

ارزیابی حکمرانی خوب در ابعاد کیفیت و اثربخشی و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب: یک مطالعه تطبیقی

محسن کاظمی نیا^۱ / علیرضا خاتونی^۲ / فرانک جعفری^۳

چکیده

مقدمه: امروزه مقوله توسعه، مورد توجه بسیاری از کشورهاست و یکی از الزامات اولیه تحقق توسعه متوازن، مبحث حکمرانی خوب است. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی حکمرانی خوب در ابعاد کیفیت، اثربخشی و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت انجام گردید.

روش پژوهش: این مطالعه به صورت تطبیقی انجام شد. در این فرایند مطالعه حاکمیت نظام سلامت در ابعاد سازمانی کیفیت و اثر بخشی و مسئولیت‌پذیری در هفت کشور منتخب جهان و ایران انجام شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توصیف، تفسیر و تحلیل شدند. جهت یافتن مقالات و مستندات اطلاعاتی بانک‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی، سایت‌های معتبر سازمان بهداشت جهانی مورد جستجو قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه کشورهای منتخب و ایران نشان داد که همه کشورها جهت ارتقای کیفیت و اثر بخشی خدمات، توجه ویژه‌ای به سیستم‌های الکترونیکی و فن‌آوری اطلاعات داشته‌اند، در بعد مسئولیت‌پذیری نیز نتایج نشان داد که در کشورهای سنگاپور، ترکیه و ایران، تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت مانعی در برابر انجام وظایف اصلی آن‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری: الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران و کشورهای در حال توسعه با نظام سلامت مشابه با آن چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت این کشورها پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: کیفیت، اثربخشی، مسئولیت‌پذیری، نظام سلامت، حکمرانی خوب.

۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲- استاد، گروه آموزش داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: faranakjafari2002@yahoo.com

مقدمه

تحقیقات متعدد بیانگر آن است که بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان، بد اداره می‌شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان خود، با مشکلات فراوانی روبرو هستند [۱-۳]. آسیب‌شناسی این مشکلات بیانگر این واقعیت است که شرایط قابل توجه در رابطه با سلامت جامعه، بسیار متعدد و گسترده بوده و حوزه‌های مختلفی همچون حوزه ارتباطات (ارتباطات سلامت، تبلیغات و اطلاع‌رسانی)؛ حوزه محیطی (آب و هوا)؛ حوزه سکونت (روستایی و شهری)؛ اجتماعی-اقتصادی (مالیات و مخارج، فقر) و موارد دیگر را در برمی‌گیرد. علاوه بر این، پیچیدگی تهدیدها و چالش‌های حوزه سلامت در سطح کلان مانند گرم شدن زمین و شبیه آن، افزایش هزینه‌های سلامت به دلیل روند سالخورده شدن جمعیت و فشارهای ناشی از آن، پیشرفت‌های روز افزون در فناوری‌های پزشکی و درمان، ترکیب پیچیده خدمات بهداشتی درمانی و عوامل اجتماعی و سایر عوامل مشابه [۴]، ضرورت ایجاد حکمرانی با کیفیت و اثربخش در حوزه سلامت جامعه و توجه به سلامت در کلیه سیاست‌ها را بیش از پیش نشان می‌دهد و حکومت در همه اقدامات و سیاست‌گذاری‌های خود، باید مبحث سلامت و رفاه جامعه را مدنظر قرار دهد [۵].

بانک جهانی مفهوم حکمرانی خوب را در سال ۱۹۸۹ میلادی برای توسعه پایدار کشورها مطرح کرد و شاخص‌های مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی حاکمیت، حاکمیت قانون، کیفیت قانون‌گذاری و کنترل فساد را برای ارزشیابی کیفیت حاکمیت نظام سلامت یک کشور معرفی کرد. نظام سلامت باید نسبت به نیازهای بالینی و غیربالینی مردم جامعه پاسخگو باشد شأن افراد و لحاظ نمودن مشارکت آنها و به صورت مشتری‌مدار ارائه شود. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به مردم و وزارت بهداشت پاسخگو باشند و مسئولیت عملکرد خود را بپذیرند. در نهایت، وزارت بهداشت هم باید نسبت به جامعه و مجلس نمایندگان مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر باشد [۵]. بر اساس نتایج

مطالعات، حکمرانی خوب در نظام سلامت بر ابعاد کیفیت و اثر بخشی و مسئولیت‌پذیری بیش از ابعاد دیگر تاکید دارد [۷-۵].

مفهوم کیفیت به شکلی مطرح است که بیانگر نوع مدیریت یک سازمان می‌باشد. بنابراین کیفیت را به عنوان یک سیستم جامع و فراگیری می‌دانند که با مشارکت کلیه افراد در پس افزایش بهره‌وری و بهبود مستمر فرایند و فرآورده‌های سازمان و تأمین نیازها و انتظارات حال و آینده مشتریان می‌باشد. از سوی دیگر، سازمان‌های دولتی باید برای اثربخش بودن، نیازها و خواسته‌های شهروندان را از روی اظهار نظرات آنان، برخی فعالیت‌هایشان و در برخی موارد از سنت‌ها، آداب و ارزش‌های حاکم بر جامعه تشخیص دهند [۶].

بر اساس این اطلاعات اثربخشی به تأمین نیازها و خواسته‌های شهروندان و ارباب رجوع‌های سازمان تعریف شده است. بدین ترتیب اثربخشی درجه پاسخ‌گویی و واکنش سازمان‌ها نسبت به نیازها و خواسته‌های جامعه، شهروندان و استفاده‌کنندگان از امکانات دولتی است. درک هدف‌های سازمانی از نخستین گام‌هایی است که باید در راه درک اثربخشی سازمان برداشت. هدف‌های سازمان باید نشان‌دهنده علت وجودی آن و آنچه که در پی دستیابی به آن است باشد [۷].

کیفیت و اثر بخشی در سازمان‌های بهداشتی با تلاش در ایجاد خدمات با کیفیت فراهم می‌شود و در سایه آن افزایش بهره‌وری، احساس رضایت بیماران، بهبود روحیه کارکنان و کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی فراهم می‌گردد [۸].

