

Identifying the Obstacles to the Implementation of the Health System Reform Plan and their Ranking by AHP Method

Morteza Bakhtiari¹, Morad Shamsi*¹

Article Info:

Article History:

Received: 02.17.2020
Accepted: 04.21.2020
Published: 09.22.2020

Keywords:

Health System Reform
Plan
Public Hospitals
Ahvaz

DOI: 10.34172/doh.2020.32

Abstract

Background and Objectives: Health System Reform Plan was implemented with the aim of modifying the health system structure with the overall aim of responding to the needs of society, improving and promoting the health system and a fundamental step in solving community health problems in the country. The purpose of this study was identifying and ranking the barriers to implementation of health system transformation plan by AHP method.

Material and Methods: This study was an applied descriptive-survey study conducted Public Hospitals in Ahvaz. Statistical population was hospital managers, 12 of whom were selected by purposeful sampling. Open and closed questionnaires used for data collection. The t-test used to weight the indices, the AHP technique was used to rank the indices by paired comparisons based on the 9 ° hourly spectrum and also SPSS and the statistical software, Expert Choice, were used.

Results: Findings showed that 4 factors (financial, infrastructure, planning and human) with 22 d subfactors were identified as barriers to implementation of Health System Reform Plan that financial barrier with weighted average (0.381), infrastructure weighted average (0.332), Planning with Weighted Average (0.162) and Human with Weighted Average (0.120) gained first to fourth rank, respectively.

Conclusion: The results of the study showed that for the successful implementation of the Health System Reform Plan, it is necessary concentrate on the financing of the project, providing the necessary infrastructure, correct monitoring of the implementation, motivation and participation of human resources.

Citation: Bakhtiari M, Shamsi M. Identifying the Obstacles to the Implementation of the Health System Reform Plan and their Ranking by AHP Method. Depiction of Health. 2020; 11(3): 250-263.

1. Department of Management, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran (Email: modir400_2000@yahoo.com)

شناسایی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی و رتبه‌بندی آنان به روش AHP

مرتضی بختیاری^۱، مراد شمسی^{۱*}

چکیده

زمینه و اهداف: طرح تحول نظام سلامت با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، بهبود و ارتقای نظام سلامت و برطرف ساختن مشکلات درمانی جامعه اجرایی شد. هدف این پژوهش شناسایی و رتبه‌بندی موانع اجرایی طرح تحول نظام سلامت به روش AHP (Analytical Hierarchy Process) بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کاربردی و به لحاظ گردآوری اطلاعات توصیفی - پیمایشی بود که در بیمارستان‌های دولتی کلان‌شهر اهواز انجام گرفت. جامعه‌ی آماری آن، مدیران بیمارستان‌ها بودند که تعداد ۱۲ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی باز و بسته استفاده شد. از آزمون t جهت وزن‌دهی به شاخص‌ها، تکنیک AHP جهت رتبه‌بندی شاخص‌ها به روش مقایسات زوجی براساس طیف ساعتی ۹ درجه و نرم‌افزارهای آماری SPSS و Expert Choice استفاده گردید.

یافته‌ها: بنابر یافته‌های پژوهش ۴ عامل (مالی، زیرساخت، برنامه‌ریزی و انسانی) با ۲۲ زیر عامل به عنوان موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت شناسایی شدند که مانع مالی با میانگین وزنی (۰/۳۸۱)، زیرساخت با میانگین وزنی (۰/۳۳۲)، برنامه‌ریزی با میانگین وزنی (۰/۱۶۲) و انسانی با میانگین وزنی (۰/۱۲۰) به ترتیب رتبه‌های اول تا چهارم را کسب نمودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که برای اجرای موفقیت‌آمیز طرح تحول نظام سلامت، ضروری است تأمین منابع مالی، فراهم نمودن زیرساخت‌های لازم، نظارت دقیق بر اجرا، انگیزه و مشارکت نیروی انسانی مورد توجه متولیان این طرح قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرح تحول نظام سلامت، بیمارستان‌های دولتی، اهواز

نحوه استناد به این مقاله: بختیاری م، شمسی م. شناسایی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی و رتبه‌بندی آنان به روش AHP. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛

۱۱(۳): ۲۵۰-۲۶۳

۱. گروه مدیریت، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (Email: modir400_2000@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌تو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

TUOMS
PRESS
Tabriz University of
Medical Sciences

مقدمه

در دهه‌های اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه کرده‌اند. در ایران نیز بخش سلامت از ابتدای تشکیل تاکنون اصلاحاتی را تجربه کرده است که هر یک از این اصلاحات با هدف کلی پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه و ارتقا و بهبود نظام سلامت، تأثیراتی را به همراه داشته است (۱). در ایران، دانشگاه‌های علوم پزشکی در صف اول ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی به آحاد جامعه قرار دارند (۲). طرح تحول نظام سلامت با ۳ رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ در کشور اجرا شد (۳). در سال ۱۳۹۶، یک پژوهش مروری با هدف ارزیابی نقش طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی جامعه انجام شد و پژوهشگران آن نتیجه گرفتند که طرح تحول نظام سلامت توانسته است اولین و مهم‌ترین هدف خود یعنی کاهش میزان پرداخت از جیب بیماران را با موفقیت به انجام برساند و در نهایت رضایت‌مندی و توانمندسازی آحاد جامعه را در این زمینه کسب نماید (۴). یک پژوهش مروری دیگری نیز اخیراً با هدف بررسی رضایت‌مندی پرستاران از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام شده است که نتایج آن نشان داد برخی پرستاران از اجرای طرح تحول سلامت در ایران رضایت ندارند (۵). با گذشت ۵ سال از آغاز طرح تحول نظام سلامت، علی‌رغم دستاوردهای قابل توجه از جمله رضایت‌مندی مردم از برنامه‌های کاهش فرانشیز و ترویج زایمان طبیعی، ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، ارتقای کیفیت خدمات، ویزیت و هتلینگ بیمارستان‌ها شاهد مشکلات و چالش‌هایی در اجرا و ادامه‌ی این طرح می‌باشیم. کسری منابع مالی طرح از یک سو و معوق شدن حق‌الزحمه‌ی پزشکان و پرسنل، عدم توازن بین منابع و مصارف و رشد شدید هزینه‌ها در بیمارستان‌ها از سوی دیگر استمرار طرح را به مخاطره انداخته است (۵،۴). ارزیابی عملکرد سیستم مراقبت سلامت و کارایی طرح تحول سلامت به دلیل پیچیدگی‌های این بخش از ضروریات انکارناپذیر می‌باشد (۶).

