

Analysis of Health Transformation Plan and its Consequences as an Efficient Treatment System

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Seyed Reza Hosseini¹
Bijan Abbasi^{2*},
Ehsan Agha Mohammad Aghaei³

How to cite this article

Seyed Reza Hosseini, Bijan Abbasi, Ehsan Agha Mohammad Aghaei, Analysis of Health Transformation Plan and its Consequences as an Efficient Treatment System. *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5; 230-242

1. PhD Student in Public Law, Department of Public Law, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author).

3. Department of Public Law, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: babbasi@ut.ac.ir

Article History

Received: 2021/10/10
Accepted: 2022/01/10

ABSTRACT

Health is one of the most basic needs of all human beings. The main function of the health system of any country is to provide services in this field. The reform of the health system in different countries has faced different experiences and at the same time with common goals, and in Iran we can mention some experiences, such as the establishment of health networks in the country. The beginning of the health system transformation plan in early 2014 is one of the programs that in this short period of time was seriously considered as a priority in the programs of the Ministry of Health and Medical Education. The purpose of writing this article is to analyze the health transformation plan and its consequences and effects. The main problem facing the Iranian health system was the high cost of medicine and the lack of equal access to health services, which led to the introduction of the health system transformation plan. In Iran, the Health Transformation Plan, along with important consequences such as reducing treatment costs, improving access to health services, eliminating the underdog, improving the level of health and increasing the relative satisfaction of the community that followed, has faced various challenges.

Keywords: Health Transformation Plan, Treatment, Efficient System, Outcome, Health System.

تحلیل طرح تحول سلامت و پیامدهای آن به عنوان

نظام کارآمد درمان

سید رضا حسینی^۱

دانشجوی دکتری حقوق عمومی، گروه حقوق عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

بیژن عباسی^{۲*}

گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

احسان آقامحمدآقایی^۳

گروه حقوق عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست. اصلی‌ترین کارکرد نظام سلامت هر کشوری، ارائه خدمات این حوزه است. اصلاح نظام سلامت در کشورها با تجربه‌های متفاوت و در عین حال با اهداف مشترک روبرو بوده است و در ایران نیز می‌توان به بعضی از تجربه‌ها اشاره کرد که راه اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان کشور از جمله آنهاست. شروع طرح تحول نظام سلامت از اوایل سال ۱۳۹۳ از جمله برنامه‌هایی است که در این مدت کوتاه به صورت جدی به عنوان یک اولویت در برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های آن وزارت قرار گرفت. هدف نگارش این مقاله، تحلیل طرح تحول سلامت و پیامدها و آثار آن است. مسأله اصلی پیش روی نظام سلامت ایران هزینه‌های بالای پزشکی و عدم دسترسی یکسان به خدمات سلامت بود، که این امر منجر به مطرح شدن طرح تحول نظام سلامت گردید. در ایران، طرح تحول سلامت، در کنار پیامدهای مهمی مانند کاهش هزینه‌های درمان، بهبود دسترسی به خدمات سلامت، حذف زیرمیزی، ارتقای سطح سلامت و افزایش رضایت نسبی جامعه که به دنبال داشت، با چالش‌های مختلفی روبرو گردیده است.

کلمات کلیدی: طرح تحول سلامت، درمان، نظام کارآمد، پیامد، نظام سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

* نویسنده مسئول: babbasi@ut.ac.ir

مقدمه

سلامت موضوعی مهم در همه جوامع است. در واقع، هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود، از سلامت مفهوم خاصی را در نظر دارد. تعریف نخستین سلامت، عبارت است از بیمار نبودن. اما بعدها این تعریف دچار تغییراتی شد به صورتی که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند.

طرح تحول نظام سلامت طرحی برای بهبود نظام سلامت ایران است که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم جمهوری اسلامی ایران در بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا می‌شود که متأسفانه همه بار مالی آن بر دوش شرکت‌های تأمین‌کننده تجهیزات پزشکی و دارویی اعم از تولیدکنندگان، وارد کنندگان و توزیع کنندگان قرار گرفته است.

به منظور اجرایی شدن مقاصد سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه، طرح تحول نظام سلامت با سه هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار قرار گرفت. در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۱۰ بر اساس تبصره ۲۱ لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ در باب هدفمندی یارانه، بخشی از منابع مالی این طرح از محل اصلاح قیمت کالاها و خدمات و یارانه نان، برق و دیگر اقلام و خدمات تأمین گردید و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ این برنامه اجرا شد.

طرح تحول نظام سلامت مشتمل بر ۸ برنامه است. در حال حاضر، سه مرحله از این طرح اجرا شده است. مرحله اول و دوم این طرح که از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ اجرایی شد مشتمل بر برنامه کاهش فرانشیز بیماران و ارائه همه خدمات به بیماران در بیمارستانهای دولتی می‌باشد به طوری که مردم جهت اخذ خدمات به بیرون، از بیمارستان هدایت نشوند و همچنین تهیه دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران در بیمارستانهای دولتی، مقیم شدن متخصص در بیمارستانهای دانشگاهی و حمایت از پزشکان مناطق محروم و بهبود ارائه خدمات درمانی در این مناطق می‌باشد. از ۱۳۹۳/۷/۱ مرحله سوم طرح تحول سلامت یعنی اجرای کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت آغاز شده است.

در این مرحله دستمزدهای پزشکان ساماندهی شد و با تدوین و تصویب کتاب تعرفه‌ها، ۱۷۰۰ خدمت فاقد تعرفه، تعرفه گذاری شدند. به این ترتیب تمام این خدمات به طور کامل در مراکز درمانی ارائه شده و پرداخت خارج، از بیمارستان نیز حذف می‌شود. با نگاهی به پیشینه و سوابق تحقیق‌های انجام شده در حوزه طرح تحول نظام سلامت، مشخص می‌شود که در بسیاری از آن‌ها، تنها نگاهی یکسویه به موضوع وجود داشته و تمرکز اصلی بر این بوده که چه تغییر و تحولاتی این طرح به دنبال داشته است. از جمله این تحقیقات می‌توان به مواردی اشاره نمود. آخوندزاده (۱۳۹۳) در پژوهش طرح تحول نظام سلامت، فرصت یا تهدید برای پزشکان بیان داشت، پس از سالیانی طولانی آنچه استحقاق مردم کشورمان و یکی وظایف دولت‌ها بر مردم بود، کاهش سهم بیماران از هزینه خدمات درمانی

همچنان که تجربیات اخیر اروپا و آمریکای شمالی نشان می‌دهد، اصلاح نظام سلامت، فرآیندی بسیار سیاسی و پر مجادله است. برای مثال در آمریکا، سیاست‌های مربوط به نظام سلامت، تصمیمات متعددی را در پی داشته و اهمیت آن رو به افزایش است. در این کشور، پس از تصویب لایحه اصلاح نظام بهداشت و درمان آمریکا به صورت یک قانون، از سوی کنگره آمریکا، پوشش اجباری بیمه‌های درمانی برای شهروندان آمریکایی و پناهندگان به آن کشور فراهم شد (۱).

نیاز شدید به اصلاح در نظام سلامت همواره به این معنا نیست که تغییر اتفاق خواهد افتاد. باید عاملی فرآیند اصلاح را تحریک کند و در این زمینه تغییرهای سیاسی، اقتصادی و فرهنگی بسیار بیشتر از عوامل سنتی سلامت یعنی عوامل اپیدمیولوژیکی و دموگرافیکی مؤثر است (۲).

ب- اصلاح نظام سلامت و اصلاح بخش عمومی (دولتی)

اصلاح سیاست‌ها و سازمان در محدوده نظام سلامت با تعریف سنتی آن (مثلاً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) چیزی جز ادامه کار معمول نخواهد بود. از این رو، توجه بین المللی به اصلاح را باید فرصتی برای بازنگری در راهبردهای ارتقای وضعیت سلامت دانست که از راه پرداختن به اصلاح بخش عمومی (دولتی) در معنی وسیع آن، حاصل می‌شود (۱۸).

در طرح راهبرد اصلاح نظام سلامت، تاکید ما بر اصلاح بخش عمومی خواهد بود. بسیاری از مداخله‌های به صرفه، به دلیل ناتوانی سازمان‌های عرضه خدمات به نوعی کارایی کمتر از حد انتظار می‌انجامد. گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که در اغلب کشورها عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی بسیار ضعیف است (۳).

در کشورهای در حال توسعه علاقه‌ای به دخیل کردن مدیران تخصصی برای اداره این سازمان‌ها وجود ندارد. در بسیاری از دیوان سالاری‌ها ظرفیت تصمیم‌گیری‌های راهبردی یا اجرایی به این دلیل کم است که هیچ کس مسئولیت تام ندارد. بنابراین اصلاح سازمانی، باید هدف اصلی فرآیند اصلاح نظام سلامت قرار گیرد. به عبارت دیگر فرآیند اصلاح نظام سلامت، یک موضوع مدیریتی است تا یک موضوع اقتصادی و به یک برنامه جامع مدیریتی نیاز دارد تا بتواند موجب تغییر و دگرگونی اساسی در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات، بر مبنای اهداف سلامتی شود (۴).

