

مروری بر دستاوردها و چالش های طرح تحول نظام سلامت ایران

محمد پیکان پور^۱، سجاد اسماعیلی^۱، نازیلا یوسفی^۱، احمد آریایی نژاد^۲، حمیدرضا راسخ^{۱*}

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 - 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 در ۱۳۹۳ 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 با خبرگان 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 "سه سویه سازی" تجمیع و تحلیل شدند.

یافته ها: آثار مثبت طرح، در قالب 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 در قالب افزایش تقاضای القایی، افزایش کل هزینه های درمانی، افزایش بار مراجعات مراکز دولتی، افزایش سهم هزینه های سلامت از سبد هزینه خانوار، افزایش ناراضیاتی 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: Hraskh@gamil.com

مقدمه

از آنجا که اهداف اصلی تمام نظام‌های سلامت، ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تامین منابع و رضایت بیماران است. این نظام‌ها همواره تلاش می‌نمایند تا با افزایش اهداف میانی مانند افزایش دسترسی و ارتقای کیفیت و کارایی، شاخص‌های مربوط به اهداف عالی خود را بهبود دهند. انتظار می‌رود نتیجه این تلاش‌ها 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]. نظام‌های سلامت در سراسر جهان تحت تاثیر چهار نیروی محرک، دائما در پی اصلاح خود هستند. این محرک‌ها که قدرت آنها به طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، شامل هزینه‌های فزاینده در مراقبت‌های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت‌ها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است [۱]؛ لذا اصلاحات نظام سلامت در دهه‌های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت‌های 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 ملاحظه‌ای در حوزه بهداشت و درمان کشور دیده می‌شد. طبق داده‌های مرکز آمار ایران، سهم مردم در پرداخت هزینه‌های 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 یارانه‌ها 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 می‌شد. 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 می‌شدند که این خود علاوه بر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران می‌شد. از طرفی از نظر پزشکان مقدار تعرفه‌های خدمات پایین بود و این امر توجیهی برای اخذ وجوه 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 هزینه‌های 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 دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد. با اجرای این طرح، علاوه بر محافظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بخش‌های بستری بیمارستان‌های دولتی مد نظر قرار گرفت [۵] و منابع آن با تصویب بودجه ۶۸۰۰۰ میلیارد ریالی از محل درآمد هدفمندی یارانه‌ها (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 سیاست‌های جمعیتی (۲۵۰۰ میلیارد ریال محقق شده) و ۲۸۰۰۰ میلیارد ریال از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده (۲۳۸۷۰ میلیارد ریال محقق شده) با مجموعاً 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 تعرفه‌ها" و "تحول در آموزش پزشکی" پیگیری گردید. در گام اول با تمرکز بر بخش درمان، کاهش میزان پرداخت بیماران بستری در بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت؛ ارتقای کیفیت معاینات پزشکی در بیمارستان‌های دولتی؛ ارتقا کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی؛ حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، 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 خانه‌های بهداشت بود. در گام سوم، کتاب ارزش‌های 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 دوره‌های دکترای حرفه‌ای،

محتوا یک شیوه پژوهشی است که برای تشریح عینی و منظم محتوای آشکار پیام‌های موجود به کار می‌رود [۹]. در واقع با کمک تحلیل محتوا می‌توان ویژگی‌های یک متن بیان شده و یا مکتوب را به طور واقع‌بینانه‌ای شناخت و بر اساس آن استنتاج کرد. Grove و Burns تحلیل محتوا را از جمله روش‌های تحلیل کیفی می‌دانند که به منظور طبقه‌بندی کلمات و واژه‌های موجود در متن انجام می‌شود [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 داده‌ها در آن شکل گرفته است را نیز مورد توجه قرار می‌دهد [۱۱]. در تحلیل محتوا، داده‌ها از قبل وجود دارند بنابراین مانند دیگر روش‌های آماری تحت تاثیر خطای آزمودنی نیست. همچنین تحلیل محتوا، مطالب فاقد ساختار را هم می‌پذیرد و آنها را در کنار دیگر داده‌های اعتبار سنجی شده، مورد بررسی و تحلیل قرار می‌دهد. برای انجام تحلیل محتوای کیفی، گزارش‌های 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 سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶ با محوریت نقد و بررسی آثار طرح تحول نظام سلامت و گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس در بررسی بودجه بخش بهداشت و درمان، بررسی گردیدند. پس از آن گزارشات جمع‌آوری شده، مستقلاً توسط سه نفر از اعضا تیم تحقیق، مطالعه و کدگذاری گردید. کدهای اولیه در طبقات محتوای مشخص دسته‌بندی 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 سه‌سویه سازی تجمیع گردیدند. سه‌سویه سازی یکی از مهم‌ترین راهبردها برای بهره‌بردن همزمان از انواع روش‌های پژوهش (دو روش یا بیشتر) است که در این مطالعه در سطح داده‌ها و نتایج صورت می‌پذیرد. طبق این روش، یک فرضیه زمانی ابقا می‌شود که در برابر یک سری از روش‌های مکمل آزمودن، تاب مقاومت داشته باشد و لازم است تا در کنار مصاحبه یا پرسشنامه، از اندازه‌های نامداخله‌ای (که نیاز به مشارکت پاسخگو ندارند و در آن‌ها پاسخ‌ها دستکاری نمی‌شوند) استفاده شود [۱۳]. در واقع راهبرد تلفیق

