بررسی میزان مواجهه خانواده با هزینه‌های کمرشکن سلامت و عوامل مؤثر بر آن در استان کرمان

محمود نکویی مقدم، مهندس‌های اکبری جور، مهندس‌های ایران‌سالنیکی، سید کنجویی

مقاله پژوهشی

پیشنهادی

یافته‌ها: به‌دست‌آوردن اطلاعات مربوط به عوامل مؤثر بر هزینه‌های کمرشکن سلامت در استان کرمان کمک می‌کند تا برنامه‌ریزی‌های مؤثر و موثر برای بهبود سلامت بدنی و روحی مردم انجام شود.

روش: مطالعه توصیفی- تحلیل حاصل با استفاده از داده‌های گزارش‌گذاری انجام گردید. جامعه پژوهش شامل تمامی خانواده‌های ساکن در استان کرمان در سال 1387‌بود. متغیرهای مربوط به هزینه‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن در این مطالعه، به‌عنوان متغیر نهایی در مدل فرضیه‌سازی شدند.

نتایج: روند استفاده از خدمات غیر آرایشگری در استان کرمان به‌طور تقریبی 15 درصد بالا بوده و وابستگی به خدمات بیمارستانی از سلسله‌های مصرف خدمات سلامت بروز یافته‌است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی هزینه‌های کمرشکن سلامت، مقدمات تحلیلی، مقدمات نظری

ارجاع: نکویی، محمود، اکبری جور، ایران‌سالنیکی، سید کنجویی. بررسی میزان مواجهه خانواده با هزینه‌های کمرشکن سلامت و عوامل مؤثر بر آن در استان کرمان. مجله تخصصی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی کرمان؛ 1392:101-100

دریافت مقاله: 1392/9/29

Email: mrajavar@gmail.com
مقدمه

هزینه‌های درمانی با رنگ و زخم فرانل مواج می‌شوند و در ازای تأمین این هزینه‌ها از دنگ مخاطب ضروری خود می‌کاهند. این موضوع با تحلیل رفتار فرانل خواهد شد.

۲- بارآوری هزینه‌های درمانی به سبب کاهش در پس انداز تجربیات درمان خانواده به سایر مصارف به خصوص اقلامی مانند خرده‌های مناسب، تجهیزات و یا آموزش که می‌تواند این اقلامی درمانی به خصوص دیارات فردی خانواده‌ها تاثیر گذار آگاهی انسانی در یک‌ورود تا لیفته در انتقال سهام به تأمین‌گران

۳- امکان دارد گروهی از خانواده‌ها به خاطر عدم توانایی در برداشت هزینه‌های درمانی از یک‌پاره درمان به‌نظر‌کننده در این باعث نقل سطح سلامت و بهداشت خانواده‌ها و جامعه خواهد شد.

۴- برخی خانواده‌های کم‌درآمد که به جلو و حاشیه فقر زندگی می‌کنند، توان معيشی و درآمد و درآی‌های خود را به دلیل تأمین اجتماعی مالی از دست می‌دهند و با هزینه‌های کمرشک سلامت رو به رو می‌گردند و به‌دین سپری می‌روند.

امروز همواره‌ها محض مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام سالم و سلامتی نشان‌دهنده سلامتی جهت است. روش‌هایی برای تشکیل آن این است که خانواده‌ها تهیه‌ترین که به حاله یا به‌درمانی‌ها که به‌طور طبیعی با هزینه‌های کمرشک به‌همراه و از تأمین‌گران مالی سلامت ترجیح می‌برند.

بنابراین شناسایی و انتخاب سایوزی‌ها در مطالعه کمرشک درمانی جهت این بیماری به‌خواه رساند (۶).

لازم به ذکر است که در این تحقیق فرآیندهای مالی به‌صورت صورتی می‌باشد که این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور گرفته است که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک را برای کل کشور می‌باشد که برخی از این هزینه‌های کمرشک R

۱- خانواده‌ها به‌طور افتتاحیه‌ای به‌صورت همزمان در تأمین سلامتی به‌شرح زیر است:

۱۴۲
مجله تاشکند مثبت و اقدام را پژوهش‌های مقدمه و همکاران
محاسبه کردن انتظار مطلوب‌های این روش برای یک استان خاص سرعت تغییر این است. این کلاس غربی که پژوهش حاضر در استان کرمان و به تفکیک هر شهرستان انجام شد. این است افتاده این مطلوب راه‌حل‌های متوفر و سلامت استان قرار گیرد.