در سال‌های اخیر تحقیقات مهمی در داخل و خارج کشور در این خصوص انجام شده است، برای مثال نتایج پژوهش محمدحسینی سروک و سجادی‌خواه (۱۳۹۷) با عنوان «بررسی کیفیت خدمات درمانی پس از اجرای برنامه‌ی طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های شهر یاسوج» نشان داد که بین نظام سلامت و کیفیت خدمات درمانی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد، همچنین کیفیت خدمات درمانی با کاهش میزان پرداختی بیماران، حمایت از ماندگاری پزشکان

در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌ها و ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی شهر یاسوج رابطه معنی‌داری داشت (۷). دادگر، جهانی و محمودی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های عملکردی مراکز بیمارستانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان» نشان دادند که بعد از طرح تحول سلامت همه‌ی شاخص‌ها نسبت به قبل وضعیت بهتری داشته‌اند و این ارتقاء در تمام موارد معنی‌دار بود. فقط متوسط اقامت بیمار بعد از طرح تحول افزایش اندکی داشت که این افزایش نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود. قبل از اجرای این طرح، اختلاف میانگین فقط برای شاخص ضریب اشغال تخت بین مراکز آموزشی و غیرآموزشی معنی‌دار بود، اما بعد از اجرای طرح، اختلاف میانگین برای همه‌ی شاخص‌ها جز شاخص متوسط طول اقامت، معنی‌دار بود (۸).

براساس نتایج پژوهش کاظمینی و همکاران (۱۳۹۴) که با هدف بررسی عملکرد طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاهی استان یزد انجام شد، ۴۷/۲ درصد مدیران اعتقاد داشتند طرح تحول نظام سلامت ۶۰ الی ۷۹ درصد به اهداف خود رسیده است. ۷/۵ درصد از مدیران معتقد بودند که طرح مذکور نتوانسته است در برخورد با هزینه‌های خارج از تعرفه موفق شود و نیروی انسانی با ۴۸/۱ درصد به عنوان مهم‌ترین مشکل و تعامل با بیمه‌ها با ۹/۲ درصد به عنوان کمترین مشکل در عملکرد طرح تحول سلامت معرفی شدند (۹).

حیدریان و وحدت در پژوهشی اطلاعات درآمدی ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را که شامل عمومیت تخصص‌ها بود، در ۹ ماهه‌ی ابتدای اجرای طرح بررسی نمودند. نتایج بیانگر این بود که با احتساب نرخ تورم، به طور متوسط میزان پرداخت از جیب بیماران با میانگین ۱۸/۲ درصد و انحراف معیار ۸۲/۱ درصد نهایتاً ۱۷/۴۳ درصد کاهش داشته که می‌تواند به دلیل پرداخت یارانه از سوی دولت باشد (۱۰). سنگ و ونگ (Sang & Wang) (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با عنوان «ارزیابی اصلاحات سیستم سلامت در استان هوپای چین» به این نتیجه دست یافتند که طرح تحول اجرا شده در این کشور نتوانسته است منجر به ارتقای سطح سلامت مردم روستایی و شهری گردد و به واسطه‌ی اجرای آن، شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، برابری و کیفیت به طرز معناداری ارتقا یافته است (۱۱). یاردیم و سیلینگیروگلو (Yardim & Cilingiroglu) (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان «حفاظت مالی در سلامت ترکیه و اثرات برنامه‌ی تحول سلامت» نیز نشان دادند که اجرای طرح تحول سلامت در این کشور منجر به حفاظت مالی بیماران در برابر هزینه‌های

کدام‌اند؟ رتبه‌بندی موانع اجرایی این طرح چگونه است؟ ضمناً سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان طرح تحول نظام سلامت ذی‌نفعان این پژوهش می‌باشند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری اطلاعات، یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه‌ی آماری، مدیران بیمارستان‌های دولتی کلان‌شهر اهواز بود که تعداد ۱۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند، انتخاب شدند. ملاک انتخاب اعضای نمونه داشتن سابقه‌ی همکاری با طرح، شرکت در جلسات وزارتی یا بیمارستانی و شرکت در کارگاه‌های کشوری یا استانی بود. همچنین معیار خروج از پژوهش عدم آشنایی با طرح تحول نظام سلامت، عدم اشتغال در بیمارستان‌های دولتی کلان‌شهر اهواز و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. برای گردآوری داده‌ها جهت شناسایی موانع از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته با طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از خیلی کم تا خیلی زیاد) استفاده گردید و برای رتبه‌بندی عوامل از پرسش‌نامه‌ی مقایسات زوجی با طیف ساعتی ۹ درجه‌ای استفاده شد. برای محاسبه‌ی پایایی پرسش‌نامه از ضریب همبستگی کندال که میزان همگرایی خبرگان در پاسخ‌گویی به گویه‌ها را نشان می‌دهد، استفاده گردید که مقدار آن ۰/۵۵۶ تعیین شد. این میزان نشان می‌دهد تقریباً ۵۶ درصد بین نظرات خبرگان در پاسخ به سؤالات توافق وجود دارد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل روش AHP جهت تعیین ساختاری سلسله‌مراتبی و رتبه‌بندی عوامل استفاده گردید. این محاسبات با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Expert Choice انجام شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌های تحقیق، آمیخته‌ای از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق استفاده و از آمار توصیفی برای بررسی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای تحقیق در قالب جدول و نمودار استفاده شد. همچنین در خصوص آمار استنباطی، برای تعیین ساختاری سلسله‌مراتبی و برای رتبه‌بندی نهایی معیارها از روش AHP استفاده شد. واژه‌ی AHP به معنی فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی است. انتخاب سنجه‌ها (criterion) یا بخش اول واکاوی AHP است. سپس براساس سنجه‌های شناسایی شده نامزدها ارزیابی می‌شوند. علت سلسله‌مراتبی خواندن این روش آن است که ابتدا باید از اهداف و راهبردهای سازمان در رأس هرم آغاز کرد و با گسترش آن‌ها سنجه‌ها را شناسایی کرد تا به پایین هرم رسید. در راند اول پرسش‌نامه‌ی باز و در راند دوم به منظور بالا بردن سطح اطمینان از همگنی شاخص‌های مستخرج از پرسش‌نامه‌ی باز مرحله‌ی اول، پرسش‌نامه‌ی بسته توزیع شد. جهت تحلیل

کمرشکن سلامت شده است (۱۲). همچنین وان در ویز (Van Der Wees) و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان «بهبود در وضعیت سلامتی پس از اصلاحات مراقبت‌های سلامت در ماسوجوست» بیان داشتند که اصلاح مراقبت‌های بهداشتی در ماسوجوست با ارتقای وضعیت سلامت همراه بوده و منجر به استفاده‌ی بیشتر از خدمات سلامتی خصوصاً در قشر ضعیف جامعه شده است (۱۳).

علاوه بر تکالیف قانونی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه در ارتقای سلامت و اصلاح شاخص‌های کلان سلامتی کشور، تعهدات بین‌المللی از جمله اهداف توسعه‌ی هزاره‌ی سوم سازمان ملل نیز همه‌ی دولت‌های گذشته و کنونی را موظف به توجه به بخش سلامت نموده است. از طرف دیگر، مطابق مستندات موجود، سرمایه‌گذاری برای سلامتی مردم، پرسودترین سرمایه‌گذاری برای یک جامعه‌ی در حال توسعه است. مطالعات هزینه‌ی اثربخشی نشان می‌دهد که یک دلار سرمایه‌گذاری در بخش سلامت، ۶/۵ دلار بازگشت سرمایه دارد. نگاهی به شاخص‌های مهم سرمایه‌گذاری از بودجه‌ی عمومی کشور و بخشی از درآمد ناخالص داخلی در بخش سلامت نشان می‌دهد که در سال‌های گذشته در این زمینه بی‌توجهی زیادی صورت گرفته است. رتبه‌ی ایران در این زمینه هم در بین کشورهای منطقه و هم کل جهان رتبه‌ی پایینی بوده است به نحوی که در سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری برای بخش سلامت، رسیدن به سطح متوسط منطقه و افزایش سهم دولت مورد تأکید قرار گرفته است (۱۴).

