مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم

زهره خلجی نیا [۱]، مینا گائینی *[۲]

[۱] استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، قم، ایران
[۲] استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، قم، ایران

* **نویسنده مسؤول:** مینا گائینی
mkaeeni@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: طرح تحول نظام سلامت با ۳ رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقاء کیفیت از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ اجرا شد. طرح تحول نظام سلامت، همانند هر طرح دیگر، با چالش‌هایی روبه رو بوده است. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم انجام گرفت.

روش پژوهش: طی نمونه گیری هدفمند، این مطالعه کیفی با مشارکت ۲۳ نفر از ارائه دهندگان خدمت (مدیران و پرسنل درمانی) شاغل در مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم و ۵ نفر از گیرندگان خدمت در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ انجام شد. از مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند برای جمع آوری داده‌ها بهره گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و با نرم افزار MaxQDA 10 انجام شد.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، ۵ درون مایه اصلی شامل "چالش‌های اقتصادی"، "تقاضای القایی"، "منابع انسانی"، "پیامدهای منفی طرح" و "عدم زیر ساخت مناسب" استخراج گردید.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از مطالعه، چالش‌های اصلی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان را تبیین نمود که در صورت عدم برنامه ریزی و توجه ویژه به این چالش‌ها، ادامه اجرای طرح با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. لذا تداوم اجرای طرح نیاز به حمایت همه جانبه از طرف مسئولین و برنامه ریزی و سیاستگذاری مناسب دارد.

واژه‌های کلیدی: طرح تحول سلامت، چالش، مطالعه کیفی

کاربرد مدیریتی: مدنظر قرار گرفتن چالش‌هایی چون چالش‌های اقتصادی و منابع انسانی و پیامدهای منفی موجود در بازنگری مجدد طرح تحول نظام سلامت توسط تصمیم گیرندگان و سیاستگذاران

ارجاع: خلجی نیا زهره، گائینی مینا. تبیین چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۳(۳): ۲۴-۲۱۲.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۳
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۹/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۷

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

مقدمه

ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه، رسالت اصلی نظام سلامت می باشد (۱). در دهه‌های اخیر به‌دنبال عدم توانایی نظام‌های سلامت در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جدید بهداشتی، درمانی و بازتوانی، گرایش بین المللی قوی در رابطه با اصلاح نظام سلامت با استفاده از ساز و کارهای اقتصادی شکل گرفته است. اصلاح نظام سلامت، به‌عنوان یکی از راهبردی‌ترین مباحث مطرح در سراسر دنیا مورد توجه همه دولت‌ها بوده است که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، عدالت و اثربخشی در بخش سلامت می باشد (۲). بنابراین، افزایش دسترسی مردم به خدمات پزشکی، عدالت، کیفیت و پرداخت‌های منصفانه هدف اصلی نوآوری در نظام سلامت است (۳).

نظام سلامت در کشورهای مختلف از جمله چین، ترکیه، استرالیا و ایالات متحده دستخوش اصلاحاتی شده است (۴). در ایران نیز، اجرای طرح تحول نظام سلامت با ۳ رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقاء کیفیت از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ خورشیدی با ۸ بسته (کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج و راه اندازی اورژانس هوایی) آغاز گردید (۵،۶).

طرح تحول نظام سلامت، همانند هر طرح دیگر، با مشکلاتی روبه رو بوده است و به گفته صاحبنظران، برنامه ریزی آن نیز دارای نقاط ضعف و قوت می باشد (۷،۸). در همین راستا، نبی لو و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای درخصوص ارزیابی عملکرد طرح تحول نظام سلامت، انجام دادند که طی آن عملکرد بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، قبل و بعد از استقرار طرح تحول مقایسه گردید که بهبود عملکرد در اثر اجرای طرح تحول نظام سلامت را نشان داد (۹). در حالیکه، باستانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای نشان دادند، بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به استانداردها در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند (۱۰).

از آنجاییکه، پس از اجرای طرح تحول سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی، بیمارستان‌های کشور با افزایش مراجعه بیماران و ضریب اشغال تخت مواجه هستند، عدم تأمین امکانات و نیروی انسانی مورد نیاز متناسب با افزایش بار مراجعات برای ارائه مراقبت‌ها از شایع‌ترین علل کاهش کارایی در بیمارستان‌های ناکارا بوده است (۹). همچنین هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود با هدف مقایسه میزان رضایتمندی مراجعین اورژانس مرکز شهدای تجریش تهران قبل و بعد از استقرار طرح تحول نظام سلامت نشان دادند، پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، رضایت مندی از ارائه آموزش‌های قبل و بعد از ترخیص، وضعیت اتاق‌های بستری، نظافت سرویس‌های بهداشتی، ویزیت به‌موقع پزشکان، صرف دقت و زمان برای معاینه، توصیه‌های مرتبط با بهبودی و بهزیستی بیمار، وضعیت رسیدگی به امور مالی و همچنین میزان رعایت موازین بهداشتی و اصول اخلاقی به‌طور معناداری کاهش یافته بود (۱۱).

برخی از کارشناسان معتقدند که انتقال بیماران از بخش‌های خصوصی به دولتی بدون اینکه تغییری در فضای بیمارستانی و نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات صورت گرفته باشد، فشار زیادی را به دوش تیم سلامت تحمیل کرده است. همچنین، افزایش درخواست‌های القایی و سفارش آزمایش‌ها و سایر پروسیجرهای کلینیکی و پاراکلینیکی بدون توجیه، بخشی از مشکلات اجرایی شدن طرح تحول در نظام سلامت است (۱۱). همچنین بر اساس نتایج مطالعه غریبی و همکاران (۱۳۹۴) که با مشارکت ۲۷ نفر از مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز انجام گرفت، بسترسازی نامناسب و تأمین ضعیف زیر ساخت‌ها از اهم مشکلات عمده طرح تحول در نظام سلامت بود (۱۲).

همانطور که ذکر گردید، اجرای این طرح همانند هر طرح دیگری که در گستره کشور پهناوری همانند ایران، با چنین جمعیت و مساحتی انجام می شود، می تواند نقاط قوت و ضعفی را دارا باشد که ارزیابی، شناسایی و معرفی این موارد به سیاستگذاران و مجریان می تواند آنان را در رفع این نواقص و دستیابی به اهداف طرح کمک نماید.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

بهبود و ارتقای اجرای طرح تحول نظام سلامت، مستلزم بررسی وضعیت موجود و شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف می باشد. لذا با شناخت وضعیت موجود طرح تحول و چالش‌های مرتبط با آن به‌ویژه در حوزه درمان، می توان به اصلاح یا رفع نقاط ضعف کمک نموده و موجب بهبود دستیابی به اهداف این طرح و ارائه خدمات سلامت با کیفیت مناسب شد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین دستاوردها و چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم انجام گرفت.

