

بررسی تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر میزان پرداخت از جیب بیماران: مطالعه موردی در ایران

بهرام نبی‌لو^۱، ثریا گل‌پری‌پور^۲، سیروس علی‌نیا^۳، حسن یوسف‌زاده^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۳/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۷/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از ابعاد مهم طرح تحول نظام سلامت، حفاظت خانوارها و بیماران در برابر هزینه‌های درمانی می‌باشد که علاوه بر بار بیماری خود، از بار مالی پرداخت هزینه‌های درمانی رنج می‌برند. این مطالعه باهدف برآورد پرداخت از جیب بیماران برای هزینه‌های درمانی در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی برای برآورد پرداخت از جیب بیماران، گردآوری اطلاعات در سه مرحله از تعداد ۴۰۰ خانوار که به‌صورت تصادفی از طریق مراکز بهداشتی و درمانی چهار نقطه اصلی شهر انتخاب‌شده بودند؛ صورت پذیرفت. داده‌ها از طریق پرسشنامه و مصاحبه با سرپرست خانوار؛ پرونده‌های بیمارستانی؛ سازمان‌های بیمه‌ای و تصویب‌نامه هیئت‌وزیران گردآوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان پرداخت از جیب بیماران به‌طور متوسط ۵۳/۰۷ درصد محاسبه گردید. بیمه‌های پایه ۳۲/۷۹ درصد، بیمه‌های مکمل ۱۱/۱۷ درصد و بخش خوددرمانی ۲/۹۴ درصد از کل هزینه‌های درمان را به خود اختصاص داده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بررسی میزان پرداخت از جیب بیماران و مقایسه با مطالعات قبل از اجرای طرح تحول سلامت نشان از آن دارد که این طرح در بخش بستری بسیار موفق عمل نموده و میزان آن نسبت به هدف تعیین‌شده بسیار کاهش‌یافته است؛ اما در بخش سرپایی نتوانسته است عملکرد موفق داشته باشد؛ که دلیل عمده آن نیز هزینه‌های بالای خدمات دندانپزشکی و عدم‌حمایت توسط سازمان‌های بیمه‌ای است.

کلیدواژه‌ها: طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب، تأمین مالی، هزینه‌های درمانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۳۳، آبان ۱۳۹۹، ص ۶۳۵-۶۲۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۲۳۰۰

Email: yusefzadeh.h@umsu.ac.ir

مقدمه

میزان دسترسی عادلانه افراد به خدمات بهداشتی و درمانی و سهم خانوار در تأمین مالی بخش سلامت است (۵). به هنگام تصمیم‌گیری در انتخاب نوع نظام تأمین مالی سلامت، باید به عادلانه بودن آن توجه ویژه‌ای داشت؛ زیرا عادلانه بودن این روش‌ها متضمن عدم مواجهه افراد با حجم بزرگی از مشکلات اقتصادی در هنگام دریافت خدمات سلامت است؛ و این اطمینان را به افراد جامعه خواهد داد که به سمت فقر سوق داده نشوند (۶). لذا منصفانه بودن تأمین مالی سلامت زیرمجموعه‌ای از اهداف نظام سلامت است و بدین مفهوم است که هر خانوار سهم عادلانه‌ای از هزینه‌های سلامت را پرداخت نماید (۷).

سلامت یک موضوع اجتماعی و از پیش‌شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی می‌باشد (۱). در این راستا، بسیاری دولت‌ها موظف به اختصاص منابع لازم برای حفظ، بهبود و ارتقای سلامت هستند (۲). ولی به دلیل افزایش انتظارات مردم، تغییر الگوی بیماری‌ها و نیاز به فناوری‌های جدید، بیشتر دولت‌ها در تأمین مالی بخش سلامت با مشکل روبرو شده‌اند (۳).

تأمین مالی نظام سلامت جزء کارکردهای این نظام و حمایت مالی از افراد جامعه در برابر هزینه‌های بهداشت و درمان از اهداف اصلی آن است (۴)؛ که به‌عنوان یک شاخص عمده، تعیین‌کننده

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۳. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۴. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

دهک‌های درآمدی در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ بود. مرکز آمار، خانواده‌ها را بر اساس مجموع درآمد و هزینه‌های سالانه در ۱۰ گروه دسته‌بندی می‌کند؛ به طوری که، دهک اول کم‌درآمدترین گروه و دهک دهم پردرآمدترین گروه از خانواده‌ها تشکیل می‌دهند.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مبنای نمونه‌گیری، خوشه‌ای به روش تصادفی سیستماتیک و به صورت چندمرحله‌ای با استفاده از پرونده خانوارهای تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر ارومیه صورت گرفت. بدین صورت که ارومیه به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم‌بندی و از هر منطقه یک مرکز خدمات جامع سلامت به صورت تصادفی انتخاب و به نسبت خانوارهای تحت پوشش از هر مرکز، تعدادی خانوار بر مبنای شماره پرونده آن‌ها به شکل تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0.05$) و ضریب دقت ($d=0.05$) ۳۸۴ خانوار محاسبه گردید که با فرض ناقص بودن برخی اطلاعات نمونه‌ها ۴۰۰ خانوار در نظر گرفته شد. مقدار P نیز بر اساس مطالعات قبلی ۶۰ درصد در نظر گرفته شد (۱۹).

