدیه
339	276	ولیعصر امام خمینی ره

جدول ۳ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پائیز سال

۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

پانیز ۹۳	پانیز ۹۲	
13	44	آیت اله اشرفی اصفهانی
916	674	آیت اله طالقانی
190	89	اختر
1532	1290	امام حسین
1226	1069	امام خمینی ره
25	9	امام خمینی فیروز کوه
709	443	امیراعلم
347	260	انسیتو کانسر امام خمینی
1288	929	بهارلو
486	375	بهرامی
1108	921	بیمارستان امام سجاد
514	282	پانزده خرداد
870	639	جامع بانوان آرش (رونین تن آرش)
479	429	جامع زنان تهران (میرزا کوچک خان)
546	330	حضرت فاطمه
1244	950	دکتر شریعتی
114	88	رازی پوست
1500	1314	رسول اکرم
201	209	روانپزشکی ایران-نواب صفوی
375	571	روانپزشکی رازی
221	197	روانپزشکی روزبه
197	139	زعیم ورامین
238	184	سوم شعبان دماوند
1158	828	سینا
437	332	شفا بچیانیان
1132	669	شهدای تجریش
219	156	شهدای هفتم تیر
483	420	شهدای یافت آباد
501	385	شهید هاشمی نژاد
1426	1089	شهید اکبر آبادی
212	128	شهید فهمیده
462	379	شهید مدرس
204	164	شهید مطهری
436	323	شهید مفتاح ورامین
689	343	ضیائیان
355	226	طرفه
2125	1688	فارابی
826	573	فاطمه الزهرا رباط کریم
701	481	فیروز آبادی
1076	847	فیروزگر
936	734	قلب شهید رجایی
322	200	کودکان حضرت علی اصغر
1942	1002	لقمان
484	367	لولاگر
1023	767	مرکز طبی کودکان
861	616	مرکز قلب تهران
461	386	مسیح دانشوری
649	506	مفید
854	516	مهدیه
846	763	ولیعصر امام خمینی ره

جدول ۴ - میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پانیز سال

۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

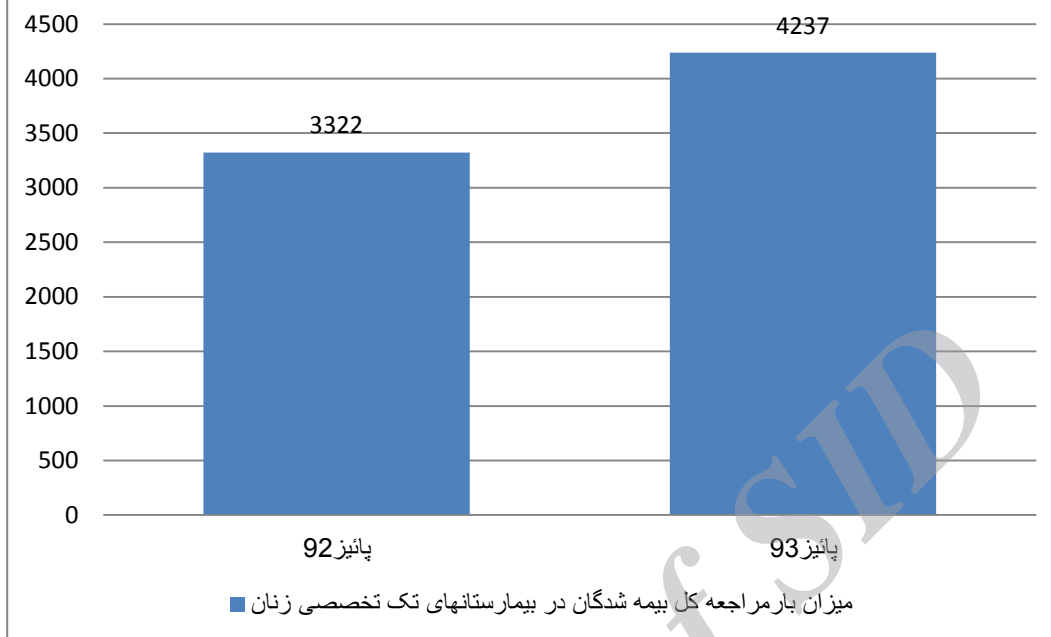
پانیز ۹۳	پانیز ۹۲	
0	5	آیت اله اشرفی اصفهانی
45	54	آیت اله طالقانی
9	19	اختر
82	121	امام حسین
100	137	امام خمینی ره
4	13	امام خمینی فیروز کوه
43	50	امیراعلم
34	45	انسیتو کانسر امام خمینی
35	38	بهارلو
22	26	بهرامی
31	40	بیمارستان امام سجاد
33	29	پانزده خرداد
11	18	جامع بانوان آرش (رونین تن آرش)
10	11	جامع زنان تهران (میرزا کوچک خان)
39	43	حضرت فاطمه
96	92	دکتر شریعتی
18	10	رازی پوست
115	125	رسول اکرم
12	15	روانپزشکی ایران-نواب صفوی
58	80	روانپزشکی رازی
18	14	روانپزشکی روزبه
12	9	زعیم ورامین
28	29	سوم شعبان دماوند
87	93	سینا
32	32	شفا بچیانیان
90	76	شهدای تجریش
5	10	شهدای هفتم تیر
14	26	شهدای یافت آباد
43	51	شهید هاشمی نژاد
11	20	شهید اکبر آبادی
4	5	شهید فهمیده
37	35	شهید مدرس
9	11	شهید مطهری
19	35	شهید مفتح ورامین
18	21	ضیائیانیان
31	28	طرفه
238	275	فارابی
12	34	فاطمه الزهرا رباط کریم
36	48	فیروز آبادی
72	82	فیروزگر
94	103	قلب شهید رجایی
12	10	کودکان حضرت علی اصغر
111	122	لقمان
4	10	لولاگر
66	77	مرکز طبی کودکان
62	64	مرکز قلب تهران
48	57	مسیح دانشوری
32	35	مفید
21	16	مهدیه
48	78	ولیعصر امام خمینی ره

