نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال سوم، شماره سوم، پاییز ۹۸، صفحات ۳۰۰ تا ۳۰۹

محافظت مالی از فقرا در برابر هزینه‌های سلامت در مواجهه با بحران‌های اقتصادی: رهنمودهای سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی

نویسندگان:
منال اعتمادی[۱]، محمدمهدی تدین[۲*]

چکیده

زمینه و هدف: بحران اقتصادی، هرگونه کاهش در فعالیت اقتصادی در کل اقتصاد یک کشور است که بیش از چندماه به طول انجامد و در تولید ناخالص داخلی، درآمد، اشتغال، تولید صنعتی و فروش عمده و جزیی قابل رویت باشد. فقرا نسبت به صدمات جبران‌ناپذیر وضعیت سلامت ناشی از بحران‌های اقتصادی حساس‌ترند. بحران‌های مالی بر توانایی فقرا برای تأمین مالی خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد و ممکن است آن‌ها را مجبور سازد از مصرف خدمات ضروری صرف‌نظر کنند. هدف این مطالعه شناخت اثرات بحران‌های اقتصادی بر هزینه‌کرد سلامت، ارائه خدمات و بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین فقرا و شناخت سیاست‌های رویارویی و پاسخ به بحران با تأکید بر رهنمودهای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در کشور است.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی نگاشته شده است. ابتدا بحران‌های مالی مهم نظام سلامت، کمبود بودجه و سیاست‌های محافظت مالی در مواجهه با بحران‌ها با تأکید بر فقرا طی چهاردهه گذشته از طریق جستجوی نیمه نظام‌مند در پایگاه‌های داده ای معتبر جستجو و شناسایی شد. سپس پرسشنامه‌ای براساس یافته‌های حاصل از مرور مطالعات مشتمل بر عناوین اصلی بحران‌های مالی نظام سلامت، اثرات بحران‌ها بر نظام سلامت و پاسخ نظام سلامت به آن‌ها، طراحی و توسط صاحبنظران و متخصصان نظام سلامت که به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شده بودند تکمیل شد.

یافته‌ها: تاکنون پاسخ سیاستی مشخصی برای حمایت از فقرا در نظام سلامت برای مواجهه با بحران‌های مالی تدوین و تصویب نشده است و ردپای عدالت در سیاست‌ها، قوانین و اسناد بالادستی مربوط به شرایط ثبات اقتصادی است. مرور بحران‌های مالی ۴ دهه گذشته نشان داد که در بحران‌های با منشأ خارجی (ناشی از جنگ و تحریم) غالباً کمبود دسترسی به خدمات و کاهش عرضه خدمات مهم‌ترین اثرات بر نظام سلامت و سیاست‌های انقباضی مهم‌ترین پاسخ نظام سلامت بوده است. در بحران‌های مالی با منشأ داخلی(ناشی از افزایش هزینه‌ها و کمبود بودجه متأثر از سیاست‌های اقتصادی) نیز جابه‌جایی هزینه مهم‌ترین پاسخ سیاستی بوده است.

نتیجه‌گیری: دولت‌هایی که وزن بیشتری برای برنامه‌های تور ایمنی اجتماعی، عدالت و تأمین مالی حامی فقرا قائل هستند، تاب‌آوری ساختاری بیشتری در برابر بحران‌های مالی دارند. ترکیبی از بهبود کارایی، کاهش هزینه‌های خاص و مکانیسم‌های حمایت از درآمد به دولت‌ها برای حفظ خدمات حیاتی برای فقرا و افراد آسیب‌پذیر کمک خواهد کرد. نظام سلامت کشور باید تمرکز خود را در بحران فعلی بر تضمین دسترسی فقرا به خدمات سلامت قراردهد.

کلید واژه‌ها: تسهیلات سلامت، سیاست بهداشت، فقر، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی

مقدمه

بحران اقتصادی[۳] هر گونه کاهش در فعالیت اقتصادی در کل اقتصاد یک کشور است که بیش از چندماه به طول انجامد و در تولید ناخالص داخلی، درآمد، اشتغال، تولید صنعتی و فروش عمده و جزیی قابل رویت باشد (۱). افراد آسیب پذیر شامل فقرا، افراد بی‌بضاعت، کودکان، سالمندان، مهاجران، اقلیت‌های نژادی، زنان سرپرست خانوار و معلولان بیش از سایرین تحت‌تأثیر بحران‌های اقتصادی قرار می‌گیرند. زمانی که فرصت‌های کاری، آموزشی، مسکن و خدمات سلامت محدود شوند سلامت این گروه‌ها بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد(۲، ۳). اثرات بحران بر سلامت به‌طور یکسان توسط همه جمعیت احساس نمی‌شود، اثرات منفی بحران‌ها متمرکز بر کسانی است که فقیرند یا در معرض فقر، بیکاری و بیماری قرار دارند (۴).

۱. دکترای سیاست‌گذاری سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران
۲. * نویسنده مسئول: پزشک، پژوهشگر، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران

3. Economic crises

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

بحران‌های مالی و انقباضات اقتصادی به صورت بالقوه تقاضا برای خدمات سلامت و عرضه خدمات سلامت با کیفیت را کاهش می‌دهد. این مسئله منجر به کاهش دسترسی فقرا به خدمات با کیفیت و درنتیجه بدتر شدن وضعیت سلامت آن‌ها می‌شود. ارتباط قوی بین رکود اقتصادی و کاهش در بهره‌مندی سلامت و پیامدهای منفی سلامت ثابت شده است و این تأثیر بر فقرا از چند زاویه قابل تأمل است:

۱. بحران‌های اقتصادی پیامدهای منفی چشمگیری بر سلامت به‌ویژه برای فقرا دارند. فقرا نسبت به صدمات جبران‌ناپذیر وضعیت سلامت‌شان به واسطه بحران‌های اقتصادی حساس‌ترند. خانوارهای فقیر از بیشترین آسیب در نتیجه بیکاری و کاهش درآمد رنج می‌برند، زیرا فرصت کمتری برای بازتنظیم و کاهش هزینه‌های خود دارند واغلب مجبور به کاهش تقاضا برای خدمات درمانی می شوند. فقرا و گروه‌های به حاشیه رانده شده همچون سالمندان و دختران در بحران‌های اقتصادی بیشتر از سایرین لطمه می‌خورند، زیرا کنترل کمتری بر منابع خود دارند. گروه‌های دارای بضاعت مالی بخش عمومی را به ضرر فقرا تسخیر می‌کنند. حتی اگر پیامدهای سلامتی در مجموع تغییر چندانی نکند، احتمال اینکه وضعیت سلامت فقرا و دیگر گروه‌های حاشیه ای در نبود اقدامات پیشگیرانه سیر نزولی داشته باشد بالاست.

۲. بحران‌های مالی بر توانایی فقرا برای تأمین مالی خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد. جدا از عدم توانایی برای تأمین مالی درمان در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها، فقرا ممکن است مجبور باشند به موازات کاهش ارزش پول محلی که منجر به افزایش غیرقابل پرداخت در قیمت ارز محلی دارو می‌شود از مصرف داروهای ضروری صرف‌نظر کنند. بنابراین فقرا به‌طور غیربرابری از نظر بهره‌مندی از خدمات تحت تأثیرقرار می‌گیرند. برای مثال از پایان سال ۲۰۰۱ تا اواسط سال ۲۰۰۲ در آرژانتین، مراقبت سلامت پیشگیرانه برای کودکان در عامه مردم ۳۸ درصد اما در خانوارهای فقیر ۵۷ درصد کاهش پیدا کرد.

