

# The Experiences of Health Transformation Plan in Southeast Iran: A Qualitative Study

Mehdi Zanganeh-Baygi<sup>1</sup> , Mostafa Peyvand<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup> Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

## ARTICLE INFO

Article Type:  
Original Article

Article History:  
Received: 29 Jan 2022  
Accepted: 28 May 2022  
ePublished: 14 Dec 2022

Keywords:  
Explanation of  
Experiences,  
Health  
Transformation Plan,  
Health

## Abstract

**Background.** Considering the need for new health programs, the Health Transformation Plan, as one of the largest health system reform programs, has been implemented in Iran since 2014.

**Methods.** This cross-sectional, applied study was conducted qualitatively on 27 participants in 2019 (19 service providers and eight service recipients). The data collection tool was a semi-structured interview guide that was validated through a comprehensive literature review, and consultation with health strategy transformation experts. The research plan was approved by the ethics committee and the research work commenced accordingly. The research work was carried out at the research participants' workplace (employees) via interviewing process. All the interviews were recorded daily. The data interpretation and analysis were conducted through coding and content analysis approach.

**Results.** The data analysis for participants' groups (i.e., service givers, human resources, infrastructure, education, and service recipients), using the open coding stage and the initial concept in the sub-coding stage, indicated 10 minor and five major categories.

**Conclusion.** Appropriate education, quality of services, financial support, and specialized manpower can be considered as possible ways to cope with the challenges in the health transformation plan.

Zanganeh-Baygi M, Peyvand M. The Experiences of Health Transformation Plan in Southeast Iran: A Qualitative Study. *Depiction of Health*. 2022; 13(4): 453- 470. doi: 10.34172/doh.2022.48. (Persian)

## Extended Abstract

### Background

Health Transformation Plan (HTP), as one of the largest health system reform programs, has been implemented in Iran since 2014. One of the most important priorities of this plan is to promote the community health indicators. The main goals of the health system transformation plan include increasing people's satisfaction and community health indicators, establishing justice in financing the health, and reducing

the burden of direct payment by the patient are among the most important goals of the HTP. The first step in HTP implementation was to provide health insurance for the population who do not have health insurance coverage, and the establishment of a special package for patients admitted to the hospitals of the Ministry of Health. The second step in the field of treatment included seven executive packages, namely reducing the payment of patients admitted to public hospitals,

\* Corresponding author; Mostafa Peyvand, E-mail: [mp.peyvand@yahoo.com](mailto:mp.peyvand@yahoo.com)



increasing the length of physicians' stay in remote areas, the permanent presence of specialist physicians residing in public hospitals, improving the quality of hoteling in public hospitals, and improving the quality of visit services. In public hospitals, there was also a program to promote natural childbirth, as well as a program to provide financial support for incurable and needy patients. The third step was implemented in the field of health in 12 steps from the beginning of 2014 to 2020. First, it was conducted in the city outskirts and then in city centres with a population of 20 to 50 thousand people in the form of modern Primary Health Care (PHC) for all age groups.

## Methods

This study was a qualitative research work using the content analysis method for analyzing the data. In this study, 27 providers and managers of the health department and clients of comprehensive health service centres (19 service providers and eight service recipients) were interviewed. The study population included various employees from Zahedan University of Medical Sciences including managers and deputies of health deputy, heads of city health networks and their deputies, heads of development units, staff, heads of departments and health care providers), as well as ordinary people referred to the Urban Health Service Centers that had received at least one service package. The eligibility criteria for service providers to participate in this study included one year of experience in the affiliated units of Zahedan University of Medical Sciences, participating in the study voluntarily, and having enough time and ability to speak at an acceptable level. Regarding the receivers of the health services, those who had referred to the comprehensive urban health service centres and received the service package at least once, participated in the study voluntarily, and had public health and the ability to speak at the desired level were selected as our participants. The exclusion criteria were included, desiring not to continue their participation, not being available, and suffering from mental illnesses. The research participants were 13 men and 14 women, aged between 30 and 40 years old, and educated (bachelor's degree).

## Results

A total of 13 men and 14 women participated in this study, most of them were between 30 and 40 years old, (55.5%), educational background of the majority was bachelor's degree in different fields, 13 people, (48.2%).

In the analysis of the interviews, 10 subcategories and five main categories (service provision, human resources, infrastructure, education, service recipients) were extracted.

The most important sub-themes were financial challenges, equipment and building, Sib Portal (Samaneh), educational problems, users perspective and suggestions.

For example, the most important financial challenges in this study were the delay in the payment of salaries, insufficient salaries of personnel, partial and scattered distribution of some health items due to the lack of funding, difficulty in allocating credits, and the difference in payment to the forces in private sector companies.

## Conclusion

Based on the research results, it can be concluded that appropriate training, quality of services, financial support, permanent and specialized manpower, are the key factors to address the challenges in the health transformation plan. On the other hand, since one of the means of the health system to realize the health transformation plan is human resources, therefore the ability and flexibility of the personnel play an important role in the speed of service delivery and quality of services. Furthermore, employing specialized personnel and providing the necessary training for them, ensuring justice in their payment and valuing management specialists in decision-making and policy-making are important factors in improving the performance of the health system. For the health system transformation plan to continue, certain measures need to be taken such as levelling all diagnostic and treatment services, reviewing and adjusting financial resources, and making the electronic health record system more efficient.

## تبیین تجارب خدمات طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، در جنوب شرق ایران: یک مطالعه کیفی

مهدی زنگنه بایگی<sup>۱</sup> ID، مصطفی پیوند<sup>۱\*</sup> ID

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

#### سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۹/۲۳

#### کلیدواژه‌ها:

تبیین تجارب، طرح تحول نظام سلامت، بهداشت

### چکیده

**زمینه.** تحول در بخش بهداشت ایران براساس برنامه طرح تحول نظام سلامت از سال ۱۳۹۳ اجرا گردید. مطالعه حاضر به منظور بررسی اثرات این طرح انجام شد.

**روش کار.** این پژوهش مقطعی، به صورت کیفی با هدف کاربردی بر روی ۲۷ نفر از مشارکت‌کنندگان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق دانشگاه پژوهشگران به محل کار کارکنان مراجعه می‌کردند و از آنها مصاحبه انجام می‌گرفت. جهت خدمت‌گیرندگان پژوهشگر به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه و مصاحبه را انجام می‌داد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و روزانه بر روی کاغذ پیاده‌سازی می‌شد. در نهایت و به روش تحلیل محتوا، کدگذاری انجام گرفت.

**یافته‌ها.** پس از تحلیل مصاحبه‌ها تعداد ۱۰ طبقه فرعی و ۵ طبقه اصلی (ارایه خدمات، منابع انسانی، زیرساخت‌ها، آموزش، دریافت‌کنندگان خدمت) استخراج گردید.

**نتیجه‌گیری.** آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص، به‌عنوان عواملی راهگشا جهت رفع چالش‌های موجود در طرح تحول سلامت می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از ابزارهای نظام سلامت برای تحقق طرح تحول سلامت نیروی انسانی است، لذا توانایی و انعطاف‌پذیری پرسنل نقش مهمی را در سرعت ارایه خدمات و کیفیت خدمات ایفا می‌کنند، همچنین به‌کارگیری نیروهای متخصص و آموزش آنها وجود عدالت در پرداختی آنها و توجه به متخصصین مدیریت در تصمیم‌سازی و سیاستگذاری باعث بهبود عملکرد نظام سلامت می‌شود.

### مقدمه

امروزه موضوع سلامت از اولویت‌های اصلی زندگی هر فرد است. در نظام سلامت مردم به‌طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب دریافت نمایند.<sup>۱</sup> افزایش انتظارات و نیازهای جامعه در ارتباط با بخش بهداشت و سلامت و تغییر دیدگاه آنها نسبت به کیفیت و خدمات ارایه شده مسئولان جامعه را ملزم به طراحی نظام سلامت همسو با نیازهای مردم خواهد کرد.<sup>۲</sup>

جهت‌گیری‌های جدید ملی و بین‌المللی نیز شرایط را به‌گونه‌ای تغییر می‌دهد که دیگر نمی‌توان با رویکردهای غالب و بعضاً موفق گذشته پاسخ‌گوی الزامات حاکم و شرایط جدید بود.<sup>۳</sup>

هدف بیشتر برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت ارتقای عملکرد نظام سلامت می‌باشد.<sup>۴</sup> در بسیاری از کشورها

تجربه اصلاحات نظام سلامت با تاکید بر بخش درمانی عمومی با اهداف متعددی از قبیل ارتقای کیفیت پوشش همگانی سلامت استقلال مدیریتی و جداسازی نقش خریدار و ارایه‌دهنده خدمات صورت گرفته است. این اصلاحات به دنبال افزایش قدرت با بازار در نظام سلامت بوده است.<sup>۵،۶</sup>

در کشور ایران از ابتدای انقلاب اسلامی نظام شبکه‌های بهداشتی و ساختار شبکه و بهورزان روی کار آمد و در سال ۱۳۷۴ طرح بیمه همگانی سلامت تصویب شد و تا سال ۱۳۸۴ بیمه روستایی و پزشک خانواده روستایی ادامه یافت، اما با توجه به چالش‌های فعلی سلامت مانند گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به سبب افزایش میانه سنی جمعیت، تغییر الگوی مصرف، شیوع رفتارهای خطرناک،

\* پدیدآور رابط: مصطفی پیوند، آدرس ایمیل: [mp.peyvand@yahoo.com](mailto:mp.peyvand@yahoo.com)

عملکرد سازمان می‌باشد، توجه جدی به خدمت‌گیرندگان، لازمه تداوم فعالیت در بازارهای رقابتی امروز است. مدیریت ارتباط با خدمت‌گیرنده می‌تواند به مدیران و سازمان‌ها در برقراری یک ارتباط سازنده با مشتریان و همچنین حفظ آنها کمک نماید.<sup>۱۵،۱۴</sup>

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت در جنوب شرق ایران (یک مطالعه کیفی) انجام شد. نتایج این مطالعه می‌تواند جهت بهره‌گیری این دانشگاه و سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از روند طرح تحول نظام سلامت و همچنین جهت ارزیابی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد تصمیم‌گیری و ارزیابی قرار گیرد.

### روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های کیفی به روش تحلیل محتوا از نوع قراردادی در نیمه اول سال ۱۳۹۹ انجام شده است. مشارکت‌کنندگان در پژوهش از بین مطالعه شامل تمام خدمت‌دهندگان واحدهای تابعه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان: (مدیران و معاونین معاونت بهداشتی، رؤساء شبکه‌های بهداشت شهرستان، معاونین آنها، رؤساء واحدهای گسترش، کارشناسان ستادی، مدیران گروه و مراقبین سلامت) و افراد مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری (که حداقل یک بسته خدمتی دریافت کرده‌اند)، انتخاب شدند. معیار ورود برای خدمت‌دهندگان: سابقه یک سال کار در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، رضایت در مورد شرکت در مطالعه داشتن زمان مناسب کافی و توانایی صحبت کردن در حد مطلوب بود. برای خدمت‌گیرندگان نیز حداقل یک بار جهت دریافت بسته خدمت به مراکز خدمات جامع سلامت شهری مراجعه نموده باشد، رضایت در مورد شرکت در مطالعه داشتن سلامت عمومی و توانایی صحبت کردن در حد مطلوب و معیار خروج عدم تمایل همکاری، عدم دسترسی به فرد، ابتلا به بیماری‌های روحی و روانی بود.

پژوهشگران با توجه به روش نمونه‌گیری ابتدا مصاحبه‌شوندگان (مدیران، کارشناسان ستادی و مراقبین سلامت) مورد نظر در شهرستان زاهدان را مورد شناسایی قرار دادند. سپس با هر کدام از افراد ابتدا تلفنی یا حضوری ارتباط برقرار شد و هدف از مطالعه توضیح داده

رشد سریع شهرنشینی باعث شده است روند بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن‌گیر و نیز علل بالینی به علل روانی و اجتماعی نقش پیشگیری و سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است که ارمغان این بیماری‌ها افزایش بار بیماری‌ها و ناتوانی‌ها و مرگ پیش از موعد برای میلیون‌ها نفر انسان است که نیاز به مداخلات جدیدتر می‌باشد.<sup>۷</sup>

برنامه تغییر و تحول در سلامت ایران در قالب برنامه طرح تحول نظام سلامت یکی از بزرگترین برنامه‌ی اصلاحات نظام سلامت از تاریخ ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ اجرا گردیده است. از اولویت‌های مهم این طرح برقراری عدالت در سلامت و کاهش بار هزینه‌های پرداختی مستقیم توسط بیمار است.<sup>۸</sup>

گام اول با هدف بیمه‌کردن جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت، استقرار بسته ویژه بیماران بستری در بیمارستان‌های وزارت بهداشت اجرایی شد.<sup>۹</sup> گام دوم در حوزه درمان شامل ۷ بسته اجرایی شامل (کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، میزان ماندگاری پزشک در مناطق محروم، حضور دائمی پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و نیازمند بود.<sup>۹</sup>

گام سوم طرح از ابتدای سال ۱۳۹۴ در حوزه بهداشت در ۱۲ مرحله تا سال ۱۴۰۰ و در ابتدا در حاشیه شهرها و سپس مراکز شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت به صورت Primary Health Care (PHC) مدرن جهت همه‌ی گروه‌های سنی انجام شد.<sup>۱۰</sup>

از طرفی مدیران و کارمندان با توجه به سابقه خدمتی خود و همچنین پست کلیدی که دارند سرشار از تجربه می‌باشند که سازمان می‌تواند از این تجربیات به‌عنوان منبع غنی دانش سازمانی استفاده ببرد.<sup>۱۱</sup> همچنین تجربه سازمانی مدیران عبارت است از مفهوم سازی مدیران از عملیات سازمانی و رخدادهای پیرامونی که شرایط توسعه افق دیدگاه‌های فردی و سازمانی وی را فراهم کرده باشد و همچنین قابلیت یادگیری تحصیل مهارت استفاده مجدد و انتقال به دیگران را داشته باشد.<sup>۱۲،۱۳</sup> از سوی دیگر مردم نیز که مشتریان آن سازمان می‌باشند تجارب آنها بازخوردی بر

می‌کردند. بعد از انجام هر مصاحبه، بر روی کاغذ پیاده‌سازی می‌شد و با استفاده از نرم افزار Microsoft Word 2016 در یک فایل کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعد متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد، به طوری که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، زیر موضوعات در هم ادغام شد و تقلیل‌گرایی (Reductionism) صورت گرفت و نهایت موضوعات اصلی مشخص شد. تحلیل اولیه پس از اولین مصاحبه با اولین نمونه شروع شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا بصورت دستی توسط محقق انجام شد. بدین صورت که درون محتوای هر جمله یک کد (کلمه کلیدی) وجود دارد، تمام کدهای مشابه در یک زیر طبقه دسته‌بندی شده و سپس زیر طبقه‌های (Sub-Theme) مشابه را در یک طبقه و پس از آن طبقات مشابه به صورت یک زیر مضمون طبقه‌بندی شدند و در نهایت مضمون (Theme) شناسایی شد.<sup>۱۹، ۱۸</sup>

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۴۸/۲
	زن	۵۱/۸
	۳۰ تا ۴۰ سال	۵۵/۵
سن	۴۱ تا ۵۰ سال	۳۷/۰
	بیشتر از ۵۰ سال	۷/۴
پست سازمانی	مدیر و کارشناس معاون بهداشتی	۱۴/۸
	مدیر و کارشناس مرکز بهداشت شهرستان	۱۱/۱
	مراقبین سلامت و پزشک محیطی	۴۴/۴
تحصیلات	دریافت کننده خدمت	۲۹/۶
	بی‌سواد و زیر دیپلم	۷/۴
	دیپلم و کاردانی	۱۱/۱
	کارشناسی	۴۸/۲
	کارشناسی ارشد و دکتری	۳۷/۰

شد و خلاصه‌ای از مطالعه شامل اهداف و راهنمای مصاحبه ارسال شد و جهت انجام مصاحبه وقت تعیین می‌شد و در زمان مشخص شده به دفتر افراد مراجعه و مصاحبه‌ها انجام شد.

جهت خدمت‌گیرندگان با مراجعه حضوری به مراکز خدمات جامع سلامت شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و شناسایی افراد مشارکت‌کننده در محیطی آرام اقدام به مصاحبه شد. در ابتدای مصاحبه فرم رضایت‌نامه جهت مطالعه و امضا تقدیم فرد می‌شد و سپس اطلاعات دموگرافیک را در فرم مربوطه ثبت گردید. در صورت موافقت مصاحبه‌ها ضبط می‌شد. در این پژوهش ۲۷ مشارکت‌کننده از ارائه‌دهندگان و مدیران بخش بهداشت و مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت (۱۹ خدمت‌دهنده و ۸ خدمت‌گیرنده) مورد مصاحبه قرار گرفتند، میانگین زمان انجام هر مصاحبه حدود ۲۰-۴۰ دقیقه بود. در پایان روز مصاحبه تمام اطلاعات ضبط شده در یک فایل رایانه‌ای مکتوب می‌شد. پس از نوشتن متن مصاحبه از روی صدا، متن به فرد ارسال می‌شد تا خوانده شود و در صورت نیاز به تغییر توسط فرد تایید و امضا شود، جهت خدمت‌گیرندگان نیز با مراجعه مجدد به پایگاه سلامت و دعوت از فرد، فایل مکتوب تحویل فرد شده و پس از مطالعه، امضا و تایید مصاحبه‌ها وارد فرآیند کدگذاری شد. در مواردی که مشارکت‌کننده اجازه ضبط صدا را نمی‌دادند، مصاحبه‌ها بر روی کاغذ، مکتوب می‌شد، پس از انجام مصاحبه در اولین فرصت نکات کلیدی مصاحبه یادداشت می‌شد.<sup>۱۷، ۱۶</sup>

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختاریافته، براساس راهنمای مصاحبه بود؛ بدین صورت که پژوهشگران، با توجه مطالعات و مشاهدات قبلی خود، لیستی کوتاه از سوالات مرتبط با موضوع را تهیه کردند. در مرحله بعد، با توجه به نظرات اساتید و افراد با سابقه و نیز پس از تعدادی مصاحبه به صورت پایلوت، این راهنما به مرور اصلاح شد. راهنمای مصاحبه به صورت نیمه ساختار یافته با سوال "اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت از نظر شما چه مزایایی داشته است؟" شروع می‌شد.<sup>۱۸</sup> جهت پیشگیری از تاثیر ذهنیات محقق بر مصاحبه‌ها و فرآیند پژوهش، پژوهشگر صرفاً مصاحبه شونده را در مسیر پاسخ به سوالات قرار داده و از هرگونه القاء و تاثیر وی مبتنی بر ذهنیت‌های خود جلوگیری



براساس نتایج جدول ۱ تعداد ۱۳ مرد و ۱۴ زن در این مطالعه شرکت کردند، بیشتر آنها بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۵/۵۵ درصد) سن داشتند و تحصیلات بیشتر آنها کارشناسی ۱۳ نفر (۲/۴۸ درصد) بود.