جدول ۵- میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایر اقشار برای خدمات بستری در بیمارستانهای مورد مطالعه در پانیز سال

۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

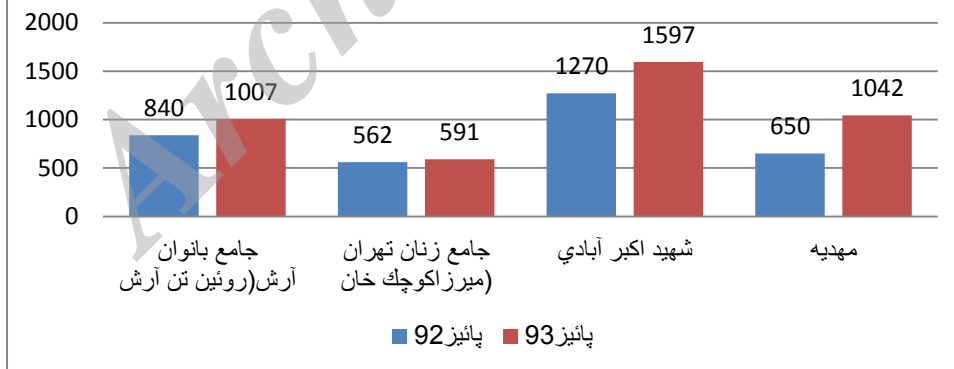


### میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان در بیمارستانهای تک تخصصی زنان



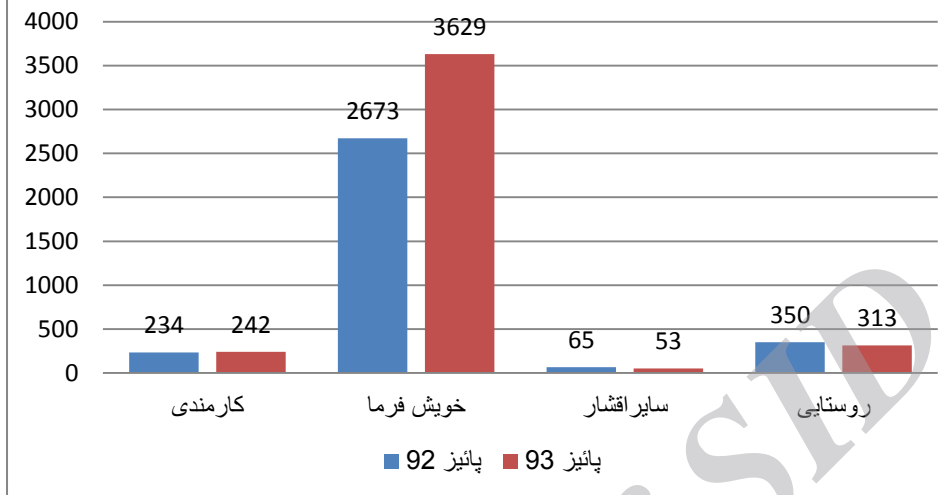
نمودار ۸ - مقایسه میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان در بیمارستانهای تک تخصصی زنان

