ORIGINAL ARTICLE

Evaluating the Amount of Health Subsidy Provided for Inpatients of Different Socioeconomic Status in Governmental Hospitals, Babol 2018

Samad Rouhani[1],
Khadije Safizade[2],
Mohammad Ali Jahani[3],
Seyed Noureddin Mousavinasab[4],
Fatemeh Abdolahi[5],
Fatemeh Fakhraei[6]

[1] Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] PhD Student in Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Institute of Health, Babol University of Medical Sciences, Iran
[4] Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] MSc Student in Health Services Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 8, 2022 ; Accepted August 28, 2022)

Abstract

Background and purpose: Equitable access to health services and their fair distribution in the country, especially in deprived areas, are among the major goals of health systems. The aim of this study was to investigate the amount of health insurance subsidies in different socio-economic classes in public hospitals in Babol, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional applied study was performed in hospitals affiliated with Babol University of Medical Sciences in 2018. The statistical population consisted of 700 patients selected by simple random sampling. Data were collected using a checklist based on patient statements and a researcher-made questionnaire. SPSS V22 was used to analyze the data applying Mann Whitney and Kruskal Wallis test.

Results: The amount of health insurance subsidies for patients of middle social class was higher than other two groups (good and lower social classes). The most discount on medical bills were offered to good-social class patients and then to patients of middle and lower classes ($P<0.05$). Also, health insurance subsidy paid to patients with good economic status (450,000 Tomans) was higher than patients with poor economic status (430,000 Tomans) ($P<0.05$).

Conclusion: Current study showed that health subsidies and medical bill discounts were not commensurate with patients' social and economic status. In fact, patients who had good conditions in terms of these characteristics, benefited more than other groups.

Keywords: subsidy, health subsidies, socio-economic groups, public hospitals

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (213): 140-149 (Persian).

Corresponding Author: Fatemeh Fakhraei- Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: fatemehfakhraei@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره ۲۱۳ مهر سال ۱۴۰۱ (۱۴۹-۱۴۰)

میزان استفاده بیماران بستری طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی از یارانه سلامت در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۷

صمد روحانی[۱]
خدیجه صفی‌زاده[۲]
محمدعلی جهانی[۳]
سید نورالدین موسوی نسب[۴]
فاطمه عبدالهی[۵]
فاطمه فخرایی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: میزان دسترسی به خدمات سلامت و توزیع بهینه و عادلانه آن‌ها در سطح کشور و به‌ویژه مناطق محروم، از اهداف بسیار مهم سیستم‌های سلامت است. هدف این مطالعه بررسی میزان استفاده از یارانه سلامت در طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کاربردی به صورت مقطعی در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی بابل درسال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری شامل ۷۰۰ نفراز بیماران مراجعه‌کننده به این بیمارستان‌ها بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست مبتنی بر صورتحساب مالی بیماران وپرسشنامه محقق ساخته بود. در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و استفاده از Mann Whitney test و Kruskal Wallis test برای مقایسه مقادیر در گروه‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان یارانه بیماران دارای وضعیت اجتماعی متوسط از دو گروه خوب و ضعیف بیش‌تر بود. بیش‌ترین تخفیف در پرداخت مربوط به طبقه اجتماعی خوب و سپس متوسط و ضعیف بود، اما این تفاوت‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار نبودند ($P<۰/۰۵$). همچنین یارانه بیماران با وضعیت اقتصادی خوب (۴۵۰۰۰۰ تومان) بیش‌تر از بیماران با وضعیت اقتصادی پایین‌تر (۴۳۰۰۰۰ تومان) بود که از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($P<۰/۰۵$).

استنتاج: یافته‌ها نشان داد استفاده بیماران از یارانه سلامت و تخفیف بیمارستانی متناسب با طبقه اجتماعی، اقتصادی آنان نبوده است و اغلب بیمارانی که از نظر این ویژگی‌ها شرایط بهتری داشتند، بهره بیش‌تری برده‌اند.

واژه های کلیدی: یارانه، یارانه سلامت، طبقات اجتماعی- اقتصادی، بیمارستان‌های عمومی

مقدمه

ارتقاء و پیشرفت در جوامع مختلف از نظر اقتصادی و اجتماعی به سلامت فکری و جسمی افراد آن جامعه وابسته است(۱). باتوجه به اهمیت نیازهای سلامتی افراد نمی‌توان ضرورت حل مشکل سلامتی را نادیده گرفت.

مولف مسئول: فاطمه فخرایی- ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail:fatemehfakhraei@yahoo.com
۱. دانشیار، اقتصاد بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۰/۱۱/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۴۰۱/۶/۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

