

## مروری بر سیاست‌های تامین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

محمدحسین مهرالحسنی<sup>۱</sup>، بهزاد نجفی<sup>۲</sup>، وحید یزدی فیض آبادی<sup>۳</sup>، مسعود ابوالحلاج<sup>۴</sup>، مریم رضانیان<sup>۵</sup>، رضا دهنویه<sup>۶</sup>،

مژگان امامی<sup>۷</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

<sup>۴</sup> استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دفتر بودجه و پایش عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی دکتری آینده پژوهی در سلامت، دفتر بودجه و پایش عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

<sup>۶</sup> دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۷</sup> دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی علوم مدیریت (سیاست‌گذاری در سلامت)، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی کرمان، ایران

نویسنده رابط: مژگان امامی، نشانی: کرمان، بزرگراه هفت باغ، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،

تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیک: emami.m@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۲؛ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۲

**مقدمه و اهداف:** دسترسی بهنگام افراد به خدمات سلامت مورد نیاز بدون تحمیل هیچگونه بار مالی، جهت تحقق سلامت در جامعه بسیار ضروری است. از این رو، مطالعه حاضر با هدف مروری بر سیاست‌ها و برنامه‌های اتخاذ شده در حوزه تأمین مالی بخش سلامت انجام شد.

**روش کار:** مطالعه کیفی حاضر ابتدا با رویکرد سیاست پژوهی به مرور قوانین و سیاست‌های بالادستی در حوزه تامین مالی سلامت در ایران پرداخت. سپس با برگزاری ۷ جلسه گروه کاری متمرکز با مشارکت ۲۸ نماینده از ذینفعان مختلف، سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه شناسایی شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوب کدگذاری و طبقه‌بندی شد.

**نتایج:** در پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی، سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه در ۱۰ مضمون در چهار طبقه جمع‌آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، تخصیص منابع و خرید راهبردی کالاها و خدمات شناسایی شد. از مهمترین سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توان به یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت‌بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تأکید بر یکسان‌سازی جزءحرفه ای در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود.

**نتیجه‌گیری:** در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیت عمده شناسایی شد، روش اجرا و تعهد به قوانین می‌باشد که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده است و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** تأمین مالی، حفاظت مالی، قوانین، سیاست‌ها

### مقدمه

موردنیاز با دشواری مواجه می‌سازد (۱). براین اساس، کشورها متعهد شدند که در جهت دستیابی به استراتژی پوشش همگانی سلامت تلاش کنند.

پوشش همگانی سلامت، در ساده‌ترین تعریف، به این مفهوم است که انواع خدمات سلامت مورد نیاز را با کیفیت کافی و بدون

دسترسی بهنگام افراد به خدمات سلامت شامل پیشگیری، درمان و توانبخشی جهت تحقق سلامت در جامعه بسیار مهم و ضروری است؛ اما وجود موانعی نظیر محدودیت‌ها در دسترسی فرهنگی، مالی و یا فراهم نبودن این خدمات، اقشار جامعه بویژه محرومان و گروه‌های در معرض خطر را در دریافت خدمات

مالی در سلامت استفاده می‌شوند، شاخص سهم پرداخت مستقیم از جیب، میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن و شاخص فقر ناشی از پرداخت‌های مستقیم از جیب برای سلامت است (۷،۸). ارزیابی‌ها و برآوردها نشان می‌دهند که ۱۵۰ میلیون نفر در سطح جهان از هزینه‌های کمرشکن سلامت رنج می‌برند و هر ساله ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل فشارهای مالی خدمات سلامت به سمت فقر سوق داده می‌شوند. این مساله دلالت بر فقدان شدید حفاظت در برابر پرداخت‌های مالی سلامت دارد. این مسأله، در کشورهای کم درآمد بیشتر نمایان است. در شش کشور از اعضای توسعه همکاری اقتصادی<sup>۱</sup> بیش از ۱٪ جمعیت که تقریباً چهار میلیون نفر را شامل می‌شود، از فاجعه مالی متاثر از پرداخت‌های کمرشکن در این زمینه رنج می‌برند؛ در حالی که در پنج کشور دیگر این مجموعه، ۰/۵٪ با این مشکل مواجه هستند (۹).

از دهه‌های گذشته برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران قانون بیمه همگانی سلامت با هدف پوشش تمامی جمعیت برای بیمه سلامت از سال ۱۳۷۳ (۱۰،۱۱) در مجلس شورای اسلامی تصویب شد. بر اساس مطالعه شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت در سال ۱۳۸۹ (قبل از اجرای برنامه تحول سلامت در سال ۱۳۹۳)، ۸۳/۱۵ درصد از جمعیت، تحت پوشش یکی از صندوق‌های ارائه دهنده بیمه‌های پایه شامل خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و سایر صندوق‌های بیمه‌ای خرد بوده و ۱۶/۸۵ درصد از جمعیت فاقد هر پوشش بیمه‌ای بودند (۱۲). هنوز هم مسائلی چون همپوشانی بواسطه مهاجرت از نواحی روستایی به نواحی شهری و تغییر در استخدام، مهاجرت افراد و خانوارها در سرتاسر برنامه‌های بیمه و حفظ پوشش برای بیشتر از یک بیمه‌گر، وجود دارد (۱۰). این در حالی است که براساس گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، پوشش بیمه پایه به رقم ۹۶٪ افزایش یافته است (۱۳).

