



Estimating the Financial Burden of Psychological Counseling in Iran

Shahram Tofighi^{1,2} MD, PhD, Jahanara Mamikhani^{3,4} PhD, Sdeigheh Khadem⁵ MA, Mohammad Effatpanah¹ MD, Mohammad Javad Kabir¹ PhD, Mehdi Rezaee⁶ MD

¹ National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

² Department of Future Studies and Theory Building, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Economics, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

⁴ Iran Health Management Association, Tehran, Iran

⁵ Office of Mental Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁶ Department of Orthopedics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Correspondence to: Mehdi Rezaee, Email: m.rezaee@sina.tums.ac.ir

Received: January 1, 2024

Revised: June 4, 2024

Accepted: July 27, 2024

Online Published: September 7, 2024

Abstract

Introduction: The burden of psychological disorders and its financial burden has increased in the world and in Iran. Usually, these patients need financial support to improve their mental health. Sometimes basic insurance organizations hesitate to include psychological counseling services in the insurance package. The assistance of the Welfare Organization and the Ministry of Health is not enough.

Methods: It is a descriptive study with financial calculations. Using the data of the Iranian Statistics Center, demographic information until 2031 and using the data of the mental health survey reports of the Ministry of Health in 2011 and 2021, the annual growth for the 90s was calculated. Then, with the discount formula, the growth of prevalence of disorders, different severity of disorders, the number of referrals to different centers, the number of referrals was estimated up to 2031. Assuming an annual tariff growth rate of 20%; The insurer's share is 30%, 50%, and 70%; 50% and 10% annual growth in the number of clients after providing insurance coverage, the estimate was completed

Results: The financial burden of insurance organizations for psychological counseling was estimated from 708.2 million tomans (insurance share 30% in 2024, fixed rate of clients) to 23,534 million tomans (insurance share 70%, annual growth of 10% clients in 2031).

Conclusion: Psychological counseling is both necessary and cost-effective to be covered by insurance organizations. By developing a right service package, psychological counseling can be covered according to the severity of the disorder, the location of the service provision, and the different shares of the insurance organizations. It would be wise that some disorders, considered important, be covered by basic insurance organizations, for other cases supplementary insurance along with other supportive and welfare services such as subsidies would be rational.

Keywords: Financial Burden, Health Insurance, Psychological Illnesses, Prevalence of Psychological Disorders, Support Services

Highlights:

1. Insurance coverage for psychological counseling is necessary and cost-effectiveness.
2. Some important disorders can be covered by basic insurance organizations and for other cases support organizations and supplemental insurances can be used.

Citation:

Tofighi S, Mamikhani J, Khadem S, Effatpanah M, Kabir MJ, Rezaee M. Estimating the financial burden of psychological counseling in Iran. Iran J Health Insur. 2024;7(2):114-27.



برآورد بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر برای مشاوره روان‌شناسی در ایران

شهرام توفیقی^{۱,۲} MD, PhD، جهان‌آرا می‌خانی^{۳,۴} PhD، صدیقه خادم^۵ MA، محمد عفت پناه^۱ MD، محمدجواد کبیر^۱ PhD، مهدی رضایی^۶ MD

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت ایران، تهران، ایران
^۲ گروه آینده‌نگری و نظریه‌پردازی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ گروه اقتصاد سلامت و احد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
^۴ انجمن علمی مدیریت سلامت ایران، تهران، ایران
^۵ دفتر سلامت روان و زارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
^۶ گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مهدی رضایی، پست الکترونیک: m.rezaee@sina.tums.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۰۶

تصحیح: ۱۴۰۳/۰۳/۰۶

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: بار اختلالات روان‌شناختی و بار مالی آن در دنیا و ایران افزایش یافته است. معمولاً این بیماران برای بهبود وضعیت سلامت روان خود نیازمند حمایت مالی هستند. گاهی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در قراردادن خدمات مشاوره روان‌شناسی در بسته خدمات بیمه تردید دارند. مساعدت‌های سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت کافی نیست.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی با محاسبات مالی است. با استفاده از داده‌های مرکز آمار ایران، اطلاعات جمعیتی تا ۱۴۱۰ و با استفاده از داده‌های گزارش‌های پیمایش سلامت روان وزارت بهداشت در ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰، رشد سالانه برای دهه ۹۰ محاسبه شد. سپس با فرمول تنزیل، رشد شیوع اختلالات، شدت‌های مختلف اختلالات، تعداد مراجعه به مراکز مختلف، تعداد مراجعه‌ها تا ۱۴۱۰ برآورد شد. با فرض نرخ رشد تعرفه سالانه ۲۰ درصد؛ سهم بیمه‌گر ۳۰ درصد، ۵۰ درصد و ۷۰ درصد، رشد سالانه ۵ درصد و ۱۰ درصد در تعداد مراجعه‌کنندگان بعد از ارائه پوشش بیمه، برآورد تکمیل شد.

یافته‌ها: بار مالی سازمان‌های بیمه برای مشاوره روان‌شناختی سالانه از ۷۰۸٫۲ میلیون تومان (سهم بیمه ۳۰ درصد در ۱۴۰۳، نرخ ثابت مراجعان) تا ۲۳٫۵۳۴ میلیون تومان (سهم بیمه ۷۰ درصد، رشد سالانه ۱۰ درصد مراجعان در ۱۴۱۰) برآورد شد.

نتیجه‌گیری: پوشش بیمه برای مشاوره روان‌شناسی هم ضروری و هم هزینه‌آفرین است. با تدوین بسته خدماتی مناسب می‌توان مشاوره روان‌شناسی را با توجه به شدت اختلال، محل ارائه خدمات، سهم‌های مختلف سازمان‌های بیمه‌گر پوشش داد. منطقی به نظر می‌رسد برخی از اختلالات که مهم تلقی می‌شوند، تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گیرند و برای سایر موارد بیمه تکمیلی در کنار سایر خدمات حمایتی و رفاهی، مانند یارانه، ارائه شود.

واژگان کلیدی: بار مالی، بیمه سلامت، بیماری‌های روان‌شناختی، شیوع اختلالات روان‌شناختی، خدمات حمایتی

نکات ویژه

- ۱- پوشش بیمه برای مشاوره روان‌شناسی ضروری و هزینه‌آفرین است.
- ۲- می‌توان برخی از اختلالات مهم را توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تحت پوشش قرار داد و برای سایر موارد از سازمان‌های حمایتی و بیمه‌های تکمیلی استفاده کرد.

مقدمه

DALY، اختلالات روانی ۷ درصد از کل سال‌های از دست رفته به علت مرگ زودرس YLLs و ۱۹ درصد از سال‌های از دست رفته ناشی از ناتوانی YLDs از کل بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است [۱].

شیوع اختلالات روانی در بزرگسالان بین ۱۲/۶ تا ۴۸/۶ درصد

اختلالات روانی به عنوان یکی از عوامل اصلی بار بیماری‌ها در جهان محسوب می‌شوند، به طوری که اختلالات روانی در سال ۲۰۱۶ بیش از یک میلیارد نفر را در سطح جهان درگیر کرده و طبق محاسبات جهانی انجام گرفته درباره بار بیماری‌ها براساس

ازای هر QALY باقی ماند [۴]. مطالعه واسیلیادیس و همکاران نشان داد در کانادا، هر یک دلار سرمایه گذاری در پوشش خدمات روان‌شناختی، ۲ دلار (۱/۷۸ تا ۳/۱۵ دلار) پس‌انداز برای جامعه به همراه دارد. پوشش خدمات روان‌شناختی به‌عنوان بخشی از مدیر برای افرادی که نیاز برآورده‌نشده به مراقبت‌های بهداشت روانی دارند، هزینه‌های خود را پرداخت می‌کند [۵]. شکاف درمانی بزرگی برای اختلالات روانی رایج (CMD) وجود دارد که با توجه به منطقه جهان، تنوع زیادی دارد. این بررسی عوامل مرتبط با استفاده از خدمات سلامت رسمی یا CMD را در جمعیت عمومی بزرگسالان شناسایی کرده و شواهد مربوط به کشورهای با درآمد بالا را با کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMIC) مقایسه می‌کند. استراتژی‌های رسیدگی به نابرابری‌های بالقوه مراقبت‌های سلامت برای مردان، اقلیت‌های قومی، جوانان و افراد مسن در HIC نیازمند ارزیابی بیشتر است. تعمیم‌پذیری این یافته‌ها فراتر از HIC محدود است. تحقیقات آینده باید عوامل مرتبط با استفاده از خدمات بهداشتی برای CMD در LMIC و تأثیر سیستم‌های مراقبت از سلامت و عوامل همسایگی را بررسی کند [۶].

