

تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان جمهوری اسلامی ایران

حانیه‌سادات سجادی^۱، معصومه حسینی^{۲*}، آرزو دهقانی^۳، رحیم خدایاری^۴، حامد زندیان^۵، سیده سنا حسینی^۶

۱-دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲-دکتری سیاست‌گذاری سلامت، کارشناس معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران ۳- دانشجوی دکترای سلامت در حوادث و بلایا، دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران ایران ۴- دکتری سیاست‌گذاری سلامت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران ۵- دکتری سیاست‌گذاری سلامت، استادیار علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران ۶- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس روابط عمومی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: تهران، شهرک قدس، بین فلامک جنوبی و زرافشان، خیابان سیمای ایران، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک C، طبقه چهاردهم، معاونت اجتماعی، اداره کل امور اجتماعی سلامت، شماره تماس: ۰۹۱۲۵۲۶۵۸۷۳.

پست الکترونیک: hosseini.maso@gmail.com

دریافت: ۹۶/۶/۸ پذیرش: ۹۶/۹/۱۹

چکیده

مقدمه: طرح تحول سلامت از جمله مهم‌ترین تلاش‌های دولت ایران برای ارائه پوشش همگانی سلامت است. با توجه به نقش مهم این طرح در عملکرد نظام سلامت، مطالعه حاضر با هدف تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور انجام شد.

روش کار: برای تحلیل کیفی سیاست، از چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون و جریان‌های چندگانه کینگدان استفاده شد. ذینفعان مختلف سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت و تمام اسناد سیاسی جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، هدفمند و گلوله برفی بود. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند و تحلیل مستندات جمع‌آوری و با روش تحلیل چارچوب در نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند.

یافته‌ها: پنج گروه عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی-اجتماعی، بین‌المللی، و مشکلات حوزه سلامت عوامل زمینه‌ای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان بودند. مشکلات حوزه درمان، اجرای مرحله دوم هدفمندی یارانه‌ها و تغییر دولت، پنجره فرصت سیاست‌گذاری طرح را گشود. استفاده از شواهد، توجه به اسناد بالادستی، تحلیل موقعیت، جلب نظر مدیران ارشد سیاسی، نگاه همزمان به تنظیم برنامه‌های حوزه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت، و اولویت مدیریت بحران در خدمات درمانی دولتی قوت‌ها، و استفاده از رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی، نادیده‌گرفتن برخی ذینفعان، و عدم توجه به هماهنگی حوزه‌های بهداشت و درمان نقاط قابل اصلاح فرایند سیاست‌گذاری طرح را تشکیل دادند. بیشتر مداخلات طرح با هدف حفاظت مالی انجام شد.

نتیجه‌گیری: گام‌های بعدی تحول مستلزم تدوین نقشه‌راه با توجه به اولویت‌های سلامت، مصرف صحیح منابع، و تعامل سازنده ذینفعان برای ایجاد تغییر پایدار و هدفمند می‌باشد. اجرای این برنامه به پایدارکردن تأمین و اختصاص به‌هنگام منابع مالی بخش سلامت نیاز دارد.

کل‌واژگان: تحول سلامت، نظام سلامت، تحلیل سیاست، خدمات درمانی، سیاست‌گذاری سلامت

مقدمه

۱۳۹۲ با برگزاری جلسات متعدد مسؤولان سلامت کشور آغاز، و مرحله اول آن پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته‌های پیشنهادی و تدوین و ابلاغ دستورالعمل نهایی از ۱۳۹۳/۲/۱۵ اجرا شد (۳). اجرای این طرح زمانی در دستور کار قرار گرفت که بر اساس شواهد موجود، ایران در مقایسه با ۱۹۱ کشور دنیا، از نظر سطح سلامت رتبه ۹۶، توزیع سلامت رتبه ۱۱۳، سطح و توزیع پاسخ‌دهی به نیازهای غیرپزشکی به ترتیب ۱۰۰ و ۹۳، مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها رتبه ۱۱۲، و از نظر وضعیت کلی اهداف نظام سلامت رتبه ۱۱۴ را داشت تا استان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت سابقه‌ای طولانی در ایران دارد و طرح نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و سطح‌بندی خدمات سلامت از موفق‌ترین تجربیات در راستای تحقق این هدف بوده است (۱). با وجود تلاش‌های متعدد صورت گرفته در این زمینه، به نظر می‌رسد همچنان تا دستیابی به پوشش همگانی سلامت راه پرفراز و نشیبی در پیش‌رو باشد (۲). در تداوم مسیر تحقق پوشش همگانی، تازه‌ترین اقدام کشور تلاش‌هایی بود که در جهت تدوین سیاست طرح تحول سلامت از مهرماه

روش کار

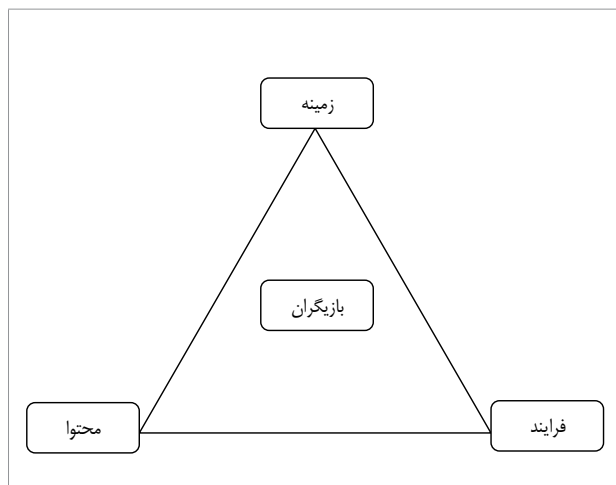
مطالعه کیفی، توصیفی-اکتشافی حاضر، با رویکرد قیاسی، در قالب تحلیل سیاست‌گذاری، و به صورت گذشته‌نگر انجام شد. چارچوب مفهومی مورد استفاده در این مطالعه، مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون (شکل ۱) بود، و در راستای شناسایی فرآیند دستورگذاری سیاست موردنظر از چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدن به عنوان مدل جانبی استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل مطلعین، سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان، و ذینفعان طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور بود که از طیف متنوعی از سازمان‌های مرتبط همچون وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، نظام پزشکی و نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، بیمه‌های سلامت، شورای عالی بیمه سلامت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، و دانشگاه‌های علوم پزشکی انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان، برخورداری از آگاهی و تجربه، مشارکت در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه بود. انتخاب شرکت‌کنندگان به‌روش هدف‌دار و گلوله برفی انجام شد و تعداد نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ۳۸ نفر بود (جدول ۱). اسناد سیاستی مربوط به طرح تحول سلامت کشور بخش دیگری از جامعه مورد مطالعه در تحلیل سیاست‌گذاری را تشکیل دادند که در این خصوص نمونه‌گیری انجام نگرفت و همه اسناد معتبر تحلیل و واکاوی شدند. مستندات سیاستی مربوط به طرح تحول سلامت در حوزه درمان شامل اسناد بالادستی، صورت‌جلسات، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، مصوبات، برنامه‌ها، گزارش‌ها، مقالات، اخبار، بیانیه نشست‌ها، و سخنرانی‌ها بود (جدول ۲) که از طریق مرور منابع، مطالعات، و گزارش‌های منتشرشده داخلی و نیز مصاحبه با مطلعین کلیدی شناسایی شدند. این اسناد با مراجعه به مراکز، نهادها، و سازمان‌های مربوطه جمع‌آوری، داده‌های آن‌ها پس از ارزیابی اعتبار، استخراج شد. داده‌ها به دو روش اصلی تحلیل مستندات و مصاحبه چهره‌به‌چهره نیمه‌ساختاریافته فردی، و در برخی موارد عمیق، جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها به‌صورت غیررسمی با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام شد و از هرگونه اظهارنظر درباره درست یا غلط بودن پاسخ‌ها حین مصاحبه اجتناب شد. مفهوم بودن پرسش‌های راهنما با انجام مصاحبه‌های مقدماتی بررسی، و اصلاحات لازم اعمال شد. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با

(۴). این وضعیت سیاست‌گذاران و مسؤولان سلامت کشور را بر آن داشت تا با انجام مطالعات مقدماتی موردنیاز و کارشناسی‌های لازم، طرح تحول سلامت در بخش ارائه خدمات را، که شامل مجموعه‌ای از اصلاحات در حوزه‌های خدمات درمانی، دارویی، و بهداشتی بود، طراحی و اجرا نمایند. براساس ارزیابی‌های انجام شده اجرای این برنامه‌ها، دستاوردهایی را به همراه داشته که از آن جمله می‌توان به افزایش منابع مالی بخش سلامت، پوشش بیشتر بیمه سلامت، به‌ویژه برای گروه‌های کم‌درآمد، کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم، به‌ویژه برای خدمات بستری، افزایش تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، بهبود کیفیت نحوه ارائه و محتوای مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه در بخش دولتی، اشاره کرد (۵).

با گذشت حدود سه سال از اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه درمان کشور، ارزیابی جامع و کامل این طرح جهت تعیین اثربخشی آن (۶) ضروری می‌نماید. انجام این ارزیابی ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود و پاسخ به این پرسش که اهداف طرح تا چه اندازه محقق شده‌اند، می‌تواند نقاط قوت و قابل‌اصلاح برنامه را نشان‌دهنده، امکان بهبود آن را فراهم نماید. با توجه به چارچوب‌های مفهومی ارزیابی برنامه‌های تحول سلامت موجود، و نیز با توجه به این نکته که بیشتر مطالعات به ارزیابی نتایج و بررسی مشکلات اجرایی فرایند پرداخته و کمتر بررسی و تحلیل فرایند سیاست‌گذاری را هدف قرار داده‌اند، به‌نظر می‌رسد بخشی از ارزیابی باید به تحلیل سیاست این طرح و واکاوی مبتنی بر شواهد آن از منظر سیاست‌گذاری معطوف گردد. تحلیل سیاست این امکان را به‌دست می‌دهد که تعاریف مشکل، چگونگی تدوین و اجرای سیاست، چگونگی تخصیص منابع، و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست‌گذاری به‌طور دقیق بررسی شوند. به‌علاوه، با توجه به اهمیت سیاست‌گذاری آگاه به شواهد، تحلیل سیاست به‌دستیابی به درک درستی از سیاستی که در واکنش به مشکل اجتماعی تدوین شده یا در حال تدوین است کمک نموده، و در عین حال، میزان فصیح و بلیغ بودن حمایت‌ها و مخالفت‌ها را به خوبی روشن می‌نماید (۷). بدیهی است با مشخص شدن هرچه بیشتر ماهیت موضوع و تحلیل رویکرد کشور به طرح و نقد برنامه‌های گذشته، می‌توان گام‌هایی اساسی در سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌ها و اقدامات مناسب آینده جهت تسریع در حل مشکلات حوزه درمان کشور برداشت. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تحلیل جامع سیاست‌گذاری تحول سلامت در حوزه درمان کشور با استفاده از مدل‌ها و ابزارهای سیاست‌گذاری انجام گرفت.

تخصیص زمان کافی به جمع‌آوری داده‌ها، جستجوی موارد متضاد و منفی و بررسی عمیق دلایل آن جهت افزایش تاییدپذیری، کمک گرفتن از نظرات تکمیلی تیم مطالعاتی، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و صاحب‌نظران، و بازخورد نتایج به شرکت‌کنندگان و اخذ تاییدیه ایشان به کار گرفته شد؛ انتخاب نمونه‌های مناسب، هم‌زمانی جمع‌آوری و تحلیل، و دستیابی به منابع غنی داده‌ها جهت افزایش انتقال‌پذیری مطالعه و افزایش اعتبار و کیفیت نتایج نیز از دیگر تدابیر اتخاذ شده بود.