### مقایسه میزان بارمراجعه کل بیمه شدگان به تفکیک بیمارستانهای تک تخصصی زنان در پائیز 92 و 93



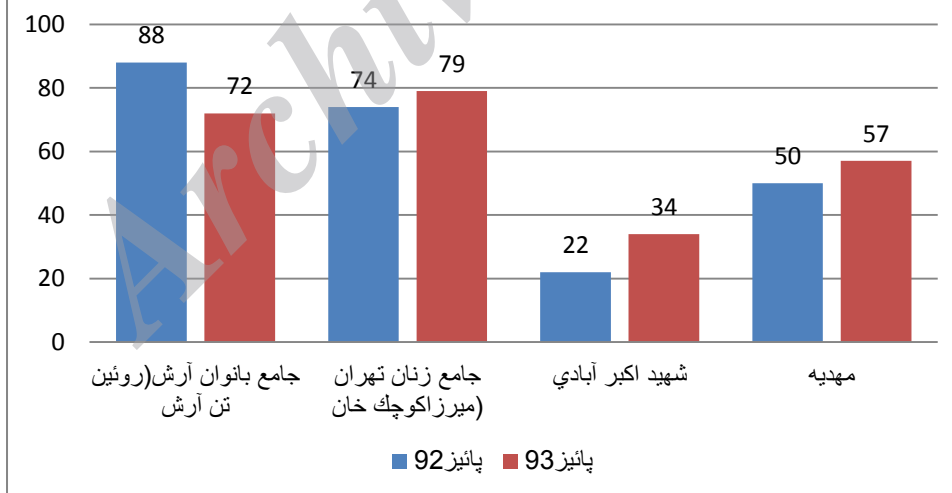
نمودار ۹ - مقایسه میزان بارمراجعه در بیمارستانهای تک تخصصی

### مقایسه میزان بار مراجعه بیمه شدگان به بیمارستانهای تک تخصصی زنان به تفکیک صندوق در پائیز 92 با 93



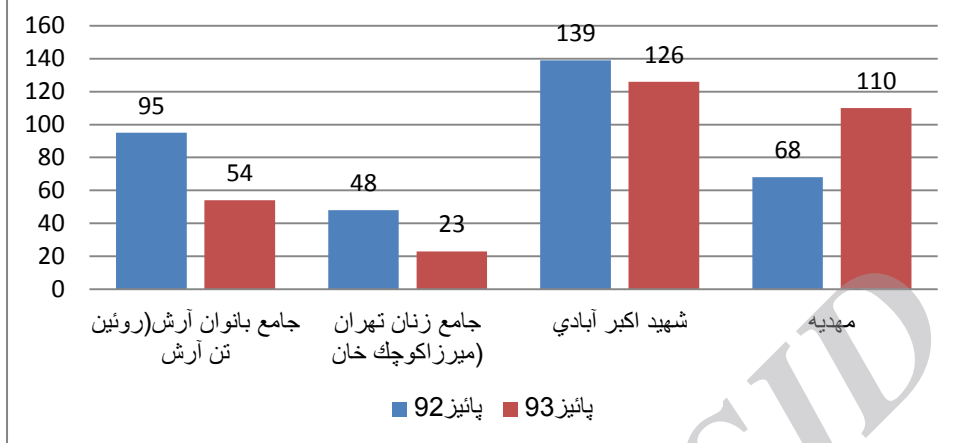
نمودار ۱۰ - مقایسه میزان بار مراجعه بیمه شدگان به بیمارستانهای تک تخصصی زنان به تفکیک صندوق