روش پژوهش

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به‌روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ انجام شده است. تحلیل محتوا یک روش تحقیق معتبر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها است (۱۳). تحلیل محتوای کیفی را می‌توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده دانست (۱۴).

محیط پژوهش مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم بود. جامعه مورد بررسی را مدیران درمانی، پرستاران و ماماها و دریافت کنندگان خدمات درمانی تشکیل دادند. ۲۸ مشارکت کننده به‌صورت نمونه گیری هدفمند، از افرادی که تجربه غنی از موضوع داشتند و تمایل به مشارکت در مطالعه را نشان دادند، انتخاب شدند. همچنین از دیگر معیارهای ورود برای مشارکت کنندگان (ارائه دهندگان خدمات)، وضعیت استخدام رسمی یا پیمانی، داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار در حوزه‌ها و بخش‌های مختلف مراکز درمانی استان قم و داشتن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی بود. در مورد گیرندگان خدمت نیز بیماران بالای ۱۸ سال و با سابقه استفاده از خدمات درمانی بستری به مدت ۵ روز و خانواده آن‌ها وارد این مطالعه شدند. نمونه گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت. با توجه به اصل حداکثر تنوع در نمونه گیری، مدیران و خدمات دهندگان مشارکت کننده در مطالعه، از نظر سن، جنس، سابقه کار و محل کار متفاوت بودند، همچنین دریافت کنندگان خدمات درمانی نیز از نظر علت مراجعه، طول بستری و سابقه بستری در درجات متفاوتی قرار داشتند.

پس از کسب موافقت و رضایت نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت کنندگان و شرح مختصری درباره مطالعه، نمونه‌ها به صورت فردی مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق چهره به چهره و فردی و یادداشت‌های عرصه استفاده شد که به‌طور کلی هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به‌طول انجامید. هر یک از مصاحبه‌ها با سؤال، از نظر شما طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان چه چالش‌هایی داشته است؟، آغاز شد. سؤالات اکتشافی بیشتر با توجه به پاسخ مشارکت کنندگان بیان گردید. از سوالات کاوشی مانند ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ آیا منظورتان از ..... این بود که .....؟ نیز استفاده شد. همچنین بر اساس طبقات استخراج شده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، سؤالات مصاحبه‌های بعدی تنظیم می گردید. اطلاعات کسب شده از مشارکت کنندگان به‌طور همزمان با روش کیفی آنالیز محتوای قراردادی در نرم افزار MaxQDA 10 تحلیل شد. پژوهشگران بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، چندین مرتبه به مصاحبه‌ها گوش سپرده و بعد از پیدا کردن دید کلی نسبت به آن‌ها، تمام مصاحبه کلمه به کلمه مکتوب گردید. سپس متن پیاده شده وارد نرم افزار MaxQDA 10 گردید و فرایند کدگذاری انجام شد. بدین ترتیب کدهای مشابه ادغام و دسته بندی شدند، دسته‌ها بر اساس ایده‌ای که در برگرفته‌اند، نام گذاری گردیدند، دسته‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شد و در صورت مشابهت در کنار هم قرار گرفت و طبقات اصلی ظهور یافت. با کمک طبقات استخراج شده، چالش‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان تبیین گردید.

جهت دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارائه شده توسط لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) یعنی مقبولیت، اعتماد پذیری، انتقال پذیری و تصدیق پذیری مورد توجه و استفاده قرار گرفت (۱۵). در همین راستا با تأکید بر انتخاب بستر مناسب، منابع اطلاعاتی و مشارکت کنندگان واجد شرایط، مشارکت و تعامل نزدیک، دقیق و طولانی مدت، مکرر و مستمر، درگیر نمودن مشارکت کنندگان، اتخاذ رویکرد تیمی با استفاده از نظرات جمعی تیم تحقیق، مراجعه مجدد به شرکت کنندگان و نیز بهره گیری از نظرات تأییدی افرادی خارج از مطالعه ولی مطلع و مشرف بر ابعاد مختلف پدیده تحت مطالعه، سعی گردید از صحت و اعتبار یافته‌های مطالعه اطمینان لازم حاصل شود. اصول

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

اخلاقی که محقق در پژوهش به‌کار گرفته است شامل مواردی چون انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم، توضیح اهداف و روش‌های مورد استفاده در پژوهش برای مشارکت کنندگان، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از مشارکت کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن کلیه مطالب مطرح شده، توضیح هدف استفاده از ضبط صوت، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله و رعایت اصول امانت‌داری در نقل قول‌ها و حقوق مؤلفان بود. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.MUQ.REC.۱۳۹۶.۹ در دانشگاه علوم پزشکی قم مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان در این مطالعه ۲۳ نفر ارائه دهندگان خدمت (۸ نفر مدیران و ۱۵ نفر پرسنل درمانی) و ۵ نفرگیرندگان خدمت (بیمار و خانواده وی) بودند. از ۲۳ مشارکت کننده (ارائه دهنده خدمت)، ۳۴/۷۸ درصد زن و ۶۵/۲۲ درصد مرد بودند. همچنین از ۵ نفر گیرنده خدمت ۶۰/۰۰ درصد زن و ۴۰/۰۰ درصد مرد بودند. متوسط طول مدت بستری در بیماران ۷/۸ روز بود (جدول۱و۲).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی گیرندگان خدمت (بیمار و خانواده)

کد	مشارکت کننده	سن	جنس	علت مراجعه بیمار	طول مدت بستری	سابقه بستری
۱	بیمار	۲۵	مرد	تروما به شکم	۷ روز	دارد
۲	بیمار	۲۲	مرد	تروما به سر	۱۰ روز	ندارد
۳	بیمار	۲۷	زن	مولتی تروما	۷ روز	دارد
۴	بیمار	۶۵	زن	شکستگی ران	۵ روز	دارد
۵	خانواده بیمار	۴۲	زن	تروما به سر	۱۰ روز	ندارد