از آن‌جایی‌که معمولا زمان حادث شدن این مشکلات کم‌تر قابل پیش‌بینی می‌باشد و در صورت وقوع نیز استفاده از خدمات، صرف‌نظر از توان مالی افراد، تقریبا اجتناب‌ناپذیر می‌باشد، لذا سلامتی نیازمند راهکار تامین و توزیع متناسب منابع مالی بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی است، تا این امر سبب تسهیل در دسترسی به خدماتی گردد که در صورت عدم وجود توان پرداخت افراد نیازمند منجر به صرف‌نظر کردن آن‌ها از دریافت آن خدمت می‌گردد یا در صورت استفاده، دچار هزینه فاجعه بار و سقوط به دهک فقیر می‌گردند(۳،۲). در این راستا گزارش‌های متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد بسیاری از مردم صرفا به‌دلیل ناتوانی مالی در پرداخت هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، یا از استفاده از خدمات چشم‌پوشی می‌کنند و یا دیرتر برای درمان به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و هزینه بیش‌تری با احتمال اثربخشی کم‌تری می‌پردازند(۴). این در حالی است که در بیش‌تر کشورهای در حال توسعه که بر کاهش پرداخت از جیب تاکید دارند، افراد ثروتمند بیش‌تر از افراد فقیر از یارانه سلامت دریافت می‌کنند، در صورتی که این قشر به نسبت دارای نیازهای بهداشتی تامین نشده کم‌تری هستند و هم‌چنین از توان پرداخت بیش‌تری برخوردار هستند(۶،۵). در شرایطی شاهد وضعیت فوق به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه هستیم که نظام سلامت این کشورها با کمبود فزاینده منابع بهداشتی مواجه هستند و در نتیجه لازم است در توزیع منابع در اختیار به شیوه‌ای عمل نمایند که موجبات پوشش همگانی برای همه انواع مراقبت‌های بهداشتی را فراهم نمایند. از طرف دیگر در پاسخ مناسب به محدودیت منابع به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و در راستای پوشش همگانی سلامت، مشارکت مالی استفاده‌کنندگان خدمات یک ضرورت است و این مشارکت حتما باید متناسب با توان پرداخت افراد باشد، تا به‌طور دوسویه منجر به افزایش منابع این بخش گردد و نیز سبب ایجاد موانع اقتصادی برای دسترسی به خدمات مورد نیاز افراد نشود. اما به‌دلیل ضعف اطلاعات مالی و اقتصادی و وجود انواع متفاوت یارانه و سوبسید به‌ویژه سوبسیدهای غیرمستقیم، علاوه بر این‌که قیمت تمام شده واقعی کالاها دقیقا مشخص نیست، اندازه‌گیری بهره‌مندی گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی از این نوع از حمایت‌های عمدتا دولتی نیز نامشخص می‌باشد(۸،۷). لذا ویژگی‌های اجتماعی واقتصادی خانوار و نیز سیاست‌های نظام سلامت از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده هزینه‌های فقرزای سلامت شناخته می‌شوند. سیاست‌های سلامت از طریق تاثیر بر فراهم نمودن، ایجاد دسترسی، قیمت و کیفیت خدمات بر سلامت جامعه و حفاظت مالی از آنان تاثیر می‌گذارد. چین یک نمونه از کشورهای در حال توسعه می‌باشد که توانسته است از سال ۲۰۰۹ به‌طور موفقیت‌آمیزی طرحی را در این زمینه به اجرا بگذارد(۹).

در ایران نیز در اواخر سال ۱۳۷۹ روند تغییر پرداخت یارانه توسط سیاستگذاران در کشور آغاز شده است که توزیع عادلانه درآمد در کل کشور و همچنین کاهش فقر از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند یارانه‌های قابل پرداخت، از جمله اهداف آن‌ها بوده است(۱۰)، هر چند در مورد اثربخشی این سیاست‌ها گزارش‌های مبسوطی وجود ندارد. همچنین جهت‌دهی یارانه‌های سلامت به گروه‌های هدف در مقابل یارانه‌های همگانی به تدریج در حال طرح شدن است(۱۱) که از آن جمله می‌توان به برنامه طرح تحول در نظام سلامت اشاره کرد که از سال ۱۳۹۳در راستای بهبود در تامین مراقبت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور به اجرا گذاشته شده است(۱۲). یکی از مهم‌ترین اهداف این طرح توزیع عادلانه یارانه مراقبت‌های بهداشتی درمانی بوده است که به‌منظور هدفمندی واقعی در قالب یارانه سلامت تامین و پرداخت می‌گردد، که در صورتحساب‌های مالی بیماران بیمارستان‌های دولتی میزان آن ثبت می‌شود(۱۳). هم‌چنین یکی از ارکان اصلی برنامه طرح تحول، کاهش میزان پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی می‌باشد(۱۴). دستورالعمل کاهش پرداخت مستقیم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

از جیب بیماران بیمه‌ای بستری شده به حداکثر ۱۰ درصد در بیمارستان‌های دولتی و به عنوان یارانه سلامت و با هدف حفاظت مالی از مردم به ویژه اقشار آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های سلامت از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم‌الاجرا گردید و شامل پوشش ۹۰ تا ۹۵ درصد هزینه کلیه خدمات خارج از تعهد بیمه‌های پایه و تکمیلی می‌گردد(۱۵). با توجه به گذشت چند سال از اجرای این طرح و این‌که در سطح ملی به اجرا گذاشته شده است و در نظر گرفتن حمایت مالی بی‌سابقه دولت از این طرح، اکنون باید دید که این حجم از یارانه‌ها و منابع بیمارستان‌های دولتی چگونه توسط گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی مورد استفاده قرار گرفته است، لذا مطالعه حاضر جهت بررسی میزان استفاده بیماران بستری از یارانه سلامت بر حسب طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کاربردی بود که به‌صورت مقطعی (cross sectional) در بین بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی بابل شامل بیمارستان‌های آیت‌اله روحانی، بیمارستان شهید بهشتی، بیمارستان شهید یحیی‌نژاد و بیمارستان ۱۷ شهریور در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی بابل بودند که می‌توانستند مشمول یارانه سلامت باشند. تعداد نمونه براساس جدول مورگان ۳۸۴ مورد بود که با توجه به این‌که نمونه‌ها از بیمارستان‌های مختلف انتخاب می‌شدند لذا برای داشتن نمونه قابل قبول از هر بیمارستان و هم‌چنین با احتمال حذف برخی از نمونه‌ها بدلیل کیفیت پایین پاسخگویی، لذا حجم نمونه بزرگ‌تر و در نهایت به ۷۰۰ مورد افزایش داده شده است. این نمونه براساس تعداد بیماران مراجعه‌کننده هر بیمارستان بین آن‌ها توزیع و انتخاب شد و از بیمارستانی که بیماران ترخیص شده بیش‌تری داشت، حجم نمونه بیش‌تری انتخاب شد. هم‌چنین نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در روزهای کاری هفته و به شکل ترتیبی از بین ترخیص‌شدگان این بیمارستان‌ها انتخاب شدند. لذا معیار ورود به مطالعه شامل بستری شدن، دسترسی به صورتحساب بیمارستانی بیمار، مشمول دریافت یارانه سلامت بودن و تمایل به شرکت در مطالعه بود و در نتیجه مراجعه‌کنندگان و بستری‌شدگانی که فاقد شرایط مذکور بوده‌اند از نمونه مطالعه حذف شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از یک پرسشنامه محقق ساخته با الگوگیری از ابزار گرمارودی و مرادی استفاده شد. این ابزار استاندارد و بومی است که پایایی و روایی آن بررسی و تایید و برای مطالعات مرتبط با سلامت توصیه شده است. در این ابزار متغیرهای مرتبط با وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانوارها درچهار دسته شامل مشخصات سرپرست و همسرسرپرست خانوار، هزینه‌ها و درآمد، مسکن و تسهیلات و اوقات فراغت پوشش داده شده است(۱۶).