سازمان بهداشت جهانی از تولید به عنوان یکی از وظایف مهم نظام سلامت در کنار سه وظیفه تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت نام برده و آن را "مدیریت مسئولانه و با دقت تندرستی جمعیت" تعریف کرد. مسئولیت‌پذیری تمایل به همکاری و کمک به مشتری است. این بعد از کیفیت خدمت تاکید بر نشان دادن حساسیت و هوشیاری در قبال درخواست‌ها، سوالات و شکایات مشتری دارد. معیار تعریف

با ابعاد کیفیت و اثربخشی و مسیولیت‌پذیری در حکمرانی نظام سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد. به منظور تعیین پارادایم‌های مطالعه تطبیقی، نظام سلامت کشورهای منتخب بر مبنای مشترکات زیر طبقه‌بندی گردید:

۱- بر اساس کشورهایی که در ده سال گذشته مشابه با طرح تحول سلامت در ایران رویکردهای تحولاتی را در حکمرانی نظام سلامت اجرا کرده‌اند.

۲- بر طبق آمارهای شاخص رفاه لگاتوم با اجرای خوب برنامه‌های بهداشتی باعث گسترش سلامت و افزایش امید به زندگی شده‌اند و تغییرات مثبتی در رتبه‌بندی حکمرانی نظام سلامت در دهه اخیر داشته‌اند.

۳- براساس طبقه‌بندی کشورها از نظر شاخص توسعه‌انسانی و نظام سلامت پیشرفته شامل، استرالیا (به عنوان سالم‌ترین کشور نیم‌کره جنوبی و با میانگین امید به زندگی ۸۲/۸ سال)، کشور سوئد (یکی از کشورهای اروپای شمالی با وضعیت بهداشتی مناسب و میانگین امید به زندگی ۸۰/۷ سال)، کشور انگلستان (به عنوان یکی از بهترین سیستم‌های مراقبت سلامت در سراسر جهان با خدمات بهداشتی رایگان و با کیفیت برای همه شهروندان) و کشور آلمان (که یکی از کشورهای که در مرکز قاره اروپا بوده و مردم آن جزء سلامت‌ترین افراد جهان به شمار می‌آیند و با میانگین امید به زندگی ۸۱/۱ سال)

۴- بر اساس شاخص توسعه انسانی در کشورهای رو به پیشرفت که از جهات فرهنگی، جغرافیایی و ساختار حکومت در نظام سلامت با نظام سلامت ایران مشابه بوده و در طی دهه اخیر نیز با اجرای برنامه تحول سلامت موفقیت‌هایی را در این بخش بوجود آورده بودند، شامل کشور ترکیه (که در دهه اخیر با ارائه برنامه تحول سلامت تغییرات وسیعی را در نظام سلامت و رضایت‌مندی شهروندان خود نموده است) و کشور سنگاپور (که با تأمین مالی همه جانبه سطحی از عدالت در سلامت را ایجاد نموده و میانگین امید به زندگی، ۸۳/۱ سال می‌باشد) انتخاب شدند.

برای گردآوری داده‌های مربوط به موضوع پژوهش ابتدا بر پایه مروری بر متون واژه‌های حکمرانی خوب،

مسئولیت‌پذیری مدت زمانی است که، مشتری مجبور است برای دریافت کمک یا پاسخ به سوالاتش منتظر بماند. بنابراین مسئولیت‌پذیری را می‌توان یکی از کلیدی‌ترین مؤلفه‌های حکمرانی خوب به شمار آورد. در کنار مؤسسات و نهادهای حکومتی، سازمان‌ها خصوصی و نهادهای مدنی فعال در جامعه نیز باید در قبال سیاست‌ها و اقدامات خود پاسخ‌گو باشند. باید عنوان نمود که اصول حکمرانی خوب به صورت زنجیرای متصل به هم بوده و اجرایی شدن هر کدام از آنها، مستلزم اجرای سایر اصول می‌باشد. برای مثال نمی‌توان انتظار داشت که مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی بدون وجود شفافیت و حاکمیت قانون جنبه اجرایی چندانی در جامعه داشته باشد [۹].

حاکمیت نظام سلامت ایران نیز با چالش‌هایی مواجه است که بیشترین آنها در ارتباط با کیفیت و اثربخشی و مسیولیت‌پذیری در نظام سلامت می‌باشد [۱۲-۱۰]. برطرف کردن مشکلات و چالش‌های حاکمیت نظام سلامت امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است [۱۵-۱۳]. بنابراین، این پژوهش با هدف ارزیابی حکمرانی خوب در ابعاد کیفیت، اثربخشی و مسیولیت‌پذیری در نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب طی یک مطالعه تطبیقی انجام گردید تا بتوان از تجربیات آنها در ارتقای حاکمیت نظام سلامت کشور ایران استفاده کرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی به شیوه توصیفی تطبیقی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. از الگوهای مورد استفاده در مطالعات تطبیقی، الگوی بردی است. این روش از چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه تشکیل شده است. در مرحله توصیف جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌شود و در مرحله تفسیر، اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله تفسیر واری و تحلیل می‌شوند در مرحله مجاورت بررسی در مرحله اول واری و همزمان چند سیستم جهت به دست آوردن یک چارچوب جهت مقایسه صورت می‌گیرد. در نهایت در مرحله مقایسه ابتدا مشکل سپس کلیه عوامل مرتبط

اثر بخشی و کارایی جوهره مدیریت یک سازمان را بیان می‌دارد. این مقوله با تلاش در ایجاد خدمات با کیفیت فراهم می‌شود و در سایه آن افزایش بهره‌وری، احساس رضایت بیماران، بهبود روحیه کارکنان و کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی فراهم می‌گردد.

دسترسی به دانش و فن‌آوری اطلاعات بهداشتی و درمانی روند حاکم بر فضای اطلاعاتی جهان را به گونه‌ای تغییر داده است که امروزه و در آینده مردم با پدیده "اطلاعات در همه جا" روبه‌رو خواهند بود که براساس این اطلاعات، قیمت و هزینه خدمات سلامت از بیمارستانی تا درمانگاهی و نیز شیوه‌های درمانی به صورت شفاف در دسترس مشتریان خدمات سلامت قرار گرفته و در نتیجه خود بیماران می‌توانند خدمات پرکیفیت را با هزینه‌های پایین (به انتخاب خود) برگزینند و براساس این پدیده حاکم در دهه کنونی، در آینده این بیماران خواهند بود که به صورت عظیمی کسب و کار سلامت را به پیش می‌دانند [۸]. (جدول ۱)

ماتریس تطبیقی ابعاد کیفیت و اثر بخشی استخراج شده جهت پاسخ به شباهت‌ها و تفاوت‌های نظام سلامت کشورهای منتخب و ایران در جدول ۲ آورده شده است. (جدول ۲)

۲- مسئولیت پذیری :

