

بررسی تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در کارمندان سازمان‌های آموزشی شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۴

محمد مهدی فداکار داورانی^۱، محمد مهدی آقابزرگی داورانی^۲، لیلا دلیری^۳

چکیده

مقدمه: پس از امنیت دومین نیاز انسان‌ها سلامت است و طرح تحول نظام سلامت، برنامه‌ای به منظور بهبود خدمات حوزه سلامت به شمار می‌رود. هدف مطالعه حاضر، بررسی پیامدهای اجتماعی اجرای طرح تحول نظام سلامت در رفسنجان با تأکید بر احساس تبعیض در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی این شهر بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی، ۳۶۲ نفر از کارمندان سازمان‌های آموزشی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای-تصادفی در سال ۱۳۹۴ انتخاب و در پژوهش مشارکت کردند. پرسشنامه محقق ساخته با ۲۱ سؤال جهت سنجش متغیرها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

نتایج: ۶۳ درصد کارمندان سازمان‌های آموزشی تبعیض در طرح تحول نظام سلامت را در سطح متوسط درک می‌کردند. کارمندان آموزش و پرورش با میانگین ۵۹/۰ بیشترین و کارکنان دانشگاه ولی عصر با میانگین ۴۴/۹ کمترین میزان تبعیض درک شده از اجرای برنامه تحول نظام سلامت را داشتند. در رده‌های شغلی، دبیران با میانگین ۵۶/۵ بیشترین و پزشکان با میانگین ۴۵/۱ کمترین تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت را داشتند. با افزایش هزینه سلامت، تبعیض درک شده افزایش و با ارتقاء پایگاه اجتماعی-اقتصادی و خدمات مراقبت، تبعیض درک شده از اجرای برنامه تحول نظام سلامت در بین کارمندان کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد که اجرای طرح تحول نظام سلامت منجر به درک تبعیض با درجات مختلف در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی شده است.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت، تبعیض درک شده، عدالت، سازمان آموزشی، رفسنجان

مقدمه

سلامت (Health)، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن جزء مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شده و از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشانگر رشد و بالندگی و توسعه یک جامعه است (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و

اجتماعی فرد و نه فقط نبود بیماری و معلولیت (۲). امروزه با تغییر الگوی همه‌گیر شناختی بیماری‌ها از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن و نیز از علل بالینی به علل روانی و اجتماعی، نقش پیشگیری و سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (۱). از جمله تعیین‌کننده‌های سلامت در هر جامعه‌ای برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی بدون احساس

۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور استان خراسان، مرکز مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور استان تهران، واحد لواسانات، تهران، ایران

Email: mmfadakar@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محمد مهدی فداکار داورانی

آدرس: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت تلفن و فاکس: ۰۳۴-۳۲۲۲۷۹۶

تبعیض در اقصاء مختلف جامعه است. در همین راستا مفهیمی مانند شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در نظام سلامت مطرح شده است (۳). Hutton برای نظام سلامت شش هدف عمده قائل است: تأمین دسترسی همگان به خدمات، ارائه خدمات باکیفیت، اثربخشی مداخله‌ها، کارایی نظام و تأمین عدالت و پایداری (۴).

در دایره‌المعارف حقوق بشر، تبعیض به تفاوت گذاشتن متعصبانه و غرض‌آلود بین مردم به خصوص با رنگ‌ها و نژادهای مختلف تعریف شده است (۵). عدم تبعیض در سلامت به صورت حداقل رساندن نابرابری‌های قابل اجتناب در سلامت و عوامل مؤثر بر آن در بین گروه‌هایی از مردم که دارای سطوح مختلف مزیت‌های اجتماعی یا امتیازات (سطوح مختلف قدرت، ثروت یا اعتبار با توجه به موقعیت افراد در جامعه نسبت به گروه‌های دیگر) هستند، تعریف شده است (۲).