سپس با بهره‌گیری از ساختار اصلی ابزار اشاره شده و استفاده از نظرات و توصیه‌های ۱۰ نفر از افراد با تجربه، تغییرات متناسبی در آن صورت گرفت. بنوعی که پرسشنامه نهایی ابعاد مربوط به وضعیت اقتصادی، ویژگی‌های اجتماعی، ویژگی‌های جمعیتی، محیط جغرافیایی، نوع پوشش بیمه‌ای، وضعیت پزشکی و اپیدمیولوژیکی را مجموعا با ۲۵ متغیر و هم‌چنین اطلاعات مربوط به هزینه‌های بیمارستانی آن‌ها را پوشش داده است. ابعاد پرسشنامه مذکور در این مطالعه به این صورت است که بعد وضعیت اقتصادی شامل اطلاعات مربوط به مسکن و وضعیت مالکیت، وضعیت درآمد و دارایی و سرمایه، وضعیت وسایل خانه و سایر امکانات تفریحی و رفاهی می‌باشد. بعد وضعیت اجتماعی شامل اطلاعات مربوط به وضعیت تاهل، سطح تحصیلات بیماران یا سرپرست خانواده آن‌ها، رشته تحصیلی و وضعیت شغلی می‌باشد. به منظور گروه‌بندی بیماران بر حسب وضعیت اجتماعی و اقتصادی، برای ۲۵ سوال این پرسشنامه که گفته شد، حداقل نمره هر سوال ۱ و حداکثر ۳ در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

نظر گرفته شد. بنابراین بازه نمرات حداقل ۲۵ و حداکثر ۷۵ بوده است. بر همین اساس افرا د به سه طبقه ضعیف (با جمع نمره کم‌تر از ۴۰)، متوسط (با جمع نمره ۵۰-۴۰) و خوب (با جمع نمره بالاتر از ۵۰) تقسیم شده‌اند. اطلاعات مربوط به وضعیت جمعیتی عبارتند از: اطلاعات مربوط به سن، جنس و بعد یا تعداد افراد خانوار. بعد وضعیت جغرافیایی نیز شامل محل سکونت و فاصله تا بیمارستان می‌باشد. وضعیت پوشش بیمه‌ای شامل اطلاعات مربوط به نوع بیمه، وضعیت مشمولیت یارانه و وضعیت حمایت توسط سازمان‌های حمایتی می‌باشد و در نهایت بعد ویژگی‌های پزشکی شامل اطلاعات مربوط به سابقه بیماری، بیماری زمینه‌ای و علت مراجعه است. همچنین از صورتحساب مالی استاندارد پیشنهادی وزارت بهداشت برای بیماران استفاده شد. در نهایت برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و برای ارزیابی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شده است. با توجه به این‌که داده‌ها توزیع نرمال نداشتند از آزمون‌های ناپارامتری شامل آزمون من ویتنی (Mann Whitney test) و آزمون کروسکال والیس (Kruskal Wallis test) برای مقایسه مقادیر در گروه‌ها استفاده شد و نتایج در سطح معنی‌داری کم‌تر از ۵ درصد مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر به‌طورکلی حاکی از آن است که حدود ۶ درصد از بیماران مطالعه شده از طبقه اجتماعی و اقتصادی خوب، ۲۴ درصد از طبقه متوسط و ۶۷ درصد از طبقه ضعیف بوده‌اند. یارانه‌های سلامت و در کنار آن تخفیف در پرداخت صورتحساب‌های بیمارستانی که خود باید نوعی یارانه دولتی محسوب گردد، نه تنها به‌طور یکسان و مساوی بلکه به‌طور وارونه و برعکس بیش‌تر توسط افراد برخوردار جامعه کسب و استفاده شده است. در این قسمت ابتدا ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و سپس جزئیات بیش‌تر این یافته‌ها با توجه به سه آیتم بیش‌تر مرتبط در صورتحساب‌ها شامل هزینه کل، سهم یارانه و میزان تخفیف در گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، اکثریت افراد بستری شده از جنس خانم، متاهل، با بعد خانوار ۴-۲ نفر و دارای مشاغل آزاد بوده‌اند. ضمنا بستری شدگان در سالمندان در گروه سنی ۶۵ سال به بالا ۲۹/۳ درصد مراجعه‌کنندگان بوده است.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران بستری مطالعه شده در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۷