وجود واحدهای غیر ضروری در طول دوره تحصیل، مشکلات دانشجویان در طول دوره درسی و کارآمد نبودن آموزش‌ها، گام چهارم به تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی اختصاص پیدا کرد. در حالی که چهار سال از اجرای طرح تحول سلامت می‌گذرد و انتظار می‌رود که اصلاحات ایجاد شده توانسته باشد تغییراتی را در شاخص‌های اصلی نظام سلامت شامل سلامت، عدالت و رضایتمندی ذی‌نفعان 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 داده‌های انتشار یافته توسط سازمان‌های رسمی دست‌اندرکار طرح، پیرامون دستاوردها، پیامدها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت ارائه دهد.

مواد و روش کار

در این پژوهش از سه روش تحلیل مضمون، تحلیل محتوا و سه‌سویه سازی (Triangulation) برای پردازش داده‌ها 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 بخش‌های مختلف حوزه سلامت (تا رسیدن به نقطه اشباع نظرات تحلیلی)، مصاحبه صورت گرفته و نظرات مربوطه پیرامون نقاط مثبت و منفی طرح تحول، جمع‌آوری گردید. انتخاب افراد برای انجام مصاحبه بصورت هدفمند بود. پس از اتمام مصاحبه‌ها، فایل‌های مربوطه به متن تبدیل شده و برای تجزیه و تحلیل داده‌های متنی، از روش کارآمد "تحلیل مضمون" استفاده گردید. تحلیل مضمون روشی برای بررسی، تحلیل و دسته‌بندی الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. این روش فرآیندی برای تحلیل داده‌های متنی پراکنده و متنوع و تبدیل آنها به مضامین غنی و فراگیرتر است [۷]. در واقع تحلیل مضمون به چارچوب‌های نظری پیش از خود وابسته نیست و با داشتن ماهیت تفسیری بر پایه مضامینی که در طی تحلیل رنگ بیشتری پیدا می‌کنند الگوی مستقلی را ارائه خواهد داد [۷]. برای رسیدن به این هدف، به کارگیری کدگذاران مستقل اهمیت ویژه‌ای در فراگیری مضامین حاصل شده دارد [۸]. که در پژوهش حاضر کدگذاری توسط دو نفر از اعضا تیم تحقیق و با کمک نرم‌افزار 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

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 داده‌های حساب‌های ملی سلامت، میزان پرداخت از جیب مردم در سال ۱۳۹۴ به ۳۷٪ کاهش داشته و سهم دولت و صندوق‌های بیمه در تامین مالی هزینه‌های خدمات سلامت، هریک به میزان ۲۶٪ بوده است. در پوشش هزینه‌های بستری، سهم مردم و دولت هریک ۲۵٪ و سهم صندوق‌های بیمه ۴۴٪ بوده است. این در حالی است که طبق این داده‌ها قدر مطلق پرداخت‌های صندوق‌های بیمه در پوشش هزینه‌های بستری بین سال‌های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۱۰۳ درصد و بین سال‌های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۴۸ درصد افزایش داشته است. همچنین قدر مطلق پرداخت از جیب مردم در پوشش هزینه‌های بستری بین سال‌های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۹/۸ درصد و بین سال‌های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۲۷/۹ درصد افزایش داشته است [۱۴]، درحالی‌که 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 شده‌اند [۲۰].

مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های شهر ایلام در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نیز نشان می‌دهد که گرچه کاهش سهم پرداختی بیماران به میزان ۲/۱۱٪ در بخش زنان و زایمان و ۵/۱٪ در سایر بخش‌ها 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 هزینه‌های بیماران دیده می‌شود [۲۱]. در بیمارستان‌های استان گیلان نیز بدون تغییر در

روش‌ها، از دادن پاسخ‌های ساده انگارانه به پرسش‌های پژوهش‌جویگری می‌کند [۱۴] و درصدد است تا به واسطه این پیش‌فرض که سه سویه‌سازی همیشه باید به گزاره‌های معتبر واحد منتج شود، ناسازگاری‌ها و تناقضات بین نتایج حاصل از روش‌های مدنظر را جهت افزایش پایایی، برطرف کرده و همگرایی‌های موجود را به عنوان نتیجه ارائه نماید [۱۵]. در این مطالعه، سه سویه‌سازی علاوه بر نتایج حاصل از دو مرحله تحلیل مضمون و تحلیل محتوا، داده‌های منتشر شده از پایگاه‌های بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، مرکز آمار ایران و سازمان ثبت احوال کل کشور را هم برای ارائه نتایج تلفیقی همگرا در بر گرفته است.

