

بنام خدا

بهره وری در نظام سلامت ایران

عبدالحمید اشراق نیا جهرمی × - منیره حسینی خامنه ××

چکیده:

نظام سلامت که برآورنده اصلی ترین نیاز هر جامعه است، تمامی فعالیت های تأمین، حفظ و ارتقای سلامت را

در بر می گیرد.

این مقاله ابتدا به تعریف نظامهای سلامت و پس از آن به اهمیت و نقش آنها در توسعه پایدار می پردازد. در ادامه ساختار

نظام سلامت ایران و برخی نظامهای سلامت مطرح در جهان و نیز ساختار منتخب نظام سلامت از سوی سازمان بهداشت جهانی

مطرح می شود. نقش مدیریت و فرایند آن در سلامت و بهره وری به عنوان ابزاری حیاتی در رشد، تعالی و بقای تمام نظام ها ،

به خصوص نظامهای سلامت ، بحث اصلی این مقاله است. در این راستا، تعریف جدیدی برای بهره وری نظام های سلامت مطرح

گردیده و ضمن بیان شاخص های سنجش کلی و جزئی آن، بر شاخص عملکرد کلی نظام سلامت به عنوان ابزار اصلی سنجش

بهره وری در این نظام، تأکید می شود. مدل ارائه شده در مقاله، به فهم و تجسم بهتر نظام سلامت و سنجش بهره وری آن کمک

می کند.

وضعیت شاخص های ایران در منطقه و جهان بررسی شده و پس از درک جایگاه واقعی آن، راهکارهایی برای بهبود وضعیت فعلی، ارائه می گردد.

کلید واژه: نظام سلامت، بهره وری، شاخص، ساختار، اهداف، منابع

× دکترای مهندسی صنایع و عضو هیئت علمی دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه صنعتی شریف.
×× دانشجوی دکتری مهندسی صنایع، دانشگاه تربیت مدرس.

مقدمه

نظام سلامت که هر گونه فعالیتی با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم را شامل می شود؛ قلمرویی بسیار وسیع و گسترده داشته و چیزی فراتر از یک دستگاه اداری و یا یک وزارتخانه را در بر می گیرد. آنچه که نظام سلامت را مهم تر از سایر نظام ها قرار می دهد، "سلامت" به عنوان هدف غایی و نهایی آن است، چرا که اولاً: سلامت یکی از حقوق اساسی بشر بوده و رسیدن به بالاترین سطح ممکن آن، مهمترین هدف اجتماعی بشمار می رود و در قانون اساسی جمهوری اسلامی توجه به سلامت انسانها و بهداشت و درمان، از نیازهای اساسی جامعه شناخته شده است (۱).

ثانیاً: در راستای شعار "انسان سالم، محور توسعه پایدار" (۲)، رشد و توسعه پایدار هر کشور در تمامی زمینه ها، در گروی سلامت تک تک افراد آن جامعه است. از آنجا که هدف توسعه، امکان دادن به مردم است تا زندگی خود را از نظر اقتصادی مولد و از نظر اجتماعی، رضایت بخش سازند، لذا هر گونه خدشه و اختلال در سلامتی انسان ها منجر به اختلال در روند

توسعه شده و می تواند باعث به وجود آمدن هزینه ها و آسیب های اقتصادی گردد. از طرفی، مواهب توسعه تنها برای رفاه و آسایش انسان سالم مفید بوده و انسان بیمار قادر به استفاده از آن نیست. بدون شک، با رشد روزافزون جمعیت و افزایش سطح کمی و کیفی تقاضا و از سوی دیگر محدودیت منابع در دسترس، بهره وری به تدبیری اساسی در جهان امروز مبدل گشته و با استفاده کارا و اثربخش از منابع موجود، دستیابی به اهداف را بیش از پیش ممکن می سازد. نظام سلامت نیز به عنوان یکی از حیاتی ترین و اصلی ترین نظام های کشور، از این قاعده مستثنی نبوده و نیازمند شناخت و اجرای صحیح بهره وری در ساختار خود می باشد.

روش کار:

در این تحقیق، نظام سلامت ایران و برخی نظام های سلامت مطرح در جهان مورد بهینه کاوی^۱ قرار گرفتند تا وضع موجود^۲ مشخص شود. سپس با مطالعه مفهومی^۳ و با تکیه بر گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با ارتقای نظام های سلامت و همچنین با بررسی مدل های مدیریتی مطرح و جدید در دنیا، وضع مطلوب^۴ در این نظام، معرفی شده و مدل مفهومی جدیدی برای سنجش بهره وری در نظام سلامت، ارائه شد. سپس با رویکرد سیستمی^۵، وضع موجود و وضع مطلوب مورد مقایسه قرار گرفته و با توجه به اختلاف میان آنها، مشکلات موجود شناسایی شدند. در آخر، پس از بررسی راهکارهای ارائه شده از سوی افراد خبره و تحلیل آنها، راهکارهایی مؤثر در جهت بهبود مشکلات شناسایی شده در قسمت قبل، معرفی شدند.

ساختار نظام سلامت در ایران:

¹ Benchmarking
² Current state
³ Conceptual study
⁴ Desired state
⁵ System approach

گرچه سازمان ها و وزارتخانه های بسیاری نظیر سازمان برنامه و بودجه، وزارت کشور، وزارت امور اقتصادی و دارایی وزارت جهاد کشاورزی و... (۳)، به شکل مستقیم یا غیرمستقیم در سلامت کشور تأثیر گذارند، لکن نقش اصلی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در کشور برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. تشکیلاتی که اولین بار در سال ۱۳۲۰ با عنوان وزارت بهداشتی شکل گرفت و از آن زمان تاکنون بارها دچار تغییرات اساسی در ساختار خود شده و نهایتاً در سال ۱۳۶۴، با عنوان فعلی آن معرفی شد و هم اکنون با پنج معاونت سلامت، آموزش و امور دانشگاهی، توسعه مدیریت و منابع و امور مجلس، تحقیقات و فناوری و معاونت امور هماهنگی به کار خود ادامه می دهد (۴). هدف از تشکیل این وزارتخانه، فراهم آوردن موجبات تأمین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی بوده و این هدف با همکاری سازمان ها و مؤسساتی نظیر سازمان بهزیستی، انتقال خون، تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، جمعیت هلال احمر و انستیتو پاستور ایران صورت می پذیرد.

عرضه خدمات بهداشتی و درمانی در ایران توسط بخش دولتی، خصوصی و مؤسسات خیریه و زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تکیه بر قانون بیمه همگانی انجام می گیرد و برنامه ریزی برای توسعه و تأمین نیروی انسانی متخصص در امور پزشکی و ارتقای کمی و کیفی آن و انجام امور پژوهشی و تحقیقاتی، برعهده دانشگاه های علوم پزشکی و دیگر سازمان های مسئول در این وزارتخانه است. امور سلامت با اولویت بهداشت بر درمان در چهار سطح زیر صورت می پذیرد: الف: خانه ها و پایگاه های بهداشت. ب: مراکز بهداشت و درمان روستائی، شهری و شهری- روستائی.

ج: مراکز بهداشت شهرستان ها و بیمارستان های عمومی و تخصصی. د: شبکه های بهداشت و درمان، که مورد آخر بر تمام موارد قبل نظارت داشته و زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی هر استان قرار دارد. امور درمان و دارو، بسته به نوع خدمت درمانی مورد نیاز (سرپایی، بالینی) با استفاده از خدمات مراکز و پایگاه های فوریت پزشکی در منازل صورت گرفته و یا

بمراجعه مستقیم به مراکز درمانی و فوریت پزشکی بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی صورت می پذیرد.

دانشگاه های علوم پزشکی نیز با پرورش استعدادها، ایجاد امکانات تحقیقی و پژوهشی و با گسترش و تعمیم امکانات بهداشتی و درمانی در سطح جامعه، به تأمین نیروی انسانی متخصص و ارتقای سلامت در کشور کمک می کنند.^(۵)

تأمین مالی نظام سلامت در ایران مختلط بوده و هزینه های آن توسط عوامل مختلف نظیر دولت، بیمه ها، بخش خصوصی و بخش خارجی و از منابع متعدد تأمین مالی مثل بخش عمومی و درآمدهای دولت، بخش خصوصی و مؤسسات انتفاعی و خیریه، خانوار و کارفرمایان، جمع آوری می شود. البته در ایران میزان اتکا به کمک های خارجی بسیار پایین است.

