

تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش سلامت

علی اکبر برومیده^{۱*}، علیرضا رضائی^۲، حسین برومند راد^۳، نرجس اعرابی^۴

• دریافت مقاله: ۹۵/۸/۲۱

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۱۱/۱۶

• پذیرش مقاله: ۹۵/۱۱/۲۰



چکیده

مقدمه: اجرای طرح تحول نظام سلامت برای بهبود و ارتقای نظام سلامت در کشور، فعالیت نهادها و سازمان‌ها، به ویژه سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) که در حوزه درمان فعال هستند را تحت‌الشعاع قرار داده است. سمن‌های فعال در بخش سلامت، یکی از بازیگران اصلی در بهبود عملکرد و ارتقاء کیفی نظام سلامت هستند. این مقاله تأثیر پیاده‌سازی طرح تحول نظام سلامت را بر این سمن‌ها نمایان می‌سازد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به شیوه مقطعی در بازه زمانی تابستان تا پاییز سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه آماری مورد مطالعه برای سنجش تأثیر طرح تحول سلامت بر سمن‌ها شامل ۹۱ نفر از کادر درمانی ۹ سمن فعال در حوزه سلامت بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ۲۷ سؤالی محقق ساخته بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: ۶۷/۹٪ از پاسخگویان معتقدند که در یک سال پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، ارجاع بیمار به آن‌ها کمتر شد. مهم‌ترین تأثیر اجرای این طرح بر سمن‌ها، صرفه‌جویی مالی بود. به‌علاوه این طرح تحول نظام سلامت بر توسعه خدمات درمانی، تخصیص منابع، تأمین تجهیزات و پیشگیری و ترویج سواد سلامت در سمن‌ها نیز تأثیر مثبتی داشته است. توسعه خدمات درمانی بیشترین همبستگی را با عوامل دیگر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای طرح تحول سلامت تأثیر مثبتی بر حجم کاری سمن‌های فعال در حوزه سلامت داشته و با تعامل سازنده بین مجریان این طرح با سمن‌ها، از پتانسیل موجود برای افزایش شانس موفقیت اجرای این طرح بهره گرفت.

واژگان کلیدی: سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، طرح تحول نظام سلامت، مدل‌سازی معادلات ساختاری، بخش سلامت

ارجاع: برومیده علی اکبر، رضائی علیرضا، برومند راد حسین، اعرابی نرجس. تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش سلامت. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۳۶۸-۳۵۵.

۱. کارشناس ارشد، عضو هیأت مدیره و مسئول تحصیل و آموزش، بنیاد همدلان کودک و نوجوان، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، دبیر مدارس تبریز، عضو داوطلب بنیاد همدلان کودک و نوجوان، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد، عضو هیأت مدیره و مؤسس، بنیاد همدلان کودک و نوجوان، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان امام خمینی (ره)، نبش کوچه ارجمند، پلاک ۱/۱۲۷۲، بنیاد همدلان کودک و نوجوان

Email: bromideh@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱-۶۶۳۸۶۱۹۶

مقدمه

به‌طور کلی سلامت، نداشتن بیماری نیست بلکه شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که از ابعاد و تعیین‌کننده‌های متعدد و عموماً پیچیده تشکیل شده است که تأمین آن نیازمند اتخاذ رویکرد کل‌نگر و همه‌جانبه است (۱). توسعه بخش سلامت امری فرابخشی (و حتی فراملی) است که چون هدف نهایی آن توسعه پایدار کشور با تکیه بر انسان سالم می‌باشد، لذا توجه به آن، وظیفه تمام ارکان جامعه مانند نهادهای دولتی، خصوصی و مردمی است (۲،۳). تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی آحاد جامعه در بالاترین سطح ممکن، وظیفه اصلی حاکمیت می‌باشد (۴، ۱). همچنین دست‌یابی به سلامت از مهم‌ترین تلاش‌های روزمره انسان‌ها است چرا که توسعه و رشد جوامع در گرو وجود انسان و جامعه سالم است. از این رو دولت‌ها متعهدند که همگان از خدمات سلامت باکیفیت بهره‌مند باشند (۵).

کانون توجه دولت‌مردان بر حفظ و ارتقای نظام سلامت برای همگان در سطح جامعه است تا ضمن ارتقای نظام سلامت، به نیازهای مردم و جامعه پاسخ مناسبی را ارائه نمایند (۶، ۲). نیازهای مردم و جامعه پیوسته تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، محیطی و ... تغییر می‌کند؛ بنابراین حاکمیت با شناسایی و کنترل عوامل کاهنده مخاطرات فردی و اجتماعی مؤثر بر سلامت، شیوه‌ها و ابزارهای لازم برای استقرار و ارتقاء سلامت در کل جامعه را مهیا می‌نمایند (۷، ۱).

سازمان‌های مردم نهاد (سمن‌ها) از گروه‌های کوچک مردمی تشکیل شده‌اند که با احساس مسئولیت نسبت به مسائل جامعه و به صورت

داوطلبانه برای حل مشکلات و تعالی جامعه اهتمام می‌ورزند. سمن‌ها در حوزه‌های مختلفی چون امور خیریه، کمک‌های بشردوستانه، تعدیل آسیب‌های اجتماعی، دفاع از محیط‌زیست و همین‌طور فعالیت‌های بهبود و توسعه فعال هستند که در کنار سایر بخش‌های دولتی و خصوصی فعال در جامعه منشأ خیر و برکت برای همگان می‌باشند (۸، ۹).

یک سمن گروه کوچکی از افراد داوطلب را شامل می‌شود که به‌طور منسجم و در چارچوب قانون به فعالیت خیرخواهانه خود برای مرتفع کردن نیازهای موجود در جامعه اعم از کمبود بهداشت، اعتیاد، تخریب محیط‌زیست و مواردی از این قبیل فعالیت می‌نمایند (۸، ۹). سمن‌ها به صورت غیردولتی، غیرانتفاعی (تجاری) و غیرسیاسی بوده و برای تحقق اهداف خود از ظرفیت مشارکت‌های مردمی بهره می‌گیرند (۱۱، ۱۰). سمن‌ها یکی از مجاری جذب سرمایه و انتقال فن‌آوری از کشورهای پیشرفته و ثروتمند به کشورهای توسعه نیافته و یا در حال توسعه می‌باشند (۱۴-۱۲، ۷).