۳. خانوارهای فقیر اغلب مجبور می‌شوند سبد غذایی خود را از غذای ارزان‌تر و اغلب دارای ارزش غذایی کمتر تغییر دهند که منجر به کاهش وزن و سوءتغذیه شدید می‌شود. حتی اگر بحران فقط چندسال اتفاق افتاده باشد، اثرات آن روی سلامت مادر و کودک دائمی خواهد بود، زیرا کودکانی که محرومیت‌های تغذیه‌ای کوتاه مدتی را تجربه کرده باشند از اثرات بلندمدت آن شامل عقب‌افتادگی رشد، توانایی‌های شناختی و یادگیری کمتر، آموزش کمتر و درآمد کمتر در جوانی رنج خواهند برد(۵).

تحریم موجب تضعیف زیرساخت‌های پزشکی و محدود کردن توانایی نظام سلامت برای ارائه خدمات و پاسخگویی به اورژانس‌های پزشکی می‌شود. مرگ‌های منتسب به تحریم‌ها بیشتر از مرگ ناشی از جنگ آمریکا در خاک عراق قربانی داشته است (۳۰۰,۰۰۰ مرگ بیشتر در بین افراد بالاتر از ۵ سال، سه برابر بیشتر از قربانیان بمباران هیروشیما). مرگ‌ومیر افراد بالای ۶۰ سال در کوبا به واسطه کاهش ظرفیت بیمارستانی، کمبود دارو، فقدان کیت آزمایشگاهی در طول یکسال ۱۵ درصد افزایش یافت. افزایش آمار مرگ کل و مرگ‌ومیر بیمارستانی در نتیجه اخلال در خدمات سلامت در کشور یوگسلاوی به واسطه تحریم به ترتیب ۱۰ و ۳۰ درصد بوده است (۶).

شرایط اقتصادی و بحران مالی ۵ سال اخیر، مهم‌ترین بحرانی است که کشور بعد از جنگ سال ۱۳۵۹ با آن روبه شده است. بحران‌های اقتصادی، تأثیرات منفی شدیدی را بر عملکرد نظام‌ها، از جمله نظام سلامت دارند که می‌توانند شرایط سختی را بر جامعه تحمیل کنند. نظام‌های سلامت به دلیل تأثیرات عملکردشان بر جامعه در شرایط بحرانی، دارای اهمیت ویژه‌ای هستند. چنانچه ارائه خدمات درمانی در اثر بحران‌های مالی، دچار اخلال شود تأثیرات بسیار شدیدی بر جامعه دارد(۷).

شش میلیون بیمار مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر در ایران در زمان تحریم‌ها، خدمات درمانی موردنیاز خود را به واسطه تحریم‌ها دریافت نکرده‌اند(۸). تأثیر بر مولفه‌های اجتماعی سلامت شامل تورم۴۰ درصد، ۲۰۰ درصد کاهش ارزش پول، افزایش هزینه‌های معیشت و بیکاری از آثار تحریم کشور در دور قبلی بوده است(۹). در طول دوران تحریم گذشته(۲۰۱۲-۲۰۱۵) مراقبت سرطان در ایران به واسطه محدودیت دسترسی به داور و درمان با مخاطره مواجه شد(۱۰).

پرداخت از جیب در ایران تعداد فقرا را در سال‌های بین ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۵ حدود ۱۴ درصد افزایش داده است، به این معنی که یک نفر از هر هفت نفر به واسطه پرداخت از جیب برای سلامت زیر خط فقر بین‌المللی ۵/۵ دلار با برابری قدرت خرید سال ۲۰۱۱ به ازای هر روز زندگی کرده‌اند. جمعیت بیمه نشده در طول سالیان اخیر از فقرای روستایی به فقرای شهری و افراد نسبتا فقیر تغییر پیدا کرده‌اند که نشان‌دهنده تغییر جامعه ایرانی با افزایش شهرنشینی، ظهور فقر شهری و بازار کار غیررسمی است. فقرا ممکن است نیاز به خدمات سلامتی خود را به دلیل موانع دسترسی به خدمت همچون عدم استطاعت مالی، و در دسترس نبودن پیگیری نکنند (۱۱).

اقتصاد مقاومتی اقتصادی است که ظرفیت مقابله با نااطمینانی‌ها و تکانه‌های داخلی و خارجی را اعم از تکانه‌ها اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و بلایای طبیعی را در خود ایجاد کرده و می‌تواند تحت وقوع شرایط دشوار به روند رشد و شکوفایی خود در حد قابل‌قبولی ادامه داده و به سرعت به سوی تعادل پایدار اولیه بازگردد. چگونگی تخصیص منابع محدود جامعه به اموری که چنانچه تکانه ای وارد شود کمترین آسیب‌پذیری را داشته باشد (تاب‌آوری اقتصادی)، به همراه مسئله چگونگی ترمیم خسارات تحمیل‌شده و بازسازی سریع ظرفیت‌های تولیدی به منظور بازگشت به شرایط تعادل اولیه(پایداری اقتصادی) اقتصاد مقاومتی را تشکیل می‌دهد(۱۲). تاب‌آوری نظام سلامت به معنی ظرفیت آمادگی و پاسخ مؤثر به بحران و حفظ یا انطباق‌پذیری وظایف اصلی نظام سلامت در زمان بحران است(۱۳).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

ابلاغ سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در ۲۹ بهمن ماه ۱۳۹۲ توسط مقام رهبری در راستای تحقق اقتصاد مقاوم و پایدار برای کشور در ۲۴ بند، زمینه اجرای اقتصاد مقاومتی در کشور را فراهم کرده است. علاوه بر بندهایی که به‌طور مستقیم مرتبط با سلامت هستند، بند ۲۲ این سیاست‌ها بیان می‌دارد که "مدیریت مخاطرات اقتصادی از طریق تهیه طرح‌های واکنش هوشمند، فعال، سریع و به هنگام در برابر مخاطرات و اختلال‌های داخلی و خارجی"، بنابراین به تدوین و طراحی پاسخ مناسب برای مواجهه با بحران توسط همه بخش‌های کشور از جمله بخش سلامت تأکید می‌کند.

بانک جهانی توصیه می‌کند که هدف زیربنایی هر سیاست سلامت در طول یک بحران، حفظ و بهبود دسترسی افراد به‌ویژه فقرا و افراد آسیب‌پذیر به خدمات ضروری است(۱۴). هدف این مطالعه شناخت اثرات بحران‌های مالی - اقتصادی بر هزینه کرد سلامت، ارائه خدمات و بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین فقرا، شناخت تجارب رویارویی و پاسخ به بحران در سایر جوامع و شناسایی روش‌های حمایت از فقرا در زمان بحران مالی در ایران با تأکید بر رهنمودهای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در کشور بوده است.

روش

این مطالعه با رویکرد کمی تلفیقی (کمی - کیفی) نگاشته شده است. ابتدا بحران‌های مالی مهم نظام سلامت و سیاست‌های محافظت مالی در مواجهه با بحران‌ها و کمبود بودجه طی چهاردهه گذشته از طریق جستجوی نیمه نظام‌مند در پایگاه‌های داده‌ای Scopus، PubMed و موتور جستجوگر google scholar و نیز پایگاه‌های داده‌ای فارسی زبان SID، Magiran و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام ISC با کلید واژه‌های انگلیسی Financial crisis، Economic crisis، Health financing، Rationing، Health budget، Sanctions وکلیدواژه‌های فارسی بحران مالی، تحریم، بودجه سلامت، تأمین مالی، جیره‌بندی و محدودیت و کمبود منابع مالی به صورت ترکیبی جستجو شد. سپس محتوای مقالات بررسی و بحران‌های مالی مهم اثرگذار بر نظام سلامت مورد شناسایی و بررسی قرار گرفت.