در تحلیل مصاحبه‌های این پژوهش، ۱۰ طبقه فرعی و ۵ طبقه اصلی (ارایه خدمات، منابع انسانی، زیرساخت‌ها، آموزش، دریافت‌کنندگان خدمت) استخراج گردید. بررسی داده‌های بدست آمده از پاسخ مصاحبه‌شوندگان به سوالات تحقیق بدست آمده، در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. کدبندی پاسخ مصاحبه شوندگان

مضمون	طبقات فرعی	درون مایه
ارایه خدمات	مزایا	ارائه خدمات جدید در طرح تحول ارایه خدمات برای همه گروه‌های سنی خدمات سلامت روان تغذیه برای اولین بار خدمات به تمامی مردم شهر و حاشیه شهر افزایش واحدها و نیروی ارائه‌دهنده خدمت در شهرها عدم تدوین بسته خدمتی براساس شرایط منطقه‌ای حجم زیاد خدمات و عدم کارسنجی و زمان سنجی آنها دستورالعمل‌های یکسان برای کل کشور
منابع انسانی	نیروهای شرکتی	عدم مجوز استخدام رسمی بی‌انگیزگی پرسنل نداشتن کارت شناسایی عدم امنیت شغلی درخواست حذف شرکت‌های واسطه کمبود نیروی متخصص
	سایر نیروها	تنوع تفاوت بین نیروها و از نظر نوع قرارداد و میزان پرداخت کمبود مراقب سلامت مرد سواد فناوری پایین عدم تسلط پرسنل قدیمی در استفاده از کامپیوتر تاخیر در پرداخت حقوق حقوق ناکافی پرسنل
زیر ساخت‌ها	چالش‌های مالی	توزیع مقطعی و پراکنده برخی اقلام بهداشتی به دلیل عدم تامین بودجه مشکل در تخصیص اعتبارات تفاوت در پرداخت به نیروها در شرکت‌های بخش خصوصی مختلف وجود واحدهای استیجاری و غیر استاندارد ساختمان سازی نیمه‌کاره تجهیزات ناکافی و فرسوده زیر ساخت فناوری نامناسب
	تجهیزات و ساختمان	ثبت تمام افراد در سامانه و داشتن یک بانک جامع از اطلاعات سلامت افراد ثبت زیاد و اطلاعات اضافی وجود دیتای زیاد بدون آنالیز عدم ارتباط چشمی موثر با دریافت‌کننده وجود فرم‌های کاغذی و سامانه همزمان و اتلاف وقت عدم وجود راستی‌آزمایی مناسب عدم آموزش براساس گروه هدف ادغام برنامه‌های جدید و وجود برنامه‌های قدیمی تغییرات مکرر دستورالعمل‌ها و عدم آموزش به موقع
آموزش	مشکلات آموزشی	عدم ارتباط بین حوزه بهداشت و پزشکان متخصص (نظام ارجاع) شناخت ناکافی از خدمات طرح تحول در حوزه بهداشت عدم مراجعه جهت دریافت خدمات خدمات پراکنده و تکراری
دریافت‌کنندگان خدمت	دیدگاه مردم	ارائه خدمات برای افراد شاغل در ساعات غیر اداری ارائه خدمات مناسب و با کیفیت‌تر بجای پرکردن فرم‌های مختلف بازخورد کتبی به مردم در مورد شرایط سلامتی آنها
	پیشنهادات	

## ارایه خدمات مزایا

### - ارائه خدمات جدید در طرح تحول

یکی از مزایای طرح تحول نظام سلامت ارایه خدمات رایگان به تمام گروه‌های سنی بود، که باعث می‌شد افراد خدمات متناسب با سن خود را دریافت کنند: "از مزایای طرح این است که، همه گروه‌های سنی قبل از تولد تا زمان مرگ تحت مراقبت قرار می‌گیرند بود" (مشارکت‌کننده شماره ۲۲).

شناسایی افراد تحت پوشش توسط هر مراقب سلامت از نقاط قوتی بود که مشارکت‌کننده‌ای در مورد آن گفت: "هر پرسنل پشت یک سیستم نشسته و منطقه تحت پوشش خودش را در اختیار دارد مراقب سلامت آشنایی کامل با منطقه دارد در حالی که قبلاً اینجوری نبوده است، اما الان نقشه هر مراقب مشخص است. حتی مردم نیز مراقب سلامت خودشان را کامل می‌شناسند" (م ۱۲).

### - ارایه خدمات برای همه گروه‌های سنی

ارایه خدمات براساس هر گروه سنی در طرح تحول از مزیت‌های این طرح بود فردی در این مورد گفت: "باعث افزایش دسترسی به خدمات سلامت شد قبل از آن مراقبت‌ها فقط مادر و کودک بود اما از موقعی که طرح تحول ایجاد شد براساس دستورالعمل به تمامی گروه‌های سنی خدمات ارایه شده و این خدمات به صورت فعال انجام شد و این خدمات زمینه‌های مختلفی از جمله آموزشی و برخی درمانی داشت" (م ۳).

### - خدمات سلامت روان تغذیه برای اولین بار

ارائه خدمات تغذیه و روان به‌صورت رایگان برای تمام مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت موضوع دیگری بود که مشارکت‌کننده‌ای در مورد آن گفت: "از زمانی که طرح آمده مشاور تغذیه و روان نیز وارد سیستم شده است چون این خدمات رایگان است خیلی از مردم اشتیاق نشان می‌دهند اطلاع‌رسانی از طریق مرکز بهداشت بیشتر شود و بهداشت پیشگیری را بیشتر در اولویت خود قرار دهد" (م ۱۰).

### - خدمات به تمامی مردم شهر و حاشیه شهر

با توجه به محرومیت استان سیستان و بلوچستان ارایه خدمات رایگان و یا کم هزینه به تمامی مردم شهر و حاشیه

شهر باعث ترغیب مردم برای مراجعه به مراکز بهداشتی می‌شد "رایگان بودن برخی آزمایشات و طرح‌ها یکی از کارهایی که باعث ایجاد انگیزه برای مراجعه مردم به مراکز می‌شود و اینجا هم بیان با سایر خدمات آشنا می‌شوند" (م ۹). افزایش واحدها و نیروی ارایه‌دهنده خدمت در شهرها افزایش تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات سطح یک در سطح شهر یکی از نقاط قوت طرح تحول سلامت بود که مشارکت‌کننده در این باره چنین گفت: "خوبی این طرح این بود که با افزایش تعداد مراکز و پایگاه‌های سلامت، دسترسی مردم به خدمات سلامت برای همه‌ی خدمت‌گیرندگان فراهم شد" (م ۱۱).

## چالش‌ها

### - عدم تدوین بسته خدمتی بر اساس شرایط منطقه‌ای

تدوین یک دستورالعمل جامع برای کل کشور در کنار مزایای آن دارای معایبی نیز می‌باشد، "در استانی که هنوز با بیماری‌های واگیر درگیر می‌باشد، اما طرح تحول سلامت بر بیماری‌های غیر واگیر تاکید دارد، از طرفی بسیاری از مردم استان محروم هستند، و نیازمند حمایت‌های مالی هستند" (م ۸).

### - حجم زیاد خدمات و عدم کارسنجی و زمان‌سنجی آنها

ادغام برنامه‌های طرح تحول و همچنین موجود بودن برنامه‌های قبلی باعث اضافه شدن حجم کاری بر روی نیروها شد به طوری که مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت: "یک بار کاری مضاعف وارد سیستم شده است و بر همه ارایه‌دهنده‌های خدمات تاثیر گذاشته گسترده‌ی بسته خدمتی زیاده باعث شده فرسودگی در خدمت‌دهنده ایجاد بشود" (م ۴).

نبودن یا کمبود نیروی انسانی مناسب در برخی مراکز باعث مراجعه مردم به سایر مراکز همجوار می‌شد که این امر باعث شلوغ‌تر شدن مراکز خدمات جامع سلامت می‌شد: "برای هر پزشک توی دستورالعمل ۱۲۰۰۰ هزار نفر است اما الان با توجه به عدم وجود پزشک در مرکز اطراف همه بیماران به این مرکز سرازیر شده‌اند جمعیت تحت پوشش سه برابر شده است" (م ۴).

بزرگ بودن بسته‌های خدمتی و مراقبت برای تک‌تک جمعیت تحت پوشش باعث سردرگمی برخی ارایه‌دهندگان می‌شد به طوری که مراقب سلامتی در این باره چنین گفت:

سعی می‌کند بگوید تکه بزرگ مال من است در نتیجه هر واحدی سهم خودش را بزرگ می‌کند، همه می‌گویند زمان سنجی شده است اما بحث اصلی دموکراسی است که هر کس می‌خواهد سهم خودش را بزرگتر کرده باشد." (م ۱).  
در این باره مشارکت‌کننده دیگری نیز اشاره کرد: "اگر در مراکز بهداشت یک شهر را یک ماه ببندند شاید خیلی‌ها اصلا متوجه نشوند اما شما یک روز نانوائی‌های شهر را ببندید در آن شهر تخریب می‌شود، چون ما براساس نیازهای مردم طرح را اجرا نکردیم" (م ۲۵).  
فرد دیگری نیز پیشنهادی در مورد بهتر شدن وضعیت موجود داشت: "ما باید استانداردها را با واقعیت تلفیق کنیم، الان یا بهش نمی‌رسیم یا به صورت غیر واقعی به آن می‌رسیم. فشار زیاد باعث ثبت کاذب می‌شود" (م ۱۰).

