

کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۱ : فصل هفتم : مدیریت و برنامه ریزی در بخش بهداشت

صفحه	عنوان	گفتار
۹۲۸	مدیریت و برنامه‌های تندرستی دکتر فرید ابوالحسنی	اول
۹۵۶	اقتصاد بهداشت دکتر ابوالقاسم پوررضا	دوم
۹۶۶	اصلاح بخش سلامت دکتر کامل شادپور (ره)، دکتر حسین ملک افضلی	سوم
۹۸۴	مدیریت کیفیت و هزینه در بهداشت و درمان دکتر سعاد محفوظپور	چهارم
۱۰۰۰- ۱۰۱۹	سیاست‌های کلی سلامت و جایگاه آن در راهبری نظام سلامت دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده	پنجم



پیش‌آزمون فصل هفتم :

- ۱ - مدیریت را تعریف نموده با ذکر چند مثال واضح انواع آن را بیان کنید؟
- ۲ - سازمان و ماموریت آن را تعریف کنید؟
- ۳ - وظایف اصلی مدیریت در سازمان را شرح دهید؟
- ۴ - مفهوم عملکرد را توضیح دهید؟
- ۵ - مفهوم تندرستی را از دیدگاه خود تعریف کنید؟
- ۶ - برنامه تندرستی را تعریف نموده طیف آن را بیان کنید؟
- ۷ - برنامه‌های تندرستی جاری در نظام خدمات کشور ایران را توضیح دهید؟
- ۸ - چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی را توضیح دهید؟
- ۹ - شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه‌های تندرستی کدامند؟
- ۱۰ - شیوه‌های به کارگیری شاخص‌های ارزیابی عملکرد برنامه را متذکر شوید؟
- ۱۱ - راهی را برای سنجش کیفیت فعالیت‌های تشکیل دهنده یک برنامه تندرستی، پیشنهاد کنید؟
- ۱۲ - چگونه می‌توان برونداد مورد انتظار را برآورد کرد؟
- ۱۳ - حوزه‌های مورد مطالعه در اقتصاد بهداشت را بیان کنید؟
- ۱۴ - تفاوت‌های اقتصاد بهداشت و اقتصاد کالا را توضیح دهید؟
- ۱۵ - منظور از برابری اثربخشی و کیفیت، چیست؟
- ۱۶ - سازمان‌های جدید ارائه خدمات بهداشتی را نام برده و سیاستگذاری‌های آنها را متذکر شوید؟
- ۱۷ - ارتباط بین مدیریت و اقتصاد بهداشت در فرایند توسعه را شرح دهید؟
- ۱۸ - منظور از اصلاح بخش سلامت چیست؟
- ۱۹ - نقش مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تحول نظام بهداشتی را شرح دهید؟
- ۲۰ - ضرورت اصلاح بخش سلامت را متذکر شوید؟
- ۲۱ - تناقض‌های موجود بر سر راه اصلاح بخش سلامت در کشورهای توسعه یافته را توضیح دهید؟
- ۲۲ - تفاوت‌های بین هدف‌های اصلاح بخش سلامت در کشورهای توسعه یافته را بیان کنید؟
- ۲۳ - پیشنهاد‌های شما در مورد اصلاح بخش سلامت، چیست؟
- ۲۴ - محتوای اصلاح بخش سلامت را توضیح دهید؟
- ۲۵ - جنبه‌های مختلف عدم تمرکز را بیان کنید؟
- ۲۶ - پیش نیازهای اصلاح بخش سلامت، کدام است؟
- ۲۷ - کیفیت را تعریف کرده مفهوم کیفیت در بهداشت و درمان را با ذکر مثال، بیان نمایید
- ۲۸ - سطوح مدیریت کیفیت و جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به آن را شرح دهید
- ۲۹ - ارتباط بین هزینه و کیفیت را شرح داده، مثال‌های واضحی در این زمینه ارائه دهید
- ۳۰ - ارزش‌های حاکم بر فعالیت نظام سلامت را نام ببرید.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۱ / دکتر فرید ابوالحسنی

مدیریت برنامه‌های تندرستی

فهرست مطالب

۹۲۹	اهداف درس
۹۲۹	مدیریت برنامه‌های تندرستی
۹۲۹	مفاهیم سازمان و مدیریت
۹۳۱	وظایف اصلی مدیریت در سازمان
۹۳۲	مفهوم عملکرد
۹۳۲	مفهوم تندرستی
۹۳۶	برنامه تندرستی
۹۳۶	برنامه‌های نوع سوم (درمانی و توانبخشی)
۹۳۷	برنامه‌های نوع دوم (غربالگری)
۹۳۷	برنامه‌های نوع اول (پیشگیری ابتدایی و اولیه)
۹۳۷	چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی
۹۴۳	پایش، ارزیابی، تحلیل و تحقیق در برنامه‌های تندرستی
۹۴۴	شاخص‌های پایش و ارزیابی
۹۴۸	تحلیل برنامه‌های تندرستی براساس نتایج پایش و ارزیابی
۹۵۰	چگونه می‌توان برونداد مورد انتظار را برآورد کرد؟
۹۵۳	روش تحلیل
۹۵۴	بازگشت به چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی
۹۵۴	خودآزمایی
۹۵۵	منابع

مدیریت برنامه‌های تندرستی Management of Health Programs

دکتر فرید ابوالحسنی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تعریف مدیریت را بیان و چند مورد از مصادیق آن را در زندگی روزمره خود مشخص کند
- مفهوم سازمان و ماموریت آن را از دید خود بیان نماید
- وظایف اصلی مدیریت را در سازمان توضیح دهد
- مفهوم عملکرد را بیان کند و کاربردهای آن را در مدیریت سازمان توضیح دهد
- برداشت خود را از مفهوم تندرستی بیان کند
- برنامه تندرستی را تعریف نموده و انواع آن را با توجه به مفهوم تندرستی و طیف آن توضیح دهد
- نوع هر یک از برنامه‌های تندرستی جاری در نظام ارائه خدمات ایران را مشخص کند
- چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی ارائه شده در این گفتار را نقد و مفهوم هر یک از عناصر آنرا توضیح دهد
- شیوه به کارگیری شاخص‌های تعریف شده برای ارزیابی عملکرد برنامه را توضیح دهد
- راهی را برای سنجش کیفیت فعالیت‌های تشکیل دهنده یک برنامه تندرستی پیشنهاد کند
- طرحی برای ارزیابی عملکرد یک برنامه جاری تندرستی در سطح کشور تهیه کند.

مدیریت برنامه‌های تندرستی

مفاهیم سازمان و مدیریت

مفهوم مدیریت

“مدیریت” به معنای به کارگیری منابع برای دستیابی به اهداف است. منابع سرمایه‌ای و منابع مصرفی دو گروه اصلی تشکیل دهنده منابع هستند. منابع سرمایه‌ای خود به سه گروه منابع انسانی، فضای فیزیکی، و

تجهیزات تقسیم می‌شوند. به بیان ساده تر برای دست یافتن به هر هدفی باید کاری انجام داد و برای انجام کار به منابع نیازمندیم و خود کار یا فعالیت چیزی جز تعامل بین این منابع نیست. گرچه مفاهیم ذکر شده بسیار ابتدایی و روشن هستند ولی اولین قدم برای مدیریت اثربخش، حرکت دادن این مفاهیم از بخش ناخودآگاه ذهن به بخش خود آگاه آن است. برای آنکه این انتقال رخ دهد به کارهایی که به صورت روزمره در اطراف شما انجام می‌شود بیندیشید. هر یک از این کارها چه هدفی را تعقیب می‌کند؟ یعنی پس از پایان یافتن کار چه چیزی باید حاصل شده یا چه تغییری رخ داده باشد؟ برای انجام هر کار از چه منابعی استفاده می‌شود؟ و شیوه تعامل این منابع با یکدیگر چگونه است؟ یعنی چه کسی، با استفاده از چه ابزار و موادی و با چه روشی (شیوه تعامل) کار را انجام می‌دهد؟ قاعدتا قبل از آغاز کار باید محصول یا هدف از انجام آن روشن باشد؛ زیرا هر فعالیتی محصول خاصی را تولید می‌کند و اگر مقصود ما از انجام فعالیت تولید یک محصول خاص است، باید فعالیت‌های متناسب با تولید آن محصول را انجام دهیم. در غالب موارد در زندگی روزمره محصول مورد نظر و فعالیت‌هایی که ما را به آن می‌رساند چنان فطری و ناخودآگاه انجام می‌شوند که توجه به مشخصات هر یک از آن‌ها امری غیر معمول و نسبتاً دشوار به نظر می‌رسد. برای تبدیل شدن از یک فرد عادی به یک مدیر موفق، باید یاد گرفت که چگونه این امر فطری و ناخودآگاه را به یک امر کاملاً آگاهانه تبدیل کرد. این ضرورت از آنجا ناشی می‌شود که شما به عنوان یک مدیر اولاً باید به اهداف خود دست یابید و لذا علاوه بر آنکه باید از میزان نیل به آن آگاه باشید باید بتوانید حرکت خود را برای دستیابی به آن، در صورت لزوم، اصلاح کنید و این جز با درک عمیق هدف و فعالیت‌هایی که به آن ختم می‌شود امکان پذیر نیست. ثانياً باید یک حرکت جمعی را به سوی اهداف مشخص هدایت کنید و اگر درک مشترکی از هدف و شیوه دستیابی به آن بین افرادی که قرار است با مشارکت یکدیگر به آن دست یابند وجود نداشته باشد، تضمینی برای انجام یک کار هماهنگ و دستیابی به هدف وجود نخواهد داشت.

مفهوم سازمان

انسان یک موجود اجتماعی است، یعنی به تنهایی نمی‌تواند نیازهای خود را برآورده سازد و برای یافتن پاسخ مناسب برای نیازهای خود به دیگران نیازمند است. شرط برآورده شدن نیاز یک نفر توسط دیگران، برآورده شدن نیاز آنان توسط او است. هنگامی که پاسخ به نیاز گروهی از افراد جامعه از عهده یک نفر خارج است و جمعی از افراد را ناگزیر از همکاری با یکدیگر به منظور پاسخ به آن نیاز کند، هسته اولیه یک سازمان شکل می‌گیرد. انگیزه افراد برای پیوستن به سازمان ارضای نیازهای شخصی آنان است و در واقع ارضای نیازهای شخصی در گروهی پاسخ به نیازهای اجتماعی از طریق فعالیت‌های سازمانی است. بنابراین شروط لازم و کافی برای ایجاد یک سازمان، وجود یک نیاز اجتماعی و وجود انگیزه‌های فردی برای بهم پیوستن و تشکیل سازمان است. از آن نیاز اجتماعی که سازمان برای ارضای آن ایجاد شده است به رسالت، یا فلسفه وجودی، سازمان تعبیر می‌شود. در واقع رسالت، کلی‌ترین هدف سازمان است و سایر اهداف سازمانی از آن نشأت می‌گیرند.

با توجه به مفهوم مدیریت، که در بالا به آن اشاره شد، وظیفه اصلی مدیریت سازمان به کارگیری منابع سازمان برای دستیابی به هدف یا رسالت آن است. تحقق هدف سازمان مستلزم تعامل مناسب بین منابع آن یا انجام فعالیت‌های مناسب است. به لحاظ تقدم و تاخر منطقی، سازمان طی مراحل زیر طراحی می‌شود:

مراحل طراحی سازمان

- ۱) شناسایی رسالت سازمان
 - ۲) تعیین فعالیت‌هایی که انجام آن‌ها تحقق رسالت سازمان را به دنبال دارد
 - ۳) تعیین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها
 - ۴) سازمان‌دهی منابع، خصوصاً منابع انسانی، در قالب ساختار سازمانی.
- با توجه به مفاهیم فوق، وظایف اصلی مدیریت در سازمان عبارتند از :

وظایف اصلی مدیریت در سازمان

الف) برنامه ریزی

مقصود از برنامه ریزی حرکت از ماموریت به فعالیت است. طبیعی است که برنامه ریزی با درک عمیق ماموریت سازمان، آغاز می‌شود. درک عمیق ماموریت، توانایی شناسایی روش‌های مختلف برای گام برداشتن در جهت ماموریت سازمان را در مدیریت ایجاد می‌کند. مدیریت با توجه به شرایط حاکم بر سازمان باید از میان روش‌های ممکن مناسبترین روش یا استراتژی را برای نیل به ماموریت سازمان انتخاب کند. استراتژی در واقع مشخص کننده گام‌های اصلی است که برای دستیابی به ماموریت سازمان باید برداشته شود. هر گام اصلی یک هدف اختصاصی را تعقیب می‌کند. دستیابی به هر هدف اختصاصی، خود مستلزم اختیار استراتژی مناسب برای نیل به آن و شناسایی اهداف اختصاصی تر است. این مراحل را باید تا رسیدن به اهدافی ادامه داد که نیل به آن‌ها مستلزم انجام یک فعالیت روشن است. روشن بودن این فعالیت، ما را از شکستن آخرین گروه اهداف به اهداف جزئی تر بی نیاز می‌کند.

ب) سازماندهی و هماهنگی

شناسایی فعالیت‌های سازمان منجر به شناسایی مهارت‌ها و تخصص‌های مورد نیاز سازمان می‌شود. به منظور تقویت مهارت‌ها در سازمان و انجام امور توسط افراد متخصص، بر اساس تخصص‌های شناسایی شده واحدهای سازمانی شکل می‌گیرد. سازماندهی به معنای تشکیل واحدهای تخصصی در سازمان است. هر واحد سازمانی، که مجموعه‌ای از افراد دارای تخصص‌های مشابه است، در فرایندهای گوناگونی که منجر به تحقق اهداف سازمانی می‌شود مشارکت دارد. **هماهنگی** به معنای در کنار هم قرار دادن واحدهای تخصصی، در قالب یک فرایند، برای نیل به اهداف سازمانی است.

ج) انگیزش و رهبری

هدف از انگیزش و رهبری به کارگیری حداکثر ظرفیت منابع انسانی در جهت اهداف سازمانی است. برای آنکه هر یک از افراد عضو سازمان تمام قابلیت‌های خود را در جهت اهداف سازمانی به کار گیرند، اولاً باید بخواهند و ثانياً بتوانند. با توجه به آنکه افراد به منظور ارضای نیازهای شخصی خود به سازمان می‌پیوندند، فقط در صورتیکه پاسخ مناسبی برای این نیازها در سازمان بیابند، قابلیت‌های خود را در اختیار آن قرار می‌دهند. بنابراین

شناسایی نیازهای کارکنان و پاسخ منطقی به آن‌ها منجر به ایجاد تمایل در آنان برای کار در جهت اهداف سازمانی می‌شود. علاوه بر این کارکنان باید رسالت و اهداف سازمانی را بشناسند، راه رسیدن به آن‌ها را بدانند و از نقش خود در این راه آگاه باشند تا تمایل کافی برای حرکت به سوی اهداف در آن‌ها ایجاد شود. و در نهایت اینکه کارکنان باید از مهارت کافی برای اقدام به وظایف خود در سازمان برخوردار باشند. اقداماتی که منجر به آن می‌شود که منابع انسانی حداکثر ظرفیت خود را در خدمت اهداف سازمانی قرار دهند، عناصر انگیزش و رهبری را تشکیل می‌دهند.

د) کنترل

با توجه به آنکه فعالیت‌ها به منظور نیل به اهداف سازمانی طراحی و اجرا می‌شوند، مدیریت سازمان پیوسته در مقابل دو سوال زیر قرار دارد :

۱) آیا فعالیت‌ها بر اساس طراحی‌ها اجرا می‌شوند ؟

۲) آیا اهداف سازمانی تحقق یافته‌اند ؟

از اقداماتی که در جهت یافتن پاسخ سوال اول انجام می‌شود به پایش (Monitoring) تعبیر می‌شود و یافتن پاسخ سوال دوم را ارزیابی (Evaluation) می‌نامند. از کنار هم قرار دادن نتایج پایش و ارزیابی می‌توان به این سوال پاسخ داد که آیا طراحی موجود مناسبترین طراحی برای نیل به اهداف سازمانی است یا با توجه به شرایط موجود حاکم بر سازمان امکان طراحی بهتری نیز وجود دارد. بدین ترتیب می‌توان، با شناسایی فرصت‌های ارتقا، سازمان را در مسیر بهبود مستمر قرار داد.

مفهوم عملکرد

از طریق به کارگیری منابع، اهداف سازمانی تحقق می‌یابد. منابع در حکم درون داد سازمان و اهداف سازمانی در حکم برون داد آن هستند. با توجه به محدودیت منابع و نامحدود بودن مصارف، یا اهدافی که می‌توان به آن‌ها دست یافت، پیوسته اهداف و استراتژی‌های دستیابی به آنها در استفاده از منابع با یکدیگر در رقابت هستند. در این رقابت اهدافی پیروز خواهند شد که اولاً با ارزش تر باشند و ثانياً استراتژی دست یابی به آنها مصرف منابع کمتری را ایجاب کند.. با توجه به این مفاهیم از نسبت برون داد به درون داد به عملکرد (Performance) یا کارایی (Efficiency) تعبیر می‌شود. تمام همت مدیریت سازمان باید صرف ارتقای عملکرد یا کارایی سازمان شود. بدین منظور باید قدرت شناسایی با ارزش ترین اهداف را داشته باشد و برای دستیابی به آن‌ها مناسبترین فعالیت‌ها را انتخاب کند و فعالیت‌های انتخاب شده را در عمل به بهترین نحو طراحی و اجرا نماید. پس از اجرای فعالیت‌ها، از طریق پایش و ارزیابی مستمر می‌توان بازخورد مناسب را به منظور اصلاح اهداف، طراحی‌ها، و شیوه اجرا دریافت کرد.

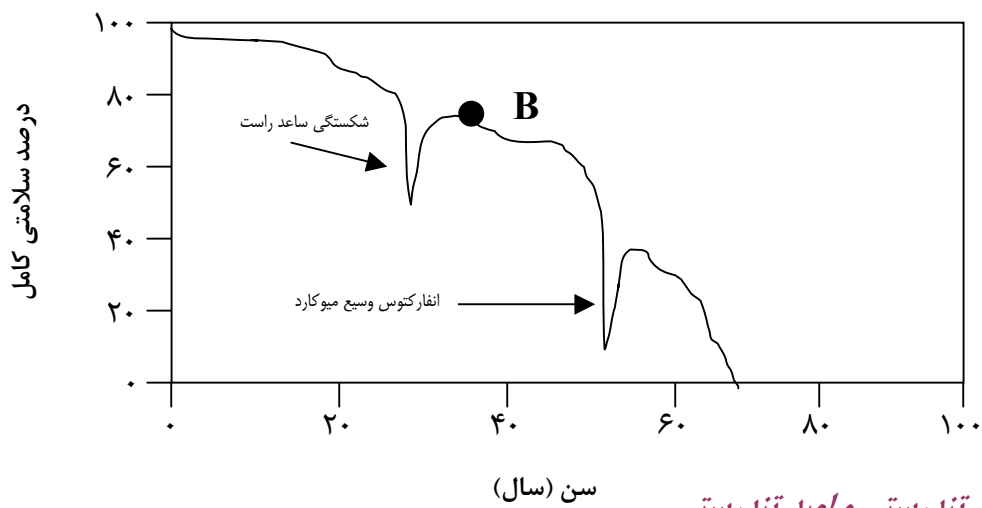
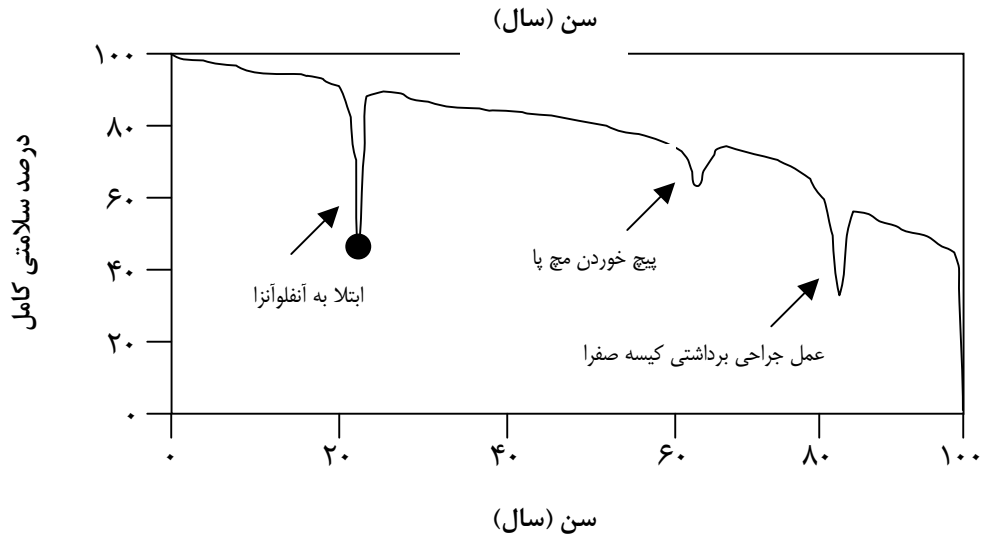
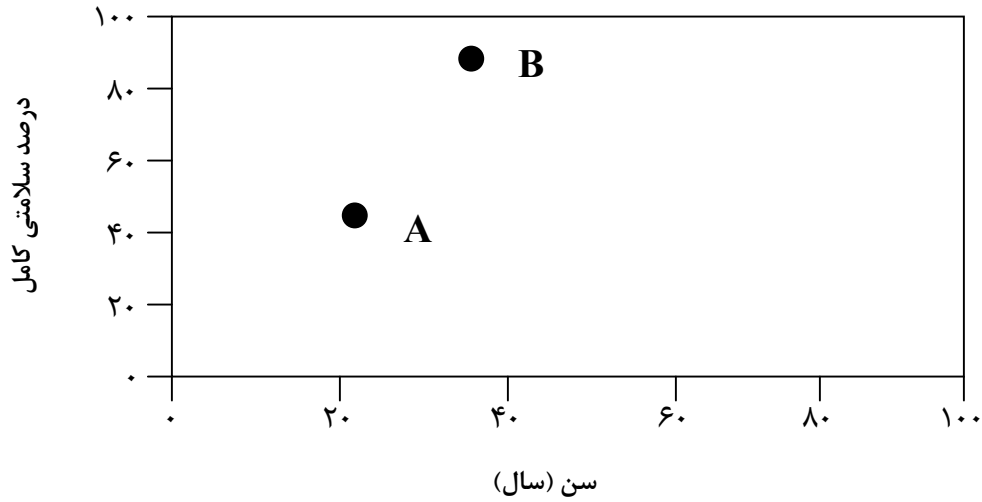
مفهوم تندرستی

نظام‌های تندرستی برای پاسخ به نیاز مردم به تندرستی بوجود آمده‌اند و لذا مستقیم ترین راه برای

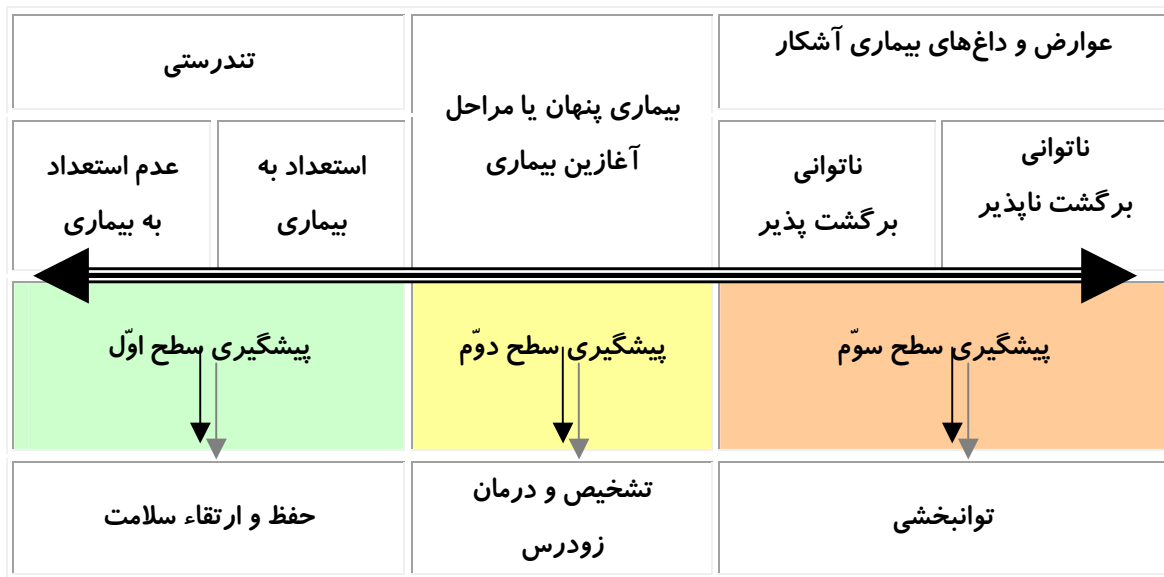
شناسایی دقیق این نیاز، تحلیل توقعات مردم از نظام تندرستی است. توقع اصلی مردم در قبال نظام تندرستی حل مشکل تندرستی آنان هنگام مراجعه به واحدهای ارائه خدمات است. بنابراین اولین گام در جهت تحلیل توقعات مردم، تبیین مشکلی است که آنان را ناگزیر از مراجعه کرده است. همه‌ی مشکلات تندرستی را که منجر به مراجعه مردم به واحدهای ارائه خدمت می‌شود می‌توان در گروه‌های زیر دسته بندی کرد:

- احساس ناخوشی و ناتوانی و ترس از تداوم و / یا تشدید آن
- ترس از وقوع ناتوانی
- ترس از مرگ

هرچه فرد احساس ناتوانی شدیدتری داشته باشد و از برگشت ناپذیری آن بیمناک تر باشد، وقوع ناتوانی را نزدیک تر و شدت آن را بیشتر ببیند، و/یا مرگ را قریب‌الوقوع تر احساس کند؛ با فوریت بیشتری برای دریافت خدمت مراجعه می‌کند. ناتوانی یک امر نسبی است و در مقایسه با وضعیتی که فرد در آن احساس توانایی جسمی و روانی بیشتری می‌کند معنی پیدا می‌کند. ماخذ مقایسه می‌تواند خود فرد یا دیگران باشند. بنابراین از دید مردم احساس توانایی در حال حاضر فقط یک روی تندرستی است و روی دیگر آن تمایل به زندگی همراه با توانایی در آینده است؛ زیرا مردم علیرغم احساس توانایی در حال حاضر به واسطه بیم از آینده و به منظور کاستن از احتمال ناتوانی و مرگ در آینده به نظام ارائه خدمات تندرستی مراجعه می‌کنند. به منظور درک اهمیت روی دوم تندرستی، باید به این نکته توجه داشت که احساس ناتوانی در هر مقطع زمانی اگر به معنای کاهش امید زندگی همراه با توانایی نباشد، راحت تر تحمل می‌شود و در هنگام قضاوت در مورد تندرستی فرد به عنوان یک نکته منفی تلقی نخواهد شد. این ناتوانی یک انحراف موقت از مسیر حرکت عادی زندگی است که فاقد تاثیر تعیین کننده بر فرایند حیات فرد در این جهان است. مفاهیم ظاهر تندرستی (درجه توانایی فرد در حال حاضر) و امید زندگی همراه با تندرستی را می‌توان به کمک نمودارهای شکل ۱ بهتر تبیین کرد. بخش الف شکل شماره ۱، ظاهر تندرستی دو نفر را با یکدیگر در حال حاضر مقایسه می‌کند. فرد A جوان ۲۲ ساله به شدت تبداری است که از سر درد رنج می‌برد و به دلیل درد منتشر بدن قادر به ترک بستر نیست. فرد B مرد ۳۸ ساله‌ای است که در حال حاضر شکایت خاصی ندارد و به راحتی از عهده وظایف و مسئولیت‌های خود در محیط کار برمی‌آید. فرد A در حال حاضر به یک عفونت ویروسی حاد دستگاه تنفس فوقانی مبتلا است و در زندگی روزمره خود از تغذیه و فعالیت فیزیکی مناسب برخوردار است و اعتیاد به سیگار ندارد. فرد B روزی یک پاکت سیگار مصرف می‌کند و حدود ۲۰ کیلوگرم اضافه وزن دارد. بخش‌های "ب" و "ج" شکل شماره ۱ سلامت این دو نفر را در طول عمر نشان می‌دهند. این شکل حکایت از آن دارد که فرد A علیرغم ظاهر تندرستی نامناسبتر در حال حاضر، از امید زندگی همراه با تندرستی بیشتری برخوردار است. همان گونه که این مثال نشان می‌دهد، با توجه به دانش روز، می‌توان شواهدی را در وضعیت کنونی افراد جستجو کرد که به کمک آن‌ها بتوان به قضاوتی در خصوص امید زندگی همراه با تندرستی آنان دست یافت. فرد B، علیرغم ظاهر تندرستی بهتر در حال حاضر، به دلیل تغذیه نامناسب و فعالیت فیزیکی کم (که منجر به اضافه وزن او شده است) و مصرف سیگار، مستعد ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر است و در سن ۵۳ سالگی دچار انفارکتوس وسیع میوکارد شده است.



شکل ۱ - ظاهر تندرستی و امید تندرستی



شکل ۲ - مراحل تکوین یک بیماری

از احساس ناتوانی در فرد در حال حاضر (روی اول تندرستی)، به منظور تمیز آن از امید زندگی همراه با توانایی (روی دوم تندرستی)، به ناخوشی (Illness). تعبیر می‌کنیم. در مقابل ناخوشی سرحالی (well-being). قرار دارد که از احساس توانایی در فرد حکایت دارد. برای تبدیل ناخوشی به سرحالی، حفظ سرحالی موجود، یا جلوگیری از وقوع ناخوشی در آینده باید بتوان آن را به یک بیماری نسبت داد. در قیاس با ناخوشی که در اصل یک احساس فردی است؛ بیماری یک فرایند عینی قابل ردیابی است که می‌توان آغاز، سیر، و سرانجام آن را مشخص کرد. بیماری با شروع تاثیر عوامل سبب ساز آن بر بدن آغاز می‌شود و پس از عبور از یک مرحله نهفتگی به صورت بروز ناتوانی‌های مختلف در فرد بیمار آشکار می‌شود.

عوامل سبب ساز را می‌توان به عوامل ژنتیک، رفتاری، و محیطی تقسیم کرد. عوامل محیطی خود به عوامل فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک قابل تقسیم هستند. این عوامل فرایند بیماری را در بدن آغاز می‌کنند. تا زمانی که آثار پاتولوژیک آن‌ها منجر به تغییرات غیر قابل جبران در عملکرد اندام‌ها نشده است؛ بیماری، علیرغم حضور، در مرحله نهفتگی قرار دارد. مرحله نهفتگی در بیماری‌های مختلف از چند ثانیه تا چند دهه متفاوت است. بروز ناتوانی به معنای پایان دوره نهفتگی و آغاز مرحله آشکار بیماری است. ناتوانی‌های بوجود آمده ممکن است موقت و برگشت پذیر یا برگشت ناپذیر باشند و در مواردی نیز به مرگ بیانجامند.

افراد جامعه به یک نسبت در مقابل عوامل بیماریزا آسیب پذیر نیستند. برخی ممکن است مستعد ابتلای به یک بیماری نباشند. برای مثال فردی که در معرض دود سیگار قرار ندارد، در برابر ابتلاء به سرطان سلول‌های شاخی حنجره مصونیت دارد. استعداد به ابتلا الزاماً به معنای ابتلای به بیماری نیست؛ بلکه از مصون نبودن فرد در مقابل بیماری، حکایت دارد. مراحل مختلف تکوین یک بیماری در شکل شماره ۲ نمایش داده شده است.

با توجه به شکل شماره ۲، ناخوشی به دلیل وارد شدن یک بیماری به مرحله آشکار خود بروز می‌کند.

ظاهر تندرستی حاصل قرار داشتن یا نداشتن فرد در مرحله آشکار بیماری‌های گوناگون است. امید به تندرستی حاصل جایگاه فرد در طیف بیماری‌های گوناگون است. به همان اندازه که جایگاه فرد در طیف بیماری‌های گوناگون به انتهای چپ طیف نزدیکتر باشد؛ امید تندرستی او بیشتر است و با حرکت در جهت راست طیف، حتی اگر تغییر محسوسی در ظاهر تندرستی ایجاد نشود، از امید تندرستی کاسته می‌شود. به منظور از میان بردن ناخوشی یا جلوگیری از بروز آن باید یا بیماری بوجود آورنده آن را درمان کرد یا از بروز و پیشرفت این بیماری حتی‌المقدور جلوگیری کرد. با اقدام موفق در هر یک از سطوح پیشگیری، منحنی تندرستی فرد در طول زندگی (بخش ب و ج شکل شماره ۱) در جهت بالا تغییر مکان می‌دهد و سطح زیر آن افزایش می‌یابد. افزایش سطح زیر این منحنی برای هر فرد به معنای ارتقای تندرستی او است ارتقای تندرستی به معنای ظاهر تندرستی بهتر و امید تندرستی بیشتر، هر دو است. بنابراین نظام تندرستی به منظور اقدام به ماموریت خود باید در یکی از سطوح نمایش داده شده در شکل شماره یک با بیماری‌های مختلف به مقابله پردازد.

برنامه تندرستی

برنامه تندرستی به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر اطلاق می‌شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل تندرستی طراحی و اجرا می‌شود. با مرور برنامه‌های جاری در نظام تندرستی، سه گروه اصلی برنامه‌ها قابل تمیز است. این سه گروه تا حدودی با سه سطح پیشگیری از بیماری‌ها منطبق است و از آن جهت که این گروه‌ها در جمعیت هدف، طراحی و اجرا، تفاوت‌های اساسی با یکدیگر دارند، شناسایی و تمیز آنها از یکدیگر، در مقدمه بحث مدیریت برنامه‌ها، از اهمیت برخوردار است.

برنامه‌های نوع سوم (درمانی و توانبخشی)

گروه هدف را در این برنامه‌ها افراد مبتلا به ناتوانی (ناخوش) تشکیل می‌دهند. هدف از این برنامه‌ها اعاده توانایی (در مورد ناتوانی‌های برگشت پذیر) یا افزایش قدرت سازگاری فرد معلول با شرایط جدید (در مورد ناتوانی‌های برگشت‌ناپذیر) است (پیشگیری سطح سوم). به دلیل احساس ناتوانی، فرد مبتلا متقاضی دریافت خدمات تندرستی است و لذا چنانچه دسترسی او به خدماتی که از نظر کیفیت و قیمت برای او قابل قبول باشد تأمین شود، از آن‌ها بهره مند خواهد شد.

برنامه‌های درمانی از طریق تشخیص بیماری بوجود آورنده ناتوانی و درمان آن، به دنبال اعاده توانایی و از میان بردن شکایت برخاسته از احساس ناتوانی هستند و لذا می‌توان آن‌ها را به صورت *مجموعه فعالیت‌هایی که به منظور رسیدگی به یک یا چند شکایت خاص طراحی شده‌اند نیز تعریف کرد*. همه‌ی فعالیت‌های تشخیصی، درمانی و توانبخشی را می‌توان در قالب برنامه‌های نوع سوم، دسته بندی کرد. مشکل اصلی غالب برنامه‌های نوع سوم فقدان استانداردهای مدون مبتنی بر شواهد علمی در سطح کشور است. لذا تفاوت قابل توجه در شیوه اقدام به آن‌ها در بین دست اندرکاران این برنامه‌ها دیده می‌شود.

نظام‌های تندرستی از نظر نوع شکایاتی که باید برای آنها برنامه نوع سوم، طراحی شود غیرگزینشی عمل می‌کنند، یعنی باید برای تمام شکایات، برنامه‌ای موجود باشد. لیکن نوع فعالیت‌های تشخیصی درمانی تشکیل

دهنده برنامه به منابع موجود و هزینه - اثر بخشی فعالیت‌ها وابسته است.

برنامه‌های نوع دوم (غربالگری)

بیماری‌های دارای اولویت به دو گروه دارای دوره نهفتگی کوتاه و دوره نهفتگی طولانی مدت قابل تقسیم هستند. گروه اول معمولاً در اثر عوامل بیولوژیک شناخته شده ایجاد می‌شود و در بخش قابل توجهی از موارد، تشخیص و درمان به موقع منجر به شفای قطعی بیمار می‌شود. گروه دوم معمولاً عامل اتیولوژیک شناخته شده قطعی ندارد و رفتارهای نامناسب از عوامل خطر عمده آن محسوب می‌شود. در این بیماری‌ها معمولاً پس از پیدایش علائم بیماری، عملاً شفای قطعی امکان پذیر نیست و هدف اقدامات درمانی به کاستن از شدت ناتوانی و جلوگیری از پیشرفت آن محدود می‌شود. با توجه به امکان ناپذیر بودن پیشگیری قطعی از این بیماری‌ها و وجود یک دوره نهفتگی طولانی، تلاش برای شناسایی بیماران در دوره نهفتگی و جلوگیری از پیشرفت بیماری آنان به سوی ناتوانی (پیشگیری سطح دوم) از توجه کافی برخوردار است؛ منوط برآنکه اولاً آزمون بیماریابی مناسب و ثانیاً اقدام موثر و مورد اتفاق برای درمان بیماران شناسایی شده در اختیار باشد.

گروه هدف را در برنامه‌های غربالگری، افراد به ظاهر سالم در معرض خطر تشکیل می‌دهند. از مصادیق برنامه‌های بیماریابی در مجموعه برنامه‌های موجود نظام تندرستی در ایران می‌توان غربالگری سرطان دهانه رحم و تنبلی چشم را نام برد.