سپس پرسشنامه‌ای براساس یافته‌های حاصل از مرور مطالعات مشتمل بر عناوین اصلی بحران‌های مالی نظام سلامت، به منظور اعلام نظر در خصوص بحران‌های شناسایی شده و تعیین سایر بحران‌های مالی ذکر نشده در مطالعات که نظام سلامت در ادواری با آن مواجه بوده است و نیز اثرات بحران‌ها بر نظام سلامت و پاسخ نظام سلامت به این بحران‌های مالی با تأکید بر محافظت مالی از افراد بی‌بضاعت، طراحی شده و از طریق ایمیل برای ده نفر از صاحب‌نظران و متخصصان نظام سلامت (در حوزه تأمین مالی، ارائه خدمت و تولیت نظام سلامت) ارسال شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شده بودند. پرسشنامه شامل هدف مطالعه، تبیین مفاهیم مدنظر محققان و جدولی حاوی ۸ بحران مالی شناسایی شده در نظام سلامت طی ۴ دهه گذشته بود و از صاحب‌نظران خواسته شد موارد مغفول را در خانه‌های خالی انتهای جدول اضافه و پاسخ‌های نظام سلامت در آن دوران را ذکر و تحلیل کنند. همچنین نظرات صاحب‌نظران با نتایج مطالعات تحلیل اثرات سیاست‌ها و یا حوادث بر نظام سلامت، دسترسی و بهره‌مندی خدمات توسط مردم تطبیق و صحت‌سنجی شد.

در گام بعد شاخص‌های تأمین مالی و محافظت مالی در زمان بحران‌ها از گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی(سازمان جهانی بهداشت) استخراج و سپس، تجارب محافظت مالی از فقرا در بحران‌های مالی در چندکشور از مطالعات استخراج و بررسی و گزارش شد.

یافته‌ها

الف- تکلیف نظام سلامت برای محافظت از فقرا در سیاست‌های کلی نظام

سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی

در سیاست‌های کلی سلامت به عدالت و لزوم تمرکز بر مناطق محروم و غیربرخوردار، اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی اشاره شده است و در سیاست‌های اقتصاد مقاومتی نیز بر نگاه خاص به عدالت اجتماعی و اقشار کم درآمد تأکید شده است. هدفمندی یارانه‌های بخش سلامت به سمت تقاضا و تعریف و تخصیص امتیاز خاص برای اقشار کم درآمد در پرداخت فرانشیز شامل فرانشیز کمتر برای فقرا، فرانشیز صفر، کمک اختصاصی به این افراد در کنار معافیت از پرداخت حق بیمه این گروه، ابزارهای سیاستی قانون‌گذاران برای تحقق عدالت اجتماعی بوده است که کمتر به مرحله اجرا رسیده است. نکته مهم آنکه پاسخ سیاستی مشخصی تاکنون در نظام سلامت برای مواجهه با بحران‌های مالی تدوین و تصویب نشده است و ردپای عدالت در سیاست‌ها، قوانین و اسناد بالادستی مربوط به شرایط ثبات اقتصادی است (جدول ۱).

ب- تجارب کشورهای دچار بحران اقتصادی در محافظت از فقرا

تجارب نظام‌های سلامت موفق در حمایت مالی از فقرا در بحران‌های مالی بررسی و استخراج شد. دو کشور از قاره اروپا به واسطه رویارویی با تجربه رکودمالی بزرگ قاره اروپا در سال ۲۰۰۸ و دو کشور از آسیا با تجربه موفق محافظت مالی از فقرا ویک کشور از قاره اروپا انتخاب شد.

۱. **اندونزی:** برنامه یارانه‌های مراقبت سلامت یا همان کارت سلامت یک جزء مهم برنامه حاشیه امنیت اجتماعی است که به عنوان پاسخی در برابر بحران اقتصادی در سال ۱۹۹۷ توسط دولت اندونزی معرفی شد. ذیل این برنامه تعدادی از خدمات شامل مراقبت سرپایی و بستری، وسایل پیشگیری از بارداری برای مادران در سنین باروری، مراقبت‌های مادر و نوزاد، زایمان از ارائه دهندگان دولتی به دارندگان

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

جدول ۱- **عدالت در اسناد بالادستی کشور**

بندهای مرتبط با عدالت در سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (ابلاغی ۱۳۹۲)	بندهای مرتبط با عدالت در سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی ۱۳۹۳)	قوانین موضوعه مرتبط
۱- تأمین شرایط و فعال‌سازی همه امکانات و منابع مالی و سرمایه‌های انسانی و علمی کشور به منظور توسعه کارآفرینی و به حداکثر رساندن مشارکت آحاد جامعه در فعالیت‌های اقتصادی با تسهیل و تشویق همکاری‌های جمعی و تأکید بر ارتقا درآمد و نقش طبقات کم‌درآمد و متوسط. ۴- استفاده از ظرفیت اجرای هدفمندسازی یارانه‌ها در جهت افزایش تولید، اشتغال و بهره‌وری، کاهش شدت انرژی و ارتقا شاخص‌های عدالت اجتماعی.	۷- تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم ۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق برنظام سطح بندی و ارجاع ۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی. ۹-۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارآیی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقا سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.	**قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:** ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با درنظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. **آیین‌نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند موضوع تبصره ۱ ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور**: ماده ۱- برنامه بیمه اقشار نیازمند **قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی**: بندج،ماده واحده - پذیرش رایگان **تصویب‌نامه در خصوص تحت پوشش قراردادن اتباع ایرانی فاقد بیمه از بیمه خدمات درمانی:** ماده ۲- پرداخت بخشی از سهم مشارکت حق‌سرانه **قانون برنامه چهارم توسعه** ماده ۹۰- کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی ماده ۹۵- تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی
۷- تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا) .	۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی	**قانون برنامه چهارم توسعه** ماده ۹۵- تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی **قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران** اصل ۳- ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه

کارت‌ها به صورت رایگان ارائه شد. این برنامه بخشی از یک تلاش کلی برای پوشش اثرات بحران بود که منجر به افزایش قیمت غذا و دارو شده بود. این برنامه با ارائه یارانه مستقیم برای خدمات سلامت پایه برای فقرا، تا اندازه ای در افزایش بهره مندی از خدمات سلامت موثر بوده است. اگرچه شواهد نشان داد با وجود اینکه هدفمندی توزیع کارت‌های سلامت به نفع فقرا بوده است، لیکن نشت قابل توجهی در مزایا به سمت گروه‌های غیرفقیر رخ داد و غیرفقرا بیشتر از مزایای کارت سلامت نفع بردند. تجربه کشور اندونزی نشان می‌دهد که برای اینکه سیاست حامی فقرا باشد، تضمین دسترسی به مراکز سلامت دولتی با کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل که دسترسی فقرا را به خدمات سلامت محدود می‌کنند ضروری است (۱۵، ۱۶).

