دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و دوم، شماره ۶، صفحه ۴۳۱ - ۴۱۵ (بهمن و اسفند ۱۳۹۸)

Iran South Med J 2020; 22(6): 415-431

چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت در بوشهر: یک مطالعه کیفی

مریم روانی‌پور (PhD)[۱و۳*]، افشین استوار (MD ،PhD)[۲]، حسین دارابی (PhD)[۱]، شهناز پولادی (PhD)[۳**]

[۱] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] مرکز تحقیقات استئوپروز، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۳] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۲۷- پذیرش مقاله: ۹۸/۸/۱۱)

چکیده

زمینه: طرح تحول نظام سلامت در راستای برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه و به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت، علی رغم دستیابی به موفقیت‌های متعدد، در عمل با چالش‌هایی همراه بوده است. هدف مطالعه تبیین چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا با مشارکت ۳۸ نفر از ارائه دهندگان خدمات سلامت به صورت مبتنی بر هدف، به شیوه بحث گروهی متمرکز و مصاحبه نیمه ساختارمند در مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام پذیرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌صورت همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. دقت و صحت داده‌ها به روش‌های مختلف مورد تأئید قرار گرفت.

یافته‌ها: سه طبقه اصلی کاهش رضایتمندی، اشکال در زیرساخت‌ها و اشکالات نظام مدیریتی پس از تحلیل ۸۶۰ کد اولیه حاصل شدند. کاهش رضایت‌مندی از طبقات فرعی رضایت‌مندی اولیه و بروز نارضایتی؛ اشکال در زیرساخت‌ها از سه طبقه فرعی ابهام در قوانین بالادستی، ضعف در سیاست‌گذاری و فرهنگ‌سازی تغییر، و نداشتن پوشش همه جانبه طرح تحول؛ و اشکالات نظام مدیریتی از طبقات فرعی ضعف در برنامه‌ریزی، ضعف در مدیریت منابع انسانی و ضعف در اعمال نظارت تشکیل شده بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد عمده چالش‌ها ناشی از مشکلات مالی، اجرای سریع و در نظر نگرفتن شهرهای کمتر برخوردار در اجرای طرح بوده است. به منظور احیاء سریع طرح و دستیابی به اهداف مثبت و مفید آن، پیشنهاد می‌گردد بازبینی و اقدامات مؤثر به ویژه در حل مشکلات زیرساختی و مدیریتی به‌عمل آید.

واژگان کلیدی: چالش، خدمات سلامت، طرح تحول، نظام سلامت، مطالعه کیفی

[**] بوشهر، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

Email: Sh.pooladi@bpums.ac.ir
***ORCID:0000-0002-3421-4512**
****ORCID:0000-0002-9748-3285**

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

مقدمه

دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز، از مهم‌ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم‌های نظام سلامت کشورها است (۱). روند تغییرات تورم بخش عمومی و سلامت کشور طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ (طبق آمار بانک مرکزی ایران)، نشان می‌دهد به‌طور کلی میزان تورم بخش سلامت همواره بالاتر از بخش عمومی و توأم با نوسانات بوده است (۲). این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد. اگر چه در سال‌های اخیر نظام سلامت توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پیشرفت‌های چشمگیری در سطح کلی سلامت مردم و بالارفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما همچنان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالا دستی به‌ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های دولت یازدهم اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش ماهه از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ آغاز کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد تا بتدریج با همکاری خدمتگزاران عرصه سلامت تحقق سیاست‌های کلی رهبری و ارتقای مورد انتظار در نظام سلامت حاصل گردد (۳ و ۴).

مطالعات انجام شده در خصوص دیدگاه ارائه دهندگان خدمات درمانی در سیستم طرح تحول سلامت بیانگر این واقعیت است که علی‌رغم دستیابی به موفقیت‌های متعدد در راستای اهداف اجرای طرح همچون افزایش تعداد پزشکان مقیم در بیمارستان‌ها (۴) و رضایتمندی بیماران از کاهش میزان پرداختی (۵)؛ اجرای این طرح در عمل با چالش‌هایی در برنامه طرح تحول سلامت همراه بوده است، به گونه‌ای که بخش مهمی از سیستم طرح تحول سلامت با مشکلات قابل توجهی در ارائه خدمات مطلوب مواجه شده‌اند (۶). در این بین آنچه ضرورت اجرای موفق طرح را تضمین می‌نماید، توجه خاص به مشتریان داخلی یعنی ارائه کنندگان خدمات سلامت، پزشکان و پرسنل حوزهٔ درمان بویژه در بخش دولتی است (۷).

با توجه به اینکه نقشه طرح تحول نظام سلامت جهت دهنده کلیه فعالیت‌های نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ خواهد بود، اطمینان از حرکت درست بر اساس اهداف تعیین شده از دغدغه‌های سیاستگذاران نظام سلامت کشور می‌باشد. به‌علاوه، همانند هر طرح دیگر، این طرح نیز با مشکلاتی روبه رو بوده و البته برنامه‌ریزی آن نیز به گفته صاحب‌نظران دارای نقاط قوت و ضعف می‌باشد (۶ و ۸) که ضروری است مبتنی بر روش‌های علمی و اصولی این مشکلات به موقع شناسایی و مشکل‌گشایی شوند. از آنجایی که بسیاری از تجارب، ادراکات و عقاید افراد قابلیت کمی شدن ندارند، لذا روش‌های تحقیق کیفی که توصیفی غنی و درکی عمیق از پدیده‌ها و تجارب انسانی را فراهم می‌نماید، روش مناسب جهت تبیین دیدگاه‌های صاحبان تجربه می‌باشد (۹ و ۱۰). بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی بوشهر صورت پذیرفت.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی می‌باشد که در سال ۹۶-۱۳۹۵ به انجام رسید. تحلیل محتوا به‌عنوان یک روش تحقیق و یک ابزار اصولی معقول جهت توصیف کیفیت یک پدیده (۱۱) و همچنین یک روش تحلیل برای ایجاد استنباط‌های قابل قبول و تکرار شونده از اطلاعات و داده‌ها با هدف فراهم کردن دانش و آگاهی و بینش جدید، ارائه واقعیت و یک راهنمای عملی برای انجام کار است (۱۲).

مشارکت کنندگان از بین ارائه دهندگان خدمات در سیستم سلامت راغب به شرکت در پژوهش به صورت مبتنی بر هدف و با راهنمای بحث گروهی به تناسب موقعیت شرکت کنندگان، در خصوص دیدگاهشان نسبت به طرح تحول نظام سلامت انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند به روش بحث گروهی (Group Discussion) جمع‌آوری شدند. پس از اخذ مجوز اجرای مطالعه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، و به منظور جمع‌آوری اطلاعات پس از مرور منابع موجود و طی جلساتی متشکل از تیم تحقیق راهنمای سؤالات طراحی شد که نمونه‌هایی از آن به شرح زیر می‌باشد:

"نوع طراحی اجرای برنامه طرح تحول به این شکل را چگونه می‌بینید؟"، "روند اجرایی طرح در عمل به تجربه شما چگونه بود؟"، "نتیجه اجرای طرح را (منافع/معایب) چگونه می‌بینید؟"، "آینده این طرح را چگونه پیش‌بینی می‌کنید؟" به کار گرفته شد و سپس با تحلیلی که از صحبت‌های مشارکت کنندگان حین مصاحبه می‌شد از سؤالات ژرفکاوانه و پیگیر استفاده می‌گردید. به‌طور متوسط در هر گروه تعداد ۵ تا ۸ مشارکت کننده به‌صورت متجانس و افرادی که از یک صنف مشابه بودند جهت مصاحبه دعوت شدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با گروه‌های مختلف مشارکت کننده در ارائه خدمات سلامت در طرح تحول نظام سلامت آغاز شد. به منظور دسترسی به افراد صاحب تجربه بیشتر و غنی‌تر محقق با اطلاع دهندگانی که به نظر می‌رسید دارای بیشترین اطلاعات در این زمینه باشند تماس و دعوت به‌عمل آمد. به منظور دستیابی به حداکثر تنوع‌پذیری، از گروه‌های مختلف پزشکان عمومی شاغل در بخش‌های خصوصی؛ پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی تمام وقت و هیأت علمی و متخصصین ضریب K؛ مسئولین و مدیران پرستاری بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها؛ مسئولین اداری واحدهای مختلف بیمارستان‌ها؛ اعضاء هیأت علمی پایه (غیر بالینی) و نهایتاً کارشناسان بهداشت (مجموعاً ۳۸ نفر در ۶ گروه) برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. مصاحبه‌ها طبق پیشنهاد مشارکت کنندگان در یک اتاق مناسب یا سالن جلسات در بیمارستان‌ها یا دانشگاه صورت گرفت. قبل از آغاز مصاحبه، محققین ارتباط مناسب با شرکت کنندگان ایجاد کردند؛ پس از آن، اهداف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و ضبط مصاحبه به آن‌ها توضیح داده شد. تعداد مشارکت کنندگان، بستگی به اشباع داده‌ها داشت. اشباع داده‌ها عبارت است از اینکه ادامه جمع‌آوری داده‌ها، تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نشود. در تحقیقات کیفی، تکرار اطلاعات قبلی و تکرار تم‌ها یا نکات برجسته نشانه کفایت تعداد نمونه است (۱۳). معمولاً در مصاحبه‌های بحث گروهی برای شناسایی شایع‌ترین و بیشترین تم‌ها در یک مجموعه اطلاعاتی، ۳ گروه متمرکز کافی است (۱۴)؛ از دیدگاهی دیگر برای رسیدن به اشباع کدها داشتن ۴ گروه متمرکز در مطالعه کافی اعلام شده است (۱۵). مدت مصاحبه‌ها برحسب علاقه و تحمل مشارکت کنندگان تنظیم شد که به‌طور متوسط بین ۱ساعت و نیم تا دو ساعت بود. کلیه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

