فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران| دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱| صفحات ۲ تا ۵

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

امیرحسین تکیان[۱،۲،۳،۴*] MD, PhD، **علیرضا اولیایی‌منش**[۱،۵] MD, PhD، **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] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۵] 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 دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱ **تاریخ تصحیح:** ۱۴۰۱/۰۲/۲۷ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۲/۲۵ **تاریخ انتشار آنلاین:** ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

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 توامان هم پیش‌شرط، هم پیامد وهم 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 سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها، برای همه یکسان و مستقل از ظرفیت پرداخت خانوار باشد [۴]. سنجه‌های 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[۳]، منحنی تجمعی[۴]، 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 معمولا برای خانوار مشکل ایجاد می‌کند[۶،۷،۸،۹]. کانون هزینه‌ها در خانوارهای ضعیف معمولا هزینه‌های بستری است، در حالی که برای خانواده‌های

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

حیطه	علل/ ریشه ها
پوشش هزینه خدمات	عدم وجود یک رویکرد نظام‌مند جهت جمع‌آوری منابع به منظور بازتوزیع عادلانه منابع مالی
	ارتباط کم میزان حق بیمه با توان مالی بیمه شده ها؛ 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 برنامه ها؛ منابع یا اغلب پیش‌بینی نشده است و یا تخصیص نیافته است
	ناپایداری منابع مالی و عدم تحقق و تخصیص اعتبارات مصوب
پوشش خدمات سلامت	عدم انجام سیاست‌گذاری‌های بلند مدت و آینده نگرانه در خصوص روش پوشش عادلانه خدمات سلامت
	عدم وجود پروتکل‌های شفاف در خصوص پوشش خدمات و داروی بیماری‌های نادر
	عدم وجود پروتکل شفاف در خصوص تعارض بین عدالت و کارآیی
	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 تصمیم گیری 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 ذینفع ها
	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
علل مرتبط با حاکمیت و سیاست‌گذاری	علی رغم تعدد نهادهای نظارتی، کیفیت نظارت‌ها بسیار پایین است
	نظارت بر اجرای قوانین یا اغلب به خوبی دنبال نمی‌شود یا بسیار کمرنگ است.
	نظارت بر خرید راهبردی به طور مستقل تقریبا 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
	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 ماموریت نهادهای درگیر در زمینه خرید راهبردی
	عدم تفکیک نقش ارائه‌کننده از تولیت، فقدان قدرت خرید (purchasing power) و استقلال (autonomy) نهادهای خریدار

برخوردارتـر، هزینه داروهای گران‌قیمت، مثـلا برخی داروهای شـیمی درمانی که بعضاً اصل اثربخشـی آنها مورد ابهام اسـت، می‌تواننـد هزینه‌هـای کمتر قابـل تحمل ایجاد کنند. بیشـتر مطالعـات، میـزان هزینه‌های کمرشـکن را بین ۳ تـا ۶ درصد گـزارش داده انـد[۶,۷,۱۰,۱۱,۱۳] که ایـن هزینه‌ها در برخی گروه بیماران خاص بیشـتر اسـت تـا جایی که بـرای بیماران سـرطانی تا ۶۷,۹ درصد محاسبه شده اسـت[۷]. در واقع، اکثر افرادی که با هزینه‌های بالای سلامت مواجه هستند، در معرض هزینه‌های کمرشـکن قرار می‌گیرند که نشـان‌گر لزوم حمایت مالی بیمه‌ها بـرای دوری از مواجهه با هزینه‌های بالا و به دنبال آن هزینه‌های کمرشـکن و برنامه اثربخـش برای بهبود کارآیی است[۱۰]. همچنین باتوجه به اینکه بیشترین میزان پرداخت از جیب شـهروندان ایرانی در فقیرترین دهک‌های جامعه رخ داده اسـت[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 اسـت [۱۵]. باتوجه به بار فزاینـده بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌هـای غیرواگیر و معلولیت‌هـا در خانواده‌ها که از دلایل مهم بروز هزینه‌های کمرشـکن در میان هموطنان است، سیاسـت‌گذاری مناسب و آگاه از شواهد با هدف ارتقای سلامت، گسترش معنادار خودمراقبتی و پوشش موثرخدمات درمانی، دارو و توانبخشی این دسته از شهروندان، به‌ویژه در شرایط اقتصادی دشوار فعلی و ملاحظات پساکووید، بسیار ضروری است[۱۶].

