

Research Paper

Physical Zoning of the Country's Provinces Based on the Health of Urban Households over the Period of 2010-2016

Yeganeh Mousavi Jahromi^{1*}, Fatemeh Mohaghegh Zadeh², Somayeh Mazousaz³

1- Professor of Economics, Payame nour University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor of Economics, Buin Zahra University, Ghazvin, BuinZahra, Iran.

3- M.Sc. Student of Economics, Payame Nour University, Tehran, Iran.

Received: 2019/07/18

Revised: 2020/01/19

Accepted: 2020/01/19

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jzpm.2022.21365.3331

Keywords:

Physical Zoning, Catastrophic Health Expenditure, Payments out of- Pocket, Payment capacity of provinces of the country, Urban Households.

Abstract

Payments out-of-pocket is one of the major sources of financing health services in the most developing countries, including Iran. These payments are caused when households confront with catastrophic healthcare expenditure if it would be more than 40% of households' ability to pay. The purpose of this study is to investigate the physical zoning of Iran's provinces based on the proportion of urban households facing catastrophic healthcare expenditure, using the income-expenditure data of urban households of the Iranian Statistical Center during 2010-2016. The results indicate that the proportion of urban households facing catastrophic healthcare expenditures with a relatively constant trend is 10.3% in average for the entire country during the mentioned period. Also, by comparing the provinces' proportion of urban households facing catastrophic healthcare expenditures, it can be figured out that in spite of its more or less pendulous trend, it increased for 63.3% of provinces and decreased in 23.3% of provinces during that period. Therefore, it can be declared that the health system cannot achieve the goal of reducing the proportion of households facing catastrophic healthcare expenditure based on Article 78 of the Law of the sixth five-year Economic, Social and Cultural Development Program.

Citation: Mousavi Jahromi, Y., Mohaghegh Zadeh, F., Mazousaz, S., Physical Zoning of the Country's Provinces Based on the Health of Urban Households Over the Period of 2010-2016. Journal of Regional Planning. 2022; 11 (44): 1-16. DOI: 10.30495/jzpm.2022.21365.3331

***Corresponding Author:** Yeganeh mousavi jahromi

Address: professor of Economics, Payame nour University, Tehran, Iran

Tell: 09121592889

Email: yeganehmj@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

According to the World Health Organization (WHO) definition, health is the complete physical, mental and social well-being of a person, not just the absence of illness and disability. By maintaining and improving the individuals, families, and community's health, the health system plays a role in promoting the quality of individuals' life in the community. The health system's goals, which are important for boosting people's standard of living, are: 1. Boosting the level and distribution of health. 2. Responsiveness to the people non-medical expectations and its distribution. 3. People fair participation in health care. The ways of health sector expenditure financing are various in different countries with respect to financing system. Generally, the mentioned expenditure finances through general tax, specific tax for health sector, social security insurance (paying as a part of salary) and private health insurance, and also via out- of- pocket payments (OOPs)¹.

The discussion about how and combination of health services financing has always been one of the essential challenges for health system policy- makers and planners, especially in developing countries. In spite of all efforts, it has still been observed that in developing countries health services are financing by dominating out- of- pocket payments and the relative lack of prepayment mechanisms like as tax and health insurance². Unfortunately, one of the unfortunate consequences of this financing way is imposing of catastrophic healthcare expenditure (CHE) when households confront with disease. Indeed, there are two important factors, including the amount of OOPs and CHE, that should always consider in health services policy making and planning process. In health economics texts, catastrophic healthcare expenditure is defined as the amount of health services expenditure that exceeds a certain level of income (household consumption expenditure). According to the WHO

definition, the amount of health services expenditure would be catastrophic if it is greater than or it equals 40% of a household's non-subsistence expenditure or a household's payment ability.

It is worth considering that based on Article 29 of the Constitution of the Islamic Republic of Iran, access to health services is a recognized public right. In addition, the importance of the issue is to the extent that in order to boost distributive justice for equitable access to public health services, reduction of the low-income and vulnerable households' healthcare expenditure shares have been considered in Article 90 of the fourth plan, Article 34 of fifth plan, and Article 78 of sixth of the Socio-Economic and Cultural Development Plan. Accordingly, it has been brought up that the people's healthcare expenditure share should not increase up to max 30% and the vulnerable households' CHE share should be reduced to 1%. Achieving such goals (aforesaid figures) requires a policy making based on the existence situation study and provide possible solutions. For this purpose, the present study has been done in order to investigate the physical zoning of Iran's provinces via calculating the proportion of urban households facing CHE, using the income-expenditure data of urban households of the Iranian Statistical Center during 2010-2016.

Methodology

Urban households' budgets are a combination of their types of expenditure such as food, clothing, health, housing, water and sewage, fuel and lighting, and so on. In this study, household's total income as capacity to pay and healthcare expenditure as out- of- pocket payments, are considered. In this part, the requirement concepts for calculating the proportion of urban households facing catastrophic healthcare expenditure are defined and the ways of measuring them are provided.

Out- of- Pocket Payments Health Expenditure: These are the expenditures that

¹ -out-of-pocket payments (OOPs) are defined as direct payments made by individuals to health care providers at the time of service use. This excludes any prepayment for health services.

² -In 2012, WHO provided a report related to the world's countries under a title of "World Health Statistic over the period of 1990-2010". One part of

this report contains statistics of the percentage of OOPs of total health expenditure for different countries around the world; and the aforesaid result has been obtained from a comparative study between developed and developing countries.

households pay from their income when they receive health services. These expenditures include doctor consultation fees, medication purchases, hospital bills, alternatives, and traditional medicine^١. The required information or calculating these expenditures has been extracted from the section 6 of the Raw Household Budget Data^٢.

Capacity to Pay (CTP): Equals household income minus subsistence expenditure (food, housing and clothing).

