

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

ابوالقاسم پوررضا¹، مسلم شریفی^{1،2*}، محمود محمودی³، ابوعلی ودادهیر⁴، احمد فیاض‌بخش⁵ و⁶

1- گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران 2- مرکز تحقیقات اقتصاد سلامت، پژوهشکده سلامت صنعت نفت، سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت 3- گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران 4- گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران 5- مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران 6- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤول: گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: 09196383228. نمابر: 021-88989129
پست الکترونیک: sharifimoslem@yahoo.com

دریافت: 94/1/25 پذیرش: 94/4/4

چکیده

مقدمه: در ایران، از ابتدای برنامه چهارم توسعه، سیاست کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت با هدف‌گذاری کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب به کمتر از 30٪، به صورت رسمی مصوب شد و پس از آن در برنامه پنجم توسعه نیز تکرار شد. با این وجود در سال‌های اجرای این دو برنامه (1384 تا 1392)، 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 اسناد و مصاحبه با 39 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 تولید و رهبری) دسته‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: در طول سال‌های مطالعه، رفتار بازیگران اصلی سیاست، تحت تأثیر محرک‌های فردی و گروهی از جمله تضاد منافع و گفتمان قدرت بوده و این موضوع در بستری 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.

کل‌واژگان: سیاست، اجرا، سهم مردم از هزینه‌های سلامت، ایران

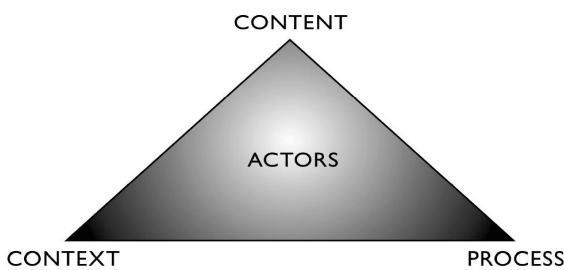
مقدمه

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 (1). اگرچه شکاف میان طراحی و اجرای سیاست‌ها در همه بخش‌ها وجود داشته و یک چالش عمده به حساب می‌آید، در بخش‌هایی همچون سلامت که مسؤولیت ارایه خدمات حیاتی و پایه به شهروندان را به عهده دارند، از اهمیت دوجندانی

برخوردار است (2). البته ناکامی در اجرای سیاست‌ها یکی از دغدغه‌های عمده پژوهشگران علوم اجتماعی و بهداشتی در سال‌های اخیر بوده است هر چند هیچ‌گاه پاسخ روشنی نیز برای این سؤال که چرا یک سیاست مصوب آن گونه که باید به اجرا در نمی‌آید، ارایه نشده است (3). سیاست‌های بخش سلامت ترکیبی از پدیده‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هستند که در بستری از تعاملات انسانی پی‌ریزی می‌شوند (4). عواملی مانند تابستان 94، دوره هجدهم، شماره دوم، پیاپی 69

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 سیاست² والت و گیلسون³ (1994)، یکی از همین تلاش‌ها بود که روش مطلوبی را برای تحلیل فرایند سیاست‌گذاری سلامت به خصوص در کشورهای در حال توسعه ارائه داده است. همانگونه که در شکل 1 می‌بینیم در این مدل، کانون تمرکز، بازیگران⁴ سیاست هستند که تعامل میان آن‌ها می‌تواند تحت تأثیر عوامل زمینه⁵، فرایند⁶ و محتوای⁷ 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 گسترده 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

پیچیدگی، تعارض، مداخلات سیاسی و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و برهم‌کنش میان آن‌ها، فرایند سیاست‌گذاری سلامت و به خصوص اجرای آن را پیچیده‌تر می‌کند (5). اجرا در حقیقت مجموعه فرایندهایی است که یک سیاست را تبدیل به عمل می‌کند (6). وان ماطر و وان هورن¹ (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 روشنی 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 برجای 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 سؤال 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 ارائه 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