متغیر		تعداد (درصد)
جنس	زن	۳۸۵ (۵۵)
	مرد	۳۱۵ (۴۵)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰۱ (۱۴/۴)
	متاهل	۵۰۹ (۷۲/۷)
	مطلقه	۸ (۱/۱)
	همسرمرده	۸۲ (۱۱/۷)
وضعیت شغلی	شغل آزاد	۴۸۰ (۶۸/۶)
	دانشجو، محصل، سرباز	۹۴ (۱۳/۴)
	شغل دولتی	۱۲۶ (۱۸)
گروه‌های سنی	زیر ۱۸ سال	۳۲ (۴/۶)
	۱۸-۶۴	۴۶۳ (۶۶/۱)
	۶۵ سال به بالا	۲۰۵ (۲۹/۳)
	میانگین سنی	۵۰/۱۷ ±۲۰/۷
تعداد افراد خانوار	۱	۵۰ (۷/۱)
	۴-۲	۵۳۵ (۷۶/۴)
	۵و بیش‌تر	۱۱۵ (۱۶/۴)
	میانگین	۳/۳ ±۱/۴

در صورتحساب بیماران بستری مورد مطالعه بر حسب وضعیت اجتماعی، آیتم‌های یارانه بیماران دارای وضعیت اجتماعی متوسط (۴۴۰۰۰۰ تومان) بود و مقدار آن از دو گروه دیگر بیش‌تر بود و بعد از آن بیماران در طبقه اجتماعی ضعیف‌تر (۴۱۵۰۰۰ تومان) و سپس بیماران در طبقه اجتماعی خوب (۳۴۰۰۰۰ تومان) قرار داشته‌اند. اما در برخورداری از تخفیف در پرداخت صورتحساب بیمارستانی، بیش‌ترین آن مربوط به طبقه اجتماعی خوب و سپس متوسط و ضعیف بوده است و این تفاوت‌های مشاهده شده به لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است (جدول شماره ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول شماره ۲: مقایسه صورتحساب بیماران بستری مطالعه شده در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۷ برحسب وضعیت اجتماعی- اقتصادی پنجگانه

صورتحساب / متغیر		جمع هزینه (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	یارانه دولت (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	تخفیف (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)
وضعیت اجتماعی	ضعیف	۳۸۹۰۵۰۰ ± ۶۳۶۲۰۰	۴۱۴۶۰۰ ± ۹۴۷۰۰	۱۱۷۰۰۰ ± ۲۷۲۰۰
	متوسط	۴۰۲۹۱۰۰ ± ۲۰۰۵۰۰	۴۲۷۶۰۰ ± ۲۹۳۰۰	۱۸۶۲۰۰ ± ۴۳۵۰۰
	خوب	۳۴۳۵۱۰۰ ± ۴۷۲۲۰۰	۳۴۱۱۰۰ ± ۷۲۲۰۰	۳۳۰۴۰۰ ± ۷۲۴۰۰
	سطح معنی داری	۱۴۹/۰	۰۵۶/۰	۴۳۵/۰
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴۰۴۷۹۰۰ ± ۳۰۴۴۰۰	۴۳۳۱۰۰ ± ۴۱۴۰۰	۱۴۴۷۰۰ ± ۱۶۱۰۰
	متوسط	۴۰۱۲۱۰۰ ± ۲۴۷۲۰۰	۴۱۸۳۰۰ ± ۳۴۴۰۰	۱۴۱۰۰۰ ± ۱۴۹۰۰
	خوب	۳۶۲۹۹۰۰ ± ۳۹۳۹۰۰	۴۴۶۰۰۰ ± ۷۶۹۰۰	۴۴۶۹۰۰ ± ۲۴۲۴۰۰
	سطح معنی داری	۰۳۳/۰	۰۲۸/۰	۷۱۸/۰

هم‌چنین در صورتحساب بیماران بستری مورد مطالعه بر حسب وضعیت اقتصادی، آیتم یارانه دولت به بیماران دارای تفاوت معنی‌دار بود. یارانه بیماران با وضعیت اقتصادی خوب (۴۵۰۰۰۰ تومان) که بیش‌تر از بیماران با وضعیت اقتصادی پایین‌تر (۴۳۰۰۰۰ تومان) بوده است. هم‌چنین بیماران همین گروه نسبت به بقیه گروه‌ها از تخفیف بیش‌تری در پرداخت صورتحساب برخوردار شده‌اند، این تفاوت‌های مشاهده شده به لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. در ادامه در جدول شماره ۳ وضعیت صورتحساب بیماران با توجه به سن و جنس بستری شدگان ارائه شده است.

در صورتحساب بیماران برحسب سن و جنس همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد، جمع هزینه بستری مردان بیش تر از زنان بوده است و به همین شکل از یارانه و تخفیف بیش‌تری نسبت به زنان نیز استفاده نموده‌اند، این تفاوت‌های مشاهده شده بجز در مورد برخورداری از یارانه دولت (P=۰/۰۵)، در موارد دیگر به لحاظ آماری معنی‌دار بوده است(P<۰/۰۵). هم‌چنین در میانگین صورتحساب بیماران بر حسب سن، تفاوت معنی‌دار بوده است (P=۰/۰۵)، به گونه‌ای که میزان یارانه افراد ۶۴-۱۸ سال ۴۱۰۰۰۰ تومان و یارانه افراد ۶۵ سال به بالا ۵۰۰۰۰۰ تومان، بوده است. اما از نظر میزان استفاده بیماران مختلف از یارانه‌های سلامت، جدول شماره ۴ صورتحساب بیماران بستری شده را بر حسب علت مراجعه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: مقایسه وضعیت صورتحساب بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۷ برحسب جنس وسن

