مروری بر دستاوردها و چالش های طرح تحول نظام سلامت ایران

محمد پیکان پور[1]، سجاد اسماعیلی[1]، نازیلا یوسفی[1]، احمد آریایی نژاد[2]، حمیدرضا راسخ[1*]

۱. دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مدیر دفتر جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۷ صص ۴۹۴-۴۸۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۶/۱۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ شهریور ۹۷]

چکیده

مقدمه: نظامهای سلامت پیوسته تلاش میکنند تا با لحاظ منابع محدود، شاخصهای دسترسی و عدالت، کیفیت و کارایی را بهبود دهند. طرح تحول نظام سلامت ایران با همین رویکرد در۱۳۹۳ آغاز شد. این مطالعه به دنبال آن بود که باگذشت چهار سال از اجرای طرح، بازبینی جامعی بر دستاوردها و پیامدهای آن ارائه نماید.

مواد و روش کار: برای ارزیابی طرح، نخست باخبرگان حوزه سلامت مصاحبه صورت گرفته و خروجیها با روش "تحلیل مضمون" بررسی گردیدند. سپس گزارشهای مستند سازمانهای رسمی "تحلیل محتوا" شده و در نهایت مجموع نتایج با"سه‌سویه سازی" تجمیع و تحلیل شدند.

یافته ها: آثار مثبت طرح، درقالب کاهش پرداختهای مردمی در بخش بستری دولتی، کاهش تعداد افراد فاقد بیمه، حفاظت از بیماران آسیب پذیر، توسعه زایمان طبیعی، ارتقای داراییهای مشهود حوزه سلامت و بهبود دسترسی به خدمات تخصصی؛ و آثار منفی طرح درقالب افزایش تقاضای القایی، افزایش کل هزینه های درمانی، افزایش بار مراجعات مراکز دولتی، افزایش سهم هزینه های سلامت از سبد هزینه خانوار، افزایش نارضایتی کادرهای درمانی به دنبال بی عدالتی در پرداختها و افزایش اختلالات در زنجیره تامین دارو تحلیل شدند. به علاوه عدم انجام مطالعات امکان سنجی، عدم وجود منابع پایدار برای ادامه طرح، مغایرت با سیاستهای بالادستی، تضادمنافع در سیاستگذاری، اولویت درمان بر پیشگیری، مدیریت ناکارآمد منابع انسانی و پایین بودن اثربخشی سیاستها بعنوان چالشهای اصلی طرح شناسایی شدند.

بحث و نتیجه گیری: به رغم دستاوردهای طرح، عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی مانع تحقق اهداف نهایی طرح شده و باگذشت زمان برخی از آثار مثبت آن که باصرف منابع زیادی به دست آمده بودند، روند معکوس به خود گرفته که نیاز به بازبینی دارند.

کلیدواژه: طرح تحول نظام سلامت، دستاوردها، چالش ها

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع خیابان ولی عصر و بزرگراه نیایش، دانشکده داروسازی شهید بهشتی، طبقه سوم، گروه اقتصاد و مدیریت دارو
E-mail: Hrasekh@gamil.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

مقدمه

از آنجا که اهداف اصلی تمام نظام های سلامت، ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تامین منابع و رضایت بیماران است. این نظام ها همواره تلاش می نمایند تا با افزایش اهداف میانی مانند افزایش دسترسی و ارتقای کیفیت و کارایی، شاخص های مربوط به اهداف عالی خود را بهبود دهند. انتظار می رود نتیجه این تلاش ها در نهایت، ارتقای سلامت جامعه، تامین و توزیع عادلانه منابع و کسب رضایت بیماران از طریق پاسخگویی مناسب به نیازهای پزشکی و غیر پزشکی آنها باشد[۱]. نظام های سلامت در سراسر جهان تحت تاثیر چهار نیروی محرک، دائما در پی اصلاح خود هستند. این محرک ها که قدرت آنها به طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، شامل هزینه های فزاینده در مراقبت های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت ها برای پرداخت هزینه های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است[۱]؛ لذا اصلاحات نظام سلامت در دهه های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت های اقتصادی اجتماعی مختلف به منظور سازماندهی و تامین مالی نظام سلامت در کنار ارتقای اثربخشی، کارایی و عدالت اجرا گردیده است[۲].

در ایران نیز پیش از آغاز طرح تحول نظام سلامت، اشکالات قابل ملاحظه ای در حوزه بهداشت و درمان کشور دیده می شد. طبق داده های مرکز آمار ایران، سهم مردم در پرداخت هزینه های مرتبط با خدمات نظام سلامت (Out of packet) در سال ۱۳۸۹ معادل ۵۸/۲ درصد بود که پس از تزریق ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال مازاد اعتبارات باقیمانده از هدفمندی یارانه ها به بخش سلامت این شاخص به ۵۰/۵ درصد در سال ۱۳۹۲ رسیده بود[۳]. این در حالی بود که متوسط این شاخص در این بازه زمانی در جهان ۱۷/۹ درصد، در خاورمیانه و شمال آفریقا ۴۶/۶ درصد و در کشورهای منطقه چشم انداز ۳۶/۰ درصد گزارش می شد. بعلاوه در بخش قابل توجهی از مراکز بیمارستانی، همراهان بیماران برای خرید برخی از اقلام دارویی یا لوازم پزشکی مورد نیاز و انجام بسیاری از آزمایشات به خارج از بیمارستان هدایت می شدند که این خود علاوه بر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران می شد. از طرفی از نظر پزشکان مقدار تعرفه های خدمات پایین بود و این امر توجیهی برای اخذ وجوه غیر رسمی (زیرمیزی) از مردم از سوی برخی پزشکان گردیده بود. در نهایت، در رتبه بندی سازمان سلامت جهان، ایران از نظر شاخص درصد پرداخت از جیب مردم از کل هزینه های نظام سلامت در بین ۱۹۱ کشور در رتبه ۸۶ قرار گرفته بود[۴].

با این توضیحات، طرح تحول نظام سلامت از اردیبهشت ۱۳۹۳ با دو هدف اصلی افزایش دسترسی و افزایش عدالت در ارائه کالاها و خدمات سلامت، آغاز و دستورالعمل آن به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد. با اجرای این طرح، علاوه بر محافظت مالی از مردم در برابر هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بخش های بستری بیمارستان های دولتی مد نظر قرار گرفت[۵] و منابع آن با تصویب بودجه ۶۸۰۰۰ میلیارد ریالی از محل درآمد هدفمندی یارانه ها (۵۷۵۲۰ میلیارد ریالی محقق شده)، ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات پزشک خانواده (۱۵۸۲۰ میلیارد ریال محقق شده)، ۵۹۴۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات کمک به اجرای سیاست های جمعیتی (۲۵۰۰ میلیارد ریال محقق شده) و ۲۸۰۰۰ میلیارد ریال از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده (۲۳۸۷۰ میلیارد ریال محقق شده) با مجموعا ۱۲۱۹۴۰ میلیارد ریال افزایش بودجه نسبت به سال ۱۳۹۲ (۹۹۷۱۰ میلیارد ریال محقق شده) تامین گردید[۶].

اهداف این طرح به ترتیب در چهار گام "بهبود دسترسی، استطاعت پذیری و کیفیت درمان"، "توسعه خود مراقبتی"، "واقعی سازی تعرفه ها" و "تحول در آموزش پزشکی" پیگیری گردید. در گام اول با تمرکز بر بخش درمان، کاهش میزان پرداخت بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت؛ کامل نمودن پوشش بیمه در جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت؛ حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم؛ حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت؛ ارتقای کیفیت معاینات پزشکی در بیمارستان های دولتی؛ ارتقا کیفیت هتلینگ در بیمارستان های دولتی؛ حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج، خاص و نیازمند؛ ترویج زایمان طبیعی و گسترش پوشش خدمات هوایی اورژانس کشور در دست اجرا قرار گرفت. هدف از اجرای گام دوم طرح تحول نظام سلامت که با شعار ارتقای خود مراقبتی آغاز شد، ارتقای سطح بهداشت جامعه از طریق آموزش و فرهنگ سازی و بازسازی خانه های بهداشت بود. در گام سوم، کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت مورد بازبینی قرار گرفت و بر ضرورت عدم دریافت وجوه غیر رسمی از بیماران تاکید شد و در نهایت با توجه به وجود مشکلاتی نظیر طولانی بودن دوره های دکترای حرفه ای،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

وجود واحدهای غیر ضروری در طول دوره تحصیل، مشکلات دانشجویان در طول دوره درسی و کارآمد نبودن آموزش ها، گام چهارم به تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی اختصاص پیدا کرد.
در حالی که چهار سال از اجرای طرح تحول سلامت می گذرد و انتظار می رود که اصلاحات ایجاد شده توانسته باشد تغییراتی را در شاخص های اصلی نظام سلامت شامل سلامت، عدالت و رضایتمندی ذی نفعان ایجاد کرده باشد، این مقاله در پی آن بود تا نظر خبرگان حوزه سلامت را در مورد نکات قوت و ضعف آن، در قالبی یکپارچه بررسی نموده و تحلیل جامعی بر داده های انتشار یافته توسط سازمان های رسمی دست اندرکار طرح، پیرامون دستاوردها، پیامدها و چالش های طرح تحول نظام سلامت ارائه دهد.

