

چارچوب ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت

کریستوفر جی. ال. موری و جولینو فرنک

ترجمه علی اصغر احمد کیادلیری* - نجمه مرادی**

چکیده

نظام‌های سلامت به‌طور گسترده‌ای در عملکرد متفاوتند، کشورها با سطوح مختلف درآمدی، آموزشی و مخارج سلامتی، در توانایی دستیابی به اهداف سلامت با هم اختلاف دارند. این مقاله چارچوبی را برای درک عملکرد نظام سلامت بر اساس مفهوم اقدام بهداشتی ارائه می‌دهد (اقدام بهداشتی به عنوان مجموعه‌ای از فعالیت‌ها که نیت اولیه‌شان حفظ و ارتقاء سلامت است، در نظر گرفته می‌شود). مفهوم عملکرد بر مبنای معنای سه هدف اصلی نظام سلامت یعنی ارتقاء سلامت، افزایش پاسخگویی به انتظارات مردم و تأمین انصاف در مشارکت مالی متمرکز شده است.

– ارتقاء سلامت هم به معنای افزایش متوسط وضعیت سلامت و هم به معنای کاهش نابرابری‌ها در

سلامت است.

– پاسخگویی نیز خود در برگیرنده دو جزء اساسی است:

۱. احترام به اشخاص؛

۲. مشتری‌مداری.

– انصاف در مشارکت مالی نیز بدین معناست که هر خانوار سهم منصفانه‌ای از کل حساب‌های سلامت

** کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران
** کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

یک کشور را پرداخت کند (که ممکن است در مورد خانوارهای خیلی فقیر به معنای عدم هرگونه پرداخت باشد).

سنجش عملکرد، دستیابی به اهداف را به منابع در دسترس مرتبط می‌کند و تغییر در عملکرد را تابعی از روشی می‌داند که نظام سلامت چهار وظیفه اصلی خود یعنی: تولید، تأمین مالی، ارائه خدمت و تولید منابع را سازمان می‌دهد. این مقاله سعی دارد با مطالعه این چهار وظیفه و چگونگی ترکیب آنها نه تنها عوامل تعیین‌کننده عملکرد نظام سلامت را شناسایی، بلکه چالش‌های سیاستی مهم را نیز مدنظر قرار دهد.

واژه‌های کلیدی

ارزیابی پیامدهای مراقبت سلامت، جیره‌بندی مراقبت سلامت، دسترسی به خدمات سلامتی، عدالت اجتماعی، طرح‌های نظام سلامت و تأمین مالی سلامت.

مقدمه

تفاوت‌های زیادی در نتایج سلامت کشورها با سطوح درآمدی و آموزشی مشابه وجود دارد. برخی از این تفاوت‌ها از تفاوت در عملکرد نظام سلامت ناشی می‌شود. تفاوت در طرح، محتوا و مدیریت نظام‌های سلامت منجر به اختلاف در دسته‌ای از نتایج معتبر سلامتی مانند سلامت، پاسخگویی و انصاف می‌شود. تصمیم‌گیرندگان در تمام سطوح به اندازه‌گیری تفاوت در عملکرد نظام سلامت، شناسایی عواملی که عملکرد اجزای سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و برقراری سیاست‌هایی جهت کسب نتایج بهتر در یک محیط متغیر، محتاج‌اند. عملکرد اجزای نظام سلامت مانند مناطق یک کشور یا خدمات بهداشت عمومی نیاز به ارزیابی دارند.

اطلاعات قابل مقایسه در مورد عملکرد نظام سلامت و عوامل اصلی مؤثر در تفاوت در عملکرد می‌تواند شالوده علمی سیاست سلامت را در سطوح ملی و بین‌المللی تقویت کند. یک چارچوب عملی برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت جهت کار دولت‌ها و توسعه بنگاه‌ها و سازمان‌های چند منظومه‌ای اهمیت ویژه این موضوع است. در یک تحلیل کلان، این چارچوب‌ها یک منبع گرانبها از روش‌ها و ایده‌ها هستند. مع‌هذا ما معتقدیم که فضایی وجود دارد که نیازمند اصلاح است. به‌طور مثال روش‌های عملکرد نظام سلامت اغلب گرفتار دو دام مرتبط می‌شوند.

چارچوب‌های مختلف، در برگیرنده اهداف مرتبط با سلامت، نابرابری‌های سلامتی، میزان پوشش، تأمین مالی منصفانه، کیفیت، رضایت مصرف‌کننده، کارایی تخصصی، کارایی فنی، محدود کردن هزینه‌ها، مقبولیت سیاسی و تأمین مالی پایدارند. سایر روش‌ها از جایی شروع می‌شوند که معیارها به سهولت بیشتری در دسترس قرار می‌گیرند و ارزیابی عملکردی را بنا می‌نهند که بی‌کفایتی فنی و مفهومی سیاست‌های موجود را تکرار می‌کنند. هر دو این روش‌ها برای ارزیابی جامع و معنی‌دار عملکرد نظام سلامت نامناسب‌اند.

ما معتقدیم که یک چارچوب سازگار و مرتبط ابتدا باید به یک سوال ساده پاسخ دهد: چرا نظام سلامت وجود دارد؟ برای پاسخ به این سؤال ابتدا باید اهداف ذاتی نظام سلامت را به روشنی و وضوح مشخص ساخت. این اهداف باید اندازه‌گیری شده و هم مفهوم عملکرد و هم عوامل اصلی که عملکرد نظام را تحت تأثیر قرار می‌دهند باید شناسایی شوند.

جهت توسعه مفاهیم پایه عملکرد نظام سلامت این مقاله هشت موضوع اساسی را تحت پوشش قرار می‌دهد: مرزهای نظام سلامت، تفاوت اهداف ذاتی و اهداف ابزاری، ارتباطات بین نظام‌های اجتماعی و اهداف اجتماعی، اهداف نظام سلامت، اهداف ابزاری نظام سلامت، مفهوم عملکرد و کارایی، به کارگیری مفهوم عملکرد برای نظام فرعی یا مؤسسات و عوامل اصلی مؤثر بر عملکرد نظام سلامت. در طول بحث راهنمایی‌ها و اشارات بیشتری خواهد شد.

مرزهای نظام سلامت

برای جداسازی نظام سلامت از اجزای بیرونی آن مرزهای بسیاری پیشنهاد شده است. برخی از اجزاء مانند خدمات سلامتی شخصی ارائه شده در درمانگاهها، در تمامی تعاریف درون مرز گنجانده می‌شود و اما در مورد برخی از اجزای نظام سلامت مباحث بسیاری وجود دارد مثلاً آیا مقررات کمربند ایمنی و اجرای آن جزئی از نظام سلامت است؟ به‌طور مشخص تمامی تعاریف مرز مطلق است. اما برای انجام یک ارزیابی از عملکرد نظام سلامت یک مرز عملی مورد نیاز است.

لذا بر اساس مفهوم اقدام بهداشتی، یک مرز و تعریف عملی ایجاد می‌کنیم. یک اقدام بهداشتی مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که نیت اولیه آنها حفظ یا بهبود سلامتی است و یک نظام سلامت شامل منابع، عاملان و مؤسسات جهت تأمین مالی، تنظیم مقررات و تدارک اقدامات بهداشتی است. معیار نیت اولیه منجر به تعریف گسترده‌ای از نظام سلامت می‌شود. به‌طور مثال

تلاش در جهت بهبود راهها و ایمنی وسایل نقلیه که نیت اولیه آن‌ها کاهش تصادفات جاده‌ای است نیز در گستره نظام سلامت قرار می‌گیرد. یکی از مزایای معیار نیت اولیه آن است که این معیار در ارزیابی عملکرد نظام سلامت تمامی عاملان و مؤسساتی که نیت اولیه خود را کمک به سلامت قرار داده‌اند در برمی‌گیرد. فعالیت‌های بسیاری که تأثیر بسزایی بر سلامتی دارند مانند آموزش دختران جوان، طبق این تعریف در چارچوب نظام سلامت قرار نمی‌گیرند، چون نیت اولیه این آموزش ارتقاء سلامتی نیست. خارج کردن این اقدامات از تعریف به هیچ وجه به معنای عدم اهمیت تعیین‌کننده‌هایی که خارج از نظام سلامت قرار دارند نخواهد بود. به علاوه تشخیص این مطلب که تلاش‌های مؤثر سایر بخش‌ها زمانی که موجب ارتقای شاخص‌های سلامت می‌شوند به‌طور واضح بخشی از نظام سلامت به حساب می‌آیند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. این تلاش‌ها در اقدام درون بخشی تمایل به ارتقاء سلامتی دارند و بنابراین معیار نیت اولیه را برآورده می‌سازند. حتی با یک تعریف تفصیلی و روشن از اقدام بهداشتی، سؤالات پیرامون دامنه این اقدامات به قوت خود باقی است. برای مثال نیت اولیه برنامه‌های غذایی مکمل چیست؟ بهبود سلامتی به وسیله پیشگیری از سوء تغذیه یا جبران نابرابری‌های درآمدی به ویژه در مورد آب و تغذیه. مطابق با تعاریف نظام سلامت بحث‌های بسیاری باید انجام گیرد. برای انجام این کار و سامان یافتن تلاش‌های دیگر مانند حساب‌های سلامت ملی، تعیین مرزهای نظام سلامت ضروری است.

اهداف ابزاری و ذاتی

اهداف بسیاری برای نظام‌های اجتماعی و نظام‌های سلامت بر شمرده می‌شود. برای داشتن یک بحث غیررسمی در مورد اهداف، ما نیازمند این هستیم که اهداف ذاتی (اهدافی که به خودی خود دارای ارزش هستند) را از اهداف ابزاری (که دنبال کردن آن در واقع ابزاری برای رسیدن به مقاصد دیگر است) تمیز دهیم.

