

بررسی برنامه حمایت از بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول نظام سلامت: کاهش فرانشیز بیمار از طریق پرداخت مابه‌التفاوت، کاهش قیمت دارو و تجهیزات، پایبندی به نظام ارجاع و بهره‌گیری از پزشک خانواده و شبکه آزمایشگاهی، حمایت از گسترش پوشش بیمه پایه سلامت و تجمیع بیمه‌ها، نگاهی به دستاوردها و چالش‌های پیش‌رو

محمد آقاجانی^۱، موسی طباطبایی^{۲*}، مرضیه زنگنه^۳، علیرضا اولیایی‌منش^۴، فرانک ندرخانی^۵، سیده فاطمه ابوالفضل‌سقا^۶، علی ماهر^۷، علی شهرامی^۸، پیرحسین کولیوند^۹، جمشید کرمانچی^{۱۰}، فرح بابایی^{۱۱}، حسن واعظی^{۱۲}، سعید معنوی^{۱۳}، لیا پورآغاسی^{۱۴}، آرزو دهقانی^{۱۵}، سیده‌سنا حسینی^{۱۵}

۱- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۴- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵- کارشناس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت ۶- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- معاون اجرایی معاون درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A طبقه ۷، تلفن ۸۱۴۵۴۶۷۹

پست الکترونیک: tabatabaei@health.gov.ir

دریافت: ۹۶/۷/۵ پذیرش: ۹۶/۱۰/۴

مقدمه

مراقبت‌های بیمارستانی حدود ۴۵٪ مخارج سلامت دولتی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۲). نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می‌کند که این امر منجر به ایجاد چالش‌ها و تنش‌های متعدد می‌شود (۱۳). در پاسخ به مشکلات و چالش‌های درخواستی از نیاز به عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی (۱۴)، انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است (۱۵)؛ زیرا جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵ در آرایه خدمات بهداشتی و درمانی کشورمان در میان نظام‌های سلامت دنیا حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت است (۱۶). نظام پرداخت کنونی به مؤسسات طرف قرارداد به گونه‌ای است که سازمان‌های بیمه‌گر همواره به دنبال روشی برای کاهش هزینه‌ها از طریق رسیدگی دقیق به صورت حساب‌های این مؤسسات می‌باشند و ناآگاهی مراکز درمانی نسبت به این کسورات همواره موجب نارضایتی آنان و در نهایت بیمه‌شدگان می‌شود (۱۷). سازمان‌های اصلی بیمه‌گر کشور شامل بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه درمانی نیروهای مسلح و بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره) هستند که هر کدام افراد و گروه‌هایی از جامعه را تحت پوشش

جهان در قرن اخیر شاهد پیشرفت‌های بزرگ علمی و فنی بوده است. این پیشرفت‌ها نتیجه برنامه‌ریزی صحیح و اصولی مدیرانی بوده است که توانسته‌اند از منابع خود استفاده مناسب نمایند (۱). بخش سلامت نیز امروزه از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است (۲) بنابراین بازشناخت اقتصادی این بخش، از اهمیت فراوانی برخوردار است (۳). نظام‌های سلامت، امروزه یکی از بزرگ‌ترین بخش‌های اقتصاد جهان را تشکیل می‌دهند. هزینه‌های جهانی مراقبت بهداشتی تقریباً ۸٪ تولید ناخالص داخلی کشورها را تشکیل می‌دهد (۴). در اغلب کشورهای در حال توسعه، حدود ۵ الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است (۵). در این میان مراکز بهداشتی و درمانی به خصوص بیمارستان‌ها بخش عمده‌ای از منابع تخصیص یافته به فصل بهداشت و درمان را به خود اختصاص داده‌اند (۶). بین ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بهداشتی بخش دولتی در کشورهای در حال توسعه توسط بیمارستان‌ها مصرف می‌شوند (۷، ۸، ۹)؛ بنابراین کنترل این منابع به منظور استفاده صحیح و کارآمد و جلوگیری از هدر رفتن آن‌ها از وظایف مهم مدیریت به‌شمار می‌رود (۱۰). در ایران حدود ۷٪ تولید ناخالص داخلی به هزینه‌های بخش بهداشت و سلامت تعلق دارد (۱۱) و نیز

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

به خدمات سلامتی شده است و یا آنکه دریافت این خدمات را به مراحل وخامت بیماری موکول می‌کند (۲۴). بدین ترتیب درصد خانوارهایی که با هزینه فاجعه‌بار سلامتی مواجه می‌شوند، افزایش می‌یابد. آمار سازمان بهداشت جهانی حاکی از مواجهه شدن سالانه ۱۵۰ میلیون نفر با فلاکت‌های ناشی از هزینه‌های سلامت است (۲۵). پرداخت مستقیم از جیب^۲ نزولی‌ترین شیوه پرداخت برای خدمات سلامتی است و شیوه‌ای است که مردم را بیش‌تر در معرض خطرات مالی فاجعه‌بار قرار می‌دهد (۱۳). همچنان که هزینه‌های مراقبت‌های درمانی در حال افزایش است، بیماران نیز در هنگام درمان، ملزم به پرداخت‌های بیش‌تر می‌شوند (۲۶). ایجاد عدالت در این نوع پرداخت لزوماً از طریق افزایش در قالب مشارکت در پرداخت^۳، نسبت‌های بیمه مشترک^۴، کسورات یا فرانشیز^۵ حاصل می‌شود (۲۷).

لازم به ذکر است که این مطالب منحصر به ایران و یا کشورهای در حال توسعه نیست بلکه در اکثر کشورها بیماران با این‌گونه پرداخت‌ها مواجه می‌باشند. به‌طور مثال در فرانسه حدود ۱۰٪ از جمعیت دارای بیمه سلامت، معاف از پرداخت فرانشیز هستند و هزینه داروها تا حدود ۶۵٪ و هزینه درمان در حدود ۳۵٪ توسط شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود (۲۸). لیکن روند روبه رشد مشارکت بیماران در هزینه‌های درمانی، موجب انتقال سهم بزرگی از هزینه‌ها به بیمه‌شدگان شده است (۲۹، ۳۰). این امر موجب شده که سازمان‌های درمانی علی‌رغم صرف هزینه‌های گزاف برای درمان افراد تحت پوشش خود، با افزایش نارضایتی بیماران مواجه شوند (۳۱).