علت اصلی گرایش سمن‌ها به مشارکت با بخش‌های دولتی، هم‌افزایی و تشریک مساعی برای پاسخ‌گویی به نیازمندان در راستای تحقق جامعه مدنی است. نتیجه این مشارکت و همیاری، شفافیت بیشتر در مدیریت دولتی، بهره‌برداری مناسب از ظرفیت‌های موجود و بسترسازی و تقویت زیرساخت‌های لازم برای توسعه همه‌جانبه جامعه، تأثیرگذاری بر تصمیمات و سیاست‌های حاکمیت، کاهش هزینه‌های دولت و افزایش مشارکت مردمی در برنامه‌های دولتی و در نهایت شکل‌گیری و ارتقای سرمایه‌های اجتماعی می‌باشد که از ارکان اساسی پیشرفت کشورها و توسعه و تعالی جوامع است (۱۵، ۱۰، ۸).

کمبود ظرفیت‌های لازم در دولت‌ها برای پرداختن به همه مسائل و مشکلات جامعه باعث گردیده تا دولت‌ها با کمک سمن‌ها و بهره‌گیری از ظرفیت‌های مردمی برای مشارکت در فرآیندهای توسعه‌ای کشور متفع گردند. کلید همکاری موفقیت‌آمیز دولت و سمن‌ها در هم‌پوشانی نقاط قوت و ضعف هر دو در کنار یکدیگر است (۱۶، ۱۲، ۷، ۶). چالش‌های سمن‌ها در کشورهای در حال توسعه پا برجا بوده و هنوز نگاه دولت‌ها به این بخش کم‌رنگ است (۱۷، ۱۶، ۹، ۸، ۲). وظایف متقابل سمن‌ها و دولت در خیلی از پژوهش‌های قبلی ارائه شده (۱۸، ۱۲، ۷، ۶) که خارج از موضوع این تحقیق بوده است.

حوزه سلامت یکی از این حوزه‌های مهم است که سمن‌ها از دیرباز در آن فعال بوده و نقش کلیدی و بسزایی در آن داشته‌اند. برای نمونه در کشور ایران، خیریه محک را به جرئت می‌توان نمونه موفق دانست که در حوزه مشاوره، تحقیق و درمان کودکان سرطانی در کشور فعال می‌باشد. در سطح بین‌المللی و در اغلب کشورها (مانند فیلیپین، کنیا، اتیوپی، ترکیه) نیز سمن‌ها تأثیر مثبتی در پیشبرد برنامه‌های سلامت ایفا نموده و یا در هند و بنگلادش برای اولین بار مفهوم داوطلبان سلامت و بهداشت رواج پیدا کرد که بعداً توسط سایر دولت‌ها به کار گرفته شد (۱۴-۱۱). همسو بودن سمن‌ها و بخش‌های دولتی در این حوزه نه تنها هم‌افزایی را ایجاد کرده بلکه ارتقاء رفاه و تعالی جامعه را نیز در پی داشته است (۱۳، ۶، ۴).

نظام سلامت عبارت است از افراد، سازمان‌ها و منابعی که با رویکرد تأیید شده در کنار یکدیگر قرار گرفته تا سلامت جمعیت تحت پوشش خود را ارتقاء داده و بر اساس فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن

ارتقای سلامت است به انتظارات منطقی مردم پاسخ دهند و از آن‌ها در برابر هزینه‌های نامطلوب محافظت نمایند (۱۸، ۱۷، ۱). ارتقای سلامت بر طراحی و اجرای برنامه‌ها و فرآیندهایی تأکید دارد که افراد سازمان‌ها را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود نظارت داشته و آن را ارتقاء دهند (۱۹، ۱۴، ۷). برنامه ملی طرح تحول نظام سلامت نیز بر مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر دلالت دارد که برای مقابله با یک یا چند مشکل مرتبط با حوزه سلامت و یا ارتقای آن طراحی و اجرا می‌شود (۱).

از ۱۵ اردیبهشت سال ۱۳۹۳ طرح ملی تحول نظام سلامت در کشور به صورت رسمی کلید خورد و هدف اصلی آن کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور بود. در فاز اول اجرای این طرح، پرداخت مستقیم بیماران به ۱۰٪ کل هزینه بستری و در فازهای بعدی به ۵٪ برنامه‌ریزی شد. پیش از این، نه تنها سهم پرداختی مستقیم بیماران از هزینه بیمارستانی بالا بود بلکه بیماران مؤظف بودند برخی از اقلام مصرفی موردنیاز را شخصاً تهیه و در اختیار بیمارستان قرار دهند که این کار در طرح جدید به بیمارستان‌ها واگذار شد تا در این خصوص به تجهیز امکانات خود مبادرت ورزند (۱۹، ۱۸، ۱۱، ۱).

از طرف دیگر دولت با راه‌اندازی طرح بیمه سلامت خانوارها تلاش کرد تا همه اقشار جامعه را تحت پوشش قرار دهد تا هیچ‌کس بدون دفترچه بیمه خدمات درمانی نباشد. تمام این تلاش‌ها برای کاهش فشار و استرس بیمار و خانواده وی بود تا در صورت نیاز (بیماری) از مزایای حمایتی و بیمه‌ای بهره‌مند گردند. این طرح برای بیمارستان‌های دولتی تدوین

که امور مربوط به سلامت و خدمات درمانی را هدایت می‌کردند. از این تعداد، ۹ نفر پرسشنامه‌ها را ناقص تحویل داده یا تمایل به همکاری نداشتند و در نهایت ۹۱ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب انتخاب شدند. محیط پژوهش شامل سمن‌های موردنظر که در این عرصه فعال بودند در نظر گرفته شد. نظر به پراکندگی اعضای جامعه آماری و محدودیت‌های بودجه‌ای و زمانی به ۹ سمن معروف در ارائه خدمات درمانی به مددجویان بسنده شد. اسامی این سمن‌ها عبارت بودند از: بنیاد همدلان کودک و نوجوان، زنجیره امید، فرشتگان عالم خاکی، ستایش زندگی، ریحانه سعادت، مؤسسه سیب سرخ، خیریه نیکان ماموت، خیریه حامیان کودکان نقص ایمنی و خیریه کودکان فرشته. از آنجا که اکثر سمن‌های فوق، خدمات درمانی خود را از طریق بیمارستان‌های دولتی دریافت می‌کردند؛ بنابراین جهت صحت‌گذاری بر عوامل مؤثر استخراجی و افزایش دقت و صحت نتایج، از مددکاران دو بیمارستان امام خمینی (ره) و مرکز طبی کودکان در شهر تهران هم‌خواسته شد تا در این طرح مشارکت نمایند. مهم‌ترین مزیت ورود مددکاران بیمارستانی به این پژوهش و دریافت نظرات آن‌ها، علاوه بر صحت‌گذاری، در بسط جامعه آماری و پرهیز از نگرش تک بعدی به موضوع پژوهش بود. همچنین این مددکاران نه تنها با این ۹ سمن، بلکه با سایر سمن‌ها هم در ارتباط بوده و قیاس بهتری از این تأثیر بر اغلب سمن‌ها را نمایان نمودند. دلیل دیگر افزودن مددکاران بیمارستانی به این مطالعه، اشراف آن‌ها به مفاد تحت پوشش طرح تحول سلامت بوده که چه حجمی از کارهای ارجاعی به سمن‌ها در قیاس با

شد و بخش‌های خصوصی هنوز با روال قبلی به ارائه خدمات خود و با هزینه بسیار بالا (در قیاس با بخش دولتی) کار می‌کنند. مهم‌ترین منبع تأمین مالی موردنظر دولت، صرفه‌جویی ناشی از انصراف یا حذف یارانه اқشار مرفه می‌باشد که به‌نوبه خود چالش بزرگی است (۱۹، ۲۰۱۷).