در مطالعه‌ای انجام شده بر روی داده‌های هزینه-درآمد خانوار (جمع آوری شده توسط مرکز آمار ایران) برای سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹، نشان داده شد که متوسط مقادیر ریالی پرداخت‌های مستقیم از جیب سلامت ۷۴ درصد افزایش داشته است. ضریب پوشش بیمه نشان می‌دهد که نظام بیمه تنها موفق شده است ۱۵ درصد از بار هزینه‌های مستقیم از جیب خانوارها را کاهش دهد و تنها ۲٪ احتمال برخورداری آنان از خدمات سلامت را افزایش داده

تحمیل بار مالی برای تمامی افراد، فراهم آورد (۲). در این راستا برای ایجاد حفاظت مالی برای گیرندگان خدمات لازم است تا نظام تامین مالی سلامت، عملکرد مناسبی داشته باشد (۱) و بر پیش پرداخت‌ها و سازوکارهای انباشت خطر، به عنوان مداخلات کلیدی متمرکز شود (۲). تامین مالی سلامت، به عنوان یکی از چهار عملکرد نظام سلامت، معرفی شده و خود به سه محور جمع آوری درآمد، انباشت منابع و تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات تقسیم‌بندی می‌گردد (شکل شماره ۱) (۳).

در فرآیند جمع آوری درآمد، تامین منابع مالی از سوی مردم با سازوکارهای پایدار مبتنی بر پیش پرداخت، مالیات و عوارض‌ها از جمله مهم‌ترین منابع در تمامی نظام‌های تامین مالی مسحوب می‌شوند (به غیر از منابع مالی دریافت شده از دیگر کشورها یا سازمان‌های حمایت کننده خارجی) و هر فرد، با شرط شهروندی، در تامین مالی نظام سلامت مشارکت خواهد داشت (۴). فرآیند انباشت منابع، موجب انباشت خطر و توزیع ریسک می‌گردد و افراد را در مقابل خطرات مالی پیش بینی نشده محافظت می‌کند (۵) که البته در این میان، پرداخت مستقیم از جیب به دلیل عدم ورود به چرخه انباشت منابع، ناکارآمدترین روش تامین مالی از طریق مردم می‌باشد. فرآیند تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمت نیز به بسیاری از تسهیلات و مقدمات برای ارایه و دریافت خدمات سلامتی توسط افراد جامعه و عرضه کنندگان اشاره دارد که موضوعات مهمی مانند نظام پرداخت، تعرفه و قیمت‌گذاری، راهنماهای بالینی و اتخاذ سیاست‌هایی برای تعریف و سهمیه‌بندی مزایای استحقاقی (بالاخص از طریق الزامات به تسهیم هزینه برای بیماران) را شامل می‌شود (۶).

براساس گزارش ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، موفقیت کشورها در انجام این کارکردها در راستای پوشش همگانی خدمات به موارد ذیل بستگی خواهد داشت:

۱. کافی بودن منابع مالی موجود با توجه به ارائه خدمات ضروری و حمایت مالی؛
۲. منصفانه بودن مکانیزم‌های جمع آوری درآمد؛
۳. کارایی اقتصادی منابع جمع آوری شده؛
۴. سطوح انباشت و پیش پرداخت‌ها؛
۵. تعداد و انواع خدمات خریداری شده و مصرف شده و تاثیر آن‌ها بر پیامدها و هزینه‌های سلامت؛
۶. کارایی فنی تولید خدمات؛
۷. دسترسی مالی و فیزیکی به خدمات (۷)؛

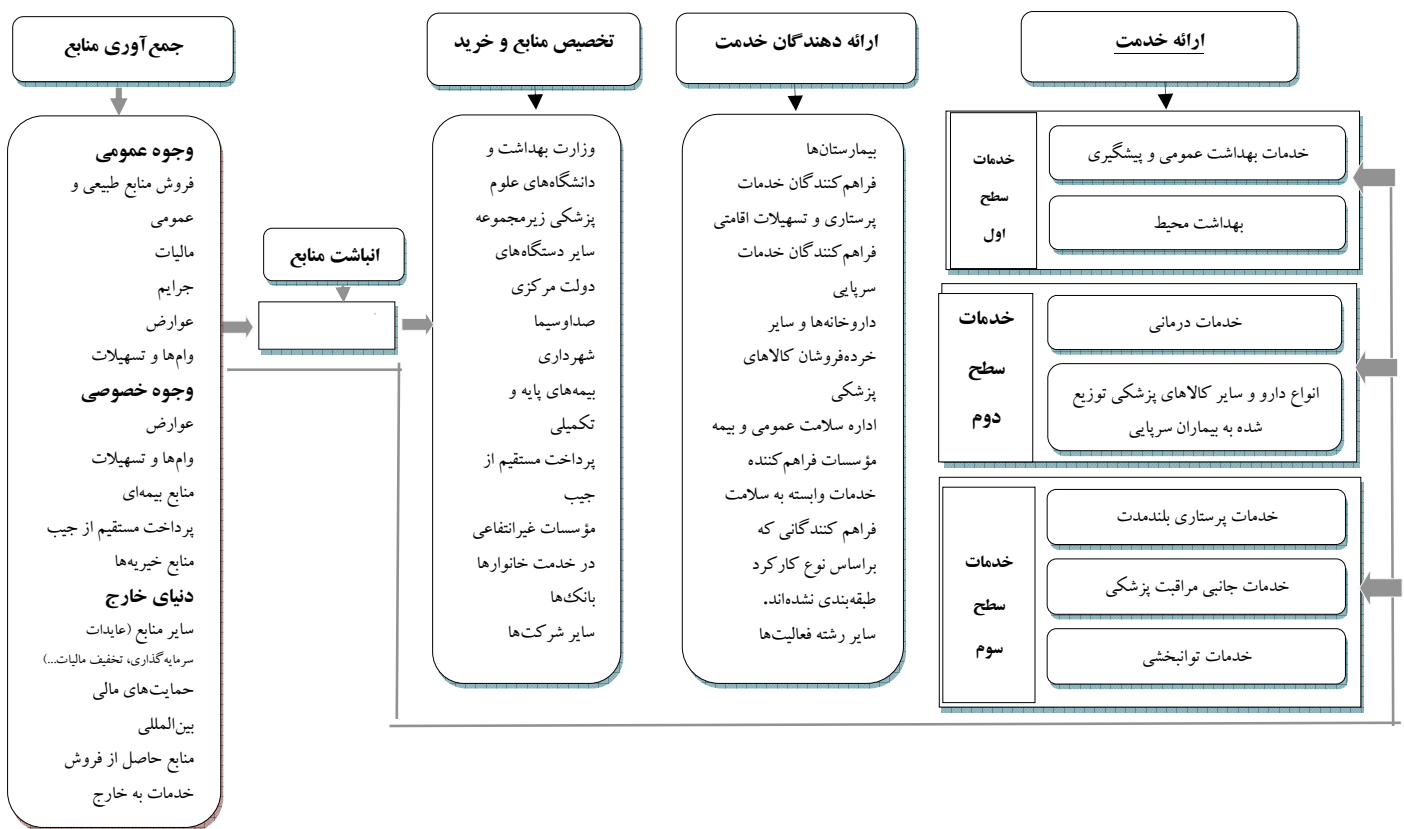
سه شاخص مهمی که به طور معمول برای رصد سطح حفاظت

