



عوامل مؤثر در بهره‌مندی و دسترسی به خدمات سلامت:

مطالعه مبتنی بر جمعیت شهر کرمان

عزیز رضابور^۱ / یارالله رومیانی^۴ / فرید عبادی فرد آذر^۵ / صادق غضنفری^۶

سعید میرزائی^۷ / علی سرابی آسیابر^۸ / سعید باقری فرادنبه^۹

چکیده

مقدمه: دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌نامند و دسترسی به مفهوم فرصت و توانایی استفاده از خدمات می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی نابرابری در الگوی بهره‌مندی و دسترسی به خدمات مراقبت سلامت و عوامل مؤثر آن می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مقطعی و کاربردی است. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی سهمیه‌ای استفاده شد. برای بررسی احتمال بهره‌مندی خانوارها از خدمات مراقبت سلامت و ارتباط آن با متغیرهای مساعدکننده بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت از مدل آزمون کای دو پیرسون و جداول متقاطع و نرم‌افزارهای Exell و Stata استفاده گردید.

یافته‌ها: مطالعه حاضر نشان داد متغیرهای مهمی از قبیل وضعیت اقتصادی خانوار، بیمه، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد بالای ۶۵ سال، وجود فرد زیر ۱۲ سال در بهره‌مندی از خدمات سلامت نقش کلیدی دارند. شاخص تمرکز در استفاده از خدمات سرپایی برابر است با ۰/۳۸- و این شاخص برای استفاده از خدمات بستری برابر است با ۰/۴۳- به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نابرابری در مصرف مراقبت‌های سلامت به برخی از متغیرهای مستعد کننده وابسته می‌باشد که اثرات آن‌ها در بطن پژوهش حاضر نشان داده شد، لیکن بهبود متغیرهای اجتماعی و اقتصادی اثرگذار می‌تواند در کاهش نابرابری‌های استفاده از مراقبت‌های سلامت مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: خدمات سلامت، نابرابری، بهره‌مندی، دسترسی

• وصول مقاله: ۹۳/۰۴/۱۱ • اصلاح نهایی: ۹۳/۰۱/۲۲ • پذیرش نهایی: ۹۴/۰۲/۱۶

۱. استادیار گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. قطب علمی آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵. استاد مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۶. دانشجوی دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۷. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۸. کارشناس ارشد مدیریت دولتی، مدیریت برنامه‌ریزی بودجه و پایش عملکرد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

۹. دانشجوی دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول

(s.bagheri88@yahoo.com)

دسترسی به عنوان آزادی در استفاده از خدمات معنا می‌شود [۳].

فراهم بودن (که گاهی اوقات به مفهوم دسترسی فیزیکی در نظر گرفته می‌شود)، به‌صرفه بودن از لحاظ مالی (اکثراً به‌عنوان دسترسی مالی و استطاعت در نظر گرفته می‌شود) و مقبولیت (که گاهی به‌عنوان دسترسی فرهنگی در نظر گرفته می‌شود) - که واژه فرهنگی تمرکز بسیار محدودی را به وجود می‌آورد) سه بعد اصلی دسترسی را تشکیل می‌دهند. امروزه دسترسی مالی یا توانایی پرداخت یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های دسترسی در نظر گرفته می‌شود که با فقر مالی به‌طور مستقیم در ارتباط است [۲].

تعاریف مختلفی از دسترسی به مراقبت سلامت وجود دارد، اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که دسترسی با استفاده بمرور از خدمات با توجه به نیاز مرتبط می‌باشد. اگرچه اکثر پژوهشگران بین عرضه و فرصت استفاده از خدمات و استفاده واقعی از خدمات سلامت تمایز قائل شده‌اند، اما اغلب دریافته‌اند که دسترسی به خدمات سلامت شامل نیاز عینی به خدمات سلامت می‌باشد.

در اینجا یک چارچوب مفهومی که توصیفات دیرینه دسترسی به خدمات سلامت را بیان کرده و شامل نیازهای واقعی است مورد استفاده قرار گرفت. در این چارچوب، چهار بعد اصلی دسترسی توضیح داده شده است که هر بعد آن یک جزء عرضه و تقاضا داشته است و دربرگیرنده موارد زیر است: ۱- دسترسی جغرافیایی - فاصله فیزیکی یا زمان مسافرت از مرکز ارائه خدمات تا استفاده‌کننده. ۲- دسترسی (قابلیت استفاده) - داشتن نوع صحیحی از دسترسی به مراقبت برای آن‌هایی که به آن مراقبت نیاز دارند، مانند ساعات بهره‌مندی و زمان انتظار برای برآورده نمودن تقاضاهای کسانی که درخواست خدمت کرده‌اند، همچنین داشتن ارائه‌دهندگان خبره و ابزارهای مناسب. ۳- دسترسی مالی - ارتباط بین قیمت خدمات و تمایل و توانایی استفاده‌کنندگان به پرداخت در ازای آن خدمات، همچنین محافظت شدن در برابر پیامدهای اقتصادی هزینه‌های سلامت.

مقدمه

دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌نامند [۱] قطعاً مصرف خدمات یک شاخص ناقص جهت اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت است. حتی اگر به‌طور مثال، تحلیل‌های مصرف بر اساس چهارچوب‌های اجتماعی - اقتصادی جهت نشان دادن اهمیت ارتقای کارکرد نظام سلامت برای طبقه فقیر جامعه به‌طور گسترده‌ای به کار برده شود. البته بی‌عدالتی‌های ساختاری الگوهای نامتعارف مصرف را به وجود می‌آورد؛ اما برعکس این حالت الزاماً درست نیست؛ یعنی الگوهای نامتعارف مصرف می‌تواند به دلایل دیگری نیز به وجود بیاید و همه این الگوها به دلیل عدالت نیست. بعضی از خدمات ممکن است به سمت افراد با توانایی مالی بیشتر منحرف شود، زیرا رواج بعضی از شرایط خاص سلامتی در گروه‌های ثروتمندتر بیشتر است. برعکس استفاده از بعضی خدمات دیگر می‌تواند به سمت افراد فقیر منحرف گردد. دلایل اساسی به وجود آمدن این الگوهای مصرف، ممکن است کمبودهای موجود در خدمات خاص از منظر مقبولیت باشد که کسانی که حتی استطاعت دریافت آن را ندارند نیز از مصرف، منصرف می‌شوند [۲].

