

## بررسی عوامل مؤثر بر اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی

ابوالقاسم پور رضا<sup>۱</sup>، مسلم شریفی<sup>۱ و ۲\*</sup>، محمود محمدی<sup>۳</sup>، ابوعلی ودادهیر<sup>۴</sup>، احمد فیاض بخش<sup>۵ و ۶</sup>

۱- گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده پهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت، سازمان پهداشت و درمان صنعت نفت ۳- گروه آمار زیستی، دانشکده پهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران ۵- مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶- گروه آموزش پهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نویسنده مسؤول: گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده پهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: ۰۹۱۹۶۳۸۳۲۲۸ نمبر: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹ پست الکترونیک: [sharifimoslem@yahoo.com](mailto:sharifimoslem@yahoo.com)

دریافت: ۹۴/۱/۲۵ پذیرش: ۹۴/۴/۴

### چکیده

مقدمه: در ایران، از ابتدای برنامه چهارم توسعه، سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت با هدف گزاری کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب به کمتر از ۳۰٪، به صورت رسمی مصوب شد و پس از آن در برنامه پنجم توسعه نیز تکرار شد. با وجود در سال‌های اجرای این دو برنامه (۱۳۸۴ تا ۱۳۹۲)، سهم مردم از هزینه‌ها نه تنها کاهش نیافت بلکه به مراتب افزایش نیز داشته است. این مطالعه به دنبال بررسی دلایل ناکامی این سیاست است.

روش کار: رویکرد این مطالعه، کیفی است و داده‌های لازم برای تحلیل از دو روش بررسی استناد و مصاحبه با ۳۹ نفر از خبرگان حوزه سلامت (دانشگاهی و سازمانی) به روش هدفمند و شبکه‌ای جمع‌آوری شده است داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی و مدل مثلث تحلیل والت و گیلسون برای دسته‌بندی داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: داده‌ها در چهار مقوله بازیگران (شامل تضاد منافع و چیدمان قدرت)، محتوا (شامل منطق درونی و انسجام اهداف)، زمینه (شامل امکان‌پذیری سیاسی، عوامل محیطی، منابع و ساختار) و فرایند (شامل پایش و ارزیابی، مشارکت ذی‌نفعان و تولیت و رهبری) دسته‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: در طول سال‌های مطالعه، رفتار بازیگران اصلی سیاست، تحت تأثیر محرك‌های فردی و گروهی از جمله تضاد منافع و گفتمان قدرت بوده و این موضوع در بستره از عدم تعهد سیاسی دولت، تکانه‌های اقتصادی، ضعف حمایت اجتماعی و انفعال نهادهای نظارتی باعث گردید تا سیاست، علی‌رغم محتوای مناسب، در اجرا ناکام بماند.

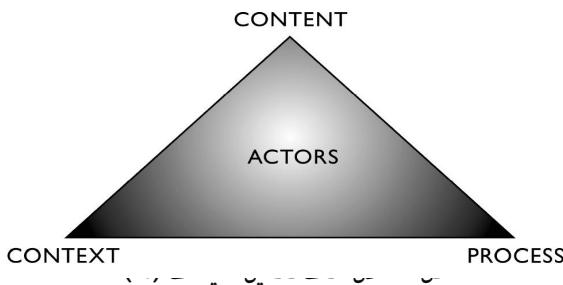
گل واژگان: سیاست، اجرا، سهم مردم از هزینه‌های سلامت، ایران

### مقدمه

برخوردار است (۲). البته ناکامی در اجرای سیاست‌ها یکی از دغدغه‌های عمدۀ پژوهشگران علوم اجتماعی و پهداشتی در سال‌های اخیر بوده است هر چند هیچ‌گاه پاسخ روشی نیز برای این سؤال که چرا یک سیاست مصوب آن گونه که باید به اجرا در نمی‌آید، ارایه نشده است (۳). سیاست‌های بخش سلامت ترکیبی از پدیده‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هستند که در بسترهای همچون سلامت که مسؤولیت ارایه خدمات حیاتی و پایه به شهروندان را به عهده دارند، از اهمیت دوچندانی تابستان ۹۴، دوره هجدهم، شماره دوم، پیاپی 69

یکی از چالش‌های اساسی در بخش سلامت ایران، عدم اجرای مناسب سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی تدوین شده است که در نهایت به شکل عدم تحقق اهداف پیش‌بینی شده خودنمایی می‌کند (۱). اگرچه شکاف میان طراحی و اجرای سیاست‌ها در همه بخش‌ها وجود داشته و یک چالش عمدۀ به حساب می‌آید، در بخش‌هایی همچون سلامت که مسؤولیت ارایه خدمات حیاتی و پایه به شهروندان را به عهده دارند، از اهمیت دوچندانی

سیاست‌گذاری و مرور ادبیات موضوع، شرایط اجرای این سیاست بررسی و عوامل مؤثر بر آن شناسایی گردد. مدل مفهومی: تا قبل از دهه 90 میلادی بسیاری از تعاریف در رابطه با سیاست به محتوای آن ختم می‌شد و به همین دلیل بیشتر به مقایسه دو سیاست و ترجیح یکی بر دیگری به دلایل تکنیکی و فنی پرداخته می‌شد. بعد از آن و با تلاش برخی صاحب‌نظران، اهمیت محیط و شرایط زمینه‌ای اجرای سیاست نیز پدیدار شد (10). مدل مثلث تحلیل سیاست<sup>2</sup> والت و گیلسون<sup>3</sup> (1994)، یکی از همین تلاش‌ها بود که روش مطلوبی را برای تحلیل فرایند سیاست‌گذاری سلامت به خصوص در کشورهای در حال توسعه ارایه داده است. همانگونه که در شکل 1 می‌بینیم در این مدل، کانون تمرکز، بازیگران<sup>4</sup> سیاست هستند که تعامل میان آن‌ها می‌تواند تحت تأثیر عوامل زمینه<sup>5</sup>، فرایند<sup>6</sup> و محتوای<sup>7</sup> سیاست قرار گرفته و خود سرنوشت سیاست را رقم بزنند (11). به عنوان مثال، بازیگران هم از محیط خود تأثیر می‌گیرند و هم بسته به جایگاهشان در ساختار قدرت و انتظارات و ارزش‌هایشان می‌توانند فرایند تدوین و اجرای سیاست را متأثر کنند (12).



