Policy Brief

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 4, Winter 2026 | Pages: 297-300

journal.ihio.gov.ir

Implicit Rationing vs. Explicit and Transparent Rationing in the Health System with an Insurance Approach

Alireza Arabi[1] MD, Maryam Seyed-Nezhad[1] PhD, Mohammad Moradi-Joo[2*] PhD

[1] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
[2] Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

***Correspondence to:** Mohammad Moradi-Joo, Email: moradijoo@gmail.com

Received: January 13, 2026 **Revised:** February 15, 2026 **Accepted:** February 21, 2026 **Online Published:** March 1, 2026

Abstract

Healthcare systems worldwide face resource constraints against ever-increasing demand, necessitating some form of rationing. Implicit rationing, implemented through long waiting lists, high out-of-pocket payments, and geographical barriers, has significant negative consequences including severe inequities in access, heavy financial burdens on households, economic inefficiency, and erosion of public trust. In contrast, explicit rationing based on transparent, evidence-based, and accountable criteria can lead to greater equity and efficiency. Successful experiences from countries such as England with NICE, New Zealand with PHARMAC, and Thailand with its Universal Health Coverage package demonstrate the feasibility and effectiveness of this approach. This policy brief presents five key recommendations for transitioning Iran's health insurance system to explicit rationing: establishing an independent health technology assessment agency, developing an essential health insurance benefits package, ensuring transparency and stakeholder participation, strengthening information and research infrastructure, and implementing a comprehensive change management and public communication program. Implementation of these recommendations can lead to a more equitable, efficient, and sustainable health system.

Keywords:
Explicit Rationing, Implicit Rationing, Health Insurance, Health Technology Assessment, Health Equity, Health Services Prioritization

Highlights:

1. Implicit rationing in Iran's health insurance system leads to severe inequality, financial strain on households, and economic inefficiency.
2. International experiences in the United Kingdom, New Zealand, and Thailand show that explicit rationing with an evidence-based and transparent approach leads to greater equity and efficiency.

Citation:
Arabi A, Seyed-Nezhad M, Moradi-Joo M. Implicit rationing vs. explicit and transparent rationing in the health system with an insurance approach. Iran J Health Insur. 2026;8(4):297-300.

Copyright © 2026 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.297]

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴ | صفحات ۲۹۷ تا ۳۰۰

سهمیه‌بندی ضمنی در مقابل سهمیه‌بندی صریح و شفاف در نظام سلامت با رویکرد بیمه‌ای

علیرضا اعرابی[۱] MD، مریم سیدنژاد[۱] PhD، محمد مرادی‌جو[۲] PhD

[۱] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

* **نویسنده مسئول:** محمد مرادی‌جو، پست الکترونیک: moradijoo@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۲۳ تصحیح: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۲ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۱۲/۱۰

چکیده

نظام‌های سلامت در سراسر جهان با محدودیت منابع در برابر تقاضای فزاینده مواجه‌اند که لزوماً به نوعی سهمیه‌بندی منجر می‌شود. سهمیه‌بندی ضمنی که از طریق فهرست‌های انتظار طولانی، هزینه‌های پرداخت از جیب بالا و محدودیت‌های جغرافیایی اعمال می‌شود، پیامدهای منفی عمده‌ای شامل نابرابری شدید در دسترسی، فشار مالی سنگین بر خانوارها، ناکارآمدی اقتصادی و فرسایش اعتماد عمومی دارد. در مقابل، سهمیه‌بندی صریح بر اساس معیارهای شفاف، مبتنی بر شواهد علمی و قابل پاسخگویی، می‌تواند به عدالت و کارآیی بیشتر منجر شود. تجربه موفق کشورهایی مانند انگلستان با مؤسسه NICE، نیوزیلند با آژانس PHARMAC و تایلند با بسته خدمات پایه فراگیر، امکان‌پذیری و اثربخشی این رویکرد را نشان می‌دهد. این خلاصه سیاستی پنج توصیه کلیدی برای گذار نظام بیمه سلامت ایران به سهمیه‌بندی صریح ارائه می‌دهد: ایجاد نهاد مستقل ارزیابی فناوری سلامت، تدوین بسته خدمات اساسی بیمه‌ای، تضمین شفافیت و مشارکت ذی‌نفعان، تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و پژوهشی، و اجرای برنامه جامع مدیریت تغییر و ارتباطات عمومی. پیاده‌سازی این توصیه‌ها می‌تواند به نظام سلامت عادلانه‌تر، کارآمدتر و پایدارتر منجر شود.