مصاحبه‌ها با موافقت شرکت کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده شد و تجزیه و تحلیل روی آن‌ها انجام گرفت. مصاحبه‌ها توسط سه نفر از اعضاء تیم تحقیق صورت گرفت. قابل ذکر است مصاحبه کنندگان هیچ نقش اجرایی در برنامه طرح تحول نظام سلامت نداشتند. حدود ۵ ماه (از دی ماه ۱۳۹۵ لغایت اردیبهشت ۱۳۹۶) زمان صرف انجام مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از رویکرد هسیه (Hsieh) و همکاران استفاده شد که شامل مراحل زیر است: ۱–پیاده‌سازی و آماده نمودن داده‌ها بلافاصله پس از انجام مصاحبه، ۲– خواندن مکرر متن برای رسیدن به درک کلی از آن و تعیین واحدهای معنایی، ۳– تعیین عنوان مناسب برای واحدهای معنایی (کدگذاری متن)، ۴– بازنگری مجدد کدها با مقایسه با متن، ۵– تعیین طبقات از طریق شباهت‌ها و تفاوت‌های دریافتی بین کدها و ترکیب کدهای مشابه باهم، ۶– بازنگری طبقات، ۷–تعیین محتوای نهفته یا همان درون مایه با استفاده از مقایسه طبقات با یکدیگر، و نهایتاً ۸– ارائه گزارش نهایی از تحلیل محتوای کیفی انجام گرفته (۱۶).

بنابراین محقق در این مرحله شروع به دست و پنجه نرم کردن با داده‌ها نموده و حسی از کل داده‌های تحقیق به‌دست می‌آورد. این کار با گوش دادن به توصیف‌های شرکت کننده‌ها شروع شده و با بازخوانی مکرر داده‌ها ادامه می‌یافت. محقق با غوطه‌ور شدن در داده‌ها به جملات و مفاهیم اصلی آن دست می‌یافت. در ابتدا متن مصاحبه خط به خط مرور شده تا داده‌ها به اجزاء معنادار کوچک‌تری شکسته شوند. تعداد زیادی واحد معنایی از مصاحبه‌ها و دست نوشته‌ها حاصل شد و سپس کدها و واحدهای معنایی که با یکدیگر تشابه داشتند پس از بازبینی بیشتر در هم ادغام شدند و کدهای مشخصی حاصل شد که پایه اصلی طبقات (محورهای نهایی) را تشکیل می‌داد (۱۰ و ۱۳).

از معیار لینکولن و گوبا (Lincoln & Guba)(۱۷) شامل اعتبار، قابلیت حسابرسی، قابلیت تأیید و قابلیت انتقال جهت تأمین اعتبار و پایایی داده‌ها استفاده شد. بدین‌منظور محقق درگیری مداوم با داده‌ها و موضوع تحقیق داشته به منظور کدگذاری، متن پاسخ‌ها چندین بار توسط محققین مطالعه شد تا درک کاملی از پاسخ‌ها حاصل شود؛ همچنین جهت انجام مصاحبه، مصاحبه کنندگان تعامل کافی و نزدیک با مشارکت کنندگان داشتند و نیز تجربه کار آن‌ها در دانشگاه شرایط مناسب‌تری برای پرسیدن سؤالات پیگیر و جستجوگرانه فراهم نمود. همچنین سعی شد در انتخاب افراد جهت مصاحبه، حداکثر تنوع نمونه‌گیری لحاظ گردد؛ به این منظور شرکت‌کنندگان از گروه‌های مختلف پزشک عمومی، متخصص هیأت علمی یا ضریب K، اعضاء هیأت علمی پایه، کارشناسان بهداشت، سرپرستاران و مدیران بخش‌های مختلف اداری بیمارستان و مدیران بیمارستان‌ها انتخاب شدند. کُدگذاری توسط دو نفر از تیم تحقیق انجام و سپس با یکدیگر مقایسه شد که درصد بسیار بالایی با یکدیگر همخوانی داشتند و در موارد اختلاف نظر پس از بحث به اتفاق نظر رسیدند. برخی کدهای حاصله در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت تا دربارهٔ ماهیت کدهای حاصله از متن اظهارنظر نمایند. همچنین برای افزایش قابلیت تأیید، پژوهشگران تلاش کردند که داده‌ها را با غنای کامل توصیف کنند و مراحل تحقیق و تصمیمات اخذ شده در طول آن را به‌طور دقیق ثبت و گزارش کنند تا در صورت نیاز امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. به منظور اطمینان از صحت داده‌ها از افراد آگاه و با تجربه در زمینه تحقیق کیفی خواسته شد تا متن مصاحبه‌ها و کدها و طبقات به‌دست آمده را مورد مطالعه و بازنگری قرار دهند، ضمناً از بازبینی متن و کدها توسط خود مشارکت کنندگان و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

اطمینان از درک مفهوم واقعی آن‌ها از صحبت‌هایشان نیز استفاده شد. به منظور تأمین قابلیت حسابرسی، کلیه مراحل کار به دقت ثبت و گزارش شد تا دیگر محققان علاقه‌مند در این زمینه امکان پیگیری آن را داشته باشند. قابلیت انتقال داده‌ها از طریق مصاحبه با مشارکت کنندگان مختلف، ارائه نقل قول‌های مستقیم آن‌ها و تبیین غنی داده‌ها انجام گرفت.

مطالعه حاضر با کد IR.BPUMS. Rec.۱۳۹۴. ۴۰ مورد تأئید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر قرار گرفته و نکات اخلاقی لازم در این پژوهش رعایت شده است. در ابتدای مصاحبه، شرکت کنندگان با هدف مطالعه آشنا شدند و رضایت آگاهانه کامل جهت مشارکت در مطالعه را ارائه کردند.

یافته‌ها

در مجموع ۳۸ نفر در قالب ۶ گروه متمرکز از گروه‌های مختلف پزشکان عمومی شاغل در بخش‌های خصوصی؛ پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های دولتی تمام وقت و هیأت علمی و متخصصین ضریب K؛ مسئولین و مدیران پرستاری بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها؛ مسئولین اداری واحدهای مختلف بیمارستان‌ها؛ اعضاء هیأت علمی پایه (غیر بالینی) و نهایتاً کارشناسان بهداشت در مصاحبه‌ها شرکت و به بیان دیدگاه‌های خود از طرح تحول نظام سلامت پرداختند.(جدول ۱)

جدول ۱) توصیف جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه

شماره گروه	نام گروه	تعداد اعضا در هر گروه	دامنه سابقه کاری به سال
۱	متخصصین عضو هیأت علمی بالینی یا ضریب K	۸	۴-۲۳
۲	مسئولین و مدیران پرستاری بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها	۸	۱۶-۲۴
۳	مسئولین واحدهای مختلف اداری بیمارستان‌ها	۶	۱۵-۲۵
۴	پزشکان عمومی مطب‌دار خصوصی	۵	۱۸-۲۴
۵	اعضاء هیأت علمی پایه	۶	۱۶-۲۵
۶	کارشناسان شاغل در مراکز جامع سلامت	۵	۱۰-۲۰

کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها منتج به استخراج ۸۶۰ کد اولیه گردید؛ پس از تحلیل، کدهای اولیه در ۳ طبقه اصلی دسته‌بندی شدند: الف- کاهش رضایتمندی، ب- اشکال در زیرساخت‌ها و ج- اشکالات نظام مدیریتی. کاهش رضایتمندی از طبقات فرعی رضایتمندی اولیه و بروز نارضایتی؛ اشکال در زیرساخت‌ها از طبقات فرعی ابهام در قوانین بالا دستی، ضعف در سیاست‌گذاری و فرهنگ‌سازی تغییر و نداشتن پوشش همه جانبه تشکیل شده بود. اشکالات نظام مدیریتی نیز از ضعف در برنامه‌ریزی، ضعف در مدیریت منابع انسانی و ضعف در اعمال نظارت حاصل شد (جدول ۲).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

جدول ۲) طبقات اصلی و فرعی استحصال شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت از طرح تحول نظام سلامت

طبقه اصلی	طبقه فرعی	کدهای ثانویه
کاهش رضایتمندی	رضایتمندی اولیه	رضایت دریافت کنندگان خدمات سلامت
		رضایت ارائه کنندگان خدمات سلامت
	بروز نارضایتی	افزایش حجم کاری
		حس بی‌عدالتی در پرداخت‌ها
		کاهش منابع مالی
اشکال در زیرساخت‌ها	ابهام در قوانین بالا دستی	
	ضعف در سیاستگذاری و فرهنگ‌سازی تغییر	مدیریت توقعات آحاد مردم
		نوع روابط با بیمه‌ها
		آماده‌سازی کلیه پرسنل درگیر در اجرای طرح
	نداشتن پوشش همه جانبه‌ای طرح تحول	
اشکالات نظام مدیریتی	ضعف در برنامه‌ریزی	ضعف در تنظیم اهداف
		ضعف در تنظیم راهبردهای تغییر
	ضعف در مدیریت منابع انسانی	ضعف در توزیع مناسب/مطلوب نیروها
		کم‌توجهی به نقش حمایتی نیروهای پشتیبانی
	ضعف در اعمال نظارت	ضعف در نظارت بر حسن اجرای تعهدات و فرایندهای اداری
		ضعف در نظارت بر کیفیت خدمات
		ضعف در انگیزش شغلی

۱- کاهش رضایتمندی

از دیدگاه اکثر گروه‌های شرکت کننده در مطالعه اجرای طرح تحول سلامت ضرورت داشته و در مرحله ابتدایی اجرا، موجبات رضایت‌مندی هم در ارائه دهندگان و هم در گیرندگان خدمات سلامت گردیده بود؛ ولیکن با ادامه زمان اجرای طرح تحول و با رخداد مشکلات متعدد، نارضایتی در ابعاد مختلف در افراد پدید آورد و به کاهش رضایتمندی تبدیل شد. به‌عبارتی، طرح در ابتدای یک سال و اندی از شروع اجرا به‌دلیل دریافت‌های مالی و تجهیزاتی خوب، در دوران ماه عسل خود قرار داشت و موجب رضایتمندی دریافت کنندگان خدمات سلامت به‌دلیل کاهش هزینه خدمات درمانی و همچنین افزایش دسترسی به خدمات و تأمین دارو و تجهیزات شده بود. یکی از سرپرستاران عنوان نمود: "اجرای طرح تحول برای بیمار قطعاً بهتر بوده، چون اصلی‌ترین دغدغه او که مسئله پرداخت‌ها بوده حل شده، مثلاً ما بیمار داشتیم که هزینه جراحی قلب او هجده میلیون تومان بوده است الان با یک میلیون و هشتصد هزار تومان این عمل انجام داد. بیمار فقط بستری می‌شود که عمل را انجام دهد کاری به تجهیزات و داروها و غیره ندارد. به نظرم این نمود خوبی برای بیمار بوده است. ولی مشکلات گریبان ما است." *مشارکت کننده هفتم، گروه دوم* در مجموع به گفته مشارکت کنندگان در مطالعه، نارضایتی از طرح تحول سلامت از طبقات فرعی افزایش حجم کاری، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها و کاهش منابع مالی بروز پیدا کرد؛ که علی‌رغم رضایت نسبی اولیه از اجرای طرح تحول، مطرح کننده نوعی کاهش رضایتمندی در مجموع بود. بعد از اجرای طرح تحول و استقبال قابل توجه بیمار و پزشک به سیستم درمان، عملاً حجم کار نسبت به تعداد پرسنل افزایش زیادی پیدا کرد که پس از کاهش توانایی سیستم در پرداخت به موقع حقوق و مزایا موجبات نارضایتی ایجاد نمود. از طرفی اعتقاد برخی مشارکت

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

کنندگان به وجود تفاوت در دریافتی بین پزشکان دولتی و تأمین اجتماعی، احتمال انحراف برخی بسته‌های مالی مربوط به پرسنل به سایر بخش‌های طرح تحول، اختلاف قابل توجه بین حقوق پزشکان با پرستاران و سایر کارکنان بیمارستانی و مراکز بهداشتی، از موارد مطرح کننده نارضایتی بود. به گفته بیشتر مشارکت کنندگان نارسایی در تأمین بودجه و ضعیف شدن بدنه مالی دانشگاه موجب تحمیل بار سنگین مالی به بیمارستان‌های دولتی شده؛ در نتیجه تأخیر زیاد در پرداخت هزینه‌ها، کارانه‌ها و مقیمی‌ها رخ داد. از طرفی به گفته مشارکت کنندگان فشار مضاعف برخی شرکت‌های تجهیزاتی، کاهش شدید لوازم و تجهیزات پزشکی مورد نیاز متخصصین را به دنبال داشت؛ و بیمارستان‌های دولتی (وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی) را بشدت بدهکار کرد.

۲- اشکال در زیرساخت‌ها

این طبقه از طبقات فرعی ابهام در قوانین بالا دستی، ضعف در سیاست‌گذاری و فرهنگ‌سازی تغییر، و نداشتن پوشش همه جانبه تشکیل شده بود.

به گفته برخی مشارکت کنندگان، ناهماهنگی بین قوانین بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت و بیمارستان‌های سایر ارگان‌ها مانند تأمین اجتماعی، ضرورت ایجاد وحدت رویه بین مراکز مختلف به‌لحاظ پرداخت هزینه آزاد و ارائه همه خدمات درمانی مهم تلقی شده بود. از طرفی ضرورت ایجاد دستورالعمل مشخص و ترجیحاً یکسان برای همه بیمه‌ها، ضرورت مشخص‌تر شدن مسیر پرداخت مالیات، همچنین ضرورت هماهنگی بیشتر بین بیمه‌ها، سازمان‌های بیمه‌ای، وزارتخانه‌های رفاه و بهداشت؛ نیاز به بازتعریف نقش بیمه‌ها به ویژه در مواردی چون ضرورت حذف ارتباط پولی بین بیمار و پزشک و به‌عبارتی به‌حداقل رساندن ارتباط بیمار با سیستم‌های پرداختی مطرح گردید. یکی از اساتید علوم پایه در این رابطه بیان کرد: " هزینه درمان من را باید بیمه پرداخت کند چون من دارم حق بیمه پرداخت می‌کنم. من نمی‌گویم بیمه صد در صد شود ولی باید بگونه‌ایی باشد که باعث شود ارتباط من با سیستم پرداختی به حداقل برسد." *مشارکت کننده چهارم، گروه پنجم* از دید شرکت کنندگان، طرح تحول با سرعت اجرایی شد. نیاز به فرهنگ‌سازی کافی در سطح جامعه و آماده‌سازی بیشتر برای مسئولین، پرستاران، سایر کارکنان، پزشکان و حتی آحاد مردم بود. بسیاری از کارکنان در ابتدای اجرای طرح با آن آشنا نبوده و دچار سردرگمی و ابهام شده بودند. بهتر بود ضمن ارائه آموزش‌های لازم، فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی شفاف تخصصی و عمومی به صورت مکرر برای تک‌تک اهداف اصلی طرح صورت می‌گرفت. یکی از خانم‌های کارشناس بهداشت گفت: "تبلیغات و آموزش مردم برای اجرای طرح کم بود. برای طرح به این بزرگی، تبلیغات و معرفی طرح کافی نبود. مثلاً نحوه اطلاع‌رسانی خدمات از طریق پیامک گاهاً مشکلاتی را برای ما در مراکز به‌وجود می‌آورد؛ در کل تغییر فرهنگ نیاز به برنامه‌ریزی، آموزش و زمان دارد." *مشارکت کننده سوم، گروه ششم* شرکت کنندگان این طرح را پوشش دهنده کلیه ذینفعان نمی‌دانستند و اشاره داشتند طرح به انتظارات پرسنل مراکز جامع سلامت یا پرسنل بیمارستان به ویژه پرستاران در مقابل انتظارات مردم (بیماران) و پزشکان متخصص کمتر توجه داشته است. یکی از پزشکان عمومی نیز توضیح داد: "اصلاً یک سری افراد مثل پزشکان عمومی را در این برنامه طرح تحول بخوبی ندیده‌اند. واقعاً پزشکان عمومی در یک سیستم فشار و منگنه‌ایی هستند که هیچ راهی نیست. " *مشارکت کننده دوم گروه چهارم* از دیگر اشکالات در خصوص نداشتن پوشش همه جانبه طرح، در نظر نگرفتن شرایط پزشکان در شهرهای کمتر برخوردار، در نظر نگرفتن ضریب

