



آینده پژوهی طرح تحول سلامت با کاربست مدل کی یه

سید عباس ابراهیمی

استادیار دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

سیدمحمد مهدی باکی هاشمی (مسئول مکاتبات)

دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گرایش تصمیم‌گیری و خطمشی‌گذاری عمومی، دانشگاه سمنان، ایران

m.baki@semnan.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۲۳

چکیده

زمینه: با توجه به گذشت هفت سال از آغاز طرح تحول نظام سلامت و لزوم ارزیابی میزان انطباق این خطمشی با نیازها و خطمشی‌های کلان جامعه، پژوهش حاضر با هدف بررسی چگونگی ادامه اجرای این خطمشی به صورت حفظ وضع موجود، اصلاح و یا خاتمه خطمشی طراحی گردید. روش: پژوهش با رویکرد کیفی و با هدف کاربردی اجرا شد. با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای به جمع‌آوری مستندات لازم در حوزه پژوهش پرداخته شد سپس مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از خبرگان و کارشناسان حوزه سلامت، با روش تحلیل تم و مدل خاتمه خطمشی کی یه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: با توجه به اینکه طرح تحول سلامت قسمت عمده‌ای از ایدئولوژی انتخاباتی دولت‌های یازدهم و دوازدهم بوده و از پشتوانه حمایت‌های قانونی، معنوی و اجتماعی برخوردار است، موجب ادامه اجرای این خطمشی حداقل تا پایان دولت مستقر و ابتدای دولت بعدی خواهد شد. نتیجه‌گیری: با توجه به تجزیه و تحلیل انجام شده بر اساس مدل کی یه این طرح برای ادامه، نیازمند تغییر و اصلاحات اساسی در خطمشی می‌باشد. برخی اصلاحات شامل مواردی چون اجرای پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و پزشک خانواده، تدوین گایدلاین‌های پزشکی، توجه به حوزه پیشگیری و بهداشت روان، تمرکز بر انضباط مالی است. بازنگری در طرح تحول نظام سلامت و اصلاح این خطمشی موجب تطابق بین نیازهای واقعی کشور و برنامه‌های اجرایی در راستای تحقق اهداف کلان و حل مسائل عمومی خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: خطمشی‌گذاری، طرح تحول، نظام سلامت، مدل کی یه، اصلاح خطمشی

مقدمه

برآوردهای آماری نشان می‌دهد که ده درصد بهبود در میزان امید به زندگی در بدو تولد، حداقل ۰/۳ تا ۰/۴ درصد رشد اقتصادی را به همراه دارد. همچنین مشخص گردید که ۵/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شود. مطالعه هزینه‌های خانوارهای ایرانی، بیانگر آن است که نزدیک به ۶۰ درصد از هزینه‌های مرتبط به سلامت به صورت مستقیم توسط مردم پرداخت شده و حدود چهار درصد از خانوارها به ناچار متحمل هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری‌ها می‌گردند (نصراله پور، ۱۳۹۲). یکی از اثرات جانبی افزایش هزینه‌های پزشکی، آسیب مالی به خانواده‌های دارای مشکلات سلامتی است. بنابراین ایجاد مزایای رفاهی که مرتبط با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی باشد اهمیت بنیادین برای خط‌مشی‌گذاران سلامت دارد. کشورهای با درآمد بالا، بیشتر تمایل دارند که در بخش مراقبت‌های بهداشتی سرمایه‌گذاری نمایند زیرا کاهش هزینه‌ها باعث بهبود رفاه اجتماعی می‌شود اما سود حاصل از آن، بالاتر از آنچه تصور می‌شود است زیرا با کنترل وضعیت سلامتی، بهره‌وری کار نیز افزایش می‌یابد (گومز، ۲۰۱۷). امروزه مراقبت‌های بهداشتی به طور گسترده‌ای به عنوان یک نیاز اساسی در نظر گرفته شده، اما تعیین معیارهایی معتبر برای محاسبه خط فقر و میزان هزینه‌ها توسط تحلیل‌گران مراقبت‌های سلامت لازم است (رملر، ۲۰۱۶). امروزه چالش اصلی تصمیم‌گیری در مراقبت‌های سلامت، آن است که تصمیمات در خصوص منابع مالی، منابع انسانی یا نحوه ارائه خدمات معمولاً به طور جداگانه اتخاذ شده و محتوای آنها با چگونگی ارائه نظام سلامت در واقعیت تفاوت دارد (کوزیمسکی، ۲۰۱۶). بنابراین اصلاحات مداوم در نظام سلامت موجب به‌روز بودن و انطباق خط‌مشی‌های سلامت با واقعیات اجتماعی می‌گردد. اصطلاح اصلاح نظام سلامت تعریف گسترده‌ای دارد که منابع، بازیگران و نهادهای مرتبط با تامین مالی، تنظیم مقررات و ارائه همه فعالیت‌هایی که اهداف اصلی آن ترویج، بازگرداندن و حفظ سلامتی می‌شود را شامل می‌گردد (کورنیف، ۲۰۱۲). بنابراین خط‌مشی‌های سلامت اشاره به فعالیت‌ها یا تمایل به

فعالیت‌هایی دارد که به وسیله سازمان‌های خصوصی، دولتی و یا داوطلبانه‌ای که روی سلامت تأثیرگذارند انجام می‌شود. در نتیجه خط‌مشی‌گذاری یک فرآیند رقابتی است که در آن گروه‌هایی با علایق مختلف در شکل‌های متنوعی اقدام به خط‌مشی‌گذاری می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). در سال‌های اخیر، علاقه‌مندی جدی در بین محققان در چگونگی درک بهتر توسعه خط‌مشی‌ها و اجرای آن‌ها در ارتقا سلامت دیده می‌شود. این علاقه‌مندی ممکن است ریشه در درک متضاد و متفاوت فرآیندهای خط‌مشی‌گذاری داشته باشد (روتن، ۲۰۱۰). موانع متعددی برای اصلاحات جامع وجود دارد. بسیاری از افراد و سازمان‌ها نسبت به وضع موجود رضایت دارند حتی اگر دو سوم مراجعه‌کنندگان به نظام سلامت از وضع موجود ناراضی باشند اما اقلیت کمی نسبت به ترک این سیستم به نفع اصلاحات اقدام می‌نمایند (فوجز، ۲۰۰۵). نظام سلامت کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نبوده و به دلیل وجود کاستی‌های عمده‌ای که در ساختار و عملکرد آن مشهود است، همواره ضرورت تغییرات اساسی را به خود دیده است (شادپور، ۱۳۸۵). نصراله‌پور و موعودی (۱۳۹۲) در کتابی با عنوان سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران بیان نمودند که در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت جامعه و به نیابت از دولت نسبت به تبیین جهت‌گیری‌ها، سیاست‌ها و راهبردها به منظور تأثیرگذاری بر رفتار نقش‌آفرینان درون و بیرون بخش سلامت اقدام می‌نماید. در طول سه دهه گذشته، با وجود تجربه گفتمان‌های سازندگی، اصلاحات و عدالت محور، شاهد آن هستیم که اکثر هزینه‌های حوزه سلامت بر شانه‌های خانوارهای ایرانی سنگینی کرده و در مقابل، دولت‌ها سهم ناچیزی از چنین بار سنگینی را متقبل می‌شوند؛ تسهیمی که ما حاصلی جز بی‌عدالتی گفتمان عدالت در حوزه سلامت جمهوری اسلامی ایران به دنبال نداشته است (صفری، ۱۳۹۵). با توجه به اینکه هفت سال از شروع طرح تحول نظام سلامت می‌گذرد تحلیل‌گران فنی، خط‌مشی‌گذاران، پژوهشگران، نمایندگان مجلس، ذینفعان کلیدی و بسیاری دیگر از گروه‌ها و افراد با بررسی‌های دقیق در طول دوره اجرای طرح تحول و هزینه‌هایی که از درآمدهای مالیاتی و نفتی کشور شده

