

ارزیابی اثرات مثبت اجرای طرح تحول سلامت از دیدگاه رؤسا و مدیران بیمارستانها*

حانیه سادات سجادی^۱، روحاله زابلی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به تأکید سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت، طرح تحول نظام سلامت با هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی در کشور در حال اجرا می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف، ارزیابی اثرات مثبت اجرای طرح تحول سلامت از دیدگاه مدیران و رؤسای بیمارستانها انجام گردید.

روش بررسی: مطالعه کیفی حاضر به صورت مقطعی در ماه‌های آذر، دی و بهمن سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از میان رؤسا و مدیران بیمارستانهای شهر تهران (۱۸ نفر) انجام شد. مصاحبه‌های صورت گرفته ضبط و پس از پیاده‌سازی، کدبندی گردید و در مرحله بعد با استفاده از رویکرد تحلیل چارچوبی و نرم‌افزار NVivo مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸ درون‌مایه اصلی و ۲۱ زیردرون‌مایه استخراج گردید. مهم‌ترین مفاهیم اصلی مرتبط با اثرات مثبت اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستانها عبارت از «پوشش بیمه‌ای بیماران نیازمند، بهبود نشانگرهای عملکردی، اصلاح سیستم مدیریتی بیمارستان، ارتقای عملکرد سیستم ارجاع بین بیمارستانی، کنترل و مدیریت بهتر پرداختی‌های بیماران، ارتقای نشانگرهای منتخب کیفیت، افزایش پاسخگویی نظام درمانی و افزایش درآمد بیمارستان» بود.

نتیجه‌گیری: اجرای طرح تحول سلامت به شرط تدوین منابع مالی پایدار، ضمن افزایش رضایت بیماران از خدمات بیمارستانهای دولتی، می‌تواند موجب ارتقای کیفیت خدمات سلامت گردد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی؛ تحول سلامت؛ مدیران؛ بیمارستانها؛ ایران

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۰/۰۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۱/۲۹

ارجاع: سجادی حانیه سادات، زابلی روح‌اله. ارزیابی اثرات مثبت اجرای طرح تحول سلامت از دیدگاه رؤسا و مدیران بیمارستانها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۱): ۵۵-۶۰

مدیریتی و تصمیم‌گیری در بیمارستانها از حالت متمرکز و دولتی خارج و به ساختار نیمه متمرکز، غیر متمرکز و خصوصی نزدیک می‌شود. هدف اساسی از این اصلاحات افزایش قدرت مواجهه با بازار در بیمارستانهای دولتی بوده است (۷-۱۱). در کشورهایی در حال توسعه نیز اصلاحات بیمارستانی گسترش یافته، در اشکال متنوعی انجام شده است. مکانیسم‌های جایگزین در تأمین مالی، خدمات قراردادی و جدایی خریدار از ارائه دهنده خدمات و همچنین، افزایش نقش بخش خصوصی و اصلاحات درونی مدیریت مانند توسعه سیستم مدیریتی، توسعه سیستم اطلاعات و اصلاحات بودجه‌ای، اشکالی از این اصلاحات بوده‌اند (۱۲، ۱۳).

وجه مشترک همه این اصلاحات در هدف آنها می‌باشد که همان تخصیص مجدد و بهینه بودجه و منابع در قالب بسته‌های خدمات مراقبتی

مقدمه

در بسیاری از کشورها تجربه اصلاحات نظام سلامت با تأکید بر بخش بیمارستانهای عمومی، با اهداف متعددی از قبیل ارتقای کیفیت، پوشش همگانی بیمه‌ای، استقلال مدیریتی و جداسازی نقش خریدار و ارائه دهنده خدمات صورت گرفته است. این اصلاحات به دنبال افزایش قدرت مواجهه با بازار در نظام سلامت بوده است (۲، ۱). شواهد بیانگر آن است که در بخش بیمارستانی، بسیاری از این اصلاحات در تحقق این هدف ناتوان بوده‌اند و شواهد کمی برای تأیید اصلاحات در افزایش کارایی بیمارستانها وجود دارد. از اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی، بسیاری از کشورها اصلاحاتی را برای بیمارستانها انجام دادند و به منظور انجام این اصلاحات از شواهد بین‌المللی موجود استفاده نمودند (۳، ۴).