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

کاری برای خدمت پزشکان و ناتوانی شهرستان‌های با کمبود متخصص در اجرای همه اصول و جوانب طرح و حتی کم دیده شدن برخی تخصص‌ها مثل رادیولوژیست‌ها یا داروسازان در برنامه‌ریزی برای طرح تحول بود. یکی از مدیران بیمارستان گفت: " از نظر من شاید بهتر بود این طرح محدودتر اجرا می‌شد. شاید بهتر بود این طرح در استان‌های کمتر برخوردار مثل بوشهر و غیره. انجام می‌شد. پزشک متخصصی که می‌آید بوشهر امکانات رفاهی ضعیف است، وقتی من خودم را با کسی که وسط شهر بزرگ و برخوردار است مقایسه می‌کنم معلوم است که ترجیح می‌دهم پس از اتمام طرح از اینجا بروم. در صورتی که پرداختی من و پزشکی که در آن شهر است یکسان است. برای پزشکی که قرار است مبالغ نامتعارف چند میلیونی بگیرد فکر می‌کنید آیا برای او فرقی دارد که مقیمی به او بدهند یا نه. پس چه بهتر بود که ابتدا در چهار استان کمتر برخوردار این طرح انجام می‌شد که نیرو خودش از استان‌های بزرگ به مناطق کمتر برخوردار بیاید." *مشارکت کننده چهارم، گروه سوم.*

۳- اشکالات نظام مدیریتی

مشارکت کنندگان در این مطالعه در مجموع به سه طبقه فرعی مؤثر در بروز اشکالات نظام مدیریتی برنامه طرح تحول نظام سلامت تحت عناوین: ضعف در برنامه‌ریزی، ضعف در مدیریت منابع انسانی و ضعف در اعمال نظارت اشاره داشتند.

از دیدگاه مشارکت کنندگان ضعف در برنامه‌ریزی، خود از ضعف در تنظیم اهداف طرح و ضعف در تنظیم راهبردهای تغییر ایجاد شده بود. در راستای تنظیم اهداف طرح به گفته شرکت کنندگان در مطالعه باید از زوایای مهم به بررسی همه جانبه و نیازسنجی پرداخته می‌شد. یکی از متخصصین هیات علمی در بالین بیان کرد: " به نظر من بهترین حالت این بود که این طرح در یک الی دو استان به صورت پایلوت انجام می‌شد، ضعف‌های طرح را بیرون می‌آوردند و آن را حل می‌کردند و بعد به تمام کشور تسری می‌دادند. الان یک هزینه بسیار بزرگی بر روی دولت تحمیل شده است. کلیت طرح یک طرح خوب بود و باعث رضایتمندی مردم شد ولی برای ما ارائه دهندگان خدمت روز به روز کاهش انگیزه ایجاد می‌کند و خروج اساتید از دانشگاه‌ها را به دنبال داشته است." *مشارکت کننده دوم، گروه اول.*

یکی از فوق تخصص‌های هیأت علمی نیز گفت: " این طرح خیلی ایده آل و خوب بود برای شرایطی که ذخیره مالی خوب باشد. مردم واقعاً حق داشتند از سیستم‌های حمایتی و بیمه‌ها استفاده کنند. این را باید از قبل کارشناسی می‌کردند و همان‌طور که همکارم فرمودند اعمال جراحی و پروتزها مشکل‌دار بودند می‌توانستند روی این موضوعات تمرکز کنند لازم نبود اورژانس تا این حد شلوغ باشد. این طرح ضرورت داشت ولی تعدیل شده." *مشارکت کننده پنجم، گروه اول* ضعف در تنظیم راهبردهای تغییر نیز از دیگر عوامل ایجاد اشکال در برنامه‌ریزی عنوان شد. به عقیده شرکت کنندگان باید برای چنین برنامه‌ای بازنگری سالیانه و زمان‌بندی منظم و دقیق جهت تعیین شاخص‌ها و نحوه نظارت بر فرایند اجرای طرح و راهبردهای تغییر تنظیم می‌شد و با شرایط موجود به ویژه ضعف در تأمین بودجه مورد نیاز، لاجرم اجرای طرح نیاز به تغییر و اصلاح برخی راهبردهای خود دارد.

ضعف در مدیریت منابع انسانی خود از ضعف در توزیع مناسب و مطلوب نیروها و نیز بی‌توجهی به نقش حمایتی نیروهای پشتیبانی در تحقق اهداف طرح حاصل شده بود. به‌عنوان مثال به از دست دادن تعدادی نیروهای پرستاری ماهر به‌دلیل اشکالات طرح و یا به شیوه توزیع مناسب

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

نیروهای ماهر و جذب نیروهای متخصص بویژه در شهرستان‌ها اشکالاتی مطرح بود. یکی از مدیران بیمارستان می‌گوید: " در یکی از بازدیدهایم متأسفانه دیدم درمانگاه تعطیل شده؛ به بهانه‌های مختلف نگهبان درمانگاه می‌گفت پزشک نیست. آیا آخر این طرح اینگونه بود؟ شما مگر در روز چقدر می‌توانید پاسخگو باشید و چقدر می‌توانید ناراحتی و عصبانیت بیمار یا همراهانش را آرام کنید؟" *مشارکت کننده اول، گروه سوم* یا یکی دیگر از مشارکت کنندگان بیان کرد: " بعضی از پزشکان ما کاملاً درمانگاه را ترک کرده‌اند. پزشک یک تعداد محدودی بیمار می‌بیند، خیلی از پزشکان یک روز در هفته می‌آیند، آمار خیلی پایین آمده است. "*مشارکت کننده دوم، گروه دوم* ضعف در اعمال نظارت از ضعف در نظارت بر حسن اجرای تعهدات و فرایندهای اداری، ضعف در نظارت بر کیفیت خدمات و ضعف در انگیزش شغلی حاصل شده بود. مشکلات ناشی از وجود واسطه‌ها و ضعف عملکرد بیمه‌ها و ضرورت قدرت‌بخشی به آن‌ها در به استاندارد رساندن خدمات به ویژه خدمات پاراکلینیک، استفاده بخش خصوصی از تعرفه‌ها و قوانین از موارد ضعف در نظارت بر حسن اجرای تعهدات بود. مشارکت کنندگان به تفصیل به ضعف در شفافیت و نظارت ناکارآمد بر کانال‌های پرداخت هزینه‌ها، ضرورت هدفمند کردن فرایند پرداخت هزینه و اخذ وجه بین بیمار و پزشک، نظارت وکنترل فرایند اخذ زیر میزی، و نیز جلوگیری از هزینه تراشی‌های اضافی توسط برخی متخصصین و نیز ضرورت کنترل درآمدزایی‌های نامتعارف برخی از اعضاء تیم درمان اشاره داشتند. ضعف در نظارت بر کیفیت خدمات عامل مؤثر دیگری بر ضعف در اعمال نظارت بود. از دیدگاه مشارکت کنندگان مدتی پس از اجرای طرح تحول به‌دلایل مختلف شخصی یا اداری تجهیزاتی، تغییر جهتی از طرف برخی پزشکان به‌ویژه جراحان از بخش‌های دولتی به مراکز خصوصی یا تأمین اجتماعی رخ داد که در نهایت منجر به ارائه خدمات با کیفیت بالاتردر این مراکز و به تبع آن مراجعه بیشتر گروهی از مردم به این مراکز جهت دریافت خدمات بهتر و با کیفت شد. یکی از سرپرستاران می‌گفت: "قبلاً ما می‌آمدیم با بیمار مشورت می‌کردیم که بیمارستان می‌تواند فلان وسیله از شرکت‌های مختلف تهیه کند و قیمت‌ها را به آن‌ها می‌گفتیم، پس بنا به انتخاب بیمار آن وسیله مناسب را می‌خریدیم. ولی الان نمی‌توانیم از بیماران نظرخواهی کنیم؛ یعنی بیمارستان توان مالی خرید از هر شرکتی ندارد. حتی ما و پزشک نمی توانیم بگوییم کدام جنس را بخرید." *مشارکت کننده سوم، گروه دوم* ضعف در انگیزش شغلی نیز از کاهش انگیزه نیروها، کاهش تمایل به مسئولیت‌پذیری، حس اُفت شأن و کاهش کارایی حاصل شده بود. در بین صحبت‌های مشارکت کنندگان به ریزش نیروهای کارآمد، از خودگذشته و با انگیزه در بین اکثر طیف‌های شاغل در بیمارستان و امتناع برخی متخصصان جوان از عضویت هیأت علمی و خروج اساتید از دانشگاه و یا عدم تمایل و بی‌علاقگی به پذیرش مسئولیت در سطوح مختلف اداری اشاره شده بود. یکی از مدیران بیمارستان گفت: " این طرح نهایتاً یکسال توانست پزشکان را راضی نگه دارد. پزشک متخصص به محض اینکه طرحش تمام شد در شهرستان نمی‌ماند، یعنی هزینه برای ماندگاری هدر می‌رود. دوم اینکه پزشک هیأت علمی تمام وقتی که اینجا مشغول به کار است و یکسال است که به او کارانه نداده‌اند دیگر انگیزه‌ای برای هیأت علمی بودن ندارد. سوم اینکه به نظر من در این قضیه آموزش فدا شد. پزشکی که یک توقع آنچنانی برایش ایجاد می‌شود بعد به یکباره این قضیه قطع می‌شود خیلی راحت‌تر از من نوعی که از قبل در سیستم

