



خلاصه سیاستی

سلامت مهاجران در جمهوری اسلامی ایران

استراتژی‌های گسترش پوشش خدمات سلامت برای مهاجران

سلامت مهاجران در جمهوری اسلامی ایران

خلاصه سیاستی

استراتژی‌های گسترش پوشش خدمات سلامت برای مهاجران

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مسئله:

استراتژی‌های گسترش پوشش به عنوان گزینه سیاستی:

گزینه ۱: تغییر معیارهای واجد شرایط بودن بیمه سلامت.

گزینه ۲: افزایش آگاهی عمومی.

گزینه ۳: مقرون به صرفه تر کردن حق بیمه.

گزینه ۴: استراتژی‌های نوآورانه ثبت نام.

گزینه ۵: بهبود ارائه مراقبت‌های بهداشتی.

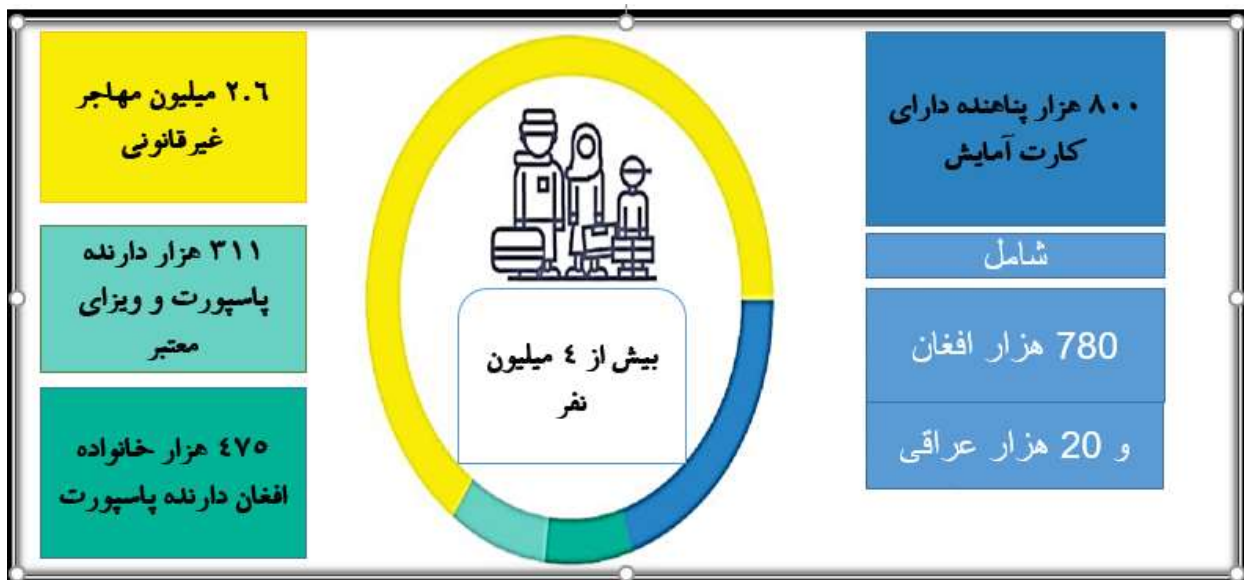
گزینه ۶: بهبود مدیریت و سازماندهی طرح‌های بیمه.

گزینه ۷: حرکت به سمت مدل‌های ترکیبی مراقبت از مهاجران در

ایران.

پناهندگان در میان حساس‌ترین اقشار آسیب‌پذیر جهان قرار دارند. کنوانسیون ۱۹۵۱ پناهندگان و پروتکل ۱۹۶۷ آن از اولین اقدامات سازمان‌یافته جهانی برای کمک به حفاظت از آنها می‌باشد (۱). «پناهنده شخصی است که به دلیل ترس موجه از آزار و اذیت به دلیل نژاد، مذهب، ملیت، عضویت در یک گروه اجتماعی خاص یا عقاید سیاسی مجبور به ترک خانه خود شده است و قادر یا مایل به بازگشت به کشور مبدأ خود نمی‌باشد (۲). سازمان ملل متحد پناهنده را به‌عنوان "کسی که کشور محل سکونت معمول خود را بدون توجه به دلیل مهاجرت یا وضعیت قانونی تغییر می‌دهد" تعریف می‌کند (۳، ۴). در سال ۲۰۲۰، ۸۲.۴ میلیون نفر در

