

توصیف طرح تحول نظام سلامت از منظر فرآیند سیاست‌گذاری (نظریه مرحله‌ای)
نصرت‌الله همتی^۱ - حسین تفضلی^{۲*} - حمید پیشگاه هادیان^۳ - محمدعلی خسروی^۴
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

چکیده:

سیاست‌گذاری عمومی به‌ویژه در حوزه‌هایی نظیر سلامت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف تحلیل طرح تحول نظام سلامت از منظر فرآیند سیاست‌گذاری در دولت یازدهم انجام شد. پژوهش از نوع پیمایشی و ابزار جمع‌آوری داده‌ها نیز پرسشنامه بود. جامعه آماری شامل ذینفعان طرح تحول نظام سلامت (پزشکان، مردم، پرستاران)؛ که در ۵۵۷ بیمارستان مجری طرح تحول بودند که براساس فرمول کوکران تعداد ۳۶۰ نفر شامل به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند سهمیه‌ای انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش توصیفی و استنباطی از طریق تی تک نمونه‌ای و بر مبنای نظریه مرحله‌ای صورت گرفت. نرم‌افزار مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها SPSS24 بود. نتایج نشان داد اجرای طرح تحول نظام سلامت موجب تعارض با قوانین بالادستی می‌شود. این طرح نه مانند سطح خوب ساختار یافته تنها یک سیاست‌گذار داشت و نه مانند سطح بد ساختار یافته عناصر تصمیم‌گیری زیادی داشت لذا با توجه به محدود بودن نهادهای سیاست‌گذار می‌توان طرح تحول نظام سلامت را در سطح نیمه ساختار یافته جای داد و تحلیل کرد.

واژگان کلیدی: نظریه مرحله‌ای، طرح تحول نظام سلامت، تعارض با قوانین بالادستی، دولت

یازدهم

JPIR-2102-1777

^۱ - گروه علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ - گروه علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران: نویسنده مسئول

Tafazzoli_hossein@yahoo.de

^۳ - گروه علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ - گروه علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران و در بین مدیران و کارشناسان خبره موضوع ناآشنایی نیست و سابقه توجه سازمانی و علمی به موضوع سیاست‌گذاری شاید به ده‌ها سال قبل برگردد. در طول بیست و هفت سال گذشته دو تفکر، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت در کشورهای مختلف داشته‌اند، یکی سیاست مراقبت‌های اولیه سلامت که مبنای سیاست‌های سلامت در بیشتر کشورها در دهه ۱۹۹۰ میلادی بود و دیگری سیاست‌های اصلاحات در نظام سلامت که در طول دهه گذشته مورد تأکید قرار گرفته است. (نصرا...پور شیروانی و موعودی، ۱۳۹۲:۱۰۷)

با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه سلامت طی سالیان اخیر، اما رضایت جامعه حاصل نگردیده است و امروزه مسئله اصلی نظام سلامت در جامعه ایران، هزینه‌های بالای پزشکی و عدم دسترسی یکسان به خدمات سلامت است که منجر به مطرح شدن طرح تحول نظام سلامت گردید. در طرح تحول نظام سلامت بر سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات تأیید شده است. (قلی‌پور و نطاق، ۱۳۹۵:۲۱) مأموریت اصلی طرح تحول نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه است با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به‌عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم از مهمترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. در همین راستا سلامت و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که تمامی دولت‌های پس از انقلاب اسلامی ایران هر کدام به نوعی تلاش داشتند تا شرايطی را فراهم کنند تا مردم از حداکثر سطح سلامت با توزیعی عادلانه از خدمات بهره‌مند شوند. لذا طرح‌ها و برنامه‌هایی در این راستا اعمال و اجرایی گردیده است به‌گونه‌ای که «طرح تحول نظام سلامت» بر مبنای این اهداف از سوی دولت تدبیر و امید طرح‌ریزی گردید. (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵:۵۲)

طرح تحول نظام سلامت یک برنامه مهم اجتماعی دولت یازدهم در حوزه «بهداشت و درمان» قلمداد می‌گردد این طرح در حالی در دستور کار دولت یازدهم قرار گرفت که مقدار کل هزینه‌های سلامت از جیب مردم افزایش پیدا کرده بود و وضعیت کلی شاخص‌های اهداف سلامت در پایان دولت دهم در بین ۱۹۱ کشور دنیا مناسب نبود و رتبه ۱۱۴ را دارا بود، از نظر سطح سلامت رتبه ۹۶، از نظر توزیع سلامت رتبه ۱۱۳ و از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها رتبه ۱۱۲ را دارا بود. حدود ۱۶.۷ درصد مردم فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای بودند و ۱۰ تا ۱۵

درصد دریافتی‌های غیرمتعارف (پول زیرمیزی) وجود داشت. در بخش قابل توجهی از مراکز بیمارستانی، همراهان بیماران برای خرید برخی از اقلام دارویی یا لوازم پزشکی موردنیاز و انجام بسیاری از آزمایش‌ها به خارج از بیمارستان هدایت می‌شدند که این خود علاوه بر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران می‌شد. از طرفی از نظر پزشکان مقدار تعرفه‌های خدمات پایین بود و این امر توجیهی برای اخذ وجوه غیررسمی (زیرمیزی) از مردم از سوی برخی پزشکان گردیده بود. در رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت، ایران از نظر شاخص درصد پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت در بین ۱۹۱ کشور در رتبه ۸۶ قرار گرفته بود. لذا دولت یازدهم با شناخت کامل از مشکلات بخش سلامت و نارضایتی‌ها و هزینه‌های کمرشکنی که بر مردم تحمیل شده بود طرح تحول نظام سلامت را در دستور کار خود قرارداد و بر اساس آن فعالیت‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای حل مشکلات در قالب ۸ بسته خدمتی سلامت زیر جهت پیشبرد اهداف وزارتی طرح و تدوین و از ۱۵ اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ اجرایی شد. (توان و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۸)

۱- برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲- برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم

۳- برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی

۴- ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

۵- برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی.