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

بوده‌ام و تا استخوان‌هایم درد کشیده‌ام، فضا را رها می‌کند. انگیزه‌ای برای آموزش برایش نمی‌ماند."*مشارکت کننده سوم، گروه سوم*

بحث

طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت، در سه طبقه کاهش رضایتمندی، اشکال در زیرساخت‌ها و اشکالات نظام مدیریتی قرار داشت. شرکت کنندگان در مطالعه به اتفاق نظر، اجرای طرح تحول نظام سلامت را به ویژه از حیث ضرورت کاهش تحمیل هزینه سنگین درمان بر بیماران و نداشتن دسترسی مناسب به خدمات پزشکی و دارویی از ضروریات غیرقابل انکار برمی‌شمردند. بگفته داوری نیز پایین نگه داشتن تعرفه‌های بیمارستانی برای حفظ توان سازمان‌های بیمه‌گر، باعث فشار اقتصادی به بیمارستان‌های دولتی شده بود و حتی طرح خودگردان بیمارستان‌ها هم نتوانسته بود مشکلات بیمارستان‌های آموزشی را حل کند و مجدد فشار مالی مضاعف بر دوش مردم قرار داشت (۱۸). به‌علاوه در مطالعات نیز به اهمیت توجه به پرداخت از جیب مردم تأکید شده (۸)؛ و کمک به مردم در رهایی از سرگردانی جهت تهیه دارو و تجهیزات به‌عنوان اهداف محقق شده طرح معرفی شده است (۶). همچنین به ضرورت افزایش دسترسی و محافظت مالی مردم در اجرای طرح اشاره شده است (۱۹). بر این اساس در سایه تأمین مالی بودجه طرح بویژه در سال اول اجرا، درصد بالایی از این اهداف محقق شده؛ بنابراین با رضایتمندی گیرندگان خدمات سلامت مواجه بودیم. کمااینکه نتیجه مطالعات متعدد از یک سال اول اجرای طرح تحول در استان‌های مختلف کشور تأئیدی بر این یافته است. در مطالعه‌ای در نیمه اول سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران، کاهش هزینه پرداختی بیماران بستری و احساس گسترش عدالت در سلامت و افزایش رضایتمندی بیماران بستری گزارش شد (۵). همچنین میزان ارجاع مردم به سازمان‌های مردم نهاد (سمن)ها کاهش یافت (۲۰). در اصفهان نیز کاهش پرداخت از جیب مردم گزارش شد. اگرچه به دیدگاه نویسندگان علل افزایش هزینه و بار مراجعات بر بیمارستان ها نیز نیاز به بررسی دارد (۲۱). در مازندران نیز بیماران رضایت مناسبی در زمان بستری داشتند (۲۲). قلی‌پور در آذربایجان شرقی نیز به رضایت مردم از کاهش هزینه اشاره کرده و انتظار تداوم اجرای طرح را بیان کردند (۲۳). اما همانگونه که در یافته‌ها اشاره شده بود، تأمین مالی بودجه طرح به ویژه در مراکز درمانی از روال ثابتی برخوردار نبوده و با اُفت بودجه دریافتی و تأخیر در پرداخت به ارائه دهندگان سلامت از پزشکان گرفته تا سایر پرسنل و همچنین افزایش حجم کار بدون اضافه شدن فضا، تجهیزات یا تعداد پرسنل؛ ابعاد مختلفی از نارضایتی را به‌ویژه در ارائه دهندگان خدمات سلامت و پس از آن در گیرندگان خدمات موجب شد. قنبری و همکاران در مطالعه‌ای کیفی به چالش بار کاری زیاد، تبعیض در پرداختی‌ها و نارضایتی پرسنل پس از اجرای طرح اشاره کرد (۶). کرمانچی و همکاران نیز به نارضایتی مردم از کیفیت خدمات به‌علت مشکلات در فضای فیزیکی بیمارستان‌ها، تجهیزات و کمبود نیروی انسانی ارائه کننده خدمات اشاره داشتند (۱۹). در مطالعه‌ای در اهواز ۸۳/۱ درصد از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی از اجرای طرح ناراضی بودند و جالب اینکه ۳۵/۱ درصد از بیماران و ۳۵/۵ درصد از همراهان بیماران هم از اجرای طرح اظهار نارضایتی می‌کردند (۲۴). پرستاران بیرجند نیز به‌ویژه از شرایط کار و وضعیت حقوق و مزایایشان اظهار نارضایتی داشتند (۲۵).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