² Policy analysis triangle

³ Walt and Gilson

⁴ Actors

⁵ Context

⁶ Process

⁷ Content

¹ 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، آیین‌نامه‌ها 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 کثیرالانتشار 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 اتکا 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 ارائه 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 مشارکت‌کننده در مطالعه به تفکیک سازمان و موقعیت علمی - اجرایی

| گروه بندی | موقعیت | کد | تعداد |
|--|--|-------|-------|
| متخصصین دانشگاهی | استاد مدیریت سلامت | E1-E8 | 8 |
| | استاد اقتصاد سلامت | | |
| | استاد اقتصاد اجتماعی | | |
| وزارت بهداشت | عضو شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت | H1-H7 | 7 |
| | مشاور وزیر | | |
| | مدیر واحد در معاونت درمان وزارت بهداشت | | |
| سازمان‌های بیمه‌ای؛ (تأمین اجتماعی - بیمه سلامت - سایر بیمه‌ها) | معاون پارلمانی سابق وزارت بهداشت | I1-I8 | 8 |
| | مدیر یک سازمان بیمه | | |
| | مدیر برنامه‌ریزی یک سازمان بیمه | | |
| نهاد قانون‌گذاری | مدیر پژوهش یک سازمان بیمه | P1-P5 | 5 |
| | کارشناس ارشد یک سازمان بیمه | | |
| | معاونت آموزش یک سازمان بیمه | | |
| بخش دولتی درمان | نماینده مجلس | G1-G4 | 4 |
| | کارشناس مرکز پژوهش‌های مجلس | | |
| | مدیر بیمارستان دولتی | | |
| بخش خصوصی درمان | معاون دانشگاه | M1-M7 | 7 |
| | کارشناس سازمان نظام پزشکی | | |
| | عضو انجمن تخصصی پزشکی | | |
| مدیر بیمارستان خصوصی | | | |
| جمع کل | | | 39 |

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 (پیوست 1) با چهار نفر از دانشجویان دوره دکترای تخصصی در رشته‌های مدیریت سلامت مورد آزمون قرار گرفت و اصلاحات لازم در ترکیب سؤالات و تعداد آن‌ها انجام شد. در کنار مصاحبه‌ها، و با

جدول 2- معیارهای اعتبار داده‌های کیفی و راهبردهای مطالعه برای دستیابی به آن

| معیار | تعریف معیار | راهبردهای مطالعه برای دستیابی به معیار |
|------------------------------------|---|--|
| مقبولیت (Credibility) | داده‌ها و یافته‌های پژوهش باید درست، قابل پذیرش و قابل اعتماد باشند. | - رعایت اصل پراکندگی مناسب در انتخاب مشارکت‌کنندگان - تلفیق منابع مختلف در جمع‌آوری داده - درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها - استفاده از نظرات تکمیلی همکاران طرح |
| همسانی (Dependability) | یعنی که تا چه اندازه می‌توان به داده‌ها اعتماد کرد. | - استفاده از تنوع در روش‌های جمع‌آوری اطلاعات از جمله مصاحبه، بررسی اسناد مرور پیشینه و... - بازیابی کدها و مفاهیم توسط همکاران طرح - استفاده از ناظر خارجی (یکی از دانشجویان سال آخر مقطع دکترا در رشته مدیریت بهداشت و درمان) |
| قابلیت تأییدپذیری (Confirmability) | به این اشاره دارد که تا چه اندازه داده‌ها بیان‌کننده همان دیدگاه‌ها و تجارب مشارکت‌کنندگان بوده و حاصل پیش‌فرض‌های محقق نیست. | - تعالی از کدها، مفاهیم و مصاحبه‌ها جهت بازیابی و تأیید در اختیار دو نفر از مشارکت‌کنندگان، همکاران مطالعه و همچنین دو پژوهشگر مستقل قرار گرفت. - محقق کلیه مستندات مربوط به جمع‌آوری داده‌ها را برای (حسابرسی داخلی) به صورت روشن نگهداری نموده است. |
| قابلیت انتقال (Transferability) | تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌ها و موقعیت‌های دیگر | - مستندات مطالعه در اختیار دو پژوهشگر مستقل قرار گرفت. - استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و شبکه‌ای |

