Research Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 2, Summer 2025 | Pages: 122-131

journal.ihio.gov.ir

Estimating the Financial Burden on the Health Insurance Organization from Services Provided to Foreign Nationals in Yazd Province, Iran

Rozita Saeidi[1] MD, Mehdi Raadabadi[2*] PhD, Reza Valagohar[1] MD, Seyed Ali Darijani[3] MD, Mohammad Ranjbar[1,2] PhD

[1] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

[2] Health Policy and Management Research Center, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

[3] School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

***Correspondence to:** Mehdi Raadabadi, Email: mehdiraadabadi@gmail.com

Received: May 22, 2025 **Revised:** July 30, 2025 **Accepted:** September 2, 2025 **Online Published:** September 2, 2025

Abstract

Introduction: With the growing population of migrants in Iran's host provinces, including Yazd, providing health services to insured foreign nationals has imposed a substantial financial burden on insurance resources. This study aimed to estimate the financial burden of health services provided to insured foreign nationals in Yazd province.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted in 2024. The study population included all foreign nationals covered by health insurance in Yazd who utilized medical services during that year. Data were extracted from the HIS system and the Iran Health Insurance Organization database, cleaned, and analyzed using SPSS version 25.

Results: In 2024, a total of 4,493 hospitalizations of foreign nationals were recorded, of which 53.8% were female and 46.2% male. The total cost of inpatient services amounted to 160.7 billion IRR, with the Health Insurance Organization covering 90.5% of this amount. Physician services represented the largest share of costs (66%). The recovery discharge rate was 99.2%, while in-hospital mortality accounted for 0.8%. Children under five and middle-aged women were the groups with the highest financial burden.

Conclusion: The financial burden of health services for foreign nationals in Yazd is considerable. Revising financing policies, strengthening primary care, targeting insurance coverage, and securing international support are essential to improve the financial sustainability of the Health Insurance Organization.

Keywords: Foreign Workers, Health Insurance, Health Expenditures, Inpatients, Yazd

Highlights:

1. The largest financial burden was associated with inpatient services, particularly physicians' services, while medication and paraclinical costs contributed less, indicating a concentration of resources on direct clinical care.
2. The Health Insurance Organization covered over 90% of total inpatient and outpatient costs, highlighting the critical role of insurance in alleviating the financial burden on patients and their families.

Citation:
Saeidi R, Raadabadi M, Valagohar R, Darijani SA, Ranjbar M. Estimating the financial burden on the health insurance organization from services provided to foreign nationals in Yazd province, Iran. Iran J Health Insur. 2025;8(2):122-31.

Copyright © 2025 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.8.2.122]

مقاله پژوهشی

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴ | صفحات ۱۲۲ تا ۱۳۱

بررسی بار مالی منتسب به سازمان بیمه سلامت ناشی از خدمات ارائه شده به اتباع در استان یزد

رزیتا سعیدی[۱] MD، مهدی رعدآبادی[۲*] PhD، رضا والاگهر[۱] MD، سیدعلی دریجانی[۳] MD، محمد رنجبر[۱،۲] PhD

[۱] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

[۲] مرکز تحقیقات مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[۳] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** مهدی رعدآبادی، پست الکترونیک: mehdiraadabadi@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱ **تصحیح:** ۱۴۰۴/۰۵/۰۸ **پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۶/۱۱ **انتشار آنلاین:** ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

چکیده

مقدمه: با توجه به رشد فزاینده جمعیت مهاجران در استان‌های مهاجرپذیر ایران، از جمله یزد، ارائه خدمات سلامت به اتباع خارجی تحت پوشش بیمه سلامت، بار مالی قابل توجهی بر منابع بیمه‌ای وارد کرده است. این مطالعه با هدف برآورد بار مالی ناشی از خدمات ارائه‌شده به اتباع خارجی بیمه‌شده در استان یزد انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه اتباع خارجی تحت پوشش بیمه سلامت در استان یزد بود که در سال مذکور از خدمات درمانی استفاده کرده بودند. داده‌ها از سامانه HIS و پایگاه اطلاعاتی سازمان بیمه سلامت استخراج، پاکسازی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: در مجموع، ۴۴۹۳ مورد بستری اتباع خارجی در سال ۱۴۰۳ ثبت شده بود که ۵۳/۸ درصد زن و ۴۶/۲ درصد مرد بودند. کل هزینه خدمات بستری بالغ بر ۱۶۰,۷ میلیارد ریال بود که ۹۰/۵ درصد آن توسط سازمان بیمه سلامت تأمین شده بود. بیشترین سهم هزینه مربوط به خدمات پزشک (۶۶ درصد) بود. نرخ ترخیص با بهبودی ۹۹/۲ درصد و مرگ‌ومیر داخل بیمارستان ۰/۸ درصد گزارش شده بود. گروه‌های سنی کودکان زیر ۵ سال و زنان میانسال بیشترین بار هزینه‌ای را به خود اختصاص داده بودند.

نتیجه‌گیری: بار مالی خدمات سلامت اتباع در استان یزد قابل توجه است. بنابراین بازنگری در سیاست‌های تأمین مالی، تقویت خدمات سطح اول، هدفمند کردن پوشش بیمه‌ای و جلب حمایت بین‌المللی برای ارتقای پایداری مالی سازمان بیمه سلامت ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: کارگران خارجی، بیمه سلامت، هزینه‌های سلامت، بیماران بستری، یزد

نکات ویژه

۱- بیشترین بار مالی مربوط به خدمات بستری به ویژه خدمات پزشکان بود، در حالی که هزینه‌های دارو و پاراکلینیک سهم کمتری داشتند و این نشان‌دهنده تمرکز منابع بر مراقبت‌های مستقیم بالینی است.