مسئولیت‌پذیری را می‌توان یکی از کلیدی‌ترین مولفه‌های حکمرانی خوب به شمار آورد. درکنار موسسات و نهادهای حکومتی، سازمان‌ها خصوصی و نهادهای مدنی فعال در جامعه نیز باید در قبال سیاست‌ها و اقدامات خود پاسخ‌گو باشند. باید عنوان نمود که اصول حکمرانی خوب به‌صورت زنجیرای متصل به هم بوده و اجرایی شدن هرکدام از آنها، مستلزم اجرای سایر اصول می‌باشد. برای مثال نمی‌توان انتظار داشت که مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی بدون وجود شفافیت و حاکمیت قانون جنبه اجرایی چندانی در جامعه داشته باشد [۹]. (جدول ۳)

ماتریس تطبیقی ابعاد مسئولیت‌پذیری استخراج شده جهت پاسخ به شباهت‌ها و تفاوت‌های نظام سلامت کشورهای منتخب و ایران در جدول ۴ آورده شده است. (جدول ۴)

کیفیت و اثر بخشی و مسئولیت‌پذیری نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب در بانک‌های اطلاعاتی فارسی (پایگاه‌های الکترونیکی دولتی و گوگل اسکولار (Google Scholar) و در بخش مقالات از پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی IranDoc، Magiran، IranMedex، SID و انگلیسی (PubMed، Elsevier، Scopus، Medline، ScienceDirect، CINAHEL، Ovid، Springer، Web of Science) جستجو گردید. سپس مستندات اطلاعاتی نظام سلامت در ایران و کشورهای منتخب از سایت‌های معتبر سازمان بهداشت جهانی (با جمع‌آوری اطلاعات از پروفایل‌های سیستم‌های سلامت در اروپا و آسیا، گزارشات سالانه و آمار وضعیت سلامت کشورها)، شاخص رفاه لگاتوم (Legatum Prosperity Index)، شاخص توسعه انسانی (Human Development Index)، سایت‌های رسمی وزارت بهداشت ایران و کشورهای منتخب و گزارش‌های رسمی وزارت بهداشت، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای قضاوت درباره اعتبار اسناد و مدارک به نقد بیرونی و درونی منابع توجه شد. در نقد بیرونی، اصلی بودن مدارک مورد نظر بود. در واقع به این معنی است که مدارک بازیابی شده، همان مدارک و مستندات مربوط به نمونه مورد مطالعه باشد و در نقد درونی اهمیت و صحت محتوای مدارک قضاوت شد. به این معنی است که محتوای مدارک بازیابی شده در جهت پاسخگویی به سوال تحقیق بوده و براساس مستندات واقعی تنظیم شده باشد. برای بالا بردن اعتبار اسناد و مدارک در این پژوهش، سعی شد که بیشتر از کتاب‌ها، سایت‌ها و مجله‌های معتبر استفاده شود. ضمن اینکه سعی شد ترجمه منابع انگلیسی تا حد امکان بدون خطا باشد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه تطبیقی در ابعاد کیفیت، اثر بخشی و مسئولیت‌پذیری در کشورهای منتخب ارایه می‌شود:

۱- کیفیت و اثر بخشی:

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه کشورهای منتخب و ایران در بعد کیفیت و اثربخشی نشان داد که در دهه اخیر تمامی کشورها اقداماتی را جهت افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات ارائه شده با هدف کاهش هزینه‌های نظام سلامت، افزایش و ارتقای سلامت و در نهایت رضایت جامعه انجام داده‌اند. همه کشورها جهت ارتقای کیفیت خدمات، توجه ویژه‌ای به سیستم‌های الکترونیکی و فناوری اطلاعات داشته‌اند، بطوری که در سال ۲۰۰۹ در کشور سوئد بیش از ۹۰ درصد ارائه کنندگان مراقبت‌های اولیه از سوابق الکترونیکی بیمار برای تشخیص اطلاعات استفاده کرده‌اند و در حال حاضر حدود ۹۰ درصد از نسخه‌های سوئد بصورت الکترونیکی صادر شده و به داروخانه فرستاده می‌شود [۲۸]. در نظام سلامت آلمان تقریباً ۹۰ درصد از پزشکان به پرونده الکترونیک سلامت دسترسی یافته [۲۶] و استفاده آنها از این سیستم مربوط به محاسبات مالی، مدارک و مستندات پیگیری داده‌های آزمایشگاهی و تضمین کیفیت می‌باشد [۲۷]. در نظام سلامت کشور انگلستان سازمان ملی سلامت علاوه بر نظارت بر گروه‌های ارائه کننده خدمات بالینی و هدایت مستقیم خدمات تخصصی، مسئولیت تعیین استراتژی و جهت‌دهی فناوری اطلاعات سلامت را نیز برعهده دارد. از جمله این موارد می‌توان به توسعه خدمات آنلاین برای تعیین وقت معاینه و درمان، تعیین استانداردهای کیفی برای نگهداری سوابق و مدارک پزشکی و ایجاد زیرساخت فناوری اطلاعات در سازمان خدمات ملی سلامت اشاره کرد [۱۶]. در نظام سلامت ترکیه نیز دانشگاه‌ها و ارائه‌دهندگان سلامت خصوصی در استانبول چندین بیمارستان خصوصی دارند که دارای شبکه الکترونیکی محلی می‌باشد. اما وضعیت منابع مالی سلامت الکترونیک نامشخص است [۲۰]. در نظام سلامت استرالیا در راستای نظارت بر ارائه خدمات استاندارد، کمیسیون ایمنی و کیفیت خدمات بهداشتی استرالیا گزارش عمومی را در مورد امنیت و کیفیت خدمات نسبت به استانداردهای ملی منتشر کرده، آگاهی بخشی می‌کند و نحوه سیاست‌گذاری‌ها را مشخص نموده و برنامه‌ها را تدوین و

ترویج می‌نماید [۲۲]. در سال ۲۰۰۸ وزارت بهداشت سنگاپور نیز استانداردهای ملی مراقبت‌های بهداشتی را جهت بهبود کیفیت مداوم معرفی کرد. این استانداردها توسط شبکه ادارات عملکرد سلامت سنگاپور در سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی بررسی و به هیأت مدیره پزشکی گزارش می‌شود [۲۱]. در همه کشورهای مورد مطالعه تدوین و ارایه راهنمای مراقبت‌های بالینی به عنوان یکی از راهکارهای پر ارزش در ارتقای کیفیت خدمات مورد توجه قرار گرفته است. در کشور سوئد، انگلستان، استرالیا و آلمان وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع از دیگر عوامل افزایش کیفیت در سیستم‌های بهداشت و درمان آنها است [۱۶]. کشور سنگاپور نیز با وجود داشتن پزشک خانواده و سیستم ارجاع به عنوان کشوری ضعیف در کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی محسوب می‌شود [۲۲]. در کشور ترکیه پزشک خانواده تعریف شده است ولی نظام ارجاع ندارند که این می‌تواند یکی از عوامل این چالش باشد [۱۹]. در نظام سلامت کشور ایران از عمده‌ترین فعالیت‌های نظام سلامت بعد از اجرایی شدن طرح تحول در سال ۲۰۱۴، توجه به افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت بوده است. اما ارزیابی دقیقی از نتایج این فعالیت‌ها هنوز در دسترس نمی‌باشد و در این راه با چالش‌های فراوانی روبرو است [۱۸، ۲۸].