### مقایسه میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان در پائیز 92 و 93



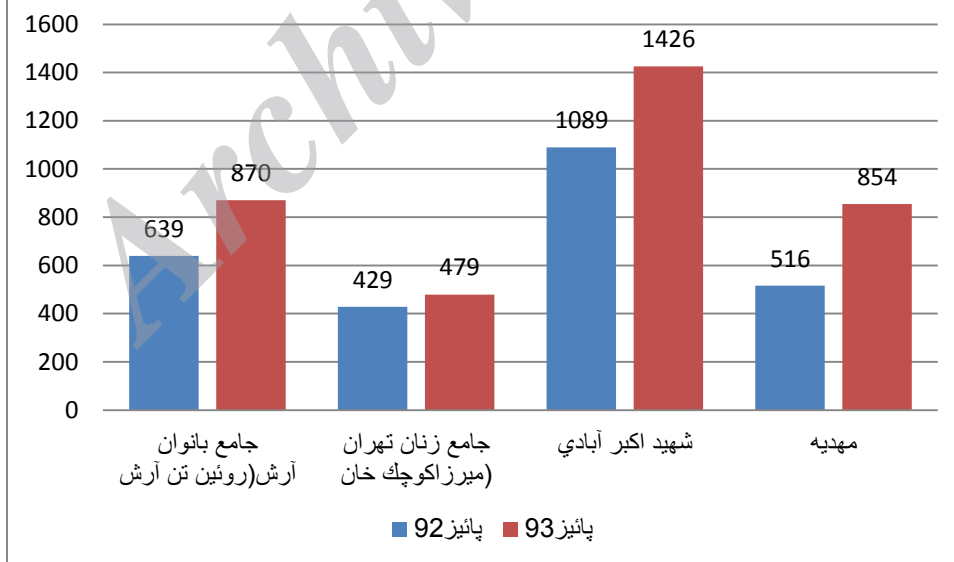
نمودار ۱۱ - مقایسه میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق کارمندی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان

### مقایسه میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان در پائیز 92 و 93



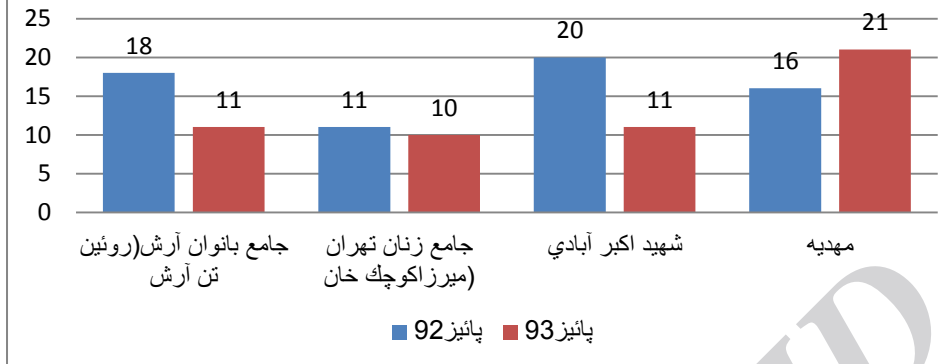
نمودار ۱۲- مقایسه میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق روستایی در بیمارستانهای تک تخصصی زنان

### مقایسه میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما در بیمارستانهای تک تخصصی زنان در پائیز 92 و 93



نمودار ۱۳- مقایسه میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق خویش فرما در بیمارستانهای تک تخصصی زنان

### مقایسه میزان بار مراجعه بیمه شدگان صندوق سایراقشار در بیمارستانهای تک تخصصی زنان در پائیز 92 و 93



نمودار ۱۴- مقایسه میزان بارمراجعه بیمه شدگان صندوق سایراقشار در بیمارستانهای تک تخصصی زنان

۲-۴- آمار استنباطی :