### روش کار

این مطالعه به دنبال بررسی روند اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن در ایران و در فاصله سال‌های 1384 تا 1392 بود. رویکرد مطالعه کیفی است و داده‌های لازم برای تحلیل از سه روش مطالعه گستردۀ ادبیات موضوع، بررسی اسناد و مدارک و مصاحبه با صاحب‌نظران در حوزه این سیاست و افراد مطلع کلیدی در سازمان‌های مختلف درگیر در طراحی و اجرای سیاست کاهش هزینه‌های سلامت جمع‌آوری شده است. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و شبکه‌ای است؛ بدین

<sup>2</sup> Policy analysis triangle

<sup>3</sup> Walt and Gilson

<sup>4</sup> Actors

<sup>5</sup> Context

<sup>6</sup> Process

<sup>7</sup> Content

پیچیدگی، تعارض، مداخلات سیاسی و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و برهمنش میان آن‌ها، فرایند سیاست‌گذاری سلامت و به خصوص اجرای آن را پیجیده‌تر می‌کند (5). اجرا در حقیقت مجموعه فرایندهایی است که یک سیاست را تبدیل به عمل می‌کند (6). وان ماتر و وان هورن<sup>1</sup> (1975)، اجرا را شامل همه فعالیت‌ها و کنش‌های افراد و گروه‌های خصوصی و دولتی می‌دانند که مستقیماً بر دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده اثر می‌گذارند (7).

یکی از سیاست‌هایی که در سال‌های اخیر در ادبیات مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران و همچنین در بسته‌های سیاستی کلان این کشور از جمله برنامه‌های پنج ساله توسعه، نمود بیشتری داشته است سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت می‌باشد. در برنامه چهارم و پنجم توسعه، برای بهبود شاخص‌های کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت، هدف‌گذاری‌های روشی از قبیل کاهش سهم پرداخت از جیب مردم به سطح 30% صورت گرفته است (8). اما با همه این تأکیدات، این چالش اساسی نظام سلامت همچنان بر جای خود باقی است به نحوی که در آخرین انتخابات ریاست جمهوری نیز به محور بحث و حتی انتقاد از سیستم جاری بدل گردید. این در حالی است که از سال آغازین اجرای برنامه چهارم توسعه (سال 1384)، دولتی با گفتمان عدالت محوری بر دستگاه اجرایی کشور حاکم بوده و در برنامه پنجم توسعه نیز که در همین دولت طراحی شده است بر این شاخص‌ها تأکید مجدد شده است. حال سوال اینجاست: چرا سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در عمل، اهداف خود را محقق نکرد؟ و عوامل مؤثر بر ناکامی در اجرای این سیاست کدامند؟

در ایران تاکنون مطالعات مختلفی در زمینه چالش‌های حوزه عدالت در سلامت با رویکردهای مختلف کیفی و کمی انجام شده است. با این وجود و علی‌رغم رشد روزافزون مطالعات، بررسی این پدیده از منظر اجرای سیاست چندان مورد توجه نبوده است و بیشتر مطالعات سیاست‌گذاری نیز بر شرایط تدوین سیاست‌ها و فرایندهای مرتبط با آن متمرکز شده‌اند (9). این پژوهش در پی ارایه الگویی از عوامل مؤثر بر اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در فاصله سال‌های مورد بررسی (1384 تا 1392) با استفاده از رویکرد مطالعات کیفی است. بر این اساس تلاش می‌شود از دیدگاه خبرگان نظام سلامت ایران و همچنین بررسی اسناد و مدارک مرتبط با

<sup>1</sup> Van Meter DS & Van Horn CE

هدف افزایش اعتبار داده‌ها، 75 سند مرتبط از جمله قانون اساسی، برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، سند سیاست‌های کلی نظام، بودجه‌های سالانه، آینین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های مرتبط، گزارش حساب‌های ملی سلامت ایران و گزارش‌های سیمای سلامت ایران و همچنین 183 خبر و گزارش مرتبط با موضوع هزینه‌های سلامت که در فاصله سال‌های مورد مطالعه در خبرگزاری‌ها و روزنامه‌های کنیه‌الانتشار ایران به چاپ رسیده بود به عنوان منابع اطلاعاتی برای دستیابی به رخدادهای مربوط به سیاست‌گذاری در حوزه کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در ایران، مورد بررسی قرار گرفت. مصاحبه‌ها پس از بازنویسی برای تحلیل، وارد نرم‌افزار Maxqda10 شدند. ابتدا کلیه متن‌ها توسط یکی از محققین مرور شد و کدهای اولیه مشخص گردید. سپس این کدها توسط محقق دوم بازنگری شد و اصلاحات لازم صورت گرفت. سپس در گام بعد با مرور چندباره کدها و با انتکا به ادبیات موضوع، مسایل (کدها) اصلی، زیرمقوله‌ها و مقوله‌ها تعیین گردیدند. در پژوهش حاضر، محققین از یک الگوی قبلی (مدل مثلث تحلیل) برای مطالعه روند اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت استفاده کردند و تلاش نمودند رخدادهای سیاست‌گذاری سلامت و عوامل مؤثر بر اجرای آن را از منظر چهار مقوله اصلی این مدل یعنی محتوا، زمینه، فرایند و بازیگران مورد بررسی دقیق قرار دهند. در این مطالعه برای تحلیل داده‌های کیفی از روش آنالیز مقایسه مداوم استفاده شد. روش مورد نظر در این بخش تحلیل محتوای کیفی است و با توجه به اینکه از یک الگوی قبلی (مدل مثلث تحلیل) برای دسته‌بندی و تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود، بنابراین تحلیل محتوای جهت دار مورد بهره‌برداری قرار گرفت (13). در جدول 2، راهبردهای مطالعه برای افزایش استحکام و اعتبار داده‌های کیفی بر مبنای استانداردهای موجود ارایه شده است.

صورت که با انتخاب یک فرد صاحب‌نظر کلیدی بر مبنای هدف مطالعه، فرد بعدی با معرفی فرد اول وارد مطالعه شده و این روند تا ایجاد اشباع تئوریک برای محقق و تکرار چرخه افراد معرفی شده ادامه یافته است. جدول 1 مشارکت‌کنندگان را به تفکیک موقعیت علمی و سازمانی نشان می‌دهد.