ادیات پژوهش

طریقت منفرد و همکاران (۱۳۸۷) اظهار نمودند که به موجب اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تامین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، حقی همگانی بوده و دولت موظف است از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های یاد شده را برای آحاد جامعه تامین کند اما بخش قابل توجهی از توان دولت در این زمینه صرف تامین و ارائه خدمات شده و بخش خطمشی-گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم رنگ جلوه می‌نماید. نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می‌بایست پاسخگوی آن‌ها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه کشورهای جهان ناگزیر ساخته است. افزایش کارآیی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تامین مالی پایدار و بهبود مدیریت از اهداف اجرای اصلاحات در نظام سلامت می‌باشد. نظام سلامت در ایران از گذشته با مشکلات و چالش‌های زیادی مواجه بوده است. هر چند اقدامات مختلفی در دولت‌های گذشته به منظور کاهش یا رفع این مشکلات انجام شد اما به دلیل عدم تداوم و جامعیت و نیز تغییر شرایط اقتصادی نتوانست نظام سلامت کشور را با تحول جدی مواجه نماید. به عنوان نمونه در سال (۱۳۷۴) دولت وقت تصمیم گرفت قانون بیمه همگانی را با هدف کاهش هزینه‌های درمانی بیمه شدگان در بیمارستان‌های دولتی به زیر ۱۰ درصد اجرا نماید. اجرای این قانون همزمان با طرح خودگردانی بیمارستان-ها باعث ایجاد مشکل تأمین هزینه‌های درمان بیماران فاقد بیمه شد. لذا از سال (۱۳۷۶)، اقداماتی برای پوشش افراد بیمه نشده انجام شد به عنوان مثال به روستاییان، کارت‌های بیمه درمان بستری با فرانشیز ۲۵ و سپس ۱۰ درصد اعطاء شد. در سال (۱۳۸۰) این طرح به شهرها رسید و برنامه پوشش بیمه‌ای خویش فرمایان شهری با فرانشیز ۲۵ درصد آغاز شد که در سال (۱۳۸۱) این مقدار به ۱۰ درصد کاهش یافت و به این ترتیب ۵۸ درصد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه درمان بستری قرار گرفتند. یکی دیگر از برنامه‌های مهم نظام سلامت کشور،

است نسبت به شیوه اجرا و تحقق اهداف طرح تحول سلامت انتقاد نمودند بطوری که طرح تحقیق و تفحص از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دستور کار مجلس شورای اسلامی قرار گرفت اما حد نصاب لازم را به دست نیاورد. همچنین با بررسی میدانی و مصاحبه با بیماران و همراهان مراجعه کننده به مراکز آموزشی - درمانی مشخص گردید که تجربیات واقعی این افراد با ذهنیات و تصورات آنان قبل از ورود به مراکز درمانی مغایرت دارد که می‌تواند نشانه‌هایی از عدم موفقیت طرح مذکور را در اخذ رضایتمندی ذینفعان نهایی به همراه داشته باشد. ارزیابی خطمشی طرح تحول سلامت به تصمیم‌گیران کمک می‌کند تا با ارزیابی هزینه-منفعت به دست آمده و میزان تحقق اهداف پیش‌بینی شده نسبت به ادامه خطمشی مذکور و یا خاتمه آن تصمیم‌گیری نمایند. خاتمه خطمشی می‌تواند در دو وضعیت صورت پذیرد. حالت اول که مورد کنکاش این پژوهش است وقتی است که خاتمه بخشی بر مبنای منطق و اصول باشد. برای مثال خاتمه بر اثر حل معضل عمومی اتفاق افتد یا عدم کارایی خطمشی جاری در مواجهه با مسئله مشخص شده باشد و یا مشکلات مالی باعث اولویت-بندی اجرای خطمشی‌ها گردد. در حالت دوم خاتمه بر اثر عوامل ذکر شده در حالت اول رخ نمی‌دهد بلکه بعد از اینکه خطمشی تدوین و ابلاغ گردید از سوی متولیان اجرا رها و معطل می‌ماند و در نهایت آن خطمشی خاتمه می‌یابد و باعث اتلاف منابع مادی و معنوی، کاهش اعتماد عمومی و فرصت سوزی ملی می‌گردد (دانایی فرد، ۱۳۹۴). با توجه به این که تاکنون کمتر مطالعه‌ای به چگونگی تغییرات در خطمشی طرح تحول نظام سلامت پرداخته است و تقریباً در هیچ مطالعه‌ای مدل تئوریک تغییر نظام خطمشی‌گذاری این طرح مورد بررسی و تحلیل قرار نگرفته است تلاش گردید تغییرات در خطمشی-های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با محوریت طرح تحول نظام سلامت بر اساس مدل کی یه مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد تا بر اساس آن بتوان نسبت به آینده این طرح اظهار نظر نمود و به متولیان امر سلامت کشور در خصوص نحوه ادامه و اجرای طرح یاری رساند.

طرح پزشک خانواده بود. این برنامه از سال (۱۳۸۴) با هدف تقویت نظام ارجاع، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از بیست هزار نفر اجرا شد اما اهداف آن محقق نشد و اجرای این طرح نتوانست مشکلات نظام ارجاع را حل نماید، پرونده سلامت و ثبت خدمات تشخیصی و درمانی به طور مطلوب انجام نشد و پزشکان خانواده نیز همچنان از دستمزد و تسهیلات رفاهی، همکاری ناکافی سطوح بالاتر و عدم فرهنگ‌سازی در سطح جامعه ناراضی بودند (پورشیروانی، ۱۳۹۴). طرح‌های مذکور به دلیل عدم یکپارچگی و مشکل تأمین مالی نتوانست نظام بهداشت و درمان کشور را با تحول اساسی مواجه کند. افزایش نرخ تورم و تحریم بخش دارو و درمان کشور، در اوایل دهه ۹۰، مشکلات را دو چندان کرد. افزایش تورم و کمبود اقلام دارویی و منابع مالی بخش بهداشت باعث شد هزینه‌های دارو و درمان افزایش بسیار زیادی پیدا کند به نحوی که هزینه‌های سلامت تبدیل به یکی از مهمترین بخش‌های سبد هزینه‌ای خانوار ایرانی شد. علاوه بر این افزایش هزینه‌های اقتصادی، نارضایتی پزشکان از تعرفه‌های پزشکی را افزایش داد و متناسب نبودن نظام تعرفه‌ای با اقدامات تشخیصی و درمانی باعث شکل‌گیری پدیده زیرمیزی در بخش بهداشت و درمان شد. علاوه بر این به دلیل عدم سرمایه‌گذاری در بخش بیمارستانی کشور، اغلب بیمارستان‌ها که محل اصلی ارائه و دریافت خدمات درمانی هستند فرسوده شده و نیاز به نوسازی داشتند. در موضوع زایمان به دلایل مختلفی همچون عدم ارائه خدمات مناسب و عدم رعایت شرایط و حریم مادران باردار تمایل به سزارین افزایش چشمگیری داشت به نحوی که ایران را در میان نخستین کشورهای با میزان سزارین بالا در جهان قرار داده بود. این مسائل و برخی مشکلات دیگر، وضعیت نظام بهداشت و درمان کشور را با چالش‌های جدی مواجه کرده بود که نارضایتی عمومی از وضعیت نظام سلامت در کشور را به همراه داشت (شیردل، ۱۳۹۵). به دنبال ابلاغ سند چشم‌انداز بیست ساله توسط مقام معظم رهبری، رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و افزایش مستمر طول عمر سالم تک تک ساکنین و شهروندان ایران از طریق تأمین عادلانه و گسترش منطقی

خدمات سلامتی، آموزشی و پژوهشی علوم پزشکی مبتنی بر آخرین شواهد معتبر، بیشترین کارایی در بهره‌گیری از منابع، مشارکت منطقی ذینفعان و همکاری بین بخشی برای برخورداری از سالم‌ترین جامعه در سطح کشورهای منطقه و دستیابی به توسعه پایدار تعریف گردید (برنامه پنجم توسعه، ۱۳۸۸). در طول این سال‌ها شورای سیاست‌گذاری سلامت کشور با انجام مطالعات و پژوهش‌هایی مانند: گزارش آبان برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۸)، پیش‌نویس سند سیاست مدیریت منابع انسانی بخش سلامت، تحلیل چالش‌ها و روندهای موثر بر نظام سلامت (۱۳۹۰)، تدوین نقشه نظام سلامت: فرآیندهای کلان (۱۳۸۹)، تدوین نقشه نظام بررسی تجارب کشورها در برنامه‌ریزی برای تحول نظام سلامت (۱۳۸۹)، نقشه تحول نظام سلامت (۱۳۹۰)، موجب به وجود آمدن اسناد، مطالعات و پژوهش‌های لازم برای زمینه‌سازی اصلاحات در نظام سلامت کشور شد. در نتیجه با روی کار آمدن دولت یازدهم، وزارت بهداشت طرح تحول نظام سلامت را به منظور رفع مشکلات و نارسایی‌های بهداشت و درمان کشور در دستور کار خود قرار داد. این طرح در ابتدای سال (۱۳۹۳) و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت کلید خورد. بنابراین اهداف اصلی طرح تحول نظام سلامت به صورت کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند و همچنین راه اندازی اورژانس هوایی طراحی گردیده است (حق شناس، ۱۳۹۶). در ساختار خط‌مشی‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعدادی از مراکز و واحدها مسئولیت تولید، ثبت و عرضه شواهد را به عهده دارند که باید به نیازهای اطلاعاتی واحدهای بالادست پاسخگو باشند. تعدادی از دبیرخانه‌های تخصصی بر اساس مسئولیت‌های سازمانی با بهره‌مندی از شواهد تولید شده موجود و بررسی کارشناسانه آن، بر حسب نیاز در حیطه‌های مختلف خط‌مشی‌سازی می‌نمایند. خط‌مشی‌های پیشنهادی در نهایت زیر نظر مقام وزارت

