Journal of Health in the Field, Vol.9, No.4, Winter 2022 Research Article

Factors affecting households' exposure to catastrophic health costs in Abadan city

Ali Ghosoori[1*], Reihaneh Gaskari[2], Ghasem Rekabdar[3]

1- Department of Business Management, Financial Management, Islamic Azad University Branch of Abadan, Abadan, Iran
2- Department of Economics, Islamic Azad University Branch of Abadan, Abadan, Iran
3- Department of Mathematics, Islamic Azad University, Abadan Branch, Iran

Abstract

Background and Aims: Out-of-pocket payments and incurring health costs are two important factors in health care planning and policy calculations. Therefore, this study was conducted to determine the factors affecting households' exposure to catastrophic health costs.

Materials and Methods: The present study is a descriptive-analytical cross-sectional study conducted in 2017. 768 households in 77 clusters of 10 households in Abadan city were surveyed. The data collection tool was a questionnaire of the World Health Organization. SPSS-20 software, descriptive statistics and multiple regression methods were used to analyze the data. Ethical considerations were observed in all stages of the study.

Results: 35.9% (276) of households face catastrophic health costs, 96.1% (738) of households had insurance coverage, household age, level of education and place of residence were the factors affecting catastrophic health costs ($P < 0.05$). 63.9% (491) of households are aware of free health care services. 61.3% (471) of households are aware of ways to prevent diseases.

Conclusion: The results of the study showed that by reducing the level of income and increasing the household dimension, the family will face more catastrophic health costs, so by strengthening insurance coverage and more government assistance can reduce the exposure of households to disastrous health costs.

Keywords: Health Care, Income Distribution, Catastrophic Health Costs, Abadan

Please Cite this article as: Ghosoori A, Gaskari R, Rekabdar Gh. Factors affecting households' exposure to catastrophic health costs in Abadan city. Journal of Health in the Field. 2022; 9(4):29-39.

Corresponding Author: Department of Business Management, Financial Management, Islamic Azad University Branch of Abadan, Abadan, Iran.
Email: ghosooriali1361@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.22037/jhf.v9i4.36878
Received: 26 November 2021
Accepted: 17 May 2022

مقاله پژوهشی

فصلنامه بهداشت در عرصه
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده بهداشت و ایمنی
دوره ۹ شماره۴، زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۲۹ تا ۳۹

عوامل موثر بر میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرستان آبادان

علی قصوری[۱*]، ریحانه گسکری[۲]، قاسم رکابدار[۳]

۱-گروه مدیریت بازرگانی، مدیریت مالی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان، آبادان، ایران
۲ –گروه اقتصاد ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان، آبادان، ایران
۳ - گروه ریاضی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان، آبادان، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: میزان پرداخت از جیب خانوارها و بروز هزینه‌های کمر شکن سلامت، دو فاکتور مهم در محاسبات مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خدمات سلامت است. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ۷۶۸ خانوار، در ۷۷ خوشه ۱۰ خانواری در سطح شهرستان آبادان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS20، روش‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) و روش رگرسیون چندگانه، استفاده شد. ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل اجرای مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها: براساس نتایج، ۳۵/۹٪ (۲۷۶) از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه می‌باشند، ۹۶/۱٪ (۷۳۸) از خانوارها دارای پوشش بیمه‌ای بودند، سن خانوارها، سطح تحصیلات و محل زندگی از عوامل موثر بر هزینه‌های کمرشکن سلامت بودند (P<۰/۰۵). همچنین ۶۳/۹ ٪(۴۹۱) از خانوارها از خدمات رایگان سیستم بهداشت اطلاع دارند. ۶۱/۳٪ (۴۷۱) از خانوارها از راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها اطلاع دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که با کاهش سطح درآمد و افزایش بعد خانوار، خانواده بیشتر با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه خواهد شد، لذا از طریق تقویت پوشش بیمه‌ای و کمک بیشتر دولت می‌توان میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت را کاهش داد.

کلید واژه‌ها: مراقب سلامت، توزیع درآمد، هزینه‌های کمرشکن، آبادان

* **نویسنده مسئول:** گروه مدیریت بازرگانی - مدیریت مالی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان، آبادان، ایران.