در اصلاح نظام سلامت بسیاری از سیاست‌های غیرعقلانی به این علت در حال اجرا است که دسترسی به اطلاعات کافی برای اتخاذ سیاست‌های صحیح بسیار دشوار است.

ج- تحقیقات و اصلاح نظام سلامت

باید پیش از ایجاد تغییر و یا اصلاح در نظام سلامت، پژوهش‌ها و تحقیقات اساسی انجام شود. امری که بیشتر دیده می‌شود این است که در عمل، انگیزه اصلاحات بیشتر ناشی از تعصب است تا تجربه و کار عملی (۱۹).

است که خوشبختانه در دولت یازدهم محقق گردید، و جای تقدیر و سپاس از متولیان امر سلامت بویژه وزیر محترم بهداشت و درمان دارد. جلالی‌فرهانی و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیق طرح تحول نظام سلامت ایران: چالشی برای بیمارستان‌های نظامی به بررسی عملکرد دولت در بخش درمان پرداختند. شیراویژن و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش تبیین تجارب پرستاران از اجرای طرح تحول نظام سلامت بیشتر به تجربیات و دیدگاه‌های پرستاران نسبت به اجرای طرح پرداخته که پرستاران به جنبه‌های مختلف اعم از کمبود نیروی انسانی، افزایش بار و فشار کاری، عدم رضایتمندی در نحوه پرداخت‌ها و مسائل مالی، نبود جایگاه و امنیت شغلی اشاره نموده‌اند. عظیمی (۱۳۹۸) در پژوهش ارزیابی طرح تحول نظام سلامت و طرح تحول بنیادین آموزش و پرورش بر اساس مفروض‌های نظام سلامت با تأکید بر آموزش به بررسی نقش دولت در تحقق آموزش بهداشت و ارتقای سلامت که منبع مهمی در توسعه اقتصادی، اجتماعی و فردی است، اشاره داشتند. با توجه به تحقیقات انجام گرفته می‌توان گفت هیچ اشاره‌ای به پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت به عنوان یکی نظام کارآمد درمان، نشده و به نظر می‌رسد که این ایراد وارد بر آنهاست. لذا جنبه نوآوری تحقیق حاضر را باید در همین امر جستجو نمود که محصور به شناسایی پیامدها و چالش‌های اجرای طرح نبوده بلکه سعی در ارائه الگوی مطلوب در این خصوص می‌باشد.

تحقی حاضر، در چهار گفتار، ابتدا به سازکار و تحولات این طرح اشاره نموده، گفتار دوم به پیامدهایی که این طرح به دنبال دارد پرداخته در گفتار سوم، مزایای اجرای این طرح شناسایی شده و در نهایت در گفتار چهارم، سعی در ارائه الگوی مطلوب طرح تحول نظام سلامت خواهد داشت.

گفتار اول- سازوکار تغییر و تحول در حوزه درمان

اگرچه امروزه در کشورهای توسعه یافته درباره ابعاد، میدان عمل و هدف‌های اصلاح نظام سلامت توافق نظر وجود دارد، ولی بحث فرآیند اصلاح یا به عبارت دیگر راهبرد نیل به اهداف اصلاح، محل مناقشه فراوانی بوده است.

الف- اصلاح نظام سلامت، سیاست و تحولات سیاسی

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزء مهمترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب می‌شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن، همواره یک اولویت مهم بوده است (۱۷).

نظام سلامت تأثیر قابل توجهی بر عملکرد نظام سلامت و دستیابی به اهداف سلامت پایدار دارد. تحقق و اجرای حق بر سلامت مستلزم انجام اقدامات متعددی است. انجام این اقدامات بنا به شرایط و مقتضیات هر کشور می‌تواند متفاوت باشد، اما چارچوب کلی آنها شامل اقدامات قانونگذاری، اداری، بودجه‌ای، قضایی و غیره است و بدون آنها اجرا و تحقق حق بر سلامت غیرممکن است (۱).

1- Organizational reform

ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به هزینه‌های تحمل ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود.

دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق‌الذکر هزینه گردد. به منظور اجرایی شدن اهداف سلامت در قانون پنجم توسعه، طرح تحول نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار قرار گرفت. در برنامه ششم توسعه نیز، مساله سلامت همواره جزو شاکله‌های اصلی برنامه‌ریزی در سطوح کلان کشور است که این موضوع در برنامه ششم توسعه نیز انعکاس یافته است که مشروح آن طبق بخش چهاردهم برنامه ششم توسعه تحت عنوان سلامت، بیمه، سلامت زنان و خانواده، قید گردیده است که تبیین‌کننده نگاه کلان دولت به مساله سلامت در این برنامه پیش‌بینی شده است. در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۱۰ بر اساس تبصره ۲۱ لایحه بودجه ۹۳ در خصوص هدفمندی یارانه‌ها، بخشی از منابع مالی این طرح از محل اصلاح قیمت کالاها و خدمات و یارانه نان، برق و سایر کالاها و خدمات تأمین شد و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ این برنامه اجرا شد. طرح تحول نظام سلامت شامل ۸ برنامه است. در حال حاضر ۳ مرحله از این طرح اجرا شده است. مرحله اول و دوم این طرح که از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ اجرایی شد شامل برنامه کاهش فرانشیز بیماران و ارائه تمام خدمات به بیماران در بیمارستان‌های دولتی است به گونه‌ای که مردم برای گرفتن خدمات به خارج از بیمارستان هدایت نشوند و همچنین تهیه دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران در بیمارستان‌های دولتی، مقیم شدن متخصص در بیمارستان‌های دانشگاهی و حمایت از پزشکان مناطق محروم و بهبود ارائه خدمات درمانی در این مناطق است. از ۱۳۹۳/۷/۱ مرحله سوم طرح تحول سلامت یعنی اجرای کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت آغاز شده است. در این مرحله دستمزدهای پزشکان ساماندهی شد و با تدوین و تصویب کتاب تعرفه‌ها، ۱۷۰۰ خدمت فاقد تعرفه، تعرفه‌گذاری شدند. به این ترتیب تمام این خدمات به طور کامل در مراکز درمانی ارائه شده و پرداخت خارج از بیمارستان نیز حذف می‌شود (۶).

الف- طرح تحول نظام سلامت از منظر اجرای آن
به منظور اجرایی شدن برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، دستورالعمل‌های نسبتاً جامعی در راستای هریک از برنامه‌های مذکور در این طرح تنظیم شده است که شرح زیر است:
- دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این دستورالعمل از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه

به عبارت دیگر موج تلاش‌های اصلاحات در نظام سلامت کمتر بر اساس تجربیات کشورها و تحقیق است، که چند علت برای این معضل می‌توان شمرد: اولین علت، دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی مجری اصلاحات معمولاً علاقه‌ای به تحقیقات در چنین زمینه‌هایی ندارند. علت دیگر، سنجش و اندازه‌گیری نتایج اصلاحات به سادگی امکان‌پذیر نیست. دیگر علت، محققان بیشتر کشورهای در حال توسعه منابع کمی در اختیار دارند و علت آخر مصنفان سایر کشورها کم‌تر می‌توانند به جزئیات ضروری وقایع محلی و نیز سازمان‌های مرکزی دسترسی داشته باشند (۳).

در هر حال افرادی که مسئولیت برنامه ریزی اصلاح را بر عهده دارند، باید تا آن جا که ممکن است با استفاده از همه منابع اندیشه‌ها، همچنین تجارب اصلاحی داخل و خارج نظام سلامت کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، بتوانند راهبردهایی را که آن‌ها به کار بسته‌اند به دقت مطالعه و تجزیه و تحلیل کنند. از آنجا که تحلیل‌های سازمانی و مدیریتی در نظام سلامت بسیار عقب‌تر از پژوهش‌های اپیدمیولوژی، جمعیتی و اقتصادی است، اهمیت سازمانی و مدیریتی اصلاحات در نوشته‌های جهان دست کم گرفته می‌شود (۴).