شکل ۱: چارچوب تحلیل سیاستگذاری والت-گلیسون



توجه به نظر شرکت‌کنندگان و هماهنگی‌های قبلی با ایشان تعیین گردید. پس از هماهنگی‌های اولیه، فرم مطلع‌سازی با مراجعه حضوری یا ارسال از طریق دورنما یا پست الکترونیکی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. این امر به آماده‌سازی ایشان برای شرکت در مصاحبه کمک نمود. علاوه بر این فرم، در ابتدای مصاحبه، مصاحبه‌گر توضیحاتی شفاهی درباره مطالعه و اهداف آن و تمهیدات محرمانه‌ماندن اطلاعات ارائه داد؛ سپس، پیش از آغاز مصاحبه، فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در مصاحبه به امضای شرکت‌کنندگان رسید و به آنها اطمینان داده شد که می‌توانند در هر مرحله از مطالعه از ادامه همکاری خودداری ورزند. علاوه بر یادداشت‌برداری، مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان توسط یک دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط گردید. در انتهای مصاحبه، نحوه تماس با شرکت‌کننده مشخص شد تا در صورت نیاز، امکان برقراری ارتباط‌های بعدی نیز فراهم گردد. بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه، مکالمات پیاده‌سازی گردید. همچنین، برای گردآوری داده‌ها از روش تحلیل مستندات و برای تحلیل داده‌ها از روش چارچوبی استفاده شد. به منظور افزایش ثبات و اعتبار نتایج، تدابیری همچون اشتغال ذهنی پژوهشگران به مطالعه، انتخاب شرکت‌کنندگان مجرب و متخصص، تلفیق گردآوری داده‌ها برای افزایش اعتبار مطالعه،

جدول ۱- مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه

ردیف	محل انتخاب نمونه	تعداد	ردیف	محل انتخاب نمونه	تعداد
۱	نماینده مجلس شورای اسلامی	۳	۸	مسئول کمیته امداد امام خمینی	۱
۲	معاون وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۱	۹	مسئول بیمه‌های نیروهای مسلح	۱
۳	مشاور وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۳	۱۰	مسئول نظام پزشکی	۲
۴	مدیر کل و صاحب‌منصب حوزه‌های معاونتی وزارت بهداشت	۱۲	۱۱	مسئول نظام پرستاری	۱
۵	مدیر و صاحب منصب وزارت تعاون، رفاه و امور اجتماعی	۲	۱۲	مدیر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	۲
۶	مسئول سازمان بیمه سلامت ایرانیان	۲	۱۳	رئیس و معاون دانشگاه‌های علوم پزشکی	۴
۷	مسئول سازمان تأمین اجتماعی	۲	۱۴	پژوهشگر و فعال عرصه سلامت	۲

جدول ۲- مشخصات مستندات مورد مطالعه

ردیف	نوع مستند	تعداد
۱	قوانین، مقررات، و مصوبات	۱۱
۲	دستورالعمل‌ها، برنامه‌های پیشنهادی، و لوایح	۵
۳	متون منتشره در جراید و وبسایت‌ها	۴۳
۴	گزارش‌ها	۱۳
۵	متون علمی	۸

یافته‌ها

با توجه به چارچوب مفهومی مطالعه و تحلیل داده‌ها، یافته‌های این مطالعه در چهار بخش به شرح زیر به دست آمد:

۱. عوامل زمینه‌ای موثر بر شکل‌گیری طرح

تحول سلامت در حوزه درمان کشور

عوامل موثر بر طراحی و پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان در پنج گروه دسته بندی شدند: گروه اول، عوامل قانونی مشتمل بر مجموعه‌ای از قوانین و اسناد بالادستی کشور که در متن آنها توجه ویژه‌ای به سلامت، کیفیت زندگی، و مولفه‌های آن شده بود. از مجموع قوانین اشاره شده، نقش سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی، برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه کشور، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبر معظم انقلاب، و نقشه تحول نظام سلامت ایران در پیدایش طرح تحول سلامت پررنگ‌تر از دیگر اسناد بود. «... خوشبختانه در سال‌های اخیر تلاش‌هایی شد که مسیر حرکت وزارت مشخص شود...؛ نگاه کنید، ما چشم انداز داریم، سیاست‌ها را داریم، و در کنارشان برنامه‌های توسعه را نیز داریم. برای تدوین همه اینها کار کارشناسی شده؛ در واقع، نیاز سلامت و آنچه که باید توسط سلامت اولویت دهی شود در این مسیر مشخص گردید.» (م. ۱۸). لازم به ذکر است، علاوه بر وجود چنین قوانینی که به نوعی پشتوانه طرح تحول بودند، اجرای ضعیف برخی از برنامه‌های تصویب شده و عدم اجرای کامل تکالیف قانونی از دیگر عوامل مهم قانونی پیدایش طرح هستند که تحقق کامل اهداف نظام سلامت را تحت‌الشعاع قرار داده بودند.

گروه دوم عوامل کلان تاثیرگذار بر شکل‌گیری طرح تحول سلامت، عوامل سیاسی بودند که عمدتاً از توصیه‌های مقام معظم رهبری و فضای سیاسی کشور در دوره تحریم و تغییر دولت نشأت گرفته بودند. تاکید رهبری نظام بر رفع گرفتاری‌های غیرمرتبط با بیماری و کاهش نگرانی‌های بیماران و خانواده‌های آنان، اتخاذ تدابیری جدی و اساسی در جهت اصلاح نظام سلامت را اجتناب‌ناپذیر می‌ساخت. همچنین، توجه ویژه دولت جدید به موضوع سلامت از مهم‌ترین عوامل سیاسی موثر بر پیدایش طرح تحول سلامت به‌شمار می‌رود. «مهمترین عامل پیشبرنده، دغدغه رئیس‌جمهور و مقام عالی وزارت بود؛ یعنی تعهد مدیران و سیاست‌گذاران همیشه در طرح‌های تحولی در دنیا حرف اول را می‌زند.» (م. ۱۲).

گروه سوم، عوامل اقتصادی-اجتماعی بودند. بر اساس شواهد موجود، تنگناهای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی بخش‌های مختلف کشور، مواجهه با حجم

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

بالای بدهی‌های به‌جامانده از سال‌های قبل، کاهش ارزش پول ملی، جهش تورمی و وجود تحریم‌های مختلف (که مشکلاتی را برای انجام وظایف بخش‌های تولیدی و خدماتی ایجاد کرده بود)، مذاکرات هسته‌ای کشور، تجربه اجرای طرح‌هایی مانند مسکن مهر، عدم تحقق کامل اهداف توسعه پایدار در کشور، نگرانی‌های عمومی جامعه، و اجرای مرحله دوم طرح هدفمندی یارانه‌ها مهم‌ترین عوامل اجتماعی-اقتصادی بودند که سیاست‌گذاران و متولیان کشور را به طراحی و اجرای طرح تحول سلامت ترغیب کرد. «دولت یازدهم بعد از دولت نهم و دهمی آمده که محصول آن سیاست‌هایی با عواقب اقتصادی-اجتماعی-بین‌المللی متفاوت بوده است؛ بحث طرح هدفمندی یارانه‌ها به شیوه‌ای که عملیاتی شد، موضوع کاهش ارزش پول ملی، طرح مسکن مهر، موضوع هسته‌ای، و مناقشاتی که در زمان وضع تحریم‌ها اتفاق افتاد فضایی را ایجاد کرد که نهایتاً منجر به شکل‌گیری نارضایتی عمومی شد.» (م. ۲).

چهارمین گروه از عوامل کلان موثر بر پیدایش طرح، عوامل بین‌المللی همسو با اهداف و برنامه‌های جهانی تدوین شده توسط سازمان‌های بین‌المللی بودند که پایبندی به آنها از جمله تعهدات کشور بود. اهدافی چون سلامت برای همه، تحقق پوشش همگانی سلامت، از مهم‌ترین پیشبرنده‌های بین‌المللی طرح تحول بودند. «به‌هنگام بررسی شاخص‌های سلامت کشور مشخص شد اگرچه نسبت به سال‌های قبل وضعیت کشور بهتر شده، اما در مقایسه با کشورهای حتی منطقه اوضاع چندان خوب نیست.» (م. ۱۰). همچنین، تجربه موفق برخی کشورها در اجرای اصلاحات نظام سلامت از دیگر پیشبرنده‌های بین‌المللی طرح تحول سلامت بود؛ نمونه‌هایی از این تجربه‌های موفق را می‌توان در کشورهای ترکیه، آرژانتین، شیلی، چین و... مشاهده کرد (۸).

پنجمین گروه، همانا عوامل مربوط به مشکلات حوزه سلامت در بخش درمان بود. به گواه شواهد و مدارک موجود و نظرات متصدیان باتجربه نظام سلامت، اگرچه وضعیت سلامت کشور در مسیر تحول و تکامل خود در سه دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی شاهد دستاوردهای مهمی به‌ویژه در زمینه ارائه خدمات بهداشتی اولیه (PHC)، ارتقای نشانگرهای سلامت، کنترل همه‌گیری‌ها و ریشه‌کنی برخی بیماری‌ها، پیشگیری، تشخیص، و درمان بیماری‌ها، گسترش بیمه خدمات درمانی، تولید کمی و کیفی منابع سلامت (اعم از انسانی، تجهیزاتی، فیزیکی و...)، ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی، توسعه صنعت داروسازی، و امثالهم بوده، اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی در کارکردهای نظام سلامت روبه‌رو بود که مانع از تحقق کامل اهداف نظام سلامت کشور می‌شد.

بیمه خدمات درمانی روستایی، و اجرایی شدن آن در سال ۱۳۸۴، بخش‌های عمده‌ای از برنامه اصلاحی به‌صورت گسترده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد. تسری اجرای این برنامه به مناطق شهری در سال ۱۳۹۰ در دستور کار مسئولان سلامت کشور قرار گرفت. اجرای برنامه پزشکی خانواده به بسترسازی مناسب جهت شکل‌گیری و تدوین طرح تحول سلامت کمک فراوانی کرد. گفته می‌شود اجرای این برنامه از سال‌ها پیش توانسته بود ادبیات و گفتمان لازم برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت را در بخش سلامت ایجاد کرده، نظر مدیران ارشد را به تمرکز بر اقدامات و برنامه‌های اصلاحی جلب کند. "بعضی افراد تصور می‌کنند طرح تحول به یکباره به‌وجود آمده؛ خیر، چنین نیست. من شخصا در واحدی شاغل هستم که به خوبی در جریان تاریخچه این اقدامات قرار دارد. توجه کنید، پس از گزارش سال ۸۱ WHO ادبیات تحولات در سلامت ایران شکل گرفت. درست است که الان گفته می‌شود این طرح تحول جدید است، که البته جدید هم هست، اما اگر به عقب بازگردید ریشه‌های این حرکت تحولی را پیدا می‌کنید. برنامه اولیه ما همان پزشک خانواده بود که طرح آن را نوشتیم، اما محدودیت‌هایی نیز داشتیم.... با همه این اوضاع و احوال تلاش کردیم طرح را به صورت پایلوت اجرایی کنیم." (م. ۸). بنابراین با تامل در این روند تقریباً ۱۵ ساله می‌توان دریافت، همسو با اصلاحات صورت‌گرفته در کشورهای دیگر، ایران نیز با اعمال برنامه‌های اصلاحی در حوزه سلامت به این جریان پیوسته بود. البته برخلاف تجربه‌های موفق برخی کشورها، همواره برخی قسمت‌های برنامه در کشور اجرایی می‌شد و برخی در اجرا ناکام می‌ماند. نکته قابل توجه این است که مداخلات اصلاحی حوزه‌های مختلف سلامت، اعم از خدمات سرپایی، بستری، و آموزش، به لحاظ قانونی تامین پشتوانه شده، بخشی عمده‌ای از این اصلاحات در متن قانون برنامه چهارم توسعه منعکس گردید؛ اما اجرای آنها با نقص و تاخیر مواجه شد. تجربه طراحی برنامه و اجرای نامطلوب آن در برنامه چهارم توسعه مبنایی برای تدوین قانون برنامه پنجم توسعه ایجاد کرد، و برنامه پنجم توسعه به شکل کامل‌تری به بررسی اصلاحات آن پرداخت. مقرر بود که این برنامه اصلاحاتی بزرگ از سال ۱۳۹۰ عملیاتی شود؛ اما با وجود مشکلات خاص کشور در آن دوره و به دنبال وقوع تحریم‌ها و نبود حمایت و تعهد سیاسی کافی، اولویت اجرایی برنامه به عقب رانده شد و جای خود را به موضوعاتی چون مسکن ارزان قیمت داد. به همین علت، اجرای برنامه اصلاحاتی پیشنهادی در حوزه سلامت مسکوت ماند. بخش دیگری از جریان سیاسی مربوط به افزایش منابع مالی بخش

تابستان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

مهم‌ترین این مشکلات عبارت بودند از: پایین بودن سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم، اجرای ناکامل نظام سطح‌بندی خدمات و ارجاع، پوشش ناکافی در ابعاد بیمه، خدمات، و هزینه‌های سلامت، و کیفیت نامطلوب خدمات و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت (۹، ۱۰).