برنامه‌های نوع اول (پیشگیری ابتدایی و اولیه)

پس از تعیین اولویت‌های جامعه باید آنها را با اولویت‌های سایر جوامع مقایسه کرد. این مقایسه از آن جهت دارای اهمیت است که ممکن است اولویت‌های امروز سایر جوامع مشکلات آینده ما را تشکیل دهد. بررسی مقایسه‌ای روند تغییر بار بیماری‌ها در جوامع مختلف قدرت پیش بینی آینده را به سیاستگذاران می‌دهد. بدین ترتیب می‌توان با بیماری‌هایی به مقابله پرداخت که هنوز در یک جامعه خاص به یک مشکل اجتماعی تبدیل نشده است. برنامه‌هایی که به قصد مبارزه با بیماری‌هایی که می‌توانند در آینده باری را بر جامعه تحمیل کنند طراحی می‌شوند، معمولاً تثبیت رفتارهای مناسب در جامعه و جلوگیری از پیدایش رفتارهای بیماریزا را تعقیب می‌کنند. به چنین مداخله‌ای اصطلاحاً **پیشگیری ابتدایی** (Primordial Prevention) اطلاق می‌شود. در قیاس با پیشگیری ابتدایی، **پیشگیری اولیه یا سطح اول** (Primary Prevention) به مداخله‌ای اطلاق می‌شود که با هدف تغییر عوامل خطر و اتیولوژیک بیماری‌های موجود و اولویت دار جامعه طراحی و اجرا می‌شود. برنامه‌های بهداشت محیط و گسترش ایمن سازی در سطح پیشگیری اولیه عمل می‌کنند. **افراد سالم، گروه هدف برنامه‌های پیشگیری ابتدایی و اولیه را تشکیل می‌دهند.**

چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی

با توجه به مفاهیم مدیریت، تندرستی، و برنامه تندرستی به راحتی قابل تصور است که نظام تندرستی از

طریق طراحی و اجرای برنامه‌های تندرستی به ماموریت خود اقدام می‌کند. به بیان دیگر مدیریت صحیح نظام تندرستی در گروهی مدیریت صحیح برنامه‌های تشکیل دهنده آن است. هر برنامه تندرستی شبیه یک موجود زنده متولد می‌شود، رشد می‌کند، به بلوغ می‌رسد، در سراسیمه‌ی کهولت و ناتوانی قرار می‌گیرد، و ممکن است روزی از میان برود. تولد یک برنامه انعکاسی از یک نیاز تندرستی در جامعه است. مدیریت اثر بخش برنامه منجر به رشد آن می‌شود. تبعیت نکردن برنامه از شرایط بیرون و درون سازمان آن را در معرض از هم پاشیدگی قرار می‌دهد و ممکن است در نهایت به مرگ آن بیانجامد. علاوه بر مدیریت نامناسب، از میان رفتن نیازی که تولد برنامه را سبب شده بود نیز منجر به حذف آن می‌شود. مدیریت اثر بخش یک برنامه تندرستی مستلزم درک عمیق چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی و اقدام مناسب در هر یک از مراحل تشکیل دهنده این چرخه است. به همین دلیل بحث مدیریت برنامه‌های تندرستی را با تبیین چرخه زندگی این برنامه‌ها، که در شکل شماره ۳ نمایش داده شده است، پی می‌گیریم. در این شکل تمامی مواردی که در مستطیل قرار داده شده است اشاره به فعالیت دارد و موارد خارج از مستطیل، محصول یا نتیجه فعالیت‌ها را مشخص می‌کند. با توجه به مفهوم چرخه نمی‌توان نقطه آغازی را برای آن مشخص کرد و با توجه به موقعیت برنامه باید نقطه‌ای را برای شروع مدیریت برنامه در نظر گرفت. برای مثال در برنامه‌های جاری پایش و ارزیابی را می‌توان به عنوان نقاط شروع اختیار کرد و در صورت در اختیار بودن نتایج پایش و ارزیابی می‌توان از تحلیل آغاز کرد. اگر مشکلی در جامعه وجود دارد که هنوز برای آن برنامه‌ای طراحی و اجرا نشده است، نقطه شروع تعیین اولویت خواهد بود. توضیح مراحل تشکیل دهنده این چرخه به قرار زیر است :

۱) تعیین نیاز

طی دهه‌های اخیر روش‌های گوناگونی برای دستیابی به نیازهای تندرستی به کار گرفته شده است که تمامی آن‌ها به گونه‌ای بر اطلاعات ابتلا و مرگ، استوار است. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها که در دهه آخر قرن بیستم به انجام رسید، آخرین تلاش برای معرفی یک روش به منظور دستیابی به نیازهای تندرستی و ارزیابی مداخلات تندرستی است. در روش به کار گرفته شده در این مطالعه با محاسبه و جمع سال‌های از دست رفته به واسطه مرگ زودرس ناشی از یک بیماری و پی‌آمدهای غیرکشنده آن، **بار یک بیماری** بر جامعه محاسبه می‌شود. این بار در قالب شاخص DALYs (Disability Adjusted Life Years) بیان می‌شود. در حال حاضر محاسبه این شاخص، مقبولترین روش برای تعیین نیازهای تندرستی در جامعه است و محاسبه آن برای بیماری‌های مختلف، توسط سازمان جهانی بهداشت به کشورهای عضو توصیه شده است.

۲) طراحی و اجرای اولیه

هدف از این مرحله یافتن مناسبترین مداخله برای کاستن از بار بیماری است. با یک مشکل تندرستی در سطوح مختلف پیشگیری و با روش‌های گوناگونی می‌توان به مقابله پرداخت. شیوه‌های مختلف مقابله با یک مشکل تندرستی را می‌توان با مرور منابع علمی یا اقدام به مطالعات میدانی، شناسایی کرد. معیارهای مناسب‌ترین مداخله عبارتند از :

- **هزینه - اثر بخشی:** مداخله‌ای مناسبتر است که با صرف منابع کمتر از بار مشکل تندرستی هدف برنامه بیشتر بکاهد.
- **پایداری:** مداخله‌ای از تضمین بیشتری برای پایداری و استمرار برخوردار است که تناسب بیشتری با ساختار نظام ارائه خدمات داشته باشد. مقصود از تناسب، آن است که منابع مورد نیاز برای اجرای مداخله در نظام موجود باشد. در بعد منابع انسانی فقط در صورتی باید یک مداخله جدید را به نظام ارائه خدمات افزود که نیروی انسانی درگیر در برنامه از مهارت کافی برای اجرا، پایش، ارزیابی و بهبود مستمر برنامه برخوردار باشند. چنانچه منابع موجود فاقد چنین قابلیت‌هایی هستند؛ وارد کردن یک برنامه جدید مستلزم ایجاد تغییرات متناسب با آن در نظام ارائه خدمات است. در غیر این صورت تضمینی برای پایداری برنامه وجود نخواهد داشت.

محصول این مرحله روشن شدن فعالیت‌های تشکیل دهنده برنامه و استاندارد منابع و روش انجام این فعالیت‌هاست. به بیان دیگر در این مرحله با تکیه بر اسناد و روش‌های علمی چنین حکم می‌شود که انجام فعالیت‌های طراحی شده با رعایت استانداردهای مشخص شده برای آن‌ها منجر به کاهش بار ناشی از مشکل تندرستی مورد نظر می‌شود. در این مرحله باید حجم و محل استقرار منابع را نیز مشخص کرد. هدف از این کار تضمین دسترسی فیزیکی گروه هدف برنامه به خدمات آن است.

هدف از اجرای اولیه، دستیابی به همه‌ی نکاتی است که رعایت آن‌ها برای جاری کردن موفقیت آمیز یک برنامه در نظام ارائه خدمات ضروری است. به بیان دیگر اجرای اولیه با نگرش اجرایی و نه تحقیقاتی انجام می‌شود ولی در جریان آن می‌توان ابهاماتی را که در مرحله طراحی، پاسخ روشنی برای آن‌ها یافت نشده است، زدود.

۳) برآورد بودجه استقرار و تامین آن

قدم اول در جاری کردن یک برنامه تندرستی تامین منابع سرمایه‌ای مورد نیاز آن است. منابع انسانی، ساختمان و تجهیزات، منابع سرمایه‌ای را تشکیل می‌دهند. به کارگیری و آموزش منابع انسانی سرمایه گذاری اصلی در جاری کردن یک برنامه جدید است. با توجه به آنکه در مرحله طراحی و اجرای اولیه، استاندارد منابع باید به دقت مشخص شده باشد، برآورد بودجه مورد نیاز برای تامین این منابع در این مرحله با سهولت انجام می‌پذیرد. محل تامین بودجه مورد نیاز برای تامین منابع با توجه به شرایط سازمان مشخص می‌شود.

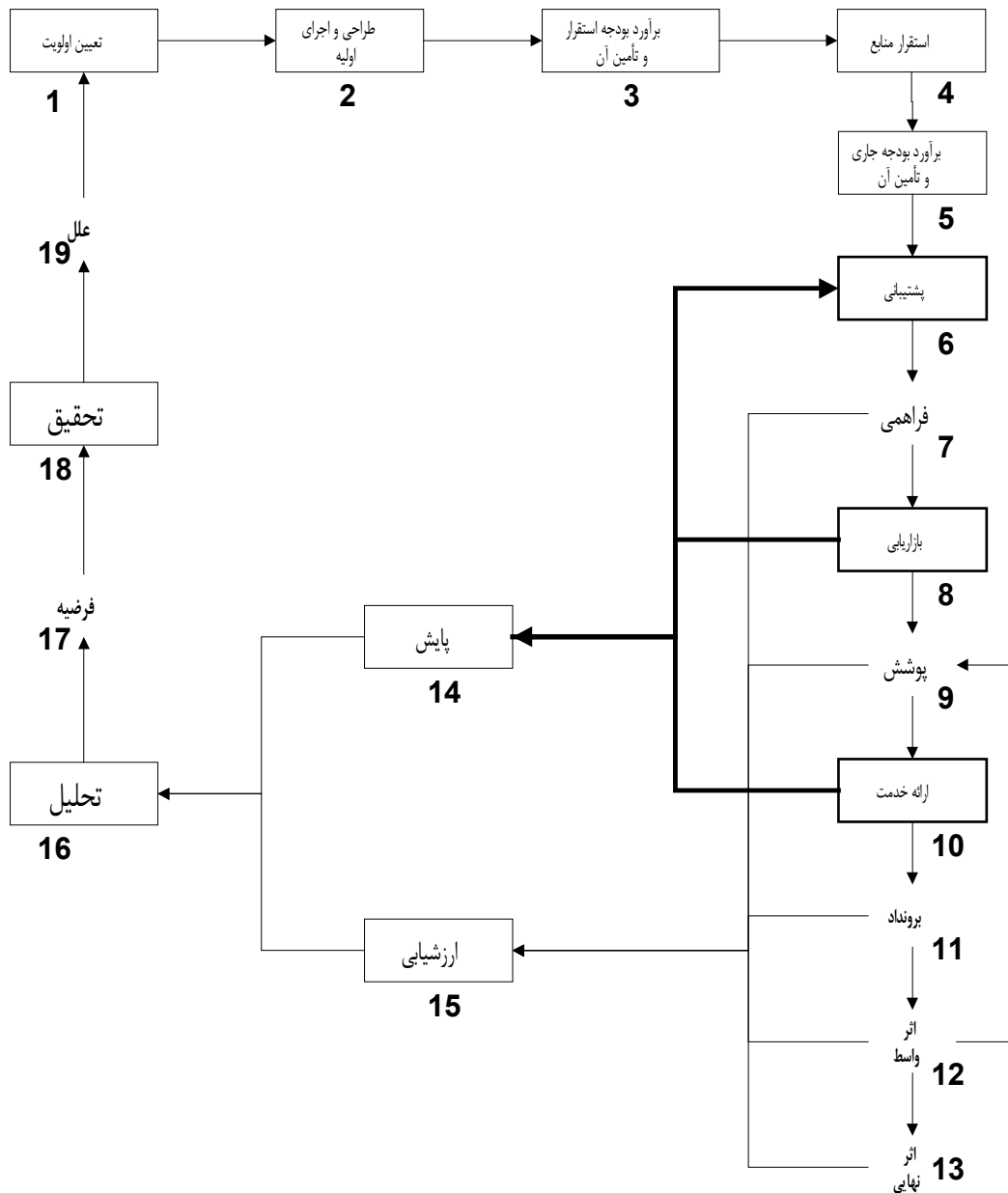
۴) استقرار منابع

در صورت تامین بودجه مورد نیاز، منابع تامین و در مکانی که برای انجام فعالیت‌های مرتبط با یک برنامه پیش بینی شده است مستقر می‌شوند.

۵) برآورد بودجه جاری و تامین آن

صرف تامین منابع سرمایه‌ای منجر به جاری شدن برنامه نمی‌شود. به حرکت در آمدن منابع سرمایه‌ای

نیازمند تامین هزینه‌های بهره برداری از آنهاست. برای مثال به منابع انسانی باید حقوق پرداخت شود. فضای فیزیکی نیازمند سرما، گرما، روشنایی، و . . . است. وسایل نقلیه به سوخت، و تجهیزات به انرژی الکتریکی نیازمندند. علاوه بر این موارد، ارائه خدمات و انجام فعالیت‌ها مستلزم تامین ملزومات مصرفی مورد نیاز آنهاست. به منظور جلوگیری از خرابی ساختمان و تجهیزات، و تعمیر آنها در صورت نیاز، به هزینه‌های تعمیر و نگهداری نیز نیازمندیم. بودجه‌ای که برای انجام همه‌ی این امور به کار گرفته می‌شود اصطلاحاً بودجه جاری نامیده می‌شود.



شکل ۳ - چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی

۶) پشتیبانی

تامین بودجه جاری این امکان را فراهم می‌آورد که منابع سرمایه‌ای تامین شده، به حرکت در آید و حفظ و نگهداری شود. به حرکت در آوردن منابع سرمایه‌ای به کمک بودجه جاری مستلزم انجام فعالیت‌هایی است که از آن‌ها به فعالیت‌های پشتیبان تعبیر می‌کنیم. پرداخت حقوق منابع انسانی، خرید و توزیع ملزومات مصرفی، کنترل ادواری ساختمان و تجهیزات، تعمیر ساختمان و تجهیزات، تامین آب و برق و سوخت‌های فسیلی و ... از مصادیق فعالیت‌های پشتیبان هستند.

۷) فراهمی

نتیجه استقرار منابع و پشتیبانی مناسب از آن‌ها، وجود منابع استاندارد به مقدار کافی در محلی است که گروه هدف برنامه به آن دسترسی دارند و می‌توان از آن‌ها برای ارائه خدمت استفاده کرد. فراهمی بدان معناست که بین جمعیت هدف برنامه و منابع، مانع فیزیکی وجود ندارد و افراد به منظور بهره‌مند شدن از خدمات برنامه بیش از حدی که منجر به عدم رضایت یا انصراف آن‌ها از دریافت خدمت شود در صف یا لیست انتظار نخواهند ماند.

۸) بازاریابی

استفاده از یک خدمت شبیه خرید یک کالا است. خرید یک کالا نتیجه وجود تقاضا در خریدار، دسترسی به کالا، و مناسب تشخیص دادن کیفیت و قیمت آن است. بنابراین صرف فراهم آمدن منابع منجر به بهره‌مندی جمعیت از خدمات برنامه نمی‌شود؛ بلکه باید از طریق برقراری ارتباط با گروه هدف برنامه و ارائه اطلاعات مناسب، ضمن ایجاد تقاضا (در صورت لزوم)، آن‌ها را از فراهم بودن منابع، کیفیت و قیمت خدمات مطلع ساخت.

۹) پوشش

نتیجه یک بازاریابی خوب ایجاد احساس نیاز، دسترسی به خدمت (دسترسی به خدمت افزون بر فراهمی ابعاد دیگری نیز دارد که عبارتند از: آگاهی از ارائه شدن خدمت، مقبولیت فرد و محل ارائه خدمت، استطاعت مالی، و زمان مناسب ارائه خدمت) و تمایل برای استفاده از آن در گروه هدف برنامه است. علت آنکه در شکل شماره ۳ پوشش به عنوان نتیجه بازاریابی لحاظ شده است آن است که در صورت فراهم بودن منابع و بازاریابی مناسب، گروه هدف برای دریافت خدمت مراجعه خواهد کرد. به منظور سهولت اندازه‌گیری، به جای تقاضا، تمایل و دسترسی، نتیجه آنها، که پوشش است، به عنوان نتیجه بازاریابی منظور شده است. همانگونه که در شکل مشاهده می‌شود پوشش با اثر واسط (توضیح اثر واسط در ادامه خواهد آمد) نیز مرتبط شده است. اثر واسط در خدمت تندرستی معمولاً یک تغییر رفتار است. یکی از رفتارهایی که از گیرنده خدمت انتظار می‌رود مراجعه مجدد و استمرار دریافت خدمت (در صورت لزوم) است. مراجعه مجدد در صورتی رخ می‌دهد که خدمت ارائه شده از دید گیرنده خدمت از کیفیت و قیمت مناسبی برخوردار باشد.

۱۰) ارائه خدمت

خدمت، فرآیندی است که با برقراری ارتباط با گیرنده آن آغاز می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد.

۱۱، ۱۲، ۱۳) برونداد، اثر واسط و اثر نهایی

پس از دریافت خدمت، گیرنده خدمت واجد همه‌ی تغییرات مورد نظر از ارائه خدمت نیست و تحقق این تغییرات مستلزم گذر زمان است. برون داد نتیجه بلافصل ارائه خدمت یا تغییراتی است که بلافاصله پس از ارائه خدمت در گیرنده خدمت قابل مشاهده است. برای مثال برون داد تلقیح واکسن کودکی است که آنتی ژن به بدن او وارد شده است و برون داد یک ویزیت سرپایی فردی است که در باره مشکل تندرستی خود اطلاعاتی کسب کرده است و می‌داند که برای بهبودی چه کارهایی باید انجام دهد. رضایت یا عدم رضایت گیرنده خدمت از فرایند خدمت نیز بلافاصله پس از دریافت خدمت قابل مشاهده است. به دنبال برونداد و با فاصله زمانی نسبت به آن تغییرات دیگری در گیرنده خدمت قابل مشاهده است. برای مثال فردی که توسط پزشک ویزیت شده است به توصیه‌های وی عمل می‌کند یا سیستم ایمنی در فردی که واکسن دریافت کرده است فعال می‌شود. این تغییرات ممکن است تغییرات دیگری را نیز به همراه داشته باشد تا در نهایت منجر به تغییری شود که تحقق آن به معنای حل مشکل سلامتی در فرد است. در مثال‌های ذکر شده تغییرات بیولوژیک ناشی از عمل به دستورات پزشک یا ایجاد یک خاطره ایمنی در کودک که او را مصون از بیماری می‌سازد آثار نهایی ناشی از خدمات ذکر شده هستند. در خدمات مختلف تندرستی در فاصله بین برونداد تا اثر نهایی آثار واسط متنوعی را می‌توان تشخیص داد. لذا در شناخت برنامه‌های تندرستی بسته به نوع برنامه باید نسبت به شناسایی آثار واسط اقدام کرد. بنابراین اثر واسط لحاظ شده در شکل شماره ۳ خود می‌تواند از چند اثر تشکیل یافته باشد. در غالب خدمات تندرستی برونداد یک تغییر دانش و نگرش در گیرنده خدمت است. این تغییر دانش و نگرش معمولاً به یک تغییر رفتار (اثر واسط) می‌انجامد. نتیجه تغییر رفتار یک تغییر بیولوژیک در فرد است (اثر نهایی) که بسته به نوع برنامه یا از ابتدای فرد به یک مشکل تندرستی ممانعت به عمل می‌آورد یا از شدت و مدت مشکل ایجاد شده می‌کاهد.

۱۴) پایش

هر فعالیتی که با هدف صیانت از استاندارد فعالیت‌ها انجام پذیرد پایش نام دارد.

۱۵) ارزیابی

ارزیابی ناظر به نتایج است. فراهمی، پوشش، برونداد، اثر واسط و اثر نهایی نتایج مهم فعالیت‌هایی هستند که در قالب یک برنامه تندرستی به انجام می‌رسد و هدف از ارزیابی اندازه گیری این نتایج است.

۱۶، ۱۷، ۱۸، و ۱۹) تحلیل، فرضیه، تحقیق و علل

سوال طراحان برنامه پیوسته آن است که با توجه به منابع قابل تدارک آیا وضعیت موجود برنامه از نظر منابع به کار گرفته شده در آن و روش انجام فعالیت‌ها بهترین وضعیت ممکن است. هدف از تحلیل پاسخ به این

سوال است. در این مرحله با کنار هم قرار دادن نتایج پایش و ارزیابی و مقایسه نتایج بدست آمده در زمان‌ها و مکان‌های مختلف تلاش می‌شود فرضیه‌هایی در مورد عوامل موثر بر عملکرد برنامه ساخته شود. ساختن این فرضیات کلید یافتن فرصت‌های ارتقای برنامه است. تحقیق یک روش سیستماتیک برای ارزیابی فرضیات است و به کمک آن می‌توان دریافت که کدامیک از عواملی که در مرحله تحلیل احتمال تاثیرشان بر عملکرد برنامه مطرح شده است واقعا دارای چنین تاثیری هستند. نتیجه مرحله تحقیق دستیابی به لیستی از عواملی است که بر عملکرد برنامه موثرند و از طریق آن‌ها می‌توان عملکرد برنامه را ارتقا بخشید.

با توجه به اهمیت پایش، ارزیابی، تحلیل و تحقیق در مدیریت برنامه‌های تندرستی، در ادامه با تفصیل بیشتر به این مفاهیم خواهیم پرداخت.

پایش، ارزیابی، تحلیل و تحقیق در برنامه‌های تندرستی

با توجه به آنکه قاعدتا در مرحله طراحی ثابت شده است که انجام فعالیت‌های تشکیل دهنده برنامه، با رعایت استانداردهای وضع شده برای آنها، منجر به کاهش بار مشکل تندرستی مورد نظر در جامعه می‌شود، پس از افزودن یک برنامه تندرستی به مجموعه برنامه‌های جاری در نظام ارائه خدمات، مهمترین وظیفه مجریان، صیانت از استانداردهای برنامه است. پایش (Monitoring) به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع و روش انجام فعالیت‌های برنامه انجام می‌پذیرد. با توجه به این تعریف نظارت (Supervision) سطوح ستادی بر سطوح محیطی تنها یکی از شیوه‌های پایش است و نمی‌توان پایش را مترادف نظارت قلمداد کرد. خود ارزیابی، (Self-assessment) مرور فعالیت‌ها توسط همکاران، (Peer review) و پایش مشارکتی (Participative monitoring) سایر شیوه‌های پایش را تشکیل می‌دهد. پایش مشارکتی به مرور فعالیت‌های واحد محیطی در قالب یک کار تیمی اطلاق می‌شود که افراد سطوح بالاتر نیز بعنوان عضوی از تیم در آن مشارکت دارند. مزیت اصلی این شیوه پایش آن است که افراد سطوح بالاتر از آن جهت که عضو تیم محسوب می‌شوند هم اطلاعات دقیق تری از واحد محیطی دریافت می‌کنند و هم آموزش‌ها و مداخلاتشان از تاثیر بیشتری برخوردار خواهد بود. همانگونه که در شکل ۳ نیز نمایش داده شده است، پایش بر فرایندهای پشتیبان، بازاریابی و ارائه خدمت تمرکز دارد. بازاریابی خوب منجر به تامین پوشش برنامه و اجرای مناسب فرایند خدمت منجر به ایجاد تغییرات مورد نظر در افراد تحت پوشش می‌شود. از آنجا که عملکرد صحیح فرایندهای پشتیبان منجر به تحقق منابع استاندارد در واحدهای ارائه خدمت و انجام صحیح فرایندهای بازاریابی و خدمت می‌شود؛ فاصله گرفتن این فعالیت‌ها را از استانداردهای وضع شده برای آن‌ها باید به عملکرد نامناسب فرایندهای پشتیبان نسبت داد. این بدان معناست که مدیران اجرایی باید از طریق پایش مداوم فعالیت‌های اصلی (بازاریابی و خدمت) عملکرد فرایندهای پشتیبان را مورد ارزیابی و اصلاح قرار دهند (شکل شماره ۳). وجود استانداردهای روشن برای فرایندهای پشتیبان شرط لازم برای تشخیص نقاط ضعف آنها در صورت مشاهده مشکل در فرایندهای اصلی است. علاوه بر قضاوت در مورد فرایندهای پشتیبان از طریق پایش فرایندهای بازاریابی و خدمت، خود این فرایندها را نیز باید مورد پایش مستمر قرار داد.

پس از اجرای برنامه بر اساس استانداردهای آن، سوال طراحان و مجریان برنامه آن است که برنامه چه دستاوردی داشته است و تا چه اندازه اهداف مورد نظر از اجرای آن حاصل شده است. برای یافتن پاسخ این سوال باید اقدام به ارزیابی برنامه کرد. ارزیابی، فعالیتهایی را در بر می‌گیرد که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می‌شود. در قیاس با پیش که اقدامی ناظر به فعالیت‌هاست؛ ارزیابی به نتایج چشم می‌دوزد. بدیهی است که بدون روشن کردن تغییرات یا نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه، اندازه‌گیری آن‌ها امکان‌پذیر نیست.

پس از تعیین دستاوردها سوال طراحان برنامه آن است که آیا با توجه به منابع قابل تدارک بهترین دستاورد ممکن حاصل شده است یا نه. این سوال را به این صورت نیز می‌توان بیان کرد که آیا استانداردهای جاری مناسبترین استانداردهای ممکن هستند و اینکه کدامیک از استانداردها را باید و/یا می‌توان به منظور ارتقای عملکرد برنامه تغییر داد. تحلیل به اقداماتی اطلاق می‌شود که به دنبال یافتن پاسخ این سوالات است. با توجه به مفاهیم ذکر شده، تحلیل، کلید قرار دادن برنامه در مسیر بهبود مستمر است. در کنار هم قرار دادن نتایج پیش و ارزیابی انجام گرفته در مقاطع مختلف زمانی در یک جمعیت یا در یک مقطع زمانی در جمعیت‌های مختلف شیوه اصلی اقدام به تحلیل است.

شاخص‌های پیش و ارزیابی

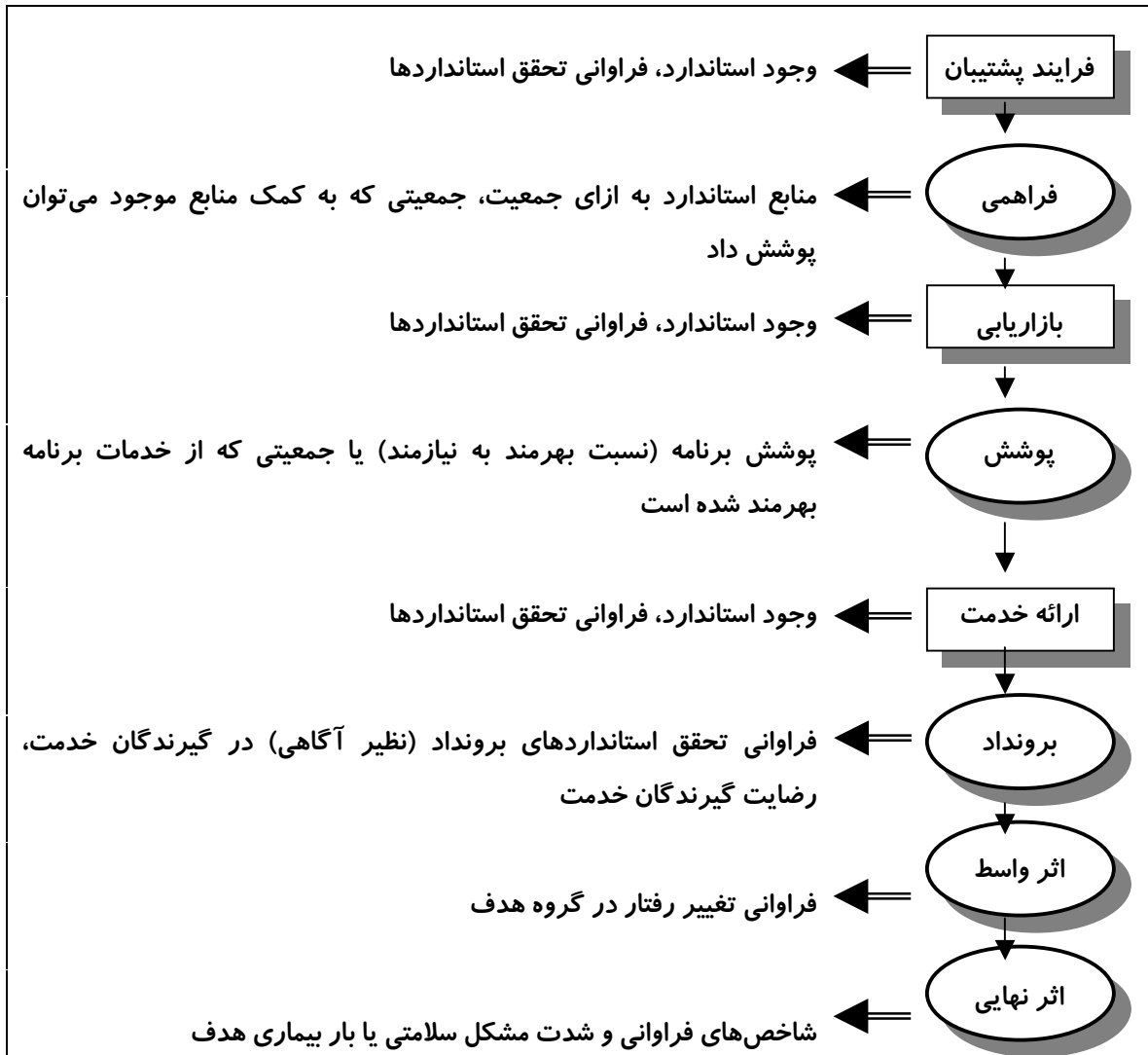
اطلاعات حاصل از پیش و ارزیابی برنامه‌ها در قالب شاخص‌ها بیان می‌شوند. به منظور مقایسه دو جامعه با توجه به یک متغیر، شاخص‌ها معمولاً به صورت کمی و کسری بیان می‌شوند، ولی می‌توان شاخص‌ها را به صورت کیفی یا در قالب اعداد مطلق نیز بیان کرد. برای مثال هنگامی که بررسی تغییرات مصرف سیگار در یک جامعه با جمعیت نسبتاً ثابت مورد نظر است، می‌توان از عدد مطلق میزان سیگار به فروش رفته به عنوان شاخص مصرف سیگار استفاده کرد. وجود یا عدم وجود قانون برای گزارش اجباری بیماری‌ها در حکم یک شاخص کیفی برای ارزیابی نظام مراقبت از بیماری‌ها است.

برای محاسبه شاخص‌ها به داده‌های خام نیازمندیم. به چهار طریق سرشماری، بررسی مقطعی، نمونه‌گیری کوچک ولی مداوم، و به کارگیری نظام جاری اطلاعات می‌توان داده‌های خام مورد نیاز برای محاسبه شاخص‌ها را جمع‌آوری کرد. از آنجا که در نظام تندرستی ایران آشنایی کمتری با نمونه‌گیری کوچک ولی مداوم وجود دارد و نظام جاری اطلاعات نیز آن گونه که باید مورد توجه قرار نگرفته است؛ به توضیح مختصر این دو روش جمع‌آوری داده می‌پردازیم.

نمونه‌گیری کوچک و مداوم (Continuous small sampling)

در مواردی که اطلاع از تغییر یا عدم تغییر معنی دار یک شاخص در فواصل زمانی کوتاه از اهمیت برخوردار است، می‌توان از این شیوه استفاده کرد. در این روش از نمونه‌هایی با حجم ۴ تا ۲۰ واحد ولی به صورت مداوم (چند بار در روز تا چند بار در هفته متناسب با فراوانی واقعه مورد نظر) برای ارزیابی روند تغییرات متغیر مورد نظر استفاده می‌شود. برای مثال با توجه به اهمیت رضایت‌گیرنده خدمت، می‌توان هر روز از یک نمونه ۵ نفری از مراجعین به یک مرکز بهداشتی درمانی مصاحبه به عمل آورد و نتایج آن را در یک نمودار مناسب ثبت کرد. چنانچه این نمونه‌گیری هر روز انجام شود، با توجه به تغییرات آن در طول زمان می‌توان به قضاوت درستی در

خصوص رضایت گیرندگان خدمت از مرکز دست یافت و در صورت مشاهده تغییرات غیرمنتظره در آن، به موقع اقدام به مداخله کرد. همانگونه که محاسبه حجم نمونه و تجزیه و تحلیل نتایج در بررسی‌های مقطعی با استفاده از روش‌های خاص آماری انجام می‌شود، در نمونه گیری‌های کوچک و مداوم نیز باید از روش‌های آماری مخصوص آن استفاده کرد. این روش‌ها تحت عنوان "کنترل آماری فرایندها" (Statistical Process Control (SPC) از کاربرد گسترده‌ای در صنعت برخوردار است و طی سال‌های اخیر در عرصه خدمات، خصوصا خدمات تندرستی، نیز مورد استفاده روز افزونی قرار گرفته است.



شکل ۴ - صورت کلی شاخص‌ها

نظام جاری اطلاعات (Registration system)

بخش اصلی داده‌های مورد نیاز یک نظام اطلاعاتی محصول فعالیت‌ها یا فرایندهای جاری سازمان است. نظام اطلاعات مبتنی بر این داده‌ها را نظام جاری اطلاعات می‌نامند. در واقع در نظام جاری اطلاعات به داده‌ها به

عنوان محصولات فرعی فرایندها، اعم از خدمت و پشتیبان، نگاه می‌شود. اولین کاربرد داده‌های تولید شده در جریان وقوع فرایندهای روزمره سازمان، در همان فرایند و در جهت تولید برون‌داد مورد انتظار است. این بدان معناست که در صورت عدم ایجاد نظام جاری اطلاعات در سازمان، این داده‌ها همچنان تولید و غالب آن‌ها ثبت می‌شوند. علاوه بر این کاربرد اولیه و اصلی، از این داده‌ها برای ارزیابی عملکرد سازمان در قالب یک نظام اطلاعاتی نیز می‌توان سود جست، منوط بر آنکه بر اساس یک طراحی مناسب ثبت شده مورد بهره برداری قرار گیرند. بنابراین حجم قابل توجهی از داده‌ها در گوشه و کنار هر سازمانی وجود دارد و نظام جاری اطلاعات صرفاً آن‌ها را جمع‌آوری و سازماندهی می‌کند. این داده‌ها را، در صورت نیاز، می‌توان با داده‌های بدست آمده از بررسی‌های مقطعی (غیر جاری) تکمیل کرد.

مجدداً به شکل شماره ۳ توجه کنید. زنجیره فعالیت‌هایی که کناره راست شکل را تشکیل می‌دهند با هدف استقرار و جاری شدن برنامه انجام می‌شوند. هدف از سایر فعالیت‌های این شکل ارتقا و به روز نگاه داشتن برنامه است. شرط آنکه بتوان یک برنامه را در مسیر بهبود مستمر قرار داد در اختیار داشتن مجموعه‌ای از شاخص‌ها به همراه مدل تحلیل مناسب برای فعالیت‌های جاری آن است. شکل شماره ۴ فعالیت‌هایی از چرخه زندگی برنامه را که به صورت جاری و روزمره انجام می‌شوند نمایش می‌دهد. هدف از این شکل نمایش این نکته است که شاخص‌ها از کنار هم قرار گرفتن داده‌های حاصل از انجام فعالیت‌ها و سنجش نتایج آن‌ها در دفعات مختلف وقوع بدست می‌آید.

در زنجیره سمت راست شکل، فعالیت‌ها در داخل مستطیل و نتایج حاصل از آن‌ها در داخل بیضی قرار داده شده‌اند و در مقابل هر یک از عناصر، صورت کلی شاخص‌هایی که به کمک آن‌ها می‌توان وضعیت عنصر مربوطه را مشخص کرد، ذکر شده است که در ادامه به توضیح آن‌ها می‌پردازیم :

فعالیت‌ها (فرایندهای پشتیبان، بازاریابی، و ارائه خدمت)

صورت کلی شاخص‌ها برای همه‌ی فعالیت‌ها (عناصر داخل مستطیل) یکسان است. در مورد فعالیت‌ها اولاً باید از وجود استاندارد برای آنها سوال کنیم، که یک شاخص کیفی است، و در صورت وجود استاندارد باید از فراوانی تحقق آن‌ها پرسید. برای مثال "آیا برای معاینه مفصل زانو استاندارد تعریف شده است؟" و در صورت مثبت بودن پاسخ، در چند درصد معاینات انجام شده این استانداردها رعایت می‌شوند.

فراهمی

قاعدتا در جریان طراحی برنامه باید روشن شده باشد که برای بهره‌مند کردن یک جمعیت مشخص از خدمات برنامه به چه مقدار منابع و با چه توزیعی نیازمندیم. اندازه‌گیری منابع موجود به ازای جمعیت، کفایت منابع را برای بهره‌مند کردن جمعیت نشان می‌دهد. تعداد تخت بیمارستانی به ازای جمعیت، یکی از مثال‌های شاخص‌های فراهمی است. نسبت منابع موجود به منابعی که باید برای بهره‌مند کردن یک جمعیت از خدمات برنامه فراهم شود؛ روش دیگری برای تعریف شاخص‌های فراهمی است. برای مثال چند درصد خانه‌های بهداشت پیش بینی شده در طرح گسترش شهرستان ایجاد شده است. و بالاخره تعیین جمعیتی که منابع کافی برای بهرمنند شدن از برنامه را در اختیار دارند نیز شیوه‌ای برای تعیین فراهمی است. " درصدی از جمعیت روستایی کشور که

تحت پوشش خدمات خانه‌های بهداشت قرار دارند" مثالی از این شیوه برای تعیین فراهمی است. در صورتیکه شاخص فراهمی به صورت اخیر تعریف شود؛ استفاده از آن در تحلیل برنامه ساده تر خواهد بود.

پوشش

پوشش به معنای درصد افراد نیازمندی است که از خدمات برنامه بهره مند شده‌اند. صورت این کسر را به راحتی می‌توان به کمک داده‌های ثبت شده محاسبه کرد و مخرج آن را باید براساس اطلاعات جمعیتی و فراوانی نیاز در جمعیت تحت پوشش بدست آورد. روش دیگر محاسبه پوشش برنامه انجام مطالعات مقطعی است. معمولاً پوشش برنامه‌های مختلف تندرستی در قالب مطالعه‌ای تحت عنوان "بهره مندی از خدمات تندرستی" تعیین می‌شود. از آنجا که داده‌های ثبتی در معرض خطاهای گوناگونی قرار دارند و نتایج آن‌ها از اعتبار کافی برخوردار نیست، به کمک مطالعات مقطعی می‌توان نتایج حاصل از داده‌های ثبتی را اصلاح کرد. به کمک داده‌های ثبتی می‌توان روند تغییر پوشش خدمات را به خوبی تعقیب کرد.

برونداد

فرد بهره مند شده از خدمت، برونداد فرایند خدمت است. متناسب با نوع خدمت ارائه شده و استانداردهای در نظر گرفته شده برای برونداد فرایند خدمت می‌توان شاخص‌های مناسبی را برای این عنصر تعریف کرد. صورت کلی این گروه از شاخص‌ها " فراوانی تحقق استانداردهای مورد نظر در گیرندگان خدمت بلافاصله پس از دریافت خدمت" است. "درصد مادرانی که هنگام ترک واحد ارائه خدمت روش تهیه پودر ORS را بدرستی توضیح می‌دهند" مثالی از شاخص برونداد است. درصد افرادی که از فرایند خدمت راضی بوده‌اند نیز شاخص مهمی است که کیفیت خدمت را از دید گیرنده خدمت نشان می‌دهد. روش جمع آوری داده برای محاسبه این شاخص‌ها مصاحبه با گیرنده خدمت (یا روش دیگری متناسب با نوع داده) هنگام خروج از واحد ارائه خدمت (Exit interview) در قالب نمونه گیری کوچک ولی مداوم است.

اثر واسط

پس از وقوع تغییرات مقدماتی در برونداد فرایند خدمت تا تحقق آثار نهایی، ممکن است آثار بینابینی نیز قابل تمیز و اندازه گیری باشند. آثار بینابینی معمولاً در قالب تغییر رفتار بیان می‌شوند و شاخص‌های مربوط به آن‌ها به صورت فراوانی وقوع رفتارهای مورد انتظار تعریف می‌گردند.