نتایج حاصل از مطالعه کشورهای منتخب و ایران در بعد مسئولیت پذیری نشان داد که نظام سلامت در همه کشورها مسئولیت سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، هدایت، رهبری و تأمین مالی بخش سلامت را به عهده دارد و در برابر سلامت همه مردم مسئول می‌باشد [۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۶، ۲۸، ۲۹]. اما با وجود تلاش‌های نظام‌های سلامت در اجرای طرح تحول سلامت در کشور ترکیه و ایران، تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت مانعی در برابر انجام وظایف اصلی تولید می‌باشد [۱۸].

الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران و بسیاری از کشورهای در حال توسعه چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات

کشورهای منتخب و ایران در نظر گرفته شود، ولی به دلیل توجه خاص این پژوهش به حکمرانی خوب در سطح کلان، در سطوح میانی و عملیاتی سازمان‌های بهداشتی فعالیتی صورت نگرفته است، که لازم است در مطالعات دیگر مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۵۰۰۰۹۵۱ مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم آن مرکز بابت تقبل هزینه‌های مالی این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاست‌گذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران و کشورهایی با نظام مشابه با آن پیشنهاد می‌شود.

محدودیت‌ها

گرچه در این پژوهش سعی شده است تا همه جوانب جهت شناخت عوامل و بعدها کیفیت، اثربخشی و مسئولیت‌پذیری حکمرانی خوب در نظام سلامت

جدول ۱ - نتایج مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب و ایران را در بعد کیفیت و اثر بخشی ارایه خدمات در نظام سلامت

سنگاپور	<p>در نظام سلامت کشور انگلستان کیفیت و کارایی ارایه خدمات به طور وسیعی مورد توجه قرار دارد. در این کشور مؤسسه ملی تعالی سلامت و خدمات بالینی دست‌والعمل‌ها و رهنمودهایی را در زمینه معالجات بالینی اثربخشی تهیه کرده و فن‌آوری نوین جهت ارزیابی میزان اثربخشی و مقرون به صرفه بودن خدمات ارائه می‌دهد. کمیسیون کیفیت خدمات درمانی نیز "استانداردهای پایه ایمنی و کیفیت را از طریق ثبت نام تأمین کننده خدمات تضمین می‌کند و بر استانداردهای درمانی نظارت دارد و چنانچه این کمیسیون از کیفیت خدمات اطمینان حاصل ننماید، می‌تواند ارائه آن خدمات را متوقف کند (۱۶). در این کشور نهاد ناظر مسئولیت صدور مجوز تبدیل بیمارستان‌های هیأت امنایی سازمان خدمات ملی سلامت به بنیادهای هیأت امنایی و نظارت بر مسائل مالی آن‌ها را بر عهده دارد و در صورتیکه عملکرد آن‌ها به شدت رو به نقصان باشد، مجاز به مداخله در این امور می‌باشد [۱۷]. سازمان ملی سلامت انگلستان علاوه بر نظارت بر گروه‌های ارائه کننده خدمات بالینی و هدایت مستقیم خدمات تخصصی، مسئولیت تعیین استراتژی و جهت دهی فن‌آوری اطلاعات سلامت را نیز برعهده دارد. از جمله این موارد می‌توان به توسعه خدمات آنلاین برای تعیین وقت معاینه و درمان، تعیین استانداردهای کیفی برای نگهداری سوابق و مدارک پزشکی و ایجاد زیر ساخت فناوری اطلاعات در سازمان خدمات ملی سلامت اشاره کرد. بطور کلی مراقبت‌های اولیه در انگلستان عمدتاً از طریق پزشک عمومی صورت می‌گیرد. این پزشکان نقش دروازیان را برای مراقبت‌های بعدی تحت نظام ارجاع برعهده دارند.</p>
آلمان	<p>در نظام سلامت کشور ترکیه در دهه اخیر تلاش‌هایی درجهت ارتقاء کیفیت، درگیر نمودن تمامی ذی‌نفعان در فرآیند تعریف استانداردهای کیفیت، تشویق به استفاده از روش‌های خودارزیابی و توسعه راهنماهای بالینی و استقرار نظام اطلاعات سلامت صورت گرفته شده است ولی عدم تمرکز بر شاخص‌های پیامدی کیفیت یکی از چالش‌های نظام سلامت ترکیه در راستای ارتقای کیفیت خدمات بوده و هم‌چنان دغدغه کیفیت خدمات وجود دارد [۱۸]. در این کشور پزشک خانواده تعریف شده است ولی نظام ارجاع ندارند که این می‌تواند یکی از عوامل این چالش باشد [۱۹]. در ترکیه دانشگاه‌ها و ارائه دهندگان سلامت خصوصی در استانبول چندین بیمارستان خصوصی دارند که دارای شبکه محلی می‌باشد. اما وضعیت منابع مالی سلامت الکترونیک نامشخص است [۲۰].</p>
ایران	<p>در نظام سلامت کشور سنگاپور سازمان‌های حرفه ای از جمله شورای پزشکی، پرستاری و داروسازی مأموریت اطمینان از رعایت همه استانداردهای بین‌المللی و استاندار کیفیت و کارایی را در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی سنگاپور بر عهده دارند. در سال ۲۰۰۸ وزارت بهداشت سنگاپور استانداردهای ملی مراقبت‌های بهداشتی را جهت بهبود کیفیت مداوم معرفی کرد. این استانداردها توسط شبکه ادارات عملکرد سلامت سنگاپور بررسی و به هیأت مدیره پزشکی گزارش می‌شود [۲۱]. با وجود داشتن پزشک خانواده و سیستم ارجاع این کشور به عنوان کشوری ضعیف در کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی محسوب می‌شود. این کشور در صدد است با افزایش دسترسی مردم به خدمات با کیفیت و مقرون به صرفه این چالش‌ها را برطرف نموده و با توجه به افزایش آمار سالمندی، بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های طولانی مدت را در برنامه مراقبت‌های اولیه مورد توجه قرار دهد [۲۲].</p>