The provincial urban households' capacity to pay is calculated by using the sections 1, 2, 3, and 4 of fourth part of the Raw Household Budget Data.

Contribution in Healthcare Expenditure Financing (OOPCTP_h): This indicator equals the ratio of household' total health expenditure to household' capacity to pay (non- subsistence expenditure).

Catastrophic Healthcare Expenditure (CHE): if $OOPCTP_h \geq 40\%$, thus, the hth household is facing CHE; otherwise, the hth household is not facing CHE^٣.

In order to calculate the ratio of urban households facing CHE, first, the number of urban households facing CHE was determined for each province using coding method, and then the percentage of these households was obtained from the total urban households for each province.

Findings

The findings indicate that the proportion of urban households facing CHE with a relatively constant trend is 10.3% in average for entire country during the mentioned period. Also, by

comparing the provinces' proportion of urban households facing CHE can figure out that in spite of its more or less pendulous trend, increased for 63.3% of provinces and decreased in 23.3% of provinces, during that period.

Conclusion

Based on the results, it can be declared that the health system cannot achieve the goal of reducing the proportion of households facing CHE based on Article 78 of the Law of the sixth five- year economic, social and cultural development plan. If the health policy- makers and planners intent to use this study's and similar studies' results, analyzing the results which are related to provinces on table (3) to be suggested. In particular, reducing the proportion of provinces' urban households facing CHE such as Sistan and Baluchestan, Hormozgan and South Khorasan, is worthy of scrutiny. Indeed, it should clear that what the cause of reduction of the mentioned proportion was: improving of the health conditions of those provinces' urban households, a little improving in income distribution, or to be indifference to the issue of health.

^١ -Transportation and nutrition expenditures related to health are not included.

^٢ -Healthcare expenditures should not contain supporting and contributions of insurer institutions because there are five financing sources of health

care including direct taxes, indirect taxes, social insurance, private insurance, and OOPs.

^٣ - The WHO definition

مقاله پژوهشی

پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای سلامت خانوارهای شهری در دوره زمانی (۱۳۹۵-۱۳۸۹)

یگانه موسوی جهرمی^{۱*}، فاطمه محقق زاده^۲، سمیه مازوساز^۳

۱- استاد گروه اقتصاد، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- استادیار گروه اقتصاد، واحد بوئین زهرا، دانشگاه آزاد اسلامی، بوئین زهرا، قزوین، ایران.

۳- دانش آموخته کارشناسی ارشد اقتصاد نظری دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

پرداخت‌های مستقیم از جیب، یکی از منابع اصلی تأمین مالی خدمات سلامت در اغلب کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران است. این پرداخت‌ها در صورتی که بیش از ۴۰٪ توان پرداخت خانوارها باشد، منجر به رویارویی آنها با هزینه کمرشکن سلامت می‌شوند. هدف این مطالعه بررسی پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت، با استفاده از داده‌های درآمد-هزینه خانوارهای شهری مرکز آمار ایران، طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۵ است. نتایج حاکی از آن است که نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت برای کل کشور در دوره زمانی یاد شده، با روندی نسبتاً ثابت، به‌طور متوسط ۱۰/۳ درصد بوده‌است، هم‌چنین، از مقایسه نسبت رویارویی خانوارهای شهری با این هزینه به تفکیک استان‌ها می‌توان دریافت که به‌رغم روند کم‌وبیش نوسانی آن در دوره مورد مطالعه، این نسبت برای ۶۳/۳٪ استان‌ها افزایش و در ۲۳/۳٪ استان‌ها کاهش یافته‌است. بر این اساس، می‌توان اظهار داشت که نظام سلامت نتوانسته به هدف بهبود نسبت رویارویی خانوارها با هزینه قابل توجه سلامت بر اساس ماده ۷۸ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی دست یابد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۲۷

تاریخ داوری: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۹

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jzpm.2022.21365.3331

واژه‌های کلیدی:

پهنه‌بندی کالبدی، هزینه کمرشکن سلامت، پرداخت از جیب، ظرفیت پرداخت استان‌های کشور، خانوارهای شهری.

* نویسنده مسئول: یگانه موسوی جهرمی

نشانی: استاد گروه اقتصاد، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۹۲۸۸۹

پست الکترونیکی: yeganehmj@gmail.com

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، سلامت یعنی رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد، و نه فقط نبود بیماری و معلولیت. نظام سلامت با حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع، در راستای ارتقای کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می‌کند. اهداف نظام سلامت که در ارتقای سطح زندگی افراد اهمیت ویژه‌ای دارند، عبارت‌اند از: ۱. ارتقای سطح و توزیع سلامت؛ ۲. پاسخ‌گویی به انتظارات غیر پزشکی مردم و توزیع آن؛ ۳. مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت. شیوه تأمین هزینه‌های بخش سلامت، با توجه به نظام تأمین مالی در کشورها متفاوت است و از راه مالیات عمومی، مالیات خاص برای بخش سلامت، بیمه‌های تأمین اجتماعی (به صورت پرداخت قسمتی از حقوق) و بیمه درمان خصوصی و نیز از راه پرداخت مستقیم مردم از جیب (پرداخت از جیب)^۲ صورت می‌گیرد. میزان برخورداری از امکانات و خدمات رفاهی و توزیع بهینه آن در سطح کشور و استان‌ها یا دسترسی به آنها، از ارزش و اهمیت زیادی برخوردار است (Momeni & Ghahari, 2013:54). بحث درباره چگونگی و ترکیب تأمین مالی خدمات سلامت، همواره یک از چالش‌های اساسی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت بویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است. با وجود تمام تلاش‌های انجام‌شده در این حوزه، هنوز هم مشاهده می‌شود که تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداخت‌های مستقیم از جیب و کمبود نسبی سازوکارهای پیش‌پرداخت مانند مالیات و بیمه سلامت صورت می‌گیرد. متأسفانه یکی از نتایج ناگوار این شیوه تأمین مالی، تحمیل هزینه‌های سنگین یا به اصطلاح کمرشکن^۳ هنگام رویارویی خانوارها با بیماری است. در واقع توجه به حجم پرداخت‌های مستقیم از جیب و متعاقب آن، بروز هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت، دو عامل مهمی است که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خدمات سلامت، مورد توجه قرار گیرند. در متون اقتصاد سلامت هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت را به صورت «مقدار مخارج صرف‌شده برای خدمات سلامتی که از سطح معینی از درآمد (هزینه‌های مصرفی خانوار) بیش‌تر شود» تعریف می‌کنند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت اگر هزینه‌های خدمات سلامت بیش‌تر یا مساوی با ۴۰٪ توان پرداخت خانوار^۴ یا مخارج غیر معیشتی باشد، کمرشکن تلقی می‌شود (Rashidian & Sufi, 2015).