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، 28 مؤلفه در قالب 11 زیر مقوله به دست آمد و بر اساس مدل مثلث تحلیل 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 | زیر مقوله | مؤلفه |
|----------|-------------------|--|
| بازیگران | تضاد منافع | تداخل منافع صنفی حاکمیت نگاه بالینی |
| | چیدمان قدرت | توزیع نامناسب قدرت طراحی سیستم بر اساس منافع ارایه دهنده |
| | انسجام اهداف | عدم بیان شفاف اهداف هدف گذاری ارمایی |
| محتوا | منطق درونی | ضعف اسناد پشتیبان انحراف از سیاست اصلی |
| | امکان‌پذیری سیاسی | جهت‌گیری سیاسی در تصمیم‌گیری‌ها عدم حمایت مقامات سیاسی |
| | عوامل محیطی | عدم اولویت سلامت در نگاه حاکمیت عدم مطالبه‌گری عمومی ناکارآمدی نظام اقتصادی |
| زمینه | منابع | نبود سازمان‌های مردم‌نهاد نامناسب بودن رفتار مصرف خدمات سهم نامناسب سلامت از منابع عمومی |
| | ساخار | مدیریت نامطلوب منابع بی‌کفایتی سازمان‌های مجری ضعف ساختاری نظام سلامت کشور |
| | پایش و ارزیابی | نامناسب بودن نظام پرداخت نامشخص بودن مکانیسم پایش سیاست ضعف نهادهای نظارتی |
| فرایند | مشارکت ذی‌نفعان | عدم مشارکت ذی‌نفعان در طراحی سیاست عدم توافق ذی‌نفعان مختلف با برنامه ضعف هماهنگی بین‌بخشی |
| | تولیت و رهبری | ضعف مدیریت عدم شفافیت وظایف عدم تعامل سیاست‌گذار و مجری |

بازیگران: بازیگران مجموعه‌ای از افراد و گروه‌ها را در برمی‌گیرد 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 پزشکان در بیشتر مراکز و مراجع سیاست‌گذاری و اجرا کاملاً مشهود است. این موضوع در گفته‌های یک کارشناس

وزارت بهداشت ایران به شکل "ببینید تسلط صنف پزشک 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 حواسمون باشه" (H5) بیان شده است. حضور پزشکان در مراجع سیاست‌گذاری از جمله کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، نظام پزشکی 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 تصمیم‌گیری‌هاست: "وزارت بهداشت نقشش تولیت است و باید قواعد بازی را تعریف کنه ولی وقتی خودش به عنوان یک ارایه دهنده وارد می‌شه خوب باید کاری کنه 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 راه‌حل‌های 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 بخوایم خدماتی مثل کشوری که سرانه سه هزار دلار یا شش هزار دلار دارد بدهیم" (11).

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 آیین‌نامه‌های 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 البته 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 فکرمی‌کنن هرجا دلشون خواست باید برونند و هرچی خواستن مصرف کنن 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 بیاید 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 تعرفه را اصلاح کردیم؟ اگر پرداخت به پزشکان به موقع و درست صورت می‌گرفت خیلی از این مسایل پیش نمی‌اومد. در وزارت بهداشت این موارد طرح شد اما خیلی وصل شد به تعرفه و تعرفه را نتونستیم درست کنیم. وصل شد به منابع و منابع نیومد. در پزشکی خانواده قرار بر دوهزارمیلیارد بود و فقط دویست میلیارد جذب 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 نمی‌دهد و وقتی اهمیتی نداشت خوب هر روز کوچک و کوچک‌تر می‌شود و کم کم سیاست‌گذار به این نتیجه می‌رسه که بیمه به چه دردم 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 کاهش 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 روستاییان 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 کاهش 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 اصلاح‌طلبی و اکثریت مجلس در اختیار اصول‌گرایان بوده است. پس از آن و در سال 1384 همزمان با سال اول اجرای برنامه، با تغییر دولت، جریان اصول‌گرایی 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 تعیین‌کننده 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 پولش اضافه می‌آمد می‌داد به بخش، از طرفی دولت هیچ وقت همان سهم خودش رو از بودجه هم کامل نداد مثل حق بیمه کارکنان که همین باعث کاهش 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