صورتحساب / متغیر		جمع هزینه (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	یارانه دولت (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	تخفیف (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)
جنس	زن	۳۵۶۵۹۰۰ ± ۲۱۳۰۰۰	۴۲۳۴۰۰ ± ۳۸۹۰۰	۱۱۸۵۰۰ ± ۱۰۶۰۰
	مرد	۴۴۳۸۱۰۰ ± ۲۹۶۹۰۰	۴۲۹۳۰۰ ± ۳۳۶۰۰	۲۶۱۲۰۰ ± ۷۶۹۰۰
	سطح معنی داری	۰۰۸/۰	۱۴/۰	۰۰۹/۰
سن (سال)	کمتر از ۱۸	۲۰۱۴۵۰۰ ± ۱۶۲۷۰۰	۲۰۲۳۰۰ ± ۱۴۴۰۰	۷۵۱۰۰ ± ۲۰۳۰۰
	۶۴-۱۸	۳۷۶۵۷۰۰ ± ۲۱۹۳۰۰	۴۰۸۵۰۰ ± ۳۲۹۰۰	۲۱۱۹۰۰ ± ۶۲۱۰۰
	۶۵ به بالا	۴۶۹۷۰۰۰ ± ۳۴۵۷۰۰	۵۰۰۶۰۰ ± ۴۸۹۰۰	۱۴۷۶۰۰ ± ۱۷۸۰۰
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۷

مطابق جدول فوق بیماران با علت مراجعه به‌دلیل تومورهای خوش‌خیم و بدخیم و بیماری‌های اسکلتی- عضلانی دارای بیش‌ترین میانگین هزینه بوده‌اند (۶۵۰۰۰۰۰ تومان). بیماران با بیماری‌های سیستم اعصاب دارای کم‌ترین میانگین هزینه در صورتحساب بودند (۱۷۰۰۰۰۰ تومان) و بیش‌ترین بهره‌مندی از یارانه دولت مربوط به بیماران اسکلتی- عضلانی (۹۶۰۰۰۰ تومان) و کم‌ترین مربوط به بیماران با علت مراجعه سیستم اعصاب (۱۴۰۰۰۰ تومان) بوده است. هم‌چنین بیش‌ترین تخفیف مالی بیمارستان را بیماران با تومورهای خوش‌خیم و بدخیم (۱۱۰۰۰۰۰ تومان) و کم‌ترین تخفیف را بیماران سیستم اعصاب(۴۳۰۰۰ تومان) دریافت نموده‌اند. هم‌چنین میانگین وضعیت صورتحساب بیماران بر حسب علت مراجعه از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P< ۰/۰۰۱).

جدول شماره۴: مقایسه وضعیت صورتحساب بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل درسال۱۳۹۷ برحسب علت مراجعه