۲. تبیین فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول

سلامت در حوزه درمان کشور

۱-۲. دستورگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: تحلیل داده‌ها نشان داد که در تنظیم دستورکار طرح تحول سلامت در حوزه درمان، سه جریان دخیل بوده‌اند. جریان اول، همانا مشکلات بود. تحلیل عملکرد نظام سلامت کشور حاکی از آن بود که مشکل ارائه خدمات سلامت ریشه‌دار بوده و مداخلاتی که باید در این حوزه اتفاق می‌افتاده، درواقع اتفاق نیفتاده یا نتیجه مطلوب را به‌صورت کامل احصا نکرده‌اند. مجموع این مشکلات، که حکایت از وجود فاصله تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت داشت، دست‌به‌دست هم داده، اوضاع حوزه‌های ارائه خدمات سلامت را نابه‌سامان ساخته بود که متعاقباً روزبه‌روز بر نارضایتی مردم افزوده و نظام سلامت را به‌نوعی بیماری مزمن دچار ساخته بود. بیماری مزمن نظام سلامت در سال ۱۳۹۲، به دنبال شرایط خاص کشور در دوران تحریم‌های مختلف اقتصادی، شدت گرفت (۱۲، ۱۱). البته وضعیت حاد نظام سلامت در حوزه‌های مختلف یکسان نبود و آن‌گونه که از شواهد به‌دست می‌آید، وخامت اوضاع در حوزه ارائه خدمات درمانی و تامین دارو و بیمارستان‌های دولتی بیشتر بود. شدت و وسعت این مشکلات، فعالیت عادی بخش بزرگی از نظام سلامت را با اختلال جدی مواجه ساخته، وضعیت را در شرایط کاملاً بحرانی قرار داد. وضعیت بحرانی نظام سلامت از یک سو، و امنیتی بودن موضوع تامین سلامت از سوی دیگر، ضرورت اقدام عاجل برای ایجاد تغییراتی در نظام سلامت را بیشتر کرد. جریان دوم، جریان سیاستی بود. بخشی از این جریان سیاستی به گسترش رویکرد تفکر سیستماتیک مربوط می‌شد که برای رفع مشکلات ریشه‌دار نظام سلامت کشورها از سال ۲۰۰۰ با انجام مطالعات مختلف برای طراحی و پیاده‌سازی برنامه‌های توسعه و تحول نظام‌های سلامت در دنیا آغاز شده بود. شروع این حرکت در ایران از سال ۱۳۸۱ بود و در اولین قدم، مطالعه‌ای با حمایت‌های مالی و فنی بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی به منظور اصلاح نظام سلامت کشور انجام، و بسته خدمتی واحدی برای این اصلاحات تدوین شد. محور اصلی این بسته بر تقویت نظام ارجاع و استقرار پزشک خانواده استوار بود. در ادامه این حرکت، با تصویب طرح پزشک خانواده، استقرار نظام ارجاع و

با اجرای مراقبت‌های اولیه سلامت از طریق تقویت و ارتقای نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بوده که نتیجتاً برای تحقق این هدف و حل مشکلات موجود، دو گروه اقدامات فوری و اقدامات میان‌مدت و درازمدت فهرست شد. سرآغاز این تلاش‌ها، تدوین برنامه‌های اقدام سریع به‌منظور کنترل بحران دارو بود. با توجه به پیامد تحریم‌ها بر بازار دارو و لوازم مصرفی پزشکی، و بحرانی شدن اوضاع بازار کشور (۱۷-۱۵)، بلافاصله پس از آغاز به کار دولت جدید در تابستان ۱۳۹۲، ستاد بحران دارو تشکیل و جلساتی برای رفع مشکلات مربوط به کمبود، کنترل قیمت، و کیفیت دارو و لوازم پزشکی مصرفی برگزار شد. در ادامه تلاش‌ها برای تدوین برنامه تحول سلامت، از مهرماه سال ۱۳۹۲ جلسات متعدد شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت برگزار شد. اصل نامحدود بودن نیازها و محدود بودن منابع، تلاش‌ها را به سمت تهیه فهرست اولویت‌های تحول در نظام سلامت با توجه به تجارب داخلی و سایر کشورهای در حال توسعه موفق در اجرای اصلاحات، و رویکرد مبتنی بر حل مشکل سوق داد. گفته می‌شود که مبنای تعیین این اولویت‌ها اسناد بالادستی، وضعیت موجود نظام سلامت، و مطالبات اصلی مردم از این حوزه بود. «برنامه‌های رییس جمهوری و آقای هاشمی هر دو بر مبنای همان قانون برنامه پنجم بود که با توجه به شرایط سلامت نوشته شده بود. پرابلیم معلوم بود، سولوشن هم معلوم بود و وضعیت اینترنشنال هم چندان تفاوت نکرده بود.» (م. ۸). این تلاش‌ها در آبان ماه ۱۳۹۲ منجر به اخذ مصوبه‌ای از هیئت محترم دولت شد (۱۸). در پی ابلاغ این مصوبه، کارگروه مربوطه تشکیل، و جلسات آن با دستور کار طراحی چارچوب اجرایی برنامه‌های دارای اولویت و برآورد مالی هر یک برنامه‌ها برگزار گردید. به گفته مطلعین، شرکت‌کنندگان در این جلسات به‌خوبی می‌دانستند که طراحی مدل باید با توجه به شرایط و امکانات کشور انجام‌گیرد و ضمن استفاده از شواهد در دسترس، به‌جای الگوبرداری محض از مدل‌های موفق دنیا، الگویی متناسب با فرهنگ اسلامی ایران انتخاب شود. همچنین، محدودیت منابع مالی و بحرانی بودن وضعیت ارائه خدمات درمانی، اجرای هم‌زمان و یک‌باره برنامه تحول را ناممکن کرده بود، که با توجه به ماهیت نظام سلامت، بهتر بود ضمن در نظر داشتن نقشه راه تحول، اقدامات به‌صورت تدریجی عملیاتی گردند. «تکرار می‌کنم من یک سری اشکالات و ایرادات به این برنامه تحول دارم، اما خاطرنشان می‌کنم درست است که برنامه تحول علمی و سیستمی نبود، ولی براساس تجارب کشورهای دیگر و وضعیت داخلی نوشته شده و البته همه موارد توجیه کافی داشت نهایتاً ارائه شد و رای گرفت. این را نمی‌شود منکر شد.» (م. ۳۷). با اجرای

سلامت در سال ۱۳۹۲ بود. درحالی که برای سالیان متوالی کشور شاهد پایین بودن سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی بود، در این مقطع، این سهم به دلایلی (چون اجرای مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها و اختصاص ۱۰٪ از درآمدهای دولت به بخش سلامت، مصوبه مجلس شورای اسلامی مبنی بر افزایش ۱٪ نرخ مالیات بر ارزش افزوده و اختصاص آن به بخش سلامت، و پرداخت کامل اعتبارات سالانه بخش سلامت) افزایش یافت و فرصتی پیش آمد تا با تخصیص این منابع مالی به گیرندگان خدمات، مشکلات مربوط به بخش سلامت مرتفع شوند. البته حجم مشکلات به حدی بود که این افزایش منابع در حقیقت جبرانی برای کمبودهای سال‌های پیش بخش سلامت به‌شمار می‌رفت. جریان سوم، جریان سیاسی بود. در اواخر سال ۱۳۹۱ و اوایل سال ۱۳۹۲، ارائه خدمات سلامت با مشکلات زیادی مواجه شد و رفع این مشکلات به اولویت سیاست‌مداران، سیاست‌گذاران، و قانون‌گذاران کشور بدل شد. این افراد با علم به اهمیت تأمین سلامتی، به‌ویژه از جنبه امنیتی و حاکمیتی آن، همواره در تلاش بودند تا در سیاست‌ها و برنامه‌های خود، رفع این مشکلات و بهبود نشانگرهای سلامت را مدنظر قراردهند. این جریان سیاسی در سال ۱۳۹۲ با برگزاری یازدهمین دوره انتخابات ریاست جمهوری کشور و روی کار آمدن دولت جدید تقویت شد. اولویت دولت جدید، انجام اقداماتی در راستای کاهش معضلات مردم همچون، برخورداری از خدمات سلامت، بود. این سه جریان در کنار یکدیگر پنجره فرصتی را گشود تا به واسطه ایجاد منابع موردنیاز، برنامه‌هایی در راستای کاهش هزینه‌های تحمیلی سلامت به مردم، برقراری عدالت در دسترسی به خدمات، و ارتقای کیفیت خدمات طراحی گردد.

۲-۲. تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: در برنامه ارائه‌شده ریاست جمهوری در سال ۱۳۹۲ تأکید ویژه‌ای بر موضوع سلامت شد و به‌منظور تحقق اهداف کلان حوزه سلامت، دو راهبرد کلان و یازده اولویت راهبردی معرفی گردید (۱۳). هم‌راستایی با اسناد بالادستی، نگاه جامع‌نگر به نظام سلامت و زیرمجموعه‌های متنوع آن، توجه به اصل مشارکت، و تلاش برای بهبود کارکردهای نظام سلامت از جمله نکات برجسته‌ای هستند که به نظر می‌رسد در تدوین برنامه در نظر گرفته شده‌اند. در پی اعلام برنامه‌های ریاست‌جمهور در حوزه سلامت، برنامه وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی نیز اعلام گردید (۱۴). تحلیل محتوای برنامه پیشنهادی حکایت از آن دارد که با مدنظر قرار دادن دستاوردها و چالش‌های نظام سلامت و تکالیف قانونی تعیین‌شده بدین منظور، هدف برنامه پیشنهادی، تأمین، حفظ، و ارتقای سلامت همگانی