۲- سازمان بیمه سلامت بیش از ۹۰ درصد کل هزینه‌های بستری و سرپایی را پوشش داد که نقش مهم بیمه در کاهش بار مالی بر بیماران و خانواده‌ها را نشان می‌دهد.

مقدمه

پدیده مهاجرت در قرن ۲۱ به یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی، اقتصادی و به‌ویژه سلامت عمومی در کشورهای میزبان تبدیل شده است. طبق گزارش سازمان بین‌المللی مهاجرت (IOM)، در سال ۲۰۲۳ بیش از ۲۸۰ میلیون مهاجر بین‌المللی در جهان زندگی می‌کردند که بسیاری از آنان با چالش‌های جدی در دسترسی به خدمات سلامت مواجه بودند[۱]. در این میان، ایران به دلیل مجاورت با افغانستان و تحولات مستمر سیاسی و امنیتی در این کشور، همواره یکی از مقاصد اصلی مهاجرت اتباع افغانستانی بوده است [۲].

طبق برآوردهای کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل (UNHCR)، ایران میزبان بیش از ۴ میلیون تبعه افغانستانی است که بخشی از آنان به‌صورت رسمی و بخش قابل

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

توجهی به‌صورت غیررسمی در کشور اقامت دارند [۳]. حضور این جمعیت در مناطق مختلف کشور، به‌ویژه در استان‌هایی نظیر یزد، منجر به افزایش فزاینده تقاضا برای خدمات سلامت شده است. استان یزد به دلیل دارا بودن بیمارستان‌های مجهز، پزشکان مجرب و هزینه‌های درمانی کمتر نسبت به برخی استان‌ها، یکی از مراکز اصلی مراجعات اتباع خارجی به شمار می‌رود [۴].

سازمان بیمه سلامت ایران در راستای تعهدات انسانی، اجتماعی و بین‌المللی خود، طی سال‌های اخیر اقدام به تحت پوشش قرار دادن اتباع خارجی، به‌ویژه پناهندگان، در قالب طرح‌های ویژه بیمه سلامت کرده است [۵]. این طرح‌ها که با همکاری سازمان‌های بین‌المللی مانند UNHCR تأمین مالی می‌شود، خدمات بستری، سرپایی، دارویی و پاراکلینیکی را در سطحی مشابه با بیمه‌شدگان ایرانی به اتباع ارائه می‌دهند [۶]. با این حال، رشد فزاینده تقاضا، ناکافی بودن مشارکت مالی مهاجران و نوسانات ارزی، فشار مضاعفی بر منابع مالی سازمان بیمه سلامت به‌ویژه در استان‌های مهاجرپذیر وارد کرده است [۷].

از سوی دیگر، نظام سلامت ایران طی یک دهه اخیر با چالش‌هایی چون افزایش هزینه‌های سلامت، محدودیت منابع عمومی، رشد جمعیت سالمندی و بار بیماری‌های غیرواگیر مواجه بوده است [۸]. در چنین شرایطی، تخصیص منابع به گروه‌های خاصی مانند اتباع، در غیاب داده‌های دقیق و تحلیل‌های مالی، ممکن است منجر به نارضایتی عمومی، کاهش کیفیت خدمات و تهدید پایداری بیمه‌ها شود [۹]. بررسی‌ها در کشورهای مشابه نشان می‌دهد که نبود سیاست‌های مبتنی بر شواهد در قبال مهاجران، منجر به اتلاف منابع و تضعیف نظام سلامت شده است [۱۰].

مطالعه حاضر با هدف برآورد بار مالی ناشی از خدمات سلامت ارائه‌شده به اتباع خارجی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در استان یزد، تلاش دارد تا با بهره‌گیری از داده‌های واقعی سامانه‌های الکترونیکی، تصویری روشن از ابعاد اقتصادی این مسئله ارائه دهد. این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز طراحی سیاست‌های عادلانه‌تر و تعامل مؤثرتر با نهادهای بین‌المللی، همچنین بهبود مدیریت مالی بیمه در سطح استانی و ملی شود.

روش بررسی

نوع مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۳ در استان یزد انجام شد و از نوع تحلیل ثانویه داده‌های موجود محسوب می‌شود.

جامعه مورد بررسی

جامعه مورد تحقیق شامل کلیه اتباع خارجی (افغان) بود که در سال ۱۴۰۳ از خدمات بیمه سلامت ایران در استان یزد استفاده کرده بودند. این جامعه شامل افرادی بود که دارای کارت آمایش یا هویت معتبر بوده و برای دریافت خدمات درمانی به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت پوشش بیمه سلامت در یزد مراجعه کرده بودند. بر اساس گزارش‌های سازمان بیمه سلامت ایران، در سال ۱۴۰۳، حدود ۴۵,۰۰۰ تبعه خارجی در یزد تحت پوشش بیمه سلامت قرار داشتند که اکثریت آنها اتباع افغان بودند.

محیط انجام تحقیق شامل بیمارستان‌های دولتی و مراکز درمانی تحت قرارداد با سازمان بیمه سلامت در استان یزد بود. یزد به دلیل موقعیت جغرافیایی و فرصت‌های شغلی، میزبان تعداد قابل‌توجهی از اتباع خارجی بود که این موضوع فشار مالی و زیرساختی بر نظام سلامت منطقه وارد کرده بود. این بیمارستان‌ها به دلیل دسترسی به سامانه اطلاعاتی بیمه سلامت و ثبت دقیق داده‌های مالی و درمانی، به‌عنوان محیط اصلی جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

* داشتن تابعیت افغان و اقامت قانونی در ایران (دارای کارت آمایش یا هویت).