جدول 1- افراد مشارکت کننده در مطالعه به تفکیک سازمان و موقعیت علمی- اجرایی

گروه بندی	موقعیت	کد	تعداد
متخصصین دانشگاهی	استاد مدیریت سلامت	8	E1-E8
	استاد اقتصاد سلامت		
	استاد اقتصاد اجتماعی		
وزارت بهداشت	عضو شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت	7	H1-H7
	مشاور وزیر		
	مدیر واحد در معاون وزیر بهداشت		
سازمان‌های بیمه‌ای:	معاون پارهایانی سایق وزارت بهداشت	8	II-18
	مدیر یک سازمان بیمه		
	مدیر برنامه‌ریزی یک سازمان بیمه		
نهاد قانون‌گذاری	(تامین اجتماعی- بیمه)	8	III-18
	مدیر پژوهش یک سازمان بیمه		
	کارشناس ارشد یک سازمان بیمه		
بخش دولتی درمان	معاون دانشگاه	4	G1-G4
	کارشناس سازمان نظام پژوهشی		
	عضو اجمن تخصصی پژوهشی		
بخش خصوصی درمان	مدیر بیمارستان خصوصی	7	M1-M7
	جمع کل		

39 مصاحبه به صورت حضوری و در دفتر کار افراد مورد نظر انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه بازنویسی شد. موارد مهم نیز جهت تحلیل، یادداشت‌برداری گردید. هر مصاحبه با هماهنگی قبلی و در مدت زمان 45 دقیقه برنامه‌ریزی و اجرا شد. قبل از اجرای مطالعه، راهنمای مصاحبه (بیوست 1) با چهار نفر از دانشجویان دوره دکترای تخصصی در رشته‌های مدیریت سلامت مورد آزمون قرار گرفت و اصلاحات لازم در ترکیب سوالات و تعداد آن‌ها انجام شد. در کنار مصاحبه‌ها، و با

جدول 2- معیارهای اعتبار داده‌های مطالعه برای دستیابی به آن

معیار	تعریف معیار
قابلیت (Credibility)	- رعایت اصل پراکندگی مناسب در اختتام مشارکت کنندگان - تلفیق مایع مخالف در جمجمه داده - درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها - استفاده از اظرات تکمیلی همکاران طرح - استفاده از توقع در روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه، بررسی استناد مورب پیشینه و... - بازبینی کدها و مقایمه توسط همکاران طرح - استفاده از نظر خارجی (لکی) از دانشجویان سال آخر مقطع دکترا در رشته مدیریت بهداشت و درمان)
همسانی (Dependability)	- تعایی از کدها، مقایمه و مصاحبه‌ها جهت بازبینی و تأیید در اختیار دو نفر از مشارکت کنندگان، همکاران مطالعه و قابلیت تاییدپذیری به این اشاره دارد که تا جه اندازه می‌توان به داده‌ها اعتماد کرد.
قابلیت تاییدپذیری (Confirmability)	- تعایی از کدها، مقایمه و مصاحبه‌ها جهت بازبینی و تأیید در اختیار دو نفر از مشارکت کنندگان، همکاران مطالعه و هچنین دو پژوهشگر مستقل قرار گرفت. - محقق کلیه مستندات مربوط به جمجمه داده را برای (حسابرسی داخلی) به صورت روش نگهداری نموده است.
قابلیت انتقال (Transferability)	- مستندات مطالعه در اختیار دو پژوهشگر مستقل قرار گرفت. - استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و شبکه‌ای تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌ها و موقعیت‌های دیگر

## نتایج

در این پژوهش عوامل مؤثر بر اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت ایران در فاصله سال‌های 1384 تا 1392 و بر مبنای مدل اولیه مثلث تحلیل شکل گرفت که در پایان،<sup>28</sup> مدل مثبت تحلیل در چهار مقوله به دست آمد و بر اساس مدل مثبت تحلیل والت و گیلسون در چهار مقوله اصلی بازیگران، زمینه، محتوا و فرایند دسته‌بندی و ارایه شد (جدول 3).

جدول 3- گروه‌بندی عوامل مؤثر بر اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت ایران بر اساس مدل مثلث تحلیل والت و گیلسون

مقوله	زیرمقوله	مقوله
بازیگران	تضاد منافع	تداخل منافع صنفی
	حکمیت نگاه بالینی	حکمیت نگاه بالینی
چیدمان قدرت	توزیع نامناسب قدرت	چیدمان قدرت
	طرایحی سیستم بر اساس منافع ارایه دهنده	طرایحی سیستم بر اساس منافع ارایه دهنده
محثوا	اسجام اهداف	اسجام اهداف
	هدف گذاری ارمنی	هدف گذاری ارمنی
منطق درونی	صفح اسناد پشتیبان	صفح اسناد پشتیبان
	اخراج از سیاست اصلی	اخراج از سیاست اصلی
امکان‌پذیری سیاسی	جهت‌گیری سیاسی در تصمیم‌گیری‌ها	جهت‌گیری سیاسی در تصمیم‌گیری‌ها
	عدم حایات مقامات سیاسی	عدم حایات مقامات سیاسی
زمینه	عدم اولویت سلامت در نگاه حکمیت	عدم اولویت سلامت در نگاه حکمیت
	عدم مطالبه‌گری عمومی	عدم مطالبه‌گری عمومی
عوامل محیطی	ناکارآمدی نظام اقتصادی	ناکارآمدی نظام اقتصادی
	نیواد سازمان‌های مردم نهاد	نیواد سازمان‌های مردم نهاد
منابع	نامناسب بودن رفاقت مصرف خدمات	نامناسب بودن رفاقت مصرف خدمات
	سهم ناتناسب سلامت از مبالغ عمومی	سهم ناتناسب سلامت از مبالغ عمومی
مشترک	مدیریت ناطلوب منابع	مدیریت ناطلوب منابع
	بی‌کفایتی سازمان‌های مجری	بی‌کفایتی سازمان‌های مجری
ساختر	صفح ساختاری نظام سلامت کشور	صفح ساختاری نظام سلامت کشور
	نامناسب بودن نظام پرداخت	نامناسب بودن نظام پرداخت
پاش و ارزیابی	نامناسب بودن مکانیسم پاش سیاست	نامناسب بودن مکانیسم پاش سیاست
	ضعف نهادهای نظارتی	ضعف نهادهای نظارتی
فرایند	عدم شرکت ذی‌نفعان	عدم شرکت ذی‌نفعان در طراحی سیاست
	عدم توافق ذی‌نفعان مختلف با برنامه	عدم توافق ذی‌نفعان مختلف با برنامه
تولیت و رهیبری	ضعف همانگی بین بخشی	ضعف همانگی بین بخشی
	ضعف مدیریت	ضعف مدیریت
	عدم شفاقت و ظرفیت	عدم شفاقت و ظرفیت
	عدم تعامل سیاست‌گذار و مجری	عدم تعامل سیاست‌گذار و مجری

**بازیگران:** بازیگران مجموعه‌ای از افراد و گروه‌ها را در بر می‌گیرد که در فرایند اجرای سیاست دخیل‌اند و یا تحت تأثیر این سیاست قرار می‌گیرند و می‌توانند در درون و یا بیرون از دولت تعریف شوند (12). در بخش سلامت ایران، بازیگران کلیدی نقش مهمی در اجرای سیاست‌ها دارند. در این مطالعه، تأثیر گروه‌ها و اشخاص در قالب مفهوم تضاد منافع و تأثیر سازمان‌ها در قالب مفهوم چیدمان قدرت تصویر شده است (جدول 3). به نظر می‌رسد ریشه این دو پدیده در ساختار نظام سلامت ایران باشد که در آن حضور و تسلط یک گروه خاص یعنی پژشکان در بیشتر مراکز و مراجع سیاست‌گذاری و اجرا کاملاً مشهود است. این موضوع در گفته‌های یک کارشناس