این هزینه ها به ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی نظیر بیمارستان ها، مراکز بهداشتی، آزمایشگاه ها، مطب ها، تولید کنندگان تجهیزات پزشکی و... تعلق گرفته و صرف مراقبت های بهداشتی و درمانی، بهداشت محیط، بهبود تغذیه، تجهیزات پزشکی، مدیریت بهداشت، تحقیق و توسعه و... می گردد. در سال ۲۰۰۱، ۶/۳٪ از تولید ناخالص داخلی ایران (GDP)^۶، صرف سلامت کشور شده است^(۶).

ساختار برخی از نظام های سلامت در جهان

در سایر کشورهای جهان، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت به شکل های مختلفی صورت می پذیرد:

نظام سلامت در ایالات متحده آمریکا: در این کشور، وزارتی تحت عنوان "سلامت و خدمات انسانی"^۷ وجود دارد که در کابینه رئیس جمهور و زیر نظر او فعالیت های بهداشتی و درمانی را به عهده دارد. ولی نقش مستقیم حکومت در سلامت، نسبت به کشورهایی مانند انگلستان که سرویس سلامت ملی (NHS)^۸ دارند، بسیار کمتر بوده و اغلب فعالیت های بهداشتی و درمانی، به شکل خصوصی و غیردولتی صورت می گیرد. بودجه سلامت در آمریکا، از بخش خصوصی و منابع عمومی (حکومت فدرال، حکام ایالتی و محلی) تأمین می شود که بیشتر بار تأمین بودجه بر دوش بخش خصوصی است. ساختار

⁶ Gross Domestic product

⁷ Health and human services

⁸ National Health Service

نظام سلامت در آمریکا از پنج قسمت اصلی تشکیل شده است: الف- مؤسسات سلامت مثل بیمارستان های دولتی (فدرال،

ایالتی ومحلی) وبیمارستان های خصوصی. ب- کارکنان سیستم سلامت مثل پزشکان، دندانپزشکان، پرستاران وتکنسین ها

ج- صنعت سلامت وشرکت های تولید تجهیزات پزشکی مثل محصولات تشخیصی، آزمایشگاهی، رادیولوژی وانستیتویی

د- تولید دانش زیست پزشکی و دانش کارکنان نظام سلامت که از طریق بیش از ۱۴۱ دانشکده پزشکی معتبر که درجه

MD^۹ یا DO^{۱۰} اعطا می کنند، انجام می گیرد.

ه- تأمین مالی نظام سلامت که از طریق دولت، بخش خصوصی، شرکت های بیمه و مؤسسات خیریه صورت می پذیرد.

از طرح ها وبرنامه های سلامت در این کشور می توان از مدیریت واجرای بیمه پزشکی سالمندان^{۱۱} بیمه بهداشتی مستمندان^{۱۲}

که برعهده دولت بوده و۱۷۲ مرکز پزشکی را به خود اختصاص داده اند، نام برد. همچنین، طرح پیوند آبی- پشتیبان آبی^{۱۳}

متشکل از ۶۰ برنامه مستقل وطرح مراقبت مدیریت شده^{۱۴}، ازطرح های سلامت در این کشور به شمار می روند. در آمریکا

برای کاهش هزینه های سلامت وسودآوری آن، گام های اساسی برداشته شده که از آن جمله می توان به مهندسی مجدد^{۱۵}،

استفاده از سیستم های روباتیک وبهره گیری از فناوری اطلاعات(IT)^{۱۶} اشاره کرد که ابزارهای مهمی در جهت کنترل و

افزایش کیفی و کمی فعالیتهای بهداشتی و درمانی و در نتیجه کنترل هزینه ها بوده اند(7). در سال ۲۰۰۱/۹/۱۳٪ از تولید ناخالص

داخلی آمریکا صرف سلامت آن شده است(۶).

نظام سلامت در انگلستان: در انگلستان، سیستمی تحت عنوان سرویس سلامت ملی (NHS) وجود دارد که در رأس آن

⁹ Medicine Doctor

¹⁰ Doctor

¹¹ Medicare

¹² Medicaid

¹³ Blue cross-blue shield

¹⁴ Managed care

¹⁵ Reengineering

¹⁶ Information Technology

وزیر سلامت به عنوان مسئول اداره سلامت کشور و پاسخگو به پارلمان و مجلس قرار گرفته است. دپارتمان سلامت متشکل از ۲۸ کارشناس استراتژی، برنامه های سلامت برای هر ناحیه را تدوین کرده و مدیر عامل سرویس سلامت ملی، مسئولیت این برنامه ها را به عهده دارد. خدمات سلامت در انگلستان به دودسته "اولیه" و "ثانویه" تقسیم می شوند. خدمات اولیه را پزشکان عمومی دندانپزشکان، داروسازان، بینایی سنج ها، پرستاران بخش و... ارائه داده، اما خدمات ثانویه تخصصی تر بوده و کمتر مورد استفاده قرار می گیرند و بیمارستان ها، آمبولانس ها، خدمات بیماران روانی و کم توان های ذهنی را نیز شامل می شوند.

بودجه سرویس سلامت ملی از مالیات تأمین شده و استفاده از خدمات آن رایگان است. امتیاز این نظام آن است که هیچ تأخیری به جهت امور مالی در ارائه خدمت به بیماران به وجود نمی آورد. از دیگر امتیازات این سیستم می توان به ارزان بودن، همگانی بودن و نبود مشکلات بیمه ای در آن اشاره نمود. با این وجود انتقادهایی نیز متوجه این نظام می باشد که از آن جمله عدم توجه کافی به سلیقه و نظر بیماران، سودآوری کم، تخصیص منابع ناکافی و ناکارآمدی و تعطیلی بسیاری از بیمارستان ها می باشد (۸).

در سال ۲۰۰۱ این کشور ۷/۶٪ از تولید ناخالص داخلی اش را صرف سلامت کرده است (۶).

نظام سلامت در سایر کشورها: همانگونه که گفتیم، نظام سلامت در آمریکا بسیار خصوصی و در انگلستان بسیار دولتی است. در سایر کشورها معمولاً تلفیقی از دو حالت گذشته (خصوصی-دولتی) مشاهده می شود. در ژاپن، مراقبت های پزشکی بین بیمارستان های بزرگ و درمانگاه های خصوصی کوچکتر، تقسیم شده است. کیفیت نظام سلامت ژاپن بسیار بالا و یکی از بهترین های دنیا است. شاهد این مدعا، بالاترین رقم امید به زندگی (۸۱/۹ سال) در این کشور در بین تمام اعضای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ می باشد (۶). نظام سلامت ژاپن بر مبنای بیمه استوار بوده و اگر کسی بیمه استخدامی نباشد بیمه سلامت ملی برای او اجباری است. بیمه ها ۷۰٪ تا ۹۰٪ از هزینه های درمانی را پوشش می دهند. خدمات پزشکی "اولیه"، "ثانویه" و "ثالثیه" در ۹۴۱۳ بیمارستان و بیش از ۸۰۰۰۰ کلینیک این کشور ارائه می شوند و مالکیت ۸۰٪ از بیمارستان های ژاپن خصوصی است.

ژاپن در زمینه انفورماتیک سلامت^{۱۷}، رشد زیادی داشته و نزدیک به ۷/۶ میلیون دلار آمریکا در سال برای این امر هزینه می کند.

این سیستم اطلاعاتی به سیستمهای مالی، اداری، مدیریت و سیستمهای ثبت سفارش، مجهز می باشد. هم چین، این کشور سیستم

ثبت پزشکی الکترونیکی (EMR)^{۱۸} و پروژه تحقیقاتی طبابت از راه دور^{۱۹} را در دست اجرا دارد.

ژاپن ۸٪ از GDP خود را در سال ۲۰۰۱ صرف سلامت نموده است (۶). نظام سلامت فرانسه نیز ترکیبی از خدمات دهنده های

خصوصی و عمومی است. بیمه سلامت عمومی تقریباً همه مردم را تحت پوشش قراردادده و بیش از ۷۵٪ بودجه سلامت این کشور

جذب بیمه سلامت دولتی می شود. فرانسه چهار برنامه کلیدی در زمینه توسعه فناوری اطلاعات در دست اجرا دارد (۹) و ۹/۶٪

از GDP آن در سال ۲۰۰۱ صرف سلامت شده است (۶).

در چین، گرچه نظام سلامت از هر دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل یافته ولی هسته اصلی نظام را بخش دولتی آن تشکیل

می دهد. طب سنتی چین (TCM)^{۲۰}، عنصر مهمی در نظام سلامت چین تلقی شده و در اغلب بیمارستان ها، هر دو طب غربی و

چینی با کمترین تضاد، برای ارائه خدمت به بیماران بکار گرفته می شوند (۱۰).