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه هزینه درمان سازمان بهداشت جهانی در سه مرحله گردآوری شد. در مرحله اول از طریق مصاحبه مستقیم با سرپرست و یا شخص مطلع از هر خانوار، اطلاعات دموگرافیک سرپرست خانوار، اطلاعات مربوط به هزینه‌های بستری اعضاء خانوار در طی سال ۱۳۹۶ و نیز اطلاعات مربوط به هزینه‌های سرپایی و خوددرمانی اعضاء خانواده در طی یک ماه اخیر قبل از مصاحبه پرسیده شد. در مرحله دوم هزینه‌های هر کدام از اعضای خانواری که در سال ۹۶ در بیمارستان‌های شهر ارومیه بستری شده بودند با مراجعه به پرونده‌های بیمارستانی آن‌ها در شهر ارومیه گردآوری شد. در مرحله سوم، میزان پرداخت بیمه پایه بابت کلیه هزینه‌های درمانی سرپایی بر اساس تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی تصویب‌نامه هیئت‌وزیران مصوب ۱۳۹۶/۴/۲۴ استخراج گردید. در بخش بیمه‌های مکمل نیز از طریق مراجعه به وبسایت این سازمان‌ها و در برخی موارد نیز مراجعه به خود سازمان‌های بیمه‌ای اطلاعات در ارتباط با نحوه حمایت بیمه‌های مکمل در بخش درمانی سرپایی گردآوری گردید و بدین صورت اطلاعات سهم بیمه پایه و مکمل در این بخش نیز تکمیل و ثبت گردید. سپس در پایان سه مرحله فوق‌الذکر، داده‌های گردآوری‌شده جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS گردید.

افزایش هزینه‌های بخش سلامت موجب شده تا تأمین منابع مالی آن یکی از چالش‌های مهم در تمامی کشورها خصوصاً کشورهای با درآمد کم و متوسط باشد (۸). ساده‌ترین روش برای تأمین اعتبارات بخش بهداشت و درمان پرداخت مستقیم از جیب^۱ (OOP) است (۹). هزینه‌های پرداخت از جیب تمام‌پرداخت‌هایی است که خانوارها به طور مستقیم در هنگام دریافت خدمات بهداشتی می‌پردازند. اگر این پرداخت‌ها منبع اصلی تأمین مالی سلامت باشند هر ساله موجب ایجاد مشکلات مالی در اکثر کشورها خصوصاً کشورهایی با سطح درآمد پایین می‌شوند (۸).

پرداخت مستقیم، ناعادلانه‌ترین روش تأمین مالی بخش سلامت بوده؛ که در آن تمامی افراد بدون در نظر گرفتن وضع اقتصادی خانوار برای دریافت خدمات سلامت به یک مقدار، پول پرداخت می‌کنند (۱۰). این در حالی است که روش پرداخت مستقیم از مهم‌ترین ابزارهای مالی در بیشتر کشورهای آسیایی است (۱۱)؛ و در چنین کشورهایی بیش از ۵۰ درصد کل هزینه‌های سلامت از طریق این نوع پرداخت‌ها تأمین می‌شود در صورتی که متوسط پرداخت به صورت مستقیم در جهان ۲۴ درصد است (۱۲).

بسیاری از کشورها برنامه‌های خود را برای حفاظت از خانواده‌ها در برابر کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب و توزیع مجدد منابع سلامت دولتی در میان سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی جوامع رانندازی کرده‌اند (۱۳). در اسناد توسعه ملی ایران نیز کاهش پرداخت از جیب با در نظر گرفتن هزینه‌های کمرشکن سلامت انجام گرفته است (۱۴). به طوری که هدف برنامه پنجم توسعه در نظام سلامت ایران، کاهش پرداخت‌های مستقیم به ۳۰ درصد بود (۱۵) و بر اساس آخرین مطالعه صورت گرفته سهم پرداخت مستقیم از جیب به ۴۰٫۶ درصد در کل کشور و ۳۸٫۵ درصد در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۳ رسیده است (۱۶).

طی آخرین اصلاحات انجام گرفته در سیستم بهداشت و درمان کشور به منظور دستیابی به برنامه جامع سلامت از ابتدای سال ۱۳۹۳ طرح تحول نظام سلامت کشور اجرایی شد (۱۷). این طرح شامل هفت محور اصلی است که کاهش میزان پرداخت از جیب از ابعاد مهم این طرح می‌باشند (۱۸). برحسب مطالعات عبدالله کشاورز و همکاران در سال ۱۳۸۸ میزان OOP ۵۹٫۷ درصد محاسبه گردید (۱۹). بر اساس بررسی بختیار پیروزی و همکاران در نه ماه ابتدای اجرای این طرح مشخص گردید میزان پرداخت مستقیم از جیب در بخش بستری بیمارستان دولتی از ۴۳/۱۷ درصد به ۲۰ درصد رسیده است (۲۰). هدف پژوهش حاضر، برآورد سهم پرداخت از جیب بیماران و تأثیر طرح تحول نظام سلامت در میزان آن به تفکیک

¹. Out Of Pocket

یافته‌ها

را نسبت به سایر بیمه‌ها در این مطالعه داشت و پس‌از آن بیمه خدمات درمانی با پوشش ۳۶ درصدی خانوارها در رتبه دوم قرار گرفت. از این میان ۱۱۵ خانوار برابر ۲۸ درصد نمونه مورد مطالعه، دارای بیمه تکمیلی بوده‌اند.

بیش از ۶۰ درصد از خانوارهای بررسی‌شده اقدام به خوددرمانی نموده‌اند. ۵۱ خانوار به دلیل هزینه‌های بالای درمان و عدم توانایی در پرداخت هزینه‌های درمانی از بستری شدن در بیمارستان امتناع نموده‌اند. این تعداد ۱۲ درصد کل داده‌ها را شامل می‌شدند. میانگین پرداخت از جیب بیماران کل جامعه پژوهش برحسب ماه برای خدمات بستری در سال ۱۳۹۶، ۱۰۶۲۷ تومان، میانگین بیمه پایه ۴۸۶۵۵ تومان، میانگین بیمه مکمل ۳۳۰۹ تومان بود. در مجموع میانگین کل هزینه‌های بستری برای جامعه ۶۲۵۹۲ تومان محاسبه شده است؛ که کم‌ترین مربوط به دهک دوم و بیشترین میانگین هزینه در دهک هفتم جای گرفته است. در جدول شماره ۱ توزیع شاخص‌های هزینه‌های درمان خانوار از کل درآمد خانوار به تفکیک دهک‌های درآمدی نشان داده شده است.