در این بخش به آزمون فرضیه تحقیق می پردازیم که عبارت بود از اینکه بین اجرای طرح پوشش همگانی

بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری در بیمارستانهای مشمول طرح تحول نظام سلامت در استان

تهران رابطه وجود دارد

بین پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری رابطه معنی داری وجود ندارد :  $H_0$

بین پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری رابطه معنی داری وجود دارد :  $H_1$

## Means

### Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
خویش فرما ۹۲	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
روستاییان ۹۲	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
کارمندی ۹۲	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
سایراقشار ۹۲	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
خویش فرما ۹۳	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
روستاییان ۹۳	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
کارمندی ۹۳	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%
سایراقشار ۹۳	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

### Report

	خویش فرما ۹۲	روستاییان ۹۲	کارمندی ۹۲	سایراقشار ۹۲	خویش فرما ۹۳	روستاییان ۹۳	کارمندی ۹۳	سایراقشار ۹۳
Mean	526.46	205.3	211.12	49.54	703.18	188.26	212.52	42.22
N	50	50	50	50	50	50	50	50
Std. Deviation	388.302	286.099	245.695	50.527	517.39178	301.33334	247.32105	44.40176

### Test Statistics<sup>a</sup>

	خویش فرما ۹۳ - خویش فرما ۹۲	روستاییان ۹۳ - روستاییان ۹۲	کارمندی ۹۳ - کارمندی ۹۲	سایراقشار ۹۳ - سایراقشار ۹۲
Z	-5.257 <sup>b</sup>	-.984 <sup>c</sup>	-.475 <sup>c</sup>	-4.3 <sup>c</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.340	.570	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

همانطور که ملاحظه می شود  $p. value$  در خصوص بیمه شدگان تحت پوشش صندوقهای خویش فرما و سایر اقشار برابر با صفر است و با توجه به اینکه کوچکتر از  $0/05$  است بنابراین در ناحیه  $H_1$  قرار می گیرند و فرض  $H_0$  مبنی بر عدم وجود رابطه معنی دار بین پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری در بیمه شدگان تحت پوشش این دو صندوق رد می شود و نتیجه می گیریم که در سطح جامعه مورد مطالعه با اطمینان  $0/95$  بین پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری رابطه معنی داری وجود دارد. این در حالیست که  $p. value$  در خصوص بیمه شدگان تحت پوشش صندوقهای کارمندی و روستائیان بزرگتر از  $0/05$  است بنابراین در ناحیه  $H_0$  قرار می گیرند و فرض  $H_0$  مبنی بر عدم وجود رابطه معنی دار بین پوشش همگانی بیمه سلامت و میزان بار مراجعه خدمات بستری در بیمه شدگان تحت پوشش این دو صندوق تأیید می شود.

در ضمن با توجه به مقایسه میزان بار مراجعه در بیمارستانهای تک تخصصی زنان نیز مشاهده می شود که این میزان بعد از اجرای طرح تحول بطور کلی بیش از  $27\%$  افزایش ولی این آمار به تفکیک صندوق تغییرات متفاوتی داشته است به گونه ای که به برای صندوقهای کارمندی و خویش فرما به ترتیب بیش از  $3\%$  و بیش از  $35\%$  افزایش و برای صندوقهای سایر اقشار و روستایی به ترتیب بیش از  $18\%$  و بیش از  $10\%$  کاهش داشته است.

## فصل پنجم

### نتیجه گیری و پیشنهادات

Archive of SID

با توجه به نتایج تحقیق به نظر می رسد اجرای طرح تحول نظام سلامت و ذیل آن اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت :

۱- در میزان بار مراجعه خدمات بستری در صندوق کارمندی تاثیری نداشته است و دلیل آن احتمالا

داشتن پوشش بیمه تکمیلی این گروه شدگان لذا مراجعه محدودتر ایشان به بیمارستانهای

مشمول طرح تحول می باشد.

۲- در میزان بار مراجعه در صندوق سایر اقشار تاثیری نداشته است و دلیل آن احتمالا داشتن پوشش

بیمه تکمیلی این گروه بیمه شدگان و یا وجود مراکز اختصاصی که بدون پرداخت فرانشیز از

خدمات آنها بهره مند می شوند و لذا مراجعه محدودتر ایشان به بیمارستانهای مشمول طرح تحول

می باشد.