<p>در نظام سلامت کشور استرالیا ارتقای کیفیت و کارایی خدمات یکی از شاخص‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت این کشور در طی سال‌های اخیر بوده است. در این کشور تحت یک نظام یکپارچه، شورای استاندارد خدمات بهداشتی استرالیا به عنوان مهم‌ترین نهاد اعتبارگذاری برای بیمارستان‌ها و سایر مراکز سلامت استانداردهای خاص خود را وضع می‌کند. سازمان‌های خدمات بهداشتی بعنوان کارفرما برنامه‌های بهبود کیفی مختلفی را اجرا می‌کنند [۲۳]. همه هیأت‌های تخصصی، انجمن‌ها و کالج‌ها (پزشکان، پرستاران، درمان‌گران و غیره) اعضاء را ملزم به شرکت در برنامه‌های سالانه‌ی پیشرفت تخصصی می‌کنند تا نام‌شان را در فهرست متخصصین حفظ کنند. کمیسیون ایمنی و کیفیت خدمات بهداشتی استرالیا که در سال ۲۰۱۱ بعنوان نهادی مستقل تأسیس گردید، گزارش عمومی را در مورد امنیت و کیفیت خدمات نسبت به استانداردهای ملی منتشر کرده، آگاهی بخشی می‌کند و نحوه سیاست‌گذاری‌ها را مشخص نموده و برنامه‌ها را تدوین و تروج می‌کند [۲۴]. پزشکان عمومی نیز نقش دروازه‌بان سلامت را ایفا می‌کنند؛ زیرا مدیکیر (بیمه سلامت عمومی و ملی استرالیا) زمانی کمک هزینه‌ها را به متخصصین و خدمات تشخیصی تخصیص می‌دهند که به پزشک ارجاء داده شده باشند که بدین وسیله از ارائه خدمات القایی پیش‌گیری به عمل آمده و در کنترل هزینه‌ها نقش اساسی را ایفا می‌کند. وزارت بهداشت استرالیا راهنماها و دستورالعمل‌های بالینی را توسط شورای تحقیقات پزشکی و سلامت ملی و انجمن‌های تخصصی تدوین نموده و مطابق با آن خدمات بیمارستانی را سازمان‌دهی می‌کند. اداره ارقام دارویی (بخش فعال وزارت بهداشت) نیز مسئولیت ارزیابی فن‌آوری، تأیید عرضه در بازار و نظارت بر ارقام دارویی (از جمله داروها، دستگاه‌ها و فناوری اطلاعات مربوط به مراقبت مستقیم از بیمار) را برعهده دارد [۱۶].</p>	<p>۳۱</p>
<p>در این رابطه نظام سلامت کشور سوئد برای ارتقای کیفیت خدمات در سال‌های اخیر حدود ۹۰ پایگاه کنترل کیفیت برای پایش و ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌کنندگان و ارزیابی مراکز درمانی و مطب‌های پزشکی ایجاد نموده است. پایگاه داده‌ها، حاوی اطلاعات جداگانه در مورد تشخیص، درمان و پیامدهای درمانی هستند. این پایگاه‌ها سالانه توسط کمیته اجرایی، پایش می‌شوند. منابع مالی این مراکز توسط شهرستان‌ها و ایالات تأمین می‌شود و سازمان‌های تخصصی آنها را مدیریت می‌کنند [۲۵]. این کشور جهت ارتقای کیفیت خدمات توجه ویژه‌ای به سیستم‌های الکترونیکی و فن‌آوری اطلاعات داشته است بطوری که در سال ۲۰۰۹ بیش از ۹۰ درصد از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه از سوابق الکترونیکی بیمار برای تشخیص اطلاعات استفاده کرده‌اند (گروه مصرف‌کنندگان بهداشتی، ۲۰۰۹) و در حال حاضر حدود ۹۰٪ از نسخه‌های سوئد بصورت الکترونیکی صادر شده و به داروخانه فرستاده می‌شود. هم‌چنین هر بیمارستان سیستم الکترونیک سلامت مورد نظر خود را انتخاب و آماده می‌کند. در این راستا تلاش شوراهای ایالتی و محلی نیز بر آن است تا سیستم‌های مختلف فن‌آوری اطلاعات را یکپارچه نموده، آنها را باهم سازگار کرده، ارتقاء دهد و اثربخشی آنها را به عنوان سیستمی واحد افزایش بخشد. در حال حاضر کیفیت سیستم‌های فن‌آوری اطلاعات و سطح استفاده از آن در بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های اولیه در این کشور بالا بوده و وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع از دیگر عوامل ایجاد افزای کیفیت در سیستم‌های بهداشت و درمان این کشور است [۱۶].</p>	<p>۳۲</p>
<p>در نظام سلامت کشور آلمان در سال‌های اخیر تلاش‌های بسیاری در جهت افزایش کیفیت خدمات انجام گرفته است که این تلاش‌ها منجر به افزایش رضایت عمومی و کاهش هزینه‌ها گردیده است. برای نمونه تقریباً ۹۰ درصد از پزشکان به پرونده الکترونیک سلامت دسترسی یافته [۲۶] و استفاده آن‌ها از این سیستم مربوط به محاسبات مالی، مدارک و مستندات پیگیری داده‌های آزمایشگاهی و تضمین کیفیت می‌باشد. در چهارچوب قانونی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، کمیته مشترک فدرال از قدرت تنظیمی گسترده‌ای برای تعیین خدماتی که تحت پوشش صندوق‌های بیمه قرار می‌گیرد و تعیین معیارهای کیفی برای ارائه‌کنندگان خدمات برخوردار است و مسئولیت ارزیابی هزینه‌ها و اثربخشی داروها را برعهده دارد. این کمیته توسط موسسه بهبود کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت که فعالیتش را از سال ۲۰۱۰ آغاز کرده است، بر کیفیت خدمات نظارت می‌کند. در این کشور پزشک خانواده و سیستم ارجاع وجود دارد ولی مراجعه به پزشک خانواده و پوشش سیستم‌های ارجاع اجباری نمی‌باشد [۲۷].</p>	<p>۳۳</p>
<p>در نظام سلامت کشور ایران از عمده‌ترین فعالیت‌های نظام سلامت بعد از اجرایی شدن طرح تحول در سال ۲۰۱۴، توجه به افزایش کارایی و اثر بخشی خدمات سلامت بوده است. اما با وجود راه‌اندازی مرکز داده‌های سلامت، تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، تدوین برنامه مدیریت درمان سکنه قلبی با ایجاد سامانه ثبت و گزارش‌دهی درمان سکنه حاد قلبی، یکپارچه‌سازی اطلاعات مؤسسات پزشکی کل کشور، سطح‌بندی کلیه خدمات تخصصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، اجرایی شدن راهنمای بالینی و طرح ژنریک نظام دارویی ملی کشور، عملیاتی شدن سامانه پرونده سلامت و مکانیزه نمودن فرآیندهای درمان و بسیاری از اقدامات مشابه، ارزیابی دقیقی از نتایج این فعالیت‌ها هنوز در دسترس نمی‌باشد و در این راه با چالش‌های فراوانی روبه‌رو است. در نظام سلامت کشور طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطوح روستایی با موفقیت همراه بوده است ولی کماکان اجرای این طرح در مناطق پایلوت شهری با موفقیت همراه نبوده است. همچنین عدم استفاده از توانمندی‌های سازمان‌های مردم‌نهاد، عدم استقرار راهنمای بالینی برای پزشکان عمومی خانواده [۱۸]، عدم همکاری بین پزشک خانواده با متخصص [۲۸] از عمده‌ترین مشکلات پیش روی ارتقای کیفیت در نظام سلامت ایران بوده است.</p>	<p>۳۴</p>