اهداف ذاتی دو معیار زیر را در بر می‌گیرد:

- ما بنا به احتمال برای افزایش سطح دستیابی به هدف، سطح همه اهداف ذاتی دیگر را ثابت نگه می‌داریم. به‌طور نظری یک هدف ذاتی معین حداقل تا اندازه‌ای، مستقل از سایر اهداف است؛

● افزایش سطح دستیابی به یک هدف ذاتی، مطلوب است. اگر این طور نباشد آن هدف بنا به احتمال یک هدف ابزاری است نه ذاتی.

اهداف مطلوبی که دو معیار بالا را برآورده نکنند به احتمال یک هدف ابزاری هستند. ما از تفاوت بین اهداف ابزاری و اهداف ذاتی برای نگهداری فهرستی از اهداف صرفه‌جویی نظام سلامت و تسهیل اندازه‌گیری میزان دستیابی به اهداف استفاده خواهیم کرد.

نظام‌های اجتماعی و اهداف اجتماعی

همانطور که در شکل ۱ نشان داده می‌شود فعالیت‌های مختلف جامعه می‌توانند بین نظام‌های گوناگون مانند آموزش، اقتصاد، سلامت، سیاست و ... تقسیم شوند. برای هر کدام از این نظام‌ها یک هدف ذاتی (دلیل و فلسفه وجودی سازمان) وجود دارد. برای مثال هدف نظام آموزش، آموزش افراد و هدف نظام سلامت ارتقاء سلامتی است. علاوه بر هدف ذاتی برای تمامی نظام‌های سلامت دو هدف مشترک دیگر نیز وجود دارد؛ اولی پاسخگویی نظام به انتظارات قانونی مردم و دومی انصاف در مشارکت منابع مالی مورد نیاز برای انجام کار نظام. مردم برای همه نظام‌ها و اهداف ذاتی، انتظاراتی در مورد چگونگی رفتار مؤسسات و عاملان، با آنها به ازای تلاش برای رسیدن به هدف خواهند داشت. برای مثال آیا حقوق انسان‌ها مورد احترام است؟ تا چه اندازه مردم خود مختاراند و در تصمیمات دخالت دارند؟ آیا با مردم با احترام رفتار می‌شود؟ به‌طور مشابه هدف انصاف در مشارکت مالی برای همه نظام‌ها وجود دارد. تعریف انصاف ممکن است به‌طور قابل ملاحظه‌ای برای نظام‌های مختلف متفاوت باشد. ممکن است مکانیسم بازار - پرداخت بابت آنچه بدست می‌آوریم - برای اکثر کالاهای مصرفی مناسب باشد اما برای سلامت، آموزش، امنیت و برخی نظام‌های دیگر مفهوم انصاف در مشارکت مالی بسیار متفاوت باشد. نظام‌های سلامت، آموزش و امنیت به‌طور معمول به گونه‌ای مثبت یا منفی دستیابی به اهداف ذاتی سایر نظام‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. با تشخیص این تعاملات ما می‌توانیم مجموعه‌ای از اهداف بین سیستمی را برای هر نظام تعریف کنیم. ماتریس نظام‌ها و اهداف، بر وابستگی متقابل همه اجزای جامعه و وجود اهداف اجتماعی متعدد که نظام‌ها به خاطر آن با هم مشارکت دارند، تأکید می‌کند. و همچنین برتری هدف ذاتی بر دو هدف مشترک را مشخص می‌کند.

شکل شماره ۱. نظام‌ها و اهداف اجتماعی

اهداف اجتماعی	نظام اجتماعی				
	آموزش	سلامت	اقتصاد	سیاست	فرهنگ
آموزش					
سلامت					
مصرف					
مشارکت دموکراتیک					
دانش					
پاسخگویی					
انصاف مالی					
—					

اهداف نظام سلامت

بر اساس ماتریس شکل شماره ۱ ما می‌توانیم سه هدف را برای نظام سلامت مشخص سازیم: سلامت، پاسخگویی و انصاف در مشارکت مالی. این اهداف ذاتی باید به‌طور مداوم به وسیله کشورهای مورد پایش قرار گیرند و باید مبنای اصلی ارزیابی را در برنامه‌های دنبال شده توسط سازمان جهانی بهداشت^۱ تشکیل دهند. بنابراین ارزیابی‌های دستیابی به اهداف باید بر اندازه‌گیری این سه هدف و به نسبت دستیابی به اهداف با منابع مورد استفاده متمرکز شود تا بدین طریق بتوان عملکرد و کارایی را مورد ارزشیابی قرار داد.

در ضمن اهدافی بین سیستمی برای نظام سلامت وجود دارد که به‌طور بالقوه مهم بوده و باید به‌طور خاص مورد ارزشیابی و تحلیل قرار گیرند. برای مثال نظام سلامت به آموزش، مشارکت دموکراتیک، تولید اقتصادی و... چه میزان کمک می‌کند یا از آن ممانعت به عمل می‌آورد؟

یکی از مهمترین اهداف بین سیستمی، سهم نظام سلامت در تولید اقتصادی است. زیرا سلامت و نظام‌های سلامت ممکن است کاهنده یا افزایش‌دهنده تولید اقتصادی باشند. برای مثال

1. World Health Organization (WHO)

روش‌های فعلی تأمین مالی سلامت مانند بیمه براساس شغل خاص ممکن است از انتقال نیروی کار و عملکرد اقتصاد کلان ممانعت به عمل آورند.

در ضمن مدارک بسیار زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد بهبود سلامت می‌تواند آن رشد اقتصادی را افزایش دهد که عرصه‌های مهمی برای تحقیقات گسترده‌تر فراهم می‌کند. اما ماهیت ارتباطات بین سیستمی و پیچیدگی اندازه‌گیری عملکرد، از ارزیابی معمول نظام سلامت ممانعت می‌کند. حال به توضیح دقیق‌تر سه هدف نظام سلامت می‌پردازیم:

الف. سلامت

هدف ذاتی و اصلی نظام سلامت بهبود سلامت جمعیت است. اگر نظام‌های سلامت کمکی به بهبود سلامت نمی‌کردند ما خواهان بهره‌مندی از آنها نبودیم. همچنین سلامت جمعیت باید منعکس‌کننده سلامت اشخاص در سراسر زندگی و نیز در برگیرنده مرگ و میر زود رس و نتایج بهداشتی غیرکشنده به عنوان اجزای اصلی باشد. آنچه که برای ما اهمیت دارد میانگین سطح سلامت جمعیت و نابرابری‌های توزیع سلامت جمعیت است؛

ب. پاسخگویی

دومین هدف نظام سلامت پاسخگویی این نظام به انتظارات قانونی جمعیت است. البته پاسخگویی به‌طور صریح انتظارات بهبود سلامت جمعیت را نادیده می‌گیرد. چون این انتظارات به‌طور کامل در هدف اول (سلامت) انعکاس یافته است. اصطلاح "قانون" جهت روشن کردن این موضوع به کار می‌رود که اگر چه ممکن است عده‌ای انتظاراتی بی‌معنا برای نظام سلامت قائل شوند ولی این انتظارات نباید نقشی در مباحث پاسخگویی داشته باشند. ما معتقدیم پاسخگویی دارای دو جزء اساسی است:

احترام برای افراد

جنبه‌های مختلف روابط متقابل افراد در نظام سلامت که اغلب دارای یک بعد اخلاقی مهم است را مد نظر قرار می‌دهد. البته احترام به افراد خود نیز دارای سه جنبه خواهد بود:

- احترام برای مقام انسانی: نظام‌های سلامت ممکن است از طریق قرنطینه کردن افراد در برابر

يك بيماري واگير يا سترون كردن آنها در برابر يك اختلال ژنتيك قادر به دستيابي به سطوح بالاتر سلامت براي سايرين باشند ولي اين اعمال ممكن است تخلف از حقوق انساني پايه به حساب آيد. احترام براي مقام انساني در برگيرنده تعاملات با ارائه دهندگان خدمات از قبيل ادب و احترام حين بررسي باليني و معاينه جسمي است؛

- احترام به خودمختاري افراد (استقلال افراد): افراد بايد بتوانند در مورد تصميم گيري براي سلامتي شان خود مختارانه عمل كنند. افراد داراي صلاحيت يا نمايندگان شان بايد از اين حق برخوردار باشند تا در مورد دريافت يا عدم دريافت خدمات تصميم بگيرند؛
- احترام به حفظ اسرار: در زمان تعامل با نظام سلامت افراد بايد از حق محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به سلامت شخصي شان برخوردار باشند. اين جنبه به عنوان يك هدف ابزاري در جهت بهبود كيفيت مراقبت سلامت به كار مي رود. زماني كه افراد مطمئن باشند اطلاعات مربوط به سلامت شخصي شان محرمانه خواهد ماند تمايل بيستري جهت انتقال اطلاعات مربوط به تاريخچه پزشكي خويش به ارائه دهندگان مراقبت سلامت خواهد داشت. به علاوه احترام براي حفظ اسرار در ذات خود ارزشمند است زيرا از نظريه کنترل فردي و خصوصي بر اطلاعات شخصي حمايت مي كند.