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی ارائه دهندگان خدمت

کد	سن	جنس	میزان تحصیلات	رشته تحصیلی	سابقه کار	وضعیت استخدامی	حوزه محل کار
۶	۵۱	مرد	فوق تخصص	پزشکی	۱۵	رسمی	ریاست
۷	۴۹	مرد	تخصص	پزشکی	۲۲	رسمی	معاونت درمان
۸	۴۸	مرد	دکتری حرفه‌ای	پزشکی	۱۹	رسمی	معاونت درمان
۹	۵۵	مرد	کارشناسی	پرستاری	۲۹	رسمی	معاونت درمان
۱۰	۴۶	زن	کارشناسی	مامایی	۲۵	رسمی	معاونت درمان
۱۱	۳۸	زن	دکتری	مدیریت خمات بهداشتی درمانی	۱۲	پیمانی	معاونت توسعه
۱۲	۲۷	مرد	دکتری	مدیریت خمات بهداشتی درمانی	۲۰	رسمی	معاونت توسعه
۱۳	۴۸	مرد	تخصص	پزشکی	۱۰	پیمانی	معاونت درمان
۱۴	۵۲	مرد	کارشناسی	پرستاری	۲۹	رسمی	آی سی یو
۱۵	۴۸	مرد	کارشناسی	پرستاری	۲۲	رسمی	دفتر پرستاری
۱۶	۴۰	مرد	کارشناسی ارشد	پرستاری	۱۹	رسمی	جراحی مردان
۱۷	۴۱	مرد	کارشناسی	پرستاری	۱۹	رسمی	دفتر پرستاری
۱۸	۴۹	مرد	کارشناسی	پرستاری	۲۷	رسمی	دفتر پرستاری
۱۹	۲۹	مرد	کارشناسی	پرستاری	۶	پیمانی	آی سی یو
۲۰	۲۷	زن	کارشناسی	پرستاری	۴	پیمانی	آی سی یو
۲۱	۳۵	زن	کارشناسی	پرستاری	۱۰	رسمی	جراحی
۲۲	۳۴	زن	کارشناسی	پرستاری	۱۰	رسمی	جراحی
۲۳	۲۹	مرد	کارشناسی ارشد	پرستاری	۷	پیمانی	جراحی
۲۴	۲۸	مرد	کارشناسی	فوریت‌های پزشکی	۶	پیمانی	اورژانس ۱۱۵
۲۵	۲۸	مرد	کارشناسی	فوریت‌های پزشکی	۵	پیمانی	اورژانس ۱۱۵
۲۶	۲۷	زن	کارشناسی	پرستاری	۵	پیمانی	اطفال
۲۷	۳۰	زن	کارشناسی	پرستاری	۷	پیمانی	جراحی
۲۸	۳۲	زن	کارشناسی	پرستاری	۸	پیمانی	آی سی یو جراحی قلب

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

همچنین در جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل ۲۸ مصاحبه با مشارکت کنندگان در قالب ۵ طبقه اصلی شامل "چالش‌های اقتصادی"، "تقاضای القایی"، "منابع انسانی"، "پیامدهای منفی طرح" و "عدم زیر ساخت مناسب" ارائه شده است.

جدول ۳: طبقات و زیر طبقات بیانگر چالش‌های طرح تحول نظام سلامت

طبقات	زیر طبقات
چالش‌های اقتصادی	منابع مالی تعهدات بیمه
تقاضای القایی	درخواست خدمت
منابع انسانی	بارکاری سیستم درمانی توزیع نیروی انسانی کاهش حضور پزشکان با تجربه در مراکز دولتی
پیامدهای منفی طرح	تبعیض در پرداختی‌ها تهدید بخش خصوصی نارضایتی گیرندگان خدمت
عدم زیر ساخت مناسب	فضای فیزیکی و تجهیزات

۱) چالش‌های اقتصادی

براساس تجارب مشارکت کنندگان، رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است. نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است. این در حالی است که با اجرایی شدن طرح تحول سلامت، با عدم دریافت حق بیمه از افراد و بار مالی ناشی از اصلاح کتاب تعرفه گذاری و تأثیرات ناشی از آن‌ها، مدیران و تصمیم گیرندگان نظام سلامت با افزایش هزینه‌ها روبرو شدند. بر اساس این یافته‌ها، چالش‌های اقتصادی یکی از طبقات اصلی استخراج شده بود که شامل زیر طبقات منابع مالی و تعهدات بیمه است که در ذیل همراه با نقل قول مشارکت کنندگان ارائه می گردد.

۱-۱) منابع مالی

یکی از چالش‌های اقتصادی طرح تحول سلامت "منابع مالی" بود. با توجه به محدود بودن بودجه عمومی امکان تأمین مالی پایدار طرح تحول سلامت با چالش‌هایی مواجه است. یکی از مواردی که از صحبت‌های اکثر مدیران برداشت می‌شد، عدم تأمین منابع مالی بود.

یک مشارکت‌کننده در این مورد گفت: "اختصاص ۱۰ درصد هدفمندی یارانه‌ها و یک درصد ارزش افزوده از جمله منابعی بود که برای اجرای طرح تحول در نظر گرفته شده بود که هیچ یک اختصاص نیافت و طرح در زمینه مالی دچار مشکل شده است. بیمه‌ها بدهی وزارت بهداشت را پرداخت نمی‌کنند و بخشی از منابع تعیین شده از سوی سازمان مدیریت و برنامه تأمین نمی شود" (مشارکت کننده ۱۱).

مشارکت کننده دیگری در این رابطه بیان کرد: "بالا رفتن تعرفه‌های پزشکی در ابتدای اجرای طرح بدون اینکه بودجه ثابتی برای آن در نظر گرفته شود و از طرفی عدم توان بیمه‌ها در پرداخت به‌موقع سبب شد که پرداختی‌ها به تأخیر بیفتد و سبب نارضایتی پزشکان شود. به‌نحوی که بحث زیر میزی و ارجاع به مراکز خصوصی مجدداً رنگ تازه‌ای به خود گرفت" (مشارکت کننده ۷).

۱-۲) تعهدات بیمه

یکی دیگر از جنبه‌های مهم "چالش‌های اقتصادی" تعهدات بیمه است. طرح تحول نظام سلامت با ایجاد بار مالی سنگین بر سازمان‌های بیمه گر با رشد بالای تعرفه‌ها و عدم پیش بینی برنامه‌هایی جهت کنترل ارائه خدمت در مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات سلامت، توانایی سازمان‌های بیمه گر را جهت بازپرداخت به بیمارستان‌ها و عمل به تعهدات خود کاهش داد.

یکی دیگر از مدیران گفتند: "افزایش درصد تعهدات بیمه‌ها در بخش دارو و تجهیزات پزشکی، افزایش تمام خدمات تشخیصی و درمانی و افزایش میزان ارزش نسبی خدمات پزشکان موجب افزایش بدهی بیمه‌ها شده و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

خسارات جبران ناپذیری به اجرای طرح و صنعت دارو و تجهیزات پزشکی زده است و بیمه‌ها با کمبود منابع مالی مواجهه شده اند" (مشارکت کننده ۱۲).