روش‌ها

نمونه‌های این مطلوب‌های خارج‌سازی ساکن در استان کرمان بودند. نمونه‌گیری از نوع تصادفی نمود که توسط مرکز آمار ایران به طور صفتی و به تفکیک مناطق شهری و روستایی صورت گرفت. طبق نمونه‌گیری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۷ (۵۰/۹۳۰ خال@interface سال ح squads این است) ۵۰۵ خال@interface (۵۰۵ خال@interface مناطق شهری) توسط این مرکز بررسی شد. زمان انجام مطالعه سال ۱۳۸۷ بود اما به عنوان کامل نبودن طرح امار‌گیری در این سال و سال ۱۳۸۸ از داده‌های سال ۱۳۸۷ استفاده گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات توسط استادان، بررسی‌نامه طرح آمار‌گیری هزینه و درام خال@interface شهری و روستایی که از چهار قسم شکل شده است. قسمت اول شامل بررسی‌های مفاهیم اجتماعی اعضای خال@interface، قسمت دوم شامل بررسی مشخصات محل سکونت و تسهیلات و لوازم علوم زندگی، قسمت سوم شامل بررسی هزینه‌های خارج‌سازی غیر خال@interface خال@interface و قسمت چهارم شامل بررسی درام خال@interface بود.

سازمان بهداشت سازمان بهداشتی روز را برای مطالعه‌ای شناختی هزینه‌های کم‌کار، سال علی‌رغم کرده است که شامل محاسبه مفاهیم مختلفی می‌باشد که فرمول و شیوه محاسبه برحسب زیر ارائه شده است:

$$\exp \left( \text{CTP}_n \right) = \text{Se}_n \leq \frac{\text{food}_n}{\text{Se}_n}$$

در این معادله $\exp$ ضریب برداشت خال@interface ($\text{exp}$ ضریب برداشت خال@interface $\text{exp}$ ضریب برداشت خال@interface برای این کالای خال@interface یا برمی‌گردد.

• هزینه‌های خارج‌سازی

• همه‌های هزینه‌های خارج‌سازی که صرف خارج‌سازی شده است به اضافه ارزش تولید شده توسط خال@interface که خودش آن را صرف کرده است هم‌نوا هزینه‌های صرف خارج‌سازی در خارج از منزل (مانند رستوران و هتل‌ها) و هزینه‌های سیگار و
محمود تکی نمای و همکاران

کالالبرگ، خودصرفنی و دیگر مقادیر غیر نقدی مصرف
خوارگ مانند و در این صورت ظرفیت برداشت این
خانوارها به صورت زیر محاسبه شد.

\[ CTP_h = exp-food_h \times \text{Se}_h \times \text{food}_h \]

۱۷ هزینه‌های کمرشکی سالمات
(Catastrophic health care expenditures)

هزینه‌های کمرشکی سالمات از زمان اقتصادی افتاده که کل
هزینه‌های سالماتی برداشت شده از جب خانوار برای بیش از
۴۰ درصد ظرفیت برداشت خانوار‌ها مصرف غیر
خوارگی باشد. برای محاسبه هزینه کمرشکی از فرمول زیر
استفاده شده است:

\[ \text{Catastrophic HCE}_h = \frac{\text{Health}_E}{\text{X}} \times 40 \]

CТP

یافته‌ها

به دلیل نبود اطلاعات مربوط به هزینه‌های خوارگ ۳ خانوار
در این پژوهش فقط از اطلاعات ۱۴۷۷ خانوار استفاده شد.
اطلاعات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه در جدول ۱
آمده است.