در مدیکید آمریکا و نیز طرح اوباما که همه برنامه‌های ایالتی مدیکید برخی از خدمات سلامت روان را ارائه می‌کنند و برخی خدمات اختلال مصرف مواد را به‌ذی‌نفعان ارائه می‌دهند و ذی‌نفعان برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) مجموعه خدمات کاملی را دریافت می‌کنند. این خدمات اغلب شامل مشاوره، درمان، مدیریت دارو، خدمات مددکاری اجتماعی، حمایت از هم‌تایان و درمان اختلال مصرف مواد است، مدیکید و CHIP ایجاب می‌کنند که کودکان ثبت نام شده در مدیکید طیف گسترده‌ای از خدمات ضروری پزشکی، از جمله خدمات سلامت روان را دریافت کنند [۷]. در نظام سلامت NHS انگلستان خدمات سلامت روان توسط یک تیم و مبتنی بر جامعه ارائه می‌شود که انواع خدمات مشاوره‌ای، از مشکلات روان‌شناختی تا مسائل شغلی و خانوادگی را ارائه می‌دهند. خدمات سلامت روان در انگلستان در قالب سیستم سلامت ملی تعریف شده است. هزینه این خدمات از طریق بودجه NHS تأمین می‌شود و مردم پرداختی نسبت به آن ندارند [۸].

در برنامه اقدام سلامت روان ۲۰۱۳-۲۰۲۵ سازمان بهداشت

و شیوع نقطه‌ای ۱۲ ماهه آن بین ۴/۳ تا ۲۶/۴ درصد و شیوع این اختلالات در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی EMRO تا ۳۵/۵ درصد برآورد شده است. نیاز به خدمات مشاوره روان‌شناختی در دنیای امروز به شدت گسترده شده است. اختلالات روانی ۴/۹ درصد از دالی‌های ثبت شده برای بیماری‌های جهان را به خود اختصاص داده و از این نظر رتبه ششم را در جهان دارد [۲].

در تحقیق کلارک و همکاران در زمینه هزینه اثربخشی مراقبت از سلامت روان مشخص شد مدل پایه ICER برابر با ۲۱ هزار و ۲۲۰ پوند به ازای یک QALY افزایش یافت، در حالی که مدل عملی ICER برابر با ۴ هزار و ۳۵۹ پوند به ازای یک QALY افزایش را نشان داد. مدل عملی نشان می‌دهد که مداخله، دستاوردهای قابل توجهی در کیفیت زندگی با هزینه متوسط ۳۰۹ پوند برای هر بیمار به همراه دارد. تحلیل حساسیت نشان می‌دهد که استفاده از زمان کارکنان بزرگ‌ترین عامل تعیین‌کننده ICER بوده و مداخله در ۷۵ درصد مواقع در مدل پایه و ۹۴ درصد در مدل مورد عملی با هزینه مقرون به‌صرفه (هزینه-اثربخش) است. آستانه اثربخشی ۲۰ هزار پوند به ازای یک QALY به دست آمده است. محققان نتیجه گرفتند مداخله موردی پایه، نتایج بیمار را بهبود می‌بخشد و طبق آستانه تعیین شده توسط (NICE) از ۲۰ هزار پوند تا ۳۰ هزار پوند به ازای هر QALY می‌تواند مقرون به‌صرفه در نظر گرفته شود. مداخله موردی عملی تقریباً ۴ برابر مقرون به‌صرفه‌تر از مورد پایه است. ما توصیه می‌کنیم مطالعات آینده یک گروه کنترل را برای تأیید اندازه اثر مداخله ترکیب کنند [۳].

مطالعه بی‌جال و همکاران در مورد هزینه اثربخشی بیمه سلامت روان در هند نشان داد که تنها دو مورد از مداخله‌ها به عنوان «رد» (یعنی اثربخش کمتر و هزینه بیشتر) طبقه‌بندی شدند که هر دو از مداخلات پیشگیرانه برای افسردگی بودند. به ویژه، یک مداخله یک CBT جهانی مبتنی بر مدرسه برای نوجوانان بود، در حالی که مداخله دیگر مداخله فیزیکی هدفمند برای بزرگسالان مسن بود. یک سوم از مداخلات تحت عنوان مداخلات به عنوان «مطلوب» رتبه‌بندی شدند، براساس نتیجه‌گیری نویسندگان، بیش از نیمی از این مداخلات مقرون به‌صرفه در نظر گرفته شدند، زیرا ICER تحت آستانه ارزش پولی مربوطه ۵۰ هزار دلار به ازای هر QALY یا ۲۰ هزار تا ۳۰ هزار پوند به

[۱۱] به‌دست آمد. در فاز دوم، تعداد مبتلایان از نظر شدت اختلال برآورد شد. برای به دست آوردن مقدار شیوع اختلالات روان‌شناختی و درصد شدت بیماری از اطلاعات مندرج در گزارش پیمایش ملی سلامت روان سال (۱۳۸۹-۱۳۹۰) [۱۲] و گزارش پیمایش ملی سلامت روان سال (۱۳۹۹-۱۴۰۰) [۱۳] استفاده شد. از آنجایی که درصدهای گزارش شده در سند پیمایش ملی ایران برای دامنه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال است، برای برآورد جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ از گزارش «پیش‌بینی جمعیت به تفکیک استان، مناطق شهری و روستایی و بر حسب جنس از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۱۵ (جدید)» [۱۴] مرکز آمار ایران استفاده شد. در این گزارش جمعیت کشور از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۱۵ به تفکیک استان، جنسیت، طبقه سنی و محل سکونت (روستا و شهر) برآورد شده است. برای آگاهی از جمعیت کشور در سال ۱۳۹۰ از گزارش مرکز آمار «برآورد جمعیت کشور به تفکیک استان و مناطق شهری و روستایی از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵» [۱۵] ارائه شد. در این سند جمعیت کشور برای هر سال از ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ به تفکیک استان و جنسیت و محل سکونت (روستا و شهر) ارائه شد. در تمام موارد برای برآورد جمعیت‌های مبتلا و نیز سایر تغییرها در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ ناگزیر باید نرخ رشد (رشد مثبت یا رشد منفی) سالیانه را برآورد می‌کردیم. در این مطالعه برای این منظور از فرمول تنزیل سالیانه، فرمول ۱ استفاده شد:

$$FV = PV(1+r)^t \quad (1)$$

با استفاده از بازآرایی فرمول محاسبه نرخ رشد، فرمول ۲ به دست آمد.

$$(2) r = \sqrt[t]{\frac{FV}{PV}} - 1 \quad (2)$$

در این فرمول یک شرط وجود دارد که عبارت است از ثابت بودن نرخ رشد یا تنزیل سالیانه؛ هرچند در دنیای واقعی برای جمعیت مورد مطالعه در بازه زمانی کوتاه این مطالعه این شرط دارای خطای جزئی است، اما به دلیل نداشتن اطلاعات دیگر و با فرض ثابت سایر عوامل از این فرمول استفاده شد که از محدودیت‌های متدولوژیک تحقیق محسوب می‌شود. در فاز سوم محاسبات بار مالی انجام شد. نرخ رشد سالیانه

جهانی به این موضوع اشاره شده که سیستم‌های سلامت هنوز به اندازه کافی به بار اختلالات روان‌شناختی پاسخ مناسب نداده‌اند. بین ۷۶ تا ۸۵ درصد مردم دارای اختلالات شدید روان‌شناختی در کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط، از درمان برخوردار نیستند [۹].

در حال حاضر دفتر سلامت روان در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسئولیت ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره را از طریق مرکز بهداشتی و درمانی تا روستاها به صورت غیرفعال و تقریباً رایگان ارائه می‌دهد. کمیته امداد امام خمینی^(۹) نیز برای جمعیت تحت پوشش خود مراقبت سلامت روان را رایگان ارائه می‌دهد. سازمان بهزیستی بخشی از هزینه مشاوره را به صورت یارانه در اختیار روان‌شناسان طرف قرارداد می‌دهد اما تنها بخشی از نیازهای مشاوره‌ای مددجویان پاسخ داده می‌شود. یارانه مشاوره مبلغی است که سازمان بهزیستی کشور برای حمایت از افراد نیازمند به خدمات مشاوره‌ای روان‌شناختی به منظور ارتقای سلامت روان جامعه می‌پردازد [۱۰]. در سال ۱۴۰۲ برخی خدمات مشاوره روان‌شناسی تحت پوشش بیمه قرار گرفت. سازمان‌های بیمه‌گر برای اینکه بتوان خدمت مشاوره را در بسته خدمات خود بگنجانند، باید پیشاپیش مطالعاتی انجام دهند. یکی از موارد اصلی که باید محاسبه شود «بار مالی» این خدمت است. در این پژوهش بار مالی کلی مشاوره خدمت روان‌شناسی و بار مالی بیمه در صورت ورود به بسته خدمت محاسبه شد.