یک نظام سلامت زمانی در عادلانه‌ترین وضعیت از نظر تحمیل بار مالی قرار دارد که درصد هزینه‌های مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه‌های سلامت پایین و پیش‌پرداخت‌ها متناسب با ظرفیت پرداخت (درآمد) باشد، یعنی افراد غنی مشارکت مالی بیش‌تری داشته باشند. ماده ۲۱ قانون برنامه چهارم توسعه به بیان این مهم پرداخته است (۳۵) لذا بایستی این امر مورد تأکید قرار گیرد که مأموریت اصلی بیمه‌های سلامت، از بین بردن موانع عمده دسترسی به مراقبت‌های سلامت به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیرتر در جامعه است. پرداخت‌های توأم تا حدودی با اصول بیمه که بر اساس پیش‌پرداخت و انباشت خطر می‌باشند، متفاوت است؛ بنابراین فرانشیز بایستی در سطح بسیار محدود به‌عنوان راهکار مدیریت تقاضا به کار رود. هر چه میزان تفکیک کاربرد خدمات سلامت و پرداخت‌ها بیش‌تر باشد، تأمین مالی عادلانه‌تر و برابری اجتماعی در ارایه خدمات

قرار دارند (۱۸) و بیش‌تر بیمارستان‌های کشور با این بیمه‌های پایه طرف قرارداد هستند. بیمارستان‌ها بخشی از هزینه‌ای را که برای درمان بیمار تقبل می‌کنند از خود بیمار و مابقی را با ارسال صورتحساب از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت می‌کند و این سازمان‌ها مسئولیت پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند (۹) لذا فقدان یا عدم کفایت محافظت مالی در سلامت به‌عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته‌شده است (۱۹). روشن‌ترین نشانه فقدان یا عدم کفایت محافظت مالی آن است که خانوارها نه‌تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی یا به‌عبارتی دیگر مواجهه با هزینه‌های فقرزا و یا کمرشکن (فاجعه‌بار) در نظام سلامت رنج می‌برند (۲۰). در این شرایط تعجب‌آور نیست که نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت مردم، توجه سیاست‌گذاران و دانشگاهیان بسیاری از کشورها را به خود جلب کرده و عدم توجه به این مقوله از سوی دولت‌مردان به ایجاد تنش‌های اجتماعی منجر می‌شود (۱۳).

اهداف

هدف کلی

حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقبال آسب‌پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اهداف اختصاصی

کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰-۵٪ کل هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مبانی نظری

سازمان جهانی بهداشت^۱ در گزارش سال ۲۰۰۰ خود با معرفی مدل پوشش همگانی سلامت، حفاظت مردم در برابر هزینه‌های بیماران را به‌عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است (۲۱). به این معنی که خانوارها نباید سهم زیادی از درآمد خود را جهت تأمین نیازهای مراقبت سلامت پرداخت کنند و در نتیجه این هزینه‌ها دچار فقر شوند (۲۲). در این میان بیماران باید به نحوی از پرداخت کامل هزینه‌های خدمات سلامت در امان باشند و پرداختی که برای خرید آن خدمات انجام می‌دهند، نباید به‌گونه‌ای باشد که بر درآمد آن‌ها تأثیر منفی گذارد و آن‌ها را از تأمین سایر نیازهای زندگی خود بی‌بهره سازد (۲۳). بالا بودن این هزینه‌ها که با گذشت زمان روند افزایشی داشته، مانع دسترسی بیماران

² Out Of Pocket (OOP)

³ Copayments

⁴ Coinsurance

⁵ Deductibles

¹ World Health Organization (WHO)

بیش تر خواهد بود (۳۶). هزینه‌های بیماری به‌ویژه در مواردی که سیستم‌های پیش‌پرداخت وجود ندارند و خانواده‌ها مجبور به پرداخت از جیب برای استفاده از مراقبت‌های سلامت می‌باشند، نگران‌کننده است (۳۷). سطح بالای پرداخت از جیب نشان‌دهنده آن است که سیستم سلامت، بار مالی زیادی بر خانوارها تحمیل می‌کند. همان‌طور که اشاره شد اغلب، منابع بهداشت و درمان متکی بر منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌ها نشان‌دهنده سیستم تأمین مالی عادلانه است و تأمین منابع مالی از پرداخت‌های مستقیم، سیستم تأمین مالی سلامت ناعادلانه را نشان می‌دهد. پرداخت‌های از جیب هنگامی که دسترسی خانوارها به مراقبت‌های بهداشتی نیازمند پرداخت است و خانوارها توانایی پرداخت ندارند می‌تواند منجر به فقر خانوارها شود (۳۸) و هنگامی که پرداخت‌های از جیب بیمار منبع عمده تأمین منابع مالی سیستم سلامت باشد می‌تواند حتی خانواده‌های ثروتمند را دچار فقر نماید (۳۹). لذا یکی از نتایج ناگوار این شیوه تأمین مالی، تحمیل هزینه‌های سنگین و یا به‌اصطلاح کمرشکن هنگام مواجهه خانوارها با بیماری است (۳۸). پرداخت برای مراقبت‌های سلامتی زمانی کمرشکن و فاجعه‌بار خواهد بود که از سطح معینی از درآمد خانوار بیش‌تر شود که نتیجه آن کاهش مصرف کالاها و خدمات دیگر و در نتیجه کاهش سطح استانداردهای زندگی خواهد بود (۴۰، ۴۱) که معمولاً سطح در نظر گرفته‌شده ۴۰٪ هزینه‌های خانوار پس از کسر هزینه‌های غذا می‌باشد

اسناد بالادستی

برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت

قوانین پایه	ناظر بر	قانون برنامه پنجم توسعه	ناظر بر	سیاست‌های کلی سلامت	ناظر بر
<ul style="list-style-type: none"> قانون بیمه همگانی قانون تشکیلات و وظایف به ۱۰٪ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> کاهش پرداختی مردم پرداخت سهم بیمه نیازمندان توسط دولت 	<ul style="list-style-type: none"> بند (ب) ماده ۳۴ بند (د) ماده ۳۲ ماده ۳۸ 	<ul style="list-style-type: none"> کاهش پرداختی از جیب مردم نظام درمان کاهش پرداختی و مدیریت منابع و پوشش جامع بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> بند ۲-۷ بند ۲-۱۰ بند ۴-۱۰ 	<ul style="list-style-type: none"> مدیریت منابع با محوریت وزارت بهداشت افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی پرداخت یارانه به بخش سلامت با هدف تأمین عدالت

روش اجرای برنامه

گام اول: در تدوین طرح تحول نظام سلامت و از جمله برنامه کاهش فرانشیز اخذ مصوبه از هیات وزیران برای تأکید بر اهمیت همکاری بین بخشی در تدوین، تعریف منابع، پشتیبانی و اجرای برنامه‌های طرح بود. در این مصوبه که در آبان ۱۳۹۲ منتشر شد، بحث رایگان شدن بستری در بیمارستان‌های دولتی مورد تأکید قرار گرفت. این موضوع از سوی سیاست‌گذاران وزارت بهداشت نیز پیگیری و شاهدهی که برای آن آرایه می‌شد سیستم ملی سلامت انگلیس بود که در این سیستم واحدی به نام صندوق در