۶- برنامه حمایت مالی از بیماران صعب‌العلاج در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

۷- برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

۸- برنامه تکمیل آژانس هوایی و کاهش زمان انتقال مصدومان حوادث ترافیکی

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی- پیمایشی در خصوص تحلیل طرح تحول سلامت از منظر

فرآیند سیاست‌گذاری (نظریه مرحله‌ای) در دولت یازدهم است که برای متولیان و مجریان طرح

تحول نظام سلامت جهت تمرکز بر نقاط ضعف در اجرای بسته‌های خدمتی می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران، مدیران و متصدیان و متولیان سلامت قرار گیرد.

مبانی نظری پژوهش

طرح تحول نظام سلامت

اهداف اصلی تمام نظام‌های سلامت، ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و رضایت بیماران است. نظام‌های سلامت در سراسر جهان تحت تأثیر چهار نیروی محرک، دائماً در پی اصلاح خود هستند. این محرک‌ها که قدرت آنها به‌طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است شامل هزینه‌های فزاینده در مراقبت‌های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت‌ها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است. اصلاحات نظام سلامت در دهه‌های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت‌های اقتصادی-اجتماعی مختلف به‌منظور سازمان‌دهی و تأمین مالی نظام سلامت در کنار ارتقای اثربخشی، کارایی و عدالت اجرا گردیده است. (پیکان و همکاران، ۱۳۹۷: ۴۸۲)

در ایران حدود ۵/۵ درصد تولید ناخالص داخلی به هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت اختصاص دارد که متوسط جهانی این شاخص حدود ۹ درصد است. در بین تمام نهادهای مرتبط با سلامت، بیمارستان‌ها به‌تنهایی حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد از کل بودجه بخش سلامت و سهم عظیمی از نیروهای آموزش‌دیده و متخصص را به خود اختصاص داده است که بخش عمده آن توسط بخش دولتی تأمین مالی می‌شود. طرح تحول نظام سلامت در دولت یازدهم با سه هدف اصلی ۱- عدالت در سلامت ۲- کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی ۳- ارتقای سطح سلامت در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ در سرتاسر کشور در ۵۵۷ بیمارستان اجرایی شد. (ابراهیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۵۱)

اهداف طرح تحول نظام سلامت در چهار گام اساسی: ۱- بهبود دسترسی، استطاعت‌پذیری و کیفیت درمان ۲- توسعه خود مراقبتی ۳- واقعی‌سازی تعرفه‌ها ۴- تحول در آموزش پزشکی پیگیری شد. در گام اول با تمرکز بر بخش درمان، کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، کامل نمودن پوشش بیمه در جمعیت فاقد بیمه سلامت؛ حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم؛ حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت؛ ارتقای کیفیت معاینات پزشکی در بیمارستان‌های دولتی؛ ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی؛ حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و

نیازمند؛ ترویج زایمان طبیعی و گسترش خدمات هوایی اورژانس کشور اجرایی شد. هدف از گام دوم طرح تحول نظام سلامت که با شعار ارتقای خود مراقبتی آغاز شد ارتقای سطح بهداشت جامعه از طریق آموزش و فرهنگ‌سازی و بازسازی خانه‌های بهداشت بود. گام سوم، کتاب ارزش-های نسبی خدمات سلامت مورد بازبینی قرار گرفته و بر ضرورت عدم دریافت وجوه غیررسمی (زیرمیزی) از بیماران تأکید شد و در نهایت با توجه به وجود مشکلاتی نظیر طولانی بودن دوره-های دکتری حرفه‌ای، وجود واحدهای غیرضروری در طول دوره تحصیل، مشکلات دانشجویان در طول دوره درسی و کارآمد نبودن آموزش‌ها، گام چهارم به تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی اختصاص پیدا کرد. (راسخ و همکاران، ۱۳۹۷: ۴۸۲)

طرح تحول نظام سلامت بر اساس نظریه مرحله‌ای

۱- طرح تحول نظام سلامت در موضوع دستورگذاری

اگرچه در سال‌های اخیر نظام سلامت توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پیشرفت‌های چشمگیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما هزینه‌های بالای پزشکی و عدم دسترسی یکسان به خدمات سلامت باعث اولویت یافتن آن شده است و طرح تحول نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار قرار گیرد. همچنین باید به این موضوع توجه کرد که چه گروه‌ها و جریان‌هایی در پدیده‌های اجتماعی نقش دارند. با توجه به مدل کوب و روس دو مؤلفه «طبیعت حمایتی» و «آغازگر یا شروع‌کننده» می‌توانند خط‌مشی موردنظر را تحلیل نمود. (قلی‌پور، آهنگر، ۱۳۹۴: ۲۳)

در این طرح می‌توان ادعا نمود که مشکل ابتدا از طریق بازیگران اجتماعی که عموم مردم می‌باشند، مطرح شده است. اگرچه این مسئله در دولت بسیار مورد توجه است اما در واقع آغازگر این مسئله جامعه است و بیان انتقاداتی در رابطه با هزینه‌های بالا و کیفیت نامناسب خدمات و عدم دسترسی یکسان به این خدمات از سوی عمومی باعث شد که این مسئله در دستور کار دولت یازدهم قرار گیرد. (قلی‌پور و نطاق، ۱۳۹۵: ۲۳)

۲- طرح تحول نظام سلامت از منظر مدل تصمیم‌گیری

مدل تصمیم‌گیری در این طرح مدل گروهی است. در این مدل، خط‌مشی حاصل تعادل و توازن مبارزات گروهی است و خط‌مشی‌ها همسو با مواضع گروه‌هایی هستند که از نفوذ بیشتری برخوردارند. در طرح حاضر گروه‌های مختلفی نقش دارند. با اجرایی شدن این طرح و حذف پدیده زیرمیزی، از یک‌سو پزشکان خواهان افزایش تعرفه‌های پزشکی هستند و از سوی دیگر

جامعه خواهان خدمات باکیفیت و کاهش هزینه‌های پزشکی است علاوه بر آن، با روی آوردن مردم به بیمارستان‌های دولتی، حجم کار پرستاران افزایش یافته است. از این روی پرستاران خواهان افزایش حقوق هستند. در این بین بیمه‌ها نیز به دنبال منافع خود هستند. در واقع جامعه، پزشکان، پرستاران و بیمه‌ها در روند تصویب و اجرایی شدن این طرح مؤثر بوده و تعامل آنها با یکدیگر و با نهادها و سازمان‌های دولتی می‌تواند در این روند دخیل باشد.