### منابع انسانی

#### - نیروهای شرکتی

جذب نیروی‌های شرکتی و پیمانکاری به دلیل نداشتن امنیت شغلی و سایر امکانات رفاهی، عدم به رسمیت شناخته شدن توسط رییس شرکت و مرکز بهداشت شهرستان باعث نارضایتی اکثر پرسنل شرکتی شده بود:  
"نیروی شرکتی هستند اما برای مرکز بهداشت کار میکنند، رییس شرکت می‌گوید من فقط شمارا به مرکز بهداشت معرفی میکنم و بقیه کارها با سیستم بهداشت است از طرف دیگر رییس مرکز بهداشت میگوید شما نیروی شرکت هستید و هر مشکلی دارید با شرکت مربوطه حل کنید. این نیروها امنیت شغلی، امکانات رفاهی، کارت شناسایی و خیلی موارد دیگه ندارند." (م ۲۳)  
فرد دیگری نیز در این باره ذکر کرد: "طرح تحول سلامت فقط هدفش استخدام نیروها بصورت شرکتی بود با کمترین و کمترین حقوق و بیشترین حجم کار، از طرفی هم میگویند این نیروها هیچ‌گونه رابطه استخدامی با وزارت بهداشت ندارند، پس هرگز توقع تبدیل وضعیت هم نداشته باشند" (م ۲۴).

#### - عدم مجوز استخدام رسمی

نیاز به جذب نیرو جهت طرح تحول سلامت و از طرفی عدم مجوز استخدام رسمی باعث شد، از منابع دیگری مانند بخش خصوصی نیرو گرفته شود، فردی در این باره اظهار داشت: "چون قوانین کشوری استخدام رسمی را ممنوع

"در کل بسته خدمتی درشت است تعداد خدمات زیاد است از آن طرف پوشش دانشگاه کامل نیست در نتیجه خیلی از خدمات مهم از رقم می‌افتند مثل فشار خون در کل بسته سنگین است." (م ۱) فرد دیگری گفت "بار کاری با مراقب سلامت است و این باعث می‌شود خیلی از موارد کم‌رنگ و گم شوند بلاخره چون انسانیم به خیلی از کارها نمی‌رسیم" (م ۸).

کارشناس تغذیه‌ای نیز در باب بزرگ بودن بسته خدمتی چنین اظهار نمود: "من چطور می‌تونم ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت رو در هشت ساعت مراقبت کنم رژیم بدم و آموزش بدم شما خودتون این تعداد رو بر ۸ ساعت تقسیم کن تازه من سه تا مرکز رو تحت پوشش دارم. وقت زیادمون رو هم ثبت در سامانه میگیره" (م ۴).

مشارکت‌کننده دیگری نیز چنین ذکر کرد: "هر چقدر هم که من آدم فعالی باشم ۵۵۰۰۰ نفر را چگونه پوشش بدم چون سیستم ندارم اتاق مجزا ندارم انتظارات بالاست وقتی بازدیدکننده می‌آید فقط آمار بالا می‌خواهد و نمی‌گوید چقدر سواد داری یا اگر من در این ماه پنج نفر را دیدم آیا درست دیده‌ام یا نه" (م ۱۳).

اضافه شدن سامانه سیب و از سوی دیگر پابرجا بودن فرم‌های قدیمی از دیگر چالش‌های موجود در طرح بود" فرم‌های کاغذی جمع‌آوری شد، اما سیستم کاغذی و دفاتر هنوز کامل حذف نشده است، آمارگیری زیاد" همچنین پزشک مرکز خدمات جامع سلامت چنین اظهار داشت که "الان من تک پزشک هستم و فشار مضاعفی بر من وارد شده است آخر وقت دقت کاری من کم می‌شود از طرفی وقت مردم نیز در صف انتظار گرفته می‌شود" (م ۹).

ملاک پرداخت براساس سامانه سیب نیز موضوع دیگری بود که، مراقبین سلامت در مورد آن گفتند "حجم بسته خدمتی زیاد است طوری شده که نیرو می‌گوید همه چیز به ثبت خدمت وابسته است من بهتر است ثبتم را بالا ببرم، کمیت ملاک شده است" (م ۲۶).

#### - دستورالعمل‌های یکسان برای کل کشور

تدوین بسته خدمتی صرفا براساس واحد بهداشتی و نه نیاز جامعه باعث شد که بسته‌های خدمتی تدوین شود که براساس نیاز جامعه نباشد: "چون این بسته براساس واحدهای بهداشتی تهیه شده است نه براساس نیاز ما، بهداشت خانواده، غیر واگیر، واگیر و بیماری‌ها، هر کس



موضوع مهمی بود که تقریباً تمام نیروهای شرکتی، محیطی و ستادی خواستار آن بودند: "حذف واسطه و دلال ها از روند نیروهای شرکتی باید زودتر انجام گیرد چون ما یک پول اضافی را به شرکت می‌دهیم و شرکت هم هیچ کار مفیدی انجام نمی‌دهد، باید مثل بحث پزشک خانواده مستقیم با نیرو قرارداد بسته شود. زیرا کمبود شدید اعتبارات و پرداختی با تاخیر باعث دلسردی عملکرد پرسنل می‌شود" (م ۲).

همچنین فرد دیگری اظهار داشت: "رییس شرکت‌ها بازنشسته‌های همین سیستم هستند ۴ نفر در یک مناقصه شرکت میکنند هر چهار نفر هم برنده می‌شوند، دولت پول را به حلق رییس شرکت (دلال) می‌ریزد شرکت یک مبلغ ناچیز برای مراقب پرداخت می‌کند و این مشکل در سطح کلان اتفاق افتاده است" (م ۲۵).

عقد قرارداد مستقیم با نیروها و بازنگری در برنامه‌های استخدامی موضوعی بود که مراقبین خواستار آن بودند، مراقب سلامتی در این باره اظهار داشت: "دانشگاه بیاپید قرارداد مستقیم با آنها ببند بازنگری از جمعیت داشته باشیم، بلند مدت شرایط استخدام ببند. قلب تپنده نیروی انسانی است، تا زمانی که نیرو درست کار نکند کار پیش نمی‌رود" (م ۲۶).

### سایر نیروها

- تنوع تفاوت بین نیروها و از نظر نوع قرارداد و میزان پرداخت نیروهای چندگانه و ناپایدار با قراردادهای شغلی متفاوت با دریافتی‌های متفاوت نیز موضوع دیگری بود که برخی مشارکت‌کنندگان در مورد آن اظهار داشتند که:

"برای یک کار مشخص چندین نوع قرارداد با نیروها بسته می‌شود مثلاً ما در بهداشت نیروی رسمی، قراردادی، تبصره‌ای، بیمه روستایی، شرکتی، قرارداد ساعتی داریم. اما همه دارند یک کار مشخص انجام می‌دهند اما دریافتی‌های مختلفی دارند." (م ۲)

### - کمبود مراقب سلامت مرد

کمبود نیروی متخصص مرد جهت مراقبت‌های اکتیو و فعال باعث می‌شد که اکثر مراقبت‌ها به صورت پاسیو انجام شود که این امر باعث کاهش کیفیت کاری می‌شد، یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد آن گفت: "در شهرها

کرده بود یا نباید نیرو می‌گرفتند یا این نیروها را در قالب نیروی شرکتی و سایر قراردادهای متفرقه می‌گرفتند" (م ۱).

### - بی‌انگیزگی پرسنل

از موارد دیگری شیوه پرداخت این نیروها بود که براساس عملکرد نیروهای شرکتی بود از دیدگاه مدیران معاونت بهداشتی این نوع شیوه پرداخت باعث ایجاد حس رقابت بین نیروها می‌شد به‌طوری‌مدیری چنین گفت: "این شیوه احساس رقابت بین نیرو را بیشتر می‌کند به‌طوری‌که خدمات بیشتر دریافتی بیشتر قبلاً نیرو چه کار می‌کرد چه کار نمی‌کرد یک دریافتی داشت" (م ۲). اما هرچه از سطح معاونت به سطوح پایین‌تر مراجعه می‌شد، اظهار می‌کردند که شیوه پرداخت رقابتی اصلاً تاثیرگذار نمی‌باشد، مراقب سلامتی چنین گفت "افراد چه کارکنند چه کار نکنند یک دریافتی دارند، الان بین افراد فعال تنبل هیچ تفاوتی وجود ندارد" (م ۲۲).

### - نداشتن کارت شناسایی

نداشتن اطلاعات شناسایی و عدم به رسمیت شناختن نیروهای شرکتی نیز موضوع بود که مراقب سلامتی در این باره گفت: "حتی کارت شناسایی نداریم وقتی مدرسه می‌خواهیم برویم، آموزش بدیم باید یک فرد رسمی را با خودمان حمل کنی تا اجازه ورود نیرو را به مدرسه بدهند" (م ۲۵).

### - عدم امنیت شغلی

عدم امنیت شغلی و اینکه با هر با اعتراض تهدید به اخراج و خروج از کار می‌شود، موضوعی بود که مراقب سلامتی در مورد آن گفت:

"به این جرم که ما نیروهای شرکتی هستیم باید هر کاری را انجام بدهیم، اعتراض هم که کنیم می‌گن بیاپید تسویه حساب کنید" (م ۲۷). در مورد این موضوع مراقب سلامت دیگری چنین ذکر کرد: "بحث پرداختی‌ها، نیروها به صورت شرکتی جذب شده‌اند و امنیت شغلی ندارند و تهدید می‌شوند کیفیت ملاک نیست و تعداد ملاک است که این باعث استرس و کاهش انگیزه و عملکرد نیرو شده است" (م ۱۳).