در هر حال اصلاح نظام سلامت با هر کدام از این شیوه‌ها اما بدون اصلاح سازمانی به نتایج خود نخواهد رسید و برای اصلاح سازمانی نیز باید به فکر یک برنامه جامع پویا و کاربردی بود. روش‌های سنتی اصلاح مانند تمرکززدایی، تعدیل، طراحی مجدد مشاغل و توسعه سازمانی به سبب جزئی‌نگری و نگرش غیرنظام منظور راه به جایی نمی‌برند. ضمناً هر قدر سطح تغییر بالاتر باشد تأثیرات و ماندگاری اصلاح بیشتر است و امکان موفقیت افزایش می‌یابد. فرنگ برای تعیین رابطه میان طرح تغییر و هدف‌های حاصل از آن‌ها چهار سطح تعیین کرده است:

الف- نظام مند؛

ب- برنامه‌ای؛

ج- سازمانی،

د- ابزاری (۵).

گفتار دوم- طرح تحول نظام سلامت و پیامدهای آن
توجه به سلامت و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم در حکومت‌ها و جوامع است. اگرچه در سال‌های اخیر نظام سلامت توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پیشرفت‌های چشم‌گیری در سطح کل سلامت مردم و بالا رفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما هزینه‌های بالای پزشکی و عدم دسترسی یکسان به خدمات سلامت باعث اولویت یافتن آن شده است به طوری که در قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران به این موضوع اشاره شده است. بخشی از این قانون به حوزه سلامت و بیمه سلامت می‌پردازد. بخش سلامت شامل ۶ ماده و ۴ تبصره است و بخش بیمه سلامت شامل یک ماده و ۶ تبصره است (۶).

بند ب ماده ۳۴ برنامه پنجم توسعه به این موضوع می‌پردازد: «به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت،

- ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت: این ستاد مسئولیت خط مشی گذاری و راهبری برنامه‌های اجرایی را به عهده دارد.

- دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت: این دبیرخانه ذیل ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، در محل معاونت درمان تشکیل شده و مسئولیت هماهنگی کلیه برنامه‌های تحول را به عهده دارد. کمیته‌های فنی تابعه دبیرخانه به شرح موارد ذیل تشکیل می‌گردد:

۱. خط مشی گذاری و برنامه ریزی

۲. نظارت و بازرسی

۳. دارو و تجهیزات پزشکی

۴. بیمه و منابع

۵. مدیریت اطلاعات و اطلاع رسانی

دبیر ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، معاون درمان است که مسئولیت دبیرخانه ستاد، ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی و پایش برنامه‌ها را به عهده دارد. دبیرخانه مذکور رابط بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سؤالات و دریافت پیشنهادات است.

- ستاد اجرای برنامه تحول نظام سلامت دانشگاه: این ستاد مسئولیت مدیریت اجرا در سطح دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای برنامه در سطح بیمارستان‌های وابسته تمامی بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت را به عهده دارد. کمیته‌های فنی ستاد دانشگاه متناظر با کمیته‌های ستاد کشوری تشکیل خواهند شد.

- ستاد اجرای برنامه تحول نظام سلامت شهرستان: این ستاد مسئولیت اجرای برنامه را در سطح دانشگاه شهرستان به عهده دارد.

- ستاد اجرای برنامه تحول نظام سلامت بیمارستان: این ستاد مسئولیت اجرای برنامه در سطح بیمارستان را به عهده دارد. کمیته اجرائی در بیمارستان با مسئولیت ریاست بیمارستان با عضویت معاون درمان بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، مدیر امور مالی، مدیر حراست، رئیس داروخانه، مدیر امور اداری جهت اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده و گزارش روزانه به معاون درمان دانشگاه تشکیل می‌شود. کمیته اخلاق بیمارستان با عضویت رئیس بیمارستان، معاون درمان و یا مدیر بیمارستان، مترون بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، نماینده رؤسای بخش‌های بالینی و در صورت لزوم حراست بیمارستان جهت بررسی و تصمیم‌گیری در خصوص تخلفات پزشکان و پرسنل در اجرای برنامه‌های تحول سلامت تشکیل شد. کمیته نظارت در دانشگاه جهت برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده با عضویت نمایندگان معاونت‌های درمان، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی و دفاتر پرستاری، رسیدگی به شکایات و تجهیزات پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایرانیان تشکیل شد. کمیته ویژه نظارت بر اجرای برنامه تحول نظام

بیمارستان‌های برنامه لازم الاجرا شده است. این دستورالعمل در راستای کاهش هزینه‌های بستری از ۴۰ به ۱۰ درصد و جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو و تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان است. - دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: این دستورالعمل مورد تصویب ستاد هدفمندسازی یارانه‌ها قرار گرفته است و توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی اجرا می‌شود. این دستورالعمل در راستای ارائه خدمات درمانی به صورت ۲۴ ساعته و شیوه‌های پرداخت به پزشکان با توجه به مناطقی که فعالیت می‌کنند، تنظیم شده است.

- دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این دستورالعمل در ۱۴ ماده تنظیم شده است و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی لازم الاجرا است. این دستورالعمل در راستای ارائه به موقع خدمات درمانی و پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان و نحوه تعیین حق الزحمه پزشک مقیم و معیارهای ارزیابی عملکرد پزشک مقیم تنظیم شده است. - دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این دستورالعمل در ۸ ماده تنظیم و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست. این دستورالعمل در راستای افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی و استانداردهای و ارتقاء کیفیت در ارائه خدمت ویزیت سرپایی و افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده و نحوه تعیین مابه التفاوت قابل پرداخت به بیمارستان تنظیم شده است.

- دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: این دستورالعمل از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم الاجراست. این دستورالعمل در راستای ارتقای خدمات رفاهی-زیستی و ارزیابی و رتبه بندی بیمارستانها و اولویت بندی خدمات هتلینگ و سازوکار پرداخت به بیمارستانها تنظیم شده است.

- دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند: این دستورالعمل شامل ۱۴ ماده است و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول این برنامه لازم الاجراست. این دستورالعمل در راستای شناسایی این بیماران و تعیین بیماری‌هایی که شامل بسته خدمتی مشخص جهت حمایت هستند و میزان حمایت هزینه‌های این بیماران تنظیم شده است.

- دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی: این دستورالعمل در راستای کاهش میزان سزارین، افزایش ارتقاء سلامت مادران و نوزادان، کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمت جهت افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی، راهکارهای رسیدن به این اهداف، گردش مالی برنامه، استانداردهای ارائه خدمت تنظیم شده است (۷).

ب- ارکان اجرای طرح تحول نظام سلامت سازمان‌ها و بازیگران اجرای این طرح عبارتند از:

اجرای این طرح، در کنار چالش‌هایی که فراروی اجرای این طرح وجود دارد، پیامدها و اهداف مختلفی را به دنبال داشته است:

۱- کاهش میزان پرداختی بیماران: در برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی، مقرر شده است بیماران بستری واجد بیمه پایه سلامت باید ۱۰ درصد و روستائیان، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند، ۵ درصد از هزینه خدمات را پرداخت کنند. با اجرای این برنامه کلیه خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری و دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران در بیمارستان تأمین خواهد شد و یا با مسئولیت و تأمین هزینه توسط بیمارستان برای بیماران در زنجیره دانشگاه فراهم خواهد شد. طبق آخرین بررسی صورت گرفته توسط وزارت بهداشت با اجرای این برنامه بیش از ۹ میلیون نفر از افراد فاقد بیمه تحت پوشش سازمان بیمه سلامت قرار گرفته‌اند. در این مدت میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی در خدمات مشمول برنامه از حدود ۳۷ درصد به حدود ۸ درصد کاهش یافته است و در مرحله سوم با پرداخت ۶ درصد از هزینه‌ها برای ساکنین شهرها و ۳ درصد برای ساکنین روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اجرا شده است. تاکنون نزدیک به ۷/۵ میلیون بیمار بستری از این خدمات بهره مند شده‌اند (۹).

۲- ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی: ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی از دیگر برنامه‌های طرح تحول سلامت است. عملیات نوسازی هتلینگ و استانداردسازی تجهیزات پزشکی در ۵۶۰ بیمارستان دولتی کشور انجام شده و تاکنون ۸۷ درصد پیشرفت داشته است. بیش از ۱۸۷۵۰ بسته شامل تخت، کمد، تشک، پایه سرم، میز و پله کنار تخت که مربوط به وسایل رفاهی بیماران است توزیع شده است. بازسازی بیش از یک میلیون و چهارصد هزار مترمربع از فضای بیمارستان‌های دولتی و رضایت مندی ۸۶ درصدی بیماران از محیط فیزیکی مراکز درمانی دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت از دیگر دستاوردهای این برنامه ملی بوده است (۱۰).

۳- حضور پزشکان در مناطق محروم: حمایت از ماندگاری پزشکان عمومی و متخصص در مناطق محروم یکی دیگر از بسته‌های خدمتی طرح تحول نظام سلامت است تا مناطق محروم کشور معضل کمبود پزشک نداشته باشند و مردم این مناطق ناچار نباشند برای انجام امور درمانی خود، با زحمت و مشقت به شهر دیگری مراجعه کنند. با اجرایی شدن طرح، تعداد متخصصان ماندگار از ۱۴۵۰ نفر به ۳۹۱۴ افزایش یافته است (۱۱).

