فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
تابستان ۱۳۹۷
2018;6(2):200 -202
www.journal.ihepsa.ir
نامه به سردبیر

سیاست‌های کلیدی تأمین مالی سلامت با رویکرد انباشت و تصمیم ریسک برای ارتقای نظام‌های سلامت در کشورهای فقیر و درحال‌توسعه: مناطق آفریقا و مدیترانهٔ شرقی (مناطق WHO)

علی آهنگر[۲،۱]، علی محمد احمدی[۳]، امیرحسین مزینی[۳]، سجاد فرجی دیزجی[۳]

۱. دکتری اقتصاد سلامت، گروه توسعه و برنامه‌ریزی اقتصاد، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دکتری اقتصاد، گروه اقتصاد، پژوهشکده اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۳
پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۷
انتشارآنلاین: ۱۳۹۷/۰۳/۲۷

IJHEHP 2018; 6(2):200-202

نویسندهٔ مسئول:
علی محمد احمدی
گروه اقتصاد، پژوهشکده اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
تلفن: ۰۹۱۱۲۵۸۱۷۲۸
پست الکترونیک:
ali_ahangar51@yahoo.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.

چکیده

سیاستگذاران سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. یکی از موانع مهم برای اهداف تأمین، حفظ و ارتقا در نظام‌های سلامت، هزینه‌های رایج و اغلب گرانبها برای مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد (و یا سرانهٔ تولید ناخالص داخلی) است و نیاز به چنین مراقبت‌هایی اغلب نامطلوب است. بنابراین سیاست‌های تأمین مالی سلامت در جهان، مکانیزم‌های انباشت و تسهیم ریسک (در تأمین مالی و یا مخارج سلامت در حوزه‌های بهداشت و پیشگیری، درمان و ارتقای سلامت جامعه) برای محافظت از مردم از این مانع مهم به مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای مراقبت‌های سلامت، اغلب با توجه ویژه به فقرا و افراد کم‌درآمد در مناطق آفریقا و مدیترانه شرقی (EMRO) به‌عنوان استراتژی کلیدی مطرح می‌کند (۱). دستاوردهای سلامت در بهبود شاخص‌های سلامت مانند کاهش انواع مرگ‌ومیر (کودکان، نوزادان، مادران و حتی بزرگ‌سالان) و همچنین افزایش امید به زندگی (در بدو تولد و یا در سن ۶۰ سالگی) در جهان ناشی از عوامل متعددی از جمله افزایش سطح آموزش و سواد افراد (به‌ویژه مادران)، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی است. اما این دستاوردها در دنیا با افزایش چشمگیری در هزینه‌های بهداشتی همراه است؛ به‌طوری که از پیامدهای بار اصلی مالی رشد فزایندهٔ مخارج کمرشکن سلامت، باعث شده است بیماران مجبور به پرداخت مستقیم (از جیب) بیشتر برای درمان شوند و این مسئله منجر به سقوط بسیاری از مردم (حدود ۱/۳میلیارد نفر) به زیر خط فقر می‌شود. چنین موضوعی به‌ویژه در کشورهای فقیر و درحال‌توسعه با سطوح درآمد پایین بیشتر دیده می‌شود (۲). یکی از فاجعه‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌هایی که بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و یا کمتر از درآمد متوسط با آن مواجه می‌شوند، چگونگی تأمین مالی و فراهم کردن مراقبت‌های سلامت برای بیش از حداقل یک میلیارد نفر از فقرا که در کشورهای فقیر (مثل آفریقا) و کشورهای کم درآمد (مناطق مدیترانهٔ شرقی) زندگی می‌کنند، است. بیش از ۸۰٪ (در سال ۱۹۹۵) و ۶۵٪ (در سال ۲۰۱۴) از کل هزینه‌های خصوصی مراقبت‌های سلامت در کشورهای کم‌درآمد از طریق پرداخت‌های مستقیم جیب از سوی بیماران (Out-off-Pocket) تأمین می‌شود (WHO Data، 2016). مطالعات انجام‌شده در چندین کشور نشان می‌دهد که هزینه‌های پزشکی (دارو و تجهیزات) بسیار بالا، علت عمدهٔ هزینه‌های سلامت فاجعه‌بار و کمرشکن (Health Catastrophic Expenditure) بخش سلامت در اکثر کشورهای فقیر است (۳).

از مفاهیم کلیدی در تأمین مالی سلامت و به‌دنبال آن دستیابی به اهداف اصلی نظام‌های سلامت (تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در حوزه‌های مختلف بهداشت و پیشگیری و درمان و توانبخشی)، مفهوم انباشت و تسهیم ریسک (Risk –Pooling & Risk-Sharing) است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، "انباشت ریسک" عبارت است از

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.r200]

"تجمیع و مدیریت درآمدها به شیوه‌ای که اطمینان حاصل شود که ریسک مالی پرداخت برای مراقبت‌های سلامتی بر دوش همهٔ اعضای صندوق است و نه بر دوش تک تک آنها به‌صورت فردی. در درجهٔ بزرگتر از انباشت ریسک، افراد کمتری مجبور به تحمل پیامدهای مالی خطرات سلامتی خود هستند". با افزایش انباشت ریسک و میزان تلفیق (افراد سالم و بیمار، ثروتمند و فقیر، جوان و مسن)، افراد کمتری عواقب مالی خطرات بیماری و هزینه‌های کمرشکن سلامت را صرفا خودشان تحمل می‌کنند (۴).