### - درخواست حذف شرکت‌های واسطه

حذف شرکت‌های واسطه به دلیل بی‌تاثیر بودن آنها و اتلاف یک بودجه عظیم در تغذیه رئیس شرکت‌ها هم

### - توزیع مقطعی و پراکنده برخی اقلام بهداشتی به دلیل عدم تامین بودجه

کاهش اعتبارت و دریافت به صورت پراکنده و مقطعی نیز حتی بر روی دریافت کنندگان خدمات سلامت نیز تاثیرگذار بود به طوری که یکی از مراقبین سلامت اظهار کرد: "توزیع مقطعی و پراکنده برخی اقلام بهداشتی به دلیل عدم تامین بودجه مکمل ها مقطعی بوده است در مراجعه قبلی مراجعه کننده به اون مکمل می‌دهیم الان که میاد میگه برای خودتون نگه می‌دارید!! و توقع برای خدمت‌گیرنده ایجاد می‌شود یا ندهید و یا مقطعی ندهید" (م ۴).

اعتبارت ناکافی و پایان یافته باعث ایجاد یک سری کارهای نیمه‌کاره شد به خصوص در بحث ساختمان‌سازی نیز کمبود اعتبارات به وضوح به چشم می‌خورد: "یک سری زیرساخت‌ها آمد ساختمان سازی شد اما یک سری کمبود اعتباراتی هم بود که ساختمان‌ها نیمه‌کاره رها شدند" (م ۲).

### - تفاوت در پرداخت به نیروها در شرکت‌های بخش خصوصی مختلف

توجه جلب رضایت خدمت‌دهنده نیز در کنار خدمت‌گیرنده حایز اهمیت می‌باشد، کار زیاد با حقوق کم و استخدام نیرو بدون پشتوانه و انگیزه مالی از جمله نارضایتی‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند به طوری که مشارکت‌کننده چنین گفت:

"علاوه بر اینکه رضایت خدمت‌گیرنده جلب شود باید رضایت خدمت‌دهنده نیز جلب شود، یک سری مشکلات مالی ممکن است فشار روانی خدمت‌دهنده را افزایش دهد." (م ۳) مشارکت‌کننده دیگری نیز افزود "دریافتی پرسنل به خدماتی که داره ارایه می‌ده همخوانی ندارد" (م ۲).

جذب نیرو با مدارک تحصیلی بالا اما با حقوق ناکافی نیز موضوع دیگری بود که مشارکت‌کننده‌ای در مورد آن گفت: "در طرح تحول تعدادی نیروی روان و تغذیه بدون پشتوانه و انگیزه مالی جذب شدند برای نیرو ابتدای همه چیز بحث حقوقی است ما آمدم نیروهای در حد کارشناس ارشد را جذب کردیم با حداقل حقوق" (م ۲۵).

### تجهیزات و ساختمان

#### - وجود واحدهای استیجاری و غیر استاندارد

در نظر گرفته نشدن زیرساخت‌های طرح تحول مانند سیستم کامپیوتری، فضای فیزیکی و غیره نیز از دیگر

نیروهای محیطی (بهداشت محیط و حرفه‌ای) نداریم مگر اینکه از قبل باشند این موضوع بخصوص برای حاشیه شهرها چون مراقبین زن هستند و رفتن به منازل مشکل است بیشتر دیده می‌شود، پس عملاً کار به صورت پاسیو انجام می‌شود حتی تلفن هم زده نمی‌شود" (م ۲۳).

### - سواد فناوری پایین و عدم تسلط پرسنل قدیمی در استفاده از کامپیوتر

سواد فناوری پایین و عدم تسلط پرسنل قدیمی در استفاده از کامپیوتر موضوع مهمی بود که م‌ای در مورد آن گفت: "نیروهای قدیمی چون به سیستم و غیره عادت نداشتند وفق دادن آنها با تحول، تکنولوژی و استفاده از سیستم مشکل بود" (م ۲۷) همچنین شخص دیگری گفت "نیرو هنوز بلد نیست با سیستم کار کند، در مورد فایل‌های کامپیوتری اطلاع زیادی ندارد، که باید از چند سال قبل به نیرو کامل آموزش می‌دادید" (م ۲۵). سواد فناوری ضعیف در نیروهای قدیمی و بهورز که با مدارک تحصیلی پایین تر استخدام شده بودند نیز به خوبی قابل مشاهده بود: "بهورزی که ۲۵ سال پیش با مدرک پنجم دبستان استخدام شده و در آستانه بازنشستگی است یک هو از سیستمی سنتی و کاغذی با سامانه کار کند نیز برایش سخت است" (م ۲۷).

### زیرساخت‌ها

#### - چالش‌های مالی

تخصص مناسب و به موقع اعتبارات نیز از جمله موضوعات مورد بحث اکثریت مشارکت‌کنندگان بود. از نظر آنها اعتبارات طرح تحول در ابتدا مناسب بود اما مرور دریافت اعتبارات کاهش یافت به طوری که یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "هر طرحی نیازمند بوجه است، علاوه بر ساز و کار قانونی بحث اعتبارات بسیار مهم است، اعتبارات در ابتدا خیلی خوب بود کامپیوتر وارد سیستم شد، میز و صندلی اداری تجهیزات اداری خریداری شد." (م ۲۶) همچنین در مورد کاهش اعتبارات طرح تحول مدیری چنین گفت: "ما باید این طرح مکمل بخریم، ساختمان بسازیم اما ما فقط می‌توانیم پول نیروی انسانی را بدهیم کمبود اعتبارات الان آینده هم مشخص نیست فعلاً که داریم می‌چرونیم ما خدمات را به مردم نزدیک کرده‌ایم" (م ۲).

بهرتر است، یکم اختصاصی‌تر به موضوعات بپردازد در مورد آمارگیری ماهیانه آماری که سیستم از ما می‌خواهد با آماری که سامانه می‌دهد تفاوت دارد که بازهم نیازمند چوب خط نویسی و دفترنویسی است" (م ۱۱).

#### - وجود دیتای زیاد بدون آنالیز

اما از طرفی وجود تعداد زیاد خدمات در سامانه سیب باعث می‌شد مراقب سلامت وقت زیادی را برای درج اطلاعات در سامانه بگذارد؛ "فقط حواس خدمت‌دهنده این است که تیک‌ها بخورد تیک‌هایی هم که ضروری نبود زده می‌شد، میزان تیک مهم بود" (م ۲۳) و از طرفی این وقت گذاشتن زیاد باعث می‌شد دیتای زیادی وجود داشته باشد که غیرقابل اعتماد باشد: "کار زیاد آموزش ساختار نیافته و جویده جویده فشار بالا و نارضایتی پرسنل جدید باعث شده که دیتا وجود دارد که قابل اعتماد نیست" (م ۲۲).

#### - عدم ارتباط چشمی موثر با دریافت‌کننده

عدم ارتباط چشمی مناسب خدمت‌دهنده و خدمت‌گیرنده در زمان ثبت خدمات باعث می‌شود خدمت‌گیرنده ارتباط مناسبی نگیرد و به نوعی احساس رضایت از این کار نداشته باشد؛ "ارتباط بین نیرو و فرد که باعث اعتماد می‌شد با توجه به اینکه زیر ساخت تغییر یافت این ارتباط از بین رفت مثل کسی که دارد از گوشی تلفن استفاده می‌کند و ما با اون حرف بزنیم حواسش نیست" (م ۲۷) مشارکت‌کننده‌ای نیز ذکر کرد: "ثبت در سامانه ارتباط چهره به چهره را از مراقب و خدمت‌گیرنده قطع کرده است و فقط مراجعه‌کننده را به چشم یک مشتری می‌بیند و یا تیک می‌بیند" (م ۲۴)، "ما باید با مراجعه‌کننده‌ها ارتباط بگیریم تا آنها به ما اعتماد کنند و با احساسات باعث جلب اعتماد آنها بشویم او این کار را می‌خواهد اما ما الان پشت سیستم نشسته‌ایم و می‌گوییم مشکل تعذیه نداری؟ استرس اضطراب و غیره نداری و این همیشه بی‌اعتمادی" (م ۲۵).

#### - عدم وجود راستی‌آزمایی مناسب

اخیراً وزارت‌خانه کارگروه‌هایی تحت عنوان رضایت‌سنجی تشکیل شده است، بحث رضایت‌سنجی آیتم درستی است اما توی اجزا هنوز مشکل دارد تنها سازمانی که در کشور برای هر فرد خدمت‌گیرنده یک پیامک در

چالش‌های طرح تحول بعد از سه سال بود: "زیرساخت‌ها ضعیف است خیلی از مراکز هنوز استیجاری هستند پرسنل مرکز برای جمعیت استاندارد نیست، همکار سلامت روان در بین دو مراقب سلامت نشسته است و مردم نمی‌توانند آن ارتباط مناسب را برقرارکنند" (م ۴).

#### - ساختمان‌سازی نیمه‌کاره

مشارکت‌کننده‌ای در مورد ساختمان‌سازی نیمه‌کاره چنین گفت: "یک زمانی اعتبارات به موقع می‌آمد و ما می‌توانستیم برنامه‌ریزی کنیم، اما چند ماهی است اعتبارات ناکافی است و حتی برخی ساختمان‌سازی‌ها نیمه‌کاره مانده است" (م ۲).

#### سامانه سیب

#### - ثبت اطلاعات تمامی افراد در سامانه سیب

تامین و تجهیز مراکز بهداشتی به کامپیوتر و اینترنت و به طبع آن ایجاد سامانه سیب و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت از مهمترین مزیت‌های طرح تحول سلامت از دیدگاه مشارکت‌کنندگان بود:

"برای اولین بار بستر دیجیتال آمد: با نام سامانه سیب برای تمام مناطق ایجاد شد حتی در دور افتاده‌ترین خانه‌های بهداشت (بجز گلستان و استان فارس) بستر دیجیتال هر روز پیشرفت می‌کند و این سامانه شد مبنای ثبت خدمات. یعنی هر فرد خدمتی را ارایه می‌داد در این سامانه ثبت می‌کرد و این شد مبنای پرداختی برای هر مراقب سلامت هر چند هنوز نواقصی هم داد اما طرح دارد بر همین سمت جلو می‌رود" (م ۱). مشارکت‌کننده دیگری هم تصریح کرد: "این که پرونده الکترونیک شده خوب است جمعیت کلا سرشماری شد مراقبت فعال شد، سیستم ارجاع کار آمدتر شد، موالید و فوت‌ها به روز است، رایگان شدن بعضی آزمایشات بود" (م ۵).