روش بررسی

به منظور محاسبه بار مالی خدمات مشاوره اطلاعات زیر به دست آمد: جمعیت کشور، شیوع اختلالات روان‌شناختی، درصد شدت اختلال (خفیف، متوسط، شدید)، میانگین تعداد جلسات مشاوره برای هریک از این حالات، درصد مراجعه به انواع مراکز ارائه خدمت، تعرفه مشاوره و سهم بیمه‌گر. این مطالعه از نوع مطالعات برآورد بار مالی است که در سه فاز به انجام رسید. در فاز اول، دستورالعمل‌ها و مصوبات هیئت دولت درمورد تعرفه قانونی و رسمی روان‌شناسان براساس مقطع تحصیلی و مرکز ارائه خدمت دولتی و خصوصی برای دو سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۳ از سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران

اختلال روان‌شناختی. زیرا مکان ارائه خدمت، فرد ارائه‌دهنده، شدت اختلال در تعیین مقدار هزینه مشاوره و در نتیجه در مقدار بار مالی تحمیل شده بر سازمان بیمه‌گر تأثیر می‌گذارند.

برآورد تعداد مبتلایان در شدت‌های مختلف اختلال روان‌شناختی

جمعیت کشور در سال ۱۳۸۹ برابر با ۷۴ میلیون و ۱۸۰ هزار نفر بود. برای برآورد تعداد جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال در سال‌های مورد مطالعه از فرمول تنزیل، فرمول ۱ استفاده شد. ابتدا نرخ رشد سالیانه جمعیت بین ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ با استفاده از گزارش جمعیت ۹۵-۹۰ [۱۵] به دست آمد:

جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال کشور سال ۱۳۸۵ = ۴۹,۱۵۷,۵۶۲
جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال کشور سال ۱۳۹۰ = ۵۳,۲۴۴,۸۰۰
نرخ رشد سالیانه با استفاده از فرمول (۲) برابر با ۰/۰۱۶۱ به دست آمد.

با قرار دادن جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال کشور سال ۱۳۸۵ به عنوان PV و نرخ رشد سالیانه $r = 0/0161$ و زمان برابر با $t = 4$ سال می‌توان جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال کشور سال ۱۳۹۰ را به عنوان FV با استفاده از فرمول ۱ برآورد کرد.

$$FV = 49,157,562 * (1.0161)^4 = 52,401,030$$

جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال برای سایر سال‌های مطالعه از برآوردهای اعلام شده توسط مرکز آمار ایران استفاده شده است (جدول ۱). برای برآورد تعداد کل مبتلایان به اختلالات روانی برای سه سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ از داده‌های مندرج در گزارش پیمایش ملی سلامت روان سال ۱۳۹۰ و سال ۱۴۰۰ استفاده شد که به ترتیب برابر با ۲۳/۶ درصد و ۲۵/۱ درصد بودند.

جدول ۱ | جمعیت کل کشور و جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال در سال‌های مورد مطالعه

سال	جمعیت کل کشور (تعداد × ۱۰۰۰ نفر)	بین ۱۵-۶۴ سال (تعداد × ۱۰۰۰ نفر)
۱۳۹۰	۷۵/۱۵۰	۵۲/۴۰۱
۱۴۰۰	۸۴/۰۵۵	۵۸/۳۷۱
۱۴۰۳	۸۵/۹۸۱	۵۹/۸۷۷
۱۴۰۵	۸۷/۱۳۴	۶۰/۹۵۵
۱۴۱۰	۸۹/۵۸۰	۶۳/۸۵۸

منبع: مرکز آمار ایران [۱۴]

جمعیت بین ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ با استفاده از گزارش جمعیت ۱۳۹۰-۱۳۹۵ به دست آمد [۱۵]، نرخ تغییرات جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال و تعداد جمعیت در این طبقه سنی محاسبه شد، نرخ تغییرات تعداد مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی در سطح کشور و درصد مبتلایان برای سال‌های مورد مطالعه و تعداد جمعیت مبتلایان در سطح کشور برآورد شد، نرخ تغییرات درصدی از مبتلایان که برای دریافت خدمت مراقبت از سلامت روان مراجعه می‌کنند و نیز تعداد مراجعه‌کنندگان در سال‌های مورد مطالعه برآورد شد، نرخ تغییرات تعداد مبتلایان از نظر شدت اختلال برای هر سه سطح شدت، خفیف و متوسط و شدید، با ضرب کردن تعداد جمعیت دارای اختلال روان‌شناختی بر حسب شدت بیماری در تعداد جلسات مشاوره مورد نیاز برای هر دسته از شدت اختلال، مجموع جلسات مورد نیاز به دست آمد. میانگین تعداد جلسات مورد نیاز هر فرد مددجو و نیز درصد کسانی که مشاوره روان‌شناسی را در مراکز مختلف ارائه‌دهنده خدمت و توسط ارائه‌دهندگان مختلف دریافت کرده بودند، به تفکیک شدت اختلال از گزارش پیمایش ملی سلامت روان ایران ۱۳۹۰ [۱۲] استخراج شد. در صورت لزوم بین درصد‌های برآورد شده نرمالیزاسیون انجام گرفته و همه درصد‌ها به پایه ۱۰۰ برده شدند. سپس در سه سناریوی مختلف از نظر سهم سازمان بیمه‌گر، پیش‌بینی بار مالی برای سازمان بیمه‌گر در دو سال ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ انجام شد.

یکی از موضوعات مهم در دینامیک تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتن خدمات مشاوره روان‌شناسی، افزایش تعداد مراجعه‌کنندگان است. هیچ مطالعه داخلی و جهانی برای تعیین مقدار احتمالی افزایش مراجعه‌ها به دست نیامد، تیم پژوهش دو فرض را پیشنهاد داد: افزایش ۵ درصدی و افزایش ۱۰ درصدی در تعداد مراجعه پس از برقراری پوشش خدمات مشاوره روان‌شناسی. برای این دو فرض رشد مراجعان براساس سال پایه ۱۴۰۳ محاسبه شد.

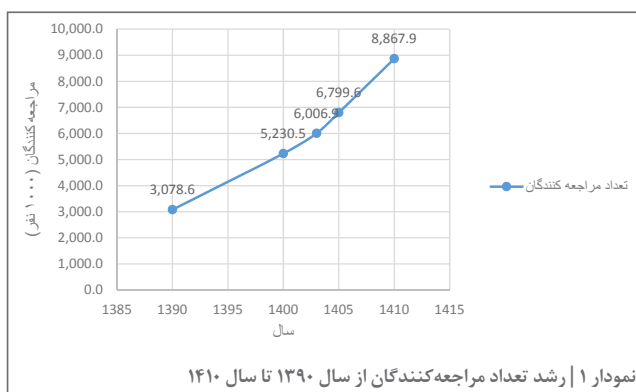
یافته‌ها

برای برآورد بار مالی لازم است اطلاعات با جزئیات زیر در دست باشد: تعداد جلسات برگزار شده، توسط انواع ارائه‌دهندگان خدمت، در انواع مراکز، برای مددجویان با شدت‌های متفاوت

مراقبت از سلامت برای سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد. نمودار ۱ به صورت گرافیکی رشد تعداد مراجعان در طی ۲۰ سال را نشان می‌دهد. علت تند بودن شیب رشد این است هم تعداد جمعیت اضافه شده است و هم گرایش به استفاده از خدمات افزایش یافته است.

اختلالات روان‌شناختی را می‌توان از نظر شدت سطح‌بندی کرد: خفیف، متوسط و شدید. در گزارش‌های پیمایش ملی سلامت روان کشور شدت اختلال روان‌شناختی نیز برآورد شده است. با استفاده از داده‌های مندرج در گزارش‌های پیمایش‌های ملی سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ نموداری به دست آمد که نشان می‌دهد موارد خفیف و متوسط رو به کاهش و نسبت موارد شدید در حال افزایش است (نمودار ۲). براساس این نمودارها، درصد اختلالات شدید در حال افزایش و درصد اختلالات خفیف و متوسط در حال کاهش هستند [۱۲، ۱۳].