بر طبق یافته‌های مطالعه حاضر از میان ۴۰۰ خانوار ۳۸۵ خانوار دارای سرپرست پدر، ۱۳ خانوار سرپرست مادر و ۲ مورد سایر اعضاء سرپرست خانوار بود. حداکثر سن سرپرستان خانوار ۸۶ و حداقل سن ۲۲ سال بود. میانگین سنی سرپرستان ۳۹ سال، میانه سنی ۳۸ و مد برابر ۳۵ سال و انحراف از معیار (SD=10) برابر ۱۰ بود. طبق یافته‌ها ۸۹ درصد از خانوارها سرپرستانی با سن کم‌تر از ۵۳ سال داشتند. میانگین بعد خانوار در این مطالعه ۳ و میانه برابر ۴ به دست آمد. در مجموع از ۴۰۰ خانوار ۲۹۱ مورد در فاصله بعد ۳-۴ نفر قرار گرفته‌اند. در این مطالعه بیشتر سرپرستان خانوار معادل ۶۷ درصد به مشاغل آزاد اشتغال داشتند. ۱۲۸ مورد کارمند و ۴ مورد بدون هیچ‌گونه شغلی بوده‌اند. ۵۵ درصد از خانوارها سرپرستانی با سطح تحصیلات دیپلم به پایین داشتند، ۴ درصد بی‌سواد و ۴۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند؛ که از میان سرپرستان با تحصیلات دانشگاهی ۲۰ درصد به سطح لیسانس اختصاص داشته است. بر طبق داده‌های به دست آمده ۴۸ درصد خانوارها تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بودند که این سازمان بیشترین پوشش بیمه‌ای

جدول (۱): توزیع شاخص‌های هزینه درمان خانوارهای مورد مطالعه نسبت به کل درآمد به تفکیک دهک‌های درآمدی

میانگین	شاخص	اول (پایین)	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم (بالا)	کل جامعه پژوهش
۱۵/۴۵	میانگین کل OOP به کل درآمد (درصد)	۱۶/۸۵	۴۵/۸۰	۱۲/۸۶	۳۷/۷۱	۱۴/۶۱	۱۹/۹۱	۴/۷۰	۱۱/۳۱	۷/۶۵	۱۸/۶۸	
۱۳/۳۵	میانگین OOP سرپایی به کل درآمد (درصد)	۱۶/۵۶	۴۴/۸۹	۱۲/۷۲	۳۷/۵۴	۱۴/۳۸	۱۸/۷۸	۳/۹۱	۱۰/۵۸	۷/۴۰	۱۸/۰۱	
۲/۱۰	میانگین OOP بستری به کل درآمد (درصد)	۰/۲۸	۱/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۲۳	۰/۹۱	۰/۷۸	۰/۷۲	۰/۲۵	۰/۶۷	
۲/۰۳	میانگین سهم کل بیمه‌ها به کل درآمد (درصد)	۹/۶۳	۳۸/۹۴	۱۵/۵۵	۱۹/۸۹	۸/۹۲	۷/۲۹	۹/۶۴	۸/۴۵	۹/۴۰	۱۲/۹۷	
۳۷/۵۹	میانگین سهم کل هزینه‌های درمان به کل درآمد (درصد)	۲۷/۸۸	۸۶/۲۱	۲۹/۲۵	۵۸/۴۵	۲۴/۷۹	۲۷/۶۶	۱۵/۰۱	۱۹/۷۹	۱۷/۵۰	۳۴/۴۱	
۱/۷۵	میانگین سهم هزینه خوددرمانی به کل درآمد (درصد)	۱/۳۹	۱/۴۵	۰/۸۲	۰/۸۴	۱/۲۵	۰/۴۵	۰/۶۶	۰/۰۳	۰/۴۳	۰/۹۰۷	

گردید که ۱۸/۰۱ مربوط به بخش سرپایی و ۰/۶۷ مربوط به بخش بستری است. همچنین میانگین سهم کل بیمه‌ها به درآمد برای کل

بر طبق اطلاعات حاصله از جدول شماره ۱ درصد میانگین OOP به کل درآمد برای جامعه مورد مطالعه ۱۸/۶۸ درصد محاسبه

جامعه ۱۲/۹۷ و میانگین سهم کل هزینه‌های درمان به کل درآمد ۳۴/۴۱ و میانگین سهم هزینه خوددرمانی به درآمد برای کل جامعه ۰/۹۰۷ است. در هر چهار مورد گزارش شده در این جدول بیشترین سهم به دهک سوم اختصاص یافته است.