جدول ۲ - ماتریس تطبیقی ابعاد کیفیت و اثر بخشی در نظام سلامت کشورهای منتخب و ایران

<p>در نظام سلامت کشور انگلستان مسئولیت قانون گذاری و تعیین سیاست‌های کلی در حوزه سلامت بر عهده پارلمان و وزارت بهداشت می‌باشد. براساس قانون مصوب نظام سلامت (۲۰۰۶)، وزیر بهداشت مسئولیت قانونی دارد تا در جهت تشویق و گسترش خدمات درمانی همه جانبه و فراگیر اقدام نماید. این خدمات باید رایگان، جامع، همگانی و با مساوات ارائه شوند و تنها هزینه‌های از پیش تعیین شده از بیمار دریافت گردد. حقوق واجدین شرایط دریافت خدمات ملی سلامت در اساسنامه سازمان خدمات ملی سلامت انگلستان تصریح شده و مواردی همچون دسترسی عادلانه و بدون تبعیض به خدمات درمانی در چارچوب زمانی خاص برای برخی خدمات، مانند اورژانس و مراقبت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده را شامل می‌شود. مهم‌ترین مسئولیت‌های وزارتخانه تعیین سیاست‌های عمومی و قانون گذاری، تخصیص بودجه به ادارات منطقه‌ای، مذاکره در مورد حقوق و مزایای کارکنان بخش بهداشت و درمان، مذاکره در مورد قیمت داروها براساس طرح تنظیم دارو و تصویب تصمیمات مربوط به هزینه ها و درآمدها می‌باشد [۲۹]. کشور انگلستان بر پایه اصلاحات دهه اخیر خود توانسته است مسئولیت‌های خود را در سطح محلی گسترش بیش‌تری دهد و در این زمینه به عنوان کشوری پیشرو، موفق عمل کرده است [۲۹].</p>
<p>در نظام سلامت کشور ترکیه وزارت بهداشت متعهد است تا سه هدف عمده سیستم خدمات درمانی را تحقق بخشد. این اهداف عبارتند از مراقبت از سلامت مردم، درمان بیماران و حفاظت مالی خانواده‌ها در برابر هزینه‌های درمان. وزارت بهداشت فراهم کننده اصلی مراقبت‌های سلامت اولیه و ثانویه بوده و تنها فراهم کننده خدمات پیش‌گیرانه در ترکیه می‌باشد. در سطح مرکزی، وزارت بهداشت مسئول سیاست‌گذاری خدمات سلامت ترکیه است. در سطح استانی، خدمات سلامتی که توسط وزارت سلامت فراهم می‌شوند، توسط اداره های سلامت استان اجرا می‌گردد. وزارت سلامت به صورت نظام یکپارچه مراقبت‌های سلامت فعالیت کرده و مراقبت سطوح مختلف را فراهم می‌کند. نظام سلامت ترکیه بعد از اجرای برنامه تحول سلامت در حفاظت مالی از خانواده‌ها موفق عمل کرده است [۳۰]. ولی به دلیل ماهیت تمرکزگرایی و رویکرد سنتی در سیستم سلامت هنوز در مقایسه با کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه فاصله زیادی دارد. هم‌چنین ترکیه تاکنون موفقیت زیادی در زمینه کنترل هزینه‌ها نداشته است. بروکراسی شدید و تصمیم‌گیری در وزارت بهداشت، عدم تأمین مالی بیمارستان‌های دولتی، آلودگی آب و هوا در برخی نقاط، عدم اجرای طرح ارجاع، شکاف هزینه‌ای بواسطه وجود کارت سبز (تأمین هزینه درمانی اقشار کم درآمد) و توزیع نابرابر متخصصان و بیمارستان‌ها (به طوری که یک سوم تخت‌های بیمارستانی و یک‌دوم پزشکان در سه شهر بزرگ ترکیه هستند) از عمده‌ترین مشکلات فن‌آوری ارتقای کیفیت در نظام بهداشت و درمان ترکیه می‌باشد [۱۹].</p>
<p>در نظام سلامت کشور سنگاپور وزارت بهداشت مسئول تنظیم سیاست‌های تأمین مالی، تنظیم بیمه عمومی و خصوصی، ارزیابی نیازهای بهداشتی، تنظیم استانداردها و مسئول ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی از طریق شبکه‌های بهداشت و مراکز بیمارستانی، مراکز مراقبت‌های بهداشتی روزانه، اداره سیستم مراقبت‌های بهداشت عمومی و خانه‌های سالمندان می‌باشد. وزارت بهداشت از طریق قانون گذاری و اجرای قانون، سیستم مراقبت بهداشتی را تنظیم می‌کند. در میان کارکردهای اصلی نظارتی، صدور مجوز مؤسسات خصوصی و بازاریابی مجاز در حوزه سلامت و حفاظت از مردم در برابر تحریک سودجویان به استفاده از خدمات غیر ضروری جزء وظایف این وزارتخانه است [۲۱]. در سنگاپور افراد برای پذیرش مسئولیت خود از طریق پس‌انداز برای مصارف پزشکی احتمالی آینده‌شان ترغیب می‌شوند. برای تقویت احساس مسئولیت فردی نیز، نظام سلامت بر اساس سه روش تأمین مالی برای کمک به مردم در پرداخت مصارف پزشکی پایه ریزی شده است [۲۲].</p>
<p>در نظام سلامت کشور استرالیا دولت فدرال استرالیا نقش مهمی در سیاست‌گذاری ملی ایفا می‌کند اما عموماً بجای ارائه خدمات بهداشتی صرفاً منابع مالی این خدمات را فراهم می‌نماید. دولت فدرال مسئولیت سازمان‌دهی نظام سلامت (از جمله بیمه‌ی سلامت خصوصی، خدمات دارویی و پزشکی)، تأمین منابع مالی، سازمان‌دهی مکان‌های مراقبتی که مشمول دریافت یارانه هستند، مدیریت مراقبت‌های پزشکی و برنامه‌ی بیمه‌ی پزشکی ملی را بر عهده دارد. هم‌چنین کمک هزینه‌های دارویی، منابع مالی بیمارستان‌ها و برنامه‌های سلامت مردمی را تأمین می‌نماید (در ایالت‌ها و حوزه‌های محلی). انجمن وزرای بهداشت دولت استرالیا و ساختار کمیته‌ای گسترده‌ی آن در کنار اداره‌ی بهداشت از مهم‌ترین نهادهای ملی حکمرانی هستند. وزیر بهداشت قدرت قانونی برای تأیید افزایش حق بیمه‌های خصوصی را دارد. دستورالعمل‌های بالینی و بهداشت عمومی توسط شورای تحقیقات پزشکی، شورای سلامت ملی و انجمن‌های تخصصی تدوین می‌شوند و دولت‌های ایالتی، منطقه‌ای و محلی مسئول ارائه و مدیریت خدمات درمانی عمومی و برقراری ارتباط با اکثر ارائه کنندگان خدمات درمانی می‌باشند. دولت استرالیا برای رسیدن به هدف سلامت بهتر و پیری فعال برای همه مردم استرالیا تمرکز بر سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی و نیز پیش‌گیری و توجه به شیوه زندگی سالم، بهبود شفافیت، افزایش دسترسی، پاسخ‌گویی و ارتقای کیفیت خدمات دولتی و خصوصی در بخش بهداشت و درمان، همکاری با ایالات و مناطق در ارائه خدمات کارآمد و با ارزش بهداشتی و ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان و مداخله و انتخاب بهترین رویکرد برای بیماری‌های مزمن را در برنامه کار خود قرار داده است (۱۶) و بیش‌ترین تمرکز خود را بر دیدگاه شراکتی با مشارکت دولت کل در گسترش سلامت برای کشور قرار داده است [۲۹].</p>