با در دست داشتن تغییرات شدت اختلال روان‌شناختی در دو سال ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ مندرج در گزارش‌های پیمایش ملی سلامت روان، ابتدا با استفاده از فرمول ۲ نرخ تنزیل (r) را برای هر یک از



برای برآورد درصد کل مبتلایان در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ از فرمول نرخ رشد سالیانه استفاده شد. با استفاده از فرمول ۲ نرخ رشد (رشد مثبت یا رشد منفی) سالیانه درصد موارد ابتلا به اختلالات روان‌شناختی در کل جامعه ایران بین سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ محاسبه شد. به این ترتیب که با جایگذاری داده‌های زیر که درصد مبتلایان در دو سال ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ (برگرفته از دو گزارش پیمایش ملی ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰) به‌عنوان ارزش حال و ارزش آتی در مدت ۱۰ سال یعنی $t=10$, $23/V=6$, $25/FV=1$

در فرمول ۲ و انجام محاسبات، نرخ رشد سالیانه تعداد مبتلایان برابر با $r=0.0618/0$ به دست آمد.

$$(2) r = \sqrt[t]{\frac{FV}{PV}} - 1$$

با جایگذاری نرخ رشد $r=0.0618/0$ و درصد مبتلایان در سال ۱۴۰۰ به جای PV ($12/25=PV$)، در سه زمان شامل زمان برابر $t=3$ و $t=5$ و $t=10$ در فرمول ۱ درصد جمعیت مبتلا در سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ (FV) به دست آمد (ستون سوم در جدول ۲). پس از ضرب درصد مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی در تعداد جمعیت بین ۱۵-۶۴ سال (جدول ۱) در سال‌های مختلف، تعداد کل مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی در سال ۱۴۰۳ و سال ۱۴۰۵ و در سال ۱۴۱۰ برآورد شد. طبق پیمایش سال ۱۳۹۰ حدود یک‌چهارم و طبق پیمایش ۱۴۰۰ حدود یک سوم از مبتلایان به مراکز ارائه خدمات مراقبت روانی مراجعه کرده بودند. (به ترتیب ۲۴/۵ درصد و ۳۵/۷ درصد). با استفاده از فرمول ۲ نرخ رشد سالیانه محاسبه شد: $r=0.0348$. سپس با استفاده از فرمول ۲ درصد مراجعه برای دریافت خدمت

جدول ۲ | تعداد کل مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی و تعداد مراجعه‌کنندگان در سال‌های مورد بررسی

سال	تعداد افراد بین ۱۵-۶۴ سال (X ۱۰۰۰ نفر)	درصد جمعیت مبتلا	تعداد مبتلایان (X ۱۰۰۰ نفر)	درصدی از مبتلایان که برای دریافت خدمت مراجعه می‌کنند	تعداد مراجعه‌کنندگان (تعداد X ۱۰۰۰ نفر)
۱۳۹۰	۵۳۲۴۵	۲۳/۶	۱۲۵۶۶	۲۴/۵	۳۰۷۸/۶
۱۴۰۰	۵۸۳۷۱	۲۵/۱	۱۴۶۵۱	۳۵/۷	۵۲۳۰/۵
۱۴۰۳	۵۹۸۷۷	۲۵/۶	۱۵۰۲۹	۴۰/۰	۶۰۰۶/۳
۱۴۰۵	۶۰۹۵۵	۲۵/۹	۱۵۷۷۸	۴۳/۱	۶۷۹۹/۶
۱۴۱۰	۶۳۵۸۰	۲۶/۷	۱۷۰۴۷	۵۲/۰	۸۸۶۷/۹

- تعداد افراد بین ۱۵-۶۴ سال در سال‌های مختلف از درگاه مرکز آمار گرفته شده است (جدول ۱).
 - تعداد مبتلایان در سال ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ از داده‌های مندرج در کتاب «گزارش پیمایش‌های ملی سلامت روان ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰» استخراج شد، تعداد مبتلایان برای سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ با استفاده از نرخ تنزیل سالیانه مربوط به درصد جمعیت مبتلا ($r=0.0618$) برآورد شده است (تعداد X ۱۰۰۰ نفر).

ابتلا در سال‌های مورد مطالعه به دست آمد. با در نظر گرفتن درصد و تعداد کسانی که به درجات متفاوت «شدت اختلال» مبتلا هستند، همچنین نرخ رشد سالیانه مراجعه به مراکز درمانی در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ که برابر با ۰/۳۸۳۷ محاسبه شد، درصد و تعداد مبتلایانی که برای دریافت خدمات مراقبت روان‌شناختی به مراکز مرتبط مراجعه خواهند کرد، برای سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد براساس گزارش پیمایش سلامت روان ایران در سال ۱۳۹۰ به‌طور میانگین کسانی که شدت اختلال روان‌شناختی‌شان خفیف باشد ۲ جلسه مشاوره لازم دارند، این عدد برای اختلالات متوسط و شدید به ترتیب ۴ و ۸ جلسه است. اینک می‌توان تعداد جلسات مشاوره روان‌شناسی را برای هریک از شدت‌ها در هر سال ارائه داد (جدول ۴).

مکان‌های ارائه خدمت

مردم اختیار دارند به مراکز مختلف با وابستگی‌های سازمانی دولتی، خصوصی، خیریه مراکز مراجعه کنند. درصد مراجعه مردم به این مرکز در گزارش‌های دو پیمایش سلامت روان در سال ۱۳۹۰ و در سال ۱۴۰۰ درج شده بود. با محاسبه نرخ رشد با استفاده از فرمول‌های ۱ و ۲، ابتدا تعداد ویزیت‌های انجام شده در هریک از این مراکز سپس درصد‌های مرتبط برای سه سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد. براساس درصد‌های برآورد شده نرمال شده، تعداد مراجعان به انواع مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره و روان‌شناسی برای سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد (جدول ۵).

تعداد مراجعه در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ براساس تغییرات در درصد تعداد مراجعه طی ۱۰ سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ برآورد شده است.

شدت‌های اختلال با داده‌های زیر محاسبه شد. سپس با در دست داشتن درصد تعداد مبتلایان از نظر شدت اختلال در دو سال ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ نرخ رشد (رشد مثبت یا رشد منفی) درصد مبتلایان برای سه سال ۱۴۰۳ ($t=3$) و ۱۴۰۵ ($t=5$) و ۱۴۱۰ ($t=10$) با استفاده از فرمول ۲ برآورد شد (جدول ۳). با انجام محاسبات لازم، توزیع تعداد مبتلایان از نظر شدت



نمودار ۲ | تغییرات درصد شدت اختلال در مبتلایان به اختلالات روان‌شناختی در دو پیمایش ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰. براساس این نمودارها، درصد اختلالات شدید در حال افزایش و درصد اختلالات خفیف و متوسط در حال کاهش هستند [۱۲، ۱۳].



نمودار ۳ | تعداد مبتلایان از نظر شدت برای سال ۱۴۱۰ براساس نرخ رشد هریک از حالات سه‌گانه شدت، با استفاده از داده‌های سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۴۰۰ (ر.ک جدول ۷) برآورد شده است. شیب بالا رونده خط روند برای حالت اختلال شدید، بیشتر از دو خط روند دیگر است (جمعیت ۱۰۰۰ نفر).

جدول ۳ | برآورد درصد مبتلایان در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برحسب نرخ رشد سالیانه

شدت اختلال	مقدار درصد در سال ۱۳۹۰	مقدار درصد در سال ۱۴۰۰	نرخ رشد سالانه طی ۱۰ سال	برآورد درصد در سال ۱۴۰۳	برآورد درصد در سال ۱۴۰۵	برآورد نرمال شده سال ۱۴۰۵	برآورد درصد در سال ۱۴۱۰
خفیف	۳۷	۳۴/۳	-۰/۰۰۷۵۵	۳۳/۷۸	۳۳/۰۲	۳۲/۹۳	۳۲/۲۷
متوسط	۳۰/۵	۲۹	-۰/۰۰۵۰۳	۲۸/۷۱	۲۸/۲۸	۲۸/۱۹	۲۷/۸۶
شدید	۳۲/۵	۳۶/۷	۰/۰۱۲۲۳	۳۷/۶۰	۳۷/۵۷	۳۸/۸۸	۳۹/۷۷
جمع				۱۰۰/۱۰	۱۰۰/۳۰	۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰

نرخ رشد درصد مبتلایان خفیف و متوسط منفی و نرخ رشد درصد مبتلایان شدید مثبت است. وجود پراتر نشانه منفی بودن عدد است.