#### - ثبت زیاد و اطلاعات اضافی

موجود بودن سامانه سیب و همچنین موجود بودن فرم‌های کاغذی که سبب وقت‌گیر بودن اطلاعات می‌شد چالش دیگری بود که فردی به آن اشاره داشت: "سامانه سیب بهتره شده چون نکاتی را که مراقب سلامت فراموش کرده است را سیستم خود به خود یادآوری میکند اما هنوز اون انتظاراتی که از سامانه داریم محقق نشده است. بنظرم

ارتباط نامناسب و عدم تکامل نظام ارجاع بین سطوح خدمتی نیز از دیگر مشکلات این طرح بود که باعث سردرگمی بین مردم و همچنین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌شد:

"نظام ارجاع عملاً فقط در سطح یک کار می‌کند سطح دو و سه فعال نیست بخصوص سطح سه، مریض بعد از بهداشت میره توی درمان و یک چرخه‌ای که عملاً دست ما نیست و این هنوز رفع نشده و این عدم رفع شدن اشکالاتی را به وجود می‌آورد و باعث می‌شود مشتریان بهداشت از سطح یک بروند و مستقیم به درمان مراجعه- کنند. وقتی این خدمات بتوانند راحت‌تر از یک سطح دیگه دریافت کنند" (م ۲۴).

فرد دیگری نیز در مورد نامطلوب بودن سیستم ارجاع چنین ذکر کرد "فرق کسی که الان مستقیم به قلب تهران میرود با کسی که با سیستم ارجاع سطح یک می‌رود چیست؟" (م ۲۷)

#### - شناخت ناکافی از خدمات طرح تحول در حوزه بهداشت

شناخت ناکافی از طرح تحول باعث این شده است که مردم کمتر از خدمات جدید استقبال کنند: "هنوز در کل خدمات سطح یک برای مردم ملموس نیست نه اهمیت آن را میدانند و چون نیازی را حس نمی‌کنند به سمت آن نمی‌روند از آن طرح ما نیز به سمت آن نرفتیم و از آن طرف خدمات آن طور ملموس نیست در صورتی که این خدمات چابک شوند (مانند توزیع قرص خدمات مادر و غیره) مردم راحت‌تر قبول می‌کنند" (م ۱۰). بسیاری از مردم هنوز نمی‌دانند خدمات سطح یک رایگان ارایه می‌شود: "اطلاع‌رسانی بیشتر چون خیلی از مردم نمی‌دانند که این خدمات در بهداشت رایگان است" (م ۹).

#### - عدم مراجعه جهت دریافت خدمات

عدم مراجعه مردم به مراکز شهری باعث پایین آمدن عملکرد پرسنل می‌شود که در پرداخت‌های نیروی‌های شرکتی هم تأثیرگذار بود، مشارکت‌کننده‌ای ذکر کرد: "بحث نیروهای شرکتی و پرداختی‌ها ۱۰۰ درصد عملکردی شده است اما توی شهرها کسی مراجعه نمی‌کند و ما این کم کاری را از دید مراقب می‌بینیم که این اشتباه است" (م ۲۷).

رابطه با رضایت‌مندی می‌آید و براساس جواب خدمت‌گیرنده پایش می‌شود.

"به دلیل اینکه راستی‌آزمایی نیز انجام شود سامانه رضایت‌سنجی را نیز بر روی سامانه سیب پیاده‌سازی شد هر نفری که در واحدهای بهداشتی خدمتی را دریافت می‌کند برای او یک پیام می‌آید ۱- رضایت از خدمت ۲- عدم رضایت از خدمت ۳- خدمتی دریافت نکرده‌ام (که در این صورت علت عدم رضایت یا دریافت‌کردن خدمت بررسی می‌شود) (م ۱).

### آموزش

#### - عدم آموزش براساس گروه هدف

عدم آموزش براساس گروه هدف چالش دیگری بود که یکی از شرکت‌کنندگان در مورد آن گفت: "یک جلسه تشکیل می‌دیم و همه افراد رو آموزش می‌دیم، هیچ تفاوتی میان افراد و وضعیت سواد اونا نداریم" (م ۱۸).

#### - تغییرات مکرر دستورالعمل‌ها و عدم آموزش به‌موقع

با توجه به طرح تحول ما شاهد بروز شدن متوالی برنامه‌ها بودیم و این امر باعث سردرگمی پرسنل می‌شود" گاهی وقتاً فقط توی یک هفته چندین بار دستورالعمل‌ها و فرم‌ها تغییر می‌کرد و ما هر روز با فرم‌های جدیدی روبه‌رو می‌شدیم و گاهی کارهای تکراری و موازی کاری انجام می‌دادیم" (م ۱۴).

برگزاری یک جلسه کوتاه مدت و شفاهی و ادغام یک بسته خدمتی پر حجم که باعث عدم یادگیری بسته می‌شد از موضوعی بود که یکی از شرکت‌کنندگان در مورد آن گلایه داشت: "برای ماما یک کارگاه چند ساعته گذاشته‌اند و گفتند تو مراقب سلامت شدی" (م ۲۱) و مراقب سلامتی دیگری اظهار کرد: "از ما می‌خواهند در یک جلسه یک آموزش کوتاه مدت براساس آنچه در بسته خدمتی من است انجام بدهیم و دیگر تمام و بیشتر کار من این است که فقط آمار در بیاوریم" (م ۱۳).

### دریافت‌کنندگان خدمت

#### دیدگاه مردم

- عدم ارتباط بین حوزه بهداشت و پزشکان متخصص (نظام ارجاع)

## - خدمات پراکنده و تکراری

ثبت خدمات زیاد و زمان بر بودن باعث می‌شود که مراقبین بسیاری از سوالات را از مردم نپرسند و یا بسیاری از مراقبت‌ها را انجام ندهند و فقط تیک مراقبت را بزنند: "خیلی وقت مون رو میگیره و خیلی از داروها در سامانه ثبت نیستند و ما مثلا از ۴ داروی بیمار فقط یکی رو ثبت میکنیم، که فقط برامون خدمت حساب بشود بعضی آیتم‌ها هم شاید منه پزشک یا بار هم در طول سال از همه بیماران اون سوال رو نمپرسم مثل نظام سندمیک بیماری‌ها و بعضی سوالات هم اضافه هستند برای بیمار و ما اونا نمی‌پرسیم اگر این سوالات زیاد باشن بهتره یک اپراتور گرفته بشه که منه پزشک مراقبت‌ها رو انجام بدم و اون مریض‌ها رو ثبت سامانه کنه" (م ۶).

## پیشنهادات

### - ارائه خدمات برای افراد شاغل در ساعات غیراداری

باز بودن مراکز بهداشتی صرفا در ساعت اداری باعث می‌شد بسیاری از افراد شاغل نتواند خدمات بهداشتی را دریافت کنند، مراقب سلامتی در این‌باره گفت: "شاغل بودن مردم در ساعت اداری یک چالش دیگه هست که هنوز بهش فکر نکردند اگر بشود یک نفر رابط متخصص داوطلب را آموزش بدهند و به صورت دوره‌ای به ادارات برود و آموزش‌های لازم را بدهد. (م ۲۱) همچنین یکی از خدمت‌گیرندگان نیز در این مورد گفت: "چون ما خودمان کارمندیم در ساعت ادارای نمی‌تونیم به بهداشت مراجعه کنیم عصر هم که مراکز تعطیل است" (م ۱۶).

## بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجارب طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت از دیدگاه خدمت‌دهندگان خدمت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. ارایه خدمات برای تمام گروه‌های سنی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی به تمام جمعیت تحت پوشش و اجرای پرونده الکترونیک سلامت، پزشک خانواده، افزوده شدن تجهیزات جدید و نیروی انسانی متخصص در بخش تغذیه و روان از نقاط مثبت این طرح بود.

اما از آنجایی که حوزه بهداشت حوزه پیشگیری است و خدماتش در مقایسه با حوزه درمان زیاد ملموس نمی‌باشد به نظر می‌رسد، مردم نگاه مناسبی نسبت به خدمات، حوزه

بهداشت ندارند، مگر خدماتی که با زندگی مردم بیشتر ملموس شده باشد، مثل چک قند خون، واکسیناسیون، خدمات پیشگیری از بارداری و توزیع اقلام دارویی و مکمل‌های رایگان و سایر خدمات مانند پر کردن پرسشنامه و آموزش شفاهی زیاد چشمگیر نمی‌باشد. بنابراین خدمات حوزه بهداشت هر چه ملموس‌تر باشد و یک طوری باشد که این خدمات برای مردم ایجاد انگیزه کند و این خدمات رو به‌عنوان یک بسته غربالگری باشد به نظر می‌رسد مردم بیشتر استقبال کنند.