متعاقب اجرای طرح تحول نظام سلامت و لزوم پایش و ارزش‌یابی آن، پژوهش حاضر در ۲ مرحله صورت می‌گیرد. در بخش اول با استفاده از تحقیق کیفی، ابعاد و مؤلفه‌ها و مهم‌ترین موانع اجرای طرح تحول سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی کلان‌شهر اهواز، شناسایی و در بخش دوم با استفاده از روش AHP به رتبه‌بندی موانع مذکور در حیطه‌ی بیمارستان‌های کلان‌شهر اهواز، می‌پردازد و نتایج مورد استفاده‌ی سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مدیران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت درمان دانشگاه، مدیران و رؤسای بیمارستان‌های کلان‌شهر اهواز و پژوهشگران این حوزه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

با توجه به بررسی مطالعات صورت‌گرفته‌ی پیشین، تاکنون پژوهشی با عنوان «رتبه‌بندی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت» صورت نگرفته است که این شکاف دانشی ضرورت انجام این تحقیق را نشان می‌دهد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف شناسایی و رتبه‌بندی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شد، بنابراین هدف این پژوهش پاسخ به این سؤالات بود که موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت

اساس جدول زیر از کارشناسان خواسته می‌شود که امتیازات خود را به منظور سنجش میزان اهمیت هر سؤال ارائه دهند. ۵. در نهایت درصد ضریب توافقی کارشناسان براساس ضریب همبستگی تاو کندال محاسبه می‌گردد؛ در صورتی که ضریب همبستگی فوق معنی دار باشد، ادامه‌ی دلفی توقف می‌یابد.

۶. در مرحله‌ی آخر محاسبه‌ی میانگین حسابی انجام می‌شود و هر گویه‌ای که امتیاز آن از متوسط مقیاس ۹ امتیازی لیکرت کمتر باشد، حذف می‌شود. نتایج نهایی جهت رتبه‌بندی وارد فاز دوم پژوهش شدند.

نتایج مستخرج از پرسش‌نامه‌ی باز (رانند اول دلفی) مطابق روند ذکرشده، نتیجه‌ی جمع‌بندی نظرات همه‌ی کارشناسان طی راند اول دلفی و مستخرج از پرسش‌نامه‌ی باز به دست آمد و عامل‌ها و زیرعامل‌های موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه گروه دلفی شناسایی شدند. کلیه‌ی مؤلفه‌های جمع‌بندی‌شده با نظر استاد راهنما در ۴ عامل اصلی مالی، زیرساخت، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت و در نهایت انسانی طبقه‌بندی گردید. نتایج دور دوم دلفی محاسبه‌ی امتیازات و میانگین طیف ۹ امتیازی لیکرت برای هر گویه و انحراف معیار آن سنجش شد. بدین ترتیب ۴ عامل به همراه ۲۴ زیر عامل، از حیث درجه‌ی اهمیت به نقد خبرگان گذارده شد.

در پژوهش حاضر، با توجه به اینکه شناسایی مؤلفه‌ها در ابتدا با استفاده از نظر متخصصین و طی پرسش‌نامه‌ی باز صورت گرفت و همان مؤلفه‌ها طی مراحل بعدی با استفاده از تکنیک دلفی و با نظر خبرگان مذکور، تأیید و تثبیت گردید، پرسش‌نامه‌ها دارای روایی صوری است.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی (سابقه‌ی شغلی، محل خدمت و تحصیلات) در جدول ۱ آورده شده است.

پرسش‌نامه‌ی باز تابلوی راهنمای گدگذاری فراهم شد. آنگاه محقق یا گدگذار براساس کد راهنمای هر گزینه که در تابلو مشخص شده، به پاسخ‌های مربوط به هر پرسش‌نامه گد مربوط را اختصاص داد و در ستون حاشیه که اختصاص به گد پاسخ‌ها دارد، در مقابل سؤال باز و بر روی قسمت مربوط به آن گد گزینه را قرار داد؛ بدین ترتیب، گدگذاری سؤال باز با سایر سؤال‌های بسته‌ی پرسش‌نامه هماهنگ شد. گویه‌های پرسش‌نامه‌ی بسته (رانند دوم دلفی) شامل ۴ عامل و ۲۲ زیرعامل، در نظر گرفته شد؛ بدین ترتیب که عامل مالی شامل ۴ زیرعامل، عامل زیرساخت شامل ۶ زیرعامل، عامل منابع انسانی شامل ۵ زیرعامل و عامل برنامه‌ریزی، نظارت و اجرا شامل ۹ زیرعامل می‌باشد.

همچنین، به منظور تعیین وزن هر یک از عامل‌ها و زیرعامل‌ها در مقایسه با یکدیگر، پرسش‌نامه‌ی مقایسات زوجی میان شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها و سنجش میزان اهمیت از طیف پنج‌گانه‌ی دوقطبی، پرسش‌نامه‌ی رتبه‌بندی مؤلفه‌ها که پرسش‌نامه‌ی اصلی روش تحلیل سلسله مراتبی (AHP) است، طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۴ عامل و ۲۴ زیر عامل است بدین ترتیب که عامل مالی شامل ۴ زیرعامل، عامل زیرساخت شامل ۶ زیرعامل، عامل منابع انسانی شامل ۵ زیرعامل و عامل برنامه‌ریزی، نظارت و اجرا شامل ۷ زیرعامل می‌باشد که نحوه‌ی استخراج آن‌ها در زیر آمده است:

جهت شناسایی شاخص‌ها و تعیین شاخص‌های بااهمیت، مطابق مراحل زیر عمل شد:

- اولین مرحله طراحی پرسش‌نامه‌ی باز است که براساس موضوع تحقیق سؤالات مطرح می‌شوند که در پیوست این پرسش‌نامه ارائه شده است.
- ارسال پرسش‌نامه‌ی باز برای کارشناسان و جمع‌آوری آن‌ها

- جمع‌بندی همه‌ی پاسخ‌های کارشناسان و خبرگان
- مرحله‌ی تأییدی شاخص‌ها و زیرشاخص‌ها، در این مرحله مقابل هر گویه با طراحی طیف لیکرت ۹ مقیاسی بر

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی شرکت‌کنندگان در پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

سابقه‌ی شغلی بر حسب سال	۱۵ تا ۱۹ سال	۳ نفر	۰/۲۵
	۲۰ تا ۲۴ سال	۲ نفر	۰/۱۶/۶۶
	۲۵ تا ۲۹ سال	۶ نفر	۰/۵۰
	۳۵ سال	۱ نفر	۰/۸/۳۳
		کل: ۱۲ نفر	۰/۱۰۰
محل خدمت	سازمان مرکزی دانشگاه جندی شاپور	۴ نفر	۰/۳۳/۳۳
	معاونت درمان دانشگاه جندی شاپور	۴ نفر	۰/۳۳/۳۳
	بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز	۴ نفر	۰/۳۳/۳۳
		کل: ۱۲ نفر	۰/۱۰۰

۰/۵۰	۶ نفر	کارشناسی ارشد	تحصیلات
۰/۵۰	۶ نفر	دکتری	
۰/۱۰۰	کل: ۱۲ نفر		

انتخاب شاخص‌ها و زیرشاخص‌های بااهمیت

در این تحقیق ۴ شاخص اصلی و ۲۲ زیرشاخص به عنوان موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت شناسایی شدند که در جدول ۲ آورده شده‌اند.