بیمارستان‌های دولتی یا سلطنتی انگلستان وجود ندارد و لذا هیچ‌گونه رابطه پولی بین بیمار و پزشک و سایر پرسنل بیمارستان وجود ندارد (مصوبه مورخ ۱۳۹۲/۰۸/۲۹ طی نامه شماره ۱۴۲۲۴۳۵/ت۴۹۸۶۳هـ). با این وجود در نهایت پرداخت فرانشیز ۱۰٪ برای بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی تصویب شد چرا که دولت در آن زمان به دلیل شرایط تحریم و وضعیت خزانه به علت کم شدن قیمت نفت، خود را قادر به تأمین مالی برای جامه عمل پوشاندن به رایگان شدن بستری در بیمارستان‌های دولتی نمی‌دانست.

قرار گرفت تا در تدوین هر برنامه، حرکت در راستای اهداف اسناد بالادستی از نظر دور نماند.

گام دوم: توجه به اسناد بالادستی در تدوین برنامه‌های طرح تحول در دستور کار شورای سیاست‌گذاری سلامت

برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت

قانون	ناظر بر
اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران- ۱۳۵۸	برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشتگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی.
سیاست‌های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳	۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری سایر مراکز و نهادها
بند ۲-۷	۱-۲- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد
بند ۲-۱۰	۱-۴- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.
قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳	- تمامی خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰٪ در تعهد سازمان می‌باشد.
ماده ۱۷	پرداخت سهم بیمه نیازمندان توسط دولت
قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷	۷- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آن‌ها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی.
	۸- تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی.
قانون برنامه پنجم توسعه مصوب ۱۳۹۰	- کاهش پرداختی از جیب مردم
بند (د) ماده ۳۲	- ۱۰٪ خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندکردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود.
بند (ب) ماده ۳۴	- کاهش پرداختی و مدیریت منابع و پوشش جامع بیمه
ماده ۳۸	

توانست با اعمال سیاست‌هایی از جمله توجه و حمایت از تولید داخل و ضوابط حمایتی از شرکت‌های دانش‌بنیان داروسازی، اعمال محدودیت در واردات داروهایی که مشابه داخلی داشتند، عدم تخصیص ارز به داروهای غیرضروری، تسهیل در فرایند ترخیص گمرکی داروها، حذف بخشنام قیمت‌گذاری علی‌الراس و تقویت فرایند بازخوانی در حوزه دارو و همچنین ایجاد فهرست پایه اقلام ضروری طرح در حوزه عمومی و تخصصی و فراخوان تمامی شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده جهت اعلام قیمت رقابتی برای قرار گرفتن در فهرست پایه، اجبار کردن دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها به خرید ملزومات پزشکی صرفاً از منابع مجاز و تدوین دستورالعمل توزیع، عرضه و مصرف ملزومات پزشکی فهرست پایه در حوزه تجهیزات، این فعالیت‌ها منجر به کاهش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی به میزان قابل ملاحظه‌ای شد (۴۴).

گام چهارم: همکاری تگت‌تنگ با سازمان بیمه سلامت ایرانیان برای تحت پوشش قرار دادن بیماران فاقد پوشش بیمه پایه. از آن جا که یکی از اهداف کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس مدل پوشش همگانی سلامت، افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه پایه سلامت است لذا در برنامه کاهش فرانشیز، بستری به‌وجود آمد که با مراجعه بیمار به بیمارستان، در صورتی که اعلام می‌کرد فاقد پوشش بیمه است، از طرف بیمارستان به پرسنل سازمان بیمه سلامت ایرانیان مستقر در بیمارستان ارجاع می‌شد و دفترچه بیمه در همان لحظه برای او صادر می‌شد. پس از صدور دفترچه بیمه، فرانشیز دریافتی در صورت حساب برابر ۱۰٪ هزینه بستری می‌شد. هزینه بیمارستان از زمان صدور

گام سوم: توجه به ایجاد بسترهای لازم برای پشتیبانی برنامه کاهش فرانشیز در بیمارستان‌های دولتی، پیش از آغاز برنامه از طریق مدیریت بازار دارو و تجهیزات پزشکی و مصرفی بود. از زمان روی کار آمدن دولت یازدهم به دلیل سه برابر شدن نرخ ارز، اعمال تحریم‌های گسترده حتی در حوزه دارو و وجود شرایط رکود تورمی، قیمت دارو و تجهیزات پزشکی به شدت افزایش یافت به‌طوری‌که هزینه مرتبط با دارو به‌خصوص برای بیماران خاص و صعب‌العلاج به‌حدی شده بود که آنها را با هزینه‌های فاجعه‌بار درمان مواجه کرده بود به‌طوری‌که ادامه درمان را رها می‌کردند و یا از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کردند. این شرایط بخصوص برای افرادی که فاقد بیمه پایه درمانی بودند وخیم‌تر نیز بود. شرایط مشابهی نیز در حوزه تجهیزات پزشکی حاکم بود. این امر به‌خصوص در بیمارستان‌های دولتی بیش‌تر به‌چشم می‌آمد چراکه به‌دلیل افزایش قیمت، تنوع بسیار زیاد، اعمال سلیقه پزشکان در انتخاب برند تجهیز که به روشی برای اخذ دریافتی غیررسمی از بیماران تبدیل شده بود و فقدان مدیریت مناسب در بیمارستان‌ها در تأمین تجهیزات مورد نیاز برای بیماران، اغلب بیماران برای تأمین دارو و تجهیزات مورد نیاز خود به خارج از بیمارستان مراجعه می‌کردند و دارو و تجهیزات مورد نیاز خود را اغلب از واسطه‌های دسته‌چندم و به قیمت بسیار بالا تهیه می‌کردند. این مورد بر شاخص فقرزایی و فاجعه‌باری هزینه‌های درمان تأثیر مستقیم می‌گذاشت. شرایط حاکم به حدی وخیم بود که شورای امنیت ملی در سال ۱۳۹۲ دوبار تشکیل جلسه داد. در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گام بعد حفاظت مالی بیش تر در برابر هزینه‌های درمان است. لازم به یادآوری است که گسترش برنامه پزشک خانواده و مناطق روستای و عشایری و شهرهایی با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر در طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت پیگیری می‌شود. مقرر شد که در دستورالعمل برنامه کاهش فرانشیز بیماران که از طرف پزشک خانواده به بیمارستان ارجاع داده می‌شوند و یا در مناطق ذکر شده ساکن هستند، از تخفیف بیش تری برخوردار باشند.