در طرح تحول نظام سلامت با توجه به اینکه بر نظرات افراد، گروه‌ها و عاملان اجتماعی تأکید زیادی شده است و بر مشارکت خطمشی‌گذاران و افرادی که مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر این خطمشی قرار دارند، توجه دارد می‌توان گفت رویکرد تنظیم خطمشی از بالا به پایین در آن حاکم نیست و می‌توان آن را در قالب خطمشی به‌عنوان یادگیری متقابل هم توجیه نمود. (قلی پور و نطق، ۱۳۹۵: ۲۳-۲۸)

۳. طرح تحول نظام سلامت از منظر اجرای آن

به‌منظور اجرایی شدن برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، دستورالعمل‌های نسبتاً جامعی در راستای هریک از برنامه‌های مذکور در این طرح تنظیم شده است که به شرح زیر است:

دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی. (قلی-پور و نطق، ۱۳۹۵، ۲۸-۳۱)

پیشینه تحقیق

شجاعی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران قبل و بعد از برنامه تحول نظام سلامت در طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵» نشان دادند که بیشترین میزان رشد هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان در سال آغاز برنامه تحول به ترتیب به صندوق روستاییان (۸۸.۴ درصد)، کارکنان دولت (۷۵.۲ درصد)، خویش‌فرمایان

(۷۳.۱۷ درصد) و سایر اقشار (۷۳.۱۰ درصد) اختصاص داشته است و صندوق خویش‌فرمایان که بیمه‌شدگان همگانی ناشی از برنامه تحول را پوشش می‌دهد رتبه سوم رشد را داشته است. خدیوی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در استان اصفهان در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴» نتایج نشان دادند که به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، هزینه‌های مستقیم سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان افزایش یافت.

قاضی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های تحت پوشش شبکه‌های بهداشت و درمان آذربایجان شرقی (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت)» نتایج نشان داد که اجرای طرح تحول نظام سلامت در میزان شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها تأثیر قابل‌توجهی داشته است که تأثیر آن در بین بیمارستان‌های مختلف، متفاوت است.

دادگر و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی مراکز بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان» نشان دادند که اجرای طرح تحول در نظام سلامت، سبب تغییر مثبت در شاخص‌های عملکردی بیمارستان شده است. لذا در عین توجه به بهبود مستمر روند کنونی، تداوم در اجرای طرح مذکور بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه توصیه می‌گردد.

نبی‌لو و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «ارزیابی عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی» به این نتیجه دست یافتند که طرح تحول در میزان کارایی فنی و مدیریتی تأثیر گذاشته است و بهبود عملکردی در اثرا اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌ها به وجود آمده است.

کمیلی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی بیان کردند که بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، رضایت شغلی پرستاران کاهش، تمایل به ترک خدمت پرستاران افزایش و فرسودگی شغلی پرستاران ثابت بوده است. مهارلو و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که میانگین کل پرداخت از جیب بیمار بعد از اجرای طرح تحول جهت بای‌پس عروق کرونر با اختلافی معنی‌دار از ۱۰۶۴۹۲۹۵ ریال به ۶۹۷۱۲۶۸ ریال کاهش یافت

توان و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی میزان رضایت از طرح تحول از دیدگاه بیماران و همراهان بیمار از خدمات بیمارستان شهید مصطفی خمینی^(۵) شهر ایلام»

به این نتیجه رسیدند که بیشتر نمونه‌ها از طرح تحول رضایت داشتند ولی زنان بیشتر از مردان راضی بودند.

روش تحقیق

این پژوهش کاربردی است به دلیل اینکه به توسعه دانش کاربردی واگرایی در حوزه طرح تحول نظام سلامت می‌پردازد. همچنین از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی است. به دلیل اینکه شرایط موجود را بدون مداخله و دستکاری متغیرها بررسی می‌کند. همچنین توصیفی از نوع پیمایشی است.

در تحقیق حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات برای پی‌ریزی مبانی کلی تحقیق همچون تعریف، عوامل، ابعاد، ضرورت‌ها، نظریه‌ها از مطالعات کتابخانه‌ای مانند مقالات و کتب لاتین و فارسی استفاده می‌شود. همچنین در بخش میدانی تحقیق از ابزار پرسشنامه محقق ساخته استفاده می‌گردد تا اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردد. با توجه به اینکه سؤالات یا گویه‌های تحقیق به صورت محقق ساخته و بر اساس ابعاد مختلف طرح تحول نظام سلامت مستخرج از ادبیات نظری ساخته شده بود برای میزان مناسب بودن محتوای هر سؤال و ارتباط آن با متغیر خود از روایی محتوایی استفاده شد. برای آزمون مناسب بودن سؤالات هر متغیر از ضریب لاواشه استفاده گردید.

نتایج CVR مورد قبول برای ده نفر از خبرگان، $0/67$ است که نتایج حاکی است که CVR به دست آمده برای کلیه گویه‌های بیشتر از $0/67$ است و میانگین عددی قضاوت‌ها هم مساوی یا بیشتر از ۱ مورد قبول است این مقدار CVR نشان می‌دهد که بیشتر از نیمی از افراد اعضای پانل گزینه «کاملاً موافق» یا «موافق» (آیتم ضروری در مقیاس لاواشه) را انتخاب کرده‌اند. مقدار میانگین مساوی و بیش از ۱ نشان‌دهنده آن است که میانگین قضاوت‌ها به گزینه‌های کاملاً موافق و موافق نزدیک‌تر است.