در مطالعهٔ Ahangar و همکاران (۲۰۱۸) به ارزیابی و تحلیل وضعیت تسهیم ریسک (براساس روش استاندارد سازمان جهانی بهداشت) در تأمین مالی نظام‌های سلامت در تمامی مناطق مختلف WHO پرداخته شد. نتایج مطالعهٔ مذکور نشان داد که طی دورهٔ زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ میزان تسهیم ریسک در تأمین مالی سلامت در منطقهٔ آفریقا (از ۱/۶ به۲/۲۱؛ از مجموع ۷ امتیاز لیکرت) وضعیت تسهیم ریسک کم است و در منطقهٔ EMRO (از ۳/۴۴ به ۴/۰۸) میزان تسهیم ریسک متوسط است. این تغییر نسبتا سریع در تسهیم ریسک در این مناطق با افزایش مخارج عمومی دولتی روی سلامت (GGHE) به‌صورت درصدی از کل مخارج سلامت (THE) در EMRO (از ۴۹/۲٪ به ۵۶/۸٪) و آفریقا (از ۴۲/۸٪ به ۴۷/۸٪)، کاهش در هزینه‌های خصوصی در سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت در EMRO (از ۵۰/۸٪ به ۴۳/۲٪) و آفریقا (از ۵۷/۲٪ به۵۲/۲٪)، کاهش هزینه‌های از جیب (OoP) به‌عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی سلامت در EMRO (از۸۸/۷٪ به ۸۱/۳٪) و آفریقا (از ۵۷/۲٪ به ۵۲/۲٪) و در آفریقا (از ۵۰/۴٪ تا ۶۰/۰٪) همراه بوده است. افزون بر این، براساس گزارش صندوق جهانی و بانک جهانی، پرداخت‌ها و کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت بین سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ به‌ترتیب ۸/۶٪ و ۳۲/۱٪ افزایش یافته است (۳،۵). در سراسر مناطق مختلف WHO، آفریقا بیشترین میزان سهم کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت (۳۸/۸٪) را به خود اختصاص داده است (۲).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰)، مهمترین عامل تعیین‌کنندهٔ عادلانه بودن تأمین مالی یک نظام سلامت، وضعیت انباشت و تسهیم ریسک (میزان پیش‌پرداخت) در کل هزینه‌ها است. پرداخت مستقیم از جیب، نزولی‌ترین و ارتجاعی‌ترین شیوهٔ پرداخت برای سلامتی به‌شمار می‌رود و شیوه‌ای است که مردم را با بیشترین خطرات مالی فاجعه‌بار (کمرشکن) روبه‌رو می‌کند (۴). یکی از عناصر کلیدی در کارایی نظام تأمین مالی مراقبت سلامت و به‌دنبال آن دستیابی پوشش همگانی سلامت، به اشتراک‌گذاری منابع به‌منظور پخش خطر مالی ناشی از بیماری در تمامی جمعیت است. نظام سلامت باید اعتبارات مالی لازم برای تأمین نیازهای مالی مرتبط با سلامتی افراد نیازمند را فراهم کرده و وجوه لازم را بدون توجه به توانایی تمایل پرداخت (Willing to Pay) آنها جمع‌آوری کند (۲). برای دستیابی به این امر، استفاده از مکانیزم‌های مبتنی‌بر تسهیم ریسک متوسط و بالا از جمله طرح‌های پیش‌پرداخت لازم و ضروری است. مکانیزم پیش‌پرداخت، به این معنی است که افراد قبل از اینکه بیمار شوند، مبلغی را پرداخت می‌کنند و در هنگام بیماری، از منابع گردآمده، بهره می‌برند. جدای از افرادی که توان پرداخت دارند، در تمامی کشورها افرادی وجود دارند که قادر به مشارکت مالی در پرداخت نیستند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که محافظت مالی در نظام سلامت از طریق اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف مردم (انباشت) و توزیع خطر (Risk Spreading) در طول زمان (پیش‌پرداخت) حاصل می‌شود (۶). انباشت ریسک مالی و طرح‌های پیش‌پرداخت، به کاهش نتایج مالی نیازهای بهداشتی ـ درمانی غیرقطعی، حذف موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشقت‌های مالی مرتبط با بیماری کمک می‌کند (۷).