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

* دریافت خدمات درمانی تحت پوشش بیمه سلامت در یزد در بازه زمانی سال ۱۴۰۳.
* ثبت اطلاعات کامل در سامانه اطلاعاتی بیمه سلامت، شامل هزینه‌های بستری، سرپایی، دارو، یا خدمات پاراکلینیکی.

معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود:
* اتباع غیرافغان (مانند اتباع عراقی یا پاکستانی).
* اتباع افغانی که از خدمات بیمه سلامت استفاده نکرده بودند (مانند افرادی که هزینه‌ها را به‌صورت مستقیم پرداخت کرده بودند).
* افرادی که اطلاعات ناقص یا غیرقابل‌تطبیق در سامانه داشتند.

این معیارها به شناسایی دقیق جامعه هدف کمک کرد و باعث جلوگیری از ورود داده‌های غیرمرتبط به تحلیل شد. باتوجه به ماهیت مطالعه که به‌صورت سرشماری انجام شد، حجم نمونه برابر با کل جامعه در نظر گرفته شد و تمامی اتباع خارجی (افغان) که در سال ۱۴۰۳ از خدمات بیمه سلامت در یزد استفاده کرده بودند، در مطالعه گنجانده شدند. این رویکرد سرشماری امکان تحلیل جامع و دقیق بار مالی خدمات سلامت را فراهم کرد و نیازی به نمونه‌گیری نبود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها توسط یک چک‌لیست انجام شد که بر اساس متغیرهای موردنیاز تحقیق طراحی شده بود. این چک‌لیست شامل فیلدهای زیر بود:
* کد شناسایی بیمار (کد آمایش)
* نوع خدمات درمانی (بستری، سرپایی، دارو، پاراکلینیکی)
* هزینه هر نوع خدمت (به تفکیک)
* تاریخ دریافت خدمت

چک‌لیست به‌صورت الکترونیکی و در قالب فایل اکسل طراحی شد تا استخراج داده‌ها از سامانه اطلاعاتی بیمه سلامت تسهیل شود. این ابزار با همکاری کارشناسان سازمان بیمه سلامت یزد و بر اساس استانداردهای ثبت داده‌های درمانی طراحی شد تا از دقت و جامعیت داده‌ها اطمینان حاصل شود. همچنین برای اطمینان از روایی ابزار، چک‌لیست طراحی‌شده توسط سه نفر از کارشناسان سازمان بیمه سلامت و دو نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی یزد که در زمینه اقتصاد و سیاست‌گذاری سلامت تخصص داشتند، بررسی شد. روایی محتوایی ابزار از طریق دریافت نظرات این متخصصان تأیید شد.

روش گردآوری داده‌ها

داده‌ها از طریق دسترسی مستقیم به سامانه اطلاعاتی بیمه سلامت استان یزد جمع‌آوری شدند. ابتدا پژوهشگر با دریافت مجوزهای لازم، به سامانه دسترسی پیدا کرد و داده‌های مربوط به اتباع خارجی (افغان) در سال ۱۴۰۳ استخراج شد. این داده‌ها شامل هزینه‌های بستری، سرپایی، دارو، و خدمات پاراکلینیکی بود که در قالب فایل‌های اکسل سازمان‌دهی شدند. برای اطمینان از صحت داده‌ها، فرآیند استخراج با نظارت کارشناسان سامانه انجام شد و داده‌های ناقص یا غیرمرتبط حذف شدند. در نهایت، داده‌های پاکسازی‌شده برای تحلیل به نرم‌افزار SPSS منتقل شدند.

روش تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری‌شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند. برای تحلیل توصیفی، از شاخص‌های آماری مانند میانگین، میانه، انحراف معیار و فراوانی استفاده شد. هزینه‌های درمانی به تفکیک نوع خدمات (بستری، سرپایی، دارو، و پاراکلینیکی) محاسبه و در قالب جداول و نمودارهای توزیع فراوانی ارائه شدند.

یافته‌ها

مجموع کل پرونده‌های بستری بررسی‌شده در بازه زمانی مطالعه، ۴۴۹۳ مورد بود که از این تعداد، ۲۰۷۸ پرونده

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

مربوط به مردان (حدود ۴۶/۲ درصد) و ۲۴۱۵ پرونده مربوط به زنان (حدود ۵۳/۸ درصد) بوده است. در بررسی رده‌های سنی، بیشترین تعداد پرونده در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال با مجموع ۴۳۰ مورد مشاهده شد که از این تعداد ۲۲۵ نفر مرد و ۲۰۵ نفر زن بوده‌اند. گروه‌های سنی ۵۰-۵۴ سال (۴۰۵ مورد)، ۱۰-۱۴ سال (۳۳۳ مورد) و ۱۵-۱۹ سال (۳۶۳ مورد) نیز از جمله گروه‌هایی هستند که بار بالایی از بستری‌ها را به خود اختصاص داده بودند (جدول ۱).