طراحان چارچوب نوین ارزیابی نظام سلامت پیامدهای پرمخاطره و جدی رویارویی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت را به شرح زیر برشمردند:

(۱) اقشار آسیب‌پذیر به واسطه تأمین مالی خدمات سلامت، از مخارج ضروری دیگر خود می‌کاهند و این امر باعث تنزل شرایط رفاهی خانوار خواهد شد.

(۲) هزینه‌های ناعادلانه سلامت، موجب تقلیل پس‌انداز می‌شود، همچنین، این نوع هزینه‌ها خانوار را وادار به کاهش تخصیص درآمد به سایر مصارف مانند خورد و خوراک مناسب یا تحصیل و آموزش می‌کند؛

(۳) گروهی از خانوارهای کم‌درآمد که در محدوده فقر زندگی می‌کنند، توان معیشتی، درآمد و دارایی‌های خود را به دلیل تأمین اجباری مخارج درمانی از دست می‌دهند و بدین سبب خانوارهای بیش‌تری زیر خط فقر قرار می‌گیرند (Atefi, 2011:83).

شایان توجه است که در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دسترسی به خدمات بهداشت و درمان، حقی همگانی شناخته شده است. افزون بر این، اهمیت موضوع به حدی است که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، در ماده ۹۰ برنامه چهارم، ماده ۳۴ برنامه پنجم و ماده ۷۸ برنامه ششم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، برای کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، عنوان شده است که سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰٪ افزایش نیابد و سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به ۱٪ کاهش یابد. دستیابی به چنین هدفی (ارقام یاد شده) نیازمند یک سیاست‌گذاری مبتنی بر مطالعه شرایط موجود و ارائه راهکارهای ممکن است. به منظور راه‌گشایی در این امر، هدف از این مطالعه، با شناخت از وضعیت موجود خانوارهای شهری به تفکیک استان‌ها در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۵ از مجرای محاسبه نسبت رویارویی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت، به پهنه‌بندی استان‌های کشور پرداخته شود.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت یعنی رفاه کامل جسمانی، روانی، اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی و از منظر سرمایه انسانی، سلامت افراد یک ذخیره سرمایه است که به مرور زمان و با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیر طبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت، درمان و بازتوانی) این استهلاک را جبران

³ -Catasrophic Healthcare Expenditure

⁴ - Capacity To Pay

¹ - WHO

² - Out-Of-Packet

تولیت^۱

تولیت به معنی تولید شواهد و خرد جمعی به منظور تعیین جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این بخش، پذیرش مسئولیت کلان و پاسخ‌گویی در بالاترین سطح و تعیین و تقویت قواعد اجرایی است که وزارت بهداشت به نیابت از دولت، این نقش را بر عهده دارد. تولیت در زیرکارکردهای سیاست‌گذاری (تعیین خطمشی و جهت‌گیری نظام سلامت)، حاکمیت درون‌بخشی (به‌کارگیری ابزارهای مشروع تأثیرگذاری بر بخش‌های دیگر در راستای دستیابی به اهداف و آرمان‌های نظام سلامت) تجلی می‌یابد (Fifth Economic Development Program, 2009).

تأمین مالی

تأمین منابع مالی در سه زیرکارکرد جمع‌آوری منابع، تجمیع خطر و مدیریت منابع و خرید خدمات خلاصه می‌شود. جمع‌آوری منابع فرایندی است که نظام سلامت منابع مالی خود را از راه دولت، خانوار، کارفرما، بیمه‌ها، سازمان‌های غیر دولتی و... تأمین می‌کند. تجمیع خطر و مدیریت منابع به گونه‌ای است که ریسک پرداخت برای هزینه‌های سلامت به‌وسیله تمامی افراد در تأمین منابع پذیرفته می‌شود. خرید خدمات فرایندی است که در آن منابع تجمیع‌شده برای انجام مجموعه‌ای از مداخلات مؤثر در ارتقای سلامت افراد به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود. در ایران عمده‌ترین منابع مالی^۲ بخش سلامت شامل موارد زیر است:

- درآمدهای عمومی دولت از محل فروش نفت و مالیات‌ها؛
- بیمه‌های اجتماعی (حق بیمه‌های اجتماعی)؛
- پرداخت‌های خصوصی یا پرداخت‌های مستقیم افراد و خانوارها.

۱- تدارکات خدمات^۳

تدارکات خدمات در قالب ایجاد سازوکارهای یکپارچه برای کنترل بیماری‌های واگیردار و غیر واگیردار است. هم‌چنین، مقابله با مخاطرات تهدیدکننده سلامت (فقر، کمبود تغذیه‌های برای پروتئین، انرژی، روش‌های غیر بهداشتی دفع فاضلاب و مواد زاید، فشار خون، مصرف دخانیات و الکل،...) بر عهده تدارکات خدمات است.