Email: ghosooriali1361@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۷

مقدمه

تامین مالی یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت در کنار تولیت، تولید منابع و ارائه خدمات است. روش‌های متعارف برای تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شامل مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه درمانی خصوصی و پرداخت از جیب می‌باشد، در صورت ناتوانی دولت در تامین مالی مراقبت‌های سلامت، بار تامین مالی مستقیماً بر دوش مردم خواهد داشت. به طوری که آنها مجبور به پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب خود می‌شوند [۱]. بحث پیرامون چگونگی و ترکیب تامین مالی خدمات سلامت، همواره یکی از بزرگترین مشکلات و چالش‌های پیش‌روی برنامه‌ریزان نظام سلامت در تمامی کشورهای جهان و به‌ویژه کشورهای در حال توسعه و فقیر است. با وجود تمامی کارها و تلاش‌هایی که تاکنون در این حوزه صورت گرفته، هنوز هم مشاهده می‌گردد که تامین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداخت‌های مستقیم از جیب، کمبود حمایت‌های مالی دولت‌ها و خدمات بیمه‌ای همراه است [۲]. صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باعث کاهش سطح رفاه و استاندارد زندگی آنان می‌گردد. آنچه که نگرانی ایجاد شده در مورد هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت را بیشتر می نماید؛ وقوع نسبتا بالای آن، چه در کشورهای ثروتمند و چه در کشورهای فقیر جهان است [۳]. به هزینه درمانی پرداخت شده از جیب توسط خانوار در محل دریافت خدمات، پرداخت از جیب گفته می‌شود [٤]. امروزه با توجه به پیشرفت و توسعه تکنولوژی، تغییرات جمعیت شناختی و شکل‌گیری بیماری‌های جدید، سلامتی که یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی است، از اجزای اصلی کیفیت زندگی محسوب می‌شود. فناوری‌های جدید، پرهزینه بودن آنها و همچنین عدم توانایی مالی خانواده‌ها، مشکلات اساسی را در راه دسترسی افراد به خدمات بهداشت و درمان به وجود آورده است [۵]. بالا بودن هزینه‌های بهداشت و درمان باعث بروز اثراتی از جمله تنزل سطح رفاه خانواده‌ها، تخصیص کمتر به پس‌انداز و محروم شدن از سایر خدمات مثل آموزش، انصراف از ادامه درمان و کاهش سطح بهداشت و در نهایت، حرکت به سوی فقر می‌گردد [٦]. هزینه‌های کمرشکن سلامت نه تنها مانعی در جهت رفاه و آسایش خانوارها است؛ بلکه یک شوک در مصرف محسوب می‌شوند، زیرا علاوه بر، به هم خوردن برنامه بودجه بندی خانوار، صرف بخشی عظیمی از منابع خانوار برای دریافت این خدمات به کار رفته و آنان را از پرداختن به سایر امور محروم می‌نماید. شعار اصلی سازمان بهداشت جهانی (WHO) تاکید ویژه بر حفاظت خانوارها در برابر هزینه‌های خدمات سلامت است [۷]. در این شرایط یکی از مهمترین اهداف نظام سلامت کشورها عدالت در تامین مالی و محافظت خانوارها و برقراری یک نظام عادلانه در جهت استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و جلوگیری از فشار مالی بر خانواده ها جهت استفاده از آن خدمات است [۸]. به دلیل اهمیت سلامت در حفظ شادابی، کیفیت زندگی افراد و افزایش طول عمر، زمانی که آنها دچار بیماری می‌شوند، هزینه‌هایی را صرف بهبود می‌نمایند. هزینه‌هایی مانند تشخیص، دارو، درمان و همچنین کاهش درآمد در اثر کاهش ظرفیت و بازدهی نیروی کار بیمار از جمله این هزینه‌هاست [۹]. با وجود تمامی تلاش‌هایی که تاکنون در راستای ایجاد عدالت و تامین هزینه‌های سلامت خانوار در کشور از طریق تجدید نظر در وضعیت مالیات‌ها، مزایا و بیمه‌های اجتماعی صورت گرفته است؛ هنوز هم شاهد مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های سرسام آور بهداشتی و درمانی هستیم که این امر باعث کاهش رفاه و آسایش خانواده‌ها و حرکت آنها به سوی فقر و به وجود آمدن مشکلات اجتماعی گوناگون می‌شود [۱۰]. در حال حاضر کمبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است. واضحترین دلیل برای اثبات این ادعا این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری، بلکه از بار ناشی از فقر اقتصادی و به عبارت بهتر از مواجه شدن با هزینه‌های کمرشکن بهداشت، درمان و سلامت رنج می‌برند [۱۱]. علاوه بر آن یکی از مهمترین دغدغه‌های سیاستگذاران در کشورهای گوناگون، وجود نابرابری در تامین مالی هزینه‌های سلامت است. بنابراین حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت، به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت بخش در نظام سلامت مورد اجماع و پذیرش همگانی است [۱۲]. نتایج مطالعه علیخانی و همکاران در سال ۱۳۹۷ نشان داد که پرداخت مستقیم

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

از جیب، پیچیده و معلول عوامل مختلفی بوده و نیاز است که این عوامل مورد بررسی قرار گیرند تا با شناسایی و کنترل عوامل تعیین کننده پرداخت‌ها و تعیین استراتژی‌های مناسب بتوان آن را تا حد ممکن کنترل نمود [۱۳]. براساس نتایج مطالعه نکویی مقدم و همکاران در سال ۱۳۸۷، استفاده از خدمات دندانپزشکی، بستری و سرپایی، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش می‌دهد [۱٤]. یافته‌های مطالعه محمود و همکاران در سال ۲۰۱۷ نشان داد که با شناسایی عوامل موثر بر مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت و ارائه مکانیسم‌های مالی قوی‌تر، می‌توان در این خصوص خانوارها را مورد حمایت بیشتری قرارداد. دولت باید در نظر داشته باشد که منابع بیشتری را برای ارائه مراقبت رایگان یا یارانه ای اختصاص دهد. به موازات اقدام دولت، توسعه سایر مکانیسم‌های احتیاطی و پایدار ادغام ریسک ممکن است به جذب مشترکین مشتاق به طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه کمک کند [۱۵].