گام هفتم: تدوین صورت حساب متحدالشکل پرداخت هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی برای یکسان کردن خروجی سیستم‌های مالی با هدف پیگیری و ارزیابی سریع‌تر پرونده‌های واحد مالی بیمارستان‌ها و شفاف ساختن ریز هزینه‌ها برای بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر. توجه به این امر نیز علاوه بر سرعت بخشیدن به فرآیند بررسی اسناد به ایجاد شفافیت در مدیریت تخصیص اعتبار و در نتیجه روان شدن فرآیندهای مالی در بیمارستان‌ها منجر شده است. همچنین دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی برای آن تدوین شد. ذکر این مطلب ضروری است که ایجاد بستری یکپارچه برای بارگذاری سیستم اطلاعات بیمارستانی^۶ هماهنگ و مشترک در تمامی بیمارستان‌های کشور نیز از مواردی است که از ابتدا مورد توجه متولیان برنامه قرار داشت. آنها از طریق برگزاری مناقصه به شناسایی شرکتی که توانایی پیادسازی نظرات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ایجاد یک نرم‌افزار مدیریت اطلاعات بیمارستانی توانمند، منسجم، یکپارچه و هماهنگ را داشته باشد، پرداختند. یک سیستم نرم‌افزاری یکپارچه با در نظر گرفتن موارد مناسبی در آن که اهداف مورد نظر وزارت بهداشت را پوشش دهد، می‌تواند تسهیل‌گر بسیاری از برنامه‌ها باشد و می‌تواند اطلاعات دقیق، ارزشمند و برخطی را برای وزارت بهداشت ایجاد کند.

گام هشتم: تدوین دستورالعمل برنامه کاهش فرانشیز از ابتدای مطالعات برنامه تحت راهبری شورای سیاستگذاری سلامت در دستور کار کارشناسان و رؤسای گروه اقتصاد و بیمه سلامت در دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. این دستورالعمل با توجه به تمامی مطالعات پیشین، نیازها و شرایط حوزه درمان، توجه به الگوهای برتر در زمینه کاهش فرانشیز در کشورهای پیشرو، در حال توسعه، کشورهای همسایه و کشورهای منطقه چشم‌انداز، همچنین با توجه به اسناد بالادستی، تدوین شد. هدف کلی این برنامه حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت افسار آسب‌پذیر از طریق:

۱- کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰٪ کل هزینه بستری در

دفترچه بیمه پایه بر عهده سازمان بیمه‌گر و مابه‌ازای آن بر عهده وزارت بهداشت و درصدهای آن به عهده بیمار است که این مقدار در مقایسه با زمانی که تحت پوشش بیمه‌ای قرار نداشت، بسیار چشمگیر است. با وجود کاهش میزان فرانشیز بیماران بستری، در صورتی که هنوز هم بیماران از پرداخت میزان فرانشیز بیماران عاجز باشند به مددکاری بیمارستان معرفی شده و در نهایت هیچ هزینه‌ای از آنها دریافت نمی‌شود و این به معنی حفاظت مالی بیشتر از بیماران نیازمند است.

وزارت بهداشت در این مرحله در پی آن بود که استفاده از دفترچه بیمه پایه سلامت رایگان را منوط به ارجاع از سوی پزشک خانواده و یا فقط برای اخذ خدمات از مراکز درمانی دولتی کند اما در حال حاضر در حدود ۱۰ میلیون نفر بدون هیچ ضوابطی تحت پوشش بیمه پایه سلامت رایگان قرار گرفته‌اند. هرچند این افراد، شهروندان محروم و کم‌تر برخوردار کشور هستند اما همیشه برای نظارت بهتر باید اهداف مشخص و شفافی تدوین شود.

گام پنجم: تقویت نظام ارجاع در بسته حمایتی کاهش فرانشیز. همان‌طور که در گام سوم به آن اشاره شد یکی از بزرگ‌ترین معضلات بیمارستان‌های دولتی خروج بیمار یا همراه او برای تهیه دارو، تجهیزات پزشکی و یا انجام آزمایش و یا دریافت خدمات پاراکلینیک (تشخیصی و درمانی) بود. تمامی این موارد علاوه بر بالا بردن خطا و دیگر ریسک‌های پزشکی منجر به افزایش هزینه‌های سلامتی می‌شد و حتی به‌طور غیرمستقیم بر مشکلات روانی و اجتماعی دامن می‌زد. بنابراین در برنامه حمایت از بیماران بستری باید روشی برای حمایت از بیماران برای اجتناب از این امر طراحی می‌شد و آنها را از مراجعه به بیرون بیمارستانی که در آن بستری می‌شدند بی‌نیاز می‌کرد. برای جامعه عمل پوشاندن به این هدف دو راه حل وجود داشت: ۱) تجهیز بیمارستان‌های دولتی و آزمایشگاه‌های آن با تجهیزات پزشکی و ابزارهای آزمایشگاهی مورد نیاز و مطابق با تخصص آن بیمارستان و ۲) ایجاد نظامی برای ارجاع بیمار و یا تست‌های تهیه شده از او به مراکز درمانی، پاراکلینیکی و آزمایشگاهی بر اساس نقشه ارجاع آن بیمارستان با تقبل هزینه‌های ارجاع از سوی بیمارستان ارجاع‌دهنده بیمار (تأمین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و زنجیره تأمین خدمات تشخیصی و درمانی).

گام ششم: یکی دیگر از بسترهای زیربنایی برنامه کاهش فرانشیز بها دادن به برنامه پزشک خانواده و ارجاع بیمار برای بستری از طرف پزشک خانواده به بیمارستان و نیز توجه به ساکنان مناطق روستای و عشایری و شهرهایی با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که غالباً جزء قشر کم‌برخوردارتر جامعه هستند، بود. برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در دو استان مازندران و فارس به اجرا در آمد و روشی برای توجه بیش تر به مبحث تقدم پیشگیری بر درمان و در

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

⁶ Hospital Information System (HIS)

هزینه بستری در بیمارستان‌های دولتی را کاهش دهد، کیفیت خدمات را از طریق تجهیز بیمارستان یا استفاده از نظام ارجاع در زمینه دارو و تجهیزات و یا خدمات درمانی و تشخیصی، افزایش دهد، رضایت نسبی بیماران بستری از هزینه‌های درمان را افزایش دهد و سیستم نوینی در مدیریت مالی بیمارستان‌ها ایجاد کند.

