

پوشش بیمه سلامت اجتماعی و حمایت مالی در بین مهاجران داخلی روستا به

شهر در چین:

شواهدی از یک مطالعه سطح مقطعی معرف ملی

چکیده

مقدمه. مهاجران، جمعیت آسیب پذیری هستند و ممکن است چالش ها و موانع گوناگونی را برای دسترسی به بیمه سلامت تجربه کنند. پوشش بیمه سلامت، از مهاجران در برابر زیان مالی مربوط به بیماری و مرگ، حمایت می کند. ما پوشش بیمه سلامت اجتماعی (SHI)^۱ و تاثیر حمایت مالی اش در بین مهاجران داخلی روستا به شهر (IMS)^۲ را در چین ارزیابی نمودیم.

روشها. داده های حاصل از "زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی 2014"^۳ بکار رفت. ما 170904 مهاجر داخلی روستایی به شهری را بر حسب بیمه سلامت اجتماعی شان دسته بندی نمودیم، یعنی، بیمه نشده توسط بیمه سلامت اجتماعی، بیمه شده توسط طرح بیمه سلامت اجتماعی روستایی (طرح پزشکی تعاونی روستایی نوین (NCMS)^۴) یا طرح های بیمه سلامت اجتماعی شهری (بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری (UEBMI)^۵) / بیمه پزشکی پایه مبتنی بر سکنه شهری (URBMI)^۶ و بیمه شده دوگانه (ثبت شده هم در طرح های روستایی و هم شهری). حمایت مالی به عنوان "درصد پرداخت های از جیب شخص (OOP) برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در هزینه کل خانوار تعریف شد.

¹ social health insurance

² internal migrants

³ (NIMDMS) 2014 National Internal Migrant Dynamic Monitoring Survey

⁴ new rural cooperative medical scheme

⁵ urban employee-based basic medical insurance

⁶ urban resident-based basic medical insurance

نتایج. نرخ بیمه نشدگان بیمه سلامت اجتماعی و طرح پزشکی تعاونی روستایی نوین، بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند و پوشش بیمه دوگانه در مهاجران روستا به شهر، به ترتیب 17.3% ($95\% \text{ CI } 16.9\% \text{ تا } 17.7\%$)، 66.6% ($66.0\% \text{ تا } 67.1\%$)، 22.6% ($22.2\% \text{ تا } 23.0\%$) و 5.5% ($5.3\% \text{ تا } 5.7\%$) بود. به طور متوسط، شاخص حمایت مالی در بین بیمه نشدگان، فقط بیمه شدگان NCMS، فقط بیمه شدگان UEBMI / URBMI و شرکت کنندگان بیمه شده دوگانه به ترتیب 13.3% ، 9.2% ، 6.2% و 5.8% ($p=0.004$) بود. پس از کنترل عوامل محل و تنظیم تاثیر حمایت بیمه سلامت شخصی، در مقایسه با افراد بدون بیمه سلامت اجتماعی، UEBMI / URBMI، NCMS و بیمه دوگانه ممکن است سهم درصد متوسط پرداخت های OOP را به میزان 33.9% ($95\% \text{ CI } 25.5\% \text{ تا } 41.4\%$)، 14.1% ($6.6\% \text{ تا } 20.9\%$) و 26.8% ($11.0\% \text{ تا } 39.7\%$) کاهش دهند.

نتیجه گیری. گرچه مهاجران روستایی به شهری با موانع دستیابی به طرح بیمه سلامت اجتماعی مواجه هستند، اما یافته های ما، تاثیر حمایت مالی مثبت بیمه سلامت اجتماعی را تایید می کند. بهبود دسترسی و قابلیت حمل بیمه سلامت، حمایت مالی برای مهاجران داخلی را ارتقا داده و به علاوه، پوشش سلامت همگانی در چین و سایر کشورهایی که با موانع مربوط به مهاجرت برای کسب پوشش همگانی مواجه هستند را تسهیل می نماید.

سوالات اصلی

آنچه درباره این موضوع مشخص است؟

- طرح های بیمه سلامت اجتماعی، مورد تاکید عمده تلاش ها برای ارتقاء دستیابی به مراقبت از سلامت و حمایت مالی در کشورهای با درآمد پایین و درآمد متوسط هستند.
- شواهد پیرامون پوشش بیمه سلامت اجتماعی و تاثیر حمایت مالی آن، در حال حاضر برای مهاجران داخلی روستا به شهر در چین، ناکافی است که برای حدود یک پنجم جمعیت کل، پاسخگوست.

یافته های جدید چیست؟

- مهاجران داخلی روستا به شهر برای دستیابی به طرح های بیمه سلامت اجتماعی بویژه در اقامتگاه کنونی خود، با موانعی مواجه هستند.
- بیمه سلامت اجتماعی، صرف نظر از نوع طرح، به طور مثبت در برابر بار مسئولیت مالی خدمات بستری برای مهاجران داخلی روستا به شهر حمایت نموده است. با این حال، طرح روستایی دارای یک تاثیر حمایت کوچکتر از طرح های شهری بود.

توصیه ها برای خط مشی

• واجد شرایط بودن مهاجران برای طرح های بیمه سلامت اجتماعی در محل سکونت فعلی شان و بهبود حمل و نقل بیمه سلامت، رویکردهای مهمی برای ارتقاء حمایت مالی در سلامت، پوشش سلامت همگانی در چین و سایر کشورهایی خواهد بود که با مسائل مهاجرت پدید آمده مواجه هستند.

مقدمه

تا انتهای سال 2015، جمعیت برآورد شده مهاجران داخلی روستا به شهر (IMS) در چین به 277.5 میلیون نفر رسیده بودند که یک پنجم جمعیت چین را تشکیل می داد. مانند بسیاری از کشورهای دیگر در سرتاسر دنیا، کسب پوشش سلامت همگانی (UHC)^۷، یکی از اولویتهای سلامت چین برای حصول اطمینان از این مساله است که همه مردم مراقبت از سلامت با کیفیت لازم را بدون سختی مالی دریافت می کنند. بیمه سلامت اجتماعی (SHI)، مورد تاکید اصلی تلاش ها برای ارتقاء دستیابی به مراقبت از سلامت و ارائه حمایت مالی در برابر هزینه مراقبت از سلامت در چین و سایر کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط ÷ محروم کننده بوده است. بیمه سلامت اجتماعی، از دهه 1990 در چین، پیشرفت قابل ملاحظه ای داشته است. مشابه بسیاری از کشورهایی که در حال حاضر دارای نظام های بیمه سلامت اجتماعی هستند، چین ÷ اصلاح طرح های بیمه سلامت اجتماعی ملی را از طریق اولین معرفی یک طرح بیمه سلامت اجتماعی برای کارگران در سال 1998 آغاز نمود که بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری (UEBMI) است.

جدول 1. تامین هزینه پولی و مزایا در بین سه طرح بیمه سلامت اجتماعی

NCMS	URBMI	UEBMI	
سکنه روستایی	سکنه شهری بیکار	سکنه شهری استخدام شده	جمعیت واجد شرایط
بخش روستایی (n=2852)	شهر وابسته به شهرداری (n=333)	شهر وابسته به شهرداری (n=333)	واحد ادغام تامین مالی
یارانه دولتی (80٪) و حق بیمه سکنه روستایی (20٪)	یارانه دولتی (70٪) و حق بیمه سکنه شهری بیکار (30٪)	8٪ از دستمزد سالانه کارمندان (6٪ از کارفرمایان و 2٪ از کارمندان)	منبع تامین مالی
60	238	418	سرنانه حق بیمه متوسط ملی در سال 2014 (دلار آمریکا)
2941	11765	14706	سقف میانگین ملی در سال 2008 (دلار آمریکا)

40	50	72	نرخ بازپرداخت در سال 2008 (%)
محدود (خدمات سرپایی، محدود هستند)	محدود (خدمات سرپایی، محدود هستند)	جامع (خدمات سرپایی و بستری)	بسته خدمات تحت پوشش
800	2300	2300	تعداد متوسط داروهای تحت پوشش
می توان بازپرداخت ها را برای خدمات سلامت در تسهیلات تخصیص یافته مطالبه نمود. اکثریت تسهیلات تخصیص یافته در واحد ادغام تامین مالی واقع می شود. بیمه شدن از خدمات در تسهیلات مشخص شده در واحد ادغام تامین مالی، استفاده می کند، می تواند ادعای بازپرداخت های بالاتری را از همتایان خود داشته باشد که از خدمات خارج از واحد استفاده می کنند.			محدودیت های مربوط به تسهیلاتی که در آنها، بیمه شده می تواند ادعای بازپرداخت نماید

منبع داده: مراجع 6-8.