همچنین در مطالعه گوستادز و همکاران در سال ۲۰۰۹، نتایج مطالعه نشان داد که کاهش میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت، یک هدف سیاستی دولت است که می‌توان با تمرکز بر افزایش حمایت‌های مالی ارائه شده از فقرا و گسترش مزایای تأمین مالی دولت برای افراد فقیر و بیماران مزمن با گنجاندن و گسترش پوشش بستری و افزودن مزایای دارویی به آن دست یافت. این توصیه سیاست ممکن است برای سایر کشورهای با درآمد کم و متوسط با سطوح مشابهی از پرداخت‌های خارج از جیب و هزینه‌های بهداشتی کمرشکن نیز مرتبط باشد [۱٦]. بخشی از درآمد خانوار در همه کشورها صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت می‌شود. مقدار این سهم و توزیع آن نشان دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع می‌باشد. با توجه به اینکه دستیابی به تامین مالی عادلانه و از بین بردن ریسک مواجه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت تبدیل به چالش مهمی برای نظام‌های سلامت در سراسر دنیا شده است، لذا مطالعه در خصوص هزینه‌های کمرشکن سلامت از اهمیت ویژه‌ای برای برنامه‌ریزان نظام سلامت برخوردار است، در نتیجه این تحقیق با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرستان آبادان، انجام گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹٦ انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه کلیه خانوارهای شهرستان آبادان ۳۱۰۹۱۸ نفر بود، براساس فرمول کوکران حداقل حجم نمونه با سطح خطای ۵ درصد ۳۸٤ نفر محاسبه شد که جهت افزایش حجم نمونه (دو نمونه ۳۸٤ نفر) انتخاب گردید، نمونه‌ها برحسب توزیع جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت (مراکز به عنوان خوشه‌های خانوارها در نظر گرفته شد) انتخاب شدند، که از بین آنها ۷٦۸ نفر، در قالب ۷۷ خوشه ۱۰ نفری در سطح شهرستان آبادان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی بود که روایی و پایایی آن براساس مطالعه قیاسوند و همکاران به تایید رسیده است، که مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۸۵ ٪ است [۲]. پرسشنامه مذکور در چهار بخش به شرح ذیل تنظیم گردید: بخش اول شامل متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای، که ۱۰ سؤال در برگیرنده اطلاعاتی پیرامون ویژگی‌های خانوار بود، ٤ سؤال که دربرگیرنده اطلاعاتی پیرامون وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوار بود و در نهایت بخش دوم، ٦ سؤال حاوی اطلاعاتی پیرامون وضعیت و شرایط بروز بیماری در خانوار بود. در این پژوهش به منظور تعیین میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات بهداشتی و درمانی، از نسبت هزینه‌های صرف شده برای خدمات درمانی به توانایی پرداخت خانوار، استفاده شده است. توانایی پرداخت نیز از کل هزینه‌های مصرفی خانوار طی یک دوره مشخص منهای هزینه‌های صرف شده برای غذا طی همان دوره به دست می‌آید . اگر میزان نسبت مذکور از (۰/٤) بیشتر باشد و یا به تعبیر دیگر میزان هزینه‌های صرف شده برای خدمات سلامت خانوار از ٤۰٪ ظرفیت خانوار بیشتر باشد، گفته می‌شود که خانوار با هزینه کمرشکن خدمات سلامت مو اجه شده است [۱۵].

$$\text{هزینه‌های کمرشکن سلامت} = \frac{\text{هزینه بهداشت و درمان خانوار}}{\text{درآمد خانوار} - \text{هزینه معیشت خانوار}}$$