<sup>۱</sup> OECD

خدماتی از قبیل مراقبت دندانپزشکی صرف می‌کنند (۱۰). در جدول شماره ۱، گزارش اطلاعات مرتبط با شاخص های حفاظت مالی در کشور آورده شده است.

بنابراین توجه به موارد فوق و حرکت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت مستلزم اتخاذ و اجرای اثربخش سیاست‌های کارآمد تأمین مالی عادلانه برای دسترسی به خدمات در نظام سلامت کشور است. در این راستا، پژوهش حاضر به مرور سیاست‌ها و قوانین بالادستی در حوزه تأمین مالی پرداخته است.

است. ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی مانند خانوارهای دارای افراد سالخورده، بعد خانوار و زندگی در شهر، به ترتیب ۲۰٪، ۲۳٪ و ۵۴٪ هزینه های مستقیم از جیب را افزایش داده است (۱۴). همچنین، بررسی پیمایشی در سال ۲۰۰۲ از ۳۵۰۰ خانوار نشان داد که ۲۹ درصد از خانواده‌های بیمار بستری شده در بیمارستان، متحمل مخارج کمرشکن شده‌اند و ۱۸٪ به دلیل هزینه‌های بالای درمان، دریافت خدمات را به تعویق انداخته‌اند. به طور کلی، گروه‌های کم درآمدتر، سهم بیشتری از پرداخت‌های مستقیم را برای داروها و گروه‌های با درآمد بالاتر، سهم بیشتری را برای



شکل شماره ۱ - کارکردهای تأمین مالی سلامت براساس چارچوب بانک جهانی

جدول شماره ۱ - میزان شاخص‌های تأمین مالی سلامت

ردیف	شاخص	سال ۱۳۸۷	سال ۱۳۹۰	سال ۱۳۹۳
۱	سهم پرداخت مستقیم از جیب (۱۶)	۵۱/۹	۴۲/۱	۴۰/۶
۲	هزینه‌های کمرشکن (۱۷)	۲/۵۷	۱/۹۹	۳/۱۵
۳	شاخص فقر (۱۸)	۰/۸۶	۰/۵۳	۰/۹۶
۴	شاخص مشارکت خانوار در تأمین مالی سلامت (۱۹)	۰/۸۳	۰/۸۲	-

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده که با رویکرد سیاست پژوهی انجام شده است. در این مطالعه، ابتدا سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها در حوزه تامین مالی سلامت ایران جمع‌آوری و سپس با استفاده از نظرات خبرگان در ۷ بحث گروهی متمرکز متشکل از ۲۸ نماینده از ذینفعان مختلف مرتبط با حوزه تامین مالی بخش سلامت مورد کنکاش و بررسی قرار گرفته و برنامه‌ها و سیاست‌ها در هر محور از محورهای تامین مالی شناسایی گردید.

برای بررسی سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها در حوزه تامین مالی سلامت، با استفاده از روش مرور اسنادی، قوانین و سیاست‌های بالادستی منتشر شده شناسایی و سپس دسته بندی گردید. نحوه انتخاب اسناد بر اساس چهار معیار پیشنهادی توسط جاپ (۱۹۹۶) شامل اصالت، قابلیت اعتبار (صحت)، معرف بودن (مرتبط با محور تامین مالی سلامت) و مضمون (محتوای بیان شده در سند) بود (۲۰). این اسناد عبارت بودند از: برنامه‌های توسعه اول تا پنجم (سند ۱)، سیاست‌های کلی و ابلاغی سلامت (سند ۲)، طرح تحول نظام سلامت (سند ۳) و گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۱۰ (تامین منابع در نظام سلامت: به سوی پوشش همگانی) (سند ۴).

در ۷ جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور ۲۸ نماینده از ذینفعان مختلف همچون وزارت بهداشت، سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، نماینده بیمه‌های تکمیلی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به طبقه بندی سیاست‌ها بر اساس محورهای تامین مالی پرداخته شد.

از چارچوب پیشنهادی تامین مالی توسط بانک جهانی (۳) برای طبقه‌بندی محورهای تامین مالی استفاده گردید. روش تحلیل داده‌ها به روش تحلیل چارچوب بود. به این ترتیب که بعد از جمع‌آوری متون اسناد در حوزه تامین مالی سلامت، طبقه‌بندی مربوط به کارکردهای تامین مالی مشخص شد. سپس متون به صورت جداگانه کدگذاری شدند و لیستی از کدها استخراج شد. با برگزاری چند جلسه بین پژوهشگران، کدها بازنگری و تغییر داده شدند. این فرآیند تا زمان توافق نهایی تکرار شد.