علی‌رغم مباحث گسترده‌ای که در زمینه مفهوم دسترسی وجود دارد هیچ تعریف واحدی از این مفهوم ارائه نشده است، اما اکثر مقالات نوشته‌شده بر این مطلب متفق‌القول هستند که دسترسی مفهوم یکسانی با مصرف ندارد. دسترسی به مفهوم فرصت و توانایی استفاده از خدمات می‌باشد. این تعریف انعکاسی است از این نظریه که مجموعه‌ای از شرایط باید وجود داشته باشد که فرد نیازمند به خدمات سلامت بتواند از خدمات مناسب استفاده نماید. هم‌زمان، هنوز هم باید مفهوم دسترسی، تمکن مالی را فراتر از مفهوم فرصت جهت اتخاذ یک تصمیم آگاهانه برای استفاده از خدمات در خود جای دهد، جوامع و افراد نیاز دارند تا در شرایطی باشند که توانایی انتخاب اینکه چه زمانی، استفاده از چه خدمتی برای آن‌ها در یک چارچوب معین مناسب است، داشته باشند. به همین دلیل

مقبولیت - نظیر اینکه چگونه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در برابر انتظارات اجتماعی و فرهنگی افراد و جوامع پاسخ‌گو هستند [۳]. امروزه دسترسی مالی یا توانایی پرداخت یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های دسترسی در نظر گرفته می‌شود و به طور مستقیم با ابعاد فقر همراه است. علاوه بر هزینه‌های مستقیم درمان و پرداخت‌های غیررسمی، هزینه‌های غیرمستقیم نیز وجود دارند که فقرا را بر حذر می‌نمایند از اینکه دنبال درمان بروند. این هزینه‌های غیرمستقیم شامل هزینه فرصت زمان بیمار و همراهان آن، هزینه‌های حمل‌ونقل و هزینه‌هایی می‌باشند که برای غذا و سکونت فرد خرج می‌شود. نه تنها تمرکز فزاینده‌ای روی این موانع مالی، بلکه روی پیامدهای اقتصادی پرداخت‌ها برای دسترسی به مراقبت سلامت وجود دارد. این پیامدها شامل هزینه کردن نسبت بالایی از درآمد خانوار (هزینه‌های کمرشکن) یا قرض گرفتن پول یا فروش اموال و اثاثیه می‌باشد که هم می‌تواند باعث فقیرتر شدن افراد گردد و هم آن‌ها را در وضعیت قرض‌های بلندمدت قرار دهد. بنابراین، مداخلات موجود شامل این موارد می‌شود: یارانه دادن به مراقبت‌های سرپایی روتین، برنامه‌های بیماری‌های خاص، بیمه‌های درمانی و خدماتی که به مدت طولانی باعث انزوای اجتماعی و فقیر شدن افراد می‌گردند [۳].

ژو و همکاران در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای با عنوان سنجش عدالت در بهره‌مندی خدمات بستری در نواحی روستایی چین انجام دادند. در این پژوهش آن‌ها از داده‌های پیمایش خدمات سلامت ملی در سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۸ استفاده نمودند. در راستای تبیین نابرابری از شاخص تمرکز و تغییرات آن در طی سال‌های مطالعه استفاده نمودند. در این مطالعه آن‌ها دریافتند حتی با تشابه نیاز به خدمات سلامت، افراد ثروتمند به نسبت بیشتر از افراد فقیر از خدمات بهره‌مند می‌شوند. همچنین آن‌ها در این مطالعه نشان دادند که اندازه شاخص تمرکز و شاخص بی‌عدالتی افقی در بهره‌مندی خدمات بستری در طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ بهبود یافته است. آن‌ها پیشنهاد دادند با افزایش درآمد و حمایت‌های بیمه‌ای می‌توان بهره‌مندی خدمات بستری را برای اقشار آسیب‌پذیر بهبود بخشید [۴].

موریس و همکاران در سال ۲۰۰۵ به تحلیل رگرسیونی عوامل تعیین‌کننده مصرف مراقبت سلامت در انگلستان پرداختند. این بررسی مبتنی بر داده‌های سه‌ساله (۲۰۰۰-۱۹۹۸) پیمایش سلامتی در انگلستان بود، که داده‌های در سطح فردی جامعی را در مورد عوامل تعیین‌کننده چهار نوع از مصارف سازمان خدمات ملی سلامت بررسی کردند که شامل این موارد شد: ویزیت پزشک عمومی، ویزیت‌های سرپایی و اقامت‌های بستری. عوامل تأثیرگذار بر مصرف عبارت بودند از: بیماری، سن، جنس، درآمد، تحصیلات، فعالیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، قومیت و عرضه. محققین پی بردند که نوع بیماری اثرات احتمالی مثبتی روی چهار نوع مصرف مذکور داشت. با کنترل نوع بیماری و دیگر عوامل مرتبط، درآمد تأثیر مثبتی روی ویزیت‌های سرپایی دارد. به عبارت دیگر، ثروتمندان نسبت به فقرا محتمل‌تر بود تا ویزیت سرپایی داشته باشند، ولی درآمد تأثیر معناداری در ویزیت‌های پزشک عمومی یا اقامت‌های بستری ندارد. اثرات قومیت با مراجعه به گروه نژادی سفیدپوست ترسیم شده است. نسبت به سفیدپوستان، افراد گروه هندی احتمال بیشتری داشت تا به یک پزشک عمومی مراجعه کنند. افراد موجود در گروه‌های پاکستانی، بنگلادشی، چینی و دیگر کشورها احتمال کمتری برای داشتن یک ویزیت سرپایی نسبت به سفیدپوستان و گروه هندی‌ها داشتند. در کل، بررسی فوق شواهدی از نابرابری در مصرف خدمات مراقبت سلامت نسبت به درآمد و قومیت ارائه داد. به‌ویژه نتایج نشان داد که برخی از گروه‌های غیر سفیدپوست، مصرف کمتری نسبت به مصرف پیش‌بینی شده انواع خاصی از خدمات بیمارستانی داشته‌اند. این استنباط به واسطه تفاوت‌های فرهنگی نامشهود بالقوه دشوار می‌شود که می‌تواند به‌طور مشروع مصرف خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. با این وجود در صورتی که رجحان‌های فرهنگی که به لحاظ اجتماعی ایجاد شده بودند در درون نظام مراقبت سلامت جای می‌گرفت، آنگاه مشروعیتشان را کاهش می‌دهد. همچنین نویسندگان استدلال می‌کنند که این عوامل نسبت به بهره‌برداری از پزشک عمومی تأثیر کمتری روی خدمات

برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی سهمیه‌ای استفاده شد. در این روش برای هر منطقه صرف‌نظر از تعداد خانوارهای موجود در آن منطقه، تعداد نمونه یکسان برای مطالعه انتخاب شدند و شیوه نمونه‌گیری و انتخاب نمونه‌ها در این روش به صورت تصادفی بود. بر اساس این روش شهر کرمان به چهار بخش تقسیم گردید و در هر بخش ۱۰۰ نفر سرپرست خانوار به شکل تصادفی انتخاب گشتند. به منظور گردآوری داده‌های موردنیاز برای انجام پژوهش حاضر از پرسشنامه تدوین شده توسط سازمان بهداشت جهانی با عنوان «بیمایش سلامت جهانی» در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش عملکرد نظام‌های سلامت بر اساس سه هدف نظام‌های سلامت استفاده گردید. اگر در دریافت اطلاعات، خانواری همکاری نمی‌نمود خانوار دیگری از همان منطقه جایگزین خانوار قبلی می‌شد. با توجه به محدودیت‌های موجود در یادآوری اطلاعات مربوط به استفاده از خدمات، دوره یادآوری برای خدمات سرپایی یک ماه و برای خدمات بستری یک سال در نظر گرفته شد. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آزمون-بازآزمون استفاده گردید که در ابتدا پرسشگر پرسشنامه را بین ۳۰ خانوار ساکن کرمان توزیع نمود که بخشی از جامعه پژوهش بودند، سپس به فاصله زمانی ۱۵ روز پرسشنامه‌ها را مجدد بین همان خانوارها توزیع نمود، سپس ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۰ محاسبه گردید، مقدار این ضریب ۰/۷۹ درصد به دست آمد. به این دلیل که پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش به صورت چک‌لیست بود، نیازی به تعیین روایی وجود نداشت. این پرسشنامه شامل سه بخش بود، بخش اول شامل اطلاعاتی پیرامون وضعیت سرپرست خانوار و اعضای خانواده بود. بخش دوم شامل سؤالاتی در رابطه با وضعیت سلامت خانوار، وضعیت استفاده از خدمات بستری و سرپایی، هزینه‌های سلامت و غیر سلامت خانوار بود. در نهایت بخش سوم شامل اطلاعاتی پیرامون وضعیت اجتماعی خانوار بود.

در این مطالعه برای سنجش نابرابری در بهره‌مندی مراقبت‌های سلامت از شاخص تمرکز در دریافت خدمات سلامت استفاده

بیمارستانی نسبت به ویزیت پزشک عمومی دارد به این دلیل انتظار می‌رود که پزشکان تأثیر بیشتری روی بهره‌برداری بیمارستانی اعمال کنند. اگر چنین باشد، این یافته‌ها نشانه از وجود بی‌عدالتی افقی به نفع سفیدپوستان در مورد خدمات بیمارستانی است [۵]. هدف از این مطالعه بررسی نابرابری در الگوی بهره‌مندی و دسترسی به خدمات مراقبت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در ساکنین شهر کرمان در سال ۱۳۹۲ می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و کاربردی است که میزان دسترسی فیزیکی ساکنین شهر کرمان به خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر آن را بررسی نموده است. داده‌های این پژوهش در فاصله زمانی ۱۷ دی‌ماه تا ۲۵ بهمن‌ماه جمع‌آوری گردید. در ابتدای پژوهش فرض بر این بود که وضعیت اقتصادی خانوار، وجود فرد معلول در خانواده، جنس سرپرست خانوار، پوشش بیمه، تحصیلات سرپرست، وجود فرد بالای ۶۵ سال، وجود فرد زیر ۱۲ سال در خانوار و شغل سرپرست خانوار، بر میزان استفاده از خدمات سلامت مؤثر است. جامعه این پژوهش تمامی خانوارهای ساکن در شهر کرمان در سال ۱۳۹۲ بود. به منظور تعیین حجم نمونه موردنیاز از آنجاکه در مورد میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در مورد درصد خانوارهایی که در شهر کرمان و یا شهرهایی که از نظر عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی مشابه شهر کرمان می‌باشند اطلاعات دقیقی وجود نداشت، نسبت بهره‌مندی خانوارها از خدمات سلامت برابر با ۵۰ درصد در نظر گرفته شد تا حداکثر حجم نمونه به دست آید؛ بنابراین با استفاده از فرمول زیر و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان آماری ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) و ضریب دقت ($d = 0/05$)، اندازه نمونه ۴۰۰ محاسبه گردید.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{4 \times 0.5(0.5)}{(0.05)^2} = 400$$