هسته اصلی اصلاحات در سیستم مدیریتی بیمارستانها، به بخش سلامت، تغذیه و جمعیت بانک جهانی بر می‌گردد (۶، ۵). بیشتر این اصلاحات، اصلاحات مدیریتی و مالی در بیمارستانها است که از برنامه‌های اصلاحات بیمارستانی در آژانس بین‌المللی ایالات متحده آمریکا (USAID United States Agency for International Development) برای توسعه بین‌المللی و برنامه توسعه مدیریت انگلستان (UKODA United Kingdom Overseas Development Administration) اقتباس شده است. این برنامه‌ها با هدف اصلاحات ساختار مدیریتی و سازمانی در بیمارستان صورت گرفته است. در این اصلاحات، ساختار

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: rouhollah.zaboli@gmail.com

مصاحبه دارای ۳ سؤال اساسی در زمینه طرح تحول سلامت به شرح زیر بود:

۱- اجرای طرح تحول سلامت چه اثرات مثبتی بر بیمارستان‌ها داشته است؟

۲- مهم‌ترین مشکلات اجرایی طرح تحول سلامت را در چه می‌دانید؟

۳- چشم‌انداز آتی اجرای این طرح را چگونه ارزیابی می‌نمایید؟

حجم واقعی نمونه برای انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها، ۱۸ نفر بود. مصاحبه‌ها در فواصل زمانی آذر، دی و بهمن ماه ۱۳۹۳ انجام شد. مصاحبه‌های انجام شده در این مرحله به صورت غیر رسمی و با پرهیز از هر گونه نظر درباره درست یا غلط بودن پاسخها توسط یک نفر از تیم پژوهشی انجام شد. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان و هماهنگی‌های قبلی با آن‌ها، تعیین گردید. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان توسط یک دستگاه MP3 ضبط شد. میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۵۶ دقیقه بود. پس از پایان هر مصاحبه و گوش دادن به متن مصاحبه، عمل پیاده‌سازی مصاحبه ضبط شده، انجام و مصاحبه کلمه به کلمه برگردان گردید. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای هدایت شده و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. بدین ترتیب پس از انجام مصاحبه‌ها، یک نسخه از کدهای استخراج شده برای مصاحبه شونده ارسال و تأیید شد. جهت آشنایی با داده‌ها و غرق شدن، داده‌ها چندین مرتبه بازخوانی گردید. بدین ترتیب کدهای اولیه شناسایی و کدهای اولیه مشابه، در یک طبقه کنار هم قرار گرفتند و طبقات اولیه شکل گرفت. این طبقات در هم ادغام شدند و درون‌مایه‌ها را تشکیل دادند.

جهت اطمینان از صحت داده‌های جمع‌آوری شده، درگیری طولانی مدت و عمیق با داده‌ها وجود داشت. به علاوه، دو پژوهشگر دیگر علاوه بر پژوهشگران اصلی، در تحلیل داده‌ها مشارکت داشتند. داشتن حداکثر تنوع در نمونه‌گیری و دیدارهای طولانی، راه‌های دیگر افزایش اعتبار داده‌ها بود. از همان مصاحبه اولیه کدها و طبقات فرعی شکل گرفت و سپس کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل (کدها) ادامه یافت تا درون‌مایه‌ها ظهور پیدا کرد. تحلیل محتوای کیفی با استفاده از نرم‌افزار NVivo در بخش ورود متن مصاحبه‌ها و فهرست نمودن آن‌ها، کدگذاری، شناسایی درون‌مایه‌ها و استخراج نقل قول‌های مرتبط برای پشتیبانی یافته‌ها انجام شد. در این پژوهش اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، حفظ اطلاعات هویتی و رعایت امانت‌داری در پیاده‌سازی محتوای مصاحبه‌ها به عنوان ملاحظات اخلاقی مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

تحلیل کیفی داده‌ها منجر به استخراج ۲۱۸ کد اولیه شد. بازبینی متعدد و ادغام کدها بر اساس تشابه در طی چندین مرحله، در نهایت ۲۱ زیردرون‌مایه و ۸ درون‌مایه اصلی را در خصوص نتایج و اثرات مثبت طرح تحول سلامت متمایز نمود (جدول ۱) که در ادامه بیان خواهند شد.