کشور هندوستان هم نظام سلامتی مرکب از خصوصی و عمومی دارد که شالوده اصلی آن را بخش عمومی تشکیل می دهد.

در سال ۲۰۰۱، ۵/۱٪ از GDP هند به مصارف سلامتی آن رسیده است (۶). بیمه ها نفوذ پایینی در این کشور داشته و تنها

۱۰٪ تا ۱۵٪ از جمعیت کشور را پوشش می دهند و بیشتر پرداخت ها مستقیماً از جیب افراد و در زمان دریافت خدمت صورت

می گیرد. بازده بیمارستان های موجود پایین بوده و بسیاری از پروژه های بیمارستانی توجیه اقتصادی ندارند (۱۱).

نظام سلامت آلمان بسیار غیر متمرکز بوده و بیمه سلامت تحت نظارت ایالت، تنها روی برخی از هزینه های اجرایی کنترل دارد.

این نظام، از بخش های دولتی، خصوصی غیرانتفاعی، خصوصی انتفاعی و خیریه (کلیساهای کاتولیک و پروتستان)، تشکیل یافته و

¹⁷ Health Informatics

¹⁸ Electronic Medical Records

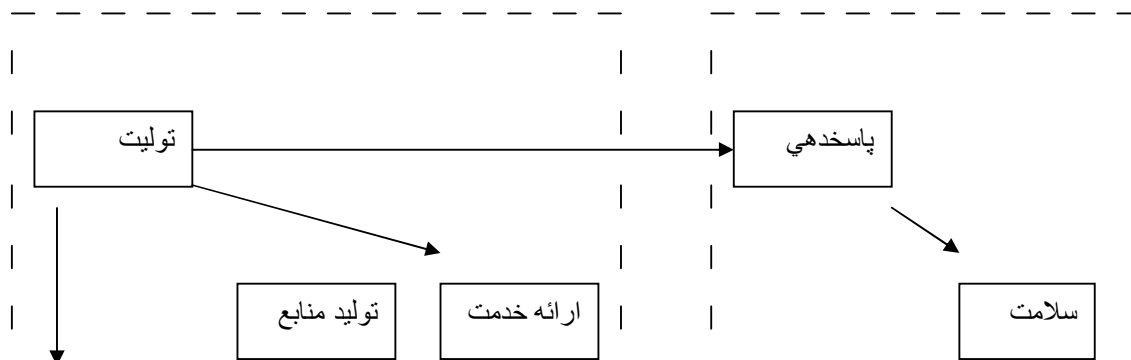
¹⁹ Telemedicine

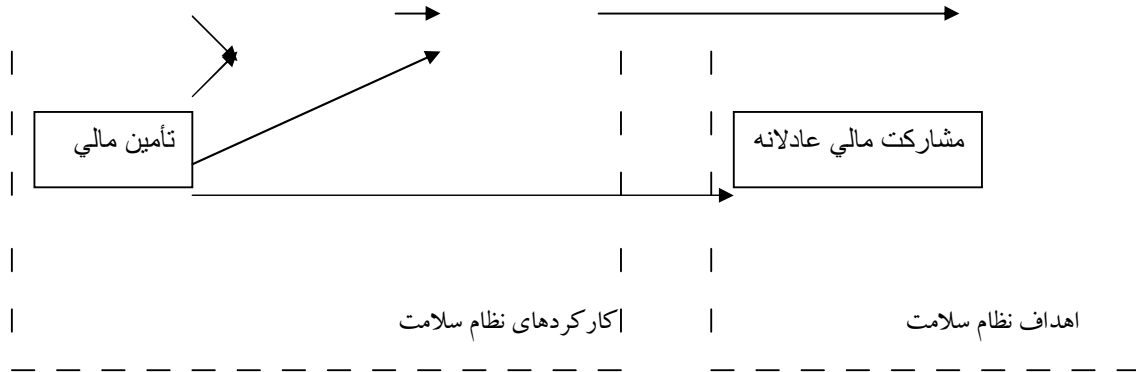
²⁰ Traditional Chinese Medicine

اغلب بیمارستان ها، از فناوری و تجهیزات پیشرفته برخوردارند. بیمه های دولتی، بیشتر مردم را تحت پوشش قرار داده و فقط گروه های خاصی اجازه شرکت در بیمه های سلامت خصوصی را دارند. تأمین مالی این نظام از طریق پرداخت به بیمه های دولتی و خصوصی، مالیات بر درآمد و پرداخت مستقیم از جیب افراد، صورت می گیرد (۱۲). در سال ۲۰۰۱، ۱۰/۸٪ از GDP آلمان صرف سلامت آن شده است (۶). کشورهای اسکاندیناوی مثل سوئد، الگوی جدیدی را در نظام سلامتشان پیاده کرده اند که ویژگی سنتی و قدیمی کیفیت در خدمات سلامت را با تقاضای جامعه پیشرفته تر و مشتری مدارتر امروز، ترکیب می کند. درحقیقت، نظام تک قطبی دولتی را به نظام سلسله مراتبی و آبشاری با تأمین کننده های مختلف و افزایش قدرت انتخاب در مصرف کننده، تغییر داده اند. این الگو که بر سه محور مشتری مداری، یکی کردن انگیزه ها و محرک های اقتصادی مثبت، استوار است، نظر بسیاری از کشورهای اروپایی مثل انگلیس را به خود جلب کرده و آنان را به ایجاد تغییراتی در نظام های سلامت فعلی شان، وادار ساخته است (۱۳).

ساختار منتخب نظام های سلامت

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، برای اولین بار، ساختاری با چهار کارکرد و سه هدف، به عنوان بهترین ترکیب برای نظام های سلامت معرفی شد (شکل ۱).





شکل ۱- ساختار منتخب نظام سلامت (۱۴)

کارکردهای این نظام به شرح زیر است: الف- ارائه خدمات سلامت فردی و اجتماعی. ب- تهیه و تأمین منابع انسانی و فیزیکی لازم

جهت امکان بخشیدن به امر ارائه خدمت. ج- افزایش، انباشت و مدیریت درآمدهای کسب شده جهت خرید خدمات سلامت.

د- تولید (عمل به عنوان متولی) کلی منابع، نیروها و انتظارات مربوط به آنها.

این کارکردها در جهت تأمین سه هدف اصلی و بنیادین صورت می گیرد:

الف- ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش نظام سلامت. ب- پاسخگویی به انتظارات مردم. ج- عادلانه بودن مشارکت مالی یا

محافظت مالی مردم در برابر هزینه های نامطلوب سلامت.

علاوه بر اهداف فوق که اهداف نهایی نظامند، اهداف دیگری نظیر در دسترس بودن، قابل خرید بودن، دائمی بودن و باکیفیت بودن

خدمات سلامت و بسیاری صفات مثبت دیگر نیز وجود دارند که اهدافی ابزاری و روشی برای دستیابی به اهداف نهایی بشمار

می روند. از نشانه های پیشرفت یک نظام سلامت "بهبود دستیابی به یک هدف یا ترکیبی از اهداف بدون کاستن از دستیابی به هدفی

دیگر" می باشد. در بین نظام های سلامت در سراسر جهان، نظامی موفق تر است که بتواند ترکیب بهتری از منابع موجود را برای

رسیدن به اهداف نهایی به کار بسته و آن را جهت دهی نماید و این امر تنها با ایجاد ساختاری قدرتمند و مناسب در نظام سلامت

ممکن می گردد. (۱۴)

مدیریت نظام های سلامت

مدیریت، به معنی بکارگیری راه حل های اطمینان بخش در جهت بهبود روش های استفاده از منابع (انسانی، تجهیزات و پول) و ارتقای

عملکرد برای دسترسی به اهداف، می باشد. هنر مدیریت در این است که به شکل انعطاف پذیر عمل کرده و خود را با تغییرات و

تأثیرات عوامل درون و بیرون نظام، وفق دهد و راه رسیدن به اهداف نظام را هموار سازد. مدیر موفق در نظام سلامت، منابع

محدود را به شکلی مصرف می کند که حداکثر بهره برای بیشترین تعداد از افراد جامعه فراهم شود.

فرایند مدیریت در نظام سلامت پنج مرحله اساسی دارد: الف- تنظیم سیاست ها و تعیین اولویت ها. ب- برنامه ریزی کلی و تبدیل

سیاست ها به راهبردهای مناسب. ج- تهیه برنامه های تفصیلی. د- اجرای برنامه ها. ه- تجدید نظر در برنامه ها.