مشارکت کننده دیگری در این زمینه اشاره داشت: "باید نظارت بیشتری در سیستم باشد تا از اقدامات غیر ضروری و بستری‌های طولانی و بی مورد پیشگیری شود چون همین مورد سبب تحمیل بار مالی بیشتری بر بیمه‌ها و در نهایت بر نظام سلامت کشور می شود" (مشارکت کننده ۸).

۲) تقاضای القایی

یکی از طبقات اصلی آشکار شده در این مطالعه " تقاضای القایی" بود. تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت کشور است، زمانی که سود ارائه کننده خدمات در جهت ارائه هرچه بیشتر خدمات درمانی است، خطر تقاضای القایی از سوی ارائه کننده بسیار بالاست. مشارکت کنندگان، پیامد اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای سیستم سلامت را بسیار مهم ارزیابی کردند.

۱-۲) درخواست خدمت

تقاضای القایی بعد از اجرایی شدن طرح تحول سلامت از طرف مردم نیز افزایش یافته است.

یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه بیان کرد: "با اجرای این طرح، خدمات رایگان و بدون سطح بندی باعث افزایش تقاضای ارائه خدمت از سوی مردم شد و مردم با اتکاء به این‌که بیمه‌ها بخش عمده‌ای از هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند به‌راحتی درخواست ام آر آی، سونوگرافی و تعویض مفصل می‌کنند" (مشارکت کننده ۸).

علاوه بر این، سازمان‌های بیمه‌گر نیز موجب تقاضای القایی می‌شوند. مشارکت کننده‌ای اشاره نمود: "دلیل آزمایش‌های پاراکلینیک نامناسب، بیمه‌ها می باشند مثلاً برای جراحی فتق (hernia)، بیمه‌ها درخواست سونوگرافی می‌کنند ولی جراحان معتقدند برای درمان آن نیازی به سونوگرافی نیست. در حالیکه بیمه‌ها قبول نمی‌کنند و تا زمانی که این سونوگرافی به بیمه ارسال نشود از پرداخت هزینه درمان سرباز می‌زنند" (مشارکت کننده ۶).

۳) منابع انسانی

ارزشمندترین دارایی‌های سازمان منابع انسانی آن می باشند. بنابراین برنامه ریزی نیروی انسانی در نظام سلامت، باید جزئی اصلی از برنامه ریزی به‌شمار آید. بر این اساس منابع انسانی که یک طبقه اصلی از مطالعه حاضر می باشد، زیر طبقاتی چون، بار کاری سیستم درمانی، توزیع نیروی انسانی و کاهش حضور پزشکان با تجربه در مراکز دولتی را شامل می شود.

۱-۳) بار کاری سیستم درمانی

با اجرای طرح تحول نظام سلامت و کاهش محسوس هزینه‌های درمان، مراجعه بیماران به بیمارستان‌های کشور بی سابقه بوده، که این امر سبب افزایش میزان اشغال تخت شده و از آنجاییکه هیچ تغییر قابل توجهی در فضای بیمارستانی و نیروی انسانی ارائه دهنده‌ی خدمت صورت نگرفته است، فشار زیادی را به دوش تیم سلامت از جمله پرستاران تحمیل کرده است.

در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: "سرازیر شدن مردم به مراکز دولتی باعث ایجاد ترافیک و حجم کار چند برابر مراکز شده است. که عملاً زیر ساخت این طرح اعم از فیزیک بیمارستان‌ها، چینش نیروها و دیگر امکانات و تجهیزات پزشکی از قبل در طرح دیده نشده است که سبب عدم ارائه خدمات درمانی مناسب و با کیفیت به بیماران شده است" (مشارکت کننده ۱۵).

۲-۳) توزیع نیروی انسانی

از آنجاییکه هدف نظام سلامت در برنامه ریزی نیروی انسانی، توزیع مناسب و عادلانه نیروی انسانی می باشد، لذا هرگونه آشفتگی و ناهماهنگی در این امر می تواند ارائه خدمات در نظام سلامت را دچار آسیب کند. متأسفانه حلقه مفقوده در طرح تحول نظام سلامت در ایران، عدم توجه به منابع انسانی است.

در این زمینه مشارکت کنندگان بیاناتی را مطرح نمودند. از جمله آن‌ها می توان به این موارد اشاره داشت: "کمبود پرسنل پرستاری در بسیاری از مراکز، امکان پشتیبانی برای ارائه خدمات درمانی مناسب و با کیفیت را محدود کرده است" (مشارکت کننده ۱۴).

مشارکت کننده دیگری اشاره نمود: "با وجود اینکه حلقه اصلی برای اجرای این طرح پرستاران بودند ولی توجه کمی به آن‌ها شده به‌طوریکه این امر و افزایش فشار بار کاری سبب کاهش انگیزه پرستاران و کاهش کیفیت خدمات ارائه شده گردیده است" (مشارکت کننده ۲۸).

۳-۳) کاهش حضور پزشکان با تجربه در مراکز دولتی

توزیع نابرابر به‌خصوص در حرفه پزشکی اولین و بزرگترین چالش است. اغلب پزشکان در کشورهای توسعه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

یافته و شهرهای بزرگ تمرکز دارند که دارای سطح زندگی مناسب، درآمد بالاتر و رضایت شغلی بیشتر هستند. حالت دوم توزیع نامناسب مربوط به ترکیب مهارت‌ها است. تجربیات مطرح شده از سوی مشارکت کنندگان بیانگر این حقیقت است که با توجه به چالش‌های موجود از جمله تأخیر در پرداختی‌ها و افزایش بار کاری، انگیزه متخصصین با تجربه برای فعالیت در مراکز دولتی کاهش یافته است و همین امر سبب شده که پزشکان تازه فارغ التحصیل مشمول قانون طرح، به‌طور قابل توجهی در مراکز درمانی دولتی متمرکز شوند، به‌نحوی که کیفیت خدمات درمانی ارائه شده به گیرندگان خدمت را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین عدم وجود شاخص و معیاری برای سنجش و ارتقای عملکرد پزشکان نیز از جمله فاکتورهای تأثیر گذار بر کیفیت خدمات درمانی ارائه شده می باشد.

در این خصوص، یکی از مشارکت کنندگان گفت: "وقتی که با اجرای این طرح پرداختی‌ها به تأخیر افتاد، پزشکان متخصصی که مطب خود را بسته بودند مجدد به ویزیت در مطب روی آوردند و به‌تدریج حضورشان در بخش دولتی کمرنگ شد" (مشارکت کننده ۱۴).