جدول ۲. شاخص و زیرشاخص‌های شناسایی شده

شاخص / زیرشاخص	جمع امتیازات	میانگین	نمونه	انحراف معیار
مالی	۱۰۷	۸/۹۱	۱۲	۴۴
۱ ناپایداری منابع مالی طرح	۱۰۶	۸/۸۳	۱۲	۷۵
۲ ناکارآمدی بیمه‌ها به عنوان اصلی‌ترین منبع تأمین مالی طرح	۱۰۳	۸/۵۸	۱۲	۱/۰۲
۳ رشد چشمگیر هزینه‌های اجباری در بیمارستان‌ها با اجرای طرح تحول	۹۳	۷/۷۵	۱۲	۵۶
۴ عدم پرداخت به موقع حق‌الزحمه‌ی پزشکان در ازای حذف زیرمیزی	۶۶	۵/۵۰	۱۲	۳۲
زیرساخت	۸۷	۷/۲۵	۱۲	۴۲
۱ کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها	۹۸	۸/۱۶	۱۲	۴۱
۲ کمبود تجهیزات درمانی متناسب با طرح	۹۴	۷/۸۳	۱۲	۶۶
۳ کمبود نیروی متخصص و پائین بودن نسبت کلیدی پرستار به تخت	۸۴	۷/۰۰	۱۲	۶۲
۴ عدم اجرای نظام سطح‌بندی علی‌رغم تکلیف قانونی	۷۸	۶/۵۰	۱۲	۵۱
۵ عدم تهیه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت علی‌رغم تکلیف قانونی	۷۶	۶/۳۳	۱۲	۷۴
۶ عدم تهیه‌ی گایدلاین (راهنمای بالینی) علی‌رغم تکلیف قانونی	۶۸	۶/۵۰	۱۲	۷۱
برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت	۸۲	۶/۸۳	۱۲	۲۱
۱ اجرای هم‌زمان همه‌ی برنامه‌های طرح و حجم عظیم کار از حیث گستره‌ی اجرا	۹۸	۸/۱۶	۱۲	۳۳
۲ افزایش یک‌باره‌ی تعرفه‌ی خدمات پزشکی	۹۷	۸/۰۸	۱۲	۴۴
۳ عدم توجه به بخش بهداشت و تمرکز بر درمان (مقدم کردن درمان بر پیشگیری که بسیار پرهزینه‌تر است).	۹۲	۷/۶۶	۱۲	۴۷
۴ ضعف دستگاه در نظارت بر عملکرد مراکز درمانی	۷۵	۶/۲۵	۱۲	۳۵
۵ عدم بیش‌بینی درست سیل مراجعات با توجه به ارزان شدن فرانشیز خدمات درمانی	۷۶	۶/۳۳	۱۲	۴۰
۶ عدم اجرای عدالت در پرداختی به پرسنل و پزشکان و ایجاد نارضایتی	۶۸	۵/۶۶	۱۲	۵۱
۷ عدم آموزش کافی و عدم توجه کامل کارگروه‌های بیمارستانی	۶۳	۵/۲۵	۱۲	۳۸
۸ عدم وجود ضمانت اجرایی بر تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر	۲۸	۲/۳۳	۱۲	۲۸
۹ هدر دادن منابع دولتی و بیمه‌ها به بهانه‌ی کاهش پرداختی از جیب مردم	۲۶	۲/۱۶	۱۲	۵۴
انسانی	۶۳	۵/۲۵	۱۲	۵۷
۱ مقاومت کارکنان علی‌الخصوص پزشکان در مقابل اجرای طرح	۸۲	۶/۸۳	۱۲	۶۴
۲ ایفای نقش پزشکان (ذی‌نفعان) در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری	۷۹	۶/۵۸	۱۲	۵۱
۳ اقدام برخی پزشکان در انجام خدمات درمانی غیرضرور و ثبت غیرواقعی خدمات پزشکی	۷۳	۶/۰۸	۱۲	۵۲
۴ عدم تغییر الگوی رفتاری از سوی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت	۶۸	۵/۶۶	۱۲	۷۴
۵ تبعیض در برخورد با پزشکان	۶۰	۵/۰۰	۱۲	۵۵

رتبه‌بندی شاخص‌ها

بر اساس جدول ۳ شاخص مالی، زیرساخت، برنامه‌ریزی و انسانی به ترتیب رتبه‌های اول تا چهارم را کسب نمودند.

جدول ۳. رتبه‌بندی شاخص‌های شناسایی شده

رتبه	میانگین وزنی	شاخص‌ها
اول	۰/۳۸۱	مالی
دوم	۰/۳۳۲	زیرساخت
سوم	۰/۱۶۲	برنامه‌ریزی
چهارم	۰/۱۲	انسانی

- رتبه‌بندی زیرشاخص‌ها

زیرشاخص‌های هر عامل با استفاده از میانگین وزنی رتبه‌بندی شدند که در جدول ۴، ۵، ۶ و ۷ نشان داده شده‌اند.

جدول ۴. میانگین‌های وزنی و رتبه‌بندی زیرشاخص‌های عامل برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت

رتبه	میانگین وزنی	زیرشاخص	ردیف
اول	۰/۲۷۲	اجرای هم‌زمان همه‌ی برنامه‌های طرح و حجم عظیم کار از حیث گستره‌ی اجرا	P1
دوم	۰/۲۱۵	افزایش یک‌باره‌ی تعرفه‌ی خدمات پزشکی	P2
سوم	۰/۱۵۸	عدم توجه به بخش بهداشت و تمرکز بر درمان (مقدم کردن درمان بر پیشگیری که بسیار پرهزینه‌تر است)	P3
چهارم	۰/۱۱۵	عدم بیش‌بینی درست سیل مراجعات با توجه به ارزان شدن فرانشیز خدمات درمانی	P4
پنجم	۰/۱۰۲	ضعف دستگاه در نظارت بر عملکرد مراکز درمانی	P5
ششم	۰/۰۷۶	عدم اجرای عدالت در پرداختی به پرسنل و پزشکان و ایجاد نارضایتی	P6
هفتم	۰/۰۶۲	عدم آموزش کافی و عدم توجه کامل کارگروه‌های بیمارستانی	P7

جدول ۵. میانگین پاسخ کارشناسان و خبرگان در شاخص عوامل انسانی

رتبه	میانگین وزنی	زیر شاخص	ردیف
اول	۰/۳۰۶	مقاومت کارکنان علی‌الخصوص پزشکان در مقابل اجرای طرح	H1
دوم	۰/۲۶۳	ایفای نقش پزشکان (ذی‌نفعان) در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری	H2
سوم	۰/۱۸۶	اقدام برخی پزشکان در انجام خدمات درمانی غیر ضرور و ثبت غیر واقعی خدمات پزشکی	H3
چهارم	۰/۱۴۱	عدم تغییر الگوی رفتاری از سوی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت	H4
پنجم	۰/۱۰۴	تبعیض در برخورد با پزشکان	H5

زیرشاخص کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها بیشترین اهمیت و عدم تهیه‌ی گاید لاین (راهنمای بالینی) علی‌رغم تکلیف قانونی با پزشکان کمترین اهمیت را دارا می‌باشد.