جدول ۴ | توزیع تعداد مبتلایان از نظر شدت اختلال در هریک از سال‌های مورد مطالعه (تعداد $\times 1000$ نفر)

سال	کل مبتلایان	شدت ابتلا	درصد مبتلایان	تعداد مبتلایان از نظر شدت اختلال	درصد مراجعه	تعداد مراجعه‌کنندگان	تعداد جلسات مشاوره در سال
۱۳۹۰	۱۲/۵۶۶	خفیف	۳۷	۴/۶۴۹	۲۴/۵	۱/۱۳۹	۲/۲۷۸
		متوسط	۳۰/۵	۳/۸۳۳		۹۳۹	۳/۷۵۶
		شدید	۳۲/۵	۴/۰۸۴		۱/۰۰۱	۸/۰۰۵
۱۴۰۰	۱۴/۶۵۱	خفیف	۳۴/۳	۵/۰۲۵	۳۵/۷	۱/۷۹۴	۳/۵۸۸
		متوسط	۲۹	۴/۲۴۹		۱/۵۱۷	۶/۰۶۷
		شدید	۳۶/۷	۵/۳۷۷		۱/۹۲۰	۱۵/۳۵۶
۱۴۰۳	۱۵/۰۲۹	خفیف	۳۳/۷۵	۵/۰۷۳	۴۰	۲/۰۲۹	۴/۰۵۸
		متوسط	۲۸/۶۸	۴/۳۱۱		۱/۷۲۴	۶/۸۹۷
		شدید	۳۷/۵۷	۵/۶۴۶		۲/۲۵۸	۱۸/۰۶۷
۱۴۰۵	۱۵/۷۷۸	خفیف	۳۲/۹۳	۵/۱۹۵	۴۳/۱	۲/۲۳۹	۴/۴۷۸
		متوسط	۲۸/۱۹	۴/۴۴۸		۱/۹۱۷	۷/۶۶۹
		شدید	۳۸/۸۸	۶/۱۳۵		۲/۶۴۴	۲۱/۱۵۳
۱۴۱۰	۱۷/۰۴۷	خفیف	۳۲/۳۷	۵/۵۱۹	۵۲	۲/۸۷۰	۵/۷۳۹
		متوسط	۲۷/۸۶	۴/۷۴۹		۲/۴۷۰	۹/۸۷۹
		شدید	۳۹/۷۷	۶/۷۷۹		۳/۵۲۵	۲۸/۲۰۱

- داده‌های «کل مبتلایان» و «درصد» برای سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰ از دو گزارش پیمایش ملی سلامت روان استخراج شده‌اند.
 - داده‌های «کل مبتلایان» و «درصد» برای سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ در این مطالعه محاسبه شدند (جدول ۷). به دلیل گرد شدن اعداد جمعیت، اعداد درج شده در ستون «تعداد کل جلسات مشاوره» با حاصل ضرب ستون «تعداد مراجعه‌کنندگان» در ستون «تعداد جلسات هر فرد» تفاوت اندکی دارد.

جدول ۵ | تعداد مراجعه‌ها به واحدهای ارائه خدمت در سال‌های مورد بررسی (تعداد $\times 1000$ نفر)

سال	مراجعه به مراکز دولتی		مراجعه به مراکز خصوصی		مراجعه به مراکز خیریه		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۳۹۰	۵/۷۲۸	۴۰/۸	۸/۲۲۷	۵۸/۶	۸۴	۰/۶	۱۴/۰۳۹
۱۴۰۰	۱۰/۱۵۵	۴۰/۶	۱۴/۵۵۷	۵۸/۲	۳۰۰	۱/۲	۲۵/۰۱۲
۱۴۰۳	۱۱/۷۵۴	۴۰/۵۰	۵۸/۰۲	۱۶/۸۴۰	۴۲۸	۱/۴۸	۲۹/۰۲۲
۱۴۰۵	۱۲/۴۶۰	۴۰/۴۲	۵۷/۸۹	۱۹/۲۷۶	۵۶۴	۱/۶۹	۳۳/۳۰۰
۱۴۱۰	۱۷/۵۹۷	۴۰/۱۶	۵۷/۴۶	۲۵/۱۷۷	۱/۰۴۵	۲/۳۹	۴۴/۸۱۹

تعداد مراجعه در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ براساس تغییرات در درصد تعداد مراجعه طی ۱۰ سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ برآورد شده است.

ارائه‌دهندگان

درصد مشاوره‌های داده شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت روان‌پزشک، روان‌شناس و سایر مراکز در پیمایش‌های سال ۱۳۹۰ و سال ۱۴۰۰ به دست آمده بود. با محاسبه نرخ رشد (رشد مثبت یا رشد منفی) با استفاده از فرمول‌های ۱ و ۲، درصد‌های مراجعه و تعداد ویزیت‌های انجام شده هر یک از این افراد برای

۳ سال ۱۴۰۳، ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد. نرخ رشد سالیانه برای مراجعه به روان‌پزشکان برابر با ۰/۰۵۳۵ و به روان‌شناسان ۰/۰۵۶۰۴ به دست آمد. یعنی تمایل به مراجعه به روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بیشتر خواهد شد و متناسباً تمایل به برگزاری جلسات با سایر افراد غیر از روان‌پزشک و روان‌شناس (کارشناس ارشد و دکتر روان‌شناس) رو به کاهش است. برای برآورد تعداد

شدت اختلال

در ادامه باید تعیین شود چند درصد از مددجویان با شدت اختلال خفیف یا متوسط یا شدید توسط کدام یک از ارائه‌دهندگان ویزیت شده و مشاوره دریافت می‌کنند. جدول ۷ به تفکیک و برحسب شدت اختلال نشان می‌دهند که در سال‌های مختلف هر کدام از ارائه‌دهندگان چند جلسه برگزار کردند. برای اطلاعات بیشتر درمورد تعداد جلسات مشاوره‌ای که کارشناس ارشد و دکترای روان‌شناسی ارائه می‌کنند، لازم است تعیین شود نرخ تغییرات در تعداد مراجعه به کارشناس ارشد و دکتر روان‌شناس در مددجویانی که در سه دسته ابتلای خفیف، ابتلای متوسط و ابتلای شدید قرار دارند، به چه صورت است. درصد مراجعه افراد با شدت‌های مختلف به کارشناس ارشد و دکتر روان‌شناس در پیمایش‌های سال ۱۳۹۰ و سال ۱۴۰۰ به دست آمده بود. سپس نرخ رشد منفی یا مثبت محاسبه شد.

در جدول ۸ مشاهده می‌شود که در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ در موارد خفیف و متوسط تعداد مراجعه به دکتر

جلسات مشاوره برای روان‌شناسان و پزشکان، ابتدا نرخ تغییرات هریک از این سه گروه در طی ۱۰ سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ جداگانه مطابق روش محاسبه و نرمالیزه شد (جدول ۶).

در جدول ۶ مشاهده می‌شود در سال ۱۳۹۰ نزدیک به نیمی از کسانی که اختلال روان‌شناختی داشتند به افرادی غیر از روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی مراجعه کرده بودند. در سال ۱۴۰۰ وضعیت بهتر شد و کمتر از یک سوم مبتلایان به افراد غیر از روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی مراجعه کردند. اگر وضعیت با همین نرخ رشد پیش برود و سایر عامل ثابت باشند، برآورد می‌شود که این تعداد در سال ۱۴۰۵ به بیش از ۳ برابر و در سال ۱۴۱۰ به حدود ۴ برابر برسد. تعداد کل جلسات مشاوره بیش از سه برابر می‌شود. بیشترین رشد مربوط به تعداد جلسات مشاوره روان‌شناسان (کارشناس ارشد و دکتر) است که در سال ۱۴۱۰ نسبت به سال ۱۳۹۰ نزدیک به ۱۰ برابر می‌شود. تعداد جلسات روان‌پزشکان حدود سه برابر می‌شود. درصد مراجعه به سایر ارائه‌دهندگان خدمت طی این ۲۰ سال تقریباً به یک پنجم (از ۴۵/۷ درصد به ۹/۸ درصد) می‌رسد.

جدول ۶ | تعداد جلسات مشاوره توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی در سال‌های مورد بررسی (X ۱۰۰۰ جلسه)

۱۴۱۰	۱۴۰۵	۱۴۰۳	۱۴۰۰	۱۳۹۰	
۱۶/۹۶۰	۱۳/۲۲۰	۱۱/۶۴۴	۱۰/۱۰۵	۵/۳۷۷	روان‌پزشک
۱۸/۹۴۵	۱۱/۵۴۸	۹/۲۲۰	۶/۹۰۳	۲/۲۴۶	روان‌شناس یا مشاور
۸۹۳	۸/۵۳۱	۸/۵۵۳	۸/۰۰۴	۶/۴۱۶	سایر ارائه‌دهندگان
۳۶/۷۹۷	۳۳/۳۰۰	۲۹/۴۱۷	۲۵/۰۱۲	۱۴/۰۳۹	جمع

درصد مشاوره در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ براساس تغییرات دهماله ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ برآورد شده است (تعداد X ۱۰۰۰ جلسه).