جدول ۱. وزیکی جمعیت مورد مطالعه بر اساس اطلاعات دموگرافیک در سال ۱۳۸۷ (درصد)

<table>
<thead>
<tr>
<th>شرح</th>
<th>کل</th>
<th>شهری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وضع فعالیت سربست خانوار</td>
<td>۶۶/۷</td>
<td>۶۶/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمار (جراحی شده)</td>
<td>۱/۱</td>
<td>۱/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>دارای درمان (بدون کار)</td>
<td>۳/۳</td>
<td>۳/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>محمل</td>
<td>۲/۷</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>خانوار</td>
<td>۲/۷</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>سایر</td>
<td>۲/۳</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>وضع زمانی سربست خانوار</td>
<td>۸۸/۴</td>
<td>۸۸/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمار (بر اثر فوت)</td>
<td>۲/۱</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمار (بر اثر طلاق)</td>
<td>۲/۷</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینگ ازدواج نرده</td>
<td>۳/۲</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۷۷/۲</td>
<td>۷۷/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نِرَ / ۱۰۴</td>
<td>۳/۷</td>
<td>۳/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>ملکی غریبه و اعیان</td>
<td>۸۰/۰</td>
<td>۸۰/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>ملکی احسان</td>
<td>۶/۰</td>
<td>۶/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>استیجاری</td>
<td>۱/۸</td>
<td>۱/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>رهن</td>
<td>۱/۸</td>
<td>۱/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>در بیمار خدمت</td>
<td>۱/۴</td>
<td>۱/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>ایجادیان</td>
<td>۵/۰</td>
<td>۵/۰</td>
</tr>
<tr>
<td>سایر</td>
<td>۲/۰</td>
<td>۲/۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مجله دانشگاه مدیریت و اطلاعات رشته پزشکی کرمان، شماره ۱ / شماره ۳، رام ۱۳۹۲
حیتیه‌های مصرفی خانواده‌ای ۷/۸ درصد و سهم آن‌ها از تولیدی‌های بی‌خانمان ۱/۱ درصد بود. در مناطق شهری سهم حیتیه‌های بهداشتی و درمانی از کل حیتیه‌های مصرفی خانواده‌ای ۹/۵ درصد و سهم حیتیه‌های بهداشتی و درمانی از تولیدی‌های بی‌خانمان ۱/۷ درصد محسوب می‌گردد. در منطقه روستایی سهم حیتیه‌های بهداشتی و درمانی از کل حیتیه‌های مصرفی خانواده‌ای ۵/۷ درصد و سهم حیتیه‌های بهداشتی و درمانی از تولیدی‌های بی‌خانمان ۱/۳ درصد محسوب می‌کنند.

جدول ۲ توزیع فراوانی جامعه بی‌خونه بر حسب استفاده از خدمات مختلف سلامت در سال ۱۳۸۷

<table>
<thead>
<tr>
<th>خدمات مصرفی (درصد)</th>
<th>شهری</th>
<th>روستایی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>داروخیا</td>
<td>۷۸/۸</td>
<td>۷۷/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>خدمات سرایی</td>
<td>۵۵/۹</td>
<td>۵۰/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>خدمات بستنی</td>
<td>۳۲/۹</td>
<td>۳۰/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>دندانپزشکی</td>
<td>۲۷/۹</td>
<td>۲۶/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>پزشکی‌های مرگی</td>
<td>۱۶/۵</td>
<td>۱۰/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>پزشکی‌های دیگر</td>
<td>۳۸/۳</td>
<td>۳۸/۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بر اساس جدول ۲ جمعیت مورد پژوهش بیشترین استفاده از خدمات سایری بهداشتی داشتند. چنین از جمله خدمات سایری بود که در تولیدی‌های بی‌خانمان در طول یک ماه از خدمات سایری بهداشتی استفاده کرده بودند و درصد حیتیه‌های مورد مطالعه قرار داشتند.

درصد حیتیه‌های بی‌خانمان مربوط به حیتیه‌های کم‌دستی سلامت در اساس تولیدی‌های بی‌خانمان در کل جمعیت مورد مطالعه ۱/۷ درصد تعیین شد (مناطق شهری ۳/۴ درصد و مناطق روستایی ۳/۳ درصد). در این مطالعه درصد حیتیه‌های مواجهه‌ای همان گونه که جدول ۱ نشان داد ۲۰ درصد سربرست خانواده‌های که خاندان دار بودند جزو افراد بی کار (بدون درآمد) محسوب شوند. بنابراین درصد سربرست خانواده‌ای بی کاری می‌باشند و همچنین محل سکونت ۱۶ درصد خانواده‌های متعلق به خانواده‌های نیست.