جدول (۲): توزیع پرداخت‌های مستقیم از جیب ماهیانه به واحدهای هزینه‌ای درمان خانوارهای مورد مطالعه برای خدمات سرپایی به کل درآمد به تفکیک دهک‌های درآمدی

میانگین	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	کل	میانگین
واحد‌های هزینه‌ای (پایین)										(بالا)	جامعه	پژوهش
میانگین OOP ویزیت	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۷	میانگین OOP ویزیت
پزشک عمومی به کل درآمد	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۷	پزشک عمومی به کل درآمد
میانگین OOP ویزیت	۲/۷۷	۱/۲۱	۲/۰۶	۱/۷۷	۱/۲۶	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۴۶	۱/۲۰	میانگین OOP ویزیت
پزشک متخصص به کل درآمد	۲/۷۷	۱/۲۱	۲/۰۶	۱/۷۷	۱/۲۶	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۴۶	۱/۲۰	پزشک متخصص به کل درآمد
میانگین OOP هزینه	۳/۴۳	۲/۰۴	۴/۴۹	۳/۶۳	۱/۹۹	۰/۷۷	۱/۳۰	۱/۳۱	۰/۲۱	۱/۰۸	۲/۰۳	میانگین OOP هزینه
خدمات دارویی به کل درآمد	۳/۴۳	۲/۰۴	۴/۴۹	۳/۶۳	۱/۹۹	۰/۷۷	۱/۳۰	۱/۳۱	۰/۲۱	۱/۰۸	۲/۰۳	خدمات دارویی به کل درآمد
میانگین OOP هزینه	۵/۸۷	۳/۳۷	۹/۸۳	۳/۷۶	۷/۲۱	۲/۴۹	۳/۱۴	۰/۳۳	۰/۲۲	۰/۸۲	۳/۷	میانگین OOP هزینه
خدمات پاراکلینیک به کل درآمد	۵/۸۷	۳/۳۷	۹/۸۳	۳/۷۶	۷/۲۱	۲/۴۹	۳/۱۴	۰/۳۳	۰/۲۲	۰/۸۲	۳/۷	خدمات پاراکلینیک به کل درآمد
میانگین OOP هزینه	۰/۳۸	۸/۳۴	۲۸/۳۳	۲/۷۱	۲۵/۵۷	۹/۶۹	۱۳/۳۰	۱/۴۰	۹/۸۰	۴/۲۵	۱۰/۳۸	میانگین OOP هزینه
خدمات دندان‌پزشکی به کل درآمد	۰/۳۸	۸/۳۴	۲۸/۳۳	۲/۷۱	۲۵/۵۷	۹/۶۹	۱۳/۳۰	۱/۴۰	۹/۸۰	۴/۲۵	۱۰/۳۸	خدمات دندان‌پزشکی به کل درآمد
میانگین OOP سایر	۰/۴۴	۱/۱۵	۰	۰/۷	۱/۱۹	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۳۶	۰	۰/۷۳	۰/۵۰۷	میانگین OOP سایر
هزینه‌های درمانی به کل درآمد	۰/۴۴	۱/۱۵	۰	۰/۷	۱/۱۹	۰/۴۶	۰/۰۴	۰/۳۶	۰	۰/۷۳	۰/۵۰۷	هزینه‌های درمانی به کل درآمد

دارویی، ۳/۷ صرف هزینه‌های مربوط به خدمات پاراکلینیک، ۱۰/۳۸ صرف هزینه‌های خدمات دندان‌پزشکی و ۰/۵ صرف هزینه در سایر بخش‌های درمانی شده است.

مطابق با اطلاعات حاصله از جدول شماره ۲ از ۱۸/۰۱ درصد درآمد خانوار که صرف هزینه‌های مستقیم پرداخت از جیب در بخش سرپایی شده است، ۰/۱۷ صرف هزینه ویزیت پزشک عمومی، ۱/۲ صرف هزینه ویزیت پزشک متخصص، ۲/۰۳ صرف هزینه‌های

جدول (۳): توزیع شاخص‌های هزینه درمان خانوارهای مورد مطالعه نسبت به کل هزینه‌های درمان خانوار به تفکیک دهک‌های درآمدی

شاخص	اول (پایین)	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم (بالا)	کل جامعه پژوهش
میانگین کل OOP به کل هزینه درمان (درصد)	۴۱/۱۰	۶۰/۴۴	۵۳/۱۳	۴۴	۶۴/۵۲	۵۸/۵۹	۷۲	۳۱/۳۳	۵۷/۱۵	۴۴/۷۶	۵۳/۰۷
میانگین OOP سرپایی به کل هزینه درمان	۳۵/۵۱	۵۹/۴۱	۵۲/۰۷	۴۳/۴۹	۶۴/۲۳	۵۸	۶۷/۸۹	۲۶/۱۰	۵۳/۴۸	۴۲/۳	۵۱/۱۱
میانگین OOP بستری به کل هزینه درمان	۵/۵۹	۱/۰۳	۱/۰۵	۰/۵	۰/۲۹	۰/۹۵	۴/۱	۵/۲۳	۳/۶۶	۱/۴۶	۱/۹۶
میانگین سهم بیمه پایه به کل هزینه درمان (درصد)	۵۳/۵۷	۳۱/۳۷	۴۴/۲۸	۳۵/۲۳	۲۹/۷۴	۲۶/۹۴	۱۸/۶۳	۵۵/۷۶	۱۸/۷۶	۲۳/۵۸	۳۲/۷۹
میانگین سهم بیمه مکمل به کل هزینه درمان (درصد)	۰/۶۵	۳/۱۸	۰/۸۹	۱۶/۷۶	۴/۲۷	۹/۰۵	۷/۷۱	۸/۴۸	۲۳/۹۲	۳۰/۱۴	۱۱/۱۷
میانگین سهم هزینه خوددرمانی به کل هزینه درمان (درصد)	۴/۶۶	۵	۱/۶۹	۲/۸۳	۱/۴۴	۵/۰۴	۱۱/۶۴	۴/۴۱	۰/۱۵	۲/۵	۲/۹۴

هشتم کم‌ترین مقدار بود. همچنین سهم بیمه پایه برای کل نمونه مورد مطالعه ۳۲/۷۹ محاسبه شد. میانگین سهم بیمه مکمل به هزینه درمان برای کل جامعه مورد پژوهش ۱۱/۱۷ درصد بود؛ و میانگین سهم هزینه خوددرمانی به هزینه درمان برای کل جامعه مورد مطالعه ۲/۹۴ درصد محاسبه گردید.