همچنین مشارکت کننده دیگری بیان داشت: "اغلب پزشکان با سابقه که در قالب پزشک مقیم در بیمارستان کشیک هستند، در مطبشان حضور دارند و بیماران بیشتر توسط پزشکان طرحی که به صورت آنکال هستند ویزیت می شوند. یا در برخی تخصص‌ها مثل زنان و اطفال از رزیدنت‌ها جهت ویزیت استفاده می شود که این می تواند روی کیفیت درمان تأثیر گذارد" (مشارکت کننده ۲۲).

۴) پیامدهای منفی طرح

هدف از طرح تحول نظام سلامت در اصل ارتقای سطح سلامت مردم، کاهش پرداخت از جیب، توسعه و ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه می باشد. به‌طوریکه بحث محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های سلامت، عدالت در دسترسی به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها از جمله اهداف اصلی اجرای این طرح در کشور ایران بوده است. اما با توجه به نادیده گرفتن بسیاری از زیر ساخت‌ها و امکانات برای اجرای این طرح، پیامدهای متضاد و به دور از اهداف مذکور پدیدار گردیده است. یکی از طبقات اصلی این پژوهش "پیامدهای منفی طرح" بود که شامل زیر طبقات "تبعیض در پرداختی‌ها"، "تهدید بخش خصوصی" و "نارضایتی گیرندگان خدمت" می باشد.

۴-۱) تبعیض در پرداختی‌ها

نحوه پرداخت در طرح تحول سلامت یکی از پیامدهای منفی این طرح است. چالش قابل توجهی که در این رابطه مطرح می باشد، نگاه شدیداً تبعیض‌آمیز در تعرفه‌گذاری برای گروه‌های مختلف ارائه‌کننده خدمات درمانی بود. افزایش تعرفه‌ها در کنار افزایش مزایای فعالیت پزشکی همانند ۲ برابر شدن دریافتی برای پزشکان تمام وقت، منجر به ایجاد شکاف درآمدی بسیار زیاد در بین رشته‌های مختلف پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی شد.

در این خصوص مشارکت کنندگان اذعان داشتند که با اجرای این طرح شکاف اختلافی بین درآمد پزشکان و سایر پرسنل درمانی بیشتر شده است، به‌طوریکه این امر بی انگیزگی پرسنل درمانی به‌ویژه پرستاران را فراهم نموده است. در این خصوص مشارکت کنندگان نقل قول هایی متنوعی داشتند از جمله: "با توجه به اینکه حجم کار پرسنل درمانی به خاطر مراجعات زیاد مردم افزایش یافت ولی پرداختی به آن‌ها تغییر چندانی نداشت. به‌طوریکه در مقایسه با تغییر دریافتی پزشکان، این نهایت بی عدالتی است" (مشارکت کننده ۲۶).

۴-۲) تهدید بخش خصوصی

عدم وجود یکسری زیر ساخت‌های مناسب در طرح تحول نظام سلامت، احتمال خسارت به واحدهای درگیر، از جمله بخش خصوصی را شامل می شود. از جمله این تهدیدات برای بخش خصوصی می توان به افزایش تأسیس مراکز درمانی دولتی و همچنین بازسازی و بهسازی بسیاری از این مراکز، که امکان دسترسی بیشتر مردم به بخش دولتی را فراهم نمود، اشاره داشت. از طرفی اجرای همزمان طرح بیمه سلامت و دادن دفترچه بیمه درمانی به کل افراد بیمه نشده در کشور سبب شد تا مردم مشکلات سلامتی خود را در بخش دولتی پیگیری و درمان نمایند، که این امر نیز در جایگاه خود تهدیدی برای بخش خصوصی و کاهش مراجعین به این مراکز بود. یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه بیان داشت: " با شروع طرح و کاهش پرداختی از جیب مردم در بخش‌های دولتی بار کاری در این مراکز افزایش یافت در حالیکه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

مراجعین بخش خصوصی کاهش داشته و موجب خسارات مالی به این مراکز شد" (مشارکت کننده ۱۰).

یکی از پرستاران اظهار داشت: "به‌دلیل کم هزینه بودن درمان در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی، مردم تمایل پیدا کردند که از خدمات بیمارستان‌های دانشگاهی که در مقایسه با بخش خصوصی و غیر دولتی به مراتب هزینه‌اش کمتر است استفاده کنند در حالیکه مراکز دولتی قادر به پوشش این حجم از خدمات نمی باشند" (مشارکت کننده ۲۰).

۳-۴) نارضایتی گیرندگان خدمت

رضایتمندی بیشتر بیماران و همراهان آنان یکی از اهداف عمده طرح تحول نظام سلامت می باشد. مواردی چون حجم بالای ارائه خدمات به مراجعین، کمبود نیروی انسانی به‌ویژه کادر پرستاری و کاهش کیفیت خدمات ارائه شده، ارتباطات نامناسب بین مراجعین و کادر درمان از جمله فاکتورهایی هستند که می توانند زمینه ساز نارضایتی مراجعین باشند. فاکتورهای مطرح شده مسبب نارضایتی گیرندگان خدمت، از جمله چالش‌هایی است که سیستم سلامت کشور در اجرای طرح تحول نظام سلامت با آن روبرو بوده است.

در این رابطه مشارکت کنندگان در این پژوهش به حقایقی اشاره داشتند. از جمله یکی از مشارکت کنندگان گفت: "پزشکان خیلی خوب برخورد نمی کنند، خیلی برای ویزیت وقت نمی ذارن، توجه نمی کنند چی میگی انگار از قبل نسخه را نوشته اند" (مشارکت کننده ۷). مشارکت کننده دیگری بیان کرد: "پرستارا جواب سوال ما را نمی دن، وقتی تماس می گیری حال بیمارتو بپرسی یا میگن فرقی نکرده یا اینکه میگن از دکترش بپرس" (مشارکت کننده ۳).

بیماری اشاره داشت: "اورژانس که بودم خیلی شلوغ بود، فکر کنم آزمایش خونم را اشتباهی فرستاده بودند، دوباره اومدند ازم خون بگیرن، گفتم چند بار خون می گیرید؟" (مشارکت کننده ۴).

۵) عدم زیر ساخت مناسب

توجه به بسترسازی مناسب امری ضروری برای ایجاد تغییر در هر سیستم می باشد. طرح تحول نظام سلامت هم به‌عنوان یک تحول عظیم در نظام سلامت کشور نیاز به این بسترسازی و تعیین زیر ساخت‌های مناسب و قوی داشته است. به‌طوریکه نادیده گرفتن این امر می تواند هر تغییر و تحولی را با شکست روبرو نماید. فضای فیزیکی و تجهیزات، از جمله زیر ساخت‌های بنیادی است که مشارکت کنندگان در این طرح به آن اذعان داشتند. چالش‌های حاصل از تجارب مشارکت کنندگان در این زمینه مؤید این موارد می باشد.