یافته‌ها

مصاحبه نیمه ساختار یافته کیفی با ۱۷ نفر از خبرگان بخش‌های مختلف حوزه سلامت جهت استخراج نقاط قوت و ضعف طرح تحول نظام سلامت انجام گردید. جامعه آماری شامل خبرگان بخش‌های مختلف حاکمیتی و سیاست‌گذاری، مدیریتی، دانشگاهی، بیمه، پزشکان، صنعت و تجارت و سازمان‌های مردم‌نهاد با میانگین تجربه‌ی کاری ۹/۳ سال بود. دیگر آمار توصیفی مربوط به مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ ارائه گردیده است. آنچه‌نشان‌دهنده جهت دست‌یابی به تفاسیر و تعبیر ذهنی کنش‌گرها از روش کیفی Thematic Analysis بهره‌برده شد. طبق نظر Stirling 2001 و Elo 2008 در اولین فرصت پس از انجام مصاحبه، پیاده‌سازی 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 "یادداشت‌های تحلیلی" برای هر مصاحبه در جدول پردازش، وارد شد [۱۶، ۱۸]. در صورت وجود ابهام در برداشت‌های صورت گرفته، مجدداً با فرد مصاحبه‌شونده تماس برقرار شده و نسبت به رفع ابهام اقدام می‌گردید. پس از آن با پردازش کدهای اولیه، "کدهای متمرکز"، "مقوله‌ها" و "مضامین نهایی" مشخص شدند که نتایج به صورت یکپارچه در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. در ادامه، بخشی از گزاره‌های استخراج شده از تحلیل محتوا که در ارتباط با داده‌های 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

در مناطق روستایی کاهش داشته، اما در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۴ مجدداً سیر صعودی به خود گرفته است (از ۱/۱۷٪ 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 درآمدها 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 میزان ۳/۲٪ 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 مأموریت 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 الزهراء شیراز نشان داد که پرداخت از جیب بیماران جراحی قلب، از ۱۰ میلیون ریال به ۶ میلیون ریال کاهش و متقابلاً 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].

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 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 تقریباً 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 ۲/۷، 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. متأسفانه 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

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 خصوصاً 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 در خصوص 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 انتهای 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].

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: کم رنگ 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

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

سطح یک تنها ۹٪ بوده که این امر می تواند ناشی از تقاضای القایی و در تضاد با اصل "صرفه جویی بر اساس حیطه" (Economies of scope) باشد. طبق گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سازمان 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 شاخص در مناطق روستایی ۹/۷ برابر نسبت به مناطق شهری بوده است [۱۸]. در نهایت چالش اجتماعی طرح تحول ناظر به اعتراضات کادر درمانی، ناشی از افزایش فشار کار بر کادر پرستاری و نارضایتی ناشی از تعمیق شکاف درآمدی پزشکان و سایر اعضای کادر درمانی بود. بعلاوه با به تعویق افتادن پرداخت درآمدهای مصوب شده بیمارستان های مختلف دولتی، بخش های رادیولوژی، آزمایشگاه ها، داروخانه ها و برخی بخش های دیگر بارها بر عدم ارائه خدمات به افراد تحت پوشش بیمه تاکید و یا اقدام شد. در ادامه توقعات درآمدی پزشکان، پرستاران و انتظارات به حق بیماران که بسیار بالا رفته است، با توجه به عدم امکان تامین منابع می تواند منجر به نارضایتی بخش های مذکور گردد.

بیمه همگانی افزایش می یابد و عده ای از افراد تحت پوشش تامین اجتماعی نیز بر همین اساس به بیمه سلامت مهاجرت می کنند. با اجرای طرح بیمه ایرانیان در دی ماه ۱۳۸۷ جمعیت تحت پوشش این بیمه در سال ۱۳۹۲ معادل ۲۶۱۱۴۰۶ نفر بوده است که پس از اجرای طرح تحول در پایان سال ۱۳۹۳ به ۹۴۷۹۱۰۵ نفر افزایش می یابد [۲۷]. بعلاوه عدم توازن رشد منابع و مصارف سازمان های بیمه پایه از محل بودجه عمومی کشور منتج به کسری سالانه حدود ۲۲ درصدی گردیده است. از طرفی سهم دولت از منابع سازمان تامین اجتماعی از جمله سهم کارفرمایی و ۳ درصد حق بیمه را که سال ها پرداخت نگردیده بود تا پایان سال ۱۳۹۵ به ۱۳۰ هزار میلیارد تومان رسید، و طبق گزارش موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، صندوق درمان تامین اجتماعی در مرز ورشکستگی قرار گرفته است [۲۷].