با آغاز این طرح، علاوه بر کاهش چشمگیر در پرداخت مستقیم هزینه بستری، از ارجاع بیماران برای خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان پرهیز شده و در نتیجه تقاضا برای استفاده از خدمات بخش‌های دولتی بیشتر شده به طوری که امکانات و ظرفیت موجود جوابگوی نیاز و انتظارات بیماران نیست (۱۸). تداوم تحمل این بار مالی از طرف دولت، وضعیت نگران‌کننده‌ای را ایجاد خواهد کرد (۲۰) و لزوم مشارکت سایر بخش‌ها و به‌ویژه سمن‌ها بیش از پیش احساس می‌شود (۹، ۱۷). هنوز زمان زیادی از شروع طرح تحول نظام سلامت نگذشته و نگرانی‌های زیادی به چشم می‌خورد (۱۶، ۱۸) که در چندین همایش علمی به برخی از این چالش‌ها اشاره شده است (۱۷). نظر به اهمیت بالای آن برای ارتقای سلامت جامعه، این مقاله می‌کوشد تا تأثیر پیاده‌سازی این طرح را بر فعالیت‌های سمن‌ها به تصویر بکشاند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی تابستان تا پاییز سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۰۰ نفر از کادر درمانی سمن‌های فعال انجام شد که همگی به ارائه خدمات درمانی مشغول بودند. منظور از کادر درمانی، پرسنل خبره و آگاه و به طور کلی نیروهای شاغل در سمن‌ها هستند

سال‌های قبل تغییر کرده است.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول شامل ۸ سؤال در زمینه اطلاعات جمعیت‌شناختی کارکنان مورد بررسی شامل سن، جنسیت، تحصیلات، تأهل، سابقه کار، سمت شغلی، محل کار و نوع فعالیت بود. بخش دوم شامل ۳۴ سؤال بود که در ۵ بعد طراحی شد. بعد اول پرسشنامه، توسعه خدمات درمانی و ارائه خدمات جدید (۶ سؤال)، بعد دوم تأمین منابع مالی و تخصیص منابع (۸ سؤال)، بعد سوم تأمین تجهیزات درمانی و خدمات آموزش (۷ سؤال) و بعد آخر پیشگیری و ترویج سواد سلامت (۶ سؤال) بود. از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت برای ارزش‌گذاری روی هر سؤال استفاده شد. یک به منزله خیلی کم و پنج به منزله خیلی زیاد در نظر گرفته شد. این پرسشنامه محقق ساخته با استناد بر نتایج مطالعه برومیده و همکاران صورت گرفت (۲۱). برای تعیین روایی پرسشنامه، ابزار در بین ۲۰ نفر از صاحب‌نظران و خبرگان (هیئت امنا، مددکاران، داوطلبان و دانشجویان مددکاری) توزیع شد و نظرات آن‌ها در خصوص شیوه نگارش، سهولت درک واژه‌های به کار رفته، تعداد سؤالات، دسته‌بندی و چگونگی طرح آن‌ها اخذ و سپس در پرسشنامه نهایی اعمال گردید. از طرف دیگر برای تعیین پایایی پرسشنامه از معیار آلفای کرونباخ استفاده شد که پس از حذف ۷ سؤال با همبستگی زیاد، در نهایت تعداد سؤالات به ۲۷ گویه رسید و میزان آلفای کرونباخ در سطح ۰/۹۵ تثبیت گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. مدل

معادلات ساختاری در اصل یک تحلیل چند متغیری و از خانواده تحلیل رگرسیون چند متغیری است که به محقق امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به طور هم‌زمان مورد آزمون قرار دهد. مدل‌سازی معادلات ساختاری دیدگاهی است که در آن الگوهای فرضی از ارتباطات مستقیم و غیرمستقیم در میان یک مجموعه از متغیرهای مشاهده شده و عوامل پنهان بررسی می‌شوند. شیوه کار بدین صورت است که مدل مفروضی توسط محقق ساخته شده و سپس بر اساس مشاهدات به دست آمده، موردسنجش و محک قرار می‌گیرد. در شیوه (SEM: Structural Equation Modeling)، مدل مفروض با مدل ادعا شده محک زده می‌شود. پس از بررسی کفایت مدل با استفاده از آماره معنی‌دار بودن روابط بین متغیرها توسط آماره مقدار احتمال (P-Value) و میزان اهمیت (شدت) آن‌ها با بارهای عاملی نمایش داده می‌شوند.

یکی از اهداف اصلی در استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری، شناخت میزان همخوانی بین داده‌های تجربی با مدل مفهومی و نظری است. برای شناخت میزان همخوانی داده‌های تجربی و مدل مفهومی از شاخص‌ها و معیارهایی استفاده می‌شود که به آن‌ها شاخص‌های نیکویی برازش می‌گویند. در مدل‌سازی معادلات ساختاری از شاخص‌های متفاوتی برای حصول اطمینان از نیکویی برازش مدل استفاده می‌شود. معیار معنادار (بر اساس درجه آزادی مشخص) نشان می‌دهد که ماتریس واریانس کواریانس مشاهده شده و برآورد شده متفاوت‌اند و اگر مقدار معنادار نباشد به این معنا است که مدل نظری با داده‌ها برازش دارند. شاخص نیکویی برازش هم از دیگر شاخص‌های مطرح در این تحلیل بوده و

چنانچه مقدار این دو شاخص بالاتر از ۰/۹۰ باشند، نشان‌دهنده برآزش خوب مدل است. شاخص شاخص توکر-لوویس هم با استفاده از آماره محاسبه شده و بین ۰ و ۱ است. عدد ۱ نمایانگر برآزش کامل مدل بوده و مقادیر بالای ۰/۹۰ نشان‌دهنده برآزش خوب مدل است. شاخص نرم شده برآزندگی، کای دو را به مقیاسی با حداکثر ۱ و حداقل ۰ تبدیل کرده که مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ آن نمایانگر برآزش خوب مدل است. شاخص‌های برآزش تطبیقی، مدل پژوهش را با مدلی که در آن متغیرها از همدیگر مستقل هستند مورد مقایسه قرار می‌دهد که مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ آن نمایانگر برآزش خوب مدل است. ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد، اگر کای دو کوچک‌تر از درجه آزادی باشد این شاخص برابر صفر می‌شود و