طبق اطلاعات موجود در جدول شماره ۳ در این مطالعه میانگین کل OOP به کل هزینه درمان ۵۳/۰۷ درصد به دست آمده است که سه دهک هفتم، پنجم و دوم به ترتیب دارای بیشترین پرداخت از جیب بودند. ۵۱/۱۱ درصد میانگین کل OOP به کل هزینه درمان به بخش سرپایی و ۱/۹۶ به بخش بستری اختصاص دارد. میانگین سهم بیمه پایه در دهک اول بیشترین و در دهک

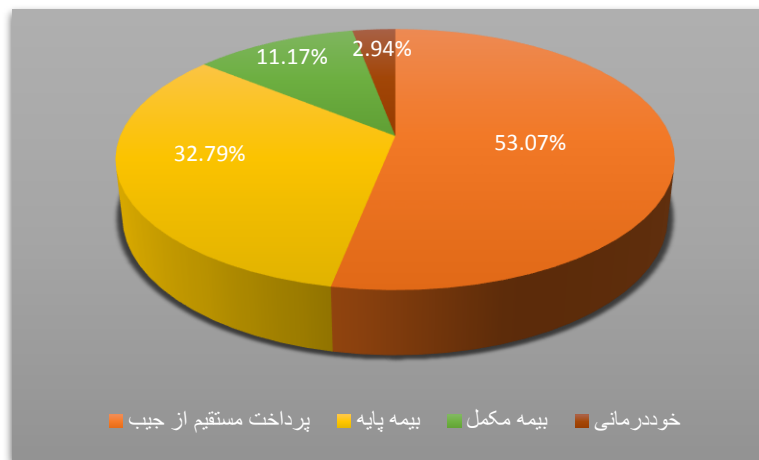
جدول (۴): توزیع پرداخت‌های مستقیم از جیب به واحدهای هزینه‌های درمان خانوارهای مورد مطالعه به صورت ماهیانه، برای خدمات سرپایی به کل هزینه درمان به تفکیک دهک‌های درآمدی

واحدهای هزینه‌ای	اول (پایین)	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم (بالا)	کل جامعه پژوهش
میانگین OOP ویزیت پزشک عمومی به کل هزینه	۱/۱۵	۱/۵۵	۰/۱۸	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۱۸	۰/۴۱
میانگین OOP ویزیت پزشک متخصص به کل هزینه	۷/۳۷	۴/۳۴	۲/۳۹	۶/۰۶	۲/۱۶	۳/۵۵	۳/۴۷	۳/۱۶	۰/۹۵	۲/۶۶	۳/۴۶

۶/۰۹	۶/۲۲	۱/۱۰	۸/۷۶	۴/۷۱	۳/۱۴	۳/۴۱	۱۲/۴۱	۵/۲۱	۷/۷۶	۹/۱۲	میانگین OOP هزینه خدمات دارویی به کل هزینه
۹/۴۶	۴/۷۰	۱/۱۵	۲/۲۴	۱۱/۳۷	۱۰/۰۶	۱۲/۳۴	۱۲/۸۸	۱۱/۴۰	۱۲/۱۰	۱۵/۶۲	میانگین OOP هزینه خدمات پاراکلینیک به کل هزینه
۲۹/۶۷	۲۴/۳۱	۴۹/۵۴	۹/۳۴	۴۸/۰۷	۳۹/۱۰	۴۳/۷۵	۹/۲۷	۳۲/۸۶	۲۹/۹۲	۱/۰۳	میانگین OOP هزینه خدمات دندان پزشکی به کل هزینه
۱/۹۹	۴/۲۰	۰	۲/۴۴	۰/۱۷	۱/۸۷	۲/۰۵	۲/۴۱	۰	۴/۱۵	۱/۱۹	میانگین OOP سایر هزینه‌های درمانی به کل هزینه

هزینه خدمات پاراکلینیک، ۲۹/۶۷ درصد هزینه خدمات دندانپزشکی و ۱/۹۹ درصد سایر هزینه‌های درمانی. نمودار شماره ۱ نمایانگر میانگین درصد سهم بخش‌های مختلف از کل هزینه‌های درمان خانوار می‌باشد. در این میان بیشترین سهم مربوط به بخش پرداخت مستقیم از جیب با سهم ۵۳/۰۷ درصد و کم‌ترین مربوط به بخش خوددرمانی با ۲/۹۴ درصد است.

طبق اطلاعات به‌دست‌آمده از جدول شماره ۴ از ۵۱/۱۱ درصد کل هزینه‌های درمان که مربوط به بخش سرپایی بوده است، تخصیص هزینه‌ها در بخش‌های مختلف سرپایی به شرح زیر محاسبه گردیده است. ۰/۴۱ درصد ویزیت پزشک عمومی، ۳/۴۶ درصد ویزیت پزشک متخصص، ۶/۰۹ درصد هزینه بخش دارو، ۹/۴۶ درصد



نمودار (۱): میانگین سهم پرداخت‌ها از کل هزینه‌های درمان خانوار

را به خانوار و جامعه تحمیل می‌نماید. هرچند که در بیشتر کشورهای توسعه‌نیافته این روش به‌عنوان مهم‌ترین منبع تأمین هزینه‌های سلامت به شمار می‌رود. با توجه به اهمیت شاخص مشارکت عادلانه در تأمین منابع سلامت، به جهت ارزیابی نمودن نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها از سوی سازمان جهانی بهداشت بر اساس این شاخص، می‌توان بر اهمیت نقش بیمه‌ها به‌عنوان تضمین‌کننده

بحث و نتیجه‌گیری

برخورداری تمامی افراد از خدمات سلامت، از مباحث محوری سیاست‌های نظام سلامت هر کشوری است. نظام‌های سلامت در هر کشوری به‌منظور تأمین مالی این بخش از روش‌های گوناگونی بهره می‌برند؛ که ناکارآمدترین آن‌ها روش پرداخت مستقیم از جیب است (۲۱). روش پرداخت‌های مستقیم از جیب خسارات جبران‌ناپذیری

مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورها اشاره کرد (۲۲).