طیبه	۱۳۹۶	تعیین اولویت مداخله دولت در نظام سلامت ایران بر اساس نظرسنجی از خبرگان	بر اساس نظر خبرگان ترتیب هزینه های دولت در نظام سلامت به ترتیب هزینه های بهداشتی با رویکرد پیشگیری شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی، دارو و کالاهای پزشکی، هزینه های تحقیق و توسعه، مراقبت های سرپایی و آموزش پزشکی، خدمات درمانی، خدمات پرستاری بلند مدت و احداث تاسیسات می باشد.
محمدی	۱۳۹۵	جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران	آنچه در عمل به وقوع پیوست، محدود شدن اجرای آن به روستاها و دو استان فارس و مازندران آن هم به سبک و سیاقی متفاوت از خود برنامه پزشک خانواده است که در این راستا مطالعه موانع اجرایی آن نمایان ساخت که بسیاری از زمینه های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند، مهیا نبوده، زمینه هایی که نقش کلیدی در موفقیت و شکست هر برنامه ای داشته و در عرضه سیاست گذاری ضرورتاً باید بدانها توجه شود.
مقیم نوید	۱۳۹۵	فرصت ها و چالش های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرایی اصلاحات در نظام سلامت	در این پژوهش در هریک از ابعاد فرصت هاو چالش ها، مقوله هایی مشخص گردید از جمله عوامل ایجادکننده ضعف در محور ساختار سیاستگذاری، برنامه ریزی و مدیریت - عوامل ایجادکننده اثربخشی و کارایی پایین نظام سلامت - اعتماد مردم به طرح تحول سلامت- اراده سیاسی مسئولین اجرایی- کنترل هزینه های کمرشکن سلامت با کاهش پرداختی مردم- اجرای گامبهگام و وجود فرصتهای لازم جهت شناسایی مشکلات احتمالی در حوزه اجرا و اصلاح- اهداف مناسب طرح و متناسب با مشکلات سلامت مردم در کشور
دماری	۱۳۹۴	چالش ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور: از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی و	با توجه به تعدد مشکلات مطرح شده و تمرکز آنها در حیطه تولید، چالش های موجود و مانع از استقرار مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش بهداشت خواهد بود. برای دستیابی به شاخص های برتر سلامت از نوع عدالانه به حداقل ده اقدام ملی نیاز دارند.

یا عالی ترین شورای سلامت بررسی و در صورت لزوم به
تصویب می رسد. فرایند تنظیم خط مشی ملی سلامت مستلزم
بررسی و در صورت لزوم، تغییر در خط مشی های موجود نظام
سلامت بوده و شامل شش مرحله است: تعریف مسئله،
تشخیص علل پدید آمدن، تدوین سیاست، تصمیم گیری سیاسی
در مورد برنامه های ابتکاری یا اصلاحات، اجرای برنامه ها برای
انجام اصلاحات و ارزشیابی پیامدها. با شکل گیری مسائل جدید
که خط مشی گذاران باید به آن ها بپردازند چرخه یاد شده دوباره
فعالیت خود را آغاز می کند (نصراله پور شیروانی، ۱۳۹۲).

جدول ۱: ارتباط بین مراکز تولید کننده شواهد تا نهادهای تصویب
کننده خط مشی در نظام سلامت ایران (نصراله پور شیروانی، ۱۳۹۲)

تولید، ثبت و عرضه	کارست شواهد	تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
شواهد	سیاست سازی مبتنی بر شواهد	
- دبیرخانه شورای	۱) واحد سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت	وزیر بهداشت، درمان
همانگی تحقیقات	- دبیرخانه شورای سیاست گذاری	شورای سیاست گذاری
کاربردی	- دبیرخانه مدیریت و نظارت بر برنامه های توسعه	شورای معاونین
- مرکز اسناد و اطلاعات	- دبیرخانه نشست های تخصصی سیاست گذاری	شورای عالی سلامت
راهبردی سلامت	- دبیرخانه همانگی برنامه های بین المللی	
مؤسسه ملی تحقیقات	۲) دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	
سلامت	۳) دبیرخانه حیات های امانا	
مرکز مدیریت آمار و	۴) دبیرخانه اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی	
فناوری اطلاعات	گروه اقتصاد و فناوری سلامت (مبارت درمان)	
	دبیرخانه عوامل اجناسی برابر سلامت (مبارت بهداشتی)	

پیشینه پژوهش

در خصوص طرح تحول نظام سلامت مطالعات مختلفی [به
عنوان مثال: ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۶] انجام شده
است که هریک به جنبه ای از اثرات و نتایج این طرح پرداخته -
اند. در جدول شماره ۲ به تعدادی از مطالعات انجام شده در
حوزه خط مشی گذاری نظام سلامت اشاره شده است.

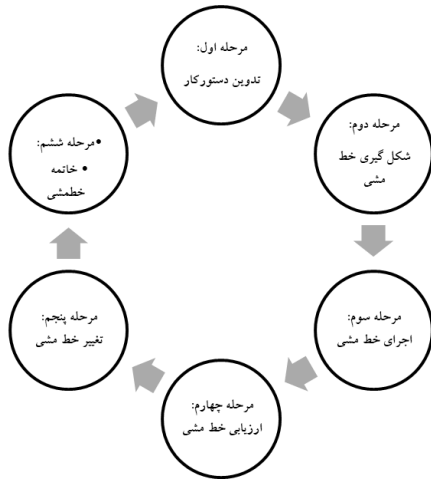
جدول ۲: برخی مطالعات انجام شده در خصوص اصلاحات و طرح

تحول نظام سلامت

نویسنده	سال	عنوان	نتیجه گیری
مودب	۱۳۹۶	طرح تحول نظام سلامت؛ نگاهی نو به ارایه خدمات سلامت؛ چالش های فراروی آن	بی تردید توجه به پیش نیازها و پایش مستمر طرح می تواند نقش به سزایی در اجرای هر چه بهتر آن ایفا نماید.

مفهوم خاتمه خطمشی

چارچوب‌های کلاسیک، مراحل فرایند خطمشی‌گذاری را به عنوان یک سیستم چرخه‌ای از تنظیم برنامه، فرمولاسیون، مشروعیت، اجرا، ارزیابی و خاتمه دادن مشخص می‌کند (الیزابت، ۲۰۰۸). یکی از مشهورترین فرایندهای خطمشی توسط لستر و استوارت که متشکل از شش مرحله می‌باشد ارائه شده است.

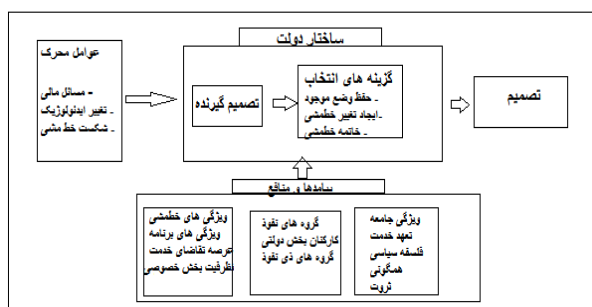


شکل ۱: چرخه خطمشی‌گذاری (دانایی فرد، ۱۳۹۵: ۲۶۷)

خاتمه خطمشی، از گام‌های فرایند خطمشی‌گذاری است که در مقایسه با سایر گام‌های این فرایند کمتر مورد توجه دانشمندان حوزه خطمشی‌گذاری قرار گرفته است. خاتمه خطمشی به عنوان نتیجه‌گیری تعمدی از پایان کارهای خاص دولتی، رها کردن سازمان، سیاست‌ها یا برنامه‌های ابتکاری، رها کردن یا لغو سیاست‌های پذیرفته شده توصیف می‌شود (راشل، ۲۰۱۶). دل‌تون پیشنهاد می‌کند که فعالیت‌های دولتی به چهار دسته تقسیم می‌شوند: عملکردها، سازمان‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌ها. عملکردها گسترده و کلی هستند و در یک انتهای طیف قرار دارد، در حالی که برنامه‌ها باریک‌ترین و خاص هستند و در انتهای دیگر طیف قرار دارند. خاتمه دادن می‌تواند در هر یک از این لایه‌ها اتفاق بیفتد (تورنهایت، ۲۰۰۹). پایان دادن به یک برنامه، سیاست یا سازمان ممکن است باعث شود مسئولیت‌ها تغییر داده شده یا مجدداً جایگزین شوند یا کاملاً حذف شوند. گرچه نظریه جامع خاتمه تا به حال توسعه نیافته است، ادبیات موجود، مجموعه‌های متعددی از عوامل را که به نظر می‌رسد مهم هستند شناسایی کرده است. این عوامل عبارتند از فشار گروه‌های وابسته، فشار مالی، برنامه‌های ناکارآمد و ایدئولوژی