وزارت بهداشت ایران به شکل "بینیید تسلط صنف پژشک بر تصمیم‌گیری‌ها کاملاً قابل تأمل و موضوع بسیار مهمی است" (H6) و در گفته‌های کارشناس دیگر: "... در وزارت بهداشت هم تضاد منافع وجود دارد. همین که وزیر ما کلینیسین است و معاونین او هم همینطور و دستشون در بازار همین باعث می‌شود که در قوانین برویم به سمت این که حواسمن باش" (H5) بیان شده است. حضور پژشکان در مراجع سیاست‌گذاری از جمله کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، نظام پژشکی و حتی سازمان‌های بیمه از یک سو و هم‌زمان حضور آن‌ها در بازار و بخش خصوصی درمان می‌تواند باعث ایجاد نوعی تعارض نقش در زمان تصمیم‌گیری‌ها و تخصیص منابع شود. در سیاست‌گذاری سلامت، قدرت یک مفهوم مرکزی است و چیدمان قدرت میزان نفوذ، وابستگی و اقتدار بخش‌های مختلف نظام سلامت را نشان می‌دهد (25 و 36). آنچه به عنوان چالش در این زمینه مطرح شده است تسلط و نفوذ وزارت بهداشت به عنوان یک ارایه دهنده در عرصه تصمیم‌گیری‌های است: "وزارت بهداشت نقشی تولیت است و باید قواعد بازی را تعریف کن و وقتی خودش به عنوان یک ارایه دهنده وارد می‌شود خوب باید کاری کن که بیمارستان‌هاش بچرخن پس با انگیزه‌های یک ارایه دهنده عمل می‌کند" (H6). البته مشکل روابط قدرت فقط بین سازمان‌ها نیست و در درون سازمان‌ها میان گروه‌های مختلف نیز وجود دارد.

**محتوا:** محتوا به هدف و یا مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند. تمرکز بر محتوا می‌تواند سیاست‌گذاران را در تصمیم‌گیری بهتر و ارایه راه حل‌های نوین یاری دهد. یکی از چالش‌های مطرح شده در این زمینه نسبت میان هدف‌گذاری تعیین شده، بازه زمانی دستیابی به آن و توان و ظرفیت کشور بود: "برنامه‌ها خیلی آرمان‌گرایانه و غیرواقعی بود. قانون‌گذار یک برنامه رمانتیک دیده بود. ما کجا داریم کشوری که 350 دلار سرانه‌اش هست و بخواهیم خدماتی مثل کشوری که سرانه سه هزار دلار یا شش هزار دلار دارد بدھیم" (II).

برخی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند این سیاست اگر چه در سطح کلان یک هدف مشخص را بیان نموده است و مبنای مشخصی - هنجار بین‌المللی - برای آن عنوان شده است اما در زمینه اهداف اختصاصی، سازوکارها و به خصوص اسناد پشتیبان از جمله آیین نامه‌های اجرایی دچار ضعف است.

به خصوص در سال‌های پایانی این مطالعه بر اثر تحریم‌های بین‌المللی، فشار بسیاری را بر اقتصاد کشور و بخش سلامت وارد می‌کرد.

عامل دیگر، خواست عمومی و نقش جامعه در تدوین و اجرای سیاست‌هاست. البته تبلور این خواست عمومی در رسانه‌های جمعی است که بررسی‌ها نشان می‌دهد در طول سال‌های مطالعه به نحو مطلوبی به این مشکل اجتماعی پرداخته نشده است. از طرفی رفتار جامعه به عنوان مصرف کننده خدمات نیز یک عامل مهم است. فرهنگ تخصص‌گرایی و مصرف خدمات گران و غیر ضرور - که بنته می‌تواند تحت تأثیر القای ارایه‌کننده نیز باشد - در کنار سایر عوامل به بی‌اثر شدن محدود برنامه‌های پیش‌بینی شده از جمله پزشک خانواده و نظام ارجاع انجامیده است: "... مردم فکرمند کن هرجا دلشون خواست باید بروند و هرچی خواستن مصرف کن و این شاید به خاطر رسانه‌های ماست. شما تلویزیون و رادیو را باز کنید فوری می‌گه به متخصص مربوطه مراجعه شود و این خلاف پزشک خانواده است و ما باید در این زمینه فرهنگ‌سازی مشخصی داشته باشیم" (14).

عدم کفایت منابع در کنار مدیریت نامطلوب منابع، دو عامل اساسی دیگر است که مورد توجه مشارکت‌کنندگان قرار گرفت: "همین که پول باید در بخش سلامت نسبت به نبودش بهتر است اما آیا فقط منابع کافی است، کیفیت درمان چه می‌شود؟ آیا ارجاع به بیرون اتفاق نمی‌افتد؟ آیا مقررات لازم را دیده‌ایم؟ آیا تعریف را اصلاح کردیم؟ اگر پرداخت به پزشکان به موقع و درست صورت می‌گرفت خیلی از این مسایل پیش نمی‌آمد. در وزارت بهداشت این موارد طرح شد اما خیلی وصل شد به تعریفه و تعریفه را تنومندیم درست کنیم. وصل شد به منابع و منابع نیومن. در پزشکی خانواده قرار بر دوهزارمیلیارد بود و فقط دویست میلیارد جنب شد" (E6).

برخی از مشارکت‌کنندگان بر مشکلات ساختاری از جمله ضعف ساختاری نظام سلامت، ناکارآمدی نظام بیمه‌ای کشور و اجرای گزینشی ساز و کارها تأکید داشتند: "بیمه کفایت ندارد ... و کسی هم حرف بیمه را گوش نمی‌شود و وقتی اهمیتی نداشت خوب هر روز کوچک و کوچک‌تر می‌شود و کم کم سیاست‌گذار به این نتیجه می‌رسه که بیمه به چه درد می‌خوره اصلاً منحلش کنید. وقتی هفتاد درصد هزینه‌ها رو مردم می‌دهند خوب بیمه به چه دردی می‌خوره" (H5).

البته در نقطه مقابل این دیدگاه، بخش دیگری از مشارکت‌کنندگان دیدگاه دیگری داشتند: "ناکارآمدی بیمه دست

"شما باید سیاست اجرایی داشته باشید که به عنوان سند، پشتیبان آیین‌نامه‌های قانونی و اجرایی مواد قانونی دستگاه مورد استفاده بشود. خوب آیا این سند تکلیف ساز و کارهای کاهاش اوت اف پاکت رو معلوم کرده است؟ نه به صورت عینی در اسناد پشتیبان فکری نکردیم" (H1).