علت مراجعه	جمع هزینه (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	یارانه دولت (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)	تخفیف (تومان) (انحراف معیار ±میانگین)
بیماری های عفونی	۳۹۷۵۰۰۰ ± ۶۴۹۸۰۰	۳۰۹۰۰۰ ± ۱۲۵۰۰۰	۱۱۸۰۰۰ ± ۴۵۰۰۰
تومورها (خوش خیم و بدخیم)	۶۴۵۸۳۰۰ ± ۱۲۶۸۶۰۰	۶۵۹۰۰۰ ± ۱۴۵۰۰۰	۱۰۹۱۰۰۰ ± ۱۰۱۶۰۰۰
بیماری های خونی	۲۷۷۸۹۰۰ ± ۳۴۰۳۰۰	۲۷۸۰۰۰ ± ۳۷۰۰۰	۱۲۹۰۰۰ ± ۴۵۰۰۰
غدد و متابولیسم	۶۱۲۵۹۰۰ ± ۸۳۴۰۰۰	۵۸۱۰۰۰ ± ۹۵۰۰۰	۲۳۳۰۰۰ ± ۴۳۰۰۰
سیستم اعصاب	۱۶۷۹۰۰۰ ± ۱۴۴۰۰۰	۱۴۲۰۰۰ ± ۲۷۰۰۰	۴۳۰۰۰ ± ۵۰۰۰
سیستم گردش خون (عروق)	۵۱۴۹۰۰۰ ± ۵۹۳۰۰۰	۶۰۰۰۰۰ ± ۹۳۰۰۰	۱۵۸۰۰۰ ± ۳۳۰۰۰
بیماری های گوارشی	۳۳۷۱۰۰۰ ± ۲۷۲۰۰۰	۳۳۸۰۰۰ ± ۳۵۰۰۰	۱۳۸۰۰۰ ± ۱۹۰۰۰
اسکلت و عضلانی	۶۵۴۶۰۰۰ ± ۱۳۰۹۰۰۰	۹۶۰۰۰۰ ± ۱۳۱۰۰۰	۴۴۰۰۰۰ ± ۲۷۸۰۰۰
سیستم ادراری تناسلی	۳۰۳۵۰۰۰ ± ۲۷۹۲۰۰	۲۷۷۰۰۰ ± ۲۸۰۰۰	۱۰۳۰۰۰ ± ۱۵۰۰۰
بارداری و زایمان	۲۰۱۱۰۰۰ ± ۱۲۲۰۰۰	۲۵۲۰۰۰ ± ۲۱۰۰۰	۷۳۰۰۰ ± ۲۲۰۰۰
جراحت	۵۷۰۳۰۰۰ ± ۹۳۹۰۰۰	۵۵۱۰۰۰ ± ۱۲۰۰۰۰	۱۶۳۰۰۰ ± ۴۲۰۰۰
مسمومیت	۳۸۱۷۰۰۰ ± ۹۵۷۰۰۰	۴۵۴۰۰۰ ± ۱۷۰۰۰۰	۱۳۲۰۰۰ ± ۴۳۰۰۰
سرویس های درمانی	۲۷۴۴۰۰۰ ± ۱۸۹۰۰۰	۳۱۳۰۰۰ ± ۵۸۰۰۰	۱۷۰۰۰۰ ± ۳۲۰۰۰
سایر	۲۳۷۶۰۰۰ ± ۳۲۴۰۰۰	۱۹۳۰۰۰ ± ۳۳۰۰۰	۱۱۶۰۰۰ ± ۴۶۰۰۰
سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که استفاده بیماران از یارانه سلامت و تخفیف بیمارستانی متناسب با طبقه اجتماعی، اقتصادی آنان نبوده است. به‌گونه‌ای که اغلب بیمارانی که از نظر این ویژگی‌ها شرایط بهتری داشته‌اند، از منابع یارانه‌ای بهره بیش‌تری برده‌اند. این تفاوت‌ها در ابعاد اقتصادی، سن وعلت بیماری معنی‌دار بوده است. این مطالعه نشان داد که تمام افراد بدون توجه به شرایط اقتصادی خود ازحمایت مالی دولت در پوشش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی برخوردار شده‌اند. حتی افراد با وضعیت اقتصادی خوب بیش‌تر از افراد متوسط و ضعیف از نظر اقتصادی، از یارانه سلامت و نیز تخفیف استفاده نموده‌اند و بیماران با وضعیت اجتماعی متوسط بیش‌تر از بیماران با وضعیت اجتماعی ضعیف از یارانه سلامت بهره برده‌اند و بیماران با وضعیت اجتماعی خوب، متوسط و ضعیف به ترتیب بیش‌ترین بهره را از تخفیف بیمارستانی برده بودند. این در حالی است که طرح تحول سلامت اساسا به‌منظور هدفمندسازی یارانه‌ها و حمایت‌های مالی دولت تدوین شده است و سیاستی مداخله‌ای بوده که در جهت مقابله با هزینه‌های بالای خدمات درمانی و نیز حمایت از افراد آسیب‌پذیر تدوین شده و هدف آن ایجاد تفاوت بین میزان پرداخت افراد برحسب تفاوت درآمد آن‌ها و متناسب با شرایط اجتماعی آنان بوده است(۱۷). این نکته کاملا بدیهی است که با توجه به محدودیت مالی نظام‌های سلامت در جهان و از جمله نظام بهداشت و درمان ایران، اگر این منابع محدود به همین صورت به تمام اقشار جامعه بدون در نظر گرفتن توان پرداخت و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها ارائه گردد، هم فرصت‌های دسترسی به منابع بیش‌تر از طریق مشارکت مالی متناسب استفاده‌کنندگان از خدمات که جزء منابع پایدار نظام‌های سلامت محسوب می‌گردد، از دست می‌رود و هم نظام سلامت از تدارک همه انواع خدمات مورد نیاز افراد گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی باز می‌ماند و در نتیجه در تحقق اهداف پوشش همگانی خدمات که به‌عنوان یک هدف از سوی سازمان جهانی بهداشت بویژه در سال‌های اخیر مورد تاکید خاص بوده است، توفیقی حاصل نخواهد شد. طبق مطالعه فضائلی و همکاران با عنوان مشارکت مالی خانوارهای شهری ایرانی در نظام سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵، دهک‌های درآمدی بالاتر و به‌ویژه دهک دهم، هزینه‌های سلامت نقش بیش‌تری در کل هزینه‌های خانوار دارد؛ به‌گونه‌ای که بیش از ۶/۳ درصد هزینه‌های خانوار دهک دهم به سلامت اختصاص یافته است، درحالی که این رقم در دهک اول کم‌تر از ۴/۸ درصد بوده است(۱۸). با توجه به این‌که نیازهای بهداشتی و درمانی مردم در دهک‌های پایین‌تر جامعه معمولا پایین‌تر می‌باشد، سهم کم‌تر از هزینه‌های خانوار این دهک‌ها در مقایسه با بالاترین دهک جامعه، می‌تواند حاکی از این باشد که این اقشار عمدتا بدلیل مسائل اجتماعی و اقتصادی، موفق به تامین نیازهای بهداشتی و درمانی خود نمی‌گردند و باید نگران نیازهای بهداشتی تامین نشده آن‌ها و آثار آن بر رفاه و توسعه جامعه بود. این نکته آخر بیش‌تر از این حیث دارای اهمیت می‌باشد که در کل سبد هزینه خانوار دهک‌های پایین‌تر جامعه نیز نسبت به بالاترین دهک طبعا کوچک‌تر می‌باشد(۱۹). مطالعه حاضر نشان داد که برخورداری بیماران با وضعیت اقتصادی خوب از یارانه سلامت و نیز تخفیف، بیش‌تر از بیماران با وضعیت اقتصادی پایین‌تر بوده است. اما در مطالعه حیدریان وهمکاران بیان شده که دولت توانسته است میزان پرداخت از جیب بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان های دولتی را از طریق یارانه سلامت تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد(۲۰). در این راستا به‌طور منطقی هدف از اجرای چنین طرح‌هایی بیش‌تر کاهش پرداخت از جیب بیماران نیازمند می‌باشد، در غیر این صورت پرداخت این قبیل منابع به افرادی‌که در طبقه اقتصادی خوب قرار دارند هیچ توجیه منطقی ندارد و نه تنها سبب فرصت‌های از دست رفته ناشی از عدم استفاده از این منابع در تدارک خدمات با اولویت بالا و برای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