دستاوردهای کلی برنامه

- ✓ رضایت ۸۵٪ مردم از خدمات بستری و هزینه‌های آن
- ✓ ایجاد انضباط و شفاف‌سازی امور مالی در دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت
- ✓ بسترسازی برای سیاست‌گذاری یکپارچه در حوزه تأمین مالی سلامت
- ✓ تکمیل خدمات قابل‌ارایه در مراکز دولتی و استقرار HIS در بیمارستان‌های دولتی

در زمینه حفاظت مالی از بیماران

- ✓ حمایت از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند با تحت پوشش قرار دادن داروها و رویه‌های درمانی و کاهش فرانشیز بستری جهت حفاظت مالی از آنها
- ✓ تغییر ملموس در متوسط هزینه‌های پرونده‌های بستری و حفاظت مالی در برابر هزینه‌های درمان.
- ✓ کاهش سهم مردم از هزینه بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی از حدود ۳۷٪ به حدود ۸/۲٪ که تأثیر مستقیم بر حفاظت مالی از بیماران نیازمند بستری در بیمارستان‌های دولتی دارد. (تأثیر این کاهش بر هزینه مستقیم از جیب بیماران باید به دقت بررسی شود)
- ✓ کاهش کمبود اقلام دارویی از ۲۷۰ مورد به ۲۹ مورد و حمایت از داروی تولید داخل و کاهش قیمت‌های آن که تأثیر مستقیم بر هزینه‌های درمان دارد.
- ✓ افزایش ۱۳۴٪ دسترسی به اقلام دارویی در بیمارستان‌های دولتی (قبل از اجرای طرح، تعداد اقلام دارویی عرضه شده در بیمارستان ۳۲۹ قلم بود که این مقدار به بیش از ۷۷۰ قلم افزایش یافت) که تأثیر مستقیم بر هزینه‌های درمان دارد.
- ✓ افزایش ۴۳٪ دسترسی به ملزومات مصرفی در بیمارستان‌های دولتی (دسترسی به ملزومات مصرفی در بیمارستان‌های دولتی از ۱۴۸۰ قلم به ۲۱۳۰ قلم افزایش یافت) که تأثیر مستقیم بر هزینه‌های درمان دارد.
- ✓ کاهش ارجاع برای خرید تجهیزات و لوازم مصرفی به خارج از بیمارستان به ۳/۲٪ که این مورد نیز علاوه بر کاهش ریسک‌های پزشکی به حفاظت مالی از بیماران منجر می‌شود.
- ✓ کاهش ۴۲٪ قیمت انواع لوازم و تجهیزات پزشکی پرمصرف همچون لنز داخل چشمی و استنت‌های قلبی نهایتاً منجر به حفاظت مالی بیماران می‌شود.
- ✓ مدیریت بازار تجهیزات پزشکی گران‌قیمت که

زمستان ۹۶، دوره بیستم، شماره چهارم، پیاپی ۷۹

بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و ۲- جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان

همان‌طور که اشاره شد در این دستورالعمل بیماران بستری روستایی و سایر بیماران ارجاعی که در نظام ارجاع دریافت خدمت می‌کنند، از جمله بیماران ساکن در دو استان فارس و مازندران، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، که دارای برگه ارجاع می‌باشند، ۵٪ فرانشیز خدمات بستری را پرداخت کنند.

گام نهم: بعد از اجرای فاز سوم طرح تحول و بازنگری تعرفه‌های خدمات سلامت و کتاب ارزش نسبی (با اهداف واقعی‌سازی و جلوگیری از پرداخت غیررسمی در بیمارستان‌ها) تعرفه خدمات سلامت که بر روی حق‌الزحمه پزشکان تأثیر می‌گذارد در سه ماه پایانی سال ۱۳۹۳ تا ۱۲٪ افزایش یافت لذا ستاد مرکزی طرح تحول نظام سلامت، ابلاغیه تحفیف بعد از اعمال تعرفه‌های جدید خدمات سلامت را در اطلاعیه‌ای به اطلاع عموم رساند. بر اساس این ابلاغیه تحفیف فرانشیز از ۱۰٪ ابتدای برنامه به ۶٪ برای بیماران شهری و از ۵٪ به ۳٪ برای بیماران روستایی و عشایری و ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و ارجاع‌شده از سوی پزشک خانواده، تغییر یافت.

گام دهم: ارزیابی برنامه کاهش فرانشیز بیماران بستری در پایه‌های زمانی مشخص و بر اساس فرآیند مصوب در شیوه‌نامه نظارت انجام می‌شود با این تفاوت که در دوره‌های زمانی متفاوت، رویکردهای مختلفی را دنبال می‌کند. لازم به یادآوری است که در برنامه کاهش فرانشیز بیماران بستری، دستورالعمل رسیدگی به اسناد که از طرف سازمان‌های بیمه‌گر نیز مورد توجه قرار می‌گیرد می‌تواند یک روش نظارتی برای طرح تحول نظام سلامت و این برنامه باشد.

لازم به ذکر است که مبحث توجه به بیماران خاص و صعب‌العلاج از طریق رایزنی با سازمان‌های بیمه‌گر و تحت پوشش قرار دادن داروها و اقدامات درمانی مورد نیاز آنها در فهرست خدمات تحت پوشش بیمه در عمل در برنامه کاهش فرانشیز به‌طور کامل ادا شد و این قشر از بیماران نیز مانند سایر بیماران تنها ۱۰٪ فرانشیز هزینه‌های درمان خود را پرداخت می‌کنند. این مورد می‌تواند مورد بازنگری قرار گرفته و در مورد این نوع بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، خدمات بستری رایگان ارایه شود.

دستاوردها

برنامه کاهش فرانشیز بیماران بستری در طرح تحول نظام سلامت، بر اساس تمامی شواهد توانسته است

- ✓ ساماندهی و اصلاح مدیریت ارائه خدمات در مراکز درمانی مانند خدمات همراه بیمار و خدمات اورژانس که منجر به بهبود دسترسی به خدمات می‌شود.
- ✓ بسترسازی برای ارائه خدمات در نظام ارجاع سطح دو و سه (ارایه امتیازات مالی برای بیماران در نظام ارجاع، بازبینی امکانات ارائه خدمات در زنجیره تأمین خدمات) که نظام ارجاع با هدف دسترسی درست به خدمات طراحی شده است.
- ✓ جهت‌گیری جمعیت مناطق محروم و جمعیت نیازمند در برنامه‌ها (برنامه ماندگاری، مراجعین بخش دولتی) و افزایش دسترسی به خدمات سلامت.
- ✓ پاسخگویی نظام سلامت به واسطه تأمین خدمات در دسترس تمامی اقشار جامعه با تقویت بخش دولتی که بر افزایش دسترسی تقسیم مستقیم دارد.