مواد و روش کار

در این پژوهش از سه روش تحلیل مضمون، تحلیل محتوا و سه سویه سازی (Triangulation) برای پردازش داده ها و استخراج نتایج استفاده شده است. در مرحله نخست پس از تعیین سوالات پژوهش و معیارهایی که لازم است مورد بررسی واقع شوند، با خبرگان بخش های مختلف حوزه سلامت (تا رسیدن به نقطه اشباع نظرات تحلیلی)، مصاحبه صورت گرفته و نظرات مربوطه پیرامون نقاط مثبت و منفی طرح تحول، جمع آوری گردید. انتخاب افراد برای انجام مصاحبه بصورت هدفمند بود. پس از اتمام مصاحبه ها، فایل های مربوطه به متن تبدیل شده و برای تجزیه و تحلیل داده های متنی، از روش کارآمد "تحلیل مضمون" استفاده گردید. تحلیل مضمون روشی برای بررسی، تحلیل و دسته بندی الگوهای موجود در داده های کیفی است. این روش فرآیندی برای تحلیل داده های متنی پراکنده و متنوع و تبدیل آنها به مضامین غنی و فراگیرتر است[۷]. در واقع تحلیل مضمون به چارچوب های نظری پیش از خود وابسته نیست و با داشتن ماهیت تفسیری بر پایه مضامینی که در طی تحلیل رنگ بیشتری پیدا می کنند الگوی مستقلی را ارائه خواهد داد[۷].برای رسیدن به این هدف، به کارگیری کدگذاران مستقل اهمیت ویژه ای در فراگیری مضامین حاصل شده دارد[۸]. که در پژوهش حاضر کدگذاری توسط دو نفر از اعضا تیم تحقیق و با کمک نرم افزار MAXQDA 10 صورت پذیرفته و نظرات داده شده، با اعمال نظر دو نفر از اعضا تیم تحقیق به صورت گروهی تجمیع گردید. در مرحله دوم پژوهش، از روش تحلیل محتوا استفاده گردید. بر طبق تعریف Berelson تحلیل محتوا یک شیوه پژوهشی است که برای تشریح عینی و منظم محتوای آشکار پیام های موجود به کار می رود[۹]. در واقع با کمک تحلیل محتوا می توان ویژگی های یک متن بیان شده و یا مکتوب را به طور واقع بینانه ای شناخت و بر اساس آن استنتاج کرد. Burns و Grove تحلیل محتوا را از جمله روش های تحلیل کیفی می دانند که به منظور طبقه بندی کلمات و واژه های موجود در متن انجام می شود[۱۰]. طبق نظر Stemler تحلیل محتوا فرآیندی بیش از یک روش ساده شمارش کلمات بوده و فرآیندی است که به معانی، نیات، پیامدها و محتوای عبارات و بسترهای مربوطه پرداخته و فضای واقعی که داده ها در آن شکل گرفته است را نیز مورد توجه قرار می دهد[۱۱]. در تحلیل محتوا، داده ها از قبل وجود دارند بنابراین مانند دیگر روش های آماری تحت تاثیر خطای آزمودنی نیست. همچنین تحلیل محتوا، مطالب فاقد ساختار را هم می پذیرد و آنها را در کنار دیگر داده های اعتبار سنجی شده، مورد بررسی و تحلیل قرار می دهد. برای انجام تحلیل محتوای کیفی، گزارش های منتشر شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمان تامین اجتماعی و موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایرانیان در بازه سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ با محوریت نقد و بررسی آثار طرح تحول نظام سلامت و گزارش مرکز پژوهش های مجلس در بررسی بودجه بخش بهداشت و درمان، بررسی گردیدند. پس از آن گزارشات جمع آوری شده، مستقلا توسط سه نفر از اعضا تیم تحقیق، مطالعه و کدگذاری گردید. کدهای اولیه در طبقات محتوای مشخص دسته بندی شده و پایایی اولیه آنها با مقایسه محتوای هر طبقه از دید هر یک از افراد به صورت مجزا بررسی شده[۱۲] و کدهای مورد اختلاف، با نظر دو خبره حذف و یا اصلاح گردیدند.
در نهایت، مجموع نتایج به دست آمده با کمک روش سه سویه سازی تجمیع گردیدند. سه سویه سازی یکی از مهم ترین راهبردها برای بهره بردن همزمان از انواع روش های پژوهش (دو روش یا بیشتر) است که در این مطالعه در سطح داده ها و نتایج صورت می پذیرد. طبق این روش، یک فرضیه زمانی ابقا می شود که در برابر یک سری از روش های مکمل آزمودن، تاب مقاومت داشته باشد و لازم است تا در کنار مصاحبه یا پرسشنامه، از اندازه های نامداخله ای (که نیاز به مشارکت پاسخگو ندارند و در آن ها پاسخ ها دستکاری نمی شوند) استفاده شود[۱۳]. در واقع راهبرد تلفیق

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

روش ها، از دادن پاسخ های ساده انگارانه به پرسش های پژوهش جلوگیری می کند[۱۴] و درصدد است تا به واسطه این پیش فرض که سه سویه سازی همیشه باید به گزاره های معتبر واحد منتج شود، ناسازگاری ها و تناقضات بین نتایج حاصل از روش های مدنظر را جهت افزایش پایایی، برطرف کرده و همگرایی های موجود را به عنوان نتیجه ارائه نماید[۱۵]. در این مطالعه، سه سویه سازی علاوه بر نتایج حاصل از دو مرحله تحلیل مضمون و تحلیل محتوا، داده های منتشر شده از پایگاه های بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، مرکز آمار ایران و سازمان ثبت احوال کل کشور را هم برای ارائه نتایج تلفیقی همگرا در برگرفته است.

یافته‌ها

مصاحبه نیمه ساختار یافته کیفی با ۱۷ نفر از خبرگان بخش های مختلف حوزه سلامت جهت استخراج نقاط قوت و ضعف طرح تحول نظام سلامت انجام گردید. جامعه آماری شامل خبرگان بخش های مختلف حاکمیتی و سیاست گذاری، مدیریتی، دانشگاهی، بیمه، پزشکان، صنعت و تجارت و سازمان های مردم نهاد با میانگین تجربه ی کاری ۹/۳ سال بود. دیگر آمار توصیفی مربوط به مصاحبه شوندگان در جدول ۱ ارائه گردیده است. آنچنان که ذکر شد جهت دست یابی به تفاسیر و تعابیر ذهنی کنش گرها از روش کیفی Thematic Analysis بهره برده شد. طبق نظر Stirling 2001 و Elo 2008 در اولین فرصت پس از انجام مصاحبه، پیاده سازی مطالب مصاحبه به فایل متن نوشتاری به صورت کامل و با دقت تمام اقدام گردید و سپس "جملات کلیدی" هر مصاحبه استخراج و "کدهای اولیه (یا کدهای درونی)" و "یادداشت های تحلیلی" برای هر مصاحبه در جدول پردازش، وارد شد[۸، ۱۶]. در صورت وجود ابهام در برداشت های صورت گرفته، مجدداً با فرد مصاحبه شونده تماس برقرار شده و نسبت به رفع ابهام اقدام می گردید. پس از آن با پردازش کدهای اولیه، "کدهای متمرکز"، "مقوله ها" و "مضامین نهایی" مشخص شدند که نتایج به صورت یکپارچه در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. در ادامه، بخشی از گزاره های استخراج شده از تحلیل محتوا که در ارتباط با داده های جدول ۲ بوده، آورده شده است. طبق گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت، پرداخت از جیب مردم از ۵۰/۵ ٪ در سال ۱۳۹۲ به ۴۰/۶ ٪ در سال ۱۳۹۳ کاهش یافته است که این تغییر همزمان با افزایش سهم بیمه تامین اجتماعی از ۱۹/۴٪ به ۲۴/۷٪ و سهم منابع دولتی از ۲۰٪ به ۲۶٪ بوده است[۱۴]. براساس گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سازمان جهانی سلامت جهان در ۲۰۱۶، میزان سرانه پرداخت از جیب مردم پس از طرح تحول نظام سلامت نسبت به قبل از طرح تحول بر مبنای سال پایه ۲۰۱۱ در بخش بستری ۳۲/۸ درصد کاهش داشته و در بخش سرپایی ۵/۳ درصد افزایش داشته است و در مجموع میزان سرانه پرداخت از جیب مردم در نظام سلامت ۲/۴ درصد کاهش داشته است (از ۲۱۰۲۴۲۲ ریال به ۲۰۵۲۲۶۱ ریال)؛ اما پرداختی مطلق در بخش روستایی کاهش و در بخش شهری افزایش داشته است[۱۸].