مشترى مداري

اين دومين بخش پاسخگويي است و ابعاد مختلف رضايت مصرف كننده را كه تابع بهبود سلامت نيستند در بر مي گيرد. مشترى مداري نيز داراي چهار جنبه مهم است:

- افزايش توجه به نيازهاي سلامت: بررسي ميزان رضايت جمعيت از خدمات سلامت نشان مي دهد كه افزايش توجه عنصرى كليدي است. افراد براي افزايش توجه ارزش قائلند زيرا مي تواند به نتايج بهتر سلامت منجر شود (ارزش ابزاري). از طرفي افراد براي افزايش توجه ارزش قائلند زيرا مي تواند از ميزان استرس و نگراني انتظار براي تشخيص و درمان بكاهد (ارزش ذاتي).
- هم ارزش ذاتي و هم ارزش ابزاري به طور قابل ملاحظه اي تحت تأثير عواملی از قبيل دسترسي مالي - اجتماعي و فيزيكي قرار دارند؛
- امكانات رفاهي پايه: امكانات رفاهي پايه خدمات سلامت (از قبيل اتاق هاي انتظار تميز يا

تخت و غذای کافی در بیمارستان‌ها) جنبه‌هایی از مراقبت هستند که از دید مردم اغلب ارزش بالایی دارند؛

- دسترسی به شبکه‌های حمایت اجتماعی برای اشخاص دریافت‌کننده مراقبت: حتی زمانی که مراقبت به‌طور گسترده‌ای فراهم باشد اگر دور از خانواده و جامعه فرد ارائه شود دسترسی به شبکه‌های اجتماعی در طول مراقبت و بعد از آن ممکن است آسیب ببیند و توقع دسترسی به حمایت اجتماعی بواسطه افزایش نتایج سلامت نه تنها یک هدف ابزاری است بلکه به‌طور ذاتی نیز ارزشمند است؛
- انتخاب مؤسسه و اشخاص ارائه دهنده مراقبت: بیماران ممکن است خواهان انتخاب شخصی باشند که مراقبت سلامت را به آنها ارائه کند. این خواسته در اکثر مواقع در مورد ارائه‌دهندگان صادق بوده و در وهله دوم برای سازمان ارائه‌دهنده خدمت مطرح است. انتخاب یک جزء قانونی پاسخگویی بوده و دارای اهمیت بسیار زیادی است. همانند سلامت ما نه تنها نگران میانگین سطح پاسخگویی هستیم بلکه در مورد نابرابری در توزیع آن نیز نگرانیم.

ج. انصاف در مشارکت مالی

برای رعایت انصاف در تأمین مالی، نظام سلامت باید نشان‌دهنده دو شاخصه عمده باشد: اول، خانواده‌ها نباید فقیر شوند یا سهم زیادی از درآمدها را جهت تأمین نیازهای مراقبت سلامت پرداخت کنند. به عبارت دیگر انصاف در مشارکت مالی نیازمند درجه مهمی از انباشت خطر مالی است.

دوم، خانوارهای فقیر باید نسبت به خانوارهای ثروتمند پرداخت‌های کمتری به نظام سلامت داشته باشند. خانوارهای فقیر نه تنها درآمدهای پایین‌تری دارند بلکه نسبت بیشتری از درآمدها را صرف نیازهای پایه از قبیل غذا و سرپناه می‌کنند. مشارکت در تأمین مالی نظام سلامت باید منعکس‌کننده این اختلاف در درآمد قابل تصرف میان ثروتمندان و فقرا باشد. این ملاحظات به این گزاره دستوری تبدیل می‌شوند که هر خانوار باید سهمی منصفانه جهت هزینه‌های نظام سلامت پرداخت کند (در مورد خانواده‌های خیلی فقیر سهم منصفانه ممکن است به معنای عدم پرداخت باشد).

پرداخت باید بر اساس درآمد بوده و برای بسیاری از افراد منعکس‌کننده استفاده از خدمات یا میزان خطر باشد. میزان پذیرش عقیده "سهم منصفانه برای فقرا" بستگی به نقشی دارد که برای نظام سلامت در توزیع مجدد درآمد کل در نظر گرفته می‌شود. پذیرش اجتماعی وسیع یک مکانیسم تأمین مالی نیازمند آن است که هر کس سهم منصفانه‌ای را متقبل شود که این خود منجر به تأمین مالی پایدار نظام سلامت خواهد شد.

در مورد دو هدف اول (سلامت و پاسخگویی) ما علاقه مند به ارزیابی سطح میانگین و توزیع آنها بوده ولی در هدف سوم (انصاف در مشارکت مالی) فقط علاقه‌مند به ارزیابی توزیع آنها هستیم (این مفهوم در شکل شماره ۲ نشان داده شده است).

سطح تأمین مالی سلامت، یک انتخاب سیاستی کلیدی در هر جامعه است اما یک هدف ذاتی نیست. در حالی که دستیابی به سلامت و پاسخگویی بیشتر همیشه مطلوب است اما صرف هزینه بیشتر برای نظام سلامت فی‌نفسه ارزشمند نیست. در این مورد آنچه مهم است این است که بار مالی به‌طور منصفانه بین گروه‌ها توزیع شود.

شکل شماره ۲. اهداف نظام سلامت

کارایی	اهداف		
	عدالت	کیفیت	
}	توزیع	سطح	سلامت
	✓	✓	
	✓	✓	پاسخگویی
	✓		انصاف در مشارکت مالی

سطح منابع سرمایه‌گذاری شده در نظام سلامت با توجه به میزان عملکرد متغیر است. در بخش بعدی اهمیت منابع نظام سلامت را در هنگام ارزیابی میزان دستیابی به اهداف، مورد بحث قرار خواهیم داد. چارچوب پیشنهادی به‌طور مستقیم به مفاهیم کیفیت، کارایی و عدالت مربوط می‌شود. بنابراین سطوح دستیابی به هدف سلامت و پاسخگویی می‌تواند به عنوان کیفیت کلی نظام سلامت مد نظر قرار گیرد، که از مفهوم کیفیت خدمات سلامت شخصی گسترده‌تر است. همانطور که ملاحظه کردیم کیفیت زیر مجموعه دستیابی به هدف کلی نظام سلامت است نه معیار سنجش عملکرد آن.

در مجموع توزیع این سه هدف می‌تواند به عنوان عدالت در نظام سلامت مطرح شود همانند کیفیت. عدالت در نظام سلامت به عنوان زیر مجموعه دستیابی به هدف کلی است و نه معیار عملکرد. در اینجا برداشت ما از مفهوم عدالت در نظام سلامت گسترده‌تر از مفهوم بی‌عدالتی یا نابرابری سلامتی ساده است.

سومین مفهوم مرتبط، کارایی یا عملکرد هدف مرکب است. کارایی، نحوه ترکیب مطلوب دست یافتن پنج جزء از اهداف سه‌گانه نظام سلامت در مقایسه با منابع موجود را نشان می‌دهد. عملکرد هدف مرکب و فردی با جزئیات بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

جوامع به‌طور حتم با توجه به ارزشی که به این اجزاء می‌دهند متفاوت‌اند. به هر حال ما اعتقاد داریم که برای مقایسه کلی، اجماع بر یک تابع سنجش ضروری است. این معیار به ما اجازه می‌دهد که دو معیار دستیابی به هدف و کارایی نظام سلامت محاسبه شود. این قبیل معیارهای سنجش برای قیاس‌های همه‌جانبه باید با توجه به چارچوب ارزشی رایج ساخته شود و سنجش تجربی ترجیحات افراد برای اهداف گوناگون در جوامع مختلف در نظر گرفته شود.

سرانجام استفاده از معیار مرکب، به دستیابی به هدف محدود می‌شود - مانند شاخص توسعه انسانی - اما ممکن است منجر به افزایش توجه به عملکرد نظام سلامت و عوامل توضیحی چنین عملکردهایی شود.

اهداف ابزاری

علاوه بر اهداف سه‌گانه نظام سلامت اهداف دیگری نیز در بحث عملکرد نظام سلامت مطرح می‌شوند: از قبیل دسترسی به مراقبت، درگیری‌های جامعه، نوآوری یا نگهداشت.

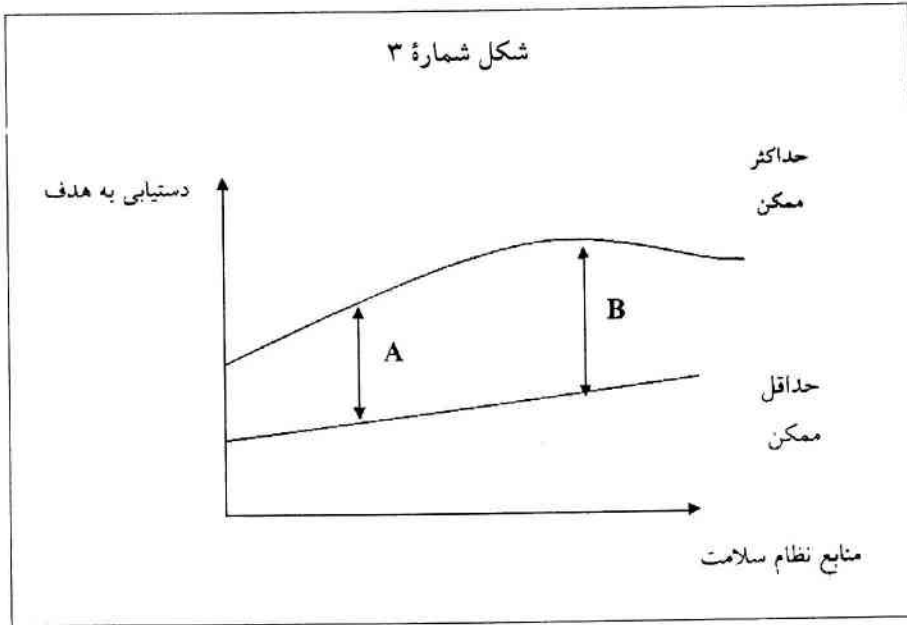
اینها یک سری اهداف ابزاری هستند که دستیابی به آنها سطح سلامتی، پاسخگویی و انصاف در مشارکت مالی را افزایش خواهند داد. برای مثال در ارتباط با دسترسی به مراقبت اگر ما سطح و توزیع سلامتی، پاسخگویی و انصاف در مشارکت مالی را ثابت نگه داریم، خواهیم دید که به خودی خود ارزشمند نیست. توسعه دسترسی به مراقبت تا جایی ارزشمند است که باعث بهبود سلامتی، کاهش بی عدالتی و افزایش پاسخگویی شود. چرا که یک هدف ابزاری است نه ذاتی.