مشارکت کننده‌ای در این رابطه اظهار داشت: "با اجرایی شدن طرح حجم زیاد بیماران مراجعه کننده بسیار زیاد است و به‌دلیل کمبود تخت و فضای محدود، پاسخگوی نیازهای بیماران نیستیم و تعدادی از بیماران را در راهرو بستری می کنیم، همچنین خیلی از تجهیزات مورد استفاده توی این بیمارستان قدیمی و از رده خارج شده است. علاوه بر این ساختمان فرسوده است و اتاق بیماران از تهویه مطلوبی برخوردار نیست" (مشارکت کننده ۱۷).

خانواده بیمار بستری در آی سی یو بیان داشت که: "فضایی در بیمارستان برای همراه بیمار در نظر نگرفتند، اگر پرستارا اجازه ندهند کنار بیمارش بمونه جایی نداره بره" (مشارکت کننده ۵).

بحث

طرح تحول نظام سلامت به‌عنوان یک ساختار اصلاحاتی برای نظام سلامت، از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ خورشیدی با هدف اصلاح و رفع اشکالات اساسی نظام سلامت اجرا گردید. در راستای اجرای این طرح در کشور ایران، مطالعات متعدد کمی و کیفی از ابعاد و زوایای مختلفی به نقد و بررسی این طرح پرداخته‌اند. مطالعه حاضر به‌منظور بررسی چالش‌های طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه مدیران، ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات سلامت صورت گرفت. واحدهای مورد پژوهش، مهمترین مشکلات فعلی این طرح را کمبود بودجه، نارضایتی پرسنل، تفاوت در پرداخت‌های مالی به ارائه دهندگان خدمات، کمبود نیروی انسانی، کمبود منابع مالی، انسانی، افزایش تقاضای القایی، بار مالی سنگین برای سازمان‌های بیمه گر، افزایش بار کاری پرسنل، کمبود فضا و تجهیزات مناسب مطرح نمودند.

چالش اصلی ارتقای نظام سلامت در هر اقتصادی منابع مالی آن است که در ایران با تلفیقی از بودجه‌های سنواتی، حق بیمه‌ها و پرداخت از جیب بیماران تأمین می شود. در طبقه اول (چالش‌های اقتصادی)، بررسی دیدگاه‌های

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

مشارکت کنندگان نشان داد، که اکثریت آن‌ها به محدود بودن منابع مالی و ایجاد بار مالی سنگین بر سازمان‌های بیمه گر در طی اجرای طرح تحول نظام سلامت اذعان داشتند. براساس یافته‌های مطالعه مهارلو و همکاران (۱۳۹۵)، که در بیمارستان قلب الزهراء شهر شیراز انجام شد، همزمان با کاهش پرداخت از جیب بیمار جهت تأمین هزینه‌های اعمال جراحی، درصد سهم پرداختی بیمه‌های پایه تغییر چندانی نداشته است. از سوی دیگر وزارت بهداشت که یک ارائه دهنده اصلی خدمات پزشکی نیز هست بار سنگین مالی را به دوش می کشد که براساس نتایج این تحقیق، به‌صورت افزایش ۱۳/۶۳ درصدی پرداخت یارانه‌های دولتی برای تأمین هزینه‌های مالی بیماران نمایان گردیده است. این مسأله موجب ایجاد نگرانی‌هایی در راستای توانایی دولت در تداوم ارائه خدمات با کاهش پرداختی بیماران می شود (۱۶).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد با اجرای طرح تحول سلامت، تقاضای القایی افزایش نشان داده است. کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی که بر اساس دیدگاه صاحب نظران در مورد طرح تحول نظام سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام دادند، نشان دادند که تقاضای القایی منجر به رشد غیر قابل کنترل هزینه‌ها، تحمیل هزینه‌های غیر ضروری و فشار مضاعف مالی بر سازمان‌های بیمه گر می شود (۱۷).

بر اساس نتایج به‌دست آمده از تجارب مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، در رابطه با بار کاری سیستم درمانی به‌عنوان زیر طبقه‌ای از طبقه اصلی منابع انسانی، نتایج مطالعه کثیری و همکاران (۱۳۹۵) در بیمارستان فیضی اصفهان و مطالعه هاشمیان و معینی پور (۱۳۹۵) در بیمارستان‌های استان اصفهان که به بررسی نقش اجرای طرح تحول سلامت بر بهره وری بیمارستان و ضریب اشغال تخت‌ها قبل و بعد از اجرای طرح پرداختند، نشان داد که با اجرای این طرح، درصد اشغال تخت و گردش تخت افزایش داشته است که این تغییرات و افزایش در گردش تخت و به‌دنبال آن افزایش بار کاری، احتمالاً تبعاتی را برای کیفیت خدمات در بر دارد (۱۸،۱۹).

یافته دیگری از مجموع زیر طبقات بخش نیروی انسانی، توزیع نیروی انسانی می باشد. با توجه به تجارب مطرح شده از جانب مشارکت کنندگان، کمبود پرسنل کادر درمان از یک طرف و افزایش حجم کار از طرفی دیگر، سبب افت کیفیت خدمات ارائه شده و فرسودگی پرسنل شده است. در همین زمینه مطالعات مختلفی انجام شده است که نتایج مشابهی را گزارش نمودند. از جمله آن‌ها می توان به نتایج مطالعه مروری شادپور (۱۳۸۵) که به وضعیت طرح تحول در نظام سلامت ایران پرداخت، اشاره داشت که کمبود منابع انسانی، پایین بودن کیفیت خدمات و تجهیزات و ناکافی بودن فضای فیزیکی با توجه به افزایش حجم و تنوع خدمات را نشان داد (۲۰).

در رابطه با زیر طبقه کاهش حضور پزشکان با تجربه در مراکز دولتی، به‌عنوان یافته‌ای از این مطالعه، مشارکت کنندگان اذعان داشتند، فاکتورهایی از جمله تأخیر در پرداختی‌ها و افزایش بار کاری، انگیزه متخصصین با تجربه برای فعالیت در مراکز دولتی را کاهش داده و همین امر سبب به‌کارگیری تعداد زیادی از پزشکان تازه فارغ التحصیل مشمول قانون طرح، در مراکز درمانی دولتی شده، به نحوی‌که تمرکز قابل توجه این گروه از پزشکان برکیفیت خدمات درمانی ارائه شده تأثیر گذار بوده است. در مطالعه قلی پور و همکاران (۱۳۹۶) که در بیمارستان‌های آموزشی آذربایجان شرقی انجام شد، نیز به عدم حضور به‌موقع پزشک متخصص و با تجربه بر بالین بیمار اشاره شده است (۲۱). همچنین یافته به‌دست آمده در مطالعه غریبی و همکاران (۱۳۹۴) که در بیمارستان طالقانی شهر تبریز صورت گرفت، نشان داد که حضور ناکافی پزشکان متخصص و با تجربه مقیم در بیمارستان‌ها یا بخش‌ها، سبب شده ارائه خدمات توسط رزیدنت‌ها که تجربه کمی دارند صورت گیرد، که همین امر تأثیر گذار بر کیفیت خدمات ارائه شده بود (۱۲).