بر اساس جدول ۲، کل هزینه خدمات بستری ۱۶۰,۷ میلیارد ریال بوده که ۱۴۵,۵ میلیارد ریال آن توسط بیمه سلامت پرداخت شده و معادل ۹۰,۵ درصد پوشش دارد. بیشترین هزینه مربوط به خدمات پزشک و بیشترین درصد پوشش بیمه مربوط به خدمات پاراکلینیک است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که مجموع هزینه‌های بستری، دارو و خدمات پاراکلینیکی در زنان کمی بیشتر از مردان بوده است. به‌طوری که سهم زنان ۵۳/۸ درصد و سهم مردان ۴۶/۲ درصد از کل پرونده‌ها را تشکیل می‌دهد. بیشترین هزینه در هر دو جنس مربوط به خدمات پزشکان است و پس از آن دارو در رتبه بعد قرار دارد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که در مجموع، هزینه‌های بستری با رقم ۱۶۰,۷ میلیارد ریال تقریباً دو برابر هزینه‌های سرپایی به میزان ۸۳,۸ میلیارد ریال است. بیشترین سهم هزینه در بخش بستری مربوط به خدمات پزشک و در بخش سرپایی مربوط به دارو بوده و در هر دو بخش، خدمات پاراکلینیک کمترین سهم هزینه را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۵ نشان می‌دهد که بیشترین هزینه‌ها مربوط به بیماران بهبودیافته است، به‌طوری‌که ۹۳/۸ درصد از کل هزینه‌ها و ۹۹/۲ درصد از پرونده‌ها را شامل می‌شود. در مقابل، بیماران فوتی تنها ۰/۸ درصد پرونده‌ها و ۶/۲ درصد کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده‌اند.

▼ جدول ۱- توزیع فراوانی پرونده‌های بستری اتباع خارجی به تفکیک سن و جنس

گروه سنی (سال)	مرد (تعداد)	زن (تعداد)	جمع	درصد از کل
۰-۴	۳۷۸	۳۱۴	۶۹۲	۱۵/۴
۵-۱۴	۲۷۱	۲۶۲	۵۳۳	۱۱/۹
۱۵-۱۹	۲۱۱	۲۲۶	۴۳۷	۹/۷
۲۰-۲۴	۴۰۳	۴۱۹	۸۲۲	۱۸/۳
۲۵-۴۹	۵۸۲	۸۱۶	۱۳۹۸	۳۱/۱
۵۰-۶۴	۱۴۲	۲۷۸	۴۲۰	۹/۴
≥۶۵	۸۹	۱۰۲	۱۹۱	۴/۲
جمع کل	۲۰۷۶	۲۴۱۷	۴۴۹۳	۱۰۰

▼ جدول ۲- بار مالی خدمات بستری بر اساس نوع خدمت و سهم بیمه سلامت

هزینه کل (میلیارد ریال)	سهم پرداختی سازمان (میلیارد ریال)	درصد پوشش بیمه	نوع خدمت
۱۰۶,۳	۹۵,۴	۸۹/۷	خدمات پزشک
۴۵,۱	۴۱,۶	۹۲/۳	دارو
۹,۲	۸,۵	۹۲/۴	پاراکلینیک
۱۶۰,۷	۱۴۵,۵	۹۰/۵	جمع کل

▼ جدول ۳- مجموع هزینه‌های بستری، دارو و لوازم مصرفی بستری و خدمات پاراکلینیکی بستری به تفکیک جنسیت (میلیون ریال)

	زن	مرد	جمع کل
بستری-پزشکان	۵۵,۱۹۲,۶۴۰,۶۲۱	۵۱,۱۵۳,۴۸۳,۳۹۹	۱۰۶,۳۴۶,۱۲۴,۰۲۰
پاراکلینیک	۴,۸۶۸,۶۶۸,۱۴۳	۴,۳۹۵,۷۵۷,۱۲۷	۹,۲۶۴,۴۲۵,۲۷۰
دارو	۲۱,۰۳۲,۲۴۱,۷۲۸	۲۴,۱۰۳,۰۶۰,۱۰۵	۴۵,۱۳۵,۳۰۱,۸۳۳
سهم سازمان	۸۱,۰۹۳,۵۵۰,۴۹۲	۷۹,۶۵۲,۳۰۰,۶۳۱	۱۶۰,۷۴۵,۸۵۱,۱۲۳
تعداد پرونده	۲,۴۱۵	۲,۰۷۸	۴,۴۹۳
درصد	۵۳/۸	۴۶/۲	۱۰۰

▼ جدول ۴- مجموع هزینه‌های بستری، دارو و لوازم مصرفی بستری و خدمات پاراکلینیکی بستری به تفکیک جنسیت (میلیون ریال)

	پزشک	دارو	پاراکلینیک	جمع کل
سرپایی	۱۵,۴۸۶,۴۷۳,۱۱۵	۵۹,۵۸۹,۹۸۰,۷۱۴	۸,۶۹۴,۰۶۱,۱۳۶	۸۳,۷۷۰,۵۱۴,۹۶۵
بستری	۱۰۶,۳۴۶,۱۲۴,۰۲۰	۴۵,۱۳۵,۳۰۱,۸۳۳	۹,۲۶۴,۴۲۵,۲۷۰	۱۶۰,۷۴۵,۸۵۱,۱۲۳

▼ جدول ۵- وضعیت هزینه‌ها به تفکیک پرونده‌های بهبودیافته و فوتی

	فوتی	بهبود	جمع کل
مبلغ هزینه	۶,۶۱۸,۲۴۲,۷۷۰	۱۰۰,۱۲۷,۶۰۸,۳۵۳	۱۶۰,۷۴۵,۸۵۱,۱۲۳
درصد هزینه	۶/۲	۹۳/۸	۱۰۰
تعداد پرونده	۳۶	۴,۴۵۷	۴,۴۹۳
درصد پرونده	۰/۸	۹۹/۲	۱۰۰