عامری در این مطالعه، به منظور اطمینان از پوشش شهر برای تکمیل پرسشنامه، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان آبادان که تمامی شهرستان آبادان را شامل می‌شود، به عنوان ایستگاه نمونه برداری انتخاب شدند. ملاحظات اخلاقی در تمام مراحل اجرای مطالعه رعایت شد. معیارهای ورود به مطالعه، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش، توانایی برقراری ارتباط، تسلط به زبان فارسی و معیارهای عدم ورود به مطالعه، مشکلات ذهنی، نابینایی، ناشنوایی یا سابقه‌ی مشکلات روان‌شناختی بنا بر اظهار فرد در زمان انجام مطالعه در نظر گرفته شد. داده‌های این مطالعه پس از پرسشگری در نرم افزار Excel-2013 ثبت و میزان مواجهه با هزینه های کمرشکن محاسبه شد. به منظور بررسی معنی‌دار بودن متغیرها و برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS20 استفاده گردید و نتایج با سطح معنی‌داری و خطای ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مطالعه حاضر در بین ۷٦۸ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان آبادان انجام گرفت. میزان پاسخ در بین شرکت کنندگان در مطالعه حاضر۱۰۰٪ بود. خصوصیات دموگرافیک سرپرست خانوارها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. از نظر سن، بیشتر این خانوارها در گروه سنی ۳۱ تا ٤۰ سال قرار گرفته‌اند و از نظر تحصیلات، بیشتر خانوارها، ۳٦/۱٪ دارای تحصیلات ابتدایی بودند. برای تعیین نسبت خانوارهایی که به علت پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات مراقبت سلامت با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند، خانوارهایی که پرداخت از جیب داشته‌اند از کل خانوارها تفکیک می‌شوند. از کل خانوارها، ۲۷٦ خانوار با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند، به بیان دیگر ۳۵/۹ ٪ از کل خانوارها به علت پرداخت از جیب بابت دریافت خدمات مراقبت سلامت با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند. فراوانی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، همچنین ویژگی‌های سرپرست خانوار در جدول شماره ۳ آمده است که ۲۸/۱٪ خانوارها از نظر بعد خانوار، تعداد اعضای خانوار آنها ٤ نفر می‌باشد و از نظر وضعیت بیمه ۹٦/۱٪ تحت پوشش بیمه قرار داشتند که ٥٦/۳٪ از آنها دارای بیمه تامین اجتماعی بودند. از نظر درآمد خانوار ٤۹/۳٪ از خانوارها دارای درآمد زیر یک میلیون تومان بودند. همچنین نتایج توصیفی متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ٤ نشان داده شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین جنسیت سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین جنسیت سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/٤۷۳ است که این مقدار بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد نمی‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر جنسیت سرپرست خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد. ضریب متغیر مستقل جنسیت سرپرست خانوار ۰/۰۲۵- می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین محل زندگی خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۰۳٦ است که این مقدار کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر محل زندگی خانوار تاثیر معنا داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۰۷۹ می‌باشد. با توجه به مثبت بودن ضریب می‌توان نتیجه گرفت؛ بین دو متغیر ارتباط مثبت وجود داشته و می‌توان نتیجه گرفت در صورت افزایش یکی، دیگری نیز افزایش می یابد.

براساس نتایج تحقیق بین سن سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین سن سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۰۰۰ است که این مقدار کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که متغیر سن سرپرست خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد. ضریب متغیر

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

مستقل محل زندگی خانوار ۰/۲۰٤- می‌باشد. با توجه به منفی بودن ضریب می‌توان نتیجه گرفت؛ که بین دو متغیر ارتباط معکوس وجود داشته و می‌توان گفت در صورت افزایش یکی، دیگری کاهش می‌یابد و برعکس. نتایج مطالعه نشان داد که بین میزان تحصیلات سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین تحصیلات سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۰۰۰ است که این مقدار کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر تحصیلات سرپرست خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۲٤۹- می‌باشد. با توجه به منفی بودن ضریب می‌توان نتیجه گرفت؛ بین دو متغیر ارتباط معکوس وجود داشته که می‌توان گفت در صورت افزایش یکی، دیگری کاهش می‌یابد و برعکس.

بین تعداد اعضای خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین تعداد اعضای خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۱۸۷ است که این مقدار بیشتر از ۰/۰۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد نمی‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر تعداد اعضای خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۰۵۰- می‌باشد.

همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که بین بیمه بودن یا نبودن اعضای خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین وضعیت بیمه خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۱۸۹ است که این مقدار کمتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد نمی‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر وضعیت بیمه خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۰٤٦- می‌باشد. وجود فرد بالای ٦۵ سال در خانوارها یکی دیگر از متغیرهایی است که رابطه آن با هزینه‌های کمرشکن سلامت معنی‌دار نیست. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین وجود افراد بالای ٦۵ سال در خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۲۷۲ است که این مقدار بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد نمی‌شود.

جدول ۱- خصوصیات جمعیت‌شناختی سرپرست خانوارها

Table 1- Demographic characteristics of the head of the household

نوع متغیر	طبقات	تعداد	درصد
جنسیت	مذکر	۷۱۰	۹۲/٤
	مونث	۵۸	۷/٦
سن	کمتر از ۱۸ سال	۲	۰/۳
	۲۱ تا ۳۰ سال	۱۷۷	۲۳/۰
	۳۱ تا ٤۰ سال	۲۷۲	۳۵/٤
	٤۱ تا ۵۰ سال	۲۰۰	۲٦/۰
	۵۱ تا ٦۰ سال	۹٦	۱۲/۵
	٦۱ تا ۷۰ سال	۱٦	۲/۱
	بالای ۷۰ سال	۵	۰/۷
مقطع تحصیلی	بی‌سواد	۳۰	۳/۹
	خواندن و نوشتن	٤۵	۵/۹
	ابتدایی	۲۷۷	۳٦/۱
	دیپلم	۲۷۰	۳۵/۲
	فوق دیپلم	۳۹	۵/۱
	لیسانس	۸۲	۱۰/۷
	فوق لیسانس	۲۳	۳/۰
	دکتری	۲	۰/۳

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین تعداد افراد زیر ۵ سال در خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در آزمون این فرضیه نشان داده شد که سطح خطای احتمال مربوط به فرض صفر مبنی بر عدم

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

ارتباط بین وجود افراد کمتر از ۵ سال در خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت برابر Sig=۰/۳۵۰ است که این مقدار بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر رد نمی‌شود. در نتیجه می‌توان گفت متغیر وجود افراد کمتر از ۵ سال در خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۰۳٤ می‌باشد.