تهیه و ارسال دستورالعمل‌های اجرایی هر برنامه، نگاه هم‌زمان به تنظیم برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت در حوزه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت، و مدیریت بحران حوزه خدمات درمانی دولتی انجام شده‌باشد. البته این فرآیند کاملاً مطلوب نبوده و مواردی همانند استفاده از رویکرد «بالا به پایین» در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی از ذینفعان، و عدم توجه به لزوم هماهنگی دو حوزه بهداشت و درمان از نقاط قابل اصلاح در این زمینه است. ۲-۳. ساختارهای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: این ساختارها را می‌توان به دو گروه ساختارهای برون‌سازمانی و درون‌سازمانی تقسیم نمود. در گروه ساختارهای برون‌سازمانی، دو کارگروه موضوع مصوبه آبان ماه و کارگروه سلامت مصوبه بهمن‌ماه ۱۳۹۲ قرارداشتند که در تدوین طرح تحول سلامت و تعیین خط‌مشی‌های کلان نقش داشته و با تصویب کلیات برنامه تحول، ضمانت قانونی اجرای سیاست را تأمین کردند. در گروه ساختارهای درون‌سازمانی، در سطح مرکزی، شش شورای سیاست‌گذاری سلامت (این شورا در حال حاضر منحل شده است)، شورای عالی بیمه سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، شورای سیاست‌گذاری دارو، شورای فناوری سلامت، و ستاد کشوری برنامه تحول سلامت ایفای نقش کردند. بررسی و تأیید محتوای هر یک از برنامه‌های سیاست طرح تحول و تدوین سازوکارهای اجرایی لازم، اصلی‌ترین وظیفه این شوراها بوده که به تناسب موضوع در شورای مربوطه انجام می‌گرفت. لازم به ذکر است، نقش ستاد کشوری برنامه تحول سلامت در سیاست‌گذاری و راهبری برنامه اجرایی تحول و نظارت بر حسن اجرای آن بیش از بقیه بود. در سطحی پایین‌تر از ستاد کشوری برنامه تحول سلامت، عمده برنامه‌ریزی‌ها و وظایف اجرایی با کمک دبیرخانه ستاد کشوری انجام می‌شد. این دبیرخانه وظیفه هماهنگی تمامی برنامه‌های تحول شامل ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی، و پایش برنامه‌ها را برعهده داشته و به‌عنوان رابط بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و ستاد کشوری برنامه تحول فعالیت می‌کرد. لازم به ذکر است ستاد کشوری تحول سلامت و دبیرخانه یادشده در سطح مرکزی، عمدتاً درگیر تدوین و اجرای بخشی از طرح تحول سلامت بودند که تغییرات حوزه درمان را دربرداشت. با توجه به اظهارنظرهای شرکت‌کنندگان در مورد ساختار سیاست‌گذاری تحول سلامت در حوزه درمان کشور، ذکر چند نکته در این مورد ضروری به نظر می‌رسد. نخست آنکه شواهد حکایت از وجود ساختاری رسمی و مشخص برای سیاست‌گذاری تحول سلامت دارد که در قالب کارگروه‌های تحول و سلامت از سال ۱۳۹۲، پس از اخذ مصوبه هیئت دولت، کار خود را آغاز کرده‌بودند. تشکیل این کارگروه‌ها و

مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها، مصوبه دیگری در بهمن‌ماه ۱۳۹۲ مبنی بر تشکیل کارگروه سلامت ابلاغ گردید. سپس کارگروه سلامت تشکیل، و با برگزاری جلسات، برنامه‌های پیشنهادی تهیه شد (۱۹). برون‌داد فعالیت‌های کارگروه سلامت در اسفندماه ۱۳۹۲، تهیه دو بسته الف و ب و ارائه آن در جلسه کارگروه موضوع مصوبه آبان ۱۳۹۲ و نهایتاً اعلام رئیس برنامه‌های اولویت‌دار تحول سلامت به ریاست جمهوری بود. لازم به ذکر است بسته‌های پیشنهادی الف و ب به ترتیب مشتمل بر ۱۶ و ۱۰ برنامه به‌علاوه بار مالی آن‌ها بود که ناظر بر تغییر و تحولات ارائه خدمات سلامت (شامل خدمات ارتقا سلامت، پیشگیری، و بالینی) می‌شد. سرانجام بعد از بررسی، بحث، و تبادل نظر، برخی موارد از بسته‌ها حذف و ۱۰ برنامه با نام بسته ب مورد قبول واقع‌شد. این بسته پس از تصویب آئین‌نامه اجرایی تبصره ۲۱ قانون بودجه در سال ۱۳۹۳ و آماده شدن پیش‌نویس دستورالعمل و برنامه اجرایی هر یک از برنامه‌های مصوب، در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳ به تصویب هیئت دولت رسید و جهت اجرا به سازمان‌های مربوطه ابلاغ‌شد. رئیس موضوعاتی که در این مصوبه برای اجرای طرح تحول سلامت تعیین شد، عمدتاً بر خدمات حوزه درمان متمرکز بود. پس از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳، به تدریج و متناسب با آماده‌شدن محتویات و دستورالعمل‌های اجرایی، دو برنامه دیگر به فهرست برنامه‌های اولیه خدمات حوزه درمان اضافه شد. لازم به ذکر است تدوین برنامه‌های تحول، منحصر به حوزه درمان نشد و حوزه‌های دارو و بهداشت را نیز دربرگرفت. البته تدوین و اجرای این برنامه‌ها اندکی دیرتر از برنامه‌های حوزه درمان بود. گفته می‌شود دلیل این تاخیر، وضعیت بحرانی بخش درمان، در نظر گرفتن ملاحظات بودجه‌ای، و آماده‌نبودن دستورالعمل‌های اجرایی برنامه‌های پیشنهادی حوزه بهداشت بود. اینکه چرا برخی برنامه‌ها دیرتر اجرا شده و بعضی زودتر به این برمی‌گردد که اولاً منبع پولی چه زمانی تخصیص داده شده، و دیگر اینکه اولویت حل مشکل با کجاها بوده؛ اولویت هم براین اساس تعریف شد که چه مواردی بیشتر به مردم فشار هزینه‌ای وارد کرده و آنها را ناراضی ساخته است. (۲۵،م). با توجه به آنچه در خصوص فرآیند تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان بیان شد، به نظر می‌رسد فرآیند تدوین این سیاست در کشور در سایه استفاده از شواهد ملی و بین‌المللی موجود، حرکت در جهت اسناد بالادستی کشور، تحلیل موقعیت، جلب نظر و حمایت مدیران و مسئولان ارشد سیاسی کشور، صرف وقت به‌منظور انجام کارشناسی‌های لازم و نهایی کردن برنامه‌های پیشنهادی، مشارکت دادن ذینفعان برنامه، تشکیل کارگروه‌های مربوطه، برگزاری جلسات منظم،

اجرایی شده و در نتیجه، از اندیشه پشتوانه برنامه کاسته شد. (م. ۲۹).

۲-۴. اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: طرح تحول سلامت به صورت غیررسمی از اواسط سال ۱۳۹۲ با اجرای عملیات ضربتی اصلاحات در حوزه دارو آغاز شد. اصلاحات این حوزه پس از اعلام رسمی آغاز اجرای طرح تحول سلامت ادامه یافت و حوزه ملزومات پزشکی را نیز دربرگرفت. اعلام رسمی طرح تحول سلامت، پس از تأمین و اختصاص بودجه آن، در ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ اتفاق افتاد؛ در این مرحله از اجرای طرح، برنامه‌های تحول عمدتاً متمرکز بر حوزه درمان کشور بود. در شهریور ماه ۱۳۹۳ مرحله اجرایی دیگری از طرح تحول سلامت، که ناظر بر تحول در حوزه بهداشت کشور بود، آغاز شد. در مهرماه ۱۳۹۳، با ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، و در بهمن ماه همین سال با تغییر نحوه پرداختی کارکنان شاغل در بیمارستان‌های کشور مراحل دیگری از اجرای طرح تحول سلامت رقم خورد. در سال ۱۳۹۴ نیز بخش دیگری از برنامه‌های تحول، که بیشتر ناظر بر تحولات تکمیلی حوزه بهداشت کشور بود، عملیاتی شد. برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان کشور، با ابلاغ مرکزی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، اجرایی گردید. در سطح دانشگاه‌ها سه ساختار اصلی برای اجرای طرح در نظر گرفته شد. فعالیت‌های این سه ساختار، همانند ستادهای سطح بالا، ناظر بر تغییرات حوزه درمان بود. با توجه به شرح چگونگی اجرای طرح تحول سلامت در ایران، می‌توان گفت در اجرای این طرح رویکرد «بالا به پایین» به کاررفته و هماهنگی بین واحدهای درگیر اجرای برنامه پس از تصویب و ابلاغ دستورالعمل‌های مربوطه، توسط ستادهای اجرایی محیطی انجام‌گرفته است. استفاده از این رویکرد، اگرچه به سبب ماهیت اجباری آن تا حدودی منجر به تسهیل و تسریع اجرای سیاست شد، اما به دلیل مشارکت پایین سطوح اجرایی با مقاومت‌هایی از سوی صاحبان فرایندهای اصلی مواجه گردید. لازم به ذکر است در مراحل اجرایی طرح، راه‌های مختلف ارتباطی برای انتقال نظرات و پیشنهادهای مجریان و امکان تعامل و تبادل نظر در نظر گرفته شد و از این طریق مقاومت افراد تاحدودی مدیریت گردید. "روش آپ-داون، روش چندان مشارکتی نیست؛ اما چاره‌ای نبود، زمان کم و کار زیاد. به همین سبب به محض آنکه دستورالعمل‌های درمان تأیید شد، جهت اجرا به دانشگاه‌ها اعلام شد و سریع وارد عمل شدیم". "خیر! اینطور نبود که چکشی عمل شود. چندین جلسه روسای دانشگاه‌ها دعوت شدند و بحث کردند. لازم به ذکر است که زمینه این اقدام پیشتر فراهم شده بود؛ یعنی به محض استارت برنامه حتی بیمارستان‌ها، البته نه همه، اما بیمارستان‌های اصلی مطلع بودند." (م. ۱۹).

فعالیت مداوم آنها نقش مهمی در تدوین سیاست تحول با پشتوانه تعهد سیاسی داشت. "این کارگروه‌ها و کمیته‌های کارشناسی که برای تدوین برنامه تشکیل شده و بسیار فوری و موشکافانه شروع به تدوین برنامه کردند، برنامه خوبی بود؛ حال اینکه آیا اینها (کارگروه‌ها) اعضای مربوطه را دعوت کرده‌اند یا خیر، بحث دیگری است." (م. ۱۲). نگاهی عمیق‌تر به ترکیب و فعالیت این کارگروه‌ها یکی از آسیب‌های بدنه سیاست‌گذاری تحول سلامت، که همان حاکم بودن دیدگاه دولتی صرف در فرایند سیاست‌گذاری و مشارکت ندادن بخش غیردولتی است، را آشکار می‌نماید. البته این آسیب مختص طرح تحول سلامت نبوده و آن‌گونه که شواهد نشان می‌دهد، این مورد یکی از مشکلات شایع سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت است (۲۰). نکته دوم اینکه، ساختار سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درون‌سازمانی به گونه‌ای شکل گرفته که جهت‌گیری تدوین سیاست طرح تحول سلامت عمدتاً به سمت تغییرات و اصلاحات حوزه درمان معطوف است. نتیجه این جهت‌گیری در تدوین، ناهماهنگی دو حوزه درمان و بهداشت در عرصه اجرا و ارائه خدمات، و مغفول ماندن برنامه‌ریزی در برخی بخش‌ها را به دنبال داشته است. "بسیار مهم است بدانیم این ستادها متأسفانه طوری برنامه‌ریزی می‌کنند که درمان و بهداشت هماهنگ با هم حرکت کنند." (م. ۷). البته همانگونه که پیشتر اشاره شد، این جهت‌گیری به معنای نادیده گرفتن و یا کم‌اهمیت دانستن تغییرات حوزه‌های دیگر، به‌ویژه حوزه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، نیست؛ شواهد نشان می‌دهد در اولویت قرار دادن تغییرات فوری حوزه درمان و ملموس کردن دستاوردهای این حوزه، تاکتیک گزینشی سیاست‌گذاران را به سمت اصلاحات درمان پیش‌برد، اما هیچ‌گاه تحولات جامع نظام سلامت و راهبرد اصلی سلامت که همان اولویت پیشگیری بر درمان است را از اذهان نزدود. نکته آخر معطوف به ساختار سیاست‌گذاری مربوط به ستاد کشوری تحول بود. این ستاد، به عنوان مرکز اصلی و کانون تدوین سیاست‌های تحول در نظر گرفته شده، قرار بود در تشکیل آن مطلعین و متفکرین نظام سلامت بدون نگرانی و دغدغه پیگیر امور اجرایی و شناسایی شده، صرفاً جهت فعالیت در قالب تدوین سیاست عضو این ستاد شوند؛ اما در عمل، به دلیل محدودیت منابع انسانی این مسئله اتفاق نیفتاد و افرادی که برای عضویت و فعالیت در ستاد پیشگفت انتخاب شده بودند، به ناچار درگیر فعالیت‌های اجرایی شده و کمتر فرصت تمرکز بر فعالیت اصلی خود، یعنی، سیاست‌گذاری را یافتند. "به یاد می‌آورم در ابتدا نیروهای کارشناس را نقاط مختلفی گردآوری کردند تا به تدوین استراتژی بپردازند؛ در بدو امر همین‌طور بود، اما به تدریج این افراد نیز وارد مسائل