اگر سه هدف ذاتی نظام سلامت به درستی اندازه‌گیری شود تأثیر دسترسی به مراقبت (با دیگر اهداف ابزاری) را به خوبی انعکاس خواهد داد. همچنین پوشش برنامه‌های بهداشت عمومی اثربخش از قبیل برنامه DOTS برای سل و همینطور واکسیناسیون اهداف ابزاری هستند که در سنجش سلامتی و پاسخگویی به کار گرفته می‌شوند.

عملکرد هدف، عملکرد هدف مرکب و کارایی

با تعریف واضحی از مجموعه اهداف و معیارهای سنجش آنها می‌توان سطوح دستیابی به هدف را برای نظام‌های سلامت متفاوت مقایسه کرد. سوابق زیادی از معیارهای مقایسه سلامت در بین کشورها وجود دارد. با این وجود مفهوم عملکرد، پیچیده‌تر از ثبت سطح دستیابی به هدف است. عملکرد نظام سلامت مربوط به سطح دستیابی به هدفی است که توانسته‌ایم به آن نایل شویم. از سوی دیگر عملکرد، مفهومی نسبی است. یک کشور ثروتمند نسبت به یک کشور فقیر در سطح بالاتری از سلامتی قرار دارد اما این که کدام کشور در ارتباط با منابع نظام سلامت در سطح عملکرد بالاتری قرار دارد، متفاوت است. بحث ما این است که عملکرد باید نسبت به بهترین و بدترین جایی که می‌توانستیم به یک سری شرایط معین دست یابیم ارزیابی شود.

شکل شماره ۳ مفهوم عملکرد را با توجه به بهبود سلامت جمعیت نشان می‌دهد. محور Y ها سلامتی و محور X ها منابع صرف شده در نظام سلامت را نشان می‌دهد. خط بالای جمعیت A, B حداکثر سطح دستیابی به سلامت را برای هر سطح از مخارج سلامتی به نمایش می‌گذارد، که بوسیله نظامی غیراز نظام سلامت تعیین می‌شود مانند سطح آموزش. همانطور که در شکل می‌بینیم عملکرد با سطح مخارج سلامتی مرتبط است برای مثال جمعیت A سطح سلامتی پایین‌تری را از B داراست اما هر دو جامعه تقریباً سطح یکسانی از عملکرد و مخارج را دارا هستند.



سنجش عملکرد هدف به این سؤال مربوط می‌شود که آیا نظام سلامت می‌تواند برای سطوح کلیدی تعیین‌کننده سلامتی - که ماهیتاً نظام مسئول آن نیست اما از آن متأثر می‌شود - پاسخگو باشد؟ ما می‌گوییم پاسخ "بلی" است. نظام سلامت باید مسئول این تعیین‌کننده‌های سلامت باشد تا حدی که بهترین نظام‌های سلامت نسبت به بدترین نظام‌های سلامت می‌توانند بر آنها تأثیر بگذارند. برای مثال ما نباید در مورد ضعیف بودن عملکرد نظام سلامت به سادگی قضاوت کنیم چرا که وقتی سطح مصرف تنباکوی جمعیت بالاست طبیعتاً سطح سلامت کاهش خواهد یافت. کاربرد این بحث این است که عنوان می‌کند نظام‌های سلامت نباید نسبت به تعیین‌کننده‌هایی مانند مصرف تنباکو، فعالیت فیزیکی یا رژیم غذایی مسئول باشند. با این وجود مخالفت با این استدلال به قوت خود باقی است که یک نظام سلامت خوب باید به سطح مصرف تنباکو یا ترکیب رژیم غذایی جمعیت توجه کند. در تعریف عملکرد ما اعتقاد داریم که باید توجه نظام به مسائلی معطوف شود که می‌تواند پاسخگوی آن باشد بنابراین نظام‌های

سلامت باید اساساً برای سطوح مصرف تنباکو پاسخگو باشند اما به احتمال، برای سطوح دستیابی به آموزش نباید پاسخگو باشند.

میزان مسئولیت یک نظام سلامت برای تعیین‌کننده‌های سلامتی می‌تواند برحسب میزان توانایی بهترین نظام سلامت برای ایجاد تغییرات در تعیین‌کننده‌ها بیان شود. با این وجود میزانی را که نظام می‌تواند تعیین کند بستگی به چارچوب زمانی تحلیل دارد. بسیاری از اصلاحات بخش بهداشت و تغییرات سازمانی ممکن است برای نشان دادن تأثیر کامل خویش به چندین سال زمان نیاز داشته باشند، لذا ما برای ارزیابی نیاز به دوره‌های بلندمدت داریم. برای مثال آنچه که یک نظام سلامت در اثر کاهش مصرف تنباکو در طول یک سال به دست می‌آورد متفاوت از ماحصل نظام در مدت پنج یا ده سال است. بنابراین سنجش عملکرد نباید [نسبت] به نقطه شروع یک سال معین حساس باشد. ما می‌گوییم که عملکرد باید در یک دوره بلندمدت ارزیابی شود و زمانی که ما کزیم هدف برای یک سطح معین مخارج سلامتی محاسبه می‌شود باید شامل عنصری باشد که در طول سالها می‌تواند بدست آید. در غیر این صورت نظام‌های سلامت هرگز پاسخگوی اشتباهات یا موفقیت‌های گذشته نیستند.

عملکرد هر پنج جزء از اهداف سه‌گانه نظام می‌تواند ارزیابی شود و جوامع با توجه به کمیابی منابع، و درجه اهمیت آنها، اهداف را انتخاب خواهند کرد. به عبارت دیگر با انتخاب ممکن است یک جامعه در ارتباط با پاسخگویی، ضعیف عمل کرده اما در بحث نابرابری‌های سلامتی خوب عمل کند زیرا منابع بیشتری از بودجه به اصلاح نابرابری‌ها اختصاص داده شده است. با افزایش پاسخگویی، در نهایت از بودجه نظام سلامت برای دستیابی به همه این اهداف استفاده می‌شود. همچنین به دلیل تعامل بین برخی از اهداف، عملکرد در دستیابی به ترکیبی از این اهداف سه‌گانه مفید خواهد بود. در اقتصاد، مفهوم کارایی به معنای تولید نتایج دلخواه با حداقل هزینه یا تولید حداکثر با یک بودجه معین تعریف می‌شود. در این منطبق عملکرد هدف مرکب - چگونگی دستیابی نظام به نتایج مطلوب با منابع داده شده - نشان‌دهنده کارایی نظام سلامت است. ما واژه‌های عملکرد هدف مرکب و کارایی را در بقیه متن تا آنجا که امکان دارد به جای یکدیگر بکار می‌بریم.

همانطور که در بخش اهداف نظام سلامت ذکر شد جوامع به پنج جزء اهداف سه‌گانه ارزش‌های متفاوتی می‌دهند. هر جامعه باید سیاست‌های خویش را انتخاب کند که این

سیاست‌ها بر میزان دستیابی به اهداف سه‌گانه نظام تأثیر دارد. با این وجود ما اعتقاد داریم در اکثر جوامع بین اهمیت دستیابی به اهداف گوناگون نظام تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. اشتراک مفاهیم درباره اهمیت این اهداف به ما اجازه می‌دهد تا مقایسه معنا داری بین عملکرد کشورها در ارتباط با پنج جزء اهداف سه‌گانه نظام و عملکرد هدف مرکب داشته باشیم. این قیاس‌ها یک مبنای تجربی برای بحث در مورد تأثیر الگوهای مختلف سازمان‌های نظام سلامت به وجود می‌آورد. در اینجا با تسهیل مقایسه عملکرد و کارایی چارچوب پیشنهاد شده، گستره مباحث مطرح شده درباره طراحی، سازماندهی و عملیات نظام سلامت را توسعه می‌دهد. استفاده از یک چارچوب عمومی برای سنجش عملکرد و کارایی به معنای طراحی یک نظام سلامت خاص برای تحلیل به عنوان برنامه کار برای همه کشورها نیست.

عملکرد نظام‌های فرعی و سازمان‌ها

عملکرد کلی نظام سلامت با عملکرد اجزای فرعی نظام و حتی سازمان‌هایی مثل بیمارستان‌ها مرتبط است. به عبارت دیگر ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات شخصی در همگرایی با ارزیابی عملکرد کلی نظام‌های سلامت است. برای مثال آژانس تحقیقات و رویه‌های مراقبت بهداشتی ایالات متحد یک معیار ملی کیفیت مراقبت را جستجو می‌کند که از معیارهای کیفیت سازمان‌های فرعی ارائه‌دهنده به دست می‌آید. چارچوب مفهومی که ما برای عملکرد کل نظام سلامت ارائه می‌دهیم به‌طور گسترده‌ای برای تمام نظام‌های فرعی مانند خدمات سلامت غیرشخصی یا حتی سازمان‌هایی مشخص مثل بیمارستان‌ها یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سرپایی کاربرد دارد. مهمترین بخش چارچوب، مقایسه سطح دستیابی به هدف برای کل جمعیت نسبت به آن سطحی است که سازمان یا نظام فرعی با بهترین یا بدترین عملکرد باید به آن دست یابد. چالش اصلی تعریف بهترین و بدترین رویه‌های قابل حصول برای یک سازمان یا نظام فرعی ارائه شده است.