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

▼ جدول ۶- وضعیت هزینه‌ها به تفکیک پرونده‌های بهبودیافته و فوتی

گروه خدمت	سهم سازمان ۱۴۰۲	سهم سهم بیماران خاص و صعب العلاج ۱۴۰۲	سهم ارزترجیحی ۱۴۰۲
جمع کل	۱۴۳,۷۲۸,۵۴۴,۷۲۰	۱,۰۳۱,۹۸۰,۵۳۵	۱۵,۹۸۵,۳۲۵,۸۶۸
لوازم مصرفی اتاق عمل	۵,۲۷۳,۸۰۸,۲۴۰	۱۳۹,۳۰۰,۹۱۶	۶۷۵,۲۵۸
آسیب‌شناسی	۴۹۶,۷۶۴,۰۱۵	۳۳,۵۹۳	۰
بیهوشی	۰	۰	۰
پزشک جراح	۰	۰	۰
سونوگرافی	۸۴۹,۵۰۸,۷۹۱	۵۲۶,۸۸۰	۰
رادیوگرافی	۶۵۸,۶۵۱,۶۹۵	۳۳۹,۶۲۴	۰
نوارنگاری	۶۳۳,۳۲۹,۵۷۳	۱,۲۱۸,۴۴۰	۰
آزمایشات تشخیص طبی	۵,۰۷۶,۳۸۵,۵۲۰	۶,۵۸۴,۶۶۵	۰
ویزیت	۱۳,۳۱۰,۸۴۰,۵۸۵	۳,۵۳۵,۰۶۰	۰
اتاق عمل	۲,۳۹۵,۱۵۱,۳۱۷	۰	۰
سایر	۴۲,۰۲۱,۶۲۹	۰	۰
داروی مصرفی اتاق عمل	۹۸۰,۸۶۲,۱۴۷	۲۴,۸۸۹,۰۹۴	۱,۱۷۹,۷۴۰,۳۵۴
خدمات مشاوره‌ای	۲,۴۲۶,۳۹۱,۱۷۴	۳,۱۴۴,۳۰۰	۰
کمک جراح	۹۹,۶۷۹,۲۵۱	۰	۰
هتلینگ	۳۸,۴۲۶,۰۵۴,۹۱۱	۸۴,۵۹۰,۴۰۰	۰
بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری	۱۵,۳۲۷,۶۵۶,۴۹۴	۵۵,۴۴۷,۸۶۰	۰
لوازم مصرفی بخش	۷,۶۲۱,۴۵۱,۲۲۸	۱۲۱,۲۹۳,۳۰۹	۲,۰۵۲,۲۱۰,۷۰۶
خدمات جراحی	۱۷,۴۱۴,۰۸۰,۱۹۴	۳۶۰,۸۶۰,۶۶۹	۰
داروی مصرفی بخش	۱۴,۸۳۶,۰۹۰,۵۶۲	۱۵۵,۵۶۹,۲۷۲	۱۲,۷۴۹,۴۱۰,۷۴۹
دیالیز	۸,۷۳۱,۰۹۴,۹۰۳	۱۵,۳۹۲,۵۰۰	۳,۲۸۸,۸۰۲
خدمات پرستاری	۵,۰۳۷,۶۴۰,۹۰۲	۶,۱۲۵,۸۹۸	۰
خدمات داخلی	۲۰۸,۰۳۷,۹۶۶	۰	۰
سیتی اسکن	۱,۵۹۶,۱۸۸,۶۴۷	۱,۸۰۴,۴۶۷	۰
خدمات مکمل براقدامات تشخیصی	۹۴,۹۳۵,۹۴۵	۵۴۷,۵۲۰	۰
اعمال مکمل تشخیص	۱,۵۹۸,۶۵۵,۲۷۳	۱,۰۸۴,۸۲۰	۰
همراه بیمار	۰	۴۸,۵۹۴,۷۷۰	۰
مداخلات عروقی	۰	۰	۰
انتقال خون	۱۰,۸۹۳,۱۵۰	۰	۰
خدمات تشخیصی چشم	۴,۶۳۷,۷۱۴	۰	۰
ام آر آی	۳۱۳,۰۸۳,۲۲۹	۹۶۱,۹۲۸	۰
فیزیوتراپی	۱۸۱,۵۴۱,۲۲۸	۱۳۴,۵۵۰	۰
آمبولانس	۰	۰	۰
پزشکی هسته‌ای	۵۸,۳۹۲,۶۸۸	۰	۰
شیمی‌درمانی	۱,۱۹۲,۰۰۰	۰	۰
کاردرمانی	۰	۰	۰
گفتاردرمانی	۰	۰	۰
شنوایی‌شناسی	۰	۰	۰
آزمایشات ژنتیک	۲۳,۵۲۳,۷۵۰	۰	۰

براساس داده‌های جدول ۶، مجموع هزینه‌های خدمات بستری در سال ۱۴۰۲ برای اتباع بیمه‌شده بالغ بر ۱۶۰ هزار میلیارد ریال بوده که از این میزان، ۸۹/۴ درصد توسط سازمان بیمه‌گر تأمین شده، ۱۰ درصد از طریق ارز ترجیحی و حدود ۰/۶ درصد نیز از محل اعتبارات بیماران خاص و صعب‌العلاج پرداخت شده است. بررسی سهم هر گروه خدمتی نشان می‌دهد که بیشترین هزینه‌ها به ترتیب مربوط به خدمات هتلینگ (حدود ۲۴ درصد از کل)، داروهای مصرفی بخش بستری (حدود ۱۷ درصد)، بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری (۱۰ درصد)، خدمات جراحی (۱۱ درصد) و ویزیت‌ها (۸ درصد) بوده است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بار مالی خدمات سلامت ارائه‌شده به اتباع خارجی تحت پوشش بیمه سلامت در استان یزد در سال ۱۴۰۳ قابل توجه بوده و بخش عمده‌ای از این هزینه‌ها (بیش از ۹۰ درصد) از محل منابع سازمان بیمه سلامت تأمین شده است. این سطح از مشارکت مالی بیمه، گرچه بیانگر تحقق عدالت نسبی در دسترسی به خدمات برای گروه‌های آسیب‌پذیر، مانند مهاجران، است، اما پایداری منابع بیمه‌ای را در بلندمدت به چالش می‌کشد. به‌ویژه در شرایطی که حق بیمه پرداختی از سوی اتباع در اغلب موارد بسیار کمتر از هزینه‌های واقعی درمان آنان است [۱۱].