طرفداران نظریه‌های اخلاقی بر معیارهای متفاوتی جهت تخصیص عادلانه منابع و ارتقای عدالت در مراقبت‌های سلامت تأکید می‌کنند (۶) و نظریه‌های عدالت توزیعی مانند فایده‌گرایی، مساوات‌طلبی و جامعه‌گرایی به بحث‌های توصیفی و تجویزی در رابطه با تخصیص منابع در بخش سلامت پرداخته و اصول اخلاقی یک تخصیص منابع عادلانه را ترسیم می‌کنند (۷). براساس دیدگاه انتخابی، نابرابری‌های سلامت بازتاب میزان محرومیت‌های زیستی، روانی و اجتماعی تجربه شده فرد در دیگر دوره‌های زندگی است (۸). رویکرد رفتاری- فرهنگی، توزیع افراد با ویژگی‌های روانشناختی متمایز در طبقات مختلف را

عامل عمده نابرابری‌های سلامت می‌داند (۸) که در بند «پ» قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران به این موضوع اشاره شده است که «به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی- درمانی، کمک به هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی- درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز، ده درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق‌الذکر هزینه گردد» (۹).

علی‌آبادی و همکاران در تحقیقی، چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای طرح تحول نظام سلامت را تبعیض و افزایش فاصله بین کارکنان پزشک و غیرپزشک، نابرابری در تأمین نیازهای کارکنان پزشک و غیرپزشک، پرداخت‌های غیررسمی بیماران، افزایش بیش از حد تعرفه‌های پزشکان، نظام بیمه سلامت ناهماهنگ و همسو با اهداف طرح، نامتناسب بودن بودجه مراحل طرح با اهداف اصلاح نظام سلامت، ناهمسو بودن طرح با سیاست‌های کلان کشور و نامتناسب بودن اهداف طرح با عدالت در توزیع منابع بیان داشته‌اند (۱۰). نتایج مطالعه پورشیروانی نشان داد که با اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسی مردم به خدمات سلامت

پیشینه‌ای صد ساله دارد طراحی نظام بهتر که بتواند تأمین مالی مؤثر، سازمان‌دهی مناسب و ارائه خدمات برخوردار از کیفیت و عدالت را تضمین کند، کاری مستمر است (۱۶). لذا، در حوزه سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران، برقراری عدالت و عدم تبعیض در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی در بین اقشار مختلف جامعه است.

ارتقای خدمات بهداشتی اولیه به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت، بدون توزیع عادلانه در بین افراد جامعه ارزش اندکی داشته و این نظام را در رسیدن به هدف عالی‌تر خود که عدالت در سلامت است یاری نخواهد رساند. از آنجا که احتمال می‌رود کارمندان به دلیل فشار اقتصادی که به دلیل مخارج سلامت خود متحمل می‌شوند نسبت به دیگر اقشار مختلف جامعه احساس تبعیض کنند؛ بنابراین مطالعه درک تبعیض حاصل از اجرای طرح تحول نظام سلامت در میان کارکنان دولت ضرورت می‌یابد. هدف مطالعه حاضر بررسی تبعیض درک شده از اجرای برنامه تحول نظام سلامت است.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی کارمندان سازمان‌های آموزشی دولتی یعنی آموزش و پرورش (۲۹۴۷ نفر)، دانشگاه پیام نور (۴۵ نفر)، دانشگاه ولی عصر (۵۲۹ نفر) و دانشگاه علوم پزشکی (۲۶۸۴ نفر) شهرستان رفسنجان بود. جمعیت آماری کل سازمان های آموزشی دولتی شهرستان رفسنجان برابر با ۶۲۰۵ برآورد شد که ۳۶۲ نفر بر اساس فرمول کوکران با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای-تصادفی وارد مطالعه شده‌اند. در این تحقیق، طبقات نمونه‌گیری سازمان