سراسر جهان به دلیل آزار و اذیت، درگیری، خشونت، نقض حقوق بشر، یا سایر رویدادهایی که باعث اختلال نظم عمومی مجبور به نقل مکان شده‌اند، از جمله پناهندگان (۲۶.۴ میلیون نفر)، پناهجویان (۴.۱ میلیون نفر)، آواره‌های درون‌مرزی در سراسر جهان (۴۸.۰ میلیون نفر)، و نزوئالیی آواره در خارج از کشور (۳.۹ میلیون نفر) (۴). پناهجویان ورودی به ایران به دلیل درگیری‌های اخیر در افغانستان در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته‌اند. افراد مورد توجه کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل در ایران (۲۰۲۱) در شکل ۱ نشان داده شده‌اند. (۵)



شکل ۱. گروه‌های هدف UNHCR در ایران، ۱۴۰۰

مهاجران ممکن است بر اساس دلایل مهاجرت، فرایندهای مهاجرت، یا وضعیت بهداشتی جامعه کشور مبدأ (مثلاً سطوح پایین واکسیناسیون) نیازهای بهداشتی مختلفی داشته باشند که در کشور مقصد رایج نباشد. مسائل بهداشتی مهاجران در مراحل مختلف فرایند مهاجرت اولویت‌بندی متفاوتی دارند. مشکلاتی مانند واکسیناسیون، بیماری‌های واگیر (۶) بیماری‌های تنفسی (۷)، آسیب‌های ناشی از جنگ و درگیری (۸)، مشکلات سلامت روان (۹) در اوایل ورود به کشور مقصد، و مدیریت بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های غیرواگیر (۱۰)، و دسترسی به خدمات بهداشتی (۱۱) در سال‌های بعدی مهاجرت رایج‌ترین چالش‌های بهداشتی آن‌ها هستند.

دسترسی مهاجران به خدمات بهداشتی تحت‌تأثیر موانع و عوامل مختلفی از جمله پیشرفت و پایداری نظام سلامت، سیاست‌های مهاجرت، بهره‌وری و عملکرد سیستم سلامت، بحران‌های اقتصادی، کمک‌های مالی، سطح تحصیلات، سواد سلامت مهاجران، نیروی کار آموزش‌دیده بهداشتی و... بسیاری موارد دیگر قرار دارد. ترس از شناسایی و فقدان مجوز قانونی برای دسترسی به طرح‌های بهداشتی، پس از موانع مالی، از موانع اصلی برای مهاجران و پناهندگان می‌باشد. در ایران دسترسی مهاجران قانونی و غیر قانونی از لحاظ حقوقی محدود نشده است اما تنها گروه اندکی نزدیک به ۱۵۰ هزار نفر از مهاجران تحت پوشش بیمه هستند و موانع گوناگونی دسترسی آنها را متأثر می‌کند در ادامه راهکارهای گسترش دسترسی و پوشش مهاجران را که از تجربیات موفق کشورهای دنیا به دست آمده است مشاهده می‌نماییم.

استراتژی‌های گسترش پوشش مهاجران که در زیر به آن‌ها اشاره شده است، به‌عنوان گزینه‌های سیاستی جهت افزایش دسترسی مهاجران بر اساس تجارب سیستم‌های بهداشتی جهان در اختیار سیاست‌گذاران قرار دارد.

استراتژی ۱: تعدیل الزامات واجد شرایط بودن:

الف: افزایش آستانه درآمد برای ورود به بیمه سلامت:

در ایالت متحده اگر درآمد والدینشان تا ۲۰۰ درصد خط فقر فدرال (FPL) باشد، نوزادان واجد شرایط Medicaid خواهند بود، کودکان زیر شش سال اگر درآمد والدینشان تا ۱۳۳ درصد باشد واجد شرایط می‌شوند، کودکان ۶ تا ۱۵ ساله واجد شرایط خواهند بود.

ب) افزایش تعداد گروه‌های جمعیتی واجد شرایط:

به‌عنوان مثال، در ایالات متحده، مهاجران قانونی که بیش از پنج سال در این کشور زندگی کرده‌اند، واجد شرایط برنامه بیمه سلامت کودکان Medicaid و ایالتی (SCHIP) با شرایط مشابه شهروندان ایالات متحده هستند.

استراتژی ۲: افزایش آگاهی از طرح‌ها و مزایای آنها:

الف) کمپین‌های رسانه‌های جمعی: در کشورهای مختلف، تلویزیون، رادیو، تبلیغات چاپی، اینترنت و خطوط تماس تبلیغاتی برای ترویج طرح‌های بیمه سلامت به جمعیت بالقوه واجد شرایط استفاده می‌شود.