نکته قابل تأمل دیگر از نگاه مشارکت‌کنندگان، انحراف از سیاست اصلی در آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با سیاست است. بررسی مستندات نیز نشان می‌دهد که آیین‌نامه اجرایی ماده 90 برنامه چهارم توسعه در دو سال بعد از تصویب برنامه تدوین و یک سال بعد از آن تصویب شده است. از نگاهی دیگر تناقض در برخی برنامه‌های اجرایی با اهداف برنامه - به عنوان مثال طرح بیمه رستیان و بیمه روی تخت - به عنوان عوامل اجرایی نشدن سیاست بیان شده‌اند.

زمینه: به طور کلی زمینه به مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین‌المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست‌گذاری سلامت را تحت تأثیر خود قرار دهد. برنامه چهارم توسعه به عنوان نقطه آغاز هدف‌گذاری در سیاست کاهاش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در سال 1383 و توسط دولت هشتم تدوین و در مجلس هفتم شورای اسلامی تصویب گردید. در آن زمان دولت از جریان اصلاح طلبی و اکثریت مجلس در اختیار اصول گرایان بوده است. پس از آن و در سال 1384 همزمان با سال اول اجرای برنامه، با تغییر دولت، جریان اصول گرایی دولت را نیز در اختیار گرفت. اما دولت جدید چندان موافق برنامه چهارم توسعه نبود و عزم چندانی هم برای طراحی و ارایه یک برنامه جایگزین نداشت. یکی از نکات دیگری که بسیار مورد اشاره قرار گرفته است اولویت سلامت در نگاه حاکمیت است. این عامل تعیین کننده نحوه تخصیص منابع و حمایت و یا عدم حمایت از برنامه‌های این بخش است. یافته‌ها نشانه‌ای از این اولویت‌بخشی در نگاه دولت در فاصله سال‌های مطالعه ندارد: "در چند سال گذشته، سلامت اولویت دوازدهم و سیزدهم بود. یعنی اگر دولت پوش اضافه می‌آمد می‌داد به بخش. از طرفی دولت هیچ وقت همان سهم خودش رو از بودجه هم کاملاً نداد مثل حق بیمه کارکنان که همین باعث کاهاش منابع بیمه‌ها شد. همین امر، باعث تأخیر در تأمین منابع از سوی بیمه‌ها شد و همین باعث افزایش سهم بیمار در بیمارستان‌های دولتی از 10% به 37% رسید" (M1).

عوامل محیطی در این مطالعه، مجموعه عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی است. در این میان شاید مهم‌ترین فاکتور، شرایط اقتصادی کشور در سال‌های مطالعه باشد. تورم عمومی

آشنا نباشد و نتواند سیاست‌گذار و ارایه‌دهنده را وادار به پاسخگویی نماید، ارایه‌دهنده سیاست را مطابق میل خود اجرا می‌کند. برای ایجاد تمهید ارایه‌دهنده، سیاست‌گذار باید ارایه‌دهنگان را در مراحل مختلف فرایند مشارکت دهد<sup>(13)</sup>. گستردگی مراجع تأثیرگذار بر سیاست، باعث شد تا در یافته‌های این مطالعه، شاهد طیف گستردگی از عوامل مختلف باشیم. استفاده از مدل مثلث تحلیل سیاست، این فرصت را به محققین داده است تا بتوانند چارچوب مناسبی از عوامل مؤثر ایجاد کنند اما آنچه که نباید فراموش شود این که عوامل مؤثر بر یک سیاست به صورت منفرد عمل نکرده بلکه عموماً یک زنجیره علیتی از عوامل مختلف ایجاد می‌شود که با برهم‌کنش‌های مختلف شرایط خاصی را برای موفقیت یا عدم موفقیت آن سیاست ایجاد می‌کنند<sup>(12)</sup>. والت و گیلسون، در مدل خود بازیگران را در مرکز قرار داده‌اند بدین معنا که این عامل می‌تواند هم سایر عوامل را تحت تأثیر قرارداده و هم از این عوامل تأثیر بپذیرند. بنابر یافته‌های مطالعه، دو عامل عمدۀ تضاد منافع و چیدمان قدرت در نظام سلامت ایران، رفتار بازیگران این سیاست را تحت تأثیر قرار داده است. نگاهی به ترکیب کانون‌های سیاست‌گذار در بخش سلامت ایران، نشان می‌دهد که ارایه‌کنندگان و به خصوص پزشکان، حضور قاطعی در این کانون‌ها دارند. تداخل منافع صنفی و تعارض نقش سیاست‌گذاری که هم‌زمان ارایه‌دهنده نیز هست می‌تواند یکی از عوامل اساسی انحراف از سیاست‌های اصلی و عدم اجرای مناسب ساز و کارهای پیش‌بینی شده سیاست باشد. البته این شرایط مختص نظام سلامت ایران نیست. در مطالعه‌ای که اجرای برنامه بیمه ملی سلامت برای کارکنان دولت در نیجریه را بررسی نموده ناسازگاری سیاست با منافع بازیگران اصلی به عنوان یکی از عوامل عدم اجرای مطلوب سیاست اعلام شده است<sup>(14)</sup>. بیر<sup>8</sup> و همکاران با مطالعه فرایند سیاست‌گذاری در نظام سلامت آمریکا نشان دادند که راههای بسیاری برای اثراگذاری پزشکان به صورت فردی و یا در قالب گروههای ساختارمند، بر فرایند سیاست‌گذاری سلامت این کشور وجود دارد<sup>(15)</sup>. گوپلان<sup>9</sup> و همکاران نیز در مطالعه سیاست‌های عدالت در سلامت در ایالت اریسای هند، نقش بازیگران و موضع آن‌ها در حمایت و یا مخالفت با سیاست را مهم دانسته‌اند<sup>(16)</sup>. ارساموس و گیلسون<sup>10</sup> چیدمان قدرت را قلب فرایند سیاست‌گذاری سلامت

خودش نیست. تابع ورودی‌ها و خروجی‌هاست، عدم تناسب بین انتظارات از بیمه و منابع بیمه‌ها یک مشکل عمده است<sup>(11)</sup>. عامل دیگر، نظام پرداخت در بخش خصوصی و تفاوت آشکار آن با بخش دولتی است: "ما الان در اقتصاد درمان یک زنجیره فسادانگیزی را شاهد هستیم پزشک برای یک خدمت در دو بخش خصوصی و دولتی دو تا مبلغ بسیار متفاوت می‌گیرد"<sup>(12)</sup>.

فرایند: فرایند، ناظر بر مجموعه اقدامات و فعالیت‌های انجام شده برای اجرای سیاست می‌باشد. در فرایند سیاست‌گذاری حلقه واسط میان اجرا و اصلاح سیاست، پایش و ارزیابی است. در این مطالعه، مشارکت کنندگان ضعف نهادهای نظارتی، پاسخگو نبودن سازمان‌ها و شفاف نبودن مکانیسم پایش سیاست را از مهم‌ترین مؤلفه‌های عدم اجرای سیاست دانسته‌اند: "یکی از اشکالات برنامه‌ریزی در کشور ما این است که مشخص نمی‌کنیم چه کسی باید در برابر چه چیزی پاسخگو باشد. مثل همین سیاست الان که 8 سال گذشته و به نتیجه نرسیده چه کسی باید پاسخ بده و چه کسی باید پاسخ بخواهد معلوم نیست"<sup>(E3)</sup>.