۴- حضور پزشکان متخصص مقیم: یکی دیگر از برنامه‌های این طرح، حضور پزشکان متخصص مقیم (شبانه روزی) در بیمارستان‌های دولتی است. این برنامه از تاریخ ۱۳۹۴/۳/۱ اجرا شد که در طول این مدت استقرار متخصصان در ۳۹۸ بیمارستان در ۲۱۲ شهر طرح آغاز شد و هم اکنون هرشب ۸۷۲ نفر پزشک متخصص در این بیمارستانها مقیم هستند. نظر به اشاره سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مورخ ۱۳۹۳/۱/۱۸ مقام معظم رهبری به

سلامت در وزارت بهداشت، با عضویت نمایندگان معاونت‌های محترم درمان، بهداشت، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی، پرستاری، دفتر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات و سازمان بیمه سلامت ایران با محوریت حوزه درمان تشکیل می‌شود که مدیریت اطلاعات و پاسخگویی به شکایات، پایش برنامه‌های ابلاغی و نظارت بر نحوه عملکرد دانشگاه و بیمارستان‌های تابعه در اجرای وظایف و مسئولیت‌های تعریف و ابلاغ شده را بر عهده دارد (۷).

به طور کلی می‌توان گفت، وزارت بهداشت، نمایندگان مجلس، معاونت درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، کلیه بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، کلیه پرسنل این بیمارستان‌ها و پزشکانی که در طرح پزشک خانواده شرکت کرده‌اند، سازمان‌های بیمه پایه شامل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و اعضای ستادها و کمیته‌های نام برده، در طرح تحول نظام سلامت درگیر هستند.

ج- ابزارهای اجرای طرح تحول نظام سلامت
در اجرای این طرح ابتدا برنامه‌ها توسط ستاد کشوری و دبیرخانه ستاد کشوری برنامه تحول نظام سلامت به سطوح پایین‌تر (دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی) ابلاغ می‌گردد و نظارت بر حسن اجرای آن صورت می‌گیرد، از این رو رویکرد بالا به پایین دارد و از سوی دیگر با اجرای این طرح در بیمارستان‌ها و شناسایی نقاط ضعف طرح و پیشنهاد اصلاحات دوباره در سطح دبیرخانه ستاد کشوری، برنامه تحول نظام سلامت مورد بازبینی قرار می‌گیرد و مشکلات طرح برطرف می‌شود که رویکرد پایین به بالا دارد؛ بنابراین، رویکرد اجرایی این طرح با توجه به تمرکز بر هر دو سطح سیاسی و سطح اداری، یک رویکرد ترکیبی است. ابزار اجرای این طرح با توجه به شرایط گروه هدف و شرایط محیطی، ابزار اقتدارگرایانه است، زیرا کادر خدمات درمانی به صورت داوطلبانه با این طرح همکاری نمی‌کنند و از سوی دیگر، اجرایی شدن این طرح نیازمند تأمین منابع مالی و زیرساخت‌ها و آموزش‌های لازم به افراد درگیر در این طرح از سوی دولت است و تداوم این طرح نیازمند نظارت دقیق دولت است (۸).

علاوه بر این، چون در کلیه مراحل این طرح از خط مشی‌گذاری تا اجرای آن، سازمان‌ها و نهادهای دولتی (مانند وزارت بهداشت، معاونت درمان، مجلس، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، همه بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه پایه شامل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، ستادهای اجرایی و کمیته‌های فوق الذکر) درگیر هستند، ابزار استفاده شده در این طرح اجباری است (۷).

د- پیامدهای اجرای طرح

نحوی از انحاء از بودجه دولتی و عمومی استفاده می‌کنند و یا از دولت مجوز فعالیت دریافت می‌نمایند مکلفند طبق ضوابط قانونی از این نظام تبعیت کنند».

۵- حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج: برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند یکی دیگر از بسته‌های حمایتی طرح تحول نظام سلامت است. در این برنامه، بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج تحت عنوان مشترک بیماری‌های ویژه زیر پوشش معاونت درمان وزارت بهداشت قرار گرفته و هزینه‌های بالای تشخیصی و درمانی بیماری آن‌ها که مشمول بیمه نمی‌باشند، طبق بسته خدمتی تعیین شده تحت حمایت قرار می‌گیرد. با توجه به این که این برنامه به تازگی شروع شده است، هنوز اقدامات چشم‌گیری در رابطه با آن صورت نگرفته است. برنامه ترویج زایمان طبیعی با هدف ارتقای سلامت مادر و نوزاد از اولین روز اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های کشور به اجرا در آمد. براساس این برنامه، کلیه بیمارستان‌ها ملزم به کاهش میزان سزارین (۱۰ درصد) می‌باشند. وزارت بهداشت با رایگان کردن زایمان طبیعی در یک سال گذشته توانسته است میزان سزارین را به میزان ۵/۵ درصد در سراسر کشور کاهش دهد. از آغاز برنامه تاکنون بیش از ۴۷۰ هزار زایمان طبیعی حمایت شده است (۶).

۶- راه‌اندازی اورژانس هوایی: یکی دیگر از برنامه‌های طرح تحول راه‌اندازی اورژانس هوایی است. پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، از مردادماه ۱۳۹۳، امداد هوایی برای پوشش ۱۵۰۰۰ کیلومتر راه فرعی و روستایی و نقاط صعب‌العبور و پر حادثه کشور طراحی شده است و در این زمینه ۱۷ پایگاه امداد هوایی با ۶۱۳ مورد پروازی امکان ارائه خدمات به موقع به ۹۶۶ مصدوم را در سراسر کشور فراهم کرده‌اند (۱۲).

با وجود دستاوردهای فراوان این طرح مانند کاهش هزینه‌های درمان، بهبود دسترسی به خدمات سلامت، حذف زیرمیزی، ارتقای سطح سلامت و افزایش رضایت نسبی جامعه، ممکن است اجرای آن با چالش‌های جدی مواجه شود. از این رو وزارت بهداشت باید تدابیر لازم برای برطرف ساختن این چالش‌ها را مد نظر قرار دهد. بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده از سوی رهبر معظم انقلاب بر تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت تأکید کرده است. با توجه به این بند، تولید نظام سلامت شامل خط مشی‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت؛ مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادها و تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی باید انجام پذیرد (۱۳).

اما مشاهده می‌شود که طرح مذکور در عمل رعایت نشده است. وزارت بهداشت، علاوه بر خط مشی‌گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی و نظارت بر طرح تحول نظام سلامت، خود تأمین منابع مالی و ارائه خدمات درمانی را به عهده دارد و این امر باعث می‌شود که وزارتخانه مذکور نتواند وظایف حاکمیتی خود را به

ضرورت تدوین تعرفه خدمات با حق فنی واقع یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی و تکلیف دولت در جبران خدمات پزشکان تمام وقت متناسب با قیمت واقعی با توجه به بند (د) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و همچنین آیین‌نامه اجرایی بند (د) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه که وزارت بهداشت را به ایجاد کلینیک‌های ویژه برای پزشکان تمام وقت و پرداخت بر اساس قیمت واقعی ملکف می‌کند، برنامه ارتقای کیفیت ویزیت تدوین و از ۱۷ خردادماه ۱۳۹۳ اجرا شد (۱۰).

از دیگر الزامات قانونی این برنامه می‌توان به بند (ب) ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه، با محوریت تخصیص ۱۰ درصد وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها برای کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی اشاره کرد. هدف از اجرای این برنامه افزایش انگیزه ارائه دهندگان ویزیت و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، حفظ و افزایش تعداد اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در دانشگاه‌ها، فراهم نمودن امکان سرمایه‌گذاری در برنامه خرید راهبردی با رعایت نظام ارجاع، استانداردسازی و ارتقای کیفیت خدمات ویزیت، افزایش رضایت مندی بیماران، کاهش بستری‌ها و روش‌های تشخیص درمانی غیرضروری با اختصاص زمان بیشتر برای ویزیت و گسترش و بهبود فضاهای کلینیک‌های ویژه است. در اجرای این برنامه سعی شده است پزشکان با افزایش زمان ویزیت و رعایت استانداردها در مراکز دولتی (انجام ۸ ویزیت در یک ساعت) کیفیت خدمات خود را به بیماران افزایش دهند تا ضمن اهمیت بخشیدن به معاینات و تشخیص‌های بالینی از اقدامات غیرضروری پاراکلینیکی و تشخیصی اجتناب شود و همچنین سهم پرداخت مستقیم مردم در بخش سرپایی کاهش یابد. طبق آمار به دست آمده از وزارت بهداشت، در ۵۸۵ کلینیک دولتی بیش از ۹۰۰۰ نفر پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص وارد برنامه شده و بیش از ۳۰ میلیون ویزیت در این مدت انجام شده است (۱۱).