گروه‌های آسیب‌پذیر می‌گردد، بلکه فرصت کسب مشارکت مالی این افراد نیز باید از دست رفته تلقی گردد. Camenzind و همکاران در مطالعه خود بیان کردند در سوئیس پوشش از طریق بیمه درمانی اجباری و یارانه برای افراد با درآمد کم تأمین می‌شود، این سیستم دارای درجه بالایی از انتخاب و دسترسی مستقیم به تمام سطوح مراقبت و تقریباً بدون زمان انتظار است(۲۱). اما معمولا دو خطا در برنامه هدفمندسازی اتفاق می‌افتد، خطای اول دسته‌بندی برخی افراد که جزء گروه هدف هستند به‌عنوان جمعیت غیرهدف است که در نتیجه آن بعضی نیازمندان از دریافت منافع و مزایا محروم می‌شوند و دسته دوم خطاهایی هستندکه افراد غیرمستحق به عنوان گروه هدف انتخاب می‌شوند و خدمات یارانه‌ای به افرادی ارائه می‌شودکه خود توان پرداخت هزینه آن را دارند(۲۲)، که سبب می‌شود این افراد نه تنها در تامین منابع ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مشارکت منصفانه‌ای نکنند بلکه از منابع محدود تامین شده نیز به‌طور غیر منصفانه‌ای بهره‌مند شوند. همچنین در این مطالعه یارانه بیماران دارای وضعیت اجتماعی متوسط بیش‌تر از سایر بیماران بوده است، اما در برخورداری از تخفیف، بیش‌ترین آن‌ها مربوط به طبقه اجتماعی خوب و سپس متوسط و ضعیف بوده است. این یافته حاکی از تاثیر روابط اجتماعی و ارتباطات در دریافت منابع عمومی به‌طور غیرهدفمند می‌باشد. موضوعی که امروزه در حوزه‌های کلان‌تر به‌عنوان باند و رانت و ریشه‌های فساد از آن نام برده می‌شود. موضوعی که در فقدان برنامه‌های دقیق برای هدفمندسازی یارانه‌ها به راحتی اتفاق می‌افتد و باعث می‌شود این یارانه‌ها به‌طور عادلانه توزیع نگردد و نهایتا اهداف مورد نظر محقق نشود. این یافته با مطالعه Younger در هند همخوانی دارد(۲۳). در رابطه با طرح تحول سلامت در ایران و آثار اقتصادی و سلامتی آن بحث‌های زیادی شده است. در یکی از این مباحث ادعا شده است کسانی که درآمد بالاتری داشتند، به دلیل دسترسی به اخبار و اطلاعات بیش‌تر، از این طرح بیش‌تر استفاده کرده‌اند. افرادی که استطاعت مالی داشته‌اند، عمل‌های جراحی گران‌قیمت که باید با مشارکت مالی منصفانه آن‌ها در بیمارستان‌های دولتی و یا در بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شد را در بیمارستان‌های دولتی که خدمات با یارانه‌های مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌گردد، انجام داده‌اند. به‌طور مثال فردی که آرتروز داشت و باید پروتز استفاده می‌کرد، از بودجه دولت برای درمان او هزینه شد، اما بسیاری اصلا اطلاع نداشتند که می‌توانند با کم‌ترین هزینه درمان شوند(۲۴). موضوع آگاهی کم‌تر طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه از نیازهای بهداشتی خود و هم‌چنین عدم آگاهی از خدمات بالقوه در دسترس، موضوع شایع و شناخته شده‌ای در اغلب جوامع می‌باشد، به همین دلیل نیاز است تا متولیان امور سلامت به این کاستی توجه داشته باشند تا با برخورد متناسب با آن بتوانند ضمن بهره‌مندی گروه‌های نیازمند از حقوق سلامت خود، موجبات بهبود عدالت در سلامت را فراهم آورند(۲۵). اما یافته‌های این مطالعه و سایرین نشان داد که در طرح تحول سلامت که در فقدان سیاست‌های اصولی برای توزیع یارانه‌ها به اجرا گذاشته شد، این موفقیت بدست نیامده است. پیکان‌پور وهمکاران در مورد دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۷ اعلام نمودندکه این طرح نکات مثبت و خروجی‌های مطلوبی نظیر کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم و پوشش نیازهای درمانی جمعیت نیازمند فاقد بیمه را برای نظام سلامت ایران به ارمغان آورده است(۲۶). اما در اکثر این مطالعات تاثیر طرح به صورت کلی بیان شده و وضعیت به تفکیک گروه‌های اقتصادی و اجتماعی بررسی نشده است. هم‌چنین طبق نتایج این مطالعه مردان از یارانه وتخفیف بیش‌تری نسبت به زنان استفاده کرده‌اند و در میانگین صورتحساب بیماران برحسب سن در میزان برخورداری از یارانه دولت، تفاوت معنی‌دار وجود داشته است، به نحوی که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