پوشش بیمه‌ای بیماران نیازمند

مشارکت‌کنندگان یکی از پیامدهای مثبت اجرای طرح تحول سلامت را افزایش پوشش بیمه‌ای بیماران نیازمند می‌دانستند. از دیدگاه آن‌ها «در شرایط فعلی که هزینه‌های درمان بسیار افزایش یافته، بیمه سلامت ایرانیان کمک زیادی به بیماران نیازمند نموده؛ طوری که بیماران با زیر پوشش قرار گرفتن بیمه فقط ۱۰ درصد هزینه‌های درمان رو می‌دهند که این امر نظام سلامت را به

ضروری و افزایش مشارکت جامعه در مدیریت خدمات سلامتی بوده است (۱۴-۱۶). به علاوه مواردی مانند عدم کارایی فنی و تخصیصی و همچنین، شکست در پوشش گروه‌های نیازمند از مهم‌ترین نقاط ضعف بیمارستان‌های عمومی بود که انتظار می‌رفت برنامه اصلاح ساختار مدیریتی در بیمارستان‌ها از حالت عمودی به شکل خودگردان و اداره هیأت امنایی موجب بهبود کارایی تخصیصی و پاسخگویی بیمارستان شود (۹، ۱۷، ۱۸).

در کشور ایران نیز به منظور تقویت و ارتقای عملکرد نظام سلامت، اصلاحات این نظام در دستور کار سیاست‌گذاران سلامت قرار گرفت. اصلاحات در نظام سلامت کشور در بند ب ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰، مواد ۴۹ و ۸۸ قانون چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید بوده است. به دنبال تدوین این قوانین طی سال‌های گذشته، اصلاحات متعددی در نظام سلامت و به ویژه در نظام بیمارستانی اجرا شده است که متأسفانه بخش عمده‌ای از این اصلاحات در دستیابی به عدالت در نظام سلامت به دلایل ساختاری و غیر ساختاری توفیق چندانی نداشته است (۳).

در آخرین برنامه اصلاحاتی نظام بیمارستانی در کشور، طرح تحول سلامت در بخش درمان با هدف حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقسار آسیب‌پذیر از طریق ساماندهی خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت‌های سهم بیمار در بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ اجرایی شده است. این طرح مشتمل بر هفت محور اصلی کاهش میزان پرداختی بیماران، ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان مقیم در بیمارستان، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت، ارتقای هتلینگ بیمارستان، حفاظت از هزینه‌ها و مخاطرات مالی بیماران نیازمند و ترویج زایمان طبیعی می‌باشد (۱۹).

با توجه به این که طرح تحول نظام سلامت در بخش درمان بیشتر بر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی متمرکز است، به نظر می‌رسد مطالعه در زمینه تأثیر اجرای طرح مورد نیاز باشد. انجام چنین مطالعاتی که می‌توان آن را نوعی ارزیابی از طرح تحول نظام سلامت به شمار آورد، اطلاعات قابل اندازه‌گیری در خصوص اثرات اجرای طرح تهیه و در اختیار برنامه‌ریزان و مسؤولان قرار می‌دهد و با ارایه تصویری از وضعیت موجود، بدون آن که منابع افزون‌تری را اقتضا یا پیشنهاد کند، به اثربخشی و بازدهی متناسب و بهره‌وری موردانتظار عنایت دارد. با در نظر داشتن نیاز به انجام چنین پژوهش‌هایی که در نهایت به تولید دانش کمک می‌نماید، پژوهش حاضر با هدف، تعیین پیامدهای مثبت اجرای طرح تحول سلامت بر بیمارستان‌های مجری طرح در شهر تهران، از دیدگاه رؤسا و مدیران انجام شد.