شرکت کنندگان مطالعه حاضر اشکالاتی را به نحوه تنظیم زیرساخت‌های اجرای طرح تحول وارد می‌دانستند. از جمله ابهام در قوانین بالادستی به ویژه در مشخص نبودن نحوه تأمین منابع مالی طرح و بروز ناتوانی در دولت در پرداخت به موقع بودجه مورد نیاز طرح به استان‌ها. همچنین به عدم هماهنگی بین قوانین مراکز دانشگاهی و غیردانشگاهی در نحوه و شرایط ارائه خدمات اشاره شده بود. اگرچه به گفته کرمانچی و همکاران و واعظی و همکاران سه هدف اصلی طرح تحول بر اساس اسناد بالا دستی حفاظت مالی مردم، عدالت در دسترسی و ارتقاء کیفیت خدمات می‌باشد (۴ و ۱۹)، اما از دیدگاه شرکت کنندگان در این مطالعه علی‌رغم مشخص بودن اهداف کلان طرح تحول، همکاری مالی مناسبی با وزارت بهداشت صورت نگرفته و حمایت مالی از طرح ناکافی بوده است. از طرفی اکثر بیمارستان‌های دولتی و مراکز جامع سلامت از مشکلات متعدد مثل کمبود فضای فیزیکی و تجهیزات مناسب و کمبود نیروهای ارائه کننده خدمات به‌ویژه پرستاران و مراقبین سلامت رنج می‌برند. قنبری نیز نبود زیرساخت‌های لازم اینترنت و زیرساخت‌های مشارکت‌های بین بخشی را از اشکالات طرح تحول برشمرد (۶). با این حال به نظر می‌رسد در قوانین بالادستی جهت طرح تحول سلامت نه تنها به این موارد با توجه به افزایش تعداد مراجعه به بیمارستان‌های دولتی و افزایش حجم کار توجه کافی نشده، متأسفانه بین قوانین حاکم بر بیمارستان‌های دولتی و تأمین اجتماعی یا سازمان‌های بیمه‌گر هماهنگی کافی به چشم نمی‌خورد. به‌علاوه تعدد سازمان‌های بیمه‌گر و مشکلات ساختاری آن‌ها از دیگر مشکلات بوده؛ ضمن اینکه قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۳ هنوز کامل اجرایی نشده است (۱۸). بهرحال اجرای طرح تحول نظام سلامت خود تغییری در روند پیشین ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شد و بی‌تردید باید قبل از اجرای چنین تغییر بزرگی، سیاستگذاری‌های لازم و فرهنگ تغییر در آحاد مردم اعم از ارائه دهندگان و هم دریافت کنندگان خدمات سلامت و هم در فرایندهای اداری خدمات صورت می‌پذیرفت. به گفته اکثر شرکت کنندگان در مطالعه، توضیحات لازم و آماده‌سازی ارائه کنندگان خدمات سلامت قبل از اجرای طرح بخوبی صورت نگرفته بود و نیاز به آمادگی و آشنایی بیشتر با طرح در ابتدای اجرای طرح بود. همچنین آماده‌سازی تجهیزات و ساختار فیزیکی جهت اجرای طرح کافی نبوده و حتی مردم به‌عنوان دریافت کنندگان خدمات سلامت در ابتدای طرح نه تنها بخوبی در جریان کامل و صحیح طرح قرار نگرفته بودند، حتی لازم بود جهت اصلاح فرهنگ استفاده از خدمات سلامتی آموزش‌های لازم به ویژه ازطریق رسانه‌های جمعی صورت می‌پذیرفت. در مطالعه قلی‌پور و همکاران در آذربایجان شرقی در سال۱۳۹۳، نُه ماه پس از اجرای طرح تحول ۷۹ درصد از اجرای طرح تحول اطلاع داشتندکه ۵۷ درصد از آن‌ها از طریق صدا سیما آشنا شده بودند (۲۳). همچنین در شرایطی که بیماران با کاهش شدید قیمت بستری و برخی خدمات درمانی دیگر مواجه شدند، این افزایش توقعات مشکلات بسیاری را به‌طور بالقوه و بالفعل برای سیستم سلامت به‌وجود آورد. به‌عنوان مثال مراجعه بیش از حد و غیرضروری برخی از مردم به متخصصان در درمانگاه‌های دانشگاهی و توقع اعمال نظرهای ناوارد به روند طبابت. بر همین اساس ضرورت ارتقاء سطح سواد سلامتی مردم در خصوص موارد اخذ خدمات سلامت در مطالعه دیگری نیز حاصل شده است (۶). به‌علاوه اجرایی کردن استانداردهای ویزیت و خدمات سرپایی، یکی از اهداف بسیار مهم است که به‌دلیل فراهم نبودن زیر ساخت‌های لازم از جمله فضا و آموزش فرهنگ عمومی هنوز محقق نشده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

است (۱۹). به گفته حیدریان و همکاران هم در صورت تداوم روند کنونی استقبال عموم از سیستم‌های خدمات سلامتی دولتی باعث افزایش توقع مردم و حتی افزایش انتظارات جامعه پزشکی بخاطر دریافتی بالا می‌شود (۲۱). پوشش همه جانبه‌ای ضعیف زیر ساخت‌های طرح یکی از اشکالات اجرای طرح تحول به گفته شرکت کنندگان بود. توجه کم طرح تحول نظام سلامت به حیطه‌های مختلف کاری دانشگاه علوم پزشکی؛ و حتی در مقایسه بین کارکنان و ارائه کنندگان خدمات سلامت، توجه بیش از حد به پزشکان و آنهم نه همه تخصص‌ها و یا کمتر دیده شدن پرستاران یا مراقبین سلامت نسبت به پزشکان یا حتی در قیاس به امتیازاتی که به مردم داده شده است؛ به‌عنوان یکی از اشکالات طرح در پوشش همه جانبه مطرح شد. در واقع تحلیل شده است افزایش توقع و انتظارات جامعه پزشکی و مردم در صورت تداوم روند کنونی می‌تواند باعث شکاف عمیق بین بیمه‌ها و بخش سلامت نیز شود (۲۱). توجه کم به شرایط بیمه‌ها و همچنین شرایط ناکارآمد استان‌ها، شهرستان‌ها و شهرهای کشور به‌لحاظ درجه و وضعیت برخورداری و اعمال یکسان طرح برای همه شهرها به ویژه برای شهرهای با تک متخصص، از دیگر اشکالات طرح عنوان شد. در حالی‌که به گفته شرکت کنندگان مطالعه بدنبال عدم تأمین به موقع پرداختی به متخصصان، عملاً درمانگاه‌های دانشگاهی کم رونق شده و این امر کیفیت آموزش را نیز تحت تأثیر قرار داده است. کرمانچی نیز دغدغه دانشگاه‌های جهان را افزایش کیفیت آموزش‌های درمانگاهی عنوان کرده (۱۹). از طرفی نعمت بخش نیز به تأثیرپذیری نظام‌های آموزشی، پژوهشی و بهداشتی از طرح اشاره کرده و در مطالعه‌ای در اصفهان نتیجه گرفت حدود ۶۷ درصد به آموزش و پژوهش در طرح تحول نظام سلامت بی‌توجهی شده است (۲۶).

به گفته شرکت کنندگان یکی از اشکالاتی که متوجه طرح تحول بود، اشکالات نظام مدیریتی و در راس آن ضعف در برنامه‌ریزی طرح تحول بود. لازمه اجرایی شدن طرح، صرف وقت چندین ساله جهت بررسی همه جانبه و تنظیم اهداف طرح، اجرای پایلوت طرح و یا شروع طرح با اقشار آسیب‌پذیر جامعه یا در شهرهای کمتر برخوردار و تعیین نقاط ضعف و قوت برنامه در پایلوت اولیه و سپس اجرای همگانی و کشوری طرح بود. در ضمن برای موارد بروز مشکلات، باید از قبل راهبردهایی برای تغییر برنامه دیده می‌شد در حالی که در عمل چنین نبوده و طرح بسرعت و با یک سیاست و برنامه ثابت اجرا شد. قنبری و همکاران نیز شتابزدگی در اجرای برنامه را یکی از معظلات طرح دانستند (۶). طبق گفته‌های واعظی و همکاران و کرمانچی و همکاران، طرح تحول پس از یک دوره شش ماهه مطالعه و با تأکید بر پزشک مقیم و نیز شناسایی دقیق سیمای سلامت کشور شروع شد (۴ و ۱۹).

در حالی که برای طرح پزشک خانواده به گفته کرمانچی و همکاران استان‌های فارس و مازندران پایلوت بودند (۱۹). از طرفی مدتی پس از اجرای طرح تحول و به‌دنبال مشکلات عدیده که عمدتاً ریشه در مشکلات مالی و تخصیص اندک بودجه به طرح رخ داد، با افزایش متوسط زمان اقامت بیماران به‌علل مختلف مشکلات اجتماعی بیماران، عدم مطلوبیت خدمات تخصصی، خراب بودن دستگاه‌های تشخیصی و غیره مواجه بودیم (۲۷). که راهبردی برای رفع این اشکالات و تغییرات وجود نداشت. اگرچه پرداخت کارانه، حق مقیمی یا سایر بندهای مرتبط با حق و حقوق مالی ناشی از طرح تحول مدتی پس از اجرا با مشکلات عمده‌ای مواجه شد؛ اما به گفته شرکت کنندگان در مطالعه اگر معیارهای مشخص و معینی برای مدیریت منابع انسانی وجود داشت، از

