



نابرابری در سیاست‌های تأمین مالی نظام سلامت: چالش بنیادین عدالت اجتماعی در ایران

امیرحسین تکیان^{۱،۲،۳،۴} PhD, MD، علیرضا اولیایی منش^{۱،۴} PhD, MD، عفت محمدی^۱ PhD

^۱ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ گروه علوم مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ موسسه ملی تحقیقات نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ۱. امیرحسین تکیان؛ پست الکترونیک: takian@tums.ac.ir. ۲. عفت محمدی؛ پست الکترونیک: efat.mohamadi@gmail.com

Citation: Takian A, Olyaeemanesh A, Mohamadi E. Inequality in health financing policies: a fundamental challenge of social equity in Iran. Iran J Health Insur. 2022;5(1):2-5.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۱/۰۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱

سهام کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها، برای همه یکسان و مستقل از ظرفیت پرداخت خانوار باشد [۴]. سنج‌های گوناگون برای اندازه‌گیری میزان نیل به هدف مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد، از جمله: شاخص هزینه‌های کمرشکن یا فاجعه‌بار سلامت^۲، منحنی تجمعی^۳، شاخص ضریب جینی^۵، شاخص تمرکز^۶، شاخص کاکوانی^۷، شاخص مشارکت مالی عادلانه^۸ و شاخص رابین هود^۹. پژوهش ما چهار دسته ریشه اصلی نابرابری در مشارکت مالی خدمات سلامت در ایران را شناسایی کرد: پوشش هزینه خدمات، پوشش خدمات سلامت، پوشش جمعیت و حاکمیت و سیاست‌گذاری [۵] که مشروح زیردسته‌های آن در قالب جدول ذکر شده است (جدول ۱).

یافته‌های پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد هیچ‌یک از گروه‌های اقتصادی - اجتماعی، حتی ثروتمندترین شهروندان، از قرارگیری در معرض هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت مصون نیستند. نکته قابل مقایسه بین طبقات اقتصادی اجتماعی مختلف، کانون هزینه‌هایی است که معمولاً برای خانوار مشکل ایجاد می‌کند [۶، ۷، ۸، ۹]. کانون هزینه‌ها در خانوارهای ضعیف معمولاً هزینه‌های بستری است، در حالی که برای خانواده‌های

نظام‌های سلامت با کارکردهای مشخص طراحی و ایجاد می‌شوند تا اهداف نهایی سلامت، شامل ارتقای سلامت شهروندان، مشارکت مالی عادلانه و پاسخگویی به نیازها و انتظارات مردم را برآورده کنند [۱]. سیاست‌های درست تأمین مالی، ایجاد دسترسی به خدمات سلامت و توزیع عادلانه منابع نظام سلامت، شرایط اصلی نیل به عدالت در نظام سلامت به شمار می‌روند [۲]. کاستی‌های نظام تأمین مالی مخارج سلامت از دلایل بنیادین چالش‌هایی همانند پرداخت از جیب ناتوان‌کننده و هزینه‌های کمرشکن^۱ سلامت برای خانوارهاست که می‌تواند به فقر آنی و یا پایدار و در نهایت، نابرابری اجتماعی و کاهش عدالت بینجامد [۳]. سلامت تنها بعد سیاست‌گذاری عمومی است که به طور توأمان هم پیش شرط، هم پیامد و هم شاخص تحقق جامعه پایدار است. از این روی و به دلیل جایگاه بی‌بدیل سلامت در برقراری عدالت اجتماعی، شناسایی نابرابری‌های تأمین مالی نظام سلامت کشور، علل و ریشه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت^۲، با هدف پشتیبانی از مخاطرات مالی شهروندان و پیشگیری از هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت از اهداف اصلی همه نظام‌های سلامت است. تأمین مالی نظام سلامت هنگامی عادلانه تلقی می‌شود که