بیشتر شده، هزینه‌های غیرضروری کاهش یافته و رضایت گیرندگان خدمات بالاتر رفته است؛ اما پزشکان خانواده از دستمزد و تسهیلات رفاهی، همکاری ناکافی سطوح بالاتر و عدم فرهنگ‌سازی در سطح جامعه عمدتاً ناراضی هستند (۱۱). اولیایی منش و همکاران، نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که با توجه به نزولی بودن تأمین مالی نظام سلامت پس از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، اجرای ناقص فاز اول قانون هدفمندسازی یارانه‌ها هیچ‌گونه تأثیر مثبتی بر عدالت در تأمین مالی نظام سلامت نداشته است (۱۲). علیزاده اقدام و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که با افزایش احساس تبعیض و محرومیت، میزان سلامتی شهروندان کاهش می‌یابد و این بدان معنا است که نابرابری‌های اجتماعی در میزان سلامت تأثیر می‌گذارند (۱). علیزاده هنجنی و فضائی در تحقیقی دیگر گزارش کرده‌اند که تحمیل هزینه‌های درمانی باعث فقیرتر شدن فقرا و فروغلتیدن افراد بیشتری به زیر خط فقر خواهد شد (۱۳). Garcia-Subirats و همکاران در پژوهشی نشان داد که بی‌عدالتی در میزان بهره‌برداری از خدمات سلامت در افراد با پیشینه اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر بوده (۱۴) و Sorokin نشان داد که ادراک بیماران از تبعیض ممکن است نقش مهمی را در رتبه‌بندی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در تمام گروه‌های اقلیت قومی-نژادی بازی کند (۱۲). Xu و همکاران با بررسی هزینه کمرشکن خانوار نشان دادند که وقتی سهم مالی خانوارها از نظام سلامت بیش از ۴۰ درصد از مخارج خانوار را شامل شود (بعد از حذف نیازهای معیشتی) خانوارها در دام هزینه کمرشکن یا اسفبار قرار می‌گیرند (۱۵). در کشورهایایی که نظام جامع سلامت در آن‌ها

مطالعه برابر با ۰/۹۰۲ محاسبه شد. بر اساس قاعده کلی George و Mallery حد نصاب این شاخص ۰/۷۰ است (۱۷) و از آنجا که مقدار آلفا بزرگتر از ۰/۷۰ بود، ابزار اندازه‌گیری و گویه‌های پرسشنامه از اعتبار درونی لازم برخوردار بودند.

مطالعه پس از تصویب طرح در دانشگاه پیام‌نور مشهد و با رعایت جوانب اخلاقی اجرا گردید. در مرحله اجرا هدف و ماهیت پژوهش برای افراد توضیح داده شد و یادآوری گردید که شرکت در مطالعه و تکمیل در پرسشنامه اختیاری است. پرسشنامه بدون نام تکمیل شد و در مورد محرمانه ماندن داده‌ها به تکمیل کننده اطمینان داده شد. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌فزار آماری SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای داده‌های توصیفی از درصد فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از ضریب همبستگی پیرسون و جهت سنجش تفاوت میانگین تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان و سازمان‌های آموزشی، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با سطح معناداری $P < 0/05$ استفاده شد.

نتایج

خصوصیات دموگرافیک کارمندان در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی کارمندان $38 \pm 7/3$ سال بود.

آموزش و پرورش، دانشگاه پیام‌نور، دانشگاه ولی عصر و دانشگاه علوم پزشکی بود و روش انتخاب کارکنان در هر طبقه به صورت تصادفی تناسبی بود، بدین صورت که از آموزش و پرورش تعداد ۱۷۲ کارمند، دانشگاه پیام نور ۴ کارمند، دانشگاه ولی عصر ۳۰ کارمند و از دانشگاه علوم پزشکی ۱۵۶ کارمند انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته بود که بخش اول پرسشنامه حاوی متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سمت شغلی، میزان حقوق دریافتی، امکانات زندگی، میانگین هزینه‌های سلامت و محل سکونت بود. بخش دوم پرسشنامه در مورد موفقیت طرح نظام سلامت بود و بخش پایانی با ۲۳ گویه به بررسی تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در زمینه تأمین هزینه‌های مالی سلامت و دریافت خدمات مراقبت سلامت اختصاص داشت. حداقل و حداکثر امتیاز پرسشنامه تبعیض درک شده ۲۳ و ۹۲ بود که جهت سهولت در آمار توصیفی در سه گروه پایین (کمتر از ۶۶)، متوسط (۶۹-۶۶) و بالا (بالاتر از ۶۹) طبقه‌بندی شد.