<p>در نظام سلامت کشور سوئد وزارت بهداشت و امور اجتماعی سوئد مسئولیت نظام سلامت این کشور را به عهده دارد. مهم‌ترین وظیفه این وزارتخانه هدایت و رهبری فعالیت‌هایی است که در حوزه این وزارتخانه از سوی مراجع ذیربط بر عهده آن گذاشته شده است. دولت در حقیقت هدف‌گذاری، تدوین دستورالعمل‌ها و نحوه‌ی تخصیص منابع را برعهده دارد. اما هیچ‌گونه نظارت مستقیمی بر نحوه یا اجرای قوانین و یا تصمیم‌گیری‌های از پیش تعیین شده ندارد و به عبارتی رویکرد همکاری کل دولت در این نظام حاکم است. سه اصل اساسی که در همه سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی سوئد اعمال می‌شود و در تمامی سطوح سلامت این کشور به اجرا درآمده است عبارتند از: ۱- کرامت انسانی (برابری همه انسان‌ها بدون در نظر گرفتن وضعیت آنها در جامعه، ۲- نیاز و همبستگی (اولویت درمان برای افرادی با نیاز بیشتر)، ۳- مقرون به صرفه بودن هزینه‌ها با معیار بهبود سلامت و کیفیت زندگی [۳۱].</p>
<p>در نظام سلامت کشور آلمان، مسئولیت نظام سلامت بر عهده دولت فدرال و ایالت‌ها می‌باشد که به صورت جداگانه و تعریف شده‌ای تقسیم شده است. در سطح ملی مجمع فدرال، مجلس متحده، وزارت سلامت و وزارت کار و تأمین اجتماعی فدرال بازیگران اصلی نظام سلامت هستند. در حال حاضر دو وزارت سلامت و کار و تأمین اجتماعی مسئول سلامت و بیمه‌های سلامت هستند. وزارت بهداشت فدرال مسئول سیاست‌های مختلف در زمینه سلامت است و فعالیت‌های خود را عمدتاً در تهیه لوائح و احکام و مقررات اداری متمرکز کرده است [۱۶].</p>
<p>در نظام سلامت کشور ایران نظام سلامت ایران به طور کامل تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. این وزارتخانه مسئولیت سلامت مردم را به عهده داشته و علاوه بر مدیریت و نظارت بر مراکز بهداشتی و درمانی کشور، مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئولیت ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان، تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در جمیع رشته‌های پزشکی، گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهش‌ها را به عهده دارد. مأموریت اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فراهم آوردن موجبات تأمین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی است. تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، خدمات بهداشتی، درمانی و پژوهشی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی، تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن، از مهم‌ترین اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد [۱۸]. اما با وجود تلاش‌های نظام سلامت در اجرای طرح تحول سلامت، تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت مانعی در برابر انجام وظایف اصلی تولید می‌باشد [۲۸].</p>

جدول ۳ - نتایج مطالعه تطبیقی کشور های منتخب و ایران در بعد مسئولیت پذیری نظام سلامت

ردیف	کشورها	کشورها						
		سوئد	آلمان	انگلستان	استرالیا	سنگاپور	ترکیه	ایران
۱	نظارت وزارت بهداشت بر کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و اجتماعی به جامعه	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	ضعیف
۲	نظارت وزارت بهداشت بر نحوه مصرف هزینه در بخش سلامت	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	ضعیف
۳	توسعه کمیته‌های بهبود کیفیت در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	متوسط
۴	تقویت نظام ارجاء در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	ضعیف	ضعیف	ضعیف