ب) رسانه‌های جمعی در مکان‌های موردنظر: فقط چند نمونه عبارت‌اند از برنامه‌های کمک‌های عمومی، مؤسسات دوران کودکی، مدارس، بیمارستان‌ها، و سازمان‌های مذهبی.

استراتژی ۳: مقرون به صرفه کردن حق بیمه:

الف) بارانه:

الف ۱: دولت برای افرادی که واجد شرایط هستند حق بیمه پرداخت می‌کند. حق بیمه برای خانوارهای فقیر در فیلیپین توسط یک صندوق دولتی پرداخت می‌شد و هزینه حق بیمه بین دولت محلی و برنامه بیمه سلامت ملی (NHIP) تقسیم می‌شد.

الف ۲: اعتبار مالیاتی غیرمستقیم برای کمک به افرادی که واجد شرایط هستند. به‌عنوان مثال، در ماساچوست، «اتصال بیمه سلامت» با ارائه طرح‌های بخش ۱۲۵ که به مردم امکان می‌داد با استفاده از پول پیش از مالیات، بیمه سلامت را خریداری کنند، ثبت‌نام شرکت‌های کوچک را آسان‌تر کرد.

الف ۳: کمک مالی برای پرداخت هزینه حق بیمه افراد کم‌درآمد. کمک‌های بیش از ۳۰۰۰ یتیم و بیوه و همچنین اعضای خانواده آنها توسط کلیسای محلی در کابوتار (رواندا) انجام داده شد.

(ب) مقیاس کشویی حق بیمه: سطوح مختلف حق بیمه بسته به سطح درآمد جمعیت هدف انتخاب می‌شود برای مثال، بر اساس طرح Gonosastya Kendra بنگلادش، مشارکتهای متفاوتی بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی مردم تعیین شد.

استراتژی ۴. اصلاح ثبت نام:

(الف) ساده سازی روش ثبت نام: ارائه دهندگان در اینجا الزامات درخواست را کاهش دادند، فرمهای خود را به روزرسانی کردند، یا برای تکمیل فرمها کمک ارائه کردند.

(ب) یکپارچه سازی منابع برای ثبت نام. طرح بیمه با سایر شرکتهای یا برنامههای دولتی برای تسهیل ثبت نام همکاری می‌کرد. به عنوان مثال، در ایالات متحده، در صورتی که خانواده از قبل با برنامه دیگری که از نظر مالی مورد آزمایش قرار گرفته اند، فقیر یا تقریباً فقیر تشخیص داده شده باشد، ممکن است کودکان بدون نیاز به پرکردن درخواست جدید در SCHIP ثبت نام کنند.

(ج) تغییر واحد ثبت نام. در سیستمهای خاصی، برخی از واحدهای عضویت به خانواده منتقل شدند. BadgerCare در ویسکانسین، ایالات متحده، نمونه‌ای از برنامه‌ای بود که همه اعضای خانواده را ملزم به ثبت نام می‌کرد.

(د) بهبود رویکردهای وصول حق بیمه: تغییر نحوه و زمان وصول حق بیمه. پرداختهای حق بیمه به صورت ماهانه، سه ماهه یا شش ماهه تحت طرح ORT Health Plus، یک برنامه تأمین مالی سلامت مبتنی بر جامعه در فیلیپین انجام می‌شد. در اوگاندا، انجمنهای تشییع جنازه از جلسات ماهانه خود برای جمع‌آوری حق بیمه از اعضای جدید و جدید استفاده می‌کردند.

استراتژی ۵. بهبود ارائه مراقبتهای بهداشتی:

(الف) بهبود بسته مراقبتهای بهداشتی: طرحهای بیمه‌ای که با افزایش بسته مراقبتهای بهداشتی با نیازهای جمعیت واجد شرایط تنظیم می‌شوند. مراقبتهای دندانپزشکی اورژانسی، پیشگیرانه و روتین، به استثنای ارتودنسی و جراحیهای زیبایی؛ مراقبتهای اضطراری، پیشگیرانه و معمول بینایی، از جمله عینک؛ خدمات گفتار و شنوایی؛ تجهیزات پزشکی بادوام؛ داروهای بدون نسخه؛ خدمات سلامت روان سرپایی؛ و خدمات بهداشت روانی بستری، الکل و سوء مصرف مواد در حال حاضر در مزایای SCHIP برای کودکان در ایالات متحده گنجانده شده است.