میانگین‌های وزنی محاسبه‌شده با نرم‌افزار Expert Choice نشان داد که ناسازگاری مقایسات زوجی ۰/۰۵۸۲ بود و چون کمتر از ۰/۱ است، این مقایسات قابل قبول می‌باشد.

جدول ۶. میانگین‌های وزنی و رتبه‌بندی در عامل زیرساخت

رتبه	میانگین وزنی	زیرشاخص	ردیف
اول	۰/۲۸۲	کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها	I1
دوم	۰/۲۲۵	کمبود تجهیزات درمانی متناسب با طرح	I2
سوم	۰/۱۶۵	کمبود نیروی متخصص و پائین بودن نسبت کلیدی پرستار به تخت	I3
چهارم	۰/۱۲۶	عدم اجرای نظام سطح‌بندی علی‌رغم تکلیف قانونی	I4
پنجم	۰/۱۱۰	عدم تهیه‌ی پرونده الکترونیک سلامت علی‌رغم تکلیف قانونی	I5

زیرشاخص ناپایداری منابع مالی طرح بیشترین اهمیت و عدم پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه‌ی پزشکان در ازای حذف زیرمیزی کمترین اهمیت را دارا می‌باشد.

Expert میانگین‌های وزنی محاسبه‌شده با نرم‌افزار Choice نشان داد که ناسازگاری مقایسات زوجی ۰/۰۱ بود و چون کمتر از ۰/۱ است، این مقایسات قابل قبول می‌باشد.

جدول ۷. میانگین‌های وزنی و رتبه‌بندی در شاخص عوامل مالی

ردیف	زیرشاخص	میانگین وزنی	رتبه
F1	ناپایداری منابع مالی طرح	۰/۳۹۸	اول
F2	ناکارآمدی بیمه‌ها به عنوان اصلی‌ترین منبع تأمین مالی طرح	۰/۲۷۰	دوم
F3	رشد چشمگیر هزینه‌های اجباری در بیمارستان‌ها با اجرای طرح تحول	۰/۱۹۴	سوم
F4	عدم پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه‌ی پزشکان در ازای حذف زیرمیزی	۰/۱۳۸	چهارم

شاخص منابع مالی بیشترین اهمیت و شاخص نیروی انسانی کمترین اهمیت را دارا می‌باشد.

Expert میانگین‌های وزنی محاسبه‌شده با نرم‌افزار Choice نشان داد که ناسازگاری مقایسات زوجی ۰/۰۶ بود و چون کمتر از ۰/۱ است، این مقایسات قابل قبول می‌باشد.



نمودار ۱. برون‌داد نهایی کار

بحث

با توجه به اهمیت منابع انسانی و نقش کلیدی آن در پیشبرد اهداف سازمان‌ها (۱۵) در زمینه‌ی عامل منابع انسانی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که مقاومت کارکنان علی‌الخصوص پزشکان در مقابل اجرای طرح، ایفای نقش پزشکان (ذی‌نفعان) در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری، اقدام برخی پزشکان در انجام خدمات درمانی غیر ضروری و ثبت غیر واقعی خدمات پزشکی، عدم تغییر الگوی رفتاری از سوی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت، تبعیض در برخورد با پزشکان، مهم‌ترین موانع در اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز می‌باشد.

همچنین، در پاسخ به هدف دوم، عامل مالی با داشتن وزن ۰/۳۸۱ بیشترین اهمیت را از دیدگاه خبرگان داشت و مهم‌ترین مانع اجرای طرح تحول سلامت بود؛ زیرمعیارهای عامل مالی، به ترتیب اولویت شامل ناپایداری منابع مالی طرح، ناکارآمدی بیمه‌ها به عنوان اصلی‌ترین منبع تأمین مالی طرح، رشد چشمگیر هزینه‌های اجباری در بیمارستان‌ها با اجرای طرح تحول و عدم پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه‌ی پزشکان در ازای حذف زیرمیزی می‌باشد.

نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان این‌چنین استدلال نمود که اگرچه هدف‌گذاری اولیه‌ی طرح تحول سلامت از ابتدا منطبق با معیارهای سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت (حفاظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های سنگین سلامت، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات پزشکی)، اما متناسب با سرانه‌ی سلامت کشور نبود و به نظر می‌رسد به دلیل شتاب‌زدگی، کوتاه‌نگری و نیاز فوری جامعه بسیاری از الزامات طرح مورد توجه قرار نگرفت از جمله اتصال هزینه‌های پایدار طرح به منابع مالی ناپایدار، به نحوی که از برآیند پژوهش حاضر مشخص است که اصلی‌ترین عامل (مانع) اجرای طرح تحول شناخته‌شده، عامل مالی و در رأس آن ناپایداری منابع مالی می‌باشد، به طوری که علی‌رغم الزامات قانونی مواد ۳۲ تا ۳۹ برنامه‌ی پنجم توسعه و قانون بودجه‌ی سال ۹۳ و مهر و موم‌های بعد از آن و اختصاص ردیف‌های بودجه‌ای از جمله ۱۰ درصد از محل هدف‌مندی یارانه‌ها و ۱ درصد از محل مالیات بر ارزش افزوده جهت تأمین مالی طرح و تعیین محل هزینه‌کرد آن‌ها، موفقیت چندانی در تحقق و تخصیص منابع پیش‌بینی‌شده حاصل نگردیده است.

از طرفی، سازمان‌های بیمه‌گر نظیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه‌ی سلامت به عنوان شرکای وزارت بهداشت در پیشبرد اهداف طرح و به عنوان اصلی‌ترین منابع تأمین مالی طرح، علی‌رغم انعقاد تفاهم‌نامه‌ی اولیه نتوانسته‌اند به تعهدات خود در این زمینه عمل نمایند؛ لذا همان‌گونه که گفته شد، به نظر می‌رسد از یک‌سو ناپایداری منابع مالی طرح چه اعتبارات

پژوهش حاضر به منظور شناسایی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز و اولویت‌بندی آن‌ها از دیدگاه متخصصین امر، در سال ۱۳۹۶ صورت پذیرفت. هدف اولیه‌ی مطالعه شناسایی موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی کلان‌شهر اهواز از نظر ابعاد، شاخص‌ها و عوامل مؤثر بر آن بود.