روش بررسی

مطالعه کیفی حاضر به روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۳ انجام شد. رؤسا و مدیران بیمارستان‌های مجری طرح تحول سلامت در شهر تهران، مشارکت‌کنندگان پژوهش را تشکیل دادند. معیار اصلی ورود مشارکت‌کنندگان، برخورداری از سابقه حداقل یک سال ریاست یا مدیریت بیمارستان و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه بود. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختارمند بود. راهنمای

با توجه به ابعاد اجرایی این طرح، بیمارستان‌ها فرصت مناسبی را برای بهبود ساختار مدیریتی خویش در اختیار دارند. به بیان مشارکت کنندگان «اجرای این تحولات، بیمارستان‌ها را وادار کرده ساختارهای خودشونو برای اجرای این طرح کمی تغییر بدن، ما در بیمارستانمون برای پاسخگویی بهتر و ارتقای خدمات هتلینگ اقدامات ساختاری انجام دادیم» (م. ۱). همچنین، یکی دیگر از مشارکت کنندگان چنین ابراز داشتند که «با توجه به این که نظارت بر اجرای این طرح بر عهده خود وزارت بهداشت، در زمینه عملکرد بیمارستان‌ها خصوصاً پرداختی‌های بیماران خیلی سخت‌گیری و نظارت می‌شود» (م. ۱۵).

ارتقای عملکرد سیستم ارجاع بین بیمارستانی

یکی از اثرات مثبت و مهم اجرای این طرح، بهبود عملکرد ارجاع بین بیمارستانی به ویژه در ارتباط با بخش خصوصی بیان شد که خود متأثر از عواملی مانند افزایش تعرفه‌های درمانی می‌باشد. یکی از مشارکت کنندگان ابراز داشت که «عواملی مثل افزایش تعرفه‌ها و ضریب K باعث شده که بیمارستان‌ها در پذیرش بیماران مضایقه نکنن» (م. ۷). فردی دیگری نیز بیان نمود که «در حال حاضر بیمارستانای خصوصی تمایل بهتری به همکاری و قرارداد با بخش دولتی و دانشگاه برای ارایه خدمات تحت پوشش بیمه دارن» (م. ۳). به زبان یکی دیگر از مشارکت کنندگان «اگر بخواهیم از آثار این طرح برشمیریم ارجاع بین مراکز درمانی و بیمارستان‌ها با اجرای این طرح تسهیل شده» (م. ۴).

کنترل و مدیریت بهتر پرداختی‌های بیماران

مشارکت کنندگان بر این باور بودند که پرداختی‌های بیماران با اجرای این طرح سامان‌دهی شده، پرداخت‌های غیر رسمی قابل مدیریت و پیگیری شده‌اند. نمونه‌ای از نقل قول یک مشارکت کننده بدین صورت بود: «از مهم‌ترین آثار این طرح تعیین سقف پرداخت بیمارانه، چون آگاهی افراد در این خصوص بالا رفته و در بیمارستانا اطلاعیه و بخش‌نامه زده شده، طبعاً انتظار مدیریت پرداخت‌ها بهتر میشه» (م. ۹). مشارکت کننده دیگری چنین بیان نمود که «ارزش‌گذاری نسبی خدمات درمانی و نزدیک‌تر شدن تعرفه‌ها به قیمت‌های واقعی، مشکلات بسیاری از بیمارستان‌های دولتی را حل کرده» (م. ۴). مشارکت کننده دیگری ضمن تأیید بهبود پرداختی بیماران از محتوای کتاب ارزش‌گذاری نسبی انتقاد و چنین بیان نمود که «به نظر می‌رسد که عدالت در تهیه و تدوین این کتاب لحاظ نشده و برخی افراد از نفوذ خود در جهت منافع گروه‌های تخصصی خود بهره جستن، مثل گروه‌های قلب و بیهوشی و برخی دیگر از گروه‌ها متضرر شدن، به عنوان مثال گروه داخلی‌ها و امیدوارم که این کتاب بر اساس مصوبات قانونی به صورت سالانه متناسب با وضعیت اقتصادی مملکت بازنگری و به تعرفه‌های واقعی نزدیک‌تر شه» (م. ۳).