طبق گزارش هزینه کرد سازمان بیمه سلامت پس از طرح تحول، رشد هزینه های بخش های بستری موقت ۱۱۱٪، پرتوپزشکی ۹۸٪ و پزشک متخصص و فوق تخصص ۷۲٪ بوده، در حالی که رشد این شاخص برای خدمات توسط پزشک عمومی ۱۸٪ و در خدمات

جدول ۱: 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 (۷۲-۴۲) میانه: ۵۰/۹	دکترای تخصصی: ۸ دکترای حرفه ای: ۵ کارشناسی ارشد: ۴	۵۳/۶	۳۴۱۹

جدول ۲: نقاط مثبت طرح تحول نظام سلامت

مضامین اصلی	مقوله ها	کدهای متمرکز
۱	کاهش پرداخت های مردمی در بخش بستری دولتی حفاظت مالی بیماران در بیمارستان های 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 رضایتمندی نسبی بیماران بستری در بخش دولتی
۲	توسعه کمی زایمان 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 مشهود حوزه بهداشت و درمان
۴	عدالت در دسترسی	بهبود دسترسی به خدمات تخصصی حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

جدول ۳: نقاط ضعف طرح تحول نظام سلامت

مضامین اصلی	مقوله ها	کد های متمرکز
۱ افزایش مجموع هزینه های سلامت	افزایش تقاضای القایی افزایش کل هزینه های درمانی	"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" "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"
۲ عدم توجه به عدالت در تامین و تخصیص منابع	افزایش ناراضی کادر درمانی بروز مصادیق بی عدالتی در ارائه خدمات	"عدم توجه مناسب به بیمارستان های غیر دولتی"; "فروسودگی 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 قدر مطلق پرداختی مردم در مناطق شهری بیش از نرخ تورم عمومی کشور"
۳ عدم امکان پایداری طرح	تضعیف زنجیره تامین و عدم وجود منابع برای ادامه ارائه خدمات	"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" "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" "ضعف و خطای بیمه ها در پذیرش نسجیده 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"
۴ عدم انطباق با سیاست های بالادستی	مغایرت با سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی مغایرت با سیاست های کلی سلامت	"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 کرد های طرح و انتقال بدهی ها به دوره های آتی"; "اختلال در فرایند پرداخت های پرسنلی و غیر پرسنلی مانند (دارو و تجهیزات و غیره) و در نتیجه بروز نوعی تحریمی در تامین اقلام مورد نیاز مراکز درمانی دولتی" "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" "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 پابلوت و در نتیجه تضعیف آن" "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"
۵ کاهش کارایی	اولویت درمان بر پیشگیری و بهداشت مدیریت ناصحیح منابع انسانی پایین بودن اثربخشی سیاست ها	"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 کالاها سلامت، ارائه دهندگان مستقیم خدمت و نظام بیمه گری" "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" "تحمیل حجم کاری نامتناسب به کادر درمانی"; "عدم مشارکت صحیح کادر درمانی در طراحی دستورالعمل ها" "عدم دستیابی به خروجی های مطلوب همچون کاهش بار بیماری های غیر واگیردار و ارتقای سلامت جامعه"

جدول ۴: راهکارها و توصیه های برون رفت از چالش های طرح تحول نظام سلامت

رویکرد	راهکارهای عملیاتی
۱ مدیریت صحیح هزینه ها	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 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 توأمان 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 سبب 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 لایحه بودجه سنواری 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 توریسیم 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 تولیدی، 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 بر اساس 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
۵ بهبود کارایی	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 سبب 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 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 نتیجه گیری

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

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،

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 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. Esfandiari M, Rasi V, Khodamoradi A. Health Transformation Plan in Stably Pathway. 1st Edition, Research Institute 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. 1st Edition, Sage Publications: USA, 2004

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

of evidence. 1st Edition, 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*. 1st Edition, 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 Institute 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, Badiie 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. *Tibb-i urzhāns-i Irān* 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 Institute 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, Saedi 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. *Pajohandeh 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

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]

ABSTRACT

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

Mohammad Peikanpour¹, Sajjad Esmaeli¹, Nazila Yousefi¹, Ahmad Aryaeinezhad², 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