اگر برای مدیریت، سه سطح استراتژیک یا راهبردی، میانی و اجرایی قائل شویم، مراحل "الف"، "ب" و "ه" فرایند مدیریت در سطح

راهبردی، مرحله "ج" در سطح میانی و مرحله "د" در سطح اجرایی آن صورت می پذیرد.

تمامی این مراحل متکی بر اطلاعات قابل اعتماد بوده و با تأمین منابع و بودجه و نیز با ارزیابی همراه است. ارزیابی در حیطه

سلامت مشکل تر از سایر حیطه هاست، چرا که اولاً: نتایج حاصل از فعالیت های سلامت، همواره قابل اندازه گیری نیستند،

ثانیاً: فعالیت های این بخش گاه چنان با سایر بخش های کشور نظیر توسعه و رفاه اجتماعی گره خورده که تفکیک آنها کار ساده ای

نیست، ثالثاً: در این حیطه اغلب، موضع گیری های منفی از سوی کارکنان و مدیریت نسبت به ارزیابی و قبل از اعلام نتایج آن

وجود دارد. لذا بهتر است که نتایج ارزیابی بسیار دقیق و کمی بوده تا قبول آن آسان تر و قضاوت ها و مقایسات بعدی آسان تر شود.

از مهمترین ابعاد ارزیابی می توان کارآیی، اثربخشی و اثرنهایی را نام برد. در کارآیی، انجام درست کار، مورد نظر است و

منابع بکار رفته در یک طرح با نتایج بدست آمده از اجرای آن، مقایسه می شوند. در اثربخشی، انجام کارهای درست مورد نظر

است و نشان می دهد که اجرای یک طرح، چه میزان در کاستن از حجم مشکلات موثر بوده است و اثرنهایی هر طرح شامل



نتایج و اثرات کلی آن طرح در وضعیت سلامت و توسعه اقتصادی و اجتماعی آن جامعه است. اگر دستیابی به نتایج بدست آمده از یک طرح با صرف زمان کمتر یا منابع کمتر ممکن باشد، آن طرح از کارایی لازم برخوردار نیست. تحلیل های هزینه- اثربخشی و هزینه- فایده به منظور تأیید یا رد اثربخشی استفاده می شوند. ممکن است کارایی و اثربخشی طرحی تأیید شود، اما اثر نهایی آن، هیچ یا حتی زیانبار ارزیابی شود. (۱۵)

بهره وری نظام های سلامت

در جهان امروز، به بهره وری به عنوان عاملی اساسی در رشد، تعالی و بقای تمام نظام ها نگریسته می شود. اگرچه بهره وری در دیدگاه سیستمی با عبارت "نسبت بین مجموعه خروجی های یک سیستم به ورودی های آن" و یا "نسبت ستاده به داده" شناخته می شود (۱۶)؛ ولی این تعریف برای نظام هایی نظیر نظام سلامت که ورودی، خروجی و حتی عملکرد آن تفاوت های بسیار زیادی با نظام های صنعتی و اقتصادی دارد و انسان، به عنوان مهمترین و در عین حال پیچیده ترین مخلوق هستی، اصلی ترین ورودی و خروجی آن را تشکیل می دهد؛ چندان تعریف جامع و درستی به نظر نمی آید. در حقیقت لازم است که برای بهره وری کل در نظام سلامت تعریف جدیدی بدین شکل بیان شود:

"حداکثر استفاده از منابع مختلف فیزیکی، انسانی، مالی و سایر عوامل با بهترین کارکرد و به روشی علمی، کارا و اثربخش که بیشترین میزان دستیابی به اهداف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت؛ مشارکت مالی عادلانه و پاسخدهی را به دنبال داشته باشد."

البته بهره وری جزء در نظام سلامت را می توان با بیانی ساده تر از تعریف قبل عنوان کرد:

"نسبت بین یکی از خروجی های نظام سلامت به یکی از عوامل خدمت و منابع ورودی و یا تمام ورودی ها" و یا

"استفاده بهینه از منابع موجود در هر بخش از نظام سلامت در جهت بیشترین دستیابی به اهداف همان بخش از نظام"

در هر صورت، برای پیاده سازی بهره وری لازم است که چهار مرحله اساسی انجام گیرد: الف- سنجش یا اندازه گیری

بهره وری. ب- ارزیابی یا تجزیه و تحلیل بهره وری. ج- برنامه ریزی بهره وری. د- بهبود بهره وری.

در مرحله اول، به تعریف ملاک ها و معیارهای گوناگون و در نتیجه شاخص های مختلف نیازمندیم تا با استفاده از آنها، اطلاعات مربوط به قسمت های مختلف نظام، جمع آوری شود. در مرحله دوم با استفاده از مقادیر شاخص ها و مقایسه آنها با استانداردهای موجود و در صورت عدم وجود استاندارد، بررسی روند تغییرات مقادیر شاخص، مشکلات و ضعف های نظام مشخص شده و جایگاه بهره وری آن معلوم می شود. در مرحله سوم، راهبردهای لازم برای دستیابی به اهداف در جهت بهبود بهره وری تعیین می گردند و نهایتاً در مرحله چهارم و آخر، اجرای برنامه های بهبود بهره وری انجام می گیرند. بهتر است پس از این مرحله ارزیابی از عملکرد صورت گیرد تا بهبود بهره وری، مشخص و قطعی شود. مرحله اول و بخشی از ارزیابی های مرحله دوم توسط نیروی آموزش دیده برای این کار انجام می شود؛ ولی تجزیه و تحلیل های نهایی از وظایف مدیران ارشد و استراتژیک نظام است. برنامه ریزی های مرحله سوم در سطح کلان بدست مدیران ارشد و در سطح جزء بدست مدیران میانی و اجرایی صورت می گیرد و در آخر، نظارت بر اجرای برنامه های بهبود، بر عهده مدیران اجرایی است. ارزیابی از عملکرد، از پایین ترین سطح شروع شده و تا بالاترین سطح ادامه می یابد.

سنجش بهره وری در نظام سلامت

سنجش بهره وری به تعریف معیار و شاخص در راستای اهداف نظام نیازمند است. معیار یا استاندارد، مبنایی است فنی، اجتماعی یا تجربی که به قضاوت ها کمک می کند و مشخص کننده اهداف نظام است؛ ولی شاخص ها، هدف نبوده و بر اساس اهداف تعیین می شوند و برای سنجش میزان نیل به اهداف ما را یاری می دهند. شاخص ها باید معتبر، قابل اعتماد، حساس و اختصاصی باشند. معیارها و شاخص های بهره وری نظام سلامت را که برای سنجش پیشرفت و کامیابی نظام و تعیین نقاط قوت و ضعف آن بکار می روند، در دو سطح کل و جزء تعریف می کنیم:

الف- شاخص های بهره وری کل که براساس معیارهای کلان واهداف نهایی نظام سلامت یعنی ارتقای سلامت، پاسخدهی و عادلانه بودن مشارکت مالی تعریف می شوند.

ب- شاخص های بهره وری جزء که براساس معیارهای خرد واهداف ابزاری نظام سلامت برحسب نیاز تعریف می شوند.
شاخص های بهره وری کل در نظام سلامت

در تعریف بهره وری کلی نظام سلامت، بیشترین میزان دستیابی به اهداف و حداکثر استفاده از منابع، به عنوان دو محور اصلی در بهره وری شناخته شدند. لذا شاخص های زیر که براساس این دو محور تعریف شده اند، برای سنجش بهره وری کلی نظام سلامت پیشنهاد می شوند:

الف- شاخص سطح سلامت: این شاخص براساس "امید به زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی" (DALE)²¹ بدست می آید که عبارتست از امید به زندگی در حالتی که فرد در سلامت کامل زندگی کرده باشد و بار ناتوانی ناشی از همه علل بر روی جمعیت را منظور کرده واز روش سولیوان محاسبه می گردد:

DALE = امید به زندگی عاری از معلولیت = امید به زندگی در بدوتولد منهای مدت زمان ناتوانی در انجام کارهای عمده.

تخمین های ملی DALE بر اساس جداول عمر هر کشور، ارزیابی ناتوانی های فیزیکی و وضعیت کلی سلامت واطلاعات همه گیر شناسی و وضعیت های ناتوان کننده عمده در هر کشور بدست می آید. مقدار این شاخص بر حسب سال بیان شده وهرچه بیشتر باشد، سطح سلامت در آن نظام بالاتر است. (۱۴)

ب- شاخص توزیع سلامت: این شاخص براساس برابری میزان بقای کودکان و از رابطه [۱] محاسبه می گردد که در آن

X_j, X_i زمان بقای کودک i ام و j ام و \bar{X} میانگین زمان بقا در بین کودکان و n تعداد شرکت کننده در طرح می باشد.