این ترسیم از چارچوب کل نظام نسبت به اجزای فرعی آن برای سطوح سلامت و پاسخگویی به خوبی کار خواهد کرد. از سوی دیگر سهم بالقوه هر سازمانی نسبت به اهداف توزیعی کوچک و کوچک‌تر و تخمین آن بسیار مشکل‌تر خواهد بود. چنانچه این چارچوب

برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت توسعه داده شده و اجرا شود، به تلاش بیشتری برای کاربردی کردن آن در سازمان‌ها و نظام‌های فرعی نیاز است.

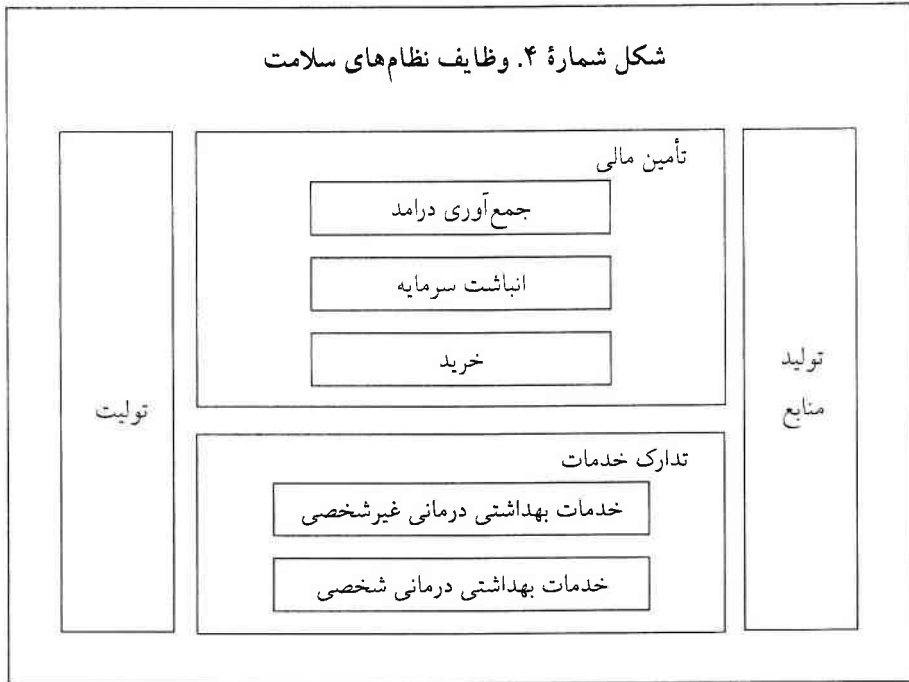
باید به این نکته توجه داشته باشیم که قابلیت اجرا و مصداق این روش برای سازمان‌ها و نظام‌های فرعی خاص بدین معنی نیست که عملکرد کلی نظام یک عمل ساده مثل ضرب و تقسیم عملکرد سازمان‌ها و سایر نظام‌هاست. به‌طور مثال تعامل بین فعالیت‌های درون بخشی برای کاهش خطر تنباکو از طریق اعمال مالیات داخلی و عملکرد بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها در سطح بالینی پیچیده است. در نهایت ممکن است تعریف ارتباط بین عملکرد کل نظام و عملکرد سازمان‌ها و نظام‌های مختلف امکان‌پذیر یا مفید نباشد.

عوامل مؤثر بر عملکرد نظام سلامت

هرگونه تلاش نظام مند برای فهم عملکرد نظام سلامت شامل شناخت عواملی است که به‌طور بالقوه عملکرد نظام را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اصلاح و بهبود عملکرد، نیازمند اطلاعات در مورد همین عوامل است و پاسخ به اینکه در میان طیف وسیعی از موارد اصلاح کدام یک از آن موارد باید اندازه‌گیری و تحلیل شوند؟ این کار از طریق فهرست‌های گسترده‌ای از عوامل تکنیکی و سازمانی صورت می‌گیرد. در توسعه چنین فهرست‌هایی بین آن گروه‌هایی که بر روی مفاهیم تکنیکی خدمات سلامت تکیه می‌کنند (واکسیناسیون، واحد مراقبت‌های ویژه) و آنهایی که بر روی چینش‌های سازمانی نظام سلامت تأکید می‌ورزند (به‌طور مثال مکانیسم‌های پرداخت به ارائه‌دهنده یا بیمه اجتماعی) نوعی تیرگی روابط و تنش دیده می‌شود. فراهم کردن تعدادی چارچوب برای تفکر درباره ابعاد نظام سلامت که می‌توانند بر روی عملکرد نظام اثر بگذارند و نیز راه‌های اندازه‌گیری این ابعاد ضروری است. این موضوع در بخش‌های دیگر به‌طور گسترده‌تری مورد بحث قرار گرفته است.

ایجاد مجموعه‌ای از معیارها و عوامل کلیدی که تغییرات در عملکرد نظام سلامت را شرح می‌دهند بسیار متفاوت از روشن‌سازی و تبیین اهداف نظام‌های سلامت است. هر عامل پیشنهادی فرضیه‌ای را ارائه می‌دهد که باید از نظر تجربی هم آزمایش شود. به همین دلیل هر لیستی که تهیه می‌شود نیز تابعی از گستردگی یا اختصار اسناد و مدارک جمع‌آوری شده است.

شکل شماره ۴. وظایف نظام‌های سلامت



همانطور که در شکل ۴ نشان داده شده، در هر نظام سلامت سازمان‌ها چهار وظیفه اصلی را انجام می‌دهند: تأمین مالی، تدارکات، تولید منابع (انسانی، فیزیکی و دانش) و تولیت. هر نظام سلامت با مشکلات اصلی طراحی، اجرا، ارزیابی و اصلاح مؤسسات و سازمان‌هایی که این وظایف را تسهیل می‌کنند، درگیر است. ممکن است مقایسه راه‌حل‌ها با مشکلات در طول سه طبقه‌بندی طرح استراتژیک، ترتیبات ساختاری و مدیریت اجرایی صورت پذیرد.

تأمین مالی

تأمین مالی نظام سلامت فرایندی است که از طریق آن درآمدهای دریافتی از منابع اصلی و فرعی جمع‌آوری شده و در صندوق ذخیره مشترک مالی انباشته می‌شود، و سپس به فعالیت‌های ارائه‌دهندگان خدمت تخصیص می‌یابد. برای تحلیل اهداف، وظیفه تأمین مالی نظام سلامت را به سه وظیفه فرعی جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه (تشکیل صندوق ذخیره مشترک منابع مالی) و خرید تقسیم می‌کنیم:

جمع‌آوری درآمد: جمع‌آوری درآمد به بسیج پول از منابع اصلی (خانوارها و بنگاه‌ها) و منابع فرعی (دولت و مؤسسات خیریه) بر می‌گردد. منابع مالی از طریق هشت مکانیزم پایه می‌توانند جمع‌آوری شوند: پرداخت‌های مستقیم، بیمه اختیاری نرخ‌بندی شده بر اساس درآمد، بیمه اختیاری نرخ‌بندی شده بر اساس خطر، بیمه اجباری، مالیات‌های عمومی، مالیات‌های تخصیصی، کمک‌های سازمان‌ها و بنگاه‌های غیردولتی و فروش دارایی‌های عمومی.

طرح استراتژیک جمع‌آوری درآمد، به‌طور مؤثر بر عملکرد نظام سلامت اثر می‌گذارد. برخی از مشکلات اساسی که تصمیم‌گیرندگان نظام‌های سلامت با آن مواجه‌اند شامل پرداخت‌های اجباری در مقابل پرداخت‌های اختیاری، پیش‌پرداخت در مقابل پرداخت در همان لحظه دریافت خدمت و افزایش تصاعدی حق‌الزحمه‌ها و حق بیمه‌ها است.

یک دیدگاه کلیدی در مورد ترتیبات ساختاری جمع‌آوری درآمد به همراه اثرات بالقوه آن بر عملکرد نظام، به میزان مشارکت عمومی در مقابل مشارکت خصوصی بر می‌گردد. موضوع اساسی دیگر در -جمع‌آوری درآمدها تعداد سازمان‌هایی است که وظیفه تأمین مالی را به عهده دارند که این به نوبه خود مسائلی مانند صرفه‌جویی‌های حاصل از مقیاس و تمرکز را افزایش می‌دهد. مسائل مدیریت اجرایی که بر عملکرد تأثیر می‌گذارند شامل گریزهای مالیاتی، روش‌های خاص گردآوری و تخصیص مالیات‌ها است.

انباشت سرمایه (تشکیل صندوق ذخیره مشترک منابع مالی): انباشت سرمایه به انباشت درآمد به منظور بهره‌مندی مشترک اعضا از آن بر می‌گردد. در واقع ایجاد یک چنین صندوقی بدین معناست که منابع مالی از صندوق ذخیره مشترک به یک بخش یا واحد خاص سرازیر نمی‌شود و واحدها خطرات مالی را بین خودشان تقسیم می‌کنند، یعنی همه مشارکت‌کنندگان در ریسک مالی سهیم‌اند. این وظیفه از وظیفه جمع‌آوری درآمد مجزاست زیرا در برخی از مکانیزم‌های جمع‌آوری درآمد مثل حساب‌های ذخیره پزشکی، افراد شرکت‌کننده در خطر مالی سهیم نمی‌شوند. جنبه‌های طرح استراتژیک انباشت سرمایه که عملکرد نظام را تحت تأثیر قرار می‌دهند شامل صندوق‌های جداگانه برای گروه‌های مختلف جمعیتی، صندوق‌های جداگانه برای خدمات پزشکی شخصی و غیرشخصی و اعطای یارانه‌های متقاطع بین واحدهای کم‌خطر و پرخطر است.