واژگان کلیدی: نسهمیه بندی صریح، سهمیه بندی ضمنی، بیمه سلامت، ارزیابی فناوری سلامت، عدالت در سلامت، اولویت بندی خدمات سلامت

نکات ویژه

۱- سهمیه‌بندی ضمنی در نظام بیمه سلامت منجر به نابرابری شدید، فشار مالی بر خانوارها و ناکارآمدی اقتصادی می‌شود.
۲- تجارب بین‌المللی در انگلستان، نیوزیلند و تایلند نشان می‌دهند که سهمیه‌بندی صریح با رویکرد مبتنی بر شواهد و شفاف، منجر به عدالت و کارآیی بیشتر می‌شود.

مقدمه

نظام های سلامت در سراسر جهان با چالش اساسی محدودیت منابع در برابر تقاضای نامحدود مواجه هستند.این عدم توازن میان منابع و تقاضاها، تخصیص منابع سلامت را به یک ضرورت اجتنابناپذیر تبدیل کرده و موضوع سهمیهبندی خدمات سلامت را به یکی از چالشهای اساسی سیاستگذاری سلامت تبدیل ساخته است. سهمیهبندی خدمات سلامت میتواند به صورت صریح یا ضمنی اعمال شود. در سهمیهبندی صریح، اولویتها و محدودیتها از طریق سیاستهای رسمی، بستههای خدمات پایه یا دستورالعملهای بالینی شفاف مشخص، میشوند. اما در سهمیهبندی ضمنی، تصمیمات تخصیصی بدون اعلام رسمی و اغلب در سطح ارائه خدمت همانند صف های انتظار طولانی، محدودیت زمان و کیفیت ویزیت، محدودیت های دسترسی جغرافیایی، هزینه های پرداخت از جیب بالا و تصمیم گیری های سلیقه ای پزشکان اتخاذ میگردند. این نوع سهمیهبندی به دلیل ماهیت پنهان خود، کمتر در معرض نظارت عمومی و سیاستی قرار گرفته و پیامدهای پیچیدهتری برای عدالت و پاسخگویی نظام سلامت به همراه دارد [۲،۱]. نظام بیمه سلامت ایران به دلیل نبود سیاست‌گذاری شفاف در اولویت‌بندی خدمات، عملاً از سهمیه‌بندی ضمنی استفاده می‌کند که پیامدهای منفی عدیده‌ای دارد. این خلاصه سیاستی به بررسی این پیامدها و ارائه راهکارهای گذار به سهمیه‌بندی صریح با رویکرد بیمه‌ای می‌پردازد.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.297]

شواهد کلیدی: پیامدهای سهمیه‌بندی ضمنی

نابرابری در دسترسی: سهمیه‌بندی ضمنی به شدت به زیان اقشار آسیب‌پذیر عمل می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که در غیاب معیارهای شفاف، افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر، ساکنان مناطق شهری و افراد دارای شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر، دسترسی بهتری به خدمات پیدا می‌کنند [۳]. در ایران، شواهد حاکی از تفاوت‌های چشمگیر در زمان انتظار برای خدمات تخصصی بین استان‌های مختلف و بین بخش عمومی و خصوصی است [۴]. این نابرابری‌ها نه تنها غیرعادلانه هستند، بلکه کارآیی کلی نظام را نیز کاهش می‌دهند.

فشار مالی بر خانوارها: در نظام‌های با سهمیه‌بندی ضمنی، هزینه‌های پرداخت از جیب به عنوان مکانیزم اصلی کنترل تقاضا عمل می‌کنند. آمارهای سازمان بیمه سلامت ایران نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد از هزینه‌های سلامت همچنان از جیب مردم پرداخت می‌شود [۵]. این در حالی است که استاندارد سازمان بهداشت جهانی کمتر از ۲۰ درصد است. این هزینه‌های بالا، سالانه ۳-۲ درصد از خانوارهای ایرانی را با فقر پزشکی مواجه می‌سازد [۶].

ناکارآمدی اقتصادی: سهمیه‌بندی ضمنی منجر به تخصیص ناکارآمد منابع می‌شود. بدون اولویت‌بندی مبتنی بر اثربخشی هزینه، منابع محدود صرف خدماتی می‌شود که ممکن است ارزش سلامت کمتری تولید کنند. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که کشورهای با سهمیه‌بندی صریح، ۲۰-۱۵ درصد ارزش بیشتری از هر دلار هزینه‌شده در سلامت استخراج می‌کنند [۷]. همچنین، غیاب شفافیت منجر به دوباره‌کاری، استفاده نادرست از خدمات اورژانس و تأخیر در درمان‌های مؤثر می‌شود.