در این مطالعه، با بررسی وضعیت درآمدی خانوار و تعیین سهم هزینه‌های درمان، مشخص گردید که به‌صورت میانگین ۲۶/۸۲ درصد از کل درآمد جامعه موردپژوهش به بخش درمان اختصاص داده شده که ۱۲/۹۷ درصد آن مربوط به سهم بیمه‌ها، ۰/۹۰ درصد مربوط به بخش خوددرمانی و ۱۸/۶۸ درصد مربوط به پرداخت مستقیم از جیب خانوار بابت دریافت خدمات درمانی است. بخش بستری با رقم ۰/۶۷ درصد پرداخت مستقیم از جیب، سهم بسیار کمی از درآمد خانوار را به خود اختصاص داده است؛ و سهم عمده‌ای از درآمد که صرف هزینه‌های پرداخت مستقیم خانوار می‌گردد مربوط به هزینه‌های سرپایی است که برابر ۱۸/۰۱ درصد از کل درآمد است. به‌طور کلی، بخش کوچکی از کل درآمد جامعه در بخش بستری مصرف شده است که نشان از حمایت‌های بسیار مناسب در این بخش بوده است. با بررسی جزئی‌تر در بخش سرپایی مشخص گردید بخش اعظم درآمد در بخش سرپایی به دریافت خدمات دندان‌پزشکی اختصاص دارد. خدمات دندان‌پزشکی از جمله خدمات گران‌قیمت بخش بهداشت و درمان هستند که بیمه‌ها نتوانسته‌اند به‌صورت مناسب آن را تحت پوشش قرار دهند. با توجه به ضروری بودن و اهمیت این خدمات، خانوارها ناگزیر از صرف درآمد خود در این بخش هستند. بررسی‌های صورت گرفته بر نتایج گردآوری شده، حاکی از آن است که از کل هزینه‌هایی که در جامعه مورد پژوهش صرف حوزه درمان گشته است، بیمه‌های پایه ۳۳/۷۱ درصد و بیمه‌های مکمل ۱۱/۴۸ درصد هزینه‌ها را متحمل می‌شوند. ۰/۲۵ درصد از این هزینه‌ها نیز به دلیل اقدام به خوددرمانی خانوار است. اما بخش اعظم این هزینه‌ها که معادل ۵۳/۰۷ درصد است توسط مردم و از روش پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌گردد. از کل هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات درمانی، ۱/۹۶ درصد مربوط به بخش بستری و ۵۱/۱۱ درصد، مربوط به بخش سرپایی است.

در این مطالعه ۲۸/۷۵ درصد خانوار، تحت پوشش‌های بیمه تکمیلی بودند. بیمه تکمیلی می‌تواند نقش بسزایی در کاهش هزینه‌های درمان خانوار داشته باشد. بدین منظور باید تلاش بیشتری در جهت افزایش استفاده از این نوع بیمه‌های درمانی صورت پذیرد. در این مطالعه ۱۲/۲۵ درصد از خانوارها اقدام به خوددرمانی نموده‌اند که این میزان بالا و نگران‌کننده است. چراکه این مسئله عواقبی بسیاری به همراه دارد؛ و هزینه‌های درمانی بالاتری را به خانوار تحمیل می‌نماید. ۱۲ درصد از خانوار جامعه مورد پژوهش، به دلیل مسائل مالی از بستری شدن و پیگیری ادامه درمان خود امتناع ورزیده‌اند که می‌تواند متأثر از وضعیت درآمدی متفاوت

شهرها، نوع بیماری‌ها و همچنین تغییر نرخ تورم در طی سال‌های گذشته باشد؛ و دلیلی بر عملکرد نامناسب نظام سلامت است.

در مجموع هزینه‌ها در بخش سرپایی و بستری به‌صورت میانگین برای هر خانوار در طی یک ماه ۵۲۴۹۶۸ تومان به‌دست آمده است. مبلغ ۴۶۲۲۷۵ تومان به بخش سرپایی و ۶۲۵۹۱ تومان به بخش بستری اختصاص یافته است. با توجه به میانگین بعد خانوار که در این مطالعه سه نفر به دست آمد می‌توان اظهار نمود هزینه‌ها در مجموع هر دو بخش برای هر فرد در ماه برابر مبلغ ۱۷۴۹۸۹ تومان است. از مبلغ ۵۲۴۹۶۸ تومان ۲۳۷۸۸۶ تومان سهم بیمه‌ها به ازای هر خانوار و ۷۹۲۸۹ تومان به ازای هر فرد در طی یک ماه است و ۲۸۷۰۸۱ تومان نیز سهم پرداخت مستقیم از جیب هر خانوار و ۹۵۶۹۴ تومان سهم پرداخت مستقیم از جیب هر فرد در تأمین هزینه‌های درمانی در طی یک ماه از سال ۱۳۹۶ است.