از منظر اپیدمیولوژیک، تمرکز موارد بستری در گروه سنی ۲۰ تا ۴۹ سالگی که جزو جمعیت فعال و در سن کار محسوب می‌شود، با ساختار سنی کلی جامعه اتباع افغان در ایران همخوانی دارد. طبق گزارش وزارت کشور، بیش از ۶۰ درصد اتباع افغان ساکن ایران در سال ۱۴۰۲ در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال قرار دارند [۱۲]. با این حال، مشاهده سهم بالای گروه‌های خردسال (۰-۴ سال) در میان مردان و گروه‌های میانسال در میان

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

زنان، نکته‌ای مهم و قابل تأمل است. این یافته می‌تواند ناشی از شیوع بالای بیماری‌های تنفسی و گوارشی در کودکان و همچنین بیماری‌های مزمن مانند دیابت، کم‌خونی یا ناهنجاری‌های بارداری در زنان مهاجر باشد که دسترسی ناکافی به خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های بارداری می‌تواند آن را تشدید کند [۱۳].

یک بررسی سیستماتیک نشان داد که ۲۹ درصد از مهاجران افغان از بیماری‌های عفونی عمده، از جمله سل و مالاریا که در این جمعیت شایع است، رنج می‌برند. [۱۴] و مهاجران افغان به دلیل پیچیدگی مشکلات سلامتی و نیاز به مراقبت‌های تخصصی، هزینه‌های پزشکی بالاتری را متحمل می‌شود [۱۵].

از حیث هزینه‌ها، یافته‌ها نشان داد که خدمات پزشک، بیشترین سهم از کل هزینه‌های درمانی اتباع را داشته‌اند. این نکته قابل توجه است، زیرا در اغلب سیستم‌های سلامت، سهم هزینه‌های پزشک در خدمات بستری معمولاً کمتر از دارو یا اقدامات پاراکلینیکی است. این یافته می‌تواند ناشی از نوع بیماری‌های شایع در بین مهاجران، انجام جراحی‌های ضروری، یا تعرفه‌گذاری بالا در بخش خدمات پزشکی باشد. در مطالعه‌ای که توسط Yıldız و همکاران در ترکیه (۲۰۲۰) انجام شد، مشخص شد که در میان پناهندگان سوری، هزینه‌های جراحی‌های اورژانسی (به‌ویژه در زنان) بالاترین سهم را در هزینه‌های بستری تشکیل می‌دادند [۱۶].

درخصوص نرخ پایین مرگ‌ومیر (۰/۸ درصد) در این مطالعه، باید توجه داشت که این آمار از دو جنبه قابل تفسیر است: نخست، کیفیت قابل قبول خدمات درمانی در استان یزد به‌ویژه در مراکز دولتی و آموزشی و دوم، احتمال کمتر بودن مراجعه مهاجران با بیماری‌های بسیار حاد یا مرحله پایانی به بیمارستان، به دلیل محدودیت‌های مالی، فرهنگی یا اسنادی. یافته‌های پژوهشی در کانادا نشان می‌دهند که مهاجران، به‌ویژه مهاجران جدید، نسبت به شهروندان بومی، کمتر برای بیماری‌های پیشرفته به بیمارستان مراجعه می‌کنند. مطالعه‌ای در اونتاریو نشان داد که مهاجران جدید (کمتر از پنج سال در کانادا) احتمال کمتری برای بستری در بیمارستان به دلیل شرایطی که می‌توانستند از آن پیشگیری کنند (ACSC) دارند که ممکن است نشان‌دهنده مراجعه دیرهنگام یا کمتر به خدمات درمانی باشد.

همچنین، تحقیقی دیگر نشان داد که مهاجران جدید در مقایسه با ساکنان طولانی‌مدت، کمتر احتمال دارد که در پایان عمر از خدمات مراقبت‌های ویژه یا بستری در بیمارستان استفاده کنند که می‌تواند به دلیل موانع دسترسی به خدمات بهداشتی یا ترجیحات فرهنگی باشد.

این یافته‌ها با شرایط مهاجران در ایران نیز هم‌راستا هستند، جایی که ممکن است مهاجران به دلیل محدودیت‌های مالی، فرهنگی یا اسنادی، کمتر برای بیماری‌های پیشرفته به بیمارستان مراجعه کنند [۱۷].

از منظر کلان، پیامدهای مالی ناشی از خدمات‌دهی به مهاجران باید در دو سطح تحلیل شود:

الف) تأثیر بر منابع سازمان بیمه سلامت: این سازمان در سال‌های اخیر با افزایش تعداد بیمه‌شدگان، کاهش پرداختی از سوی دولت و رشد هزینه‌های درمانی مواجه بوده است. افزایش مصرف خدمات توسط اتباع، در حالی که مشارکت مالی آنها اندک و گاه با تأخیر است، می‌تواند بر تعادل مالی سازمان تأثیر منفی داشته باشد. بر اساس گزارش رسمی مرکز آمار ایران، سهم خدمات درمانی اتباع از بودجه سلامت برخی استان‌ها تا بیش از ۱۰ درصد نیز گزارش شده است [۱۸].