جدول ۷ | تعداد جلسات مشاوره توسط روان‌پزشک و روان‌شناس و دیگران در سال‌های مورد بررسی (تعداد X ۱۰۰۰ نفر)

۱۴۱۰			۱۴۰۵			۱۴۰۳			۱۴۰۰			۱۳۹۰			
شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	شدید	متوسط	خفیف	
۱۱/۰۵۹	۲/۶۴۱	۲/۰۹۴	۸/۴۴۴	۳/۰۲۳	۱/۷۷۶	۷/۳۴۶	۲/۷۳۸	۱/۶۱۵	۶/۲۰۴	۲/۴۵۱	۱/۴۵۰	۳/۰۶۶	۱/۴۳۹	۸۷۳	روان‌پزشک
۱۲/۳۵۵	۴/۱۳۸	۲/۳۳۹	۷/۳۷۷	۲/۶۴۱	۱/۵۵۲	۵/۸۱۷	۲/۱۶۸	۱/۲۷۹	۴/۲۳۸	۱/۶۷۵	۹۹۰	۱/۲۸۱	۶۰۱	۳۶۵	روان‌شناس
۵/۸۱۵	۱/۹۴۸	۱/۱۰۱	۵/۴۴۹	۱/۹۵۱	۱/۱۴۶	۵/۱۴۶	۱/۹۱۸	۱/۱۳۱	۴/۹۱۴	۱/۹۴۲	۱/۱۴۸	۳/۶۵۸	۱/۷۱۶	۱/۰۴۱	سایر
۲۹/۲۲۹	۹/۷۹۰	۵/۵۳۴	۲۱/۲۶۹	۷/۶۱۶	۴/۴۷۴	۱۸/۳۰۹	۶/۸۲۴	۴/۰۲۵	۱۵/۳۵۷	۶/۰۶۷	۳/۵۸۸	۸/۰۰۴	۳/۷۵۶	۲/۲۷۸	جمع
۱۶/۸۵۷			۱۳/۲۴۳			۱۱/۶۹۹			۱۰/۱۰۵			۵/۳۷۷			روان‌پزشک
۱۸/۸۳۲			۱۱/۵۷۰			۹/۲۶۳			۶/۹۰۳			۲/۲۴۶			روان‌شناس
۸/۸۶۳			۸/۵۴۶			۸/۱۹۵			۸/۰۰۴			۶/۴۱۶			سایر

به‌جای اینکه مبنای برآورد تعرفه برای سال‌های بعد از ۱۴۰۳ نرخ تغییرات تعرفه طی ده‌سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ در نظر گرفته شود، تغییرات از ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۳ بررسی شده و مبنای رشد تعرفه برای دو سال ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ قرار داده شد. در فاصله بین این دو سال در بخش خصوصی ویزیت کارشناسان ارشد روان‌شناسی سالیانه ۳۵ درصد و ویزیت دکترای روان‌شناسی سالیانه ۲۵ درصد افزایش نشان می‌داد، افزایش تعرفه پزشکان از ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۳ هم سالیانه ۳۳ درصد بود. برای برآورد ویزیت سال ۱۴۰۵ و سال ۱۴۱۰ چنین فرض شد که سالیانه ۲۰ درصد تعرفه‌های روان‌شناسان و روان‌پزشکان افزایش می‌یابد (جدول ۱۰ تا ۱۲).

برای برآورد بار مالی مشاوره روان‌شناختی برای روان‌شناسان (ارشد یا دکتر) سه سناریو مطرح شده است (جدول ۱۳ و ۱۴).
سناریوی اول: پس از برقراری پوشش بیمه‌ای برای مشاوره روان‌شناختی، تعداد مددجویان مراجعه‌کننده افزایش نیابد.
سناریوی دوم: پس از برقراری پوشش بیمه‌ای برای مشاوره

روان‌شناسی کاسته شده اما در موارد شدید تعداد مراجعه به دکتر روان‌شناس بیشتر شده است. با محاسبه نرخ رشد، درصدهای ارائه خدمت هر یک از این دو گروه ارائه‌دهنده برای سه سال ۱۴۰۳ و ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ برآورد شد (جدول ۹).

با توجه به اینکه پس از برقراری بیمه برای خدمات مشاوره روان‌شناسی احتمال دارد تمایل به استفاده از خدمات در بین افراد مددجو افزایش پیدا کند، تیم تحقیق دو حالت را فرض کرد: سالانه ۵ درصد و ۱۰ درصد به تعداد مراجعه‌کنندگان (علاوه بر رشد متعارف) افزوده می‌شود. مبنای افزایش مراجعان به دلیل پوشش بیمه‌ای خدمات مشاوره روان‌شناسی سال ۱۴۰۳ قرار داده شد. یعنی سال ۱۴۰۳ به اندازه برآورد قبلی در نظر گرفته شد، اما برای سال ۱۴۰۵ و سال ۱۴۱۰ سالانه ۵ درصد و ۱۰ درصد رشد مراجعان نسبت به سال ۱۴۰۳ محاسبه شد. موضوع مهم دیگر برآورد تعرفه در سال‌های آتی است. از آنجایی که شدت تغییرات حق ویزیت در سال‌های بعد از ۱۴۰۰ زیاد بود،

جدول ۸ | جمعیت کل کشور و جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال در سال‌های مورد مطالعه

شدت اختلال	ارائه‌دهنده	نرخ تنزیل
موارد خفیف	درصد کارشناس ارشد روان‌شناسی	۰/۰۰۱۸۸
	درصد دکترای روان‌شناسی	(۰/۰۰۷۳۸)
موارد متوسط	درصد کارشناس ارشد روان‌شناسی	۰/۰۰۲۳۷
	درصد دکترای روان‌شناسی	(۰/۰۰۴۰۷)
موارد شدید	درصد کارشناس ارشد روان‌شناسی	(۰/۰۰۷۵۴)
	درصد دکترای روان‌شناسی	۰/۰۰۴۴۶

وجود پراتر نشان دهنده منفی بودن عدد است.

جدول ۹ | تعداد جلسات مشاوره کارشناس ارشد و دکترای روان‌شناسی بالینی برحسب شدت اختلال در سال‌های مورد بررسی

شدت اختلال	جلسات مشاوره	۱۳۹۰	۱۴۰۰	۱۴۰۳	۱۴۰۵	۱۴۰۱۰
موارد خفیف	تعداد کارشناس ارشد	۲۸۸	۷۹۷	۱/۰۳۵	۱/۲۶۰	۱/۹۱۶
	تعداد دکتر	۷۷	۱۹۳	۲۴۴	۲۹۱	۴۲۳
موارد متوسط	تعداد کارشناس ارشد	۳۷۶	۱/۰۷۲	۱/۳۹۷	۱/۷۱۰	۲/۷۰۹
	تعداد دکتر	۲۲۵	۶۰۳	۷۷۱	۹۳۱	۱/۴۲۹
موارد شدید	تعداد کارشناس ارشد	۴۹۲	۱/۵۰۹	۲/۰۲۳	۲/۵۲۵	۴/۰۶۵
	تعداد دکتر	۷۸۹	۲/۷۲۹	۳/۷۹۴	۴/۸۵۲	۸/۲۹۰
مجموع مراجعه به کارشناس ارشد		۱/۱۵۵	۳/۳۷۸	۴/۴۵۵	۵/۴۹۵	۸/۶۹۰
مجموع مراجعه به دکترای روان‌شناس		۱/۰۹۱	۳/۵۲۵	۴/۸۰۸	۶/۰۷۴	۱۰/۱۴۲
مجموع مراجعه به روان‌شناسان		۲/۲۴۶	۶/۹۰۳	۹/۲۶۳	۱۱/۵۷۰	۱۸/۸۳۲

روان‌شناختی، سالانه ۵ درصد به مراجعه‌کنندگان اضافه شود، اما توزیع مراجعه همانند قبل باشد و تعداد مددجویان مراجعه‌کننده افزایش نیابد.

سناریوی سوم: پس از برقراری پوشش بیمه‌ای برای مشاوره روان‌شناختی سالانه ۱۰ درصد به تعداد مراجعه‌کنندگان اضافه

شود اما توزیع مراجعه همانند قبل باشد.

در هر سناریو سه حالت در نظر گرفته شد: حالت اول: سهم سازمان بیمه‌گر ۷۰ درصد تعرفه باشد، حالت دوم: سهم سازمان بیمه‌گر ۵۰ درصد تعرفه باشد و حالت سوم: سهم سازمان بیمه‌گر ۳۰ درصد تعرفه باشد.