در این تحقیق در قالب یک پیش‌آزمون پرسشنامه بین نمونه‌ای ۳۰ نفره توزیع و ضریب آلفای کرونباخ آنها محاسبه شد. کلیه متغیرهای دارای ضریب آلفای بیشتر از $0/70$ به دست آمد که مطلوب و قابل قبول است. این پژوهش در محدوده زمانی اجرای طرح تحول از تاریخ $(1393/2/15)$. تا پایان دولت یازدهم $(96/5/12)$. است. جامعه مورد بررسی در این تحقیق ذی‌نفعان (پزشکان، پرستاران، بیمار یا همراه بیمار) به تعداد ۳۶۰ نمونه در ۵۵۷ بیمارستان که مجری طرح تحول نظام سلامت بودند اجرایی شد. حجم نمونه تحقیق با روش آلفای کرونباخ ۳۶۰ نمونه به دست آمد روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و از نوع هدفمند سهمیه‌ای است ۳۶۰

نمونه گردآوری شد. داده‌های گردآوری‌شده از طریق پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS و با کمک آزمون‌های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اهداف دولت از طرح تحول نظام سلامت

اهداف طرح تحول سلامت به شرح زیر بود:

۱- محافظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت: کاهش میزان پرداخت بیماران در بیمارستان‌های دولتی، ناشی از تخصیص منابع مالی گسترده (ناشی از هدفمندی یارانه‌ها، ۱٪ ارزش‌افزوده، طرح پزشک خانواده و بیمه‌ها) است؛ به عبارتی دیگر، کاهش هزینه‌های درمانی مردم (فقط در بخش دولتی)، با افزایش هزینه‌های دولت همراه شد. شایان ذکر است، با اجرای فاز سوم طرح تحول، تعرفه‌ها رشد ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی را تجربه نمود که باعث افزایش مجدد منابع تخصیصی دولت و همچنین هزینه درمانی بیماران در بیمارستان‌های خصوصی شد.

۲- ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی: ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، ناشی از ارتقای کیفیت خدمات ویزیت (استفاده از پزشکان متخصص و فوق تخصص) و هتلینگ در بیمارستان- های دولتی بوده که پشتوانه ارتقاء کیفیت خدمات نیز تزریق منابع مالی برای ایجاد انگیزه در پزشکان برای حضور در بخش دولتی و ارتقاء تجهیزات بیمارستان‌ها است.

۳- افزایش دسترسی به خدمات درمانی (عدالت درمانی): به علت انگیزه پایین کادر درمانی برای خدمت در مناطق محروم، همواره این مناطق از کمبود نیروی انسانی، بالأخص پزشکان متخصص رنج می‌برد؛ از این‌رو، یکی از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت، تأمین کادر درمانی این مناطق بوده است که در بسته دوم طرح تحول، سعی شده انگیزه لازم برای تأمین پزشکان متخصص این مناطق با تزریق منابع مالی ایجاد شود. قابل ذکر است تداوم اهداف ذکر شده، فقط با تداوم تزریق منابع مالی ممکن است.

نواقص طرح تحول سلامت از منظر ذی‌نفعان

اجرای طرح تحول نظام سلامت دارای آسیب‌ها و نواقصی است. مطابق با نتایج به دست آمده و ادبیات نظری می‌توان گفت با توجه به اینکه در دولت دهم با سیر قهقراپی شاخص‌های سلامت و افزایش شدید پرداخت از جیب مردم در حوزه درمان و سلامت مواجه بودیم و مطابق اسناد بالادستی، پرداخت از جیب مردم که باید ۳۰ درصد می‌بود، به بیش از ۶۰ درصد رسید. از نظر وضعیت کلی اهداف نظام سلامت، بین ۱۹۱ کشور دنیا ما حائز رتبه ۱۱۴ شدیم، از نظر سطح سلامت رتبه ۹۶، از نظر توزیع سلامت رتبه ۱۱۳ و از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها، کشور ما رتبه ۱۱۲ را داشت. طرح تحول نظام سلامت که از آن به‌عنوان

«محافظة مالی» مردم در قبال هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات درمانی یاد شده بود از ۱۵ اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور به اجرا درآمد، گرچه اجرای این طرح، زمینه افزایش رضایتمندی مردم و گروهی از بازیگران حوزه سلامت را فراهم آورد ولی تداوم اجرای طرح با چالش‌هایی جدی مواجه شد. مهمترین نقطه قوت طرح تحول سلامت این بود که روند افزایش فشار بر اقتصاد سلامت جامعه و هزینه‌های کمرشکن درمان را کاهش داده و باعث رضایت نسبی مردم شده است، یکی دیگر از نقاط مثبت طرح تحول، کاهش دریافت زیرمیزی پزشکان بوده است. برآوردها نشان می‌دهد که بین ۷ تا ۱۰ هزار میلیارد تومان دریافت‌های غیرقانونی یا زیرمیزی وجود داشته و طرح تحول توانسته است که بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از آن را کاهش دهد.

البته مهمترین نقاط ضعف طرح تحول را شاید بتوان در چندین محور از جمله بی‌توجهی به قوانین بالادستی و سیاست‌های کلی سلامت، درمان‌محوری به‌جای توجه به پیشگیری، پزشک‌محوری به‌جای خدمات‌محوری، بیمارمحوری به‌جای سلامت‌محوری، فقدان پایداری منابع به دلیل هزینه‌های بالا، تعمیق شکاف درآمدی در کادر درمانی، متخصص‌گرایی و بی‌توجهی به سطح یک خدمات سلامت، بی‌توجهی به پیامدهای ناشی از تفاوت ارزش نسبی خدمات در بخش خصوصی و دولتی، ناتوانی بیمه‌ها در پرداخت تعهدات خود، کسری چند هزار تخت بیمارستانی، همکاری نکردن بیمه‌های پایه و تکمیلی، تحت پوشش قرار نگرفتن بعضی از خدمات درمانی و افزایش مجدد پرداخت از جیب مردم، قطع بسته تشویقی زایمان طبیعی مخصوص ماماها و محدودسازی بسته ارتقای ویزیت و کاهش پرداخت به پزشکان برشمرد.