## یافته‌ها

یافته‌های مرتبط با شناسایی سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود کارکردهای تامین مالی در کشور در ۴ حیطه جمع‌آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، خرید کالاها و خدمات و همچنین تخصیص منابع به سطوح ارائه خدمات و ۱۰ مضمون طبقه بندی گردید. در

ادامه هر یک از این حیطه‌ها و مضامین زیرمجموعه هر یک تشریح گردیده است:

### ۱. جمع‌آوری منابع

طبق جدول شماره ۲، در کارکرد جمع‌آوری منابع، منابع مالی بخش سلامت به سه دسته منابع مالی عمومی، منابع مالی بیمه‌ای و سایر منابع تقسیم شده‌اند. به عنوان مثال در قسمت جمع‌آوری منابع مالی عمومی بر افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، در منابع مالی بیمه‌ای، بر پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان و در قسمت سایر منابع نیز بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تامین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی تاکید شده است.

### ۲. مدیریت و انباشت منابع

در کارکرد مدیریت و انباشت منابع، به شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها و ایجاد یک صندوق یکپارچه به منظور مدیریت یکسان منابع مالی حوزه سلامت اشاره شده است (جدول شماره ۳).

### ۳. تخصیص منابع

مطابق با جدول شماره ۴، در کارکرد تخصیص منابع به سطوح ارائه خدمت، بر گسترش خدمات سلامت و تعیین بسته جامع خدمات (به لحاظ جامعیت)، ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات در سطوح مختلف ارائه خدمت (به لحاظ کیفیت و کارایی) و بر لزوم ایجاد پوشش فراگیر در تمامی نقاط مختلف کشوری و استانی (به لحاظ دسترسی) تاکید شده است.

### ۴. خرید کالاها و خدمات

در کارکرد خرید کالاها و خدمات، بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاکید شده است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۲- سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با کارکرد جمع‌آوری منابع

سیاست‌ها و برنامه‌ها	مفاهیم مرتبط با کارکرد تامین مالی سلامت در اسناد فرادستی	کارکرد تامین مالی	
۱. شناسایی، تعیین و اخذ عوارض بر کالاها و خدمات و رفتارهای آسیب رسان سلامت ۲. بهبود وضعیت عدالت عمودی و افقی در تامین مالی خدمات سلامت؛ ۳. ساماندهی حمایت خیرین از بیماری‌های صعب‌العلاج؛ ۱. ادغام صندوق‌های بیمه بهداشتی درمانی در صندوق بیمه سلامت ایران؛	۱. افزایش سهم سلامت، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت (سند ۲) ۲. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی (سند ۳)	منابع مالی عمومی	جمع آوری منابع
۲. تشکیل نهاد جدید تامین مالی واحد (گردآوری، انباشت و خرید) با رویکرد حمایتی و اجتماعی از محل ادغام پنج منبع مالی فعلی شامل بودجه عمومی دولت، صندوق بیمه سلامت ایران، صندوق تامین اجتماعی و صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و خیریه؛	۱. اجباری و همگانی ساختن بیمه پایه سلامت (سند ۲، سند ۱) ۲. استقرار سیستم مناسبی جهت جمع‌آوری حق مشارکت‌های بیمه‌ای (سند ۴)	منابع مالی بیمه‌ای	
۱. تعیین و اجرای مصادیق آسیب رسان سلامت با عنایت ویژه به قانون مالیات بر ارزش افزوده، ماده ۸ قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات مبنی بر افزایش ده درصدی قیمت محصولات دخانی، قانون مالیات بر قیمت خرده‌فروشی‌ها مبنی بر تغییر ساختار و نرخ مالیات بر دخانیات و نوشابه براساس استانداردهای کنونی، لزوم تعریف مالیات سلامت بر سوخت‌های فسیلی و اختصاص درصدی از جرایم رانندگی به بخش سلامت به دلیل ایجاد رفتارهای پرخطر بعضی از رانندگان؛ ۲. تدوین، تصویب و اجرای برنامه افزایش منابع مالیاتی از طریق تعریف منابع جدید مالیاتی (منابع حاصل از وقف، توریسم درمانی، خمس، ذکات و سایر وجوه شرعی) ۳. تخصیص هدفمند پارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آن‌ها در درون نظام سلامت؛	۱. وضع مالیات و عوارض به منظور افزایش درآمد حوزه سلامت (سند ۲، سند ۴) ۲. هدفمندسازی پارانه در حوزه سلامت (سند ۲، سند ۱، سند ۴)	سایر منابع	

جدول شماره ۳- سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با کارکرد مدیریت و انباشت منابع

سیاست‌ها و برنامه‌ها	مفاهیم مرتبط با کارکرد تامین مالی سلامت در اسناد فرادستی	کارکرد تامین مالی	
۱. تشکیل صندوق ارتقای سلامت ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و مدیریت و هزینه‌کرد منابع حاصل از اخذ عوارض کالاها و خدمات آیب‌رسان؛ تکمیل تمام فازهای چهارگانه طرح نظام نوین مالی با تاکید بر تهیه گزارشات مالی، هزینه‌ای و عملکردی برای کلیه واحدها که مبنای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد قرار گیرد.	۱. بهبود زمینه‌های سازمانی و اجرایی جهت جمع‌آوری منابع (سند ۴) ۲. شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها (سند ۲) ۳. ارتقاء شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم (سند ۱) ۴. افزایش صندوق‌های انباشت منابع و کنترل اثربخشی آن (سند ۴) ۵. یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای و بکارگیری مکانیزمی برای تعدیل ریسک‌ها (سند ۱، سند ۳) ۶. تاکید بر طرح ثبات مالی در یک بازه زمانی (سند ۴)	مدیریت و انباشت منابع	

جدول شماره ۴ - سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با کارکرد تخصیص منابع به سطوح ارائه خدمات سلامت