هدف ثانویه‌ی مطالعه، رتبه‌بندی عوامل شناسایی‌شده به عنوان موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت بود.

در پاسخ به هدف اولیه در زمینه‌ی عامل مالی، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که ناپایداری منابع مالی طرح، ناکارآمدی بیمه‌ها (به عنوان اصلی‌ترین منبع تأمین مالی طرح که در انطباق با نتایج پژوهش مهرعلیزاده و گیلاوند بود (۵،۴)، رشد چشمگیر هزینه‌های اجباری در بیمارستان‌ها با اجرای طرح تحول و عدم پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه‌ی پزشکان در ازای حذف زیر میزی، مهم‌ترین موانع در اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز می‌باشد.

در زمینه‌ی عامل زیرساخت، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها، کمبود تجهیزات درمانی، کمبود نیروی متخصص و پائین بودن نسبت کلیدی پرستار به تخت، عدم اجرای نظام سطح‌بندی علی‌رغم تکلیف قانونی، عدم تهیه‌ی پرونده‌ی الکترونیکی سلامت علی‌رغم تکلیف قانونی و عدم تهیه‌ی گاید لاین (راهنمای بالینی) علی‌رغم تکلیف قانونی، مهم‌ترین موانع در اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز می‌باشد.

همچنین در زمینه‌ی عامل برنامه‌ریزی، نظارت و اجرا، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که اجرای هم‌زمان همه‌ی برنامه‌های طرح و حجم عظیم کار از حیث گستره‌ی اجرا، افزایش یک‌باره‌ی تعرفه خدمات پزشکی، عدم توجه به بخش بهداشت و تمرکز بر درمان (مقدم کردن درمان بر پیشگیری که بسیار پرهزینه‌تر است)، عدم پیش‌بینی درست سیل مراجعات با توجه به ارزان شدن فرانشیز خدمات درمانی، ضعف دستگاه در نظارت بر عملکرد مراکز درمانی و عدم اجرای عدالت در پرداختی به پرسنل و پزشکان و ایجاد نارضایتی و عدم آموزش کافی و عدم توجه کامل کارگروه‌های بیمارستانی، مهم‌ترین موانع در اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر اهواز می‌باشد. به‌علاوه خبرگان بر شناسایی مؤلفه‌های عدم وجود ضمانت اجرایی بر تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر و هدر دادن منابع دولتی و بیمه‌ها به بهانه‌ی کاهش پرداختی از جیب مردم، دارای نظر همگنی نبودند.

وزارتی و چه منابع بیمه‌ای و از سوی دیگر رشد چشم‌گیر هزینه‌های اجباری بیمارستان‌ها در راستای نیل به اهداف طرح و به تبع آن ایجاد بدهی‌های انباشته، طرح تحول نظام سلامت را از ریل موفقیت خارج نموده و دوام آن را به مخاطره انداخته است. نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مؤلفه‌ها با مطالعات قبلی هم‌سو است از جمله ناپایداری منابع مالی طرح مذکور با نتایج پژوهش محمدحسینی سروک و همکاران (۷)، دادگر جهانی و همکاران (۸)، زابلی و سجادی (۱۶)، مرادی و وثوق (۱۷)، بهزادی‌فر و همکاران (۱۸)، رنگرز و چوپان‌نژاد (۱۹)، علوی و همکاران (۲۰) و علی‌دادی و همکاران (۲۱) هم‌سو است.

همچنین، در پاسخ به هدف ثانویه مشخص گردید که عامل زیرساخت با میانگین وزنی ۰/۳۳۲، دومین عامل مهم به عنوان مانع اجرای طرح تحول سلامت می‌باشد. چنان‌که طبق جدول ۶ مؤلفه‌های این عامل به ترتیب شامل کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها، کمبود تجهیزات درمانی متناسب با طرح، کمبود نیروی متخصص و پائین بودن نسبت کلیدی پرستار به تخت، عدم اجرای نظام سطح‌بندی علی‌رغم تکلیف قانونی، عدم تهیه پرونده‌ی الکترونیک سلامت علی‌رغم تکلیف قانونی، عدم تهیه‌ی گاید لاین (راهنمای بالینی) علی‌رغم تکلیف قانونی می‌باشد. نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان این‌چنین استدلال نمود که از آنجایی که دستیابی به اهداف اولیه‌ی طرح از جمله ارتقای کیفیت خدمات در گرو رعایت برخی استانداردهای تعیین‌شده علی‌الخصوص رعایت نسبت تخت بستری به جمعیت، نسبت پرستار به بیمار و نسبت پزشک به جمعیت از مؤلفه‌های اصلی بالا بردن کیفیت خدمات درمانی می‌باشد؛ لذا همان‌گونه که در زیرشاخص‌های «عامل زیرساخت» نیز به خوبی نمودار است، کمبود فضای فیزیکی (جهت افزایش تعداد تخت)، به پیروی از آن کمبود تجهیزات درمانی و از طرفی کمبود نیروی انسانی متخصص طرح را در دستیابی به هدف «ارتقای کیفیت خدمات» ناکام گذاشته است.

از دیگر زیرشاخص‌های مهم مرتبط با مؤلفه‌ی زیرساخت، عدم توجه به الزامات قانونی مواد ۳۵ و ۳۹ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه در خصوص اجرای نظام سطح‌بندی خدمات درمانی و تشکیل پرونده‌ی الکترونیک سلامت جهت عموم همچنین عدم تهیه‌ی گاید لاین (راهنمای بالینی) می‌باشد. تأثیر ۳ عامل فوق از حیث کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از تحمیل بار مالی به بیمه‌ها و دولت در حدی است به قانونی لازم‌الاجرا قبل از شروع طرح تحول تبدیل شد، اما در حالی که قریب به ۴ سال از اجرای طرح می‌گذرد، به دلیل شتاب‌زدگی هنوز اجرایی نشده است.

۳ زیرشاخص فوق به دلایل زیر حائز اهمیت هستند: عدم اجرای نظام سطح‌بندی خدمات و ارجاع بیمار: پیامد آن، مراجعه‌ی مستقیم بیمار سطح ۱ به پزشک فوق تخصص و تحمیل هزینه‌ی بالای آن به سازمان بیمه، در صورتی که در کشورهای توسعه‌یافته امکان درمان بیمار سطح ۱ صرفاً توسط پزشک عمومی میسر است.

عدم تشکیل پرونده‌ی الکترونیک سلامت جهت عموم: پیامد آن، عدم ثبت متمرکز خدمات پزشکی دریافتی بیماران در پرونده‌ی الکترونیک از سوی پزشکان و مراکز درمانی به تبع آن تجویز مجدد خدماتی نظیر آزمایش‌ها و خدمات پاراکلینیکی مختلف برای بیمارانی که نتیجه‌ی جز ایجاد درآمد اضافی برای پزشک و تحمیل بار مالی به بیمه‌ها ندارد.