در زمینه افزایش کیفیت خدمات سلامت برای بیماران

- ✓ مراجعه بیماران به بیمارستان‌ها در مراحل اولیه بیماری که خود منجر به کاهش هزینه‌های تشخیصی و درمانی شده است و درمان بیماری‌ها را آسان‌تر می‌سازد (تأثیر بلندمدت بر سلامت جامعه)
- ✓ تهیه فهرست داروها و ملزومات پزشکی مصرفی قابل‌ارایه در بیمارستان‌های دولتی و ساماندهی نحوه تأمین، توزیع و بازار اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی و خدمات قابل‌ارایه در بیمارستان‌های دولتی که بر کیفیت ارائه خدمات در بیمارستان‌ها تأثیر می‌گذارد.
- ✓ کمک به تمام‌وقتی و کنترل اشتغال دوگانه پزشکان (با لحاظ نمودن امتیاز اشتغال تمام‌وقت) منجر به افزایش کیفیت خدمات خواهد شد.
- ✓ تغییر جهت (شیفت) بیماران از بیمارستان‌های خصوصی به بیمارستان‌های دولتی که علاوه بر افزایش درآمد برای این بیمارستان‌ها در بلندمدت به افزایش کیفیت خدمات نیز منجر خواهد شد.

بر هزینه بیماری تأثیر مستقیم دارد و آن را کاهش می‌دهد.

- ✓ کاهش میزان مواجهه خانوارهای روستایی با هزینه‌های کمرشکن سلامت نسبت به قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت از ۱۰/۵ به ۶ درصد و کاهش میزان مواجهه خانوارهای شهری با هزینه‌های کمرشکن سلامت نسبت به قبل از اجرای برنامه از ۴/۵ به ۲/۷ درصد.
- ✓ حفاظت مالی از بیماران بستری در برابر هزینه‌های کمرشکن در بیمارستان‌های دولتی برای ۷۷/۴٪ جمعیت کشور به صورت هدفمند حاصل شده است.
- ✓ کاهش میزان مواجهه خانوارهای روستایی با هزینه‌های فقر از سلامت نسبت به قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت از ۳/۷ به ۲ درصد و کاهش میزان مواجهه خانوارهای شهری با هزینه‌های فقر از سلامت نسبت به قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت از ۲ به ۱/۱ درصد.
- ✓ به‌طور کلی حفاظت مالی از شهروندان در مقابل هزینه‌های سلامت و بهبود دو شاخص عمده هزینه‌های کمرشکن سلامت و هزینه‌های فقر از سلامت از طریق این برنامه حاصل شده است.
- ✓ افزایش سهم منابع عمومی از منابع سلامت (افزایش مستقیم منبع مالی از هدفمندی، مدیریت منابع) که در کل سهم پرداخت مستقیم از جیب را کاهش داده و به حفاظت مالی از بیماران منجر می‌شود.
- ✓ افزایش کارایی منابع، به عبارتی معادل ۸٪ کاهش از پرداختی مردم، اعتبار تخصیص یافته و بیش از ۲۰٪ در پرداختی آنها کاهش ایجاد شده است.

در زمینه افزایش دسترسی به خدمات و پوشش خدمات سلامت برای بیماران

- ✓ در حدود ۱۰ میلیون نفر تحت پوشش خدمات دفترچه بیمه سلامت ایرانیان قرار گرفتند که به معنی پوشش ۹۵٪ بیمه پایه سلامت است.



پیشنهادهات

افزایش تصاعدی هزینه‌های بخش سلامت در کشور باعث افزایش پرداخت از جیب مردم می‌شود. در دولت یازدهم بر اساس اسناد بالادستی و وظایف قانونی محول شده به وزارت بهداشت، بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت ۷ و تغییر رویکرد پرداخت مبتنی بر عملکرد ۸ بر اساس طرح نوین نظام مالی بیمارستان‌ها، با توجه به اهداف مدل پوشش همگانی خدمات سلامت، مورد توجه قرار گرفت. این دو برنامه در بلندمدت با واقعی‌سازی تعرفه‌ها و عدالت‌محوری در پرداخت مبتنی بر عملکرد، در نهایت به محافظت مالی از بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت منجر می‌شود. هدف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرای پوشش همگانی سلامت در کشور با توجه به به‌کارگیری تجارب کشورهای مشابه و همچنین توجه و تمرکز مستقیم بر رفع نیازهای مردم، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه در سیستم سلامت موجود کشور است.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که طرح تحول نظام سلامت تاکنون توانسته است اولین و مهم‌ترین هدف خود یعنی کاهش میزان پرداخت از جیب بیماران را از طریق چندین برنامه که مهم‌ترین آن برنامه کاهش فرانشیز بیماران بستری است با موفقیت جامه عمل بپوشاند که این امر نیز از طریق اختصاص منابعی از محل هدفمندی یارانه‌ها و ۱٪ مالیات بر ارزش‌افزوده در قالب یارانه سلامت تحقق یافته است. در مطالعه‌ای مرتبط، دکتر طباطبایی و همکاران نشان دادند که هزینه هر پرونده پزشکی در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲ به میزان ۲ برابر افزایش داشته است در صورتی که میزان پرداخت از جیب بیماران در سال ۹۳ نسبت به سال قبل ۱٫۸ برابر کاهش را نشان می‌دهد. در سال ۹۲ سهم بیمه‌شده از مبلغ کل پرونده ۳۲٪ و در سال ۹۳، ۱۵٪ را تشکیل می‌داد. نتیجه آن که دولت توانسته میزان پرداخت از جیب را به میزان قابل‌توجهی کاهش دهد. در پژوهش مرتبطی دیگر نیز فرزند سلیمانی و همکاران نشان دادند که پرداخت مستقیم بیماران در هنگام دریافت خدمت به میزان ۶/۳۷٪ کاهش یافته که در آن پرداخت یارانه سلامت به بیمارستان توسط دولت مؤثر بوده است. همچنین طبق مطالعه‌ای که سازمان بسیج جامعه پزشکی تهران بزرگ، در تیرماه 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 شده است (۲۰). افزایش پرداختی بیمه‌ها نیز گامی مهم در اجرای طرح تحول است که می‌تواند در کاهش اختصاص منابع دولتی مؤثر باشد. بیمه‌ها، خریداران خدماتی هستند که با اقداماتی نظیر تأخیر در پرداخت‌ها و یا کوچک‌سازی بسته‌های خدمتی، زمینه را برای دریافت‌های غیرقانونی فراهم کردند و موجب افزایش پرداختی از جیب مردم شدند. نسبت پرداختی بیمه در مقابل پرداختی بیمار در ایران تا قبل از شروع طرح تحول در نظام سلامت ۷۰٪ به ۳۰٪ بود؛ به‌عبارتی بیماران مجبور بودند ۷۰٪ هزینه‌های بستری خود را در بیمارستان‌ها از جیب پرداخت کنند و بیمه‌گذار و دولت تنها ۳۰٪ آن را بپردازند. سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بودجه کشور همواره سهم اندکی بوده است، اما اکنون با اختصاص بخشی از درآمدهای ناشی از هدفمند کردن یارانه‌ها و ۱٪ مالیات بر ارزش‌افزوده، پرداختی دولت بهبود یافته است اما همواره درآمدهای ناشی از هدفمندی یارانه‌ها از پایداری و ثبات لازم حداقل در چند سال گذشته برخوردار نبوده و خود این بی‌ثباتی و از همه مهم‌تر این که غایت قانون هدفمند کردن یارانه به کجا خواهد رسید از دغدغه‌های اصلی کارشناسان در خصوص ادامه طولانی طرح تحول سلامت خواهد بود. همچنین به‌نظر می‌رسد تزریق منابع مالی با روند کنونی، موجب افزایش هزینه‌های سلامت شده است. تداوم روند کنونی طرح تحول، بستر گسترش توقع و انتظار جامعه پزشکی (افزایش درآمد) و مردم (خدمت ارزان) است. با توجه به محدود بودن منابع کشور، افزایش مستمر هزینه‌های سلامت می‌تواند مانع اصلی تداوم طرح باشد و در صورت وقوع توقف طرح، انتظار ایجادشده در جامعه پزشکی و مردم و ناتوانی مدیران اجرایی در پاسخگویی به انتظارات ایجادشده، می‌تواند بستر بروز نارضایتی‌های گسترده را فراهم آورد که در آن زمان، حل واقعی مشکلات این بخش بسیار پیچیده و دشوار خواهد بود.