سیاست‌ها و برنامه‌ها	مفاهیم مرتبط با کارکردهای تامین مالی سلامت در اسناد فرادستی	کارکردهای تامین مالی
<p>۱. طراحی و استقرار نظام جدید سطح‌بندی خدمات سلامت؛</p> <p>۲. توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی؛</p> <p>۳. تدوین روش و نقشه مشارکت خصوصی-عمومی در ارائه خدمات سلامت؛</p> <p>۴. ارائه خدمات بی‌قیدوشرط به مراجعه‌کنندگان اورژانس؛</p> <p>۵. سازماندهی و یکپارچه سازی نظام ارائه خدمات سلامت در بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی براساس برنامه سطح بندی؛</p> <p>۶. تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه سطحی ارائه خدمت به نظام دوسطحی ارائه خدمات عمومی و تخصصی؛</p> <p>۷. تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه سطحی پیشگیری به نظام شش سطحی پیشگیری براساس نوع خدمت؛</p> <p>۱. اصلاح و تقویت نظام پرداخت و کیفیت ارائه خدمات از طریق ارتقاء ارائه خدمات در بخش دولتی جهت جداسازی خدمات بخش خصوصی و بخش دولتی و حذف کار دوگانه ارائه دهندگان خدمات؛</p> <p>۲. استقرار نظام اعتبارسنجی ارائه دهندگان خدمت شامل تعیین سن بازنشستگی پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان؛</p> <p>۳. تدوین و اجرای برنامه بهبود ایمنی بیمار و بیمارستان دوستدار ایمنی؛</p> <p>۴. توانمندسازی مهارتی کارکنان نظام سلامت؛</p> <p>۵. استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردهای کیفی و ایمنی خدمات؛</p> <p>۶. استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ سازی نظام های رسیدگی کننده به آن‌ها؛</p> <p>۱. تعیین درصد و میزان پیش پرداخت به صورت هدفمند برای گروه های اجتماعی با رویکرد عادلانه و به صورت افزایشی؛</p> <p>۲. طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین ها و افراد آسیب پذیر و افزایش دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت؛</p> <p>۳. تدارک خدمات ویژه برای گروه ها و بخش های آسیب پذیر؛</p> <p>۴. توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه های فرعی و روستایی؛</p> <p>۵. گسترش پایگاه های اورژانس شهرها و جاده های اصلی به منظور پوشش کامل حوادث و فوریت ها؛</p> <p>۶. توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم به منظور کاهش تقاضاهای واقعی؛</p> <p>۷. تقویت نظام ارجاع و جلوگیری از مراجعه مستقیم به سطح تخصصی و فوق تخصصی به منظور مدیریت بهتر تقاضاهای القایی؛</p>	<p>۱. تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی (سند ۲).</p> <p>۲. تعیین سبد غذایی مطلوب (سند ۱)</p> <p>۳. ارائه استاندارد از خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر سطح بندی خدمات (ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه (سند ۱)</p> <p>۴. گسترش پوشش خدمات اورژانس هوایی و زمینی (سند ۳)</p> <p>۵. برنامه ی گسترش زایمان طبیعی (سند ۳)</p> <p>۱. ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات (سند ۴)</p> <p>۲. ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده ضمن حفاظت مالی از استفاده کنندگان (سند ۴)</p> <p>۳. ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی در محدوده مناطق آزاد (سند ۱)</p> <p>۴. ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دولتی (سند ۳)</p> <p>۵. ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های دولتی (سند ۳)</p> <p>۱. دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت (سند ۱)</p> <p>۲. درمان فوری و بی قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی (سند ۱)</p> <p>۳. حضور پزشکان متخصص در بیمارستان های دولتی (سند ۳)</p> <p>۴. حضور پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته و محروم کشور (سند ۳)</p>	<p>جامعیت</p> <p>تخصیص منابع به سطوح ارائه خدمت</p> <p>کیفیت و کارآیی</p> <p>به لحاظ دسترسی</p>

جدول شماره ۵ - سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با کارکرد خرید کالاها و خدمات در حوزه سلامت

سیاست‌ها و برنامه‌ها	مفاهیم مرتبط با کارکرد تامین مالی سلامت در اسناد فرادستی	کارکرد تامین مالی
	۱. پوشش کامل نیازهای درمانی توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی (سند ۲)	خرید منابع
۱. اولویت‌بندی خدمات سلامت در قالب تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه، تکمیلی، آزاد (غیر بیمه‌ای) و ممنوع توسط وزارت بهداشت؛	۲. تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه‌ای (سند ۲)	
۲. همگانی ساختن بیمه پایه؛	۳. خرید راهبردی خدمات سلامت توسط سازمان بیمه سلامت (سند ۱، سند ۴)	
۱. اجرای برنامه جامع حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت برای تامین منابع بیمه ای و پوشش هزینه ای؛	۱. توجه به نحوه تخصیص منابع در مناطق مختلف جغرافیایی و در سطوح مختلف مراقبتی (سند ۴)	تخصیص منابع
۲. توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت؛		خرید کالاها و خدمات
۱. استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت؛	۱. اصلاح نظام پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت (سند ۲، سند ۱، سند ۴)	
۲. استقرار نظام پرداخت آینده نگر با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کمیت و کیفیت؛		نظام پرداخت
۳. استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کمیت و کیفیت؛		
۱. نحوه تعرفه گذاری با توجه به دو روش استفاده از شواهد علمی (به معنای تعیین تعرفه ها براساس هزینه ها و قیمت تمام شده و نه صرفا منابع موجود) و براساس ارزش افزوده (به معنای لحاظ کردن بهبودی و کیفیت زندگی به عنوان ارزش افزوده بخش سلامت علاوه بر کمیت خدمات در تعرفه گذاری)؛	۱. تدوین تعرفه خدمات سلامت (سند ۲، سند ۱)	تعرفه
۲. یکسان‌سازی حق فنی در بخش خصوصی و دولتی با هدف برقراری عدالت و کاهش پرداخت از جیب مردم؛		

## بحث

اگرچه سیستم سلامت ایران بعد از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷، دست آوردهای بسیاری در ارائه خدمات سلامت بویژه برای فقرا داشته است، اما شواهد جمع‌آوری شده برای برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، گستره‌ای از چالش‌های اصلی را در تولید، تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمت در سیستم موجود سلامت، فهرست کرده است. بنابراین برای برطرف سازی این چالش‌ها، حدود ۱۱ درصد از سیاست‌های کلی برنامه به موارد مرتبط با انسان سالم و رویکرد جامع سلامت اختصاص یافته است که این امر، فعالیت‌هایی چون یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تامین مالی عمومی، توسعه کمی و کیفی سیستم بیمه سلامت و کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت تا ۳۰ درصد را می‌طلبد (۲۵).