اطلاعات حیتیه‌های خانواده

میانگین حیتیه‌های خوارا برای هر خانواده در میانگین حیتیه‌های مصرفی برای هر خانواده ۲۸۱/۷۷ درصد بود و در میانگین حیتیه‌های خوارا به طور تقریبی ۲۳۰ درصد بود. در منطقه روستایی میانگین حیتیه‌های خوارا در منطقه شهری و روستایی به طور تقریبی از کل حیتیه‌های مصرفی در منطقه شهری حدود دو برابر می‌باشد. بنابراین در منطقه شهری و روستایی می‌باشد. در منطقه شهری سهم حیتیه‌های خوارا از تولیدی‌های بی‌خانمان درصد محاسبه می‌شود در حالی که این عده در منطقه روستایی ۵۴ درصد بود.

با توجه به این که مطالعه حاضر خواهانی‌های که در مطالعه ودلسایش این دارویی و کمترین مازا افتاده و همچنین میزان استفاده از خدمات پزشکی بهداشتی داشتند بیشتر در مناطق روستایی ۱/۷ درصد درصد خانواده‌ای بی‌خانمان بودند. هزینه‌های این دارو در اساس بی‌خانمان بستگی به تعیین شده شد خانواده (میزان دلاری) بی‌خانمان ۲۲۰ درصد دارای میزان محسوب کرد.
بنابراین، تحلیل رگرسیون لجستیک (Logistic regression) که نتایج آن در جدول ۲ آمده است، نشان می‌دهد که هزینه‌های کارشناسی در سال ۱۳۸۷ به‌طور مناسب‌تر عمل می‌کنند. در این مطالعه، نوعی تحلیل احتمالی و ابزاری برای تأیید هزینه‌های کارشناسی با هزینه‌های سرمایه‌ای تفاوت دارد. بنابراین، هزینه‌های کارشناسی نمی‌توانند به‌طور دقیق و کمیتی هزینه‌های سرمایه‌ای را توصیف کنند.

جدول ۲. مقایسه مقادیر بر مبنای هزینه‌های کارشناسی در سال ۱۳۸۷

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>هزینه کارشناسی (درصد)</th>
<th>هزینه سرمایه‌ای (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>هزینه خدمات سرمایه‌ای</td>
<td>P = 0.03</td>
<td>P &lt; 0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>NAD = 500</td>
<td>67.3</td>
<td>64.2</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینه خدمات بسترهای</td>
<td>P = 0.07</td>
<td>P &lt; 0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>NAD = 500</td>
<td>67.3</td>
<td>64.2</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینه داویزشکی</td>
<td>P = 0.01</td>
<td>P &lt; 0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>NAD = 500</td>
<td>67.3</td>
<td>64.2</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینه خدمات پزشکی</td>
<td>P = 0.02</td>
<td>P &lt; 0.01</td>
</tr>
<tr>
<td>NAD = 500</td>
<td>67.3</td>
<td>64.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

OR: Odds ratio; CI: Confidence interval

مشاهده نگردهد.
بهرام میریان، مهندس سالمندی، از نظر بعد خانواده در مقدمه طبقه‌بندی
شده بر اساس دادن خاویار، از نظر آماری معنی‌داری نیز و
همچنین از نظر جنس سرسپرست خانواده، رابطه آماری
معنی‌داری افتند. از نظر وضعیت اقتصادی، خانوادهایی
که در پیک‌های بالایی (وضعیت اقتصادی پایینی) قرار داشتند
نسبت به خانوادهایی که وضعیت اقتصادی مناسبی داشتند
50 درصد بیشتر داشت به خزینه‌های کمیک‌شنک‌نشدن که این
رابطه از نظر آماری معنی‌داری نیز، در ضمن خانواده‌ای که
تخریب یکی از این‌ها به‌سوی سلامتی مبتنی بر خانوادهای که
تخریب یکی از این‌ها به‌سوی سلامتی مبتنی بر خانوادهایی که
امتیاز دارند.

