



## خلاصه سیاستی

# سلامت مهاجران در جمهوری اسلامی ایران

استراتژی‌های تامین مالی پایدار سلامت مهاجران

# سلامت مهاجران در جمهوری اسلامی ایران

## استراتژی‌های تامین مالی پایدار سلامت مهاجران

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### شرح مسئله:

#### گزینه های سیاستی منابع تامین مالی پایدار سلامت مهاجران

گزینه ۱: خیرین و سازمان های مرتبط و نهادها و قوانین مذهبی

گزینه ۲: مالیات ها و طرح های مبتنی بر کارفرما

گزینه ۳: منابع مالی مبتنی بر بیماری

گزینه ۴: معاهدات و همکاری های منطقه ای و درآمدهای اختصاص

یافته از فرصت های اقتصادی دوجانبه

گزینه ۵: سیستم های بانکی و رویکردهای نوین مالی

پناهندگان در میان حساس ترین اقشار آسیب پذیر جهان قرار دارند. کنوانسیون ۱۹۵۱ پناهندگان و پروتکل ۱۹۶۷ آن از اولین اقدامات سازمان یافته جهانی برای کمک به حفاظت از آنها می باشد (۱). 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 شده اند، از جمله پناهندگان (۲۶.۴ میلیون نفر)، پناهجویان (۴.۱ میلیون نفر)، (۲). پناهجویان

ورودی به ایران به دلیل درگیری های اخیر در افغانستان در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته اند. در کشورهایی که جمعیت بالایی از مهاجران را میزبانی میکنند نظام های سلامت را با بار مالی زیادی روبرو میکنند که پایداری مالی و تداوم ارائه خدمات را با چالش مواجه می کند. سیاستگذاران در مواجهه با این چالش ها خود را ملزم به اتخاذ سیاست های انقباضی می بینند که ممکن است دسترسی و کیفیت خدمات سلامت را برای مهاجران با چالش مواجه سازد. در بحران اقتصادی ۲۰۰۸ تعدادی از کشورهای میزبان مهاجران ارائه خدمات به مهاجران را محدود کردند و با ورود به رونق اقتصادی مجددا سیاست های محدود کننده را تعدیل کردند.

بهبود تامین مالی سلامت می تواند به طور غیرمستقیم بر پیشرفت به سمت اهداف پوشش همگانی سلامت UHC از طریق مجموعه ای از اهداف میانی تأثیر بگذارد: برابری در توزیع منابع سیستم سلامت، کارایی، و شفافیت و پاسخگویی. باتوجه به بافت منحصر به فرد هر کشور و نقطه شروع آن از نظر ترتیبات اصلاحات تامین مالی سلامت نمی تواند به سادگی از یک کشور به کشور دیگر تکرار شود. با این حال، باتوجه به تجارب جهانی، تعدادی از اصول راهنما برای اصلاحاتی که به پیشرفت به سمت UHC کمک می کنند، می توانند تعریف شوند. اینها دستورالعمل های «چگونگی» نیستند، بلکه مجموعه ای از

«نشانه‌ها» هستند برای تعیین اینکه آیا استراتژی‌های اصلاحات (و مهم‌تر از آن اجرای اصلاحات) یک محیط انگیزشی مناسب ایجاد و در جهت درستی هدایت و حرکت می‌کنند. مهمترین آنها عبارتند از:

- ۱) افزایش درآمد و منابع متنوع تامین مالی
- ۲) تجمع درآمد برای افزایش توانایی وجوه پیش‌پرداخت موجود برای بازتوزیع.
- ۳) خرید خدمات استراتژیک از طریق ارتباط تخصیص منابع به ارائه‌دهندگان با نیازهای بهداشتی جمعیت.
- ۴) مکانیسم‌هایی برای طراحی منافع و جیره‌بندی

در بسیاری از کشورهای میزبان پناهندگان و مهاجران از جمله ایران، نسبت اندمی از مهاجران و پناهندگان تحت پوشش بیمه سلامت هستند که منبع اصلی آن کمک‌های بین‌المللی و پرداخت از جیب مهاجران می‌باشد در این خلاصه سیاستی به تعدادی از منابع مالی دیگر که ظرفیت بکارگیری در تامین مالی خدمات سلامت مهاجران را دارند اشاره کرده ایم.