ب) تأثیر بر عدالت در دسترسی و رضایت عمومی: بخشی از انتقادات عمومی در سال‌های اخیر نسبت به بیمه سلامت، به دلیل برداشت عمومی از تبعیض مثبت در ارائه خدمات به مهاجران است. اگرچه این برداشت ممکن است مبتنی بر شواهد دقیق نباشد، اما مطالعات

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

نشان می‌دهند رضایت بیمه‌شدگان ایرانی از کیفیت خدمات، در برخی مناطق کاهش یافته و بخشی از آن به ازدحام ناشی از مراجعه اتباع نسبت داده شده است [۱۹].

نکته کلیدی دیگر، پوشش ندادن کافی خدمات سطح اول برای اتباع و نبود نظام ارجاع مؤثر برای این گروه است. این موضوع سبب می‌شود اتباع به‌جای مراجعه به مراکز بهداشتی اولیه، مستقیماً به بیمارستان مراجعه کرده و هزینه‌های سنگین‌تری ایجاد کنند. مطالعه قیاسی و همکاران (۲۰۲۵) به چالش‌های دسترسی مهاجران به خدمات بهداشتی در ایران اشاره می‌کند که شامل پوشش ناکافی خدمات سطح اول و مشکلات در نظام ارجاع است. این موانع می‌توانند منجر به مراجعه مستقیم مهاجران به بیمارستان‌ها و افزایش هزینه‌های درمانی شوند [۲۰]. مطالعه‌ای در نروژ نشان داد که فراهم‌سازی خدمات سلامت اولیه برای مهاجران، تا ۲۶ درصد از مراجعات غیرضروری به بخش اورژانس را کاهش می‌دهد [۲۱].

از مقایسه بین‌المللی، می‌توان به برنامه بیمه سلامت مهاجران در آلمان اشاره کرد. در این کشورها، اتباع خارجی با ارائه مدرک اقامت قانونی و پرداخت حداقلی حق بیمه، تحت پوشش کامل قرار می‌گیرند، اما در صورت پرداخت نکردن یا تمدید نکردن بیمه، پوشش خدمات محدود یا تعلیق می‌شود [۲۲]. در ایران، مدل حمایتی کنونی مبتنی بر یارانه کامل دولتی یا کمک بین‌المللی است که درصورت استمرار، نیازمند بازطراحی دقیق‌تر و هدفمندتر خواهد بود.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه بر لزوم تدوین سیاست‌های چندجانبه در حوزه بیمه اتباع تأکید دارد. راهکارهایی چون ایجاد سامانه یکپارچه اطلاعات بیمه‌ای مهاجران، ارزیابی سالانه بار مالی، هدفمند کردن پوشش بیمه‌ای برای گروه‌های پرریسک و ارتقای سطح اول مراقبت، از جمله اقدامات راهبردی برای ارتقای کارآیی و پایداری مالی نظام بیمه سلامت در قبال اتباع خواهد بود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارائه خدمات سلامت به اتباع خارجی تحت پوشش بیمه سلامت در استان یزد، بار مالی قابل توجهی بر منابع سازمان بیمه سلامت وارد کرده است. به‌ویژه در حوزه خدمات بستری که سهم عمده‌ای از هزینه‌ها را به خود اختصاص داده است. هرچند نرخ مرگ‌ومیر پایین و میزان ترخیص با بهبودی بالا بود، اما الگوی مصرف خدمات، سهم بالای گروه‌های آسیب‌پذیر سنی و نبود سازوکارهای هدفمند، بیانگر ضرورت بازنگری در سیاست‌های بیمه‌ای موجود است. تداوم مدل فعلی بدون اصلاحات ساختاری، می‌تواند پایداری مالی سازمان بیمه سلامت را در آینده نزدیک تهدید کرده و کیفیت خدمات سایر بیمه‌شدگان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در این راستا، بازنگری در مدل تأمین مالی بیمه اتباع با استفاده از سازوکارهای مشارکت مالی پلکانی متناسب با وضعیت اقتصادی، شغلی یا سکونتی مهاجران و افزایش سهم پرداختی در خدمات غیراساسی و غیراورژانسی ضروری است. همچنین تقویت سطح اول خدمات سلامت از طریق ایجاد مراکز ویژه مهاجران در مناطق پرجمعیت با تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و الزام ارجاع از سطح یک برای بستری‌های غیرضروری می‌تواند به مدیریت بهتر منابع کمک کند. ایجاد سامانه اطلاعاتی یکپارچه برای ثبت برخط مراجعات، نوع خدمات و هزینه‌ها و تبادل داده میان بیمه، مراکز درمانی و نهادهای بین‌المللی همچون UNHCR نیز گامی اساسی در شفافیت و نظارت خواهد بود. علاوه بر این، تقویت همکاری‌های بین‌المللی و جلب مشارکت سازمان‌های جهانی برای تأمین بخشی از هزینه‌های درمان اتباع، به‌ویژه در استان‌های مهاجرپذیر، اهمیت ویژه‌ای

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

دارد. پایش مستمر سیاست‌های بیمه‌ای با استفاده از شاخص‌های عملکردی برای ارزیابی کارآیی، عدالت و رضایت ذی‌نفعان و انجام مطالعات مشابه در سایر استان‌ها نیز می‌تواند به بهبود مستمر این سیاست‌ها کمک کند. در مجموع، بازطراحی نظام بیمه‌ای اتباع خارجی با رویکردی جامع، بین‌بخشی و مبتنی بر شواهد می‌تواند ضمن ارتقای سلامت مهاجران، پایداری مالی بیمه سلامت و عدالت در سلامت جامعه میزبان را تضمین کند.