می‌کند. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به بیان دیگر، اقتصاد سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند (Atefi, 2011: 13).

نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابع ارائه‌کننده اقدامات سلامت است و اقدام سلامت هم به هرگونه تلاشی اطلاق می‌شود که در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی یا از راه برنامه‌های بین بخشی صورت پذیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است. نظام سلامت با حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع در جهت ارتقای سطح و کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می‌کند.

رویارویی مردم با هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر به دلیل هزینه‌های سلامت، از مهمترین شاخص‌های اندازه‌گیری عادلانه بودن تأمین مالی هر نظام سلامت می‌باشد (Shojaee et al, 2018: 284).

در سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ آمده است: جمهوری اسلامی ایران کشوری خواهد بود با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه. میزان تحقق نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت با دست‌یابی به سلامت مطلوب ارزیابی می‌شود که از جمله آن می‌توان به دست‌یابی به جایگاه اول سلامت منطقه در مجموع ابعاد اشاره داشت. این ابعاد مشتمل بر برخورداری عادلانه آحاد مردم از سلامت، پاسخ‌گویی نظام سلامت، عدالت در پاسخ‌گویی و عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها در هزینه خدمات سلامت است (Bagheri Faradonbe et al, 2016: 57).

سلامت بهتر بدون تردید هدف اصلی هر نظام سلامت است؛ اما چون ممکن است مراقبت از سلامت، هزینه‌های کمرشکنی را به دنبال داشته باشد و نیاز به آن غیر قابل پیش‌بینی باشد، سازوکارهای مشارکت، تسهیم خطر و حمایت مالی، بسیار حائز اهمیت هستند. از این رو، هدف دوم نظام سلامت مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع مالی است. پاسخ‌گویی به انتظارات مردم در مورد مسائل غیر پزشکی مرتبط با سلامت هدف سومی است که حاکی از اهمیت توجه سریع، احترام به شأن، قدرت انتخاب، مشارکت در تصمیم‌گیری، برقراری ارتباط و کیفیت محیط اطراف در جریان دریافت خدمات سلامت است (Fifth Economic Development Program, 2009).

برای نیل به اهداف فوق نظام سلامت باید کارکردهای عملی زیر را عملی سازد (World Health Organization Report, 2000).

³ -Resource Generation

¹ -Stewardship

² - Financing

۲- برابری و سلامت

برابری یکی از مهم‌ترین معیارها و شاخص‌ها برای داوری درباره موفقیت سیاست‌های دولت‌ها در رسیدن به اهداف نظام سلامت است. عدالت در توزیع سلامت و ارتقای سطح سلامت جامعه با مشارکت عادلانه مردم در تأمین مالی هزینه‌های سلامت تأمین خواهد شد. برابری از چند زاویه بررسی می‌شود:

الف) عدالت عمودی و افقی در تأمین مالی، عدالت عمودی در تأمین مالی به مفهوم تصاعدی بودن تأمین مالی است؛ یعنی کسانی که درآمد بیشتری دارند، سهم بیشتری از درآمدها را باید برای نظام سلامت بپردازند. عدالت افقی در تأمین مالی به مفهوم آن است که افرادی با درآمد یکسان، مقادیر یکسانی را برای برخورداری از مراقبت‌ها در نظام سلامت پرداخت کنند. اگر هزینه‌های نظام سلامت از راه مالیات‌ها تأمین مالی شود، اهداف عدالت در تأمین مالی محقق می‌شود؛ البته به شرط آن که مالیات بر مجموع درآمد به صورت تصاعدی باشد. عدالت عمودی در تأمین مالی بر از دست دادن فایده مساوی، استوار است، چون فایده نهایی درآمد با افزایش آن کاهش می‌یابد. این اصل، نرخ‌های مالیاتی بالاتر بر درآمدهای بیشتر را می‌طلبد و بدین ترتیب عدالت عمودی و افقی در روش تأمین مالی از راه مالیات‌ها محقق می‌شود.

ب) عدالت در ارائه مراقب سلامت، به این مفهوم است که مراقبت سلامت باید بر حسب نیاز توزیع شود تا تمایل و توانایی پرداخت. عدالت افقی به معنای آن است که افراد نیازمند به مراقبت یکسان باید صرف نظر از درآمدها، به درمان یکسانی هم دسترسی داشته باشند. عدالت عمودی نیز مستلزم آن است که افرادی با سطح سلامت پایین‌تر و نیازمند به مراقبت بیشتر، باید درمان بیشتری نیز دریافت کنند. به عبارت دیگر، افراد نیازمند در مقایسه با کسانی که نیاز کم‌تری دارند، باید از مراقبت بیشتری برخوردار شوند. ج) عدالت در ستانده سلامت، به این مفهوم است که افراد صرف نظر از درآمد، محل زندگی، نژاد و عوامل دیگر از سطح سلامت یکسانی برخوردار شوند. عادلانه بودن یا غیر عادلانه بودن نظام سلامت، بیش از آن که از راه دسترسی به مراقبت اندازه‌گیری شود، بر حسب سطح بیماری یا مرگ‌ومیر بین گروه‌های گوناگون اجتماعی (بر حسب دین، درآمد، شغل، نژاد و...) قضاوت می‌شود؛ مثلاً اگر میزان مرگ‌ومیر کودکان و گروه‌های درآمدی بالا، کم‌تر از گروه‌های درآمدی پایین باشد، نظام سلامت با این معیار عادلانه نخواهد بود. اما مشکل اینجاست که بعضی‌ها به

خوبی برخی دیگر از خود مراقبت نمی‌کنند؛ مثلاً اگر مرگ و میر کودکان سیاه‌پوست به دلیل سهل‌انگاری در سطح بالاتری از سفیدپوستان قرار داشته باشد، نمی‌توان نتیجه گرفت که نظام سلامت ناعادلانه است (Mehrra et al., 2010).