نکته دیگر عدم مشارکت ذی‌نفعان کلیدی در طراحی سیاست‌ها و عدم شفافیت وظایف و مسؤولیت‌های بخش‌های مختلف است: "نقش‌ها خیلی خوب تعریف نشده و گم شده است و چون نقش خودمن را خوب بازی نمی‌کنیم خوب در نقش‌های دیگران هم دخالت می‌کنیم. مثال، وزارت بهداشت نقش‌شیش تولیت است و باید قواعد بازی را تعریف کند ولی خودش به عنوان یک ارایه‌دهنده وارد می‌شود نظام پزشکی همه ساز و کارهای تعریفه رو به دست می‌گیرد. عدم نشستن این افراد حقوقی در جایگاه خودشان مشکل ایجاد کرده است"<sup>(H6)</sup>.

## بحث

این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر بر اجرای سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در ایران می‌پردازد. در این مطالعه، مدل مثلث تحلیل برای دسته‌بندی یافته‌ها در چهار مقوله بازیگران، محتوا، زمینه و فرایند مورد استفاده قرار گرفته است. ماهیت سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به گونه‌ای است که رفتار بخش‌های مختلف از جمله سیاست‌گذاران، ارایه‌کنندگان، خریداران و مصرف‌کنندگان خدمات در درون نظام سلامت و حتی بیرون از آن می‌تواند بر روند اجرایی شدن آن اثر بگذارند. مشارکت این چهار ضلع در اجرای سیاست بسیار مهم است. اگر مصرف‌کننده به حقوق خود

<sup>8</sup> Beyer

<sup>9</sup> Gopalan

<sup>10</sup> Erasmus E, Gilson

جريان سومی نیز مورد نیاز است و آن جريان خواست سیاسی<sup>14</sup> است (22). آن چه که مسلم است اين که در فاصله سال‌های مورد مطالعه، على‌رغم بالارفتن مداوم سهم مردم از هزینه‌ها و تدوین و تصویب راه‌حل‌های متعدد در قالب برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم توسعه، فشار سیاسی لازم برای پیشبرد سیاست به وجود نیامد. به نحیه که یکی از مقامات سیاسی کشور اخیراً از لزوم سیاسی شدن مسأله سلامت کشور برای پیشبرد سیاست‌های آن سخن گفته بود.

شاید یکی از دلایل این عدم تعهد سیاسی، نبود خواست و مطالبه‌گری جامعه نیز بود. پس از تدوین و تصویب برنامه‌های این سیاست، نه نهاد حاکمیتی خاصی پیگیر مطالبات برنامه بوده و نه مردم که مخاطبین اصلی این سیاست بودند مطالبه خاصی را بیان نمودند که تحلیل رفتن سازمان‌های مردم نهاد و عدم توجه رسانه‌های عمومی از جمله صدا و سیما و مطبوعات به این عضل اجتماعی در فاصله سال‌های مطالعه، می‌تواند یکی از دلایل آن باشد. وات<sup>15</sup> و همکاران گزارش داده‌اند که برای اجرای سیاست، وجود هدف سیاسی کافی نیست و باید محیط سازمانی، حرفة‌ای و اجتماعی آن نیز آماده باشد (23). اتفاقی که در دولت جدید و با اجرای طرح تحول نظام سلامت تا حدودی ایجاد شده است و البته در جای خود قابل نقد و بررسی است.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه با بررسی اسناد و مدارک و همچنین گفتگو با صاحب‌نظران، عوامل ناکامی سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت ایران در فاصله سال‌های 1384 تا 1392 را در قالب مدل مثلث تحلیل سیاست‌والت و گیلیسون در چهار مقوله بازیگران (شامل تضاد منافع و چیدمان قدرت)، محتوا (شامل منطق درونی و انسجام اهداف)، زمینه (شامل ساختار، منابع، امکان پذیری سیاسی و عوامل محیطی) و فرایند (شامل تولیت و رهبری، مشارکت ذی‌نفعان و پایش و ارزیابی) ارایه نموده است. دستیابی به منابع غنی از اطلاعات صحیح و کاهش خطاهای سوگیری سیاسی و صنفی پاسخگویان، یکی از محدودیت‌های اجرای این مطالعه بود. به همین دلیل تلاش گردید تا در انتخاب پاسخگویان از حدکثر پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفع سیاست استفاده گردد و در کنار آن علاوه بر انجام مصاجبه با خبرگان حوزه سلامت،

می‌دانند (17). در مطالعه بلید و ریدل<sup>11</sup> رابطه با برنامه بیمه سلامت مادران در بورکینافاسو نیز گفتمان قدرت میان بازیگران اصلی از دلایل عمدۀ ناکامی سیاست بیان شده است. در سال‌های مورد مطالعه، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت از منابع مالی کافی بهره نمی‌برند و به همین دلیل قدرت کافی برای تنظیم رفتار ارایه‌کننده در قالب اجرای راهنمایی‌های بالینی و محافظت مطلوب از شهروندان در برابر بار مالی بیماری را نیافتد (18). از طرفی نزدیکی سیاست‌گذار و ارایه‌کننده منجر به برخی سیاست‌گذاری‌ها از جمله خارج کردن بخش خصوصی از نظام سطح‌بندی خدمات و سپردن اختیار تعیین تعریفه‌ها به سازمان نظام پزشکی گردید. این وقایع در کنار گسترش بی‌رویه بخش خصوصی و ناتوانی وزارت بهداشت در کنترل بازار سلامت و برخی شرایط محیطی از جمله نرخ تورم بخش و تکانه‌های اقتصادی ناشی از تحریم‌ها، باعث بالارفتن هزینه‌های سلامت گردید. این افزایش هزینه‌ها با ثابت ماندن منابع دولتی و بیمه‌ها، سهم مردم را از هزینه‌ها افزایش داد. همه این وقایع را می‌توان ناشی از عدم تعهد سیاسی دولت به اجرای برنامه دانست. البته در سایر مطالعات داخلی نیز کمایش این عامل به عنوان یکی از موانع جدی در اجرای برخی سیاست‌های دیگر حوزه سلامت از جمله طرح هیأت امنای شدن بیمارستان‌ها (19)، استقرار حاکمیت بالینی (1) و بررسی اولویت‌بندی در نظام سلامت ایران (20) نیز مورد اشاره بوده است. بررسی‌ها نشان داده است کشوری مانند کاستاریکا به این دلیل به پوشش همگانی سلامت دست یافته است که مقامات ارشد سیاسی -على‌رغم تغییرات دولت- همواره از آن حمایت کرده و محیط سیاسی و اقتصادی اجتماعی آن نیز مطلوب بوده است. پوشش همگانی امروزه برای مردم این کشور تبدیل به یک حق مسلم شده است و از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است (21). اما در ایران، تدوین و تصویب دیرهنگام آین‌نامه‌های اجرایی و عدم اجرای مناسب ساز و کارهای پیش‌بینی شده در برنامه در کنار بی‌توجهی بودجه‌های سالانه به اهداف برنامه و عدم تخصیص منابع لازم به بخش و حتی عدم پرداخت سهم دولت از حق بیمه‌ها در کنار برخی تصمیمات تبلیغاتی و متناقض با سیاست اصلی از جمله بیمه روی تخت و بیمه روتاستیان نشان می‌دهد که عزم سیاسی جدی برای پیگیری سیاست وجود نداشته است. بر اساس مدل کینگ‌دان برای آنکه یک سیاست به عمل تبدیل شود در کنار جریان مشکل<sup>12</sup> و جریان سیاست<sup>13</sup> (به عنوان راه‌حل مشکل) T