گردید، این شاخص به‌طور معمول مقیاس اندازه‌گیری نابرابری در تأمین مالی مراقبت سلامت در تحلیل‌های اقتصاد سلامت است. این شاخص به‌صورت سهم تجمعی تأمین مالی مراقبت سلامت در محور Y ، در مقابل سهم تجمعی جمعیت رتبه‌بندی شده بر اساس هزینه کل در محور X نشان داده می‌شود. شاخص تمرکز برابر است با دو برابر ناحیه بین منحنی تمرکز و خط فرضی برابری مطلق (خط ۴۵ درجه). زمانی که منحنی تمرکز بالای خط عدالت است، شاخص مقادیر منفی دارد و نشان‌دهنده تمرکز هزینه‌های سلامت به نفع فقرا است و مقدار مثبت شاخص زمانی است که خط منحنی زیر خط عدالت (۴۵ درجه) قرار گرفته است و نشان‌دهنده آن است که تأمین مالی سلامت به نفع ثروتمندان متمرکز شده است. شاخص تمرکز در بازه ۱- و ۱ قرار دارد و به‌صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$2\delta r_i * \left(\frac{h_i}{\mu} \right) = \alpha + \beta_{r_i} + e_i$$

h_i متغیر هزینه سلامت است، μ میانگین هزینه سلامت، r_i رتبه کسری فرد $i=i/n$ ام در توزیع سطح زندگی است و $i=1$ برابر فقیرترین فرد در توزیع و $i=n$ برابر ثروتمندترین فرد می‌باشد و δ_{r_i} واریانس رتبه کسری است. با تخمین حداقل مربعات معمولی، β به‌عنوان تخمینی از شاخص تمرکز به دست می‌آید [۶]. همچنین در این مطالعه بهره‌مندی خدمات مراقبت سلامت توسط خانوارها، ارتباط آن با متغیرهای مستعد کننده و توانمند کننده در جهت استفاده از خدمات مراقبت سلامت، مدل آزمون کای دو پیرسون و جداول متقاطع با استفاده از نرم‌افزارهای Exell و Stata تخمین زده شد.

به منظور تعیین وضعیت اقتصادی خانوار با توجه به اینکه خانوارها اطلاعات مربوط به هزینه خود را دقیق‌تر از اطلاعات درآمدی خود بازگو می‌نمایند و هزینه خانوار در مقایسه با درآمد دارای نوسان کمتری بود، میزان هزینه خانوار در یک سال به‌عنوان مقیاس وضعیت اقتصادی در نظر گرفته شد، سپس خانوارها پنج‌گانه‌بندی شد به‌طوری که اولین پنج‌گانه فقیرترین و آخرین پنج‌گانه ثروتمندترین خانوارها را شامل بود. به منظور بررسی وضعیت اشتغال سرپرست خانوار ده وضعیت:

بیکار، خویش‌فرما، بخش دولتی، بخش خصوصی، دانشجو، دارای درآمد بدون کار، خانه‌دار، مقرری‌بگیر، بازنشسته و سایر موارد تعریف شد و خانوار را برحسب وضعیت اشتغال سرپرست خانوار تفکیک شدند. در اینجا به علت محدودیت‌های موجود اگر فرد دیگری در خانوار دارای درآمد بود در نظر نگرفته شد. برای بررسی وضعیت بیمه خانوار شش وضعیت بیمه تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، کمیته امداد، نیروهای مسلح، نبود بیمه و بیمه خصوصی را تعریف شد. برای بررسی تحصیلات سرپرست خانوار پنج وضعیت: بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ خانوار کرمانی مورد مطالعه قرار گرفتند. به این علت که اگر خانواری حاضر به پاسخ‌گویی نبود، خانوار دیگری از همان ناحیه جایگزین وی می‌گردید میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰ درصد بود. طبق اطلاعات جدول شماره یک از نظر بعد خانوار بیشتر خانوارهای مورد بررسی دارای جمعیت سه نفر (نود درصد) بودند. ۹۲/۲ درصد خانوارها دارای سرپرست مرد و بقیه (۷/۸ درصد) سرپرست زن داشتند. ۹/۶ درصد از خانوارها دارای فردی با سن بالای ۶۵ سال بودند و ۵۶ درصد خانوارهای مورد بررسی دارای عضو کمتر از ۱۲ سال بودند. ۷/۸ درصد از خانوارهای مورد بررسی دارای فرد بیمار در خانواده خود بودند و ۴/۶ درصد نیز دارای فرد معلول در خانوار خود بودند. ده درصد از سرپرستان مورد بررسی بیکار، ۲۵/۷ درصد دارای شغل آزاد، ۳۷/۲ درصد دارای کار دولتی، ۱۸/۸ درصد دارای کار خصوصی، ۰/۵ درآمد بدون کار، ۰/۵ درصد مقرری‌بگیر، ۹/۶ درصد بازنشسته و ۲/۳ درصد جزء سایر موارد بودند. از میان سرپرستان خانوار مورد بررسی ۲/۳ درصد بی‌سواد، پنج درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۲/۹ درصد دارای تحصیلات راهنمایی ۲۳/۹ درصد دارای تحصیلات دبیرستان و ۴۳/۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۹۱/۷ درصد از سرپرستان خانوار

هرچند اعضای خانوارهایی که سرپرست آن‌ها مرد بوده است بیشتر از خدمات سلامت بهره‌مند شده بودند.

۵۹ درصد از خانوارهایی دارای بیمه استفاده کرده‌اند و ۴۱ درصد از خانوارهای بدون بیمه از خدمات سلامت استفاده نموده بودند و طبق اطلاعات جدول یک مقدار p -value برای ارتباط بین پوشش بیمه‌ای خانوار و وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت مقدار ۰/۰۶ می‌باشد که این ارتباط در سطح اطمینان ۱۰ درصد معنادار می‌باشد و بیانگر این است که خانوارهایی که تحت پوشش بیمه می‌باشند، بیشتر از خدمات سلامت بهره‌مند شده بودند.