۲. **ایرلند:** ایرلند یکی از شدیدترین بحران‌های اقتصادی را نسبت به سایر کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه[1] تجربه کرده است. دو پنجم جمعیت(۳۷ درصد) تحت برنامه خدمات پزشکی عمومی[2] کارت پزشکی دارند که براساس ارزیابی وسع و برپایه درآمد پایین تخصیص منابع می‌شد. این کارت‌ها فقرا را قادر می‌ساخت تا به پزشک عمومی مراقبت بیمارستانی بدون هزینه و به دارو در حداقل هزینه دست پیدا کنند. به علاوه، یک کارت ویزیت پزشک عمومی نیز تعریف شده بود که افرادی را که تحت پوشش برنامه خدمات پزشکی عمومی نیستند؛ اما فقیر یا مسن هستند را بدون پرداخت هزینه مشمول ویزیت پزشک عمومی می‌کرد (۱۷).

۳. **تایلند:** تایلند در اواخر قرن نوزدهم بحران اقتصادی شدیدی را تجربه کرد که منجر به افزایش فقر شد. بحران اقتصادی سناریوی تأمین مالی سلامت را در این کشور تغییر داد. بودجه سرانه دولت برای وزارت سلامت عمومی[3] در حدفاصل بین دوسال۲۵درصد کاهش یافت. پاسخ سیاستی وزارت بهداشت به این کاهش بودجه با اقداماتی همچون کاهش هزینه سرمایه ای، منطقی سازی استفاده و تهیه دارو، کاهش هزینه‌های رفاهی و سفر بود. دولت مزایای برنامه مزایای

1. OECD
2. General Medical Services (GMS) scheme
3. Ministry of Public Health (MOPH)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

پزشکی کارکنان دولت[1] را محدود به مراکز دولتی کرد. هزینه‌کرد خانوارها برای مراقبت‌های سلامت کاهش ۳۶ درصدی پیدا کرد و همزمان هزینه خوددرمانی ۱۲درصد افزایش یافت (۱۸). دولت تایلند برنامه بیمه اجتماعی موجود خود را به عنوان پاسخی به بحران مالی گسترش داد. بخشی از این گسترش شامل افزایش حمایت از برنامه مساعدت عمومی به خانواده‌های کم درآمد بود. افزایش توزیع کارت‌های سلامت رایگان بین سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ منجر به افزایش استفاده از مراکز دولتی شد و بنابراین اثر بحران بر تقاضا برای خدمات سلامت توسط فقرا را کاهش داد. بودجه تخصیص یافته برای پوشش معافیت فقرا از پرداخت فرانشیز در طول دوسال ۵ برابر شد (۵).

۴. **کلمبیا:** اصلاحات بخش سلامت کلمبیا در سال ۱۹۹۳ نسبت گروه‌های فقیر بیمه شده که به صورت منظم به نظام مراقبت سلامت دسترسی داشتند را افزایش داد که همزمان با انقباضات اقتصادی و بحران‌ها و عدم ثبات سیاسی کشور در اواخر دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد. این اصلاحات یک مکانیسم پیشرفته برای برای شناسایی و هدفمندی برای فقرا[2] از طریق تعریف یک آستانه درآمد ایجاد کرد که به موجب آن شهروندانی که درآمد آن‌ها زیر آستانه درآمد تعیین شده بود واجد شرایط دریافت برنامه بیمه سلامت یارانه‌ای می‌شدند. پرداخت از جیب فقرای بیمه شده به نصف رسید و بهره‌مندی از خدمات توسط آن‌ها افزایش یافت. این برنامه هزینه‌های نهایی مراقبت سلامت توسط خانوارها را به یک‌سوم کاهش داد و از این طریق آسیب‌پذیری فقرا را نسبت به شوک‌های درآمدی کاهش داد(۱۹). نظام شناسایی فقرا به صورت غیرمتمرکز و تکلیف شهرداری‌هاست که به وسیله پرسشنامه استانداردی خانواده‌های محلات فقیر را پیمایش کرده و آن‌ها را در شش گروه رتبه‌بندی می‌کنند. تنها خانوارهای گروه یک و دو واجدشرایط بیمه یارانه‌ای می‌شوند. این غربالگری با نظام غیرمتمرکز و توسط مقامات محلی در هدفمندی فقرا موفق عمل کرده است. این موفقیت در حالی است که در زمان رکود شدید اقتصادی در کلمبیا، نسبت افراد در بیمه مشارکتی کاهش و فشار بر روی بیمه یارانه‌ای به دلیل افزایش بیکاری افزایش یافت. قانون ۱۰۰ قانونی است که برای تضمین محافظت مالی از فقرا در کلمبیا گذرانده شد(۲۰).

با وجود سیاست‌های کلی نظام در دو حوزه اقتصاد مقاومتی و سلامت که بر رعایت عدالت و حمایت از فقرا تأکید دارد، ما با شکاف قانون مواجه نیستیم بلکه می‌بایست همانند کشورهای یادشده و یادگیری از تجارب آن‌ها برنامه‌های هدفمند برای فقرا طراحی و اجرا شود. برنامه‌های اختصاصی در هر چهار کشور نمونه‌های موفقی از سیاست‌گذاری حمایت از فقرا در مواجهه با بحران‌های اقتصادی است.

پ- تجارب ایران در مواجهه با بحران مالی در نظام سلامت: پاسخ‌های طراحی شده

نظام اقتصادی و به تبع آن نظام سلامت ایران در طول دهه‌های گذشته، همواره با فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌های خارجی و نیز مشکلات مالی ناشی از سیاست‌های اقتصادی داخلی مواجه بوده است. این فشارها اغلب منجر به کاهش سهم بخش سلامت از بودجه دولتی، افزایش پرداخت از جیب و کاهش دسترسی به خدمات به ویژه در اقشار کم درآمد شده است. دولت‌ها در شرایط بحران مالی می بایست سیاست‌هایی را برای حفظ دسترسی به خدمات سلامت به ویژه برای فقرا اتخاذ کند. مرور بحران‌های مالی ۴ دهه گذشته (جدول ۲) که در بحران‌های مهم مالی با منشأ خارجی (ناشی از جنگ و تحریم) غالباً کمبود دسترسی به خدمات و کاهش عرضه خدمات مهم‌ترین اثرات بر نظام سلامت و سیاست‌های انقباضی مهم‌ترین پاسخ نظام سلامت بوده است. در بحران‌های مالی با منشأ داخلی (ناشی از افزایش هزینه‌ها و کمبود بودجه متأثر از سیاست‌های اقتصادی) نیز جابه‌جایی هزینه[3] (جایگزینی هزینه‌های خصوصی به جای هزینه‌های عمومی) مهم‌ترین پاسخ سیاستی بوده است. محافظت اختصاصی فقرا از هزینه‌های سلامت در زمان بحران، موضوعی است که کمتر به آن توجه شده است، زیرا علی رغم وجود برنامه‌های خاص محافظت از فقرا در بازه‌های زمانی مختلف همچون بیمه بستری شهری (حق بیمه یارانه‌ای،۱۳۸۱)، بیمه روستاییان (حق بیمه یارانه‌ای، ۱۳۸۴)، بیمه ایرانیان (یارانه ۵۰ تا ۱۰۰ درصد حق بیمه، ۱۳۸۷)، بیمه سلامت همگانی (حق بیمه یارانه‌ای،۱۳۹۳)، بیمه مددجویان کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی، که هر کدام بنا به ماهیت و مکانیسم طراحی خود در طول زمان متوقف، تغییرشکل و یا ادامه‌دار شده‌اند، لیکن هیچ کدام در پاسخ به بحران مالی و به عنوان پاسخ برای محافظت مالی از فقرا در زمان بحران طراحی نشده‌اند.