ارتقای نشانگرهای منتخب کیفیت

اغلب مشارکت کنندگان در این تحقیق اظهار داشتند که برخی نشانگرهای منتخب کیفیت مانند رضایتمندی بیماران با اجرای این طرح افزایش یافته است. در زیر نمونه‌هایی از نقل قول آن‌ها آورده شده است.

«ما در بیمارستان با اتخاذ سیاست‌هایی در جهت کاهش هزینه‌های بیماران و هزینه‌های اقلام دارویی و تجهیزات مصرفی توانستیم پرداختی بیماران را کاهش دهیم و این موجب افزایش رضایتمندی بیماران شد» (م. ۷).

«رضایتمندی بیماران از اجرای این طرح شدیداً افزایش یافته. ما در بیمارستان خودمون از حدود ۷۰ درصد به بالای ۹۰ درصد دست یافته‌ایم» (م. ۱۰).

شاخص‌های عدالت نزدیک‌تر می‌کنه» (م. ۴). همچنین، معتقد بودند که «یکی از مشکلات بیمارستان‌های ما مراجعاتیه که فاقد بیمه درمانین و بار مالی هزینه‌ها رو دوششون سنگینی می‌کنه. بیماران با داشتن بیمه‌های پایه امروز مشکل پرداخت هزینه‌ها رو کمتر احساس می‌کنن و طرف حساب ما بیمه‌ست دیگه» (م. ۱۴).

جدول ۱: درون‌مایه و زیردرون‌مایه‌های اثرات مثبت اجرای طرح تحول از دیدگاه رؤسا و مدیران بیمارستان‌های تهران

درون‌مایه	برخی از زیردرون‌مایه‌ها
پوشش بیمه‌ای بیماران نیازمند	افزایش دسترسی
بهبود نشانگرهای عملکردی	افزایش بیماران بیمه شده افزایش درصد اشغال تخت افزایش تعداد جراحی‌ها
اصلاح سیستم مدیریتی بیمارستان	بازنگری در ساختار اصلاحات مدیریتی
ارتقای عملکرد سیستم ارجاع بین بیمارستانی	نقل و انتقال راحت بیماران پذیرش بیماران اورژانسی
کنترل و مدیریت بهتر پرداختی‌های بیماران	کاهش پرداخت بیماران کاهش پرداخت‌های غیر رسمی
ارتقای نشانگرهای منتخب کیفیت	افزایش رضایتمندی، افزایش زایمان طبیعی
افزایش پاسخگویی نظام درمانی	پذیرش تمامی بیماران کاهش شکایات و برقراری ارتباط مناسب با بیماران
افزایش درآمد بیمارستان	افزایش ضریب K تعرفه‌گذاری و ارزش نسبی خدمات

بهبود نشانگرهای عملکردی

بیشتر مشارکت کنندگان دیدگاه مشابهی درباره نشانگرهای عملکردی بیمارستان داشتند و بر نقش این طرح در بهتر شدن نشانگرهای اشغال تخت، تعداد اعمال جراحی و چرخش بیمارستان تأکید و اتفاق نظر داشتند. به نظر آن‌ها «یکی از مهم‌ترین اثرات این طرح اینه که بیمارستان‌های دولتی دیگه تخت‌های خالی مانند گذشته نداره. بخش عمده‌ای از تخت‌های بیمارستانی ما اشغال شده» (م. ۲۱).

در گفته‌های مشارکت کنندگان دیده شد که «خیلی از بیمارستان‌ها ضریب اشغال تخت بالای ۹۰ درصد را دارن که قبلاً اصلاً این گونه نبود» (م. ۸) و یا تأثیر اجرای طرح بر نشانگر عملکردی بیمارستان به گونه‌ای بوده است که «از زمان اجرای طرح با کاهش تعداد بیماران مواجه نشدیم و روند مراجعه بیماران و درصد اشغال تخت نیز مناسب بوده» (م. ۱). البته برخی این افزایش در نشانگرهای عملکردی را تا حدی ایجاد اختلال در روند ارایه خدمت می‌دانستند و بیان کردند «بخش عمده‌ای از مراجعات بیماران به بخش خصوصی امروزه سرازیر به بخش دولتی شدند که بعضاً در خدمت‌رسانی به آن‌ها دچار مشکلیم» (م. ۱۲).