<sup>13</sup> Policy stream

<sup>14</sup> Political will

<sup>15</sup> Watt

<sup>11</sup> Belaid L, Ridde

<sup>12</sup> Problem stream

همچنین عوامل مؤثر بر آن در قالب یک مطالعه علمی نشان داده نشده بود. هر چند در مطالعات هم عرض، برخی از سیاست‌های دیگر بخش سلامت از جمله اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی مورد بررسی قرار گرفته بود که تلاش گردید از نتایج آن‌ها نیز بهره‌برداری گردد. مطالعه حاضر به دلیل استفاده از یک مدل تأیید شده قبلی (مدل مثلث تحلیل سیاست) در دسته‌بندی داده‌ها، می‌تواند الگوی مناسبی از عوامل مؤثر بر اجرای سیاست‌های بخش سلامت ارایه نماید. با توجه به یافته‌های این مطالعه مبتنی بر تأثیرگذاری بیش از اندازه تضاد منافع بر رفتار بازیگران کلیدی این سیاست پیشنهاد می‌گردد:

- مکانیسم پایش و نظرات بر اجرای مکانیسم‌های مرتبط با این سیاست به یک نهاد کلیدی مانند مجمع تشخیص مصلحت سپرده شود و دستگاه‌های اجرایی از جمله وزارت بهداشت و وزارت رفاه در برابر مسؤولیت‌های خود به این نهاد پاسخگو باشند.
- ساختار و ترکیب کانون‌های تصمیم‌گیر در زمینه‌های مرتبط با هزینه‌های سلامت به گونه‌ای طراحی گردد که همه بخش‌ها به نحو متعادل و متوازنی در این کانون‌ها حضور یابند.
- نقش رسانه‌ها از جمله شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما در جهت مدیریت رفتار جامعه در قبال مصرف خدمات با تقویت فرهنگ خودمراقبتی و پیشگیری به جای تمرکز بر درمان‌های تخصصی مورد تأکید قرار گیرد.
- نقش‌های چهارگانه تولیت، تولید، ارایه و تأمین مالی خدمات سلامت به روشی بازتعریف شده و این چهار نقش به نحو متعادل میان وزارت بهداشت، وزارت رفاه، دانشگاه‌ها و بخش خصوصی درمان تقسیم گردد.
- طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر تامین منابع از طریق افزایش کارآیی نظام سلامت و البته حفظ سهم فعلی از منابع عمومی کشور تداوم یابد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از یک رساله دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره 40114/240 می‌باشد. نویسنده‌گان از کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کمال تشکر را دارند.

## References

- 1- Khayatzadeh-Mahani A, Nekoei-Moghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Parva S. Clinical governance implementation: a developing country perspective. *Clinical Governance: An International Journal* 2013;18(3):186-99.
- 2- Blanco-Mancilla G. Implementation of health policies in Mexico City: what factors contribute to more effective

مستندات سیاست‌گذاری و تحلیل‌های انجام شده از نگاه سازمان‌های مختلف نیز مورد توجه قرار گیرد. هم‌مان شدن این مطالعه با اجرای طرح تحول نظام سلامت (از ابتدای سال 1393) نیز یکی دیگر از محدودیت‌ها بود که می‌توانست فضای مصاحبه‌ها و بررسی‌ها را محدود نماید. به همین دلیل تلاش گردید در کلیات مصاحبه ضمن تأکید بر زمینه‌های مطالعه، ارزیابی‌ها از این طرح نیز مورد پرسش قرار گیرد که در مقالات بعدی نتایجی ارزیابی‌ها نیز ارایه می‌گردد. آنچه که از این مطالعه برمی‌آید اینکه این عوامل به صورت منفرد عمل نمی‌کنند بلکه هریک باعث تشدید یا تحریک عواملی دیگر از مقوله‌های دیگر نیز شده‌اند. مطالعه نتیجه گرفته است که عدم اجرای این سیاست، یک پدیده چندعاملی است. در فضای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی حاکم بر کشور در طول سال‌های مطالعه، رفتار بازیگران اصلی در مقابل سیاست، تحت تأثیر محرك‌های فردی و گروهی از جمله تضاد منافع و گفتمان قدرت بوده است و این موضوع در کنار عدم تهدید سیاسی دولت به اجرای سیاست، تکانه‌های اقتصادی ناشی از تحریم‌ها و تورم، نفوذ گروه‌های فشار در سیاست‌گذاری و عدم حمایت اجتماعی از سیاست از سوی رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد و ضعف کانون‌های نظارتی، باعث گردید تا علی‌رغم به اجرا در نیامدن سیاست، مسؤولیت خاصی نیز متوجه هیچ یک از بازیگران نباشد. این مطالعه پیشنهاد می‌نماید که برای اجرایی شدن سیاست‌هایی از این دست در نظام سلامت ایران لازم است ابتدا زمینه لازم برای مشارکت عادلانه هر چهار ضلع اصلی فرایند سیاست‌گذاری یعنی سیاست‌گذار، ارایه دهنده، خریدار و مصرف کننده فراهم آید. پیش شرط این موضوع، بازنگری در ساختار تمرکز نظام سلامت در ایران و با توزیع نقش‌ها و همچنین قدرت و اختیار در حیطه‌های وظیفه‌ای مشخص می‌باشد.

## کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری

### در نظام سلامت

در این مطالعه، برای نخستین بار سیاست کاهش سهم مردم از هرینه‌های سلامت در نظام سلامت ایران به چالش کشیده می‌شود. پیش از این اطلاعات خاصی درباره روند اجرا و

service delivery. London School of Economics and Political Science (LSE); 2011.