همچنین ۵۶/۶ درصد از خانوارها سرپرست آن‌ها بی‌سواد، ۵۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۶۵/۴ درصد تحصیلات دبیرستان و ۵۹/۳۹ درصد تحصیلات دانشگاهی بودند از خدمات سلامت استفاده نموده بودند و مقدار p -value برای ارتباط بین سطح تحصیلات خانوار و بهره‌مندی از خدمات سلامت عدد ۰/۴۲۵ به دست آمد که این ارتباط معنادار نبود.

۷۶/۲ درصد از خانوارهایی که دارای عضو بالاتر از ۶۵ سال بوده‌اند از خدمات سلامت استفاده کرده بودند و ۲۳/۸ درصد از آن‌ها از خدمات سلامت استفاده نکرده بودند، در تائید این یافته مقدار p -value برابر ۰/۰۲۷ به دست آمد و با توجه به این که مقدار به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ بود این ارتباط معنادار بود و بیانگر این بود که با وجود فرد بالای ۶۵ سال وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت افزایش یافته است.

۶۸/۳ درصد از خانوارهایی که دارای عضو زیر ۱۲ سال بوده‌اند از خدمات سلامت استفاده نموده و ۳۱/۶ درصد آن‌ها استفاده نموده‌اند و بررسی ارتباط بین متغیر وجود فرد زیر ۱۲ سال و بهره‌مندی از خدمات سلامت با توجه به این که مقدار p -value (۰/۳۴۲) معنادار نبود.

در زمینه نابرابری در مصرف خدمات سرپایی، منحنی تمرکز در مصرف نشان می‌دهد که افراد با درآمدهای پایین به نسبت ثروتمندان بیشتر از خدمات مراقبت سرپایی بهره‌مند گشته‌اند. شاخص تمرکز در مصرف و بهره‌مندی از خدمات سرپایی

شرکت کننده در پژوهش دارای بیمه بوده و ۳/۸ درصد هیچ‌گونه پوشش بیمه‌ای نداشتند.

طبق اطلاعات جدول یک، ۵۳/۷ درصد از خانوارهای پنجگک اول (فقرترین)، ۶۸/۸ درصد از خانوارهای پنجگک شماره دو، ۴۶/۱ درصد از خانوارهای پنجگک سوم، ۹۲/۸ درصد از خانوارهای پنجگک چهارم و ۷۵ درصد از خانوارهای پنجگک پنجم (ثروتمندترین) از خدمات سرپایی و بستری سلامت استفاده نموده‌اند. در زمینه بررسی ارتباط بین پنجگک اقتصادی خانوار و وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت مقدار p -value برابر ۰/۰۰۱ می‌باشد که بیانگر این است که ارتباط کاملاً معنادار بوده است.

همچنین ۹۰ درصد از خانوارهایی که دارای عضو معلول بوده‌اند، از خدمات سلامت استفاده نموده و ده درصد آن‌ها از خدمات سلامت استفاده ننموده‌اند و مقدار p -value برای ارتباط بین وجود عضو معلول در خانوار و بهره‌مندی از خدمات سلامت عدد ۰/۰۰۵ به دست آمد و این بیانگر یک ارتباط کاملاً معنادار در این نمونه پژوهشی می‌باشد.

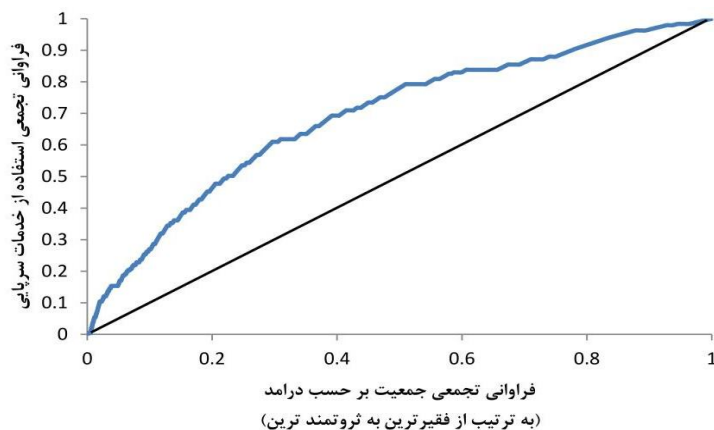
۲۹/۴ درصد از خانوارهایی که دارای فرد مبتلا به بیماری مزمن بوده‌اند از خدمات سلامت استفاده نکرده‌اند و ۷۰/۶ درصد آن‌ها از خدمات سلامت استفاده نموده‌اند و در مورد ارتباط بین وجود فردی با بیماری مزمن در خانوار و بهره‌مندی و دسترسی به خدمات مراقبت سلامت مقدار p -value برابر ۰/۲۰۳ می‌باشد که بیانگر این می‌باشد که بین این دو متغیر ارتباط معناداری وجود نداشته است، هرچند این نتیجه به دست آمده می‌تواند حاکی از این باشد که اکثریت آن‌ها به این دلیل اندک بودن تعداد افراد با بیماری مزمن در خانوارهای تحت بررسی اند.

۵۹/۷ درصد از خانوارهایی که سرپرست آن‌ها مرد بودند از خدمات سلامت استفاده نمودند و ۹۳/۶ درصد از خانوارهایی که سرپرست آن‌ها زن بودند از خدمات سلامت استفاده کرده بودند و در مورد ارتباط بین جنس سرپرست خانوار و وضعیت بهره‌مندی اعضای خانوار از خدمات سلامت مقدار p -value مقدار ۰/۳۶۳ به دست آمد بنابراین، ارتباط نیز معنادار نبود،

مراقبت سلامت همان‌گونه که در نمودار یک دیده می‌شود، برابر با ۰/۳۸- برای خانوارهای مورد مطالعه برآورد گردید.