خودش نیست. تابع ورودی‌ها و خروجی‌هاست. عدم تناسب بین انتظارات از بیمه و منابع بیمه‌ها یک مشکل عمده است" (I1). 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" (I2).

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، مشارکت‌کنندگان 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 بخواد معلوم نیست" (E3).

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 خودمون را خوب بازی نمی‌کنیم خوب در نقش‌های دیگران هم دخالت می‌کنیم. مثال، وزارت بهداشت نقشش تولید است و باید قواعد بازی را تعریف کند ولی خودش به عنوان یک ارایه دهنده وارد می‌شود نظام پزشکی همه ساز و کارهای تعرفه رو به دست می‌گیرد. عدم نشستن این افراد حقوقی در جایگاه خودشان مشکل ایجاد کرده است" (H6).

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

آشنا نباشد و نتواند سیاست‌گذار و ارایه‌دهنده را وادار به پاسخگویی نماید، ارایه‌دهنده سیاست را مطابق میل خود اجرا می‌کند. برای ایجاد تعهد ارایه دهنده، سیاست‌گذار باید ارایه‌دهندگان را در مراحل مختلف فرایند مشارکت دهد (I3). گستردگی مراجع تأثیرگذار بر سیاست، باعث شد تا در یافته‌های این مطالعه، شاهد طیف گسترده‌ای 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 این‌که 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 (I2). والت و گیلسون، در مدل خود بازیگران را در مرکز قرار داده‌اند بدین معنا که این عامل می‌تواند هم سایر عوامل را تحت تأثیر قرار داده و هم از این عوامل تأثیر بپذیرند. بنابر یافته‌های مطالعه، دو عامل عمده 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 (I4). بیر⁸ و همکاران با مطالعه فرایند سیاست‌گذاری در نظام سلامت آمریکا نشان دادند که راه‌های بسیاری برای اثرگذاری پزشکان به صورت فردی و یا در قالب گروه‌های ساختارمند، بر فرایند سیاست‌گذاری سلامت این کشور وجود دارد (I5). گوپلان⁹ و همکاران نیز در مطالعه سیاست‌های عدالت در سلامت در ایالت اریسای هند، نقش بازیگران و مواضع آن‌ها در حمایت و یا مخالفت با سیاست را مهم دانسته‌اند (I6). اراسموس و گیلسون¹⁰ چیدمان قدرت را قلب فرایند سیاست‌گذاری سلامت

⁸ Beyer

⁹ Gopalan

¹⁰ Erasmus E, Gilson

جریان سومی نیز مورد نیاز است و آن جریان خواست سیاسی¹⁴ است (22). آن چه که مسلم است این که در فاصله سال‌های مورد مطالعه، علی‌رغم بالا رفتن 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 نحوی که یکی از مقامات سیاسی کشور اخیراً از لزوم سیاسی شدن مسئله 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 معضل اجتماعی در فاصله سال‌های مطالعه، می‌تواند یکی از دلایل آن باشد. وات¹⁵ و همکاران گزارش داده‌اند که برای اجرای سیاست، وجود هدف سیاسی کافی نیست و باید محیط سازمانی، حرفه‌ای 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 سیاست والت و گیلسون در چهار مقوله بازیگران (شامل تضاد منافع و چیدمان قدرت)، محتوا (شامل منطق درونی و انسجام اهداف)، زمینه (شامل ساختار، منابع، امکان‌پذیری سیاسی و عوامل محیطی) و فرایند (شامل تولید و رهبری، مشارکت ذی‌نفعان و پایش و ارزیابی) ارائه 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 حداکثر پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفع سیاست استفاده گردد و در کنار آن علاوه بر انجام مصاحبه با خبرگان حوزه سلامت،