جدول ۱۰ | برآورد تعداد مراجعه بر حسب ارائه خدمت بسته به نوع وابستگی مرکز ارائه‌دهنده (X ۱۰۰۰ نفر)

تعداد ویزیت کارشناس ارشد			تعداد ویزیت دکترای روان‌شناسی			تعداد ویزیت روان‌پزشک		
دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه
۴۷۱	۶۷۷	۷	۴۴۵	۶۲۹	۷	۲/۱۹۴	۳/۱۵۱	۳۲
۱/۳۷۱	۱/۹۶۶	۴۱	۱/۸۰۹	۲/۵۹۳	۵۳	۴/۱۰۳	۵/۸۸۱	۱۲۱
۱/۸۰۰	۲/۵۸۴	۷۶	۱/۹۴۳	۲/۷۸۹	۸۲	۴/۷۲۷	۶/۷۸۶	۱۹۹
۲/۲۲۰	۳/۱۸۷	۹۳	۲/۴۵۴	۳/۵۲۳	۱۰۳	۵/۳۵۰	۷/۶۸۱	۲۲۵
۳/۴۸۵	۵/۰۱۴	۲۰۰	۴/۰۶۷	۵/۸۵۲	۲۳۳	۶/۷۶۰	۹/۷۲۶	۳۸۸

ماخذ: تحقیق حاضر

جدول ۱۱ | برآورد تعداد مراجعه بر حسب ارائه‌دهنده خدمت و نوع وابستگی مرکز ارائه‌دهنده (تعداد X ۱۰۰۰ نفر) با فرض رشد سالانه مراجعه به اندازه ۵ درصد و ۱۰ درصد

نرخ رشد مراجعه	سال	تعداد ویزیت کارشناس ارشد			تعداد ویزیت دکترای روان‌شناسی			تعداد ویزیت روان‌پزشک		
		دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه
۵ درصد	۱۴۰۵	۱/۹۸۴	۲/۸۴۹	۸۳	۲/۱۴۲	۳/۰۷۴	۹۰	۵/۲۱۱	۷/۴۸۱	۲۱۹
	۱۴۱۰	۲/۵۱۴	۳/۶۱۷	۱۴۴	۲/۷۱۳	۳/۹۰۴	۱۵۶	۶/۶۰۱	۹/۴۹۸	۳۷۹
۱۰ درصد	۱۴۰۵	۲/۱۷۸	۳/۱۲۷	۹۲	۲/۳۵۰	۳/۳۷۴	۹۹	۵/۷۱۹	۸/۲۱۰	۲۴۱
	۱۴۱۰	۴/۲۴۴	۶/۰۹۳	۱۷۹	۴/۵۸۰	۶/۵۷۵	۱۹۳	۱۱/۱۴۵	۱۶/۰۰۰	۴۶۹

مبنای افزایش مراجعان به دلیل پوشش بیمه‌ای خدمات مشاوره روان‌شناسی سال ۱۴۰۳ قرار داده شد. یعنی سال ۱۴۰۳ به اندازه برآورد قبلی در نظر گرفته شد، اما برای سال ۱۴۰۵ و سال ۱۴۱۰ سالانه ۵ درصد و ۱۰ درصد رشد مراجعان نسبت به سال ۱۴۰۳ محاسبه شد.

جدول ۱۲ | مبلغ فی مشاوره در دو سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۳ و برآورد برای ۱۴۱۰ (X ۱۰۰۰ تومان)

سال	فی مشاوره ارشد			فی مشاوره دکترای			فی مشاوره روان‌پزشک		
	دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه	دولتی	خصوصی	خبریه
۱۴۰۰	۴۶/۵	۱۳۰	۹۶/۵	۶۳	۱۸۷	۱۳۰	۳۰/۷	۱۰۶/۵	۵۳/۲
۱۴۰۳	۱۰۸	۳۲۱	۲۲۲	۱۲۷	۳۷۵	۲۶۱	۷۰/۸	۲۵۱	۱۸۸
۱۴۰۵	۱۵۵	۴۶۲	۳۱۹	۱۸۲	۵۴۴	۳۷۵	۱۰۱	۳۶۱	۲۷۰
۱۴۱۰	۳۸۵	۱,۱۵۰	۷۹۵	۴۵۵	۱,۳۵۴	۹۳۵	۲۵۳	۸۹۹	۳۹۰

برآورد تعرفه برای سال‌های ۱۴۰۵ و ۱۴۱۰ با فرض رشد سالیانه ۲۰ درصد در تعرفه‌ها انجام شد.

جدول ۱۳ | تعداد جلسات مشاوره توسط روان‌پزشک و روان‌شناس باليني در سال‌های مورد بررسی (X ۱۰۰۰ جلسه)

۱۴۱۰	۱۴۰۵	۱۴۰۳	سهم بیمه‌گر	ارائه‌دهنده	
۲۹۹۵/۵	۷۲۰/۹	۳۹۶/۳	سهم بیمه ۳۰٪	دکترای روان‌شناسی	سناریو اول: در دوره مطالعه تعداد مراجعان نسبت به پیش تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات مشاوره تغییر نکند/
۴۹۹۲/۵	۱۲۰۱/۵	۶۶۰/۵	سهم بیمه ۵۰٪		
۶۹۸۹/۵	۱۶۸۲/۱	۹۲۴/۷	سهم بیمه ۷۰٪		
۲۱۸۰/۳	۵۵۴/۱	۳۱۱/۹	سهم بیمه ۳۰٪	کارشناس ارشد روان‌شناسی	
۳۶۳۳/۹	۹۲۳/۴	۵۱۹/۸	سهم بیمه ۵۰٪		
۵۰۸۷/۴	۱۲۹۲/۸	۷۲۷/۷	سهم بیمه ۷۰٪		
۴۲۱۵/۰	۷۹۴/۸	۳۹۶	سهم بیمه ۳۰٪	دکترای روان‌شناسی	سناریو دوم: طی دوره مطالعه تعداد مراجعان نسبت به پیش تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات مشاوره سالانه ۵ درصد زیایش یابد
۷۰۲۴/۹	۱۳۲۴/۶	۶۶۱	سهم بیمه ۵۰٪		
۹۸۳۴/۹	۱۸۵۴/۵	۹۲۵	سهم بیمه ۷۰٪		
۳۰۶۷/۹	۶۱۰/۹	۳۱۲	سهم بیمه ۳۰٪	کارشناس ارشد روان‌شناسی	
۵۱۱۳/۲	۱۰۱۸/۱	۵۲۰	سهم بیمه ۵۰٪		
۷۱۵۸/۵	۱۴۲۵/۳	۷۲۸	سهم بیمه ۷۰٪		
۵۸۳۷/۴	۸۷۲/۳	۳۹۶/۳	سهم بیمه ۳۰٪	دکترای روان‌شناسی	سناریو سوم: در دوره مطالعه تعداد مراجعان نسبت به پیش تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات مشاوره سالانه ۱۰ درصد زیایش یابد/
۹۷۲۹/۰	۱۴۵۳/۸	۶۶۰/۵	سهم بیمه ۵۰٪		
۱۳۶۲۰/۵	۲۰۳۵/۳	۹۲۴/۷	سهم بیمه ۷۰٪		
۴۲۴۸/۸	۶۷۰/۴	۳۱۱/۹	سهم بیمه ۳۰٪	کارشناس ارشد روان‌شناسی	
۷۰۸۱/۳	۱۱۱۷/۴	۵۱۹/۸	سهم بیمه ۵۰٪		
۹۹۱۳/۹	۱۵۶۴/۳	۷۲۷/۷	سهم بیمه ۷۰٪		

جدول ۱۴ | سهم ریالی سازمان‌های بیمه‌گر برای روان‌شناسان (ارشد و دکترا) در سه حالت مرتبط با سهم سازمان بیمه‌گر در شرایط صفر درصد، ۵ درصد و ۱۰ درصد رشد جمعیت مراجعه‌کننده (هزینه و سهم بیمه‌ها به میلیارد تومان و به ارزش حال است)

مبلغ ریالی سهم سازمان بیمه‌گر (میلیون تومان)			درصد سهم سازمان بیمه‌گر	درصد نرخ رشد
سال ۱۴۱۰	سال ۱۴۰۵	سال ۱۴۰۳		
۵۱۷۵/۸	۱۲۷۴/۹	۷۰۸/۲	۳۰٪	صفر درصد
۸۶۲۶/۳	۲۱۲۴/۹	۱۱۸۰/۳	۵۰٪	
۱۲۰۷۶/۹	۲۹۷۴/۹	۱۶۵۲/۴	۷۰٪	
۷,۲۸۳	۱۴۰۵/۶	۷۰۸/۲	۳۰٪	۵درصد
۱۲۱۳۸	۲۳۴۲/۷	۱۱۸۰/۳	۵۰٪	
۱۶۹۹۳	۳۲۷۹/۸	۱۶۵۲/۴	۷۰٪	
۱۰۰۸۶	۱۵۴۲/۷	۷۰۸/۲	۳۰٪	۱۰درصد
۱۶۸۱۰	۲۵۷۱/۱	۱۱۸۰/۳	۵۰٪	
۲۳۵۳۴	۳۵۹۹/۶	۱۶۵۲/۴	۷۰٪	

بحث

مطالعات بررسی شده نشان می‌دهد ادغام مراقبت‌های بهداشت روان در سیستم‌های بهداشتی موجود ممکن است موثرترین و مقرون به‌صرفه‌ترین رویکرد برای افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان در آفریقای جنوبی باشد [۲]. گزارش سازمان جهانی سلامت تاکید کرده مشاوره روان‌شناختی در برخی اختلالات مانند افسردگی و حتی سایکوز بسیار هزینه‌بر بخش است. در مراکز مراقبت اولیه عمومی در گوا، استفاده از کارکنان بهداشتی غیرمتخصص در مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی رایج نه تنها مقرون به‌صرفه بود، بلکه باعث صرفه‌جویی در هزینه نیز شد [۲]. شواهد منصفانه یا با کیفیت بالا نشان داد که تک درمانی CBT یا درمان ترکیبی برای افسردگی بزرگسالان مقرون به‌صرفه است. اینکه آیا درمان مرتبط با CBT برای افسردگی کودکان و نوجوانان مقرون به‌صرفه بوده یا خیر، هنوز قطعی نیست [۲]. در ایران مطالعه هزینه-اثربخشی خدمات مشاوره روان‌شناختی انجام نشده است.