²¹ Disability-adjusted life expectancy



$$\text{میزان برابری بقای کود کان} = \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j|^3}{2n^2 \bar{X}^{0.5}} \right] \quad \text{رابطه [۱]}$$

مقدار شاخص عددی بین ۰-۱ بوده و هرچه به یک نزدیک تر شود، توزیع سلامت بهتر بوده است. (۱۴)

ج- شاخص سطح پاسخدهی نظام سلامت: این شاخص بر اساس هفت جزء پاسخدهی شامل شأن، اختیار و محرمانه بودن،

توجه صحیح، کیفیت خدمات پایه، دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی در طی مراقبت و حق انتخاب ارائه کننده خدمت

مقداری بین ۰-۱۰ داشته که بهترین مقدار آن ۱۰ می باشد. (۱۴)

د- شاخص توزیع پاسخدهی در نظام سلامت: این شاخص که بر اساس شدت عدم دریافت مزیت در خدمات، بویژه در

گروه های فقیر، زنان، سالمندان و گروه های آسیب پذیر یا گروه های نژادی بدون مزیت و بر اساس اطلاعات مربوط به

فقر مطلق و دسترسی به مراقبت های سلامت، بدست می آید؛ مقداری بین ۰-۱ دارد که ۱ بهترین حالت را نشان می دهد.

ه- شاخص عادلانه بودن مشارکت در تأمین مالی نظام سلامت: این شاخص از رابطه [۲] محاسبه شده و مقداری بین ۰-۱

بخود می گیرد که عدد ۱، عدالت کامل را می رساند. HFC_i برابر است با مشارکت مالی یک خانواده خاص در امر سلامت

و \overline{HFC} میانگین مشارکت مالی در بین n خانواده را بیان می کند.

$$\text{عادلانه بودن مشارکت در تامین مالی} = \left(1 - 4 \frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0/125n} \right) \quad \text{رابطه [۲]}$$

و- شاخص دستیابی کلی به اهداف نظام سلامت:

شاخص فوق، شاخصی مطلق بوده و ترکیبی از دستاوردهای نظام در دستیابی به اهداف سطح سلامت، توزیع سلامت،

سطح پاسخدهی، توزیع پاسخدهی و مشارکت مالی عادلانه را نشان می دهد و بر اساس وزن های این پنج شاخص (که این

وزن ها از بررسی روی بیش از ۱۰۰۰ شرکت کننده در طرح سازمان بهداشت جهانی که در ۱۲۵ کشور صورت گرفته

بدست آمده و در جدول ۱ نشان داده شده است) مقداری بین ۱۰۰-۰ خواهد داشت که ۱۰۰ دستیابی کامل و ۰ عدم

دستیابی به اهداف را بیان می کند. (۱۴)

توزیع	سطح	
%۲۵	%۲۵	سلامت
%۱۲/۵	%۱۲/۵	پاسخدهی
%۲۵		مشارکت مالی



عدالت کیفیت

جدول ۱- وزن دهی به اهداف نظام سلامت

ز- شاخص عملکرد نظام در سطح سلامت: این شاخص نسبی بوده و نسبت سطوح دست یافته به سلامت به سطوحی از آن

که از سوی کارآمدترین نظام سلامت قابل دستیابی است را نشان می دهد (۱۴). این شاخص از رابطه [۳] محاسبه می شود:

$$p_i = \frac{D_i - D_{\min}}{D_{\max} - D_{\min}} = \text{عملکرد کلی در سطح سلامت نظام سلامت کشور } i \text{ ام} \quad \text{رابطه [۳]}$$

در این رابطه، D_i ، شاخص DALE در نظام سلامت کشور i ام و D_{\min} میزان DALE در نبود هیچ نظام سلامت پیشرفته

و فعالی در همان کشور و D_{\max} ، حداکثر DALE ممکن که به ازای هزینه سرانه صرف شده در سلامت هر کشور، قابل

دستیابی است را نشان می دهد. شاخص P_i مقداری بین ۱-۰ بخود می گیرد که ۰ بدترین و ۱ بهترین عملکرد یک نظام در

دستیابی به سطح سلامت را بیان می کند.

ح- شاخص عملکرد کلی نظام سلامت: این شاخص بر اساس دستاورد کلی نظام سلامت (بر مبنای پنج هدف) و ارتباط آن

با هزینه صرف شده در نظام سلامت، بدست می آید و نسبت دستاورد کلی نظام به منابع صرف شده در آن را می سنجد.

بدترین عملکرد، مقدار ۰ و بهترین آن مقدار ۱ خواهد داشت. (۱۴) و (۱۷)

شاخص های بهره وری جزء در نظام سلامت

دامنه این شاخص ها که بر حسب نیاز و بر اساس اهداف ابزاری نظام سلامت تعریف می شوند، بسیار گسترده بوده و تنها

به برخی از آنها اشاره می کنیم (۱۸):

الف- شاخص های میرایی (مانند میزان خام مرگ و میر، امید به زندگی، میرایی شیرخواران، میرایی کودکان)

ب- شاخص های ابتلا (مانند مدت اقامت در بیمارستان، میزان اعلام موارد ناخوشی و...)

ج- شاخص های معلولیت (مانند شاخص های نوع حادثه، شاخص های نوع مشخص)

د- شاخص های وضعیت تغذیه (مانند اندازه گیری های آنتروپومتریک، اندازه گیری قد و وزن و...)

ه- شاخص های ارائه مراقبت ها و خدمات سلامت (مانند نسبت پزشک به جمعیت، نسبت پزشک به پرستار و...)

و- شاخص های مصرف (مانند میزان اشغال تخت، معدل اقامت، نسبت تعویض تخت و...)

ز- شاخص های بهداشت روانی و اجتماعی (مانند شاخص های آسیب شناسی روانی و اجتماعی مثل خودکشی و...)

ح- شاخص های محیطی (مانند شاخص های مربوط به آلودگی هوا، آب، اشعه، سر و صدا و...)

ط- شاخص های اجتماعی- اقتصادی مؤثر در سلامت (مانند درآمد سرانه، درصد رشد جمعیت، سطح سواد و...)

ی- شاخص های سیاست بهداشتی (مانند درآمد ملی صرف شده در خدمات یا فعالیت های مرتبط با بهداشت و سلامت،...)

ک- شاخص های کیفیت زندگی

ل- شاخص های سنجش اقتصادی (مانند هزینه- اثربخشی، هزینه- فایده و نسبت منفعت به هزینه در طرح های سلامت،...)

م- شاخص های پژوهش (مانند تعداد مقالات پزشکی ثبت شده در مدلاین، سرانه بودجه پژوهش در سلامت و...)



ن- شاخص های دارویی (مانند سهم سرانه دارو از تولید ناخالص داخلی،...)

س- شاخص های آسیب شناسی حوادث (مانند تعداد حوادث ترافیکی منجر به فوت، هزینه های مستقیم یا غیرمستقیم حوادث)