دلار امریکا = ¥6.8.

NCMS، طرح پزشکی تعاونی روستایی جدید؛ UEBMI، بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری؛ URBMI،

بیمه پزشکی پایه مبتنی بر سکنه شهری.

در سال 2003، طرح پزشکی مبتنی بر جامعه ایجاد شد و پوشش سکنه روستایی را پیشنهاد داد. بعداً، در سال 2007، طرح بیمه پزشکی پایه سکنه روستایی (URBBI) برای سکنه شهری بیکار به طور آزمایشی اجرا شد و سپس در سرتاسر چین، افزایش مقیاس پیدا کرد. NCMS و URBBI عمدتاً، از طریق دولت محلی یارانه دریافت می کنند، در حالیکه تامین مالی UEBMI، بیشتر از حق بیمه های مشترک کارفرمایان و کارمندان شهری صورت می گیرد. تامین مالی و مزایای دقیق این سه طرح بیمه سلامت اجتماعی، در جدول 1 خلاصه شده اند. تا انتهای سال 2015، دولت چین به طور موفقیت آمیزی سه طرح بیمه سلامت اجتماعی را به بیش از 95٪ از جمعیت ارائه کرد.

در چین، مهاجران داخلی روستا به شهر با بحرانی در زمینه دستیابی به بیمه سلامت اجتماعی مواجه می شوند که عمدتاً از طریق سیستم سکونت دائمی ثبت شده (هوکو⁸ در چین) ایجاد می شود و تامین مالی NCMS و URBBI دولت، فقط به ترتیب سکنه روستایی و شهری را مورد هدف قرار می دهد. که بدون یک وضعیت هوکوی شهری است، جمعیت مهاجران داخلی روستا به شهر، به طور وسیعی از دستیابی URBBI در دسترس فقط برای سکنه شهری محروم شدند و صلاحیت شان برای UEBMI در سرتاسر کشور بسته به خط مشی های UEBMI محلی فرق می کند. برای نمونه، در مطالعه طولی سلامت و بازنشستگی چین، مهاجران داخلی

روستا به شهر بازنشسته، در مقایسه با همتایان محلی شان ÷ بیشتر احتمال داشت که بیمه نشده باشند (نسبت خطر نسبی = 1.39، 95% CI 1.24 تا 1.57). مطالعه دیپیری در کلان شهر شنزن چین جنوبی اجرا شد، که دریافت ÷ 43.1% از مهاجران داخلی و 12.2% از سکنه محلی، به ترتیب بیمه نشده بودند و مهاجران داخلی، پنج برابر همتایان شهری شان ÷ احتمال داشت که بیمه نشده باشند. از سوی دیگر، گرچه مهاجران داخلی برای NCMS، واجد شرایط بودند اما این طرح در سطح بخش اجرا می شود و ثبت نام شوندگان را برای استفاده از بیمارستان های مشخص شده در بخش تشویق می کند. برای مهاجرانی که از خدمات سلامت خارج از بخش های NCMS استفاده می کنند، بیمه مشترک برای خدمات سلامت می تواند به طور برجسته ای ترقی کند و لازم است هزینه خدمات سلامت را از جیب پردازند (OOP) و پس از آن، هزینه به آنها بازپرداخت می شود. پرداخت های OOP بالا می تواند مهاجران داخلی را از جستجوی مراقبت مایوس نماید و ممکن است منجر به محرومیت یا حتی فقر برای افراد دارای یک نیاز به درمان شود.

در حالیکه ادبیات فزاینده ای وجود دارند که طرح های بیمه سلامت اجتماعی را بین سکنه شهری یا / و روستایی بررسی می کنند، همانند پوشش، حمایت مالی و برابری طرح های بیمه، تنها مطالعات معدودی در بین مهاجران داخلی صورت گرفته است. بیشتر این مطالعات در بین مهاجران داخلی در چین بر اثر وضعیت بیمه سلامت اجتماعی بر بهره برداری از خدمات سلامت تمرکز نموده اند. با این حال، درباره پوشش بیمه سلامت اجتماعی و اثرات حمایت مالی اش در بین این جمعیت آسیب پذیر، دانش کمی وجود دارد. مطالعات قبلی نشان داد، پوشش بیمه به طور قابل توجهی به پرداخت های OOP در بین مهاجران داخلی وابسته نیست. در حالیکه میزان پرداخت OOP، بیانگر حمایت مالی است، اما نمی تواند میزانی را بسنجد که هزینه خدمات پزشکی، بودجه معاش یک خانوار را برآورد می کند و مقایسه را در سرتاسر مناطق و زمان ها محدود می نماید. لذا، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، استفاده از شاخص های استنباط شده هم از هزینه های پزشکی و هم داده های هزینه خانوار را برای نظارت حمایت مالی پیشنهاد می دهد. لذا، با استفاده از داده های زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی سال 2014 (NIMDMS)، مطالعه ما به منظور گسترش دانش خود از پوشش و حمایت مالی در طرح های بیمه سلامت اجتماعی در بین مهاجران داخلی روستا به شهر در چین است. فرض کردیم 1) مهاجران داخلی روستا به شهر دارای پوشش بیمه سلامت پایین تری نسبت به متوسط ملی باشند و بر

حسب مناطق فرق خواهد کرد و 2) حمایت مالی در بین مهاجران داخلی روستا به شهر بیمه شده بیمه سلامت اجتماعی نسبت به هم‌تایان بیمه نشده شان، قویتر خواهد شد و درجه نسبی حمایت، بر حسب طرح ها، فرق خواهد کرد.