تأییدیه اخلاقی: این مطالعه پس از بررسی و تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1403.154 مورد تأیید قرار گرفت. تمامی مراحل اجرای پژوهش مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی و دستورالعمل‌های ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجام شده است. محرمانگی و ناشناس‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌طور کامل رعایت شد و داده‌ها صرفاً برای اهداف علمی مورد استفاده قرار گرفتند.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با این مطالعه اعلام نمی‌کنند.

سهم نویسندگان: رزیتا سعیدی: طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله؛ مهدی رعدآبادی: ایده‌پردازی و طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، بازنگری نهایی مقاله و نویسنده مسئول مکاتبات؛ رضا والاگهر: تحلیل آماری، تفسیر نتایج و نگارش بخش یافته‌ها؛ سیدعلی دریجانی: مرور متون، تدوین و ویرایش مقدمه و بحث؛ محمد رنجبر: جمع‌آوری داده‌ها، آماده‌سازی جداول و ویرایش نهایی مقاله. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه کرده و تأیید می‌کنند.

منابع مالی: این پژوهش با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت انجام شده است.

References

1. International Organization for Migration. World Migration Report 2023. Geneva: IOM; 2023. Available at; https://worldmigrationreport.iom.int/.
2. UNHCR. Afghanistan Situation Regional Refugee Response Plan 2023. Available at: https://webarchive.archive.unhcr.org/20250602101801/https://reporting.unhcr.org/afghanistan-situation-regional-refugee-response-plan-2023.
3. UNHCR. Iran Factsheet 2023. Available at: https://data.unhcr.org/en/documents/details/100339.
4. Ministry of Interior, Bureau for Aliens and Foreign Immigrants Affairs (BAFIA). Statistics of Migrants in Yazd Province. 2023. Available at: https://atba.ostanyazd.ir/en/. [Persian]
5. Iran Health Insurance Organization (IHIO). Performance Report on Health Insurance for Foreign Nationals; 2024. Available at: https://ihio.gov.ir/. [Persian]
6. UNHCR Iran. Universal Public Health Insurance Program for Refugees. 2023. Available at: https://www.unhcr.org/ir/universal-public-health-insurance-uphi-refugees.
7. WHO. Health financing for universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2022. Available: https://www.who.int/health-topics/health-financing
8. Ghasemyani S, Raoofi S, Hamidi H, Khodayari-Zarnaq R. Iran's Health Transformation Plan; Main Issues and Opportunities for Improvement: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2022;51(9):1977-89. doi: 10.18502/ijph.v51i9.10552.
9. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
10. Gushulak BD, MacPherson DW. Health issues associated with the smuggling and trafficking of migrants. J Immigr Minor Health. 2021;23(4):789-95.
11. Shahabi S, Etemadi M, Hedayati M, Bagheri Lankarani K, Jakovljevic M. Double burden of vulnerability for refugees: conceptualization and policy solutions for financial protection in Iran using systems thinking approach. Health Res Policy Sys. 2023;21:94. doi: 10.1186/s12961-023-01041-2.
12. Ministry of Interior of Iran. Statistical Yearbook of Afghan Nationals Residing in Iran. Tehran: Secretariat of the High Council for Foreign Nationals; 2023. [Persian]
13. Amuzadeh-Araei S, Takian A, Jabbari A. Universal public health insurance for Afghan refugees in Iran: a contextual analysis. Global Health. 2025;21:46. doi: 10.1186/s12992-025-01143-2.
14. Pourhossein B, Irani AD, Mostafavi E. Major infectious diseases affecting the Afghan immigrant population of Iran: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Health. 2015;37:e2015002. doi: 10.4178/epih/e2015002.
15. Khorramabadi FZ, Moazzen V, Parsapour A, Takian A, Mirshekari A, Larijani B, et al. Access to health care for Afghan immigrants and refugees: an ethico-legal analysis based on the Iranian health law system. J Med Ethics Hist Med. 2023;16:12. doi: 10.18502/jmehm.v16i12.14307.
16. Yıldız M, Kozanhan B, Şen Z, Günenc O, Eğilmez A. Evaluation of Surgical Procedures Needed for Refugees in Turkey: Retrospective study. Journal of Contemporary Medicine. 2022;12(1):60-5. doi: 10.16899/jcm.948165.
17. Laberge M, Leclerc M. Immigration factors and

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]

potentially avoidable hospitalizations in Canada. SSM Popul Health. 2018;7:100336. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.100336.
18. Statistical Center of Iran. Health Expenditure Report of Border Provinces. Tehran: Statistical Center of Iran; 2023. [Persian]
19. Rahimisadegh R, Noori Hekmat S, Mehrolhassani MH, Jafari Sirizi M. Iran's health insurance ecosystem: challenges and strategies. BMC Public Health. 2024;24(1):2470. doi: 10.1186/s12889-024-19998-2.
20. Ghiasi K, Mosadeghrad AM, Dargahi H, Jaafaripooyan E. Healthcare access for migrants in Iran: a qualitative study. Discov Health Syst. 2025;4:92. doi: 10.1007/s44250-025-00213-x.
21. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC Health Serv Res. 2012;12:308. doi: 10.1186/1472-6963-12-308.
22. Bundesministerium für Gesundheit. Health Insurance for Refugees in Germany. Berlin: BMG; 2020.

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.122]