در این پژوهش عدالت در تأمین مالی مورد نظر خواهد بود.

نظام‌های تأمین مالی در بخش سلامت عبارت‌اند از:

الف) نظام تأمین مالی تصاعدی پیش‌رونده، در این نظام با افزایش درآمد (توانایی پرداخت)، سهم افراد در درصد پرداخت، بابت دریافت خدمات سلامتی افزایش می‌یابد.

ب) نظام تأمین مالی تنازلی پس‌رونده، در این نظام با افزایش سطح درآمد (توانایی پرداخت)، سهم افراد در درصد پرداخت، بابت دریافت خدمات سلامت کاهش می‌یابد.

ج) نظام تأمین مالی تناسبی، در این نظام سهم افراد در درصد پرداخت بابت دریافت خدمات سلامت با توجه به درآمد (توان پرداخت) یکسان است (Hajizadeh, 2008).

۳- پرداخت‌های مستقیم از جیب و هزینه‌های کمرشکن سلامت سیستم تأمین مالی در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، عمدتاً نزولی و غالباً به صورت پرداخت‌های مستقیم از جیب است. از جمله عوامل این نوع تأمین مالی، کمبود سازوکارهای پیش‌پرداخت، نظیر مالیات‌ها و بیمه‌های سلامت است. اگر هزینه‌های مراقبت سلامت به نسبت توان مالی (مخارج کل منهای مخارج غذا، پوشاک و مسکن) بیشتر باشد، موجب پایین آمدن استاندارد سطح زندگی می‌شود و خانوار دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شود. یکی از مفاهیم عدالت در تأمین مالی این است که خانوارها در مقابل هزینه‌های کمرشکن مراقبت سلامت حمایت شوند (World Health Organization, 2000).

هزینه‌های کمرشکن زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامت پرداخت‌شده خانوار از جیب، بزرگ‌تر یا مساوی با ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوارها یا مخارج غیر از حداقل معیشت باشد. آستانه ۴۰٪ بر اساس شرایط ویژه کشورها قابل تغییر است.

در مطالعات انجام‌شده در سطح بین‌المللی و ملی عمدتاً هزینه کمرشکن سلامت در سطح کشوری یا منطقه‌ای محاسبه و عوامل مؤثر بر آن بررسی شده‌است. مطالعات یاد شده نشان می‌دهند که جنس، سن، سواد، شغل و وضعیت تأهل سرپرست خانوار، بیمه بودن، سکونت در شهر، کودکان زیر ۱۲ سال، تعداد افراد بالای ۶۰ سال، هزینه‌های خانوار و تعداد افراد شاغل بر این نسبت مؤثر است. افزون بر این، در برخی از مطالعات انجام‌گرفته در ایران، این نسبت برای یک استان، برای منطقه کوچکی از یک

¹ -Progressive

² -Regressive

و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در خانوارهای دریافت‌کننده مداخلات گران‌قیمت (بررسی میدانی در یک بیمارستان بزرگ)» دریافتند که کاهش حدود ۱۵ درصدی در میزان رویارویی خانوارها با هزینه کمرشکن بیانگر توفیق احتمالی طرح تحول به دستیابی به یکی از اهداف است. رضایی و اکبری (۱۳۹۷) در مقاله «بررسی نابرابری‌های سلامتی در شهرستان‌های استان فارس»، به این نتیجه دست یافتند که شهرستان شیراز در سطح وراثت مرکز قرار داشته و شهرستان‌های لار، جهرم، مرودشت، فسا و کازرون در سطح میان‌مرکز استان قرار دارند و ۱۷ شهرستان دیگر این استان اعم از ممسنی، داراب، فیروزآباد، سپیدان، اقلید، نی‌ریز، لامرد، آباد، استهبان، بوانات، مهر، پاسارگاد، خنج، قیرو کارزین، ارسنجان، خرمنبید، زرین‌دشت و فرشبند، در سطح فروت‌مرکز قرار داشته و جزء شهرستان‌های محروم استان و ایران محسوب می‌شوند، لذا ضروری است در برنامه‌های خرد و کلان به این مناطق توجهی ویژه داشت.

مواد و روش پژوهش

در این بخش مفاهیم لازم برای محاسبه نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت تعریف و چگونگی اندازه‌گیری آن‌ها ارائه می‌شود.

هزینه‌های سلامت پرداخت‌شده از جیب (OOP_h) هزینه‌هایی است که خانوارها زمان دریافت خدمات سلامت از درآمد شخصی (جیب) خود پرداخت می‌کنند. این هزینه‌ها شامل حق‌الزحمه مشاوره پزشکی، خرید دارو، صورت‌حساب بیمارستان، گزینه‌های جایگزین و پزشکی سنتی است.^۵ داده‌های مربوط به این هزینه از بخش ۶ داده‌های خام بودجه خام خانوار استخراج و محاسبه شده است.^۶

ظرفیت پرداخت (CTP_h)^۷: همان درآمد خانوار منهای هزینه‌های معیشتی (هزینه خوراک، هزینه مسکن و هزینه پوشاک) است.

ظرفیت پرداخت خانوارهای شهری استان‌های کشور با استفاده از بخش‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ قسمت چهارم داده‌های خام بودجه خانوار محاسبه شده است.

^۶ - مخارج مربوط به سلامت باید شامل کمک‌ها و مشارکت نهادهای بیمه‌گر نباشد زیرا برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت پنج منبع شامل مالیات‌های مستقیم و غیر مستقیم، بیمه‌های اجتماعی و خصوصی و پرداخت‌های مستقیم افراد به پرداخت از جیب، وجود دارد.