1. Catastrophic costs

2. Fair Financing Contribution (FFC)

3. Catastrophic Health Expenditure (CHE)

4. Lorenz curve

5. Gini Coefficient

6. Concentration Index

7. Kakwani's progressivity index

8. Fair Financing Contribution Index (FFCI)

9. Robin Hood Index

جدول ۱ | علل و ریشه‌های نابرابری در مشارکت مالی خدمات سلامت

علل / ریشه‌ها	حیطه
عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بازتوزیع عادلانه منابع مالی	پوشش هزینه خدمات
ارتباط کم میزان حق بیمه با توان مالی بیمه شده‌ها؛ نزولی بودن دریافت حق بیمه	
عدم شفاف بودن درآمدها	
به روز نشدن روش‌های اخذ حق بیمه	
عدم وجود سیاست‌های حمایتی جهت تغییر سیستم اخذ حق بیمه در سازمان‌های بیمه گر پایه	
عدم مشارکت افراد دارای شغل‌های غیررسمی در پرداخت حق بیمه؛ افراد دارای توان مالی به خوبی شناسایی نمی‌شوند	
وجود صندوق‌های چندگانه و عدم انباشت ریسک؛ هر سازمان به فراخور نیاز خود اقدام به تاسیس صندوق‌های کوچک نموده است که این مساله ایجاد نابرابری در افراد بیمه شده را موجب می‌شود	
متکی بودن اقتصاد به فروش نفت که با کاهش قیمت نفت امکان تداوم منابع وجود ندارد	
نا مناسب بودن منابع برای اجرای اصلاحات و برنامه‌ها؛ منابع یا اغلب پیش‌بینی نشده است و یا تخصیص نیافته است	
ناپایداری منابع مالی و عدم تحقق و تخصیص اعتبارات مصوب	
عدم انجام سیاست‌گذاری‌های بلند مدت و آینده نگرانه در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت	پوشش خدمات سلامت
عدم وجود پروتکل‌های شفاف در خصوص پوشش خدمات و داروی بیماری‌های نادر	
عدم وجود پروتکل شفاف در خصوص تعارض بین عدالت و کارایی	
عدم وجود معیارهای مشخص برای ورود خدمات به بسته بیمه پایه کشور	
عدم لحاظ نمودن سیمای مرگ و اپیدمیولوژی کشور جهت اثربخش نمودن مداخلات بسته	
عدم به کارگیری مطالعات HTA در تصمیم‌گیری ورود خدمات به بسته	
وجود تعارض منافع در سیاست‌گذاری‌های بسته خدمات بیمه پایه	
در نظر نگرفتن ترجیحات و علاقه مندی مردم در ترکیب و محتوای بسته بیمه پایه سلامت به عنوان یکی از مهمترین ذینفع‌ها	
غیر اثربخش بودن کارکرد و بسته بیمه‌های تکمیلی سلامت در کشور	
ناپایداری در منابع مالی مورد نیاز بسته	
عدم وجود افراد و موسسات رسمی مستقل و متخصص برای ارزیابی فناوری سلامت در کشور	پوشش جمعیت
محدود بودن تنوع صندوق‌های بیمه ای بر اساس دهک‌های درآمدی و گروه‌های بیماری	
شفاف نبودن مرز بین پوشش جمعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی	
هدفمند نبودن پوشش جمعیت بیمه شده	
عدم ارتباط بین سرانه بیمه افراد در استان‌های مختلف، بر اساس نیازهای بیماری	
عدم شناسایی و پوشش جمعیت بیماران نادر در مناطق دور افتاده	
علی‌رغم تعدد نهادهای نظارتی، کیفیت نظارت‌ها بسیار پایین است	
نظارت بر اجرای قوانین یا اغلب به خوبی دنبال نمی‌شود یا بسیار کمزنگ است.	
نظارت بر خرید راهبردی به طور مستقل تقریباً وجود ندارد	
از آنجا که سازمان‌های متعدد نظارتی با مسئولیت متفاوت، وجود دارند؛ حدود اختیارات خریداران شفاف نیست	
مردم و گروه‌های بیماران به طور مستقیم در نهادهای نظارتی نماینده ندارند	علل مرتبط با حاکمیت و سیاست‌گذاری
احاله وظیفه نظارت بر نهاد ارائه‌دهنده و خریدار به صورت همزمان به یک وزارت	
قوانین و مقررات اغلب متناقض و متعدد است	
تعریف نشدن مسئولیت و اختیارات متناسب با مأموریت نهادهای درگیر در زمینه خرید راهبردی	
عدم تفکیک نقش ارائه‌کننده از تولید، فقدان قدرت خرید (purchasing power) و استقلال (autonomy) نهادهای خریدار	

است برخی از عوامل اجتماعی مانند سن، جنس، محل سکونت (شهری یا روستایی)، میزان تحصیلات، اشتغال و اندازه خانوار نیز در قرار گرفتن خانوارها در محدوده هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت اثرگذار است [۴].