## راهکارها و گزینه‌های سیاستی

استراتژی‌های تامین مالی پایدار که در زیر به آن‌ها اشاره شده است، به‌عنوان گزینه‌های سیاستی بر اساس مطالعه‌ای که با همکاری سازمان جهانی بهداشت، دفتر مدیریتانه شرقی و مرکز تحقیقات عدالت در سلامت در خصوص تامین مالی پایدار سلامت مهاجران انجام شده است فهرست شده‌اند. ما بر اساس بررسی مطالعات، دستورالعمل‌ها و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، گزینه‌هایی را برای افزایش درآمد جهت تامین مالی سلامت مهاجران در ایران شناسایی کرده‌ایم که به طور خلاصه به آن‌ها پرداخته ایم. این منابع در راستای افزایش اتکا به تامین مالی عمومی/اجباری (مالیات) به‌عنوان منبع اصلی حمایت و همچنین افزایش مشارکت ذینقشان، بهبود قابلیت پیش‌بینی تامین مالی عمومی (و خارجی)، تثبیت جریان بودجه عمومی (و خارجی) (اجرای منظم بودجه) فهرست شده‌اند.

### منبع ۱: خیرین و سازمان‌های مرتبط و نهادها و قوانین مذهبی:

رایج‌ترین مکانیسم برای توزیع کمک در مواقع اضطراری بشردوستانه، کمک‌های اختیاری پس از اضطرار است که عموماً توسط کشورهای با درآمد بالا ارائه می‌شود. کشورهای با درآمد بالا به طور معمول به کشورهای میزبان مهاجر یا سازمان‌های بین‌المللی مرتبط کمک مالی می‌کنند. این درآمد در حال حاضر نقش مهمی در تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی مهاجران ایفا می‌کند. یکی از مسائل مربوط به کمک‌ها، رویکرد فعلی تخصیص است. رایج‌ترین معیار برای تخصیص سطح درآمد یک کشور است که ناکافی است.

سایر بازیگرانی که منابع قابل توجهی برای تامین مالی خدمات بهداشتی دارند، سازمان‌های غیردولتی (هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی) هستند. مشکلی که در مورد این منابع وجود دارد، پراکندگی آنهاست که باعث کاهش سودمندی آنها شده است. (۳). برخی از ذینفعان به طور غیرمستقیم در تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی مهاجران مشارکت می‌کنند، مانند هزینه‌های خدمات ارزان‌تر، مراکز خدمات رایگان، معافیت بیمارستانی، و کارکنان بهداشتی داوطلب.

کمک های دریافتی به دلیل قوانین شرعی و مذهبی در جهان اسلام منبع دیگری است که می تواند در این دسته قرار گیرد. با مشارکت رهبران مذهبی، می توان از ظرفیت دین برای تأمین مالی ارائه خدمات به مهاجران استفاده کرد. در اصطلاح حقوقی اسلام، «خمس» به معنای واقعی کلمه به «یک پنجم یا ۲۰ درصد» ترجمه می شود، «یک پنجم اقلام خاصی که به عنوان ثروت به دست آمده توسط شخص و باید به عنوان مالیات اسلامی پرداخت شود» تعریف می شود. همچنین «زکات» به عنوان یکی از ارکان اسلام، نوعی صدقه و دلالت واجب است که توانایی کاهش درد و رنج میلیون ها انسان را دارد. عبارت زیر از قرآن به آن اشاره می کند:

- وَاعْلَمُوا أَنَّمَا غَنِمْتُمْ مِنْ شَيْءٍ فَإِنَّ لِلَّهِ خُمُسَهُ وَلِلرَّسُولِ وَلِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينِ وَابْنِ السَّبِيلِ إِن كُنْتُمْ ءَامَنْتُمْ بِاللَّهِ وَمَا أَنْزَلْنَا عَلَىٰ عَبْدِنَا يَوْمَ الْفُرْقَانِ يَوْمَ التَّقَىٰ أَجْمَعِينَ وَاللَّهُ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ
- إِنَّمَا الصَّدَقَاتُ لِلْفُقَرَاءِ وَالْمَسَاكِينِ وَالْعَامِلِينَ عَلَيْهَا وَالْمَوْلَافَةَ قُلُوبُهُمْ وَفِي الرِّقَابِ وَالْغَارِمِينَ وَفِي سَبِيلِ اللَّهِ وَابْنِ السَّبِيلِ ۗ فَرِيضَةً مِّنَ اللَّهِ ۗ وَاللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ

بررسی ظرفیت خمس نشان می دهد که در صورت رعایت مقررات خمس، ظرفیتی معادل (۱۳۵۴۲۰ میلیارد ریال) معادل ۵۰ درصد از منابع مورد نیاز برای رسیدن دهک های ۱ تا ۴ به دهک پنجم را فراهم می کند (۴). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید متولی مدیریت و هدایت این منابع برای تجمیع در سازمان بیمه سلامت ایران باشد.

## منبع ۲. مالیات ها و طرح های مبتنی بر کارفرما:

خوشبختانه، نظام سلامت ایران از سیستم های مختلف تامین مالی از جمله تامین اجتماعی، بیمه سلامت مبتنی بر کارفرما و طرح های مبتنی بر مالیات استفاده می کند. بیمه سلامت اجتماعی در مقایسه با سیستم های بهداشتی مبتنی بر مالیات برای UHC و عملاً برای مهاجران یک سیستم کامل نیست، زیرا اکثر مهاجران (قانونی و غیرقانونی) در کشورهای در حال توسعه در اقتصاد غیررسمی و مشاغل موقت کار می کنند، در صورتی که استحقاق با پرداخت بیمه اجتماعی همراه باشد، برخی از افراد قادر به پرداخت نیستند و بیمه نمی شوند. از سوی دیگر، کارفرمایان برای اجتناب از پرداخت سهم بیمه خود، کارمندان مهاجر را با دستمزد کمتر استخدام می کنند (این امر در بین کارکنان ایرانی نیز یک اتفاق عادی است). با تشدید تحریم ها در ده سال گذشته و بحران اقتصادی متعاقب آن، فرار کارفرمایان از پرداخت سهم خود بسیار گسترده شده است.

## منبع ۳. منابع مالی مبتنی بر بیماری

WHO با همکاری کشورها، برنامه های مشخصی را برای موفقیت جهان در ریشه کنی یا مدیریت برخی بیماری های خاص و به دنبال آن منابع مالی خاص تعیین کرده اند. این بیماری ها در میان مهاجران افغان نسبتاً شایع تر است. درمان برخی از این بیماری ها، از جمله سل و غیره، رایگان است، اما موانع دیگر، مهاجران را از دریافت این خدمات محدود می کند.

یکی از راه حل ها تجمیع این درآمدها (منابع داخلی و خارجی برای بیماری های منتخب) و ارائه آنها به عنوان بخشی از یک بسته بیمه حیاتی است. این منابع تا حدی به حمایت کشورهای با درآمد بالا وابسته هستند (۳).

#### منبع ۴. معاهدات و همکاری‌های منطقه‌ای و درآمدهای اختصاص یافته از فرصت‌های اقتصادی دوجانبه

معاهدات و همکاری‌های منطقه‌ای و همچنین درآمدهای اختصاصی از اقتصاد دوجانبه، فرصت‌هایی را برای ایجاد منابع پایدار برای سلامت مهاجران فراهم می‌کند. معاهدات و همکاری‌های منطقه‌ای، مانند ECO، SCO و D-8، نمونه‌هایی از نهادهایی هستند که توسط کشورهای منطقه ایجاد شده‌اند که برخی از آنها کارگروه‌های مشترکی را در زمینه سلامت تحت اساننامه خود ایجاد می‌کنند. از آنجایی که بالاترین مقامات کشورها تصمیم می‌گیرند، این نهادها ظرفیت بالایی برای سیاست‌گذاری برای ایجاد منابع دارند. باید از دیپلماسی سلامت وزارتخانه‌های بهداشت کشورهای منطقه برای توسعه این ظرفیت‌های بالقوه استفاده شود. معاهدات و همکاری‌های منطقه‌ای دارای مجموعه‌ای از ظرفیت‌های کشورهای عضو است که به ایجاد درآمد و حوزه‌های اقتصادی محدود نمی‌شود. سایر ابعاد ظرفیت‌سازی برای سلامت مهاجران که می‌تواند از طریق معاهدات و همکاری‌های منطقه‌ای مورد استفاده قرار گیرد شامل به اشتراک‌گذاری تجارب نظام سلامت، سیستم‌های بانکی و پولی و سازمان‌های بیمه است. معاهده‌ها و همکاری‌های منطقه‌ای نیز می‌توانند با ارائه بیمه‌های اتکابی و نمایه شده از بیمه‌گذاران مهاجر حمایت کنند. به عنوان مثال، در مواردی که از ریسک‌های مورد انتظار فراتر رفت و ثبات صندوق بیمه به چالش کشیده شد، می‌توان از طریق مکانیسم‌های برنامه ریزی شده حمایت ایجاد کرد.