همچنین طبق داده های حساب های ملی سلامت، میزان پرداخت از جیب مردم در سال ۱۳۹۴ به ۳۷٪ کاهش داشته و سهم دولت و صندوق های بیمه در تامین مالی هزینه های خدمات سلامت، هریک به میزان ۲۶٪ بوده است. در پوشش هزینه های بستری، سهم مردم و دولت هریک ۲۵٪ و سهم صندوق های بیمه ۴۴٪ بوده است. این در حالی است که طبق این داده ها قدر مطلق پرداخت های صندوق های بیمه در پوشش هزینه های بستری بین سال های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۱۰۳ درصد و بین سال های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۴۸ درصد افزایش داشته است. همچنین قدر مطلق پرداخت از جیب مردم در پوشش هزینه های بستری بین سال های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۹/۸ درصد و بین سال های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۲۷/۹ درصد افزایش داشته است[۱۴]، درحالی که تورم کلی کشور در آن بازه ۲۲/۸ درصد کاهش داشته است[۲۰].

وفق آمار بانک مرکزی تورم موجود در بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۳ بیش از دو برابر شاخص کل تورم بوده است. در سال ۱۳۹۴ به رغم کاهش شاخص تورم عمومی، سیر صعودی تورم بخش بهداشت و درمان همچنان ادامه داشته است به طوری که تورم عمومی ۱۱/۹ درصد و تورم بهداشت و درمان ۲۳/۸ درصد بوده است؛ همچنین این ارقام در سال ۱۳۹۵ به ترتیب ۹ درصد و ۱۶/۷ درصد گزارش شده اند[۲۰].

مطالعه انجام شده در بیمارستان های شهر ایلام در سال های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نیز نشان می دهد که گرچه کاهش سهم پرداختی بیماران به میزان ۲/۱۱٪ در بخش زنان و زایمان و ۵/۱٪ در سایر بخش ها توانسته است میزان پرداخت از جیب بیماران را به ۶/۲٪ و ۷/۴٪ کاهش دهد، اما در کل رشدی معادل ۷/۴۳٪ در میانگین هزینه های بیماران دیده می شود[۲۱]. در بیمارستان های استان گیلان نیز بدون تغییر در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

شاخص های عدالت و بهره مندی، مجموع پرداخت از جیب بیماران بستری و سرپایی معادل ۱۰ دلار افزایش یافته است[۲۲]. در مورد هدف کلان دیگر نظام سلامت که پاسخ به نیازهای غیرپزشکی و رضایتمندی ذی نفعان است، می توان به گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سلامت جهان سلامت در سال ۲۰۱۶، اشاره کرد که در طی سه فصل پس از آغاز طرح تحول از ۷۳ ٪ به ۸۹ ٪ افزایش داشته است. به صورت جزئی تر رضایتمندی در بخش پرداخت هزینه ها، پذیرش و خدمات پرستاری افزایش داشته و در ارتباط با پزشکان، تیم درمانی و کیفیت ارائه خدمات کاهش داشته است[۱۸]. همچنین میزان رضایت ۴۸ درصدی بیماران در بیمارستان مصطفی خمینی ایلام[۲۳] و ۵۰/۲ درصدی در بیمارستان های مازندران[۲۴] گرچه در یک مقطع از زمان و بعد از اجرای طرح تحول سنجیده شده اند اما در کل رضایتمندی بالایی را نشان نمی دهند. مطالعه انجام شده در بخش اورژانس بیمارستان شهدای تجریش، که به صورت طولی در دو مقطع سال های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، قبل و بعد از طرح تحول انجام شد، نیز به صورت معنادار کاهش رضایت بیماران از آموزش های قبل از ترخیص، از وضعیت اتاق های بستری، از نظافت سرویس های بهداشتی، از ویزیت به موقع پزشکان، از صرف زمان و دقت برای معاینه، از توصیه های بهبودی و بهزیستی به بیمار و از رسیدگی به امور مالی و میزان رعایت موازین شرعی و اخلاقی، بعد از اجرای طرح تحول سلامت را نشان می دهد[۲۵]. نکته دیگر آنکه طبق گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت، درصد رضایت پزشکان مناطق محروم، از اجرای طرح تحول، از ۸۲٪ در پاییز ۱۳۹۳ به ۵۵٪ در بهار ۱۳۹۴ و ۴۲٪ در پاییز ۱۳۹۴ کاهش داشته است که این نارضایتی تا حد زیادی تحت تاثیر نحوه پرداخت ها بوده است[۱۷]. طبق گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سازمان سلامت جهان، درصد افراد مواجهه شده با هزینه های کمرشکن در بخش سلامت ایران از ۲/۹ ٪ قبل از طرح تحول به ۲/۴ ٪ پس از طرح تحول کاهش داشته است[۱۸]. متوسط بروز هزینه های کمرشکن در ۴۷ کشور (با انتخاب تصادفی) ۲/۷ ٪؛ در ۱۲ کشور با درآمد بالاتر از سطح متوسط ۲/۵ ٪ و در ۸ کشور منطقه مدیترانه شرقی سازمان سلامت جهان سلامت برابر ۱/۷ ٪ بوده است[۲۲]. به گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت، که نرخ هزینه های کمرشکن سلامت را به تفکیک دو بخش شهری و روستایی ارائه داده است، در بین سنوات ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ این نرخ در مناطق روستایی کاهش داشته، اما در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۴ مجددا سیر صعودی به خود گرفته است (از ۱/۷٪ به ۲/۲٪) [۱۷].

از دیگر آثار مثبت طرح تحول نظام سلامت، اهتمام مسئولان امر به تحت پوشش بیمه قرار دادن افراد فاقد پوشش بوده است به گونه ای که حدود ۶ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر از افراد فاقد بیمه، به رایگان بیمه شدند[۲۷]. اما این پوشش بدون توجه به میزان درآمد انجام گرفت، درحالیکه طبق فرآیندهای اصولی بیمه گری، در یک مسیر اصولی و پایدار، سیاستگذاران باید مشارکت عادلانه افراد در تامین منابع را به نسبت درآمدشان لحاظ می کردند، چنانچه در سال ۱۳۹۶ پوشش خدمات و کالاها توسط بیمه سلامت، تنها به بیمارستان های دولتی محدود شد.

طبق گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت در طی سال اول پس از آغاز طرح، به میزان۳/۲٪ از ارجاع مراجعه کنندگان و بیماران به بیرون از بیمارستان ها برای خرید لوازم مصرفی و تجهیزات کاسته شد؛ فرانشیز رسمی در بخش بستری دولتی برای شهرنشینان به ۱۰ درصد و برای روستائیان و عشایر به ۵ درصد کاهش یافت؛ ۱۴ پایگاه اورژانس هوایی برای پوشش راه های فرعی و صعب العبور و با متوسط ۵ ماموریت در روز راه اندازی گردید؛ نرخ زایمان طبیعی در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ به میزان ۵٪ افزایش یافت به طوری که در سه ماهه نخست اجرای طرح ۱۳۰ هزار زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی به ثبت رسید[۱۷].