چنانچه مقدار این دو شاخص بالاتر از ۰/۹۰ باشند، نشان‌دهنده برآزش خوب مدل است. شاخص شاخص توکر-لوویس هم با استفاده از آماره محاسبه شده و بین ۰ و ۱ است. عدد ۱ نمایانگر برآزش کامل مدل بوده و مقادیر بالای ۰/۹۰ نشان‌دهنده برآزش خوب مدل است. شاخص نرم شده برآزندگی، کای دو را به مقیاسی با حداکثر ۱ و حداقل ۰ تبدیل کرده که مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ آن نمایانگر برآزش خوب مدل است. شاخص‌های برآزش تطبیقی، مدل پژوهش را با مدلی که در آن متغیرها از همدیگر مستقل هستند مورد مقایسه قرار می‌دهد که مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ آن نمایانگر برآزش خوب مدل است. ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد، اگر کای دو کوچک‌تر از درجه آزادی باشد این شاخص برابر صفر می‌شود و

یافته‌ها

نتایج نشان داد که زنان (۷۵/۸٪)، افراد متأهل (۷۲/۵٪)، کارکنان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (۵۱/۶٪) و افرادی که در سن ۳۶ تا ۵۰ سال (۷۵/۸٪) قرار داشتند، افراد مورد بررسی را تشکیل دادند. ۴۱٪ از پاسخگویان را اعضا هیئت مدیره و هیئت امنایی تشکیل داده بودند که در بخش درمانی سمن‌های مورد بررسی فعال بودند. ۵۴٪ از پاسخگویان، سابقه کاری بیش از سه سال داشته و (۱۰/۹٪) ۱۰ مددکار بیمارستانی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان شاغل در سمن‌های مورد بررسی

تعداد (درصد)	آماره توصیفی	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	آماره توصیفی	ویژگی‌های دموگرافیک
۱۶(۱۷/۵۸)	۳۵ سال و کمتر	گروه‌بندی سنی	۶۹(۷۵/۸۲)	زن	جنسیت
۶۹(۷۵/۸۲)	۳۶-۵۰ سال		۲۲(۲۴/۱۸)	مرد	
۶(۶/۶)	۵۱ سال به بالا		۹۱(۱۰۰)	جمع کل	
۹۱(۱۰۰)	جمع کل		۲۵(۲۷/۴۷)	مجرد	وضعیت تأهل
۴۲(۴۶/۱۵)	کمتر از سه سال	سابقه کار	۶۶(۷۲/۵۳)	متأهل	
۳۶(۳۹/۵۶)	۳ تا ۶ سال		۹۱(۱۰۰)	جمع کل	
۱۳(۱۳/۲۹)	بیش از ۶ سال		۳(۳/۳۰)	دیپلم تا کاردانی	تحصیلات
۹۱(۱۰۰)	جمع کل		۴۷(۵۱/۶۵)	کارشناسی	
۸۱(۸۹/۰۲)	سمن	محل کار	۴۱(۴۵/۰۵)	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۱۰(۱۰/۹۸)	بیمارستان		۹۱(۱۰۰)	جمع کل	
۹۱(۱۰۰)	جمع کل		۳۷(۴۰/۶۶)	هیئت امنا و مدیره	سمت
۸۴(۹۲/۳۱)	درمان	نوع فعالیت	۳۲(۳۵/۱۶)	مسئول/عضو اجرایی	
۷(۷/۶۹)	سایر حوزه‌ها (آموزش، توانمندسازی)		۲۲(۲۴/۱۸)	پرسنل و کادر داوطلب	
۹۱(۱۰۰)	جمع کل		۹۱(۱۰۰)	جمع کل	

سلامت را درک کرده به طوری که ۶۷/۹٪ معتقد بودند که در یک سال گذشته (از آغاز این طرح) ارجاع به آن‌ها کمتر شده و ۱۵/۶٪ تغییری را مشاهده

تقریباً همه کادر درمانی شاغل در سمن‌های منتخب در حوزه درمان پس از یک سال از اجرای طرح تحول سلامت، تأثیر مثبتی از اجرای طرح تحول نظام

نکرده بودند. این در حالی است که همه مددکاران بیمارستانی معتقد بودند که حجم کار آن‌ها در بیمارستان به شدت بالا رفته است؛ به عبارت دیگر، بیماران و مددجویان، به طور مستقیم به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و کمتر به سمن‌ها متکی شده‌اند. مقدار آماره کفایت مدل $\chi^2 = 38/12$ با ۳۷ درجه آزادی و مقدار احتمال ($P=0/42$) بود که بر پذیرش فرض صفر دلالت داشته و داده‌های مشاهده شده معرف و نماینده مدل ساختاری مفروض می‌باشد.

اختلاف آماری معنادار بین مدل مفروض و مشاهده شده دیده نشد یعنی با پذیرش فرض صفر، ارتباط آماری معنی‌داری بین داده‌های جمع‌آوری شده با مدل مفروض مشهود گشت. پس از پذیرش کفایت مدل معادلات ساختاری، سایر شاخص‌های نیکویی برازش بررسی شدند که خلاصه‌ای از آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است که به‌طور کلی نشان از کفایت مدل و برازش عالی، معنی‌دار بودن بارهای عاملی و ضرایب مدل داشت.

جدول ۱: نتیجه شاخص‌های برازش مدل به دست آمده

نام شاخص	واژه اختصاری	نتیجه محاسبه	ملاک	تفسیر
مجذور کای (نسبت درست‌نمایی)	Chi-Squared	۳۸/۱۲	$P>/5$	کفایت مدل و تحلیل
شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۲۹	$> 0/90$	برازش عالی و قابل قبول
شاخص تُرم شده برازندگی	NFI	۰/۹۴۵	$0/90 >$	
شاخص برازندگی فزاینده	IFI	۰/۹۹۸	$0/90 >$	
شاخص تاکر لویز	TLI	۰/۹۹۷	$0/90 >$	
شاخص برازندگی تطبیقی	CFI	۰/۹۹۸	$0/90 >$	
شاخص برازندگی نسبی	RFI	۰/۹۱۸	$0/90 >$	
ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده استاندارد	RMR	۰/۰۶۲	$0/06 <$	
ریشه میانگین مجذور برآورد واریانس خطای تقریب	RMSEA	۰/۰۱۸	$< 0/05$	

بر اساس مدل نهایی به دست آمده که در شکل ۱ نمایش داده شده است اجرای طرح تحول نظام سلامت بر فعالیت سمن‌ها تأثیرگذار بود که در ادامه حوزه‌های تأثیرگذاری ارائه می‌شوند:

توسعه خدمات درمانی و ارائه خدمات جدید: طرح تحول نظام سلامت تأثیر مثبتی بر توسعه خدمات درمانی داشت که این حوزه کلان از سه سازه معنی‌دار شامل ورود به یک یا چند شاخه جدید درمانی (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۶۰)، توسعه جغرافیایی و مناطق حضور در استان‌ها/شهرها (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۶۰) و در نهایت گسترش حلقه‌گزینش مددجویان

و توسعه جامعه بیماران (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۶۵) تشکیل شده بود.