با افزایش سن برخورداری از یارانه سلامت بیش‌تر بوده است. این یافته می‌تواند موید این فرضیه باشد که نفوذ و نقش مردان در جامعه مردسالار ما می‌تواند فرصت‌هایی را برای برقراری ارتباط بهتر برای آن‌ها رقم بزنند و مناسبات بهتری را با در گرفتن برخی امتیازات برایشان فراهم نماید. اصولا این اظهار منطقی در منابع معتبر و تخصصی بین‌المللی وجود دارد که به وضوح به کشورها و دولت‌ها توصیه می‌نماید تا به این واقعیت توجه نمایند که پرداخت خدمات رایگان یا تقریبا رایگان به همه افراد و گروه‌های اجتماعی و اقتصادی بدون در نظر گرفتن استحقاق آن‌ها، نهایتا به این منتهی خواهد شد که دولت‌ها و کشورها نتوانند همه خدمات مورد نیاز افراد و گروه‌هایی که واقعا به آن نیاز دارند و مستحق حمایت‌های دولتی در دسترسی به آن خدمات هستند را تامین و تدارک ببینند(۲۷). به‌عنوان شاهدی بر تصدیق همین اظهار، ما در کشورمان و در بخش بهداشت به کرات شاهدیم که نه تنها دولت در تدارک بسیاری از خدمات دارای اولویت و ضروری عذر کمبود منابع را مطرح می نماید، بلکه در تدارک آنچه که در همین طرح تحول پیش بینی نموده است شدیدا در تنگنای منابع مالی می‌باشد و تداوم آن را به قیمت فشارهای شدید به کل بودجه دولت و یا به قیمت محدودتر کردن منابع سایر بخش‌های دولتی به پیش می‌برد. لذا لازم بود و اکنون ضرورت بیش‌تری دارد تا برای جلوگیری از، از دست دادن فرصت‌های بیش‌تر تجدیدنظر جدی در نحوه توزیع منابع یارانه‌ای با هدف‌گیری دقیق‌تر صورت گیرد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که استفاده بیماران از یارانه سلامت و تخفیف بیمارستانی متناسب با طبقه اجتماعی، اقتصادی آنان نبوده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد سیاست صحیح هدفمندسازی و تشخیص گروه هدف، به نحوی باشد که منجر به بهره‌مندی بیش‌تر گروه‌های اجتماعی و اقتصادی دهک‌های پایین‌تر جامعه گردد و نیز از ظرفیت و فرصت افزایش منابع نظام سلامت حاصل از مشارکت متناسب مالی بر حسب توان پرداخت مصرف‌کنندگان بهره گرفته شود.

سپاسگزاری

این مطالعه با کد ۱۶۸۶ و کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1397، حاصل بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به انجام رسیده است. ضمن تشکر از این دو معاونت محترم، از ریاست و کارکنان گرامی بیمارستان‌های مورد مطالعه و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه همراهی کردند نیز صمیمانه سپاسگزاریم.

References

1. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. Technical Brief for Policy Makers. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy 2005: 1-4.
2. O'donnell O, Van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Who pays for health care in Asia? Journal of Health Economics 2008; 27(2): 460-475.
3. Halasa Y, Nassar H, Zaky H. Benefit-incidence analysis of government spending on Ministry of Health outpatient services in Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal 2010; 16(5): 467-473.
4. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public social spending in Africa: do the poor benefit? The World Bank Research Observer 1999; 14(1): 49-72.
5. Chen M, Fang G, Wang L, Wang Z, Zhao Y, Si L. Who benefits from government healthcare subsidies? An assessment of the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

equity of healthcare benefits distribution in China. PLoS One 2015; 10(3): e0119840.

6. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. Lancet 2012; 379(9818): 833-842.
7. Hassanzadeh E. Recent developments in Iran's energy subsidy reforms. The International Institute for Sustainable Development 2012.
8. Briggs A, Sculpher M, Claxton K. Decision modelling for health economic evaluation. OUP Oxford 2007; 36(2): 476-477.
9. Akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors. Anesthesiology and Pain 2014;5(3): 1-2 (Persian).
10. Aghajani M. The eleventh government gave people "health subsidies" for the first time. Mehrnews 2017: 05: 21 (Persian).
11. Vahidi R, Saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions–Iran-Tabriz 2010. Hospital 2013; 11(4): 45-52.
12. Abedi G, Soltani Kontai SA, Marvi A, Mazidi S, Abedini E, Abbasi Chaleshtary A. SWOT Analysis of Health Reform Plan on Healthcare Sector from the Stakeholder Perspective. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(166): 199-212 (Persian).
13. Garmaroudi G, Moradi A. Socio-Economic Status In Iran: A Study Of Measurement Index.Payesh 2010; 9(2): 137-144 (Persian).
14. Peikanpour M,Esmaeli S,Yousefi N,Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. Payesh 2018; 17(5): 481-494 (Persian).
15. Fazaeli AA. Financial Contribution of Iranian Urban Households in the Health System (2004-2016): With an Emphasis on the Health Transformation Plan. J Educ Community Health 2017; 4(1): 43-50.
16. Ahmadi M, Jalali R, Raiszadeh M. Seven Years of Experience in the Health System Transformation Plan in Iran: A Comparative Study and Narrative Review. Quarterly Journal of Nursing Management 2021; 10(1): 119-129 (Persian).
17. Heydarian N, Wahdat S. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2015; 33(3): 0-0 (Persian).
18. De CP, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, et al. Switzerland: health system review. Health Systems in Transition 2015; 17(4): 1-288.
19. Israel S. How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. Int J Equity Health 2016; 15(1): 41.
20. Younger DS. Health care in India. Neurol Clin 2016; 34(4): 1103-1114.
21. Razi M. Ministry of Health Spends 5 Years on Surgical Operations in 1. Year Health Reform Plan For Rich People. In: Reporter I, editor.: Ilna News Agency; 2018; 09: 02 (Persian).
22. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000. Report No.: 924156198X.
23. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. Payesh 2018; 17(5): 481-494 (Persian).
24. Mehrara M, Fazaeli A. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (1382-1386). Journal of Health Administration 2010; 13(40): 51-62 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]