فرسایش اعتماد عمومی: عدم شفافیت در سهمیه‌بندی عدم شفافیت در سهمیه بندی، به فرسایش اعتماد به نظام سلامت و نهادهای بیمه گر منجر می شود. بر اساس یافته های یک مطالعه در ایران، میانگین نمره اعتماد عمومی به نظام سلامت ۵۰/۳ از ۱۰۰ (با انحراف معیار ۲۲/۸) بوده است. همچنین پایینترین سطح اعتماد (۲۸ درصد) در میان افراد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر مشاهده شده است [۸]. این عدم اعتماد، منجر به بروز رفتارهای رانت جویی، پرداخت های زیرمیزی و استفاده از روابط شخصی برای دسترسی به خدمات می شود که خودِ کارایی نظام سلامت را کاهش می دهد.

تجارب موفق بین‌المللی در سهمیه‌بندی صریح

انگلستان و NICE: موسسه ملی تعالی بالینی و سلامت (NICE) در انگلستان از پیشگامان سهمیه‌بندی صریح است. NICE با استفاده از روش‌های ارزیابی فناوری سلامت (HTA) و معیار آستانه اثربخشی هزینه (۳۰-۲۰ هزار پوند به ازای هر QALY)، تصمیمات شفاف و مبتنی بر شواهد در مورد پوشش خدمات و داروها اتخاذ می‌کند [۹]. این رویکرد باعث شده NHS با بودجه محدود، یکی از کارآمدترین نظام‌های سلامت در اروپا باشد. فرآیند شفاف NICE شامل مشارکت ذی‌نفعان، انتشار عمومی گزارش‌ها و فرآیند استیناف است که پاسخگویی را تضمین می‌کند.

نیوزیلند و PHARMAC: آژانس مدیریت دارویی نیوزیلند (PHARMAC) مدل موفقی از مذاکره قیمت و اولویت‌بندی دارویی ارائه کرده است. با استفاده از چارچوب چندمعیاره تصمیم‌گیری (MCDA) که شامل اثربخشی هزینه، شدت بیماری، نیاز برآورده‌نشده و اثرات توزیعی است، PHARMAC توانسته با کمترین سرانه هزینه دارو در میان کشورهای OECD، پوشش جامعی ارائه دهد [۱۰]. شفافیت فرآیند و مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری، مشروعیت اجتماعی بالایی برای این سازمان ایجاد کرده است.

تایلند و بسته خدمات پایه فراگیر: تایلند به عنوان یک کشور با درآمد متوسط، با تعریف شفاف بسته خدمات پایه سلامت (BPHS) و استفاده از HTA برای تصمیم‌گیری‌های پوشش، پوشش همگانی سلامت را محقق کرده است. تجربه تایلند نشان می‌دهد که سهمیه‌بندی صریح نه تنها در کشورهای پردرآمد، بلکه در کشورهای با منابع محدود نیز امکان‌پذیر و مؤثر است [۱۱]. مشارکت جامعه مدنی و نهادینه‌سازی تصمیم‌گیری مشارکتی از درس‌های کلیدی این تجربه است.

توصیه‌های سیاستی: گذار به سهمیه‌بندی صریح با رویکرد بیمه‌ای

۱- ایجاد نهاد مستقل ارزیابی فناوری سلامت: باید یک نهاد مستقل و فناور به سبک NICE یا PHARMAC تحت نظارت وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تشکیل شود. این نهاد وظیفه ارزیابی نظام‌مند فناوری‌ها، داروها و خدمات سلامت را بر اساس معیارهای اثربخشی بالینی، اثربخشی هزینه و تأثیر بر عدالت

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.297]

خواهد داشت. استقلال علمی، ترکیب چندرشته‌ای متخصصان و تضمین بودجه پایدار از الزامات اساسی این نهاد است.

۲- تدوین و اجرای بسته خدمات اساسی بیمه‌ای: بر اساس یافته‌های نهاد HTA، باید بسته جامع خدمات اساسی تعریف و به صورت دوره‌ای به‌روزرسانی شود. این بسته باید سطوح مختلف پوشش را مشخص کند: خدمات کاملاً پوشش داده‌شده با اولویت بالا، خدمات با پوشش جزئی و شرایط مشخص، و خدمات خارج از پوشش بیمه. معیارهای ورود و خروج خدمات باید شفاف، مبتنی بر شواهد و قابل دفاع باشند. ترکیب معیارهای چندگانه شامل شدت بیماری، اثربخشی، هزینه‌اثربخشی، و برابری در دسترسی ضروری است.