نابرابری‌های مزمن موجود در مشارکت مالی نظام سلامت کشورمان، نشانگر لزوم اولویت‌بخشی به انجام اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت به‌عنوان یک هدف بلندمدت و به‌گونه‌ای است که بتواند ضمن ایجاد منابع مالی پایدار میان‌مدت و طولانی‌مدت، سبب کاهش پرداخت از جیب مردم، رفع موانع اقتصادی، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و بهره‌مندی از آن، در بستر بهبود کارایی و بهره‌وری در تخصیص منابع و تأمین کیفیت خدمات شود [۱۷]. بدیهی است تحقق این مهم نیازمند تحقق حاکمیت خوب در نظام سلامت بر مبنای مدیریت مطلوب تعارض منافع، افزایش شفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری و مشارکت بهتر شهروندان در فرآیند تصمیم‌سازی سلامت، همکاری معنادار بین بخشی، استقرار اثربخش برنامه خرید راهبردی خدمات سلامت، اصلاحات روش تعریف و تهیه بسته جامع خدمات سلامت با اولویت خدمات ارتقای سلامت، گسترش فرهنگ خودمراقبتی شهروندان با اعمال مشوق‌های لازم برای رفتار سلامت‌محور از طریق نظام توانمند بیمه‌ای، اصلاح نظام پرداخت بر مبنای عملکرد، استقرار نظام پزشکی خانواده و ارجاع سطح‌بندی شده بر بستر نظام جامع سلامت الکترونیک با توجه ویژه به شهروندان ناب‌خوردار، گروه‌های آسیب‌پذیر، روستاییان و حاشیه‌نشینان است. بر پایه اصل ۲۹ قانون اساسی و سیاست‌های گوناگون بالادستی، این مهم باید به‌عنوان یک وظیفه ملی برای تحقق سلامت همه‌جانبه حق بدیهی سلامت مردم، توسط قانون‌گذاران و دولت با جدیت به رسمیت شناخته شود و با پرهیز از گرایش‌ها و اهداف کوتاه‌مدت سیاسی برای انجام آن اهتمام شود. سعادت و پایداری جامعه ایرانی در گرو سلامت همه جانبه، نه فقط نداشتن بیماری جسمی شهروندان است که عدالت اجتماعی به معنای هدف غایی حکمرانی بدون آن هرگز دست‌یافتنی نیست.

برخوردارتر، هزینه داروهای گران‌قیمت، مثلاً برخی داروهای شیمی‌درمانی که بعضاً اصل اثربخشی آنها مورد ابهام است، می‌توانند هزینه‌های کمتر قابل تحمل ایجاد کنند. بیشتر مطالعات، میزان هزینه‌های کمرشکن را بین ۳ تا ۶ درصد گزارش داده‌اند [۶،۷،۱۰،۱۱،۱۳] که این هزینه‌ها در برخی گروه بیماران خاص بیشتر است تا جایی که برای بیماران سرطانی تا ۶۷،۹ درصد محاسبه شده است [۷]. در واقع، اکثر افرادی که با هزینه‌های بالای سلامت مواجه هستند، در معرض هزینه‌های کمرشکن قرار می‌گیرند که نشان‌گر لزوم حمایت مالی بیمه‌ها برای دوری از مواجهه با هزینه‌های بالا و به دنبال آن هزینه‌های کمرشکن و برنامه اثربخش برای بهبود کارایی است [۱۰]. همچنین با توجه به اینکه بیشترین میزان پرداخت از جیب شهروندان ایرانی در فقیرترین دهک‌های جامعه رخ داده است [۱۴]، اصلاح سیاست‌های مالی، بیمه‌ای و ساختاری برای کاهش شکاف ژرف نابرابری‌های سلامت که در برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم نیز به آنها اشاره شده، ضرورتی بنیادین در جامعه ایرانی است [۱۵]. با توجه به بار فزاینده بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های غیرواگیر و معلولیت‌ها در خانواده‌ها که از دلایل مهم بروز هزینه‌های کمرشکن در میان هموطنان است، سیاست‌گذاری مناسب و آگاه از شواهد با هدف ارتقای سلامت، گسترش معنادار خودمراقبتی و پوشش موثر خدمات درمانی، دارو و توانبخشی این دسته از شهروندان، به‌ویژه در شرایط اقتصادی دشوار فعلی و ملاحظات پساکووید، بسیار ضروری است [۱۶].

ناموزنی توزیع هزینه‌های سلامت در بین دهک‌های هزینه‌ای خانوارهای کشور، نشان دهنده فقدان تناسب و بی‌عدالتی بسیار شدید و افزایش محسوس شاخص سهم پرداخت از جیب در میان اقشار ناب‌خوردار و همچنین در مناطق روستایی در مقایسه با شهرنشینان است. به علاوه، مطالعات نشان می‌دهد که پرداخت هزینه‌های درمانی در سالیان اخیر به‌گونه فزاینده‌تری به افزایش خانوارهای زیر خط فقر انجامیده است، به طوری که حدود ۱۱ درصد از روستاییان زیر خط فقر، صرفاً به دلیل تحمل هزینه‌های درمانی به زیر خط فقر رانده شده‌اند. آشکار