^۷ - Capacity To Pay

استان یا به تفکیک مناطق نه‌گانه درآمدی محاسبه شده است. زیر به برخی از پژوهش‌های پیشین مرتبط اشاره شده است.

گاتساد و همکاران (۲۰۰۹)، با محاسبه نسبت رویارویی خانوارها با هزینه کمرشکن سلامت و عوامل مؤثر بر آن در کشور گرجستان، دریافتند که سطح بالای مخارج کمرشکن سلامت با سهم کم پیش‌پرداخت در هزینه‌های سلامت ملی، سطح بالای فقر در کشور، بیماران بستری در بیمارستان و بیماری‌های مزمن افراد خانوار، در ارتباط است. یاردیم و همکاران^۱ (۲۰۱۰) نیز به محاسبه نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و پدیده زایش فقر در ترکیه به تفکیک شهر و روستا پرداختند و نتیجه این شد که ۶٪ از مردم با هزینه‌های کمرشکن و ۴٪ با زایش فقر روبه‌رو هستند. آن‌ها همچنین، پس از محاسبه نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و بررسی تأثیر برنامه تحول سلامت بر این نسبت، به این نتیجه رسیدند که در ترکیه روند کاهش رویارویی با هزینه کمرشکن سلامت وجود دارد و این نشان می‌دهد که قرار گرفتن تحت پوشش مالی جهانی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های تحول سلامت، تأثیر مثبتی داشته است. بریندا^۲ (۲۰۱۴) با بررسی رابطه موجود میان مخارج مستقیم از جیب و هزینه کمرشکن سلامت در تانزانیا به این نتیجه رسید که شیوع نابرابری در عوامل اقتصادی و اجتماعی، نقش مهمی در افزایش پرداخت خارج از جیب و افزایش هزینه‌های کمرشکن سلامت را دارد. کوفی بوآچی و همکاران^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «هزینه‌های بهداشت عمومی و نتایج سلامتی: شواهد جدید از غنا»، به این نتیجه رسیدند که برای هر شاخص سلامت، تأثیر درآمد بر هزینه‌های عمومی غالب می‌شود. هزینه مرگ‌ومیر کودکان در هر دوره دوران کودکی از ۰٫۲۰ دلار به ۱۶ دلار آمریکا رسیده است، در حالی که هزینه در طول سال زندگی اضافی در طول یک دوره از ۷ دلار به ۵۹۳٫۳۳ دلار آمریکا (۲۰۰۵) دلار آمریکا رسیده است. اثر بهداشتی درآمد نسبت به هزینه‌های بهداشت عمومی جبران می‌شود، اما نابرابری بالا (و افزایش) درآمد، دخالت دولت را ضروری می‌سازد. نکویی‌مقدم و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان «محاسبه هزینه کمرشکن سلامت خانوارهای ایرانی و عوامل مؤثر بر آن»، به این نتیجه رسید که متغیرهای اندازه خانوار، وضعیت بیمه سلامت، وضعیت اقتصادی و خدمات سرپایی و بستری و خدمات ترک اعتیاد و مواد، تأثیر قابل توجهی بر هزینه کمرشکن سلامت دارد. شجاعی

^۱ - Gotsadze

^۲ - Yardim

^۳ - Brinda

^۴ - Kofi Boachie

^۵ - مخارج رفت‌وآمد و تغذیه مربوط به سلامت جزء این مخارج محاسبه نمی‌شود.

محدوده مورد مطالعه

این مطالعه برای کشور ایران به تفکیک استان‌ها و در محدوده زمانی ۱۳۸۹-۱۳۹۵ انجام شده است.

بحث و ارائه یافته‌ها

با توجه به محاسبات انجام‌شده و اطلاعات به دست‌آمده، نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت به تفکیک استان‌ها در سال‌های مدنظر در جدول (۱) و (۷) نقشه ارائه شده است.

مشارکت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی ($OOPCTP_h$): این شاخص برابر با نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار به ظرفیت پرداخت (مخارج غیر معیشتی) هر خانوار است. هزینه کمرشکن سلامت: اگر $OOPCTP_h \leq 40\%$ باشد، خانوار h ام با هزینه کمرشکن سلامت مواجه است؛ در غیر اینصورت خانوار h ام با هزینه کمرشکن سلامت مواجه نمی‌باشد.^۲ برای محاسبه نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت، ابتدا به کمک روش کدگذاری تعداد خانوارهای شهری مواجه با این هزینه در هر استان تعیین شده و سپس درصد خانوارهای یاد شده از کل خانوارهای شهری هر استان به دست آمده است.

جدول ۱- نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت به تفکیک استان‌ها در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۵ (واحد: درصد)