در ابعاد مختلف عملکردی و دستیابی به اهداف مطالعات انجام شده در کشور (۲۴-۲۱) در قالب نشان‌گرهای متعدد بود. در زمان تدوین سیاست نیز برای پایش و ارزیابی اجرای سیاست، تمهیداتی در نظر گرفته شد. این تمهیدات در سه سطح بین‌المللی، ملی، و استانی در دو بخش درون و برون‌سازمانی سازمان‌دهی گردید. در سطح بین‌المللی، نظارت به‌صورت ارزیابی گروهی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بود. در سطح ملی، نظارت درون‌سازمانی به‌صورت پایش و ارزیابی توسط ستاد مرکزی طرح تحول سلامت مستقر در وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی بود. این ستاد پایش را از طریق راه‌اندازی سامانه‌های ثبت اطلاعات [سامانه‌های سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایران)، سجاد (سامانه جامع اطلاعات درآمد اختصاصی) و قاصدک]، تشکیل کمیته نظارت، استقرار سامانه کشوری ثبت، رسیدگی، و پاسخگویی به شکایات، بازدیدهای ادواری از دانشگاه‌های قطب و مراکز مجری سیاست، استقرار و راه‌اندازی سامانه تحول نظام سلامت، و تشکیل شوراهای اجرایی طرح تحول سلامت در حوزه‌های مختلف، ارائه خدمات سلامت جهت نظارت بر عملکرد واحدهای زیرمجموعه، و سنجش پیشرفت کار انجام داد. در سطح ملی در کنار این نظارت درون‌سازمانی، پایش و ارزیابی برون‌سازمانی دیگری نیز برای ارزشیابی اجرای سیاست وجود داشت که به‌صورت منظم توسط وزارت کشور، وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، مرکز آمار ایران، و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام می‌گرفت. در سطح استانی، ساختارهای پایش و ارزیابی درون‌سازمانی شامل کمیته ویژه نظارت در دانشگاه‌های علوم پزشکی و کمیته اجرایی واحدهای مجری بودند. در واحدهای محیطی مجری سیاست نیز پایش و ارزیابی توسط کارشناسان تابعه با استفاده از چک‌لیست‌های طراحی شده صورت می‌گرفت و نتایج آن در جلسات داخلی واحد مجری تحلیل می‌شد. سازوکارهای پیش‌بینی شده برای پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت، اگرچه گویای توجه سیاست‌گذار به استقرار مکانیسم‌های موردنیاز برای پایش و ارزیابی طرح تحول بود، اما چند نکته قابل‌تأمل در پیش‌بینی این مکانیسم‌ها وجود دارد. نخست آنکه برای پایش و ارزیابی جامع چنین طرحی، صرفاً ایجاد ساختارهای نظارتی و تهیه چک‌لیست‌های ارزیابی کافی نبوده، ضرورت داشت که هنگام تدوین طرح و پایش از اجرای آن، چارچوب پایش و ارزیابی اجرای طرح مشخص شود. ^۱ آیا می‌شود طرحی به این بزرگی را تنها با چند چک‌لیست و فرم ارزیابی کرد، آن هم بدون پلن و تعیین چرایی آن؟ خیر! باید و باید... اصلاً این در ذات برنامه‌ریزی است که شما باید همیای اجرای آن، مشخص کنید چطور می‌خواهید آن را ارزیابی و مانیتور کنید. ^۲ (م. ۷). به‌عنوان نکته دوم، در

تامل در نحوه اجرای سیاست، تدریجی و چندمرحله‌ای بودن اجرای طرح تحول سلامت را نیز نشان می‌دهد. چند دلیل برای اجرای مرحله‌ای طرح تحول سلامت قابل‌تصور است. این شکل اجرای طرح تحول سلامت می‌تواند ناشی از محدودیت منابع و نامحدود بودن نیازها باشد. در این صورت توجیه‌پذیر است که سیاست‌گذاران بر مبنای یک نقشه راه تدریجی و با توجه به منابع در اختیار، اجرای گام‌به‌گام طرح را در دستور کار خود قرار داده باشند. دلیل دیگر می‌تواند به جهت‌گیری تدوین سیاست و اولویت‌دهی برنامه‌های حوزه درمان مربوط باشد. دلیل سوم، به‌زعم مخالفان برخی صاحب‌نظران، شتاب‌زدگی‌هایی در اجرای طرح در سطح کلان، بدون انجام مطالعه مقدماتی است. ضرورت انجام مطالعه مقدماتی و استفاده از نتایج ارزیابی برای تعمیم به کل کشور بر کسی پوشیده نیست و متأسفانه به نظر می‌آید در اجرای این سیاست کلان، این مهم تا حدودی نادیده گرفته شده باشد. البته این غفلت می‌تواند ناشی از شرایط خاص کشور و فرصت مناسب ایجاد شده برای اصلاح نظام سلامت باشد. صرف‌نظر از دلایل گزینش روش مرحله‌ای اجرای طرح، آنچه در عمل بیشتر به چشم آمد، ناهماهنگی‌هایی در اجرای برنامه تحول در حوزه‌های مختلف ارائه خدمات سلامت بود که عملاً این تصور را ایجاد کرد که طرح تحول سلامت صرفاً تحولات حوزه خدمات درمانی را نشان گرفته و همه منابع را صرف اقدامات این حوزه کرده است. از دیگر نکات حائز اهمیت در نحوه اجرای سیاست، کمبود منابع انسانی متخصص در اجرا و هماهنگی‌های اجرای سیاست بود. این مشکل سبب افزایش بار کاری منابع انسانی درگیر در اجرای طرح تحول سلامت شد که علاوه بر ایجاد نارضایتی، تعدد حوزه‌های مسوولیت افراد درگیر و کاهش کیفیت اجرای سیاست را نیز به‌دنبال داشت. ^۳ اجازه بدهید توضیح بدهم چه اتفاقی افتاد؛ با همان وضعیتی که ما مشغول فعالیت بودیم، برنامه‌های تحول هم ابلاغ شد و این یعنی مازاد بر فعالیت‌های جاری! می‌دانید یعنی چه؟ یعنی اضافه بار و چاره‌ای نبود، نمی‌شد ساعات روز را اضافه کرد؛ الان مدت‌هاست وظایف روتین افراد کنار گذاشته شده که این برای سیستم سلامت مطلوب نیست. ^۴ (م. ۱۵). نکته آخر مربوط به ضمانت اجرایی سیاست است. نیاز به اصلاح نظام سلامت اگرچه به‌واسطه مصوبات دولت ضمانت آغاز به‌کار را به‌دست آورد، اما آنچه در این مورد کمتر مورد توجه قرار گرفت، استقرار مکانیسم‌ها و راهکارهایی برای کسب پشتوانه اجرایی سیاست بود.

۲-۵. ارزشیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: اگرچه در بدو امر سازوکار خاصی برای ارزیابی وضعیت پایش از اجرای طرح دیده نشده بود، اما آنچه از مستندات عملکردی برمی‌آید گویای وضعیت نظام سلامت کشور

قانون‌گذار، و سازمان برنامه و بودجه کشور و هیأت دولت در نقش واضح آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، از ذینفعان اصلی سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در کشور به‌شمار می‌رفتند که با تصویب قوانین و برنامه‌ها و اختصاص بودجه‌های لازم، ضمن حمایت از برنامه، ضمانت‌های قانونی لازم برای اجرای سیاست را فراهم می‌نمودند. وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی و به‌ویژه سازمان‌های مهم بیمه پایه سلامت (بیمه سلامت ایرانیان و تامین اجتماعی) از دیگر بازیگران اصلی طرح تحول سلامت بودند که نقش مهمی در تدوین و اجرای سیاست‌های مرتبط با بیمه سلامت داشتند. با وجود نقش مهم این سازمان‌ها و اهمیت جلب همکاری و همراهی آنان، به نظر می‌رسد مشارکت این بازیگران آن‌گونه که باید تأمین نشد. مشابه همین وضعیت، مشارکت در سازمان نظام پزشکی و پرستاری کشور بود که از ذینفعان برون‌سازمانی طرح تحول بودند. قوه قضائیه به سبب ایفای نقش در برخورد قانونی با متخلفین، و سازمان صداوسیما با تولید محتوای آموزشی و اطلاع‌رسانی از دیگر ذینفعان برون‌سازمانی نسبتاً فعال طرح بودند. همچنین در مدارک و مستندات، نشانی از مشارکت محدود سمن‌ها، برخی از انجمن‌های صنفی و مردم‌نهاد، خبرگان، محققان، و اساتید دانشگاه در مشاوره، تولید شواهد، و مشارکت در سیاست‌گذاری دیده‌شد. سازمان بهداشت جهانی نیز یکی دیگر از ذینفعان برون‌سازمانی در سطح بین‌المللی بود که در راستای اطمینان از همسویی برنامه‌های کشور با برنامه‌های جهانی، در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت تا حدودی مشارکت داشت. در گروه ذینفعان برون‌سازمانی، سازمان‌ها، صنایع دارویی و ملزومات پزشکی، و مردم (و نه نمایندگان آنها) از مهم‌ترین ذینفعان طرح بودند که به نظر می‌رسد با وجود بهره‌مندی از پتانسیل مشارکت در تولید شواهد، سیاست‌گذاری، و مشاوره، در اجرا مشارکت فعالی نداشتند. ۲-۳. ویژگی‌های ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: بر اساس شواهد و مستندات موجود، از نظر میزان علاقه به درگیر شدن در موضوع، ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در سطوح متفاوتی قرار داشتند؛ به‌نحوی که با توجه به ضرورت حل مشکلات سلامت کشور، نیاز به خروج از بحران، و ایجاد تحول در جهت بهبود و اصلاح نظام سلامت کشور، سطح زیاد علاقه به مشارکت در وزارت بهداشت و زیرمجموعه‌های آن مشاهده‌شد. همچنین دو نهاد سازمان برنامه و بودجه و هیأت دولت، با توجه به اهمیت سلامت به‌عنوان یک سیاست اجتماعی و قرار داشتن موضوع ارتقا سلامت در فهرست اهداف دولت، علاقه زیادی به موضوع نشان دادند. از دیگر ذینفعان علاقه‌مند، مجلس شورای اسلامی بود که به نظر می‌رسد درک اهمیت و ضرورت پاسخ‌دهی به خواسته‌ها و انتظارات جامعه در خصوص ارائه عادلانه و باکیفیت خدمات دلیل این علاقه باشد. ارائه‌دهندگان

این برنامه تامین منابع انسانی کافی، مجرب، و متخصص برای پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان پیش‌بینی نشده‌است. همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، کمبود منابع انسانی مراحل قبلی سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت را تحت‌الشعاع قرار داد؛ در این مرحله نیز نبود نیروی انسانی کافی که صرفاً به ارزیابی اجرای سیاست پرداخته، با تحلیل وضعیت موجود و تعیین فاصله آن با وضعیت مطلوب، اقدامات اصلاحی لازم را برنامه‌ریزی نماید، مشهود بود که این موضوع ارزیابی مطلوب سیاست را متاثر ساخت. سومین و آخرین نکته در مورد ارزشیابی سیاست به این موضوع اختصاص دارد که عمده مکانیسم‌های پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که تنها به تحلیل وضعیت عملکردی نظام سلامت پس از اجرای طرح پرداخته، کمتر به تحلیل هزینه-اثربخشی، هزینه-کارایی، و هزینه-فرصت معطوف شده‌اند. جای خالی این‌گونه ارزیابی‌های مقایسه‌ای از سوی بسیاری از صاحب‌نظران سلامت تأیید شده‌است. "شما این گزارش‌های ارزیابی و تحلیلی را ملاحظه کنید؛ مملو از شاخص‌هایی است که روی آنها کار شده؛ همه این‌ها خوب است، اما در سطح کلان به بیشتر از این‌ها نیاز داریم. باید بررسی کنیم که آیا این مسیری که رفته‌ایم از نظر مالی مقرون‌به‌صرفه است؟ آیا بهتر نبود جای دیگری سرمایه‌گذاری می‌کردیم؟" (م، ۲۴).