طبق یافته‌های حاضر، پیشنهاد می‌شود بایستی بر سیاست‌های بین‌بخشی در جهت ارتقاء وضعیت اقتصادی خانوارها، ایجاد نظام فراگیر بیمه‌ای و بیمه‌های خاص مثل مدیکیر و مدیکید روی فقرا و سالمندان، طرح‌های معافیت فقرا از برخی پرداخت‌ها درمانی و تشخیصی حیاتی مانند انواع آزمودن‌های تشخیصی سرطان و بیماری‌های مزمن نظری دیابت و بازنگری بسته خدمات سلامت سازمان‌های بیمه و پوشش بیشتر خدمات توسط این سازمان‌ها تأکید شود، به‌طوری که بسیاری از خدمات تشخیصی و درمانی که هزینه‌های متوسط

بند (ه) ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه^۷

بند (ز) ماده ۲۸ و بند (ج) ماده ۲۲ قانون برنامه پنجم توسعه^۸

^۹ Medicaid & Medicare

که از اردیبهشت ۱۳۹۳ در سراسر کشور آغاز شد، به‌خودی‌خود موجب کاهش و یا حذف هزینه‌های کمرشکن نمی‌شد و نیاز به اقداماتی جهت جلوگیری از بروز این هزینه‌ها بود. به‌عنوان مثال پیشنهاد می‌شود که بر اساس مطالعات و پیمایش‌هایی با طراحی مناسب، نیازمندان و فقرای واقعی را شناسایی، سپس با استفاده از فاکتورهایی مانند سن، وجود بیماری مزمن، وضعیت اشتغال و تحصیلات و غیره بسته مزایا تعیین یا میزان مشارکت آن‌ها را در پرداخت هزینه‌ها تعیین نمود. به‌هرروی، با اجرای طرح نظام سلامت و کاهش چشمگیر پرداخت از جیب در بیمارستان‌های دولتی، انتظار می‌رود هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز به‌شدت کاهش یافته باشد که به این مورد در اسناد و مدارک بسته خدمتی برنامه کاهش فرانشیز بیماران بستری در فصل یافته‌ها اشاره شده است.

Reference

- Nasiripour AA, Tabibi J, Raeisi P, Amiri M. *Designing an Operational Planning Model for Level-one Iranian Primary Health Care Systems [Persian]*. Knowledge and Health. 2008-2009;3(3- 4):9-14.
- Rezapour A, Ebadi Frdazr F, Arablu J. *Analyze the cost of a teaching hospital cost centers*. J Teb Tazkiye. 2013;21(2):1-31.
- Tourani S. Study of performance of general 1. Hospitals in Iran university of medical sciences: in health care management [Persian]. Tehran: Tehran Azad University, Science and Research; 1995.
- Organization. WH. The world health report 2000 - Health systems: 2. improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Newbrander W, Parker D. *The public and private sectors in health: economic issues*. The International journal of health planning and management. 1992;7(1):37-49.
- Bagheri H, Amiri M. *Investigate the causes of deductions insurance companies the right to treatment records of patients in one hospital in Iran*. J Health Serv Manag therapy. 2013;4(4):17-24.
- Abouhallaje M, Hatamabad N, Abachizadeh K. *Revenue sources of educational hospitals affiliated to iranian medical universities 2007 [Persian]*. J Gorgan Unive Med Sci. 2011;13(39):94-100.
- Tavakoli N, Saghayannejad S, Rezayatmand MR, Moshaveri F, Ghaderi I. *Deductions applied by medical services insurance organization on patients' bills at teaching hospitals affiliated to isfahan university of medical sciences. [Persian]*. Health Inf Manage. 2006;3(2):53-61.
- Shepard D. *Analysis of hospital costs, social security research institute. Translated by Pourreza A [Persian]*. 2002.
- Mohammadi A, Azizi AA, Cheraghbaigi R, Mohammadi R, Zaree J, Valinejadi A. *Analyzing the deductions applied by the medical services and social security organization insurance toward receivable bills by university hospitals of Khorramabad [Persian]*. Health Inf Manage. 2013;10(2):1-9.
- health. Mo. Report of challenges for developing country in 6. health sector. Research center of parliament, 2008.
- Health Economics Unit Reports. [Persian]. Tehran: Ministry 7. of Health and Education Medicine, 2003.
- Organization. WH. Management effectiveness program (Mep Guide). Geneva: WHO; 2001.
- Boelen C, Haq C. *Improving health systems: The contribution of family medicine. A guidebook*. World organization of family doctors (WONCA). Singapore: Best print Printing company; 2002.
- Bossert T. *Decentralization of health systems: sharing resources and responsibilities*. Massachusetts: Harvard School of Public Health; 2002.
- Jabbari Beyrami H, Tabibi J, Delgoshaei B, Mahmoudi M, Bakhshian F. *Comparative study on decentralization mechanisms in the delivery of health services in different countries and a model for Iran, Health Management [Persian]*. 2007;10(27):33-40.
- Mohammadi A, Azizi AA, Cheraghbaigi R, Mohammadi R, Zaree J, Setoodeh R, et al. *A survey on deduction rate applied by medical services and social security insurance organizations in respect to accounts receivable of khoram abad teaching hospitals [Persian]*. J Med Cultivation. 2013;22 (2):53-60.
- Maleki M. *Challenges of sustainable public insurance in Iran [Persian]*. Payesh J. 2010;9(2):174-5.
- Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. *Estimating Out of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009*. 2012;10 (4):71-7.
- Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. *Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico*. Lancet. 2006;368(9549):1828-41.
- Kavosi Z. *Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: A longitudinal study in zone 17 of Tehran [In Persian]*. Hakim R J. 2009;12(2):38-47.