روشها

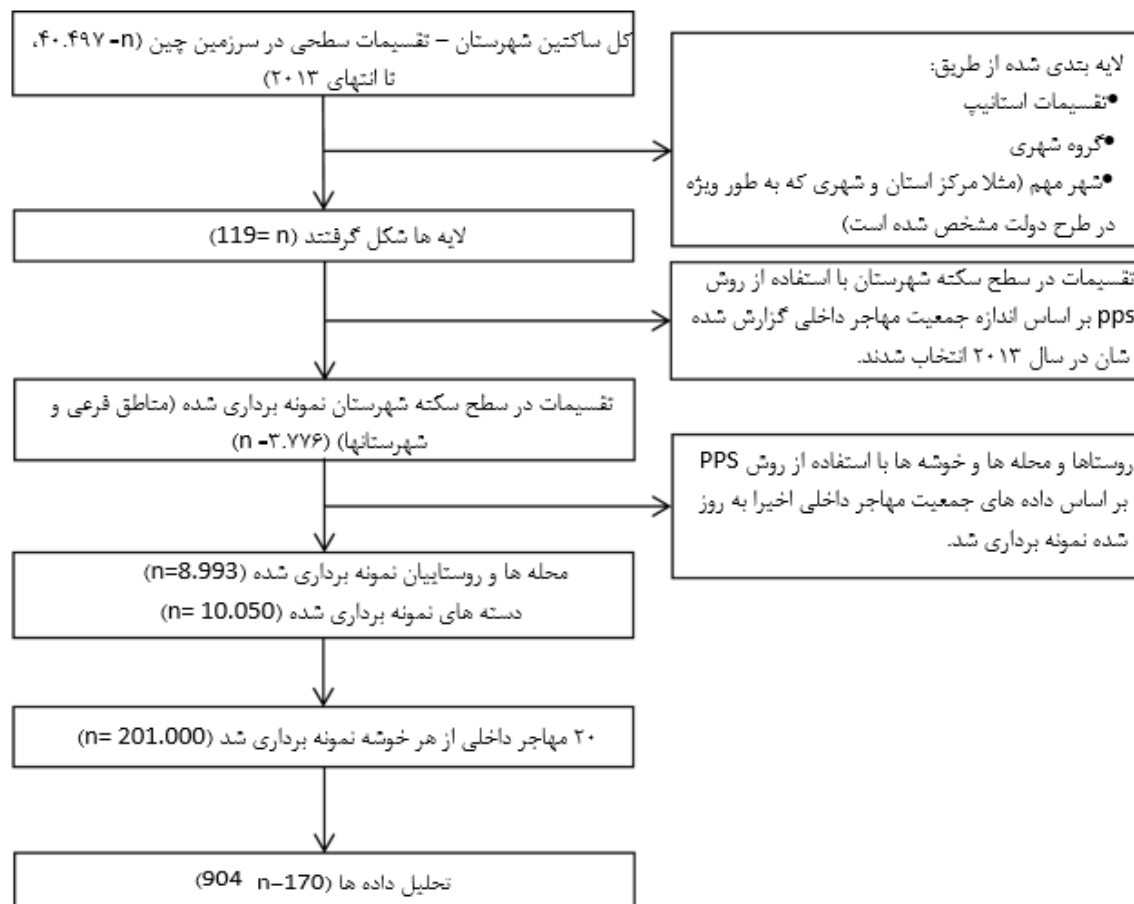
منبع داده

مطالعه کنونی از داده های زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی (NIMDMS) جمع اوری شده در می 2014 استفاده نمود. زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی یک مطالعه سطح مقطعی در سطح ملی است که به منظور معرف بودن مهاجران داخلی در سرزمین چین است و از طریق کمیسیون ملی برنامه ریزی سلامت و خانواده چین (NPFPC) به طور سالانه تامین مالی و سازماندهی می شود، از سال 2009، این چهارچوب از سوی کمیسیون های سلامت محلی و برنامه ریزی خانواده بر عهده گرفته شد. ما داده های NIMDMS را برگزیدیم زیرا NIMDMS موضوعات زمینه یابی را هر سال تغییر داده و متغیرهای مربوط به پوشش بیمه سلامت اجتماعی و حمایت مالی تنها در پرسشنامه سال 2014 مشمول بود. داده های NIMDMS سال 2014، (<http://hdl.handle.net/11620/10725>) به طور عمومی در دسترس محققان مجاز قرار گرفت که از سوی NPFPC مجوز گرفته اند و ما این مجوز را دریافت نموده ایم.

شرکت کنندگان مطالعه و نمونه برداری

NIMDMS در سال 2014 شامل مهاجران داخلی در سن 59-15 سال میشد که حداقل یک ماه قبل از زمینه یابی در محلهای مطالعه زندگی کرده بودند. مهاجران داخلی، به صورت افرادی تعریف می شوند که در محل های مطالعه، هوکو ندارند، به جز افرادی که برای اهداف مطالعه یا کارآموزی، توریسم و مراقبتهای پزشکی مهاجر می کنند. مهاجران داخلی دارای هوکوی شهری برای تحلیل در این مطالعه، مستثنی شدند. NIMDMS سال 2014 برای بررسی 201.000 مهاجران داخلی در همه استانهای سرزمین چین برنامه ریزی شده بود. این زمینه یابی بر مبنای یک طراحی نمونه برداری سه مرحله ای لایه ای بود (شکل 1).

کلا 119 لایه در سرزمین چین وجود دارد که بر حسب استان، گروه شهری و شهر مهم لایه بندی می شوند همانند مرکز استان و شهر که به طور ویژه در طرح دولت مشخص شده اند (جدول مکمل آنلاین S1 را ملاحظه نمایید).



شکل 1. فلوچارت نمونه برداری. "منبع داده: سالنامه آمار چین سال 2014، IM، مهاجران داخلی؛ PPS، نسبت

احتمال به اندازه

سپس انتخاب نمونه به طور مستقل در هر لایه انجام شد. در مرحله اول، 3776 تقسیم در سطح سکنه شهرستان با نسبت احتمال به اندازه (تعداد مهاجران داخلی در سال 2003) انتخاب شد. در مرحله دوم، کل 8993 محله شهری و دهکده های روستایی دارای 10050 خوشه از تقسیمات در سطح سکنه شهرستان نمونه برداری شده از طریق نسبت احتمال به اندازه (تعداد مهاجران داخلی در سال 2014) برگزیده شدند. در مراحل سوم تا آخر، 20 مهاجر داخلی واجد شرایط در هر خوشه نمونه برداری شده از طریق مراحل ذیل، برگزیده شدند. اولاً، همه مهاجران داخلی واجد شرایط در هر محله / روستای نمونه برداری شده، شمرده شدند و به چندین گروه با یک اندازه گروه در حدود 150 مهاجر داخلی تقسیم شدند. ثانیاً، یک یا بیش از یک دسته، به طور

تصادفی در بین همه گروه‌ها نمونه برداری شدند. سپس در هر خوشه، یک نمونه تصادفی ساده متشکل از 20 مهاجر داخلی انتخاب شدند. اگر یک مهاجر برگزیده از اعضای خانواده شرکت کننده دیگری بود یا امکان برقراری تماس با او وجود نداشت یا از شرکت در مطالعه امتناع می‌ورزید، آنگاه مهاجر بعدی فهرست شده در چارچوب نمونه برداری، با همان جنسیت و سن مشابه و مدت اقامت برای جایگزینی انتخاب میشد. مصاحبه‌های رو در رو از طریق بازدیدهای خانگی اجرا شد. مصاحبه‌کنندگان، آموزش استاندارد را از طریق NPFPC دریافت نمودند و کنترل کیفیت در جمع‌آوری و درونداد داده‌ها اجرا شد. جزئیات بیشتر درباره ابعاد فنی این زمینه یابی در دسترس است.

اندازه‌گیری‌ها

وضعیت طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی

از پاسخ‌دهندگان پرسیده شد آیا در NCMS، UEBMI یا URBMI شرکت دارند (بله / خیر). بر اساس پاسخ‌ها، وضعیت طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان به علاوه به صورت ذیل، دسته‌بندی شد:

1. بیمه نشده از طریق بیمه سلامت اجتماعی: پاسخ‌دهندگان در هیچ طرح بیمه سلامت اجتماعی شرکت نکردند.
2. فقط بیمه شده NCMS: پاسخ‌دهندگان فقط در NCMS شرکت کرده بودند. مهاجران داخلی روستا به شهر برای NCMS در بخش مبدا خود، واجد شرایط هستند.
3. فقط بیمه شده طرح‌های بیمه پزشکی پایه شهری (UEBMI/URBMI): پاسخ‌دهندگان در UEBMI یا URBMI شرکت داشتند. دو طرح بیمه ترکیب شدند زیرا جمعیت مانع الجمع را پوشش می‌دهند (جمعیت شاغل در برابر بیکار) و فقط 3.7٪ از شرکت‌کنندگان، مشارکت در URBMI را گزارش داده بودند.
4. بیمه شده دوگانه: مهاجران داخلی در طرح‌های روستایی (NCMS) و شهری (UEBMI/URBMI) به طور همزمان شرکت کرده بودند. به خاطر سیستم‌های مستقل برای طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی روستایی و شهری، کارگران مهاجری که در NCMS شرکت کرده بودند می‌توانند در UEBMI هم ثبت کنند.

حمایت مالی

برای اندازه گیری درجه نسبی اثرات حمایت مالی در سرتاسر پایگاه طرح های بیمه سلامت اجتماعی، از یک شاخص مهم - درصد پرداخت های OOP برای تازه ترین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در کل هزینه خانوار - و شاخص های ثانویه دیگر استفاده نمودیم (جدول 2).

همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است، نظارت حمایت مالی، بعضاً بر اساس شاخص های تولید شده هم از پرداخت های OOP و هم هزینه خانوار است. برای نمونه، هزینه سلامت فاجعه آمیز، به عنوان رایج ترین شاخص به صورت پرداخت های OOP برای مراقبت از سلامت تعریف می شود که از سهم هزینه یک خانوار فراتر می رود، یعنی 25٪ هزینه کل. با این حال، داده های 2014 NIMIDMS فقط شامل پرداخت های OOP پاسخ دهندگان برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته بود. لذا، درجه نسبی حمایت مالی را به صورت درصد پرداخت های OOP به عنوان درصد پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه در هزینه کل خانوار به صورت یک اندازه جایگزین هزینه سلامت فاجعه بار محاسبه شد. به علاوه، برای تنظیم تاثیر حمایت مالی بیمه سلامت شخصی (86 شرکت کننده بازپرداخت گرفتند)، ما بازپرداخت ها از بیمه سلامت شخصی را به پرداخت های OOP شرکت کنندگان افزودیم. روش پیشنهادی ما، از طریق این واقعیت حمایت شده است که هزینه های خدمات بستری، منبع اصلی پرداخت های OOP در بین مهاجران داخلی در چین هستند، هزینه های خدمات بستری که در حدود 75٪ هزینه های پزشکی سالانه در بین مهاجران داخلی را تشکیل می دهند و فقط 5.9٪ شرکت کنندگان مطالعه، دارای بستری های متعدد هستند.