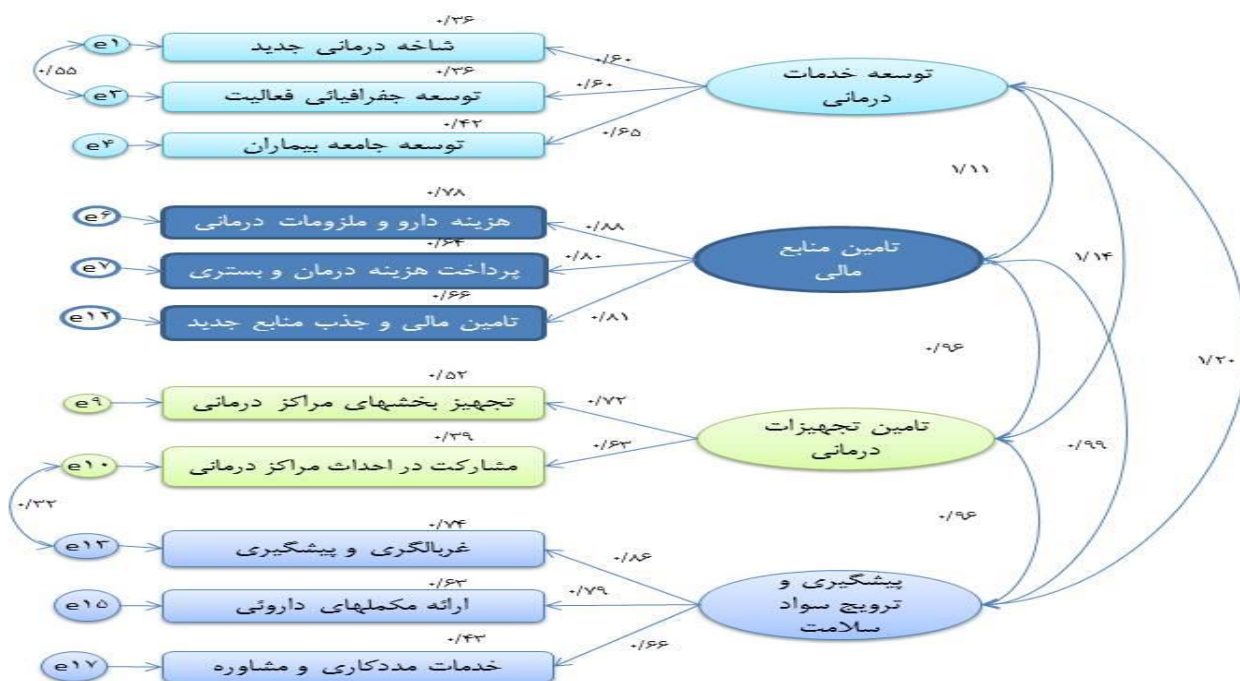
تأمین منابع مالی و تخصیص منابع: بر اساس نتایج تحلیل، طرح سلامت بر مقوله تأمین مالی و تخصیص منابع سمن‌ها تأثیر مستقیم و مثبتی داشت. از بین ۸ متغیر تشکیل دهنده این عامل، تنها سه عامل هزینه دارو و ملزومات درمانی (با بارعاملی معنی‌دار ۰/۸۸)، پرداخت ۱۰٪ سهم بیمار از هزینه بستری و درمان بیمار (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۸۰) و تأمین منابع مالی و جذب منابع جدید (با بار عاملی ۰/۸۱) معنی‌دار بودند.

سه سازه مرتبط با ترویج سواد سلامت هم تنها توسعه خدمات مددکاری و مشاوره (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۶۶) از لحاظ آماری معنی‌دار شد. ضرایب اهمیت دو سازه دیگر یعنی ۱) مشارکت در جذب کادر درمانی برای مراکز درمانی و ۲) مشارکت در برگزاری آموزش‌های تخصصی برای کادر درمانی مراکز درمانی از لحاظ آماری معنی‌دار نشد.

همچنین همبستگی مثبت و معنی‌دار بین هر چهار عامل متأثر از اجرای این طرح ملی در شکل ۱ ارائه شده که حاکی از همبستگی بالای بین توسعه خدمات درمانی با هر سه عامل دیگر یعنی پیشگیری و ترویج سواد سلامت، تأمین تجهیزات درمانی، تأمین منابع و تخصیص منابع بود. همبستگی بین بقیه عوامل نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

تأمین تجهیزات درمانی: سومین گروه از فعالیت سمن‌ها که طرح تحول نظام سلامت بر آن‌ها تأثیر مثبت داشت به تأمین تجهیزات درمانی و آموزش مربوط می‌شد. تجهیز یک یا چند بخش از درمانگاه/بیمارستان (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۷۲) و مشارکت در احداث درمانگاه یا بیمارستان (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۶۳) دو سازه معنی‌دار تشکیل دهنده این مورد بودند.

پیشگیری و ترویج سواد سلامت: در آخرین گروه از فعالیت‌های سمن‌ها که از اجرای طرح تحول نظام سلامت متأثر می‌شدند پیشگیری، غربالگری و ترویج سواد سلامت قرار داشت. دو سازه معنی‌دار مرتبط با عامل پیشگیری عبارت بودند از ۱) غربالگری و پیشگیری (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۸۶) و ۲) ارائه مکمل‌های دارویی (با بار عاملی معنی‌دار ۰/۷۹). از



Chi-Squared = 38/115 ; درجه آزادی = 37 ; p-value = 0/419
RMSEA = 0/018 ; RMR = 0/062 ; NFI = 0/945 ; RFI = 0/918 ; IFI = 0/998

شکل ۱: نتایج تحلیل تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر سمن‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختار یافته