#### منبع ۵. سیستم‌های بانکی و رویکردهای نوین مالی

سیستم‌های بانکی و ارزهای دیجیتال، به‌ویژه بانک‌های منطقه‌ای که با همکاری کشورهای منطقه مانند بانک توسعه اسلامی و بانک توسعه آسیایی توسعه یافته‌اند، می‌توانند به روش‌های مختلف به ایجاد منابع کمک کنند. اوراق قرضه اضطراری، دسترسی به حواله برای مهاجران، وام‌های کم بهره، و امتیازاتی مشابه آنچه که GCFF به مهاجران ارائه می‌دهد (کمک ۱ دلاری، معادل ۷ دلار آزادسازی وام) مداخلاتی هستند که سیستم‌های بانکی (به ویژه در سطح منطقه‌ای) می‌توانند انجام دهند. فناوری بلاک چین و ارزهای دیجیتال این پتانسیل را دارد که تامین مالی سلامت جهانی را تغییر دهد و آینده برابری سلامت جهانی و پوشش سلامت جهانی را شکل دهد.

#### پیشنهاد ما

وزارت بهداشت با افزایش نقش تولیتی و همکاری‌های بین بخشی خواهد توانست از ظرفیت منابع پیشنهادی بهره مند شود. WHO و وزارت بهداشت باید نقش بیشتری در هدایت حاکمیت بهداشتی برای تخصیص بودجه اهداکنندگان به مکان‌های مناسب ایفا کنند. یکی دیگر از اقداماتی که سیاست‌گذاران باید در نظر بگیرند، نیاز به مدیریت بهینه منابع سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین است. حوزه‌های اولویت دار باید به وضوح مشخص شوند، و همچنین ارزش سرمایه‌گذاری در آنها برای اقدام اهداکنندگان باید مشخص شود. سوق دادن منابع سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین به سمت حق بیمه از دیگر مداخلاتی است که نیازمند توجه و راهنمایی وزارت بهداشت است. خیرینی که از پیامدهای کمک‌های خود در

قالب شاخص هایی مانند نجات جان و جلوگیری از فقر در بین خانوارها آگاه هستند، بیشتر در مناطق اولویت دار سرمایه گذاری می کنند. بر اساس این گزارش، دولت باید اقدامات عملی تری برای حمایت از این گروه ها از جمله ارائه تسهیلات و معافیت های ویژه، مشارکت خیریه در سیاست گذاری و رویه های آموزشی و توانمندسازی آنها در زمینه ایجاد منابع انجام دهد. وزارت خانه های کشورهای منطقه با همکاری وزارت خانه های اقتصاد و سازمان های منطقه ای می بایست نقش منطقه ای در مدیریت مهاجران به ویژه سلامت آنان داشته باشند.

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](mailto:herc.tums@gmail.com)
- ❖ Website: [www.herc-tums.ir](http://www.herc-tums.ir)

## منابع

1. Guterres A. A Personal Appeal from the United Nations High Commissioner for Refugees. UNHCR (September 2011). 1951:1-2.
۲. UNHCR. UNHCR's Refugee Population Statistics Database 2021 [Available from: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> .
۳. Clinton C, Sridhar D. Who pays for cooperation in global health? A comparative analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance. *The Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):324-32.
4. The Khums theory in Islamic economics and its role in poverty reduction in Iran years 80-89. *J Islamic Economics & Banking*. 2014;3(8):101-22.