اعتبار محتوایی ابزار اندازه‌گیری با استفاده از ششم‌گانه، تجربه و قضاوت محقق بر اساس نظر کارشناسان و اساتید مرتبط تأیید شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه با توزیع پرسشنامه در بین ۳۰ نفر از کارمندان مورد

جدول ۱: توزیع اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنس	زن	۵۹/۷
	مرد	۴۰/۳
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۴/۴
	۳۰-۳۹ سال	۳۷/۰
	۴۰-۴۹ سال	۳۵/۶
	بالای ۴۹ سال	۸/۳
	بدون پاسخ	۴/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰/۸
	متأهل	۸۹/۲
تحصیلات	تحصیلات غیردانشگاهی	۱۰/۱
	تحصیلات دانشگاهی	۸۸/۹
نوع شغل	کارمند آموزش و پرورش	۴۷/۵
	کارمند دانشگاه علوم پزشکی	۴۳/۱
	کارمند دانشگاه ولی عصر	۸/۳
	کارمند دانشگاه پیام نور	۱/۱
درآمد (حقوق دریافتی)	کمتر از یک میلیون تومان	۲۲/۶
	یک میلیون تا دو میلیون	۶۴/۱
	بالاتر از ۲ میلیون تومان	۱۳/۳
مخارج سلامت خانوار	کمتر از یک میلیون تومان	۶۱/۹
	یک میلیون تا دو میلیون	۲۹/۹
	بالاتر از ۲ میلیون تومان	۸/۲

میانگین ۵۱/۱۷ داشت و با توجه به حداقل و حداکثر امتیاز پرسشنامه (۲۳ و ۹۲) می‌توان بیان نمود که میزان تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۴ پایین‌تر از حد متوسط بود. جدول ۲ نشان می‌دهد که در ۶۳٪ کارمندان تبعیض درک شده از اجرای برنامه سلامت متوسط، در ۶/۱٪ پایین و ۳۰/۹٪ از کارمندان نهادهای آموزشی از تبعیض درک شده از اجرای برنامه سلامت بالایی برخوردار بودند؛ به عبارت دیگر اکثریت کارمندان سازمان‌های آموزشی از تبعیض درک شده از اجرای برنامه سلامت متوسطی برخوردار بودند.

یافته‌های تحقیق نشان داد که ۹۵/۶٪ از کارمندان سازمان‌های آموزشی از بیمه درمانی پایه برخوردار بودند و ۷۳/۵٪ از کارمندان طی ۳ ماه گذشته نیازمند دریافت خدمات سرپایی، بهداشتی، دندان‌پزشکی، مشاوره روانی یا خدمات مراقبتی الزامی بودند. از نظر کارمندان پاسخگو، اجرای طرح تحول نظام سلامت، بیشترین تأثیر را بر افزایش دسترسی آنان به خدمات سلامت داشته است، در حالی که بر کاهش هزینه دارو و افزایش رضایتمندی از طرح پزشک خانواده، کمترین تأثیر را داشته است. میزان تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی

اجرای طرح تحول نظام سلامت را داشتند. همچنین نتایج نشان داد که تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان نهادهای آموزشی به تفکیک رده شغلی تفاوت معناداری دارد به طوری که دبیران با میانگین ۵۶/۵ بیشترین و پزشکان با میانگین ۴۵/۱ کمترین میزان تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت را داشتند. طبق نتایج، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی به تفکیک جنس تفاوت معناداری نداشت.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب احساس تبعیض طرح تحول نظام سلامت

تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت	فراوانی	درصد فراوانی
پایین	۲۲	۶/۱
متوسط	۲۲۸	۶۲/۰
بالا	۱۱۲	۳۰/۹
جمع	۳۶۲	۱۰۰

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی تفاوت معناداری دارد، به طوری که کارمندان آموزش و پرورش با میانگین ۵۹/۰ بیشترین و کارکنان دانشگاه ولی عصر با میانگین ۴۴/۹ کمترین میزان تبعیض درک شده از

جدول ۳: تفاوت تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان به تفکیک نهاد آموزشی و رده شغلی

میانگین	انحراف معیار	تعداد	مقدار آزمون	معنی‌داری
آموزش و پرورش	۵۹/۰۰	۸/۲۵	۱۷۲	
دانشگاه پیام نور	۴۷/۱۳	۲/۸۲	۴	
سازمان‌های آموزشی	۴۴/۹۴	۴/۳۲	۳۰	۰/۰۰۱
دانشگاه ولی عصر	۴۴/۹۴	۴/۳۲	۳۰	۰/۰۰۱
دانشگاه علوم پزشکی	۴۸/۰۰	۱۰/۱۳	۱۵۶	۰/۰۰۱
دبیر	۵۶/۵۰	۸/۲۴	۸۶	
کارمند	۴۹/۲۶	۱۱/۰۹	۲۲۷	
رده شغلی	۵۱/۷۸	۶/۶	۳۵	۰/۰۰۱
پرستار	۵۱/۷۸	۶/۶	۳۵	۰/۰۰۱
پزشک	۴۵/۱۳	۱۱/۷۲	۱۴	۰/۰۰۱
زن	۵۱/۷۳	۱۰/۴۸	۱۴۶	۰/۴۲
جنس	۵۰/۷۸	۱۱/۵۴	۲۱۶	۰/۴۲
مرد	۵۰/۷۸	۱۱/۵۴	۲۱۶	۰/۴۲