- 3- Spratt K. Policy implementation barriers analysis: conceptual framework and pilot test in three countries; 2009.

4- Roh KA. Challenges to Policy Implementation: An Examination of an Integrated Health Care Delivery System Demonstration Project; 2012.

5- Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning* 2008;23(5):308-17.

6- Alaszewski A, Brown P. Making health policy: a critical introduction. *Policy* 2011 :85-128.

7- DeLeon P, DeLeon L. What ever happened to policy implementation? An alternative approach. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2002:467-92.

8- Fourth socioeconomic and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Management and Planning Organization of the Islamic Republic of Iran.2004.

9- Bastani P, Abolhalaj M, Ramezanian M, Jafari J, Kordi JR. Iranian health new financial management reform: strengths, weaknesses and implications for future. *Healthmed* 2012;6(12):4035-42.

10- Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health Policy and Planning* 2008;23(5):294-307.

11- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-70.

12- Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.

13- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9):1277-88.

14- Onoka C, Onwujekwe O, Uzochukwu B, Ezumah N. Promoting universal financial protection: constraints and enabling factors in scaling-up coverage with social health insurance in Nigeria. *Health Res Policy Syst* 2013;11:20.

15- Beyer DC, Mohideen N, editors. The role of physicians and medical organizations in the development, analysis, and implementation of health care policy. *Seminars in Radiation Oncology*; 2008: Elsevier.

16- Gopalan SS, Mohanty S, Das A. Challenges and opportunities for policy decisions to address health equity in developing health systems: case study of the policy processes in the Indian state of Orissa. *International Journal for Equity in Health* 2011;10(1):1-11.

17- Erasmus E, Gilson L. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning* 2008;23(5):361-8.

18- Belaid L, Ridde V. An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12(1):143.

19- Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *International Journal of Health Policy and Management* 2015;4(4):207.

20- Khayatzadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Priority setting and implementation in a centralized health system: a case study of Kerman province in Iran. *Health Policy and Planning* 2013;28(5):480-94.

21- Vargas JR, Muiser J. Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940-2000). *Health Research Policy and Systems* 2013;11(1):28.

22- Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Harper Collins College Publishers. 1995.

23- Watt S, Sword W, Krueger P. Implementation of a health care policy: An analysis of barriers and facilitators to practice change. *BMC Health Services Research* 2005;5(1):53.

## Factors Affecting Implementation of the Policy of Reducing Public Share of Health Spending in Iran: a Qualitative Study

Pourreza A<sup>1</sup> (PhD), Sharifi M<sup>1,2\*</sup> (PhD), Mahmoudi M<sup>3</sup> (PhD), Vedadhir A<sup>4</sup> (PhD), Fayaz-Bakhsh A<sup>5,6</sup> (MD, MSc, PhD)

<sup>1</sup> Department of Health Economics and Management, School of Public Health,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Health Economics Research Center, Petroleum Industry Health Organization, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health,  
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Health Information Management Research Center, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>6</sup> Department of Health Education, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Original Article

Received: 14 Apr 2015, Accepted: 25 Jun 2015

### Abstract

**Introduction:** From beginning of the Fourth Development Plan in Iran, the policy of reducing public share of health spending was formally adopted by targeting the reduction of out of pocket payments to less than thirty percent. The policy was also considered in the Fifth Development Plan. However, during implementation of the program (2005 to 2013), out of pocket payments not only did not decrease but increased so far. This study aimed to investigate the reasons for failure of this policy.

**Methods:** In this qualitative study, 39 key informants were interviewed using purposive sampling method. Data were also gathered from related documents. Data were analyzed using the Walt and Gilson triangle model analysis.

**Results:** The data were classified within four categories: 1) actors (including conflicts of interest and power installation; 2) content (including internal logic and cohesion objectives); 3) context (including political feasibility, environmental impact, resource and structure); and 4) process (including monitoring and evaluation, stakeholder involvement and stewardship and leadership).

**Conclusion:** The behavior of the main political actors, were influenced by individual and group factors such as conflicts of interest and power of discourse. This policy failed within the context of the government's lack of political commitment, economic shocks, and lack of social support from interaction of regulatory bodies.

**Keywords:** policy, implementation, public share of health spending, Iran

---

### Please cite this article as follows:

Pourreza A, Sharifi M, Mahmoudi M, Vedadhir A, Fayaz-bakhsh A. Factors Affecting Implementation of the Policy of Reducing Public Share of Health Spending in Iran: a Qualitative Study. Hakim Health Sys Res 2015; 18(2): 171- 181.

---

\*Corresponding Author: Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail:[sharifimoslem@yahoo.com](mailto:sharifimoslem@yahoo.com)

## پیوست 1

## سؤالات راهنمای مصاحبه

در این مطالعه برای دستیابی به سوالات کلیدی که بر مبنای آن‌ها بتوان جلسه مصاحبه را برگزار نمود، مرور ادبیات موضوع و برگزاری جلسات مصاحبه اولیه با برخی از کارشناسان در دسترس، در دستور کار قرار گرفت. به طور کلی در جریان مصاحبه‌ها و بنابر شرایط مصاحبه، زمینه حرفه‌ای مصاحبه‌شونده و مسیر مصاحبه سوالات مختلفی از مجموعه سوالات زیر طرح و مورد بررسی قرار گرفت:

- 1- چرا ما در اجرای سیاست کاهش پرداخت از جیب مردم موفق نبوده‌ایم؟
- 2- آیا طراحان سیاست و مجریان آن، توان لازم برای ایفای نقش مناسب را داشته‌اند؟
- 3- ماهیت این سیاست را چگونه تحلیل می‌کنید؟
- 4- چه عوامل زمینه‌ای برای ناکامی این سیاست وجود داشته است؟
- 5- فرایند سیاست‌گذاری از تدوین تا اجرا چگونه بوده است؟
- 6- بین دو عامل کمبود منابع و مدیریت منابع کدام نقش بیشتری داشته است؟
- 7- نقش تضاد منافع در فرایند سیاست‌گذاری را چگونه تحلیل می‌کنید؟
- 8- بازی قدرت بین سازمان‌های درگیر در این فرایند را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- 9- فضای عمومی و محیطی کشور را برای اجرای این سیاست چگونه می‌بینید؟

لازم به ذکر است در جریان مصاحبه‌ها بیشتر این سوالات به صورت خودبه‌خود و در لابلای مباحث طرح شده توسط مصاحبه‌شونده پاسخ داده می‌شد. هر یک از مصاحبه‌شوندگان بنا به علائق خود بخشی از این سوالات را مهتم‌تر دانسته و به آن پاسخ می‌گفتند. نکته قابل توجه این که چون در انتخاب مصاحبه‌شوندگان پراکنده‌گی قابل قبولی وجود داشت مسایل ارایه شده در مصاحبه‌ها نیز پوشش خوبی از موارد مد نظر محقق ایجاد نموده است.