استفاده از خدمات بستری

از پاسخ دهندگان سوال شد آیا از خدمات بستری تجویز شده توسط پزشکان در طول 12 ماه گذشته استفاده نموده اند (بله / خیر)، در زمان آخرین استفاده از خدمات بستری (بیمارستان های بخش / منطقه و مادون یا بیمارستان های شهری و مافوق) به چه سطحی از تسهیلات سلامت دستیابی داشته اند و تسهیلات سلامت در کجا قرار داشتند (در بخش مبدا یا خارج از بخش مبدا).

عوامل مخل

دموگرافی پاسخ دهندگان که به تمایل افراد به شرکت در یا بهره بردن از طرح های بیمه سلامت وابسته بود، شامل شد÷ همانند سن، جنس، درآمد ماهانه، هزینه خانوار سالانه، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام، مدت مهاجرت، آیا با خانواده هایشان مهاجرت کرده اند، اندازه خانوار و منطقه استانیهای فرستنده (چین غربی/ مرکزی / شرقی). در NIMDMS، خانوار به صورت یک واحد اقتصادی تعریف می شود که در آن گروهی از افراد زندگی می کنند و با هم غذا می خورند، به جز همسران بیوه و فرزندان در نواحی روستایی.

تحلیل آماری

تحلیل ها با استفاده از آمار شناسی IBM SPSS، نسخه ۷.۲۱.۰ انجام شد. آمار وصفی شامل میانگین، انحراف استاندارد (SD)، میانه، IQR، فراوانی و تناسب میشد که برای خلاصه کردن دموگرافی، استفاده از خدمات بستری و حمایت مالی در بین شرکت کنندگان مطالعه با وضعیت طرح های بیمه سلامت اجتماعی مختلف استفاده می شد و تفاوت ها در بین لایه ها از طریق متغیرهای مطالعه از طریق تحلیل یک سویه واریانس برای متغیرهای پیوسته یا آزمون X^2 برای متغیرهای رده ای ارزیابی شد. به علاوه، آزمون کم ترین تفاوت معنادار فیشر برای مقایسه بیشتر تفاوت های زیر گروهی بر روی شاخص های حمایت مالی بکار رفت که بر روی تحلیل یک سویه واریانس ($p < 0.05$) معنادار ÷ یافت شد.

جدول ۲. تعاریف متغیرهای اندازه گیری بر روی حمایت مالی بیمه سلامت اجتماعی

نوع متغیر	تعریف	متغیر
مستمر پیوسته	کل هزینههای بستری مستقیماً توسط شرکت کنندگان در زمان آخرین استفاده از خدمات پرداخت شده اند اعم از پرداخت مشترک، فرانشیز بیمه، بیمه مشترک و سایر پرداخت ها برای داروها و خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند اما حق بیمه ها و بازپرداخت ها از بیمه سلامت اجتماعی مستثنی شدند.	پرداخت های OOP برای آخرین خدمات بستری (دلار امریکا)
پیوسته	درصد پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری در طول ۱۲ ماه گذشته به عنوان سهم هزینه سالانه کل خانوار	درصد پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری در طول ۱۲ ماه گذشته در کل هزینه خانوار +
پیوسته	کل دسته های هزینه های پزشکی پرداخت شده توسط شرکت کنندگان در زمانیکه آخرین خدمت بستری را در طول ۱۲ ماه گذشته دریافت نموده اند اعم از پرداخت های OOP و بازپرداخت ها	هزینه های پزشکی برای آخرین خدمت بستری در طول ۱۲ ماه گذشته

پیوسته	نسبت بازپرداخت ها از بیمه سلامت اجتماعی به عنوان سهم هزینه های پزشکی بر روی آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته	نسبت بازپرداخت بیمه سلامت اجتماعی موثر
پیوسته	نسبت کل هزینه های پزشکی شرکت کننده بر آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته به عنوان سهمی از هزینه های کل خانوار	درصد های هزینه های پزشکی بر روی آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در کل هزینه خانوار +
	این متغیر، تغییر در سهم درصد پرداخت های OOP را اندازه می گیرد پس از اینکه بازپرداخت ها از بیمه سلامت اجتماعی مستثنی شدند (درصد هزینه های پزشکی بر آخرین خدمت بستری در هزینه سالانه کل خانوار - درصد پرداخت های خدمات بستری OOP در هزینه سالانه کل خانوار).	تغییر نقطه درصد (قبل - بعد)

تعریف پرداخت های از جیب شخص (OOP): مرجع 3.

*اندازه گیری تاثیر حمایت مالی بیمه سلامت اجتماعی (SHI) و تنظیم اثر بیمه خصوصی، بازپرداخت ها از بیمه

سلامت شخصی در پرداخت های OOP شرکت کنندگان مشمول شد.

+ خانوار فقط شامل اشخاصی می شود که در محل سکونت فعلی باهم زندگی می کنند و غذا می خورند.

نرخ بیمه نشده وزنی جمعیت بیمه سلامت اجتماعی، NCMS, UEBMI/URBMI و پوشش بیمه دوگانه و 95٪ از CIها بر اساس یک وزن زمینه یابی برآورد شد که در طیف 0.01 تا 17.57 بود. وزن زمینه یابی از سه بخش وزنی برای کاهش سوگیری ها به خاطر احتمالات نابرابر، جمعیت غیر پاسخ دهنده و غیر مشمول تشکیل می شد. به علاوه، نرم افزار QGIS V.2.18.10، برای تبدیل پوشش UEBMI/URBMI و نرخ بیمه نشدگان از طریق استانهای کنونی محل سکونت و پوشش NCMS از طریق استانهای فرستنده به نقشه ها بکار رفت.

تاثیر حمایت مالی طرح های بیمه سلامت اجتماعی در بین شرکت کنندگانی که از خدمات بستری در 12 ماه گذشته استفاده کرده بودند توسط مدل های ترکیبی خطی تعمیم یافته سه سطحی (GLMMs) ارزیابی شد. مهاجران داخلی، سطح اولی بودند که در بخش ها / مناطق کنونی محل سکونت آشیانه کردند (سطح 2) و به علاوه در شهرهای کنونی محل سکونت آشیانه کردند (سطح 3). اولاً، GLMM های سطح سه ی دو متغیره با ارتباط لگاریتمی، برای تحلیل وابستگی های ساده بین تاثیر حمایت مالی و وضعیت بیمه سلامت اجتماعی شرکت کنندگان، شاخص های استفاده از خدمات بستری و عوامل محل بکار رفت. ثانیاً، یک GLMM سطح سه چند متغیره با ارتباط لگاریتمی برای ارزیابی وابستگی بین وضعیت بیمه سلامت و تاثیر حمایت مالی ایجاد شد

در حالیکه نظارت برای همه متغیرها بر روی GLMMهای دو متغیره ($p < 0.10$) و سهم درصدی کل هزینه های پزشکی بر روی آخرین خدمت بستری مهم یافت شد.

نتایج

کلا 200.937 مهاجر داخلی در 2014 NIMDMS بکار گرفته شدند و 170904 (85.1٪) مهاجر داخلی روستا به شهر در این مطالعه با میانگین سنی 34 ($SD = 9.4$) مشمول بودند (جدول 3). 100.201 شرکت کننده مرد (58.1٪) و 85.8٪ از شرکت کنندگان ($n=150.031$) یا شاغل یا کارفرما بودند. بر اساس داده های خود گزارش شده (جدول 4)، 23.539 مورد از 170.904 شرکت کننده در هیچ طرح بیمه سلامت اجتماعی ثبت نام نکرده بودند (نرخ وزنی بیمه نشدگان: 17.3٪، 95٪ CI 16.9% تا 17.7٪)، 119.997 شرکت کننده، فقط در NCMS ثبت نام کرده بودند، 21.272 شرکت کننده، فقط در UEBMI / URBMI ثبت نام کرده بودند و 6096 شرکت کننده، بیمه شده دوگانه بودند (پوشش وزنی: 5.5٪، 95٪ CI 5.3% تا 5.7٪). بنابراین، 126.093 ($119.997+6096$) شرکت کننده در NCMS (پوشش وزنی: 66.6٪) و 27.368 ($21.272+6096$) شرکت کننده در UEBMI/URBMI (پوشش وزنی: 22.6% (22.2% تا 23.0٪)) ثبت نام کرده بودند. لازم به ذکر است ÷ پوشش طرح های بیمه سلامت اجتماعی در مهاجران داخلی روستا به شهر، در سرتاسر سرزمین چین فرق داشت.