بحث و تلاش‌کردن

با توجه به ماده 30 برنامه 5 ساله پنج‌گانه (1380-87) در صد
خانواده‌ای موانع شده با هزینه‌های کمیک‌شنک سلامت در کل
کشور در این برنامه 37/3 درصد گزارش شده بود و
هدف برنامه، کاهش این میزان به 1 درصد بوده است. با توجه
به مطالعه مخبرنگاری در سال پایانی برنامه پنج‌گانه، بنوی
میزان هزینه‌های کمیک‌شنک سلامت در استان کرمان
41/4 درصد برآورد شده است؛ به طوری که مناطق شریع
6/4 درصد و مناطق روستایی کم‌گزینه 13/3 درصد را نشان
می‌دهد. از این‌ها که افراد سایر مناطق روستایی 1/5 دربار
کمتر از آن که در مناطق شریع هزینه‌های بهداشتی در
درمان دارند، تفاوت بین هزینه‌های کمیک‌شنک بین این دو
مناطق تنها 151/1 درصد بوده است. با توجه به این نتک‌هیه متول
تاجیر گرفت، خانواده‌ای مناطق روستایی با کوچک‌ترین
هزینه‌های در دام هزینه‌های کمیک‌شنک سلامت در گروه
می‌شودن. از نظر اینکه تابعی از این‌ها بیشتر می‌گذر
تالما در خانواده‌ای موانع شده با هزینه‌های کمیک‌شنک
سالمات در شهرستان‌های مختلف است: به طوری که
شهرستان‌های زندی، کرمان، بند و قلعه گنج (به ترتیب
67/2 و 6/5 درصد) بیشترین موانع‌های داده و
به‌دسته‌های مطلقی این شهرستان‌ها بیشترین میزان استفاده از
خدمات سالمات به‌ویژه استیتیک و پردازش‌کردن

> مجله ناشناخته، مرکزیت و اخلاق رسانه‌پزشکی کرمان، نخستین جلد، شماره 1، تیر 1392

46
همکاران در چین (۱۸) و تایلند به عنوان درمان برای بیمار فشار خون مبتلا به نیازمندی مالی نظام سلامت معرفی شدند: این در حالی است که مطالعه در چین نشان داد که هیچ‌یک درمانی با تشویق Lindelow و مردم به استفاده بیشتر از خدمات و نیز استفاده از خدمات پیشرفته و ارزش‌کننده سطح بالا، خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشک سلامت را برای خانوارها افزایش می‌دهد (۲۰). مطالعه رضوی و همکاران نشان داد که ۲۵ درصد افرادی که دچار هزینه‌های خانمان سوز می‌شوند دارای پوشش می‌باشند.

به همین‌و همکاران Lee در پژوهش مالی مربوط به سلامت از بیمه‌های مالی سلامت افرادی داشته است. اما نشان داد که رابطه خانوار و از این هزینه‌ها کاهش نشان داده و محتوی مربوط به خدمات (۶۷ درصد و (۱۸ درصد هزینه‌های درمانی در طرفداران در داوی در هزینه‌های درمانی کاهش و سهم هزینه‌های نشان داده شده است. ۱۸ از این رو در طراحی نظام سلامت باید به بسته خدمات و شویه پزشک و نیز رفیق به بیمارهای کمرشک نهایت خاص شود.

به همین‌و همکاران Lee در این رابطه به این ترتیب سیندن که بسته یکی از اعضای خانوار در می‌تواند به ارتقاء نشان دهنده درمانی لازم پزشکی، و انتظار در درمان بیمار مورد عمل مواجه که هزینه‌های کمرشک سلامت می‌باشد که این ارتباط در مورد بسته در بیمارستان خصوصی چشم‌گیرتر بوده است (۱۹).