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

خروج نیروهای ماهر و کارکشته از سیستم جلوگیری می‌کرد. همچنین برخی قوانین از جمله اجازه مطب خصوصی برای متخصصان می‌توانست از خروج نیروهای متخصص از سیستم درمان جلوگیری کند (اگرچه این موضوع به بررسی‌های همه جانبه بیشتری نیاز دارد) چرا که یکی از عمده مشکلات مدیران مراکز درمانی رفع نیاز نیروهای انسانی متخصص بوده است یا گاهاً در شهرهای تک متخصص مشکلات عدیده‌ای را ایجاد کرده بود. به گفته اولیائی‌منش و همکاران طبق اسناد بالادستی یکی از اهداف اصلی طرح تحول ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بود (۲۸)؛ همچنین افزایش مقیمی به ویژه در روزهای تعطیل (۴) و افزایش دسترسی به پزشک در مناطق محروم (۱۹). به این ترتیب نظارت بر وضعیت مقیمی‌های ناکارآمد در بیمارستان‌ها و پرداخت به موقع جهت پایداری مقیمی ضروری می‌باشد (۴). اگرچه برنامه حضور متخصصان مقیم در بیمارستان‌ها، باعث بهبود شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال اول اجرای طرح شده بود (۲۹)، ولیکن ناکافی بودن زیرساخت‌های لازم برای اجرای برنامه حضور پزشک مقیم در بیمارستان، نظیر نیروی انسانی و تجهیزاتی از موانع جدی اجرای برنامه بوده است. ضمن اینکه در تدوین آیین‌نامه برنامه به نقطه نظرات دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها توجه کافی نشده است (۳۰). در مجموع ضعف در نظارت بر حسن اجرای تعهدات و نیز ضعف در نظارت بر کیفیت خدمات از یافته‌های مهمی بود که از مطالعه حاصل شد. شاید چنانچه نظارت مستمر و مرحله به مرحله کارآمدتری وجود داشت از خیلی از مشکلات زودتر جلوگیری می‌شد. حق‌دوست و همکاران نیز بر ضرورت لحاظ شاخص کلی و اهمیت پایش مرحله‌ای طرح تأکید داشتند (۸). قنبری و همکاران نیز لزوم نظرخواهی مکرر و ایجاد تغییرات لازم در طرح و برنامه و نظارت بر پرداخت‌ها و دریافت‌های مبتنی بر طرح را یادآوری شدند (۶). از طرفی افزایش هزینه درمان بسیاری از بیماران به‌علت هزینه‌های هنگفت آزمایشات پاراکلینیکی بوده (۱۹) و نیز برخورد با پدیده تعرفه‌های غیررسمی (زیرمیزی) در ابتدای اجرای طرح موفقیت نسبی داشت که متأسفانه در ادامه با مشکل مواجه شد (۳۱) که همگی ضرورت نظارت مستمر را متذکر می‌شوند. موافق با یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص تأخیر در برخی ویزیت‌ها مدتی پس از اجرای طرح، قلی‌پور در سال ۱۳۹۶ نیز عدم حضور به موقع بر بالین را گزارش نموده است (۲۳) که این امر نیز از ضروریات نظارت بر حسن اجرای برنامه می‌باشد. از طرفی بهتر است امر نظارت از طرف سازمان مستقل و دیگری بر صحت اجرای مراحل طرح اعمال شود. چرا که به گفته حیدریان و همکاران بین مأموریت وزارت بهداشت در طرح تحول و امر نظارت تناقض وجود دارد (۲۱). به‌علاوه، طبق گفته‌ها برخی مراکز خصوصی با استناد به تعرفه‌های جدید، استفاده‌های مالی بیشتری برای خود رقم زدند که این امر نظارت دقیق‌تر و بیشتری را می‌طلبد. حتی کیفیت خدمات ارائه شده چه در مراکز دولتی و چه انتقال خدمات به مراکز خصوصی نیز تحت تأثیر تأخیر در پرداخت واقع شده که ضرورت اعمال نظارت بر کیفیت خدمات را نیز مطرح نمود. علی‌رغم رضایت از طرح به‌ویژه در سال اول اجرای طرح و بیشتر بین پزشکان متخصص (برخی تخصص‌های خاص‌تر) به‌دلیل پوشش مالی و به موقع، ولیکن بدنبال تأخیر در پرداخت‌های پیش آمده و تحت تأثیر قرار گرفتن کیفیت تجهیزات و دستگاه‌های مختلف جهت انجام پروسیجرها، رضایت از طرح کاهش یافت و بدنبال کاهش انگیزه شغلی با خروج نیروهای ماهر و ارائه دهندگان خدمات

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

سلامت مواجه شدیم؛ و یا در مواردی در سایر پرسنل نوعی یأس و ناامیدی رخ داد. کرمانچی و همکاران نیز در گزارش خود به موفقیت طرح در سال اول در جذب و تمام وقت کردن پزشکان اشاره کرد (۱۹). بهبود مشوق‌های مالی و پرداخت به موقع از دیدگاه اولیائی‌منش و همکاران نیز عامل اصلی رضایت و ماندگاری در مناطق محروم مطرح شده است (۲۸). بی‌انگیزگی شغلی به‌دلیل مسائل مالی طرح تحول در مطالعه کیفی قنبری و همکاران نیز گزارش شد (۶).

عباسی و همکاران، نیز در مطالعه‌ای تحلیل نمودند احتمالاً علت نارضایتی پرستاران از حیطه حقوق و ترفیعات می‌تواند بدلیل همزمانی مطالعه با اجرای برنامه "طرح تحول نظام سلامت" در بیمارستان دانشگاهی و "طرح انگیزشی" در بیمارستان غیردانشگاهی و نوعی احساس تبعیض در پرستاران باشد (۳۲).

نتیجه‌گیری

ارائه دهندگان خدمات سلامت، طرح تحول نظام سلامت را در سه طبقه کاهش رضایت‌مندی، اشکال در زیرساخت‌ها و اشکالات نظام مدیریتی معرفی نمودند. در واقع در مقطع زمانی انجام مصاحبه‌ها به‌دلیل مشکلات عدیده، علی‌رغم هدف اولیه مطالعه مبنی بر تبیین دیدگاه‌های مشارکت کنندگان؛ عمده مصاحبه‌ها حول مشکلات و چالش‌های طرح واقع شد و مشخص گردید علی‌رغم موفقیت‌های اولیه طرح به ویژه در ابتدای اجرا ولیکن به‌دلیل مشکلات متعدد که عمدتاً ناشی از مشکلات مالی، اجرای سریع و در نظر نگرفتن شهرهای کمتر برخوردار در اجرای طرح بوده، باعث چالش‌های متعدد طرح تحول در وضعیت کنونی گردید. به منظور احیاء سریع طرح و دستیابی به اهداف مثبت و مفید آن، ضروری است بازبینی و اقدامات مؤثر به ویژه در حل مشکلات زیرساختی و مدیریتی به‌عمل آید. از جمله نقاط قوت مطالعه در نظر گرفتن دیدگاه طیف وسیعی از ارائه دهندگان خدمات سلامت از حوزه‌های مختلف درمان، آموزش و بهداشت بود. هرچند که به‌دلیل شروع طرح تحول با حوزه درمان و مسایل و مشکلات عمده گریبانگیر این بخش، عمده دیدگاه‌ها حول این حوزه قرار گرفت؛ اما می‌توان به صورت تخصصی‌تر به بررسی دیدگاه‌های سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت در حوزه‌های دیگر نیز پرداخت. از دیگر نقاط قوت این مطالعه استفاده از بحث گروهی جهت جمع‌آوری داده‌ها بود که این روش می‌تواند اطلاعات با کیفیت بالا و عمیق ایجاد کند. به‌علاوه، به‌دلیل همگن بودن گروه‌ها و شناخت پیشین اعضاء از یکدیگر، جو قابل اعتماد در جلسات برقرار بود و از آنجایی که به‌دلیل مسئولیت‌ها و حجم کاری، مشارکت کنندگان بخوبی در دسترس نبودند در نتیجه برای هر گروه فقط یکبار مصاحبه گروهی انجام شد که ممکن است تا حدودی اعتبار تم‌های استخراج شده را تحت تأثیر قرار داده باشد؛ اگرچه بیشتر تم‌ها در اکثر گروه‌ها تکرار شده بودند. به‌علاوه، روش آنالیز محتوای کیفی به‌علت ماهیت کیفی بودن مطالعه و نمونه‌گیری مبتنی بر اهداف دارای محدودیت‌هایی در تعمیم یافته‌ها بوده و صرفاً یافته‌های عمیقی از دیدگاه تعدادی از ارائه دهندگان خدمات سلامت را بیان می‌نماید. ضمن اینکه ممکن است به‌دلیل حساسیت موضوع مورد مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها به صورت ضبط صدا، مشارکت کنندگان از بیان کلیه نظرات خود امتناع نموده باشند. قابل توجه اینکه در زمان جمع‌آوری داده‌ها تعدادی از ارائه دهندگان خدمات سلامت از جمله همکاران اورژانس بیمارستان‌ها به‌دلیل نداشتن رضایتمندی از طرح، تمایلی به همکاری و شرکت در مصاحبه نداشتند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

سپاس و قدردانی

این مقاله تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از حمایت‌های ارزنده معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر از اجرای طرح و کلیه همکاران عزیز شاغل در بخش‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که صمیمانه در بحث‌ها مشارکت نموده و به بیان دیدگاه‌های خود پرداختند و انجام این مطالعه را ممکن ساختند تقدیر و تشکر نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Mohammadpour A, Motallebi MA, Bazeli J, et al. The Quality of Receiving Medical Services in the Society by People and the Factors that Impact on it. Ofogh Danesh 2002; 8(2): 27-31. (Persian)

2.Leaf Proposal Investigating Health Inflation, Before and After Implementation of Health System Transformation Plan.2016. Accessed 2019, at http://nihr.tums.ac.ir/upfiles/documents/307449585.pdf (Persian)

3.Emami Razavi SH. Health system Reform Plan in Iran: Approaching Universal Health Coverage. Hakim Health Sys Res J 2016; 18(4): 329-35. (Persian)

4.Vaezi H, Aghajani M, Rastegar M, et al. Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on the Presence of Specialist Physicians Residing in Public Hospitals Covered by Medical Universities: Results and Challenges. Hakim Health Sys Res 2017; 19(4): 238-47.