۳. بازیگران سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت

در حوزه درمان کشور

۱-۳. شناسایی ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور و نقش آنها: مهم‌ترین بازیگر عرصه سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی کشور بود که نقش اصلی را در تولید سلامت، تامین منابع مالی، ارائه خدمات، و تولید منابع برعهده داشت. دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت، حوزه معاونین و مشاورین وزارت، دفاتر مدیریتی زیرمجموعه معاونت‌های برنامه‌ریزی، هماهنگی، و امور حقوقی، درمان، بهداشت، پرستاری، و توسعه و مدیریت منابع، اداره کل تجهیزات پزشکی، سازمان غذا و دارو، و مرکز اورژانس کشور در حوزه وزارت از اصلی‌ترین بازیگران درون‌سازمانی درگیر در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت بودند و فعالانه در برنامه‌ریزی‌ها و هماهنگی‌های مربوطه مشارکت داشتند. از دیگر بازیگران درون‌سازمانی، دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند که با ارائه راهکارها و نظریات سازنده در سطح عملیاتی در تقویت سیاست‌گذاری طرح تحول نقش داشتند. ارائه‌دهندگان مختلف خدمات سلامت، گروه دیگری از ذینفعان بودند که علیرغم برخورداری از پتانسیل مناسب برای فعالیت در عرصه ایجاد تحولات پایدار در نظام سلامت، عملاً حضور و مشارکت کافی در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت نداشتند. در گروه بازیگران و ذینفعان برون‌سازمانی، مجلس شورای اسلامی در نقش نهاد

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز متوسط گزارش گردید و موضع قوه قضائیه خنثی ارزیابی شد.

۴. محتوای سیاست طرح تحول سلامت در

حوزه درمان کشور

۴-۱. اهداف برنامه‌های طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور: متون مرتبط با نظام سلامت و اصلاحات آن (۲۵، ۲۶)، سه هدف بلندمدت و پنج هدف کوتاه‌مدت را برای یک برنامه اصلاحی در حوزه سلامت متصور شده‌اند که ارتقا سطح سلامتی، افزایش پاسخگویی، و بهبود مشارکت مالی عادلانه سه هدف بلندمدت، و افزایش دسترسی، پوشش، کیفیت، ایمنی و کارایی پنج هدف کوتاه‌مدت را تشکیل می‌دهند. بر اساس این طبقه‌بندی و با توجه به اهداف برنامه‌های مختلف طرح تحول سلامت کشور می‌توان گفت که در حوزه‌های خدمات درمانی هدف اصلی بیشتر مداخلات، پشتیبانی مالی بود. از منظری دیگر می‌توان طرح تحول سلامت کشور را مشتمل بر برنامه‌هایی دانست که بیشتر مشارکت مالی عادلانه و بهبود سلامتی در کشور را به عنوان هدف بلندمدت خود تعیین کرده، و ارتقا کیفیت خدمات و بهبود دسترسی و پوشش را در قالب اهداف کوتاه‌مدت خود در نظر گرفته‌اند. به نظر می‌رسد افزایش کارایی، هدفی کمتر دیده‌شده در فهرست برنامه‌های تحول سلامت باشد؛ بنابراین، از آنجایی که تجربه نشان داده، اختصاص منابع بیشتر به سلامت همیشه نمی‌تواند به معنای دستیابی بیشتر به اهداف سلامت باشد (۲۷). تدوین برنامه‌هایی با هدف ارتقای کارایی نظام سلامت در طرح تحول سلامت امری ضروری است. در جدول ۳ اهداف طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور نمایش داده شده است.

جدول ۳: اهداف طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

هدف اصلاح نظام سلامت		کوتاه‌مدت		بلندمدت				
رئوس برنامه‌های تحول سلامت		دسترسی	پوشش	کیفیت	کارایی	سلامتی	پاسخگویی	مشارکت عادلانه
بیمه نمودن افراد فاقد بیمه پایه سلامت		*	*					
کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی		*	*					
حفاظت و حمایت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص، و نیازمند		*	*					
حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم		*	*					
حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی		*	*					
ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی		*	*					
ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دانشگاهی		*	*					
ترویج زایمان طبیعی و درمان ناباروری		*	*					
قیمت‌گذاری خدمات سلامت		*	*					
پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان سلامت		*	*					

قاصدک جهت ثبت تمامی اطلاعات مربوط به کارکرد و دریافتی منابع انسانی شاغل در بیمارستان. در بخش منابع انسانی سلامت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و افزایش تعداد پزشکان شاغل در این مناطق؛ الزام حضور پزشکان مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی و افزایش منابع انسانی متخصص در بخش دولتی؛ تمام‌وقت جغرافیایی کردن فعالیت پزشکان؛ اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان، اعضای هیئت‌علمی، و کارکنان غیرپزشک؛ ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی؛ و افزایش تعداد منابع انسانی پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی از جمله تغییرات مهم بود. و در انتها در بخش ارائه خدمات سلامت، بازسازی و به‌سازی فضاهای درمانی و تخت‌های بیمارستانی، و ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستان‌های دانشگاهی؛ احداث، توسعه، و تجهیز کلینیک‌های ویژه؛ ترویج زایمان طبیعی؛ توسعه، به‌سازی، و تجهیز بلوک‌های زایمان؛ گسترش پوشش خدمات اورژانس هوایی؛ توسعه و به‌سازی اورژانس‌های بیمارستانی وزارت بهداشت؛ ساماندهی بخش‌های مراقبت‌های ویژه، سوختگی، مسمومیت، و روان‌پزشکی؛ برنامه ملی آمایش سرزمینی سرطان؛ و تامین تجهیزات پزشکی متوسط و سنگین بیمارستان‌های وزارت بهداشت از مداخلات اصلی بودند.

بحث

نخستین یافته مطالعه حاضر تأثیرگذاری شرایط زمینه‌ای بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان است. دیگر مطالعات نیز نقش مهم شرایط زمینه‌ای در سیاست‌گذاری برنامه‌های اصلاحاتی مختلف به منظور تقویت نظام سلامت و تحقق دستیابی به پوشش همگانی سلامت را تایید کرده، عوامل متفاوتی را در بعد زمینه‌ای معرفی کرده‌اند که می‌تواند سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت را متأثر سازد (۲۸). در مطالعه حاضر دو دسته عوامل کلان و خرد به عنوان عوامل تأثیرگذار زمینه‌ای در حوزه سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان شناسایی شدند. در گروه عوامل کلان، محیط قانونی یکی از عوامل شناسایی شده‌است که تأثیر آن بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت دو جنبه دارد. جنبه اول بر بستر قانونی لازم برای اصلاح طرح تحول سلامت در حوزه سلامت اشاره دارد. با توجه به محتوای قوانین بالادستی کشور (به ویژه برنامه سیاست‌های کلی سلامت و برنامه پنجم توسعه کشور) که نشان می‌دهد بخش سلامت به صورت پررنگ در مواد و لوائح قانونی منعکس شده (۲۹)، به نظر می‌رسد زمینه قانونی مناسبی برای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت فراهم بوده‌است. اهمیت فراهم بودن بستر قانونی برای تدوین و اجرای موفق و پایدار سیاست‌های سلامت، موضوعی است که دیگر مطالعات نیز درباره

۲-۴. محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور؛ براساس مستندات موجود و با استفاده از الگوی سازمان جهانی بهداشت درباره شش بخش سازنده نظام سلامت (۲۵)، طرح تحول برای دستیابی به اهداف پیشگفت، تغییراتی را در هر بخش ایجاد کرد. در بخش حاکمیت و رهبری، اهم تغییرات به شرح زیر بودند: توجه ویژه به موضوع سلامت در برنامه‌های دولت جدید؛ افزایش مشارکت و تعامل با ذینفعان ارائه خدمات سلامت کشور (به‌ویژه وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، وزارت امور اقتصادی و دارایی، وزارت نفت، و سازمان نظام پزشکی)؛ تقویت و فعال‌سازی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور؛ تهیه و ارائه گزارش‌های ادواری میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های تحول سلامت در سطوح مختلف بین‌المللی، ملی، و استانی؛ برگزاری نشست‌ها و همایش‌های مختلف در خصوص نقد عملکرد حوزه سلامت؛ استقرار سامانه‌های ۱۵۹۰ و ۱۶۹۰ جهت دریافت، ثبت، و رسیدگی به شکایات مردمی؛ راه‌اندازی سامانه تحول سلامت کشور؛ طراحی ساختارهای پایش و ارزیابی در سطوح ملی، استانی، و سازمانی در بخش درون‌سازمانی؛ و برون‌سپاری مسئولیت پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت. در بخش تامین منابع مالی، افزایش ۱٪ نرخ مالیات بر ارزش‌افزوده و اختصاص آن به بخش سلامت؛ اختصاص ۱۰٪ از درآمدهای دولت از محل اجرای مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها، و پرداخت کامل اعتبارات سالانه بخش سلامت؛ بیمه نمودن افراد فاقد بیمه پایه سلامت از طریق سازمان بیمه سلامت؛ کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی؛ رعایت زنجیره تامین دارو و لوازم مصرفی پزشکی در بیمارستان‌های دانشگاهی؛ قیمت‌گذاری متمرکز لوازم مصرفی پزشکی؛ کنترل قیمت دارو در کشور؛ تهیه، ابلاغ، و اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت؛ و اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان، اعضای هیئت‌علمی، و کارکنان غیرپزشک از اصلی‌ترین مداخلات شناسایی شدند. در بخش دسترسی به دارو، مداخلات اصلی شامل رفع کمبودهای دارویی کشور؛ تجویز و مصرف منطقی دارو و لوازم مصرفی پزشکی؛ تامین داروها، مکمل‌های دارویی، و لوازم مصرفی پزشکی در زنجیره ارائه خدمات سلامت؛ و تحت پوشش بیمه قراردادادن برخی اقلام دارویی، به‌ویژه داروهای موردنیاز بیماران خاص و صعب‌العلاج بودند. در بخش سیستم‌های اطلاعاتی سلامت، تغییرات شامل موارد زیر بود: راه‌اندازی سامانه سپاس به‌منظور یکپارچه‌سازی اطلاعات سلامت شهروندان در سطح کشور؛ راه‌اندازی سامانه سجاد در بیمارستان‌ها جهت ساماندهی اطلاعات مالی؛ تهیه تقویم پیمایش‌های ملی و اعمال سیاست داده‌ای برای پیمایش‌ها؛ و راه‌اندازی سامانه

راهبرد سلامت برای همه، سلامت در همه سیاست‌ها، و پوشش همگانی سلامت نمونه‌هایی از این تعهدات بین‌المللی هستند. نقش کلیدی این گروه از عوامل در سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت در پژوهش‌های دیگر نیز آمده‌است (۳۶، ۳۷). در گروه عوامل خرد زمینه‌ای موثر بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت، یافته‌های مطالعه حاضر نشان از تأثیرگذاری مجموعه‌ای از عوامل را داشت که در شکل‌گیری قوت‌ها و ضعف‌های نظام سلامت، نقش پیشبرنده و یا بازدارنده داشتند. توجه به تأثیر این پیشبرنده‌ها و بازدارنده‌ها در سیاست‌گذاری سلامت، متداول‌ترین توصیه‌ای است که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت برای تدوین موفق یک سیاست و یا برنامه کلان اصلاحی به آن اشاره می‌کنند. به گفته این صاحب‌نظران، سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن و انجام یک تحلیل وضعیت جامع به سرانجام مطلوب برسد (۳۸).