۳- در میزان بار مراجعه در صندوق خویش فرما (همگانی) تاثیر داشته است و دلیل آن احتمالا

پرداخت درصد بالایی از هزینه درمان (۹۰٪) در بیمارستانهای مشمول طرح برای این گروه بیمه

شدگان و لذا مراجعه بیشتر ایشان به بیمارستانهای مشمول طرح تحول می باشد و اینکه این گروه

از بیمه شدگان قبل از اجرای طرح بیمه سلامت همگانی به دلیل عدم استطاعت مالی ، اقدامی در

جهت حل مشکلات سلامت به عمل نمی آورده اند و می توان نتیجه گرفت اجرای طرح بیمه

سلامت همگانی در ارتقای سلامت کلی جامعه و منافع مترتب به آن تاثیر مثبتی خواهد داشت .



۴- در میزان بار مراجعه در صندوق روستایی تاثیری کاهنده داشته است و دلیل آن احتمالا سکونت

تعدادی از این گروه بیمه شدگان در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت و با توجه به رایگان بودن

بیمه همگانی (خویش فرما) تمایل ایشان به تغییر صندوق بیمه ای خود می باشد.

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهادات ذیل مطرح است :

۱- بررسی مقایسه ای میزان هزینه خدمات بستری قبل و بعد از اجرای طرح تحول

۲- بررسی میزان تغییر صندوق قبل و بعد از اجرای طرح تحول چراکه احتمالا بعد توقف پوشش

رایگان بیمه همگانی مجدد تعدادی از بیمه شدگان تحت پوشش این صندوق تمایل به تغییر صندوق

بیمه ای خود خواهند داشت .

۳- بررسی دلایل تغییر صندوق بیمه ای از سوی بیمه شدگان روستایی تا بتوان تسهیلات در نظر گرفته

شده برای هر صندوق به واجدین شرایط واقعی حسب ضوابط مربوطه تعلق گیرد.

۴- بررسی میزان بار مراجعه بیمه شدگان به واحد خسارت متفرقه قبل و بعد از اجرای طرح تحول

## منابع

- ۱- کتاب گزارش جهانی سلامت (۲۰۱۰) تامین منابع در نظام سلامت به سوی پوشش همگانی {تهیه کننده سازمان جهانی سلامت} ترجمه: ادیانی، سید مرتضی و همکاران - انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه امیرکبیر، نوبت چاپ دوم ۱۳۹۳
- ۲- سرمدف زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه، ((روشهای تحقیق در علوم رفتاری))، تهران؛ (۱۳۸۴)، نشر آگاه
- ۳- هومن، حیدرعلی (۱۳۷۳)، ((پایه های پژوهش در علوم رفتاری))، تهران، انتشارات سمت
- ۴- دلاور، علی (۱۳۸۲)، ((مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی))، تهران، انتشارات رشد
- ۵- سرایی، اصغر (۱۳۸۲)، ((مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق))، تهران، انتشارات سمت
- ۶- ابراهیمی پور حسین و همکاران ((چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران)) پایش: بهار ۱۳۸۹، دوره ۹، شماره ۲؛ از صفحه ۱۷۳ تا صفحه ۱۸۷)
- ۷- حسام سمیه و همکاران ((مولفه های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران)) مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت): بهار و تابستان ۱۳۹۱، دوره ۴، شماره ۱-۲ (پیاپی ۹)؛ از صفحه ۷ تا صفحه ۱۹

- 1- Michael Anderson (2010) **THE EFFECT OF HEALTH INSURANCE COVERAGE ON THE USE OF MEDICAL SERVICES** Working Paper 15823 NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH
- 2- Kenneth Arrow, PhD (2009) **Toward a 21st-Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform** Annals of Internal Medicine page 493-495
- 3- **UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN AFRICA: FROM CONCEPT TO ACTION** AUC/WHO/2014/Doc.1 19 March 2014
- 4- Yue-Chune Lee (2010) **The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan** BMC health Services Research