	روسای مراکز بهداشت استان		
وثوق قدم	۱۳۹۴	وزارت بهداشت چگونه منافع عمومی را حفظ می‌کند؟	به دلیل تاثیر تولید بر سه کارکرد دیگر نظام سلامت، عدم توجه به آن دستیابی به اهداف سلامت را دشوار کرده و منابع محدود بخش سلامت را تلف خواهد کرد. به طور سنتی وزرای بهداشت ماموریت های حوزه تامین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات پیدا می کنند اما کمترین زمان انرژی برای بهبود نظام تولید صرف شده است. با کاربست نتایج، نظام تولیدی منطبق بر شواهد علمی پایه گذاری کنند.
ذهبیون	۱۳۸۹	سازمان یادگیرنده را همکاری برای ارتقای کیفی نظام سلامت	سازمان یادگیرنده به عنوان الگویی مناسب در عصر اطلاعات، نیازمند مطالعه و بررسی در نحوه بهره گیری از آن سیستم های بهداشتی است که غزم جدی پژوهشگران، مسؤولان و سیاست گذاران آموزش پزشکی را می طلبد.
شریعتی	۱۳۸۹	اصلاحات نظام سلامت چرا؟ چگونه؟	تغییرات دموگرافیک به همراه افزایش امید زندگی و طول عمر منجر به افزایش بروز و شیوع بیماریهای مزمن شده که در این شرایط نیاز به خدمات و مراقبتهای بهداشتی افزایش مییابد، از طرف دیگر با افزایش سواد، دانش و آگاهی مردم، توقعات و نیازهای بیان شده آنان افزایش یافته و این افزایش تقاضا در کنار بیماریهای نوپدید و بازپدید مصرف خدمات سلامتی به خصوص در زمینه داروها و فناوریهای جدید تشخیصی و درمانی گران قیمت را افزایش داده است.
دماری	۱۳۸۹	کجا و چگونه برای سلامت سیاست خردمندانه طراحی کنیم؟ ویژگی های سامانه سیاست-گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران	ویژگی های یک سامانه سیاست گذاری سلامت در هفت اصل جلب مشارکت ذینفعان، پاسخگویی اجتماعی، ضمانت اجرا، شایسته سالاری، جایگاه با ثبات، استناد به شواهد علمی، توانایی همکاری و هماهنگی جمع بندی شده است.

دولت می‌باشد. تغییر در ترجیحات شهروندان و یا سیاست‌یون در جهت کاهش اندازه دولت بر افزایش تلاش‌ها برای خاتمه خط‌مشی تأثیرگذار است (راشل، ۲۰۱۶).



شکل ۲: مدل تصمیم‌گیری خاتمه خط‌مشی (کی، ۲۰۰۷، ۳۳)

عوامل بستر تصمیم‌گیری

ساختار دولت: ساختار از سه طریق بر پیامدهای خط‌مشی تأثیر می‌گذارد: نخست، تصمیم‌گیرندگان در هنگام اخذ تصمیم از رویه‌های عملیاتی و قوانینی که از ساختار دولت مشتق می‌شود تأثیر می‌پذیرند. دوم، طراحی ساختار دولتی این امکان را برای مقامات دولتی فراهم می‌نماید تا از اختیارات مدیریتی و قدرت سیاسی در مورد خاتمه خط‌مشی استفاده نمایند. سوم، ساختار دولت نقش بالایی در شکل‌دهی هنجارهای رسمی و غیررسمی و ترجیحات ارزشی بازیگران دارد (هریس، ۱۹۹۷). **ویژگی‌های خط‌مشی:** ویژگی‌های مانند اندازه خط‌مشی، تقاضا برای خدمات حاصل از اجرا و ظرفیت بخش خصوصی، بر تصمیم‌گیری در باره خاتمه خط‌مشی تأثیرگذار است. **گروه‌های ذی‌نفوذ:** گروه‌ها از طریق اعمال نفوذ در سیستم‌های قانون‌گذاری، اجرایی و قضایی موجب مطرح شدن مسائل عمومی، بهبود راه‌حل‌ها و ارائه اطلاعات مهم و تخصصی برای قانون‌گذاران می‌شوند. در فرایند خاتمه خط‌مشی گروه‌های ذی‌نفوذ به عنوان یک ائتلاف حامی خاتمه یا ضدخاتمه فعالیت می‌نمایند. کارکنان بخش عمومی به علت تأثیرپذیری مستقیم از اثرات منفی و شخصی بر کارکنان درگیر در آن خط‌مشی یکی از قوی‌ترین گروه‌های ذی‌نفوذ محسوب می‌شوند (تورنهایت، ۲۰۰۹). **ویژگی‌های جامعه:** ویژگی‌های جامعه بر ترجیحات مقامات دولتی تأثیرگذار است. تعهد جامعه در برابر ارائه خدمت و فلسفه سیاسی نسبت به اندازه و نقش دولت به عنوان دو ویژگی

سیاسی که اغلب در تعیین تداوم یا خاتمه سیاست، موثر است (مارک، ۱۹۹۶). دلئون در سال ۱۹۷۸ شش مانع عمومی برای برنامه‌ریزی و اجرای خاتمه خط‌مشی را مشخص نمود که شامل بی میلی فکری، بقاء سازمانی، سیستم‌های پویا، ائتلاف‌های ضدخاتمه، موانع قانونی و هزینه‌های بالای راه‌اندازی می‌باشد. این متغیرها در همه تلاش‌های فرایند خاتمه خط‌مشی متداول هستند و تجزیه تحلیل آنها، الگوهای مهمی را در فرایند خاتمه خط‌مشی فراهم می‌نمایند (گرین و ود، ۱۹۹۷).

مدل کی

کی هدف از مطالعه خود درباره موضوع خاتمه خط‌مشی را ایجاد چارچوبی تحلیلی از فرایند خاتمه خط‌مشی به وسیله تجمیع کردن تئوری‌هایی از خاتمه خط‌مشی، تصمیم‌گیری و ادبیات تئوری سازمان می‌کند. در این مدل خاتمه خط‌مشی حاصل یک فرایند دو مرحله‌ای تصور شده است که با متمایز دانستن عوامل محرک شامل: مسائل مالی، نارسایی درک شده خط‌مشی، تغییر ایدئولوژیک و عوامل بستر تصمیم‌گیری شامل ساختار دولت، ویژگی‌های خط‌مشی، نفوذ گروه‌های ذی‌نفوذ و ویژگی‌های جامعه یک مدل دو مرحله‌ای را پیشنهاد کرده است (دانایی فرد، ۱۳۹۵).

عوامل محرک:

مسائل مالی: سازمان‌ها برای حفظ موجودیت و خط‌مشی‌های خود به منابع محیط وابستگی دارند. کاهش توانایی‌های محیط برای حمایت از سازمان‌ها می‌تواند به عنوان تهدیدی برای حفظ سازمان شناخته شود. مسائل عمومی به منابع مالی دولت متکی است و کاهش منابع دولتی، احتمال افزایش خاتمه خط‌مشی را به دنبال دارد (فرانتز، ۱۹۹۷). **شکست خط‌مشی:** پاسخگویی به نیازهای جامعه شاخص مناسبی برای موفقیت یا شکست یک خط‌مشی دولتی محسوب می‌گردد و عدم موفقیت برای این هدف، فشار برای ایجاد تغییر، اصلاح یا خاتمه خط‌مشی را به وجود می‌آورد (هریس، ۱۹۹۷). **تغییر ایدئولوژیک:** تغییرات ایدئولوژیک، فشارهای ذهنی و احساسی لازم را برای متقاعد کردن سیستم جهت شروع تغییرات فراهم می‌نماید. اکثر تغییرات ایدئولوژیک مرتبط با خاتمه خط‌مشی، مرتبط به نقش

مهم می‌تواند بر تصمیم خاتمه خطمشی تاثیرگذار باشد (الیزابت، ۲۰۰۸).