اصلاح سیستم مدیریتی بیمارستان

دیدگاه بیشتر مشارکت کنندگان در خصوص اثرات مثبت اجرای طرح این بود که

عملکرد مالی به عنوان یکی از مهم‌ترین اثرات اجرای طرح‌های تحول بیمارستانی در کشورهای مختلف معرفی شده است (۲۶-۲۳).

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر، کاهش سهم پرداختی بیماران از هزینه‌های خدمات درمانی در نتیجه اجرای طرح بود. موضوع کاهش سهم پرداختی مستقیم از جیب مردم، یکی از اهداف اصلی هر برنامه اصلاحی سلامت در دنیا و نیز، یکی از مهم‌ترین تأکیدات برنامه‌های سلامت کشور است (۲۹-۲۷). با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان چنین ادعا نمود که خوشبختانه کاهش سهم بیماران از هزینه خدمات درمانی که استحقاق مردم و یکی از وظایف دولت‌ها در قبال مردم است، پس از سالیانی طولانی با اجرای طرح تحول سلامت محقق گردید.

در مجموع به نظر می‌رسد که طرح تحول نظام سلامت دستاوردهای مثبتی به همراه داشته است و توانسته است تا حدودی به اهداف پاسخگویی به نیازهای بیماران، ارتقای کارایی و کیفیت خدمات سلامت دست یابد. البته در این مسیر، آن چه ضرورت اجرای موفق طرح را تضمین می‌نماید، توجه خاص به مشتریان داخلی یعنی ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، پزشکان و کارکنان حوزه درمان است (۳۱، ۳۰).

نتیجه‌گیری

اجرای طرح تحول سلامت آثار مثبتی را برای بیمارستان‌های مجری طرح در برداشته است. در حال حاضر یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مسؤولان، پایداری مالی این طرح است. به نظر می‌رسد که اجرای طرح تحول سلامت به شرط تدوین منابع مالی پایدار، ضمن افزایش رضایت بیماران از خدمات بیمارستان‌های دولتی، موجب ارتقای کیفیت خدمات نیز می‌گردد. بر این اساس توجه بیشتر به تأمین پایدار منابع مالی طرح جهت اطمینان از تداوم طرح، توصیه می‌شود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد برای تبیین اثرات مثبت و منفی اجرای طرح تحول سلامت در کشور، ضمن بهره‌گیری از نظرات تخصصی تمام گروه‌های ذی‌نفع در بیمارستان، مطالعات بیشتری در این زمینه به صورت میدانی در نظام سلامت انجام گیرد. نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل‌ها و افزایش بازرسی‌های میدانی و تقویت نظام مدیریت بیمارستانی، می‌تواند زمینه اجرای موفقیت‌آمیز این طرح را فراهم آورد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از مشارکت مدیران و رؤسای بیمارستان‌های مورد مطالعه تشکر می‌نمایند. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر به صورت سخنرانی در همایش بین‌المللی تحول پایدار سلامت، رویکردها و چالش‌ها که ۵ تا ۷ اسفند ماه ۱۳۹۳ در اصفهان برگزار شد، ارایه گردید.

افزایش پاسخگویی نظام درمانی

مشارکت بیمارستان‌ها در پاسخگویی بهتر و بیشتر به نیازهای سلامت افراد، شاخص کلی پاسخگویی را افزایش می‌دهد. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که اجرای طرح تحول نظام سلامت، پاسخگویی بیمارستان‌ها را با وجود عدم اجرای تعهدات سازمان‌های بیمه‌ای افزایش داده است. یکی از شرکت کنندگان در این باره چنین بیان نمود که «علیرغم تعهدات رسمی این شرکت‌ها به مبادی قانونی ذریع، کماکان از عمل به تعهدات خود سر باز می‌زن که خود عامل چالش برانگیز برای بیمارستان‌ها و وزارت بهداشت می‌باشد. بیمارستان‌ها به تعهدات خویش در برابر طرح تحول سلامت پایبند هستند» (م. ۹).