می‌دانند (17). در مطالعه بلید و ریدل¹¹ رابطه با برنامه بیمه سلامت مادران در بورکینافاسو نیز گفتمان قدرت میان بازیگران اصلی از دلایل عمده ناکامی سیاست بیان شده است. در سال‌های مورد مطالعه، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت از منابع مالی کافی بهره نمی‌بردند و به همین دلیل قدرت کافی برای تنظیم رفتار ارایه‌کننده در قالب اجرای راهنماهای بالینی و محافظت مطلوب از شهروندان در برابر بار مالی بیماری را نیافتند (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 تعرفه‌ها 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 بالا رفتن 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 کمابیش این عامل به عنوان یکی از موانع جدی در اجرای برخی سیاست‌های دیگر حوزه سلامت از جمله طرح هیأت امنایی 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 - علی‌رغم 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 دیر هنگام آیین‌نامه‌های 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 روستاییان 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 مشکل¹² و جریان سیاست¹³ (به عنوان راه‌حل مشکل) T

¹³ Policy stream

¹⁴ Political will

¹⁵ Watt

¹¹ Belaid L, Ridde

¹² 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 ارائه 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 نظارت 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 متوازی 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 تولید، تولید، ارایه و تأمین مالی خدمات سلامت به روشنی 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 تأمین منابع از طریق افزایش کارایی 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 240/40114 می‌باشد. نویسندگان از کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه کمال تشکر را دارند.

References

- 1- Khayat-zadeh-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. همزمان 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 مخدوش 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 ارائه می‌گردند. آنچه که از این مطالعه برمی‌آید اینکه این عوامل به صورت منفرد عمل نمی‌کنند بلکه هریک باعث تشدید و 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 قبال سیاست، تحت تأثیر محرک‌های فردی و گروهی از جمله تضاد منافع و گفتمان قدرت بوده است و این موضوع در کنار عدم تعهد 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 درنیامدن 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 متمرکز نظام سلامت در ایران و بازتوزیع 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 هزینه‌های 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, Ramezani 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 A¹ (PhD), Sharifi M^{1,2*} (PhD), Mahmoudi M³ (PhD), Vedadhir A⁴ (PhD), Fayaz-Bakhsh A^{5,6} (MD, MSc, PhD)

¹ Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Health Economics Research Center, Petroleum Industry Health Organization, Tehran, Iran

³ Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran

⁵ Health Information Management Research Center, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ 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

پیوست 1

سؤالات راهنمای مصاحبه

در این مطالعه برای دستیابی به سؤالات 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 دستورکار قرار گرفت. به طور کلی در جریان مصاحبه‌ها و بنابر شرایط مصاحبه، زمینه حرفه‌ای مصاحبه‌شونده و مسیر مصاحبه سؤالات مختلفی از مجموعه سؤالات 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 سؤالات به صورت خودبه‌خود و در لابلای مباحث طرح شده توسط مصاحبه‌شونده پاسخ داده می‌شد. هر یک از مصاحبه‌شوندگان بنا به علایق خود بخشی از این سؤالات را مهم‌تر دانسته و به آن پاسخ می‌گفتند. نکته قابل توجه این که چون در انتخاب مصاحبه‌شوندگان پراکندگی قابل قبولی وجود داشت مسایل ارایه شده در مصاحبه‌ها نیز پوشش خوبی از موارد مد نظر محقق ایجاد نموده است.