گرچه مستندات موجود برای نشان دادن اثرات طرح تحول سلامت بر اهداف غایی نظام سلامت جامع نیست، اما در بُعد عدالت و تامین مالی مستندات بیشتری منتشر گردیده است. مقالات نشان داده اند که میزان هزینه های پرداختی توسط بیماران بستری در بیمارستان های دولتی به صورت معناداری کاهش یافته است. چنانچه مطالعه انجام شده در بیمارستان الزهرای شیراز نشان داد که پرداخت از جیب بیماران جراحی قلب، از ۱۰ میلیون ریال به ۶ میلیون ریال کاهش و متقابلا سهم بیمه افزایش یافته است[۲۸]. همچنین میزان پرداخت از جیب برای زایمان سزارین در بیمارستانهای استان کردستان که قبل از اجرای طرح ۱۶٪ بوده است بعد از اجرای این طرح در طی در دو مرحله به ۴/۳ و ۲/۵ درصد کاهش یافته است[۲۹]. در شهر ساری نیز میزان پرداخت از جیب هزینه کل و هزینه ی دارویی بیماران مبتلا به سرطان خون به ترتیب از ۱۷/۱۲ ٪ به ۳٪ و از ۱۶/۸ ٪ به ۷/۷٪ تقلیل یافته است[۳۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

مطالعه انجام شده در استان کردستان، نشان داد که میزان زایمان به روش سزارین بعد از اجرای طرح تحول سلامت ۱۴٪ کاهش یافته است[۲۹]. درصد سزارین های انجام شده خصوصا در برخی از اندیکاسیون ها در بیمارستان نظام مافی شهر شوش استان خوزستان نیز به صورت معنادار کاهش یافته است[۳۱]. همچنین مطالعه انجام شده در یکی از بیمارستانهای شهر تهران، ۲٪ کاهش در درصد زایمان های سزارین را نشان می دهد که البته با هدف کاهش ۱۰ درصدی تعریف شده در برنامه همچنان فاصله دارد[۳۲]. در مورد سنجه های حد واسط نظام سلامت شامل دسترسی، کیفیت و کارایی نیز مطالعات چندانی منتشر نشده است. مطالعه انجام شده در استان آذربایجان غربی، هرچند کاهش کارایی در برخی از بیمارستان ها را نشان داد، اما به طور کلی ثابت بودن تعداد پرسنل و تخت فعال (درونداد) و افزایش ضریب اشغال تخت، تعداد بیماران و تعداد جراحی ها (برونداد)، نشان دهنده ی افزایش کارایی فنی، مدیریتی و مقیاس در بیمارستان ها بعد از طرح تحول نظام سلامت است[۳۳]. گرچه افزایش برونداد در مطالعاتی مانند مطالعه انجام شده در اورژانس بیمارستان شهدای تجریش که افزایش معنادار میزان مراجعات را نشان داد مورد مطالعه قرار گرفته است[۲۵]، اما درخصوص درونداد هیچ مطالعه ای در قالب مقاله منتشر شده ای وجود ندارد که به میزان منابع مالی بیشتر تخصیص داده شده به بیمارستان ها پرداخته باشد. البته برخی مطالعات که به موضوع نیروی انسانی پرداخته اند، افزایش معنادار درونداد از بُعد کادر پزشکی حتی در حوزه هایی که از قبل مازاد نیرو وجود داشته است را نشان داده اند[۳۴].

در مورد میزان پرداخت های غیر رسمی که اهتمام مجریان طرح در گام سوم، صفر کردن این نوع پرداخت ها بوده است، مطالعات جامعی که نشان دهنده تغییرات این شاخص در ادوار مختلف اجرای طرح باشد وجود ندارد. در این زمینه به عنوان یک مطالعه کوتاه مدت می توان به گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت اشاره کرد که بر مبنای شکایات ثبت شده در سامانه ۱۶۹۰ در سال ۱۳۹۴، فراوانی مازاد تعرفه در فصول ابتدایی تا انتهایی این سال را به ترتیب برابر با ۴۵/۵ درصد، ۳۴/۵ درصد، ۴۹/۶ درصد و ۴۲/۹ درصد و فراوانی مبالغ زیرمیزی در همین فصول را به ترتیب برابر با ۴/۱ درصد، ۱۵/۲ درصد، ۱۰/۹ درصد و ۱۰/۱ درصد از کل شکایات واصله بیان نموده است[۱۷].

در ادامه بخشی از گزاره های استخراج شده از مرحله تحلیل محتوا که دارای رویکرد حمایتی نسبت به گزاره های جدول ۳ هستند آورده شده است. بر اساس مستندات موجود، اعتبارات نظام سلامت در سال ۱۳۹۲ حدود ۲۰۰ هزار میلیارد ریال بوده است که در سال ۱۳۹۳ همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت با افزایش ۶۵ درصدی به ۳۶۰ هزار میلیارد ریال رسید. در سال ۱۳۹۴ نیز برای اجرای پایدار این طرح، اعتبارات نظام سلامت با افزایش ۷۱ درصدی نسبت به سال قبل، ۵۱۰ هزار میلیارد ریال شد[۶]. مستندات نشانگر آن است که علاوه بر افزایش بودجه عمومی وزارت بهداشت از ۱۱۴۰۰۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۲ به ۲۲۵۰۰۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۳ (رشدی تقریبا معادل ۱۰۰ درصد)، درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت نیز در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ به علت گام سوم طرح تحول و افزایش ۲/۵ برابری تعرفه ها بر پرداختی بیمه ها و جیب مردم در مجموع دو بخش دولتی و خصوصی حدود ۱۲۰ درصد رشد داشته است[۶]. البته این روند با توجه به آشکار شدن ضعف های مدیریت مالی در طرح، در سال ۱۳۹۶ اصلاح شد و مجموع اعتبارات وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۵، ۱۵ درصد رشد داشت[۳۵].

طبق داده های مرکز آمار ایران، سهم هزینه های بهداشت و درمان از سبد هزینه خانوار، در خانوارهای شهری از ۹/۱۸ درصد قبل از طرح تحول نظام سلامت به ۱۰/۶۷ درصد پس از اجرای طرح افزایش داشته است[۳۶]. این سهم در بازه زمانی متناظر در کشورهای آمریکا، استرالیا، هند، چین و مالزی به ترتیب ۲/۹، ۲/۷، ۴/۸، ۴/۱ و ۱/۴ درصد بوده است[۳۷]. علاوه بر این، افزایش شاخص قیمت مصرف کننده برای سبد کالاهای سلامت از سال ۱۳۹۲ به سال ۱۳۹۳ به میزان ۳۲/۲ درصد بوده، در حالی که افزایش ۱۶/۲ درصدی این شاخص برای کل سبد کالاها نشان دهنده افزایش سهم سلامت از کل سبد خانوار بوده است[۳۸]. این افزایش هزینه ها در صورتی می تواند قابل قبول باشد که توانسته باشد پیامدهای سلامتی متناسبی را برای خانوارها ایجاد نماید. لذا جهت تحلیل بهتر این ارقام، بایستی نسبت افزایش هزینه ها به ارتقای شاخص های سلامت در جامعه در قالب مطالعات ارزیابی اقتصادی مورد بررسی قرار گیرد. متاسفانه در خصوص تغییر شاخص های سلامت در سطح جامعه بر اثر اجرای این طرح، گزارشات جامع یا مقالات منتشر وجود ندارد. و برخی از مقالات نشان می دهند که این شاخص ها در سطح بیمارستانی تغییری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

نداشته و یا حتی بدتر شده اند. به عنوان مثال مطالعه انجام شده در شهر اصفهان بیانگر افزایش تعداد بستری، طول مدت بستری و حتی افزایش مرگ و میر در سطح بیمارستان بوده است که البته این می تواند بر اثر افزایش تعداد بیماران پذیرش شده باشد که مورد بررسی قرار نگرفته است[۳۹]. طبق قانون برنامه بودجه ۱۳۹۶، میزان ۷۰۰۰ میلیارد ریال از اعتبارات طرح پزشک خانواده کاسته شد که ۳۰۰۰ میلیارد ریال آن به راه اندازی مراکز بهداشتی درمانی اختصاص یافت و ۴۰۰۰ میلیارد ریال آن به اعتبارات هزینه ای دانشگاه ها اضافه شد، لذا با عدم توسعه طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان یکی از اصول پایه ای مدیریت بهداشت و درمان کشور، تقاضای القایی همچنان بدون کنترل باقی ماند[۳۵].

طبق گزارش مرکز پژوهش های مجلس، در روند طرح تحول نظام سلامت با توجه به نحوه اختصاص بودجه به بخش های مختلف، به طور شایسته ای به مواردی چون لزوم اولویت پیشگیری بر درمان، کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدیدکننده سلامت، اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی، ارتقای سلامت روانی جامعه، تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی و واکسن، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی، تأمین امنیت غذایی و کاهش بار بیماری های غیرواگیر و... توجه کافی نشد[۳۵].