ردیف	استان	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
۱	آذربایجان شرقی	۱۳/۹	۱۰/۹	۴/۸	۹/۶	۱۰/۳	۱۴/۱	۱۲/۵
۲	آذربایجان غربی	۱۰/۸	۱۳/۲	۱۲/۲	۱۲	۱۲/۴	۱۵/۲	۱۴/۱
۳	اردبیل	۱۲/۵	۱۲/۶	۱۲/۸	۱۰/۴	۱۱/۳	۱۱/۶	۱۲/۱
۴	اصفهان	۱۱/۵	۱۲/۵	۱۳/۵	۱۲/۴	۱۲/۶	۱۴/۳	۱۷/۶
۵	البرز	-	-	-	-	-	-	۸
۶	ایلام	۹/۵	۱۳	۱۳/۳	۱۱/۹	۱۲/۹	۷/۹	۹/۳
۷	بوشهر	۵/۷	۵/۴	۴/۲	۷/۵	۱۰/۳	۱۰/۴	۶
۸	تهران	۸/۸	۹/۴	۷/۹	۷/۷	۹/۷	۷/۳	۸/۷
۹	چهارمحال و بختیاری	۹/۸	۱۰/۹	۱۰/۵	۱۴/۷	۱۲/۸	۱۷	۱۶/۲
۱۰	خراسان جنوبی	۵	۳/۶	۸/۵	۵/۵	۳/۸	۴/۹	۲/۵
۱۱	خراسان رضوی	۱۰/۷	۱۳/۷	۱۲/۵	۱۰/۴	۱۰/۹	۱۲/۵	۸/۵
۱۲	خراسان شمالی	۲/۳	۷/۷	۷/۶	۱۲/۴	۱۱/۴	۱۲/۷	۹/۷
۱۳	خوزستان	۷	۵/۹	۶/۷	۱۰/۹	۱۲/۴	۱۳/۶	۱۱/۶
۱۴	زنجان	۸/۸	۷/۷	۱۰	۸/۸	۹/۲	۱۲/۲	۹/۹
۱۵	سمنان	۵/۵	۸/۸	۸/۶	۱۱/۴	۹/۴	۱۳/۸	۱۵
۱۶	سیستان و بلوچستان	۸	۷/۴	۷/۵	۸/۲	۵/۵	۷/۴	۵/۷
۱۷	فارس	۱۲/۸	۱۱/۳	۱۲/۸	۱۱/۷	۱۶/۴	۱۴/۹	۱۵/۸
۱۸	قزوین	۱۴/۱	۱۳	۱۱/۱	۸/۶	۱۰/۵	۱۳/۲	۱۰/۴
۱۹	قم	۱۲	۱۱/۷	۶/۱	۹/۲	۱۱/۳	۱۳/۴	۱۳/۲
۲۰	کردستان	۸/۲	۸/۷	۷/۴	۱۰	۱۳	۱۰/۹	۱۰/۳
۲۱	کرمان	۱۱	۱۱/۸	۹/۳	۱۲/۲	۱۴	۱۲/۳	۱۴/۳
۲۲	کرمانشاه	۹/۷	۱۰/۳	۹/۶	۱۱/۶	۹/۲	۸/۲	۱۱/۴
۲۳	کهگیلویه و بویراحمد	۸/۷	۹/۱	۱۰/۵	۵/۸	۵/۸	۱۳/۲	۱۲/۵
۲۴	گلستان	۹/۳	۱۱/۳	۱۰/۴	۱۰/۷	۱۱/۷	۱۰/۵	۱۰/۷
۲۵	گیلان	۱۰	۱۰	۱۱/۶	۱۰/۲	۱۵/۳	۱۴/۸	۱۶/۲
۲۶	لرستان	۸/۹	۱۱/۷	۸/۶	۱۰/۲	۱۰/۹	۹/۷	۸/۶
۲۷	مازندران	۱۵/۶	۱۵	۱۱	۹/۸	۱۱/۲	۱۸/۱	۱۵/۷

^۲- تعریف سازمان بهداشت جهانی

^۱- Household Financial Contribution

۱۲/۲	۱۴/۸	۱۲/۹	۹/۳	۱۲/۳	۸/۴	۱۰	مرکزی	۲۸
۷/۵	۶/۶	۶/۹	۵/۳	۹/۹	۱۰/۹	۱۰/۶	هرمزگان	۲۹
۸/۱	۸/۶	۹/۸	۱۱/۵	۱۰/۴	۹/۵	۸/۹	همدان	۳۰
۴/۷	۹/۵	۷	۹/۷	۸/۵	۸/۳	۷/۵	یزد	۳۱
۱۰/۸	۱۱/۵	۱۰/۶	۹/۸	۹/۶	۱۰/۲	۹/۶	کل کشور	

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۷

جدول ۲- مقایسه نسبت رویارویی خانوارهای شهری استان‌ها با هزینه کمرشکن سلامت با متوسط کشوری در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۵ (واحد: درصد)

سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
تعداد استان‌هایی که از متوسط کشوری بالاتر هستند	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۷	۱۷	۱۵
متوسط کشوری	۹/۶	۱۰/۲	۹/۶	۹/۸	۱۰/۶	۱۱/۵	۱۰/۸

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۷



شکل ۱- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت در

سال ۱۳۸۹

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۸۹).



شکل ۲- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت در

سال ۱۳۹۰

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۰).



شکل ۳- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت در

سال ۱۳۹۱

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۱).



شکل ۴- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کم‌رشدن سلامت در

سال ۱۳۹۲

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۲).



شکل ۵- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کم‌رشدن سلامت در

سال ۱۳۹۳

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۳).



شکل ۶- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت در

سال ۱۳۹۴

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۴).



شکل ۷- پهنه‌بندی کالبدی استان‌های کشور بر مبنای نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت در

سال ۱۳۹۵

(منبع: داده‌های پژوهش، ۱۳۹۵).

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادها

براساس یافته‌های مندرج در جداول (۱) و (۲) و نقشه‌ها، روند تغییرات نسبت رویارویی خانوارهای شهری استان‌های کشور با هزینه کمرشکن سلامت، طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۵، در جدول (۳) ارائه شده‌است. بر اساس این جدول، نسبت یاد شده برای ۲۳/۳ درصد از استان‌های کشور روند کاهشی داشته‌است؛ در حالی که برای ۶۳/۳ درصد از آنها این نسبت با روندی نوسانی

رو به افزایش بوده و برای مابقی استان‌ها (۱۳/۳ درصد) بدون تغییر بوده‌است. همچنین، نسبت رویارویی خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن سلامت برای کل کشور در دوره زمانی یاد شده، با روندی نسبتاً ثابت، به‌طور متوسط ۱۰/۳ درصد بوده‌است بنابراین، می‌توان اظهار داشت که نظام سلامت نتوانسته به هدف بهبود نسبت رویارویی خانوارها با هزینه کمرشکن سلامت بر اساس

کمرشکن سلامت استان‌هایی مانند سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خراسان جنوبی، درخور توجه و موشکافی است. در واقع باید روشن شود که آیا بهبود شرایط بهداشتی و سلامت خانوارهای شهری استان‌های یاد شده یا بهبود اندک توزیع درآمد سبب کاهش نسبت یاد شده یا بی‌تفاوتی آنها به موضوع سلامت عامل کاهش بوده‌است.