ت- شاخص‌های تأمین مالی کشور در دوره‌های مواجهه با بحران

سهم هزینه‌های دولتی سلامت (GGHE) از هزینه‌های جاری سلامت (CHE) در کشور در حال حاضر ۵۱ درصد و هزینه‌های خصوصی ۴۹درصد است. بر اساس استاندارد صندوق بین‌المللی پول (IMF)، حداقل سهم هزینه‌های دولتی سلامت(GGHE) از تولید ناخالص داخلی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت باید ۵ درصد باشد، اما این عدد برای ایران در سال ۲۰۱۶ که سرمایه‌گذاری دولتی مناسبی برای سلامت در کشور شکل گرفته بود تنها ۴درصد بوده است. این موضوع برای تحقق نظام سلامت تاب‌آور به معنی لزوم کاهش سهم بخش خصوصی سلامت است.

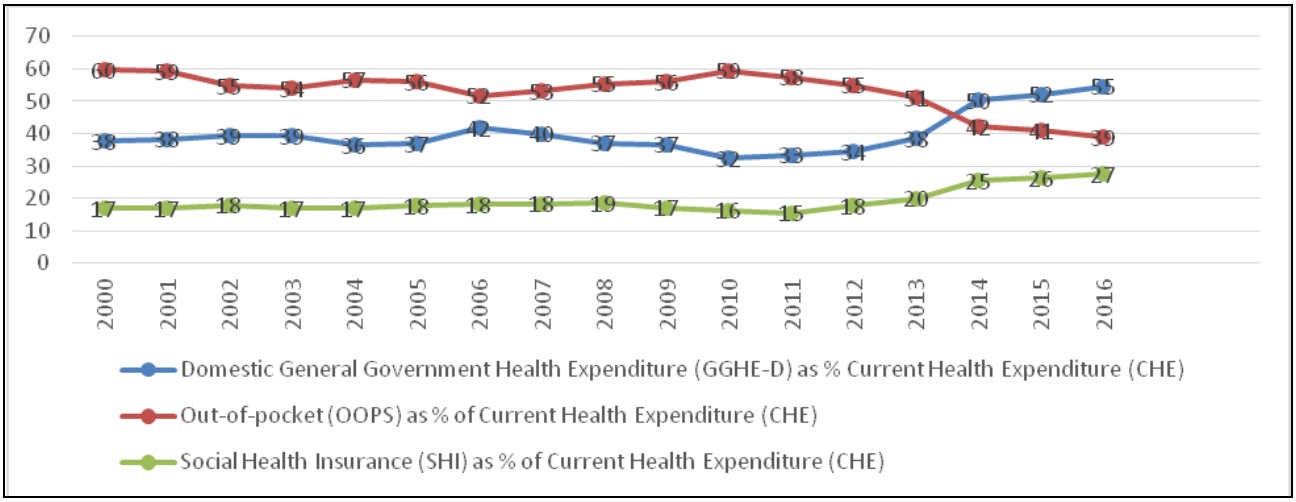
1. Civil Servants Medical Benefits Scheme (CSMBS)
2. Selection System of Beneficiaries for Social Programs (SISBEN)
3. Cost shifting

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

جدول ۲- **بحران‌های مالی نظام سلامت و سیاست‌های سلامت در پاسخ به بحران**

سال بحران	موضوع بحران مالی	اثرات بر بخش سلامت	پاسخ نظام سلامت به بحران
۱۳۶۰ - ۱۳۶۸	جنگ ایران و عراق تحریم‌ها و افت قیمت نفت	کمبود منابع سلامت افزایش بار بیماری‌ها	کنترل قیمت‌ها
۱۳۷۴	کمبود بودجه بیمارستان‌های دولتی	افزایش قیمت‌ها و کاهش منابع عمومی سلامت طرح خودگردانی بیمارستان‌ها	افزایش پرداخت از جیب و درصد هزینه‌های کمرشکن ناشی از خودگردانی بیمارستان‌ها و کاهش دسترسی فقرا به خدمات(۲۱، ۲۲)، بخشی از هزینه‌های بیمارستان‌ها مجدداً در قالب فصل یک در بودجه دیده شد.
۱۳۷۸	گسترش بخش خصوصی در نظام سلامت و رشد بیمه‌های مکمل	ایجاد نظام سلامت دولایه: یک لایه برای ثروتمندان دارای استطاعت پرداخت حق بیمه تکمیلی و هزینه‌های مراکز خصوصی با خدمات لوکس باکیفیت و یک لایه برای فقرا بدون توان پرداخت حق بیمه تکمیلی و هزینه‌های خصوصی خدمات و مراکز شلوغ و خدمات یا کیفیت پایین‌تر	-
۱۳۸۴	افزایش چند برابری تعرفه بخش خصوصی و تفاوت عمیق با تعرفه دولتی	فاصله بخش خصوصی و دولتی بیشتر شد و تعداد کمتری از این خدمات بهره مند شدند.	-
۱۳۸۹	اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها، ایجاد تورم همزمان با عدم کنترل واردات و از بین رفتن مشاغل تولیدی و کشاورزی	نرخ تورم بالا، ضعف صنایع، افزایش نرخ مبادله و نرخ بالای بیکاری، خانوارهای آسیب‌پذیر را تحت فشار قرار داده و بی‌عدالتی درآمدی را تشدید کرد(۲۳، ۲۴). افزایش شاخص قیمت کالاها و خدمات مرتبط با سلامت و شاخص هزینه معیشت خانوار به‌ویژه در بین فقرا (۲۵). کاهش تقاضا برای خدمات سلامت در بین فقرا، تغییر روند مصرف کالاها و خدمات مؤثر بر سلامت و تغییر عادات سلامت خانوارها (۲۶).	-
۱۳۸۹-۱۳۹۲	تحریم‌های اقتصادی ایالات متحده علیه ایران	کاهش دارو و تجهیزات پزشکی در دسترس	یارانه دارویی مستقیم(به تولیدکنندگان) و غیرمستقیم (به بیمه‌های پایه سلامت) برای افزایش استطاعت پذیری داروهای وارداتی خاص به‌ویژه برای بیماران خاص، مزمن و صعب‌العلاج.
۱۳۹۳ تاکنون	– افزایش بیش از ۱۰۰درصدی تعرفه‌های پزشکی در گام سوم طرح تحول – بدهی سنگین بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و بدهی بیمارستان‌ها به کارکنان، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی – مشکل شرکت‌های دارویی در تأمین مواد اولیه برای تولید دارو به دلیل فقدان نقدینگی. – استقراض دولت از مردم با انتشار اوراق قرضه. – استقراض سازمان تأمین اجتماعی از بانک رفاه.	استفاده مردم از خدمات افزایش یافت. پرداخت از جیب و مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در بین فقرا افزایش یافت(۲۷)، با وجود گسترش پوشش بیمه با معافیت از حق بیمه در بین افراد بیمه نشده و کاهش درصد هم‌پردازی، عدم ستطاعت مالی فقرا برای دسترسی به خدمات همچنان وجود داشته است(۲۸).	درصد هم‌پردازی خدمات بستری برای روستاییان (اعم از فقیر و غنی) نصف شهرنشینان تعیین شد. – محدودیت مراجعه بیمه‌شدگان صندوق سلامت همگانی (با ترکیب فقرا) به مراکز غیردولتی (از آبان ۱۳۹۶)
۱۳۹۷ تا کنون	شدیدترین تحریم‌های ایالات متحده علیه ایران کاهش فروش نفت نوسانات نرخ ارز و کاهش ارزش پول ملی	محدودیت دسترسی به دارو و مواداولیه ساخت آن محدودیت بودجه سلامت و محقق نشدن آن	– سقف‌گذاری ریالی بیمارستان‌های دانشگاهی – حذف داروهای OTC از پوشش بیمه – محدودیت عقد قرارداد جدید با موسسات ارائه‌دهنده خدمات – محدودیت مراجعه بیمه‌شدگان صندوق سلامت همگانی (با ترکیب فقرا) به مراکز غیردولتی با مخاطره دسترسی فقرا به خدمات (۲۹)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]