دولت در راستای مسائل مذکور، فعالیت‌هایی داشته است، اما نتوانسته است کسب موفقیت نماید (۲۷). این فعالیت‌ها عبارتند از:

۱. طراحی بسته پایه خدمات سلامت؛
۲. تقویت سیستم ارجاع؛

هزینه بالای پرداخت مستقیم از جیب و مخارج کمرشکن، از جمله مسائل اصلی تامین مالی سلامت در ایران هستند (۲۱) و با شیوع بیماری‌های مزمن، مسن شدن جمعیت و وضعیت تورم در بخش سلامت، این هزینه‌ها رو به افزایش بوده و نابرابری و عدم دسترسی به خدمات را بخصوص در مناطق محروم ایجاد کرده است (۲۲). از این رو، در سال‌های اخیر، یک حرکت فزاینده‌ای در سراسر کشور برای پوشش همگانی سلامت، مطرح شده است تا اطمینان حاصل شود که هرکسی به خدمات سلامت مورد نیاز بدون هیچگونه تنگنای مالی، دسترسی داشته باشد. طرح پوشش همگانی سلامت شامل سه مولفه طیف کامل خدمات سلامت مورد نیاز و باکیفیت، حفاظت مالی از پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت ارائه شده و پوشش تمامی جمعیت است (۲۳)؛ چراکه اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت و حفاظت مالی می‌تواند ابزارهای موثری برای ارتقاء عدالت سلامت در جوامع متنوع امروز باشند (۲۴).

صورت گرفت که این موضوع در بندهای سیاستی و قوانین کشور لحاظ شده است (۳۲).

مطالعه نشان داد که اگرچه در متن قوانین و مقررات براساس تجربیات سایر کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در زمینه تأمین مالی، سیاست‌ها تعریف و در برنامه‌ها هدف‌گذاری شده است، اما چالش عمده در این حوزه مرتبط با تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها و سازوکارها و روش اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌هاست. این مسأله در نتیجه حمایت سیاسی پایین، تضاد منافع، نبود درک مشترک و واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف بین سیاست‌گذاری و اجرا نسبت به اهداف برنامه‌ها و انطباق در طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت‌های موجود می‌باشد. نتایج مطالعات انجام شده در ایران و آفریقا نشان داد که حمایت سیاسی پایین یکی از حلقه‌های اصلی مفقوده در اجرای مداخلات حوزه سلامت می‌باشد (۳۳، ۳۴). یک مطالعه دیگری در کشور لیبیا در ارتباط با بسته خدمتی پایه خدمات سلامت نشان داد که درک محدود بین مجریان و تفاوت در درک بین سیاست‌گذاران و مجریان موجب شده که مجریان آنچه را درک کرده‌اند، اجرا کنند که این با آنچه سیاست‌گذار مدنظر دارد، تفاوت دارد. بنابراین اجرای موفق برنامه‌ها و سیاست‌های تأمین مالی مستلزم درک شفاف و واحد بین سیاست‌گذاران و مجریان است (۳۵).

مطالعه دیگری در ایران نشان داد که در استقرار سیستم‌های حسابداری تعهدی در حوزه تأمین مالی، مشکلات عمده اجرایی نظیر ضعف در حاکمیت و رهبری، عدم تناسب ساختارهای سازمانی، ضعف در تنظیم برنامه‌های عملیاتی و کفایت منابع انسانی و مالی از موانع اصلی اجرایی شدن برنامه‌ها و تحقق سیاست‌ها وجود دارد (۳۶) برای تحولات در نظام تأمین مالی بایستی به کل سیستم تأمین مالی و ارتباط آن با سایر عملکردهای نظام سلامت بویژه ارائه خدمت توجه شود.

### نتیجه‌گیری

در سیاست‌های اصلاحی دولت بر کاهش پرداخت مستقیم از جیب در مقایسه با مخارج کمرشکن سلامت و فقر ناشی از پرداخت‌های سلامت بیشتر تأکید شده است. از طرف دیگر به مفهوم پرداخت مستقیم از جیب از منظر گزارش حساب‌های ملی سلامت توجه شده است که با پرداخت مستقیم از جیب خانوار از این منظر متفاوت است که پرداخت از جیب خانوار با مخارج کمرشکن سلامت و شاخص فقر ناشی از پرداخت مستقیم از جیب سلامت نشان داده می‌شود ولی سهم پرداخت مستقیم از جیب