یافته و با افزایش هزینه سلامت، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت افزایش یافته است. همچنین مشخص شد که با افزایش دریافت خدمات، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی کاهش یافته است.

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی کارمندان، هزینه سلامت و دریافت خدمات مراقبت با تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که با ارتقاء سطح اجتماعی-اقتصادی کارمندان، تبعیض درک شده از اجرای برنامه تحول نظام سلامت کاهش

جدول ۴: بررسی رابطه وضعیت اجتماعی- اقتصادی، هزینه سلامت و خدمات مراقبتی با تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۴

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
تبعیض درک شده از اجرای برنامه	پایگاه اجتماعی- اقتصادی	-۰/۱۴۵	۰/۰۰۶
سلامت	هزینه سلامت	۰/۱۰۳	۰/۰۳۱
	خدمات مراقبتی	-۰/۱۲۱	۰/۰۰۲

بحث

در سال‌های اخیر طرح تحول نظام سلامت در کشور ایران با هدف افزایش دسترسی افراد جامعه خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر جامعه به خدمات سلامت و افزایش حقوق پزشکان و پرستاران همکار طراحی و اجرا شده است.

یافته‌های این تحقیق نشان داده که با افزایش سطح اجتماعی - اقتصادی کارمندان، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت کاهش یافته که همسو با تحقیقات Garcia-Subirats و همکاران (۱۴) در دو کشور برزیل و کلمبیا می‌باشد که نشان دادند بی‌عدالتی در میزان بهره‌برداری از خدمات سلامت در افراد با زمینه اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر بوده است. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که با افزایش هزینه سلامت میزان تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت افزایش یافته که این نتیجه با تحقیقات علیزاده هنجنی و فضائلی (۱۳) همسو بوده، که نشان داده‌اند تحمیل هزینه‌های درمانی باعث فقیرتر شدن فقرا و فرو غلتیدن افراد بیشتری به زیر خط فقر خواهد شد؛ به طوری که پرداخت هزینه‌های درمانی در سال ۱۳۸۱ باعث رشد ۱۱/۵ درصد جمعیت زیر خط فقر شده است.

مطالعات بررسی هزینه کمرشکن خانوار در ۵۹ کشور توسط Xu و همکاران (۱۵) نیز نشان داده‌اند که وقتی سهم مالی خانوارها از نظام سلامت بیش از ۴۰ درصد از مخارج خانوار را شامل شود (بعد از حذف

نیازهای معیشتی)، خانوارها در دام هزینه کمرشکن یا اسفبار قرار می‌گیرند. این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر مشخص شد که با افزایش خدمات مراقبت، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت کاهش خواهد یافت. این نتیجه همسو با تحقیقات پورشیروانی (۱۱) می‌باشد که نشان داد با اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسی مردم به خدمات سلامت بیشتر شده، هزینه‌های غیرضروری کاهش یافته و رضایت‌گیرندگان خدمات بالاتر رفته است. همچنین قابل اشاره است که رضایت اجتماعی از طرح تحول نظام سلامت در مقابل هزینه‌های آن ناچیز است و چنانچه بیمه‌ها همراهی نکنند، تخصیص اعتبارات کامل نباشد و مردم قانع نشوند، در موفقیت برنامه وقفه ایجاد خواهد شد و تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت افزایش خواهد یافت. از آنجا که وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد و مخارج سلامت بر تبعیض درک شده از اجرای برنامه نظام سلامت مؤثر است، می‌توان بیان نمود که اجرای صحیح طرح تحول نظام سلامت می‌تواند با تعدیل مخارج سلامت خانوار، با توجه به وضعیت اجتماعی- اقتصادی آن‌ها در کاهش تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین قشر کارمندان مؤثر باشد.