چیوایر (Chiwire) و همکاران در کشور آفریقا به این نتیجه رسیدند که توزیع رایگان اقلام و وسایل و آموزش‌های رایگان به جمعیت تحت پوشش باعث استقبال مردم از خدمات بهداشتی سطح اول می‌شود.<sup>۲۰</sup>

محمد حسینی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیشتر بار این طرح بر عهده منابع انسانی می‌باشد.<sup>۲۱</sup> به نظر می‌رسد در این طرح به دلیل عدم صدور مجوز استخدام، جذب نیروها به صورت شرکتی و خرید خدمت انجام گرفت، که این نیروها، شرایط کاری رضایت‌بخشی ندارند. و اینکه اگر این طرح می‌خواهد ادامه پیدا کند باید روی نیروهای بیشتر تمرکز کند و مشکلاتش رفع شود، بهورزان چون استخدام هستند و امنیت شغلی دارند به نظر می‌آید یک تجربه خوب است و این جذب اگر به آن سمت برود و شرایط را از وضعیت کنونی که هست بهتر می‌کند. تبعیض در پرداختی‌ها تهدید بخش خصوصی و نارضایتی خدمت‌گیرندگان بود، در خصوص تبعیض در پرداختی‌ها تجارب مشارکت‌کنندگان موید این است که با اجرای این طرح و افزایش شکاف اختلافی بین درآمد پزشکان و سیار پرسنل درمانی انگیزه پرسنل متاثر از این تبعیض و بی‌عدالتی شده است.

نتایج سایر مطالعات نشان داده است که وزارت بهداشت در عین حال که در واگذاری و تفویض اختیارات و مسولیت‌ها به بخش خصوصی گام‌های متعددی برداشته است، لیکن به دلیل نبود نظارت کافی بخش خصوصی با اتخاذ رویکرد بیمار محوری موجبات بروز مشکلات متعددی را فراهم ساخته است از طرفی به جهت پراکندگی اقدامات و عدم یکپارچه‌گی در نوع و نحوه واگذاری به بخش خصوصی وزارت بهداشت نتوانسته است اهداف و شاخص‌های کمی مناسبی در جهت ارزیابی نظارت بر واحدهای تابعه تدوین و ارائه کند. براساس از جمله موارد



خمرنیا و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش فناوری سامانه سیب در کنار مقاومت نیروهای قدیمی با گذشت زمان بیشتر می‌شود.<sup>۲۵</sup>

در تبیین این یافته می‌توان گفت زیرساخت فناوری اطلاعات در ایران مبهم و پیچیده است به طوری که متولی سیاست‌گذاران مجریان و بهره‌برداران فناوری اطلاعات کشور دقیقاً مشخص نیستند و نهادهای مختلف در کشور ادعای تولیت فناوری اطلاعات را دارند و جداگانه به تصویب اسناد مرتبط می‌پردازند. نقایص موجود در زیرساخت‌های ارتباطی کشور اعم از عدم پوشش مخابراتی مناسب برخی نقاط استان و عدم دسترسی بسیاری از نقاط کشور به اینترنت با سرعت مناسب از دیگر آسیب‌های توسعه سلامت الکترونیک کشور است. همچنین ناتوانی در جذب نیروی متخصص و ماهر فناوری اطلاعات در عرصه سلامت الکترونیک بدلیل محدودیت مالی و استخدامی از دیگر موانع توسعه سلامت الکترونیک می‌باشد.

هژیر و همکاران مطرح می‌کند که یکی از اصلی‌ترین مباحث در روند نظام سلامت در منطقه، ضعف در برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی می‌باشد. هیچگونه سازوکار مشخصی برای تامین منابع مالی نظام سلامت الکترونیک در حال حاضر وجود ندارد و باید استانداردهای فنی در خدمات سلامت تدوین گردد.<sup>۲۶</sup>

یکی از راه‌حل‌های پاسخ‌گویی به چالش‌های بخش بهداشت و درمان می‌باشد در ارتباط با این روش‌های پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت در ایران کارت هوشمند سلامت به صورت بسیار محدود وجود دارد. برنامه خدمات پزشکی از راه دور در قالب طرح شبکه مشاوره پزشکی هنوز اجرایی نگردیده است، تجویز الکترونیکی وجود ندارد، کارت هوشمند سلامت به صورت محدود وجود دارد که پژوهشگران امیدوارند با بهره‌گیری از طرح‌های پیشنهادی تقایص فوق برطرف گردد.

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان طرح تحول سلامت، این طرح در حوزه بهداشت یک طرح کمیت‌گرا و گزارش‌محور محسوب می‌شود، چرا که ثبت در سامانه ملاک ارزیابی بوده و به میزان پوشش اولویت داده می‌شود و تمرکز بر افزایش تعداد خدمات است.

کمیت‌مداری و گزارش‌محوری باعث می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات جهت دریافت حقوق و کارانه تعیین شده خود ملزم به تمرکز و توجه بر کمیت خدمات بدانند، چرا که تاکید سیستم بر

پیشنهادی جهت ارتقای کنترل و نظارت بر خدمات بخش خصوصی اشاره کرد و یا قرارداد مستقیم و حذف شرکت‌های پیمانکار می‌باشد.<sup>۲۲</sup>

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که هنوز هم قوانین شرکت‌ها دچار اشکال می‌باشد و نیازمند بازنگری است، از سوی دیگر در سیستم بهداشت به دلیل حساسیت‌های ویژه خود نباید نیروی اجاره‌گرفت و باید نیروی تمام وقت گرفته شود و حقوق آنها نیز از دولت پرداخت شود زیرا این نیروها به محض اینکه شرایط بهتری پیدا کنند جذب آن شرایط بهتر می‌شوند.

زیرساخت‌ها در کنار نیرو یک رکن بزرگ است، زیرساخت‌ها باید مهیا شود که نیروها خوب بتوانند کارکنند، زیرساخت‌های فیزیکی، وسایل، ساختمان، تجهیزات اداری، استیجاری فضای استاندارد، تجهیزات اداری با طرح تحول نظام سلامت افزایش یافت اما در مراکز حاشیه شهر نسبت به مرکز شهر کمتر می‌باشد.

پیکان‌پور و همکاران تکمیل و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی با افزایش کیفیت ارائه خدمات رابط مستقیم داشته، همچنین بیان شد که ارزیابی تکنولوژی به‌درستی مدیریت گردد تا فرصت‌های متصور از این فناوری‌ها محقق شده و هزینه‌های زاید بر سیستم تحمیل نگردد.<sup>۲۳</sup>

در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مهمترین نقاط طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت که رضایت خدمات‌دهنده و هم رضایت خدمت‌گیرنده را در مراکز خدمات جامع سلامت به همراه دارد، تکمیل و تجهیز و توسعه شبکه بهداشت و درمان بود که طبق برنامه تعیین شده اقداماتی جهت بازسازی و نوسازی مراکز صورت گیرد و توسعه مراکز ارائه دهنده در مناطق کم برخوردار انجام شد.

سامانه سیب، یک زیرساخت مهم است اما خیلی مراکز هنوز اینترنت ندارند علیرغم اینکه خیلی مهم است که باشد؛ این که وقت گیر است، روزبه‌روز دارد بروز می‌شود وقت گیر است، ارتباط چشمی با مردم کم می‌باشد.

استقرار پرونده الکترونیک سلامت و جایگزینی آن با فرم‌ها و دفاتر کاغذی از دیگر نقاط مثبت طرح بود که با دقت و ماندگاری داده‌ها و سهولت و سرعت عمل ارائه خدمات رابطه مستقیم دارد. پرونده الکترونیک سلامت یک منبع ذخیره اطلاعات مراقبتی فرد در طول زندگی است که فرآیند ارتباط با بیمار و پزشک را تسهیل می‌کند.<sup>۲۴</sup>

و پزشک بر می‌گردد که این موضوع را اطلاع داشته باشد که بعد از مراجعه به سطح بالاتر و دریافت خدمات مورد نیاز به سطح آن برگردد و نتیجه را در اختیار پزشک خانواده و مراقب سلامت بگذارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بسیاری از قواعد نظام ارجاع از جمله مراجعه به پزشک خانواده با ارجاع از پایگاه سلامت، نوع متخصص، نقش پزشک خانواده، ارائه پسخوراند مناسب، پیگیری سرنوشت بیمار توسط مراقب سلامت بستگی دارد.

پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش‌ها تحت تاثیر محدودیت‌هایی قرار داشت. عدم وجود مطالعات منسجم درباره طرح تحول سلامت، کم بودن تحقیقات انجام گرفته در ارتباط با موضوع تحقیق، عدم امکان دسترسی به برخی از خبرگان و افراد کلیدی و مهمتر از آن به دلیل محدودیت‌های زمانی و مکانی تنها در شهر زاهدان در نظر گرفته شد و شرایط بررسی موضوع در جامعه بزرگتر فراهم نبود.

### نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص، به‌عنوان عواملی راهگشا جهت رفع چالش‌های موجود در طرح تحول سلامت می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از ابزارهای نظام سلامت برای تحقق طرح تحول سلامت نیروی انسانی است، لذا توانایی و انعطاف پذیری پرسنل نقش مهمی را در سرعت ارائه خدمات و کیفیت خدمات ایفا می‌کنند، همچنین به‌کارگیری نیروهای متخصص و آموزش آنها وجود عدالت در پرداختی آنها و توجه به متخصصین مدیریت در تصمیم‌سازی و سیاستگذاری باعث بهبود عملکرد نظام سلامت می‌شود. برای اینکه طرح تحول نظام سلامت بتواند به راه خود ادامه دهد، نیاز است که اقداماتی انجام شود. وزارت بهداشت متعهد به سطح‌بندی تمام خدمات تشخیصی و درمانی شود بازنگری و تعدیل در منابع مالی انجام گیرد سامانه پرونده الکترونیک سلامت کارا تر شود.

### پیامدهای علمی پژوهش

این مطالعه در تلاش بود که با استفاده از تجربیات مدیران و کارمندان طرح تحول نظام سلامت یک الگوی از

تعداد افراد تحت پوشش و تعداد خدمات ارائه شده است و در نتیجه کیفیت فدای کمیت می‌شود.

مشارکت‌کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که به دلیل خرید خدمت از بخش خصوصی عدم‌گزینه‌ش صحیح مراقبین ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات و حجم زیاد کار کیفیت ارائه خدمات کاهش یافته است. که این موضوع نیز در سایر مطالعات به آن اشاره نشده بود.