- 22- Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Trans. Kia Daliri A, Moradi N. [In Persian]*. Social Insurance Quarterly. 2005;7(20):33-60.
- 23- Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. *[Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]*. Salud publica de Mexico. 2007;49 Suppl 1:S70-87.
- 24- Barati A, Ghaderi H, Hajhassani D. *Utilization pattern of health care services in the consumption basket of households in Kerman Province (1996-2002)*. [In Persian]. Payesh Quarterly. 2006;5(2):105-11.
- 25- Saksena P, Antunes AF, Xu K, Musango L, Carrin G. Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in rwanda [Online]. Available from: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_10_03-mut_frp_rwa.pdf.
- 26- Nasiripour AA, Tabibi J, F. M. *Comparing franchise elimination of medical services in hospitals in contract with social security organization in provinces with costs of dispatching patients to Tehran*. J Hospital. 12 (1):67-75.
- 27- Chernew ME, Newhouse JP. *What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes?* The American journal of managed care. 2008;14(7):412-4.
- 28- Mohammadzadeh M, Najafi B. *Hygiene and treatment economic principles*. (in Persian). Tabriz: Forozesh; 2007.
- 29- Huber CA, Ruesch P, Mielck A, Bocken J, Rosemann T, Meyer PC. *Effect of cost sharing on seeking outpatient care: A propensity-matched study in Germany and Switzerland*. J Eval Clin Pract. 2011;26(10):1365-2753.
- 30- Kim J, Ko S, Yang B. *The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea*. Health policy. 2005;72(3):293-300.
- 31- Mohammadi P. *Dissatisfied patient, partial support of health insurance* [In Persian]. [cited 2011 Nov. 12]. Available from: <http://WWW.magiran.com/npview.asp?ID=2034166>.
- 32- Mastilica M, Bozikou J. *Out of pocket payments for health care in croatia: Implications for equity*. Croat Med. 1999;40(2):152-9.
- 33- Pourreza A. *Study of equity in financing, resource allocation in healthcare* [In Persian]. Quarter Social Security. 2007;9(28):107-34.
- 34- Razavi S, Hassanzadeh A, Yasmanjy K. *Fairness in financial contribution in health care system* [in Persian]. Tehran: Publication of Andishmand; 2005.
- 35- Kazemi Z, editor *Study of equity in health care financing* [In Persian]. Proceeding of the national congress of equity in the health system; Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
- 36- Arab M, Kavousi Z, Ravangard R, Ostovar R. *Health insurance system* [In Persian]. Tehran: ACECR, Academic Center for Education, Culture and Research; 2010.
- 37- Onoka CA, Onwujekwe OE, Hanson K, Uzochukwu BS. *Examining catastrophic health expenditures at variable thresholds using household consumption expenditure diaries*. Tropical medicine & international health : TM & IH. 2011;16(10):1334-41.
- 38- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. *Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis*. Lancet. 2003;362(9378):111-7.
- 39- Arsenijevic J, Pavlova M, Groot W. *Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia*. Social science & medicine. 2013;78:17-25.
- 40- Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. *Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty*. Health economics. 2008;17(12):1393-412.
- 41- Ekman B. *Catastrophic health payments and health insurance: some counterintuitive evidence from one low-income country*. Health policy. 2007;83(2-3):304-13.
- 42- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. *Protecting households from catastrophic health spending*. Health affairs. 2007;26(4):972-83.
- 43- 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.
- 44- Health. Mo. *The health feild in the eleventh government, Health Issues in the Eleventh Government, Health Conditions at the Beginning and health transformation plan: Medical Education*; 2015.

Study of the Program of Support for Patients Admitted to Government Hospitals in the Health Transformation Plan: Reducing the Patient's Franchise by Paying for the Difference, Reducing the Price of Drugs and Equipment, Adhering to Referral System and Using Family Physician and Laboratory Network, Supporting Extending the Basic Health Insurance Coverage and Accumulation of Insurances, Looking at the Achievements and Challenges Ahead

Mohammad Aghajani¹, Mosa Tabatabaei^{2*}, Marziyeh Zangeneh³, Alireza Olyaeemanesh⁴, Faranak Nadarkhani⁵, Seyedeh Fatemeh Abolfazlsagha⁵, Ali Maher⁶, Ali Shahrami⁷, Peirhossein Kolivand⁸, Jamshid Kermanchi⁹, Farah Babaei¹⁰, Hassan Vaezi¹¹, Saeid Manavi¹², Leila Poraghasi¹³, Arezoo Dehghani¹⁴, Seyedeh Sana Hosseini¹⁵

¹ Deputy for Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

² Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

³ Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

⁴ Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs
Ministry of Health and Medical Education

⁵ Expert of the Department of Economic Planning and Health Insurance

⁶ Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁷ Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁸ Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education

⁹ Adviser of Curative Affairs in the Disease Management, Ministry of Health and Medical Education

¹⁰ Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education

¹¹ Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education

¹² Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education

¹³ Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

¹⁴ Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

Aghajani M, Tabatabaei M, Zangeneh M, Olyaeemanesh A, Nadarkhani F, Abolfazlsagha SF, Maher A, et al. Study of the Program of Support for Patients Admitted to Government Hospitals in the Health Transformation Plan: Reducing the Patient's Franchise by Paying for the Difference, Reducing the Price of Drugs and Equipment, Adhering to Referral System and Using Family Physician and Laboratory Network, Supporting Extending the Basic Health Insurance Coverage and Accumulation of Insurances, Looking at the Achievements and Challenges Ahead. *Hakim Health Sys Res* 2018; 20(4): 202- 212.

*Corresponding Author: 7 Th Floor, Block A, Eyvanak-E, Qods, Ministry of Health and Medical Education Tehran, Iran. Tel: +98-2181454679, E-mail: tabatabaei@health.gov.ir