با توجه به محدودیت جدی منابع تأمین مالی بخش سلامت و به‌ویژه چالش عمدهٔ دولت‌ها، تأمین نیازهای نامحدود افراد در زمینهٔ مراقبت سلامت و همچنین نااطمینانی در بروز بیماری و نیاز به مراقبت سلامت، بهره‌گیری از سازوکارهای مناسب برای پیشگیری از اتلاف منابع مالی بخش سلامت و کنترل هزینه‌ها بسیار ضروری است. زیرا اگر هزینه‌ها کنترل نشوند، پوشش کل جمعیت و فراهم کردن خدمات کافی و حتی ضروری، دشوار خواهد بود و پایداری مالی طولانی‌مدتی حاصل نخواهد شد (۸). براساس گزارش جهانی سلامت (۲۰۱۰)، یکی از سیاست‌های کلیدی در تأمین مالی عادلانهٔ مراقبت‌های سلامت در اکثر کشورها، نظام تأمین مالی سلامت پیش‌رونده یا تصاعدی (Progressive) (بر پایهٔ میزان بالایی از انباشت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.r200]

و تسهیم ریسک) است که طرح پوشش همگانی سلامت یکی از مصادیق اصلی آن محسوب می‌شود (۷). همچنین نتایج نشان می‌دهد نظام تأمین مالی سلامت مبتنی بر انباشت (و تسهیم ریسک)، در بین کشورهای با درآمد کم و متوسط که به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند (از قبیل مالزی، شیلی و کره‌جنوبی) و یا با سرعت به‌سمت آن حرکت می‌کنند (مثل مکزیک، برزیل و تایلند)، بیش از ۶۵ درصد از تأمین مالی سلامت به‌صورت انباشته است (۹).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد یکی از مهم‌ترین مفاهیم کلیدی در سیاست‌های تأمین مالی سلامت، استراتژی مبتنی بر تسهیم و انباشت ریسک بهینه است. منافع چنین سیاستی که دیگر مفاهیم تعیین‌کننده را در پی خواهد داشت، عبارتند از: دستیابی به پوشش همگانی سلامت؛ اتخاذ تمهیدات ساختاری و قانونی مناسب در زمینهٔ تعهد به دسترسی کلیهٔ گروه‌های جمعیتی (در قالب تعریفی جامع از شهروندی) به خدمات ضروری سلامت؛ عدالت در دسترسی به انواع خدمات سلامت براساس نیاز؛ حفاظت در برابر ریسک‌های مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن برای تمامی افراد جامعه و ممانعت از به ورطهٔ فقر افتادن افراد (۱۰). بنابراین، هرقدر نظام‌های تأمین مالی سلامت مبتنی بر مکانیسم‌های انباشت ریسک بالا (بر پایهٔ منابع عمومی/دولتی و پیش‌پرداخت‌ها) باشد، نظام تأمین مالی سلامت صعودی‌تر، ریسک مالی بیماری‌ها و مراقبت‌های سلامت برای خانوارها کمتر و نظام تأمین مالی سلامت عادلانه‌تر و کارآمدتر است. از سوی دیگر، هرچقدر مکانیسم‌های تأمین مالی سلامت، نزولی و بر پرداخت‌های مستقیم متکی باشند، ریسک مالی سلامت برای خانوارها بیشتر و نظام تأمین مالی سلامت نزولی‌تر، ناعادلانه و ناکارآمد است (۳). در نهایت، سیاست‌های تأمین مالی سلامت مبتنی بر طرح‌های پیش‌پرداخت و منابع عمومی با انباشت ریسک بالاتر و تسهیم ریسک بهینه‌تر به‌عنوان یک استراتژی کلیدی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage)، کاهش موانع مالی دسترسی به مراقبت‌های سلامت، هزینه‌های پایین‌تر پرداخت‌های مستقیم از جیب و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت در کشورهای فقیر و درحال توسعه مثل مناطق آفریقا و مدیترانه شرقی (EMRO) دارد.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع گزارش نشده است.

References

1. James C, Savedoff WD. Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity. World Health Report .2010.
2. Ahangar A, Ahmadi A, Mozayani A, Faraji Dizaji S. The Role of Risk-sharing Mechanisms in Finance Health Care and Towards Universal Health Coverage in Low-and Middle-income Countries of World Health Organization Regions. J Prev Med Public Health. 2018;51(1):59–61. https://doi.org/10.3961/jpmph.17.199 PMid:29397640 PMCid:PMC5797722
3. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani AHM, Dizaji SF. Why are risk-pooling and risk-sharing arrangements necessary for financing healthcare and improving health outcomes in low and lower middle-income countries. Health. 2018;10(1):122. https://doi.org/10.4236/health.2018.101010
4. World Health Organization (2000), The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, Geneva: World Health Organization
5. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani AH, FarajiDizaji S.(2018)The Assessment of Risk-Sharing in the Financing of the Health Sector and Health Outcomes; a comparative study across WHO's regions, ,PhD.Dissertation in Health Economics, School of Economics and Management, Tarbiat Modarres University(TMU),Tehran, Iran.
6. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff. 2007;26(4):972-83. https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972 PMid:17630440
7. World Health Organization. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. World Health Organization. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Meeting Report, Rockefeller Foundation Center, Bellagio; 2012.
9. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet. 2012;380(9845):924-32. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61083-6
10 Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med. 2014;11(9):e1001731. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731 PMid:25243899 PMCid:PMC4171369

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.r200]