- 2019;52(4):214. doi: [10.3961/jpmph.19.046](https://doi.org/10.3961/jpmph.19.046).
8. Kheibari MJ, Esmaceli R, Kazemian M. Impacts of Health Reform Plan in Iran on Health Payments Distributions and Catastrophic Expenditure. *Iran J Public Health*. 2019;48(10):1861.
 9. Fazaeli AA, Seyedin H, Moghaddam AV, Delavari A, Salimzadeh H, Varmazyar H, et al. Fairness of financial contribution in Iranian health system: Trend analysis of national household income and expenditure, 2003-2010. *Glob J Health Sci*. 2015;7(5):260. doi: [10.5539/gjhs.v7n5p260](https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p260).
 10. Rezapour A, Ghaderi H, Azar FE, Larijani B, Gohari MR. Effects of Health Out-of-Pocket Payment on HouseHolds in Iran; Catastrophic and Impoverishment: Population Based Study in Tehran (2012). *Life Sci J*. 2013;10(3):1457-69.
 11. Aeenparast A, Yazdeli MR, Zandian H, Mehrizi AA. Catastrophic health expenditures in Iran: a review of the literature. *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(1):7-17. [Persian]
 12. Faradonb SB, Arab M, Roodbari M, Rezapoor A, Faradonbeh HB, Azar FE. Catastrophic and impoverishing health expenditure in Tehran urban population. *Journal of Health Administration*. 2016;19(63):55-67. [Persian]
 13. Abolhallaje M, Hasani S, Bastani P, Ramezani M, Kazemian M. Determinants of catastrophic health expenditure in Iran. *Iran J Public Health*. 2013;42(Supple1):155. doi: [10.18869/acadpub.jhs.1.3.1](https://doi.org/10.18869/acadpub.jhs.1.3.1).
 14. Rezapour A, Arabloo J, Tofighi S, Alipour V, Sepandy M, Mokhtari P, et al. Determining Equity in Household's Health Care Payments in Hamedan Province, Iran. *Arch Iran Med*. 2016;19(7):480-7.
 15. Ghafoori MH, Azar FE, Arab M, Mahmoodi M, Zadeh NY, Rezapour A. Inequality in the Distribution of Health Expenditures in 22 Districts of Tehran. *J Community Health Res*. 2014;3(2):132-44.
 16. Takian A, Bakhtiari A, Ostovar A. Universal health coverage for strengthening prevention and control of noncommunicable diseases in COVID-19 era. *Med J Islam Repub Iran*. 2020;34:153. doi: [10.47176/mjiri.34.153](https://doi.org/10.47176/mjiri.34.153).
 17. Defechereux T, Paolucci F, Mirelman A, Youngkong S, Botten G, Hagen TP. Health care priority setting in Norway a multicriteria decision analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):1-7. doi: [10.1186/1472-6963-12-39](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-39).
- سهم نویسندگان: امیرحسین تکیان، طراحی، ویرایش و نظارت بر تدوین مقاله؛ علیرضا اولیایی منش: طراحی و ویرایش مقاله؛ عفت محمدی: نگارش و ویرایش مقاله.
- تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر با کد IR.TUMS.VCR.REC.1396.4018 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت.
- تعارض منافع: دکتر امیرحسین تکیان عضو هیئت تحریریه فصلنامه بیمه سلامت ایران است. مابقی نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکردند.
- منابع مالی: مطالعه حاضر توسط مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

References

1. Tandon A, Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization. 2000.
2. Mangione CM, Reynolds E. Disparities in health and health care. *J Gen Intern Med*. 2001;16(4):276-80. doi: [10.1046/j.1525-1497.2001.016004276.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016004276.x).
3. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental Causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51(1_suppl):S28-40. doi: [10.1177/0022146510383498](https://doi.org/10.1177/0022146510383498).
4. Mohammadalizadeh Hanjani H, Fazaeli A. Estimation of Fair Financial Contribution in Health System of IRAN. *Social Welfare Quarterly*. 2006;5(19):279-300. [Persian]
5. Olyae Manesh A, Aryankhesal A, Takian A, Mohammadi A, Moradi T, Yousefzadeh N. Comprehensive analysis of policies related to reducing injustice in Iran's health, providing policy solutions. Justice in Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, 2017. [Persian]
6. Motlagh SN, Darvishi B, Haghightafard P, Imani-Nasab M-H. Fairness of health financing before and after introduction of iranian health sector evolution plan: A case study. *J Clin Diagn Res*. 2018;12(6):IC10-IC5. doi: [10.7860/JCDR/2018/35366.11699](https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/35366.11699).
7. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. *J Prev Med Public Health*.