۳. اطمینان از کیفیت خدمات و پاسخگویی به نیازهای جوامع؛  
 ۴. بهبود مدیریت و برنامه‌ریزی در بخش سلامت؛  
 ۵. معرفی معیارها و شاخص‌هایی برای حصول اطمینان از تامین مالی عادلانه و حذف ناکارآمدی‌ها و افزایش عدالت؛  
 ۶. حصول اطمینان از تولید و حاکمیت خوب در بخش سلامت (۲۶).  
 بررسی تطبیقی اسناد بالادستی در حوزه عملکرد تامین مالی سلامت در ایران با پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت نشان داد که در عملکرد جمع‌آوری منابع، سازمان جهانی بهداشت بیشتر بر ثبات منابع مالی با روش‌هایی چون مالیات و سیستم بیمه‌ای ضمن تأکید بر حق انتخاب افراد در مشارکت تمرکز داشته است. با توجه به اینکه در ایران نیز بر کاهش سهم هزینه‌های سلامت و کاهش فشار مالی بر مردم ضمن تأکید بر روش‌هایی چون تقویت سیستم بیمه‌ای و پرداخت یارانه اشاره شده است، اما سیستم مالیاتی در ایران نقش کم‌رنگی داشته است. بعلاوه در بعد اجرایی، مشارکت دولت در پرداخت هزینه‌های سلامت بیشتر از درآمدهای حاصل از فروش نفت که یک منبع ناپایدار بوده، صورت پذیرفته است (۲۸). از طرف دیگر، تمامی سازمان‌های بیمه به صورت مستقل از یکدیگر فعالیت دارند و سیستم ارزیابی یکپارچه‌ای ندارند. این مسأله موجب گردید که شورای عالی بیمه سلامت در سطح مرکزی تاسیس شود و سپس این شورا، زمینه را برای ایجاد وحدت رویه ای صندوق‌های بیمه تحت عنوان سازمان بیمه سلامت ایران فراهم آورد. اما از کل منابع مالی حوزه سلامت، تنها ۲۵/۶٪ وارد چرخه انباشت می‌شود (۲۹)، این موضوع باعث شده است که بیمه‌ها نتوانند نقش خود را به درستی ایفا کنند و عمق زیادی از خدمات را پوشش دهند. از طرف دیگر، با افزایش بار بیماری‌های خاصی چون سرطان و سایر بیماری‌های مزمن، بیمه‌ها به صورت حمایتی وارد عمل شده‌اند که این منجر به کاهش شدید منابع مالی بیمه‌ها شده است (۳۰).

علیرغم تأکید سازمان جهانی بهداشت بر تخصیص منابع مالی حوزه سلامت در تمام سطوح و طبقات مختلف اجتماعی و اشاره دولت در قانون و برنامه‌ها، در پایان سال ۱۳۹۳ علیرغم اجرای طرح تحول و تخصیص منابع قابل توجه هنوز حدود ۴۰/۶٪ از منابع مالی از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد تأمین شده است (۱۵) و برای خدماتی که تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند، بخشی از پرداخت‌های مردمی به صورت فرانشیز صورت می‌گیرد (۳۱).

در ایران، با توجه به مواجهه دولت با افزایش هزینه‌های بخش سلامت و فشار مالی تحمیلی، سعی بر ایجاد تحولاتی در سیستم مالی به جهت کنترل هزینه‌ها و واگذاری امور به بخش خصوصی



روش اجرای آن‌ها می‌باشد که موجبات چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی فراهم کرده است و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا نسبت به اهداف برنامه‌ها و انطباق در طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت منابع می‌باشد.

گزارش شده از سوی حساب‌های ملی سلامت، کل گردش مالی نظام سلامت نشان می‌دهد.

در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، قوانین و سیاست‌های مشخصی برای بهبود نظام تأمین مالی شناسایی شد اما در این میان محدودیت عمده تعهد به قوانین و سیاست‌های تعیین شده و

## منابع

1. The World Health Report (2013): research for universal health coverage. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf). Accessed at 10 February 2016.
2. Rodrigo Moreno-Serra R, Smith P.C. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet* 2012; 380: 917-23.
3. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2006. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>. Accessed at 14 February 2016.
4. Kutzin J, Cashin Ch, Jakab M. Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/120164/E94240.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf). Accessed at 16 February 2016.
5. Smith P.C, Witter S.N. Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2004. Available from: <http://www.heart-intl.net/HEART/061508/RiskPoolinginHealth.pdf>. Accessed at 16 February 2016.
6. World Health Organization, Department of Health Systems Financing. Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-makers; 2005. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/pb\\_1.pdf](http://www.who.int/health_financing/pb_1.pdf). Accessed at 20 January 2016.
7. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: Framework, measures and targets. 2014. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf). Accessed at 12 January 2016.
8. Wagstaff A. Measuring Financial Protection in Health. The World Bank, Development Research Group, Human Development and Public Services Team. 2008. Available from: [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/03/12/000158349\\_20080312140044/Rendered/PDF/wps4554.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/03/12/000158349_20080312140044/Rendered/PDF/wps4554.pdf). Available from: 3 January 2016.
9. Adyani M, Eshaghi E, Ebrahimzadeh P, Keyhani P, Mohseni Bandpey A, Nikookhouy H.R. The World Health Report (2010): Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage. Tehran: University Jihad, Amirkabir Industrial University. 2014.
10. The World Bank Group, Human Development Sector, Middle East and North Africa. Islamic Republic of Iran: Health Sector Review. Volume I: Main Report. 2007. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7960/399700v10ESWOPUBLIC00Sep010080FINAL.pdf?sequence=1>. Accessed at 6 January 2016.
11. Tehran province judiciary. The country's general insurance Act, passed in November 1994. Available from: <http://www.ghavanin.ir/detail.asp?id=7490>. Accessed at 6 January 2015.
12. Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M and Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2012.
13. The National Institute for Health Research in Islamic Republic of Iran. Universal health coverage in Iran. Tehran: Gozineh Parsian Teb; 2015.
14. Ahmadi A.M, Nikravan A.R, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of pocket payments in health system of Iran, using two part regression model. *Journal of Health Administration (JHA)* 2014; 17: 7-18.
15. Mehrolohasani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdoost AA, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total Health Expenditures and proportion of Out-of-Pocket payments in Iranian Provinces; 2008-2014. *Iranian Journal of Epidemiology*; 12: 1-12.
16. Yazdi Feyzabadi V, Bahrapour M, Rashidian A, Haghdoost AA, AKbari Javar MR, Mehrolohasani MH. Catastrophic Health Care Expenditures in Iran from 2008 to 2015: A National Study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. [Submitted].
17. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolohasani MH, Haghdoost AA, Bahrapour M. How was the trend of impoverishing effects of out-of-pocket health spending in Iranian provinces for 2008-2014 years? *Iranian Journal of Epidemiology*; 12: 20-31.
18. Amir Abbas Fazaeli A.A, Seyedin H, Vosoogh Moghaddam A, Delavari A.R, Salimzadeh H, Varmazyar H, Fazaeli A.A. Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend Analysis of National Household Income and Expenditure, 2003-2010. *Global Journal of Health Science* 2015; 7: 260-265.
19. Jupp V. Documents and critical research. In: Sapsford R, Jupp V (eds). *Data Collection and Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1996: 298-316.
20. Regional Health Systems Observatory-EMRO, World Health Organization (2006). Health System Profile-I...slamic Republic of Iran. Available from: <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/Iran/Full%20Profile.pdf>. Accessed at 14 April 2016.
21. Koiek S, Gharib A.R (2013). Iran's healthcare system challenges at a glance. *Chron Dis J* 2013; 1.
22. World Health Organization/The World Bank. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework; 2013. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/UHC\\_WBG\\_DiscussionPaper\\_Dec2013.pdf](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf). Accessed at 3 April 2016.
23. World Health Organization. Health Systems Financing: The