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، یک‌سال پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، تقریباً ۶۸٪ از پاسخگویان در سمن‌ها معتقد بودند که مراجعه به آن‌ها کاهش یافته و در مقابل بیماران مستقیماً به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند. تیموری و زینل‌زاده هم افزایش ۵ تا ۱۰ درصدی در مراجعات به بیمارستان‌ها را در سال آغاز طرح تحول گزارش داده‌اند (۱۷). با توجه به کاهش ۹۰٪ هزینه‌های بیمارستانی در اثر اجرای طرح تحول نظام سلامت، مددجویان قادر شدند تا با تأمین و پرداخت ۱۰٪ هزینه‌های بستری، کمتر از پیش به سمن‌ها مراجعه کنند. در حدود ۲۶٪ از پاسخگویان هم معتقدند تغییری در میزان پذیرش مددجویان رخ نداده که احتمالاً جامعه مخاطب این سمن‌ها، مهاجرین و اتباع خارجی بوده است که در این طرح جایگاه حمایتی برای آن‌ها وجود نداشته و هزینه‌های درمانی آن‌ها آزاد است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت از چهار طریق می‌تواند بر فعالیت سمن‌ها تأثیر مثبت گذاشته و حوزه‌های فعالیت آن‌ها را تحت الشعاع قرار دهد. اجرای اصولی و صحیح این طرح می‌تواند سمن‌ها را به سمت (۱) توسعه خدمات درمانی، (۲) تأمین منابع مالی و تخصیص منابع (۳) تأمین تجهیزات درمانی و (۴) پیشگیری و ترویج سلامت سوق دهد.

با اجرای طرح تحول نظام سلامت، سبب ارائه خدمات درمانی سمن‌ها دستخوش تغییرات شده و در نتیجه کاهش نرخ ورودی مددجویان و پذیرش بیمار در سمن‌ها، آن‌ها می‌توانند شاخه‌های جدید درمانی را به خدمات خود اضافه نمایند. در این پژوهش، توسعه سبب خدمات درمانی توسط سمن‌ها

یکی از آثار طرح تحول نظام سلامت بر فعالیت سمن‌ها می‌باشد، بدین معنی که سمن‌ها می‌توانند گستره خدمات درمانی خود را توسعه بدهند. برای مثال مؤسسه خیریه‌ای که در دو حوزه درمانی قلب و گوارش فعال بوده، می‌تواند به بخش‌های ارتوپدی، چشم، ریه و ... ورود کرده و مددجویان خود را یاری کند. از طرف دیگر، سمن‌ها شرایط پذیرش بیماران نیازمند را ساده‌تر کرده و مثلاً به‌جای تمرکز بر کودکان زیر ۱۸ سال، می‌تواند شرایط سنی را تا ۲۵ و یا ۳۰ سال افزایش داده تا طیف وسیع‌تری از نیازمندان را تحت پوشش خود قرار دهند. همچنین به‌جای فعالیت در یک منطقه و جغرافیای خاص، می‌تواند به بیماران سایر استان‌ها و شهرها خدمات درمانی ارائه نمایند. این عامل یعنی توسعه خدمات درمانی با بقیه عوامل همبستگی و ارتباط معنی‌داری دارد که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد.

قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، سمن‌ها هزینه‌های زیادی را در حوزه درمان متقبل شده و بخشی از سهم بیمار را پرداخت می‌کردند که در موارد بستری در بیمارستان به رقم قابل‌توجهی می‌رسید. حال با اجرای این طرح، سهم پرداختی بیماران (در صورت بستری شدن در بیمارستان) کاهش چشمگیر داشته به طوری که صرفه‌جویی مالی قابل توجهی (در برخی از موارد و برای بعضی از سمن‌ها) هم به ارمغان داشته است. در این پژوهش پاسخگویان معتقد بودند که اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت، تأثیر مثبتی بر تأمین منابع مالی و تخصیص منابع سمن‌ها گذاشته و آن‌ها می‌توانند مشارکت مالی بیشتری در پرداخت هزینه دارو و ملزومات درمان بیماران داشته و پرداخت ۱۰٪ سهم بیمار از هزینه بستری و درمان بیمار را تقبل کرده و یا

بر تأمین منابع مالی و جذب منابع جدید اقدام نمایند. مشارکت سمن‌ها در تأمین منابع مالی برای پیشبرد طرح تحول نظام سلامت در دیگر پژوهش‌های مشابه بررسی شده و دماری و همکاران و نصیری و همکاران بر مشارکت سمن‌ها در پرداخت هزینه‌های دارو و ملزومات درمانی و یا پرداخت هزینه درمان (بخشی یا تمام) هزینه‌های بستری مددجویان تأکید کرده‌اند (۱۵، ۵). ایفای نقش تأمین مالی با رویکرد جذب منابع مالی جدید توسط سمن‌ها جهت مشارکت در طرح تحول نظام سلامت توسط Brinkerhoff بررسی شده است (۱۲). هدف اصلی سمن‌های فعال در حوزه سلامت، کمک به سلامت مددجویان و بهبود نظام سلامت جامعه به ویژه اقشار آسیب‌پذیر است؛ لذا تشابه نتایج در این پژوهش با پژوهش‌های پیشین دور از منطقی نبوده و سمن‌ها با صرفه‌جویی به دست آمده، می‌توانند بخشی از بار مالی طرح تحول نظام سلامت را تقبل کنند. تأثیر متقابل این عامل با عامل توسعه خدمات درمانی از لحاظ آماری معنی‌دار بوده و این دو عامل در کنار یکدیگر تأثیر مثبتی در پیشبرد طرح تحول نظام سلامت به واسطه مشارکت سمن‌ها ایجاد نمودند.

سمن‌ها می‌توانند از منابع مالی صرفه‌جویی شده در مؤسسات خود، جهت احداث مراکز درمانی (بیمارستان، درمانگاه، کلینیک، ...) و یا تجهیز یک یا چند بخش از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی هزینه کنند. احداث مراکز درمانی یا مشارکت در احداث یا تکمیل آن‌ها توسط سمن‌ها، می‌تواند در بالا بردن ظرفیت پذیرش بیماران نقش بسزایی ایفا نماید. از طرف دیگر، احداث یا بازسازی بخش(ها) به‌همراه تأمین و نوسازی تجهیزات درمانی و ادوات پزشکی می‌تواند در اجرای موفق این طرح ملی راه‌گشا باشد.

برای نمونه، سمن‌ها می‌توانند در تأمین تجهیزات پزشکی-درمانی، افزودن تخت، آمبولانس و حتی مشارکت در تأمین اقلام مصرفی اتاق عمل به بیمارستان‌ها در کاهش هزینه‌ها و درخواست بودجه از دولت کمک کنند. تأمین تجهیزات درمانی یکی دیگر از حوزه‌هایی است که سمن‌ها می‌توانند در پیشبرد طرح تحول نظام سلامت ایفا کنند. نتیجه مطالعه Ejaz و همکاران بر این نکته دلالت داشته است که دولت‌ها به تنهایی نمی‌توانند در احداث، تکمیل و یا بازسازی مراکز درمانی موفق شوند و لزوم استمداد از سمن‌ها برای مشارکت در این پروژه‌ها بیش از پیش احساس می‌شود (۶). Brinkerhoff هم نه تنها از سمن‌ها، بلکه از بخش خصوصی هم در این حوزه یاد کرده و معتقد است با مشارکت بخش خصوصی و سمن‌ها در کنار نهادهای دولت، نظام سلامت می‌تواند در کشورهای توسعه یافته و یا درحال توسعه نتایج موفق‌تری را به ارمغان آورد. Wamai هم مشارکت سمن‌ها در تجهیز برخی از بخش‌های مراکز درمانی در کنیا از دیگر مصادیقی است که به واسطه همکاری سمن‌ها با بخش دولتی متصور شده است (۱۳). این عامل هم رابطه معنی‌دار و مهمی با عامل توسعه خدمات درمانی داشته و در کنار دو عامل فوق یعنی عامل توسعه خدمات درمانی و عامل تأمین منابع مالی، سمن‌ها می‌توانند در پیشبرد طرح تحول نظام سلامت، بازوی کمکی مناسبی برای بخش دولتی باشند.