به باور منتقدان، ادامه طرح تحول سلامت به دلیل وجود برخی کاستی و ناهماهنگی‌ها با خطر روبه‌رو است. بحران بی‌پولی، تأمین دارو، نبود همکاری و هماهنگی میان دستگاه مرتبط، مشکلات بیمه‌ای با سازمان‌های بیمه‌گر و مشکلات در نحوه پرداخت‌ها از چالش‌هایی است که مخالفان طرح تحول نظام سلامت آنها را پاشنه آشیل این طرح عنوان می‌کنند. کمبود منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی به دلیل حجم بالای مراجع و ابهام در پرداخت‌های کارانه به پزشکان تمام‌وقت بیمارستان‌های دولتی دیگر گلايه این گروه است. از طرفی، کاهش هزینه‌های درمانی در بیمارستان‌های دولتی به تعداد مراجع این بیمارستان‌ها افزوده است. این در شرایطی است که کمبود تجهیزات و همچنین نبود نیروی کار لازم، پاسخگویی به بیماران را با مشکل روبه‌رو ساخته و بر حجم کاری کادر درمان اضافه کرده است. همچنین، تحقق کامل بسته مربوط به ارتقای هتلینگ از نگاه منتقدان امکانپذیر نخواهد بود چراکه زیرساخت‌های لازم

برای دستیابی به این هدف آماده نیست. مخالفان در اصلی‌ترین مطالبه خود، مدیریت هزینه‌ها و اصلاح نظام پرداخت به پزشکان را خواستار هستند.

تعارض با قوانین بالادستی

مطابق با نتایج جدول (۱)، سطح معنی‌داری بدست آمده برای تعارض اجرای طرح نظام سلامت با قوانین بالادستی و کلیه گویه‌های آن مطلوب و معنی‌دار است ($\text{Sig}=0/000$)؛ و با توجه به اینکه t به‌دست‌آمده برای تعارض اجرای طرح نظام سلامت با قوانین بالادستی و کلیه گویه‌های آن بزرگ‌تر از $1/96+$ است بنابراین می‌توان گفت میانگین تعارض اجرای طرح نظام سلامت با قوانین بالادستی معنی‌دار است با توجه به مقدار میانگین می‌توان گفت میانگین به دست‌آمده بزرگ‌تر از میانگین نظری است بنابراین اجرای طرح تحول سلامت با قوانین بالادستی تعارض دارد.

جدول ۱: نتایج آزمون تی تک نمونه‌ای تعارض اجرای طرح تحول نظام سلامت با قوانین بالادستی

گویه‌ها	میانگین نظری	میانگین به‌دست‌آمده	انحراف استاندارد	t	df	sig
تعارض با برنامه پنجم توسعه	۳	3.8973	.98093	40.174	359	.000
تعارض با مصوبات مجلس	۳	3.2919	1.17547	38.091	359	.000
تعارض با مصوبات دولت	۳	3.6595	1.06716	46.641	359	.000
تعارض اجرای طرح تحول نظام سلامت با قوانین بالادستی	۳	10.8487	.90786	51.586	359	.000

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده که نشان داد طرح تحول سلامت دارای تعارض با قوانین بالادستی است؛ تعارض با قوانین بالادستی از مهم‌ترین چالش‌های سیاست‌گذار است که بدان توجه شایسته و بایسته نشده است. اجرایی نشدن برخی از مواد قانون برنامه پنجم توسعه یکی از این چالش‌ها است. دربند «ج» ماده ۳۲ این قانون به مواردی همچون «خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت»، «محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع»، «سطح‌بندی خدمات»، «خرید راهبردی خدمات»، «واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد» اشاره شده که این موارد چارچوب‌های اصلی بودند که لازم بود طرح تحول سلامت با این مبانی حرکت کند. ولی متأسفانه به علت شتاب‌زدگی، کوتاه‌نگری و نیازهای فوری جامعه، مورد توجه قرار نگرفتند. مثال دیگری که می‌شود به آن اشاره کرد، دربند «۶» ماده ۳۲ قانون

برنامه پنجم، ۷ وظیفه به‌منظور ساماندهی و اجرا برای وزارت بهداشت، پیش‌بینی شده است: بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی، کلینیک ویژه و بیمه‌های تکمیلی. هیچ‌کدام از موارد تصریح‌شده در این ماده‌قانونی یا به بار ننشسته یا گام‌های اولیه خودشان را برمی‌دارند. البته از مواردی که در طرح تحول سلامت موردتوجه قرار گرفته بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت است که در خصوص توسعه کمی و کیفی بیمه‌های پایه بهداشت و درمان است. در خصوص توسعه کمی بیمه‌های پایه، حدود ۷ میلیون نفر در طرح تحول سلامت تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند. بیمه‌های پایه سلامت در زمینه کیفی نیز توسعه یافتند و خدمات و داروهای بیشتری تحت پوشش بیمه قرار گرفت. ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان‌های دولتی برای تهیه دارو و ملزومات بسیار کاهش یافت و به حدود ۳.۲ درصد رسید.

موارد دیگری از بندهای سیاست کلی وجود دارد که در طرح تحول سلامت مغفول ماند است. ازجمله مهمترین آنها می‌توان به بند ۳ سیاست‌های کلی که در ارتباط با سلامت روانی است. بند ۶ نیز که در ارتباط با امنیت غذایی است موردتوجه قرار نگرفته است. یکی از مهم‌ترین موضوعات فراموش‌شده در طرح تحول سلامت که در سال‌های اخیر نیز بسیار مورد بحث بوده است بحث تولید نظام سلامت است که در بند ۷ سیاست‌های کلی مطرح‌شده است. طبق این بند وظایف تولیدی مثل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت است باید صورت گیرد. به‌عنوان مثال درحالی‌که نظارت از وظایف حاکمیتی است که توسط وزارت بهداشت باید صورت گیرد اما در برخی موارد وزارت بهداشت معتقد است این کار از اختیارات صنف نظام پزشکی است. در حال حاضر نیز عمده نظارت بر کار پزشکان، رسیدگی به شکایات و تخلفات پزشکان توسط صنف نظام پزشکی صورت می‌گیرد.