جدول ۲ – فراوانی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت

Table 2 - Abundance of households with catastrophic health costs

خانوار با هزینه سلامت بیش از ٤۰ درصد توانایی پرداخت	توزیع	
	فراوانی	درصد
وجود دارد	۲۷٦	۳۵/۹
وجود ندارد	٤۹۲	٦٤/۱
کل	۷٦۸	۱۰۰

بحث

هدف از این مطالعه تعیین عوامل موثر بر میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای شهرستان آبادان بود. میزان مواجه شدن خانوارها با هزینه کمرشکن خدمات سلامت برابر ۳۵/۹٪ می‌باشد. یافته‌های تحقیق می‌تواند در تدوین سیاست‌های حمایتی اقتصادی خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن، به سیاست‌گذاران کمک نماید. یافته‌ها حاکی از آن است که نظام سلامت در دستیابی به چنین هدفی در شهرستان آبادان پیشرفت چشمگیری نداشته است که این امر با قوانین برنامه ششم توسعه اقتصادی کشور مبنی بر کاهش هزینه‌های پرداختی مستقیم از جیب برای سلامت توسط خانوارها وکاهش تعداد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن، مغایرت دارد. طبق نتایج بدست آمده، ایجاد سیاست‌های میان‌بخشی در جهت ارتقای وضعیت اقتصادی این خانوارها، اصلاح نظام ارائه خدمات و پایش عملکرد ارائه دهندگان خدمات به‌خصوص بیمارستان لازم و ضروری است [۲۰]. دولت می‌بایست جهت ارتقای عملکرد حوزه سلامت و حمایت اقتصادی از خانوارها به اقدامات جدی و اساسی مبادرت نماید. از دیگر اقدامات دولت، توسعه طرح‌های بیمه‌ای جامع و کاهش تعرفه‌های خدمات حوزه بهداشت و درمان است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین محل زندگی خانوار (شهر یا روستا) با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعات صوفی و همکاران مطابقت دارد. سکونت در شهر، یک اثر محافظتی در برابر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت داشته و منجر به کاهش هزینه‌ها می‌شود. بعد مسافت و دوری از مراکز درمانی، خدمات حمل و نقل و دسترسی آسانتر به مراکز بهداشتی و درمانی عوامل موثر می‌باشند [۱۱]. در مطالعه قیاسوند وهمکاران در شهر تهران و مهرآرا و همکاران در خانواده‌های ایران نتایج مشابهی بدست آمده است [۲]. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین جنسیت سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات عاصر علی مولی و همکاران (۲۰۱۰) ، سویوکیم و همکاران (۲۰۱۵) و رشیدیان و همکاران (۱۳۸٦) مطابقت دارد. در مطالعه باقری و همکاران در تهران، نتایج مشابهی بدست آمده که می‌توان دلیل آن را تعداد کم سرپرستان زن خانوار در این تحقیق عنوان نمود [۷]. افزایش تعداد خانوارهای دارای سن پایین سرپرست خانوار و سرپرست دارای سن بالا به لحاظ سطح درآمدی، میزان اشتغال و بیکاری و توانایی انجام کار موثر و مفید با هزینه‌های کمرشکن سلامت ارتباط مستقیم داشته که با مطالعات کاظمیان و همکاران دارای نتایج مشابهی است [۵]. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که بین میزان تحصیلات سرپرست خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات الفتروس و ازنورازمار (۲۰۱٦)، باقری و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت دارد [۷]. این مطالعه با مطالعات باقری و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت دارد. میزان تحصیلات بالاتر سرپرست خانوار موجب افزایش درآمد بوده و به این معناست که سلامتی بیشتری را در راستای مراقبت‌های بهداشتی برای خود و سایر اعضای خانوار فراهم آورد [۷].

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

جدول ۳- ویژگی‌های سرپرست خانوار

Table 3- Characteristics of the head of the household

نوع متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
بعد خانوار	۱ نفر	۱۲	۱/٦
	۲ نفر	٦٦	۸/٦
	۳ نفر	۱۷٦	۲۲/۹
	٤ نفر	۲۱٦	۲۸/۱
	۵ نفر	۱۳۵	۱۷/٦
	٦ نفر	۱۰۲	۱۳/۳
	۷ نفر	۳٤	٤/٤
	۸ نفر	۱۳	۱/۷
	۹ نفر	۵	۰/۷
	۱۰ نفر	٦	۰/۸
	۱۱ نفر	۳	۰/٤
وضعیت بیمه	بیمه دارد	۷۳۸	۹٦/۱
	بیمه ندارد	۳۰	۳/۹
نوع بیمه	تامین اجتماعی	٤۳۲	۵٦/۳
	بیمه روستایی	۲۱۹	۲۸/۵
	خدمات کشوری	٤۰	۵/۲
	نیروهای مسلح	۵	۰/۷
	سایر بیمه ها	٤۲	۵/۵
	فاقد بیمه	۳۰	۳/۹
درآمد خانوار	زیر ۱ میلیون تومان	۳۷۹	٤۹/۳
	بین ۱ تا ۱/۵ میلیون تومان	۲۱۰	۲۷/۳
	بین ۱/۵ تا ۳ میلیون تومان	۱۲۹	۱٦/۸
	بین ۳ تا ٤/۵ میلیون تومان	۱۷	۲/۲
	بین ٤/۵ تا ٦ میلیون تومان	۲۸	۳/٦
	بیشتر از ٦ میلیون تومان	۵	۰/۷
اطلاع از هزینه‌های غربالگری بیماریهای ژنتیکی	دارد	۳۱۷	٤۱/۳
	ندارد	٤۵۱	۵۸/۷
اطلاع از خدمات رایگان سیستم بهداشت	دارد	٤۹۱	٦۳/۹
	ندارد	۲۷۷	۳٦/۱
اطلاع از راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها	دارد	٤۷۱	٦۱/۳
	ندارد	۲۹۷	۳۸/۷
آموزش‌های خود مراقبتی	دیده است	۳۳٦	٤۳/۸
	ندیده است	٤۳۲	۵٦/۳