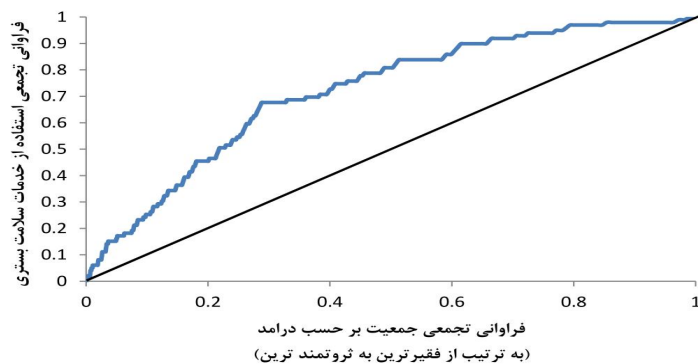
جدول ۱: وضعیت استفاده از خدمات سلامت با استفاده از جدول متقاطع و آزمون کای دو پی‌رسون

chi2	p-value	استفاده از خدمات مراقبت سلامت (درصد)		متغیر
		نداشته‌اند	داشته‌اند	
وضعیت اقتصادی				
۱۸/۰۹	۰/۰۰۱	۴۴/۳	۵۵/۷	پنجک اول
		۳۱/۱۵	۶۸/۸۵	پنجک دوم
		۵۳/۸۵	۴۶/۱۵	پنجک سوم
		۷/۱۴	۹۲/۸۶	پنجک چهارم
		۲۵	۷۵	پنجک پنجم
وجود فرد معلول در خانوار				
۷/۷۱	۰/۰۰۵	۱۰	۹۰	دارد
		۴۱/۱	۵۸/۹	ندارد
وجود فرد با بیماری مزمن				
۱/۶۲	۰/۲۰۳	۲۹/۴	۷۰/۶	دارد
		۴۰/۵۵	۵۹/۴۵	ندارد
جنس سرپرست خانوار				
۰/۸۲	۰/۳۶۳	۴۰/۳	۵۹/۷	مرد
		۸/۷۵	۹۳/۶۴	زن
پوشش بیمه				
۳/۵۳	۰/۰۶	۴۱	۵۹	دارد
		۲۵	۷۵	ندارد
تحصیلات سرپرست				
۲/۷۹	۲/۷۹	۳۴/۴	۶۵/۶	بی‌سواد
		۴۵	۵۵	راهنمایی
		۳۴/۶	۶۵/۴	دبیرستان
		۴۰/۶۱	۵۹/۳۹	دانشگاه
وجود فرد بالای ۶۵ سال				
۴/۸۹	۰/۰۲۷	۲۳/۸	۷۶/۲	دارد
		۴۱/۳۷	۵۸/۶۳	ندارد
وجود فرد زیر ۱۲ سال				
۰/۹	۰/۳۴۲	۳۱/۶۹	۶۸/۳۱	دارد
		۴۳/۵۴	۵۶/۴۶	ندارد
شغل سرپرست خانوار				
۸	۰/۰۱۸	۰/۰۰	۱۰۰	بیکار
		۳۷/۹۱	۶۲/۰۹	آزاد
		۴۳/۲۶	۵۶/۷۴	دولتی



نمودار ۱: نابرابری در مصرف و بهره‌مندی خدمات سلامت سرپایی در خانوارهای مورد مطالعه

در زمینه نابرابری در مصرف خدمات بستری، منحنی تمرکز در مصرف نشان می‌دهد که افراد با درآمدهای پایین به نسبت ثروتمندان بیشتر از خدمات مراقبت بستری بهره‌مند گشته‌اند. شاخص تمرکز در مصرف و بهره‌مندی از خدمات بستری مراقبت سلامت برابر با ۰/۴۳۵- برای خانوارهای مورد مطالعه برآورد گردید و نمودار دو نیز گویای این است که نابرابری در مصرف خدمات سلامت به سمت فقر است (با توجه به اینکه منحنی لورنز بالای خط برابری قرار گرفته است و شاخص تمرکز نیز کمتر از صفر بوده است که با دو برابر سطح حدفاصل بین منحنی لورنز و خط برابر بود).



نمودار ۲: نابرابری در مصرف و بهره‌مندی خدمات سلامت بستری در خانوارهای مورد مطالعه

بیمه‌ای خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد بالای ۶۵ سال در خانوار و شغل سرپرست خانوار. بررسی وضعیت اقتصادی خانوار نشان داد که با حرکت از پنجم اول (فقیرترین) به سمت پنجم پنجم (ثروتمندترین) استفاده از خدمات سلامت کاهش یافته است؛ که با توجه به

بحث و نتیجه گیری

از بین هشت متغیر مورد بررسی، پنج متغیر دارای ارتباط معنادار مثبت برای استفاده از خدمات سلامت بودند. این پنج متغیر عبارت بودند از: وضعیت اقتصادی خانوار، پوشش

ارتباط بین سلامت و درآمد افراد می‌توان گفت که افراد دارای درآمد بالاتر به علت سالم‌تر بودن کمتر از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند.

در ارتباط با متغیر پوشش بیمه‌ای خانوار، نتایج نشان داد که بیمه در استفاده از خدمات سلامت نقش مهمی داشته است. به‌طوری‌که ۵۹ درصد از افراد دارای بیمه از خدمات سلامت استفاده کرده بودند و این بیانگر این است که پوشش بیمه‌ای باعث کاهش پرداخت از جیب، بابت مراقبت سلامت می‌گردد و افراد ترغیب می‌گردند که بیشتر از خدمات سلامت استفاده نمایند. نتایج مطالعه سعید و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ در غنا انجام دادند، نشان داد که وجود بیمه سلامت بر استفاده از خدمات سلامت تأثیر مثبت دارد [۷]. در مطالعه‌ای که توسط لویز و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد، محققان نشان دادند که عدم پوشش بیمه باعث کاهش چشم‌گیر در احتمال دریافت خدمات پیشگیری، ویزیت‌های درمانی و مراقبت‌های بیمارستانی می‌شود. بدون شک، پوشش بیمه یکی از عناصر کلیدی برای اصلاحات در اکوادور، با توجه به سطح بالای فقر (به‌ویژه در میان خانواده‌های بومی و روستایی) است [۸].