اثر نهایی

آثار نهایی معمولاً ماهیت بیولوژیک دارند. این آثار متناسب با نوع برنامه از استعداد ابتلا به بیماری می‌کاهند، از بروز پی آمدهای غیر کشنده بیماری جلوگیری می‌کنند، شدت پی آمدها را تخفیف می‌دهند، و / یا مرگ ناشی از بیماری را کاهش می‌دهند. بنابراین اثر نهایی در قالب شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری هدف برنامه اندازه گیری می‌شود. با توجه به آنکه شاخص DALYs متأثر از فراوانی و شدت بیماری، هر دو، است، می‌توان از آن به عنوان شاخص اثر نهایی برنامه نیز استفاده کرد.

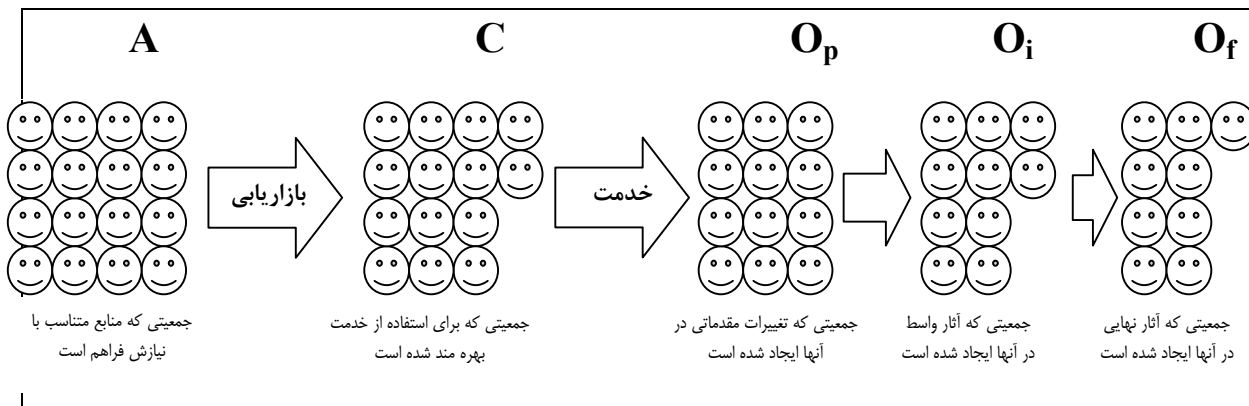
تحلیل برنامه‌های تندرستی براساس نتایج پایش و ارزیابی

به منظور تحلیل برنامه‌های تندرستی براساس نتایج پایش و ارزیابی نیازمند یک مدل تحلیل هستیم. مدل تحلیل چارچوبی است که ارتباط شاخص‌های برنامه را با یکدیگر بیان می‌کند. مدل تحلیل می‌تواند ساده یا پیچیده باشد. ارتباط شاخص‌های یک برنامه را می‌توان به صورت کیفی و ساده بیان کرد. برای مثال با افزایش پوشش خدمات برنامه حمایت از خانواده، میزان خام موالیید، کاهش یافته و کشور را به سوی پیر شدن جمعیت و رشد منفی جمعیت، سوق خواهد داد. در این مدل رابطه کمی این شاخص‌ها با یکدیگر مورد توجه قرار نگرفته است و کارایی آن در شناسایی عواملی غیر از پوشش تنظیم خانواده که می‌تواند میزان خام موالیید را تحت تاثیر قرار دهد بسیار محدود است. مدل تحلیل ساده راحت تر درک می‌شود و عملی تر است؛ ولی از قابلیت محدودتری نیز در تحلیل برنامه و نشان دادن نقاط کلیدی برای مداخله برخوردار است. ساختن مدل‌های کارآمدتر و طبیعتاً پیچیده تر نیازمند در اختیار داشتن متخصصین با تجربه برای ساختن مدل و نیروی انسانی با قابلیت برای به کار گیری آن است؛ منابعی که اغلب نظام‌های تندرستی به طور کامل از آن بهره مند نیستند. بنابراین مدل‌های تحلیل، متناسب با قابلیت منابع انسانی در نظام تندرستی شکل می‌گیرند و با پیشرفت نظام و پیچیده تر شدن انسان‌ها، پیچیده تر و کارآمدتر می‌شوند. در ادامه تلاش شده است که مبانی تحلیل برنامه‌های تندرستی معرفی شود. با به کارگیری این مبانی در هر برنامه تندرستی می‌توان مدل تحلیل خاص آن برنامه را ارائه داد.

کاربرد اصلی نتایج تحلیل در بازنگری طراحی برنامه است و لذا اقدام به آن بر عهده طراحان برنامه یا افرادی است که مجاز به اعمال تغییر در طراحی برنامه هستند. اگر سطوح مختلف نظام ارائه خدمات در طراحی نقش دارند، هر سطح متناسب با نقش خود می‌تواند نسبت به تحلیل برنامه اقدام کند. برای مثال سطوح محیطی، به دلیل شناخت بهتر گروه هدف، می‌توانند از نقش قابل توجهی در طراحی فعالیت‌های بازاریابی برخوردار باشند و لذا از نقش بیشتری نیز در تحلیل این بخش از برنامه برخوردارند. از آنجا که تصمیم گیری در باره استانداردهای خدمت در سطوح مرکزی و غالباً با به کارگیری منابع بین المللی انجام می‌پذیرد، تحلیل این بخش برنامه غالباً در سطح وزارت بهداشت انجام می‌شود. سوال اصلی طراحان، که باید به کمک تحلیل پاسخ داده شود، آن است که آیا استانداردهای جاری برنامه مناسبترین استانداردهای ممکن هستند و اینکه کدامیک از آن‌ها را باید و / یا می‌توان به منظور ارتقای عملکرد برنامه تغییر داد.

شکل شماره ۴ را با دقت مرور کنید. جاری شدن فرآیندهای پشتیبان منجر به فراهم شدن منابع مورد نیاز برای بهره مند شدن جمعیت هدف از خدمات برنامه می‌شود. هدف از فعالیت‌های بازاریابی ایجاد دسترسی و تقاضا در گروه هدف نسبت به خدمات برنامه است. براساس نرُم‌های تعیین شده در طراحی برنامه می‌توان مشخص کرد که منابع موجود برای بهره مندی چه جمعیتی کفایت می‌کند. بالاترین دستاورد برای فعالیت‌های بازاریابی آن است که تمامی افراد گروه هدف در این جمعیت، ضمن دسترسی به خدمات برنامه متقاضی آن نیز باشند. ولی در عمل معمولاً چنین دستاوردی تحقق پیدا نمی‌کند و به دلیل تاثیر عوامل قابل کنترل (انحراف از استانداردهای برنامه) و غیر قابل کنترل، بخشی از گروه هدف بدون دسترسی و غیرمتقاضی باقی خواهند ماند. پس از بهره مند شدن افراد متقاضی از خدمات برنامه، مجدداً به دلیل عوامل قابل کنترل و غیر قابل کنترل، در همه‌ی آنان تغییرات اولیه ناشی از ارائه خدمت (نظیر تغییر آگاهی و ۰۰۰۰) را نمی‌توان مشاهده کرد و در تمامی افرادی که تغییرات مقدماتی

بوجود آمده است، آثار واسط و نهایی مورد نظر از ارائه برنامه را نمی‌توان یافت. به بیان دیگر جمعیتی که منابع مورد نیاز برای بهره‌مندی آنان از خدمات برنامه فراهم شده است با گذر از مراحل بازاریابی و خدمت با ریزش مواجه خواهند شد؛ به گونه‌ای که اثر نهایی مورد انتظار از جاری کردن برنامه، فقط در بخشی از آنان دیده می‌شود (شکل شماره ۵). بخشی از این ریزش را می‌توان به عوامل قابل کنترل یا انحراف از استانداردهای برنامه نسبت داد و لذا آن را ریزش اجتناب پذیر می‌نامیم. هدف از پایش برنامه جلوگیری از این ریزش از طریق صیانت از استانداردهای برنامه است. بخش دیگر ریزش ناشی از عواملی است که کنترل آن‌ها از توان مجریان برنامه خارج است و ریشه در طراحی برنامه دارد و لذا آن را ریزش اجتناب ناپذیر می‌نامیم. هدف از تحلیل، جدا کردن این دو ریزش از یکدیگر و حل بخش اول از طریق رعایت استانداردها و بخش دوم از طریق اصلاح طراحی برنامه یا ارتقای استانداردهای آن است.



شکل ۵ - ریزش در برنامه‌های تندرستی

جدا کردن ریزش اجتناب پذیر از ریزش اجتناب ناپذیر مستلزم پیش بینی نتایج فرایندهای بازاریابی و ارائه خدمت در صورت رعایت استانداردها است. به بیان دیگر چنانچه بدانیم رعایت استانداردها اقتضای چه مقدار ریزش را دارد، ریزش بیش از آن را باید به عدم رعایت استانداردها یا جاری بودن برنامه در محیطی که برنامه برای آن طراحی نشده است، نسبت داد. با توجه به شکل شماره ۵ حجم جمعیتی که از خدمت، بهره‌مند شده و متقاضی آن است (C) تابعی است از حجم جمعیتی که منابع متناسب با نیازش فراهم است (A) بودن منابع در کنار دسترسی و تقاضا منجر به بهره‌مندی از برنامه (پوشش) می‌شود؛ عملی‌ترین راه برای تعیین حجم جمعیتی که به برنامه دسترسی دارد و متقاضی آن است تعیین پوشش برنامه است. به بیان دیگر عبارت فوق آن است که پوشش تابعی از فراهمی است و آنچه که بین پوشش و فراهمی ارتباط برقرار می‌کند کیفیت فعالیت‌های بازاریابی است. رابطه زیر بیان ریاضی این مفاهیم است.

$$1) \quad C = f(A)$$

به همین شیوه میتوان بیان کرد که فراوانی تحقق تغییرات مقدماتی در گیرندگان خدمت (Op) تابع پوشش برنامه است و آنچه که بین این دو ارتباط برقرار می‌کند کیفیت فرآیند خدمت است. با توجه به آنکه انتظار می‌رود پس از

تحقق تغییرات مقدماتی، آثار واسط و نهایی نیز بتدریج حاصل شوند و فعالیت دیگری از سوی ارائه کنندگان خدمت برای ایجاد این آثار صورت نمی‌گیرد، در صورت مشاهده ریزش در تحقق آثار واسط و نهایی باید طراحی برنامه را مسئول آن دانست. در قالب رابطه زیر، می‌توان مستقیماً پی‌آمد نهایی را با پوشش مرتبط ساخت. در این رابطه آنچه که بین پوشش و پی‌آمد نهایی ارتباط برقرار می‌کند کیفیت خدمات برنامه است.

$$2) O_f = f(C)$$

وظیفه اصلی سطوح ستادی ایجاد فراهمی از طریق تدارک منابع مورد نیاز است و سطوح عملیاتی مکلفند با بهره‌گیری از این منابع اولاً پوشش مناسب و ثانیاً تغییرات مورد نظر برنامه در جمعیت تحت پوشش را ایجاد کنند. روابط ۱ و ۲ به سطوح عملیاتی کمک می‌کند تا کیفیت فرایندهای بازاریابی و خدمت را ارزیابی کنند. از تلفیق روابط ۱ و ۲ رابطه ۳ بدست می‌آید. براساس این رابطه " پی‌آمد نهایی " تابع " فراهمی " است و آنچه که بین این دو ارتباط برقرار میکند کیفیت فرایندهای بازاریابی و خدمت است.

$$3) O_f = f(A)$$

در صورت در دست داشتن این روابط با پیش بینی پی‌آمد یا پوشش برنامه و مقایسه آن با آنچه که واقعا در عمل بدست آمده است می‌توان به قضاوت روشنی در خصوص ریزش اجتناب پذیر و ریزش اجتناب ناپذیر برنامه دست یافت. در ادامه ابتدا روش دستیابی به چنین روابطی را مورد بحث قرار خواهیم داد و سپس در باره شیوه قضاوت به بحث خواهیم پرداخت.

چگونه می‌توان برونداد مورد انتظار را برآورد کرد؟

روابط ۱، ۲ و ۳ ارتباط بین درونداد و برونداد فرایندهای بازاریابی و خدمت را بیان می‌کنند. چنانچه این فرایندها کاملاً استاندارد باشند و این استانداردها نیز در عمل رعایت شوند، به واسطه تاثیر گروهی از عوامل غیر قابل کنترل، پیوسته نتیجه ثابتی بدست نمی‌آید و مشاهده نوسان در برونداد فرایند کاملاً مورد انتظار خواهد بود. به منظور درک بهتر این اصل یکی از فرایندهایی را که به صورت روزمره با آن سروکار دارید در نظر بگیرید. یقیناً در خواهید یافت که محدوده مشخصی از نوسان در نتیجه فرایند برای شما کاملاً قابل انتظار است و سوالی را در ذهن شما بر نمی‌انگیزد. برای مثال فرایند خروج از منزل و رفتن به محل کار را در نظر بگیرید. چنانچه ساعت خروج از منزل، وسیله نقلیه، مسیر انتخاب شده و شیوه رانندگی تماماً یکسان باشد، ساعت ورود شما به محل کار در محدوده یک ساعت مشخص نوسان خواهد کرد و رسیدن شما به محل کار در این محدوده، علیرغم وجود نوسان، سوالی را در ذهن شما و همکارانتان بر نمی‌انگیزد. خروج از این محدوده، با سوال همراه خواهد بود و غالباً علتی نیز برای آن کشف خواهد شد، در حالیکه یافتن علت مشخص برای نوساناتی که در محدوده مورد انتظار رخ می‌دهد کاری دشوار است.

با توجه به اصل فوق، نوسان در نتایج فرایندهای بازاریابی و خدمت، در صورت وجود و رعایت استانداردها، اجتناب ناپذیر است و لذا تغییرات مورد انتظار از اجرای آن‌ها به یک نسبت در همه‌ی گیرندگان خدمت مشاهده نمی‌شود. چنانچه تغییر ایجاد شده در بخشی از گیرندگان خدمت از آستانه مورد نیاز برای ایجاد تغییرات بعدی پایین تر باشد؛ تغییرات بعدی رخ نخواهد داد و در عمل با ریزش مواجه خواهیم شد. برای مثال

چنانچه در فعالیت بازاریابی برای برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم تغییر دانش و نگرش فرد کمتر از آستانه مورد نیاز برای ایجاد تغییر رفتار در او باشد؛ متقاضی خدمت نمی‌شود و برای انجام تست مربوطه مراجعه نخواهد کرد. اگر استانداردهای فعالیت بازاریابی برای این برنامه محدوده‌ای از نتیجه را تولید کند که تغییر ایجاد شده در دانش و نگرش بخشی از گیرندگان خدمت پایین تر از آستانه مورد نیاز برای تغییر رفتار باشد؛ ریزش این گروه از گیرندگان خدمت، با استانداردهای موجود، اجتناب ناپذیر خواهد بود. چنانچه استانداردهای این فرایند رعایت نشود، درصد گیرندگان خدمتی که متقاضی خدمات برنامه نخواهند بود افزایش می‌یابد که، به واسطه امکان جلوگیری از وقوع آن از طریق رعایت استانداردها، اجتناب پذیر است.

تعیین اینکه استانداردهای موجود فرایندهای بازاریابی و خدمت اقتضای چه ریزی را دارد مستلزم ارزیابی نتیجه این فرایندها در عمل است. بدین منظور ابتدا باید این فرایندها را حتی‌المقدور استاندارد و از رعایت استانداردها در عمل اطمینان حاصل کرد. تعیین درصد ریزش در مقاطع زمانی مختلف در یک جمعیت یا در یک مقطع زمانی در جمعیت‌های مشابه امکان دستیابی به محدوده ریزش مورد انتظار را فراهم می‌کند. شکل شماره ۶ نتایج حاصل از فعالیت بازاریابی برای غربالگری سرطان دهانه رحم را بر حسب فراهمی منابع مورد نیاز نمایش می‌دهد. توجه داشته باشید که شاخص فراهمی در این نمودار به صورت "درصدی از گروه هدف که منابع مورد نیاز برای بهره مند کردن آنان از خدمات برنامه فراهم است" تعریف شده است. بدین ترتیب شاخص فراهمی مشابه شاخص پوشش تعریف شده است و لذا با آن قابل مقایسه است و تفاوت مقادیر این دو شاخص به خوبی ریزش را نشان می‌دهد.

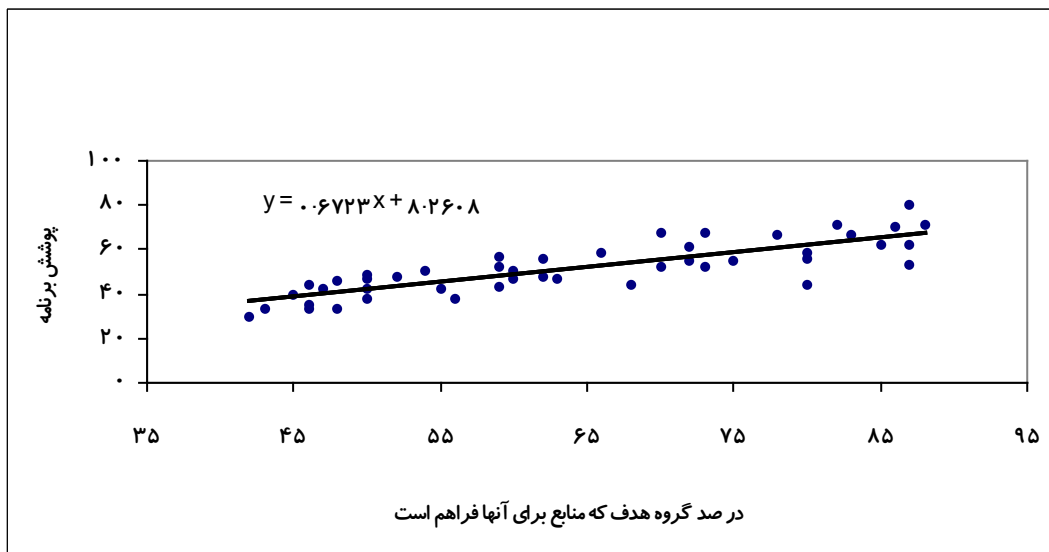
با توجه به شکل شماره ۶ درخواهید یافت که در یک فراهمی مشخص، نظیر ۵۰٪، مقادیر متفاوتی برای پوشش مشاهده می‌شود. این بدان معناست که علیرغم رعایت استانداردها، به واسطه دخالت عوامل غیر قابل کنترل، محدوده‌ای از نتایج بدست می‌آید که تفاوت آن‌ها را نباید به عدم رعایت استانداردها نسبت داد.

چنانچه بتوان این محدوده را مشخص کرد؛ به راحتی می‌توان از طریق مقایسه نتیجه بدست آمده در عمل با محدوده مورد انتظار و در اختیار داشتن نتایج پایش، که میزان پابندی به استانداردها را مشخص می‌کند، به تحلیل برنامه پرداخت و مداخله مناسب را به منظور ارتقای آن تشخیص داد.

به دلیل تاثیر کاملاً تصادفی عوامل غیر قابل کنترل بر نتیجه فرایند، نتایج بدست آمده در هر سطحی از فراهمی از یک توزیع نرمال برخوردار خواهند بود. در این توزیع با دور شدن از میانگین از فراوانی نقاط کاسته می‌شود و با در اختیار داشتن انحراف معیار توزیع می‌توان فراوانی نقاط یا احتمال وقوع آن‌ها را در هر محدوده‌ای تعیین کرد. در چنین توزیعی ۹۵٪ نقاط در محدوده دو انحراف معیار و ۹۹/۷٪ در محدوده سه انحراف معیار در طرفین میانگین قرار دارند. این بدان معناست که در صورت رعایت استانداردها در ۹۵٪ موارد نتیجه‌ای در محدوده دو انحراف معیار در طرفین میانگین بدست می‌آید یا در صورت برخورد با نتیجه‌ای که بیش از دو انحراف معیار از میانگین فاصله دارد؛ احتمال اینکه استانداردها رعایت شده باشد فقط ۵ درصد است. در این حالت چنانچه میزان رعایت استانداردها را بررسی کنیم، به احتمال ۹۵٪ موارد نقض آن‌ها را خواهیم یافت و در ۵٪ موارد شواهدی از نقض استانداردها مشاهده نخواهد شد. هر چه این محدوده باریکتر اختیار شود، هنگامی که نتیجه در خارج از

محدوده مورد نظر واقع شود احتمال یافتن موارد نقض استانداردها کمتر خواهد بود. به منظور اجتناب از جست و جوی بیش از حد برای موارد نقض استاندارد، اختیار محدوده‌ای که به فاصله دو انحراف معیار از میانگین قرار گرفته است مناسب است. به بیان دیگر انتظار ما آن است که در صورت رعایت استانداردها، نتیجه‌ای در این محدوده بدست آوریم و تا زمانی که نتیجه فرایند بازاریابی یا خدمت در این محدوده است و استانداردها نیز رعایت می‌شود؛ کم یا زیاد شدن آن اقدام خاصی را از سوی مجریان برنامه طلب نمی‌کند.

با توجه به آنچه که آمد شرط لازم برای تحلیل یک برنامه تندرستی در اختیار داشتن محدوده مورد انتظار از نتایج، در صورت رعایت استانداردها است. بدست آوردن این محدوده نیازمند در اختیار داشتن نتایج، در شرایط تحت کنترل از نظر رعایت استانداردها است و لذا در مرحله طراحی یا اجرای اولیه برنامه، از آن جهت که امکان کنترل بیشتری وجود دارد، باید نسبت به تعیین آن اقدام کرد. چنانچه در این مراحل نسبت به این مهم اقدام نشده باشد، باید با ایجاد چنین شرایطی نسبت به تعیین محدوده مورد انتظار نتایج اقدام کرد. توجه به این نکته الزامی است که به کمک چنین تجربه‌ای صرفاً می‌توان دریافت که رعایت استانداردهای برنامه اقتضای تولید نتیجه در چه محدوده‌ای را دارد و این بدان معنا نیست که تولید نتایجی در این محدوده برای حل مشکل تندرستی مورد نظر کفایت می‌کند. چنانچه حل مشکل تندرستی مستلزم تولید نتایج در محدوده بالاتری است باید از طریق تغییر استانداردهای برنامه در قالب یک طراحی جدید به آن محدوده دست یافت.



شکل ۶ - ارتباط بین فراهمی و پوشش در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم

برای نتیجه‌ای که در شرایط عادی از اجرای برنامه بدست می‌آید نسبت به محدوده مورد انتظار، سه حالت کمتر از محدوده، در محدوده و بیش از محدوده قابل تصور است. در هر یک از این حالات ممکن است استانداردهای برنامه رعایت شده یا نشده باشد. از تلفیق این حالات با یکدیگر شش وضعیت قابل تصور است که در جدول ۱ - نمایش داده شده است. به کمک این جدول می‌توان اقدام به تحلیل نتایج پایش و ارزیابی کرد.

جدول ۱ - ترکیب نتایج پایش و ارزیابی به منظور تحلیل برنامه

نتیجه در قیاس با محدوده نتیجه پایش	نتیجه در محدوده مورد انتظار است	نتیجه کمتر از محدوده مورد انتظار است	نتیجه بیش از محدوده مورد انتظار است
استانداردها رعایت شده است	الف	ب	ج
استانداردها رعایت نشده است	ج	د	ج

روش تحلیل

الف رعایت استانداردها نتیجه‌ای در محدوده مورد انتظار ایجاد کرده است. چنانچه تولید چنین نتیجه‌ای برای حل مشکل تندرستی در جامعه کفایت می‌کند و فرصتی نیز برای ارتقای استانداردها وجود ندارد، باید نسبت به حفظ استانداردها از طریق تداوم پایش اقدام کرد، در غیر این صورت باید در جهت ارتقای استانداردها تلاش کرد. فرصت ارتقا، معلول شرایط زیر است:

۱) دستیابی به منابع جدید که در هنگام طراحی برنامه در اختیار نبود

۲) توسعه دانش و فناوری

۳) خلاقیت

ب علیرغم رعایت استانداردها نتیجه‌ای کمتر از محدوده مورد انتظار، به دست آمده است. این بدان معناست که عواملی با تاثیر منفی بر نتایج، مانع از حصول نتایج مورد انتظار می‌شود. با توجه به آنکه هدف از طراحی خدمات تشکیل دهنده برنامه‌های تندرستی مقابله با عواملی است که مشکل تندرستی را بوجود آورده‌اند، چنانچه خدمات کارایی خود را با گذشت زمان از دست بدهند از بوجود آمدن عوامل جدیدی حکایت دارد که فعالیتی برای مقابله با آنها در برنامه پیش بینی نشده است. مشاهده چنین وضعیتی از آغاز اجرای برنامه حاکی از جاری بودن برنامه در محیطی است که برای آن طراحی نشده است. در این صورت باید از طریق ساختن فرضیه و تحقیقاتی مشابه آنچه که منجر به تولد برنامه شده است نسبت به شناسایی این عوامل جدید و یافتن مناسبترین مداخله به منظور مقابله با آنها اقدام کرد.

ج نتیجه بدست آمده بیش از محدوده مورد انتظار است یعنی عواملی، غیر از فعالیتهای ما در قالب برنامه تندرستی، منجر به حل مشکل تندرستی شده است و ادامه فعالیتهایی که بیشترین تاثیر را بر حل مشکل تندرستی ندارد منجر به هدر رفتن منابع می‌شود. در این صورت باید به کمک تحقیقات مناسب این عوامل را شناسایی کرد و فعالیتهای تشکیل دهنده برنامه را یا در جهت تقویت این عوامل قرار داد یا، در صورتیکه بدون نیاز به خدمات ما نیز مشکل حل می‌شود، نسبت به توقف آنها اقدام کرد.

د عدم رعایت استانداردها منجر به نتیجه‌ای کمتر از محدوده مورد انتظار شده است. در این صورت باید از طریق شناسایی فرایندهای پشتیبانی که عملکرد نامناسب آنها منجر به عدم رعایت استانداردهای برنامه شده است و اصلاح آنها زمینه پابندی به استانداردهای برنامه را فراهم کرد.

شرایط ب و ج حکایت از وجود عواملی دارد که بر نتیجه مورد نظر موثرند ولی به یکی از دلایل زیر از

نظر دور مانده‌اند :

تغییر شرایط نسبت به زمان طراحی برنامه

این بدان معناست که این عوامل در زمان طراحی برنامه وجود نداشته‌اند و بعداً پیدا شده‌اند. همیشه چنین احتمالی وجود دارد و لذا باید برنامه را با روش‌هایی مشابه آنچه که ذکر شد تحت کنترل مستمر داشت.

اجرای برنامه در محیطی غیر از محیط طراحی برنامه

طبیعی است که عوامل موجود در محیط اجرای برنامه سبب می‌شوند که نتایج بدست آمده با نتایج مورد انتظار متفاوت باشد.

علاوه بر این دو مورد پیوسته این احتمال وجود دارد که برخی از عوامل موثر بر نتیجه در هنگام طراحی برنامه از نظر دور مانده باشند و لذا برنامه طراحی شده از بالاترین کارایی ممکن برخوردار نباشد. در چنین شرایطی علیرغم آنکه نتایج در محدوده مورد انتظار قرار دارند، می‌توان با شناسایی و منظور کردن این عوامل در طراحی برنامه به نتایج مطلوبتری دست یافت. کلید شناسایی عوامل موثر بر نتیجه مورد انتظار در گرو دستیابی به فرضیه‌های مناسب است. راه دستیابی به این فرضیه‌ها مقایسه عملکرد برنامه در زمان‌ها و مکان‌های گوناگون است. تأیید یا رد این فرضیه‌ها مستلزم انجام تحقیقات مناسب است. به کمک این تحقیقات اولاً می‌توان عوامل موثر را شناسایی کرد و ثانیاً سهم تاثیر آن‌ها را بر نتیجه مورد انتظار مشخص کرد. با در اختیار داشتن چنین اطلاعاتی می‌توان از میان عوامل شناسایی شده مناسبترین آن‌ها را برای اصلاح طراحی برنامه انتخاب کرد.

بازگشت به چرخه زندگی برنامه‌های تندرستی

مجدداً شکل شماره ۳ را با دقت مرور کنید. پس از دستیابی به علل کارایی پایین برنامه به کمک تحقیق، دور جدیدی از طراحی و اجرای برنامه آغاز می‌شود. در دور جدید چرخه زندگی برنامه، بودجه مورد نیاز برای استقرار برنامه صرف ایجاد تغییرات پیش بینی شده در طراحی جدید می‌شود. این تغییرات آموزش منابع انسانی، به کارگیری منابع انسانی جدید، خرید تجهیزات جدید یا ایجاد فضای فیزیکی جدید را شامل می‌شود. پس از ایجاد این تغییرات بودجه جاری برنامه با توجه به شرایط جدید آن برآورد و تامین می‌شود و پس از جاری شدن فعالیت‌های پشتیبان، بازاریابی و ارائه خدمت بر مبنای استانداردهای جدید برنامه انجام خواهد پذیرفت و ... از طریق چنین چرخه‌ای برنامه در مسیر بهبود مستمر قرار می‌گیرد تا هنگامی که با ریشه کنی مشکل تندرستی هدف برنامه، یا از میان رفتن زمینه‌های آن در جامعه، نیازی برای به کارگیری منابع برای اجرای چنین برنامه‌ای وجود نداشته باشد.

خودآزمایی

یکی از برنامه‌های تندرستی جاری در نظام ارائه خدمات ایران را انتخاب کنید و در مورد آن به سوالات زیر پاسخ دهید. ممکن است پاسخ تمام این سوالات به کمک مطالبی که در این گفتار ارائه شده امکان پذیر نباشد. در این موارد با مراجعه به سایر فصول کتاب یا سایر منابع، خصوصاً اپیدمیولوژی و ارزیابی خدمات تندرستی،

- می‌توانید پاسخ‌های مناسب را بیابید. اگر سر نخ‌ی یافتن پاسخ‌ها نیافتید از اساتید خود کمک بخواهید.
- ۱) (فعالیت‌های پشتیبانی، بازاریابی، و ارائه خدمت را در مورد این برنامه تشخیص دهید.
 - ۲) (آیا این فعالیت‌ها از استانداردهای روشی برخوردارند؟ در صورت پاسخ منفی نقاط ضعف آن‌ها را مشخص کنید.
 - ۳) (روش پایش این فعالیت‌ها چگونه است؟ نظر خود را در خصوص روش پایش برنامه بیان کنید.
 - ۴) (از چه شاخص‌هایی برای ارزیابی برنامه استفاده می‌شود؟ هر یک از این شاخص‌ها کدامیک از عناصر چرخه زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد؟ داده‌های مورد نیاز برای محاسبه این شاخص‌ها چگونه جمع آوری می‌شود؟ در مورد کیفیت شاخص‌ها و منابع داده برای محاسبه آن‌ها بحث کنید.
 - ۵) (آیا مجموعه شاخص‌هایی که برای این برنامه محاسبه می‌شود کافی است؟ کاربرد هر یک از این شاخص‌ها در کدامیک از سطوح نظام ارائه خدمات است؟
 - ۶) (در صورتیکه مجموعه کاملی از شاخص‌ها برای این برنامه تعریف نشده است، شاخص‌هایی را که شما برای کنترل برنامه مناسب می‌دانید تعریف کنید و منابع داده برای محاسبه آن‌ها را مشخص کنید.
 - ۷) (آیا به کمک شاخص‌های موجود برنامه تحلیل می‌شود؟ اگر پاسخ مثبت است روش تحلیل را نقد کنید.
 - ۸) (اگر پاسخ سوال قبل منفی است یا روش مورد استفاده مورد قبول شما نیست روشی را برای تحلیل برنامه به کمک شاخص‌های پیشنهادی خود پیشنهاد کنید.
 - ۹) (در مجموع با توجه به پاسخ‌هایی که به سوالات فوق داده‌اید این برنامه را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ شانس این برنامه برای بقا در نظام ارائه خدمات چقدر است؟
 - ۱۰) (در صورتی که ارزیابی شما از برنامه مثبت نیست، پیشنهادهای خود را برای اصلاح آن ارائه نمایید.

منابع برای مطالعه بیشتر

1. Abolhassani F et al, Strengthening Monitoring and Evaluation of Reproductive Health Programs, Chapter V (page 41), Asian Population Studies Series No. 155, ESCAP, United Nations, 2000.
2. Abolhassani F, Health Information System in Islamic Republic of Iran, In: Mehryar A.H., Proceedings of the first International Workshop on Integrated Approach to Reproductive Health and Family Planning in Islamic Republic of Iran, page 365, 2001.

این مبحث در تاریخ مهرماه ۱۳۹۷ توسط استاد گرامی جناب آقای دکتر ابولحسنی، بازنگاری شده است

کتاب جامع

بهداشت عمومی

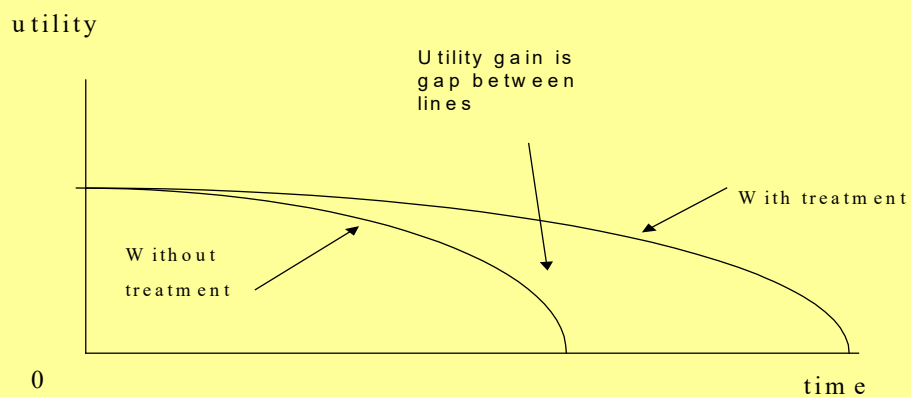
فصل ۷ / گفتار ۲ / دکتر ابوالقاسم پوررضا

اقتصاد بهداشت

فهرست مطالب

۹۵۷	اهداف درس
۹۵۷	مقدمه
۹۵۸	بازار کالا - بازار بهداشت : تفاوت ها
۹۶۰	عرصه‌های مورد تاکید در اقتصاد و بهداشت
۹۶۰	اقتصاد و سیاستگذاری در بهداشت
۹۶۱	رویکردهای نوین و فرایندهای تغییر
۹۶۳	خلاصه
۹۶۴	منابع

Cost-Effectiveness Analysis



اقتصاد بهداشت Health economics

دکتر ابوالقاسم پوررضا
دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس:

- حوزه‌های مورد مطالعه در اقتصاد بهداشت را بشناسد
- تفاوت‌های اقتصاد بهداشت با اقتصاد کالا را تشخیص دهد
- تحولات انجام شده در سیاستگذاری‌های بهداشتی را درک و تحلیل نماید
- برابری، اثربخشی و کیفیت را در ارتباط با هم بحث کند
- سازمان‌های نوین ارائه خدمات بهداشتی و سیاست‌های آنها را بشناسد
- ارتباط بین مدیریت، اقتصاد و بهداشت را در فرایند توسعه، تبیین کند
- تعریف اقتصاد از دیدگاه‌های مختلف را بداند.

مقدمه

اقتصاد، مطالعه نحوه انتخاب و بکارگیری کمیاب مولد برای تولید کالا و خدمات و توزیع آن‌ها در جمع افراد و گروه‌های مختلف جامعه است (Wavd etur. 1989.P.4). اقتصاد را علم مبارزه با فقر، علم قوانین حاکم بر ثروت و نشان دهنده شیوه‌های تشکیل و توزیع و مصرف آن، علم مطالعه در بهزیستی انسان و علم استفاده از منابع کمیاب نیز تعریف کرده‌اند (به کتاب‌های اقتصاد خرد آقای دکتر باقر قدیری و اقتصاد کلان و خرد آقای دکتر محمود منتظر ظهور مراجعه شود). به نظر بعضی‌ها (مخصوصاً کینز و طرفداران وی) علم اقتصاد یک روش صحیح تفکر و ناظر به هدف است که فرد را در دستیابی به هدف، راهنمایی می‌کند. در هر حال عناصر اصلی علم اقتصاد تولید، توزیع، منابع و تکنیک (روش) می‌باشد. بطور خلاصه می‌توان گفت که علم اقتصاد علم

رفتار کالا و خدمات است. همه عناصر اصلی اقتصاد به نحوی در کالا گرد می‌آیند و فرایند شکل‌گیری کالا، توزیع و مصرف آن، جملگی مباحثی از علم اقتصاد را به خود اختصاص می‌دهند.

کالا واحد تحلیل جامعه سرمایه‌داری بویژه از نقطه نظر مارکس و مارکسیست‌های کلاسیک است. کالا تولیدی است برای مبادله و فروش. کالا نماد جامعه سرمایه‌داری است و صرفاً اشیاء و مواد بی‌جان و مصنوعات را شامل نمی‌شود. تولیدات انسانی در قالب کالا و برای فروش در مرحله‌ای خاص از تحول حیات اجتماعی او شکل می‌گیرد - مشخصاً بعد از انقلاب صنعتی و شکل‌گیری تولید انبوه- و علم اقتصاد به عنوان شاخه‌ای از علوم اجتماعی و انسانی که به مطالعه آن می‌پردازد، متعاقب آن سامان یافته و سیستماتیزه می‌شود.

انقلاب صنعتی قرن ۱۸ بزرگترین نقطه عطف تاریخ حیات بشر است. این انقلاب در عرصه‌های مختلف از باروری و مرگ و میر گرفته تا مهاجرت و شهرنشینی و ساختار خانواده و حکومت و روابط نسل‌ها و طبقات اجتماعی تاثیر چشمگیر و شگرفی داشته است. این انقلاب سرآغاز گسترش تولید ماشینی (انبوه)، پیدایش بازار و کالا، و ظهور علم اقتصاد بوده است، این انقلاب به شکل‌گیری یک جهان واحد (Globalized) و رشد روابط بین‌المللی و تاثیرگذاری همه حرکت‌های اجتماعی تاریخی، فنی و تکنولوژیک بر یکدیگر کمک شایانی نموده است. مساله اقتصاد و بهداشت نیز به عنوان پدیده‌های جمعی و سرنوشت ساز، دقیقاً پس از گسترش دستاوردهای این انقلاب در عرصه‌های مختلف، مورد توجه قرار گرفتند.