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

جدول ٤ – نتایج حاصل از رگرسیون متغیرهای مورد بررسی

Table 4 - Results of regression of the studied variables

متغیر مستقل	Sig	Beta*
محل زندگی خانوار	۰/۰۳٦	۰/۰۷۹
جنسیت سرپرست خانوار	۰/٤۷۳	-۰/۰۲۵
سن سرپرست خانوار	۰/۰۰۰	-۰/۲۰٤
تحصیلات سرپرست خانوار	۰/۰۰۰	-۰/۲٤۹
تعداد اعضای خانوار	۰/۱۸۷	-۰/۰۵۰
وضعیت بیمه اعضای خانوار	۰/۱۸۹	-۰/۰٤٦
وجود فرد بالای ٦۵ سال در خانوار	۰/۲۷۲	۰/۰۳۹
وجود فرد زیر ۵ سال در خانوار	۰/۳۵۰	۰/۰۳٤

*مقدار استاندارد شده ضرایب که نشان دهنده میزان تغییر در متغیر وابسته بازای تغییری به اندازه یک انحراف معیار در متغیر مستقل است، که هر چه قدر مطلق آن بزرگتر باشد، رابطه قوی‌تر متغیر وابسته و متغیر مستقل را نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بین تعداد اعضای خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات رشیدیان و همکاران (۱۳۸٦) مطابقت دارد و همچنین با نتایج بدست آمده از مطالعات کاووسی و همکاران (۱۳۸٦) همخوانی دارد [۱۸]. از طرفی، با افزایش تعداد اعضای خانوار، احتمال اشتغال سایر اعضا (بجز سرپرست خانوار) افزایش یافته و مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت کاهش می‌یابد [۱۸].از طرف دیگر، با زیاد شدن تعداد اعضای خانوار، و افزایش تعداد افراد محصل، که به دنبال آن هزینه مصرفی و آموزشی آنها افزایش می‌یابد و همچنین با توجه به درآمدزا نبودن آنها، منابع موجود خانوارها کمتر شده در نتیجه توانایی پرداخت خانوارها تحلیل یافته و بیشتر با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت مواجه خواهند شد [۸].

نتایج پژوهش نشان داد که بین بیمه بودن یا نبودن اعضای خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات عامری و همکاران (۱۳۹۰) و رشیدیان و همکاران (۱۳۸٦) مطابقت دارد. این نتایج با نتایج مطالعه باقری وهمکاران در تهران مطابقت دارد. بیمه‌ها نسبت کمی از هزینه‌های سلامت را پرداخت کرده و بقیه این هزینه‌ها بر عهده خانوارهاست که نتیجه آن صرف نظر کردن خانوارها به هنگام نیاز به خدمات درمانی و بهداشتی است که این امر موجب بی‌عدالتی در وضعیت سلامت می‌گردد [۷]. وجود فرد بالای ٦۵ سال در خانوارها یکی دیگر از متغیرهایی است که که رابطه آن با هزینه‌های کمر شکن سلامت معنادار نیست. در نتیجه می‌توان گفت متغیر وجود افراد بالای ٦۵ سال در خانوار تاثیر معنی‌داری بر مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ندارد. ضریب متغیر مستقل محل زندگی خانوار ۰/۰۳۹ می‌باشد. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات عاصر علی مولی و همکاران (۲۰۱۰)، عامری و همکاران (۱۳۹۰) و باقری و همکاران (۱۳۹۲) مطابقت دارد [۷،۸]. این نتایج با مطالعه صوفی و همکاران مطابقت دارد و احتمال مواجه شدن سالمندان با هزینه‌های کمرشکن سلامت به دلیل نیاز بیشتر ایشان به مراقبت‌های بهداشتی و کاهش درآمد و یا وابستگی درآمدی ایشان به سایر اعضای خانوار بیشتر است که با توجه به اینکه تنها ۱۸ درصد خانوارهای مورد مطالعه دارای فرد بالای ٦۵ سال بوده اند؛ می‌توان به علت عدم ارتباط آن متغیر با میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت پی برد [۱۱].

همچنین در مطالعه حاضر بین تعداد افراد زیر ۵ سال در خانوار با مواجه شدن آنها با هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه معنی‌داری وجود نداشت. یافته‌های مربوط به این فرضیه با تحقیقات عاصر علی مولی و همکاران (۲۰۱۰) و کاووسی و همکاران (۱۳۸٦) مطابقت دارد [۱۸،۱۹].