ناموزونی توزیع هزینه‌های سلامت در بین دهک‌های هزینه ای خانوارهای کشـور، نشـان دهنده فقدان تناسب و بی‌عدالتی بسیار شدید و افزایش محسوس شاخص سهم پرداخت از جیب در میان اقشـار نابرخوردار و همچنین در مناطق روسـتایی در مقایسه با شهرنشینان است. به علاوه، مطالعات نشان می‌دهد که پرداخت هزینه‌های درمانی در سالیان اخیر به گونه فزاینده‌تری بـه افزایش خانوارهای زیـر خط فقر انجامیده اسـت، به‌طوری که حدود ۱۱درصد از روسـتاییان زیر خـط فقر، صرفا به دلیل تحمل هزینه‌های درمانی به زیر خط فقر رانده شـده‌اند. آشـکار است برخی از عوامل اجتماعی مانند سن، جنس، محل سکونت (شهری یا روسـتایی)، میزان تحصیلات، اشتغال و اندازه خانوار نیز در قرار گرفتن خانوارها در محدوده هزینه‌های کمرشـکن و فقرزای سلامت اثرگذار است [۴].

نابرابری‌های مزمن موجود در مشـارکت مالی نظام سلامت کشورمان، نشانگر لزوم اولویت‌بخشی به انجام اصلاحات در نظام تأمین مالی سـلامت به‌عنوان یک هـدف بلندمدت و به گونه‌ای اسـت که بتوانـد ضمن ایجاد منابـع مالی پایـدار میان‌مدت و طولانی‌مدت، سـبب کاهش پرداخـت از جیب مردم، رفع موانع اقتصادی، دسترسـی عادلانه به خدمات سلامت و بهره‌مندی از آن، در بستر بهبود کارآیی 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 شـفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری و مشـارکت بهتر شـهروندان در فرآیند تصمیم‌سـازی سلامت، همکاری معنادار بین بخشـی، اسـتقرار اثربخـش برنامه خرید راهبردی خدمات سـلامت، اصلاحات روش تعریف و تهیه بسته جامع خدمات سلامت با اولویت خدمات ارتقای سلامت، گسترش فرهنگ خودمراقبتی شـهروندان با اعمال مشوق‌های لازم برای رفتار سـلامت‌محور از طریق نظام توانمند بیمه‌ای، اصلاح نظام پرداخت بر مبنای عملکرد، استقرار نظام پزشکی خانواده و ارجاع سـطح‌بندی شده بر بستر نظام جامع سلامت الکترونیک باتوجه ویژه به شهروندان نابرخوردار، گروه‌های آسیب‌پذیر، روستاییان و حاشیه‌نشینان است. بر پایه اصل ۲۹ قانون اساسی و سیاست‌های گوناگون بالادسـتی، این مهم باید به‌عنوان یک وظیفه ملی برای تحقق سـلامت همه‌جانبه حق بدیهی سـلامت مردم، توسـط قانون‌گذاران و دولت با جدیت به رسـمیت شـناخته شـود و با پرهیـز از گرایش‌ها و اهداف کوتاه‌مدت سیاسـی برای انجام آن اهتمام شـود. سـعادت و پایداری جامعه ایرانی در گرو سلامت همه جانبه، نه‌فقط نداشـتن بیماری جسمی شهروندان است که عدالت اجتماعی به معنای هدف غایی حکمرانی بدون آن هرگز دست‌یافتنی نیست.

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 منافعی 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.
3. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamentalcCauses of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. J Health Soc Behav. 2010;51(1_suppl):S28-40. doi: 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. Olyaee 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, Haghighatfard 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.
7. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. J Prev Med Public Health. 2019;52(4):214. doi: 10.3961/jpmph.19.046.
8. Kheibari MJ, Esmaeili 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.
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, Ramezanian 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.
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.
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.