بازار کالا - بازار بهداشت: تفاوت‌ها

اقتصاد بهداشت به عنوان یک عرصه مطالعات بینابینی (Interdisciplinary) در چند دهه اخیر مورد توجه علمای اقتصاد، بهداشت، و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، قرار گرفته است. اقتصاد بهداشت یا مراقبت‌های بهداشتی، بکارگیری و استفاده از ابزار و مفاهیم اقتصادی در مسایل مرتبط با بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی است. اقتصاددانان به دلایل مختلفی به عرصه مراقبت‌های بهداشتی توجه دارند. اول اینکه منابع برای مراقبت‌های بهداشتی محدود است و همانند موارد دیگر، تقاضا برای خدمات بهداشتی از عرضه آن‌ها بیشتر است. دیگر این که محدودیت و کمیابی به آسانی و با افزایش هزینه‌های بهداشتی از میان نمی‌رود، زیرا هم تقاضا و هم عرضه به شدت در تحول مستمر بوده و منابع جدید و سیاست‌گذاری‌های جدیدی می‌طلبند. به عبارت بهتر عرضه و تقاضا در این عرصه آنچنان در هم تنیده‌اند که توجه مضاعف به منابع را برای تامین نیازهای راستین سلامت، می‌طلبند و در این راه عنایت مخصوص به هزینه‌های فرصت، مساله‌ای بسیار اساسی است زیرا در اغلب تصمیم‌گیری‌ها اهمیت هزینه‌های فرصت، نادیده گرفته می‌شود. این درهم‌تنیدگی عرضه و تقاضا به حدی است که گفته می‌شود با رشد علوم پزشکی تعداد بیماری‌ها هم افزایش می‌یابد و لذا نیاز به مداخله درمانی بیشتر می‌شود که این امر خود به منابع و اعتبارات بیشتری نیاز دارد. برای افزایش اعتبارات بخش سلامت، طبیعتاً لازم است که اعتبارات مثلاً آموزش، راه و ترابری، دفاع و ... کاهش یابد. در بسیاری از شرایط، معیار ما برای تخصیص کالا و خدمات در بخش سلامت، نه میل و اشتیاق (Willingness) یا توانمندی پرداخت (Ability to pay)، بلکه نیاز (Need) می‌باشد. لذا ما به مجموعه‌هایی از تکنیک‌های اقتصادی برای تحلیل و ارزیابی بازار مراقبت‌های بهداشتی نیازمندیم.

نهایتاً یک رابطه دو سویه بین وضعیت سلامت فرد با فعالیت اقتصادی او وجود دارد. افراد سالم‌تر و ملت‌های سالم‌تر (با امید زندگی بالاتر، مثلاً ژاپن) بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد، توانایی بیشتری برای خرید مراقبت‌های بهداشتی بیشتر دارد.

سلامت کامل، یک پدیده آرمانی و غیرقابل خرید است اما مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان خریداری نمود. مصرف خدمات بهداشتی از یک ویژگی که اقتصاد دانان به آن **نامطلوبیت یا بیفایده‌گی (Disutility)** می‌گویند برخوردار است. به این معنی که مصرف خدمات بهداشتی فی نفسه ناخوشایند است. از طرف دیگر مصرف کالاهای دیگر مانند میوه تازه از مطلوبیت (Utility) برخوردار است. مصرف میوه تازه، تشنگی یا گرسنگی را تخفیف می‌دهد و ممکن است خاطراتی را از سفرهای دور و دراز نیز تداعی نماید. یک نکته بسیار مهم این است که مصرف یک انتخاب آزاد و رضایت بخش است.

در بسیاری از موارد، مصرف مراقبت‌های بهداشتی یک انتخاب آزاد نیست (بجز در موارد پیشگیری) و فی نفسه خوشایند و رضایت بخش نیز نمی‌باشد (Clinton and Scheiwe, 1995). تفاوت‌های دیگری نیز بین کالاهای و خدمات بهداشتی و دیگر کالاهای و خدمات وجود دارد که اقتصاد بهداشت به آنها می‌پردازد. این تفاوت‌ها اساساً به تفاوت‌های موجود بین کالای عمومی و دیگر کالاهای از جمله کالاهای مصرفی یا لوکس و یا... مربوط می‌شود و در عرصه سلامت به اختصار عبارتند از:

- ضعف آگاهی مشتری از خدمات بهداشتی درمانی
- فقدان یا ضعف کشش تقاضا برای خدمات درمانی
- برخورداری بیماری و سلامت از عوارض خارجی (Externalities)
- امکان ایجاد تقاضا توسط عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی
- تصمیم‌گیری عرضه کننده در رابطه با نوع و حجم خدمات قابل ارائه به مشتری (بیمار)
- سلامت و بهداشت به عنوان یک نیاز اساسی و حق انسانی
- ضعف مصرف کنندگان (بیماران) خدمات بهداشتی درمانی در ارزیابی آنها
- عدم قاطعیت و اطمینان از وقوع بیماری و ...

همه این عوامل دست در دست یکدیگر شرایطی را فراهم می‌کنند که به بیان اقتصادی به آن نارسایی بازار یا (market failure) گفته می‌شود. بازار خدمات بهداشتی از این ویژگی برخوردار است و همانند بازار کالا و دیگر خدمات، عمل نمی‌کند و سلطه مشتری در آن وجود ندارد.

نارسایی بازار زمانی رخ می‌دهد که نیروهای بازار مانع از شکل‌گیری تخصیص بهینه می‌شوند. عوامل عمده این نارسایی کنترل قیمت و حجم تولید، اطلاعات ناقص، و خدمات بیشتر تولید کنندگان و ارائه کنندگان کالاها و خدمات در مقایسه با مصرف کنندگان (مثلاً در حالت انحصار) می‌باشد. همه این موانع به نوعی در بازار خدمات و مراقبت‌های بهداشتی وجود دارند.

عرصه‌های مورد تاکید در اقتصاد و بهداشت

اقتصاد و بهداشت هر دو به گونه‌های وسیع و جامع، رفتارهای ما را تحت تاثیر قرار می‌دهند. به عبارت بهتر هر رفتار و کنش یا واکنشی که از انسان سر می‌زند با صفات اقتصادی و بهداشتی یا غیراقتصادی و غیربهداشتی، قابل توصیف است. این ویژگی سلطه مشترک آن‌ها را در حوزه‌های مختلف رفتار فردی و جمعی تبیین می‌کند. این دو از یک ویژگی مشترک دیگر نیز برخوردارند که از آن به عنوان "پیشگیری" یاد می‌کنیم. در معنایی محدودتر بهداشت پیشگیری از بیماری و اقتصاد، پیشگیری از اتلاف منابع، تعریف می‌شود. با این اوصاف در اقتصاد بهداشت عرصه‌های زیر مورد بحث قرار می‌گیرند :

- ابعاد اقتصادی خدمات بهداشتی
- تفاوت‌های بازار خدمات بهداشتی با بازار کالا
- تحلیل هزینه‌ها و طبقه بندی آن‌ها
- تخصیص هزینه در مراکز فعالیت
- سیاستگذاری و برنامه ریزی برای واحدهای بهداشتی درمانی
- ارزشیابی واحدها و خدمات درمانی و بهداشتی
- برابری و کیفیت در عرصه خدمات بهداشتی درمانی
- شیوه‌های پرداخت حقوق و دستمزد
- قیمت گذاری و تعرفه خدمات بهداشتی درمانی
- نقش دولت در ساختار خدمات بهداشتی درمانی
- توسعه اقتصادی، توسعه بهداشتی
- بیمه و اشکال متعدد و متنوع آن
- اقتصاد عفونت بیمارستانی
- ارزیابی اقتصادی پروژه‌های بهداشتی درمانی
- و ... (رجوع شود به کتاب‌های Witter ، Feldstein ، Folland)

در حقیقت اقتصاد بهداشت بیش از آنکه به عنوان یک بحث و یا موضوع مطرح شود، به عنوان یک رویکرد مطرح است و لذا هر عرصه‌ای از خدمات بهداشتی درمانی را در چارچوب مفاهیم و اصول اقتصادی می‌تواند تحت پوشش قرار دهد.

اقتصاد و سیاستگذاری در بهداشت

چنانچه موضوع اقتصاد بهداشت را به دو عرصه وسیع بهداشت و درمان تقسیم کنیم، برای سیاستگذاری دقیق‌تر و کارآمدتر باید به تفاوت‌های این دو عرصه توجه داشته باشیم. البته این نکته را باید همواره به خاطر داشته باشیم که تفکیک بهداشت از درمان یک امر واقعی و عینی نیست و صرفاً به جهت مطالعه دقیق‌تر پدیده‌ها

و مسایل مرتبط، این جداسازی صورت می‌گیرد. به عبارت بهتر محدودیت منابع در همه عرصه‌ها و بالاخص در عرصه بهداشت و درمان ما را ناچار از انتخاب و سرمایه گذاری در عرصه‌های بخصوصی می‌نماید که چنانچه با مطالعه و درایت کافی صورت گیرد می‌تواند بهره وری قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. در این رابطه چند سوال استراتژیک مطرح است که عمدتاً ناظر به سیاستگذاری و تعیین اولویت‌هاست. در تخصیص مبلغ مشخصی از اعتبارات یا سهم مشخصی از تولید ناخالص ملی، فعالیت‌های کدام عرصه (بهداشت یا درمان) برای ما مهم‌تر است؟ **بهداشت** معمولاً با پیشگیری از بروز بیماری‌ها، با تکنولوژی ساده و ارزان، با دولتی و جمعی بودن آن، و با تاثیرات آن در درازمدت تعریف می‌شود در حالی که **درمان** با متوقف نمودن پیشرفت بیماری، با تکنولوژی گران و پیچیده، با (معمولاً) خصوصی و فردی بودن آن و تاثیرات بلافصل مشخص و معین می‌شود.

تکیه بر استفاده از نیروی انسانی یا تکنولوژی پیچیده و مبتنی بر سرمایه سنگین نیز یکی دیگر از سوالات استراتژیک است. این که چه چیز (چه نوع خدمت یا خدمات) برای چه کسانی (کدام گروه یا جمعیت) و با چه روشی و بوسیله چه کسانی تولید شود سوالات عمده‌ای است که به لحاظ اقتصادی، سیاستگذاران باید به آن‌ها توجه کنند (Normandic, 1997). بعد از مساله تولید، مساله برابری در دسترسی (Equity) و اثر بخشی (Effectiveness) مطرح است. با عنایت به این که برخورداری از سلامت یک حق انسانی است و در عین حال منابع محدود برای تامین سلامت همه افراد وجود دارد لذا عرصه اقتصاد بهداشت عرصه جدال یک ارزش انسانی (Equity) و یک ارزش اقتصادی (Effectiveness) تلقی می‌شود.

در بسیاری از موارد صرف هزینه‌های کلان و سرمایه گذاری بیشتر در عرصه خدمات بهداشتی درمانی، به اشتباه به تامین برابری در دسترس تعبیر می‌شود. صرف هزینه‌های سنگین سرانه برای خدمات بهداشتی همیشه به معنی بالا بودن میزان بازده و اثر بخشی برنامه نمی‌باشد. ایالات متحده بالاترین سرانه بهداشتی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهد اما در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته (OECD)، از شاخص‌های بهداشتی چندان مطلوبی برخوردار نیست و امارات عربی متحده با درآمد سرانه‌ای حدود ۴۰ برابر در آمد سرانه سریلانکا، از امید به زندگی یکسانی با این کشور برخوردار است (پازوکی، ۱۳۷۸)، برابری نیز صرفاً با بیمه اجباری یا ساخت بیمارستان‌های مدرن و مجهز متجلی نمی‌شود. بلکه در تخصیص منابع براساس نیاز، در تولید و توزیع خدمات بر اساس یافته‌های اپیدمیولوژیک و کیفیت نسبتاً یکسان خدمات در مناطق مختلف تعریف می‌شود (Witter, 2000).

رویکردهای نوین و فرایندهای تغییر

جدال بین این دو عرصه - برابری و اثربخشی - در میدانی صورت می‌گیرد که به آن "کیفیت" گفته می‌شود. کیفیت به عبارتی هم ناظر به هزینه (کاهش هزینه) و هم ناظر به اثر بخشی است. این هر دو مقوله و یا بهتر بگوییم هر سه مقوله (کیفیت، هزینه، اثر بخشی)، به گونه بسیار در هم تنیده‌ای با مساله مدیریت ارتباط دارند. مدیریت کیفیت، مدیریت هزینه (مالی)، مدیریت اثر بخش / اثر بخشی، هر کدام جایگاهی ویژه در عرصه خدمات بهداشتی درمانی دارند. کیفیت بویژه در قالب مفاهیم کیفیت زندگی (Quality of life) سال‌های زندگی تعدیل شده با کیفیت (Quality Adjusted Life years = QALYs) سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی

(Disability Adjusted Life Years = DALYs) و . . . به ابزاری اساسی و مورد توجه در ارزیابی خدمات بهداشتی درمانی در سطح فردی و جمعی تبدیل شده است. نظام‌های باثبات و معتبر بهداشتی نظیر NHS انگلیس شاخص‌هایی را برای تامین کیفیت در خدمات بهداشتی تعریف و به اجرا در آورده‌اند که عمدتاً در سطح کلان سیاستگذاری و مدیریتی ناظر به موضوع است. کیفیت تنها به یک مرحله یا یک بعد از ساختار و فرایند ارائه خدمات محدود نمی‌شود. در هر لحظه و هر عرصه‌ای می‌توان آن را طرح، پیگیری و محقق نمود. توجه به کیفیت از انتخاب دروندادهای سیستم یا (Inputs) تا فرایند ارائه خدمات و ارزیابی نتایج به عنوان یک مساله اقتصادی، مدیریتی و بهره‌وری امروزه بسیار مورد تاکید است. مدیریت کیفیت (Quality Management)، ارتقاء کیفیت مداوم (Continuous Quality Improvement = CQI) مدیریت کیفیت جامع Total Quality Management، و عناوین و عرصه‌هایی نظیر این‌ها، اقتصاد و مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی را در کنار هم و با هم مورد تحلیل قرار می‌دهند. آنچه در تامین کیفیت باید مورد توجه اکید قرار گیرد، وجود معیارها و شاخص‌های راهنمای عمل و همچنین شاخص‌های سنجش و ارزیابی آن است (Leathard, A. 2001).

توجه به کیفیت به عنوان یک ابزار اقتصادی می‌تواند عکس‌العملی سنجیده در برابر تورم و رشد افسار گسیخته قیمت‌ها بویژه در رابطه با خدمات بهداشتی درمانی تلقی شود. برابر مطالعات انجام شده شتاب تورم در خدمات بهداشتی درمانی به مراتب بیشتر از دیگر عرصه‌های فعالیت است (Buividas, J., 1992)، و این امر نیز شاید به عنوان یکی از تفاوت‌های بازار بهداشت با بازار کالا تلقی شود.

دخالت دولت در کنترل بازار در حال حاضر طرفداران زیادی ندارد. اقتصادهای کنترل شده از سوی حکومت، امروزه به تاریخ پیوسته‌اند و خصوصی سازی به عنوان گامی برای یکپارچه شدن نظام‌های اقتصادی دنیا روند روبه رشدی به خود گرفته است. اما علیرغم این در عرصه بهداشت و درمان دخالت دولت، کمک دولت و نظارت دولت در همه کشورها امری پذیرفته شده است. تقریباً همه دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تامین یارانه برای بخش بهداشت مسئولیت دارند، زیرا بهداشت و درمان، بالخصوص بهداشت، ماهیتا کالایی عمومی شناخته می‌شود که بخش خصوصی رغبت چندانی برای سرمایه‌گذاری در آن ندارد.

پیچیده بودن عرصه خدمات بهداشتی درمانی، بالا بودن هزینه‌ها و رشد قیمت‌ها در آن، تقاضای روزافزون برای برخورداری از بهداشت و سلامت، محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی، بال‌آوردن بهره‌وری و بکارگیری شیوه‌های کنترل و مهار هزینه‌ها را در این عرصه بیش از پیش حیاتی نموده است. در حقیقت در واکنش برای شرایط و مقتضیات بود که دگرگونی ساختاری در ارائه مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای پیشرفته به وقوع پیوست و سازمان‌های متعددی با نقش‌های متفاوت درمانگری، واسطه‌گری و بیمه‌گری فرصت ظهور و بروز یافتند. این سازمان‌ها که از آن‌ها تحت عنوان Managed Care Organizations یا سازمان‌های مراقبت کنترل شده یاد می‌شود (Folland, Goodman, and Stano, 2001) دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی، و بهداشتی درمانی‌اند. این سازمان‌ها مدیریت و هدایت :

- هزینه کردن منابع محدود مالی

- توسط گروهی از ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی

- برای گروه یا گروه‌های مشخصی از افراد به عضویت در آمده
 - جهت پیشگیری، درمان و بهبود بیماری و عوارض آن
 - بر اساس استانداردهای روشن و صریح مراقبت
 - به شیوه‌ای موثر، کار آمد، اقتصادی
 - در راستای تامین سلامت فرد و جامعه
- را به عهده دارند.

سازمان‌های حافظ سلامت (Health Maintenance Organizations = HMOs)، ارائه کنندگان ترجیحی (Preferred Provider Organizations = PPOs)، و... عمدتاً در پاسخگویی به نیازهای یاد شده و براساس معیارهای بهره‌وری، کیفیت و کنترل هزینه‌ها سامان یافته‌اند (Buividas, 1992). شکل‌گیری سازمان‌هایی مشابه این سازمان‌ها در کشور ما نیز آغاز شده است، مجتمع‌های سلامت تاسیس شده در تبریز شباهت‌های زیادی به HMOs در آمریکا و دیگر کشورهای صنعتی دارند. ارائه کنندگان ترجیحی نیز از سال‌ها قبل در کشور ما رایج بوده و بسیاری از سازمان‌ها از آن‌ها خرید خدمت می‌نمایند.

در هر حال دنیای متحول کنونی ثبات ساختاری و سازمانی هر نظام و سیستمی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. خدمات بهداشتی درمانی نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد و برای هماهنگی با تغییرات و تحولات دیگر عرصه‌ها، استفاده بهینه از منابع، تامین مدیریت کیفیت و جلب رضایت مصرف کننده و ارائه کننده دچار تحولاتی شده است که آگاهی از آن می‌تواند در سیاستگذاری کارآمد و اقتصادی، ما را یاری کند. این تحولات با توجه به سه بُعد اقتصادی، مدیریتی و بهداشتی درمانی به طور خلاصه به شرح زیر است:

- ۱) تغییر در شیوه پرداخت: **فی فور سرویس** به عنوان یک شیوه پرداخت حاکم بر بازار جای خود را به پرداخت سرانه (Capitation) داده است
- ۲) شیوه پرداخت گذشته نگر با شیوه پرداخت آینده نگر جایگزین شده است
- ۳) تمرکز و تاکید بر فرد جای خود را به توجه و تاکید بر جمع داده است
- ۴) استمرار و تداوم در ارائه و دریافت خدمات جایگزین درمان‌های مقطعی شده است
- ۵) پیشگیری اولویت اول را در مقایسه با مداخله بخود اختصاص داده است
- ۶) حفظ منابع بر ایجاد درآمد ترجیح داده می‌شود
- ۷) عمده فروشی جایگزین خرده فروشی می‌شود
- ۸) شیوه‌های غیر تهاجمی بر شیوه‌های تهاجمی برتر شمرده می‌شود
- ۹) وابستگی و کار گروهی بر خودمختاری فردی و تخصیصی غلبه می‌کند
- ۱۰) سرمایه گذاری برای حفظ منابع بر سرمایه گذاری برای ایجاد منابع (پول) ترجیح داده می‌شود.

خلاصه

بطور خلاصه اقتصاد، ناظر به تخصیص منابع کمیاب به شیوه‌ای است که سود حاصله را به حداکثر

برساند. در بسیاری از موارد، نظام قیمت‌ها به عنوان یک مکانیسم تخصیص برای اطمینان از استفاده بهینه از منابع بکار گرفته می‌شود. در تخصیص منابع خدمات بهداشتی درمانی مکانیسم کنترل نشده قیمت برای تخصیص منابع، با توجه به اهمیت برابری در این عرصه، نامناسب به نظر می‌رسد. لذا، تصمیم در باره این که چه کسانی باید به منابع دسترسی داشته باشند، چه خدماتی باید تولید شود و کجا باید این امر صورت گیرد، در عرصه بهداشت و درمان، پیچیدگی خاصی پیدا می‌کند. در شرایط کنونی در کشورهای با اقتصاد پیشرفته کنترل و نظارت دولت بر بخش بهداشت و حد متناسب آن در معرض بازنگری است. این مساله با توجه به تحولات اخیر و یک قطبی شدن دنیا و جهانی شدن پدیده‌ها به نحوی نظام کشورهای در حال توسعه را نیز تحت تاثیر قرار داده و حرکت‌های اصلاحی در جهت بالا بردن بهره‌وری و کارایی و حاکمیت ارزش‌های مدیریت نوین، از جمله کیفیت، رضایت مشتریان و ارائه‌کنندگان، خصوصی سازی و ... را در پی داشته است.

آنچه عرصه سلامت و اقتصاد مرتبط با آن را حساس و آسیب پذیر و تا حدودی کنترل ناپذیر می‌نماید، البته در چارچوب سیاست‌های ناکارآمد، درهم تنیدگی عرضه و تقاضا (قدرت و منزلت ارایه‌کنندگان خدمت)، از یکسو و **(Medicalization)** یا **طبی سازی** عرصه‌های بیشماری از زندگی اجتماعی است که هم هزینه‌های سنگینی، اعم از مالی و غیرمالی، بر جامعه تحمیل می‌کند و هم گفتمان قدرت و نابرابری‌های اقتصادی را در سطح کلان اجتماعی می‌تواند موجب شود (در خلاء برنامه‌ها و سیاست‌های کارآمد). این پیامدها غالباً در نظام‌های سلامتی که یکپارچه نیستند و بخش خصوصی، قدرت مسلطی در آنها دارد بیشتر دیده می‌شود. برای پرهیز از این پیامدها بعضی‌ها بر این باورند که چون سلامت، ماهیتاً کالایی عمومی و حاکمیتی است و منابع آن عمدتاً از بودجه عمومی که برآمده از مالیات‌ها و عوارض پرداختی مردم است، تامین می‌شود، لذا بخش خصوصی نباید جایگاه پررنگی در نظام‌های سلامت داشته باشد. در هر حال دیدگاه‌های مختلفی در ساختار و کارایی نظام‌های سلامت، وجود دارد که عملکرد آن را در بستر ساختار کلان اقتصادی - اجتماعی کشورها می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد و بهتر است که بسته به امکانات و مقتضیات، در این حوزه تصمیمات لازم اتخاذ شود.

منابع

1. Buividas, g. (1992), Health Care Financing, From Preventive medicine and Public health, editor, Brettg. Cassensg Williams & Wilkins Publisher.
2. Folland , Goodmani and Stano. (2001) , The Economics of Health and Health Care , Third edition, Prentice Hall.
3. Leathard, A (2001) , Health Care Provision, Second edition, Nelson Thornes Ltd, UK.
4. Witter, S. et. al. (2001) , Health Economics for Developing Countries, A Practical guide , Macmillan ,UK.
5. Normand , C. (1997), Social Health Insurance.
6. Feldstein, P. (1998) , Health Care Economics, Delmar, USA.
7. Clintom, M. Scheiwe, D. (1995) Management in the Industrial Health Care Industry, Harper Educational Publishers, Australia.

۸ - قدیری، باقر (۱۳۷۵). اقتصاد خرد، دانشگاه تهران .

۹ - منتظر ظهور، محمود (۱۳۷۶) اقتصاد (خرد و کلان) دانشگاه تهران .

۱۰ - پازوکی، محمود (۱۳۷۸)، بهداشت و توسعه، مجله برنامه بودجه شماره ۲۰-۱۹ .

چند نکته

- اقتصاد بهداشت به تحلیل و بهره‌وری منابع محدود و کمیاب و ارزیابی دقیق آنها برای استفاده مطلوب در جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و حفاظت از محیط زیست می‌پردازد.
- اقتصاد بهداشت تخصیص و بهره‌وری مطلوب از منابع موجود، همراه با جلب مشارکت مؤثر افراد، خانواده‌ها، جوامع محلی، ملی و بین‌المللی در کلیه سطوح با رعایت کامل عدالت و دسترسی و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی را به عنوان یک اصل مهم در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد.
- بهره‌وری مطلوب از منابع محدود مستلزم توجه به کلیه شرایط و عوامل مؤثر بر سلامت انسان می‌باشد. در سطح خرد این امر می‌تواند در قالب مدل سرمایه‌انسانی گراسمن مورد بررسی قرار گیرد.
- شیوه زندگی که ترکیبی از عوامل مختلف، از جمله اندیشه‌ها و رفتارهای صحیح بهداشتی و با برخورداری از امکانات مورد نیاز است را باید بر سایر عوامل مقدم دانست.
- باید در نظر داشت که ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید به شیوه علمی انجام شود تا بتوان کارایی و اثر بخشی آن را در تأمین سلامت انسان در مقایسه با سایر عوامل از قبیل آموزش، درآمد و نظایر آن اندازه‌گیری کرد.
- برخی از ارزیابی‌های بالینی، اثربخشی خدمات بهداشتی و درمانی را بدون در نظر گرفتن مقدار مصرف منابع و هزینه‌ها نشان می‌دهند، در حالی که در بررسی اقتصادی علاوه بر اثربخشی خدمات به ارزیابی منابع مصرف شده و هزینه‌ها نیز توجه می‌شود.
- نقش اقتصاددان‌ها در این مقوله محاسبه و تحلیل نسبت منابع مصرفی در مقایسه با هزینه فرصت پیشگیری و درمان بیماری‌ها با استراتژی‌های مختلف است.
- برای شناخت محدودیت‌های به کارگیری فن‌آوری‌های جدید اقتصادی در عرضه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مطالعات موردی بسیار زیادی صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها پزشکان و مشاغل پزشکی، نقش اصلی و منحصر به فردی در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بدون در نظر گرفتن تمام جنبه‌های اقتصادی آن دارند، علت آن فاصله زیاد بین توانایی تشخیص و تصمیم‌گیری عرضه‌کنندگان خدمات با سطح دانش و تصمیم‌گیری مصرف‌کنندگان بوده است.
- معمولاً گروه یا واحد ثالث پرداخت‌کننده (دولت‌ها و شرکت‌های بیمه‌ای) در هر بار مراجعه بیماران، بیش از خود بیماران هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را پرداخت می‌کنند و از این رو بیشتر با مشکلات تورم و افزایش قیمت‌ها مواجه هستند.
- برای کنترل قیمت‌ها و اثرات ناشی از تورم، مشارکت دریافت‌کنندگان خدمات از طریق روشی که هزینه - منفعت خدمات در آن لحاظ شده باشد را مطرح می‌کنند.
- استفاده نامطلوب و بیش از حد نیاز از خدمات بهداشتی و درمانی، عملی غیر اخلاقی که بعثت محدودیت منابع موجب محرومیت عده‌ای از بیماران نیازمند واقعی از خدمات مذکور می‌گردد.
- هدف نهایی اقتصاد بهداشت توزیع عادلانه منابع و استفاده بهینه از منابع موجود برای تحقق هدف سلامت برای همه است. از این رو بهره‌گیری از روش‌های اقتصاد بهداشت می‌تواند موجب کارایی و اثر بخشی هر چه بیشتر نظام‌های بهداشتی و درمانی در تمام جهان گردد.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۳ / دکتر کامل شادپور، دکتر حسین ملک افزلی

اصلاح بخش سلامت

فهرست مطالب

۹۶۷	اهداف درس
۹۶۷	(۱) بیان مساله
۹۶۹	(۲) ضرورت‌های امروزه اصلاح بخش سلامت کدام است؟
۹۷۰	(۳) اصلاح بخش سلامت با چه تناقض‌هایی روبه روست؟
۹۷۱	(۴) محتوای اصلاح بخش سلامت
۹۷۸	(۵) پیش‌نیاز اصلاح نظام بهداشتی
۹۷۸	(۱) حمایت سیاسی
۹۷۸	(۲) شناخت نظام بهداشتی
۹۷۸	(۳) وضعیت تامین مالی در نظام بهداشتی
۹۷۹	(۴) گردآوری اطلاعات کافی
۹۷۹	(۵) شناخت خصوصیات سازمانی
۹۷۹	(۶) چه باید کرد؟
۹۸۰	خلاصه
۹۸۱	منابع
۹۸۲	برای مطالعه بیشتر

اصلاح بخش سلامت

Health Sector Reform

دکتر کامل شادپور (ره)*، دکتر حسین ملک افضلی**

* کارشناس وزارت بهداشت

** دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- اصلاح بخش سلامت را تعریف کند
- نقش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در تحول نظام بهداشتی را شرح دهد
- با ذکر نمونه‌هایی ضرورت اصلاح بخش سلامت را توضیح دهد
- از تجربه‌های موجود برای تبیین ضرورت اصلاح بخش سلامت استفاده کند
- تناقض‌های موجود بر سر راه اصلاح بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه را تحلیل کند
- تفاوت میان هدف‌های اصلاح در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را مقایسه کند
- گام‌های منطقی برای اقدام به اصلاح بخش سلامت را پیشنهاد کند.

(۱) بیان مساله

عرضه خدمات بهداشت و درمان در شکل سازمان یافته و منظم به طور عمده پس از خاتمه جنگ دوم جهانی و بویژه پس از شکل‌گیری سازمان جهانی بهداشت متداول شد. بنا به وضعیت خاص دنیا در سال‌های پس از جنگ در آغاز، استراتژی سازمان جهانی بهداشت مبارزه با بیماری‌هایی بود که ابتلا یا مرگ فراوان داشتند. مبارزه با این بیماری‌ها نیز بیشتر در قالب برنامه‌های عمودی و با برپایی سازمان‌هایی مستقل یا نیمه مستقل

صورت می‌گرفت.

با گذشت دو دهه از پی‌گیری استراتژی برنامه‌های عمودی، پس از تحلیل وضعیت بهداشتی مناطق مختلف جهان در آغاز دهه ۱۹۷۰، رویکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC = Primary Health Care) به جامعه جهانی بهداشت عرضه شد. جنبش جهانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در زمان خود وسیله‌ای موثر برای اصلاح بخش سلامت شد و در تغییر تفکر و نگرش جهانی، سهمی عمده یافت: تغییر از نگرش درمانی به مراقبت‌های ارتقایی و پیشگیری؛ از مراقبت بیمارستانی به مراقبت در جامعه؛ از بهداشت فردی به بهداشت عمومی؛ از بهداشت شهری به سلامت روستا و از برنامه‌های عمودی و غالباً سیار به برنامه‌های ادغام یافته که از طریق گسترش واحدهای مستقر، عرضه می‌شود. مراقبت‌های اولیه بهداشتی توانست سلامت را به عامل‌های تعیین کننده آن که غالباً بیرون از بخش بهداشت قرار داشت پیوند دهد. مراقبت‌های اولیه بهداشتی وظیفه و مسئولیت مردم را در تامین سلامت خود آنان مورد تاکید قرار داد و به صراحت این پیام را با مسئولان عرضه خدمات در میان نهاد که باید خدمات را تا آنجا که میسر است به جایی که مردم کار یا زندگی می‌کنند نزدیک سازند. مراقبت‌های اولیه بر مفهوم‌های اساسی مانند همکاری - چه در میان واحدهای درون بخش بهداشت و چه در میان بخش‌های مرتبط با سلامت -، توزیع قدرت سازمانی و تمرکززدایی و توسعه عدالت در سلامت، تاکید داشت و دارد.

در دو دهه گذشته بسیاری از نظام‌های عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بر پایه‌ای اصول و زیرساخت‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی پا گرفت و هرچند وقت یک بار، تبعات به‌کارگیری این رویکرد جهانی تحلیل شد.

در کشور ما، پس از انقلاب اسلامی، نظام عرضه خدمات بهداشت و درمان، با استفاده از تجربه‌های جهانی در شوروی سابق و چین و تجربیات کشوری در سال‌های پیش از انقلاب (نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در آذربایجان غربی، کوار شیراز، الشتر لریستان، و شمیرانات تهران و همچنین تجربیات هشتگرد کرج) و آنچه به تدریج در باره تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی انتشار می‌یافت طراحی شد و در عمل به دستاوردهای مهمی دست یافت.

حتی در بهترین شرایط، اگر سازمانی روزی بر پایه واقعیت‌های موجود و در پاسخگویی به نیازهای جامعه بر پا شود به تدریج با تغییر شرایط بیرونی توان پاسخگویی خود به نیازها را از دست می‌دهد. سازمان نیز همچون موجود زنده، عمری مشخص دارد؛ مراحل رشد، بلوغ، میانسالی و سالمندی را پشت سر می‌گذارد و ممکن است روزی مرگش فرا رسد. چون از وقوع تغییرات بیرونی گریزی نیست هر قدر سازمان، بسته‌تر و انعطاف ناپذیرتر باشد، سرعت تحلیل رفتن توان پاسخگویی آن به نیازها بیشتر می‌شود. از این رو تعیین نقطه‌ای استقرار سازمان بر روی نمودار عمر، یکی از مولفه‌هایی است که الگو و روش اصلاح سازمان را مشخص می‌کند. برای آنکه سازمان، همواره پویا و جوان باقی بماند، باید اقدام‌های اصلاحی در نقطه‌ای مطلوب (اوپتیموم) از منحنی عمر آن به اجرا در آید تا سازمان، توان تعامل با محیط و سازگاری با نیازهای جدید فرد، خانواده و جامعه را از دست ندهد.

امروز موضوعات موثر همچون جهانی شدن، اقتصاد بازار، آزاد سازی، استفاده افراطی از فناوری‌ها، خصوصی‌سازی، شهرنشینی و دیگرگون شدن الگوی بیماری‌ها در کنار فقر و گاه حوادث طبیعی، حفظ

دستاوردهای مراقبت‌های اولیه بهداشتی را دشوار ساخته است و نیاز به تحوّل سازمان‌های مبتنی بر تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی و اصلاح بخش سلامت اجتناب ناپذیر می‌نماید.

اصلاح بخش سلامت را تغییر هدفدار و مستمر برای بهبود بخشیدن به کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات، اثر بخشی فعالیت‌ها و تامین مالی مناسب برای این بخش تعریف کرده‌اند. روشن است که فرایند اصلاح باید به فراتر از تعریف هدف‌های سیاسی و بحث در باره جهت‌گیری‌های ایدئولوژیک نظام مراقبت‌های بهداشتی کشانده شود. بدون تغییر در چند و چون تامین مالی و بدون تغییر ساختار، احتمالاً نظام‌های بهداشتی قادر نخواهند بود از پس مسائلی که در بالا به آنها اشاره شد برآیند.

۲) ضرورت‌های امروزه اصلاح بخش سلامت کدام است؟

با وجود گونه‌گونی نظام‌های عرضه خدمات در کشورهای مختلف جهان، مسائلی که کشورهای در حال توسعه با آنها رو به رویند همسان است.

- سهم بخش بهداشت از تولید کشور آن اندازه نیست که برآوردن توقع از این بخش را میسر سازد.
- مصرف منابع (پول، نیروی انسانی، تجهیزات و اطلاعات) کارایی ندارد. به این معنی که اعتبارات صرف کارهایی می‌شود که هزینه - اثربخشی آنها محدود است؛ آنچه صرف حقوق و دستمزد می‌شود به مراتب بیشتر از هزینه‌های عملیات تامین سلامت است؛ در بسیاری از کشورها، در درون بخش بهداشت آنچه به مراقبت‌های سطح سوم اختصاص می‌یابد بسیار بیشتر از سهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی است؛ کیفیت خدمات، مطلوب نیست؛ اعتبارات به جاهایی نمی‌رود که بدان احتیاج دارند؛ کنترل اینکه پول صرف چه می‌شود آسان نیست؛ و شیوه تدارک کالاها و خدمات در عمل پول را از ارزش تهی می‌کند.
- دسترسی مردم به خدمات، مطلوب نیست. این اشکال عامل‌های گوناگون دارد: فقر، بُعد مسافت، جنس، سن، بیکاری، فراهم نبودن امکان درمان برخی از بیماری‌ها (مانند بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی) و برنامه ریزی نادرست خدمات.
- خدمات، پاسخگوی نیاز مردم نیست: به سبب کیفیت نامطلوب مراقبت‌ها، در بسیاری از کشورها استفاده از خدماتی که دولت ارائه می‌کند بسیار کمتر از آنست که انتظار می‌رود. در بخش دولتی مردم با کارکنانی رو به رو می‌شوند که انگیزه ندارند، آموخته‌های خود را از یاد برده‌اند و آموزش کافی نمی‌بینند؛ صف‌های انتظار طولانی و ساعت‌های کار مراکز دولتی در قیاس با زمان‌های کار مردم نامناسب است؛ داروها و وسایل کافی نیست؛ و از خلوت و حریم اثری دیده نمی‌شود. در بخش خصوصی نیز، مردم ممکن است در خطر سوء استفاده‌های مالی قرار گیرند بی آنکه برای محافظت آنان از تحمّل درمان‌های مخاطره آمیز تضمینی در میان باشد.
- گذار جمعیتی و گذر بهداشتی به تدریج اثر خود را بر سیاستگذاران بهداشتی تحمیل می‌کند. در عصر ما هیچ سیاستگذاری قادر نیست به اوج و حضيض باروری، افزایش بیماری‌های غیر واگیردار، و افزایش سالمندان، بی اعتنا بماند. این تغییر در ساختار جمعیت و الگوی بیماری‌ها، برقراری اولویت‌های نو در

- تامین مالی و تنوع خدمات را ایجاب می‌کند.
- برای کشورهای در حال توسعه، مهمترین دلیل اصلاح بخش سلامت، درک اهمیت سلامت در افزودن به بهره‌وری نیروی کار است. مفهوم نشانگری چون سال‌های سر شده عمر با ناتوانی Disability (Adjusted Life Year (DALY) - آشکارا نشان دهنده تاثیر کیفیت سیاست‌های دولت بر سلامت است.
- تجربه زامبیا نشان داد که در محیط‌های پُراشوب کشورهای در حال توسعه، حوادث، خارج از اراده و کنترل سازمان یا بخشی پیش می‌رود که از آن حوادث متاثر است. وزارتخانه‌ها دائما در فشار مستقل شدن هرچه بیشتراند و در همان حال هرچه برای اثر گذاردن بر تخصیص منابع بیشتر تقلا می‌کنند وضعیت آن‌ها خراب تر می‌شود. این محیط، پُراشوب، پیچیده، نامطمئن، در تغییر سریع و خارج از درک و کنترل است. آنچه در زامبیا به داد کشور رسید تغییر باور رهبران در باره ضرورت بکارگیری استراتژی‌های اصلاح برای برخورد با محیط متلاطم سیاسی بود.
- موسسه‌های بین‌المللی امروزه سه چیز را معرف کیفیت سیاست‌های بهداشتی می‌دانند: ترویج محیط‌هایی که خانواده را به ارتقای سلامت توانا سازد، افزایش آنچه دولت صرف سلامت می‌کند، و افزودن به تنوع موسسه‌های عرضه کننده خدمات بهداشت و درمان و ایجاد رقابت در میان آن‌ها. به تدریج ملاک سازمان‌های بین‌المللی کمک Donors، از کمک به پروژه‌ها یا برنامه‌ها به سوی تقویت سیاست‌های کلان گرایش می‌یابد. یونیسف در سال ۱۹۹۵ پیشنهاد می‌کرد که کشورها در اصلاح بخش سلامت تاکید را بر افزودن به خواست و عزم سیاسی، پی ریزی اقدام‌های چند بخشی، و بسیج مردم برای توجه به سلامت کودکان و مادران قرار دهند. در سوئد، عمده‌ترین اصلاحات دهه ۱۹۹۰ بر تغییرات ساختاری تکیه داشت تا شوراهای بهداشتی استان تامین کننده خدمات قرار گیرند. اصلاحات جدید سوئد بر انتخاب بیمار، تفکیک عرضه کننده و خریدار، پرداخت بر مبنای کارکرد عرضه کننده و افزایش رقابت در میان عرضه کنندگان تاکید دارد.