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که ۳/۹٪ از خانوارهای مورد مطالعه فاقد هر گونه پوشش بیمه‌ای بودند؛ لذا پیشنهاد می‌گردد تمهیداتی برای تحت پوشش این دسته از خانوارها طی برنامه‌ریزی‌های آینده به عمل آورده شود. آمارها نشان می‌دهد، ٦۳/۹ درصد مردم از خدمات رایگان سیستم بهداشت آگاهی نداشته؛ ۳۸/۷ درصد از خانوارها راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها را ندانسته، ۵٦/۳ درصد از مردم بی‌اطلاع از آموزشهای خود مراقبتی می‌باشند. در این راستا متولیان امر بهداشت و درمان می‌بایست اقدامات جدی و اساسی در زمینه برگزاری کلاس‌های آموزشی، اطلاع رسانی‌های گسترده از طریق وسایل ارتباط

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

جمعی و آگاهی دادن افراد به عمل آورند. با توجه به اینکه خانوارهای زیادی (٤۲/۲٪) به فعالیت‌های فیزیکی و وزرش نمی‌پردازند؛ لذا پیشنهاد می‌گردد اداراتی نظیر اداره ورزش و ... با اجرای برنامه‌های ورزش همگانی، نصب وسایل ورزشی در محیط‌های عمومی نظیر پارک‌ها اقدامات موثری را در جهت تشویق خانواده‌ها به انجام فعالیت‌های ورزشی انجام دهند. با توجه به آمارهای بدست آمده، نظر به اینکه حدود نیمی از خانوارها (٤۹/۳٪) دارای درآمد ماهیانه کمتر از یک میلیون تومان می‌باشند و غالبا هیچ گونه دریافتی دیگری نظیر کمک هزینه، هدیه، وام و یا ... دریافت نمی‌نمایند (حدود ٦۹/۸٪)، همچنین ۷۸/۸ درصد خانوارها بجز سرپرست خانوار، فرد دیگری را در اشتغال بکار ندارند؛ لذا توصیه می‌گردد دولت و سایر نهادهای مرتبط در این زمینه اقدامات و راهکارهایی را در جهت اشتغال بکار افراد بیکار، بهبود سطح درآمد خانوارها و مهیا نمودن کمک‌های نقدی و غیرنقدی جهت خانوارهای آسیب‌پذیر فراهم نمایند. با توجه به آمار بدست آمده، بیشترین عللی که خانوار جهت خدمات بهداشتی درمانی متحمل هزینه می‌شود به ترتیب دارو (٤۲/۲٪) و ویزیت (۳۳/۹٪) می‌باشد. در این راستا با عنایت به اینکه خانوارهای زیادی (٤۳/٤٪) عنوان نموده‌اند که علت خودداری آنها از مراجعه به مراکز درمانی عدم توانایی مالی می‌باشد؛ بجاست متولیان امر در حوزه بهداشت و درمان با برنامه‌ریزی‌ها، تصمیم‌های دقیق‌تر، حمایت‌ها و کمک‌های بیشتری در خصوص تعرفه‌های دارو و خدمات پزشکی ارائه نمایند. آمارها نشان می‌دهد بیشتر مردم شهرستان آبادان از دستگاه تصفیه آب استفاده نمی‌نمایند (٥۸/۹٪)، همچنین ٥۸/٥٪ از مردم در زمان بروز پدیده گرد و غبار از ماسک هوا استفاده نمی‌نمایند. با توجه به وجود مشکلات کیفی در وضعیت آب شهرستان و بروز مکرر پدیده گرد و غبار، این امر می‌تواند باعث بروز مشکلات و بیماری‌های متعدد گوارشی و ریوی گردد. در این راستا نهادهای همچون اداره آب و فاضلاب اقداماتی نظیر بهبود وضعیت آب آشامیدنی و نهادهایی همچون سازمان‌های بهداشت و درمان در خصوص آموزش و آگاهی دادن در خصوص عوارض و زیان های مصرف آب ناسالم و همچنین سازمان‌هایی نظیر محیط زیست با اقداماتی در جهت جلوگیری از پدیده ریزگردها می‌توانند تا حد زیادی از بروز این دسته از بیماری‌ها جلوگیری نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هزینه های کمرشکن سلامت در سطح خانوارهای آبادان بالا می‌باشد و بیانگر عملکرد ناموفق نظام سلامت در راستای حفاظت از خانوارها در مقابل پرداخت‌های سلامت می‌باشد. مواجه خانوارها با پرداخت های کمرشکن منجر به فقر سلامت خانوار می گردد [۲۰]. کاهش میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت باید جزء اهدف سیاستی دولت باشد که بتواند با تمرکز بر افزایش حمایت‌های مالی ارائه شده به فقرا و گسترش مزایای تأمین مالی دولت برای افراد بی‌بضاعت و کم‌بضاعت و بیماران صعب العلاج با گنجاندن و توسعه پوشش بستری و ارتقاء مزایای دارویی به آن دست یابیم. همچنین در راستای کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت افزایش سهم دولت در تامین مخارج عمومی سلامت و تخصیص منابع دولتی در بخش سلامت حائز اهمیت می‌باشد. لذا جهت کاهش هزینه‌های کمر شکن سلامت بایستی بیمه‌ها را تقویت نموده و جهت افزایش سهم دولت منابع پایداری در بودجه عمومی در نظر گرفته شود.