ماده (۷۸) قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی دست یابد.

چنانچه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت قصد استفاده از نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه را داشته باشند، توصیه می‌شود که بر اساس جدول (۳)، استان‌ها و اکاوی شوند. به‌ویژه کاهش نسبت رویارویی خانوارهای شهری مواجه با هزینه

جدول ۳- روند تغییرات نسبت رویارویی خانوارهای شهری استان‌ها با هزینه کمرشکن سلامت طی سال‌های

۱۳۸۹-۱۳۹۵

روند تغییرات	استان‌ها (۱۳۸۹-۱۳۹۵)
روند افزایشی (۶۳/۳٪)	آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اصفهان، بوشهر، چهارمحال بختیاری، خراسان رضوی، خراسان شمالی، خوزستان، زنجان، سمنان، فارس، قم، کردستان، کرمان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویر احمد، گلستان، گیلان، مرکزی،
کاهش (۲۳/۳٪)	خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، قزوین، لرستان، هرمزگان، همدان، یزد
بدون تغییر (۱۳/۳٪)	اردبیل، ایلام، تهران، مازندران

منبع: تنظیم‌شده بر اساس داده‌های جداول ۱ و ۲

کارشناسانی که با صرف وقت خود زمینه انجام این مطالعه را فراهم کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر کنند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی استادان و

References

1- Atefi, M. (2011). "Measuring the Equity Index in Financial Contribution and Households Facing , Catastrophic Expenditure in Selected Years 1336-88", M.Sc., Supervisor: Hossein Raghfar, Department of Economics, Department of Economics, Al-Zahra University, Faculty of Social and Economic Sciences.

2- Brinda, E., André, A., & Enemark, U. (2014). Correlates of out-of-pocket and catastrophic health expenditures in Tanzania: results from a national household survey, *International Health & Human Rights*,. doi: 10.1186/1472-698X-14-5.

3- Gotsadze, G., Zoidze, A., & Rukhadze, N. (2009). Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications, *BMCH Health Services Research*, doi: 10.1186/1472-6963-9-69.

4- Hajizadeh, M. (2008). "Investigation of Justice in Financing Iranian Health Sector through Household Budget Using Kakwani Index from 2001 to 2001", MSc Thesis, Supervisor: Iraj Karimi, Department of Health Economics, University of Science Iran Medical School, Faculty of Management and Information.

5- Iran Statistics Center (2010 to 2016), Raw Household Budget Statistics.

6- Kofi Boachie, M. & Ramu, K. (2018). Public Health Expenditures and Health Outcomes: New Evidence from Ghana, *Economies*, 6(4), pp: 58.

7- Mehrara, M., Fazaeli, A. A., & Fazaeli, A. A. (2010). "Investigating the Equality of Health Costs of Iranian Households", *Health Management*, Volume 13, Issue 40, pp. 51-61.

8- Momeni, M., & Ghahari, Gh.R. (Spring 2013): "An Analysis on the Development Status of Fars Province Cities", *Regional Planning Quarterly*, Year 9, No. 9, pp. 53-66.

9- Nekoei Moghadam, M., Bانشi, M. AkbariJavar, M. Amiresmaili, M. & Ganjavi, S. (2012). Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures, *Iranian J Publ Health*, Vol 41, 9, pp: 62-70

10- Rashidian, A., Sufi, M., Abolhassani, F., Akbari Sari, A., & Bazar, M. (Summer 2015). "Measuring Households' Exposure to Catastrophic Healthcare Expenditure in -Iran in 2001, World Health Organization and World Bank Approach", *Quarterly Hospital*, Twelfth Year, No. 2, pp. 50-39.

11- Rezaei, M. R., & Akbari, M. (Fall 1977). "Investigating the Inequality of Health

Indicators in Fars Provinces", Regional Planning Quarterly, Eighth Year, Number 31, pp. 19-32.

12- Shojaei, S., Yousefi, M., Ebrahimipour, H., Valinejadi, A., Tabash, H., Fazaeli, S., & Khorsand, A. (Spring 1977). Exposure to the Expensive Costs of Health and Poverty Before and After Implementation of the Health Transition Plan in Households Recipient of Expensive Interventions (Field Study in a Large Hospital) », Koomesh (Special Issue on Social Factors Affecting Health, Volume 20, Number 2, pp283-290.

13- The World health Rreport (2000). health systems: improving performance. Geneva: World health organization.

14- WHO. The World health report (2012). World Health Statistic. Geneva: World health organization.

15- Yardim, M.S., Cilingiroglu, N., & Yardim, N., (2013). Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme, Health Policy and Planning, 29(2):177-92. doi: 10.1093/heapol/czt002. Epub 2013 Feb 14

16- Yardim S., Ciligiroglau, N., & Yardim, N. (2010). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey. Health Policy Journal, 94, pp: 26-33.

17- Bagheri Faradanbeh, S., Arab, M., Roudbari, M., Rezapour, A., Bagheri Faradanbeh, H., & Ebadi Fard Azar, F. (2016). "Study of Catastrophic Expenditure and Poverty of Health in Tehran Urban Population", Health Management, Nineteenth period, count63, pp: 55-67.