با توجه به چالش وزارت بهداشت برای کسری حقوق و مزایای سال ۱۳۹۵، رشد حدود ۴۵ درصدی در اعتبارات مربوط به حقوق و مزایای مستمر در سال ۱۳۹۶ لحاظ شد. از جمله آثار این کسری بودجه، کاهش روند جذب هیات علمی به صورت ضریب K و استخدام پیمانی در دانشگاه ها بود. همچنین از آنجاکه ۶۴ درصد از اعتبارات دانشگاه ها مشروط به کسب درآمد توسط بیمارستان ها در قالب درآمدهای اختصاصی شده بود، هیات علمی آموزشی بیشتر به صورت درمانی به کار گرفته شد و حفظ کیفیت آموزش پزشکی دشوار گردید. همچنین اعتبار فعالیت پاداش پایان خدمت هیات علمی از ذیل ردیف های ستادی وزارتخانه حذف شد و به دستگاه ها اجازه داده شد که از محل فروش تملک های خود آن را جبران نمایند. بعلاوه اعتبارات مربوط به حمایت از ۱۵ دانشگاه برتر حذف گردید[۳۵]. طبق گزارش موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، طرح تحول نظام سلامت همراستا با قوانین بالادستی مصوب در حوزه بهداشت و درمان، خصوصا در مورد مواد ۳۲ تا ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه نبوده و در آن به مراقبت های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد توجه کافی نشده است[۲۷].

در نهایت ادامه ی این طرح با همه ی منافع و معایبی که ذکر شد، به علت ناپایداری منابع مالی دشوار خواهد بود و چالشهای مالی زیر می تواند منجر به توقف این طرح و از دست رفتن دستاوردهای مثبت آن گردد. افزایش ارزش نسبی خدمات پزشکی: این مورد هم در رابطه با تعیین ارزش ریالی تعرفه کا و هم در ارتباط با تغییر ضرایب محقق گردید، چنانکه رشد آن در برخی خدمات بستری به ۴۶۰ درصد در بخش دولتی و ۸۳۳ درصد در بخش خصوصی رسید. در خدمات سرپایی بخش دولتی در ۹۳ درصد خدمات، روند افزایش ۴ درصد تا ۴۷۰۰ درصدی و در بخش خصوصی در ۴۷ درصد خدمات، روند کاهشی ۱۰ تا ۸۷ درصدی و در ۵۳ درصد خدمات روند افزایشی ۸ تا ۴۶۶ درصدی داشت. متوسط افزایش قیمت تعرفه خدمات سرپایی در بخش دولتی معادل ۲۰۲/۸ درصد و در بخش خصوصی ۱۸۵ درصد بوده است. در همین راستا هزینه های بیمه ها افزایش یافت به طوری که هزینه های کل سازمان بیمه سلامت از ۴۳۵۱۳ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۲ با رشد ۹۸ درصدی به ۸۶۰۸۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۳ رسید[۲۷]. رویکرد قابل تامل دیگر در روند پرداخت ها، تعمیم پرداخت ۲K هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی به همه پزشکان تمام وقت بود. روش پرداخت به پزشکان: پرداخت به پزشکان بر اساس هر واحد خدمت (Fee for Service) و گذشته نگر بوده، لذا هر مقدار که تعداد ویزیت یا اعمال جراحی پزشک بیشتر شود میزان پرداخت هم بر اساس تعداد بیشتر می شود و این انگیزه ارائه دهنده را برای افزایش درآمد و ایجاد تقاضای القایی حداکثر می سازد. این درحالی است که اسناد بالادستی از جمله قانون برنامه پنجم و سیاست های کلی سلامت، رفتن به سمت پرداخت بر اساس عملکرد و نظام پرداخت آینده نگر (از جمله Diagnosis-Related Group) را توصیه می کنند[۲۷]. عدم تاکید بر راهنماهای بالینی: کمرنگ بودن استفاده از راهنماهای بالینی، امکان نظارت بر رفتارهای درمانی را تضعیف و زمینه را مستعد ارائه خدمات غیرضروری و یا گران قیمت به بیماران می نماید؛ لذا در سال ۱۳۹۶ در سومین سال اجرای طرح، تدوین راهنماهای بالینی برای ۵۰ داروی پرهزینه در دستور کار قرار گرفت. افزایش پوشش بیمه رایگان: طی سال های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت بر اثر اجرای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

بیمه همگانی افزایش می یابد و عده ای از افراد تحت پوشش تـامین اجتماعی نیز بر همین اساس به بیمه سلامت مهاجرت می کنند. بـا اجرای طرح بیمه ایرانیان در دی ماه ۱۳۸۷ جمعیت تحـت پوشـش این بیمه در سال ۱۳۹۲ معادل ۲۶۱۱۴۰۶ نفر بوده است که پس از اجرای طرح تحول در پایان سال ۱۳۹۳ به ۹۴۷۹۱۰۵ نفـر افـزایش می یابد[۲۷]. بعلاوه عدم توازن رشد منابع و مصارف سـازمان هـای بیمه پایه از محل بودجه عمومی کشور منتج به کسری سالانه حدود ۲۲ درصدی گردیده است. از طرفی سـهم دولـت از منـابع سـازمان تامین اجتماعی از جمله سهم کارفرمایی و ۳ درصد حق بیمه را کـه سال ها پرداخت نگردیده بود تـا پایـان سـال ۱۳۹۵ بـه ۱۳۰ هـزار میلیارد تومان رسید، و طبق گزارش موسسه عـالی پـژوهش تـامین اجتماعی، صندوق درمان تامین اجتماعی در مرز ورشکسـتگی قـرار گرفته است[۲۷].

طبق گزارش هزینه کرد سازمان بیمه سلامت پس از طـرح تحـول، رشد هزینه های بخش های بستری موقت ۱۱۱٪، پرتوپزشکی ۹۸٪ و پزشک متخصص و فوق تخصص ۷۲٪ بوده، در حالی که رشد ایـن شاخص بـرای خـدمات توسـط پزشـک عمـومی ۱۸٪ و در خـدمات سطح یک تنها ۹٪ بوده که این امر می تواند ناشی از تقاضای القایی و در تضاد با اصل "صرفه جویی بر اساس حیطـه" (Economies of scope) باشد. طبق گزارش ارسالی وزارت بهداشت بـه سـازمان جهانی سلامت در ۲۰۱۶، درصد افرادی منتقل شده به زیر خط فقر مطلق بر اثر هزینه های سلامت از ۰/۳ ٪ قبل از آغاز طرح به ۰/۵ ٪ در سال ۲۰۱۶ افزایش داشته که این شـاخص در منـاطق روسـتایی ۹/۷ برابر نسبت به مناطق شهری بوده است[۱۸]. در نهایت چـالش اجتماعی طرح تحـول نـاظر بـه اعتراضـات کـادر درمـانی، ناشـی از افزایش فشار کار بـر کـادر پرسـتاری و نارضـایتی ناشـی از تعمیـق شکاف درآمدی پزشکان و سایر اعضای کادر درمانی بود. بعلاوه با به تعویق افتادن پرداخـت درآمـدهای مصـوب شـده بیمارسـتان هـای مختلف دولتی، بخش های رادیولوژی، آزمایشگاه ها، داروخانـه هـا و برخی بخش های دیگر بارها بر عدم ارائـه خـدمات بـه افـراد تحـت پوشش بیمه تاکید و یا اقدام شد. در ادامه توقعات درآمدی پزشکان، پرستاران و انتظارات به حق بیماران که بسـیار بـالا رفتـه اسـت، بـا توجه به عدم امکان تامین منابع می تواند منجر به نارضایتی بخـش های مذکور گردد.