چالش دیگر حاصل از یافته‌های مطالعه حاضر در بعد پیامدهای منفی طرح، می باشد. با تجزیه و تحلیل دیدگاه مشارکت کنندگان، چالش‌های مطرح در این بعد شامل تبعیض در پرداختی ها، تهدید بخش خصوصی و نارضایتی گیرندگان خدمت بود. در خصوص تبعیض در پرداختی ها، تجارب مشارکت کنندگان مؤید این است که با اجرای این طرح و افزایش شکاف اختلافی بین درآمد پزشکان و سایر پرسنل درمانی، انگیزه پرسنل درمانی به‌ویژه پرستاران، متأثر از این تبعیض و بی عدالتی شده است. در این زمینه نتایج مطالعه نخعی و همکاران (۱۳۹۶) که در

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد، نشان داد، ۶۷/۴ درصد از پرستاران رضایتمندی کمی را از حقوق و مزایا داشتند (۲۲). در رابطه با تهدید بخش خصوصی، فراهانی و همکاران (۱۳۹۷) در سر مقاله‌ای بدین نکته اشاره داشتند که اجرای طرح تحول سلامت در ایران می تواند چالشی برای مراکز خصوصی به‌ویژه بیمارستان‌های نظامی باشد و ضرورت انجام مطالعات کاربردی را با هدف تأثیر اجرای این طرح بر شاخص‌های عملکردی در ابعاد مختلف در اینگونه مراکز را مطرح نمودند (۲۳).

نارضایتی گیرندگان خدمت چالش حاصل از یافته‌های این مطالعه در بعد پیامدها می باشد. مطالعه هاشمی و همکاران (۱۳۹۴)، نیز نشان داد، وضعیت رضایت بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس مرکز درمانی شهدای تجریش تهران، از خدمات رفاهی، آموزش‌های ارائه شده و همچنین ویزیت به‌موقع پزشکان نسبت به قبل از اجرای طرح تحول کاهش یافته است (۱۱). همچنین در مطالعه شریعتی و همکاران (۱۳۹۶)، یک سال پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت در اهواز، درصد بالایی از میزان نارضایتی از خدمات در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز گزارش شده است (۲۴).

توجه به فضا و تجهیزات مناسب نیز امری ضروری برای اجرای با کیفیت این طرح می باشد. در همین راستا قلی پور و همکاران (۱۳۹۶) گزارش نمودند که وجود چالش‌های اساسی در روند اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های آذربایجان شرقی همچون کمبود امکانات رفاهی و وضعیت بهداشتی بیمارستان‌های دولتی و کمبود نیروی انسانی توانمند در تمامی مراکز می باشد (۲۱).

با توجه به اینکه اکثر مطالعات صورت گرفته در زمینه طرح تحول نظام سلامت با رویکرد کمی صورت گرفته و مطالعه حاضر در قالب یک پژوهش کیفی، چالش‌های این طرح را بر اساس تجارب غنی مشارکت کنندگان و افراد درگیر در طرح تحول در نظام سلامت به تصویر می کشد، بنابراین این می تواند از جنبه نوآورانه و از نقاط قوت این مطالعه باشد. همچنین، با توجه به اینکه پژوهش‌های کیفی به بررسی ذهنی پدیده‌ها می پردازند و نتایج حاصل از آن‌ها ریشه در داده‌های حاصل از موقعیت‌ها و یا گروه‌های خاص دارد، لذا در به‌کارگیری این نتایج در موقعیت های دیگر باید با احتیاط عمل نمود (۲۵). در این مطالعه، سعی شد، از یک جهت با انتخاب دقیق مشارکت کنندگان و رعایت حداکثر تنوع پذیری در مشخصات آن‌ها و از طرفی با افزایش سطح انتزاع یافته‌ها و ارائه توصیفات عمیق و تحلیلی از بستر پژوهش، شرح و توضیح طبقات تا حد امکان به این محدودیت پژوهش کیفی غلبه نماید و در جهت تقویت انتقال پذیری یافته‌ها اقدام نمود.

نتیجه گیری

با وجود دستاوردهایی که طرح تحول سلامت به‌دنبال خود داشته است، باید اذعان کرد که با چالش‌هایی نیز همراه می باشد. بر اساس این مطالعه مهمترین چالش‌های طرح شامل کمبود منابع مالی، عدم توانایی بیمه‌ها برای تعهدات خود، کمبود نیروی انسانی و مناسب نبودن فضای فیزیکی و تجهیزات می باشد که درصورت ادامه آن، طرح با مشکلات جدی برخورد خواهد کرد. لذا با توجه به اهمیت طرح تحول نظام سلامت در ارتقای سطح بهداشت و درمان جامعه و ارائه خدمات مناسب و شایسته به کلیه افراد جامعه، ضرورت دارد که حمایت همه جانبه‌ای در کلیه سطوح ملی از این طرح به‌عمل آید.

برای اینکه طرح تحول نظام سلامت بتواند به راه خود ادامه دهد، نیاز است که اقداماتی انجام شود؛ وزارت بهداشت متعهد به سطح بندی تمام خدمات تشخیصی و درمانی شود، بازنگری و تعدیل مناسب در تعرفه‌های کتاب ارزش نسبی خدمات انجام شود، سامانه پرونده الکترونیک سلامت و مکانیزه کردن فرآیندهای درمان صورت گیرد. همچنین دائماً روندهای این طرح به‌ویژه در حوزه منابع رصد شود و گزارش لازم جهت اصلاح امور به سیاستگذاران و برنامه ریزان ارائه گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان، بدینوسیله بر خود لازم می دانند از تمامی مدیران دانشگاه علوم پزشکی و همکاران مراکز آموزشی-درمانی شهر قم و همچنین بیماران که در انجام این طرح مشارکت و همکاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ز. خ، م. گ
جمع آوری داده‌ها: ز. خ، م. گ
تحلیل داده‌ها: ز. خ، م. گ