در مطالعه تقوی (۲۷) نشان داده که ۲۹ درصد خانواده‌ای که یکی از اعضایان ساکن در بستر به داشت با هزینه‌های خانمان سوز (پنی بیش از ۵۵ درصد درامد مالیانه) می‌تواند بوده و اکر در این گروه بیمارستان‌های خصوصی را در نظر گرفت چگونه این دوره به ۲۷ درصد درصد می‌رسد که در مقایسه با بیمارستان‌های از این اجتماعی (۸۷ درصد) در برای است. همچنین مطالعه به‌همراه (به تقلیل از تقوی) نشان می‌دهد که ۱۸ درصد کسانی که در ۷ درصد مطالعه هزینه‌های بالایی را به دلیل عدم مراقبه محتمل شدند (نیم‌بردن و Adhikari (۱۹) در مطالعه Lagrada و Somkotra در چین در این مطالعه می‌تواند به گران بودن این
بر اساس یافته‌های این پژوهش، میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشک سلامت در سال 1387 در هر 1000 خانوار استان کرمان 31.47 خانوار بوده است: به این صورت که از مصروف‌های سالمات غنایی خود وجود داشته کارپرکند. در مطالعه حاضر، افراد که هزینه‌های خانوار‌های برخی از اجراهای بیشتری از خدمات درمانی و خدمات سلامت استفاده از خدمات سیاری در این مورد، گذر روش‌ها و خدمات سیاری پیشنهادی و بسترهای می‌باشد. افزایش برخی از سیاست‌گذاران از یافته‌های این پژوهش بر روابطی تنش‌های 5 همچنین مدل‌های تداوم برخی از اهداف تدوین شده 24 رهبری حاضری در سیاست‌گذاری برخی از اهداف تدوین شده را واقعیتر و به‌مرحله اجرا نخورده‌اند. این طبق یافته‌های حاضر به نظر می‌رسد برای ارتقای عدالت در سیاست‌های تناز سیاست‌های بین‌بخشی و به دنیال اشکال‌های بین‌بخشی در جهت ارتقای وضعیت اقتصادی خانوارها و وبی‌های خانوارها روستایی و همکاران اندازه 23.6 به همکاران داده شد که درصد خانوارهای دارای درستی خطر قدرت راندند 0.73 درصد خانوارهای دارای مطالعه و همکاران برای حمله به مصرف خدمات و مواجهه با هزینه‌های کمرشک سلامت تا امید نموده است. در تابلیت نیز بر اساس بیشتری یافته‌های روپیده، افتاده‌اند از خدمات بیمارستان خصوصی و با بهره‌های درمانی دایری و شیمی درمانی که تحت پوشش نیوده‌اند، باعث افتاده‌اند در ماه هزینه‌های کمرشک شده است (23). در مطالعه کریمی و همکاران در کاربردهای خیال مصرف خدمات سلامت با مبنا مواجهه با این هزینه‌ها ممنوع بر به سایر (15) مطالعه نشان داد که پرداخت‌های کمرشکی به توجه به استفاده Lee از خدمات افزایش یا کاهش به طوری که خانوارهای قبیره، حکمتیار به دلیل استفاده از خدمات سیاری متحمل هزینه‌های کمرشک می‌شوند (16). در پژوهش حاضر این امر وجود داشته که بالا بودن استفاده از خدمات بیمارستانی و خدمات پزشکی در مناطق شهری (24) این امر نیست، جایگزین سیستم روش‌های و به‌ممکن است که هزینه‌های مرافقت‌های نیستگی در درمان در سیستم معیارهای می‌باشد. در مطالعه حاضر، افراد که هزینه‌های خانوار‌های برخی از اجراهای بیشتری از خدمات درمانی و خدمات سلامت استفاده از خدمات سیاری در این مورد، گذر روش‌ها و خدمات سیاری پیشنهادی و بسترهای می‌باشد. افزایش برخی از سیاست‌گذاران از یافته‌های این پژوهش بر روابطی تنش‌های 5 همچنین مدل‌های تداوم برخی از اهداف تدوین شده 24 رهبری حاضری در سیاست‌گذاری برخی از اهداف تدوین شده را واقعیتر و به‌مرحله اجرا نخورده‌اند. این طبق یافته‌های حاضر به نظر می‌رسد برای ارتقای عدالت در سیاست‌های تناز سیاست‌های بین‌بخشی و به دنیال اشکال‌های بین‌بخشی در جهت ارتقای وضعیت اقتصادی خانوارها و وبی‌های خانوارها روستایی و همکاران اندازه 23.6 به همکاران داده شد که درصد خانوارهای دارای درستی خطر قدرت راندند 0.73 درصد خانوارهای دارای مطالعه و همکاران برای حمله به مصرف خدمات و مواجهه با هزینه‌های کمرشک سلامت تا امید نموده است. در تابلیت نیز بر اساس بیشتری یافته‌های روپیده، افتاده‌اند از خدمات بیمارستان خصوصی و با بهره‌های درمانی دایری و شیمی درمانی که تحت پوشش نیوده‌اند، باعث افتاده‌اند در ماه هزینه‌های کمرشک شده است (23). در مطالعه کریمی و همکاران در کاربردهای خیال مصرف خدمات سلامت با مبنا مواجهه با این هزینه‌ها ممنوع بر به سایر (15) مطالعه نشان داد که پرداخت‌های کمرشکی به توجه به استفاده Lee از خدمات افزایش یا کاهش به طوری که خانوارهای قبیره، حکمتیار به دلیل استفاده از خدمات سیاری متحمل هزینه‌های کمرشک می‌شوند (16). در پژوهش حاضر این امر وجود داشته که بالا بودن استفاده از خدمات بیمارستانی و خدمات پزشکی در مناطق شهری (24) این امر نیست، جایگزین سیستم روش‌های و به‌ممکن است که هزینه‌های مرافقت‌های نیستگی در درمان در سیستم
يتها یاس: 