گونه شناسی خاتمه خطمشی

این گونه شناسی برای تبیین ریسک خاتمه خطمشی‌ها بکار برده می‌شود و دارای دو بعد می‌باشد. بعد اول به میزان درهم تنیدگی یک خطمشی با ایدئولوژی اصلی حزب حاکم بر می‌گردد. بعد دوم به جامعه‌هدف آن خطمشی مرتبط است.

جدول ۳: گونه شناسی خاتمه بخشی خطمشی (باور، ۲۰۰۹)

درهم تنیدگی ایدئولوژی حزبی		وزن جامعه هدف
حاشیه‌ای	اصلی	
خطمشی قابل مذاکره	خطمشی مقدس	زیاد
خطمشی قابل اغماض	خطمشی ارتدکسی	کم

احتمال خاتمه برای خطمشی‌های مقدس بسیار کم است. به علت میزان بالای درهم تنیدگی این نوع خطمشی با ایدئولوژی حزب حاکم و حمایت بالای جامعه هدف از آن، حتی با وجود شاخص‌های واضح و روشن از شکست خطمشی، ادامه خطمشی بسیار محتمل است. خطمشی‌های ارتدکسی میزان بالایی از درهم تنیدگی را با ایدئولوژی حزب حاکم دارد اما وزن جامعه هدف در آن کم می‌باشد. به علت وجود میزان درهم تنیدگی بالا احتمال خاتمه این نوع خطمشی کم می‌باشد. اگر خطمشی برای حزب حاکم در اولویت اصلی نبوده ولی وزن جامعه هدف بالا بوده باشد خاتمه دارای ریسک بالا می‌باشد که شرایط قابل مذاکره بودن برای خاتمه بخشی را محتمل می‌داند. خطمشی‌های قابل اغماض به دلیل وزن کم جامعه هدف و در حاشیه بودن خطمشی در ایدئولوژی حزب حاکم قابل چشم‌پوشی و اغماض می‌باشد. این حالت مساعدترین شرایط را برای خاتمه خطمشی ایجاد می‌نماید. این نوع خطمشی‌ها در حالت انزوای کامل قرار دارند و بیشترین احتمال را برای خاتمه بخشی دارا می‌باشند (باور، ۲۰۰۹).

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است. جهت انجام این پژوهش از رویکرد تحلیل کیفی و استراتژی تحلیل تم استفاده شده است. به منظور شناسایی بهتر عوامل موثر در تغییر خطمشی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اجرای

طرح تحول نظام سلامت، ضمن مرور مستندات قانونی مانند قانون برنامه پنج ساله، سند چشم انداز، نقشه تحول نظام سلامت و مستندات سازمانی همچون گزارشات، صورتجلسات و مقالات، با ۱۵ نفر از کارشناسان و خبرگان این حوزه مصاحبه های نیمه ساختاریافته انجام شده است. مصاحبه‌ها به روش تحلیل تم و طی مراحل شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، شناسایی تم‌ها، بررسی تم‌ها، الگوی بین تم‌ها و مفاهیم و در نهایت بررسی اعتبار، تجزیه و تحلیل شده است. مشارکت‌کنندگان در این مصاحبه‌ها با استفاده از استراتژی نمونه‌گیری کیفی (نمونه‌گیری گلوله برفی) انتخاب شده‌اند. سوال اصلی پژوهش: طرح تحول نظام سلامت پس از گذشت هفت سال از اجرای آن، نیازمند کدامیک از تصمیمات حفظ وضع موجود، اصلاح طرح و یا خاتمه طرح می‌باشد؟ برخی سوالات فرعی مطرح شده در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به شرح زیر است: وضعیت عوامل محرک تغییر در خطمشی طرح تحول نظام سلامت مانند مسائل مالی، تغییر ایدئولوژیک و شکست خطمشی پس از گذشت هفت سال از اجرا چگونه است؟ وضعیت عوامل بستر تصمیم‌گیری در خطمشی طرح تحول نظام سلامت مانند ساختار دولت، ویژگی‌های خطمشی، گروه‌های ذی‌نفوذ و ویژگی‌های جامعه چگونه است؟ با استفاده از روش تحلیل تم، به تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و اکتشاف مضمون‌های مرتبط با موضوع پژوهش جهت هم راستایی با مدل کی یه پرداخته شد. داده‌های جمع‌آوری شده، جزئیات و اطلاعات مطلوبی در زمینه رخدادهای موثر بر تغییر خطمشی ارائه داد. همچنین مصاحبه‌ها این امکان را فراهم کرد که داده‌های متنوع و متعددی در مورد فرآیند تغییر این خطمشی کسب شود تا بتوان این فرآیند را با مدل کی یه تبیین نمود. برای حصول اطمینان از روایی پژوهش یا به عبارتی دقیق بودن یافته‌ها از منظر پژوهشگر، مشارکت کنندگان یا خوانندگان گزارش پژوهش، اقدامات زیر انجام شد: الف) تطبیق توسط مشارکت کنندگان: مشارکت کنندگان، مرحله کدگذاری را بازبینی و نظر خود را در ارتباط با آن ابراز نمودند و دیدگاه‌های ایشان در مرحله کدگذاری اعمال شد. ب) بررسی همکار: ۳ تن از اساتید مدیریت به بررسی یافته‌ها و اظهار نظر درباره مرحله کدگذاری پرداختند. ج) مشارکتی بودن پژوهش: به طور

$$Pe = [(n1/n) * (m1/n)] + [(n0/n) * (m0/n)] \quad \text{رابطه ۲}$$

ضریب کاپا :

$$Kappa = (P0 - Pe) / 1 - Pe \quad \text{رابطه ۳}$$

ضریب کاپا بین صفر تا یک متغیر است و به صورت درصد بیان می‌شود. بر اساس منابع موجود دسته‌بندی قدرت ضریب کاپا به قرار جدول ۳ است.

جدول ۵: مراتب اعتمادپذیری مقادیر گوناگون ضریب کاپا در تعیین

میزان توافق بین کدگذاری‌ها منبع: حسنگلی پور (۱۳۹۶)

قدرت توافق	مقدار آماره کاپا
ضعیف	کمتر از صفر
کم	۰-۰/۲
پایین‌تر از متوسط	۰/۰-۲۱/۴
متوسط	۰/۰-۴۱/۶
خوب	۰/۰-۶۱/۸
عالی	۰/۱-۸۱

بر اساس مقادیر ارائه شده در جدول فوق، حداقل مقدار قابل قبول ضریب کاپا، بیش از ۰/۶ است و مقدار بالاتر از ۰/۸ در توافق دو ارزشیاب، ایده‌آل محسوب می‌شود (حسنگلی پور، ۱۳۹۶: ۵۰۴). که در این پژوهش مقدار ضریب کاپا، ۰/۷۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش بر اساس گام‌های روش تحلیل تم، برای تحلیل داده‌ها، متن مصاحبه‌ها چندین نوبت به دقت مورد مطالعه قرار گرفت و سپس کد گذاری شد. پس از این که تمامی داده‌ها کدگذاری شدند تم‌ها شکل گرفت و پس از بازبینی و تعریف آن‌ها نتایج به صورت تم‌های اصلی و فرعی آشکار شد. با این روش تعداد ۱۱۵ مفهوم به عنوان کدهای اولیه مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رویکرد استقرایی مفاهیم شناسایی شده در چند مرحله تجمیع و سرانجام تعداد ۲۵ مفهوم به عنوان تم‌های فرعی، در قالب ۷ مفهوم به عنوان تم‌های اصلی دسته‌بندی شدند. با توجه به استفاده از مدل کی یه سعی گردید عناوین انتخاب شده برای تم‌های اصلی با مضامین به کار برده شده در مدل کی یه قرابت معنایی داشته باشد. بنابراین مفاهیم

همزمان از مشارکت کنندگان در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد (دانایی فرد، ۱۳۹۴). همچنین برای حصول اطمینان از پایایی پژوهش نیز از دو روش زیر استفاده گردید: الف) یادداشت برداری مفصل و دقیق ب) کدگذاری ناشناس به کمک کدگذاری که جزء تیم پژوهش نیست. یکی از بهترین روش‌ها برای سنجش اعتبار، کسب نظر خبرگان است، اگر سؤالاتی که موضوع پژوهش را هدف قرار داده‌اند به تأیید خبرگان برسند، اعتبار پژوهش نیز تأیید می‌شود که در این پژوهش حاصل شد. برای سنجش اطمینان‌پذیری نیز روش‌های متفاوتی معرفی شده است که از آن جمله می‌توان توافق درصدی، روش هولستی، آلفای کریپندورف، کاپای کوهن و پای اسکات را نام برد. در این روش‌ها، می‌توان کدگذاری‌ها را به دو صورت تکرار کرد یا کدگذاری توسط خود پژوهشگر و با فاصله زمانی معنادار یا درخواست از فرد دیگری که متخصص این کار است و پس از آن، مقایسه نتایج این دو کدگذاری. در این پژوهش برای تعیین اطمینان‌پذیری کدگذاری‌ها، از ضریب درون موضوعی کاپا ۱ استفاده شد. از طریق این ضریب، می‌توان میزان توافق دو اندازه‌گیری (توسط دو نفر یا دو ابزار یا در دو مقطع زمانی) را ارزیابی کرد. برای محاسبه اطمینان‌پذیری کدگذاری‌ها در این روش، بعد از گذشت مدتی، به کدگذاری مجدد تعدادی از مصاحبه‌ها پرداخته شد. آماره کاپا به شرح زیر است:

جدول ۴: جدول توافقی در محاسبه ضریب کاپا کدگذاری نخست

	بلی	خیر	جمع
بلی	a	b	M1
خیر	c	d	M0
جمع	N0	N1	N

پارامترهای a و d نشان دهنده توافق دو کدگذاری و پارامترهای c و b نشان دهنده عدم توافق دو کدگذاری‌اند. درصد توافق مشاهده شده:

$$P0 = a + b \quad \text{رابطه ۱}$$

درصد توافق مورد انتظار:

Interclass correlation Kappa.¹

فازهای برنامه‌ریزی شده در طرح تحول، می‌توان کاهش هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران بستری و تحت پوشش قرارگرفتن بیش از ده میلیون نفر از افراد فاقد پوشش بیمه‌ای و بازسازی و نوسازی فضای فیزیکی را به عنوان عملکرد مطلوب خط‌مشی در نظر گرفت. اما عدم تحقق اهداف از پیش تعیین شده پس از گذشت ۵ سال در سایر بسته‌ها و فازها و ابراز نگرانی در خصوص پیشگیری اجباری از سزارین، عدم رعایت عدالت در پرداختی‌های کارکنان، عدم تحقق پایگاههای اورژانس هوایی، عدم موفقیت در نگهداری پزشکان متخصص در مناطق محروم، ناتوانی در ارتقا کیفیت ویزیت‌ها و همچنین بهبود ناکافی هتلینگ و ادامه داشتن سرگردانی همراهان جهت تامین برخی تجهیزات و کمبودهای دارویی موجب پاسخگویی ناکافی به انتظارات جامعه شده است. همچنین عدم لحاظ نمودن برخی از مصوبات قانونی مانند پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و پزشک خانواده در این طرح انتقادات فراوانی را موجب گردید.

عوامل بستر تصمیم‌گیری

ساختار دولت: ساختار دولت‌ها از سه طریق: رویه‌های عملیاتی و قوانین، اختیارات مدیریتی و قدرت سیاسی و همچنین هنجارهای رسمی و غیررسمی و ترجیحات ارزشی، رفتار بازیگران را شکل می‌دهد. طرح تحول نظام سلامت با توجه به نگرش متولیان وزارت بهداشت در خصوص تاکید بر مقدم بدون درمان بر پیشگیری در شرایط آن روز کشور و بدون ارائه به مجلس شورای اسلامی و پس از کارشناسی بدنه وزارت بهداشت، بر اساس رویه‌ها و قوانین داخلی ابلاغ و اجرایی گردید. و با استفاده از ساختار و تشکیلات قبلی و تاسیس دبیرخانه طرح تحول نظام سلامت و همچنین بهره‌برداری از سامانه رسیدگی به شکایات مردمی ۱۹۰ و ساماندهی شرکت‌های فعال در حوزه تجهیزات پزشکی از طریق سامانه‌ای ویژه به این طرح رویکردی اجرایی بخشید. ویژگی‌های خط‌مشی: ویژگی‌هایی مانند اندازه خط‌مشی، تقاضا برای خدمات حاصل و ظرفیت بخش خصوصی برای جایگزینی خط‌مشی، بر تصمیم به تغییر خط‌مشی، تاثیرگذار می‌باشند. طرح تحول با یک جامعه هدف گسترده و تاثیرگذاری بر تمامی جمعیت کشور اجرا

نظری مدل کی‌یه، شاخصه‌های اصلی برای تحلیل داده‌ها بود و نقش راهنمایی‌کننده مسیر کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها را بر عهده داشته است.

عوامل محرک

مسائل مالی: تامین مالی مطمئن و برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان پیش‌توانه اصلی اجرا و بقای یک خط‌مشی محسوب شود. جهت اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز تامین منابع مالی پایدار یکی از دغدغه‌های اصلی طراحان این طرح بوده است. بنابراین تلاش گردید با تجمیع ردیف‌های مرتبط با سلامت در این مسیر حرکت شود. در اولین اقدام با استفاده از قانون هدفمندی یارانه‌ها و اختصاص ده درصد درآمدهای حاصل از هدفمندی یارانه‌ها که در دی ماه ۱۳۸۷ تصویب شده بود گام اول برداشته شد. اختصاص یک درصد درآمد حاصل از مالیات بر ارزش افزوده و همچنین اختصاص بخشی از عوارض حاصل از واردات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت کشور علاوه بر درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اختصاص بودجه‌های سالیانه موجب تامین مالی طرح گردید. اما با توجه به گسترش روز افزون ابعاد و عمق طرح تحول سلامت، افزایش بدهکاری بیمه‌ها، تاخیر در پرداخت مطالبات شرکتها، پیمانکاران و کارکنان و همچنین خروج آمریکا از معاهده برجام و آغاز دور جدید تحریم‌ها و افزایش قیمت کالاها، تجهیزات و دارو موجب نگرانی جدی برای ادامه طرح تحول سلامت شد. **تغییر ایدئولوژیک**: ایدئولوژی سیاسی یکی از مهمترین عوامل موثر در تصمیم‌گیری خط‌مشی می‌باشد. طرح تحول نظام سلامت ایران جزء یکی از وعده‌های انتخاباتی ریاست محترم جمهور در دوره یازدهم بوده و پس از انتخاب ایشان به عنوان یکی از شعارهای انتخاباتی مورد پیگیری دولت قرار گرفت. با توجه به اهمیت طرح تحول سلامت برای کابینه یازدهم و دوازدهم به عنوان دستاورد بزرگ دولت با وجود تمامی مسائل و مشکلاتی که توسط مخالفین در اجرای طرح مطرح گردیده بود به نظر می‌رسد دولت همچنان تمایل به ادامه طرح تحول سلامت را داشته باشد. **شکست خط‌مشی**: عملکرد مطلوب خط‌مشی موجب پاسخگویی به انتظارات جامعه و در نتیجه ادامه خط‌مشی خواهد شد. با توجه به تعداد بسته‌ها و

تاثیر قرار می‌دهد (دانایی فرد، ۱۳۹۵). تامین سلامت آحاد ملت یکی از مهمترین دغدغه‌های مسئولین و تقاضاهای جامعه است به طوری که علاوه بر قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در برنامه‌های پنج ساله توسعه و چشم انداز بیست ساله و سیاست‌های کلی سلامت تصریح شده، طرح تحول نظام سلامت با اختصاص درصد بالایی از میزان بودجه عمومی دولت و ردیف‌های اختصاص یافته برای اجرای آن، شاخص مناسبی برای سنجش تعهد و الزام جامعه نسبت به حوزه سلامت می‌باشد. با توجه به اینکه فلسفه سیاسی نظام حکومتی ایران بر پایه خدمتگزاری به مردم طراحی شده است و این نقش در قانون اساسی به وضوح مشخص گردیده، دولت خود را مکلف به تامین سلامتی آحاد جامعه می‌داند.