ماده ۸۱ قانون برنامه ششم توسعه مقرر داشته است: «دولت مکلف است در اجرای بند (۴۰) سیاست‌های کلی برنامه ششم، نسبت به تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چند لایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به‌جز سلامت با رعایت سطح‌بندی خدمات در سطوح پایه، مازاد و مکمل براساس غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و نیازمندی‌های فعال و مبتنی بر سطح دستمزد و یا درآمد افراد و خانواده اقدام و پس از طی مراحل قانونی مطابق بودجه سنواتی به اجراء درآورد و به منظور ساماندهی منابع و مصارف مربوط به یارانه‌های اجتماعی، رفع هم‌پوشانی‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات، اجرای این نظام از طریق ایجاد پایگاه اطلاعات، سامانه و پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی و مبتنی بر شکل‌گیری پرونده الکترونیکی رفاه و تأمین اجتماعی با تبعیت از پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع ماده (۸۴) این قانون برای تمامی آحاد جامعه صورت می‌پذیرد و کلیه سازمان‌ها، صندوق‌ها، نهادها و دستگاه‌های اجرائی فعال در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی که به هر

در مرحله سوم به ۶ درصد کاهش یافت، اما در مرحله سوم با ۲/۵ برابر شدن تعرفه‌ها، هر چند پرداختی نسبی مردم از ۸ درصد به ۶ درصد کاهش پیدا کرد اما پرداختی مطلق مردم افزایش داشته است. در رابطه با هزینه اجرای طرح تحول، بیم آن می‌رود که تأمین منابع مالی این طرح در سال‌های آتی با چالش‌های بسیار جدی روبرو شود و در نهایت منجر به افزایش فشار مالی بر مردم و کاهش دسترسی کمی و کیفی به خدمات سلامت شود (۱۴).

تخصیص منابع مالی مورد نیاز اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۹۳ به این صورت بود که از مجموع ۱۸۶۰۰ میلیارد تومان بودجه سلامت، ۶۰۰۰ میلیارد تومان سهم بیمه‌ها، ۲۰۲۷ میلیارد تومان برای پزشک خانواده و ۲۹۷۵ میلیارد تومان از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده مطابق قانون بودجه برای ساکنان روستاها، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خدمات بهداشتی درمانی جامعه با استانداردها کیفیتی بالاتر به همراه خدمات اولیه جدید فراهم شود. برای سال ۹۴ بودجه ۵۲ هزار میلیاردی توسط کمیسیون تلفیق برای وزارت بهداشت در نظر گرفته شده است که ۲۵ درصد آن از محل منابع عمومی و حدود ۷۵ درصد آن باید توسط درآمدهای وزارت بهداشت تأمین شود (۱۵).

با اجرایی شدن مرحله سوم طرح تحول نظام سلامت، تعرفه‌های خدمات درمانی رشدی ۲/۵ برابری داشته است و این به معنای ۲/۵ برابر شدن درآمد وزارت بهداشت است. این در حالی است که این وزارتخانه اعلام کرده بود که در سال آینده، بار دیگر تعرفه‌های درمان افزایش می‌یابد و میزان این افزایش به منابع بیمه‌ای و تصمیمات شورای عالی بیمه بستگی دارد.

با توجه به این که ۷۵ درصد بودجه سال ۹۴ از محل درآمدهای وزارت بهداشت است و این درآمدها از محل پرداختی بیمه‌های پایه و پرداخت مستقیم از جیب مردم به دست می‌آید، بنابراین، با رشد درآمد وزارت بهداشت، این دو مرجع هم باید افزایش یابند تا درآمد مورد نظر حاصل شود و این در حالی است که منابع بیمه‌ای به این میزان رشد نداشته‌اند، بنابراین این درآمد باید از جیب مستقیم مردم به دست آید و یا این که وزارت بهداشت به دلیل مواجه شدن با کسری اعتبارات ناگزیر است کمیته و کیفیت خدمات سلامت را کاهش دهد و دیگر نمی‌تواند پاسخگوی انتظارات بالا رفته مردم باشد. از سوی دیگر منابع تأمین مالی این طرح باز هم به طور غیرمستقیم از جیب مردم کسر می‌شود به این صورت که از محل مالیات بر ارزش افزوده، افزایش قیمت حامل‌های انرژی مثل بنزین، افزایش حق بیمه‌ای که مردم پرداخت می‌کنند و نیز بودجه دولتی و مرحله دوم هدفمندی یارانه‌ها که قرار بود یارانه‌ها افزایش پیدا کند و این اتفاق نیفتاد و در بخش سلامت هزینه شد، به دست آمد (۱۶).

از آنجایی که در سایر کشورها این قبیل هزینه‌ها از مالیاتی که افراد پرداخت می‌کنند، تأمین می‌شود. به منظور تداوم طرح تحول نظام سلامت، یا باید سهم بودجه وزارت بهداشت از منابع عمومی افزایش یابد و یا این که بیمه‌ها سهم بیشتری از افزایش هزینه‌های درمان را تقبل کند.

درستی اجرا کند. واگذاری اختیارات حاکمیتی وزارت بهداشت و مجلس به اعضای سازمان صنفی نظام پزشکی باعث شده است که هرگونه خط مشی گذاری در نظام سلامت با توجه به منافع پزشکان صورت پذیرد، لذا حضور اعضای نظام پزشکی در وزارت بهداشت و مجلس به عنوان نهادهای حاکمیتی که متولی حمایت از حقوق مردم است، جایز نیست. عملکرد مناسب چنین مناصب حاکمیتی بیش از این که نیازمند تخصص پزشکی باشد، نیازمند تخصص‌های نظیر مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد است. به عنوان نمونه می‌توان به مرحله سوم طرح تحول نظام سلامت اشاره کرد. در مرحله سوم با افزایش تعرفه‌ها، حقوق پزشکان افزایش قابل ملاحظه‌ای یافت. اما حقوق پرستاران در مقایسه با پزشکان افزایش بسیار ناچیزی داشت. در حالی که اختلاف درآمد پزشک و پرستار در سایر کشورها زیاد نیست. به عنوان نمونه در کشوری مانند ترکیه اختلاف درآمد پزشک و پرستار برابر ۴/۲ است. بالا رفتن تعرفه‌ها، بسیاری از پزشکان بیمارستان‌های دولتی را برای رفتن به بخش خصوصی ترغیب کرده است و حتی بعضی از پزشکان بیمارستان‌های دولتی علاوه بر فعالیت در بیمارستان‌های دولتی، در بخش خصوصی هم فعالیت می‌کنند، در حالی که این عمل پزشکان براساس تبصره ۲ بند (د) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه خلاف قانون محسوب می‌شود (۱۲).

واگذاری مناصب حاکمیتی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به پزشکی که خودشان علاوه بر بخش دولتی در بخش خصوصی نیز فعالیت می‌کنند، باعث شده است که عزم جدی در اجرای این قانون وجود نداشته باشد. این طرح بیشتر به بخش درمان توجه کرده و به مقوله پیشگیری و بهداشت توجهی نداشته است، در حالی که در اکثر کشورهای توسعه یافته، مقوله پیشگیری بر درمان اولویت دارد. اجبار پزشکان شاغل به تعطیلی مطب، پرداخت مستقیم یارانه درمان و مراجعه بی‌دلیل برخی افراد به مراکز درمانی، ممانعت از صدور پروانه مطب به پزشکان طرحی جدید، عدم رعایت سقف ساعت کاری برای پزشکان و پرستاران و عدم پرداخت به موقع کارانه کادر درمانی از دیگر مشکلات این طرح است (۱۶).