عدم اطلاع مردم عادی جامعه از خدمات طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت چالش دیگر این طرح بود به‌طوری که خیلی از مردم جزییات خدمات مانند بسته خدمتی و رایگان، مشخص بودن مراقب سلامت اطلاع ندارند.

مطالعه حاضر نشان داد نظام ارجاع نامناسب یکی دیگر از موضوعات مشارکت‌کنندگان بود و بیماران بدون ارجاع از خانه بهداشت و مراکز مستقیماً به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کردند.

مراجعه مستقیم مردم به مراکز بهداشتی مغایر با اعلامیه جهانی آلماتا و اهداف نظام شبکه بهداشت و درمان ایران که استفاده کارکنان غیر پزشک (مراقب سلامت و ماما) را یکی از راهکارهای موثر کاهش هزینه در سطح‌بندی خدمات همواره مورد تاکید قرار می‌دهد بوده و می‌تواند منجر به تضعیف نظام ارجاع در سطح اول شبکه شود.

شاید افزایش مراجعه مستقیم بیماران به پزشک خانواده وابسته به اعمال نظر برخی از مدیران و کارشناسان ستادی شهرستان باشد که معتقدند اگر دسترسی مردم به پزشک به ارجاع بهورز شود نارضایتی مردم افزایش خواهد داد چرا که بعضی مردم مراجعه به خانه بهداشت و تهیه فرم ارجاع بهورز را یک کار اضافی و بدون فایده می‌دانند.

خلجعی‌نیا و همکاران در این خصوص دریافتند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تاکید داشتند مطلوب تر عمل شده و در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ایجاد سیستم اطلاعاتی کارآمد و آموزش بیماران و کارکنان برای مدیریت بهتر نظام ارجاع ضروری است.<sup>۲۷</sup>

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تعداد کمی از بیماران بعد از دریافت خدمات سطح دو به سطح یک مراجعه یا به پزشک ارجاع دهنده خود مراجعه می‌کنند که در جست‌وجوی علت عدم بازگشت اکثریت بیماران عدم بازخورد پزشک متخصص و فوق تخصص اعلام کردند.

در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که بازگشت یا مراجعه مجدد بیماران به سطح یک، اولاً به آگاهی بیماران

مصطفی پیوند: طراحی مطالعه، جمع آوری داده‌ها، نگارش مقاله و همچنین مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده است.

### منابع مالی

منابع مالی ندارد.

### ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به شماره مرجع IR.ZAUMS.REC.1398.287 به تایید رسیده است. همچنین در پژوهش حاضر رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه به طور کامل رعایت گردید و به تمامی مشارکت‌کنندگان اختیار داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه مشارکت، از روند پژوهش خارج شوند.

### تعارض منافع

مؤلف اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

این طرح را نشان دهد تا یک نمای کلی از گذشته طرح حال و آینده نشان دهد. نتایج این پژوهش، برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در تدوین اولویت‌ها و نیازمندی‌های جدید این حوزه می‌تواند مفید واقع گردد. امید می‌رود مضامین پژوهش حاضر در دستور کار برنامه‌های ارتقاء سلامت در حوزه بهداشت دانشگاه‌ها قرار گرفته شود و با توجه به این که مضامین از صحبت‌های ارایه‌دهندگان خدمات سلامت حاصل شده است منجر به درک سریع آنان می‌گردد.

### قدردانی‌ها

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد ۹۳۱۷ می‌باشد. نویسندگان این پژوهش، از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت‌های مالی و معنوی این طرح و از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

### مشارکت پدیدآوران

مهدی زنگنه بایگی: طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش مقاله و همچنین مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده است.

### References

1. Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014- 2015. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2016; 11 (4):1-9. (Persian)
2. Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Ansari-Moghaddam A, Barfar E, Peyvand M. Household financial contribution to the health system after Iran's Health Transformation Plan. *Rural and remote health*. 2020; 20(1): 5495-. doi: 10.22605/rrh5495
3. Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Barfar E, Rezaei K, Peyvand M. Evaluation of Direct Medical Costs in Hospitalized Diabetic Patients After Health Reform Plan. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2021; 16 (4): 363-374. (Persian)
4. Piroozi B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-Pocket and Informal Payment Before and After the Health Transformation Plan in Iran: Evidence from Hospitals Located in Kurdistan, Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2017; 6(10):573-586. doi: 10.15171/ijhpm.2017.16
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(1): 55-60. (Persian)
6. Shirozhan S, Hosseini M, rajabi S, sedighi pashaki M. Explaining the Nurses' Experiences of Implementation of Health System Reform Plan. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7(4):1-7. (Persian)
7. Fadakar Davarani M, Aghabozorgi Davarani M, Daliri L. A Study on Perceived Discrimination from Implementation of the Health Reform Program among Employees of Training Organizations in

- Rafsanjan City, 2015. *Health and Development Journal*. 2018; 7(1): 23-32. doi: 10.22062/jhad.2020.91273. (Persian)
8. Gharibi F, Janati A, Farajollah Beiknoori M, Amini Daghalian B. A Survey of Health System Reform Circumstances from the Experiences of Managers and Nurses of Tabriz Taleqani Hospital. *Depiction of Health*. 2015, 6(1): 1-9. (Persian)
  9. Dehghan A, Mirjalili M R, Zare Mehrjardi M H, Maliheh R, Samiyezargar A, Kazemeini S K. Performance of Health Care System Reform Plan from the Perspective of University Hospitals Executives in Yazd Province in 2015. *Management Strategies in Health System*. 2016; 1(1): 43-49. (Persian)
  10. Mousavi S, Seyedin S, Aryankhesal A, Sadeghifar J, Armoun B, Safari Y, et al. Stratification of Kermanshah Province Districts in Terms of Health Structural Indicators Using Scalogram Model. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2 (2):7-15. (Persian)
  11. Soriano R, Siegel EO, Kim TY, Catz S. Nurse Managers' Experiences with Electronic Health Records in Quality Monitoring. *Nurs Adm Q*. 2019; 43(3): 222-229. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000352
  12. Baharifar A, Elahi S. Designing a structure for the documentation of managers organizational experiences. *Management Research in Iran*. 2005; 9(20): 23-52. (Persian)
  13. Esmaeilpour R, Doostar M, Taherparvar N. Customer knowledge management and its role on continues innovation and superior performance (Case study of private banks in Guilan). *Journal of Business Management*. 2016; 8(1):1-28. doi: 10.22059/JIBM.2016.50739
  14. Da Dalt L, Parri N, Amigoni A, Nocerino A, Selmin F, Manara R, et al. Italian guidelines on the assessment and management of pediatric head injury in the emergency department. *Ital J Pediatr*. 2018; 44(1):7. doi:10.1186/s13052-017-0442-0
  15. Zanganeh Baygi M, Peyvand M. Blood Pressure National Campaign in Iran: Experiences of Service Recipients- A Qualitative Study. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*. 2021; 9(4): 243-252. doi: 10.30476/jhsss.2021.89380.1164
  16. Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Slavish E. Skills, Capabilities, and Requirements of Hospital Managers: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2016; 5(1): 17-28. (Persian)
  17. Mansel B, Einion A. 'It's the relationship you develop with them': emotional intelligence in nurse leadership. A qualitative study. *Br J Nurs*. 2019; 28(21): 1400-1408. doi: 10.12968/bjon.2019.28.21.1400
  18. Keshvari M, Shirdel A, Taheri Mirghaedi M, Yusefi A R. Challenges in the Optimal Management of Human Resources in Hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2018; 7 (4): 349-360. (Persian)
  19. Bazrafkan L, Najafi Kalyani M. Nursing Students Experiences of Clinical Education: A Qualitative Study. *Invest Educ Enferm*. 2018; 36(3). doi: 10.17533/udea.iee.v36n3e04
  20. Chiwire P, Evers SM, Mahomed H, Hiligsmann M. Willingness to pay for primary health care at public facilities in the Western Cape Province, Cape Town, South Africa. *J Med Econ*. 2021; 24(1):162-172. doi: 10.1080/13696998.2021.1877147
  21. 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)
  22. Eskandari N, raissi M, Abbasi M. Explanation of the Management Challenges of Health System Reform in Health Care Domain city QOM: A Qualitative Study (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2019; 13(2):78-89. doi: 10.29252/qums.13.2.78. (Persian)
  23. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh (Health Monitor)*. 2018 Oct 15; 17(5):481-494. (Persian)
  24. Abedi G, Soltani Kontai S A, Marvi A, Mazidi S, Abedini E, Abbasi Chaleshtary A. SWOT Analysis of Health Reform Plan on Healthcare Sector from the Stakeholder Perspective. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018; 28(166): 199-212. (Persian)

25. Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Peyvand M, Setayesh A H, Rezaei K, KordTamini A, et al. Evaluation of Integrated Health System Technology Acceptance among the users of Health Centers of Zahedan University of Medical Sciences; Iran. *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*. 2019; 3(3): 154-161. doi: 10.18502/jebhpme.v3i3.1503
26. Hazhir F, Jahanbakhsh M, Peikari H, Saghaeiannejad-Isfahani S. Investigating the Realization of the Consequences of Using the Integrated Health System (SIB) from Users' Point of View in Primary Healthcare Centers in Isfahan, Iran. *Journal of Health System Research*. 2020; 16(2):136-142. doi: 10.22122/jhsr.v16i2.3544. (Persian)
27. Khalajinia Z, Gaeeni M. Challenges in Implementation of Health Care Reform in the Area of Treatment Qom City. *Management Strategies in Health System*. 2018; 3(3): 212-224. doi:10.18502/mshsj.v3i3.253. (Persian)