بحث و نتیجه‌گیری:

در این پژوهش با استفاده از مدل خاتمه خطمشی کی‌یه و بررسی عوامل موثر در آینده پژوهی تصمیم به تغییر خطمشی، مشخص گردید که طرح تحول نظام سلامت، برای ادامه راه نیازمند اصلاح خطمشی موجود می‌باشد. طرح تحول نظام سلامت به دلیل اینکه یکی از شعارهای اصلی رییس جمهور محترم دوره‌های یازدهم و دوازدهم بوده و بر تعداد زیادی از جمعیت کشور به طور مستقیم و غیر مستقیم تاثیرگذار بوده است باعث افزایش وزن جامعه هدف خطمشی شده و به صورت یک خطمشی مقدس و منزه در جامعه مطرح می‌باشد. بیانات مقام معظم رهبری در خصوص اینکه بیمار به غیر از درد و رنج بیماری نبایستی نگرانی دیگری داشته باشد به همراه حمایت‌های قانونی و برنامه‌ای، موجب ادامه این طرح حداقل تا پایان دوره ریاست جمهوری دوازدهم خواهد شد. اما به نظر می‌رسد که در صورت پیروزی جناح سیاسی رقیب در انتخابات سیزدهم ریاست جمهوری و تغییر ایدئولوژی دولت، به جای اصلاح خطمشی، از شیوه ابداع خطمشی یا جانشینی خطمشی استفاده خواهند نمود. مقیم (۱۳۹۵) در مطالعه فرصت‌ها و چالش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اجرای اصلاحات در نظام سلامت در هر یک از ابعاد فرصت‌ها و چالش‌ها، به مقوله‌هایی مانند عوامل ایجادکننده ضعف در ساختار سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت، عوامل

گردید. این گستردگی و پوشش تمام جمعیت ایران یکی از دلایل منتقدین به ادامه طرح بوده است. زیرا معتقد بودند که در این طرح، افراد غنی و فقیر به طور یکسان از مزایای طرح استفاده نموده‌اند. سطح گستردگی و جمعیت بهره‌مند از این طرح موجب افزایش بیش از انتظار تقاضا برای خدمات حاصل گردید که این موضوع نیز یکی از دلایل انتقادات می‌باشد. زیرا برخی افراد اقدام به پیگیری مشکلات و بیماری‌هایی نمودند که سال‌ها به دلایل مختلفی مانند هزینه بالای درمان به دست فراموشی سپرده شده بود. همچنین ساختار درمانی کشور به گونه‌ای طراحی شده است که علاوه بر مراکز درمانی و آموزشی- درمانی تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز درمانی تحت مالکیت بخش خصوصی، سازمان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، بانک‌ها و وزارت نفت مشغول ارائه خدمت می‌باشند اما در اجرای این طرح برای مشارکت و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه این مراکز برای کاهش بار اضافی تحمیلی به بیمارستان‌های دولتی، برنامه‌ریزی نشده است. گروه‌های ذی‌نفع نفوذ: خرده سیستم سلامت کشور علاوه بر گروه‌های ذی‌نفع داخلی مانند پزشکان، اعضای هیئت علمی، کارکنان گروه‌های شغلی متنوع تحت تاثیر گروه‌های ذی‌نفع مانند کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی، نظام پزشکی، نظام پرستاری، انجمن‌های دانشجویی، شرکت‌های پیمانکاری و... می‌باشد که به دنبال تاثیرگذاری بر خطمشی‌ها می‌باشند و تغییر در خطمشی‌ها می‌بایست با لحاظ کردن منافع عمومی و رعایت ملاحظات گروه‌های ذی‌نفع تنظیم، اجرا، ارزیابی و خاتمه یابد. در ابتدای اجرای طرح تحول یکی از مهمترین گروه‌های داخلی منتقد، کادر پرستاری و نظام صنفی پرستاران بوده است که نسبت به عدالت توزیعی در پرداخت‌ها به شدت اعتراض نمودند. همچنین اختلاف در بین گروه‌های تخصصی پزشکی به دلیل تفاوت در افزایش تعرفه‌ها نیز در ادامه اجرای طرح آشکار گردید. همچنین تعدادی از مدیران ارشد و وزرا سابق وزارت بهداشت و گروه‌های سیاسی مخالف نیز جزء منتقدین طرح بوده‌اند. ویژگی‌های جامعه: ویژگی جامعه بر ترجیحات مقامات دولتی تاثیرگذار است و مشوق‌هایی برای نوع خاصی از رفتار را مهیا می‌کند و در نتیجه پیامدهای خطمشی را تحت

دستورالعمل‌های برخی بسته‌های طرح تحول مانند ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، ارتقاء کیفیت ویزیت‌ها، حضور پزشکان متخصص مقیم در مراکز دولتی، ترویج آموزش و فرهنگ‌سازی زایمان فیزیولوژیک و بی درد و اعمال تغییرات در تعرفه‌های جراحی سزارین و زایمان طبیعی به اصلاح و ادامه طرح تحول نظام سلامت کمک شایانی نمایند.

منابع

اولیایی منش، علی و همکاران (۱۳۹۵). اجرای طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر محور حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: نتایج و چالش‌ها. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره نوزدهم، شماره چهارم، پیاپی ۷۵.

باستانی، پیوند؛ رضایی، زهره؛ کاووسی، زهرا و احمدزاده، مهدیه السادات (۱۳۹۵). مقایسه میزان و علل لغو اعمال جراحی در بزرگترین مرکز آموزشی درمانی جنوب کشور قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت. مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۴، شماره ۲، ۷۷-۸۸.

پورشیروانی، نصراله (۱۳۹۴). اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. مقالات همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، ۱۰.

جهانی، محمد علی؛ دادگر، رضا و محمودی، قهرمان (۱۳۹۶). بررسی تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی مراکز بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان. فصلنامه یافته، دوره نوزدهم، شماره ۲.

حسینلی‌پور، حکیمه؛ امیری، مجتبی؛ پورعزت، علی اصغر (۱۳۹۶). توسعه مدل ارزشیابی خط‌مشی نگهداشت اثربخش اعضای هیئت علمی در آموزش عالی. مدیریت دولتی، دوره ۹، شماره ۳، ۴۸۹-۵۱۶.

حق‌شناس، محمدجواد (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای اهداف، برنامه‌ها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ترکیه و ایالات متحده. مجله دانش ارزیابی، سال ۹، شماره ۳۱، صص ۷-۳۷.

دانایی فرد، حسن و همکاران (۱۳۹۴). فهم خاتمه خط‌مشی‌های عمومی در ایران: پژوهشی بر مبنای نظریه‌پردازی داده بنیاد. اندیشه مدیریت راهبردی، سال نهم، شماره اول، پیاپی ۱۷.

ایجادکننده اثربخشی و کارایی پایین نظام سلامت، اعتماد مردم به طرح تحول سلامت، اراده سیاسی مسئولین اجرایی، کنترل هزینه‌های کمرشکن سلامت با کاهش پرداختی مردم، اجرای گام به گام و وجود فرصت‌های لازم جهت شناسایی مشکلات احتمالی در حوزه اجرا و اصلاح، اهداف مناسب طرح و متناسب با مشکلات سلامت مردم در کشور اشاره نموده است که با نتایج حاصل از این پژوهش در زمینه عوامل مرتبط با بسترهای تصمیم‌گیری خاتمه خط‌مشی یعنی ساختار دولت، ویژگی‌های خط‌مشی، گروه‌های ذی‌نفوذ و ویژگی‌های جامعه منطبق می‌باشد. همچنین طیبی (۱۳۹۶) در تعیین اولویت‌های مداخله دولت در نظام سلامت ایران بر اساس نظرسنجی از خبرگان به این نتیجه دست یافت که بر اساس نظر خبرگان، هزینه‌های دولت در نظام سلامت به ترتیب شامل هزینه‌های بهداشتی با رویکرد پیشگیری، هزینه‌های تحقیق و توسعه، هزینه مراقبت‌های سرپایی و آموزش پزشکی، خدمات درمانی، خدمات پرستاری بلند مدت و احداث تاسیسات می‌باشد که با نتایج حاصل از این پژوهش در زمینه عوامل محرک خاتمه خط‌مشی یعنی مسایل مالی همخوانی دارد. مودب (۱۳۹۶) در مطالعه طرح تحول نظام سلامت؛ نگاهی نو به ارایه خدمات سلامت: چالش‌های فراروی آن عنوان نمود بی‌تردید توجه به پیش نیازها و پایش مستمر طرح می‌تواند نقش به‌سزایی در اجرای هر چه بهتر آن ایفا نماید که با عوامل محرک خاتمه خط‌مشی و توجه به پیش‌نیازها در طراحی خط‌مشی‌های سلامت به دست آمده از این پژوهش منطبق و هماهنگ است. با وجود مشکلات فراوان در مسیر اجرای طرح و عدم تامین منابع مالی پایدار و مشکلات حاصل از تحریم کشور، نیاز به اصلاح خط‌مشی در زمان کنونی در برخی موارد مشخص و واضح است. برخی از این موارد شامل اجرای پرونده الکترونیک، نظام ارجاع و پزشک خانواده، تدوین گایدلاین‌های پزشکی، توجه به حوزه پیشگیری و بهداشت روان، تمرکز بر انضباط مالی، تغییر نگرش در کنترل، نظارت و برخورد بر عملکرد کارکنان و پزشکان متخلف، جلب رضایت سایر گروه‌های درمانی از طریق عدالت در پرداخت‌ها، همراه کردن سایر مراکز درمانی غیردولتی و وابسته جهت کمک به کاهش بار مراجعین می‌باشد. همچنین از طریق بازنگری در آیین‌نامه‌ها و

شیردل، رامین (۱۳۹۵). آسیب شناسی اجرای طرح تحول سلامت در ایران برای سالها ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴. تهران، سازمان بازرسی کل کشور، مرکز مطالعات و پژوهش های سلامت اداری و مبارزه با فساد

شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی. گزارش آبان ۱۳۸۸، ویرایش هشتم، صص ۱۹۲-۱۹۴

شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۹). تدوین نقشه نظام سلامت: کلان فرآیندهای تدوین نقشه. گزارش ۱۳۸۹

شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تحلیل چالشها و روندهای موثر بر نظام سلامت، گزارش ۱۳۹۰

صفری شالی، رضا (۱۳۹۵). گفتمان عدالت دولت ها پس از انقلاب در حوزه سلامت. فصلنامه مطالعات راهبردی، شماره ۷۴، ۱۱۴-۸۹

طریقت منفرد، محمد حسین و اخوان بهبانی، علی (۱۳۸۷). اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی). تهران. دفتر مطالعات مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی.