در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش، با اجرای طرح تحول نظام سلامت، سمن‌ها فعالیت‌های خود را بر امور پیشگیری و ترویج سواد سلامت سوق خواهند داد. یک رویکرد مرسوم، حرکت به سمت غربالگری گروه‌های مخاطب به‌منظور شناسایی افراد

و سمن‌ها تأکید دارد (۲۰، ۹، ۷). فعالیت‌های پایدار، در نهادینه شدن فعالیت‌ها و فرآیندهای سمن‌ها مؤثر بوده و لذا سمن‌ها از پتانسیل ایجاد شده توسط طرح تحول سلامت می‌توانند به نقش اساسی خود در پیشبرد موضوعات پیشگیری از بروز بیماری‌ها و ترویج سواد سلامت در سطح جامعه بپردازند (۵).

پیشنهادها

با توجه به اهمیت طرح تحول نظام سلامت در ارتقای سطح بهداشت جامعه و ارائه خدمات سلامت شایسته به آحاد جامعه، این برنامه نیازمند حمایت همه جانبه در کلیه سطوح ملی می‌باشد. دولت و وزارت بهداشت به عنوان متولی مستقیم اجرای این طرح، می‌بایست از همه پتانسیل‌های موجود در بخش‌های مختلف جامعه بهره لازم را ببرند. ابتدا باید نگاه رقابتی و دخالتی مجریان این طرح، تغییر یافته و به جای آن به دنبال رویکرد مشارکتی باشند، نکته‌ای که در کشورهای توسعه یافته به وفور یافت می‌شود. سپس با شناسایی پتانسیل‌های موجود در بخش‌های دیگر فعال در جامعه (یعنی بخش خصوصی و سمن‌ها)، به صحنه‌گذاری و اولویت‌بندی آن توانمندی‌ها اهتمام ورزد. در نهایت با برنامه‌ریزی مناسب و ایجاد جو شایسته مشارکتی، به اجرای موفق این طرح تحول کمک نماید.

در این طرح پتانسیل و ظرفیت‌های موجود در بخش عمومی و سمن‌ها ارائه گردید که همسو با دیگر پژوهش‌ها، مجریان طرح تحول می‌توانند از آن‌ها بهره لازم را ببرند. از طرف دیگر سمن‌ها، هم نیازمند بازنگری در فعالیت‌ها و فرآیندهای کاری خود هستند تا با بازمهندسی فرآیندهای خود به ارائه خدمات مناسب به نیازمندان و مخاطبان خود بکوشند.

در معرض خطر بیماری است. سمن‌ها با جاری‌سازی غربالگری در جامعه اقبال آسب‌پذیر می‌توانند فعالیت‌های مربوط به پیشگیری از شیوع بیماری‌ها را در جامعه توسعه دهند. با این رویکرد هزینه‌های درمان کاهش داده شده و گامی در راستای سالم‌سازی جامعه برداشته می‌شود. در رویکرد دیگر، سمن‌ها با پول صرفه‌جویی شده به واسطه اجرای طرح تحول نظام سلامت، در ارائه مکمل‌های دارویی مانند امگا ۳، قرص آهن، انواع ویتامین‌ها و ... پیش قدم شده و می‌توانند گستره خدمات خود در این بخش را توسعه می‌دهند. به علاوه، سمن‌ها با گسترش خدمات مددکاری و ارائه مشاوره‌های بهداشتی و خانوادگی آگاهی و ترویج سواد سلامت در جامعه می‌توانند سلامت جامعه را ارتقا دهند. این یافته هم‌راستا با پژوهش نعمت‌بخش بوده که سمن‌ها با رواج فعالیت‌های و امور پیشگیرانه و تقدم پیشگیری بر درمان می‌توانند در ترویج سواد سلامت کوشا باشند (۱۶).

با نهادینه شدن طرح تحول نظام سلامت در جامعه، سمن‌ها هم می‌بایست به بازنگری در فعالیت‌ها و فرآیندهای خود اقدام نمایند تا از اتلاف منابع به‌واسطه دوباره کاری و موازی کاری پرهیز شود. از بازمهندسی فرآیندهای کاری سمن‌ها با توجه به گستردگی سطح پوشش طرح تحول سلامت در کشور، در پژوهش‌های مشابه تحت عنوان توسعه فعالیت‌های پایدار نام برده شده است (۲۰، ۹، ۷). مهم‌ترین نتایج این پژوهش‌ها بر تمرکز بر تدوین استراتژی و سیاست‌ها، تدوین برنامه‌های اجرایی، نظارت مستمر بر حسن انجام آن‌ها، پایش دائم فعالیت‌ها و در نهایت توسعه برنامه‌های ارتباط مؤثر بدنه حاکمیتی مجری طرح تحول سلامت با ذی‌نفعان

می‌تواند راهکارهای عملیاتی را برای ذی‌نفعان شفاف نماید.

سپاسگزاری

از تمامی همراهان همدل در بنیاد همدلان کودک و نوجوان، خیریه ستایش زندگی، شرکت ایران‌خودرو و سایر سمن‌ها و همچنین مددکاران بیمارستان‌های دولتی مجری طرح تحول نظام سلامت که برای انجام این پژوهش ما را یاری کردند سپاسگزاریم، بی‌شک بدون همدلی، مساعدت و رهنمودهای آن‌ها نگارش چنین مقاله‌ای میسر نمی‌شد.

تعارض منافع

این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان و بدون دریافت کمک مالی از دیگر مؤسسات انجام شده است. لذا تعارض منافی متصور نیست.