جدول 3. مشخصات مهاجران داخلی در زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی 2014 ($N=170904$)

مشخصات	بدون بیمه سلامت اجتماعی	فقط	فقط	NCMS+UE/RBMI* ($n=6096$)	کل	مقدار
سن						
مدت مهاجرت (ماه ها)						
تعداد افراد به ازای خانوار						
درآمد ماهانه خانوار (به دلار)						
هزینه سالانه خانوار به دلار						
جنس						

						مرد
						زن
						وضعیت تاهل
						متاهل
						مجرد
						میزان تحصیلات
						ابتدایی و کمتر
						دوره اول دبیرستان
						دوره دوم دبیرستان
						کالج و بالاتر
						وضعیت اشتغال
						کارمند
						کارفرما
						دارای شغل آزاد
						بیکار
						مهاجرت با خانواده ها
						بله
						خیر
						تحت پوشش بیمه سلامت خانوادگی
						بله
						خیر
						منطقه استانهای فرستنده
						چین شرقی
						چین مرکزی
						چین غربی

دلار امریکا = ¥6.8

داده ها، میانگین (SD)، میانه (IQR) یا n (/.) هستند.

* تعدادهایی که ممکن است به ستون کل به خاطر داده های مفقود اضافه نشده باشند.

+p مقادیر برای تحلیل واریانس با چهار گروه.

++ خانوار فقط شامل اشخاصی می شود که باهم در محل سکونت فعلی زندگی می کنند و غذا می خورند.

بیمه سلامت اجتماعی ، بیمه سلامت اجتماعی؛ NCMS، طرح پزشکی تعاونی روستایی جدید؛ UE/RBMI ،

طرح بیمه مبتنی بر کارمند شهری / بیمه پزشکی پایه مبتنی بر سکنه.

جدول 4. استفاده از خدمات بستری و تاثیر حمايت مالی طرح بیمه سلامت اجتماعی بین مهاجران داخلی در

زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی 2014 (N=170904)

مشخصات	No SHI*	Only NCMS*	Only UE/RBMI*	NCMS+UE/RBMI*	Total*	p Value†
دریافت خدمات بستری تجویز شده توسط یک پزشک در طول 12 ماه گذشته						
بله						
خیر						
تسهیلات سلامت مورد دستیابی در آخرین خدمت بستری						
بیمارستانهای بخش / منطقه و مادون خارج از بخش مبدا						
بیمارستانهای شهری و وفوق خارج از بخش مبدا						
پرداخت های کسب شده از بیمه سلامت خصوصی						
بله						
خیر						
هزینه های پزشکی مربوط به آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته (دلار آمریکا)						
پرداخت های opp برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته						

						(دلار آمریکا)
						درصد هزینه های بستری برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در کل هزینه خانوار(%)
						درصد پرداخت های opp برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در کل هزینه خانوار(%)
						تغییر نقطه درصد (قبل - بعد)

داده ها (%n یا میانه (IQR) هستند.

1 دلار امریکا = ¥6.8.

* تعدادی که ممکن است به کل ستون به خاطر داده های مفقود اضافه شود.

مقادیر +P برای تحلیل واریانس با چهار گروه.

ESRR، نسبت بازپرداخت بیمه سلامت اجتماعی موثر؛ NCMS، طرح پزشکی تعاونی روستایی نوین؛ OOP؛

بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت اجتماعی؛ UE/RBMI، طرح بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری /

مبتنی بر سکنه.



شکل 2. نرخ بیمه نشدگان بیمه سلامت اجتماعی در بین 170.904 مهاجر داخلی روستا به شهر بر حسب

سکونت استان کنونی در چین، 2014.



شکل 3. پوشش طرح پزشکی تعاونی روستایی نوین در بین 170904 مهاجر داخلی روستا به شهر از طریق استان فرستنده در چین، 2014.



شکل 4. پوشش طرح بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری / مبتنی بر سکنه در بین 170904 مهاجر داخلی روستا به شهر بر حسب سکونت استان فعلی در چین، 2014.

به طور کلی، مهاجران داخلی روستا به شهری که در چین مرکزی زندگی می کردند، دارای پایین ترین نرخ بیمه نشدگان بیمه سلامت اجتماعی (میانگین = 6.9% ($SD=2.2\%$)) در مقایسه با مهاجران داخلی بودند که در چین شرقی (17.3% (5.8%)) و چین غربی (10.9% (8.7%)) زندگی می کردند (شکل 2). پوشش NCMS در شرکت کنندگان از چین غربی (74.1% (12.2%)) و چین مرکزی (77.8% (4.4%)) نسبت به چین شرقی (66.8% (6.3%)) بالاتر بود (شکل 3). با این حال، چین شرقی دارای بالاترین پوشش URBMI/UEBMI (19.5% (8.8%)) در بین سه منطقه (9.0% برای چین مرکزی، $SD=4.1\%$ ؛ 11.3% برای چین غربی، $SD=8.0\%$) بود (شکل 4).

جدول 4. 5378 (3.1%) شرکت کننده را نشان می دهد که از خدمات بستری در طول 12 ماه استفاده کرده بودند، 317 تن از آنها، دارای چندین مورد بستری شدن بودند و 86 مورد از آنها بازپرداخت های خود را از بیمه

سلامت خصوصی دریافت کرده بودند. سهم درصدی پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری، به ترتیب 5.8% (2.4%– و (IQR: 8.0%–22.2%), 9.2% (4.8%–18.1%), 6.2% (2.6%–12.8%) (13.6% در بین شرکت کنندگان بدون بیمه سلامت اجتماعی، فقط تحت پوشش NCMS، فقط تحت پوشش URBMI/UEBMI و دارای دو بیمه بود ($p=0.004$). نسبت بازپرداخت بیمه سلامت اجتماعی موثر متوسط، به ترتیب در بین شرکت کنندگان ثبت نام شده در NCMS، فقط URBMI/UEBMI و هر دو بیمه ($p<0.001$)، 56.3% (28.1%–75.0%)، 24.0% (0.0%–50.0%) و 50.0% (25.8%– و 73.6% بود.

جدول 5 آشکار می کند سهم درصد میانگین پرداختهای OOP برای آخرین خدمت بستری در بین افرادی که فقط در NCMS شرکت کرده بودند و فقط در URBMI/UEBMI شرکت کرده بودند، ($p=0.009$) 6.2% و ($p<0.001$) 11.1% پایین تر از هم‌تایانشان بود که هیچ بیمه سلامت اجتماعی نداشتند. سهم درصدی متوسط پرداخت های OOP در بین شرکت کنندگانی که فقط از طریق NCMS بیمه شده بودند، 4.9٪ از کسانی که از طریق URBMI/UEBMI بیمه شده بودند، بالاتر بود ($p=0.034$). تفاوت آماری معناداری بین گروه های بیمه شده دوگانه و بیمه نشده سلامت اجتماعی وجود نداشت. به علاوه، تفاوت ها در نسبت بازپرداخت بیمه سلامت اجتماعی موثر، از نظر آماری بین هر دو گروه، معنادار بود، جز تفاوت بین بیمه شدگان دوگانه و شرکت کنندگان بیمه شده URBMI/UEBMI.

با یک GLMM سطح سه چند متغیره با ارتباط لگاریتمی (جدول 6)، تاثیر حمایت مالی مثبت طرح های بیمه سلامت اجتماعی را در بین مهاجران داخلی روستا به شهر پیدا کردیم. پس از تنظیم تاثیر حمایت بیمه سلامت شخصی و کنترل عوامل مخل، در مقایسه با شرکت کنندگان بدون بیمه سلامت اجتماعی، سهم درصدی متوسط پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری در بین شرکت کنندگان فقط تحت پوشش URBMI/UEBMI، فقط تحت پوشش NCMS و تحت پوشش هر دو طرح به میزان یک عامل 0.661 (95% CI 0.586 به 0.745)، 0.859 (0.791 تا 0.934) و 0.732 (0.603 تا 0.890) به ترتیب افزایش یافت. به بیان دیگر، در مقایسه با وضعیت بیمه سلامت اجتماعی، وضعیت URBMI/UEBMI، می تواند سهم درصد میانگین پرداخت های OOP را برای آخرین خدمت بستری به میزان 33.9% (95% CI 25.5% تا

41.4%) کاهش دهد و NCMS و بیمه دوگانه می تواند این درصد را به ترتیب به میزان 14.1٪ (6.6٪ تا 20.9%) و 26.8٪ (11.0٪ تا 39.7٪) کاهش دهد.