نمودار ۱- **سهم هزینه‌های دولتی و پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت (۲۰۰۰ - ۲۰۱۶)**

رصد تغییرات سناریوهای تأمین مالی نظام سلامت کشور در انطباق با بحران‌های مهم مالی کشور (جدول ۲) نشان می دهد که پاسخ نظام اقتصادی و سلامت کشور به بحران‌ها تأثیر چشمگیری بر الگوی تأمین مالی نداشت. بارزترین تغییرات در سال ۲۰۱۴ و پس از برنامه تحول نظام سلامت کرد پیدا کرد که به شکل افزایش سهم دولت و کاهش سهم پرداخت از جیب مردم بوده است؛ اما از آنجایی که داده‌های تأمین مالی سه سال گذشته دردسترس نبوده است وضعیت موجود محافظت مالی از فقرا با توجه به بحران مالی ناشی از تحریم (شروع از سال ۱۳۹۷) که با کاهش بودجه عمومی دولت و سهم سلامت از آن همراه بوده است، وضعیت محافظت مالی از فقرا نیاز به ردیابی، تحلیل و سیاست‌گذاری جدی دارد.

بند ۲-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت بر" افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد." اشاره داشته است. تا پیش از شروع بحران مالی جدید (۱۳۹۷) در حدود یک‌چهارم بودجه عمومی دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است و در حدود ۸ تا ۹ درصد تولید ناخالص داخلی را شامل شده است. در شرایط بحران مالی، کاهش ظرفیت مالی و درآمد خانوارها و افزایش بیکاری، دولت بودجه بیشتری را باید صرف افزایش اشتغال و سایر سیاست‌های رفاهی خود نماید. این مسئله لزوم برنامه ریزی برای مدیریت صحیح منابع مالی موجود با رویکرد محافظت مالی از اقشار بی‌بضاعت برای حفظ و تضمین دسترسی آن‌ها به خدمات را روشن می‌سازد.

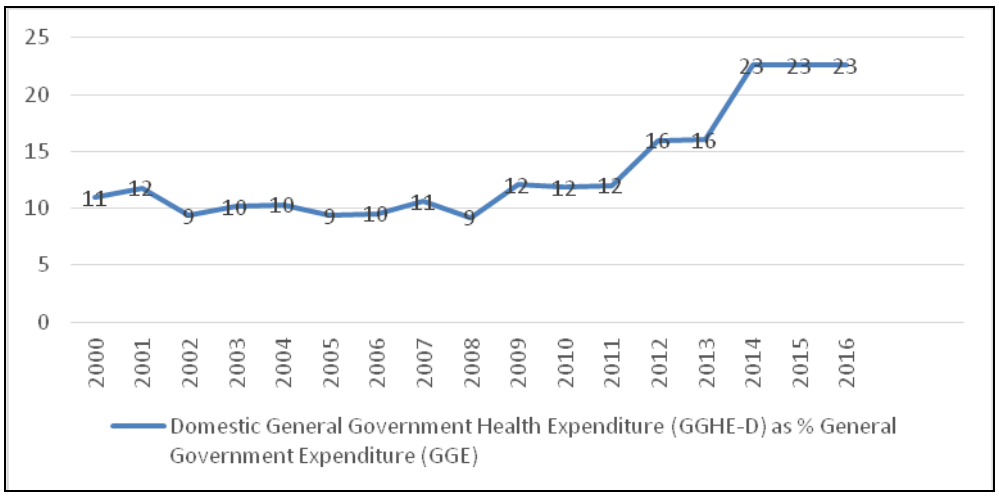
آسیب شناسی وضعیت موجود نظام سلامت در مواجه با بحران مالی ناشی از تحریم فعلی

مطالعه داده‌های هزینه - درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ نشان داده است که هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای بی‌بضاعت اجتماعی -اقتصادی متمرکز است و ۷۱/۷ درصد از تمرکز هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران در بین فقراست(۲۷). افراد تحت پوشش صندوق‌های بیمه پایه به‌ویژه افراد تحت پوشش بیمه سلامت همگانی دسترسی بسیار کمی به داروهای موردنیاز دارند و منابع موجود کفایت نیازهای دارویی افراد فقیر و آسیب‌پذیر را نمی‌کند (۳۰). داروهای بیماری‌های قلبی برای فقیرترین بخش جمعیت قابل پرداخت نیست و خانوارهای فقیر در ایران حداقل ۱/۷۹ دلار در روز درآمد به دست می‌آورند و هزینه دارو این گروه را در معرض سقوط به خط فقر دو دلار در روز قرار می‌دهد(۳۱).

مطالعات مختلف محاسبه هزینه‌های پرداخت از جیب و هزینه‌های کمرشکن از سال‌های پس از اجرای تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه مبنی بر منع مراجعه بیمه‌شدگان صندوق سلامت همگانی به مراکز خصوصی، نشان داده است که درآمد پایین خانوار با احتمال بالاتر آسیب ناشی از هزینه‌های کمرشکن مرتبط است، به‌طوری که بیشترین فراوانی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در دهک اول و دوم درآمدی مشاهده شده و نداشتن بیمه مکمل نیز عامل مهم دیگر در بروز فاجعه مالی برای خانوار است (۳۲).

ارائه خدمات سرپایی توسط بخش دولتی۳۷ درصد کل خدمات و بخش خصوصی ۶۳ درصد است. بخش خصوصی تنها ۱۳ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور را در اختیار دارد؛ اما ۱۹/۶ درصد اعتبارات بخش سلامت متعلق به آن است در برابر سهم ۸۷ درصد بخش دولتی از تخت‌ها و ۱۳/۳۵ درصدی آن از اعتبارات سلامت(۳۳). سهم ارائه خدمات دندانپزشکی دولتی به خصوصی نسبت ۲۰ به ۸۰ است(۳۴). از طرفی هزینه پرداختی برای بخش سرپایی پس از طرح تحول سلامت اندکی افزایش یافته (۳۵) و هر سال نیز با میانگین رشدی روبه‌روست.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]



نمودار ۲- **سهم هزینه‌های دولتی سلامت از کل هزینه‌های دولت (۲۰۰۰-۲۰۱۶)**

بحث

مطالعات نشان داده شده است که دولت‌ها تمایل دارند در زمان توسعه اقتصادی، هزینه‌های اجتماعی خود را گسترش و در زمان رکود کاهش دهند. به عنوان مثال در مکزیک کاهش ۴/۹ درصد در GDP سرانه در بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۶ منجر به سقوط ۲۳/۷ درصد در هزینه‌های هدفمند به ازای هر فرد فقیر شد (۵).

دولت‌ها باید برای محافظت از هزینه‌های سلامت، اهرم‌های محافظتی پیش‌بینی کنند که در برابر هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های خدمات و برنامه‌هایی که توسط فقرا و گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده می‌شوند محافظت ایجاد کنند. تجربه آرژانتین در پاسخ به بحران سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ نشان داد که محافظت دولت از برنامه‌های اولویت‌دار سلامت (شامل تقویت برنامه سلامت مادر و کودک برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های خاص و ریسک فاکتورها و خرید واکسن‌ها که هزینه کرد عمومی برای برنامه‌های سلامت عمومی را ۷۰ درصد افزایش داد) می تواند خدمات ضروری مورداستفاده فقرا را تضمین نماید. سیاست‌گذاران باید آگاه باشند که در طول یک بحران مالی، غیرفقرا با احتمال بیشتری مزایای برنامه‌های اجتماعی را به موازات محدودیت بودجه تصاحب می کنند (۵).