بحث تقویت بازارهای رقابتی بیمه‌ها (بند ۹-۵ سیاست‌های کلی) نیز که می‌توانست نقش مهمی در افزایش کارایی بیمه‌ها داشته باشد مغفول مانده است. موضوع مهم دیگری که در طرح تحول مغفول مانده است بحث شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌هاست. این کار در قدم اول نیازمند یک سیستم اطلاعات است که شامل اطلاعات بیماران، اطلاعات پزشکان و بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و سایر عوامل تولید خدمات در نظام سلامت است که به‌صورت به‌روز و الکترونیک پرونده بیماران و عملکرد بیمارستان‌ها و پزشکان را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. این سیستم می‌تواند پرونده الکترونیک بیماران را در اختیار پزشکان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت قرار دهد و آنها را در تصمیم‌گیری کمک کند. همچنین با ارائه

آمارهای کلان نظام سلامت در هر لحظه، تصمیم‌گیری را برای مدیران و سیاست‌گذاران دقیق‌تر و راحت‌تر می‌کند؛ بنابراین پرونده جامع الکترونیک سلامت، نظام‌های مالی و بالینی به‌روز و شفاف که اطلاعات همه ذینفعان نظام سلامت را به موقع در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد زیرساخت اصلی هر برنامه‌ای است که قرار است در نظام سلامت اجرا شود. موضوعاتی مثل طب سنتی (بند ۱۲ سیاست‌های کلی)، توسعه کمی و کیفی نظام آموزش پزشکی متناسب با نیازهای هر منطقه از کشور (بند ۱۳) و تحول راهبردی در پژوهش علوم پزشکی که در بند ۱۴ ذکر شده است نیز در طرح تحول به آنها پرداخت نشده است.

تحلیل طرح تحول نظام سلامت از منظر فرآیند سیاست‌گذاری (نظریه مرحله‌ای)

- تحلیل دستورگذاری طرح تحول سلامت

دان (۲۰۱۲) صورت‌بندی مشکلات را در سه سطح دسته‌بندی کرده است. مشکلات می‌توانند خوب ساختاریافته، نیمه ساختاریافته و یا بد ساختاریافته باشند.

جدول ۲: تفاوت در ساختار سه طبقه از مشکلات سیاست.

عناصر	خوب ساختاریافته	نیمه ساختاریافته	بد ساختاریافته
تصمیم‌گیران	یک	اندک	زیاد
جایگزین‌ها	ثابت	محدود	نامحدود
سودمندی (ارزش‌ها)	اجماع	چانه‌زنی	تعارض
پیامدها	اطمینان	عدم اطمینان	ریسک
احتمالات	قطعی	تخمین پذیر	تخمین پذیر

عناصر تصمیم‌گیر و سیاست‌گذار در قانون طرح تحول نظام سلامت بیش از یک‌نهاد بودند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی دو نهاد عمده و تأثیرگذار در این قانون بودند؛ بنابراین این طرح نه مانند سطح خوب ساختاریافته که تنها یک سیاست‌گذار داشت و نه مانند سطح بد ساختاریافته عناصر تصمیم‌گیری زیادی داشت لذا با توجه به محدود بودن نهادهای سیاست‌گذار می‌توان طرح تحول نظام سلامت را در سطح نیمه ساختار یافته جای داد و تحلیل کرد. در بحث جایگزین‌ها، قبل از این طرح قانون مشابهی وجود نداشت و از طرفی بعد از اجرا و انتقادهای زیاد راهکار عملی جایگزینی به طور مشخص و مدون برای آن تاکنون ارائه نشده است و شاید بتوان تنها اشتراک این قانون با سطوح خوب ساختار یافته را عامل جایگزینی عنوان کرد. در بحث سودمندی (ارزش‌ها) باید گفت ابتدا همه نهادهای تصمیم‌گیر و مجری با یکدیگر اجماع نداشتند. برخی نمادها مانند صندوق، بیمه‌ها و از طرفی برخی نمایندگان با آن مخالفت کردند؛ یعنی مانند سطوح خوب ساختاریافته بر روی آن اجماع

وجود نداشت. از طرفی چانه‌زنی برای برخی گروه‌ها مانند پرستاران وجود داشت اما گروه و نهادهای دیگری با اجرای آن مخالف بودند بنابراین، مانند سطوح بد ساختاریافته دارای تعارض هستند. از سوی دیگر نسبت به پیامدهای این طرح اطمینان و قطعیتی وجود نداشت و با توجه به بار مالی سنگینی که این طرح دارد اطمینان از ارائه دائمی چنین خدماتی به بیماران و پرداختی به پزشکان و پرستاران چندان قابل اطمینان نیست. برآیند پنج عنصر شکل‌دهنده سطوح ساختاریافتگی قانون تحول نظام سلامت نشان می‌دهد که در مجموع این طرح جزء سطوح نیمه ساختاریافته دسته‌بندی می‌شود. (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶)

- تحلیل تدوین سیاست طرح تحول سلامت

طرح تحول نظام سلامت با هدف محافظت مالی از مردم در برابر خدمات درمانی، دسترسی اکثر مردم به خدمات سلامت با هدف عدالت در سلامت و ارتقای سطح سلامت توانسته است اثربخشی مدنظر را تا حدودی برای نظام سلامت به ارمغان آورد. در بحث اثرات ناخواسته باید گفت با توجه به هزینه‌های بسیار پایین درمان برای عموم مردم، موجب مراجعه بیش از اندازه و بی مورد افراد به بیمارستان‌های دولتی و کاهش کیفیت خدمات و فشار سنگین بر کارکنان بیمارستان‌ها به خصوص پرستاران شده است. تمامی افراد تحت پوشش بیمه‌ها با هر سطح درآمدی به طور یکسان می‌توانند از خدمات بیمارستان‌های دولتی بهره‌مند شوند. هزینه‌های این طرح بسیار زیاد است و بیمه‌ها و صندوق‌های بیمه توان پرداخت آن را ندارند. از طرفی از لحاظ فنی اگر قبل از اجرا به‌صورت آزمایشی در چند استان اجرا می‌شد اجرایی بهتر آن امکان‌پذیرتر بود. و چون طرح از منابع مالی پایداری برخوردار نیست قطعاً در صورتی که تزریق نشدن منابع مالی به‌موقع و مداوم با چالش جدی مواجه خواهد شد. این طرح در ابتدا مورد قبول وزارت بهداشت، نمایندگان مجلس، دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها و عموم مردم بود اما بیمه‌ها و سازمان تأمین اجتماعی با توجه به بار مالی طرح با آن موافق نبود. (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶)