جدول۱: آمار توصیفی مصاحبه شوندگان

تعداد افراد مصاحبه شده	جنسیت	سن (سال)	تحصیلات	میانگین زمان مصاحبه (دقیقه)	میانگین تعداد کلمات مصاحبه
۱۷	مرد: ۱۱ زن: ۶	میانگین: ۵۲/۲ (۴۲-۷۲) میانه: ۵۰/۹	دکترای تخصصی: ۸ دکترای حرفه ای: ۵ کارشناسی ارشد: ۴	۵۳/۶	۳۴۱۹

جدول۲: نقاط مثبت طرح تحول نظام سلامت

	مضامین اصلی	مقوله ها	کد های متمرکز
۱	حفاظـت مـالی بیمـاران در بیمارستان های دولتی	کـاهش پرداخـت هـای مردمـی در بخـش بستری دولتی	کاهش شاخص پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی کاهش حجم پرداخت های غیر رسمی به پزشکان عدم ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان برای تهیه دارو و ملزومات
		ارتقای عدالت در پوشـش بیمـاران آسـیب پذیر	ارتقای رضایتمندی نسبی بیماران بستری در بخش دولتی پوشش نیازهای دیده نشده بیماران بی بضاعت بیمه نمودن جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت کاهش درصد افراد مواجهه شده با هزینه های کمرشکن
۲	توسعه کمی زایمان طبیعی	شیفت روند زایمان از سزارین به طبیعی	ترویج زایمان طبیعی کاهش نرخ زایمان سزارین و کاهش هزینه های مربوطه گسترش پوشش خدمات هوایی اورژانس
۳	توسعه های زیرساختی	بهبود و ارتقای دارایی های مشـهود حـوزه بهداشت و درمان	بازسازی خانه های بهداشت ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت افزایش کمی و ارتقای کیفی تخت های بیمارستانی
۴	عدالت در دسترسی	بهبود دسترسی به خدمات تخصصی	حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

جدول۳: نقاط ضعف طرح تحول نظام سلامت

	مضامین اصلی	مقوله ها	کد های متمرکز
۱	افزایش مجموع هزینه های سلامت	افزایش تقاضای القایی	"ایجاد تقاضای القایی و انعکاس اثرات آن در کسری تجهیزات و داروهای مورد نیاز"؛ "پر شدن تخت های بیمارستانی به طور کاذب و نیاز روزافزون به احداث تخت های بیشتر"؛ "عدم تدوین راهنماهای بالینی و الزام به رعایت آنها"
		افزایش کل هزینه های درمانی	"گسترش انتظارات کادر درمانی به دلیل حصول دریافتی های نامتعارف"؛ "تنظیم پرداخت ها در سطح دریافتی های غیر رسمی"؛ "افزایش غیرضروری تعرفه های کلیه خدمات پزشکی"؛ "۲/۵ برابر شدن همزمان و هم نسبت تعرفه های بخش خصوصی همگام با بخش دولتی"؛ "جهت دهی بودجه ۱۳۹۶ در راستای پوشش هرچه بیشتر هزینه ها و کاهش سهم اعتبارات امور زیربنایی"؛ "تبدیل غیرمنطقی بخشی از خدمات سرپایی به خدمات بستری"
		افزایش حجم ارائه خدمات در مراکز دولتی به نسبت امکانات موجود	"عدم توجه مناسب به بیمارستان های غیر دولتی"؛ "فرسودگی شغلی کادرهای پرستاری به علت افزایش بار مراجعات"؛ "تشدید بار مراجعات با شروع فعالیت کلینیک های ویژه و افزایش هزینه های بلندمدت به دلیل کاهش کیفیت خدمات"
		افزایش سهم هزینه های سلامت از سبد هزینه خانوار	"افزایش قدر مطلق پرداختی مردم در مناطق شهری بیش از نرخ تورم عمومی کشور"
۲	عدم توجه به عدالت در تامین و تخصیص منابع	افزایش نارضایتی کادر درمانی	"بی عدالتی در نظام پرداخت"؛ "افزایش شکاف درآمدی و گسترش اعتراضات اجتماعی سایر کادرهای درمانی و سایر رشته ها و تسری اختلافات به جامعه کارگری"؛ "پرداخت نامناسب به متخصصان در مناطق مختلف جغرافیایی"؛ "تغییرات غیرمتوازن در دریافتی رشته های مختلف تخصصی"
		بروز مصادیق بی عدالتی در ارائه خدمات	"امتناع برخی از بیمارستان ها و پزشکان از ارائه خدمات به افراد تحت پوشش تامین اجتماعی به دنبال افزایش بدهی ها"؛ "اخذ وجوه غیرقانونی از برخی بیماران برای کاهش زمان انتظار آنها در صف دریافت خدمات"
		عدم انجام مطالعات امکان سنجی طرح	"ضعف و خطای بیمه ها در پذیرش نسنجیده و عجولانه طرح و قرار گرفتن در آستانه ورشکستگی"؛ "عدم وجود ساختار فنی و علمی بیمه در سازمان های بیمه گر و داشتن عملکرد صندوق به جای اجرای سازوکارهای علمی بیمه"
۳	عدم امکان پایداری طرح	تضعیف زنجیره تامین و عدم وجود منابع برای ادامه ارائه خدمات	"پیش بینی خطر شکست در زنجیره تامین دارو و تجهیزات پزشکی با توجه به کسری شدید منابع"؛ "ورشکستگی برخی از شرکت های دارویی و تجهیزات پزشکی با توجه به افزایش دوره وصول مطالبات تا بیش از پنج برابر"؛ "ملزم شدن دولت به پرداخت اوراق مرابحه با سود مشخص در محل هزینه کردهای طرح و انتقال بدهی ها به دوره های آتی"؛ "اختلال در فرآیند پرداخت های پرسنلی و غیر پرسنلی مانند (دارو و تجهیزات و غیره) و در نتیجه بروز نوعی خود تحریمی در تامین اقلام مورد نیاز مراکز درمانی دولتی"
		مغایرت با سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی	"واگذاری های غیر علمی و عدم توجه به ظرفیت های بخش خصوصی در ساخت بیمارستان و تامین تجهیزات مربوطه"؛ "تحمیل پوشش داروهای برند به منابع نظام سلامت و مصرف بیش از پیش این داروها در بیمارستان ها"؛ "افزایش آسیب پذیری اقتصادی ذی نفعان طرح تحول نظام سلامت"
۴	عدم انطباق با سیاست های بالادستی	مغایرت با سیاست های کلی سلامت	"پوشش داروهای غیر بیمه ای با بودجه طرح تحول"؛ "عدم تطابق کامل با نظام دارویی ژنریک"؛ "تضعیف قابل توجه سازوکارهای بیمه"؛ "عدم استقرار نظام ارجاع و صرف منابع مربوطه در هزینه های جاری طرح تحول"؛ "عدم وجود درک صحیح از سازوکار پزشک خانواده و اجرای نامناسب پایلوت و در نتیجه تضعیف آن"
		مغایرت با اصل ۴۴ قانون اساسی	"توسعه مجموعه های شبه دولتی به دنبال کسری منابع ناشی از طرح و تخریب ظرفیت های بخش خصوصی"؛ "اختیارات فراوان سیستم هیئت امنایی دانشگاه ها بدون اعمال نظارت و پایش های لازم"
		بروز مصادیق تضاد منافع در سیاست گذاری	"تضاد منافع مدیران در سیاست گذاری های گام سوم"؛ "تشدید تضاد منافع و در نتیجه عملکرد دوگانه بیمه تامین اجتماعی به دلیل مدیریت هم زمان تولید کنندگان کالاهای سلامت، ارائه دهندگان مستقیم خدمت و نظام بیمه گری "
۵	کاهش کارایی	اولویت درمان بر پیشگیری و بهداشت	"عدم وجود نگاه جامع برای گسترش هزینه اثربخش واکسیناسیون"؛ "عدم توجه کافی به عوامل تعیین کننده سلامت از جمله سواد سلامتی"؛ "ضعف جدی فرهنگ سازی عمومی در حوزه پزشک خانواده و نظام ارجاع"
		مدیریت ناصحیح منابع انسانی	"تحمیل حجم کاری نامتناسب به کادر درمانی"؛ "عدم مشارکت صحیح کادر درمانی در طراحی دستورالعمل ها"
		پایین بودن اثربخشی سیاست ها	"عدم دستیابی به خروجی های مطلوب همچون کاهش بار بیماری های غیر واگیردار و ارتقای سلامت جامعه "