۳) اصلاح بخش سلامت با چه تناقض‌هایی رو به روست؟

- اصلاح بخش سلامت، در دهه گذشته موضوع مورد علاقه همه جهان بوده و بویژه کشورهای در حال توسعه همواره تحت فشار بوده‌اند که نظام بهداشتی خود را تغییر دهند و اصلاح کنند. با وجود این کمتر توجه شده است که اصلاح بخش سلامت، در کشورهای در حال توسعه، با چند تناقض ذاتی رو به روست:
- همواره از بخش دولتی عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه انتقاد می‌شود که کارایی و کفایت ندارند، خسته‌اند، انگیزه تفکر و کار ندارند، مطالعه نمی‌کنند، یاد نمی‌گیرند و . . . ولی همین بخش با همه این خصوصیات است که باید به اصلاح خود دست بزند! بسیاری از برنامه‌های اصلاحی نیازمند توان‌ها و مهارت‌های درخور برای تحلیل سیاست‌ها، تحقیق، مطلوبیت مدیریت، کارا ساختن اطلاعات و پشتیبانی‌های کارساز است که نظام‌های مشمول انتقاد از آن بی بهره‌اند.
 - درست است که اصلاح بخش سلامت، ظرفیت سازی در زمینه‌های فنی، مدیریتی و تدابیر استراتژیک را

از هدف‌های جذاب خود اعلام می‌کند ولی نظام‌های کنونی کشورهای در حال توسعه چگونه باید از پس آن برآیند؟

- یکی از هدف‌های متداول اصلاحات در بخش بهداشت، کوچک کردن واحدهای دولتی است که لاجرم با حجم نسبتاً زیاد جا به جایی‌های کارمندان و خاتمه دادن به خدمت شماری از آنان همراه است. ناامنی شغلی ناشی از اصلاحات، دربر گیرنده یکی دیگر از تناقض‌های ذاتی اصلاح است که به دست گروهی از کارکنان برای جمعی دیگر پدید می‌آید.
- **تمرکززدایی**، یکی از ضرورت‌های اصلاح بخش سلامت است. ولی غالباً فراموش می‌شود که غیر متمرکز ساختن قدرت و اختیار مدیریت، ناگزیر باید همپای تمرکز توان نظارت، کسب اطلاع و تبدیل حاصل این دو به استراتژی‌ها و هدف‌های نو پیش رود. بی توجهی به این تناقض، در عمل، فاجعه بار می‌شود.

۴) محتوای اصلاح بخش سلامت

برخی معتقدند در جریان اصلاح بخش سلامت تکیه افراطی بر محتوا، خطا است زیرا سبب غفلت از فرایندهای اجرا و نادیده گرفتن تغییرهایی می‌شود که باید در سازمان و نحوه اداره آن پدید آورد. چنانکه تکیه بیش از حد بر جنبه‌های اقتصادی، جای هدف و وسیله را در اصلاحات، عوض می‌کند و آنگاه گرفتن پول از مراجعان، به تدریج خود یک هدف می‌شود و هدف اصلی که استفاده از این منابع برای گسترش خدمات بود از یاد می‌رود. یا در شرایطی که یکی از هدف‌های عمده اصلاح، عدالت اعلام می‌شود ممکن است دریافت پول از مراجعان سبب محروم ماندن قشرهای فقیر و بسط بی عدالتی شود.

در کشورهای صنعتی شده، محتوای اصلاح نظام بهداشتی مقابله با رشد بی رمق اقتصادی، سالمندی جمعیت، توقع روزافزون مردم، و افزایش هزینه تکنولوژی‌های پزشکی، در شرایطی است که معمولاً پوشش خدمات، همگانی؛ دسترسی مردم، کامل و کیفیت خدمات، مطلوب است. در کشورهای در حال توسعه، اصلاحات بخش بهداشت باید گذشته از برقراری عدالت و افزون به کارایی و اثربخشی خدمات، تغییر در روش‌های تامین مالی و تمرکززدایی را، به عنوان شاخص‌ترین تغییر در ساختار و عملکرد مدیریت، مضمون کار خویش قرار دهد.

الف) تغییر در وضعیت تامین مالی (Financing)

در تامین مالی برای حفظ یا ارتقای سلامت، دو جزء عمده وجود دارد: ایجاد یا وصول درآمد؛ و تخصیص منابع. در اصلاح بخش سلامت، بویژه در کشورهای در حال توسعه پرداختن به هر دو جزء ضرورت دارد. در بیشتر کشورهای در حال توسعه، که نرخ تورم، فزاینده و شدید است و قدرت خرید هر واحد از پول رو به کاهش دارد حتی اگر قدر مطلق اعتبارات بخش بهداشت در طول زمان افزایش یابد ممکن است در عمل منابع مالی موثرتری را در اختیار بخش قرار ندهد. به عنوان مثال در جمهوری اسلامی ایران نسبت میان بودجه عمومی مصوب و بودجه فصل بهداشت و درمان در سال‌های ۱۳۵۷، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۷ به شرح جدول شماره ۱ بوده است.

جدول ۱ - تغییرات بودجه عمومی و بودجه فصل بهداشت و درمان کشور در سال‌های ۱۳۵۷، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۷ (بر حسب میلیارد ریال)

سال	بودجه	۱۳۵۷	۱۳۶۷	۱۳۷۷
	بودجه عمومی مصوب	۲۹۳۴/۹	۴۳۹۴/۸	۹۵۰۲۰
	بودجه فصل بهداشت و درمان	۱۰۰/۶	۴۸۱/۶	۵۷۶۸/۵

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در دهه اول انقلاب اسلامی، بودجه عمومی به تقریب ۱/۵ برابر و بودجه فصل بهداشت و درمان ۴/۸ برابر شده است. در همین دوره ضریب جینی (عددی است میان صفر و یک، هرچه به صفر نزدیکتر باشد نشانه توزیع عادلانه تر ثروت در میان طبقات مختلف جامعه است و هرچه به ۱ نزدیکتر شود معرف نابرابری بیشتر در توزیع درآمد خواهد بود) نیز از حدود ۰/۴۷۵۲ به ۰/۳۹۹۶ رسیده که معرف عدالت بیشتر در توزیع منابع است. در دهه دوم، (۱۳۶۷ تا ۱۳۷۷) بودجه عمومی دولت ۲۲ برابر و اعتبارات فصل بهداشت، ۱۲ برابر شده است. در همین فاصله، کاهش ضریب جینی، آهنگی کند تر یافته و حتی در سال‌های ۷۵-۱۳۷۳ (۰/۳۹۹۲) بیشتر از رقم سال‌های ۷۲-۱۳۶۸ (۰/۳۹۸۱) بوده است.

وقتی یکی از درون‌داده‌های اصلی نظام بهداشتی تا به این حد دچار اختلال باشد با بهترین ساختار نیز ممکن است تلاش مسئولان اجرایی به جایی نرسد. این نکته، اهمیت نگرش و عملکرد مقام‌های تصمیم‌گیر و اثر رفتارهای قدرت طلبانه و یکسو در پرداختن به سلامت جامعه را می‌نمایاند. این نیز درست است که با بیشترین منابع مالی اگر ساختار درون بخش برای توزیع منطقی اعتبارات و هزینه کردن بهنجار آن‌ها سازمان نیافته باشد الزاما در خدمت هدف‌های عدالت طلبانه و برحق نخواهد بود.

با تغییر الگوی بیماری‌ها [از بیماری‌های واگیردار و حاد به ناراحتی‌های غیر واگیردار و مزمن] بازگشت سرمایه اجتماعی در بخش بهداشت کمتر می‌شود و تجدید نظر در تامین مالی حساسیت و اهمیت بیشتر می‌یابد. به عبارت دیگر، بهبود وضعیت بهداشتی، نیاز به اعتبارات را نه فقط کم نمی‌کند بلکه افزایش می‌دهد کشور ما امروز در چنین وضعیتی قرار دارد.

یکی از جنبه‌های اصلاح تامین مالی، تنوع بخشیدن به راه‌های کسب درآمد، از راه معمول کردن سهم استفاده کنندگان از خدمات، تشویق مردم به سرمایه گذاری در خدمات بهداشت و درمان، و برقراری نظام‌های بیمه اجتماعی و خصوصی است.

در سال‌های اخیر، کشورهای در حال توسعه تشویق شده‌اند که از اعتبارات دولت برای تامین سلامت بکاهند و در عوض به آنچه استفاده کنندگان از خدمات می‌پردازند تکیه کنند. برای دولت‌ها همواره تعیین و اعلام سهمی که باید مصرف کنندگان خدمات بپردازند یا افزودن به بهای خدمات آسانتر از بازنگری در توزیع منابع بوده است. زیرا بازنگری در تخصیص منابع، گذشته از نیاز به کارشناسی و مهارت، در افتادن با مراجع قدرت و صاحبان نفوذ را نیز ایجاب می‌کند.

از آنجا که در بسیاری از کشورها یارانه‌های دولتی توزیع مطلوب و عادلانه ندارد، تعرفه‌های خدمات قدیمی و فاقد جاذبه است، خدمات دولتی کارایی ندارد، توزیع غیرعادلانه عملاً دست مناطق محروم را کوتاه نگاه می‌دارد و هر کس با نوعی پرداخت خاص کوشش می‌کند، خدمات بهتری دریافت کند. در عمل، بازیافت هزینه (Cost Recovery) زمینه مساعد دارد و پیش از آنکه به طور رسمی اعلام شود، عملاً شروع شده است! هدف آنست که از این راه کمک‌های فوری به هزینه‌های جاری خدمات دولت (سوی آنچه صرف حقوق و مزایا می‌شود) تزریق گردد.

تجربه نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه، باز یافت هزینه، سیاستی موفق نبوده است: میزان بازیافت اندک است، گاه هزینه‌های اداری جمع آوری وجوه از آنچه بدست می‌آید زیادتر است، معافیت‌های حق و ناحق کم نیست، نشت وجوه جمع آوری شده بسیار است و... چندان که در مجموع نه چیزی عمده بر منابع دولت می‌افزاید و نه به عدالت بیشتر یا کارایی خدمات منجر می‌شود. *در کشورهای توسعه یافته، بهبود عملکرد بخش بهداشت حاصل تغییر رفتار عرضه کنندگان خدمات بوده است نه پرداخت‌های استفاده کنندگان از خدمات.*

وقتی ایجاد یا وصول درآمد وضعیتی معقول یابد، آنگاه تخصیص درست و عادلانه منابع در گرو ساختار بهنجار و سیاست‌های حاکم بر بخش بهداشت خواهد بود. لازمه این کار شناخت نیاز، و تخصیص منابع بر پایه اولویت‌ها، دور از مناقشات و فشارهای سیاسی است.

ب) تمرکززدایی

طرفداران مدیریت نوین دولتی و همه آنان که برای حکومت‌های دموکراتیک محلی ارزش قائلند تمرکززدایی را ابزار توانمندسازی مدیران محلی می‌دانند. فکر تمرکززدایی، پرجاذبه است. تمرکززدایی از جمله موضوعاتی است که حتی صاحبان آرای بسیار متفاوت در باره آن به اتفاق نظر می‌رسند.

تمرکززدایی سه جنبه عمده دارد: **(الف) - کاستن از تراکم وظایف در سطح مرکزی؛ (ب) واگذاری وظایف از سطوح کلی نگر بخش مرکزی دولت به گروه‌های تخصصی تر و خودگردان مانند موسسات تخصصی و واحدهای استانی؛ و (ج) انتقال وظایف از قسمت مرکزی به سطوح استانی و شهرستانی یا شهرداری‌ها.** با نشر نظریه‌های مربوط به مدیریت نوین دولتی. رده چهارمی نیز به این سه اضافه می‌شود و آن انتقال وظایف از دولت به غیر دولت، مانند بخش خصوصی یا سازمان‌های غیر دولتی است. بنابراین اگر حکومت مرکزی به شوراهای منتخب محلی اختیار نظارت کردن دهد؛ یا اگر وزارتخانه‌ای فعالیت‌های خدماتی خود را با قرارداد به شرکتی خصوصی واگذارد؛ یا مسئولی در استان موافقت کند که مثلاً بیمارستان شهرستان درصدی از بودجه سالانه خود را بدون موافقت وی در میان سرفصل‌های اصلی بودجه جا به جا کند جملگی از مصادیق تمرکززدایی خواهد بود. درست است که همگان در باره مزایای تمرکززدایی سخن می‌گویند ولی در این زمینه باید به چند نکته توجه داشت:

- تمرکزگرایی مفرط در طول سالیان، این فرض را توجیه پذیر ساخته است که تمرکززدایی در ذات خود پدیده‌ای نیکوست. شاهدهی در دست نیست که اعتبار کلی این فرض را نشان دهد. ممکن است در

شرایطی معتبر باشد. در مواردی، دولت‌های مرکزی، خود از نظر متخصصان قابل، کمبود دارند. در چنین شرایطی، تمرکز بخشیدن به مهارت‌ها در سطح مرکزی قطعاً بهتر است تا محدود افراد قابل در سطح مرکزی به کار تربیت متخصصان توانا گمارده شوند.

- جاذبه تمرکززدایی گاه سبب می‌شود اختیارات و وظایف، بدون زمینه پردازی و ظرفیت سازی و به طور صوری به نقاطی واگذار شود که بسیاری از افراد آن نمی‌دانند نظام چیست و چه باید بکنند. یکی از وزرای پیشین بهداشت در کشورمان می‌گفت: "بعضی از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، مُصرّانه از من می‌خواهند به جای واگذاری کار دشوار تصمیم‌گیری به استان‌ها و به روسای دانشگاه‌ها، خود تصمیم بگیرم و فقط نتیجه تصمیم را برای اجرا به آن‌ها ابلاغ کنم!"

- در بخشی از کشورهای آمریکای لاتین و بسیار بیشتر از آن در روسیه و چین به سبب بحران‌های مالی و آشوب‌های سیاسی، بخش عمده از اختیارات مالی و قدرت‌های بالفعل از مرکز به سطوح استانی و پایین‌تر از آن واگذار شده است ولی تا آنجا که به دولت مربوط می‌شود تمرکززدایی، داوطلبانه نیست. در نتیجه اختیارات تفویض شده ممکن است بسیار شکننده باشد و عمری کوتاه بیابد. مثلاً مسئول بهداشت استان به مدیر بیمارستان اجازه می‌دهد درصدی از بودجه سالانه خود را بدون موافقت کتبی وی میان سرفصل‌های بودجه جابه‌جا کند این کار با سر و صدای بسیار به عنوان "تمرکززدایی" اعلام می‌شود. سال بعد، مسئول اختیار دهنده به بهانه استفاده سوء از این اجازه آن را قطع می‌کند و اوضاع به حال اول باز می‌گردد و این بار احدی پیدا نمی‌شود که مبنای مزایای این تمرکز را اعلام دارد.

- وقتی اعتبارات بخش بهداشت محدود و سهم سازمان‌های محلی اندک است، سیاستیون محلی با قدرتی بیشتر از همتایان مرکزی خویش عمل می‌کنند و مثلاً بسیار امکان دارد که منابع مالی را بیش از فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری به سوی خدمات درمانی، سوق دهند. یا بودجه‌ها به دلخواه مدیران، صرف توسعه عرض و طول دستگاه‌های اداری شود. این واقعیت اهمیت نظارت قانونمند و جدی از جانب مرکز را به نسبت گسترش تمرکززدایی، نشان می‌دهد.

- پیش‌نویس اولیه برنامه اصلاحات در زامبیا به شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها این اختیار را داده بود که خود در باره تعرفه‌ها، هزینه‌ها و استخدام کارکنان تصمیم بگیرند. در عمل چنین شد که شهرستان‌های دارای جمعیت ثروتمند و بیمارستان‌های سطح سوم که بیشترین درآمد را داشتند توانستند کارکنان بیشتر و بهتری جذب کنند. به این ترتیب تمرکززدایی به نابرابری‌هایی که قرار بود به رفع آن‌ها بکوشد عمق و وسعت بخشید. پا به پای گسترش تمرکززدایی، بکارگیری تدابیری موثر برای تخصیص عادلانه منابع اهمیت دارد.

باید پذیرفت که تعهد به تمرکززدایی و قرار دادن شهرستان به عنوان اساس مدیریت که در آن برنامه ریزی و اجرا مسیر از پایین به بالا دارد چند نیاز جدید را پدید می‌آورد.

(۱) نیاز به ظرفیت سازی برای غلبه بر تنگناهای نیروی انسانی (فنی، مدیریتی، و پشتیبانی) در اجرای اصلاحات

- ۲) نیاز به عرضه خدمات ادغام یافته برای آنکه پاسخ گفتن به مسائل بهداشتی به صرفه‌تر باشد و بتوان چند نیاز را در مراجعهای واحد پاسخ گفت و یا یک نفر را برای پاسخگویی به چند نیاز به کار گرفت.
- ۳) نیاز به منظور داشتن مشارکت مردم و توجه به نقش و توان بخش خصوصی
- ۴) ضرورت تهیه بسته‌ای (Package) اثربخش خدمات که کشور از عهده ارائه آن‌ها برآید.
- با واگذاری مسئولیت‌ها، وزارت بهداشت در سطح مرکزی بسیار کوچکتر می‌شود و امکان آن می‌یابد که نمایندگان مطلع خود را به واحدهای اجرایی استان و شهرستان اعزام دارد، نظارت کند و بر مبنای اطلاعاتی که از سطوح اجرایی دریافت می‌کند اولویت‌ها را تشخیص دهد و به مقتضای آن سیاستگذاری کند.

ج) تغییر در عملکرد وزارت بهداشت

تغییر وزارت بهداشت بخشی از اصلاحات در کل دولت است. در باره شکل مدیریت سازمان‌های دولتی چهار نظر گاه عمده وجود دارد:

بوروکراسی سنتی : در این دیدگاه تاکید اساسی بر شرح شغل، زنجیره سلسله مراتبی دستورات و مسئولیت پذیری در برابر انجام دادن (یا انجام ندادن) وظیفه است.

الگوی سازمان ژاپنی : در این نگرش نوعی کسب هویت از سازمان و احساس غرور نسبت به آن مهمترین انگیزه کار قرار می‌گیرد. این نظریه با حد اکثر انعطاف پذیری در اشتغال و حد اقل سلسله مراتب آمیخته است. قراردادهای درازمدت یا مادام‌العمر استخدام، شایسته‌گزینی در سنین جوانی و تعهد آموزش ضمن خدمت از ویژگی‌های این نظرگاه است.

دانش حرفه‌ای : به نظر پیروان این نگرش آدمی زمانی می‌تواند خوب کار کند که در حرفه‌ای آموزش کافی بیابد. به چنین کسانی است که می‌توان در تشخیص درست و استفاده از شم و شعور، اعتماد کرد.

مدیریت نوین دولتی : با اینکه مدیریت نوین دولتی جهانی شده است هنوز این جنبش بنیانگذار شناخته شده ندارد، متن مشخصی برای آن نوشته نشده است، نامی واحد ندارد و گاه با عنوان تئوری "ارزش در برابر پول" "مدرنیزاسیون دولت" یا "مدیریت هدفدار" از آن نام می‌برند. مدیریت نوین دولتی را می‌توان در سه جزء اصلی خلاصه کرد:

(الف) جدا ساختن وظیفه حکومت در باره "سیاستگذاری و تامین مالی" از "عرضه خدمات" به نوعی که واحدهای مرکزی وزارتخانه کارهای سیاستگذاری و تامین مالی را دنبال کنند و عرضه خدمات، تا آنجا که ممکن است در قالب قرار دادهایی که خود به صورت رقابتی شکل می‌گیرد، به شهرستان‌ها محول شود. واحدهای اجرایی ممکن است دولتی، خصوصی، یا غیر دولتی باشند.

(ب) جزء دوم، فراهم ساختن انگیزه‌های کار برای کارکنان در وجه فردی یا گروه‌های کوچک است : کارکنان تا آنجا که ممکن است بر مبنای کار و عملکردشان استخدام یا اخراج می‌شوند و حقوق می‌گیرند و ارتقا می‌یابند و کارشان به طور منظم توسط مدیران بلافصل آنان ارزیابی می‌شود. مدیریت نوین دولتی با امنیت شغلی، ارتقا و افزایش دستمزد بر حسب سال‌های تجربه، ارشدیت، یا سال‌های خدمت میانه‌ای ندارد. پاداش یا ارتقاء بر

پایه ارزیابی‌های درازمدت طرز کار و برخی استانداردها و شرایط خدمت صورت می‌گیرد. (ج) سومین جزء تاکید بر سنجش یا اندازه‌گیری برای تعیین هدف‌های سیاست دولت، تخصیص منابع، و ارزیابی عملکرد افراد و موسسات است.

قضاوت در باره اینکه تا به امروز مدیریت نوین دولتی چقدر توانسته است اصلاح نظام دولتی در کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار دهد آسان نیست. زیرا در عمل مدیریت نوین دولتی بسته‌ای آماده نیست. هر کس می‌تواند به هر تعداد از اجزای آن را انتخاب کند. بسیاری از سیاستگذاران که در متناسب بودن کل مدیریت نوین دولتی تردید می‌کنند بعضی از اجزای آن را بسیار مفید و جالب یافته‌اند. می‌توان انتظار داشت که شمار تجارب مفید استفاده از مدیریت نوین دولتی افزایش یابد.

(د) - همکاری و رقابت

همکاری با بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی و تشویق رقابت در همه زمینه‌ها از عرضه‌کنندگان خدمات بالینی تا کسانی که به رفع نیازهای پشتیبانی کمک می‌کنند از هدف‌های اصلاح بخش سلامت است. مقصد باید افزایش کارایی فنی و پاسخگو بودن در برابر مردم باشد.

۴) محصول اصلاح چه خواهد بود؟

بنا به تعریف، اصلاح بخش سلامت باید کارایی خدمات را افزایش دهد، دسترسی مردم را به خدمات بیشتر کند و هزینه - اثر بخشی برنامه‌های سلامت را ارتقاء دهد. در نگرش سیستمی، کارایی نشان دهنده رابطه میان درون‌داد (Input) و برون‌داد (Output) است. افزودن به کارایی به معنای برگرفتن برون‌داد بیشتر با درون‌داد ثابت یا همان اندازه برون‌داد در شرایط کاهش درون‌داد است. معمولاً برای کارایی سه وجه مشخص ذکر می‌شود.

کارایی فنی - به این معناست که برای تولید محصولی معین، حداقل منابع بکار رود و یا اینکه مقدار ثابت و معین منابع، محصول بیشتری فراهم آورد. در شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان، از آغاز بر مبنای محاسبه‌های منطقی و ریاضی، جمعیت مطلوب (اوپتیموم) برای قرار گرفتن در پوشش عملیاتی هر بهورز یا هر خانه بهداشت نزدیک به ۱۵۰۰ نفر برآورد شده بود. اگر ملاحظات سیاسی یا موجبات اضطراری موجب می‌شد که خانه بهداشت فقط مثلاً ۶۰۰ نفر را در پوشش خود گیرد در عمل تن دادن به کاهش کارایی فنی و افزوده شدن بهای واحد خدمات می‌بود. به همین دلیل نیز به شدت از آن پرهیز می‌شد. از نمونه‌های ناکارایی فنی در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور تسهیلات زایمانی است که از ابتدا نیز در طراحی نظام، نامی از آن نبود و بعدها به ملاحظاتی به آن اضافه شد. در جامعه‌ای با میزان تولد ۲۰ یا ۳۰ در هزار، پیش بینی کردن تسهیلات زایمانی برای پاسخگویی به جمعیت ۲۰ یا حتی ۴۰ هزار نفری به معنای آنست که صرف نظر از سرمایه گذاری برای احداث فضاهای مورد نیاز، در طول سال، سه ماما، یک خدمتگزار و یک راننده، مامور پاسخگویی به نیازی باشند که در یک زایمان و حد اکثر سه زایمان در ۲۴ ساعت خلاصه می‌شود. جمع تصمیم گیران آن روز، مجریان را با چشم پوشیدن از راه‌های جایگزین به سمتی کشاندند که معارض کارایی فنی بود.

اثر بخشی هزینه - به این معنی است که هزینه هر جزء از برونداد به حداقل ممکن برسد. در شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان همواره کوشش بر این بوده است که از تکرار عین خدمتی در دو سطح متفاوت احتراز شود. اگر قرار است بهورز در خانه بهداشت به تزریق واکسن دست زند. ناگزیر در سطح بالاتر از آن (مرکز بهداشتی درمانی روستایی) جایی برای ایمن سازی (توسط پزشک یا کاردان) نخواهد بود. خانه‌های بهداشت ضمیمه در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی با همین منطق پدید آمده‌اند. اگر جز این بود آنگاه اثر بخشی هزینه ایمن سازی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کاهش می‌یافت.

کارایی تخصیصی - به این معناست که درون‌دادها به مقداری که مردم را بیشتر راضی کند و در کاری که مردم برای آن‌ها ارزش بیشتر قایلند بکار افتد. به عنوان مثال ممکن است مادران مراجعه کننده به مرکزی که کارایی فنی و اثر بخشی هزینه‌های آن در درجات بالا قرار دارد و از آموزش و راهنمایی مادران در باره پایش رشد کودکان دریغ نمی‌ورزد توقع داشته باشند که علاوه بر این آموزش‌ها، در باره سوء تغذیه کودکان به مشاوره‌های پیچیده تر فنی دست زند یا برای نمایش شیوه‌های پخت غذا و تغذیه کودک کارگاه‌هایی دایر کند. اگر مرکز به هر دلیل نتواند یا نخواهد به این نیاز پاسخ دهد کارایی تخصیصی آن تقلیل خواهد یافت.

در اصلاح بخش سلامت کشورمان باید صور گوناگون کارایی، تصمیم گیری‌ها و برنامه‌های همه ابعاد نظام بهداشتی را در بر گیرد و ادامه یابد.

در طراحی شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان ملاک دسترسی مردم در شهر و روستا متفاوت بود. در روستاها ضابطه حد اکثر یک ساعت پیاده روی تعیین کننده حد اکثر فاصله‌ای میان خانه بهداشت در روستاهای قمر بود. در شهرها، با رعایت تراکم جمعیت‌های شهری، حتی در شهرهای با کمترین تراکم نیز دسترسی جمعیت ۱۰۰۰۰ نفری به خدمات بهداشتی و درمان سرپایی عمومی سهل و سریع بود. بعدها، با ایجاد پایگاه‌های بهداشت میزان این دسترسی افزایش یافت.

هزینه - اثربخشی معیاری است که باید در جریان گسترش شبکه‌ها و ادغام برنامه‌ها تحقق می‌یافت ولی هرگز مشمول پژوهشی کنجکاوانه قرار نگرفت. در گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی، هزینه - اثربخشی، معیار اصلی انتخاب مداخله‌هایی که باید هزینه آن‌ها را دولت بپردازد تلقی شده است. خدماتی که بخش خصوصی در آن سودی نمی‌یابد باید قطعاً توسط دولت سرمایه گذاری شود. ولی حتی در انتخاب این گونه خدمات و سرمایه‌گذاری‌ها نیز باید ملاک، هزینه - اثربخشی باشد. یعنی هدف باید به حد اکثر رساندن منافع هر مداخله قرار گیرد. در این حال، اگر منفعت بهداشتی را ارزش تلقی کنیم ارزش پول، معادل هزینه - اثر بخشی خواهد بود.

مساله اینست که هزینه، عینی؛ و اثربخشی، ذهنی است. به این معنی که مرگ، ناتوانی، بیماری، DALY و QALY، عینی، و نرخ تنزیل، ارزش نسبی هر سال از زندگی، امید زندگی، و ناتوانی نسبی همراه با هر بیماری غیر کشنده، ذهنی است. یعنی هر محاسبه کننده می‌تواند با تلقی خاص خود به نوعی محاسبه کند و هزینه - اثر بخشی دیگری به دست دهد.

یکی دیگر از محصولاتی که از اصلاح بخش سلامت انتظار می‌رود ظرفیت سازی است. علت شکست بسیاری از طرح‌های توسعه را امروز توجه نکردن کافی به ایجاد ظرفیت در نیروی انسانی می‌دانند. سرمایه خود به

خود به تولید و بهره‌وری نمی‌رسد مگر آنکه توان انسانی و سازمانی موجبات این کار را فراهم آورد.

۵) پیش‌نیاز اصلاح نظام بهداشتی

وجود نابسامانی‌ها، لزوماً به این معنا نیست که شدت نیاز، اوضاع را به نفع اصلاح تغییر خواهد داد. اصلاح نظام بهداشتی به پیش‌نیازهایی احتیاج دارد:

۱) حمایت سیاسی

رهبری سیاسی برای تکوین اقدام‌های عملی اصلاح ضرورت دارد. ولی رهبری‌های سیاسی در بسیاری از کشورهای در حال رشد، شکننده و کم‌دوام است و پیوند یافتن جریان اصلاح به فرد یا گروهی خاص ممکن است به زیان آن تمام شود. لازمه این کار تحلیل درست وضعیت، شناخت گروه‌های ذی‌نفع و مخالف اصلاحات و استراتژی‌های روشن برای برخورد با هر یک از این طرف‌هاست تا جریان اصلاح ضمن برخورداری از رهبری سیاسی، به استحکام ممکن دست یابد. تجربه‌های اخیر در اروپا و آمریکای شمالی جای تردید باقی نمی‌گذارد که اصلاح نظام بهداشتی فرایندی به شدت سیاسی و پرمجاده است. این نکته در کشورهای کمتر توسعه یافته که علاوه بر طیف وسیع افراد موثر محلی، سازمان‌های بین‌المللی کمک نیز دخالت می‌کنند، پیچیده‌تر می‌شود. سیاسی بودن فرایند اصلاحات به این معناست که ممکن است یک سر آن ناکامی باشد. از این رو نیازمند شجاعت و آمادگی است. اقدام **این‌دیراگاندی** در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده، سبب هرج و مرج در جامعه و شکست او در انتخابات شد. قابل تأکید است که در صورت اجرای سریع و حساب‌نشده برنامه‌های تنظیم خانواده و سوق دادن جمعیت به سمت سیاست تک‌فرزندی و سقط‌های جنایی، زمینه برای رشد منفی و پیر شدن جمعیت، مهیا و زیان‌های جبران‌ناپذیری را به‌بار خواهد آورد. همانگونه که در کشور ایران نیز چنین شد و برای جبران آن قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را در سال ۱۴۰۰ ه. ش جهت اجرا ابلاغ نمودند.

۲) شناخت نظام بهداشتی

همه نظام‌های بهداشتی منابع و سازمان و مدیریت و برنامه دارند و از این نظر به هم شبیه‌اند. آنچه میان نظام‌ها تفاوت ایجاد می‌کند طبیعت ارتباط میان واحدها و سازمان‌های گوناگون نظام است. در کنار همه نظام‌های بهداشتی، حکومتی وجود دارد. ولی رابطه این حکومت با سلامت مردم چگونه است؟ تامین مالی همه خدمات با دولت است؟ رابطه عرضه‌کننده و خریدار بر آن حاکم است؟ خریداران سازمانی کدام واحدهایند؟ سطح ملی یا شهرستان؟ قرار داد می‌بندند؟ این مناسبات قانونمند است؟ عرضه‌کنندگان چه کسانی هستند؟ فقط دولتی‌ها، غیردولتی‌ها و بخش خصوصی نیز در کارند؟ غلبه با کدام وجه از خدمات است؟ بیمارستانی یا سرپایی؟ رابطه میان تولیدکنندگان نیروی انسانی: (موسسات آموزشی) و جذب‌کنندگان آن‌ها چگونه است؟ تحقیقات چه وضعیتی دارد؟ رابطه با دیگر سازمان‌های موثر بر سلامت چگونه است؟ مردم چگونه در کار سلامت دخالت داده می‌شوند؟ و بسیاری از این پرسش‌ها.

۳) وضعیت تامین مالی در نظام بهداشتی

این امر، در تعیین استراتژی‌های اصلاح تاثیر عمده دارد: اینکه مردم چگونه و با چه ساز و کارهایی در هزینه‌های تامین سلامت شراکت می‌ورزند، وضعیت بیمه‌های اجباری یا خصوصی چگونه است؟ در کشورهایی که

بخش عمده از منابع مالی، به کمک‌های خارجی تکیه دارد دشواری بسیار بیشتر است. سازمان‌های اعطا کننده کمک، چندان علاقه‌ای به حل مشکلات سیستمیک ندارند و کمک به این یا آن برنامه خاص را ترجیح می‌دهند.

۴) گردآوری اطلاعات کافی

اطلاعات جامع برای تحلیل وضعیت و انتخاب استراتژی‌های موثر ضرورت دارد. محاسبه شاخص‌هایی چون بار بیماری‌ها، و هزینه - فایده و هزینه - اثر بخشی مداخله‌های گوناگون امروز بسیار بیش از گذشته میسر شده است.

۵) شناخت خصوصیات سازمانی

اگر روزی انتخاب بهترین استراتژی‌ها میسر گردد اجرای آن‌ها قائم به وجود سازمانی پویا و منطقی خواهد بود.

زمانی که پیش نیازهای یادشده فراهم باشد اتفاق‌هایی ممکن است موتور محرک اصلاحات قرار گیرد و فرایند اصلاح را سرعت بخشد مانند :

- تحول‌های شگرف سیاسی و اقتصادی. این عامل بسیار بیشتر از تغییرات اپیدمیولوژیک یا دموگرافیک موثر قرار می‌گیرد. مثال بارز این عامل، تحول نظام‌های بهداشتی در کشورهای اعمار اتحاد جماهیر شوروی سابق پس از فروپاشی است.
- رهایی کشورها از جنگ‌های داخلی نظیر آنچه در موزامبیک و کامبوج روی داد. در کشورهایی که مسائل اقتصادی یا کشمکش‌های داخلی به سقوط دولت منجر نشود اصلاحات به انتظار فرا رسیدن شیوه نوین اداره کشور خواهد نشست. به عنوان مثال در زامبیا با وجود احساس فوریت و ضرورت اصلاحات در همه سال‌های دهه ۱۹۸۰، کار جدی تا انتخابات سال ۱۹۹۰ به تعویق افتاد. در عصر پس از آپارتاید، اکنون شرایط برای اصلاحات نظام بهداشتی در افریقای جنوبی فراهم می‌شود.

۶) چه باید کرد؟

حل مساله اصلاح نظام بهداشتی، همانند هر مساله دیگر در گرو گام‌های سنجیده و حساب شده است، یعنی:

بیان مساله: اینکه کدام جنبه‌ها یا ابعاد نیازمند اصلاح است.

تشخیص: اینکه در هر یک از چهار جنبه اساسی بخش بهداشت (تامین مالی، پرداخت، سازمان و مقررات) کدام عامل‌ها موجب پدید آمدن مشکل می‌شود و کدام یک از نیروهای اجتماعی، فرهنگی، تاریخی، یا سیاسی اهمیت بیشتر دارند.

تعیین گزینه‌ها: اینکه در چهار جنبه اساسی، به چه تغییراتی می‌توان دست زد و در این زمینه از تجربه‌های ملی و بین‌المللی چه می‌توان آموخت.

تصمیم‌گیری: بر مبنای واقعیت‌های موجود، نیروهای موافق یا مخالف، منابع و ظرفیت‌ها؛ اجرا و

ارزشیابی.

خلاصه

هدف غایی هر سازمان بهداشتی برآوردن نیاز مردم و جامعه است. چون نیازها در تحول دائم‌اند سازمان عرضه کننده خدمات نیز باید از انعطاف و توان سازگاری با نیازها برخوردار باشد. از این رو اصلاح نظام بهداشتی یا بخش بهداشت را باید فرایندی مستمر و دائمی دانست. اصلاح بخش سلامت دو محور عمده دارد: یکی تامین منابع مالی و کارا کردن هزینه‌ها و دیگری، اصلاح ساختار و روابط سازمانی که از آن بیش از همه به تمرکززدایی اراده می‌شود. اصلاح بخش سلامت، کاری دشوار و پیچیده است. پیچیدگی کار در کشورهای در حال توسعه که توان تحلیل سیاست‌ها اندک و دیگر منابع، محدود است بیشتر می‌شود. *لازمه توفیق در این راه عزم ملی و حمایت سیاسی است تا تحلیل سیاست‌ها و نیازها، اصلاح ساختار و بهبود مدیریت، منطقی کردن تامین مالی و توزیع منابع، گردآوری اطلاعات کافی و بهره‌گیری از تجربه‌ها میسر شود.*

پیشنهاد

- ۱ - دولت و مجلس شورای اسلامی موضع خود را در برابر جریان اصلاح نظام سلامت به وضوح مشخص کنند. به نوعی که اصلاح نظام سلامت تعهد حاکمیت باشد و در آن تکلیف و مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، سازمان‌های بیمه گر، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، و دیگر نهادهای مرتبط مشخص شود.
- ۲ - اگر بنا بر ادامه فعالیت اصلاحات باشد، واحدی کوچک، با جایگاه رسمی، صاحب اختیار در مشاوره و به کارگیری صاحب‌نظران و خبرگان، برخوردار از حمایت‌های قانونی و خاص، مأمور پرداختن به این کار شود.
- ۳ - برنامه‌ای روشن با هدف‌های مرحله‌ای و مقید به زمان طراحی و برای تامین منابع آماده شود. با آن چه تاکنون به نام اصلاح نظام سلامت به اجرا درآمده بخشی از لوازم این کار مهیا است. نتیجه مطالعه‌ای که به کمک بانک جهانی و با تحلیل داده‌های ثانوی (موجود) برای بررسی وضعیت کنونی نظام سلامت جریان دارد، در این باره یاری‌دهنده خواهد بود.
- ۴ - اصلاح نظام سلامت پروژه‌های درازمدت، در حد سه یا چهار برنامه پنج ساله و به عنوان پژوهش کاربردی تلقی شود، هر جزء در محدوده‌های جغرافیایی معین به اجرا درآید و نتایج پذیرفته شده به کل کشور تعمیم یابد. بسته به طبیعت موضوع پژوهش، می‌توان دانشگاه‌های متفاوت را عرصه پایلوت قرار داد تا حرکت اصلاحی به همه دانشگاه‌ها راه یابد و ظرفیت سازی به استان یا دانشگاهی خاص محدود نماند.
- ۵ - با فرض اینکه منابع مالی کشورمان از عهده این کار برآید، مناسبات دشوار و فرساینده بوروکراتیک بردبارترین‌ها را بی‌طاقت می‌کند. در چارچوب پژوهش کاربردی می‌بایست اصلاح نظام سلامت از تسهیلات کافی در به کارگیری افراد و مقررات مالی و معاملاتی خاص برخوردار باشد. تجربه کار با بانک جهانی نشان داد که پس از گذار از مرحله دشوار طراحی و به تصویب رساندن برنامه به ویژه در شرایطی که سازمانی معتبر مانند سازمان جهانی بهداشت کارگزار برنامه باشد مرحله اجرا با کمترین دشواری طی می‌شود.
- ۶ - آنچه تا به امروز در چارچوب اصلاح نظام سلامت با تلاش برای احداث «مصالح پای کار» جمعی کثیر به

دست آمده همانند بناست. خود، به هیچ روی بنا نیست. به حکم صیانت از منابع ملی، پیش از آن که زمان از دست برود به استفاده از این و رساندن آنها به جایی که باید، اقدام شود. برخی از «مصالح» این نتایج آماده به کارگیری است و بعضی دیگر نیازمند پیگیری پژوهش، تکمیل مدل و آزمودن آن در عمل است.