- تحلیل اجرای طرح تحول نظام سلامت

در اجرای این، ابتدا برنامه‌ها توسط ستاد کشوری و دبیرخانه ستاد کشوری برنامه تحول نظام سلامت به سطوح پایین‌تر (دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی) ابلاغ می‌گردد و نظارت بر حسن اجرای آن صورت می‌گیرد، از این‌رو رویکرد بالا به پایین دارد و از سوی دیگر با اجرای این طرح در بیمارستان‌ها و شناسایی نقاط ضعف طرح و پیشنهاد اصلاحات دوباره در سطح دبیرخانه ستاد کشوری، برنامه تحول نظام سلامت مورد

بازبینی قرار می‌گیرد و مشکلات طرح برطرف می‌شود که رویکرد پایین به بالا دارد بنابراین رویکرد اجرایی این طرح با توجه به تمرکز بر هر دو سطح سیاسی و اداری یک رویکرد ترکیبی است. ابزار اجرای این طرح با توجه به شرایط گروه هدف و شرایط محیطی، ابزاری اقتدارگرایانه است؛ زیرا کادر خدمات درمانی به‌صورت داوطلبانه در این طرح همکاری نمی‌کنند و از طرفی اجرایی شدن این طرح نیازمند تأمین منابع مالی و زیرساخت‌ها و آموزش‌های لازم به افراد درگیر در این طرح از سوی دولت است و تداوم این طرح نیازمند نظارت دقیق است. علاوه بر این، چون در کلیه مراحل این طرح سازمان‌ها و نهادهای دولتی درگیر هستند، ابزار استفاده‌شده در این طرح اجباری است. (قلی پور و نطاق، ۱۳۹۵: ۱۲)

- تحلیل ارزیابی طرح تحول نظام سلامت

سه‌م دولت از کل هزینه‌های درمان در ایران نسبت به جهان بسیار کم اندک است. هزینه‌های حوزه سلامت طی سال‌های ۹۳ و ۹۴ از حدود ۹۱ هزار میلیارد تومان به بیش از ۱۰۸ هزار میلیارد تومان افزایش یافت با این وجود، سه‌م دولت در تأمین هزینه‌های درمان از حدود ۲۸ درصد به کمتر از ۲۶ درصد کاهش پیدا کرد. باید در نظر داشت هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی تماماً از طریق حق بیمه‌های مردم تأمین می‌شود. هزینه‌هایی که از سوی این سازمان پرداخت می‌شود پیش‌پرداخت‌های انباشت شده مردم به‌نظام سلامت است. ولی این پیش‌پرداخت کفاف تأمین هزینه‌های سلامت را نمی‌کند و این سازمان مجبور است از نظام بانکی وام دریافت کند و سالانه حدود ۲۲۰۰ میلیارد تومان بهره بانکی پرداخت نماید؛ بنابراین، جامعه نه‌تنها هزینه بخش زیادی از مخارج سلامت را پرداخت می‌کند بلکه بهره بانکی مربوطه را هم جبران می‌کند. در ارزیابی این طرح باید گفت، علاوه بر پیامدهای مثبتی که داشته است پیامد-های ناگواری را هم دربرداشته است. طبق بند ۷ سیاست‌های کلی نظام سلامت در ۹۳ بر تفکیک وظایف تولید، تأمین منابع مالی و تدارک خدمات تأیید شده است؛ اما وزارت بهداشت همه این موارد را برعهده گرفته و نمی‌تواند به اعمال وظایف حاکمیتی خود بپردازد. از طرفی اعمال وظایف حاکمیتی خود را به عهده اعضای سازمان نظام پزشکی گذاشته است که آنها هم به دنبال منافع پزشکان هستند که با ماهیت وظایف حاکمیتی وزارتخانه همخوانی ندارد. درحالی‌که این سمت‌ها بیش از آنکه به تخصص پزشکی نیاز داشته باشند، محتاج افرادی با دانش مدیریت، اقتصاد و سیاست‌گذاری است. در این طرح افزایش درآمد پزشکان اتفاق افتاد ولی به میزانی که درآمد پزشکان افزایش یافت درآمد پرستاران افزایش نداشت بنابراین هرچند وقت یک‌بار شاهد اعتراضات این صنف هستیم. این طرح به‌طور همزمان در سراسر کشور و

در ۵۵۷ بیمارستان دولتی اجرایی شد بدون اینکه از قبل به صورت آزمایشی اجرا شود و نقاط ضعف و قوت آن شناسایی گردد. با توجه به کمبود منابع مالی، بیمه‌ها جهت جبران تعهدات مالی خود با مشکلات مالی جدی مواجه شدند. (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶)

نتیجه‌گیری

مرور گذشته‌های حوزه سلامت و بررسی رضایتمندی مردم نشان می‌دهد مراقبت‌های سلامت هنوز آن چیزی نیست که پزشکان، کارکنان، مدیران و بیماران از آن انتظار دارند؛ بنابراین، اجرای اصلاح نظام سلامت در قالب طرح تحول نظام سلامت می‌تواند عامل مؤثری در ارتقای سلامت جامعه و افزایش رضایتمندی از خدمات گردد. طرح تحول نظام سلامت بر مبنای نظریه مرحله‌ای از آسیب‌هایی همچون شکاف درآمدی بین کارکنان بیمارستان، تعارض با قوانین بالادستی، کاهش منابع مالی بیمه‌های پایه، تنگناهای سیاسی بین سیاست‌گذاران و مجریان، ماهیت پوپولیستی دولت، عدم اجماع نظر نخبگان سیاست، ناهماهنگی نهادهای اجرایی و ضعف ارزیابی برخوردار است.

طرح تحول سلامت طرحی برای بهبود سیستم‌های سلامت ایران است که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم جمهوری اسلامی ایران در بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد.