5.Omidi M, Hosseini M, Maher A. A Survey on Patients Satisfaction from Reducing Payment in Patients Admitted to the Health Care Plan. Hakim Health Sys Res J 2018; 20(4): 195-201. (Persian)

6.Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, et al. Health System Evolution Plan; a New Approach to Health Care Delivery: The Challenge Ahead. Hakim Health Sys Res J 2017; 20(1): 1-8. (Persian)

7.Akhondzade R. Health System Transformation Project, an Opportunity or a Threat for Doctors (Editorial). Anesthesiol pain 2014; 5(3): 1-2. (Persian)

8.Haghdoost AA, Mehrolhassani MH, Khajehkazemi R, et al. Monitoring Indicators of Iranian Health System Reform Plan. Hakim Health Sys Res J 2013; 16(3): 171-81. (Persian)

9.Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 3rd ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010, 1-470.

10.Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research Conduct: Critique and Utilization. 5th ed, USA: W.B Saunders, 2002.

11.Harwood TG, Garry T. An Overview of Content Analysis. Marketing Rev 2003; 3(4): 479-98.

12.Qualitative Content Analysis. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2000. (Accessed July 1, 2018, at http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385)

13.Holloway I, Wheeler S. The Nature of Qualitative Research: Development and Perspectives. Qualitative Research in Nursing.2nd ed. United States: John Wiley and Sons Ltd, 2002.

14.Guest G, Namey E, McKenna K. How Many Focus Groups are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. Field Method 2017; 29(1): 3-22.

15.Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

Many Interviews are Enough?. Qual Health Res 2017; 27(4): 591-608.
16.Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88.
17.Guba EG, Yvonna LS. Competing Paradigms in Qualitative Research. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage, 1994, 105-17.
18.Davari M. Economic Challenges of Iran Health System. J Health Inf Manage 2012; 7(8): 915-7. (Persian)
19.Kermanchi J, Aghajani M, Ghotbi M, et al. A Review of the Program to Improve the Quality of Visiting Services in Government Hospitals in Line with the Development of the Health System Through Focusing Its Achievements. Hakim Health Sys Res J 2017; 20(1): 54-63. (Persian)
20.Bromideh AA, Rezaei A, Boromand Rad H, et al. The Impact of Health System Reform Plan on NGOs's Activities in Health Sector. J Health Based Res 2017; 2(4): 355-68. (Persian)
21.Heydarian N, Vahdat SH. The Impact of Implantation of Health Care Reform Plan in Patients Pay Out of Pocket in Selected Public Hospitals in Isfahan. J Med Coun Iran 2015; 33(3): 187-94. (Persian)
22.Goudarzian AH, Sharif Nia H, Jafari H, et al. Inpatient Satisfaction with Health System Transformation Project in Mazandaran Educational Hospitals, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(136): 190-5. (Persian)
23.Gholipoor K, Izadi S, Azimzadeh S, et al. Patients' Perspectives Regarding Implementation of Health System Transformation Plan in the East Azerbaijan Province Hospitals. Depic Health 2017; 8(2): 88-96. (Persian)
24.Shariati A, Jamshidbeigi Y, Baraz Pardnjati S, et al. Assessment of Nurses, Patient Satisfaction, Patient Attendants in Educational Hospitals in Ahvaz City Health Development Plan in 2015. J Clin Nurs Midwifery 2017; 6(1): 9-18. (Persian)
25.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. J Rafsanjan Univ Med Sci 2017; 16(1): 61-72. (Persian)
26.Nematbakhsh M. Letter to Editor. Iran J Med Educ 2015; 15: 64-6. (Persian)
27.Dadgar R, Jahani M, Mahmoudi G. The Impact of Health System Reform Plan on the Hospital's Performance Indicators of Lorestan University of Medical Sciences. yafte 2017; 19(2): 93-102. (Persian)
28.Olyaeemanesh A, Manavi S, Aghajani M, et al. Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on Supporting the Survival of Physicians in Deprived Areas: The Results and Challenges. Hakim Health Sys Res 2017; 19(4): 228-37. (Persian)
29.Mousavi-Rigi SA, Dorahaki M, Ebrahimi S. Comparison of Performance Indices of Emergency Departments before and after Implementation of Specialist Residency Program under the Health Sector Evolution Plan in the Hospitals of Bushehr University of Medical Sciences, Iran. Health Inf Manage 2017; 14(5): 205-10. (Persian)
30.Abedi G, Malekzadeh R, Amirkhanlou A. Assessment the implementation of resident physician program in Mazandaran province. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 27(157): 181-93. (Persian)
31.Dehghan A, Mirjalili MR, Zare Mehrjardi MH, et al. Performance of Health Care System Reform Plan From the Perspective of University Hospitals Executives in Yazd Province in 2015. Manage Strat Health Syst 2016; 1(1): 43-9. (Persian)
32.Abbasi A, Bahreini M, Yazdankhah Fard MR, et al. Compare Clinical Competence and Job Satisfaction Among Nurses Working in Both University and Non-University Hospital in Bushehr 2015. Iran South Med J 2017; 20(1): 77-89. (Persian)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]

Original Article

Challenges of Health System Reform Plan in Bushehr: A Qualitative Study

M. Ravanipour (PhD)[1,3], A. Ostovar (MD, PhD)[2], H. Darabi (PhD)[1], Sh. Pouladi (PhD)[3**]*

[1] *The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

[2] *Osteoporosis Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[3] *Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

(Received 16 Feb, 2019 Accepted 2 Nov, 2019)

Abstract

Background: The health system reform plan was implemented by the Ministry of Health and Medical Education in accordance with the Fourth and Fifth Development Plan Acts in order to achieve public health coverage. Despite achieving many successes in the pursuit of the objectives of the plan, it has faced challenges. The purpose of the study was to determine the challenges of health system reform plan in the centers of affiliated to Bushehr University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This study was conducted with qualitative content analysis approach. A total of 38 healthcare providers were selected from centers affiliated with Bushehr University of Medical Sciences by purposive sampling method. Data was collected from semi- structured interviews in six focus group discussions, and analyzed simultaneously with data collection. Data accuracy and rigor were confirmed in various ways.

Results: The three main categories of decreased satisfaction, infrastructure problems, and management system weaknesses emerged after analyzing 860 initial codes. Decreased satisfaction emerged from primary satisfaction and dissatisfaction subcategories; infrastructure problems emerged from ambiguities in upstream laws, weaknesses in policy making and building culture of change, and lack of comprehensive coverage, and the management system weaknesses emerged from weaknesses in planning, weakness in human resource management, and weaknesses in supervisory practices.

Conclusion: It appears that the main challenges included financial problems, rapid implementation and failure to consider the less-favored cities in the implementation of the plan. In order to quickly revive the plan and achieve its positive and beneficial goals, it is recommended to revise the plan and take effective measures, especially in solving infrastructure and management problems.

Keywords: Challenges, Content Analysis, Health System, Health Services Reform Plan.

©Iran South Med J.All right sreserved

Cite this article as: Ravanipour M, Ostovar, A, Darabi H, Pouladi Sh. Challenges of Health System Reform Plan in Bushehr: A Qualitative Study. Iran South Med J 2020; 22(6):415-431

Copyright © 2020 Ravanipour, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

**Address for correspondence*: Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran Email: Sh.pooladi@bpums.ac.ir

*ORCID:0000-0002-3421-4512

**ORCID:0000-0002-9748-3285

Website: http://bpums.ac.ir

Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.29252/ismj.22.6.415]