۷- اصلاحات ادامه یابد یا نیابد و در صورت ادامه یافتن، هر محتوایی بر آن سایه افکند، وزارت بهداشت دو حرکت هم سو را در دستور کار خویش قرار دهد:

الف - جستن و به کار بستن ساز و کارهای افزودن به کارایی هزینه‌ها و

ب - تلاش مؤثر برای افزودن به سهم بخش سلامت از محصول ناخالص داخلی. با این نوع هزینه کردن حتی دو برابر کردن GDP نیز سودی ندارد و با این سهم از GDP در بهترین شرایط نیز برآوردن توقع‌های روزافزون، محال است.

منابع

1. Tarimo, E. (1997) Is Primary Health Care the vehicle that will bring us Health for All in the 21st Century? Technical Seminar, Summary Issues. 12 March. WHO. Geneva.
2. WHO (1978) Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, 6-12 September 1978 WHO, Geneva.
3. Tarimo, E and E. G. Webster (1994). Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata revisited WHO, Geneva .
4. WHO (1988) From Alma-Ata to the Year 2000, Reflections at the Midpoint.
5. WHO (2000) Primary Health Care 21" Every body's Business" An International Meeting to Celebrate 20 Years After Alma-Ata. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998 .
- ۶ - شادپور کامل، (۱۳۸۵) اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی، مجله پژوهشی حکیم، دوره نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۵، صفحات ۱۸-۱.
- ۷ - وزارت بهداشت، معاونت پشتیبانی، دفتر تشکیلات و روش‌ها (۱۳۷۹) گزارش نهایی مطالعه ساختار و عملکرد مدیریت نظام بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ارائه الگوی مناسب.
8. Berman P. (1997) Health Sector Reform: Making Development Sustainable. Health Policy 32: 13-28.
9. Cassels, A. (1994) Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. WHO, Geneva.
10. Jamison D.T.et al. (1993) Disease Control Priorities in Developing countries. Oxford University Press for the world Bank.
11. Kalumba, K (1997). Towards an Equity-Oriented Policy of Decentralization in Health Systems Under Conditions of Turbulence: The Case of Zambia. Forum on Health Sector Reform Discussion

Paper No.6 WHO. Geneva. P. 11.

۱۲ - منبع شماره ۱۱، صفحه ۲.

13. Unicef (1995) The State of the World Children N.Y.Oxford University press.

۱۴ - دکتر جرمای هرلی و همکاران (۱۳۷۹) مقدمه‌ای بر مفاهیم و ابزارهای تحلیلی اصلاح بخش سلامت و تامین مالی پایدار. (۱۳۷۹). ترجمه اسفندیار معینی. تهران - دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران - چاپ اول.

۱۵ - واعظ مهدوی - دکتر محمدرضا (۱۳۷۸) - سخنرانی در گردهمایی روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور - تهران.

۱۶ - پیتر برمن (۱۳۷۸) - تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه یوسف شیرینی، مهدی شاهوردی و روشنک قطبی. ناشر قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران) چاپ اول - تبریز - صفحه ۱۹.

17. Creese A. and Kutzin J. (1995). Lessons from Cost - Recovery in Health. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 2. WHO, Geneva.

18. Moore M. (1996) Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 7 WHO, Geneva P. 4.

۱۹ - همان، صفحات ۱۲ تا ۱۴.

۲۰ - منبع شماره ۱، صفحه ۱۵.

۲۱ - منبع شماره ۱۶، صفحه ۱۳۰.

22. Evans J., Hall K., and warford. (1981) Shattuck Lecture - Health Care in the Developing World : Problems of Scarcity and Choice. New Engl. J Med vol. 305 (19) 1117-27

۲۳ - منبع شماره ۱۶، صفحه ۶۶.

24. Frenk, J. (1994) Dimensions of Health Sector Reform. Health Policy, 27, 119-34.

(۲۵) منبع شماره ۹، صفحه ۳.

۲۶ - مارک. ج. رابرتز و همکاران (۱۳۸۰). رویکردهای تشخیصی برای ارزیابی توانایی‌ها، ضعف‌ها و تغییر سیستم‌های بهداشتی. ترجمه: اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات تندیس. چاپ اول - تهران.

۲۷ - شادپور، کامل (۱۳۷۲) شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران ... معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. یونیسیف. چاپ اول. تهران.

برای مطالعه بیشتر

۱ - پیتر برمن (۱۳۷۸) تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه. پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: یوسف شیرینی، مهدی شاهوردی، روشنک قطبی. ناشر: قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران) + چاپ اول - تبریز.

۲ - دکتر جرمای هرلی و همکاران (۱۳۷۹) مقدمه‌ای بر مفاهیم و ابزارهای تحلیلی اصلاح بخش سلامت و تامین مالی پایدار ترجمه: اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات ترمه. چاپ اول - تهران.

۳ - مارک. ج. رابرتز و همکاران (۱۳۸۰) رویکردهای تشخیصی برای ارزیابی توانایی‌ها، ضعف‌ها و تغییر سیستم‌های

- بهداشتی. ترجمه اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات تندیس چاپ اول. تهران.
- ۴ - اندروکسلز (۱۹۹۷). اصلاح بخش سلامت: موضوعات کلیدی در کشورهای کمتر توسعه یافته ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۵ - اندرو کسلز و جوزف کوتزین (۱۹۹۵). درس‌هایی از بازیافت هزینه در بهداشت، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۶ - اندروکسلز (۱۹۹۷). توسعه نظام‌های بهداشتی و کمک‌های خارجی: تحلیل عملکرد کنونی، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۷ - ریچارد سالتمن (۱۹۹۵). بکارگیری منطق بازار در نظام‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه: کاوشی مقدماتی، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۸ - پال، ساموئل (۱۹۹۷). ظرفیت سازی برای اصلاح بخش سلامت. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۹ - کتیل کالومبا (۱۹۹۷). به سوی سیاست عدالت طلب تمرکززدایی در نظام‌های بهداشتی در شرایط پرآشوب: مورد زامبیا. ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۰ - میک مور (۱۹۹۶). اصلاح بخش دولتی: کوچکتر کردن حجم، تجدید ساختار و بهبود عملکرد. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۱ - انارفی آساموا باه و پال اسمیتسون (۱۹۹۹). رابطه اعطاکندگان کمک و وزارت بهداشت: شراکتی نو در غنا. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.

12. **Health Sector Reform, Service Delivery, Uganda, Journal Articles.** Determinants of Access to Healthcare by Older Persons in Uganda: A Cross-Sectional Study. Available from: <http://www.hrresourcecenter.org/taxonomy/term/277> [2019 March 31].

با توجه به فقدان استاد فقید، زنده یاد، دکتر کامل شادپور، رحمت الله علیه، ضمن آرزوی طول عمر با عزت و سلامتی کامل برای استاد عالیقدر، جناب آقای دکتر ملک افضلی، از محضرشان درخواست شد این مبحث را بازنگاری فرمایند، استاد نیز ضمن قبول زحمت، مرقوم فرمودند: "آنچه مرحوم دکتر شادپور، مرقوم فرموده‌اند یک شاهکار است. بنده خود از خواندن آن کلی چیز یادگرفتم. البته اصلاحات بسیار اندکی هم در متن، اعمال کردم..." (سال ۱۳۹۷).

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۴ / دکتر سعاد محفوظپور

مدیریت کیفیت و هزینه در بهداشت و درمان

فهرست مطالب

۹۸۵	اهداف درس
۹۸۵	مقدمه
۹۸۶	مفهوم کیفیت و تعاریف آن
۹۸۷	تاریخچه کیفیت
۹۸۸	سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر یا جامع (Total quality management)
۹۸۹	بازرسی (Inspection)
۹۸۹	کنترل کیفیت
۹۸۹	تضمین کیفیت
۹۹۰	مدیریت کیفیت فراگیر / جامع و ارتقاء مستمر کیفیت:
۹۹۰	مدیریت کیفیت جامع موفق
۹۹۱	جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به مدیریت کیفیت جامع
۹۹۱	مشخصه‌های تعیین کننده کیفیت خدمات
۹۹۲	هفت بیماری کشنده دمینگ (در مدیریت کیفیت جامع)
۹۹۲	راههایی جهت حل شکایات مشتریان یا گیرندگان خدمت
۹۹۳	مدیریت کیفیت و ارائه خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی
۹۹۵	نقش کارکنان در کیفیت ارائه خدمات
۹۹۶	ارتباط کیفیت و هزینه
۹۹۸	نتیجه گیری
۹۹۸	منابع

مدیریت کیفیت و هزینه در بهداشت و درمان

Quality and Cost Management in Health Care

دکتر سعاد محفوظپور

دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تعاریف مختلفی از کیفیت را بیان نموده، مفهوم کیفیت را در بهداشت و درمان با ذکر مثال، تحلیل کند
- تاریخچه کیفیت را از دیدگاه رهبران و دانشمندان نظریه کیفیت، توصیف نماید
- سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر / جامع را با مراحل آن توضیح داده و برای هر کدام مثال عملی ارائه کند
- سطوح مدیریت کیفیت و جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به آن را شرح داده، تجزیه و تحلیل نماید
- کیفیت و ارزش آن در بهداشت و درمان را شرح دهد
- نقش کارکنان بهداشتی در ارائه خدمات را توصیف و نکات اساسی آنرا تحلیل کند
- ارتباط بین هزینه و کیفیت را تشریح و برای رده‌های اصلی هزینه کیفیت مثال‌های عملی ارائه نماید
- هزینه را تعریف، و راه‌های محدودسازی هزینه را شرح داده، با توجه به وضعیت موجود کشور، راه‌های عملی پیشنهاد نماید.

مقدمه

تاکید بر کیفیت در اقتصاد جهانی امروز، کلید دستیابی به شایستگی در عملیات و فعالیت‌ها می‌باشد. افزایش کیفیت، منجر به افزایش بهره‌وری و منافع وابسته به آن، می‌گردد. در محیط‌های پُرقاب‌ت امروز، کیفیت، یک نکته کلیدی و اساسی برای بیمارستان‌هایی است که از روش‌های مددجویان‌گر / بیمارن‌گر، استفاده می‌نمایند. زیرا بیمارستان‌ها، درک کرده‌اند که کیفیت نامطلوب وضعیت، بسیار گران تمام خواهد شد.

در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز، مفهوم کیفیت و پرداختن به آن، در کشورهای پیشرفته، به دلیل سطح آموزش بهتر بیماران / مددجویان و افزایش هزینه‌ها، معنای جدیدی برای ارائه کنندگان این مراقبت‌ها، پیدا کرده است. رشد دانش و تکنولوژی بشری در چند دهه اخیر، علاوه بر اینکه پیام آور رفاه نسبی در بیشتر جوانب برای انسان بوده، راه را برای استفاده بهینه از امکانات و منابع موجود، هموار نموده است. در واقع، به نوعی هنر خوب مصرف کردن، توجه به کیفیت و مصرف بهینه در امور مختلف و فعالیتهای اجتماعی گوناگون را به انسان آموخته است.

این مقوله، سال‌هاست که در کشورهای مترقی، مورد توجه واقع شده و به معنی کلمه از آن، بهره گرفته شده است. و در این راستا، قدم‌های بسیار مفیدی برای ارائه خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر برداشته شده و پیشرفت‌های قابل توجهی نیز حاصل گردیده است. توجه به کیفیت و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اکثر دولت‌ها و دست اندرکاران امور بهداشت و درمان را به خود مشغول نموده است. افزایش سریع و روز افزون هزینه‌های بخش بهداشت و درمان، بویژه هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان، موجب گردیده تا متخصصین، اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان و پرستاران و کارشناسان بهداشتی، در بسیاری از کشورها، در پی یافتن شیوه‌های جدید به منظور محدود سازی هزینه‌ها، بر آیند.

در شرایط حساس کشور عزیز ما نیز، این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است، و لذا ضرورت توجه به مراقبت‌های با کیفیت مطلوب و با حداقل هزینه را اجتناب ناپذیر می‌سازد. خصوصاً با عنایت به این امر که مهم‌ترین اهداف مراکز بهداشتی درمانی، ارائه خدماتی رضایت‌بخش و مقرون به صرفه، مطابق با استانداردهای علمی و به مناسبترین شکل و روش و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، می‌باشد. لزوم ایجاد تعادل در کیفیت و هزینه خدمات همواره الزامی است و باید مورد توجه واقع شود.

مفهوم کیفیت و تعاریف آن

از کیفیت یا Quality تعاریف بسیار زیادی شده است که بسیاری از آن‌ها در موقعیت‌های مختلف، کاربرد دارند و در اینجا به برخی تعاریف می‌پردازیم، ولی نکته مهم در بحث کیفیت، در خصوص اندازه‌گیری یا سنجش آن است، که این امر، به دلیل ذهنی بودن مفهوم کیفیت مراقبت‌ها برای استفاده کنندگان از مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مشکل می‌باشد، زیرا استفاده کنندگان از خدمات، کیفیت را براساس عوامل مختلفی مانند؛ برداشت آن‌ها از مهارت و تبحر ارائه کنندگان خدمت، میزان معلومات خودشان، تجارب قبلی استفاده از خدمت، تجارب دوستان و آشنایان، برداشت و تلقی آن‌ها از محیط و فضای مراقبت و ارزش‌های شخصی، تعیین می‌نمایند.

موریس و بل (۱۹۹۵) می‌نویسد: *کیفیت یعنی کلیت خصوصیات و شکل یا ظاهر یک فرآورده یا خدمت و راه تامین آن، که توانایی ارضاء نیازهای دریافت کنندگان خدمت و خواسته‌های آن‌ها را در قالب قضاوتی خاص و تخصصی، دارا می‌باشد.* در پژوهشی که در یکی از بیمارستان‌های آلابامای امریکا انجام شده است، کیفیت راه، مواجهه با تقاضاهای بیماران یا مددجویان و حتی فراتر از آن، تعریف نموده و تاکید کرده‌اند که کیفیت؛ یعنی درست انجام دادن کار در اولین بار.

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، عبارتست از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج

مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد. کرازبی (Crosby) یکی از نظریه پردازان کیفیت، می‌گوید: **"کیفیت بالا رایگان است، یک هدیه نمیباشد، ولی رایگان است و کیفیت پایین است که هزینه در بر دارد"**. کیفیت، توسط مشتریان یک سازمان تعیین می‌شود. بنابراین آگاهی و پاسخگویی به نیازهای مشتریان جزء جدایی ناپذیر اکثر عقاید و ایده‌های مربوط به کیفیت بوده و این شامل؛ مشتریان داخلی درون سازمان یعنی ارائه دهندگان خدمات، که برای همدیگر نیز کار انجام می‌دهند، و مشتریان خارجی، می‌باشد.

بطور کلی برای اینکه واژه کیفیت، مفهوم مورد نظر گوینده را برساند، باید کسی که این واژه را بکار می‌برد، یک درک روشن و کاملی از معنی آن داشته باشد و مخاطبین او نیز، باید درک مشابهی از کیفیت داشته باشند تا امکان بحث و گفتگو و انتقال پیام فراهم شود. در هر سازمان، برای پیشگیری از سردرگمی از یک طرف، و پرداختن به فعالیت‌های ارتقاء از طرف دیگر، لازم است یک تعریف توافق شده‌ای از کیفیت وجود داشته باشد.

تاریخچه کیفیت

مفهوم کیفیت، ریشه در کار متخصصین صنعتی دارد، اهمیت کیفیت در صنعت در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفت. تلاش‌های اولیه روی بخش تولید متمرکز بوده است و بعدها بخش‌های خدماتی را نیز در بر گرفت. فیجن باوم (Fiegenbaum) در سال ۱۹۵۱، تعریف گویایی از کیفیت ارائه داد: کیفیت یعنی توانایی یک محصول در برآوردن هدف مورد نظر، که با حداقل هزینه ممکن، تولید شده باشد. شاید سه نفر از مشهورترین و کلیدی‌ترین رهبران نظریه کیفیت که تاثیر اساسی در صنعت امروز جهان داشته‌اند، فیلیپ کرازبی (Philip Crosby)، جوزف جوران (Joseph Juran) و ادوارد دمنینگ (Edward Deming) و ایشیکاوا (Ishikawa) می‌باشند. کرازبی، کیفیت را تطبیق یک محصول یا خدمت با الزامات (Requirement) یا ویژگیها و استانداردهای از پیش تعیین شده، تعریف می‌کند. به نظر او، کیفیت پایین از عدم تطبیق محصول یا خدمات با الزامات یا شرایط لازم، ناشی می‌شود. او به این نکته اشاره دارد که الزامات شامل کلیه کارهای لازم و ضروری برای تولید یک محصول یا ارائه یک خدمت می‌باشد، که مطابق انتظارات و توقعات مشتری (Customer) است. کرازبی، اهمیت رابطه کیفیت را با هزینه، مورد توجه قرار داده و می‌گوید کیفیت بالا رایگان است و کیفیت پایین است که هزینه در بر دارد، او معتقد است؛ اگر کیفیت را درک کرده و نسبت به آن تعهد نشان دهیم، قابل دسترس، قابل سنجش و سودبخش، خواهد بود. او نیز بر **"انجام درست کار در بار اول"** تاکید دارد.

جوران، کیفیت یک کالا یا خدمت را مناسب بودن آن کالا یا خدمت برای هدف یا استفاده خاصی که منظور شده، تعریف می‌کند. او برای ارتقاء کیفیت یک رویکرد سه مرحله‌ای دارد که عبارتند از: طراحی کیفیت، کنترل کیفیت و ارتقاء کیفیت.

طراحی کیفیت: شامل شناخت و تعیین مشتری‌ها و نیازهای آنها، طراحی محصول (یا خدمت) براساس نیازها و بالاخره طراحی فرآیندها برای تولید آن محصول می‌باشد.

کنترل کیفیت: عبارتست از ارزشیابی عملکرد به منظور تعیین عملکرد واقعی و مقایسه آن با اهداف (منطبق با تعریف نظارت و کنترل در مدیریت).

ارتقاء کیفیت: شامل ایجاد زیر ساخت مناسب و تیم‌های ارتقاء برای ارتقاء فرآیندها است. همچنین جوران، برای کنترل کیفیت بر استفاده از روش‌های آماری تاکید بسیار دارد، دمینگ نیز، بعد از جنگ جهانی دوم، با توجه به عدم موفقیت نظریه خود در امریکا به ژاپنی‌ها کمک کرد تا اقتصاد خود را بازسازی کنند. تجارت ژاپن و موقعیت برتر اقتصادی این کشور را به اثرگذاری آقای دمینگ نسبت می‌دهند. او تامین رضایت مشتریان و کاهش تفاوت‌های (Variations) حاصله از عملکرد فرآیندها را مورد تاکید قرار داده است. استراتژی او بر محور ایجاد کیفیت و ارتقاء مستمر آن دور می‌زند. دمینگ چهارده اصل را برای انجام درست کارها در بار اول؛ و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان، ارائه داده است و بر آن تاکید دارد.

این چهارده اصل عبارتند از:

- ۱ - برای ارتقاء کیفیت خدمت یا محصول؛ ثبات داشته باشید و این هدف را به تمام کارکنان اطلاع دهید.
- ۲ - فلسفه جدید نقص صفر را به تمام سطوح سازمان بیاموزید و آن را بپذیرید.
- ۳ - متوجه باشید که بازرسی فقط مشکلات را می‌سنجد ولی آن‌ها را اصلاح نمی‌کند. کیفیت، نتیجه ارتقاء فرآیندها است.
- ۴ - برای تدارک مواد اولیه، به کیفیت اولویت دهید نه به کمیت.
- ۵ - فرآیندها، محصولات یا خدمات را بطور مستمر، ارتقاء دهید.
- ۶ - از وسایل کمک آموزشی جدید جهت آموزش ضمن خدمت کارکنان استفاده کنید.
- ۷ - نظارت در سازمان را ارتقاء دهید.
- ۸ - ترس از بیان عقاید و گزارش مشکلات را از میان بردارید.
- ۹ - موانع همکاری بین واحدهای مختلف را از بین ببرید و افراد را جهت کار تیمی در رسیدن به اهداف سازمان هدایت نمایید.
- ۱۰ - شعارها و پوسترها برای نیروی کار را حذف کنید.
- ۱۱ - سهم روش‌های آماری در بخش تولید را کاهش دهید و بر کیفیت متمرکز شوید نه بر کمیت.
- ۱۲ - موانعی که غرور کارکنان را نسبت به کارمند بودنشان خدشه دار می‌نماید، از میان بردارید.
- ۱۳ - امکان برخورداری از برنامه آموزش مداوم و خودارتقایی را جهت همه افراد فراهم نمایید.
- ۱۴ - همه کارکنان سازمان را در جهت دستیابی به دگرگونی و تحول ایجاد شده، دخالت دهید. ایشیکاوا نیز، حلقه‌های کیفیت و نمودارهای علت و معلولی را ارائه داده است.

سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر یا جامع (Total quality management)

در سال‌های اخیر، نظام‌های ارتقاء و مدیریت کیفیت به سرعت متحول شده‌اند، از حدود دو دهه گذشته، فعالیت‌های بازرسی ساده به روش‌های کنترل کیفیت (Quality control) جایگزین و یا تکمیل شده‌اند، سپس تضمین کیفیت (Quality assurance) بوجود آمد و راه تکاملی در پیش گرفت و اکنون ارتقاء مستمر کیفیت (C.Q.I) Continuous quality Improvement یا مدیریت جامع کیفیت (Total quality management)

جای همه آنها را گرفته است (زیرا در برگیرنده کل سازمان می‌باشد). ابتدا هر روش بطور مختصر، معرفی و تعریف می‌شوند.

بازرسی (Inspection)

شامل فعالیت‌هایی از قبیل سنجش، ارزیابی یا آزمون یک یا چندین ویژگی یک محصول یا یک خدمت و مقایسه نتایج یا الزامات از پیش تعیین شده، به منظور تعیین درجه تطبیق آنها می‌باشد. نکته اساسی در رابطه با بازرسی این است که نظام بازرسی فرآیندی است که پس از وقوع حادثه (تولید محصول یا ارائه خدمت) فعال می‌شود و فاقد جزء پیشگیری اولیه است. نظامهای بازرسی معمولاً در چهار چوب سازمان بکار گرفته می‌شود و تدارک کنندگان مواد اولیه و مشتریها را به طور مستقیم و فعال در بر می‌گیرد.

کنترل کیفیت

روشی نسبتاً سنتی است و بر پایه این پیش فرض اصولی استوار است که خطاها و اشتباهات اجتناب ناپذیرند، بنابراین راه اعمال کیفیت، بازرسی یا کنترل رویدادها بوده، تا بتوان از انجام صحیح آن مطمئن شد و اگر خطا یا اشتباهی وجود داشته باشد آنرا اصلاح نمود. این مرحله از بازرسی پیشرفته تر است، زیرا از روش‌ها و ابزارها و فنونی استفاده می‌شود که پیچیده تر و دقیق تر هستند، ولی در مراقبت‌های بهداشتی، استفاده محدودی دارند، زیرا به دلیل ماهیت این خدمات، غیر ممکن خواهد بود که خدمتی در رابطه با بیمار یا مددجو قبل از آنکه به او داده شود مورد بازرسی، کنترل و دقت قرار گیرد، و ضمناً هر گونه خطای حاصله، مستقیماً توسط بیمار تجربه می‌گردد، که برخی اوقات دارای نتایجی بسیار گران و فاجعه آمیز خواهد بود. در صنعت نیز این روش سودمند نمی‌باشد، چرا که تلاش و منابع صرف تولید فرآورده‌ها یا وسایلی می‌گردد، که در همان مرحله اول ناقص یا معیوبند و باید تعمیر و اصلاح شوند. به طور کلی، کنترل کیفیت بر اندازه گیری یا سنجش واقعی برون داد (Out put) و میزان مطابقت آن با مشخصات تعیین شده، تمرکز دارد (روش واکنش گرا).

تضمین کیفیت

مشمول بر کلیه فعالیتهای برنامه ریزی شده و منظم که در چهارچوب نظام کیفیت به اجرا در آمده و اطمینان کافی بوجود می‌آورند که محصول یا خدمت حائز الزامات کیفی می‌باشد. این روش در حقیقت بیش از کنترل کیفیت کنش گرا (Proactive) می‌باشد و پیش فرض اساسی آن بر این اصل استوار است که خطاها و اشتباهات قابل اجتناب می‌باشند و می‌توان با فعالیتهای سیستماتیک که با اطمینان از حصول نتیجه در هر بار انجام یک کار، طراحی شده‌اند، از اشتباهات پیشگیری نمود. هدف تضمین کیفیت آن است که مطمئن شویم که درون دادها صحیح هستند و خود فرآیند نیز بنحو درستی انجام شده است، زیرا که اگر این دو جزء درست باشد، نتیجه نیز باید درست و صحیح باشد. بنابراین روش‌های کنترل درون دادها و فرآیندها بایستی مورد توجه قرار گیرند. اکنون مختصری پیرامون مدیریت کیفیت جامع/ فراگیر و ارتقاء مستمر کیفیت به بحث می‌پردازیم:

مدیریت کیفیت فراگیر/ جامع و ارتقاء مستمر کیفیت

این روش مبنای بسیار وسیع تری دارد و بیش از دو روش قبل، کنشی بود، و بر خلاف کنترل کیفیت و تضمین کیفیت که بدنبال تامین مشخصات و خصوصیات خاصی هستند و کاملاً بر قوانین و استانداردها متمرکزند، قدمی جلوتر بر می‌دارد و براین فلسفه تاکید دارد که هر چیزی که امروز به اندازه کافی خوب است، ممکن است برای فردا به همان اندازه خوب نباشد، بنابراین هدف باید بهبود و ارتقاء مداوم در سازمان باشد. هدف اولیه TQM رضایت مشتری است و در برگیرنده کل سازمان بوده، یعنی همه واحدهای سازمان را با هدف راضی نمودن دریافت کننده خدمت در بر می‌گیرد. مدیریت کیفیت جامع، یک شیوه مدیریتی برای بهبود اثر بخشی، انعطاف و قدرت رقابت سازمان است، و شامل سازماندهی کلیه ارکان و منابع یک سازمان جهت نیل به کیفیت و برآورده ساختن نیازهای مشتریان و منافع کارکنان می‌باشد.

در این روش مدیریت، کل سیستم مورد نظر است (Total system) و کیفیت بعنوان یک چشم انداز (Quality as a vision) و مدیریت متضاد کنترل (Management vs. Control) بکار می‌رود. هدف اصلی مدیریت کیفیت جامع، کسب رضایت مشتریان است که دو شکل دارد: ۱- وفاداری مشتریان خارجی و خریدهای آنان یا میزان استفاده از خدمات؛ ۲- تعهد و بازده مشتریان داخلی (کارکنان) رضایت مشتری را باید در سه سطح مورد توجه قرار داد:

سطح اول: تامین نیازهای اولیه

سطح دوم: تامین انتظارات مشتریان به نحوی که سبب شود آنان بار دیگر نیز به ما مراجعه نمایند.

سطح سوم: توجه و تامین انتظارات مشتریان و ارائه خدمات بیش از آنچه ممکن است انتظار داشته باشند.

ارتقاء مستمر کیفیت نیز نشان‌دهنده ارتقاء فرایند و رضایت مشتریان و یا مددجویان، می‌باشد و همه عملیات و واحدهای فعالیت را در بر می‌گیرد. ضمناً به نام‌های دیگری مانند کایزن (Kaizen) در زبان ژاپنی، نقص صفر (Zero-defect) و شش سیگما (Six sigma) نیز خوانده می‌شود.

مدیریت کیفیت جامع موفق

یک سیستم مدیریت کیفیت جامع موفق، دو سیستم مدیریتی دیگر را با داشتن تعهد رفتاری و فرهنگی به کیفیت مورد نظر مشتری، با هم تلفیق می‌کند. لذا، این سه سیستم مدیریتی بایستی با هم، برای موفقیت آمیز بودن مدیریت کیفیت فراگیر، همسو و منطبق باشند، این سه سیستم عبارتند از:

- سیستم مدیریت سازمانی (Organizational Management System) OM

- سیستم مدیریت منابع انسانی (Human Resource Management System) HRM

- مدیریت کیفیت جامع (Total Quality Management) TQM - بنابراین مدیران متعهد به اجرای موفق مدیریت کیفیت جامع بایستی هر دو مدل، یعنی یک مدل توسعه منابع انسانی و مدل توسعه سازمانی را که با هم کار کنند، توأم داشته باشند ($HRD+OD=TQM$): این مدیران می‌بایست تعادلی بین واقعیت‌های توسعه سازمان (OD) و توسعه منابع انسانی (HRD) در راه دستیابی به اهداف کیفیت، ایجاد نمایند. در سازمان، اصول در جنبه‌های تکنیکی مدیریت کیفیت بصورت (چارتها، ملزومات، سنجش‌ها و رویه‌ها و غیره)، و در منابع انسانی، در

جنبه ارتباطات مدیریت کیفیت یعنی (فرآیندها، جلسات، تصمیم‌گیری، تیم‌ها و غیره) یافت می‌شوند. لذا مدیریت کیفیت باید ضمن درک این موارد، تعادل بین مهارت‌های مورد نیاز و ترکیب آن‌ها با یکدیگر را انجام دهد و از مدیریت کیفیت‌های جامعی که توسعه سازمانی و منابع انسانی را مورد توجه قرار نمی‌دهند، باید برحذر باشد.

توسعه منابع انسانی (HRD) بدلائل زیر بسیار مهم است: ۱- افراد ارزشمندترین سرمایه‌های سازمان هستند؛ ۲- در بسیاری از صنایع لبه رقابتی اصلی، حداکثر نمودن نیروی انسانی می‌باشد؛ ۳- سازمانهایی که می‌آموزند تا بطور مداوم نیروهای انسانی را توسعه دهند نه تنها شانس بقاء بیشتری در قرن آینده دارند، بلکه سودآورتر نیز خواهند بود؛ ۴- رهبرانی که باورهای خود در مورد اهمیت توسعه نیروی انسانی را در عمل اجرا می‌نمایند با تصمیمات بهتر، طراحی‌های سازمانی دوستدار کارمند و منابع کافی، مواجه خواهند شد.

جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به مدیریت کیفیت جامع



مشخصه‌های تعیین‌کننده کیفیت خدمات

این مشخصه‌ها در ارائه‌کنندگان خدمت عبارتند از: پاسخگویی (تمایل و آمادگی کارکنان جهت ارائه

خدمت، وقت شناسی و غیره)، شایستگی (داشتن مهارت‌ها و دانش لازم برای ارائه خدمت)، دسترسی (قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با آن‌ها)، ادب و تواضع (نرمش، احترام، ملاحظه، دوستانه بودن رفتار پرسنل)، ارتباط (مطلع نمودن مشتریان با زبان قابل درک توسط آنان)، امنیت (عاری بودن از خطر، ریسک یا شک کردن مشتریان نسبت به خدمت مورد نظر)، اعتماد (شامل ثبات و قابلیت اتکاء)، مطمئن بودن (امین بودن، قابل باور بودن و صداقت داشتن)، قابل رویت بودن (مشاهده فیزیکی خدمت)، درک کردن / شناختن مشتری (تلاش جهت درک نیازهای مشتری).

هفت بیماری کشنده دمی‌نگ (در مدیریت کیفیت جامع)

مواردی که باید در مدیریت از آن‌ها برحذر بود:

- کمبود ثبات و مداومت،
- تاکید بر منافع و سودهای کوتاه مدت،
- ارزشیابی عملکرد،
- ابزارهای سنجش مدیریت، فقط توسط ارقام قابل مشاهده،
- جابجایی مدیریت‌ها،
- هزینه‌های بیش از حد درمانی،
- هزینه‌های بیش از حد تعهدات قانونی،

اهمیت توانمندسازی کارکنان در مدیریت کیفیت جامع و ارتقاء مستمر آن، کاملاً مشخص شده است و کارکنان باید در ارتقاءهای فرآیند و محصول، دخالت داشته باشند، زیرا ۸۵ درصد مشکلات کیفیت به علت فرآیند و مواد مصرفی می‌باشد. تکنیک‌هایی که در این زمینه به کار می‌روند شامل:

۱- حمایت کارکنان؛

۲- اجازه تصمیم‌گیری نمودن به کارکنان؛

۳- تشکیل گروه‌ها و حلقه‌های کیفیت (Quality circles).

حلقه‌های کیفیت، گروه‌های متشکل از ۶-۱۲ نفر از کارکنان از واحد شغلی مشابه می‌باشند، که به طور مرتب جهت حل مشکلات مربوط به شغل، با هم ملاقات نموده (۴ ساعت در ماه)، و یک نفر تسهیل‌کننده در تشکیل و هدایت جلسات، مساعدت نموده و آموزش می‌دهد. این حلقه‌ها، می‌توانند در واحدهای مختلف سازمان، تغییرات مطلوبی را به سود ارتقاء کیفیت ایجاد نمایند، ضمن آنکه موجب افزایش انگیزش، خلاقیت، تعهد کارکنان و حس تعلق به سازمان می‌گردد.

راه‌هایی جهت حل شکایات مشتریان یا گیرندگان خدمت

۱- شکایت کردن را برای مشتریان یا مددجویان، آسان نمایید.

۲- به شکایات، سریعاً پاسخ دهید.

۳- شکایات را در اولین تماس، حل و فصل نمایید.

۴- از کامپیوتر جهت مدیریت شکایات استفاده کنید.

۵- مشاغلی را که برای خدمت به مشتریان، بهترین هستند، بکار بگیرید.

مدیریت کیفیت و ارائه خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی

سیستم مدیریت کیفیت براساس محورهایی مانند مشتری مداری، پیشگیری از وقوع مشکلات و تلاش برای بهبود مداوم فعالیتها، می‌تواند هر دو وجه درونی و بیرونی سازمان‌های خدمات عمومی را به نحو موثری به یکدیگر نزدیک ساخته و میان آنها رابطه سینرژیک برقرار نماید. شرط دستیابی به این مقصود، برقراری یک رابطه فعال میان گروههای ذینفع سازمان (مدیریت، کارکنان، جامعه و ...) و حمایت و تعهد مدیریت نسبت به حفظ و ارتقاء این رابطه می‌باشد.

مدیریت کیفیت در سیستم‌های بهداشتی نیز مطلب بسیار پُراهمیتی است، زیرا کیفیت ضعیف خدمات ارائه شده باعث بیماری و معلولیت‌های بیشتر، هزینه‌های زیادتر و اعتماد کمتر به سیستم بهداشتی می‌شود. واحدهای بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی با ارزشیابی کیفیت و بدنبال آن با بهبود کیفیت، موجب بهبود ارائه خدمات، کاهش مرگ و میر و ناخوشی و یا افزایش کیفیت زندگی می‌شود. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی، می‌توان مشکلات و نواقص سازمان را در مواردی چون مراقبت از مددجو، میزان عفونت و مرگ و میر، بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آنها، کوشید.

با ارائه خدمات با کیفیت بالا، احتمالاً تعداد اشتباهات کم می‌شود و در نتیجه استفاده مجدد از منابع کاهش می‌یابد، در ضمن چون کارکنان مسئول کیفیت خدمات می‌شوند، نیاز به ارزشیابی‌های مکرر کاهش می‌یابد. اطلاعات لازم جهت بهبود کیفیت باید براساس شواهد علمی حاصل از تحقیقات بر روی کیفیت باشد، و کیفیت تکنیکی مراقبت به مفهوم دانش کامل و صحیح ارائه کنندگان خدمات در مورد روش‌ها و رویه‌های مراقبت بهداشتی بعلاوه مهارت بالینی می‌باشد.

اندازه گیری و بهبود کیفیت مشکل است، و در ضمن برای بهبود کیفیت، نیاز به داده‌های کافی می‌باشد. در بهداشت، موقعیت‌های مختلف، نقش‌ها، برنامه‌ها و خدمات باعث می‌شود که تعریف و سازگاری استاندارد کیفیت تا حدی سخت باشد، اما در طول ۵۰ سال گذشته، تلاش‌های زیادی جهت ایجاد وسیله استانداردهای اندازه‌گیری و بهبود خدمات مراقبتی انجام یافته است. برنامه کیفیت براساس مفاهیم سازمان و کارکنان می‌باشد و شامل تمام مواردی است که روی سازمان و مددجویان اثر دارد، شش خصوصیت زیر در حفظ و ارتقاء کیفیت برنامه‌های بهداشت جامع، در نظر گرفته می‌شود:

۱- برنامه، جامع و مربوط به نیازهای بهداشتی همه افراد یا جامعه باشد.

۲- شایستگی سازمان، مدیریت ماهر و منبع مالی سیستم‌ها، تعریف شود.

۳- بیان لیاقت کارکنان و تعهد آنان، می‌تواند موجب ایجاد محیطی برای تشویق کارکنان گردد.

۴- در دسترس مردم بودن، علیرغم موانع مالی، فرهنگی و جغرافیایی مهم است.

۵- برنامه، با توجه به منابع محدود، کامل و پایدار باشد.

۶- به اولویت‌های مددجویان و رضایت آن‌ها توجه شود.