عدم تهیه‌ی گاید لاین (راهنمای بالینی): راهنمای بالینی به تمامی پزشکان تکلیف می‌کند که بابت علائم بالینی یکسان، نسخه‌ی کاملاً واحدی تجویز نمایند، بدین ترتیب آزادی عمل پزشکان در تجویز خدمات غیرضروری که از طرفی سبب بالا بردن درآمد پزشک و از سوی دیگر موجب تحمیل بار مالی مضاعف به بیمه‌ها می‌شود، سلب می‌گردد.

نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مؤلفه‌ها با مطالعات قبلی هم‌سو است از جمله رعایت الزامات قانونی در خصوص اجرایی نمودن این ۳ مؤلفه به عنوان «زیرساخت» بی‌شک می‌توانست نقش مهمی در کنترل هزینه‌های درمان ایفا نماید. نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مؤلفه‌ها از جمله فضای فیزیکی در بیمارستان‌ها با نتایج پژوهش زابلی و سجادی (۱۶)، دادگر، جهانی و همکاران (۸) و علوی و همکاران (۲۰) هم‌سو است.

همچنین، عامل برنامه‌ریزی، نظارت و اجرا با میانگین وزنی ۰/۱۶۲، سومین عامل مهم به عنوان مانع اجرای طرح تحول سلامت رتبه‌بندی گردید. چنان‌که مؤلفه‌های این عامل به ترتیب شامل اجرای هم‌زمان همه‌ی برنامه‌های طرح و حجم عظیم کار از حیث گستره‌ی اجرا، افزایش یک‌باره‌ی تعرفه‌ی خدمات پزشکی، عدم توجه به بخش بهداشت و تمرکز بر درمان، عدم بیش‌بینی درست سیل مراجعات، ضعف دستگاه در نظارت بر عملکرد مراکز، عدم اجرای عدالت در پرداختی به پرسنل و پزشکان و ایجاد نارضایتی، عدم آموزش کافی و عدم توجیه کامل کارگروه‌های بیمارستانی می‌باشد. شاید بتوان نتایج فوق را این‌چنین تحلیل کرد که شتاب‌زدگی و اجرای یک‌باره‌ی همه‌ی برنامه‌های طرح تحول و عدم استفاده از روش پایلوت در استقرار طرح به منظور شناسایی نقاط ضعف و قوت طرح، از عوامل مهم تأثیرگذار بر عدم پیاده‌سازی مطلوب اهداف و برنامه‌های پیش‌بینی‌شده‌ی طرح می‌باشند.

افزایش نرخ تعرفه‌ی خدمات پزشکی و از آن مهم‌تر تغییر ساختاری و عامدانه در نحوه‌ی محاسبه‌ی هزینه‌های بستری از طریق بالا بردن ضریب کای (k) خدمات پزشکی که منجر به

کای خدمات پزشکی هم‌زمان با افزایش تعرفه‌ها در قبال حذف زیرمیزی باشد؛ چرا که زیرمیزی که تا قبل از طرح حکم وجوه غیرقانونی را داشت، با شروع طرح به شکل قانونی تحت نام ضریب کای اضافی به پزشکان پرداخت شد. اقدام عامدانه‌ی پزشکان در ثبت خدمات غیرواقعی در پرونده‌ی بیماران به منظور بالا بردن درآمد خود نیز به عنوان یکی از عوامل و موانع انسانی در مسیر نیل به اهداف طرح شناخته می‌شوند که علاوه بر جنبه‌ی اخلاقی آن می‌توان به عنوان تیشه زدن به ریشه‌ی سازمان‌های بیمه‌گر از آن یاد کرد. به لحاظ فشارهای کاری متعاقب اجرای طرح و مشکلات و موانع موجود در این راه هیچ‌گاه مجال برای تکریم بیمار و تغییر الگوی رفتار کارکنان اعم از پزشک و پرسنل از یک سو و متقابلاً جلب اعتماد بیمار و برقراری روابطی دوسویه و درک متقابل از سوی دیگر حاصل نشد، در حالی که برقراری ارتباطی صمیمانه بین بیمار و کارکنان می‌تواند طرح را در رسیدن به هدف ارتقای کیفیت خدمات یاری رساند. نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مؤلفه‌ها با مطالعات قبلی هم‌سو است از جمله ایفای نقش پزشکان (ذی‌نفعان) در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری هم‌سو با نتایج پژوهش زابلی و سجادی (۱۶)، علی‌دادی و همکاران (۲۱) و کاظمینی و همکاران (۹) می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که ۴ مانع اصلی به ترتیب اهمیت شامل مالی، زیرساخت، برنامه‌ریزی و انسانی در اجرای طرح تحول سلامت وجود دارد. پیشنهاد می‌شود: الف) حمایت همه‌جانبه از طرح و همه‌ی فازهای آن چه به لحاظ مالی و چه معنوی صورت گیرد. ب) زیرساخت‌ها از طریق آموزش نیروی انسانی و به‌کارگیری منابع غیردولتی تقویت شود. ج) برای برطرف کردن نقاط ضعف طرح، پایش مستمر و باز طراحی آن صورت پذیرد.

پیامدهای عملی پژوهش

امید است این پژوهش بتواند سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور را در اجرای هرچه بهتر طرح تحول سلامت یاری نماید.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد با شناسه‌ی ۱۰۶۲۱۲۰۷۹۶۱۰۲۷ است پروتکل‌های اخلاقی در پژوهش‌های پیمایشی به طور کامل رعایت شده است. حفظ بی‌نامی، محرمانه بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش برای مشارکت‌کنندگان در هر زمان

رشد غیرمعارف درآمد پزشکان و در واقع جایگزینی برای حذف دریافتی‌های زیرمیزی آنان گردید، سبب شد هزینه‌های درمانی بعضاً با رشد ۲۰۰ تا ۳۰۰ درصدی مواجه شوند. این در صورتی بود که فرانشیز خدمات (سهم بیمار) تا ۳ درصد برای روستائیان کاهش یافته بود؛ لذا تمامی بار مالی صورت‌حساب‌های بیماران به دوش سازمان‌های بیمه‌گر افتاد. با توجه به اینکه این افزایش در نیمه‌های سال و بعد از شروع طرح اتفاق افتاد، بیمه‌ها نیز با فضاسازی از تعهدات قانونی که به عهده‌شان بود، سرباز زدند. مقدم کردن بخش درمان به بخش بهداشت و سرازیر کردن منابع اولیه‌ی طرح به این حوزه که بسیار پرهزینه‌تر نیز هست، همان منابع موجود را روانه‌ی چاه عمیق حوزه‌ی درمان و بیمارستان‌ها نمود. عدم پیش‌بینی صحیح سیل مراجعات به بیمارستان‌ها با توجه به ارزان شدن فرانشیز خدمات درمانی، ضعف در نظارت بر عملکرد مراکز درمانی و عدم آموزش و عدم آشنایی کارکنان با ابعاد طرح از دیگر زیرشاخص‌های اجرایی و نظارتی بود که مانع شدند طرح به اهداف پیش‌بینی‌شده نائل آید.

نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با مؤلفه‌ها با مطالعات قبلی هم‌سو است از جمله اجرای هم‌زمان همه‌ی برنامه‌های طرح و حجم عظیم کار از حیث گستره‌ی اجرا، افزایش یک‌باره‌ی تعرفه‌ی خدمات پزشکی، عدم توجه به بخش بهداشت و تمرکز بر درمان (مقدم کردن درمان بر پیشگیری که بسیار پرهزینه‌تر است) و ضعف دستگاه در نظارت بر عملکرد مراکز درمانی با نتایج پژوهش زابلی و سجادی (۱۶)، بهزادی‌فر و همکاران (۱۸)، علی‌دادی و همکاران (۲۱)، لویمی و شیردلی (۲۲)، یاردیم (Yardim) و همکاران (۱۲) و وان در ویز (Van Der Wees) و همکاران (۱۳) هم‌سو است. عامل منابع انسانی، با میانگین وزنی ۰/۱۲۰، آخرین و کم‌اهمیت‌ترین عامل به عنوان مانع اجرای طرح تحول سلامت رتبه‌بندی گردید. چنان‌که مؤلفه‌های این عامل به ترتیب شامل مقاومت کارکنان علی‌الخصوص پزشکان در مقابل اجرای طرح، ایفای نقش پزشکان (ذی‌نفعان) در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری، اقدام برخی پزشکان در انجام خدمات درمانی غیرضروری و ثبت غیرواقعی خدمات پزشکی، عدم تغییر الگوی رفتاری از سوی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت و تبعیض در برخورد با پزشکان است.

همان‌طور که ذکر شد، براساس نتایج حاصل از این پژوهش، عامل انسانی به عنوان کم‌اهمیت‌ترین عامل (مانع) در مسیر اهداف طرح تحول شناسایی شده است. زیرشاخص‌هایی مانند مقاومت پزشکان به ادامه‌ی طرح به لحاظ تأخیر ۱ ساله در پرداخت مطالباتشان نیز کم‌رنگ‌تر از عوامل فوق بر حیات طرح سایه افکنده است. در مورد زیرشاخص ایفای نقش پزشکان در زنجیره‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری، شاید بهترین دلیل افزایش ضریب

۷- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌یک از نویسندگان تضاد منافی ندارند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان و افرادی که در انجام مطالعه‌ی حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

محموظ بوده است. از جمله مسائل اخلاقی طرح حاضر عبارت بودند از:

۱- پیش از شروع کار رضایت شرکت‌کنندگان جلب گردید

۲- پیش از شروع کار شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شد.

۳- از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد.

۴- نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر خواهد شد.

۵- در صورت مشاهده‌ی هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری به داوطلبین ارائه شد.

۶- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت.

References

- Gilavand A, Mehralizadeh Y, Hosseinpour M, Torabipour A. A review on pathology of the integration of medical education system with health services at Iran's ministry of health and medical education. *Future of Medical Education Journal*. 2018; 8(3): 47-56. doi:10.22038/fmej.2018.33896.1218.
- Gilavand A, Maraghi E. Assessing the quality of educational services of Iranian universities of medical sciences based on the SERVQUAL evaluation model: a systematic review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2019; 44(4): 273-84. doi:10.30476/ijms.2019.44946
- Health Sector Evolution. Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/>.
- Mehralizadeh Y, Gilavand A, Alizadeh M, Hajizadeh K. Evaluation of the health system reform plan in Iranian universities of medical sciences in terms of community empowerment: a review. *Indo Am. J. P. Sci*. 2017; 4: 4566-79. doi:10.5281/Zenodo.1119231.
- Gilavand A. Studying nurses' satisfaction with the health system development plan at Iranian universities of medical sciences: a review. *Indo Am. J. P. Sci*. 2018; 05(03): 1404-1408. doi.org/10.5281/zenodo.1197500.
- Shariati A, Jamshidbeigi Y, Baraz pardnjati S, Haghhighizadeh MH, Abbasi M. Assessment of nurses, patient satisfaction, patient attendants in educational hospitals in Ahvaz city health development plan in 2015. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017; 6(1): 9-18. (Persian)
- Mohammad Hosseini Servak R, Sajadikhah G. Evaluation of the quality of health care services after implementation of the plan for the development of health system in Yasuj Hospitals. *Armaghane danesh*. 2018; 23(1): 99-111. (Persian)
- Dadgar R, Jahani M, Mahmoudi G. The impact of health system reform plan on the hospital's performance indicators of Lorestan University of Medical Sciences. *scientific magazine yafte*. 2017; 19(2): 93-102. (Persian)
- Kazemeini K, Mehrjardi MHZ, Samiyezargar A, Raghebani M, Dehghan A. Patient satisfaction referred to three specialized and ultra-specialized clinics of Yazd after the implementation of health sector evolution. *Nursing Journal of the vulnerable*. 2017; 4(11): 35-45. (Persian)
- Heydarian N, Vahdat Sh. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. *journal of medical council of islamic republic of iran*. 2015; 33(3): 0-. (Persian)
- Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of health care system reform in Hubei Province, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(2): 2262-77. doi:10.3390/ijerph110202262.
- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Financial protection in health in Turkey: the effects of the health transformation programme. *Health Policy Plan*. 2014; 29(2): 177-92. doi:10.1093/heapol/czt002.
- Van Der Wees PJ, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Improvements in health status after Massachusetts health care reform. *Milbank Q*. 2013; 91(4): 663-89. doi:10.1111/1468-0009.12029.
- Emami Razavi SH. Health system reform plan in Iran: approaching universal health coverage. *Hakim Health Sys Res*. 2016; 18(4): 329-35. (Persian)
- Barekat G, Gilavand A. Evaluating the relationship between social capital and organizational justice from the perspective of employees of Ahvaz

- Jundishapur university of medical sciences, in southwest of Iran. *Espacios*. 2018; 39: 27-37.
16. Zaboli, R, Sajjadi, H. Opportunities and threats of implementation of health transformation program from the perspectives of tehran university hospitals managers. *International Conference on Sustainable Change in Health System*; 2014-2015; Isfahan university of medical sciences. (Persian)
 17. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4(10): 637-40. doi:10.15171/ijhpm.2015.160.
 18. behzadifar M, Behzadifar M, Behzadifar M, Saki K, keshavarzi A. The view of managers and senior experts in the field of health about the challenges of Health Transformation plan: qualitative study. *International Conference on Sustainable Change in Health System*; 2014; Isfahan university of medical sciences. (Persian)
 19. Rangraz jeddi F, Chopannejad S. Turkey's Health Transformation Program and the presentation of a solution for the optimal implementation of the Iranian Health System Transformation Plan. *International Conference on Sustainable Change in Health System*; 2014; Isfahan university of medical sciences. (Persian)
 20. Alavi A, Roshani M, Hadiani M, Jafari H. Challenges in health system transformation program. *International Conference on Sustainable Change in Health System*; 2014; Isfahan university of medical sciences. (Persian)
 21. Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi Firouzjah R, Zibadel L, et al. The Opportunities and Challenges of the Ministry of Health and Medical Education for Improvement of Healthcare System. *Health Research Journal*. 2016; 1(3): 173-84. (Persian)
 22. Loveimi Z, jelvay s, Shirdeli M, Ahmadi A, Gharizadeh H. The challenges and opportunities of the health system transformation plan. *International Conference on Sustainable Change in Health System*; 2014; Isfahan university of medical sciences. (Persian)