یافته دوم مطالعه حاضر، جنبه‌های مختلف فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان را متمایز می‌کند. براساس این یافته، وقوع سه جریان مشخص و در عین حال تأثیرگذار بر یکدیگر، موجب در دستور کار قرار گرفتن طرح تحول سلامت در حوزه درمان شد. جریان مشکلات حوزه سلامت و جریان سیاست اصلاح نظام سلامت از مدت‌ها پیش شکل گرفته‌بوده و اثرات متقابلی داشتند. این دو جریان با گذر زمان تقویت شده، و اتفاقات برجسته‌ای را در حوزه خدمات سلامت کشور رقم زدند. به گونه‌ای که با بروز این اتفاقات، ضرورت تغییر نظام سلامت و ایده اصلاح آن شکل گرفت. اما از آنجا که هنوز حمایت‌های سیاسی جلب نشده بود، این ایده وارد دستور کار نشد. دو جریان پیشگفت به مرور جریان سیاسی را قوت بخشیده و سرانجام با روی کار آمدن دولت جدید، موجب تقویت جریان سیاست شدند. به نظر می‌رسد در باز شدن پنجره فرصت دستورگذاری طرح تحول سلامت، نقش جریان سیاسی و دخالت آن، بیش از دو جریان دیگر باشد و نقش بازیگران سیاست، به ویژه شخص وزیر بهداشت و تیم همراه وی، در جلب نظر سیاست‌گذاران کشوری و اولویت دهی ایده اصلاح نظام سلامت نباید از نظر دور بماند. مروری بر تجربه دیگر کشورهای دارای سابقه اجرای طرح‌های تحول سلامت نیز دال بر پررنگ بودن نقش جریان سیاسی و هم‌زمانی شروع تحولات مهم اصلاحاتی نظام سلامت با روی کار آمدن وزیر جدید بهداشت است (۳۹-۴۱). البته همه آنچه این بازیگران برای طرح تحول سلامت در نظر داشتند، در دستور کار سیاست‌گذاری قرار نگرفت؛ از جمله اینها می‌توان به سیاست‌های اصلاحاتی حوزه بهداشت اشاره کرد که به نظر می‌رسد اولویت‌بندی دستور کارهای پیشنهادی

آن توافق‌نظر دارند (۲۹، ۳۰) و همان‌گونه که در متون مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری توسعه‌ای کشورها آمده، در توالی و ترتیب منطقی سیاست‌ها و اهداف یک کشور برای توسعه پایدار، سیاست‌گذاری سلامت، به‌ویژه سیاست‌گذاری در اصلاح نظام سلامت، نمی‌تواند خارج از چارچوب‌های قانونی تدوین شده باشد (۳۱). جنبه دوم تأثیرگذاری محیط قانونی بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت مربوط به عدم انجام تکالیف قانونی اصلاح نظام سلامت است که گزارش‌های تحلیل وضعیت نظام سلامت، حکایت از آن دارد (۳، ۵، ۲۴-۲۱). عوامل سیاسی از دیگر عوامل زمینه‌ای است که گویای تأثیرگذاری فضای سیاسی حاکم بر کشور و نیز خواست و استقبال رهبران و مدیران سیاسی کشور پیرامون سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت می‌باشد. این موضوع که محیط سیاسی به شدت بر سیاست‌گذاری‌های برنامه‌های اصلاحاتی سلامت کشور تأثیرگذار است، در تجربه‌های اصلاحات سلامت کشورهای مختلف گزارش شده‌است (۳۲، ۳۳). به نظر می‌رسد این گروه از عوامل یکی از اصلی‌ترین عواملی باشند که بتوانند به تنهایی بر تدوین و اجرای سیاست‌های سلامت تأثیر گذاشته، پایداری و استمرار آنها را تحت‌الشعاع قرار دهند. عوامل اقتصادی و اجتماعی سومین دسته از عوامل شناسایی شده‌است. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، از آنجا که تحول سلامت تنها یک موضوع مرتبط با نظام سلامت نیست و متغیرهای مختلف اجتماعی-اقتصادی جامعه نیز بر آن تأثیر دارند، سیاست‌گذاری در تحول سلامت همچنان متأثر از شرایط اجتماعی-اقتصادی کشور است؛ به نحوی که با بروز ناهماهنگی در شرایط اقتصادی-اجتماعی کشور، ارائه خدمات سلامت، به ویژه در حوزه دارو و درمان، به‌شدت دچار اختلال شده و به نوعی ناکامی در عملکرد می‌رسد، که ماحصل این وقایع اقدام برای ایجاد اصلاحات را ضروری می‌سازد. اما در عین حال، با بهتر شدن اوضاع و شرایط اقتصادی-اجتماعی، تدوین و اجرای طرحی برای تغییر نظام سلامت در دستور کار قرار می‌گیرد. تأثیرگذاری شرایط اقتصادی-اجتماعی بر سیاست‌گذاری تحولات سلامت در بسیاری از گزارش‌های منتشره مستند شده‌است. این گزارش‌ها نشان می‌دهد تغییرات اقتصادی و به دنبال آن اجتماعی کشورها، به طور معنی‌داری با آغاز و یا پایان تدوین و اجرای سیاست‌های مهم اصلاحی نظام سلامت همراه است (۳۴، ۳۵). دسته آخر عوامل کلان تأثیرگذار بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت، عوامل بین‌المللی است. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، تعهدات بین‌المللی، که توسط نهادهای حاکمیتی بین‌المللی تدوین شده و پایبندی به آنها از جمله تعهدات کشورها به‌شمار می‌آید، اثرات چشمگیری بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت دارد.

مراحل اولیه برنامه‌ریزی است. لذا با توجه به تاثیر عامل نظارت و مکانیزم‌های کنترل وضعیت بر موفقیت برنامه‌های اصلاح سلامت (۴۵)، لازم است زیرساخت‌های این عملکرد مهم مدیریتی در سیاست‌گذاری‌های آتی لحاظ شود.

سومین یافته مطالعه، که مربوط به محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور است، نشان داد که تلاش زیادی صرف تهیه و تدوین فهرستی از اهداف و برنامه‌های موردنیاز و اولویت‌دار اصلاح نظام سلامت شده، اما محتوای طراحی شده، اولاً به صورت کامل و روشن هدف از اجرای طرح و مقصد بعدی طرح را تبیین نکرده و ثانیاً به گونه‌ای اطلاع‌رسانی نشده که بتواند حمایت کافی عمومی را همراه داشته‌باشد، و همین امر سیاست‌گذاری مطلوب طرح تحول سلامت را تا حدودی تحت‌الشعاع قرار داده‌است. در تجربه موفق اصلاحات کشور ترکیه چنین نتیجه‌گیری شد که در اجرای برنامه اصلاحی پیشنهادی دولت برای نظام سلامت، اهداف و مقاصد برنامه‌های اصلاحی سلامت در بازه‌های زمانی مختلف به گونه‌ای تدوین شده‌اند که بتوانند نقشه‌راه برنامه‌ها باشند، که همین امر از عوامل موثر در پیاده‌سازی موفق اصلاحات سلامت است. نتایج برخی مطالعات بر اهمیت اطلاع‌رسانی، به ویژه استفاده از رسانه‌ها در معرفی و کسب حمایت عمومی، به عنوان پیشبرنده موفقیت اجرای برنامه‌های اصلاحی سلامت تاکید کرده، پیامدهای نادیده گرفتن این پیشبرنده (۴۶، ۴۷) را گوشزد نموده‌اند. از دیگر نکات حایز اهمیت در محتوای سیاست طرح تحول سلامت، جهت‌گیری اهداف این طرح است که به نظر می‌رسد هدف افزایش کارایی، کمتر در اهداف برنامه‌های تحول سلامت دیده شده‌باشد. با توجه به لزوم ایجاد سلامت بیشتر با ارزش‌دهی بیشتر به منابع مالی سلامت (۴۸)، به نظر می‌رسد توجه بیشتر به تدوین برنامه‌هایی با هدف ارتقای کارایی نظام سلامت در طرح تحول سلامت لازم باشد.

چهارمین یافته‌ی مطالعه حاضر، نقش ذینفعان و نیز تاثیر این عامل بر فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور است که نشان می‌دهد اگرچه در سیاست‌گذاری این طرح شناسایی و مشارکت ذینفعان تا حدودی تأمین شده، اما همچنان نیاز به صرف زمان بیشتر برای شناسایی دقیق‌تر و جامع‌تر ذینفعان، تعیین و تحلیل موقعیت آنها از ابعاد قدرت و موضع، و نیز استفاده از راهکارهای تقویت و جلب مشارکت و نیز همراهی بیشتر ذینفعان همچنان احساس می‌شود. این در حالی است که در بیشتر گزارش‌های تحلیل سیاست‌گذاری برنامه‌های اصلاحاتی سلامت کشورهای مختلف، توجه زیادی به موضوع همکاری و مشارکت ذینفعان در توفیق تداوم و استمرار برنامه‌های اصلاحاتی شده، راهکارها و ساختارهای

براساس معیارهای ضرورت حل مشکل، ملاحظات تأمین منابع مالی، و نیز فراهم‌بودن مقدمات تدوین برنامه دلایل به‌تعمیق‌افتادن و یا حذف برخی ایده‌های اصلاحاتی در مراحل اولیه دستورگذاری باشد.

در خصوص تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور، یافته‌ها نشان داد که تشکیل کارگروه‌های مرتبط با سیاست‌گذاری طرح تحول و فعالیت مداوم آنها نقش مهمی در تدوین سیاست تحول با بهره‌گیری از پشتوانه تعهد سیاسی داشت. اهمیت استفاده از چنین رویکردهای گروهی و بهره‌گیری از یک اتاق یا مرکز فکر که بتواند خطوط کلی حرکت نظام سلامت در مسیر تغییر و تحولات را تعیین کند، از آموزه‌هایی است که در متون پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت نسبت به آنها سفارش شده‌است (۳۸، ۳۹). اما نگاهی عمیق‌تر به ترکیب و نحوه فعالیت این کارگروه‌ها در تدوین سیاست طرح تحول سلامت، یکی از آسیب‌های بدنه سیاست‌گذاری تحول سلامت، که همان حاکم‌بودن دیدگاه دولتی صرف در فرایند سیاست‌گذاری و مشارکت ندادن بخش غیردولتی است، را آشکار می‌نماید. این در حالی است که مطالعات بسیاری بر همکاری و مشارکت بین‌بخشی و تاثیر آن بر تضمین موفقیت برنامه‌های اصلاحی سلامت تاکید کرده‌اند (۳۹، ۴۱، ۴۲). به نظر می‌رسد همین توجه ناکافی به مشارکت‌دادن بازیگران مختلف درگیر در تحول سلامت، اجرای این سیاست را تا حدودی با دشواری مواجه کرده و مقاومت‌هایی را از سوی صاحبان مختلف فرایند در مراحل اجرایی طرح ایجاد کرده‌باشد. مقاومت‌هایی که برای رفع آنها لازم است زمان و انرژی صرف شود که همین امر سهولت اجرای طرح را متاثر می‌سازد. بروز چنین مقاومت‌هایی که ریشه در اطلاع و مشارکت ناکافی صاحبان فرایند در مرحله تدوین سیاست دارد، امری اجتناب‌ناپذیر است (۴۳). جنبه دیگر فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور، نظارت و ارزشیابی این طرح است که با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد اگرچه سیاست‌گذار در مرحله سیاست‌گذاری به پایش طرح و چگونگی انجام آن توجه داشته، ولی کمتر موضوع مهم ارزیابی و شناسایی نشان‌گرهای مناسب را برای آگاهی از نحوه عملکرد این طرح و شناخت شکاف‌های احتمالی در نظر داشته‌است. عدم توجه به لزوم ارزیابی برنامه‌های کلان اصلاحات سلامت، یکی از چالش‌های رایج کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین در حوزه سیاست‌گذاری سلامت است (۴۴). ناکافی بودن ظرفیت‌های ملی برای طراحی چارچوب‌های ارزیابی، کمبودهای داده‌ای و ضعف سیستم‌های اطلاعاتی، و نیز تولید شواهد معتبر برای تصمیم‌گیری از عمده‌ترین دلایل کم‌رنگ شدن ارزیابی و توجه کم به آن در