در زمینه بررسی وجود فرد بالای ۶۵ سال مشخص شد که خانوارهای دارای فرد بالای ۶۵ سال، بیشتر از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند. مطالعه فالکینگ‌هام و همکاران نیز نشان داد بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت با توجه به خصوصیات سنی جمعیت مورد مطالعه متفاوت است. بر طبق مطالعه آن‌ها، بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت در میان اقشار جوان و پیر نسبت به سایر گروه‌های سنی میان‌سال بیشتر است [۹]. مطابق مطالعات اپیدمیولوژیک، سن به‌عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده در توزیع و وقوع بیماری‌ها می‌باشد. میزان شیوع بیماری‌های مزمن در بزرگسالان و بیماری‌های حاد در بین خردسالان بیشتر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد و به‌طور معمول، کودکان و سالخوردگان بیشتر در معرض بیماری و وخامت ناشی از آن قرار دارند [۱۰].

بررسی وجود فرد زیر ۱۲ سال در خانواده نشان داد که با وجود این افراد، استفاده از خدمات سلامت افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت افزایش یافته است و نتایج مطالعه سعید و همکاران نیز در غنا نشان داد، در مقایسه با افرادی که فاقد تحصیلات رسمی بودند، افزایش سطح تحصیلات تا سطح پیش‌دانشگاهی اثرات مثبت معنی‌دار و سطوح مختلف دانشگاهی اثرات مثبت ولی غیر معنی‌دار بر احتمال بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت دارد [۱۱].

شریل و همکاران در مطالعه خود در کشور کانادا عوامل مؤثر بر افزایش ویزیت پزشک عمومی را بررسی نمودند. یکی از عوامل سطح تحصیلات بود که علی‌رغم وجود رابطه مثبت، این ارتباط معنی‌دار نبود. متغیر دیگر سن افراد بود؛ نتایج نشان داد افراد بالای ۶۵ سال تقاضای بیشتری برای ویزیت پزشک عمومی داشته‌اند. متغیر دیگر پنجگ‌های درآمدی بود که طبق مطالعه مذکور با افزایش سطح درآمد احتمال ویزیت پزشک عمومی کاهش یافته بود. همچنین در مطالعه فوق، نشان داده شد خانوارهایی که فرد زیر ۱۴ سال در آن‌ها حضور دارد از خدمات پزشک عمومی بیشتر استفاده کرده‌اند. نژاد و قومیت افراد ساکن کانادا نیز بر میزان مصرف خانوارها از خدمات پزشک عمومی تأثیر معنی‌داری داشت. اثرات مذکور در تقاضای خدمات پزشک متخصص اندکی تفاوت داشت. نتایج نشان داد بود افراد بالای ۶۵ سال از خدمات پزشک متخصص کمتر استفاده نموده‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد؛ اما نتایج مربوط به سطح تحصیلات و حضور فرد زیر ۱۲ سال در خانوار با نتایج مربوط به تقاضا برای خدمات پزشک عمومی یکسان بود [۱۲].

اگرچه نابرابری‌های سلامت در اغلب موارد در کشورهای ثروتمند مستند شده است، مطالعات اخیر این موضوع را آشکار کرده است که نابرابری در مراقبت‌های بهداشتی و سلامت یک مشکل اساسی در کشورهای درحال توسعه است [۱۳-۱۶]. به‌طور خاص، در آن دسته از کشورهایی که منابع موردنیاز و محدود، استفاده مؤثر از همه مداخلات

حاضر نشان داده شد. بهبود متغیرهای اجتماعی و اقتصادی اثرگذار، می‌تواند در کاهش نابرابری‌های استفاده از مراقبت‌های سلامت مؤثر باشد. در مطالعه موجود بهبود دسترسی به عنوان یک موضوع بسیار مهم است. از این منظر، این پژوهش نشان‌دهنده نیاز به اصلاح مراقبت‌های سلامت در ایران برای رسیدگی نظام‌مند به این نابرابری است از طرفی دیگر دسترسی کافی به مراقبت سلامت به عنوان هدف بسیار مهم سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌گردد که اثرات فقر را محدود و نابرابری‌ها را تقلیل می‌دهد. با این حال، حاکم شدن یک روند تصاعدی و دست‌یابی به عدالت افقی بیشتر به عنوان یک نشانگر بالقوه‌ای از موفقیت تلاش‌های سیستم سلامت کشور در بهبود دسترسی و بهره‌مندی به خصوص در بین فقراء محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان «مطالعه اثرات نهایی پرداخت از جیب بابت مصرف مراقبت سلامت در شهر کرمان» می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان اجرا شده است. پژوهشگران از کلیه کسانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

سلامت را می‌طلبید، تحلیل تأثیر مراقبت‌های سلامت، ضرورت دارد. از طرف دیگر استفاده و بهره‌مندی بیش‌ازحد از خدمات مراقبت سلامت، به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است و سزاوار توجه به جهت ارتباط آن با قیمت‌های بالاتر، فرآیندهای پزشکی بیشتر و داروهای بیشتر بدون توجه به تفاوت در کیفیت خدمات می‌باشد [۱۷].