جدول 5 مقایسه های پس از این در زمینه شاخص های حمایت مالی در بین چهار گروه با وضعیت بیمه سلامت

اجتماعی مختلف: نتایج آزمون های کمترین تفاوت معنادار فیشر

درصد پرداخت های opp برای آخرین خدمت بستری در هزینه ای کل خانوار (٪)

تغییر نقطه درصد (قبل - بعد)

وضعیت بیمه سلامت	No SHI	Only NCMS	Only UE/RBMI	NCMS+UE/RBMI	No SHI	Only NCMS	Only UE/RBMI	NCMS+UE/RBMI	No SHI	Only NCMS	Only UE/RBMI	NCMS+UE/RBMI
No SHI بدون	0	6.2**	11.1**	6.4	0	-5.6**	-13.1***	-17.2**	0	-21.6***	-44.0***	-43.4**
Only NCMS فقط		0	4.9*	-0.2		0	-7.5**	-11.6**		0	-22.4***	-21.9**
Only UE/RBMI فقط			0	-4.7			0	-4.1			0	0.5
NCMS+UE/RBMI				0				0				0

تفاوت های میانگین (ستون - ستون) که در این جدول نشان داده شده است. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$,

*** $p < 0.001$.

ESRR، نسبت بازپرداخت موثر؛ NCMS، طرح پزشکی تعاونی روستایی نوین؛ بیمه سلامت اجتماعی، بیمه

سلامت اجتماعی؛ UE/RBMI، طرح بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند شهری / مبتنی بر سکنه.

بحث

تضمین دسترسی به بیمه سلامت و حمایت مالی در سلامت برای مهاجران، یک دغدغه سلامت عمومی جهانی محسوب می شود. چین، با یک جمعیت مهاجر قابل ملاحظه از زمینه های اجتماعی اقتصادی و فرهنگی گوناگون، فرصت زیادی را برای ارزیابی تاثیر حمایت مالی بیمه سلامت اجتماعی ارائه می دهد. به علاوه، با ارائه دو نوع طرح بیمه سلامت اجتماعی مختلف برای بسیاری از مهاجران داخلی، اعم از UEBMI، یک شکل سنتی بیمه سلامت اجتماعی که در آن کارمندان و کارفرمایان، سهم های خود را بر مبنای حقوق ماهیانه می پردازند و

NCMS، شکلی از بیمه سلامت مبتنی بر جامعه، چین می تواند درسهایی را برای بسیاری از کشورهای ارائه دهد که با موانع مربوط به مهاجرت برای کسب پوشش همگانی مواجه هستند.

مطالعه ما، شواهدی را ارائه می دهد که مهاجران داخلی روستا به شهر، با موانعی برای دستیابی بیمه سلامت اجتماعی در چین مواجه هستند و مانع بر حسب طرح ها فرق می کند. به طور ویژه، پی می بریم، مهاجران داخلی روستا به شهر دارای نرخ بیمه نشدگان بالاتر 12.3٪ بیمه سلامت اجتماعی نسبت به میانگین ملی (17.3٪ در برابر 5٪) بودند، بیشتر از 72.4٪ پوشش UEBMI/URBMI پایین تر از ساکنین شهری داشتند (22.6٪ در برابر 95٪) و 32.3٪ پوشش NCMS پایین تر از ساکنین روستایی داشتند (66.6٪ در برابر 98.9٪). در سطح جهان، بسیاری از کشورها با چالش تامین مالی مراقبت از سلامت برای مهاجران مواجه بودند. رویکردهای گرچه گاه و بیگاه اما ابتکاری برای ارتقاء پوشش سلامت همگانی در بین مهاجران وجود دارد.

برای نمونه، تایلند به عنوان یک قطب منطقه ای برای مهاجران در آسیا، برنامه های بیمه سلامت را برای مهاجران از سال 1997 معرفی نموده است، اعم از بیمه سلامت مهاجر اجباری که کارگران مهاجر ثبت شده را مورد هدف قرار می دهد و طرح بیمه سلامت مهاجر اختیاری برای مهاجران دارای مدرک و بدون مدرک که تحت پوشش بیمه الزامی نیستند. هر دو طرح، خدمات مراقبت از سلامت جامع مهاجر دوستانه را پوشش می دهند که شبیه به طرح پوشش سلامت همگانی تایلندی برای شهروندان است. با وجود این تلاشها، پوشش جمعیت، هنوز، زیر حد بهینه بود. تا سال 2015، این دو طرح، حدود 1.6 از 3.5 میلیون مهاجر تخمین زده شده را در تایلند پوشش می داد. قابلیت حمل و نقل ضعیف این طرح ها، ماهیت داوطلبانه ی بیمه سلامت مهاجر و وضعیت غیر قانونی مهاجران، موانع اصلی برای ثبت نام، محسوب می شوند. در اروپا، ارائه مراقبت از سلامت برای مهاجران، به طور خاص، مهاجران بدون مدارک، هم یک مساله مورد نگرانی و هم چالش برانگیز است. تعداد کمی از کشورهای اروپا، دسترسی کامل به مراقبت از سلامت را به مهاجران تحت شرایط مشخص ارائه می دهند اعم از فرانسه، سوئیس، هلند، اسپانیا و پرتغال. برای نمونه، در فرانسه، قانون پوشش سلامت همگانی و کمک پزشکی دولتی و خانگی، پوشش بیمه و دسترسی کامل به مراقبت از سلامت عمومی به مهاجران را تامین می کند. در هلند، بیمه خصوصی اجباری، مهاجرانی را پوشش می دهد که مالیات بر درآمد می پردازند و دولت، هزینه های پزشکی ضروری مهاجران بدون مدارک را پوشش می دهد. در سوئیس، مهاجران بدون

مدارک موظف به خرید بیمه سلامت خصوصی به طور قانونی هستند. با این حال، چالش های اجرا هنوز در این کشورها وجود دارد. برای نمونه، فرایند کاربرد پیچیده، حق بیمه های گزاف، مزایای ناکافی و اجرای ناهموار خط مشی ها در سرتاسر مناطق، مانع شمول مهاجران می شود.

جدول 6. اثرات حمایت مالی بیمه سلامت اجتماعی بین مهاجران داخلی که از خدمات بستری در زمینه یابی پایش پویای مهاجر داخلی ملی 2014 استفاده کرده اند: نتایج GLMMها با ارتباط لگاریتمی⁹ (n=5378).

درصد پرداخت های OOP برای آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در هزینه کل خانوار

مشخصات	Exp(b) (95%CI)	p Value	Exp(badjusted) (95%CI)	p Value
اثرات ثابت				
طرح های بیمه سلامت اجتماعی				
بدون				
فقط				
درصد هزینه های پزشکی آخرین خدمت بستری در طول 12 ماه گذشته در هزینه کل خانوار				
سن برحسب سال				
تعداد افراد به ازای هر خانوار				
مدت مهاجرت (برحسب ماه)				
درآمد ماهانه خانوار (دلار)				
جنسیت				
مذکر (مرجع)				
مونث				
وضعیت تاهل				
متاهل (مرجع)				
مجرد میزان تحصیلات				
تحصیلات ابتدایی و کمتر (مرجع)				
دوره اول دبیرستان				
دور دوم دبیرستان				

				کالج و بالاتر
				وضعیت استخدام
				کارمند (مرجع)
				کارفرما
				دارای شغل آزاد
				بیکار
				مهاجرت یا خانواده ها
				بله (مرجع)
				خیر
				میزان تسهیلات سلامت مورد دسترسی در آخرین خدمت بستری
				بیمارستان های بخش / منطقه و مادون (مرجع)
				بیمارستان های شهری وفوق موقعیت مکانی تسهیلات سلامت مورد دستیابی در آخرین خدمت بستری
				خارج از بخش (مبدا)
				داخل بخش مبدا
				منطقه استانهای فرستنده
				چین شرقی (مرجع)
				چین مرکزی
				چین غربی

1 دلار امریکا = 6.8¥.

*خانوار فقط شامل اشخاصی میشود که در محل سکونت کنونی زندگی می کنند و غذا می خورند.

-هیچ داده ای؛ $\text{Exp}(b)$ ÷ به توان رساندن ضریب رگرسیون؛ GLMM ÷ مدل ترکیبی خطی تعمیم یافته؛

IMS ÷ مهاجران داخلی؛ NCMS ÷ طرح پزشکی روستایی نوین؛ OOP ÷ پرداخت از جیب؛ مرجع ÷ گروه مرجع؛

SHI ÷ بیمه سلامت اجتماعی؛ UE/RBMI ÷ طرح بیمه پزشکی پایه مبتنی بر کارمند / سکنه شهری.