بر اساس رویکرد ساخت‌یابی Giddens، میزان نابرابری‌های سلامت در هر جامعه به نسبت و

از شهر کرمان قرار گرفته است. این آمار نشان‌دهنده شکاف بین شهر کرمان و شهرستان رفسنجان از حیث دارا بودن خدمات بهداشت و درمان است (۱۹)؛ بنابراین با توجه به اثرات طرح تحول نظام سلامت که منجر به کاهش توجه به بهداشت و مراقبت‌های درمانی شده است (۲۰) و به دلیل جدید بودن این برنامه به محققان پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات گسترده‌ای در زمینه طرح تحول نظام سلامت و پیامدهای دیگر آن انجام دهند.

از محدودیت‌های این مطالعه عدم مشاهده عینی رفتار کارمندان سازمان‌های آموزشی بوده است و اینکه جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه انجام شد. از سویی دیگر به دلیل عدم انتخاب کارمندان سازمان‌های آموزشی غیردولتی، قابلیت تعمیم نتایج محدود است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که با بهبود وضعیت اجتماعی-اقتصادی و خدمات مراقبت، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی کاهش داشته و با افزایش هزینه سلامت، تبعیض درک شده از اجرای طرح تحول نظام سلامت افزایش داشته است. اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث درک تبعیض با درجات مختلف در بین کارمندان سازمان‌های آموزشی شده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان، از مشارکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌نمایند.

چگونگی تعامل عوامل اجتماعی با عوامل ساختاری و میزان برخورداری و دستیابی آنان به منابع و قواعد موجود در ساختارهای اجتماعی مرتبط می‌باشد و این رویکرد را بر اساس نتایج می‌توان این گونه استنباط نمود که افراد جامعه طرح تحول نظام سلامت را به خوبی نمی‌شناسند. همچنین این طرح قرار نیست همه مشکلات بهداشت و سلامت جامعه را حل کند، با آن که در قدم اول همان‌طور که نتایج نشان داده است هزینه‌های پرداختی و درمان را در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها کاهش داده است. پس شناخت طرح برنامه نظام سلامت می‌تواند اطلاعات مفیدی در زمینه میزان‌های کلی بهره‌مندی از خدمات سلامت و نیز اطلاعات ویژه‌ای را در زمینه این که افراد، از چه نوع خدمات سلامت استفاده می‌کنند و این خدمت را از چه منبعی و به چه مقدار تهیه می‌کنند، ارائه نماید تا در اصلاحات طرح و نحوه تخصیص منابع مفید و کارساز باشد (۱۸).

نتایج پژوهش حاضر همچنین، نشان داد که اکثریت کارمندان سازمان‌های آموزشی از تبعیض درک شده متوسطی برخوردارند؛ لذا پیشنهاد می‌گردد متولیان نهادها و حوزه‌های مرتبط با سلامت از طریق اطلاع رسانی گسترده در رسانه‌های دیداری و شنیداری به عموم مردم در زمینه مزایا و خدمات ارائه شده به کاهش توقعات بیماران از کادر پزشکی اقدام نمایند. همچنین با توجه به کیفیت و اهمیت کار آموزش و پرورش در جامعه و اهمیت سلامت کارکنان آموزشی برای پرورش نیروی انسانی می‌توان در رفع تبعیض درک شده کارمندان با افزایش حقوق یا تصویب قوانین جدید در جهت توجه به دبیران اقدام نمود.

شهرستان رفسنجان از نظر توسعه‌یافتگی و دسترسی به خدمات بهداشتی در رتبه دوم با فاصله زیادی بعد