سیستم بهداشتی، یک سیستم باز می‌باشد که فلسفه، ساختار، فرآیند و پی آمد آن توسط مسائل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه، تاثیر می‌پذیرد. سیستم‌های مافوق به صورت مستقیم و غیرمستقیم روی حیات و عملکرد سیستم بهداشتی اثر می‌گذارد (مسائل اجتماعی، اقتصادی سیاسی موجود در جامعه)، بنابراین سیستم بهداشتی ارتباطی پویا با عوامل خارجی دارد. این عوامل می‌تواند روی فلسفه سازمان، ظرفیت سازمان (منابع مالی و انسانی)، فرآیند (توسعه تکنولوژی در مداخلات) و پی آمدها اثرگذارد، البته این اثرات هنوز به درستی شناخته شده نیست و محققان در تلاش برای شناخت این ارتباط می‌باشند. ارائه مراقبت باکیفیت توسط بیمارستان‌ها نیز نقش مهمی در ارتقا سلامت جامعه دارد و بهبود کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی یک جنبه اساسی از تقویت نظام سلامت است که بطور مستقیم به کارکرد "ارائه خدمت" از اجزای چهارگانه نظام سلامت مرتبط می‌شود. اخیرا فشار زیادی بر بیمارستان‌ها در ارتباط با هزینه اثربخشی و کیفیت مراقبت‌ها جهت بهبود کارایی و مزیت رقابتی موسسات وارد شده است. علاوه بر این، دلایلی از جمله: شدت رقابت در بازار مراقبت بهداشتی، فرایند مداوم خصوصی سازی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ارتقا جایگاه مشتری، افزایش آگاهی ایمنی بیمار، پیچیدگی نظام‌ها و موسسات مراقبت‌های سلامت را افزایش می‌دهند، که این عوامل به پذیرفتن سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها منجر شدند که در اصل برای صنایع طراحی شده است.

بررسی ابزارهای ارزیابی اجرای سیستم‌های مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها، نشان داد تا کنون مقیاس کامل اثبات شده وجود ندارد که برای ارزیابی مدیریت کیفیت در سطح بیمارستانی بکار برده شود. در مرور نظام مند ارزیابی اجرای سیستم‌های مدیریت کیفیت بیمارستان، بیان شده است که ابزارهای متعددی به این منظور بکار می‌رود اما دو ابزار که بیشتر از همه کاربرد دارند شامل پرسش نامه ¹ENQual برای ارزشیابی کیفیت در بیمارستان‌ها و پرسشنامه ²MARQUIS برای ارزشیابی سیستم‌های بهبود کیفیت، علی‌رغم ویژگی‌های مثبت، محدودیت‌های مهمی نیز دارند. پرسشنامه ENQual عناوینی مانند "استفاده از داده‌های نشانگر" و "یادگیری از حوادث ناگوار" را در برنمی‌گیرد و پرسش نامه MARQUIS خیلی طولانی است.

یکی از ابزارهای جدیدی که سیستم مدیریت کیفیت را ارزشیابی میکند شاخص ³QMSI است. این شاخص برای اولین بار در پروژه‌های مطالعاتی "تعمیق دانسته‌هایمان از بهبود کیفیت در اروپا" ⁴(DUQUE) در ۷ کشور اروپایی طراحی و بکار رفت. بطور خلاصه هدف اصلی این پروژه‌های مطالعاتی اثربخشی سیستم‌های کیفیت در

¹ European research network on quality management in health care

² Method of assessing response to quality improvement strategies

³ Quality management system index

⁴ Deepening our understanding of quality improvement in Europe

بیمارستان‌های اروپا می‌باشد که یکی از ابعاد آن سنجش وضعیت سیستم مدیریت کیفیت می‌باشد. این ابزار دارای ۹ بعد و ۴۶ جزء یا آیتم می‌باشد و از مزایای آن این است که زمان زیادی برای تکمیل آن صرف نمی‌شود و بیشتر بر جنبه‌های مدیریتی مدیریت کیفیت تمرکز دارد. ابعاد این شاخص شامل موارد زیر می‌باشد:

مستند سازی خط مشی کیفیت، پایش کیفیت توسط مدیریت بیمارستان، آموزش متخصصان، پروتکل‌های رسمی برای کنترل عفونت، پروتکل رسمی برای رسیدگی به بیمار و دارو، تحلیل عملکرد فرایند مراقبت، تحلیل عملکرد متخصصان، تحلیل بازخورد تجربه‌ی بیمار و استفاده از نتایج ارزشیابی.

ضمناً تلاش‌های ناموفق در TQM را می‌توان به این عوامل نسبت داد: نپذیرفتن رویکرد جامع، چرخش مدیران ارشد، حمایت ضعیف مدیریت، برنامه‌ریزی ضعیف برای اجرای TQM، آموزش ناکافی، عدم باور کارکنان به اثربخشی آن، زمان محدود شده برای اجرای TQM، نظام مراقبت سلامت پزشک محور، عدم تمرکز کافی بر مشتری. جهت غلبه بر این موانع رهبری قوی بالینی و مدیریتی، تاکید بر برنامه‌ریزی آموزشی، ایجاد ساختار و فرهنگ کیفیت پیشنهاد می‌شود.

نقش کارکنان در کیفیت ارائه خدمات

موفقیت یک سازمان بستگی به پرسنل شاغل در آن دارد و باید نسبت به کیفیت مراقبت، در سازمان خودشان آگاه باشند. پرسنل بهداشتی، افراد ارائه‌کننده خدمت هستند و جزئی از سیستم بهداشتی می‌باشند. پیشرفت محسوسی در زمینه بهداشت در کل دنیا هم در وضعیت بهداشت و هم در استفاده از منابع مورد نیاز، اتفاق افتاده است. این پیشرفت علاوه بر بهبود خدمات بهداشتی، شامل کارکنان نیز می‌باشد، آنان نشان داده‌اند که اثر زیادی روی میزان‌های مرگ و میر و یا دیگر شاخص‌های سلامت دارند. از آنجایی که دانش پزشکی در حال پیشرفت است، نیاز است کارکنان دانش روز داشته باشند. لذا برنامه‌های مرتب و منظم آموزش کارکنان بهداشتی جهت به روز نمودن مهارت‌ها و دانش آن‌ها حیاتی است.

سازمان جهانی بهداشت نیز برای روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، تاکید روی کارکنان یا پرسنل بهداشتی را به دلیل اهمیت عملکرد آنها، سرلوحه توجه دولت‌ها، قرار داده است. یافته‌های مطالعه Macinati در سال ۲۰۰۸ در خصوص رابطه‌ی بین سیستم مدیریت کیفیت بیمارستان و عملکرد سازمانی در خدمات ملی بهداشتی در کشور ایتالیا، نشان داد که وجود بخش کیفیت یک عامل اساسی و مهم برای سیستم‌های مدیریت کیفیت است که توسط ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ایتالیا قبول شده است. نتایج عملکرد بطور مثبت با عوامل ذکر شده در سیستم مدیریت کیفیت مانند: بکارگیری مشارکت در مدیریت کیفیت، گزارش دهی داده‌های کیفیت و کاربرد آنها، ماهیت و نقش مدیریت کیفیت، تعهد مدیریت ارشد به استراتژی‌های کیفیت، ویژگی‌های برنامه استراتژیک مدیریت کیفیت ارتباط دارد. همچنین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که عملکرد عینی نتایج یک رابطه منفی با تعهد مدیریت ارشد به استراتژی‌های کیفیت و ویژگی‌های برنامه استراتژیک مدیریت کیفیت دارد. مثلاً نرخ مرگ و میر و ترخیص با وجود استراتژی‌های مرتبط به تعهد مدیریت ارشد کاهش می‌یابد.

پوشش جهانی بهداشت و کیفیت (Universal Health Coverage/ UHC)

در جهت دسترسی به پوشش جهانی بهداشت (UHC) خدمات سلامتی بایستی مبتنی بر رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه ای جامعه محور، ادغام یافته و پاسخگو، باشد. برای دستیابی به این هدف، موجودیت، کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی باید ارتقا پیدا کنند. در بسیاری از کشورها، این خدمات بنحو بسیار ضعیفی سازماندهی و مدیریت شده اند، لذا اغلب، با کمبود کارمند مواجه بوده و دچار ازدحام مراجعین با زمان های انتظار طولانی و غیر پاسخگو به ترجیحات فرهنگی، قومی یا جنسیتی، می باشند. حتی زمانی که خدمات در دسترس هستند هم می توانند دارای کیفیت پایینی باشند، بنابراین ایمنی بیماران را به خطر انداخته و ممکن است پیامد های بهداشتی وجه المصالحه قرار گیرند. همراستا نمودن تلاشهای جهانی و ملی جهت حمایت از رویکردهای قوی و مبتنی بر شواهد در تامین خدمات سلامتی ایمن و با کیفیت به جوامع، درون زمینه UHC که مشتمل بر سنجش ارتقا یافته کیفیت و ایمنی مراقبت باشد، بسیار حائز اهمیت است. سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی خود را بر خدمات سلامتی ادغام یافته و مردم محور، قرار داده است. این راهبرد یا استراتژی جهت کمک به پیشرفت کشورها به سوی "آینده ای که همه افراد امکان دسترسی به آندسته از خدمات سلامتی داشته باشند که ضمن پاسخگویی به سلسله نیازها و علایق آنها، بتواند در طول پیوستار یا طیف مراقبت، هماهنگ، ایمن، اثربخش، بموقع، کارآ، و دارای کیفیتی قابل قبول باشد"، ارائه شده است. ضمناً این خدمات، می بایست در پنج جهت راهبردی (استراتژیک) باشند بنحوی که هر کدام بتوانند بر ارائه مداخلات مبتنی بر شواهدی تاکید نمایند که همه کشورها برای طراحی الگو یا مدل ارائه خدمت، در جستجوی آن هستند. این پنج جهت عبارتند از: -توانمند سازی و دخالت دادن مردم، -تقویت حاکمیت و پاسخگویی، -معرفی مجدد مدل یا الگوی مراقبت، -هماهنگی خدمات در طول طیف مراقبت، -ایجاد و فراهم ساختن محیطی که از دگرگونی و تحول خدمات سلامتی یا بهداشتی، حمایت نماید.

ارتباط کیفیت و هزینه

افزایش سریع و روز افزون هزینه های بخش بهداشت و درمان، به ویژه هزینه های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان، موجب گردیده تا متخصصین، اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان و پرستاران در بسیاری از کشورها، در پی یافتن شیوه های جدید به منظور محدودسازی هزینه ها باشند. ساخارکار (۱۹۹۸) می نویسد: اجزاء مختلفی در کاهش هزینه ها موثرند و برنامه های کاهش هزینه، ضمن داشتن مداومت و استمرار، بایستی بتوانند تعادل دقیق و حساسی بین کیفیت و هزینه خدمت ایجاد نمایند، و برخی هزینه های بیمارستانی خاص، گاهی توسط پزشکان و پرستاران، بیشتر قابل کنترل است تا بوسیله مدیران؛ که در این رابطه می توان به مدت زمان اقامت بیمار، چگونگی خدمت یا مراقبت و غیره، اشاره نمود. عدم توجه به کیفیت برای سازمان های بهداشتی و خدماتی در کل، می تواند بسیار گران تمام شود، ولی تامین و توجه به کیفیت نیز بنوبه خود هزینه هایی را در بر دارد، که به طور کلی می توان هزینه کیفیت را در چهار رده اصلی، سازمان داد:

۱- هزینه های پیشگیری یا Prevention Costs، که قبل از ارائه خدمت یا محصول، می باشد، مانند: هزینه

فعالیت‌های طراحی محصولات و فرآیندهای کار، آموزش و تربیت کارکنان در مورد مفاهیم کیفیت و غیره.

۲- هزینه‌های ارزیابی یا Appraisal Costs، که جهت بررسی و ارزیابی کیفیت محصولات یا خدمات ارائه شده، صرف می‌شود، مانند: هزینه‌های بازرسی و کنترل، آزمایش وسایل و تجهیزات

۳- هزینه‌های عدم موفقیت داخلی یا Internal failure costs، که هنگامی ایجاد می‌شوند که برون داده‌ها یا محصولات و یا خدمات، دارای نقص یا عیب قبل از خروج از سیستم شناسایی می‌گردند و یا از رده خارج، یا اصلاح و ترمیم، می‌گردند، که هریک از این موارد، هزینه‌هایی را در بر می‌گیرد که مربوط به عدم موفقیت درونی سازمان می‌باشد.

۴- هزینه‌های عدم موفقیت خارجی یا External failure costs، نیز وقتی پیش می‌آیند که برون داده‌های دارای مشکل، قبل از ارائه به مشتری، شناسایی نمی‌شوند و موجب شکایات مصرف‌کنندگان محصول و یا دریافت کنندگان خدمت می‌گردد، مرجوع شدن و برگشت کالاها و محصولات، ادعاهای قانونی علیه تعهدات سازمان، شکایات و غیره، هزینه‌های مربوط به عدم موفقیت خارجی را در بر می‌گیرد. به طور کلی، می‌توان گفت که افزایش هزینه پیشگیری، موجب کاهش هزینه‌های ارزیابی می‌شود، به دلیل آنکه بازرسی و آزمایش کمتری در مراحل کار مورد نیاز خواهد بود.

نگرش نسبت به هزینه و کیفیت مراقبت‌ها جنبه خاصی در حرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی، پیدا می‌کند، چرا که هم بر این اعتقاد استوار است: که هر انسانی دارای حق برخورداری از امکانات بهداشتی جهت رسیدن به حد اعلا سلامتی در تمام طول عمر می‌باشد؛ و هم به علم اقتصاد بهداشت توجه دارد؛ تا بتواند استفاده موثری از کلیه امکانات موجود و تکنولوژی مناسب در تولید، توزیع و مصرف کالا و ارائه خدمات که با حوائج بشری در ارتباط است، داشته باشد.

هزینه یا Cost، ارزش پولی کالاها و خدماتی است که برای "تخاذ تصمیم" و یا "اجرای آن تصمیم"، تامین، تقبل و یا پرداخت می‌شود و تکنیک‌های مختلفی جهت تحلیل و محدود سازی هزینه وجود دارند، که عبارتند از: هزینه اثر بخشی، هزینه کارایی، هزینه منفعت و تحلیل ارزش. هر کدام از این تکنیک‌ها، به نوعی با کیفیت و هزینه در ارتباط هستند، و به درون‌دادها و برون‌دادها در ابعاد مختلف توجه دارند: ولی نکته مهم آن است که سه جزء در فرآیند محدود ساختن هزینه‌ها یا Cost containment وجود دارند که شامل؛

۱- هشیاری نسبت به هزینه‌ها یا Cost awareness، که این هشیاری و شناخت از فرآیند موجود، جهت محدود سازی هزینه‌ها، بایستی در میان کلیه پرسنل بیمارستان یا سازمان، موجود باشد؛

۲- پایش هزینه یا Cost monitoring، که تامین کننده مکانیسمی است جهت شناسایی، گزارش و تحلیل آن دسته از مخارج واقعی که با بودجه و استانداردهای موجود، در تضاد هستند؛

۳- مدیریت هزینه یا Cost management، که سیستم یا نظام مسئولیت و پاسخگویی جهت دستیابی به برنامه‌های تدوین شده را فراهم می‌نماید.

نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده، باید بر این نکته تاکید نمود که توجه به کیفیت یا هزینه، به تنهایی، موفقیتی مداوم در بر نخواهد داشت و در عین حال که هر دو مفهوم (کیفیت و هزینه) بسیار مهم هستند، ولی به هر برنامه محدودسازی هزینه، بایستی به صورت برنامه‌ای مستمر و قادر به تامین تعادلی حساس بین کیفیت و هزینه خدمات، نگریسته شود. اساس مدیریت کیفیت و تامین کیفیت خدمات به طور مستمر، نیازمند تحوّل شگرف در نگرش و بینش مدیران و نیروی انسانی سازمان نسبت به ارائه خدمت و کار و فعالیت در سازمان‌ها دارد. تغییر در فرهنگ سازمان، توسعه سازمانی یا OD و توسعه نیروی انسانی یا HRD بطور کیفی، وجود تعهد یا Commitment کلیه نیروی انسانی نسبت به اهداف سازمان و ایجاد فضای اعتماد، جایگزینی همکاری و هماهنگی بجای رقابت، استفاده از روش‌های ارتقاء کیفیت و تاکید بر ارزشیابی کیفی فعالیت‌ها بجای تاکید بر نظارت و کنترل کمی و آماری، و بسیاری موارد دیگر، همگی می‌توانند منجر به بهبود کیفی عملکرد و بازده سازمان‌ها، گردد. و نباید فراموش کرد که توجه به نیروی انسانی و توسعه و ارتقاء این نیرو از جنبه‌های مختلف (کمی و کیفی) یکی از کلیدی ترین راه‌های تامین کیفیت در سازمان می‌باشد. با توجه به چالش‌های خدمات بهداشتی مطرح شده توسط سازمان جهانی بهداشت در راستای اهداف توسعه پایدار (Sustainable /SDGs Development Goals) هنوز در همه کشورها، جایی برای بهبود کیفیت سازماندهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد تا بتوان درمان‌های بیمارستان محور را به حداقل رسانید، در حالی که تعدادی از کشورهای جهان، به ادغام خدمات سلامتی به عنوان راهی برای ارائه مراقبت‌های مردم - محور، تکیه دارند، متأسفانه هنوز بسیاری از کشورها متکی به بیمارستان‌ها و طب تخصصی هستند که دارای رابطه اندکی هم با نظام مراقبت بهداشتی اطراف خود و هم با جوامع خدمت گیرنده خود، می‌باشند. در هر صورت، هنوز راه درازی جهت پیمودن جاده ای به سوی UHC باقی است.

منابع

1. Lewis P., Goodman S.H, Fandt PM. (2001). Management Challenges in the 21st Century. West Publishing Co. U.S.A.
2. Briscoe G. ،Arthur G.،(1998). CQI Teamwork: Reevaluate، Restructure، Renew. Nursing Management. 29(10) ، PP:73-80.
3. Morris B.، Bell. L، (1995).”Quality in health care”. Managng Health Care ، challenges for the 90s. W.B Saunders Co.، Ltd. London، England. PP: 119-142.
- ۴- لامعی، ابوالفتح (۱۳۷۸). مبانی مدیریت کیفیت. کمیته کشوری ارتقاء کیفیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران. چاپ اول.
- ۵- طبیبی، سید جمال الدین. عبادی آذر فرید. تورانی، سوگند. خالصی، نادر . مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان. جهان رایانه. تهران . چاپ اول
6. Blonsky Jim. (2002) Organizational Effectiveness; Total Quality Management. Total Performance Efficiency; What is TQM? QA? QC? QI? CQI? CPI? [on-line]. Accessible: bus.cba.utulsa.edu/nsg 4263.
7. Heizer/ Render. (2004) Operations Management. Managing Quality chapter 6.[on-line]. Available: myphiliputil. Pearsonmg.com/student/bp-heizer-opsmgmt-7/lec-cho6. PPT. (Accessible 29 Nov.، 2004).
8. Green Larry. TQM (2004)[on-line] Accessible: <http://www.skyenet.net/~leg/tqm.htm>. Available.

5/11/2004.

9. Review for Exam1. (2003). [on-line]. Available: burns. Ba.ttu.edu/Isqs5243/ppt/Reviw%20 for 20% Exam %201.ppt. Accessible 29Nov.2004.
10. Gore G. "The challenges & Potential for Assuring Quality Health care for the 21st Century" [Report]. 17.June 1998.[on-line]<http://www.ahcpr.gov/qual/21stcena.htm>. [2012 June 06].
11. Lancaster J. (1999). Nursing Issues. Philadelphia, Mosby company.
12. Griffin RW. (2011). Management Principles & Practices. 10th. Edition (International edition). Published by South-Western College Pub Texas A&M University.
13. Duplessis M.et al (2001).Assessing the performance of community systems for children. Health Services Research. 33(4)1111-42.
14. Koing M.et al (2001). Quality of care Within the Indian Family Welfare Programme. Studies in Family Planning,31 (1)PP: 1-8.
15. Brook R et al. "Defining & Measuring Quality of care: a Perspective from U.S researchers". [Abstract]. International Journal of Quality Health Care. vol. 12, no4. 2000 .PP: 281- 294. [on-line] > <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/etrez/query.feg:?>> [2012 June 06]
16. Allender JA., Rector Ch, Warner K (2011). Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health. 7th. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
17. Zairi M. (1999) Benchmarking for Best Practice. Oxford, Butterworth Heinemann.
18. Nies M., Mc Ewon M. (2011). Community Public Health Nursing: Promoting the Health of Population. 5th. Edition. Elsevier Saunders Co.
19. Kaha ssay M et al. (1998). Community Health Workers. Geneva, W.H.O.
20. McNatt Z, Linnander E, Endeshaw A, Tatek D, Conteh D, Bradley EH. A national system for monitoring the performance of hospitals in Ethiopia. Bulletin of the World Health Organization. 2015; 93(10):719-26.
21. Wardhani V, Utarini A, van Dijk JP, Post D, Groothoff JW. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. Health Policy. 2009; 51(3): 239-89.
22. Bahadori M, Ravangard R, Alimohammadzadeh K. The accreditation of hospitals in Iran. Iranian Journal of Public Health. 2015; 44(2):295-6.
23. Wagner C, Groene O, Thompson C, Klazinga N, Dersarkissian M, Arah O, et al. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. International Journal for Quality in Health Care. 2014; 26(suppl. 1):16-26.
24. Groene O, Botje D, Suñol R, Lopez MA, Wagner C. A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25(5):525-41.
25. Macinati MS. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. Health Policy. 2008; 85(2):228-41.
26. Mohammad Mosadeghrad A. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2014; 27(4):320-35.
27. Lundy S., Janes S. (2009). Community Health Nursing: Caring for the Public Health. 2nd.Edition. Massachussttes. Jones & Bartlett.
28. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. (www.who.int).
29. Sakharkar BM. (2009). Principles of Hospital Administration & Planning. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. New Delhi. India.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۵ / دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده

سیاست‌های کلی سلامت و جایگاه آن در راهبری نظام سلامت

فهرست مطالب

۱۰۰۱.....	مقدمه
۱۰۰۲.....	آشنایی با برخی مفاهیم برنامه‌ریزی سلامت
۱۰۰۴.....	اسناد قانونی ناظر بر جهت‌دهی حرکت نظام سلامت کشور
۱۰۰۵.....	برنامه اول توسعه
۱۰۰۵.....	برنامه دوم توسعه
۱۰۰۵.....	برنامه سوم توسعه
۱۰۰۶.....	برنامه چهارم توسعه
۱۰۰۶.....	برنامه پنجم توسعه
۱۰۰۶.....	برنامه ششم توسعه
۱۰۰۷.....	سند چشم‌انداز و سیاست‌های کلی سلامت
۱۰۰۸.....	اولویت‌های راهبردی نظام سلامت کشور
۱۰۰۸.....	ارزش‌ها
۱۰۰۹.....	اهداف میان‌مدت
۱۰۱۰.....	مداخلات
۱۰۱۱.....	اقدامات
۱۰۱۳.....	سیاست‌های کلی سلامت و تعهدات جهانی سلامت
۱۰۱۴.....	جمع‌بندی
۱۰۱۶.....	پیوست. متن سیاست‌های کلی سلامت.
۱۰۱۹.....	منابع

سیاست‌های کلی سلامت و جایگاه آن در راهبری نظام سلامت

General health policies and their role in health system governance

دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- مفاهیم رایج در برنامه‌ریزی سلامت را بشناسد؛
- اسناد قانونی بالادستی نظام سلامت کشور را نام ببرد؛
- با محتوای سند چشم‌انداز، سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه آشنا شود؛
- ارتباط و همراستایی اسناد بالادستی نظام سلامت را درک کند؛
- جایگاه سیاست‌های کلی سلامت را در راهبری نظام سلامت تبیین نماید؛
- ارزش‌های حاکم بر فعالیت نظام سلامت را نام ببرد؛
- با جهت‌دهی آتی نظام سلامت در قالب مداخلات و اقدامات سلامت آشنا شود؛
- همخوانی اولویت‌های راهبردی کشور با جهت‌گیری‌های جهانی را دریابد.

مقدمه

این جمله معروف آلیس در سرزمین عجایب را شنیده‌اید که می‌گفت "اگر ندانید به کجا می‌خواهید بروید، هر مسیری می‌تواند شما را به مقصد برساند". به‌خوبی از این عبارت می‌توان اهمیت هدف‌گذاری را برای جهت‌دهی و انجام کارهای هماهنگ و جلوگیری از موازی‌کاری‌ها درک کرد. هدف‌گذاری، یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر موفقیت هر مجموعه‌ای است، به ویژه اگر ماهیت فعالیت مجموعه، پیچیده و متنوع باشد. نظام سلامت نمونه‌ای از این مجموعه‌ها است.

برای درک پیچیدگی و گستردگی ماهیت فعالیت‌های نظام سلامت، کافی است به تعریفی که سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت ارائه داده است توجه کنید: تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ارتقاء، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشتی عمومی یا

برنامه‌های بین‌بخشی باشد. این تعریف نشان می‌دهد نظام سلامت در هر کشوری دامنه متنوعی از سازمان‌ها از یک بیمارستان تخصصی تا یک مامای آموزش‌دیده در روستا را در برمی‌گیرد. سازمان‌هایی که دارای علایق متفاوت و شاید متضادی هستند. برای اینکه بتوانیم فعالیت همه این سازمان‌ها را همسو کرد و اطمینان یافت که مجموعه نظام سلامت با منابعی که در اختیار دارد به بهترین شکل در حال انجام وظیفه است، هدف‌گذاری درستی باید برای آن انجام شود. هدف‌گذاری معمولاً در یک سلسله مراتب از سطح کلان تا خرد انجام می‌شود. بدین صورت که جهت‌گیری کلی یا همان چشم‌انداز نظام سلامت در قالب سیاست‌ها و یا برنامه‌های کلان، مشخص می‌شود و سپس به صورت پلکانی و در راستای همان جهت‌گیری کلی، اهداف سطوح پایین‌تر تنظیم می‌شود. چشم‌انداز تعیین شده می‌تواند مبنای تصمیم‌گیری‌های سیاست‌گذاران و مدیران ارشد سلامت باشد، راهنمای عمل ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار گیرد و انتظارات مردم را از نظام سلامت نشان دهد.

با توجه به نقشی که چشم‌انداز می‌تواند برای فعالیت بهتر و اثربخش‌تر نظام سلامت داشته باشد، در این فصل ابتدا برخی از مفاهیم رایج در ادبیات برنامه‌ریزی سلامت معرفی می‌شود. سپس اسناد قانونی بالادستی کشور که مسیر حرکت نظام سلامت را نشان می‌دهد تشریح خواهد شد. در نهایت نیز با معرفی سیاست‌های کلی نظام سلامت، جهت‌دهی و ارزش‌های حاکم بر فعالیت این نظام تبیین می‌شوند.

آشنایی با برخی مفاهیم برنامه‌ریزی سلامت

ارزش‌ها (Values):

عقاید و باورهایی که مبنای اصلی جهت‌گیری‌ها هستند. هیچ یک از سیاست‌ها و یا اقدامات طراحی شده در هنگام اجرا نباید از ارزش‌ها تخطی کنند و باید مجموعه آن‌ها نیز در جهت ارزش‌ها قرار گیرند. انتظار می‌رود ارزش‌ها آن دسته از باورهایی باشند که ناظر به مدت زمان طولانی بوده و به راحتی تغییر نکنند.

استراتژی (Strategy):

مجموعه اقدامات در نظر گرفته‌شده برای دستیابی به مجموعه‌ای از اهداف و مقاصد تنظیم‌شده درون سیاست یا برنامه.

استراتژی ملی سلامت (National Health Strategy):

فرایند سازماندهی تصمیم‌ها و اقدام‌های لازم برای دستیابی به اهداف مشخص سیاست‌ها و ارائه مدلی از وضعیت مطلوب در آینده و تدوین برنامه‌ای از اقدامات از پیش تعیین‌شده برای رسیدن به وضعیت مطلوب است. این برنامه به برنامه‌های گسترده و بلندمدت برای دستیابی به چشم‌انداز و اهداف سیاست بخش سلامت اشاره دارد و شامل تعیین نقاط مناسب برای مداخله، راه‌های مطمئن برای مشارکت سایر بخش‌ها همراه با گستره وسیعی از عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فنی و همچنین محدودیت‌ها و راه‌های مقابله با آن‌ها است.

اهداف کلان (General Goals):

اهداف کلان مؤید جهت‌گیری راهبردی کل نظام سلامت بوده و نقاط مطلوبی در آینده هستند که نظام

سلامت تمایل به دستیابی به آنها دارد. این اهداف مسیر حرکت نظام سلامت را مشخص کرده و علی‌رغم اینکه در حوزه‌های خاص نوشته می‌شوند، به اندازه کافی عمومی و کلی هستند که منجر به تقویت خلاقیت و نوآوری می‌گردند. اهداف کلان همچنین مشکلات جدی یا فوری و یا مسائل با اولویت را نشان می‌دهند.

برنامه‌ریزی سلامت (Health Planning):

فرایند منظم تعیین مشکلات سلامت، شناسایی نیازهای برآورده‌نشده و بررسی منابع جهت تأمین آنها، تعیین اولویت اهداف به صورت واقع‌بینانه و عملی، و طراحی اقدامات اجرایی موردنیاز نه فقط با در نظر گرفتن موضوعات کفایت و کارایی خدمات سلامت، بلکه با توجه به عوامل زیست‌محیطی و رفتار اجتماعی و فردی که بر سلامت فرد و جامعه تأثیر می‌گذارد.

توسعه پایدار (Sustainable Development):

پاسخگویی به نیازهای کنونی افراد جامعه بدون تضعیف توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهای خود می‌باشد. توسعه پایدار در حقیقت ما حاصل تعادل میان جامعه، محیط زیست و اقتصاد است و تنها بر جنبه‌های زیست محیطی تمرکز نداشته و علاوه بر پایداری منابع طبیعی؛ پایداری سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را نیز در بر می‌گیرد.

چشم‌انداز (دورنما) (Vision):

تصویر مطلوب، آرمانی و قابل دستیابی است که منظر و دورنمایی در افق بلندمدت فراروی مدیریت عمومی جامعه قرار می‌دهد و دارای ویژگی‌های جامع‌نگری، آینده‌نگری، ارزش‌گرایی و واقع‌گرایی می‌باشد.

رسالت (Mission):

رسالت یا ماموریت، بیانگر فلسفه وجودی هر سازمان یا نظامی بوده و موید نقشی است که آنها در جامعه بر عهده دارند. در رسالت، چهار سوال مهم چرا سازمان به وجود آمده است؟، چه وظیفه یا وظایفی سازمان دارد که باید به انجام رساند؟، برای چه کسانی این وظایف را به عمل می‌آورد؟ و چگونه این وظایف را انجام می‌دهد؟، پاسخ داده می‌شود.

سیاست (Policy):

جهت‌گیری‌های عمده برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی می‌باشد.

سیاست سلامت (Health Policy):

مجموعه‌ای از تصمیم‌های کلی است که به عنوان راهنما یا چارچوب تفکر در تصمیم‌گیری برای رسیدن به اهداف سلامتی خاص در یک جامعه، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مداخله (Intervention):

یک یا مجموعه‌ای از فعالیت‌هایی که با هدف اصلاح یک فرایند یا مجموعه اقدامات یا توالی وقایع و

به‌منظور تغییر یک یا چند ویژگی خود، از جمله عملکرد یا نتایج مورد انتظار انجام می‌گیرد.

نظام سلامت (Health System):

افراد، سازمان‌ها و منابعی که با رویکردهای تأیید شده در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند تا سلامت جمعیت تحت پوشش خود را ارتقا دهند و از طریق انواعی از فعالیت‌ها که هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت است، به انتظارات منطقی مردم پاسخ دهند و از آن‌ها در برابر هزینه سلامت نامطلوب محافظت نمایند.

اسناد قانونی ناظر بر جهت‌دهی حرکت نظام سلامت کشور

ترسیم چشم‌انداز مطلوب برای آینده به تدوین برنامه‌های منسجم در همه بخش‌های فعال در این نظام کمک می‌نماید. چشم‌انداز مطلوب نظام سلامت، معمولاً در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای منعکس می‌شوند و مسیر حرکت نظام سلامت را تعیین می‌کنند. اهمیت تدوین این سیاست‌ها و برنامه‌ها به حدی است که داشتن سیاست‌های ملی سلامت به‌روز، از نشانگرهای حاکمیت خوب نظام سلامت محسوب می‌شود. خوشبختانه به این مهم در کشور ما توجه شده و جهت حرکت نظام سلامت در فواصل زمانی مشخص و متناسب با نیاز جامعه در مستندات قانونی نشان داده شده است. در ادامه این مستندات معرفی شده و جایگاه آن‌ها در تعیین مسیر حرکت نظام سلامت تبیین می‌شود.

نخستین مستند، **قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران** است. قانون اساسی عالی‌ترین سند حقوقی و مبنای تنظیم قوانین دیگر کشور به‌شمار می‌آید که در آن کلیات ساختار، جایگاه، مسؤلیت‌ها و اصول حاکم بر روابط بخش‌های مختلف تعیین شده است. در این قانون، رسالت و دورنمای بخش سلامت کشور در اصول ۳، ۲۹، ۳۰ و ۴۳ مشخص شده است. براساس این اصول، تأمین نیازهای سلامتی مردم به عنوان یک حق همگانی بر عهده دولت می‌باشد. به عبارتی دولت به نیابت از مردم وظیفه دارد در خصوص تأمین سلامتی مردم تصمیم‌گیری نماید و در مقابل تصمیم‌گیری‌های خود به مردم پاسخ دهد. در این قانون همچنین دولت، وظیفه دارد تمام تلاش خود را برای رفع فقر و محرومیت با رویکردی عدالت‌محور به کار بندد. پرسشی که پیش می‌آید این است: **دولت چگونه نیازهای سلامتی مردم را پاسخ دهد؟**

پاسخ به این پرسش را بایستی در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه ملی پیدا کنیم. برنامه‌های پنج‌ساله توسعه با مبنا قرار دادن اصول قانونی پیشگفت، مسیر حرکت نظام سلامت را در فواصل زمانی کوتاه‌تر و متناسب با وضعیت هر مقطع، ترسیم می‌کنند. این برنامه‌های بلندمدت در حقیقت ابزارهایی برای ترسیم افق‌های آینده هستند تا بتوان به اهداف تعیین شده در هر مرحله، جامه عمل پوشاند. در این برنامه‌ها، اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه تعیین می‌شود و هر سازمان دولتی رسیدن به بخشی از این اهداف را به‌عهده دارد. تدوین این برنامه‌ها براساس سیاست‌های کلی ابلاغی از رهبری و با استفاده از دانش و تجربه کارشناسان، مدیران و مسؤولان دستگاه‌های اجرایی و صاحب‌نظران مراکز علمی و تحقیقاتی، انجام می‌شود.

کشور ما تا کنون و از زمان بعد از انقلاب اسلامی تدوین و اجرای شش برنامه توسعه‌ی ملی به شرح زیر را تجربه کرده است:

- برنامه اول توسعه (۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲)؛
- برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸)؛
- برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳)؛
- برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸)؛
- برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴)؛
- برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰).

برنامه اول توسعه

برنامه اول توسعه، برنامه سازندگی نام داشت. هدف اصلی این برنامه ایجاد رشد اقتصادی از طریق سرمایه‌گذاری دولت در زمینه بازسازی خسارت‌های جنگ تحمیلی و بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود بود. با توجه به این هدف و با در نظر داشتن وضعیت بخش سلامت در آن زمان، که حکایت از کمبود امکانات بهداشتی درمانی و توزیع نامناسب منابع فیزیکی و انسانی سلامت داشت، جهت‌گیری نظام سلامت به سمت توسعه شبکه خدمات‌رسانی و بهبود استانداردهای سلامت برای دسترسی همه مردم به خدمات پیشگفت با نگاهی دولتی بود. این جهت‌گیری البته تا حد زیادی نیز متأثر از راهبرد جهانی «بهداشت برای همه» سازمان جهانی بهداشت بود که در بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ تعیین شده بود.

برنامه دوم توسعه

این برنامه، برنامه ثبات اقتصادی نام گرفت. حفظ، رشد و توسعه اقتصادی کشور، هدف اصلی این برنامه بود. تفاوت زیادی با برنامه اول نداشت و در آن بر آزادسازی اقتصادی و خصوصی‌سازی تأکید شده بود. با توجه به این جهت‌گیری کلان کشور، بخش سلامت نیز برنامه‌های خود را بر توسعه کمی و کیفی منابع فیزیکی و انسانی سلامت، متمرکز ساخت. علاوه بر این بر انجام اقداماتی جهت تأمین بهداشت عمومی، گسترش بیمه همگانی و کنترل جمعیت تأکید شد. دوره زمانی این برنامه همچنان متأثر از راهبری «بهداشت برای همه» بود.

برنامه سوم توسعه

این برنامه، به برنامه اصلاح ساختاری شهرت داشت. برخلاف دو برنامه اول و دوم، برنامه سوم توسعه به دنبال کاهش سهم بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی بود. به همین دلیل هدف اصلی برنامه ایجاد تغییرات ساختاری و نهادی به منظور تسهیل خصوصی‌سازی بود. بر این اساس، نظام سلامت که در دوره‌های قبل گسترش ظرفیت‌های بهداشتی درمانی برای ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را هدف‌گذاری کرده بود، در این دوره به منظور افزایش کارایی و برقراری عدالت توزیعی، انجام مداخلاتی جهت جلب مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات سلامت و ساماندهی نظام ارائه خدمات سلامت در اولویت قرار گرفت. در این

جهت‌گیری سلامت، نباید نقش سیاست‌های بانک جهانی در راستای تمرکززدایی را نادیده گرفت.

برنامه چهارم توسعه

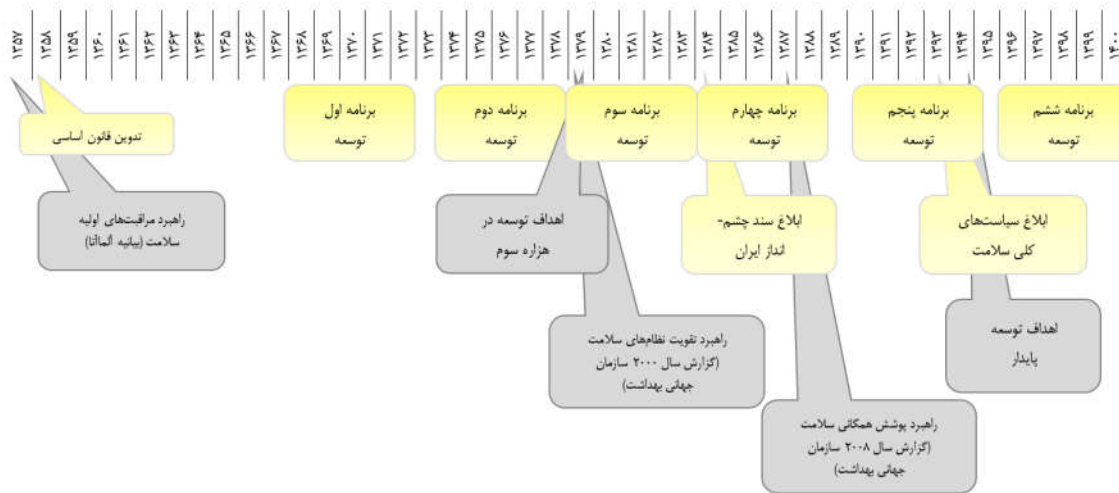
برنامه چهارم توسعه، برنامه‌ای متفاوت‌تر از سه برنامه قبلی بود. این برنامه با هدف تحقق سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ و پس از ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه توسط مقام رهبری تهیه و تصویب شد (توضیحات بیشتر در مورد سند چشم‌انداز در ادامه همین بخش آورده می‌شود). جهت‌گیری پیش‌بینی‌شده بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه از توسعه فیزیکی به عدالت در تأمین منابع مالی و دسترسی به خدمات سلامت تغییر کرد. همچنین اتخاذ رویکردهای بین‌بخشی برای ارتقای سلامت، مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس مواردی مانند کاهش مخاطرات سلامتی و امنیت غذایی، پایدارسازی فرایند تأمین منابع و مشارکت عادلانه مردم در آن و عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت، اولویت داشت. جهت‌گیری بخش سلامت در برنامه چهارم تا حد زیادی تحت تأثیر گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بود که در آن بر تقویت نظام سلامت جهت ارتقای عادلانه سلامت جامعه تأکید شد. همچنین هدف‌گذاری‌های آن به نحوی بود که بتواند اهداف توسعه‌ی هزاره سوم (Millennium Development Goals: MDGs) را پوشش دهد.