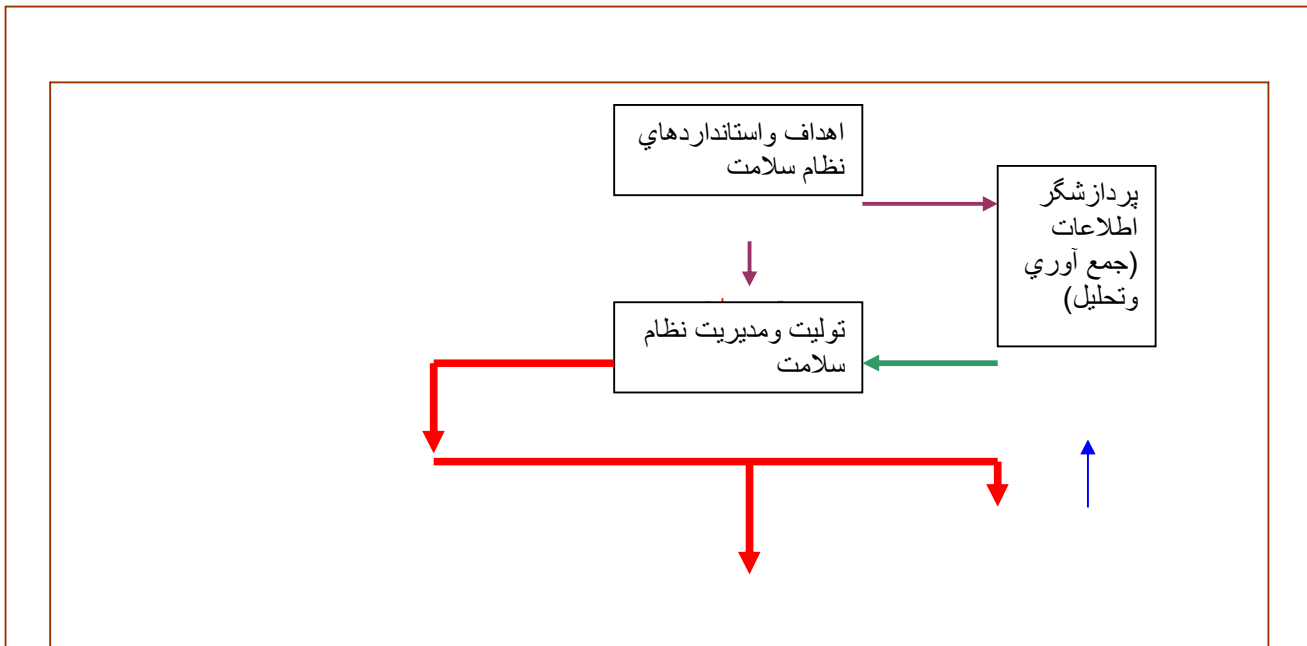
مدل سنجش بهره وری در نظام سلامت

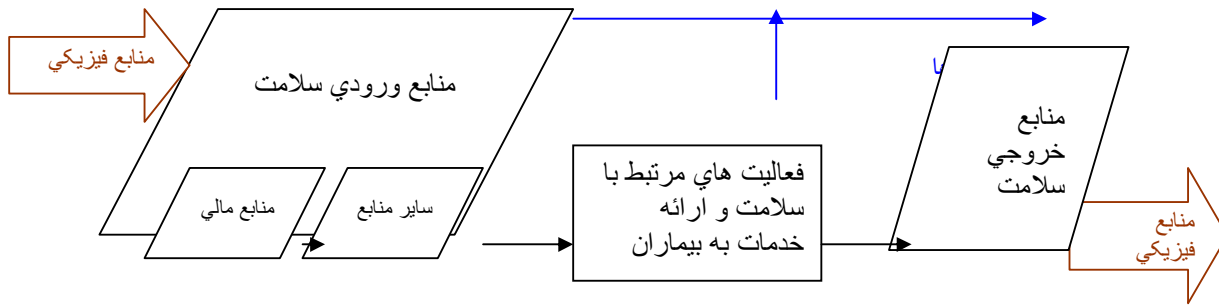
مدل ها، برای فهم بهتر ماهیت و ذات یک موضوع و کمک به تحلیل آن بکار می روند و در انواع مختلف فیزیکی، گفتاری،

ترسیمی و ریاضی ارائه می شوند. مدل ارائه شده در این بخش، مدلی ترسیمی است که هم سیستم فیزیکی و هم ذهنی را

شامل شده و با ضمیمه گفتاری تقویت می شود. این مدل که برگرفته از مدل سیستم های عمومی (۱۹) است، در شکل ۲

به تصویر کشیده شده است.





محیط

شکل ۲- مدل سنجش بهره وری نظام سلامت

این مدل، دربرگیرنده تمامی اهداف و کارکردهای اصلی نظام سلامت است. در سیستم فیزیکی این مدل، منابع فیزیکی از محیط وارد سیستم می شوند. این منابع شامل منابع مالی (بودجه دولتی، پیش پرداخت ها، وجوه مستقیم، اهدافی ها و...) برای تأمین، حفظ و نگهداری سایر منابع ورودی نظیر منابع انسانی (پزشک، پرستار، تکنسین، و سایر کارکنان)، تجهیزات (درمان و تشخیص، اداری و...)، مواد مصرفی و داروها، مورد استفاده قرار می گیرند. بیماران نیز بخشی از ورودی انسانی سیستم فیزیکی را تشکیل می دهند. تمام منابع ورودی، جهت انجام خدمات تأمین، حفظ و ارتقای سلامت فرد و جامعه، مورد استفاده قرار گرفته و نهایتاً به شکل منابع فیزیکی خروجی نظیر خروجی انسانی (بیماران درمان شده یا درمان نشده و متوفیان، کارکنان بازنشسته یا اخراجی یا متوفی یا مستعفی،...)، خروجی مالی (پرداخت تعهدات داخلی و خارجی، پرداخت به تأمین کنندگان در خارج سیستم،...)، خروجی تجهیزات فیزیکی (تجهیزات مستهلک یا منسوخ شده یا خراب،...) و خروجی مواد مصرفی (مواد مصرفی تاریخ گذشته، ازدست رفته و...) مجدداً به محیط سیستم باز می گردند. سیستم فیزیکی سیستمی باز و بدون فیدبک است که تأثیرات متقابل آن با محیط، بوسیله جریانات منابع صورت می گیرد. از طرف دیگر در این مدل، شاهد سیستمی ذهنی هستیم که بسته و دارای فیدبک و مکانیزم کنترلی است. در این سیستم، جریان

داده ها از تمام قسمت های ورودی، خروجی و از قسمت فعالیت های سیستم، وارد پردازشگر اطلاعات می شوند. پردازشگر اطلاعات که بهتر است متشکل از سیستم های اطلاعات مدیریت^{۲۲} و سیستم های حمایت از تصمیم^{۲۳} باشد، در عین حال تبادل اطلاعات با محیط، به بررسی و پردازش و تحلیل داده ها نیز می پردازد. در واقع، بخش اول پیاده سازی بهره وری یعنی اندازه گیری شاخص ها، در این مرحله صورت می گیرد. پس از آن، مقادیر اندازه گیری شده شاخص ها با اهداف نهایی نظام و استانداردهای برگرفته از آنها مقایسه شده و در صورت عدم وجود استاندارد خاصی، روند تغییرات مقدار هر شاخص مورد بررسی قرار می گیرد و یا مقدار شاخص در آن نظام با سایر نظام ها مقایسه می شود. این عمل، بخشی از تجزیه و تحلیل بهره وری است. سپس اطلاعات مفید بدست آمده از این قسمت، در اختیار تولید نظام و مدیران ارشد آن قرار می گیرند. آنان با اشرافی که بر اهداف و استانداردهای نظام دارند، به ارزیابی و تجزیه و تحلیل نهایی اطلاعات پرداخته، مشکلات و نقاط ضعف نظام را شناسایی می کنند و به منظور ایجاد تغییرات مفید در جهت بهبود شاخص ها و افزایش بهره وری، دست به برنامه ریزی می زنند. نتایج حاصل از این برنامه ها برای اجرا، به شکل تصمیمات مؤثر به تمام قسمت های نظام، ابلاغ می گردند. اطمینان از بهبود بهره وری، در چرخه های بعدی این نظام و پس از سنجش مجدد شاخص ها حاصل می شود.

یافته ها:

تعیین جایگاه بهره وری نظام سلامت ایران در مقایسه با سایر کشورها

در این بخش، تنها به بررسی شاخص های بهره وری کل در نظام سلامت ایران می پردازیم و از بررسی شاخص های جزء به جهت گستردگی و تنوع آنها، پرهیز می کنیم. وضعیت ایران، در دو حالت، یکی در بین کل ۱۹۱ عضو سازمان بهداشت جهانی و دیگر در بین ۱۳ کشور منطقه مدیترانه شرقی با مرگ و میر پایین در کودکان و بالغین (EMR-B)^{۲۴} که ایران در این گروه واقع شده، تعیین می گردد. در جدول ۲ که براساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی (۱۴) شکل گرفته

²² Management Information System

²³ Decision Support System

²⁴ گروه مرگ و میر پایین در کودکان و بالغین ;B: East Mediterranean Region

وضعیت ایران را در این دو حالت مشاهده می نمایید.