References

1. Alizadeh M, Rabbani R, Mubarak Bakhshaish M. An analysis of the effect of social capital and sense of deprivation on citizens' health: a case study of Isfahan city. *Social Development & Welfare Planing* 2017; 4(15): 46-87. Persian
2. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in financial indicators of the health in Iran during the third and fourth development programs. *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 1113-22. Persian
3. Ghiasvand H, Mohammad Hadian M, Maleki MR. Relationship between health insurance and catastrophic medical payment in hospitals affiliated to Iran University of Medical Science; 2009. *Journal of Economic Research* 2011; 46(1):207-24. Persian
4. Hutton G, Haller L, World Health Organization. Water, Sanitation and Health Team. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at the global level; 2004. [cited 2018 May 26] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68568/WHO_SDE_WSH_04.04.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Maddex RJ. *International Encyclopedia of Human Rights: Freedoms, Abuses, and Remedies*. 6th ed. Washington, D.C: CQ Press; 1989.
6. Shamsi Gooshki E, Alipoori Sakha M, Mostafavi H. Health care system resource allocation: an ethical view. *Medical Ethics Journal* 2014; 8(29): 67-95. Persian
7. Kenny N, Giacomini M. Wanted: a new ethics field for health policy analysis. *Health Care Anal* 2005;13(4):247-60.
8. Bartley, M. *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. 2th ed. USA: Polity; 2004.
9. Gholipor R, Notagh F. Achievements, Challenges and Implications of the Healthcare Reform Plan. *Epoch of people*. 2014; 20(5402): 8. Persian
10. Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi R, Zibadel L, et al. The opportunities and challenges of the Ministry of Health and Medical education for improvement of healthcare system. *Health Research Journal* 2016; 1(3):173-84. Persian
11. Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in I.R . Iran :achievements and challenges. *J Babol Univ Med Sci* 2014;16 (Suppl 1): 15-26. Persian
12. Sorkin DH, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *J Gen Intern Med* 2010; 25(5): 390-6.
13. Alizadeh Hanjani MH, Fazaeli A. Estimation of Fair Financial Contribution in Health System of Iran. *Social Welfare Quartely* 2006; 5(19):279-300. Persian
14. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014;13:10.
15. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003;362(9378):111-7.
16. Habibpor Getabi K, Safari Shali R. *Comprehensive guide for using SPSS in surveying research*. In research survey. Tehran: Loye; 2009.
17. George D, Mallery P. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
18. Borhaninejad V, Naghibzadeh Tahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2015; 7(2):229-40. Persian
19. Ghazanfarpour H. Stratification & development ratio of medical service in Kerman Province cities by concentration index. *Journal of Spatial Planning* 2014; 3(4): 1-18. Persian
20. Tavan H, Manti R, Ali Mirdani O, Sayyadi F, Barji M. A survey on patients and patient' companion satisfaction for health reform plan in the Shahid Mostafa Khomeini hospital of Ilam city in 2015. *Nursing Journal of the Vulnerable* 2016; 2 (5):27-39. Persian

A Study on Perceived Discrimination from Implementation of the Health Reform Program among Employees of Training Organizations in Rafsanjan City, 2015

Mohammad Mehdi Fadakar Davarani¹, Mohammad Mehdi Aghabozorgi Davarani², Leyla Daliri³

Abstract

Background: After security, the second most important human need is health and the healthcare reform plan is a program for improving health services. The purpose of this study was to investigate the social consequences of implementing the health system reform plan in Rafsanjan, with emphasis on the feeling of discrimination among employees of the educational organizations of this city.

Methods: In this descriptive and analytical cross-sectional study, 362 employees of the educational organizations were selected through stratified random sampling in 2015. A researcher-made questionnaire with 21 questions was used to measure the variables. One-way analysis of variance and Pearson correlation coefficient were used for statistical analysis and data analysis was performed through SPSS version 20.

Results: 63% of the staff of educational institutions perceived discrimination in the health system reform plan at an intermediate level. The staff of the Education Department with mean score of 59.0 had the most and Vali -ye-Asr University employees with mean score of 44.9 had the least perceived discrimination from the implementation of the health system reform program. Among job categories, teachers with mean score of 56.5 had the most and physicians with mean score of 45.1 had the least perceived discrimination from the implementation of the health system reform plan. Increased health costs was associated with increased perceived discrimination while higher socioeconomic status and care services was associated with decreased perceived discrimination.

Conclusion: The results of this study showed that the implementation of the health system reform plan has led to different levels of discriminatory perception among staff of educational institutions.

Keywords: Health System Development Plan, Perceived Discrimination, Justice, Educational Organization, Rafsanjan

1- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- MSc, Department of Sociology, Payam Noor University of Khorasan Province, Mashhad, Iran

3- Assistant Professor, Faculty of Law, Payam Noor University of Tehran, Lavasan, Tehran, Iran

Corresponding Author: Dr., Mohammad Mehdi Fadakar Davarani **Email:** mmfadakar@yahoo.com

Address: School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Tel/Fax: 034-32227976