یکی از اهداف طرح تحول سلامت به‌منظور حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، کاهش میزان پرداخت مستقیم از جیب خانوار برای دریافت کلیه خدمات درمانی از ۵۰ درصد به ۳۰ درصد و کاهش پرداختی‌های مستقیم از جیب در بخش بستری در بیمارستان‌های دولتی از ۳۰ درصد به زیر ۱۰ درصد بود (۱۵، ۲۳) که در مورد هزینه‌های بستری این طرح توانسته به هدف از پیش تعیین شده دست یابد؛ اما در بخش سرپایی عملکرد بسیار ضعیفی داشته است، به‌گونه‌ای که تغییرات بسیار اندک بوده است. در مطالعه حیدریان و همکاران که ۹ ماه اول سال ۹۳ را با ۹ ماه اول سال ۹۲ مقایسه نمودند مشاهده گردید که ۴۳/۱۷ درصد به‌صورت میانگین، پرداختی‌های مستقیم از جیب برای خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان کاهش داشته است (۲۴). در مطالعه بختیار پیروزی و همکاران در سال ۱۳۹۴، میزان OOP در بخش بستری بعد از اجرای طرح تحول سلامت ۲ درصد گزارش گردید. یافته‌های مربوط به هزینه‌های بستری با این مطالعات همخوانی دارد (۲۰).

بیشترین سهم پرداخت مستقیم در بخش خدمات سرپایی در حوزه خدمات دندان‌پزشکی با ۲۹/۴۷ درصد جای می‌گیرد. این خدمات بخش عمده هزینه‌های درمانی را به خود اختصاص داده است. این خدمات گران‌قیمت به دلیل عدم حمایت‌های مناسب از طرف سازمان‌های بیمه‌ای سبب تحمیل هزینه‌های درمانی بالایی به خانوار می‌گردند (۲۵). در مطالعه غربی و همکاران در سال ۱۳۸۸ در کردستان نیز مشخص گردید که حدود ۹۰ درصد از هزینه‌های دندان‌پزشکی خانوار به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب بوده است (۲۶). همچنین در مطالعه مریم نحوی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در رامسر مشخص گردید که سهم پرداخت از جیب هزینه‌های خدمات دندان‌پزشکی ۹۱/۲ درصد بوده است (۲۵). هزینه‌های بالای خدمات

و همکاران که قبل از طرح تحول سلامت و در سال ۱۳۹۰ انجام‌گرفته بود میزان پرداخت مستقیم از جیب را ۵۵ درصد محاسبه نموده‌اند (۲۶) و در مطالعه کشاورز و همکاران یک سال قبل از اجرای طرح میزان OOP تقریباً ۵۹/۷ درصد به دست آمد (۱۹). بر اساس گزارش دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت سهم پرداخت از جیب در ایران سیر صعودی داشته و در سال ۲۰۱۳ برابر ۵۲ درصد بود (۲۷)؛ در حالی که متوسط این هزینه‌ها بر اساس گزارش سازمان جهانی در سال ۲۰۱۵ در کل جهان ۱۸/۶ درصد است (۲۸). بهزادیفرو و همکاران نیز با بررسی داده‌های بانک جهانی در سال ۲۰۱۴، میزان هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب در ایران را ۴۷/۸ درصد برآورد کردند (۲۹). بر اساس مطالعات شبکه مشارکت تأمین مالی بهداشت جهانی میزان OOP برای ایران در سال ۲۰۱۶ برابر ۳۷/۶ درصد محاسبه گردید (۳۰). نتایج پژوهش حاضر همانند مطالعات فوق‌الذکر نشان داد که باز هم درصد بالایی از هزینه‌های درمان علیرغم افزایش پوشش بیمه‌ای و کاهش میزان OPP از طریق استقرار طرح تحول نظام سلامت، توسط خود بیمار پرداخت می‌شود. بنابراین لازم است بازنگری کلی و وسیع‌تری در طرح تحول صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان «ارزیابی طرح تحول نظام سلامت از نظر پرداخت از جیب هزینه‌های درمانی و ضریب نابرابری توزیع منابع بیمارستانی در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۶» در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.UMSU.REC.1397.013 انجام شده است. نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Espina PZ, Arechavala NS. An assessment of social welfare in Spain: Territorial analysis using a synthetic welfare indicator. *Soc Indic Res* 2013;111(1):1-23.
2. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC Int Health Hum Rights* 2011;11(1):13.
3. Savedoff WD, Ferranti F, Smith A. Transitions in health financing and policies for universal health

دندان‌پزشکی موجب شده است که دسترسی مردم خصوصاً گروه‌های کم‌درآمد به این‌گونه خدمات کاهش یابد. به همین دلیل نیاز به سیاست‌گذاری‌های مناسب در پوشش بیمه‌ای بیماران به هنگام دریافت خدمات دندان‌پزشکی بسیار محسوس و مؤثر است.

در این مطالعه، رابطه معنی‌داری بین هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب و دهک‌های درآمدی نیز مشاهده نگردید که می‌تواند ناشی از عواملی باشد که خانوارها در طول زندگی خود با آن مواجه هستند. عواملی همچون محل اقامت، جنس سرپرست خانوار، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، بعد خانوار بر میزان OOP مؤثر است. سهم بیمه پایه نیز با دهک‌های درآمدی رابطه معکوس داشته است و با افزایش درآمد میزان استفاده از بیمه‌های پایه کاهش یافته است به‌جز دهک هشتم که سهم بیمه‌های پایه در این دهک بسیار قابل‌توجه است. اما سهم بیمه‌های مکمل با افزایش درآمد خانوار افزایش داشته است و رابطه مستقیمی با دهک‌های درآمدی داشته است و فقط در دو دهک درآمدی اول و هشتم، سهم بیمه‌های پایه بالاتر از سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب قرار گرفته است که با توجه به نتایج مشخص گردید این دو دهک کم‌ترین میزان هزینه‌های دندان‌پزشکی را نسبت به سایر دهک‌ها داشته‌اند. هزینه‌های بالای خدمات دندان‌پزشکی موجب گردیده است که سهم پرداخت‌های مستقیم بسیار بیشتر از سهم بیمه‌های پایه شود.