برنامه پنجم توسعه

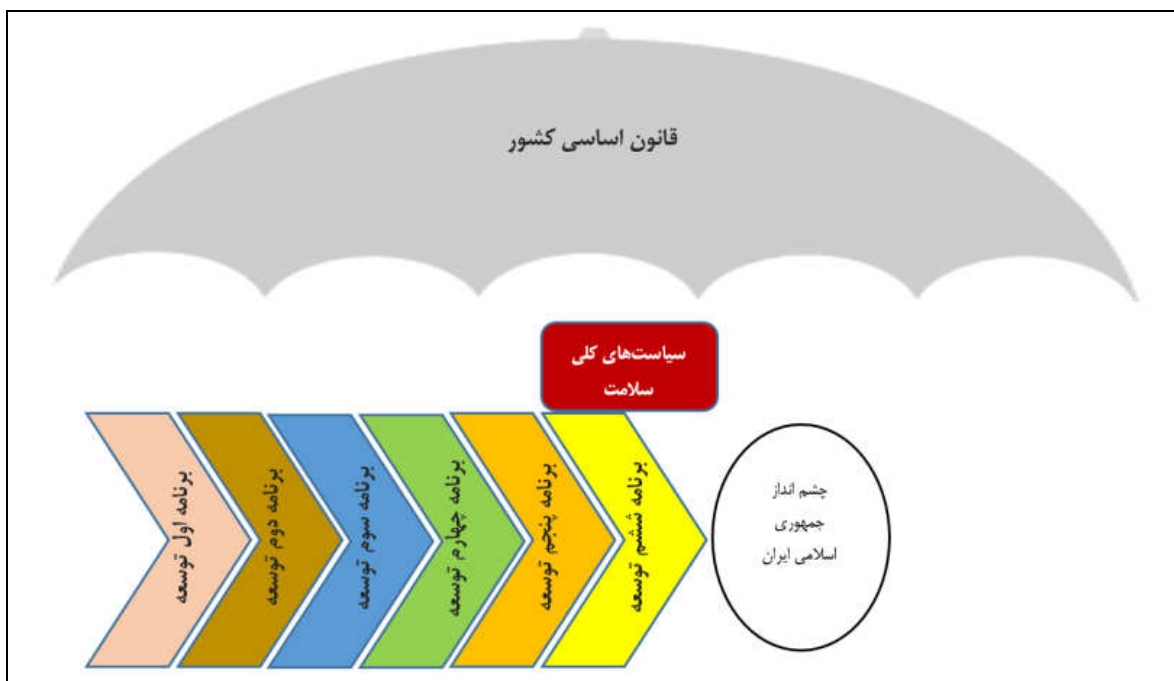
برنامه پنجم توسعه نیز مشابه برنامه چهارم بود و مواردی مانند اصلاح نظام سیاست‌گذاری و تأمین مالی، توسعه بیمه‌ها، کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت، ساماندهی نظام درمانی و جداسازی بخش دولتی از خصوصی که بشدت در هم تنیده بودند، در فهرست اولویت‌ها قرار گرفت. این اولویت‌ها عمدتاً متأثر از راهبرد پوشش همگانی سلامت بود.

برنامه ششم توسعه

برنامه ششم توسعه، زمانی تهیه و تصویب شد که برای نخستین بار در کشور، سیاست‌های کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شده بود. سیاست‌های کلی سلامت، جایگاه مهمی در جهت‌دهی به حرکت نظام سلامت دارد و توضیح بیشتر در مورد آن در ادامه آورده شده است. برنامه‌ی ششم آخرین برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی دولت تا زمان انتشار این کتاب است و برنامه هفتم نیز در دست تدوین است (اردیبهشت ۱۴۰۲). این برنامه با مینا قرار دادن جهت‌گیری‌های پیش‌بینی‌شده در سیاست‌های کلی سلامت که هم‌راستا با اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals: SDGs) است، راهکارها و ابزارهای اجرایی موردنیاز برای تسریع در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشور را نشان داده است. توالی زمانی برنامه‌های ملی و جهانی پیش‌گفت در شکل ۱ نشان داده شده است. با توجه به اینکه جهت‌گیری و تکالیف سال‌های آتی نظام سلامت برای تحقق چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور در برنامه ششم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت آمده است، بخش بعدی به تشریح این جهت‌گیری می‌پردازد.



شکل ۱: توالی زمانی برنامه‌های ملی و جهانی سلامت



شکل ۲: ارتباط مفهومی اسناد بالادستی سلامت کشور

سند چشم‌انداز و سیاست‌های کلی سلامت

سند چشم‌انداز در سال ۱۳۸۴ برای ایجاد انگیزه و روحیه بیشتر جهت تحقق اهداف توسعه‌ای در کشور تدوین شد. در این سند ویژگی‌های موردانتظار جامعه ایرانی در افق ۱۴۰۴ فهرست شده است. برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی و تأمین اجتماعی یکی از ویژگی‌های مطلوب جامعه ایران بود که تحقق آن غایت حرکت نظام سلامت کشور می‌باشد. از زمان انتشار این سند، دستیابی به چشم‌انداز ترسیم‌شده، یکی از مهم‌ترین اصولی بود که در تدوین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه چهارم، پنجم و ششم مدنظر قرار داده شد.

سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ ابلاغ شد. این سیاست‌ها به‌منظور روشن کردن مسیر دستیابی به چشم‌انداز و نیز در اختیار قرار دادن برخی چارچوب‌های کلی تصمیم‌گیری در مورد مداخلات برنامه‌های توسعه تهیه شد. سیاست‌ها مشتمل بر ۱۴ بند هستند و در آن سعی شده با توجه به وضعیت کشور در حوزه سلامت، تمامی جنبه‌های مورد نیاز برای تقویت نظام سلامت کشور، پوشش داده شود. ابلاغ این سیاست‌ها نقش مهمی در تحولات نظام سلامت و پیشبرد اهداف آن دارد. مرور تغییرات بعد از ابلاغ این سند، نشان می‌دهد سیاست‌گذاران و مدیران سلامت، تلاش کردند برنامه‌های خود را در راستای اجرایی شدن این سیاست‌ها تدوین نمایند.

اولویت‌های راهبردی نظام سلامت کشور

با توجه به دورنمایی که اسناد بالادستی برای نظام سلامت کشور ترسیم کرده‌اند لازم است بدانیم حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت کدامند و جهت‌گیری اصلی آن‌ها بر چه موضوعاتی تأکید دارند. موضوع مهمی است که اطلاع از آن می‌تواند همسویی و هم‌افزایی بیشتری برای حرکت هماهنگ در دستیابی به اهداف تعیین‌شده را تسهیل نماید. برای اطلاع از اولویت‌های راهبردی نظام سلامت و آگاهی از نحوه اجرایی کردن این اولویت‌ها، این بخش ابتدا به معرفی ارزش‌ها، اهداف میان‌مدت و مداخلاتی می‌پردازد که در سیاست‌های کلی سلامت برای حرکت نظام سلامت به سمت تحقق چشم‌انداز، پیش‌بینی شده است. سپس جهت آشنایی با چگونگی دستیابی به اهداف و اجرای مداخلات، اقدامات اجرایی مندرج در برنامه‌ی ششم توسعه بیان می‌شود.

ارزش‌ها

اصول ارزشی حاکم بر فعالیت‌های نظام سلامت را می‌توان در ۱۵ مورد خلاصه کرد (پانل ۱). در میان این ارزش‌ها، توجه به کیفیت خدمات و محصولات سلامت بیش از سایر موارد مورد توجه قرار دارد. استفاده از شواهد برای تصمیم‌گیری و عمل، عدالت، اولویت پیشگیری بر درمان، توجه به بهره‌وری، تأکید بر پاسخگویی، رعایت اخلاق حرفه‌ای و توجه به مناطق محروم در برخی بندها مورد تأکید به عنوان مفهوم اصلی قرار دارد. داشتن شفافیت، همکاری بین‌بخشی، رعایت اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی، توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر، نوآوری، اشتراک تجارب بومی و صیانت از حقوق مردم از دیگر ارزش‌هایی هستند که با فراوانی کمتر آمده است. با توجه به ارزش‌های حاکم بر فضای سیاست‌گذاری که بر کیفیت خدمات، تصمیم‌گیری آگاه از شواهد و عدالت‌محوری تأکید دارد، به نظر می‌رسد عمده‌ترین سیاست‌گذاری سلامت کشور و تصمیم‌گیری در مورد ساختار و نحوه ارائه خدمات **رویکرد اخلاقی لیبرال مساوات‌طلب**، دنبال می‌شود و تأمین عادلانه سلامت برای همه افراد جامعه توسط دولت، تعیین‌کننده رفتار نظام سلامت کشور است.

پانل ۱: ارزش‌های حاکم بر فعالیت‌های نظام سلامت با توجه به سیاست‌های کلی سلامت

توجه به کیفیت خدمات و محصولات (بندهای ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲)
استفاده از شواهد علمی در تصمیم‌گیری‌ها (بندهای ۲، ۸، ۹)
رعایت عدالت (بندهای ۸، ۹، ۱۳)
رعایت اخلاق حرفه‌ای (بندهای ۱، ۱۳)
اولویت‌پیشگیری بر درمان (بندهای ۲، ۸)
تأکید بر پاسخگویی (بندهای ۸، ۱۳)
توجه به بهره‌وری (بندهای ۸، ۹)
توجه به مناطق محروم (بندهای ۹، ۱۰)
رعایت اصول و ارزشهای انسانی اسلامی (بند ۱)
صیانت از حقوق مردم (بند ۲)
داشتن شفافیت (بند ۸)
توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر (بند ۸)
همکاری بین‌بخشی (بند ۱۱)
اشتراک تجارب بومی (بند ۱۲)
نوآوری (بند ۱۴)

اهداف میان‌مدت

در سیاست‌های کلی سلامت، اهداف پیش‌بینی‌شده برای دستیابی به جایگاه ایران در ۱۴۰۴ مشتمل بر ۹ مورد است (پانل ۲). در میان فهرست اهداف، ارتقای شاخص‌های سلامت کشور برای دستیابی به جایگاه برتر، افزایش عدالت و افزایش کیفیت و ایمنی خدمات سلامت بیشتر تأکید شده است. ارتقای سلامت روانی و معنوی جامعه، تحقق سلامت در همه سیاست‌ها، افزایش پاسخگویی نظام سلامت، بهبود حفاظت مالی و دستیابی به مرجعیت علمی از دیگر اهداف متصور برای نظام سلامت کشور می‌باشد. به نظر می‌رسد نوع هدف‌گذاری که در آن دستیابی به عادلانه‌ترین سطح سلامت همراه با بیشترین حفاظت مالی و پاسخگویی تأکید بیشتر شده، مقصدی است که می‌تواند پیشران خوبی برای اصلاحات سلامت و تقویت نظام سلامت فراهم آورد.

پانل ۲: اهداف میان‌مدت نظام سلامت با توجه به سیاست‌های کلی سلامت

ارتقای شاخص‌های سلامت کشور (بندهای ۲، ۱۰)
افزایش عدالت (بندهای ۷، ۱۰)
ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت (بندهای ۸، ۹)
بهبود سلامت معنوی (بند ۱)
تحقق سلامت در همه سیاست‌ها (بند ۲)
بهبود سلامت روانی (بند ۳)
افزایش پاسخگویی نظام سلامت (بند ۷)
افزایش حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت (بند ۹)
دستیابی به مرجعیت علمی (بند ۱۴)

مداخلات

مداخلات مندرج در سیاست‌های کلی سلامت برای تحقق سند چشم‌انداز را می‌توان در ۵ گروه طبقه‌بندی کرد (پانل ۳). به نظر می‌رسد مداخلات مربوط به بهبود نظام حکمرانی نظام سلامت بیشتر مورد توجه سیاست‌گذار بوده است.

پانل ۳: مداخلات مورد نیاز نظام سلامت با توجه به سیاست‌های کلی سلامت

بهبود نظام حکمرانی سلامت	استقرار خرید راهبردی
<ul style="list-style-type: none"> ○ کنترل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (بندهای ۲، ۶، ۱۲) ○ آگاه‌سازی مردم و توانمندسازی جامعه (بندهای ۱، ۱۱) ○ تصریح ضرورت تبیین نقش‌ها در تولید سلامت کشور (بندهای ۷، ۸) ○ تصریح مدل نظام سلامت کشور به صورت ارایه خدمات ترکیبی دولتی، خصوصی و عمومی (و بیمه پایه و مکمل) (بند ۷) ○ مدیریت ارایه خدمات از طریق تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی* و انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت* (بند ۸) ○ تدوین برنامه جامع مراقبتی و حمایتی برای جانبازان و معلولان (بند ۸) ○ اصلاح نظام‌های پایش و ارزیابی سلامت (بند ۲) ○ نظام ارایه خدمات ادغام یافته با آموزش پزشکی (بند ۸) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ اصلاح نظام بیمه‌گری سلامت (بندهای ۷، ۹) ○ مدیریت بازار تقاضای خدمات سلامت (بند ۵) ○ تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی* (بند ۸) ○ انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت* (بند ۸) ○ تدوین بسته خدمات سلامت (بند ۹) ○ تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت (بند ۹) ○ بازنگری در نظام پرداخت (بند ۹) ○ شفاف‌سازی درآمدها و هزینه‌ها (بند ۱۰)
بهبود ارائه خدمات سلامت	تحول در نظام نوآوری سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ○ ارائه خدمات جامع سلامت (بندهای ۱، ۷) ○ به‌روز کردن و ارتقای برنامه‌های سلامت (بند ۲) ○ ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی (بند ۳) ○ تأمین امنیت غذایی (بند ۶) ○ بهبود مکانیزم‌های ارائه خدمات سلامت (بند ۷) ○ اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع (بند ۸) ○ تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی* (بند ۸) ○ انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت* (بند ۸) ○ نهادینه نمودن ارایه خدمات طب سنتی ایرانی (بند ۱۲) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ شایسته‌پروری و شایسته‌گزینی (بندهای ۱، ۱۳) ○ افزایش کمی و کیفی زیرساخت‌های تولیدی (بند ۴) ○ توسعه کیفی و کمی آموزش علوم پزشکی (بند ۱۳) ○ تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی (بند ۱۴) ○ استفاده از ظرفیت دانشی طب سنتی ایرانی (بند ۸)
	ایجاد نظام سلامت تاب‌آور
	<ul style="list-style-type: none"> ○ حمایت از تولید داخل (بند ۵) ○ تأمین منابع مالی پایدار (بند ۱۰) <p>* مواردی که تکرار شده‌اند.</p>

در میان انواع مختلف این مداخلات، کنترل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، آگاه‌سازی مردم و توانمندسازی جامعه و تصریح ضرورت تبیین نقش‌ها در تولید سلامت کشور بیشتر تأکید شده است. گروه بعدی مداخلات برای تحقق چشم‌انداز، مداخلات مربوط به بهبود نظام ارائه خدمات سلامت است که مداخله ارائه خدمات جامع سلامت بیشترین تأکید را دارد. سومین گروه، مداخلات مربوط به استقرار خرید راهبردی خدمات سلامت می‌باشد که در آن به موضوعات مهم چه باید خرید؟ از چه کسی باید خرید و چگونه باید پرداخت را به ارائه‌دهنده خدمت انجام داد پرداخته شده است. مداخله اصلی این گروه بر اصلاح نظام بیمه‌گری کارکرد تامین منابع مالی متمرکز است. گروه چهارم مداخلات، تحول در آموزش و پژوهش علوم پزشکی کشور شامل مواردی مانند شایسته‌پروری و شایسته‌گزینی، افزایش کمی و کیفی زیرساخت‌های تولیدی، توسعه کیفی و کمی آموزش علوم پزشکی و استفاده از ظرفیت دانشی طب سنتی ایرانی است. مقاومت‌سازی نظام سلامت (ایجاد نظام سلامت تاب‌آور) آخرین گروه مداخلات پیشنهادی می‌باشد. تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت از طریق کاهش وابستگی به پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم، افزایش سهم بودجه عمومی سلامت و اعطای کمک هدفمند به بخش سلامت و نیز حمایت از تولید داخل و افزایش صادرات در این گروه مداخلات قرار دارند.

اقدامات

اقداماتی که در برنامه ششم توسعه تکلیف شده است با توجه به مداخلات موردنیاز نظام سلامت انتخاب شده است. انتظار می‌رود اجرای این اقدامات بتواند اهداف میان‌مدت سیاست‌های کلی سلامت را با رعایت ارزش‌های حاکم بر نظام سلامت محقق سازد و در نهایت زمینه‌ساز دستیابی به چشم‌انداز ۱۴۰۴ ایران در حوزه سلامت باشد. در جدول ۱ این اقدامات را به تفکیک مداخلاتی که در سیاست‌های کلی اشاره شده، ملاحظه می‌کنید. تأملی بر این اقدامات نشان می‌دهد آنچه ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در سه بعد پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و پوشش هزینه‌های سلامت نیاز دارد تا حد زیادی در اسناد بالادستی کشور اشاره شده و انجام آنها تکلیف شده است. البته مواردی مانند ارائه خدمات سلامت به گروه‌های آسیب‌پذیر، توانمندسازی جامعه و جلب بیشتر مشارکت آن‌ها در امور سلامت، توجه به مراقبت‌های توانبخشی و تسکینی (مدل‌های جدید ارائه خدمت) و بهره‌گیری از ظرفیت ادغام آموزش پزشکی برای ارائه خدمات سلامت مداخلاتی هستند که لازم بود برای تحقق آن‌ها اقدامات عملیاتی‌تری در نظر گرفته می‌شد.

شایان ذکر است که برتری این دیدگاه اخلاقی در نظام سلامت ایران در اسناد بالادستی دیگر نیز مشاهده می‌شود. به‌طور مثال، اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از تأمین اجتماعی و نیاز به خدمات بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه را حقی همگانی دانسته و دولت را موظف کرده است خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند. در سند چشم‌انداز ایران تا سال ۱۴۰۴ نیز ویژگی‌هایی از جمله برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب برای جامعه آرمانی ایران در نظر گرفته شده است. پیشینه‌ی تحولات نظام سلامت کشور هم نشان می‌دهد بیشتر سیاست‌گذاران سلامت در تصمیم‌گیری‌های خود از دیدگاه فوق الهام می‌گیرند.

جدول ۱: اقدامات اصلی موردنیاز نظام سلامت با توجه به برنامه ششم توسعه

اقدامات موردنیاز نظام سلامت (براساس برنامه ششم توسعه)	مداخلات موردنیاز نظام سلامت (براساس سیاست‌های کلی سلامت)	
<p>تشکیل و تقویت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور؛ تکمیل، تجهیز و ارتقاء خدمات مراکز بهداشتی و درمانی توسط شرکت‌های ملی نفت و گاز و معادن ایران در مناطق نفت‌خیز و معدنی؛ تهیه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف توسط وزارت بهداشت؛ تمرکز سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ محوریت وزارت بهداشت در مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه‌ای؛ تدوین فهرست رسمی داروهای ایران توسط سازمان غذا و دارو؛ واگذاری امور تصدی‌گری؛ الزام به رعایت تعرفه‌های مصوب دولت و خطمشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط همه ارائه‌دهندگان؛ پیروی کلیه ارائه‌کنندگان خدمات و بیمه‌ها از خطمشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ممانعت از اشتغال همزمان پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی هستند در بخش خصوصی؛ مجازات تجویز داروهای خارج از فهرست داروهای رسمی ایران؛ ایجاد تناسب در کیفیت و کمیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور.</p>	<p>کنترل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛ آگاه‌سازی مردم و توانمندسازی جامعه؛ تصریح ضرورت تبیین نقش‌ها در تولید سلامت کشور؛ تصریح مدل نظام سلامت کشور به صورت ارایه خدمات ترکیبی دولتی، خصوصی و عمومی (و بیمه پایه و مکمل)؛ مدیریت ارایه خدمات از طریق تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی و انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت؛ تدوین برنامه جامع مراقبتی و حمایتی برای جانبازان و معلولان؛ اصلاح نظام‌های پایش و ارزیابی سلامت؛ نظام ارایه خدمات ادغام یافته با آموزش پزشکی.</p>	<p>بهبود نظام حکمرانی سلامت.</p>
<p>نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده با بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، سطح-بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد؛ ارتقای سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان؛ ارتقای برنامه ایمن‌سازی کودکان تا حد و تراز کشورهای توسعه یافته؛ ارائه خدمات الکترونیکی سلامت؛ بررسی تمامی زوجین به منظور شناسایی در موارد در معرض خطر اختلالات ژنتیک در قالب شبکه بهداشت و درمان؛ سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده؛ استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی.</p>	<p>ارائه خدمات جامع سلامت؛ به‌روز کردن و ارتقای برنامه‌های سلامت؛ ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی؛ تأمین امنیت غذایی؛ بهبود مکانیزم‌های ارائه خدمات سلامت؛ اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع؛ تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی؛ انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت؛ نهادینه نمودن ارایه خدمات طب سنتی ایرانی.</p>	<p>بهبود ارائه خدمات سلامت.</p>

<p>اجباری کردن پوشش بیمه سلامت برای همه؛ اتکای بیمه اجباری بر درآمد؛ تعیین حق بیمه‌های سلامت؛ پرداخت یارانه دولت برای حق سرانه بیمه افراد نیازمند؛ واریز نمودن حق بیمه پایه سلامت (سه‌م بیمه‌شده) توسط دستگاه‌های اجرایی؛ ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای؛ اختصاص حمایت بیمه‌ای سازمان غذا و دارو صرفاً به داروهای ژنریک؛ تشکیل پایگاه اطلاعاتی برخط بیمه‌شدگان درمان کشور؛ ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات؛ الزام به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای ژنریک ایران؛ پیشنهاد بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیات وزیران تعیین و ابلاغ آن؛ بازنگری مداوم تعرفه‌های پزشکی توسط شورای عالی بیمه سلامت؛ ممنوعیت عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین‌شده برای خدمات سلامت مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکت بیمه‌های تجاری و صندوق‌های بیمه‌ی پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان.</p>	<p>اصلاح نظام بیمه‌گری سلامت؛ مدیریت بازار تقاضای خدمات سلامت؛ تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی؛ انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت؛ تدوین بسته خدمات سلامت؛ تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت؛ بازنگری در نظام پرداخت؛ شفاف‌سازی درآمدها و هزینه‌ها.</p>	<p>استقرار بیمه راهبردی</p>
<p>اختصاص حداقل ۳٪ درصد ظرفیت پذیرش دستیار تخصصی به رشته طب سنتی؛ تامین نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی سازمان تامین اجتماعی براساس تفاهم و همکاری متقابل آن سازمان با اولویت مناطق محروم توسط وزارت بهداشت؛ حمایت از ایجاد شهرک‌های دانش بنیان سلامت.</p>	<p>شایسته‌پروری و شایسته‌گزینی؛ افزایش کمی و کیفی زیرساخت‌های تولیدی؛ توسعه کیفی و کمی آموزش علوم پزشکی؛ تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی؛ استفاده از ظرفیت دانشی طب سنتی ایرانی.</p>	<p>تحول در نظام نوآوری سلامت</p>
<p>حمایت از ایجاد شهرک‌های دانش بنیان سلامت؛ برقراری مالیات بر تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی و الزام سازمان امور مالیاتی به وصول این مالیات‌ها و اختصاص آن به بخش سلامت؛ افزایش ۱۰٪ حق‌التحریر ثبت طلاق و تخصیص منابع حاصله جهت کمک به تامین هزینه آزمایش ژنتیک هنگام ازدواج.</p>	<p>حمایت از تولید داخل؛ تأمین منابع مالی پایدار.</p>	<p>ایجاد نظام سلامت تاب‌آور</p>

سیاست‌های کلی سلامت و تعهدات جهانی سلامت

میزان توسعه‌ی کشورها نقش کلیدی در کسب قدرت، نفوذ و تعیین جایگاه کشورها در نظام بین‌الملل دارد. به همین دلیل کشورهای دنیا همواره در تلاش‌اند با یک برنامه‌ریزی جامع زمینه‌ساز توسعه پایدار خود در

ابعاد مختلف اقتصادی، سیاسی و فرهنگی باشند. از نظر تاریخی، به جرات می‌توان آغاز قرن بیست و یکم را نقطه عطفی در اعلام جنبش جهانی برای دستیابی به توسعه دانست که با تصویب دو سند اهداف توسعه هزاره سوم در سال ۲۰۰۰ و اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ همگان را به تلاش برای توسعه پایدار متعهد ساخت. اهداف توسعه هزاره سوم ۸ هدف کلی داشت که تا سال ۲۰۱۵ باید محقق می‌شد. ۳ هدف از این ۸ مورد ارتباط مستقیم با سلامت داشت و شاخص‌هایی که برای سنجش دستیابی به این اهداف در نظر گرفته شد، بیشتر از جنس شاخص‌های پیامدی نظام سلامت بود. تحلیل وضعیت پیشرفت اهداف توسعه در سال ۲۰۱۵ مبین بهبود قابل توجه، به ویژه در زمینه‌های کاهش فقر، بهبود آموزش و افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم بود. در مورد سه هدف مرتبط با سلامت نیز نتایج چشمگیری گزارش شد. در ادامه هدف‌گذاری بلندمدت، سال ۲۰۱۵ اهداف توسعه پایدار که مشتمل بر ۱۷ هدف کلی است تدوین و دستیابی به آن تا سال ۲۰۳۰ تعهد شد. از میان این اهداف، هدف شماره ۳ به سلامت مربوط می‌باشد و با تجربه‌ای که در تدوین شاخص‌های سنجش به دست آمده بود، علاوه بر شاخص‌های پیامدی، شاخص‌های مرتبط با تقویت نظام سلامت در جهت تحقق پوشش همگانی سلامت نیز در فهرست اعلامی گنجانده شد. با در نظر داشتن این دو سند جهانی و جهت‌دهی که برای نظام‌های سلامت دنیا اعلام شده، موضوعی که در اینجا می‌خواهیم بدان بپردازیم مقایسه‌ای بین اولویت‌های تعیین شده در سیاست‌های کلی سلامت کشور با این تعهدات جهانی است.

سیاست‌های کلی سلامت زمانی ابلاغ شد که تقریباً یک‌سال به پایان دوره تعیین شده برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره سوم مانده بود. از طرفی یک‌سال زودتر از اعلام اهداف توسعه پایدار ابلاغ شد. به نظر می‌رسد با توجه به موفقیت‌های ایران در دستیابی به اهداف توسعه هزاره سوم به ویژه در شاخص‌های کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود سلامت مادران و مبارزه با ایدز، مالاریا و دیگر بیماری‌ها و چالش‌هایی که نظام سلامت کشور داشت، تدوین سند سیاست‌ها و تعیین اولویت‌ها دو ویژگی اصلی به شرح زیر دارد:

- اهداف تعیین شده در متن سیاست‌ها (پانل ۲)، در تداوم تأکیدی است که اهداف توسعه هزاره بر شاخص‌های پیامدی سلامت داشت. همچنین اهداف مذکور و اهداف توسعه پایدار همخوانی دارند؛
- اولویت‌هایی که در متن سیاست‌ها برای نظام سلامت کشور معرفی شده (پانل ۳) و فعالیت‌هایی که برنامه ششم توسعه در راستای اجرای اولویت‌ها فهرست کرده (جدول ۱)، توانسته آنچه برای دستیابی به بخشی از اهداف توسعه پایدار که بر تقویت نظام سلامت و تحقق پوشش همگانی سلامت تأکید دارد، را پوشش دهد.

بنابراین می‌توان گفت، اولویت‌های کنونی نظام سلامت کشور به خوبی در سیاست‌های کلی سلامت ترسیم شده و تلاش برای اجرایی کردن آن نه تنها پاسخ مناسبی برای حل مشکلات کنونی نظام سلامت است و می‌تواند ما را در تحقق سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ در بخش سلامت یاری برساند، بلکه به جهت هم‌راستایی با جهت‌گیری‌های جهانی، قادر است در عمل به تعهدات بین‌المللی به ما کمک نماید.

جمع‌بندی

اگر نگاهی گذرا به گزارش‌های مربوط به تحلیل وضعیت کنونی نظام سلامت داشته باشیم و با تجربه-

هایی که کشورهای موفق در دستیابی به اهداف سلامت داشته‌اند نیز آشنا باشیم، خواهیم یافت آنچه به عنوان اولویت و جهت حرکت نظام سلامت ما در اسناد بالادستی تعیین شده، تا حد قابل قبولی منطبق بر نیازی است که کشور برای پر کردن فاصله خود تا تحقق سند چشم‌انداز دارد. این جهت‌دهی همان است که نظام سلامت را به بهبود نظام حاکمیتی سلامت، اصلاح نظام تامین مالی سلامت و توسعه و بهبود پوشش خدمات سلامت توصیه می‌کند. حال آنچه اهمیت و ضرورت پیدا می‌کند عزم جدی برای اجرایی شدن این اولویت‌ها از طریق مکانیزم‌های درست اجرا، پایش و نهادینه کردن تغییرات است که توصیه می‌شود به صورت فعالانه‌تری از سوی مسوولان و متولیان سلامت پیگیری شود. زیرا بدون انجام آنها نمی‌توان در جهت ارتقای نظام سلامت کشور اقدامی مؤثر و پایدار را انجام داد. بدون شک بی‌توجهی به اعمال این تغییرات در زمان حال، در آینده‌ای نه چندان دور مشکلات عملکردی جدی برای نظام سلامت به همراه خواهد داشت.

در مورد اجرا ذکر دو نکته لازم است. اول اینکه نحوه و کلیات چگونگی اقدام (تکلیف) در خصوص همه مداخلات روشن نمی‌باشد. در حالی که برخی از مداخلات و تغییراتی مورد نیاز کاملاً مشخص شده، گروه دیگری از مداخلات هستند که با وجود درک نیاز به اصلاح، تکلیف روشنی برای اعمال تغییرات لازم وجود ندارد. از گروه اول می‌توان به مدل نظام سلامت کشور به صورت ارایه خدمات ترکیبی دولتی، خصوصی و عمومی (با بیمه پایه و مکمل)، تداوم ادغام نظام آموزش پزشکی با ارایه خدمات سلامت، اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع، تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی، انجام ارزیابی فناوری‌های سلامت، تدوین بسته خدمات سلامت و یا تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت اشاره کرد. بنابراین بدون هیچ‌گونه درنگ و با پیروی از یک الگوی درست تدوین برنامه عملیاتی و اجرای صحیح، این موارد باید نهادینه شوند و بر اساس گزارش‌های ارزیابی دوره‌ای، اصلاحات لازم انجام گیرد. از گروه دوم به عنوان نمونه می‌توان به تصریح ضرورت تبیین نقش‌ها در تولید سلامت کشور، اصلاح نظام‌های پایش و ارزیابی سلامت، اصلاح نظام بیمه‌گری سلامت، مدیریت بازار تقاضای خدمات سلامت و یا بازنگری در نظام پرداخت اشاره کرد. به نظر می‌رسد تاثیرپذیری بیشتر این دسته از مداخلات از بازنگری ذینفعان مختلف، نوعی ابهام در نحوه عمل را موجب شده باشد. بنابراین با توجه به ضرورت شفافیت بیشتر در تعیین حدود و مرزهای تکالیف و اختیارات، کارشناسی‌های بیشتری برای پاسخگویی به اینکه چگونگی انجام کار در این مداخلات باید چگونه باشد مورد نیاز است.

نکته دوم به پایش و ارزیابی اجرای اقدامات مربوط می‌باشد. می‌دانیم تحقق چشم‌انداز و رسیدن به وضعیت مطلوب ترسیم‌شده در آن، به ویژه در درازمدت، اقدامی پیچیده و دشوار می‌باشد. از این رو همواره توصیه می‌شود در کنار هدف‌گذاری برای آینده، آگاهی از مقدار پیشرفت در دستیابی به این اهداف و اطلاع از چالش‌ها و موانع اجرا بررسی شود. برای کسب این آگاهی و اطلاع به یک نظام جامع ارزیابی نیاز است. نیازی که به نظر می‌رسد با گذشت زمان قابل توجهی از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت کمتر بدان پرداخته شده است. با درک این مسأله نگارندگان این فصل مطالعه‌ای را جهت شناسایی شاخص‌های ارزیابی کمی پیشرفت سیاست‌های کلی سلامت انجام دادند. در این مطالعه ۵۷ شاخص برای ارزیابی کمی پیشرفت به تفکیک هر بند و ۱۳ شاخص نهایی برای ارزیابی کمی پیشرفت کل سیاست‌ها به صورت یک مجموعه پیشنهاد شده است (فهرست ۱۳ شاخص در

پانل ۴ آمده است). این فهرست شاخص‌ها اگرچه به صورت کاربردی و با توجه به نظام‌های اطلاعات سلامت موجود می‌تواند سیاست‌های کلی سلامت را ارزیابی می‌نماید، اما نمی‌توان مدعی شد فهرست جامع و کاملی بوده و قادر است همه ابعاد پیشرفت و توسعه را در سطح کلان نشان دهد. با این حال این نقطه ضعف نباید مانعی برای شروع ارزیابی باشد. بلکه بهتر است با همین فهرست اولیه ارزیابی انجام گیرد و ضمن تلاش برای رفع کاستی‌های آن، اقدام به تهیه فهرست جامعی از شاخص‌ها، متناسب با مفاهیم مندرج در سیاست‌ها و پوشش‌دهنده همه ابعاد رشد و پیشرفت کشور، نمود و تسهیل‌گر ارتقا و تکامل این نظام در طول زمان شد.

پانل ۴: شاخص‌های پیشنهادی برای ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت بر اساس جهت‌گیری سیاست‌ها

۱. امید زندگی و نسبت آن به کل هزینه‌های سلامت (شاخص کارایی)
۲. سطح سواد سلامت مردم
۳. شیوع افسردگی
۴. سطح سلامت معنوی جامعه
۵. نسبت طلاق ثبت شده به ازدواج
۶. فراوانی جمعیت همراه با عدم امنیت غذایی متوسط یا شدید، بر اساس مقیاس تجربه ناامنی غذایی
۷. مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا
۸. میزان پاسخگویی/رضایت نظام سلامت
۹. نسبت خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن به تفکیک و به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی
۱۰. نسبت بودجه تأمین‌شده از محل عوارض اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به کل بودجه عمومی دولت
۱۱. میانگین و انحراف معیار امتیاز شاخص رفتار و منش حرفه‌ای
۱۲. نسبت میزان صادرات دارویی به واردات دارویی (درصد)
۱۳. نسبت درآمد حاصل از فروش محصولات و خدمات دانش‌بنیان سلامت به واردات

پیوست. متن سیاست‌های کلی سلامت.

- ۱ - ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه.
- ۱-۱ - ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.
- ۱-۲ - آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.
- ۲ - تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:
 - ۲-۱ - اولویت پیشگیری بر درمان.
 - ۲-۲ - روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
 - ۲-۳ - کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
 - ۲-۴ - تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

- ۲-۵ - ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
- ۲-۶ - اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.
- ۳ - ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.
- ۴ - ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.
- ۵ - ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.
- ۶ - تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.
- ۷ - تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل
- ۷-۱ - تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۷-۲ - مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.
- ۷-۳ - تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.
- ۷-۴ - هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.
- ۸ - افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق:
- ۸-۱ - ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.
- ۸-۲ - افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها.
- ۸-۳ - تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان.

- ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف :
- ۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
 - ۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
 - ۹-۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
 - ۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
 - ۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
 - ۹-۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
 - ۹-۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.
- ۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:
- ۱۰-۱- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.
 - ۱۰-۲- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.
 - ۱۰-۳- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.
 - ۱۰-۴- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.
- ۱۱- افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.
- ۱۲-۱- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۱۲-۲- استاندارد سازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.
 - ۱۲-۳- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.
 - ۱۲-۴- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.
 - ۱۲-۵- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی
 - ۱۲-۶- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.

۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.

۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

منابع

۱. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، ۱۳۹۰.
2. Health Systems Strengthening Glossary. Available at http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/
۳. ملکی م، طبیبی ج. برنامه‌ریزی استراتژیک، تهران: ترمه، ۱۳۹۵.
4. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance, World Health Organization, 2000.
5. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies, World Health Organization, 2010.
6. Pyone T, Smith H, van den Broek N. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. Health policy and planning, 2017;32(5):710-22.
۷. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۵۸.
۸. اخوان بهبهانی ع. مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۲؛ ۳۱(۲): ۱۱۲-۱۰۵.
9. World Health Organization. Alma Ata Declaration, Geneva: World Health Organization, 1978.
10. World Health Organization. Millennium development goals, 2008.
۱۱. سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴، ۱۳۸۴.
12. World Health Organization. The world health report: Health Systems Financing: the path to universal Coverage, World Health Organization, 2010.
۱۳. سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳.
۱۴. سجادی ح، حسینی م، دهقانی آ، زندیان ح، خدایاری زرنق، حسینی س. طرح تحقیقاتی تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶.
۱۵. مهدوی م، سجادی ح س، غریب‌ناصری ز، مجدزاده ر. ساختار و حاکمیت نظام سلامت در ایران. دیده بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی. ویراستاران: حریری ا، مجدزاده ر، احمدنژاد ا، عبدی ژ. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶: ۵۶-۳۷.
16. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals, World Health Organization, 2015.
۱۷. سجادی ح، میرزایی ه، تبریزی ن، دهنویه ر، جولایی ح، مجدزاده ر. شاخص‌های رصد کلان سیاست‌های کلی سلامت جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه ارتقای سلامت. سال دوم، شماره اول (شماره پی درپی دو)، خرداد ۱۳۹۷ صفحات ۹۳-۷۱.