علاوه بر آن، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که کار کارشناسی دقیقی روی طرح تحول نظام سلامت انجام نگرفته و به صورت آزمون و خطا در حال اجرا شدن است و همچنین، زیرساخت‌های لازم برای اجرایی شدن آن کاملاً تأمین نشده است و کمبود کادر درمانی، دارو و تجهیزات پزشکی در آن لحاظ نشده است. موضوع دیگری که این طرح را با مشکل مواجه کرده، بحث بیمه‌هاست. در صورتی که بیمه‌ها به تعهدات مالی خود عمل نکنند، طرح با مشکل جدی مواجه خواهد شد. علاوه بر آن، بیمه‌ها صرفاً بر درمان تمرکز کرده‌اند و به ارتقای سلامت کمتر توجه کرده‌اند. در این طرح تنها تأمین اعتبار برای بیمارستان‌های زیر پوشش وزارت بهداشت صورت گرفته و بیمارستان‌های دیگر مانند تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، خیریه و بخش خصوصی را شامل نمی‌شود. نکته دیگری که باید به آن توجه داشت این است که در مرحله اول میزان پرداختی مردم از ۳۷ درصد به ۸ درصد و

الف- نقاط قوت و ضعف طرح تحول نظام سلامت

مهم‌ترین نقطه قوت طرح تحول سلامت این بود که، روند افزایش فشار بر اقتصاد سلامت جامعه و هزینه‌های کمرشکن درمان را کاهش داده و باعث رضایت نسبی مردم شده است. یکی دیگر از نقاط مثبت طرح تحول، کاهش دریافت زیرمیزی پزشکان بوده است. برآوردها نشان می‌دهد که بین ۷ تا ۱۰ هزار میلیارد تومان دریافت‌های غیرقانونی یا زیرمیزی وجود داشته و طرح تحول توانسته است که بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از آن را کاهش دهد. مهم‌ترین نقاط ضعف طرح تحول را شاید بتوان در ۱۳ محور برشمرد: (۱) بی‌توجهی به قوانین بالادستی و سیاست‌های کلی سلامت (۲) درمان‌محوری به‌جای توجه به پیشگیری (۳) پزشک‌محوری به‌جای خدمات‌محوری (۴) بیمار‌محوری به‌جای سلامت‌محوری (۵) فقدان پایداری منابع بر اثر هزینه‌های بالا (۶) تعمیق شکاف درآمدی در کادر درمانی (۷) متخصص‌گرایی و بی‌توجهی به سطح ۱ خدمات سلامت (۸) بی‌توجهی به پیامدهای ناشی از تفاوت ارزش نسبی خدمات در بخش خصوصی و دولتی (۹) اظهار عجز بیمه‌ها در پرداخت تعهدات خود (۱۰) کسری ۳۰ هزار تخت و ۲۰۰ هزار پرستار (۱۱) همکاری نکردن بیمه‌های پایه و تکمیلی. در نتیجه به‌دلیل زیر پوشش قرار نگرفتن بعضی از خدمات درمانی مجدداً پرداخت از جیب مردم افزایش یافته (۱۲) بسته تشویقی زایمان طبیعی مخصوص ماماها قطع شده است (۱۳) محدودسازی بسته ارتقای ویزیت و کاهش پرداخت به پزشکان (۱۴).

ب- چالش‌های فراروی طرح تحول نظام سلامت

مهم‌ترین چالش‌های فراروی طرح تحول نظام سلامت عبارتند از:

۱- تعارض با قوانین بالادستی: اجرایی‌نشدن برخی از مواد قانون برنامه پنجم توسعه یکی از این چالش‌ها بود (۲۵). در بند «ج» ماده ۳۲ این قانون به مواردی همچون «خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت»، «محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع»، «سطح‌بندی خدمات»، «خرید راهبردی خدمات»، «واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد» اشاره شده که این موارد چارچوب‌های اصلی بودند که لازم بود طرح تحول سلامت با این مبانی حرکت کند. ولی متأسفانه به‌علت شتاب‌زدگی، کوتاه‌نگری و نیازهای فوری جامعه، مورد توجه قرار نگرفتند. مثال دیگری که می‌شود به آن اشاره کرد، در بند «۶» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم، ۷ وظیفه به منظور ساماندهی و اجرا برای وزارت بهداشت، پیش‌بینی شده است: بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیات‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی، کلینیک ویژه و بیمه‌های تکمیلی. هیچ‌کدام از موارد تصریح شده در این ماده قانونی یا به بار ننشسته یا گام‌های اولیه خودشان را برمی‌دارند. همچنین، بند «ب» ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه که بر ۵ مساله تأکید دارد: (۱) ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی (۲) کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج. (۳) تقلیل گردش امور واحدهای بهداشتی به درآمدهای اختصاصی که شاید اتفاق مرکز درمانی

گفتار سوم- اجرای طرح تحول نظام سلامت و مزایای آن

اهداف اصلی همه نظام‌های سلامت، ارتقای سلامت جامعه، تأمین و توزیع عادلانه منابع و رضایت بیماران است. این نظام‌ها همواره تلاش می‌کنند تا با افزایش اهداف میانی مانند افزایش دسترسی و ارتقای کیفیت و کارایی، شاخص‌های مربوط به اهداف عالی خود را بهبود دهند. انتظار می‌رود نتیجه این تلاش‌ها در نهایت، ارتقای سلامت جامعه، تأمین و توزیع عادلانه منابع و کسب رضایت بیماران از طریق پاسخگویی مناسب به نیازهای پزشکی و غیر پزشکی آن‌ها باشد (۲۰).

نظام‌های سلامت در سراسر جهان تحت تاثیر چهار نیروی محرک، دائماً در پی اصلاح خود هستند. این محرک‌ها که قدرت آنها به طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، شامل هزینه های فزاینده در مراقبت‌های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت‌ها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است. لذا اصلاحات نظام سلامت در دهه های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی مختلف به منظور سازماندهی و تأمین مالی نظام سلامت در کنار ارتقای اثربخشی، کارایی و عدالت اجرا گردیده است (۲۱).

در ایران نیز پیش از آغاز طرح تحول نظام سلامت، اشکالات قابل ملاحظه‌ای در حوزه بهداشت و درمان کشور وجود داشت. طبق داده‌های مرکز آمار ایران، سهم مردم در پرداخت هزینه‌های مرتبط با خدمات نظام سلامت در سال ۱۳۸۹ حدود ۵۸ درصد بود که پس از تزریق ۲۰۰۰ میلیارد ریال مازاد اعتبارات باقی‌مانده از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت، این شاخص به ۵۰/۵ درصد در سال ۱۳۹۲ رسیده بود (۲۲).

به‌علاوه در بخش قابل توجهی از مراکز بیمارستانی، همراهم بیماران برای خرید برخی از اقلام دارویی یا لوازم پزشکی مورد نیاز و انجام بسیاری از آزمایشات‌ها به خارج از بیمارستان هدایت می‌شدند که این خود علاوه بر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران می‌شد. از طرفی از نظر پزشکان مقدار تعرفه‌های خدمات پایین بود و این امر توجهی برای اخذ وجوه غیررسمی (زیر میزی) از مردم از سوی برخی پزشکان شده بود (۲۳). طرح تحول نظام سلامت در راستای تحقق اهداف و آرمان‌های انقلاب شکوهمند اسلامی و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، یعنی فراهم نمودن سلامت و امنیت مردم و با دو هدف اصلی افزایش دسترسی و افزایش عدالت در ارائه کالاها و خدمات سلامت، آغاز و دستورالعمل آن در اردیبهشت ۱۳۹۳ به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد (۲۴).

با اجرای این طرح، افزون بر محافظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بخش‌های بستری بیمارستان‌های دولتی مد نظر قرار گرفت. اهداف این طرح به ترتیب در چهار گام «بهبود دسترسی، استطاعت پذیری و کیفیت درمان»، «توسعه خود مراقبتی»، «واقعی‌سازی تعرفه‌ها» و «تحول در آموزش پزشکی» پیگیری شد. در این قسمت ابتدا به نقاط ضعف و قوت طرح پرداخته خواهد شد (۶).

اجتماعی نشان می‌دهد که در سال ۹۵ بیش از ۹ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان بار مالی مضاعف بر دوش این سازمان قرار گرفته است. نهایتاً برای حل اختلاف به وجود آمده، کار به دفتر رئیس‌جمهوری رسید و سرانجام با واسطه قرار دادن عامل سوم یعنی بانک رفاه، قرار شد که مراکز درمانی اسناد خود را به‌جای بیمه‌ها، به بانک رفاه تحویل دهند و ظرف ۱۵ روز ۶۰ درصد از صورت حساب را نقداً دریافت کنند. در واقع نتیجه این کار، وادار کردن سازمان تأمین اجتماعی به گرفتن چند هزار میلیارد تومان وام از بانک رفاه، ملت و تجارت با سود بین ۱۲ تا ۲۴ درصد و به گروگان گرفتن نسل آینده‌ای که قرار است نزد سازمان تأمین اجتماعی بیمه شوند، شد. اما وزارت بهداشت پس از این موقعیتی که حاصل کرده است، به دنبال تجمیع بیمه‌هاست، یعنی این که کل صندوق‌های بیمه را زیر نظر خود بگیرد، و در واقع هم دستور خرج و هم دستور پرداخت بدهد و هم بتواند تعرفه‌ها را بالا ببرد. اکنون بزرگترین چالش‌هایی که طرح تحول سلامت را تهدید می‌کند، هزینه‌های بالا و سرسام‌آوری است که بر دوش این دو صندوق گذاشته است (۱۶).