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

نگارش و اصلاح مقاله: ز. خ، م. گ

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۹۵۷۹۹ می باشد که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014-2015. irje 2016; 11(4): 1-9. [Persian]
2) Heidarian N, Vahdat S. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. Journal of Medical Council of Iran 2015; 33(3): 187-94. [Persian]
3) Rezaei Sh, Rahimi foroushani A, Arab M, Jaafaripooyan E. Effects of the New Health Reform Plan on the Performance Indicators of Hamedan University Hospitals. sjsph 2016; 14(2): 51-60. [Persian]
4) McDonough JE. Health System reform in the United State. Int J Health policy Manage 2014; 2(1): 5-8. doi: 10.15171/ijhpm.2014.02.
5) Behzadi F, Behzadi F, Behzadi F, Saki K, Keshavarzi A. Senior health administrators and experts on the challenges of health reform plan: Qualitative Study. Abstract Proceedings of the International Conference on sustainable development in the health system; 2015 Feb 24-26; Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015: 9. [Persian]
6) Ministry of Health and Medical Education (MoHME). Health Sector Evolution Portal. Available from URL: http://tahavol.behdasht.gov.ir. Last Access: Oct 15, 2018.
7) Haghdoost AA, Mehrolhassani MH, Khajehkazemi R, Fallah MS, Dehnavieh R. Monitoring indicators of Iranian Health System Reform Plan. Hakim Health Sys Res 2013; 16(3): 171-81. [Persian]
8) Akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors (Editorial). JAP 2014; 5(3): 1-2. [Persian]
9) Nabilou B, Salem Safi P, Yusefzadeh H. Performance assessment of health system reform plan in the hospitals affiliated with Urmia University of Medical Sciences. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2017; 14(11): 896-905. [Persian]
10) Bastani P, Lotfi F, Moradi M, Ahmadzadeh MS. The Performance Analysis of Teaching Hospitals Affiliated with Shiraz University of Medical Sciences Before and After Health System Reform Plan Using Pabon Lasso Model. JRUMS 2016; 15(8): 781-92. [Persian]
11) Hashemi B, Baratloo A, Forouzafar MM, Motamedi M, Tarkhorani M. Patient Satisfaction Before and After Executing Health Sector Evolution Plan. Iranian Journal of Emergency Medicine 2015; 2(3): 127-33. [Persian]
12) Gharibi F, Jannati A, Farajollah Beikhnoori M, Amini Daghalian B. A survey of health system reform circumstances from the experiences of managers and nurses of Tabriz Taleqani Hospital. Depiction of Health 2015; 6(1): 1-10. [Persian]
13) Elo S, Kääriäinen M, Kanste Q, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative Content Analysis A Focus on Trustworthiness. SAGE Open 2014; 4(1): 1-14. doi: https://doi.org/10.1177/ 2158244014522633.
14) Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88. doi: 10. 1177/ 1049732305276687.
15) Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. Naturalistic inquiry 1985: 289 -331.
16) Maharlou HR, Barati O, Maher MH. The Study of Inpatient Services Costs Provided to Cardiovascular Patients Referred to Al-Zahra Heart Hospital in Shiraz During 2ndHalf of 2013 and Compare to the Same Time After Iranian Health Transformation Plan Implementation. Journal of Healthcare Management (Journal of Health System) 2016; 7 (2): 31-8. [Persian]
17) Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian jazi M. Challenges Resulting from Healthcare Induced Demand: A Qualitative Study. Health Inf Manage 2013; 10(4): 538-48. [Persian]
18) Kasiri K, Raeisi A, Ahmadi S. Hospital productivity in Isfahan Feiz hospital: Before-after new health reform plan. The second international conference of Management: Challenges, Solutions. 2015. [Persian]
19) Hashemian M, Moeinipour M. Assessment and comparison of Isfahan hospitals' performance indicators: beforeafter health reform plan. International conference on sustainable reform in health system; Isfahan: 2015. [Persian]
20) Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2006; 9(3): 1-18. [Persian]
21) Gholipoor K, Iezadi Sh, Azimzadeh S, Taghavinejad-Namin Sh. Patients' Perspectives

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

Regarding Implementation of Health System Transformation Plan in the East Azerbaijan Province Hospitals. Depiction of Health 2017; 8(2): 88-96. [Persian]
22) Nakhaei Z, Abdolreza Gharehbagh Z, Jalalmanesh S. A survey on Nurses' Satisfaction Concerning the Health System Reform Plan in Hospitals Affiliated to Birjand University of Medical Sciences in 2016. JRUMS 2017; 16(1): 61-72. [Persian]
23) Farahani AJ , Samadinia H, Dopeykar N, Azarabadi M. Health Sector Evolution Plan of Iran: A Challenge for Military Hospitals. J Mil Med 2018; 20(1): 1-2. [Persian]
24) Shariati A, Jamshidbeigi Y, Baraz Pardnjati Sh, Haghighizadeh MH, Abbasi M. Assessment of nurses, patient satisfaction, patient attendants in educational hospitals in Ahvaz city health development plan in 2015. Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2017; 6(1): 9-18. [Persian]
25) Streubert Speziale H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Challenges in Implementation of Health Care Reform in the Area of Treatment Qom City

Zohreh Khalajinia [1], Mina Gaeeni [2*]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

*** Corresponding Author:** Mina Gaeeni
mkaeeni@yahoo.com

Citation: Khalajinia Z, Gaeeni M. Explaining the Challenges of Implementation of Health Care Reform in the Area of Treatment in City of Qom. Manage Strat Health Syst 2018; 3(3): 212-24.

Received: September 25, 2018
Revised: December 16, 2018
Accepted: December 18, 2018

Funding: This study has been supported by Qom University of Medical Sciences (NO 95799).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: The health system reform was implemented with 3 approaches of financial protection of people, creating equity in accessing health services, and improving quality in May 2014. The health care reform, similar to any other plans was faced with some challenges. This study aimed to explain the challenges of health care reform in the area of treatment in Qom city, Iran.

Methods: In this qualitative study, purposive sampling was applied to collect the participants. In this regard, 23 service providers (health managers and workers) working in the educational-treatment centers affiliated to Qom University of Medical Sciences and 5 service recipients were selected in 2017-2018. The semi-structured interviews were conducted to collect the required data. Data analyses were performed using conventional content analysis method by MaxQDA $_{10}$ software.

Results: A total of 5 main themes, including: “economic challenges", “induced demand”, “human resources”, “reform negative outcomes”, and “improper infra-structure” were derived from data analysis.

Conclusion: Findings of this study explained the main challenges of health care reform in the area of treatment. Lack of appropriate planning for these challenges will face the implementation of reform with serious problems. Therefore, implementation and continuation of this project require comprehensive support as well as appropriate planning and policy making from the authorities.

Key words: Health care reform, Challenge, Qualitative research

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.5.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.253]