طیبه، منیژه و داودی، آزاده (۱۳۹۶). تعیین اولویت مداخله دولت در نظام سلامت ایران بر اساس نظرسنجی از خبرگان. فصلنامه سیاست های مالی و اقتصادی، دوره ۵، شماره ۱۹

علی محمدزاده، خلیل؛ فریدفر، نیلوفر و سیدین، حسام (۱۳۹۴). تأثیر اجرای طرح تحول سلامت بر شاخصهای کلینیکی، پاراکلینیکی، جراحی و همچنین سطح رضایتمندی بیماران در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی حضرت رسول اکرم (ص) در سالهای ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳. مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۲، شماره ۱۴۰

فردوسی، مسعود؛ ریسی، احمد رضا؛ گنجی، حمید؛ وصال، سحر؛ جان نثاری، امیر و یزدی، حمزه (۱۳۹۵). مطالعه شاخص ویزیت- ساعت پس از اجرای بسته ارتقاء کیفیت ویزیت طرح تحول نظام سلامت در یک بیمارستان تخصصی: مورد کاوی مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) اصفهان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۳(۴): ۲۹۲-۲۹۶

دانایی فرد، حسن (۱۳۹۵). گفتارهای جدید در خطمشی گذاری عمومی. تهران. دانشگاه امام صادق. چاپ اول

دماری، بهزاد و همکاران (۱۳۸۹). کجا و چگونه برای سلامت، سیاست خردمندانه طراحی کنیم؟ ویژگی های سامانه سیاست گذاری سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، دوره سیزدهم، شماره چهارم، صص ۲۱۰-۲۱۸

دماری، بهزاد (۱۳۹۴). چالش ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور، از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و روسای مراکز بهداشت استان ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۳، شماره ۱

دماری، بهزاد و همکاران. مرور مدیریت منابع انسانی سلامت و پیشنهاد مداخلات، پروژه مطالعه و تحلیل وضعیت نظام سلامت، دبیرخانه شورای سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت.

دهقان، علی؛ میرجلیلی، محمدرضا و زارع مهرجردی، محمدحسین (۱۳۹۵). بررسی عملکرد طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه مدیران اجرایی بیمارستانهای دانشگاهی استان یزد در سال ۱۳۹۴. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، ۱(۱)

ذهبیون، شهلا و یوسفی، علی رضا (۱۳۸۹). سازمان یادگیرنده راهکاری برای ارتقاء کیفی نظام سلامت. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۰، شماره ۵

رشیدیان، آرش؛ دشمن گیر، لیلا و اکبری ساری، علی (۱۳۹۰). کلاف سر گم در تعرفه های خدمات بالینی: چالش ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه گذاری در نظام سلامت ایران.

فصلنامه بیمارستان، سال دهم، شماره ۴، مسلسل ۳۹ شادپور، کامل (۱۳۸۵). اصلاح نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۰(۳)

شاه وردی، رضا؛ عموزاده، اباذر و رضایی بالف، فرزاد (۱۳۹۶). مقایسه کارایی نسبی بیمارستانهای وابسته به علوم پزشکی

بابل و مازندران قبل و بعد از طرح تحول سلامت با تکنیک تحلیل پوششی داده ها. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۲۰(۱)

شریعتی، محمد (۱۳۸۹). اصلاح نظام سلامت چرا؟ و چگونه؟. شانزدهمین کنگره اپیدمیولوژی ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود، ۲۱-۲۲

- Frantz J E. The high cost of policy termination, *International Journal of Public Administration* 1997, 20:12, 2097-2119, DOI: 10.1080/01900699708525288.
- Fuchs V. R. Ezekiel J. E. (2005), Health Care Reform: Why? What? When? *Health Affairs*, 24, no.6:1399-1414. doi: 10.1377/hlthaff.24.6.1399.
- Gomes D. B.P. (2017), Health care reform or more affordable health care?. *Journal of Economic Dynamics & Control* 79 126–153.
- Greenwood J. The succession of policy termination, *International Journal of Public Administration* 1997, 20:12, 2121-2150, DOI:10.1080/01900699708525289.
- Health service planning and policy-making. A toolkit for nurses and midwives.who regional office for the western pacific 2005. ISBN 9290611863
- Ke, Ye (2007), Policy Termination: A Conceptual Framework and Application to the Local Public Hospital Context, California: A Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School University of Southern California
- Kuziemy C. (2016), Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare Management Forum*, Vol. 29(1) 4-7.
- Koorneef E. J. (2012), Health system reform in the Emirate of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Health Policy*. 108 115–121
- Michael Harris (1997) Policy termination: uncovering the ideological dimension, *International Journal of Public Administration*, 20:12, 2151-2175, DOI:10.1080/01900699708525290.
- Mark R. D. Implementing Policy Termination-Health Care Reform in Tennessee. *Policy Studies Review*, 1995/1996,14:3/4.353-374.
- Rachel M. K, Hongtao Yi, and Richard C. f. Applying Policy Termination Theory to the Abandonment of Climate Protection Initiatives by U.S. Local Governments. *The Policy Studies Journal* 2016; 44(2):176-195
- Remler D. K. (2016), Including health insurance in poverty measurement: The impact of Massachusetts health reform on poverty. *Journal of Health Economics* 50, 27–35.
- RUTTEN A. (2010), Policy development and implementation in health promotion—from theory to practice. *Health Promotion International* Vol. 26 No. 3 doi:10.1093/heapro/daq080
- Turnhout E. The rise and fall of a policy: policy succession and the attempted termination of ecological corridors policy in the Netherlands. *Policy Sci* (2009) 42:57–72. DOI 10.1007/s11077-009-9076-4.
- مقیم، نوید و همکاران (۱۳۹۵). فرصت‌ها و چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای اصلاحات در نظام سلامت. *مجله پژوهش سلامت*، دوره ۱ شماره ۳
- مودب، فاطمه و همکاران (۱۳۹۶). طرح تحول نظام سلامت: نگاهی نو به ارائه خدمات سلامت: چالش‌های فرا روی آن، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*. دوره ۲۰، شماره اول، پیاپی ۷۶، صص ۱-۸
- موسسه ملی تحقیقات سلامت، اهداف و اجزاء طرح تحول سلامت (۱۳۹۶)، <http://nihr.tums.ac.ir>
- مرادی، قباد؛ پیروزی، بختیار و محمدی بلبان آباد، امجد (۱۳۹۴). ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت: مطالعه موردی شهر سنندج ۱۳۹۳-۱۳۹۴، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*. دوره ۱۱، شماره ۴
- محمدزینی، اسمعیل؛ امامقلی پور، سارا؛ جعفری پویان، ابراهیم؛ محمدشاهی، ماریتا (۱۳۹۶). تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران ایران: تحلیل سری زمانی منقطع. *مجله طب اورژانس ایران*، دوره ۵، پیوسته ۹
- محمدی، آذر؛ شیانی، ملیحه و رشیدیان، آرش (۱۳۹۵). جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال شانزدهم، شماره ۶۲
- نصرالله‌پور شیروانی، سید داوود؛ موعودی، سیمین (۱۳۹۲). سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران. *بابل*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
- وثوق مقدم، عباس؛ دماری، بهزاد و دلاوری، علیرضا (۱۳۹۴). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چگونه منافع عمومی را حفظ می‌کند: تحلیل کارکرد و تولید و راه آینده. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، دوره ۱۸، شماره ۲ پیاپی ۶۹
- Bauer M. W. (2009). Policy termination approach: Critique and conceptual perspectives. A working paper available at: <https://www.sowi.hu-berlin.de>.
- Elizabeth A. Graddy and Ke Ye. When Do We “Just Say No”? Policy Termination Decisions in Local Hospital Services. *The Policy Studies Journal* 2008; 36(2):219-242.