مطالعه حاضر از نوع هزینه-اثربخشی نیست، زیرا هزینه-اثربخش بودن مشاوره و مداوای این بیماران قبلاً اثبات شده است. در این مطالعه بار مالی مشاوره روان‌شناختی پس از تحت پوشش قرار دادن خدمات مشاوره در ایران محاسبه شد. مطالعه شیرنشان در تنسی آمریکا مطالع به طور قطعی نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی، با هزینه سالانه ۴۸/۷۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۳، بخش قابل توجهی از منابع مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده را جذب می‌کند و باید توسط سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که هدف آنها کاهش هزینه‌های پایین دستی اختلالات روانی است، اولویت‌بندی شود [۲].

پس از برقراری بیمه سلامت برای خدمات مشاوره و افزایش پوشش بیمه‌ای، احتمال افزایش مراجعه بیمه‌شدگان برای دریافت خدمات مشاوره روان‌شناختی وجود دارد، اما هیچ مطالعه‌ای در ایران که مقدار احتمالی افزایش در تعداد مراجعه در صورت وجود پوشش بیمه‌ای را برآورد کرده باشد، به دست نیامد. صرفاً برای دو حالت افزایش سالانه ۵ درصد و افزایش سالانه ۱۰ درصد در تعداد مراجعان برای دریافت خدمات

مشاوره روان‌شناختی پس از تحت پوشش بیمه قرار گرفتن این خدمات، شبیه‌سازی انجام شد. از آنجا که در خدمات مشاوره روان‌شناختی سهم سازمان بیمه‌گر می‌تواند الزاماً تابع فرانشیز سرپایی نباشد، درصد پرداخت برای خدمات مشاوره نیز سهم سازمان بیمه‌گر را در سه حالت در نظر گرفتیم: بیمه ۷۰ درصد (بیمار ۳۰ درصد)، بیمه ۵۰ درصد (بیمار ۵۰ درصد)، بیمه ۳۰ درصد (بیمار ۷۰ درصد).

بار مالی سالانه سازمانه بیمه‌گر برای مشاوره روان‌شناختی در ایران از ۷۰۸/۲ میلیون تومان (سهم سازمان بیمه‌گر ۳۰ درصد در سال ۱۴۰۳ و بدون تغییر در تعداد مراجعان) تا ۲۳/۵۳۴ میلیون تومان (سهم سازمان بیمه‌گر ۷۰ درصد و رشد سالانه ۱۰ درصد در تعداد مراجعان در سال ۱۴۱۰) برآورد شده است.

نتیجه‌گیری

تحت پوشش بیمه قرار دادن مشاوره روان‌شناختی، هم ضرورت دارد و هم هزینه-اثربخش است. با انتخاب بسته خدمت مناسب و براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان مشاوره روان‌شناختی را برحسب شدت اختلال یا مرکز ارائه خدمت و نیز درصد سهم سازمان بیمه‌گر، تحت پوشش بیمه سلامت قرار داد. پیشنهاد می‌شود در برخی از اختلالات که از نظر سلامت اجتماعی مهم است سازمان بیمه‌گر پایه خدمات را پوشش دهد، اما در سایر موارد از محل خدمات حمایتی و رفاهی مانند یارانه‌ها و یا از طریق بیمه‌های تکمیلی تأمین مالی شود. گسترش خدمات بهزیستی با کمک مجمع‌های استانی خیران سلامت می‌تواند کمک‌کننده باشد.

تأییدیه اخلاقی: از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران با کد IR-UMS.SPH.REC.1402.146 صادر شده است.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافی در رابطه با موضوع مورد بررسی، نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

سهم نویسندگان: شهرام توفیقی و مهدی رضایی در تعیین روش بررسی، نگارش یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری، جهان‌آرا ممی‌خانی در ارائه ایده، تدوین مقدمه و یافته‌ها، صدیقه خادم در گردآوری و تحلیل داده‌ها، محمد عفت‌پناه: در نتیجه‌گیری و محمدجواد کبیر در بحث و نتیجه‌گیری مشارکت داشتند.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت قرار گرفته است.

References

1. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(2):10. doi: [10.1007/s11920-019-0997-0](https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0).
2. Noorbala AA, Navemani F, Dizaj JY, Anvari S, Azari MM. Burden of mental disorders: a study of the Middle East countries for the period 2000-2017. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran.* 2020;38(1):19-26. [Persian]
3. Clarke H, Morris W, Catanzano M, Bennett S, Coughtrey AE, Heyman I, et al. Cost-effectiveness of a mental health drop-in centre for young people with long-term physical conditions. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):518. doi: [10.1186/s12913-022-07901-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07901-x).
4. Bijal AS, Kumar CN, Manjunatha N, Gowda M, Basavaraju V, Math SB. Health insurance and mental illness. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(Suppl 4):S791-7. doi: [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_158_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_158_19).
5. Vasiliadis HM, Dezetter A, Latimer E, Drapeau M, Lesage A. Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of Medicare for depression in Canada. *Psychiatr Serv.* 2017;68(9):899-906. doi: [10.1176/appi.ps.201600395](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600395).
6. Roberts T, Miguel Esponda G, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):262. doi: [10.1186/s12888-018-1837-1](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1837-1).
7. Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. 9th Edition. New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc; 2024.
8. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Health Systems in Transition Third Edition. Toronto: University of Toronto Press; 2021. doi: [10.3138/9781487537517](https://doi.org/10.3138/9781487537517).
9. World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Available from <https://iris.who.int/handle/10665/175672>. Accessed in [February 15, 2024].
10. Tofighi Sh. Modeling the distribution of subsidy for psychological counseling services in the Iran Welfare Organization. 2016. [Persian]
11. Laws and Regulations Portal of Islamic Republic of Iran. Tariff for psychological and counseling services in 1401 & 1403. Available from: <https://qavanin.ir>. Accessed in [April 28, 2024]. [Persian]
12. Ministry of Health, Medical Education. National Mental Health Survey in Iran (1389-1390), 2013. [Persian]
13. Ministry of Health, Medical Education. National Mental Health Survey in Iran (1394-1400), 2024. [Persian]
14. Statical Center of Iran. Population forecast by province, urban and rural areas and by gender from 2016 to 2015 (new). Available from: https://amar.org.ir/Portals/0/Statistics/project_state-14030105110635.xlsx. Accessed in [April 28, 2024]. [Persian]
15. Statical Center of Iran. Population estimation of the country by province and urban and rural areas from 1385 to 1395. Available from: <https://amar.org.ir/Portals/0/Statistics/10984/population90-95.xlsx>. Accessed in [April 28, 2024]. [Persian]
16. Jack H, Wagner RG, Petersen I, Thom R, Newton CR, Stein A, et al. Closing the mental health treatment gap in South Africa: a review of costs and cost-effectiveness. *Glob Health Action.* 2014;7(1):23431. doi: [10.3402/gha.v7.23431](https://doi.org/10.3402/gha.v7.23431).
17. Buttorff C, Hock RS, Weiss HA, Naik S, Araya R, Kirkwood BR, et al. Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bull World Health Organ.* 2012;90:813-21. doi: [10.2471/BLT.12.104133](https://doi.org/10.2471/BLT.12.104133).
18. Li M, Bai F, Yao L, Qin Y, Chen K, Xin T, et al. Economic evaluation of cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review. *Value Health.* 2022;25(6):1030-41. doi: [10.1016/j.jval.2021.11.1379](https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1379).
19. Shirmeshan E. Cost of illness study of anxiety disorders for the ambulatory adult population of the United States. [PhD Dissertations]. Knoxville: University of Tennessee, Health Science Center. 2013. Available from: <https://dc.uthsc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1370&context=dissertations>. Accessed in [April 28, 2024].