مکینکو و همکاران در برزیل نیز نشان دادند شاخص تمرکز در مصرف برای ویزیت پزشک طی ۱۲ ماه اخیر برای سال‌های ۲۰۰۳، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۸ به ترتیب ۰/۰۵، ۰/۰۴ و ۰/۰۳۳ محاسبه گردیده است درحالی‌که که اندازه شاخص تمرکز در مصرف و بهره‌مندی از خدمات سرپایی مراقبت سلامت در مطالعه حاضر برابر با ۰/۳۸- و برای خدمات بستری مراقبت سلامت برابر با ۰/۴۳۵- بود. درصد تغییرات شاخص تمرکز در ویزیت پزشک در طی دوره مطالعه ۵۱.۵۲- درصد برآورد شد همچنین مطالعه آن‌ها نشان داد شاخص تمرکز در مصرف خدمات بستری طی ۱۲ ماه اخیر برای سال‌های ۱۹۹۸، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۸ به ترتیب ۰/۰۸۱۰-، ۰/۰۵۳۰- و ۰/۰۴۳۰- محاسبه شد [۱۸] مطالعه رگیدور و همکاران در اسپانیا نشان داد یک بی‌عدالتی افقی در دسترسی و مصرف ویزیت پزشک عمومی و بستری شدن در بیمارستان به نفع فقرا در بخش عمومی وجود دارد. در مقابل، هیچ‌گونه تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در دسترسی و بهره‌مندی خدمات مراقبت تخصصی در بخش عمومی یافت نشد که این امر حکایت از عدالت افقی در این بخش دارد [۱۹].

هدف حاضر مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر استفاده خانوارهای کرمانی از خدمات سلامت بود و نشان داد متغیرهای مهمی از قبیل وضعیت اقتصادی خانوار، بیمه، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد بالای ۶۵ سال، وجود فرد زیر ۱۲ سال در استفاده خانوارها از خدمات سلامت نقش کلیدی دارند.

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که شواهدی از نابرابری در بهره‌مندی از مراقبت سلامت در شهر کرمان وجود دارد. نابرابری در مراقبت‌های سلامت به برخی از متغیرهای مستعد و توانمند کننده وابسته می‌باشد که اثرات آن‌ها در بطن پژوهش

References

1. Culyer, A.J., *The dictionary of health economics*. 2010: Edward Elgar Publishing.
2. Donabedian, A. and C. Fund, *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. 1973: Harvard University Press Cambridge.
3. Peters, D.H., et al., *Poverty and access to health care in developing countries*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008. 1136(1): p. 161-171.
4. Zhou, Z., et al., *Measuring the equity of inpatient utilization in Chinese rural areas*. *BMC health services research*, 2011. 11(1): p. 201.
5. Morris, S., M. Sutton, and H. Gravelle, *Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation*. *Social science & medicine*, 2005. 60(6): p. 1251-1266.
6. Rafghar, H., N. Zargar, and M. Sangari, *Measuring Inequality in Households Health Care Expenditure in Iran*. *Hakim Research Journal*, 2012. 16(2): p. 97-98
7. Saeed, B.I. and A. Abdul-Aziz, *Assessing the Influential Factors on the Use of Healthcare: Evidence From Ghana*.
8. López-Cevallos, D.F. and C. Chi, *Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues*. *Health Policy and Planning*, 2009: p. czp052.
9. Falkingham, J., B. Akkazieva, and A. Baschieri, *Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001–2007*. *Health Policy and Planning*, 2010. 25(5): p. 427-436.
10. Hatami, H., *Principales of epidemiology*. 2 ed. Vol. 2. 2005, tehran.
11. Saeed, B., Il and A.R. Abdul-Aziz, *Assessing the Influential Factors on the Use of Healthcare: Evidence From Ghana*.
12. Dunlop, S., P.C. Coyte, and W. Mclsaac, *Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey*. *Social science & medicine*, 2000. 51(1): p. 123-133.
13. Braveman, P. and E. Tarimo, *Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations*. *Social science & medicine*, 2002. 54(11): p. 1621-1635.
14. Szwarcwald, C.L., et al., *Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005. 21: p. S54-S64.
15. Duncan, B.B., et al., *Social inequality in mortality in São Paulo state, Brazil*. *International Journal of Epidemiology*, 1995. 24(2): p. 359-365.
16. Victora, C.G., et al., *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies*. *The Lancet*, 2000. 356(9235): p. 1093-1098.
- 17 Blazer, D.G., et al., *Health services access and use among older adults in North Carolina: urban vs rural residents*. *American Journal of Public Health*, 1995. 85(10): p. 1384-1390.

18. Macinko, J. and M.F. Lima-Costa, *Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. Int J Equity Health, 2012. 11: p.33.*
19. Regidor, E., et al., *Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. BMC health services research, 2008. 8(1): p183.*



Effective Factors on Utilization and Access to Health Care: A Population-Based Study in Kerman

Rezapoor A^{1,2,3}/ Roumiani Y⁴/ Ebadi Fard Azar F⁵/ Ghazanfari S⁶/
Mirzaei S⁷/ Sarabi Asiabar A⁸/ Bagheri Faradonbe S⁹

Abstract

Introduction: Receiving and using health care services is called utilization and access to services refers to the opportunity and the ability to use them. The purpose of this study was to investigate the pattern of utilization and access to health care disparities and factors affecting them.

Methods: In this cross-sectional study, Quota sampling method was used. To evaluate the health care services used by families and their relationship with Predisposing variables, Chi-square test and Pearson cross-tabulations were used using Excel and Stata.

Results: According to the findings important variables such as Household economic status, insurance, head of household education; ages over 65 and less than 12 years had key roles in the use of services. Concentration indices for out-patient and in-patient services were -0.38 and -0.435, respectively.

Conclusion: There are some predisposing variable leading to inequality in use of health services which could be reduced the improvement of socio-economic variables.

Key words: Health care services, inequity, utilization, access

• Received: 2/July/2014 • Modified: 11/April/2015 • Accepted: 6/May/2015

1. Assistant Professor of Health Economics Department, School of Health Management and information sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Center of Excellence in Health Management and Economics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. MSc in Educational Planning, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Professor in Health Management, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6. Ph.D student in Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

7. Ph.D student in Health management, School of Health Management and Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

8. Msc in Public Management, Directory of Planning & Budget and Performance Monitoring, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

9. Ph.D student in Health Economics, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (s.bagheri88@yahoo.com)