مقدار یا رتبه عنوان شاخص	مقدار شاخص در ایران	بهترین شاخص در منطقه EMR-B	بدترین شاخص در منطقه EMR-B	رتبه ایران در منطقه EMR-B	بهترین شاخص در بین تمام اعضا	بدترین شاخص در بین تمام اعضا	رتبه ایران در بین کل اعضای سازمان بهداشت جهانی
سطح سلامت	۶۰/۵×	۶۹/۸× قبرس	۵۸/۸× سوریه	۱۰	۷۴/۵× ژاپن	۲۵/۹× سیرالئون	۹۶
توزیع سلامت	۰/۷۴۵××	۰/۹۶۸×× قبرس	۰/۷۴۴×× تونس	۱۲	۰/۹۹۹×× شیلی	۰/۲۴۵×× لیبریا	۱۱۳
سطح پاسخدهی	۵/۱۰	۶/۸۸ قبرس	۵/۱۰ ایران	۱۳	۸/۱۰ آمریکا	۳/۶۹ سومالی	۱۰۰
توزیع پاسخدهی	۰/۹۳۱	۱ امارات متحده	۰/۹۳۱ ایران	۱۳	۱ امارات متحده	۰/۴۱۴ آفریقای مرکزی	۹۳-۹۴

توزیع مشارکت مالی عادلانه	۰/۹۳۲	۰/۹۷۶ لیبی	۰/۹۰۴ سوریه	۱۱	۰/۹۹۲ کلمبیا	۰/۴۶۸ سیرالئون	۱۱۲-۱۱۳
دستیابی کلی	۷۲	۸۸/۶ قبرس	۷۲ ایران	۱۳	۹۳/۴ ژاپن	۳۵/۷ سیرالئون	۱۱۴
عملکرد کل نظام در سطح سلامت	۰/۸۰۵	۰/۹۹۲ عمان	۰/۷۱۱ اردن	۸	۰/۹۹۲ عمان	۰/۰۸۰ زیمبابوه	۵۸
عملکرد کلی نظام سلامت	۰/۶۵۹	۰/۹۶۱ عمان	۰/۶۲۸ سوریه	۱۲	۰/۹۹۴ فرانسه	۰ سیرالئون	۹۳

× شاخص DALE برای کل جمعیت در هنگام تولد

×× شاخص برابری میزان بقای کودکان

جدول ۲- وضعیت سلامت ایران در منطقه EMR-B و در جهان

با مشاهده جدول فوق، متأسفانه جایگاه مطلوبی برای نظام سلامت ایران در منطقه و در جهان مشاهده نمی‌کنیم. چرا که در

سه شاخص از شاخص های فوق، ایران پایین ترین رتبه را در منطقه EMR-B کسب کرده و در بین کل اعضای سازمان

بهداشت جهانی نیز رتبه خوبی کسب نکرده است. ممکن است کسب رتبه بالاتر در برخی کشورها مثل قبرس به جمعیت

کمتر آنها (۱/۱۶٪ جمعیت ایران) و سرانه منابع مالی صرف شده در سلامت بر حسب دلار به میزان بیشتر (۳/۶۵ برابر ایران)

ربط داده شود، اما حقیقت این است که حتی کشوری مانند ترکیه با جمعیتی نزدیک به جمعیت ایران (ایران ۶۶/۷۹۶ و ترکیه

۶۵/۵۴۶ میلیون نفر) و سرانه منابع مالی صرف شده در سلامت بر حسب دلار در حدود ایران (ایران ۲۰۰ دلار و ترکیه ۲۳۱ دلار)

که حتی GDP کمتری را نسبت به ایران (ایران ۴/۴٪ و ترکیه ۳/۹٪ از GDP) صرف سلامت خود کرده است، به موفقیت های

بیشتری در زمینه سلامت نائل شده است. جدول ۳، این مقایسه را دقیق تر نشان می دهد (۱۴):

شاخص کشور	سطح سلامت	توزیع سلامت	سطح پاسخدهی	توزیع پاسخدهی	مشارکت مالی عادلانه	دستیابی کلی	عملکرد نظام سلامت (سطح)	عملکرد کلی نظام سلامت
ایران	۶۰/۵	۰/۷۴۵	۵/۱۰	۰/۹۳۱	۰/۹۲۳	۷۲	۰/۸۰۵	۰/۶۵۹
رتبه در جهان	۹۶	۱۱۳	۱۰۰	۹۳ - ۹۴	۱۱۲ - ۱۱۳	۱۱۴	۵۸	۹۳
ترکیه	۶۲/۹	۰/۷۵۹	۵/۱۶	۰/۹۶۹	۰/۹۵۸	۷۵/۴	۰/۸۵۸	۰/۷۳۴
رتبه در جهان	۷۳	۱۰۹	۹۳	۶۶	۴۹ - ۵۰	۹۶	۳۳	۷۰

جدول ۳- مقایسه وضعیت نظام سلامت ایران و ترکیه

در جدول فوق، می بینیم که نظام سلامت ترکیه در تمام شاخص ها مقدار بالاتر و رتبه بهتری را نسبت به ایران کسب کرده است و چون جمعیت و میزان منابع مالی صرف شده در این کشور در حدود ایران است، کسب موفقیت بیشتر در این زمینه را می توان به تولید قوی و مدیریت صحیح منابع و برنامه ریزی های مناسب تر، مربوط دانست.

با توجه به این که در تعریف بهره وری کل، بر بیشترین میزان دستیابی به اهداف به نسبت منابع صرف شده، تأکید شده است؛ اگر بخواهیم تنها یک شاخص را به عنوان شاخص بهره وری معرفی کنیم؛ شاخص "عملکرد کلی نظام سلامت" که دستاوردهای کلی نظام را نسبت به منابع صرف شده بیان می کند؛ مناسبترین شاخص است. با این تعریف، بهره وری نظام سلامت ایران در جایگاه نه چندان مناسب ۹۶ جهان و ۱۰ منطقه قرار دارد. این امر تلاش جدی و پیگیر متولیان نظام سلامت و برنامه ریزی های اساسی آنها در جهت اصلاح و بهبود بهره وری و کاهش رتبه جهانی و منطقه ای ایران را می طلبد.

بحث و نتیجه گیری:

اگرچه شناخت علل پایین بودن بهره وری در نظام سلامت ایران و اصلاح و بهبود آنها، نیاز به پژوهش و برنامه ریزی دقیق و موشکافانه از سوی مسئولین نظام داشته و چیزی نیست که در این مختصر بگنجد، لکن، نویسندگان پس از بررسی راهکارهای ارائه شده از سوی صاحب نظران و سایر تحقیق های انجام شده، با رویکرد سیستمی، راهکارهای تلفیقی زیر را که می توانند به

بهبود شاخص های کلان در بهره وری نظام سلامت کمک مؤثری بنمایند؛ ارائه می دهند:

بهبود شاخص سطح سلامت

از آنجا که این شاخص براساس امید به زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی بیان می شود، لذا هر اندازه شاخص DALE

در کل جمعیت افزایش یابد، سطح سلامت نیز بهبود می یابد. بدین منظور موارد زیر پیشنهاد می گردد:

الف- بهبود سیستم ارائه خدمت از طریق بکارگیری ارائه کنندگان، منابع و چیدمان بهتر خدمات.

ب- سهمیه بندی و اولویت بندی خدمات براساس نیازها و بر اساس هزینه- اثربخشی آنها.

ج- گسترش طرح های ایمن سازی و واکسیناسیون بر علیه بیماری های شایع کشوری و منطقه ای.

د- گسترش برنامه های تأمین سلامت محیط و تعیین ضوابط بهداشتی در ساخت و سازهای مسکن.

ه- پژوهش بیشتر در زمینه شناخت بار بیماری ها در مناطق مختلف کشور و روش های کنترل و درمان بیماری ها.

و- اطلاع رسانی، آموزش و گسترش برنامه های فرهنگی در جهت کاهش بیماری های قلبی و بیماری های خاص.

ز- برنامه ریزی برای افزایش کمی و کیفی داروها و کنترل قیمت آن ها.

ح- کنترل کمی و کیفی واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت و تشویق و ترغیب مادی و معنوی بهترین ارائه کنندگان.

ط- تدوین دستورالعمل های تشخیص و درمان^{۲۵} و استفاده از آن ها در بیمارستان ها و مراکز درمانی.

ی- مدیریت صحیح منابع بخصوص منابع انسانی (جذب، آموزش، ایجاد انگیزه، هدایت و کنترل، پایش^{۲۶} و اصلاح).

بهبود شاخص توزیع سلامت

برای بهبود شاخص فوق که توزیع عادلانه خدمات سلامت در سراسر جامعه را می رساند؛ موارد ذیل پیشنهاد می شود:

²⁵ Guidelines

²⁶ Monitoring

الف- ایجاد برابری های افقی و عمودی در ارائه خدمات سلامت { ارائه خدمات به طور مشابه به افراد با نیازهای سلامت

مساوی (برابری افقی) و اولویت خدمت رسانی به فردی که نیاز بیشتری به دریافت خدمت دارد (برابری عمودی) }.