ترتیبات ساختاری انباشت سرمایه شامل اندازه و تعداد صندوق‌ها، مکانیزم‌های انتقال

منابع مالی بین صندوق‌ها، حق انتخاب و رقابت بین صندوق‌ها برای به دست آوردن منابع و نظارت مؤسسات نگهدارنده منابع مالی صندوق می‌شود.

مسئله مهم مدیریت اجرایی که بر عملکرد تأثیر می‌گذارد قوانینی است که ورود و خروج سازمان‌های مجری این وظیفه را هدایت می‌کند و شامل روش‌هایی برای حمایت از واحدها در مواقع ورشکستگی و درماندگی است. مسئله مهم دیگر تنظیم قوانینی است که بر مدیریت مالی صندوق‌ها نظارت کند و شامل درجه ریسک سرمایه‌گذاری مجاز است.

خرید: خرید فرایندی است که از طریق آن، درآمدهای جمع شده در صندوق ذخیره مشترک به ارائه‌دهندگان فردی و سازمانی به منظور عرضه یک دسته از اقدامات تخصیص داده می‌شود. وسعت و حیطة فرایند خرید می‌تواند از اعمال یک بودجه‌بندی ساده در نظام‌های دولتی عمومی با درجه ادغام در سطح بسیار بالا (که در آن دولت درآمدها را از طریق مالیات‌های عمومی جمع‌آوری کرده و به برنامه‌ها و تسهیلات برای هزینه‌های کارمندان و سایر هزینه‌ها اختصاص می‌دهد) تا استراتژی‌های پیچیده‌تر (که در آن واحدهای معین درون‌داده‌ها، برون‌داده‌ها، و نتایج نهایی خریداری می‌شوند) باشد.

طرح استراتژیک این فعالیت شامل تصمیماتی است در این مورد که چه چیزی، چگونه و از چه کسی خریداری شود. انتخاب اینکه چه چیزی خریداری شود به معیارهای انتخاب مداخلات (اقدامات) و برخورداری یا محرومیت استفاده از خدمات مربوط می‌شود. مکانیزم‌های دیگر شامل خرید مستقیم مداخلات (گرافت‌های بایپس عروق کرونری، واکسیناسیون بچه‌ها و ...)، خرید کلی‌تر انواع خدمات (خدمات پزشکان، تخت - روز بیمارستانی)، یا خرید داده‌ها (پزشکان، تخت‌های بیمارستانی، وسایل و تجهیزات) است. جنبه دیگر طرح استراتژیک، انتخاب ارائه‌کنندگان این مداخلات است که شامل موضوعاتی چون روش‌های کنترلی و دستوری و فرایندهای مقاطعه‌ای و قراردادی است که خریدار را به ارائه‌دهنده خدمت مرتبط می‌کند و معیاری برای انتخاب ارائه‌دهنده خدمت و مکانیزم‌های پرداخت به ارائه‌دهنده است.

ترتیب ساختاری که ممکن است بر عملکرد تأثیر بگذارند شامل اندازه و تعداد خریداران، مکانیزم‌های تأمین بودجه خریداران از در آمد صندوق‌ها و حق انتخاب و رقابت بین خریداران برای استفاده از خدمات و نظارت خریداران است. مهمترین مسئله اجرا و مدیریت در این

وظیفه روش‌های کنترل کمیت و کیفیت خدمات خریداری شده است. بررسی دیدگاه‌های گستردهٔ بهینه‌سازی و تکنیک‌های تضمین کیفیت که ممکن است در هدایت تصمیمات خرید مورد استفاده قرار گیرند فراتر از محدوده این مقاله است؛ تعدادی از آنها، محور و هستهٔ مرکزی عاملی به نام "مدیریت مراقبت" را تشکیل می‌دهند.

تدارک خدمات بهداشتی و درمانی

این وظیفه به ترکیب درون‌دادها در فرایند تولید در یک محیط سازمانی ویژه بر می‌گردد که خود منجر به ارائهٔ یک سری از خدمات می‌شود. در بررسی و تحلیل تدارکات بهتر است که فاصله‌ای قراردادی بین خدمات بهداشتی شخصی و غیرشخصی منظور کنیم. خدمات بهداشتی شخصی خدماتی است که مستقیماً توسط یک فرد مصرف می‌شود که می‌تواند به صورت خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی، توان بخشی باشد، چه پیامد خارجی داشته باشد یا نداشته باشد. خدمات بهداشتی غیرشخصی به فعالیت‌هایی بر می‌گردد که برای عموم جامعه (مانند آموزش بهداشت عمومی) یا برای اجزای غیرانسانی محیط (مانند اقدامات بهداشتی پایه) به کار برده شود.

خدمات بهداشتی - درمانی شخصی: طرح استراتژیک فراهم‌سازی خدمات بهداشتی شخصی به ارتباط بین سازمان ارائه دهنده نسبت به محیطش بر می‌گردد. دسته‌ای از این ارتباطات به ادغام عمودی وظایف مربوط می‌شوند. در حالیکه این مسئله در ادامه تحلیل شده اما لازم است که به اهمیت آن در وظیفه تدارکات تأکید شود، زیرا در این مورد اساسی‌ترین مسئلهٔ طرح، به میزان ادغام با وظیفه خرید بر می‌گردد. علاوه بر این، نظام‌های سلامت ملی اغلب متمایز می‌شوند بر این اساس که آیا این دو وظیفه (خرید و تدارک) به وسیله سازمان‌های یکسان انجام شوند یا این که ارائه‌دهندگان پیمانکارانی مستقل هستند که خرید را انجام می‌دهند. یکی از اصلاحات پیشنهادی فعلی برای نظام‌های ادغام شده، تفکیک ارائه دهنده - خریدار است. ارتباط نزدیک با این مسئله، موضوع عدم تمرکز و حاکمیت سازمان ارائه‌دهنده است با در نظر گرفتن و محترم شمردن میزان استقلال داخلی آن، حتی در چارچوب مالکیت عمومی. گستره‌ای که در آن گزینه‌های طرح پایهٔ عملکرد نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند موضوع تحقیقات مهمی برای کمک به تدوین خط‌مشی‌های اصلی است.

ترتیبات ساختاری به ارتباط سازمان‌های ارائه‌دهنده با یکدیگر مربوط می‌شود. مسئله مهم میزان این ارتباطات است. موضوع اصلی ماهیت مجزای سازمان‌ها یا شبکه‌ها با سطوح مختلف پیچیدگی است (به‌طور مثال تسهیلات و مراقبت‌های بهداشتی سطح اول، دوم و سوم). ساختار چنین شبکه‌هایی است که تعیین می‌کند آیا دسترسی به مراکز مستقیم است یا این که نقش دروازه بان برای ارائه‌دهندگان سطح اول وجود دارد. یک نمونه از مشکلات سازماندهی ارجاعات سازمانی در سطح مراقبتی این است که آیا ارجاعات می‌تواند مرزهای دولتی - خصوصی را پیوند بزند یا این که شبکه‌ها از یکدیگر مجزا هستند.

خدمات مربوط به مدیریت اجرایی و ارتباط آن با ابعاد سازمان ارائه‌دهنده شامل راه‌های رسمی و غیررسمی درگیر شدن وظایف سازمانی، نظام‌های کنترل و اختیارات هر مسئولیت است. الگوهای استخدامی هم برای مدیریت و هم خدمات بالینی عناصر مهمی هستند. نمونه‌ای از این مسائل عبارتند از این که آیا مدیریت عالی سازمان ارائه‌دهنده، در دست پزشکان باشد یا مدیران حرفه‌ای؟ در سطح بالینی موضوع مهم، ترکیب مهارت در طبقه‌بندی‌های مختلف ارائه‌دهندگان (پزشکان، پرستاران، کارگران بهداشت جامعه) است و همچنین احتمال تعیین‌کننده‌های عملکرد.

خدمات بهداشتی - درمانی غیرشخصی: از لحاظ نظری مسائل مربوط به خدمات بهداشتی - درمانی شخصی و غیرشخصی یکسان به کار برده می‌شود. اگر چه در اکثر کشورها بخش دولتی - اغلب وزارت بهداشت - نقش غالب را در تدارک خدمات بهداشتی - درمانی غیرشخصی ایفا می‌کند. مسئله مهم در طرح استراتژیک میزانی است که سازمان‌های منفرد، دسته‌ای از خدمات بهداشتی - درمانی غیرشخصی را فراهم می‌کنند یا این که سازمان‌های چند تخصصی، خدماتی خاص مانند ارتقاء بهداشت، ایمنی حرفه‌ای، یا ایمنی ترافیک جاده‌ها را فراهم می‌آورند. همانطور که در مورد خدمات بهداشتی - درمانی شخصی، میزان ادغام با خرید مهم است، ماهیت حاکمیت و نوع استقلال نیز به همان میزان مهم است.

در ترتیبات ساختاری موضوع اصلی میزان ادغام تدارک خدمات بهداشتی - درمانی شخصی و غیرشخصی است. و این که آیا در نظام‌های دولتی سازمان‌ها یکسانند و مدیران در قبال هر دو نوع خدمت مسئولند؟ آیا مکانیزم‌ها و محرک‌هایی برای نظام‌های خصوصی به منظور ارائه برخی از خدمات بهداشتی غیرشخصی مثل آموزش بهداشت گروهی وجود دارد؟

سرانجام موضوعات یکسان مدیریت درون سازمانی تدارک خدمات بهداشتی - درمانی شخصی در اینجا نیز می تواند مطرح شود.