بررسی تجربه کشور ایرلند در زمان مواجهه با بحران اقتصادی که به رویکرد تقویت پزشکی عمومی منجر شد الگوی قابل‌توجهی برای نظام تأمین مالی سلامت کشور ما است. پاسخ نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران مالی حذف امکان مراجعه به مطب خصوصی پزشکان عمومی برای فقرا (بیمه‌شدگان صندوق سلامت همگانی) در تبصره ماده واحده قانون بودجه سه سال متوالی بوده است که با وجود ضعف ظرفیت پزشکی عمومی در بیمارستان‌ها و مراکز دولتی دانشگاهی، عملاً مراجعه فقرا به پزشکان عمومی محدود و سطح یک خدمات سلامت با مخاطره مواجه شد. در این شرایط بیمه شده ناگزیر است به مطب پزشک عمومی (بخش خصوصی) مراجعه کند و معاینه، خدمت، دارو و خدمات پاراکلینیک را به صورت آزاد و پرداخت از جیب دریافت کند، یا از مراجعه به پزشک عمومی صرف‌نظر نماید و با مراجعه مستقیم به داروخانه و دریافت آزاد، خوددرمانی کند که سلامت جامعه را با مخاطره مواجه می‌سازد و یا بیمه‌شده به جای پزشک عمومی مستقیما به پزشک متخصص/فوق تخصص حاضر در کلینیک‌های ویژه مراجعه نماید که با فرانشیز کمتر در دسترس‌اند. این مسئله موجب افزایش بارمالی بر دوش سازمان به دلیل پرداخت ۲k تمام وقت جغرافیایی به ازای هر ویزیت غیر مبتنی بر نیاز می‌شود. به این معنی که پولی که می‌توانست صرف خرید خدمات ارزان‌تر و متناسب با نیاز شود، صرف خدمات گران‌قیمت تر تخصصی یک سطح بالاتر می‌شود و این مغایر با اصول علمی ارائه خدمت مبتنی بر سطح‌بندی خدمات مندرج در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری است. این مسئله به ویژه در زمان بحران خود نمایی می‌کند؛ زیرا مطالعات نشان داده است که خدمات پزشک عمومی به نفع فقراست (۳۶).

محافظت از افراد به ویژه فقرا از اثرات منفی رکود اقتصادی بر سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت نیاز به همکاری بین‌بخشی میان‌بخش سلامت و بخش محافظت اجتماعی دارد. این مشارکت به شناسایی مؤثر و ارائه حمایت‌ها و خدمات ضروری به فقرا و افراد آسیب‌پذیر کمک کرده و ثبات و تاب‌آوری بیشتر نظام سلامت را تأمین می کند. استراتژی‌های کلی برای حفظ سطوح کلی هزینه‌های سلامت دولت، در محافظت از دسترسی فقرا به خدمات باکیفیت شکست می‌خورند، و تلاش‌های متمرکز برای پایدار کردن عرضه خدمات سطح اول همراه با رویکردهای هدفمند طرف تقاضا همچون کمک‌های نقدی مؤثرتر هستند (۱۹). پیامدهای سلامت به شدت تحت تأثیر ترجیحات اجتماعی هستند. دولت‌هایی که وزن بیشتری برای برنامه‌های تور ایمنی اجتماعی، عدالت و تأمین مالی و ارائه خدمات حامی فقرا قائل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

هستند، آمادگی و تاب‌آوری ساختاری بیشتری دارند (۳۷). در مجموع، پاسخ سلامت به بحران مالی باید تحول‌گرایانه بوده و متمرکز بر عدالت اجتماعی باشد (۳۸).

سیاست‌های اقتصاد مقاومتی بر عدالت اجتماعی، هدفمندسازی یارانه‌ها، امنیت سلامت و ارتقا درآمد طبقات کم درآمد و متوسط تأکید ورزیده است. این سیاست‌ها به مثابه راه و روش عملکرد همه بخش‌های دولت از جمله بخش سلامت، تکلیف را بر اولویت دادن به فقرا، تضمین دسترسی این گروه‌ها به خدمات پایه و محافظت از آن‌ها در نقطه دریافت خدمات تعیین کرده است. برای محافظت مالی از فقرا برنامه‌های مختلفی طرح شده است: کاهش نرخ فرانشیز یا معافیت از پرداخت آن، کاهش میزان حق بیمه، سقف پرداخت از جیب برای فقرا (۳۹، ۴۰). هدف همه سیاست‌ها باید این باشد که تغییر در پوشش، اثرات منفی بر فقرا که از نظر دسترسی به خدمات و وضعیت سلامت آسیب‌پذیر هستند نداشته باشد.

نتیجه‌گیری

پیشگیری از به ورطه فقر افتادن افراد در محافظت از پیامدهای سلامتی نقش حیاتی مهمی دارد، زیرا توانایی فقرا برای پرداخت برای خدمات سلامت بزرگ‌ترین خطر در زمان بحران‌هاست. ترکیبی از بهبود کارایی، کاهش هزینه‌های خاص و مکانیسم‌های حمایتی از درآمد، به دولت‌ها برای حفظ خدمات حیاتی برای فقرا و افراد آسیب‌پذیر کمک خواهد کرد. کم شدن کمیت و کیفیت غذا یکی از جدی‌ترین پیامدهای توسعه انسانی یک بحران اقتصادی/ مالی است و بنابراین هزینه کرد برای حمایت از فقرا باید به‌طور اختصاصی روی تضمین تغذیه کافی هم متمرکز شود.

قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری برای حمایت و حفاظت مالی به‌ویژه از فقرا در زمان بحران، بررسی اثرات سیاست‌های پیشین و جدید بر دسترسی مالی فقرا به خدمات سلامت و طراحی سیاست‌های تکمیلی - جبرانی به نفع فقرا، اولویت سیاست‌گذاری حمایت مالی از فقرا در بحران‌ها در کشورماست.

Health Financial Protection for the Poor in the times of Economic Crises: Resistance Economy Policies

Manal Etemadi[1], Mohammad Mehdi Tadayon*[2]

Abstract

Background: An economic crisis is any decrease in economic activity in the whole economy of a country that lasts more than a few months and is visible in GDP, income, employment, industrial production and major and minor sales. The poorare more susceptible to irreparable damage to health due to economic crises. Inability to finance health services may force them to neglect essential services. The purpose of this study was to identify the effects of economic crises on health spending, and utilization of services among thepoor.

Methods: In this qualitative study first, the major financial crises of the health system, budget shortages and financial protection policies in crises with focus on the poor over the past fourteen years were sought and identified through semi-systematic searches of valid databases. Then, a questionnaire based on the findings of a review of studies including the main topics of health system financial crises, the effects of crises on the health system and the health system response to them, designed by experts and Health system specialists selected by convenience and purposeful sampling were completed.

Results: A clear policy response to protect the poor has not been formulated in the health system to deal with financial crises, and laws and documents relate to conditions of economic stability. A review of the financial crises of the last four decades has shown that in crises with a foreign origin (war and sanctions), often reduce access to services and diminish the services having the most important effects on the health system and the austerity policies were the main policy response. Costs shifting has also been the most important policy response in domestic financial crises (caused by rising costs and lack of budget due to economic policies).