گفتار چهارم - الگوی مطلوب طرح تحول نظام سلامت ارتقای کیفی اجرای سیاستهای تدوین شده، در لایه‌های مختلف نظام سلامت کشور منجر به ایجاد فضای اعتماد متقابل بین نظام سلامت کشور و سطوح گوناگون جامعه خواهد شد. اما اینکه نظام سلامت بر اساس چه الگویی قابل ارتقا و پیشرفت است مسئله‌ای است که در این قسمت مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

الف- پی‌دسازی سلامت الکترونیک: سلامت الکترونیک، عرصه جدیدی بین اطلاع‌رسانی پزشکی و سلامت عمومی است (۲۶). اولویت‌های استقرار سلامت الکترونیک شامل پرونده الکترونیک سلامت شخصی شناسه بیمار، کارت سلامت الکترونیک، افزایش سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات، ثبت الکترونیکی قرار ملاقات‌ها برای درمان بیماران، نسخه نویسی الکترونیک، بالاخره پزشکی از راه دور می‌باشد که هدف مشترک همه این راهبردها استفاده از فناوری اطلاعات در ارائه خدمات سلامت با محوریت بیمار می‌باشد زیرساخت‌های سلامت الکترونیک عبارتند از شبکه‌های فیزیکی، زیرساخت‌های قانونی، آموزش و آمادگی و اجرای عملیات سلامت الکترونیک. منابع لازم برای استقرار سلامت الکترونیک شامل منابع مالی، منابع داده‌ای و سایر منابع می‌باشد (۲۷).

ب- احداث مراکز درمانی در مناطق محروم: در کشور ایران، نقاطی وجود دارد که از مراکز درمانی محروم هستند. لازم است این نقاط در سطح وسیع مورد شناسایی قرار گیرند، تا با احداث مراکز درمانی بتوان خدمات درمانی شایسته‌ای را ارائه نمود (۲۸).

دسترسی عادلانه به خدمات درمانی و توزیع برابر منابع سلامت یکی از اهداف اصلی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشوری است. بی‌عدالتی در توزیع منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته دارای شدت بیشتری است. تخصیص نامناسب و کم بودجه به بخش

کشیدن بخیه و نپذیرفتن درمان کودک می‌کند که در نوع خود اقدامی بی‌سابقه در جامعه پزشکی ایران محسوب می‌شود

خیمینی‌شهر^۱، ناشی از ضعف‌های اجرای این بخش از قانون باشد. (۴) اختصاص ۱۰ درصد وجوه حاصل از قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به این امر و (۵) به‌منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد. بند ۵، در واقع تنها بند مورد توجه دولت است که بر اساس آن دولت در بخش بستری سهم مردم در پرداخت مستقیم را به ۱۰ درصد کاهش داده است (۱۶).

۲- تنگناهای مالی: سازمان بین‌المللی کار بر این مساله کلیدی تأکید دارد که ناپایداری منابع در حوزه طرح‌های بیمه‌ای عملاً طرح‌ها را به عاملی در نارضایتی ذی‌نفعان تبدیل می‌کند. در کشور ما ۱۸ صندوق بیمه‌ای وجود دارد که فقط یکی دو تا از آنها توان ایستادن روی پای خود را دارند. بقیه صندوق‌ها یا مصارفشان بر منابعشان پیشی گرفته است یا در آستانه ورشکستگی هستند، پس چارچوبی که سازمان بین‌المللی کار بر آن تأکید کرده، مورد توجه وزارت بهداشت قرار نگرفته است. مشکل دیگری که وجود دارد تک‌سببی نگاه کردن وزارت بهداشت برای حل مشکلات طرح تحول است. دست‌اندرکاران این حوزه، تصور می‌کردند که با سازوکار قیمتی، می‌توانند طرح تحول سلامت را به جلو ببرند و رضایت عمومی را افزایش دهند، لذا در نخستین اقدام در شورای عالی سلامت یکی از آرزوهای دیرینه جامعه پزشکی را محقق کردند که بالا بردن ارزش تعرفه‌های پزشکی بود تا جایی که در برخی خدمات بستری، تعرفه بخش دولتی ۴۶۰ درصد و در بخش خصوصی ۸۳۳ درصد افزایش یافت.

۳- تضاد و شکاف درآمدی در نیروی انسانی: به‌یک‌باره شکاف طبقاتی عمیقی بین پزشکان در تخصص‌های مختلف و بین پزشکان و کادر پرستاری ایجاد کردند و درآمدهای بالا به پزشکان پرداخت کردند تا جایی که بعضی از اطباء، به حقوق‌های ۱۰۰ و ۱۵۰ میلیون تومانی دست یافتند، اما حقوق کادر پرستاری از یک میلیون مثلاً به ۲ میلیون تومان رسید.

۴- کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای: در طرح تحول سلامت، ۲ سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت، آگاهانه یا ناآگاهانه به افزایش تعرفه‌ها تن دادند، این در حالی است که ۷۵ درصد از بار هزینه‌های طرح تحول سلامت بر دوش این بیمه‌ها قرار دارد. سازمان بیمه سلامت در واقع توزیع‌کننده منابع است، به این صورت که اگر سازمان برنامه و بودجه، منابع مالی به این سازمان اختصاص دهد، آن را در اختیار وزارت بهداشت می‌گذارد، ولی وقتی نوبت به سازمان تأمین اجتماعی می‌رسد، به دلیل خودکفایی این سازمان، انتظار پرداخت بیشتری از آن هست. نتیجه این کشمکش‌ها این شد که در سال جاری پرداخت‌ها به مراکز دولتی ۸ ماه به تأخیر افتاده است. در واقع به‌دنبال افزایش تعرفه‌ها، سازمان تأمین اجتماعی از ۲ کانون مورد فشار مضاعف قرار گرفت؛ یکی این که خودش تولیدکننده و ارائه‌دهنده خدمات درمانی است و دیگر این که بزرگترین خریدار خدمات هم هست. محاسبات سازمان تأمین

-در تاریخ ۱۵ آذرماه ۱۳۹۴، پس از آنکه خانواده‌ای تمکن مالی برای ۱ پرداخت بخیه صورت فرزندشان را نداشتند، پزشک بیمارستان اقدام به

در حیطه درمان، ایفای نقش نمایند. طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر دستیابی همه مردم به نیازهای بهداشتی-درمانی اجرا گردید. نقشه تحول نظام سلامت به خودی خود مجموعه ارزشمندی است که آینده نظام سلامت، سیاست‌ها، اهداف کلان، و مسیر حرکت به سمت تحقق اهداف را به خوبی تبیین می‌نماید. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مجموعه‌ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست‌ها و الزامات برنامه ریزی تحول راهبردی نظام سلامت، مبتنی بر الگوی پیشرفت اسلامی- ایرانی است و می‌تواند در صورت اجرای مناسب، پیشرفتی ارزشی در عرصه سلامت ایجاد کرده و نویدبخش تحقق اهداف چشم انداز در افق سال ۱۴۰۴ باشد. در این نقشه، تلاش بر آن بوده که جهت‌گیری‌های کلی و حرکت‌های لازم در راستای ایجاد تحول بنیادی در سلامت کشور ترسیم گردند. جهت اجرایی و عملیاتی شدن این نقشه باید اقداماتی انجام شود تا علاوه بر حرکت به سمت اهداف چشم اندازی، میزان پیشرفت، موانع و مشکلات پیاده‌سازی، متولیان اجرا و نحوه نظارت بر عملیات اجرای نقشه، کنترل و پایش منظم، گزارش‌های ادواری و محتوای آنها و غیره نیز مشخص گردد.

طرح تحول نظام سلامت، نکات مثبت و نتایج مطلوبی نظیر کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم و پوشش نیازهای درمانی جمعیت نیازمند فاقد بیمه را برای نظام سلامت ایران به ارمغان آورده است. ولی با آغاز طرح تحول نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، امید آن می‌رفت که در ادامه به اصلاح سازوکارهای نظام سلامت همچون اصلاح نظام اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بر مبنای پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح روند تجویز و مصرف دارو، تجهیزات پزشکی و خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی با هدف جلوگیری از تقاضای القایی فزاینده، اجرای برنامه‌های پیشگیری محور بر اساس تاکید سیاست‌های کلی سلامت، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عدالت و کارایی منطبق بر سیاست‌های کلی سلامت، اجرای قانون تمام وقتی پزشکان و اساتید در بخش دولتی، ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات سلامت با توزیع مناسب و بهینه نیروی انسانی و زیر ساخت‌ها در مناطق مختلف کشور به ویژه مناطق محروم پرداخته شود و به تحول واقعی در نظام سلامت برسیم.