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

جدول۴: راهکارها و توصیه های برون رفت از چالش های طرح تحول نظام سلامت

رویکرد	راهکارهای عملیاتی
	اجرای سازوکارهای خرید راهبردی و استفاده بهینه از ظرفیت های بخش غیر دولتی
	اعمال شیوه های مناسب پرداخت نظیر DRG و ارتقای ابزارهای کنترل هزینه های غیر ضروری
۱ مدیریت صحیح هزینه ها	توجه بیشتر به بیمارستان های عمومی غیردولتی و خصوصی
	برقراری مشوق ها و جرائم اثرگذار در تنظیم رفتار کادر درمانی بر اساس راهنماهای بالینی
	حذف دریافت های غیر رسمی با نگاه توامان به فرآیندهای اقتصادی و اعمال قوانین و مقررات
	تدوین لایحه اصلاح قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در جهت یکسان شدن جز حرفه ای تعرفه درمانی، بیمه پلکانی، تعیین حق بیمه بر اساس سبد تعهدات معین بیمه های پایه و تعیین مشارکت بیمه شده متناسب با توان پرداخت
۲ ارتقای عدالت	پرهیز از تعمیق شکاف درآمدی بین کادر درمانی و همچنین برقراری مالیات آموزشی برای فعالیت پزشکان متخصص شاغل در دو بخش دولتی و خصوصی؛ عملیاتی کردن کارانه پلکانی، بازنگری در ضرایب ارزش نسبی خدمات و اصلاح مبتنی بر عدالت و کارایی (تقویت رشته های تخصصی مادر، رفع تبعیضات بین رشته های تخصصی و تقویت سیاست های تشویقی برای متخصصین شاغل در مناطق محروم)
	پرهیز از ایجاد تعهدات جدید در قالب طرح تحول نظام سلامت
	پایدار کردن منابع حاصل از بودجه عمومی دولتی نظیر مالیات و عوارض وضع شده بر کالاها و اقدامات آسیب رسان سلامت در لوایح بودجه سنواتی کشور
	پرهیز سازمان های بیمه گر از تامین مالی بدون برنامه نظیر دریافت وام و انتشار اوراق قرضه (که میزان بدهی آنها را بیشتر کرده و مدیریت دوره های آتی را پیچیده تر می کند)
۳ ارتقای پایداری طرح	ارتقای تاب آوری نظام سلامت و توجه به نقشه های ترسیم شده اقتصاد مقاومتی در سازمان های مرتبط؛ تسهیل برون گرایی نیروهای تخصصی و صنایع سلامت محور جهت نفوذ در بازارهای منطقه؛ تسهیل توریسم سلامت؛ تقویت بومی گزینی رشته های تخصصی اصلی و تسهیل قانونی واگذاری مسئولیت های درمانی بر طبق اصل "صرفه جویی بر اساس حیطه"
	ایجاد تیمی از خبرگان حوزه سلامت جهت چاره اندیشی برای مدیریت مخاطرات و نقاط بحرانی ایجاد شده در طرح تحول نظام سلامت
	توجه به امور تولیتی، واگذاری تدریجی تدارک خدمات به فعالین بخش های مختلف، واگذاری امور تصدی گری و اصلاح مخلوط بودن نقش سیاستگذار، ناظر و مجری (موضوع بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه)
۴ توجه به سیاست های بالادستی	توجه به پیامدهای ناشی از تفاوت ارزش نسبی خدمات در بخش خصوصی و دولتی براساس تاکید بند ۶-۹ سیاست های کلی سلامت، اجرای دقیق و کامل قانون تمام وقتی پزشکان در بخش دولتی مطابق برنامه پنجم و ششم توسعه
	توجه به طرح ژنریک و سیاست ملی دارویی کشور
	اجرای سطح بندی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و الزام تجویز بر اساس راهنماهای بالینی
	استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت و مکانیزه نمودن فرآیندهای درمان
	استفاده بیش از پیش از دانش و ابزارهای ارزیابی فناوری سلامت؛ استفاده موثرتر از داروسازان بالینی در جهت اعمال درمان های هزینه اثربخش؛ بازنگری در سبد تعهداتی فعلی و جایگزینی مداخلات غیر هزینه اثربخش و بیمه ای فعلی با مداخلات هزینه اثربخش؛ استفاده از پتانسیل بخش خصوصی و واگذاری برخی از امور فنی و تخصصی بیمه گری به این بخش (همانند ساختار Health maintenance organization و Pharmacy benefit management)؛ استقلال سازمان غذا و دارو از وزارت بهداشت و ایفای نقش مستقل حاکمیتی
۵ بهبود کارایی	شناسایی، اندازه گیری و مدیریت تضاد منافع در برنامه ریزی های آتی
	توجه به سطح یک خدمات سلامت و پرهیز از تخصص گرایی و افزایش هزینه ها در سطوح دوم و سوم سلامت؛ توجه به پیشگیری به جای درمان
	تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (Social determinants of health) و افزایش سطح سواد سلامتی جامعه، فرهنگ سازی عمومی در حوزه پزشک خانواده و نظام ارجاع
	تعهد سازمان های بیمه گر به تدوین و عملیاتی کردن راهنماهای بالینی موجود در زمان بندی مشخص؛ الزام قانونی به تهیه و استفاده از فرمولاری و راهنماهای دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی در بیمارستان ها

بحث و نتیجه‌گیری

در تحلیل نتایج این طرح، مشخص گردید که طرح تحول نظام سلامت، نکات مثبت و خروجی های مطلوبی نظیر کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم و پوشش نیازهای درمانی جمعیت نیازمند فاقد بیمه را برای نظام سلامت ایران به ارمغان آورده است. اما با شروع طرح تحول نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، امید آن می رفت که در ادامه به اصلاح ساز و کارهای نظام سلامت همچون اصلاح نظام بیمه ای با خرید راهبردی خدمات بر مبنای راهنماهای بالینی، اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بر مبنای پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح روند تجویز و مصرف دارو، تجهیزات پزشکی و خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی با هدف جلوگیری از تقاضای القایی فزاینده، اجرای برنامه های پیشگیری محور بر اساس تاکید سیاست های کلی سلامت، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عدالت و کارایی (منطبق بر سیاست های کلی سلامت)، اجرای قانون تمام وقتی پزشکان و اساتید تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی، ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات سلامت با توزیع مناسب و بهینه نیروی انسانی و زیر ساخت ها در مناطق مختلف کشور به ویژه مناطق محروم پرداخته شود و به تحول واقعی در نظام سلامت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

برسیم. اما اجرای گام سوم طرح تحول، علاوه بر تحمیل هزینه های بالا، سیستم سلامت را بیش از قبل به سمت درمان محوری هدایت نمود؛ به طوری که در مجموع شرایطی حاصل شد که مجلس شورای اسلامی برای جبران بدهی بیمه ها به بیمارستان های دولتی در چند مرحله مصوب کرد دولت اوراق مرابحه با سود ۱۵ درصد در محل هزینه کرد منتشر کند تا با خرید اوراق توسط مردم، بیمه ها بتوانند بدهی خود را پرداخت کنند. نظیر این کار در مورد بدهی به شرکت های پخش دارویی با انتشار ۲ هزار میلیارد تومان اوراق قرضه با سود ۱۶ درصد و در سررسیدهای یک ساله و دو ساله تکرار شد. از آنجاکه ادامه این روند منجر به انباشت بدهی های بیمه ها و ورشکستگی نظام بیمه ای کشور خواهد شد، لازم است تا برنامه های نظام سلامت کشور بر اساس اصلاح واقعی سازوکارها و مدیریت منابع اصلاح گردد. راهکارهای پیشنهادی خبرگان شرکت کننده در این پژوهش در جدول ۴ ارائه گردیده است. بر اساس مستندات ارائه شده، به رغم نقاط قوتی که طرح تحول نظام سلامت به همراه داشته است، این طرح از عدم یکپارچگی و عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی آسیب دیده و خروجی های آن با توجه به اهداف اصلی نظام سلامت، دچار ابهام است. هرچند در حوزه های حفاظت مالی بیماران در بیمارستان های دولتی، توسعه کمی زایمان طبیعی، توسعه های زیرساختی و عدالت در دسترسی مناطق محروم به خدمات سلامت دستاوردهای ارزشمندی حاصل شده، اما افزایش غیر اصولی مجموع هزینه های سلامت، ضعف عدالت در تخصیص منابع، عدم توجه به امکان پایداری طرح، عدم انطباق با سیاست های کلان بالادستی و کاهش قابل توجه کارایی، مزایای این طرح را برای ارائه دهندگان خدمت و دریافت کنندگان آن در بلندمدت به طور قابل ملاحظه ای کاهش داده و با گذشت زمان برخی از آثار مثبت این طرح که با صرف منابع زیادی به دست آمده بود روند معکوس به خود گرفته است. شایسته است که مدیران نظام سلامت با چاره اندیشی علمی و اصولی، مانع از از دست رفتن دستاوردهای مثبت آن گردند.

ملاحظات اخلاقی: با توجه به روش کار بیان شده در مطالعه مروری حاضر، این مقاله مشمول الزامات دریافت کد اخلاقی نیست. همچنین شایان ذکر است که در جریان مصاحبه های صورت گرفته، به افراد این اطمینان داده می شد که اطلاعات شخصی آنها به صورت محرمانه باقی مانده و نتایج بدون ذکر نام و در قالب یک تحلیل جامع منتشر خواهد شد.