به علاوه، برای واجد شرایط بودن مهاجران داخلی چینی برای طرح‌ها در سکونت‌گاه فعلی‌شان، نیاز مبرمی به اجرا و تعمیق اصلاح سیستم هوکو برای از بین بردن موانع مربوط به هوکو برای دستیابی به بیمه سلامت وجود دارد. تحقیقات بیشتر در زمینه اثر اقتصادی طرح‌های کنونی و آینده، نیاز خواهد بود.

افزون بر آن، ناهمخوانی‌های جغرافیایی در پوشش بیمه سلامت اجتماعی، بویژه در طرح‌های شهری، در چین وجود داشت. چین شرقی از پوشش UEBMI/URBMI بالاتر اما پوشش NCMS پایین‌تر نسبت به چین غربی و مرکزی، برخوردار است. یک توضیح این است، چینی شرقی، به عنوان مقصد اصلی مهاجران داخلی، در مقایسه با سایر مناطق دارای سیستم‌های سلامت حساس به مهاجر بیشتری است. برای نمونه، در برخی از شهرهای شرقی، دولت‌های محلی، پروژه‌های ویژه‌ای را برای بکارگیری کارگران مهاجر به UEBMI گسترش داده‌اند و NCMS و URBMI را به یک طرح برای از بین بردن مانع هوکو برای دستیابی به بیمه سلامت، ادغام کرده‌اند. توضیح ممکن دیگر این است، در چین شرقی که مهاجران داخلی بیشتری، شغل‌هایی را انجام می‌دادند که نیاز به قرارداد کاری داشتند، نسبت به مناطق غربی و مرکزی همتای خود، توانستند ثبت نام مهاجران داخلی در UEBMI را افزایش دهند. به طور مشابه، در ویتنام، مهاجران داخلی روستا به شهری که در نواحی صنعتی کار می‌کردند دارای پوشش بیمه بالاتری نسبت به مهاجران داخلی بودند که بدون قراردادهای کاری کار می‌کردند یا دارای شغل آزاد بودند. در زمینه پوشش NCMS بهینه نسبی در چین غربی و مرکزی، ممکن است عمدتاً به خاطر طرح تامین مالی دولت چین برای تشویق ثبت نام NCMS در این مناطق ضعیف باشد. برای نمونه، در سال 2014، دولت مرکزی، 32 دلار آمریکا و 26 دلار آمریکا از 47 دلار یارانه‌های دولتی را به ترتیب در چین غربی و مرکزی پرداخت نمود. در نتیجه، نظام‌های سلامت حساس به مهاجر در حال توسعه و خط مشی بیمه سلامت مناسب، رویکردهای اصلی برای کاهش ناهمخوانی‌های جغرافیایی در پوشش بیمه سلامت اجتماعی در بین این جمعیت آسیب‌پذیر خواهد بود.

از این گذشته پی بردیم، پس از تنظیم تاثیر حمایت بیمه سلامت خصوصی و نظارت بر عوامل محل، صرف نظر از نوع طرح، شرکت‌کنندگان بیمه شده بیمه سلامت اجتماعی، حمایت مالی بیشتری را در برابر بار مالی خدمات بستری نسبت به شرکت‌کنندگان بیمه نشده دریافت نمودند. مطالعه ما، یافته‌های جدیدی را در برابر مطالعات قبلی اجرا شده در بین مهاجران داخلی در چین، ارائه می‌دهد. سنجش‌های نامتناقض حمایت مالی و چارچوب

نمونه برداری (یعنی فقط پرداخت های OOP، در مطالعات منطقه ای موجود اندازه گیری شد) و بهبود در اجرای بیمه سلامت اجتماعی در چین در طول سالیان متمادی، ممکن است به این تفاوت ها منجر شده باشد. افزون بر آن، خاطر نشان کردیم، نظام بیمه سلامت اجتماعی چند پاره و مدیریت هوکو در چین میتواند تاثیر حمایت مالی طرح های بیمه سلامت اجتماعی را تضعیف نماید. برای نمونه، نتیجه نشان می دهد NCMS دارای تاثیر حمایت کمتری از طرح های شهری است. نسبت بازپرداخت موثر NCMS به خاطر قابلیت حمل محدود و تاخیر در بازپرداخت ممکن است یک توضیح برجسته محسوب شود. برای نمونه، کیو و دیگران پی بردند، 65٪ از مهاجران داخلی، بازپرداخت های بستری را به خاطر عدم بستری در یک بیمارستان تخصیص یافته NCMS دریافت نکردند و اکثریت بیمارستان های تخصیص یافته، در داخل بخش هستند. به علاوه، تحت خط مشی NCMS کنونی، مهاجران داخلی که از خدمات سلامت خارج از بخش های NCMS استفاده کردند، به پرداخت های OOP در زمان استفاده از خدمات¹⁰ نیاز داشتند و پس از آن می توانستند بازپرداخت خود را دریافت نمایند. تاخیر در بازپرداخت هم ممکن بود سختی مالی در یک دوره کوتاه را افزایش دهد. ثانیاً، طبق "فرضیه سوگیری سالمون (salmon bias)"¹⁰، مهاجران زیادی به علت دسترسی محدود به خدمات سلامت، بیمه و حمایت ها در نواحی¹¹ در زمان بیماری، بازگشت به شهرستان وطن خود را بر می گزینند که ممکن است سبب تاخیر در جستجوی خدمات سلامت و افزایش بیشتر هزینه های درمان شود. به علاوه، NCMS، سقف پایین تر و بیمه مشترک بالاتری را نسبت به UEBMI/URBMI به خاطر ادغام تامین مالی محدود قرار می دهد. روی هم رفته، اینطور معلوم شد که مهاجران داخلی بیمه شده NCMS از سهم درصدی بالاتر پرداخت های OOP نسبت به همتایان بیمه شده UEBMI/URBMI خود برخوردار بودند. برای افزایش قابلیت حمل و نقل NCMS، در سال 2015، چین شروع به توسعه یک نظام بازپرداخت آنلاین NCMS ملی کرد، به این ترتیب ثبت نام شوندگان NCMS، بازپرداخت هایی را بر یک مبنای زمان حقیقی در بیمارستان های تخصیص یافته در سرتاسر مناطق در سال 2020 دریافت خواهند کرد. شواهد تجربی بیشتر در زمینه اثربخشی خط مشی جدید، لازم خواهد بود. به علاوه، بالا بردن میزان تامین مالی، هم چنین باید در آینده مد نظر قرار گیرد (مثلاً، از سطح

¹⁰ The **salmon bias** hypothesis predicts that the ratio of Hispanic to NH-white mortality by age and sex should be appreciably closer to 1 when the mortality estimates are based on all Hispanics regardless of their place of residence than when mortality estimates are based on US residents only.

بخش / شهر به سطح استانی) تا بر چند پارگی نظام های بیمه سلامت اجتماعی غلبه کند، قابلیت حمل و نقل بیمه سلامت اجتماعی را افزایش دهد و محدودیت ها برای درخواست مزایا را کاهش دهد. برای نمونه، ژاپن، واحد سرمایه های بیمه سلامت ملی را از سطح شهرداری به سطح ریاستی افزایش داده است که این اقدام پیشرفت پوشش سلامت همگانی را ارتقا بخشیده است.

نقاط قوت و ضعف این مطالعه

طبق بیشترین دانش ما، این مطالعه، شواهدی را پیرامون پوشش بیمه سلامت اجتماعی و تاثیرات حمایت مالی ایجاد نموده است که برای مهاجران داخلی روستا به شهر، در دسترس نبودند، که حدود یک پنجم جمعیت کل در چین را نشان می دهد. لازم به ذکر است همبخشی اصلی یافته ها، مقایسه درجه نسبی حمایت مالی وضعیت طرح های بیمه سلامت اجتماعی نسبت به کسب یک اندازه مطلق حمایت مالی بر حسب میزان حمایت است.