ب- پرداخت یارانه متقاطع از افراد سالم تر به بیمارتر و از افراد دارا تر به ندارتر.

ج- ساماندهی نظام بیمه و مقابله با نارسایی های آن.

د- تمرکز زدایی خدمات سلامت و توزیع عادلانه خدمات برحسب نیازها در سراسر کشور.

ه- حمایت و تشویق بخش خصوصی خدمات سلامت در ضمن کنترل دقیق و غیر مستقیم بر عملکرد آن.

و- توجه بیشتر به تأمین امکانات بهداشتی در روستاها و گسترش مراکز بهداشتی اولیه.

ز- توجه بیشتر به آموزش و اطلاع رسانی اصول بهداشتی و بیماریهای شایع در مناطق دورافتاده و روستاها (بخصوص

آموزش مادران کم سواد و بی سواد).

ح- تشویق مادی و معنوی پزشکان و ایجاد انگیزه برای خدمت در مناطق محروم.

بهبود شاخص های سطح و توزیع پاسخدهی

موارد زیر برای بهبود این دو شاخص پیشنهاد می شوند:

الف- تدوین نظام جامع پاسخگویی به افراد و جامعه با تکیه بر حفظ شأن و احترام افراد.

ب- ایجاد تنوع بیشتر در ارائه کنندگان خدمات سلامت، مشتری مداری و توجه به حق انتخاب از سوی مصرف کنندگان.

ج- بهبود کیفی خدمات پایه و افزایش شبکه های حمایت اجتماعی.

د- توجه بیشتر به درخواست های اقشار فقیر و آسیب پذیر جامعه، سالمندان، زنان در امر سلامت.

ه- گسترش محدوده پاسخگویی نظام و توزیع آن بین ارائه کنندگان مختلف از طریق تمرکز زدایی در نظام سلامت.

و- استفاده از راهکارهای قانونی و تدوین مقررات مناسب جهت پاسخگویی بهتر و مؤثرتر.

ز- افزایش سطح آگاهی های افراد از حقوق قانونی خود در دریافت خدمات و چگونگی ارتباط با نظام.

ح- تشکیل نظام جامع اطلاعاتی در جهت تشخیص نارسایی ها و نظرسنجی از تمام عناصر مرتبط با نظام و پایش مستمر.

بهبود شاخص عادلانه بودن مشارکت مالی

هر اندازه مشارکت مالی خانوارها در تأمین هزینه های سلامت، یکسان تر و به یکدیگر نزدیک تر باشد، عدالت در تأمین

هزینه ها بیشتر رعایت شده است. توجه به این موارد می تواند در این امر مؤثر واقع شود:

الف- اصلاح و بهبود نظام مدیریت منابع مالی سلامت.

ب- گسترش نظام تأمین اجتماعی و افزایش سهم آن در تأمین هزینه های عمومی سلامت.

ج- گسترش نظام پیش پرداخت در تأمین هزینه های سلامت و کاهش پرداخت های مستقیم از جیب افراد.

د- توجه بیشتر به خانواده های مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت و حمایت از آنان (خانواده هایی که بیش از ۰/۴ از

هزینه های غیرخوراکی آن ها، به طور مستقیم صرف هزینه های سلامت می شود).

ه- بازنگری در بسته خدمات پذیرفته شده توسط بیمه ها و جای دادن خدمات کارا تر و اثربخش تر در این بسته ها.

و- حمایت مادی بیشتر از بیماران خاص و تشکیل سازمان های حمایتی و جلب کمک های مردمی در این زمینه.

بهبود شاخص های دستیابی کلی و عملکرد نظام سلامت

شاخص دستیابی کلی به میزان دستیابی به اهداف پنجگانه نظام سلامت بستگی داشته و بهبود آن، با بهبود پنج شاخص قبلی

که اشاره شد (با تأکید بر شاخص های سطح و توزیع سلامت و توزیع مشارکت مالی عادلانه با وزن های بیشتر (۰/۲۵))

مرتبط است. همچنین بهبود شاخص عملکرد که نسبتی از عملکرد در سطح و یا در کل نظام سلامت به منابع آن است با بهبود

شاخص های پنجگانه دستیابی به اهداف و نیز با بهبود منابع و مدیریت صحیح آن، تحقق می یابد. لذا تنها به راهکارهایی در

جهت بهبود منابع اشاره می کنیم:

الف- ترکیب صحیح منابع ورودی اعم از نیروی انسانی، منابع فیزیکی و تجهیزات، منابع مالی، مواد مصرفی و دارو و...

ب- جذب، بکارگیری و سرمایه گذاری در منابع بر اساس نیازهای واقعی و تقاضای حال و آینده نظام.

ج- استفاده درست، بجای، و بهینه از منابع موجود.

د- توجه خاص به منابع انسانی در بین سایر منابع به دلیل حساسیت آن.

ه- لزوم دخالت دولت در سرمایه گذاری های کلان و با تأثیرات طولانی مدت در امر سلامت.

و- دقت در تخصیص بودجه به قسمت های مختلف و ورودی های نظام سلامت.

ز- بکارگیری مدیران قوی و کارآمد در مدیریت منابع و داشتن سیاست های مشخص و مدون در عزل و نصب مدیران.

ح- تدبیر و چاره اندیشی در چگونگی حفظ منابع انسانی و برخورد صحیح با پدیده فرار مغزها.

مراجع:

۱- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران؛ اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم.

۲- منشور ریو؛ اصل اول.

۳- سیاری، علی اکبر. مفتون، محمدعلی. عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آیین قضایات. چاپ اول. اداره کل روابط

عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۱، ص ۲۳۴-۲۲۲.

۴- گزارش سال ۱۳۷۷ سازمان مدیریت صنعتی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ کتابخانه مرکز توسعه مدیریت و سیستمهای وزارت

بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.

5-<http://www.khorasan.ir/content.asp?contentid=445>; may 2006

6-<http://www.who.int/whr/2003/annex/en/index.html/annex6> ; may 2006.

7-J.Kricka L.Parsons L,B.Coolen R. Healthcare in the United States and the practice of laboratory medicine.clinica chimica acta.267(1997);5-32

- 8-<http://www.schools.sanwell.net/subjects/bs/oeconomics> ;may 2003.
 "The Economics of Healthcare",unit4, "Healthcare in the UK"
- 9-<http://www.chic.org.au/publication.asp>, "Health IT Market Brief", France;may 2003.
- 10- J.Moreton M.(MD),Healthcare in China. Medhunters Magazine.Winter 2002. 58.
http://www.medhunters.com/article/healthcare_in_china.html;2005.
- 11- CII and Mekinsey and company Report,Healthcare in India:The Road Ahead.2002.
- 12-Grant S.Healthcare in Germany. Medhunters Magazine.spring 2003.58-59.
- 13-Hjertqvist J.A new Swedish model of consumer choice in Healthcare.
http://www.cnehealth.org/pubs/hjertqvist_swedish_model_.htm.may 2006.
- ۱۴- احمد وند، علیرضا، پور اصغری، حمید، پیله رودی، سیروس. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰؛ نظام های سلامت، ارتقای عملکرد. چاپ اول
 نشر مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. تابستان ۱۳۸۲. ص ۵۷-۵۵/۲۰۳-۲۰۱/۲۰۶/۲۶۲-۲۱۰.
- ۱۵- شادپور، کامل. پیله رودی، سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت های بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱. چاپ اول.
 انتشارات تندیس. پاییز ۱۳۸۱. ص ۲۰۶-۲۰۵.
- ۱۶- طاهری، شهنام. بهره وری و تجزیه و تحلیل آن در سازمان ها. چاپ چهارم. نشر هوای تازه. ۱۳۸۰. ص ۲۳.
- 17-Tandon A. JI Murray C. A Lauer J.et al. Measuring overall health system performance for
 191 countries. GPE Discussion Paper Series: No.30,EIP/GPE/EQC.WHO.
<http://www.int/health-systems-performance/docs>. july 2003
- ۱۸- حسینی خامنه، منیره. ارائه مدل افزایش بهره وری در سیستم بهداشت و درمان در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مهندسی صنایع،
 دانشگاه صنعتی شریف. ۱۳۸۲. صفحات ۲۴۵-۲۱۳.
- 19-Mc Leod R,Management Information Systems.Seventh Edition.New Jersey. Prentice-Hall,
 Page 151.