سهم نویسندگان

محمد پیکان پور: طراحی مطالعه، گردآوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

سجاد اسماعیلی: گردآوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

نازیلا یوسفی: تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

احمد آریایی نژاد: طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل داده ها

حمیدرضا راسخ: تجزیه و تحلیل داده ها و نگارش مقاله

منابع

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 1st Edition, Oxford university press: New York, 2003

2. Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy 1994; 27:19-34

3. Esfandiar M, Rasi V, Khodamoradi A. Health Transformation Plan in Stably Pathway. 1st Edition, Research Institue of Iran Social Security Organization: Tehran, 2016. [In Persian]

4. World Health organization (WHO) website, Out-of-pocket as percent of current health expenditure (CHE), 2014. Available at: http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

5. Sajadi HS, Zaboli R. An Assessment of the Positive Effects of Health Reform Plan Implementation from the Perspective of Hospital Directors. Health Information Management 2016; 13:55-60 [In Persian]

6. The Iran's Ministry of Health website, Health department report in the eleventh government, 2015. Available at: http://ird.behdasht.gov.ir/ [In Persian]

7. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology 2006; 3:77–101

8. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qualitative Research 2001; 1:385-405

9. Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. 1 st Edtition, Sage Publications: USA, 2004

10. Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

of evidence. 1 st Edtition, Elsevier Health Sciences: Missouri, 2012
11. Stemler S. An overview of content analysis. Practical Assessment, Research and Evaluation 2001;7:137–46
12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005;15:1277–88
13. Webb EJ, Campbell DT, Schwartz RD, Sechrest L. Unobtrusive measures. 1 st Edtition, Volume 2, Sage Publications: London, 1999
14. Greene JC. The generative potential of mixed methods inquiry. International Journal of Research and Method in Education 2005;28:207–11
15. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. In Oncology Nursing Forum 2014; 41:545-547
16. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing 2008;62:107–15
17. National Institue of Health Research website. Evaluation of Health Transformation Plan; 2015. Available at: http://nihr.tums.ac.ir/ [In persian]
18. Iran Food and Drug Administration website. Rapid Review of the Iran Health Transformation Plan (HTP); 2015. Available at: http://fda.gov.ir/ [In Persian]
19. Statistical Center of Iran website. National Health Accounts; 2016. Available at: https://www.amar.org.ir/ [In Persian]
20. Central Bank of Iran website. Price index of goods and services in urban areas of Iran; 2017. Available at: https://www.cbi.ir/default.aspx [In Persian]
21. Mohamadi E, Zaraei G. Investigating the Effect of Health Care Improvement Plan on the Payment of the Insured in Iranian Health Insurance Organization (Case Study: Hospitalized Patients in Collegiate Hospitals of Ilam City in December 2013 and 2014) Journal of Ilam University of Medical Science 2017; 24:178-188 [In Persian]
22. Rad EH, Yazdi-Feyzabad V, Yousefzadeh-Chabok S, Afkar A, Naghibzadeh A. Pros and cons of the health transformation program in Iran: evidence from financial outcomes at the household level. Epidemiology and health 2017; 39: e2017029
23. Tavan H, Menati R, Alimardani O, Sayadi F, Borgi M. A survey on patients and patient' companion satisfaction for health reform plan in the Shahid Mostafa Khomeini hospital of Ilam city in 2015. Nursing Journal of the Vulnerable 2016;2:27-39 [In persian]
24. Goudarzian AH, Sharif Nia H, Jafari H, Jamali S, Badiee M, Sayemi Z, et al. Inpatient Satisfaction with Health System Transformation Project in Mazandaran Educational Hospitals, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2016; 26:190-5 [In Persian]
25. Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar MM, Motamedi M, Tarkhorani M. Patient satisfaction before and after executing health sector evolution plan. Ṭibb-i urzhāns-i Īrān 2015; 2:127–33 [In persian]
26. Doorslaer E Van, Donnell OO, Rannan-eliya RP, Herrin AN, Lee T, Leung GM, et al. Paying Out-Of-Pocket for Health Care in Asia: Catastrophic and Poverty Impact. Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo 2005; 3:1-51
27. Research Institue of Iran Social Security Organization website. Analytical Report of Health Transformation Plan; 2016. Available at: http://www.ssor.ir/ [In persian]
28. Maharlou HR, Barati O, Maher MH. The study of inpatient services costs provided to cardiovascular patients referred to Al-zahra heart hospital in shiraz during 2ndhalf of 2013 And compare to the same time after Iranian Health Transformation Plan implementation. Journal of Healthcare Management 2016; 7:31-38 [In Persian]
29. Piroozi B, Moradi G, Esmail Nasab N, Ghasri H, Farshadi S, Farhadifar F. Evaluating the effect of health sector evolution plan on cesarean rate and the average costs paid by mothers: A case study in Kurdistan province between 2013-2015. Journal of hayat 2016; 22:245-54 [In Persian]
30. Sarkhanlou F, Saeedi M, Janbabai G, Nikfar S, Morteza-Semnani K, Zaboli P. Comparative Study of Direct Patient and Drug Costs before and after the Implication of Healthcare Reform Program in Sari, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2016; 26:228-32 [In Persian]
31. Aghyousefi A, Amirpour B, Alipour A, Zare H. Assessment of changes in cesarean indications before and after the implementation of health sector evolution plan in pregnant women referred to Nezam-Mafi hospital, Shoush, Khoozestan province in 2013-2014. Pajoohandeh Journal 2016; 20:320-6
32. Zarei E, Majidi S, Bay V. Achievement of health sector evolution objectives in the vaginal delivery promotion plan: A study in a large public hospital in Tehran. Journal of Health in the Field 2017; 3:2 [In Persian]
33. Nabilou B, Yusefzadeh H, Salem Safi P. Performance assessment of health system reform plan in the hospitals affiliated with urmia university of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

medical sciences. Journal of Urmia Nurse Midwifery Faculty 2017;14:896-905 [In Persian]
34. Shaham G, Komeili A, Masoudi ASLI. Impact of Healthcare Overhaul Plan on Manpower Distribution at Selected Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Science. Journal of Healthcare Management 2016; 7:17-26. [In Persian]
35. Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of IRAN website. Reviewing Iran's Budget law, Health Department; 2016. Available at: http://rc.majlis.ir/fa/report/show/1004392 [In persian]
36. Statistical Center of Iran website. Results of urban and rural households' expenditure and income. 2017. Available at: https://www.amar.org.ir/articleType/CategoryView/categoryId/108 [In Persian]
37. World Health organization (WHO) website, World health statistics 2015. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
38. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International journal of health policy and management 2015;4:637
39. Zadeh ZG, Sajadi HS, Sajadi FS, Aghili G, Hadi M. The comparison of selected statistical indicators of a hospital before and after the implementation of health reform plan: Isfahan-2015. Journal of Health in the Field 2017;4:4 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]

ABSTRACT

A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan

Mohammad Peikanpour [1], Sajjad Esmaeli [1], Nazila Yousefi [1], Ahmad Aryaeinezhad[2], Hamidreza Rasekh [1*]

1. School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Director of Iranian society of Internal Medicine, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(5): 481-494
Accepted for publication: 1 September 2018
[EPub a head of print-2 September 218]

Objective (s): Healthcare systems always are trying to improve accessibility, equity, service quality, and efficiency indicators within their limited resources. This study was aimed to provide a comprehensive overview of four-years achievements and challenges of Iran's Health Transformation Plan (HTP), which began in 2014.
Methods: "Thematic analysis" following interviews with health experts was carried out to identify positive and negative consequences. Subsequently, "Content analysis" was applied on published official reports. Finally, results were aggregated and analyzed through "Triangulation" method.
Results: Positive outcomes of Iran's HTP, identified in this study, included reducing inpatients' out-of-pocket expenditures in public sector, protecting vulnerable patients, promoting natural childbirth delivery, improving public health sector's tangible assets, and improving access to specialized services in remote areas. In contrast, negative consequences of this plan were increasing induced demand, increase in total health expenditures, higher number of referrals in public sector services, increase in share of health expenditure in household budget, increasing disruptions in pharmaceutical supply chain, and intensification of medical personnel's complaints due to salary inequity. Additionally, lack of feasibility studies before starting the plan, lack of sustainable resources to maintain services provision, conflicts with macro policies and conflict of interest in policymaking, prioritizing treatment over prevention, inappropriate human resource management, and inefficient policies were identified as main drivers of HTP challenges.
Conclusion: Despite some achievements, HTP is suffering from lack of holistic approach and acceptable economic measures that resulted to fall achieving the ultimate goals of the plan. As time passing some positive outcomes acquired by immense expenses of public budget have begun a revers trend, which necessitates a major revision of HTP. It seems that a major revision of HTP based on sound health economics measures is necessity.

Key Words: Health Transformation Plan, Iran, achievements, challenges

* Corresponding author: School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: Hrasekh@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.9.1]