طرح تحول سلامت با چندین چالش اساسی مواجه است:

تعارض با قوانین بالادستی از مهم‌ترین چالش‌های سیاست‌گذار است که بدان توجه شایسته و بایسته نشده است. اجرایی نشدن برخی از مواد قانون برنامه پنجم توسعه یکی از این چالش‌ها است. در بند «ج» ماده ۳۲ این قانون به مواردی همچون «خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت»، «محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع»، «سطح‌بندی خدمات»، «خرید راهبردی خدمات»، «واگذاری امور تصدیگری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد» اشاره شده که این موارد چارچوب‌های اصلی بودند که لازم بود طرح تحول سلامت با این مبانی حرکت کند. ولی متأسفانه به علت شتاب‌زدگی، کوتاه‌نگری و نیازهای فوری جامعه، مورد توجه قرار نگرفتند. مثال دیگری که می‌شود به آن اشاره کرد، در بند «۶» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم، ۷ وظیفه به منظور ساماندهی و اجرا برای وزارت بهداشت، پیش‌بینی شده است: بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی، کلینیک ویژه و بیمه‌های تکمیلی. هیچ‌کدام از

موارد تصریح‌شده در این ماده قانونی یا به بار ننشسته یا گام‌های اولیه خودشان را بر می‌دارند. همچنین، بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه که بر ۵ مسئله تأکید دارد: (۱) ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی (۲) کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج. (۳) تقلیل گردش امور واحدهای بهداشتی به درآمدهای اختصاصی که شاید اتفاق مرکز درمانی خمینی‌شهر، ناشی از ضعف‌های اجرای این بخش از قانون باشد. (۴) اختصاص ۱۰ درصد وجوه حاصل از قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به این امر و (۵) به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد. بند ۵، در واقع تنها بند موردتوجه دولت است که بر اساس آن دولت در بخش بستری سهم مردم در پرداخت مستقیم را به ۱۰ درصد کاهش داده است.

برای اینکه طرح تحول نظام سلامت بتواند ادامه راه خود را به سلامت بپیماید، نیاز است که اقداماتی انجام شود؛ اول اینکه وزارت رفاه میزان کسری منابع را در سازمان بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی مشخص کند. دیگر اینکه وزارت بهداشت متعهد به سطح‌بندی تمام خدمات تشخیصی و درمانی شود. نکته دیگر، بازنگری و تعدیل مناسب در تعرفه‌های کتاب ارزش نسبی خدمات است. اولویت دیگر مربوط به سامانه پرونده الکترونیک سلامت و مکانیزه کردن فرآیندهای درمان است که باید به سرعت عملیاتی شود و درنهایت پیشنهاد می‌شود کمیته‌ای متشکل از اعضای شورای عالی سلامت و جمعی از کارشناسان و نخبگان این حوزه دائماً روند-های این طرح را به‌ویژه در حوزه پایداری منابع رصد کرده و گزارش لازم را جهت اصلاح امور به نظام عالی تصمیم‌گیری ارائه کنند. سایر پیشنهادها کاربردی به شرح زیر است:

- تشکیل سامانه‌های ثبت شکایات و انتقادات در بیمارستان‌ها به منظور پاسخگویی بهتر؛
- برگزاری جلسات هفتگی مدیران بیمارستان با بیماران برای پاسخگویی بهتر؛
- ارائه تسهیلات و تشویقات به منظور حضور مداوم متخصصان در بیمارستان؛
- ایجاد فضا و محیط کاری جذاب و شاد به‌عنوان یکی از اقدامات اساسی برای ارتقاء خدمات رفاهی کارکنان؛
- تعیین تکلیف وضعیت قراردادهای کارکنان بهداشتی به منظور یکی از ابزارهای حمایتی-رفاهی؛
- اجرای طرح‌های تشویقی ویزیت رایگان در هفته به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و اعتماد-سازی بیشتر؛

منابع فارسی

کتاب

- رحمت اله قلی‌پور، ابراهیم غلام پور آهنگر (۱۳۹۴)، فرآیند سیاست‌گذاری عمومی در ایران، تهران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

مقالات

- بهرام و دیگران نبی‌لو (۱۳۹۵)، ارزیابی عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی، دوره ۱۴، شماره ۱۱

- جاوید قاضی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)، ارزیابی شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های تحت پوشش شبکه‌های بهداشت و درمان آذربایجان شرقی (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت)، مجله پایش، سال هفدهم شماره ۳

- حسین ابراهیمی‌پور و همکاران (۱۳۹۶)، بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت و تعرفه‌گذاری بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی بر وضعیت اقتصادی: مطالعه موردی در یک بیمارستان بزرگ آموزشی، نشریه پایش

- حامد توان و همکاران (۱۳۹۴)، بررسی میزان رضایت از طرح تحول از دیدگاه بیماران و همراهان بیمار از خدمات بیمارستان شهید مصطفی خمینی^(۶) شهر ایلام، نشریه پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر، جلد ۲، شماره ۵

- حمیدرضا مهارلو و همکاران، بی‌تا، بررسی مقایسه‌ای هزینه خدمات بستری بیماران قلبی، قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت (مورد مطالعه بیمارستان قلب الزهراء (س) شیراز)، مجله مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۷، شماره ۴

- رضا خدیوی و همکاران (۱۳۹۴)، هزینه‌های مستقیم سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر منتخب و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در استان اصفهان در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۴، نشریه مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ۱۵، شماره ۶

- رضا دادگر و همکاران (۱۳۹۶)، بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی مراکز بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مجله علمی پژوهشی یافته، سال ۱۹، شماره ۲

- رحمت‌ا... قلی‌پور، فرزانه نطالق (۱۳۹۵)، تحلیل طرح تحول نظام سلامت، چالش‌ها و پیامدها، نخستین کنفرانس ملی مدیریت دولتی ایران: خط‌مشی‌گذاری عمومی، تهران، دانشگاه تهران

- راضیه کمیلی و همکاران (۱۳۹۶)، بررسی مقایسه‌ای تمایل به ترک خدمت، فرسودگی و رضایت شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت سال ۱۳۹۵، مجله مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۸، شماره ۴

- شیرین رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، اثر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دانشگاهی استان همدان، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۴، شماره ۲

- علی شجاعی و همکاران (۱۳۹۷)، هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران قبل و بعد از برنامه تحول نظام سلامت در طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵، نشریه بمه سلامت ایران، دوره ۱، شماره ۱-۲