تولید منابع

نظام های سلامت تنها به مؤسسات تأمین مالی یا تدارک و ارائه این خدمات محدود نمی شوند بلکه شامل گروه گوناگونی از سازمان هایی هستند که تولیدکننده داده برای آن خدمات اند به ویژه منابع انسانی، مالی و فیزیکی مانند تسهیلات، تجهیزات و دانش. این دسته از سازمان ها شامل دانشگاه ها و سایر مؤسسات آموزشی، مراکز تحقیقاتی و شرکت های تولیدکننده تکنولوژی های خاص مثل تجهیزات، وسایل و فرآورده های دارویی هستند.

موضوع اصلی طرح استراتژیک، ترتیبات ساختاری، و مدیریت اجرایی با زیرگروه های معین سازمان هایی که درگیر تولید منابع هستند تطابق دارد. به طور مثال در مؤسسات تربیت نیروی انسانی مانند مدارس پرستاری و پزشکی مسئله کلیدی به محل اولیه خدمت آنها بر می گردد، بدین معنا که آیا متعلق به وزارت بهداشت و درمان هستند یا وزارت آموزش و پرورش؟ مالکیت های سازمانی ممکن است ارتباط بین عرضه و تقاضا برای پرسنل بهداشتی درمانی را تعیین کند. در مورد سازمان های تحقیقاتی مسئله استقلال و خود مختاری در تعیین اولویت ها ممکن است برجسته شود. در مورد صنعت دارویی و سایر صنایع مسائل رایج ساختار صنعتی مانند درجه تمرکز و میزان رقابت به احتمال بسیار زیاد عملکرد نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می دهند.

تولیت

تولیت که وظیفه ای است فراموش شده در اکثر نظام های سلامت، فراتر از سازماندهی عقاید سنتی است و شامل سه دیدگاه کلیدی تنظیم، اجرا و پایش قوانین و مقررات برای نظام سلامت، تضمین یک سطح برای همه گردانندگان در نظام (بویژه خریداران، ارائه دهندگان و بیماران) و تعریف دستورات استراتژیک برای نظام به عنوان یک کل است. در برخورد با این دیدگاه ها تولیت می تواند مجدداً به شش وظیفه فرعی طرح کلی نظام، ارزیابی عملکرد، اولویت بندی، حمایت درون بخشی، قوانین و مقررات و حمایت مصرف کننده تقسیم شود.

طرح کلی نظام: به تنظیم خط‌مشی‌ها در بالاترین سطح بر می‌گردد و مستلزم روش‌هایی است که کلیه اجزای نظام سلامت در کنار یکدیگر مطرح باشند. مسائل مختلف که پیش از این تحت عنوان طرح استراتژیک تحلیل شد مفاهیم بنیادی برای این وظیفه فرعی تولید را شامل می‌شود. از سوی دیگر تولید می‌تواند به عنوان یک فرا وظیفه در تصور آید تا جایی که به کل وظایف نظام سلامت مربوط شود.

ارزیابی عملکرد: یک جزء ضروری برای ارائه مسیرهای استراتژیک و تضمین یک سطح اجرایی جهت ارزیابی عملکرد مؤسسات فعال در دریافت درآمد، خرید، تدارک، و توسعه منابع است که خود نیز یک فرا وظیفه محسوب می‌شود.

تعیین اولویت‌ها (اولویت‌بندی): انتخاب معیارهای اولویت‌بندی و توافق نظر در مورد آنها از عناصر اصلی تولید است که خود دارای دو جنبه فنی و سیاسی است.

حمایت درون‌بخشی: به ارتقاء رویه‌ها در سایر نظام‌های اجتماعی که سبب پیشرفت اهداف سلامت می‌شوند، بر می‌گردد. همانطور که پیش از این هم ذکر شد تعیین‌کننده‌های اقتصادی و اجتماعی وضعیت سلامتی مثل آموزش زنان، خود بخشی از نظام سلامت به حساب نمی‌آیند. با وجود این برنامه‌های حمایت از پیشرفت تعیین‌کننده‌ها با هدف ارتقاء سلامتی به‌طور روشن‌تری با تعریف ما از یک اقدام بهداشتی تناسب داشته و بنابراین در درون مرزهای نظام سلامت قرار می‌گیرند.

قوانین و مقررات: اگر بخواهیم در معنی لغت Regulation دقیق شویم به معنی تنظیم قوانین است. در نظام‌های سلامت دو نوع عمده قوانین وجود دارد؛ یکی قوانین بهداشتی و درمانی مربوط به کالاها و خدمات بهداشتی که به تلاش‌های معمول متصدیان بهداشتی برای به حداقل رساندن خطرات بهداشتی تولید شده به وسیله کالاها و خدمات در اقتصاد به ویژه آنهایی که با مواد خوراکی ارتباط دارند و دیگری قوانین مراقبت‌های سلامت که به سازمان‌هایی که وظیفه تأمین مالی تدارک و تولید منابع نظام سلامت را به عهده دارند بر می‌گردد. از این نقطه نظر قوانین و مقررات یک فرا وظیفه است که عهده دار سایر وظایف مؤسسات از طریق ابزارهایی مانند اعتباربخشی، اعطای مجوز و تنظیم نرخ است.

حمایت از مصرف‌کننده: بازارهای مراقبت سلامت و بیمه به وسیله نابرابری‌های اطلاعاتی و قدرتی بین مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان متمایز می‌شوند. بنابراین بخشی از وظیفه تولید دستیابی به یک سطح اجرایی برای عاملان نظام سلامت است.

ترکیب این شش وظیفه فرعی تولید تصمیمی است کلیدی که طرح استراتژیک را مدنظر دارد. علاوه بر این به نظر می‌رسد در میزان مسئولیتی که متصدیان بهداشتی برای هر وظیفه فرعی قائل‌اند یک تغییر قابل توجه دیده می‌شود. در مورد ترتیبات ساختاری توجه خط‌مشی اصلی به کانون مسئولیت بر می‌گردد، در حالی که تولید به‌طور کلی یک دسته وظایف عمومی محور را در پی دارد و نوعی اختلاف در تخصیص مسئولیت به شاخه‌های مختلف (اجرایی در مقابل قانونگذاری) و سطوح دولتی (ملی در مقابل محلی) وجود دارد.

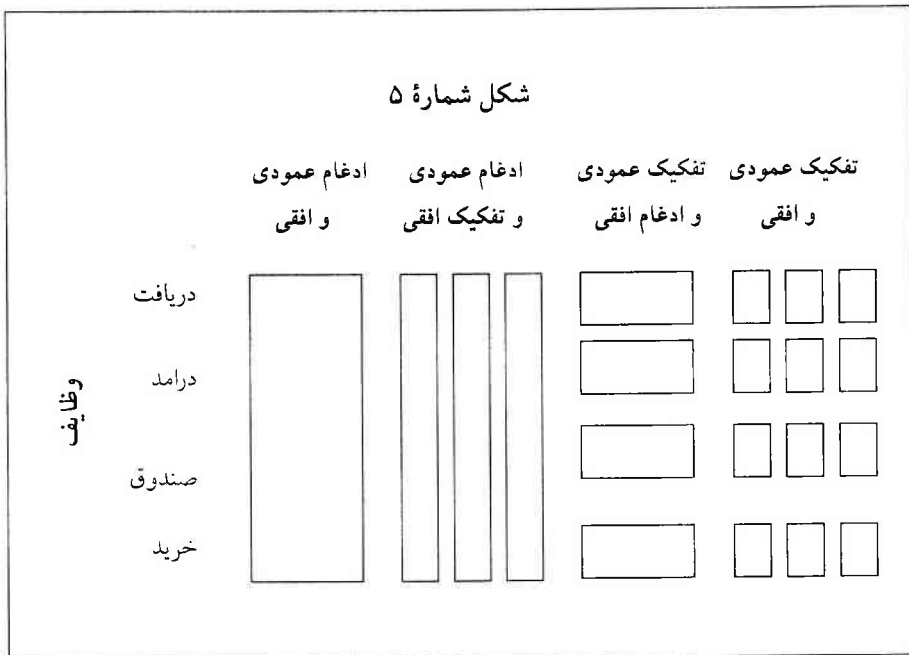
در نهایت موضوع مهم مدیریت اجرایی که بر عملکرد تأثیر می‌گذارد شامل مهارت عملی انجام وظایف تولید است. به ویژه جهت‌گیری اکثر وزارت‌های بهداشت و درمان از وظیفه سنتی - به عنوان ارائه‌دهنده خدمت - به چالش جدید تولید، مستلزم مهندسی مجدد سازمانی برای مهارت‌های ترکیبی است که ممکن است کافی نباشند.

ادغام عمودی

همانطور که قبلاً اشاره شد عملکرد نظام سلامت نه تنها به وظیفه هر سازمان به صورت جداگانه مربوط است بلکه به چگونگی ارتباط بین وظایف نیز دامن می‌گستراند. برای مثال ادغام عمودی که در آن یک سازمان بیش از یک وظیفه را انجام می‌دهد عادی است و خاص و استثناء نیست. میزان ادغام ممکن است برای بعضی عناصر مثل دریافت درآمد و خرید یا خرید و تدارکات مهم باشد اما نه برای همه عناصر. شکل شماره ۵ چهار نوع ادغام را به عنوان نمونه شرح می‌دهد؛ ادغام یا تفکیک عمودی و افقی وظایف تأمین مالی، تدارکات و تولید. در این شکل هر بخش عمودی معرف سازمانی است که یک وظیفه یا بیشتر را به عهده دارد، بخش افقی معرف پوشش جمعیتی است.