- افزایش میزان سمپه منع عمومی در بخش بهداشت و درمان
- اندازه‌گیری میزان سمپه مزد در بخش بهداشت و درمان
- مسئولیت شخصی‌شان با توزیعی هزینه‌های بهداشت و درمان با

در صورت فقر ایجاد شده در جامعه به علت پرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان.

قدرتانی

از کلیه افرادی که می‌پذیرد باید به کردند این اقدار به مسئولیت‌های کارکنان و همکارانشان در معاونت مدیریت و برنامه‌ریزی استان کرمان، سیاست‌گذاری لازم به ذکر است که این مطالعه با حمایت مالی معاونت بزوحشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است.

References

1. Mohesni M. Medical sociology. 7th ed. Tehran, Iran: Tahoori Library publication; 2003. [In Persian].
4. Health Policy Council. Health financing of Islamic republic of Iran in fifth economic, social and cultural development plan, 8th revision. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. [In Persian].
14. Fazaeli AA, Health financial equity indices trend. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2008. [In Persian].
22. Naghavi M. Health services utilization in Iran. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. [In Persian].
Households Exposure to Catastrophic Health Expenditures and the Affecting Factors in Kerman Province, Iran

Mahmood Nekoeimoghadam\textsuperscript{1}, Mohammadreza Akbari-Javar\textsuperscript{2}, Mohammadreza Amiresmaili\textsuperscript{3}, Mohammadreza Baneshi\textsuperscript{4}, Saeed Ganjavai\textsuperscript{5}

Abstract

Introduction: The main objective of an efficient financing system is to provide sufficient resources to ensure population access to public and personal health services in a way not to move people toward poverty due to inability to pay. One of the indicators of contribution in financing is the percent of households exposed to catastrophic health expenditures (CHE). The study aimed to measur this indicator in Kerman province, Iran, and the affecting factors.

Method: In this descriptive-analytical retrospective research, the study population consisted of all households living in Kerman province in 2008. Research sample consisted of 1480 households selected by Iran Statistics Center separately for urban and rural areas via systematic randomized sampling method during 2008-households expenditure and income survey. Households whose financial contribution in health system was above 40\% of their residual income after paying for subsistence expenditures were defined as households with catastrophic expenditures. In order to explore affecting factors on catastrophic health expenditures incidence, chi-square test and logistic regression was applied.

Results: 4.1\% of households were exposed to catastrophic health expenditures; urban households were exposed 1.5 times more than their rural counterparts. Catastrophic health expenditures exposure had significant relationship with health services utilization, particularly inpatient, outpatient and dental care services (P > 0.05).

Discussion and Conclusion: Consuming dental services, inpatient and outpatient services (radiology, sonography, radiotherapy, echocardiography, MRI, exercise test, catastrophic health expenditures, etc.) increases the probability of exposure to catastrophic health expenditures. Findings of this study have made health policy makers and planners to have insight on characteristics and factors that make households more vulnerable to health expenditures.

Keywords: Financial protection, Catastrophic health expenditures, Health system equity, Kerman province, Iran

Citation: 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. J Manage Med Inform Sch 2014; 1(2): 90-101

Received: 20.09.2013
Accepted: 22.11.2013