لذا پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش پرداخت از جیب، دولت، داروهای بیماران را در بخش‌های دولتی حمایت نموده و طرح‌های معافیت افراد کمتر برخوردار را اجرا نماید. بنابراین سیاست‌گذاران باید این امر را در سیاست‌های سلامت کشور در نظر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان عوامل موثر بر میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرستان آبادان جهت مدیریت مالی بودجه خانواردر مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت بازرگانی- مدیریت مالی در سال ۱۳۹٦ است که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان انجام شده است.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه یاد شده به دلیل همکاری فراوان جهت هماهنگی برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش تقدیر و تشکر می‌نمایند. همچنین از زحمات کارکنان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان آبادان که در راستای این پژوهش به نویسنده یاری رسانده‌اند؛ تقدیر و تشکر می‌گردد.

Refrences

1- Zarei E, Pouragha B, Khodakarim S, Moosazadeh Nasrabadi AR. Out of pocket payment by inpatients of public hospitals after health sector evolution plan a cross-sectional study in Tehran city. Journal of Hospital 2017; 16(3):9-17(In Persian).
2-Ghiyasvand H, Hadian M, Maleki MR, Shabaninejad H. Determinants of catastrophic medical payments in hospitals affiliated to Iran university of medical sciences; 2009. Hakim Research Journal 2010; 13(3):145-54 (In Persian).
3- Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: An analysis of household survey data (1382-1386). Journal of Health Administration 2010; 13(40):51-62 (In Persian).
4- Alizadeh Hanjani H, Fazaeli AA. Estimation of fair financial contribution in health system of Iran. Social Welfare Quarterly 2006; 5(19): 279-300 (In Persian).
5- Kazemiyan M, Javadi-Nasab H. Socio-economic determinants of health expenditure for low-income households in the informal sector. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2014; 21(2):151-61(In Persian).
6-Mohammadzadeh Y. Determinants of impoverishing health expenditure in Iran's Health Sector. Journal of Iran's Economic Essays 2014; 11(22):117-54 (In Persian).
7- Bagheri Faradonbeh S, Arab M, Roodbari M, Rezapoor A, Bagheri Faradonbeh H, Ebadifard Azar F. Catastrophic and impoverishing health expenditure in Tehran urban population. Journal of Health Administration 2016; 19(63): 55-67 (In Persian).
8- Amery H, Jafari A, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and Its Influential Factors on Families in Yazd Province %J Journal of Health Administration 2013; 16(52):51-60 (In Persian).
9- Gharibi F, Heidari A, Zarei M. Percentage of out-of-pocket payment for health services by people of Kurdistan in 2010. Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2013; 18(3):20-28 (In Persian).
10- Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Gholamalipoor S, Farzaneh A. Households encountering with catastrophic health expenditures in Qazvin. Health Information Management 2013; 10(1):1-8 (In Persian).
11- Soofi M, Rashidian A, Aabolhasani F, Akbari Sari A, Bazyar M. Measuring the Exposure of Households to Catastrophic Healthcare Expenditures in Iran in 2001: the World Health Organization and the World Bank's Approach. Hospital 2013; 12(2):39-50 (In Persian).
12- Aeenparast A, Rezaie Yazdeli M, Zandian H, Haeri AA. Catastrophic health expenditures in Iran: a review of the literature. Payesh (Health Monitor) Journal 2016; 15(1):7-17 (In Persian).
13- Alikhani N, Abbasi M, Fathi A. Investigating the factors affecting out-of-pocket in hospitals affiliated to mazandaran University of medical sciences. Management Strategies in Health System 2019; 3(4):299-308 (In Persian).
14-Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. Households exposure to catastrophic health expenditures and the affecting factors in kerman province, Iran. Journal of Management and Medical Informatics School Kerman Univesity of Medical Science 2014; 1(2):90-101 (In Persian).
15 -Rashidul Alam M, Abdur Razzaque S, Marufa S, Ziaul I, Jahangir Kh, Alec M. Distribution and determinants of out-of-pocket healthcare expenditures in Bangladesh. Journal of Preventive Medicine and Public Health 2017; 50 (2):91-99.
16- Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from georgia and its policy implications. BMC health services research 2009; 9(1):69. Doi: https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-69.
17- Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. World Health Organization; Geneva, 1999. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66267/a68870.pdf
18- Kavousi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh SR, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a longitudinal study in zone 17 of Tehran. Hakim Research Journal 2009; 12(2):38-47 (In Persian).
19- Ali Molla A, Chi Ch, Mondaca ALN. Predictors of high out-of-pocket healthcare expenditure: An analysis using Bangladesh household income and expenditure survey, 2010. BMC Health Services

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

Research 2017; 17(1):1-8. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2047-0.
20- Nosratabadi M, Sharifian Sani M, Negin V, Babapour M. Health poverty trend among families with child using health financial contribution and cohort approach: 1984-2012. Journal of Health in the Field 2015; 2(2):27-35 (In Persian).

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.