این مطالعه، دارای محدودیت های معدودی است. اولاً، اندازه گیری بر اساس اطلاعات خود گزارش شده است تا داده های پایگاه داده بیمه سلامت و نظام اطلاعات بیمارستانی. لذا، پوشش بیمه سلامت اجتماعی و هزینه های پزشکی ممکن است به خاطر سوگیری یا کمتر از واقع یا بیشتر از واقع برآورد شود (یعنی، سوگیری فراخوان). ثانیاً، 2014 NIMDMS به طور ویژه ای برای این مطالعه طراحی نشده بود و داده ها قبل از این مطالعه، جمع آوری نشده بودند. لذا، داده ها برای ارزیابی حمایت مالی در بین مهاجران داخلی، ناقص بودند. به عنوان مثال، یک تاثیر حمایت مالی طرح های بیمه سلامت اجتماعی، یک کران پایین را

نشان داد زیرا 2014 NIMDMS هزینه های خدمات سرپایی و بستری شدن متعدد در طول 12 ماه گذشته را جمع آوری نکرده بود. با این حال، همانطور که در بخش اندازه گیری ها مطرح شد، بارهای مالی خدمات پزشکی در بین مهاجران داخلی، در اصل از طریق آخرین خدمت بستری ایجاد شده بود. به علاوه، به خاطر محدودیت های داده های موجود، برخی از عوامل مخل همانند وضعیت سلامت یا بیماری نمی توانند کنترل شوند. تحقیقات تک نگاری بیشتر در زمینه اثرات حمایت مالی بیمه سلامت اجتماعی در بین مهاجران داخلی، لازم است. ثالثاً، این نمونه به مهاجران داخلی بین 15 تا 59 سال محدود بود. لذا، یافته های ما، به مهاجران

داخلی در همه گروه های سنی قابل تعمیم نیست، بویژه سالمندانی که ممکن است به نیازهای مراقبت از سلامت بیشتری نسبت به مهاجران جوان نیاز داشته باشند.

با وجود این محدودیت ها، مطالعه ما، شواهدی را ارائه می دهد که مهاجران داخلی روستا به شهر با موانعی برای دستیابی به بیمه سلامت اجتماعی در چین مواجه هستند و بیمه سلامت اجتماعی دارای اثرات حمایت مالی قابل توجهی بود. گرچه طرح های بیمه سلامت اجتماعی در سکونت گاه فعلی مهاجران، از قابلیت دسترسی سختی برخوردار بود اما نسبت به طرح در مناطق فرستنده، از حمایت بهتری برخوردار بودند. یافته ها حاکی از این است، ارتقاء دسترسی بیمه سلامت اجتماعی از طریق صلاحیت پیدا کردن مهاجران برای طرح ها در سکونت گاه کنونی شان و بهبود قابلیت حمل بیمه سلامت اجتماعی، حمایت مالی را برای مهاجران داخلی ارتقا می دهد و کسب پوشش سلامت همگانی در چین و کشورهای دیگر را بیشتر تسهیل می کند که با موانع مربوط به مهاجرت برای کسب پوشش همگانی مواجه هستند.

References

1. National Bureau of Statistics of the People's Republic of China. Monitoring report of rural-to-urban migrant workers in 2015. Secondary Monitoring report of rural-to-urban migrant workers in 2015. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201604/t20160428_1349713.html (Epub ahead of print 28-04-2016).
2. National Bureau of Statistics of the People's Republic of China. China statistical yearbook 2015. Beijing: China Statistics Press, 2016.
3. World Health Organization/World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. Doetinchem O, Carrin G, Evans D. Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. World Health Report (2010) Background Paper. Geneva: World Health Report, 2010.
5. Carrin G, James C. Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. *Int Soc Secur Rev* 2005;58:45–64.
6. Meng Q, Tang S. Universal health care coverage in China: challenges and opportunities. *Procedia Soc Behav Sci* 2013;77:330–40.
7. Meng Q, Fang H, Liu X, et al. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *Lancet* 2015;386:1484–92.
8. Ministry of human resources and social security of the people's republic of China. China labour statistics yearbook 2015. Beijing: China statistics press, 2015.
9. The State Council of the People's Republic of China. Guidelines for deepening health systems reform in the 13th 'five-year' period. Beijing, 2016.
10. Ling L, Cook S, Zhang S, et al. Migration and Health in China. Beijing: China Social Sciences Press, 2015.
11. Yue Z, Li S, Feldman MW. Social integration of rural-urban migrants in China: current status, determinants and consequences. Singapore: World Scientific, 2015.
12. Jin Y, Hou Z, Zhang D. Determinants of health insurance coverage among people aged 45 and over in China: who buys public, private and multiple insurance. *PLoS One* 2016;11:e0161774.
13. Lam KK, Johnston JM. Health insurance and healthcare utilisation for Shenzhen residents: a tale of registrants and migrants? *BMC Public Health* 2012;12:868.
14. Qiu P, Yang Y, Zhang J, et al. Rural-to-urban migration and its implication for new cooperative medical scheme coverage and utilization in China. *BMC Public Health* 2011;11:520.
15. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Soc Sci Med* 2009;68:201–9.
16. Ma J, Xu J, Zhang Z, et al. New cooperative medical scheme decreased financial burden but expanded the gap of income-related inequity: evidence from three provinces in rural China. *Int J Equity Health* 2016;15:72.
17. Zhang C, Lei X, Strauss J, et al. Health insurance and health care among the mid-aged and older chinese: evidence from the national baseline survey of CHARLS. *Health Econ* 2017;26:431–49.
18. Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *BMC Health Serv Res* 2016;16:9.
19. Mou J, Cheng J, Zhang D, et al. Health care utilisation amongst Shenzhen migrant workers: does being insured make a difference? *BMC Health Serv Res* 2009;9:214.
20. Peng Y, Chang W, Zhou H, et al. Factors associated with healthseeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC Health Serv Res* 2010;10:69.
21. Zhou C, Tobe RG, Chu J, et al. Detection delay of pulmonary tuberculosis patients among migrants in China: a cross-sectional study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16:1630–6.
22. Zhao Y, Kang B, Liu Y, et al. Health insurance coverage and its impact on medical cost: observations from the floating population in China. *PLoS One* 2014;9:e111555.
23. Qin X, Pan J, Liu GG. Does participating in health insurance benefit the migrant workers in China? An empirical investigation. *China Economic Review* 2014;30:263–78.
24. National Health and Family Planning Commission of China. National internal migrant dynamic monitoring survey data users guide. Beijing, 2014.

25. Wang PA. Collection of data from 2014 migrant population dynamic monitoring survey in China. Beijing: China population publishing house, 2016.
26. Kalton G. Introduction to survey sampling. Beverly Hills: Sage, 1983.
27. Statistical information center of National Health and Family Planning Commission of China. Analysis report of health services survey among migrants. Beijing: Peking union medical college press, 2016.
28. Zhao X, Ming DY, Ma WJ. [Utilization and cost of outpatient care and their influencing factors among middle and aged peasant-workers in China]. Beijing Da Xue Xue Bao 2015;47:464–8.
29. Department of Economic and Social Affairs. Studies in methods. series F No.98. Designing household survey samples: practical guidelines. New York: United Nation, 2005.
30. International Organization for Migration. World migration report 2010-the future of migration: building capacities for change. Geneva, 2010.
31. Tangcharoensathien V, Thwin AA, Patcharanarumol W. Implementing health insurance for migrants, Thailand. Bull World Health Organ 2017;95:146–51.
32. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroenkhajorn S. Financing healthcare for migrants: a case study from Thailand. Bangkok: International Organization for Migration, World Health Organization, 2009.
33. Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. Issue Brief 2012;33:1–12.
34. The State Council of the People's Republic of China. Proposal on further promoting the reform of hukou system. Beijing: The State Council of the People's Republic of China, 2014.
35. Le AT, Vu LH, Schelling E. Utilization of health care services among internal migrants in hanoi and its correlation with health insurance: a cross-sectional study. Tap Chi Y Te Cong Cong 2015;3:44–56.
36. The Chinese Communist Party Committee. Decisions of the central committee of the communist party of China and the State Council on further strengthening rural health work. Beijing, 2002.
37. Ministry of Finance of China National Health and Family Planning Commission of China, Ministry of Human Resources and Social Security of China. Notice on raising the premium of the new rural cooperative medical scheme and the urban residents basic medical insurance scheme in 2014. Beijing, 2014:04–25.
38. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, et al. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. Am J Public Health 1999;89:1543–8.
39. Kraft AD, Quimbo SA, Solon O, et al. The health and cost impact of care delay and the experimental impact of insurance on reducing delays. J Pediatr 2009;155:281–5.
40. National Health and Family Planning Commission of China, Ministry of Finance of China. Guidelines for cost verification and reimbursement for out-of-province medical services under the new rural cooperative medical scheme. Beijing, 2015.
41. Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. Lancet 2011;378:1106–15.
42. Li Y, Wu Q, Xu L, et al. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. Bull World Health Organ 2012;90:664–71.