افزایش درآمد بیمارستان

مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند اجرای طرح تحول باعث انتقال بیماران از بخش خصوصی به سوی بخش دولتی شده، همین امر بهبود عملکرد مالی بیمارستان‌ها را رقم زده است. به گفته یکی از مشارکت کنندگان: «با اجرای طرح تحول، درآمد بیمارستان ما افزایش و بهبود یافته است» (م. ۲). شرکت کننده دیگری چنین بیان نمود که «این طرح با حذف برخی از درآمدهای بیمارستان‌ها مخصوصاً بیمارستان‌های خصوصی، آن‌ها را با چالش‌های مالی روبرو کرده است. مثلاً کاهش درآمد اتاق عمل از اعمال جراحی و یا قطع درآمد بیمارستان از ریکاورای که به پزشکان بیهوشی تعلق گرفته» (م. ۱۸).

بحث

طرح تحول نظام سلامت، به عنوان یکی از برنامه‌های اصلاحی نظام سلامت کشور، با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات در کشور اجرا شد. اجرای این طرح همانند هر طرح تحولی دیگر دارای اثراتی است که آگاهی از آن‌ها می‌تواند سیاست‌گذاران و مسؤولان اجرایی را در تداوم بهتر طرح کمک نماید.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای طرح تحول سلامت در بخش درمان، اثرات مثبتی بر عملکرد مراکز مجری طرح داشته است. مشابه یافته این مطالعه، Shen و همکاران نیز، اثرات اجرای طرح تحول سلامت بر عملکرد بیمارستان‌ها در کشور چین را طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۵ ارزیابی کردند و نشان دادند سیاست اصلاحات سلامت جدید اثرات مثبت بر عملکرد بیمارستان و کاهش بار اقتصادی بیماران داشته است (۲۰). مطالعه Anderson و Catchlove هم نشان داد که اصلاحات بر برخی از حیطه‌های عملکردی بیمارستان‌های استرالیا اثرات مثبت بر جای گذاشته است (۲۱). با توجه به این که طرح تحول سلامت به تازگی در کشور انجام شده است، هیچ گونه مطالعه داخلی در این زمینه یافت نشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم این پژوهش، بهبود رضایتمندی بیماران و وضعیت مالی مراکز مجری طرح تحول سلامت بود. این یافته نیز با شواهد قبلی (۲۲) همخوانی داشت. در این شواهد افزایش رضایتمندی بیماران و ارتقای

References

1. McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health Policy* 1996; 35(2): 155-77.
2. McPake B, Banda EE. Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy Plan* 1994; 9(1): 25-30.
3. Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *Int J Health Plann Manage* 2011; 26(3): e121-e137.
4. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Dev* 1995; 7(3): 329-47.

5. Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy Plan* 1998; 13(1): 32-40.
6. Akin J, Birdsall N, de Ferranti DM. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington, DC: World Bank Publication; 1987.
7. Preker A, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. Washington, DC: World Bank Publications; 2003.
8. Preker AS, Carrin G. Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing. Washington, DC: World Bank Publications; 2004.
9. Preker AS. Public ends, private means: strategic purchasing of health services. Washington, DC: World Bank Publication; 2007.
10. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy Plan* 1994; 9(3): 237-51.
11. Bloom DE, Canning D. Policy forum: public health. The health and wealth of nations. *Science* 2000; 287(5456): 1207-9.
12. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 58.
13. Mataria A, Khatib R, Donaldson C, Bossert T, Hunter D, Alsayed F, et al. The health-care system: an assessment and reform agenda. *The Lancet* 2009; 373(9670): 1207-17.
14. Mills A. Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: bureaucratic versus market approaches. London, UK: Health Policy Unit; 1995.
15. Hanson K, Atuyambe L, Kamwanga J, McPake B, Mungule O, Ssengooba F. Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy. *Health Policy* 2002; 61(1): 73-94.
16. London School of Hygiene and Tropical Medicine. The mystique of markets: public and private health care in developing countries. London, UK: Department of Public Health & Policy; 1991.
17. Castaño R, Bitran R, Giedion U. Monitoring and evaluating hospital autonomization and its effects on priority health services. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates; 2004.
18. Meessen B, Hercot D, Noirhomm M, Ridde V, Tibouti A, ashobya CK, et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan* 2011; 26(Suppl 2): ii16-ii29.
19. National Institute of Health Research. The report of evaluation of health reform in treatment section [Online]. [cited 2014 Oct]; Available from: URL: <http://nih.tums.ac.ir/wp-content/uploads/2015/04/file3.pdf>
20. Shen JJ, Zhou S, Xu L, Chen J, Cochran CR, Fisher ER, et al. Effects of the new health care reform on hospital performance in China: a seven-year trend from 2005 to 2011. *The Journal of Health Care Finance* 2014; 41(1): 1-14.
21. Anderson T, Catchlove B. Health and hospital reform in Australia--a local health district's perspective. *World Hosp Health Serv* 2012; 48(3): 21-4.
22. Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan* 2002; 17(1): 14-31.
23. Molla M, Berhe A, Shumye A, Adama Y. Assessment of adult patients' satisfaction and associated factors with nursing care in Black Lion Hospital, Ethiopia; institutional based cross sectional study, 2012. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2014; 6(4): 49-57.
24. WHO Task Force on Health Economics. The effects of international trade liberalization on the health of the poorest population groups: annotated bibliography. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.
25. The World Bank Group. Universal health coverage for inclusive and sustainable development [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development>
26. Zhang W, Navarro V. Why hasn't China's high-profile health reform (2003-2012) delivered? An analysis of its neoliberal roots. *Critical Social Policy* 2014; 34(2): 175-98.
27. Abel-Smith B, Office for Official Publications of the European Communities. Choices in health policy: an agenda for the European Union. Hanover, NH: Dartmouth College; 1995.
28. Akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors. *J Anesth Pain* 2014; 5(1): 1-2. [In Persian].
29. Berman PA. Rethinking health care systems: private health care provision in India. *World Development* 1998; 26(8): 1463-79.
30. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part I--a new development in health? *Bull World Health Organ* 2000; 78(4): 549-61.
31. Caulfield JL. The politics of bureau reform in sub-Saharan Africa. *Public Administration and Development* 2006; 26(1): 15-26.

An Assessment of the Positive Effects of Health Reform Plan Implementation from the Perspective of Hospital Directors*

Haniyeh Sadat Sajadi¹, Rouhollah Zaboli²

Original Article

Abstract

Introduction: The health system reform plan is currently being implemented in Iran due to the emphasis of health policy makers and planners on the financial protection of patients, equity in access to health services, and improvement of the quality of hospital services. This study aimed to investigate the positive effects of health reform plan from the perspective of hospital directors.

Methods: This qualitative cross-sectional study was conducted in December, January, and February of 2015. Semi-structured interviews were used for data collection. The participants were selected through purposive sampling from among hospital directors and managers in Tehran, Iran. The content of 18 interviews were audio-typed, transcribed, coded, and then, analyzed using NVivo software.

Results: The positive effects of health reform plan implementation were categorized into 8 themes and 21 sub-themes. The main themes were insurance coverage of patients in need of healthcare, performance indicators improvement, hospital management system modification, interhospital referral system improvement, improvement of patient payments control and management, improvement of selected quality indicators, increased health system accountability, and increased hospital income.

Conclusion: Implementation of the health reform plan in Iran may result in the increasing of patient satisfaction and improving of health services quality if sustainable financial resources can be provided for the plan.

Keywords: Assessment; Health Reform; Managers; Hospitals; Iran

Received: 18 Apr, 2014

Accepted: 7 Feb, 2016

Citation: Sajadi HS, Zaboli R. **An Assessment of the Positive Effects of Health Reform Plan Implementation from the Perspective of Hospital Directors.** Health Inf Manage 2016; 13(1): 55-60

* This article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Health Services Management, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: ouhollah.zaboli@gmail.com