۳- شفافیت و مشارکت ذی‌نفعان: تمام فرآیندهای تصمیم‌گیری، معیارها و دلایل پشت تصمیمات باید به صورت عمومی منتشر شوند. باید مکانیزم‌های مشارکت فعال بیماران، ارائه‌دهندگان خدمات، جامعه علمی و عموم مردم در فرآیند تصمیم‌گیری ایجاد شود. برگزاری جلسات استماع عمومی، دریافت نظرات و ایجاد کمیته‌های مشورتی شهروندی می‌تواند مشروعیت اجتماعی تصمیمات را تقویت کند. فرآیند استیناف و بازنگری تصمیمات نیز باید پیش‌بینی شود.

۴- تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی و پژوهشی: برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، نیاز به سیستم‌های قوی جمع‌آوری و تحلیل داده است. سرمایه‌گذاری در پایگاه‌های داده یکپارچه بیمه، توسعه ظرفیت‌های تحقیقات هزینه اثربخشی بومی، و آموزش نیروی انسانی متخصص در HTA و اقتصاد سلامت ضروری است. همکاری با دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی برای تولید شواهد محلی باید تقویت شود.

۵- مدیریت تغییر و ارتباطات عمومی: گذار به سهمیه‌بندی صریح نیازمند تغییر فرهنگ سازمانی و ذهنیت عمومی است. برنامه جامع ارتباطات عمومی برای توضیح ضرورت، منطق و عدالت سهمیه‌بندی صریح ضروری است. آموزش پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درباره اهمیت تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش و استفاده بهینه از منابع باید اولویت داشته باشد. رویکرد تدریجی با شروع از حوزه‌های غیربحران زا مانند داروهای جدید گران‌قیمت می‌تواند مقاومت را کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

سهمیه‌بندی در نظام سلامت اجتناب‌ناپذیر است، اما شیوه اجرای آن تعیین‌کننده عدالت و کارآیی نظام خواهد بود. نظام بیمه سلامت ایران با ادامه سهمیه‌بندی ضمنی، هزینه‌های سنگین نابرابری، ناکارآمدی اقتصادی و فرسایش اعتماد عمومی را متحمل می‌شود. تجربه کشورهای موفق نشان می‌دهد که گذار به سهمیه‌بندی صریح با وجود چالش‌های سیاسی و اجتماعی، امکان‌پذیر و مفید است. این گذار نیازمند اراده سیاسی قوی، سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و مدیریت دقیق تغییر است، اما دستاوردهای آن به‌مراتب بیشتر از هزینه‌های آن خواهد بود. وقت آن رسیده که نظام سلامت ایران با پذیرش شفافیت و پاسخگویی، به سوی سهمیه‌بندی صریح و عادلانه حرکت کند.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر با کد IR.YUMS.REC.1405.029 مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی یاسوج قرار گرفت.
تضاد منافع: نویسندگان این مقاله اعلام داشت که هیچگونه تضاد منافعی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: همه نویسندگان سهم یکسانی درتهیه و تدوین این مقاله نقش داشتند.
منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Klein R. Rationing in the fiscal ice age. Health Econ Policy Law. 2010;5(4):389-96.
2. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. Int J Equity Health. 2008;7:4.
3. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. 2001;53(9):1149-62.
4. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran: Equity and sustainability concerns. Int J Health Policy Manag. 2015;4(10):637-40.
5. Statistical Center of Iran. Household Income and Expenditure Survey. Tehran: SCI; 2023.
6. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: Who is at risk of incurring catastrophic payments? Int J Health Care Finance Econ. 2011;11(4):267-85.
7. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. Value Health. 2017;20(2):206-12.
8. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, et al. So near, so far: Four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. Arch Iran Med. 2019;22(10):592-605.
9. Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. BMJ. 2004;329(7459):224-7.
10. Grocott R. Applying programme budgeting and marginal analysis in the health sector: 12 years of experience. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009;9(2):181-7.
11. Teerawattananon Y, Luz A, Pilasant S, et al. How to meet the demand for good quality, timely health technology assessment for universal health coverage: A roadmap for low- and middle-income countries. Health Res Policy Syst. 2009;7:11.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.297]