References

1. Ministry of Health and Medical Education. Roadmap of reforms in health system of I.R. Iran based on Islamic-Iranian Pattern for progress; 2011. Available from: <http://mediaserver.research.ac.ir/Repository/HBIFfile/f60797c7-ade8-4565-b6ba-ada685de4890.pdf>
2. Hadian M, Jafari H, Alavi A, Roshani M. Challenges in the health sector reform program. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015.
3. Khourshidvand R. review the participation role of nongovernmental organization in maintaining order and security. Police Human Development 2009; 25(6):33-42. Persian
4. Nathan S, Rotem A, Ritchie J. Closing the gap: building the capacity of non-government organizations as advocates for health equity. Health Promot Int 2002;17(1):69-78.
5. Damari B, Heidarnia MA, Rahbari-Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. Payesh 2014 (13):541-550. Persian
6. Ejaz I, Shaikh BT, Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems

این پژوهش می‌تواند به متولیان طرح سلامت کمک کند تا از پتانسیل‌های موجود و آزاد شده در سمن‌ها برای برنامه‌ریزی، بازنگری و آغاز فازهای بعد این طرح، بهره لازم را ببرند. جهت تقویت پایه‌های اجرایی طرح تحول نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش جامع و کل‌نگری با در نظر گرفتن پتانسیل موجود در سه بخش اصلی فعال در جامعه یعنی بخش دولتی و حاکمیتی، بخش خصوصی و بخش مردمی (سمن‌ها) تعریف و عملیاتی گردیده تا راهکارهای مناسب با لحاظ تعاملات و اثرات طرفین بر یکدیگر استخراج گردد.

اجرای یک پژوهش کمی جامع با جامعه هدف به تعداد زیادی از سمن‌ها از یک طرف و کسب نظرات بخش درمانی دولتی و حتی اقشار آسیب‌پذیر می‌تواند بخشی از محدودیت‌های حاضر را جبران کرده و مکمل این پژوهش باشد. همچنین بررسی وظایف متقابل سمن‌ها و دولت در قبال این طرح بزرگ ملی

- strengthening: a qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. BMC Health Serv Res 2011;11:122.
7. Putney P. Partnerships between the public sector and non-governmental organizations: the NGO role in health sector reform. Health Sector Reform Initiative; 2000.
8. Bromideh AA. The widespread challenges of NGOs in developing countries: Case studies from Iran. International NGO Journal 2011;6(9):197-202.
9. Beigzadeh Y, Moghadami M. The role of NGOs in sustainable cultural development in globalization Age. Journal of Cultural Management 2010 (4)9:117-25. Persian
10. Rafiei F, Sabaq-Gol M, Ebrahimi R. The role of NGOs in human security development. International Conference on Human Security in West Asia (ICHSWA): Approaches & Perspectives; 2008 Nov 26-27; Birdjand: Birdjand University; 2008.
11. Kabiri S, Foroughi Z, Jabbari A, Shojaei B. Health reform process in developed countries: Lessons for Iran's health system. Congress on sustainable development in the health system:

opportunities and challenges. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2014.

12. Brinkerhoff D. Government–nonprofit partners for health sector reform in Central Asia: family group practice associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan. *Public Administration and Development* 2002; 22(1):51-61.

13. Wamai RG. NGO and Public Health Systems Organization, Development and Collaboration: Comparative Trends in Transforming Health Care Systems in Kenya and Finland the International Society for Third Sector Research (ISTR) 6th International Conference 2014 July 11-14, 2004 Toronto, Ontario, Canada Ryerson University and York University; 2004.

14. Wamai RG. Reforming Health systems: Role of NGOs in Decentralization – Lessons from Kenya and Ethiopia. Boston, USA: International society for third-sector research (ISTR); 2008.

15. Nasiri-Pour AA, Maleki M, Aqababa S. NGOs in the health system reform plan. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015.

16. Nematbakhsh M. Research in health system reforms. *Iran J Med Edu* 2015; 15:64-66. Persian

17. Teimori Z, Zainal-Zadeh Z. Approaches and

challenges in the health system reform plan. Congress on sustainable development in the health system: opportunities and challenges. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015.

18. 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

19. Akhond-Zadeh R. akhondzade R. Health system transformation project, an opportunity or a threat for doctors (Editorial). *Journal of Anesthesiology and Pain* 2014; 1(5):1-2. Persian

20. Abedi M, Rafiei N. Sustainability in healthcare reform. International Conference on Sustainable Reform in Health System; 2015 Feb 24-26; Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015.

21. Bromideh AA, Esmaeili-Jaqarq M, Aarabi N. The role of NGOs on utilization of Health System Reform Plan. *Tadbir* 2016; 27(289):52-7. Persian

22. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL application. 7th ed. Tehran: Samt; 2016. Persian.

23. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. 2th ed. NewYork: Routledge; 2010.

The Impact of Health System Reform Plan on NGOs's Activities in Health Sector

Bromideh AliAkbar^{1*}, Rezaei AliReza², Boromand Rad Hossein³, Aarabi Narjes⁴

• Received: 11. 11. 2016

• Revised: 04.02. 2017

• Accepted: 08. 02. 2015



Abstract

Background & Objectives: Reform in health system aimed to improve healthcare, affected all organizations and institutions (in particular, NGOs) operating in health care services. NGOs in health system, are one of the main players to promote healthcare performance and system. The aim of this study was to investigate the impact of Health System Reform plan on NGOs which are active in health sector.

Methods: This cross-sectional, descriptive-analytical study was performed during Summer-Autumn 2015. By a stratified-random sampling, 91 health care staffs selected from nine NGOs to fill-in a 27-item questionnaire designed by the researchers. Data analysis was done using structural equation modeling (SEM) and through AMOS Ver22.

Results: According to the results, 67.9% of respondents recoded lower patients' referral, one year after the implementation of the reform plan in healthcare. Financial saving was the main advantage of this plan. In addition, this reform had positive effects on health services development, financing and resource allocation, healthcare equipment providing, prevention and promotion of health literacy in NGOs.

Conclusion: Healthcare reform plan had a significant positive effect on NGOs activities. It can get benefit from the present potentials for increasing the chance of success of this reform plan in healthcare system through good interaction of healthcare system authorities and NGOs.

Keywords: Non-Government Organization (NGO), Health System Reform Plan, Structural Equation Modeling (SEM).

•**Citation:** Bromideh AA, Rezaei AA, Boromand Rad H, Aarabi N. The Impact of Health System Reform Plan on NGOs's Activities in Health Sector. Journal of Health Based Research 2017; 2(4): 355-368.

1. MSc, Board Member, Education & Training Leader Child and Teenage Empathy Foundation, Tehran, Iran.

1. Ph.D. Student in Political Science, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. MSc and Teacher, Member of Child and Teenage Empathy Foundation, Tehran Iran.

3. MSc, Co-founder and Board Member, Child and Teenage Empathy Foundation, Tehran, Iran.

***Correspondence:** Child and Teenage Empathy Foundation, No. 1272/1, Arjomand Alley, Imam Khomeini (RA) Street, Tehran.

Tel: 021- 66386196

Email: bromideh@yahoo.com