به‌طور کلی، سهم پرداخت مستقیم از جیب برای کل خانوار بررسی‌شده در این مطالعه به‌صورت میانگین ۵۳ درصد محاسبه گردید این مقدار باهدف تعیین‌شده در برنامه طرح تحول نظام سلامت فاصله بسیار دارد. یکی از اهداف این طرح کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب به ۳۰ درصد بود که بر اساس داده‌های حاصل از این مطالعه این طرح در شهر ارومیه نتوانسته است در زمینه پرداخت مستقیم از جیب موفق عمل نماید. در مطالعه غربی

coverage. Washington, DC: Centre for Global Development; 2012.

4. Organization WH. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. World Health Organization; 2010.
5. Hanjani H, Fazaeli A. Estimation of fair financial contribution in health system of Iran. *Social Welfare Quarterly* 2006; 5 (19): 279-300.
6. Berman PA. National health accounts in developing countries: appropriate methods and

- recent applications. *Health economics* 1997;6(1):11-30.
7. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
 8. Koch KJ, Pedraza CC, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—a systematic review. *Health Policy* 2017;121(5):481-94.
 9. Karami M, Najafi F, Karami Matin B. Catastrophic health expenditures in Kermanshah, west of Iran: magnitude and distribution. *J Res Health Sci* 2009;9(2):36-40.
 10. Abdi Z, Hsu J, Ahmadnezhad E, Majdzadeh R, Harirchi I. An analysis of financial protection before and after the Iranian Health Transformation Plan. *East Mediterr Health J* 2020 ;26(9):1025-33.
 11. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health economics* 2007;16(11):1159-84.
 12. Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low-and middle-income countries. *Health Aff* 2009;28(4):1056-66.
 13. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P, et al. Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. *Health Aff* 2015;34(10):1704-12.
 14. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International journal for equity in health* 2014;13(1):42.
 15. Mirabedini SA, Hashemi SMEF, Asiabar AS, Rezapour A, Azami-Aghdash S, Amnab HH. Out-of-pocket and informal payments in Iran's health care system: A systematic review and meta-analysis. *Med J I.R. Iran* 2017;31:70.
 16. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdooost A, Abollahaj M, Ansari M, et al. Total health expenditures and proportion of out-of-pocket payments in Iranian provinces; 2008-2014. *Iran J Epidemiol* 2017;12(5Special Issue):1-12.
 17. Rezaei S, Arab M. Effects of the new health reform plan on the performance indicators of Hamedan university hospitals. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2016;14(2):51-60.
 18. Sajadi HS, Zaboli R. An assessment of the positive effects of health reform plan implementation from the perspective of hospital directors. *Health information management* 2016; 13 (1): 55-60.
 19. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating Out of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. *Hospital* 2012;4(39):71-7.
 20. Piroozi B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-pocket and informal payment before and after the health transformation plan in Iran: evidence from hospitals located in Kurdistan, Iran. *International journal of health policy and management* 2017;6(10):573.
 21. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-8.
 22. Maher A. The story of catastrophic medical payment, *sepid weekly*, no. 244. March; 2001.
 23. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management* 2015;4(10):637.
 24. Heydarian M, Shaghayegh V. The effects of healthcare development of the health system to pay out of pocket patients in public hospitals of Isfahan. *Journal of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran* 2015;33(3):187-94.
 25. Nahvi M, Zarei E, Marzban S, Jahanmehr N. Utilization of dental services and its out-of-pocket payments: a study in dental clinics of Ramsar.

- Journal of Mashhad Dental School
2017;41(2):171-82.
26. Gharibi F. The percentage of out_of_pocket payment for health services by people in Kurdistan province in 2009. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2009;18:8-20.
 27. WHO. Health system financing profile by country. available from: http://appswho.int/nha/database/country_profile/index/enaccessed/2015.
 28. WHO. World Health Organization. Health financing. available from: http://www.who.int/gho/health_financing/en/ 2015.
 29. Behzadifar M, Beyranvand T, Jafari M, Behzadifar M, Mirghaed MT, Martini M, et al. A Description of the Temporal Pattern of Out-of-Pocket Expenditure Related to Iranian Healthcare Services during 1995–2014. *Iran J Public Health* 2018;47(10):1552.
 30. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, et al. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019;393(10187):2233-60.

THE EFFECT OF HEALTH REFORM IMPLEMENTATION ON THE OUT-OF-POCKET PAYMENTS OF PATIENTS: A CASE STUDY OF IRAN

Bahram Nabilou¹, Soraya Golparipour², Cyrus Alinia³, Hasan Yusefzadeh^{4*}

Received: 24 May, 2020; Accepted: 28 September, 2020

Abstract

Background & Aims: One of the important aspects of the health system reform plan is the protection of households and patients against medical expenses. They suffer from the financial burden of paying for medical expenses, as well as their illness. This study aimed to estimate the out-of-pocket payment of patients for medical expenses in Urmia in 2017.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study, to estimate out-of-pocket, data were collected in three stages from 400 households who were selected randomly from the four main health care centers in Urmia. Data were gathered through questionnaires and interviews with the head of the household, hospital records, insurance organizations, and medical tariffs, and were analyzed using SPSS software version 16.

Results: According to the results, the average amount of out-of-pocket direct payment was calculated to be 53.07%. Basic insurance, supplementary insurance, and self-treatment were allocated 32.79%, 11.17% and 2.94% of total treatment costs, respectively.

Conclusion: The results of the study and comparisons with pre-implementation health reform plan studies showed that this plan is very successful in the inpatient area and the OOP rate is significantly lower than the designated target; but in the outpatient area, the plan is not successful, mainly due to the high costs in the dental services sector and the lack of support by insurance organizations.

Keywords: Health reform plan, Out-of-pocket, Finance, Treatment expenditures

Address: Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432752300

Email: yusefzadeh.h@umsu.ac.ir

¹ Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)