(ب) کنترل قیمت خدمات: با تنظیم پرداخت مشارکتی، کسر، و/یا حداکثر، می‌توانید خدمات تحت پوشش را تغییر دهید - با کنترل هزینه کالاها و خدمات. برای کسانی که شرایط را دارند مقرون به صرفه است. زمانی که استانداردهای اولیه Medicaid در سال ۱۹۸۲ بازنگری شد، تقسیم هزینه کودکان در ایالات متحده حذف شد.

ج) بهبود کیفیت خدمات برای جذب بیشتر جمعیت واجد شرایط. به عنوان مثال، اکثریت مردم در منطقه نونا (بورکینافاسو)، همان طور که تیم مدیریت بیمه سلامت در طول کمپین ثبت نام وعده داده بودند، در طرح های بیمه درمانی مبتنی بر جامعه به انتظار دریافت مراقبت بهتر ثبت نام کردند.

استراتژی ۶. بهبود مدیریت و سازماندهی برنامه های بیمه:

(الف) **بهبود سیستم اطلاعاتی:** برای ایجاد جمعیت واجد شرایط، ثبت نام و مدیریت طرح، یک سیستم اطلاعاتی کافی مورد نیاز است.

(ب) **آموزش کارکنان:** بهبود توانایی تیم مدیریت برای ارائه خدمات و مدیریت مؤثرتر برنامه بیمه درمانی.

(ج) **مدیریت شفاف:** جلب مشارکت بیمه شده در تدوین برنامه های بیمه. سیستم های پیش پرداخت در روآندا در مجموعه ای از تقریباً ۳۰ کارگاه که در سه منطقه برگزار شد، طراحی، استدلال و توافق شد (با رأی گیری) که شامل بسته مزایا، سطح حق بیمه، دسته های ثبت نام، پرداخت های مشارکتی و زمان انتظار بود.

پیشنهاد ما

مجموعه ای از توصیه ها برای پوشش مؤثر خدمات بهداشتی و درمانی برای مهاجران در ایران بر اساس تجارب موفق جهان ارائه شد. اجرای الگوی ارائه خدمات ترکیبی و شش راهبرد مذکور به نظام سلامت ایران کمک خواهد کرد تا توانمندی بیشتری در مراقبت از سلامت مهاجران داشته باشد. تعدادی از استراتژی های پیشنهادی شامل اصلاح فرایندهای موجود است. از جمله راهبردهای ۲، ۳ و ۶. برخی از مواردی که می تواند با کمترین هزینه مورد توجه باشد عبارتند از: انعطاف پذیری در دریافت حق بیمه و عدم پرداخت مشترک برای حق بیمه، مالیات و مجوز کار. این گزارش مجموعه ای از استراتژی ها را فهرست کرده است که سیاست گذاران می توانند در طراحی مجدد فرایندهای مرتبط برای تصحیح سیستم های معیوب استفاده کنند.

تهیه شده در مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Science (TUMS)

❖ Email: herc.tums@gmail.com

❖ Website: www.herc-tums.ir

1. Guterres A. A Personal Appeal from the United Nations High Commissioner for Refugees. UNHCR (September 2011). 1951:1-2.
2. Joshi C, Russell G, Cheng IH, Kay M, Pottie K, Alston M, Smith M, Chan B, Vasi S, Lo W, Wahidi SS. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*. 2013 Dec;12(1):1-4.
3. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, Azzedine F, Riza E, Karnaki P, Zota D, Linos A. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):1-22.
4. UNHCR. UNHCR's Refugee Population Statistics Database 2021 [Available from: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> .
5. Salavati B. *Iran Migration Outlook-2020*. Sharif Policy Research Institute. Sharif University of Technology. Tehran, Iran. August, 2020.
۶. Mylius M, Frewer A. Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):582-6.
۷. Truman BI, Tinker T, Vaughan E, Kapella BK, Brenden M, Woznica CV, et al. Pandemic influenza preparedness and response among immigrants and refugees. 2009;99(S2):S278-S86.
۸. Saleh A, Aydin S, Koçak OJOUTAD. A comparative study of Syrian refugees in Turkey, Lebanon, and Jordan: healthcare access and delivery. 2018;8(14):448-64.
۹. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011;183(12):E959-67.
۱۰. Amara AH, Aljunid SMJG, health. Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected health care need. 2014;10(1):1-15.
۱۱. Razum O, Bozorgmehr KJGSP. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. 2016;16(3):321-4.
۱۲. Common health needs of refugees and migrants: literature review. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
۱۳. Tabrizi JS, Poursasghar F, Nikjoo RG. Status of Iran's primary health care system in terms of health systems control knobs: a review article. *Iranian journal of public health*. 2017 Sep;46(9):1156.