Conclusion: Governments that place greater focus on social safety net programs, justice and health financing, are more resilient to financial crises. Efficacy, cost reduction, and income support mechanisms can help governments maintain critical services for the poor and vulnerable. The country's health system must focus on ensuring the access of the poor to health services in times of crises.

Keywords: Health Care Costs, Health facilities, Health Policy, Poverty

منابع

1. Glonti K, Gordeev VS, Goryakin Y, Reeves A, Stuckler D, McKee M, et al. A systematic review on health resilience to economic crises. PloS one 2015; 10(4): e0123117.
2. Brall C, Schroder-Back P, Brand H. The Economic Crisis and Its Ethical Relevance for Public Health in Europe-an Analysis in the Perspective of the Capability Approach. Cent Eur J Public Health 2016; 24(1): 3-8.
3. Phua KL. Can we learn from history? Policy responses and strategies to

1. Ph.D. of Health Policy, Iran Health Insurance Organization, Tehran
2. * Corresponding Author: MD.Researcher at the National Centre for Health Insurance Researches, Iran Health Insurance Organization, Tehran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

meet health care needs in times of severe economic crisis. Open Public Health Journal 2011; 4: 1-5.
4. Thomson S, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy: World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen. New York: Open Viuersity Press; 2019.
5. Gottret P, Gupta V, Sparkes S, Tandon A, Moran V, Berman P. Protecting pro-poor health services during financial crises: Lessons from experience. Adv Health Econ Health Serv Res 2009; 21: 23-53.
6. Gorji A. Sanctions against Iran: The Impact on Health Services. Iran J Public Health 2014; 43(3): 381-2.
7. Anvari S, Namani F. Economic resilience of hospitals, the missing link of crisis management in hospitals: A systematic review of the literature. First National Conference on Crisis Management and Passive Defense in Hospitals and Medical Centers with Hospital Resilience Approach; Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2018 .[In Persian]
8. Danaei G, Harirchi I, Sajadi HS, Yahyaei F, Majdadeh R. The harsh effects of sanctions on Iranian health. Lancet 2019; 394(10197): 468-9.
9. Aloosh M, Salavati A, Aloosh A. Economic sanctions threaten population health: the case of Iran. Public health 2019; 169: 10-3.
10. Aloosh M. How economic sanctions compromise cancer care in Iran. Lancet Oncol 2018; 19(7): e334.
11. Hsu J, Majdzadeh R, Harirchi I, Soucat A. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues. Geneva: World Health Organization; 2019.
12. Noferesti M. Resilient Economy and How It Could Be Achieved. Scientific Journal Management System. Resistive Economy 2016; 4: 157-68. [In Persian]
13. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs. Geneva: WHO; 2015.
14. Thomas S, , et al. Resilience of the Irish Health System: Surviving and utilising the economic contraction, Year 1 Report of the Resilience Project. Dublin: Trinity College Dublin, Centre for Health Policy and Management; 2012.
15. Sparrow R. Targeting the poor in times of crisis: the Indonesian health card. Health Policy Plan 2008; 23(3): 188-99.
16. Pradhan M, Saadah F, Sparrow R. Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia's economic crisis? World Bank Econ Rev 2007; 21(1): 125-50.
17. Burke SA, Normand C, Barry S, Thomas S. From universal health insurance to universal healthcare? The shifting health policy landscape in Ireland since the economic crisis. Health Policy 2016; 120(3): 235-40.
18. Bitrán R, Giedion U. Waivers and exemptions for health services in developing countries. Washington: World Bank; 2002.
19. Hou X, Velényi EV, Yazbeck AS, Iunes RF, Smith O. Learning from economic downturns: How to better assess, track, and mitigate the impact on the health sector. Washington: World Bank; 2013.
20. Trujillo AJ, Portillo JE, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: Evaluating the colombian experience using propensity score matching. Int J Health Care Finance Econ 2005; 5(3): 211-39.
21. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. Arch Iran Med 2015; 18(7): 416-24.
22. Ravaghi H, Foroughi Z, Nemati A, Bélorgeot VD. A holistic view on implementing hospital autonomy reforms in developing countries: a systematic review. Health Policy Plan 2018; 33(10): 1118-27.
23. Zandian H, Olyaeemanesh A, Takian A, Hosseini M. Contribution of Targeted Subsidies Law to the Equity in Healthcare Financing in Iran: Exploring the Challenges of Policy Process. Electron Physician 2016; 8(2): 1892.
24. Dizaj JY, Anbari Z, Karyani AK, Mohammadzade Y. Targeted subsidy plan and Kakwani index in Iran health system. J Educ Health Promot 2019; 8: 1-9.
25. Keshavarz K, Najafi B, Andayesh Y, Rezapour A, Abolhallaj M, Asiabar AS, et al. Social accounting matrix and the effects of economic reform on health price index and household expenditures: Evidence from Iran. Med J Islam Repub Iran 2017; 31: 68.
26. Doshmangir L, Doshmangir P, Abolhassani N, Moshiri E, Jafari M. Effects of Targeted Subsidies Policy on Health Behavior in Iranian Households: A Qualitative Study. Iran J Public Health 2015; 44(4): 570-9.
27. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. J Prev Med Public Health 2019; 52(4): 214-33.
28. Aryankhesal A, Etemadi M, Agharahimi Z, Rostami E, Mohseni M, Musavi Z. Analysis of social functions in Iran's public hospitals: Pattern of offering discounts to poor patients. Int J Hum Rights Healthc 2016; 9(4): 242-53.
29. Etemadi M, Abolghasem Gorji H. Trade-off between Efficiency and Equity on the Rationing in Health Insurance System: the Burden on the Poor. Evidence Based Health Policy, Management and Economics 2019; 3(3): 162-71.
30. Bastani P, Samadbeik M, Dinarvand R, Kashefian-Naeeini S, Vatankhah S. Qualitative analysis of national documents on health care services and pharmaceuticalspurchasing challenges: evidence from Iran. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 410.
31. Vasheghani Farahani A, Rasekh H, Najafi S, Rahimi F, Akbari M, Salehnia F, et al. Evaluation of affordability and impoverishment effect of cardiovascular medicines in Iran. Iranian Journal of Pharmaceutical Sciences 2018; 14(2): 65-74.
32. Mobaraki H, Rezapor A, Rahiminia R, Asadi H, Ghavamiazad Z, Jooyani Y. Catastrophic Health Expenditure and its Determinants in Older Adults in Tehran, Iran. Caspian Journal of Health Research 2018; 3(3): 69-74.
33. Nekoei Moghadam M, Amiresmaili M, Izadi A. The Competitive Analysis of the Private Hospital Industry Using Porter's Competitive Diamond Model: A Case Study in Kerman 2014. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2016; 5(1): 29-45. [In Persian]
34. Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. Oral Health Dent Manag 2012; 11(4): 189-98.
35. Arani AA, Atashbar T, Antoun J, Bossert T. Iran's health reform plan: measuring changes in equity indices. Iranian journal of public health 2018; 47(3): 390.
36. Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P. Health system responses to financial pressures in Ireland: policy options in an international context. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2012.
37. Tandon A, Fleisher L, Li R, Yap WA. Reprioritizing government spending on health: pushing an elephant up the stairs? WHO South East Asia J Public Health 2014; 3(3): 206.
38. WHO. The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
39. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
40. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Health policy in the financial crisis. Eurohealth 2012; 18(1): 3-6.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]