- Path to Universal Coverage; 2010. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthrepor/MigrationTBNo12.pdf>. Accessed at 3 April 2016.
24. Vosoogh Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzadeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, Larijani B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. *Iran J Public Health* 2013; 42(Supple1): 42-9 .
  25. Public Affairs, Ministry of Economy and Finance. Basic Introduction of targeted subsidies scheme (along with the full text of the Act). Available from: <http://vcmdrp.tums.ac.ir/files/financial/yaraneh.pdf>. Accessed at 16 March 2016. [In Persian]
  26. Shadpour K. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. *The Journal of Qazvin of Univ. of Med. Sci* 2006, 10: 8-20.
  27. Rezazadehkarsalari A, Haghiri F, Behrooznia A.R. The effects of oil price shocks on real GDP in Iran. *African Journal of Business Management* 2013; 7: 3220-33.
  28. National Health Accounts 2002-2008. Spring 2011. Available from: [http://www.amar.org.ir/Portals/0/topics/sna/hesab\\_salamat.pdf](http://www.amar.org.ir/Portals/0/topics/sna/hesab_salamat.pdf). Accessed at 15 December 2015. [Persian]
  29. Barati Marnani A, Teymourzadeh E, Bahadori M.K, Ravangard R, Saeid Pour J. Challenges of a Large Health Insurance Organization in Iran: A Qualitative Study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2012; 4: 1050-62.
  30. Farahbakhsh M, Sadeghi H-Bazargani, Nikniaz A.R, Tabrizi J.S, Zakeri A, Azami S. Iran's Experience of Health Cooperatives as a Public-Private Partnership Model in Primary Health Care: A Comparative Study in East Azerbaijan. *Health Promotion Perspectives* 2012; 2: 287-98.
  31. Healthcare reform program guidelines/executive version. Treatment Deputy, the Ministry of Health and Medical Education. Available from: [http://www.mui.ac.ir/sites/default/files/up\\_file/link/pdf/100.89p1.pdf](http://www.mui.ac.ir/sites/default/files/up_file/link/pdf/100.89p1.pdf). Accessed at 24 January 2016.
  32. S.Preker A, Garrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 143-150.
  33. Khayatzaadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health Promotion International*. 2015.
  34. Ridde V. Policy Implementation in an African State: An Extension Of Kingdon's Multiple-Streams Approach. *Public Administration*. 2009; 87: 938-54.
  35. Kamuzora P, Gilson L. Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. *Health Policy and Planning*. 2007; 22: 95-102.
  36. Mehrolhassani MH, Emami M. Change theory for accounting system reform in health sector: A case study of kerman university of medical sciences in iran. *International journal of health policy and management*. 2013; 1: 279.

# A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran

Mehrolhassani MH<sup>1</sup>, Najafi B<sup>2</sup>, Yazdi Feyzabadi V<sup>3</sup>, Abolhallaje M<sup>4</sup>, Ramezani M<sup>5</sup>, Dehnavieh R<sup>6</sup>, Emami M<sup>7</sup>

1- Associate Professor in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor in Health Economics, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- PhD in Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Assistant Professor in Health Services Management, Budgeting and performance Monitoring department, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

5- PhD Student of Futures Studies in Health, Budgeting and performance Monitoring department, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

6- Associate Professor in Health Services Management, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

7- PhD By Research Student in Management Sciences (Health Policy), Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding author:** Emami M, emami.m@kmu.ac.ir

**Background and Objectives:** Timely access to required health services without any financial hardship is necessary to achieve public health. Therefore, the aim of present study was to review the policies and plans adopted in the health financing system.

**Methods:** The qualitative study with a policy research approach reviewed upstream laws, policies, and plans in Iranian health financing. Then, by holding seven focused group discussions with 28 participants who represented various stakeholders, financing policies and programs were identified. Using framework analysis, the data were coded and categorized.

**Results:** In response to health financial protection indexes improvement, policies and plans in this field were defined in 10 themes and 4 categories: resources collection, resources management and pooling, resources allocation, and strategic purchasing of health services. The most important policies and plans were integration of insurance funds, increasing sustainable financial resources and targeted allocation of subsidies, services priority setting, establishment and improvement of a performance-based payment system with emphasis on integration of the professional element in the public and private sectors.

**Conclusion:** There is no gap for documented laws and policies in the Iranian health financing system. The main barriers are the method of implementation and adequate commitment to laws that have created major difficulties in relation to financial protection. Resolving these barriers requires sufficient political support and a common understanding between stakeholders at different levels of policymaking and implementation and designing programs based on the infrastructures.

**Keywords:** Financing, Financial protection, Laws, Policies