در مدل ادغام عمودی - افقی وظایفی مثل تأمین مالی، تدارکات و بخش مهمی از تولید در یک بخش دولتی، در سازمان منفرد ادغام شده و سازمان تمام جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد. خدمات سلامت ملی انگلستان قبل از اصلاحات تاجر به ادغام کامل نزدیک‌تر بود. شکل ۵ همچنین یک نظام را با ادغام عمودی و تفکیک افقی نشان می‌دهد. در سازمان‌های مختلف ادغام وظایف تدارکات و تأمین مالی، گروه‌های مختلف جمعیتی را تحت پوشش قرار می‌دهد. مثال‌های نزدیک به این مدل نظام‌های تفکیک شده امریکای لاتین است. همچنین

شکل ۵ نظامی را با تفکیک عمودی و ادغام افقی نشان می‌دهد. مثال این مورد سازمان‌های استرالیا، کلمبیا و چند جامعه استقلال یافته اسپانیا را شامل می‌شود. در واقع تعداد زیادی از طرح‌های اصلاحات جاری این نوع از سازمان، وظیفه‌ای را برای نظام سلامت در نظر می‌گیرند، همچنین در شکل، نظام‌های سلامت با تفکیک عمودی و افقی نشان داده شده است. موضوع و مسئله اصلی میزان تأثیرگذاری ادغام، وظیفه‌ای یا تخصصی کردن وظایف بر عملکرد نظام سلامت است.



عوامل خارجی مؤثر بر عملکرد نظام سلامت

تا این مرحله بحث بر عوامل مؤثر بر عملکرد نظام سلامت و تأکید بر پنج وظیفه کلیدی سازمانی نظام سلامت و میزان ادغام عمودی آنها متمرکز بود، با این حال عوامل خارج از نظام سلامت نیز عملکرد این وظایف را تحت تأثیر قرار می‌دهند به عنوان مثال وجود یک نظام ارزشی مؤثر می‌تواند تأثیر بنیادی روی خرید و عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان بگذارد. ویژگی‌های

اصلی دولت، اصول اخلاقی مدیریت و فساد می‌تواند بر عملکرد تولید و سایر وظایف اثر بگذارد. این روابط درونی نشان می‌دهد برخی از عوامل تعیین‌کننده عملکرد نظام سلامت در خارج از ساختار رسمی نظام سلامت قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری

نگرانی اصلی کسانی که بر روی عملکرد نظام سلامت کار می‌کنند محدوده پاسخگویی نظام‌های سلامت است. به‌طور ساده این سؤال مطرح است که، آیا محدوده پاسخگویی نظام‌های سلامت باید منحصر به فعالیت‌های سازمانی‌شان باشد یا این که سطح گسترده‌ای شامل عوامل کلیدی دستیابی به هدف که خارج از مرز نظام سلامت قرار دارد را نیز باید دربرگیرد؟ در این خصوص دو دیدگاه مطرح می‌شود: پاسخگو بودن نظام سلامت برای مسائلی که به‌طور کامل تحت کنترل ندارد منصفانه نیست. دیگر این که نظام‌های سلامت می‌توانند به بیشترین تأثیر از طریق اثرگذاری بر روی عوامل سلامتی نظام‌های غیرسلامت دست یابند. در چارچوب مورد نظر، برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت با این مقوله از سه جنبه روبرو هستیم:

اول: به وسیله تشریح سطوحی که اهداف نظام سلامت در آن سطوح تحقق یافته است بدون در نظر گرفتن دلایلی که آن را توضیح می‌دهد. توجه ملی و جهانی می‌تواند روی کشورهایی که در بهبود سلامت، کاهش نابرابری‌های سلامتی، افزایش سطح و توزیع پاسخگویی و تأمین مالی با روشی عادلانه، خوب عمل کرده‌اند جلب شود؛

دوم: ارزیابی عملکرد نسبی باید نحوه کنترل سطح تعیین‌کننده‌های نظام غیرسلامت را از طریق اقدامات بین بخشی مؤثر در یک کشور دربرگیرد. نهایتاً دلیل اینکه تعیین‌کننده‌های نظام غیرسلامت در جایی پراهمیت و در جایی کم‌اهمیت در نظر گرفته شده‌اند آن است که اگر در یک کشور نظام سلامت پاسخگوی سطح این تعیین‌کننده‌ها نباشد، هیچ‌کس برای نشان دادن این موضوعات تلاشی نخواهد کرد. بهترین امیدواری برای تغییر بسیاری از موارد از توانایی نظام سلامت، در تفسیر اهمیت مهار این مسائل حاصل می‌شود. مسائلی مانند مصرف تنباکو، رژیم غذایی و فعالیت‌های جنسی نایمن که در ارزیابی عملکرد نظام سلامت مدنظر قرار می‌گیرند. امکان اینکه نظام سلامت بتواند بر سایر تعیین‌کننده‌ها مانند کسب آموزش، نابرابری‌های

اجتماعی عمومی و تنوع زیستی تأثیر بگذارد بسیار کم بوده و ارزیابی عملکرد نظام سلامت باید منعکس‌کننده این حقیقت باشد؛

سوم: وقتی عملکرد نظام‌های فرعی و مؤسسات را ارزیابی می‌کنیم محدوده پاسخگویی بسیار کوچک می‌شود. مسئولیت اصلی برای تعیین‌کننده‌های سلامت نظام‌های غیر سلامت به کل نظام سلامت وابسته است. ارزیابی عملکرد اجزای یک نظام به‌طور طبیعی محدوده پاسخگویی به اقداماتی را که مستقیماً توسط مؤسسات یادشده تحت تأثیر قرار می‌گیرد تنگ‌تر می‌کند. با بررسی این مسئله در سه سطح احساس می‌کنیم می‌توانیم توجه‌مان را در خصوص دستیابی به اهداف نهایی نظام‌های سلامت، عملکرد نظام‌های سلامت ملی و عملکرد نظام‌های فرعی و مؤسسات متمرکز کنیم.

با شفاف ساختن تمایز اهداف ذاتی نظام‌های سلامت از وظایف نظام سلامت و از مفاهیم تکنیکی تدارکات، امیدواریم که بتوانیم ارائه بحثی سازنده را در سیاست‌های سلامتی سهولت بخشیم. مذاکرات و منازعات طولانی بر روی مسائل ساختاری نظام سلامت بیشتر از مداخلات ترکیبی ارائه شده به وسیله سایر نظام‌هاست. مداخلات باید به وسیله نظام‌های سلامت ارائه شوند و نظام‌های سلامت بدون مداخلات اثربخش غیرمفید خواهند بود. به این دو دیدگاه نباید رقابتی نگریسته شود بلکه این دو مکمل یکدیگرند. با معرفی روشن معیارهای دستیابی به اهداف نظام سلامت و عملکرد، وظایف کلیدی سازمان‌های نظام سلامت و مفاهیم تکنیکی تدارک خدمات بهداشتی، امیدواریم بحث و دیدگاهی مستدل‌تر و آگاهانه‌تر در مورد تعامل ساختار نظام و مداخلات ترکیبی انجام دهیم. اکثر مذاکرات روی طرح‌های نظام سلامت در مورد ادعاها و خواسته‌ها و این که چه کاری انجام شود و چه کاری انجام نشود متمرکز شده است و، فقط از مطالباتی که مبتنی بر مدل‌های نظری بوده و مدارک تجربی هم داشته باشند حمایت می‌کند. اقتصاددانان تعریف سیاست‌های سلامتی با مدل مطلوبیت را یافته‌اند. برای مثال اگر مصرف‌کنندگان مطلع و آگاه باشند و ارائه‌دهندگان رقابتی باشند پس مصرف‌کننده با افزایش پرداخت، خواهان افزایش کارایی خواهد شد. با وجود تنوع زیاد سازمان‌های نظام سلامت اغلب تعداد بسیار کمی از تصمیم‌گیرندگان یا کارشناسان نظام سلامت به اطلاعات نظام‌های مختلف و سطوح دستیابی آن دسترسی دارند.

اجرای این چارچوب برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، پایه‌ای برای انتقال از حالت نظری سیاست‌های سلامتی به حالت تجربی تر و عملی تر آن فراهم می‌کند. در اکثر اوقات ما باید قادر باشیم که پاسخ‌های تجربی در مورد سؤالاتی مثل ارتباط بین تأمین مالی نظام سلامت و سطح و توزیع سلامت و پاسخگویی فراهم کنیم. این خط کاری باید تحقق آن را میسر سازد. برای مثال میزان رقابت بین خریداران و ارائه‌دهندگان پاسخگویی را افزایش می‌دهد. اگر چارچوب ما دربرگیرنده اهداف ذاتی نظام سلامت و عوامل انتخابی برای تشریح تنوع در عملکرد باشد پایه‌ای برای عملی‌تر کردن سیاست‌های سلامتی فراهم خواهد کرد.

ارزیابی سالانه عملکرد نظام سلامت توجه خود را بر انتخاب رویه‌های قابل دسترس دولت در بهبود سلامت متمرکز خواهد کرد. جهانی کردن ارزیابی عملکرد سازمانی ممکن است به بازتاب ارتقاء نقش دولت در نظام‌های سلامت کمک کند. چه رویه‌هایی می‌تواند عملکرد را بهبود بخشد؟ چه مدارکی وجود دارد که دولت بتواند از طریق تطابق با این رویه‌ها عملکرد را افزایش دهد؟ در جایی که مدارک بیان می‌کنند که دولت توان بالقوه برای انجام کاری را دارد در نظر گرفتن نقشی روشنفکرانه برای دولت، عملکرد را افزایش می‌دهد.

این چارچوب برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت بدون شک برای اقدامات و مراحل عملی و مدارک جمع شده و ارتباط بین سازمان‌های نظام سلامت و عملکرد آن قابل کاربرد خواهد بود. توسعه موارد مورد بحث در طولانی مدت به کشورهای سراسر جهان کمک می‌کند تا پاسخی بهتر برای نیازهای متغیر و پیچیده سلامتی مردم‌شان بیابند.