به رغم نقاط قوتی که طرح تحول نظام سلامت به همراه داشته است، این طرح از عدم یکپارچگی و برخورداری از منطق صحیح اقتصادی آسیب دیده و خروجی‌های آن با توجه به اهداف اصلی نظام سلامت، دچار ابهام است. هرچند در حوزه‌های حفاظت مالی بیماران در بیمارستان‌های دولتی، توسعه کمی زایمان طبیعی، توسعه‌های زیرساختی و عدالت در دسترسی مناطق محروم به خدمات سلامت دستاوردهای ارزشمندی حاصل شده، اما افزایش غیراصولی مجموع هزینه‌های سلامت، ضعف عدالت در تخصیص منابع، عدم توجه به امکان‌پذیری طرح، عدم انطباق با سیاست‌های کلان بالادستی و کاهش قابل توجه کارایی، مزایای این طرح را برای ارائه دهندگان خدمت و دریافت کنندگان آن در بلندمدت به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داده و با گذشت زمان برخی از آثار مثبت

سلامت، نمود برنامه‌ریزی مناسب و بلندمدت از دلایل عمده این نابرابریها در نقاط محروم کشور است. کاهش نابرابری بین مناطق مختلف، در زمینه دسترسی به منابع بهداشت و درمان از مهمترین اهداف سیاستگذاران بخش سلامت در ایران است. یکی از راههای اصلی رسیدن به این هدف، توزیع متعادل امکانات و منابع سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به نیازهای سلامتی مردم و سطح جمعیت می‌باشد (۳۰).

ج- ارتقای کیفیت ارائه خدمات: در برخی از نقاط، خدمات درمانی ارائه شده از کیفیت و پاسخگویی مناسبی برخوردار نیستند. یکی از مهم‌ترین اقداماتی که در کشور شاهد ابلاغ آن هستیم، سطح بندی خدمات درمانی یا نقشه راه درمان کشور است. ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات درمانی به خصوص مناطق محروم، بهره‌مندی مناسب و به موقع از این خدمات، توسعه پایدار مناطق محروم کشور با تاکید بر توسعه منابع سلامت، جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌ها و هزینه‌های غیرضروری و اصلاح فرایندهایی که باعث ایجاد هزینه‌های غیرضروری می‌شود، از اهداف اجرای نقشه راه درمان در کشور است (۲۹).

د- یکسان سازی دفترچه‌های درمانی: در کشور، متاسفانه با تعدد دفاتر درمانی روبرو هستیم. در برخی موارد شاهد هستیم که مراکز درمانی از ارائه خدمات به برخی دارندگان دفاتر از جمله دفاتر عشایری و روستایی، خودداری می‌کنند. یکی از بزرگترین و مهمترین عوامل ایجاد عدالت در نظام سلامت، یکپارچه سازی بیمه‌های پایه کشور می‌باشد که در همین راستا دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی با امعان نظر به مزایای مترتب بر یکسان سازی عملکرد بیمه‌ها و به منظور جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سرباری، سرگردانی ارائه کنندگان و بیمه شدگان، افزایش نارضایتی بیمه شدگان و هدررفت منابع نظام سلامت این موضوع را در دستور کار دبیرخانه شورا قرار داد.

نتیجه‌گیری

حق سلامت به‌عنوان یک حق ذاتی، به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق همه خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار و محیط‌زیست سالم را شامل می‌شود. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن، موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقدامات در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات، مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. از همین روی، کشور ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است. طرح‌های موجود در حوزه نظام سلامت همچون طرح تحول سلامت و برنامه‌های تأمین و تضمین حق درمان می‌توانند با توجه به پتانسیل‌های مطلوب قانونی و اجرایی با رویکرد تحقق حقوق عمومی

package of the health system transformation plan in the pediatric ward of Mashhad University of Medical Sciences, the first national conference on organizational transformation and innovation with a resilient economy approach.

11. Parents of Manesh, Alireza and others. (1395). Implementation of the health system transformation plan with emphasis on supporting the survival of physicians in deprived areas: results and challenges, *Hakim Health System Research*, 19 (4): 228-237.
12. Peykanpour, Mohammad and others. (1397). A Review of the Achievements and Challenges of the Iranian Health System Transformation Plan, *Payesh*, 17 (5): 481-494.
13. Ahmadian Derakhsh, Behzad et al. (1396). Implementation of the health system transformation plan in Iran: strengths and weaknesses, scientific seminar on nursing care in mental health and community health.
14. Khalaji Nia, Zohreh and Gaini, Mina. (1398). Explaining the challenges of implementing the health system transformation plan in the field of treatment in Qom, *Management in the health system*, 3 (3): 212-224.
15. Ghanbari, Atefeh and others. (1396). Health system transformation plan; A New Look at Health Services Delivery: Challenges, *Hakim Health System Research*, 20 (1): 1-8.
16. Tasnim News Agency Website: <https://www.tasnimnews.com/fa/news>
17. Nasrollahpour, Seyed Davood and Moaoudi, Simin (2013), Evidence-Based Policy-Making in the Health System and Its Achievements and Challenges in Iranian Law, Babol, Babol University of Medical Sciences.
18. Serghis, D. (1998). "Why hospital privatisaton is bad for patients and nurses",

این طرح که با صرف منابع زیادی به دست آمده بود روند معکوس به خود گرفته است. شایسته است که مدیران نظام سلامت با چاره اندیشی علمی و اصولی، مانع از دست رفتن دستاوردهای مثبت آن گردند.

References

1. Abbasi, Bijan and Heidari, Maryam. (1397). A review of health policy and regulations in the United States, *Public Law Studies*, University of Tehran, 48 (1): 105-120.
2. Shariati, Mohammad (1389). Why health system reforms? And how ?, *Knowledge and Health*, 5 (6): 20-21.
3. Hearst, N. & E. Blas, (2001) "learning from experience: research on helth sector reform in developing world". *Health policy and planning*; 16 (suppl 2): 1-3. oxford university press, P142.
4. Cassels, A. (2001), Health sector reform: key issues in less developed countries ", WHO. Geneva, P199.
5. Aqlmand, Siamak and Pourreza, Abolghasem. (1392). Health System Reform, *Social Welfare*, 4 (14): 15-40.
6. Gholipour, Rahmatullah and Nataq, Farzaneh. (1394). Analysis of the Health System Transformation Plan, Challenges and Consequences, The First National Conference on Public Administration in Iran.
7. Deputy of Treatment. (1393). Collection of instructions for the Health System Transformation Plan, Tehran: Ministry of Health and Medical Education.
8. Nematbakhsh, Mehdi. (1394). Research in the health system transformation plan, *education in medical sciences*, 1 (11): 64-66.
9. Religion, Fatima and others. (1397). Investigating the dynamics of the health system transformation plan, 15th International Conference on Industrial Engineering.
10. Soldier, Masoumeh and others. (1395). Evaluation of patients' satisfaction with the implementation of the hoteling

28. Mirsultan Ali, Saeed; Mansouri Bidkani Mehdi and Khosravi, Ahmad Ali (1398). Expanding Health Services in Deprived Areas in Iran: Policies and Challenges. *Military Medicine*, 21 (4): 342-352.
29. Razmara, Hadi; Razmara, Mehdi and Javadinia, Alireza (1394). Health system transformation plan and medical education; The need to provide an educational appendix, *Center for the Study and Development of Medical Education*, 12 (5): 789-790.
30. National Institute of Health Research website. Evaluation of Health Transformation Plan; 2015. Available at: <http://nihr.tums.ac.ir/> [In persian]
- Australian Nursing, North Fitzroy, vol.6, Iss.3.3-20.
19. Shadpour, Kamel (1385). Health system reform in the Islamic Republic of Iran. *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 10 (3): 7-20.
20. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. (2015). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. 1st Edition, Oxford university press: New York.
21. Frenk J. (2005). Dimensions of health system reform. *Health Policy*; 27: 19-34.
22. Esfandiari M, Rasi V, Khodamoradi A. (2016). *Health Transformation Plan in Stable Pathway*. 1st Edition, Research Institute of Iran Social Security Organization: Tehran. [In Persian].
23. The Iran's Ministry of Health website, Health department report in the eleventh government, 2015. Available at: <http://ird.behdasht.gov.ir/> [In Persian]
24. Hemmati, Nusratullah; Tafzali, Hussein; Khosravi, Mohammad Ali and the presence of Hadian, Hamid (1398). Teaching physicians, nurses and the people about the health system transformation plan in the 11th government, *development of Jundishapur education*, 10 (1): 1-10.
25. Research Institute of Iran Social Security Organization website. Analytical Report of Health Transformation Plan; 2016. Available at: <http://www.ssor.ir/> [In persian].
26. Seker E, Savini M. 2007, Mobile health access diabetics in rural areas of Turkey - Results of a survey. University of Friborg, Boulevard, Switzerland.
27. Nasiripour, Amirashkan; Radfer, Reza; Najaf Beigi, Reza and Rahmani, Hojjat (1390). Investigating the effective factors on the establishment of e-health system in Iran. *Hospital*, 10 (1): 53-62.