به‌هنگام منابع مالی بخش سلامت است که نباید از دید مسئولان کشوری دور بماند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری‌ها در نظام سلامت

تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت که به نوعی نقد برنامه‌های اصلاحاتی گذشته است، توانست با ارائه تصویری از مراحل مختلف دستور کارگذاری، تدوین، اجرا، و ارزشیابی سیاست‌های گذشته، راهنمایی‌هایی را برای ارتقای فرایند سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌ها و اقدامات مناسب آتی جهت تسریع حل مشکلات بخش سلامت فراهم آورد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کسب تعهد پایدار سیاسی، قانونی، و مالی، تقویت مشارکت فعال ذینفعان برنامه در تمامی مراحل تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست، استفاده مداوم و درست از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها، اتخاذ تدابیر مناسب برای پیش و ارزیابی برنامه، آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی عمومی درباره برنامه و اجرای آن و بالاخره، اندیشیدن به نحوه نهادینه‌سازی تغییرات ایجاد شده در نتیجه اجرای برنامه اصلاحی، مهم‌ترین مواردی است که بهتر است سیاست‌گذاران کشور (به ویژه در وزارت بهداشت درمان، و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، سازمان نظام پزشکی، سازمان برنامه و بودجه، و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی) در سیاست‌گذاری سلامت مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله با توجه به گزارش پایان‌یافته طرح تحقیقاتی تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور تهیه گردیده و تحت حمایت مالی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره قرارداد شماره ۲۴۱/م/۹۳۲۶۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۲ قرار داشته است.

References

- 1- Moshiri E, Rashidian A, Arab M, Khosravi A. Using an Analytical Framework to Explain the Formation of Primary Health Care in Rural Iran in the 1980s. Arch Iran Med 2016 Jan; 19(1):16-22.
- 2- Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Med J Islam Repub Iran 2013; 27(1):42-49.
- 3- Public relation affairs. Health Sector in 11th Government of Iran. Ministry of Health and Medical Education: Iran, Tehran. 2015: 1-3. (In Persian)
- 4- World Health Organization. Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures. [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.photius.com/rankings/world_health_performance_ranks.html
- 5- Emami Razavi SH. Health system reform plan in Iran: Approaching Universal Health Coverage. Hakim Health Sys Res 2016; 18 (4):329-335. (In Persian)
- 6- Neely A, Gregory M, Platts K. Performance measurement system design: A literature review and research agenda. International Journal of Operations & Production Management 1995; 15(4):80-116.
- 7- Coveney J. Analyzing public health policy: Three approaches. Health Promotion Practice 2010; 11(4):515.
- 8- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon A, Cortez R. Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage from the bottom up. World Bank Publications: Washington DC; 2015: 20-23.
- 9- Rajabi F, Majdzedeh R, Salarianzadeh MH, Rostami N, Ka-

- shipour M, Esmaelzade H et al. The analysis of challenges and trend influencing the health system. Tehran University of Medical sciences: Iran, Tehran. 2011: 3-7. (In Persian)
- 10- Delavari A, Vosooghmoghadam A, Shadpour K, Seifolahi M, The report of situation analysis of stewardship in health. Ministry of Health and Medical Education: Iran, Tehran. 2011: 10-19. (In Persian)
 - 11- Gorji A. Sanctions against Iran: The Impact on Health Services. Iran J Public Health 2014 Mar; 43(3): 381–382.
 - 12- Massoumi RL, Koduri S. Adverse effects of political sanctions on the health care system in Iran. J Glob Health 2015 Dec; 5(2): 020302.
 - 13- The full text of the program, principles and policies of the President Rouhani. [cited 2018 May 18]. Available from: <https://strategicreview.blog.ir/post/%D9%85%D8%AA%D9%86%20%DA%A9%D8%A7%D9%85%D9%84%20%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%D9%88%20%D8%AE%D8%B7%20%D9%85%D8%B4%DB%8C%20%D8%AF%D9%88%D9%84%D8%AA%20%D8%AD%D8%B3%D9%86%20%D8%B1%D9%88%D8%AD%D8%A7%D9%86%DB%8C>
 - 14- The plan of the Hashemi for Ministry of Health and Medical Education. Ministry of Health and Medical Education. Iran, Tehran. 2013: 1-8. (In Persian)
 - 15- Cheraghali AM. Impacts of international sanctions on Iranian pharmaceutical market. Daru 2013; 21: 64.
 - 16- Mohammadi D. US-led economic sanctions strangle Iran's drug supply. Lancet 2013; 381: 279.
 - 17- Baradaran-Seyed Z, Majdzadeh R. Economic sanctions strangle Iranians' health, not just drug supply. Lancet 2013; 381:1626.
 - 18- The legislation of the government cabinet No. 142435: 2013. (In Persian)
 - 19- The legislation of the government cabinet No. 173496: 2013. (In Persian)
 - 20- Nishtar S. Public-private' partnerships' in health—a global call to action. Health Research Policy and Systems. 2004; 2(1):5.
 - 21- Marandi SA, Larijani B, Azizi F, Jamshidi HR. Health in Islamic Republic of Iran (Vole I). 2ed. Tehran: Andishmand Publication; 2014. (In Persian)
 - 22- Marandi SA, Larijani B, Azizi F, Jamshidi HR. Health in Islamic Republic of Iran (Vole II). 2ed. Tehran: Andishmand Publication; 2014. (In Persian)
 - 23- The council of policy making. Achievements, opportunities and threats of Islamic Republic of Iran's health system (Vole I). Tehran: Ministry of health and medical education; 2014: (Persian)
 - 24- The council of policy making. Achievements, opportunities and threats of Islamic Republic of Iran's health system (Vole II). Tehran: Ministry of health and medical education; 2014: (Persian)
 - 25- World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies: World Health Organization; 2010: 6-8.
 - 26- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2003: 21-40.
 - 27- World Health Organization. Health systems financing: The path to universal coverage. Geneva, Switzerland: 2010: 61-79.
 - 28- George A, Scott K, Garimella S, Mondal S, Ved R, Sheikh K. Anchoring contextual analysis in health policy and systems research: A narrative review of contextual factors influencing health committees in low and middle income countries. Social Science & Medicine 2015; 133:159-67.
 - 29- Akhavan Behbahani A. A review of health policies of Iran in the development plans. Scientific Journal of Medical Organization 2013; 31(2):105-112. (In Persian)
 - 30- Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet 2012;380(9845):924-32.
 - 31- Green A. An introduction to health planning for developing health systems: Oxford university press; 2007: 1-23.
 - 32- Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. The Lancet. 2016;387(10020):811-816.
 - 33- Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. Health Policy and Planning 1994: 9(4): 353-370.
 - 34- Do N, Oh J, Lee JS. Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea. J Korean Med Sci. 2014 Jul;29(7):919-925.
 - 35- Bitran R. Universal Health Coverage Reforms: Patterns of Income, Spending and Coverage in Four Developing Countries. Results for development Institute [cited 2018 May 8]. Available from: <https://www.r4d.org/resources/universal-health-coverage-reforms-patterns-income-spending-coverage-four-developing-countries/>
 - 36- Hsieh JY. Policy analysis in Taiwan from an international perspective. Policy Analysis in Taiwan. 2015; 5:219.
 - 37- Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet. 2012;380(9845):924-32.
 - 38- Ofori-Atta A, Read U, Lund C. A situation analysis of mental health services and legislation in Ghana: challenges for transformation. African Journal of Psychiatry. 2010;13(2):99-108.
 - 39- Onoka CA, Hanson K, Hanefeld J. Towards universal coverage: a policy analysis of the development of the National Health Insurance Scheme in Nigeria. Health Policy and Planning 2014; 1–13.
 - 40- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. The World Bank, Washington DC, January 2013: 2-7.
 - 41- Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, R. Reich M. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. The World Bank, Washington. 2014: 23-29.
 - 42- Liang L, Langenbrunner JC. The Long March to Universal Coverage: Lessons from China. The World Bank, Washington DC, January 2013: 1-9.
 - 43- Barnett T, Sellick K, Cross M, Walker L, James A, Henderson S. Preparing student nurses for healthcare reform [online]. Focus on Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal. 14, No. 1, Oct 2012: 23-34.
 - 44- Wagstaff A, Cotlear D, Eozenou PH-V, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an

- application to 24 developing countries. *Oxford Review of Economic Policy*. 2016;32(1):147-89.
- 45- Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet*. 2014;384(9960):2164-71.
- 46- Tantivess S, Walt G. The role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of anti-retroviral therapy in Thailand. *Health Policy Plan*. 2008; 23:328–38.
- 47- Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*: McGraw-Hill Education (UK); 2012: 63-80.
- 48- Smith PC. *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools*. Centre for Health Economics University of York. 2009: 10-12.

The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services

Haniyeh Sadat Sajadi ¹, Masoumeh Hosseini ^{2*}, Arezo Dehghani ³, Rahim Khodayari ⁴, Hamed Zandiyan ⁵, Seyedeh Sana Hosseini ³

¹ Iran National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Social Affairs Deputy, Iran Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

³ Health in Emergencies and Disaster, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ School of Management and Medical Informatics, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran

Abstract

Background: Health Transformation Plan (HTP) is the most important effort done in Iran to achieve Universal Health Coverage. This study aimed to conduct a policy analysis of HTP in therapeutic services in Iran.

Methods: To qualitative analysis of HTP, Walt and Gilson's Policy triangle and Kingdon's multiple streams were employed. Data was collected through key informant interviews with stakeholders as well as a review of relevant documents and was analyzed using framework analysis. MAXQDA software was used.

Results: Legal, political, socioeconomic, international factors, and health system problems were the main factors triggering HTP. Challenges of therapeutic services implementing the second phase of the subsidy program and change of the government opened the political window of opportunity. The main strengths in HTP policy making process were using evidence, aligning with upstream documents, analyzing the situation, attracting the views of senior political leaders, planning simultaneously in different areas of the health service delivery, and prioritizing the urgent problems. Using a "top-down" approach in planning, ignoring some stakeholders, and the lack of coordination between the two areas of health service delivery were identified as weaknesses. The main objective of the HTP interventions was increasing the financial risk protection.

Conclusions: Developing a master plan based on health priorities, the efficient way of resource use and constructive collaboration with relevant stakeholders is needed to make sustainable and purposeful change in next steps of HTP. The implementation of this plan undoubtedly will require sustained financing and on-time resource allocation.

Keywords: Health Reform; Health System; Policy Analysis; Therapeutic Services; Health Policy Making

Please cite this article as follows:

Sajadi HS, Hosseini M, Dehghani A, Khodayari R, Zandiyan H, Hosseini SS. The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services. *Hakim Health Sys Res* 2018; 21(2): 71- 88.

***Corresponding Author:** Ph.D., Social Affairs Deputy, Iran Ministry of Health and Medical Education, Shahrak Ghods, Simaye Iran St., Ministry of Health and Medical Education, Building C, Floor 14, Social Determinant of Health office, Tehran, Iran. Tel: +98-9125265873, Email: hosseini.maso@gmail.com