ضعیف	ضعیف	متوسط	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	توسعه و ارتقاء سیستم فناوری اطلاعات سلامت	۵
ضعیف	ضعیف	متوسط	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	تدوین و ارائه راهنمای مراقبت های بالینی استاندارد در سطوح مختلف مراقبتی	۶
ضعیف	ضعیف	ضعیف	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	استفاده از پزشک خانواده در مراقبت های سطح اول جامعه	۷
ضعیف	ضعیف	ضعیف	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	تاسیس و توسعه واحد های خلاقیت و نوآوری در بخش های مختلف سلامت	۸
ضعیف	ضعیف	متوسط	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	استفاده از منابع پایدار در تامین مالی نظام سلامت	۹
متوسط	متوسط	متوسط	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	افزایش سهم بخش سلامت از بودجه دولتی	۱۰

جدول ۴ - ماتریس تطبیقی ابعاد مسئولیت پذیری در نظام سلامت کشور های منتخب و ایران

ردیف	کشورها							مسئولیت پذیری
	سوئد	آلمان	انگلستان	استرالیا	سنگاپور	ترکیه	ایران	
۱	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	متوسط	متوسط	تعهد وزارت بهداشت بر سنجش و ارزیابی وضعیت سلامت جامعه
۲	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	ضعیف	نظارت وزارت بهداشت بر اجرای درست قوانین
۳	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	متوسط	تعهد وزارت بهداشت در ارائه پوشش همگانی بیمه رایگان
۴	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	ضعیف	ضعیف	ضعیف	تعهد وزارت بهداشت بر گسترش مراکز سیاست ساز و تصمیم گیر
۵	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	ضعیف	ضعیف	نظارت بر ارائه خدمات استاندارد در سطوح مراقبت های بهداشتی و درمانی به جامعه
۶	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	بسیار زیاد	متوسط	متوسط	متوسط	تعهد وزارت بهداشت بر سنجش و ارزیابی وضعیت سلامت جامعه

Reference:

- 1- Greer SL, Wismar M, Figueras J, Vasev N. Policy lessons for health governance. *Strengthening Health System Governance*; 2016: 1-290.
- 2- Betz CL, O'Kane LS, Nehring WM, Lobo ML. Systematic review: Health care transition practice service models. *Nursing Outlook*, 2016; 64(3): 229-43.
- 3- Smith MA, Spiggle S, McConnell B. Strategies for community-based medication management services in value-based health plans. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2017; 13(1): 48-62.
- 4- Sheng Y. What is good governance? [Homepage of Economic and Social Commission for Asia and the Pacific]; 2011.
- 5- Bennett B. *Health law's kaleidoscope: Health law rights in a global age*; Routledge; 2017.
- 6- Dorri KS, Zolfagharnasab A, Torabi F. Primary health care quality improvement patterns: A systematic review study; 2019.
- 7- Hedman E, Andersson E, Lindfors N, Andersson G, Rück C, Ljótsson B. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological medicine*; 2013; 43(2): 74-363.
- 8- Azfar O. Conditions for effective decentralized governance: A synthesis of research findings; 2001.
- 9- Asartamar M, Moghtader Mansouri A. The Role of Social Responsibility Components on Organizational Health (Case Study of Urmia Health Network Staff). *Journal of healthcare management*, 2019; 10(3): 7-20.
- 10- Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2015; 13(1): 1-16.
- 11- Damari B, VOSOOGH MA, ROSTAMI GN, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions; 2016.
- 12- Fouladi Z, Shaarbafchi Zadeh N, Shaikhvaisy Y, Alimoradnuri M, Bagheri F. The effect of healthcare reform plan to reduce the rate of cesarean in hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences. *Military Caring Sciences Journal*, 2018; 4(3): 207-12.
- 13- Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi R, Zibadel L, et al. The opportunities and challenges of the Ministry of Health and Medical education for improvement of healthcare system. *Health Research Journal*, 2016; 1(3): 173-84.
- 14- Kaikhavani S, Saffarinia M, Alipor A, Farzad V. Development of social dimensions of health from the perspective of urban management. *Quarterly Social Psychology Research*, 2020; 10(38): 41-64.
- 15- Mosadeghrad A, Sokhanvar M. *Organizational culture of selected hospitals of Tehran city*; 2017.
- 16- Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health policy and planning*, 2014; 29(6): 685-93.
- 17- Kickbusch I, Behrendt T. *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013.

- 18- Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2015; 13(1): 1-16.
- 19- Baris E, Mollahaliloglu S, Aydin S. Healthcare in Turkey: from laggard to leader. *Bmj*; 2011: 342.
- 20- Neinavae M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raeissi P. Designing the maternal and child health services package based on comparative study of developed countries models. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2016; 19(17): 1-12.
- 21- Haseltine WA. Affordable excellence: the Singapore healthcare story: how to create and manage sustainable healthcare systems: Brookings Institution Press; 2013.
- 22- Quick D, Choo K-KR. Impacts of increasing volume of digital forensic data: A survey and future research challenges. *Digital Investigation*, 2014; 11(4): 273-94.
- 23- Quick D, Choo K-KR. Impacts of increasing volume of digital forensic data: A survey and future research challenges. *Digital Investigation*, 2014; 11(4): 273-94.
- 24- Glover L. The Australian health care system, 2015. *International Profiles of Health Care Systems* New York, NY: The Commonwealth Fund; 2016: 11-9.
- 25- Glenngård AH. The Swedish health care system, 2014. *International Profiles of Health Care Systems*; 2015: 133.
- 26- Motivans M. Federal Justice Statistics, 2013-2014. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics; 2017.
- 27- Busse R, Blümel M, Organization WH. Germany :health system review; 2014.
- 28- Damari B, VOSOOGH MA, ROSTAMI GN, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions; 2016.
- 29- Kickbusch I, Behrendt T. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013.
- 30- Mollahaliloglu S, Kavuncubasi S, Gursoz H, Agirbas I, Oguz Ari H, Gokhun Oncul H, et al. Outsourcing profile in the Turkish health care system. *Journal of health care finance*. 2009;35(4):74.
- 31- Anell A, Glenngård AH, Merkur S, Organization WH. Sweden: Health system review; 2012.

Assessing Good Governance in the Dimensions of Quality, Effectiveness and Accountability in the Health System of Iran and Selected Countries: A Comparative Study

Kazemnia M¹, Khatony AR², Jafari F³

Abstract

Introduction: Today, the issue of development is considered by many countries and one of the basic requirements for achieving balanced development is the issue of good governance. Therefore, the present study was conducted to evaluate good governance in terms of quality, effectiveness and responsibility in the health system.

Methods: This study was a comparative study. In this process, the study of the governance of the health system in the organizational dimensions of quality, effectiveness and responsibility was conducted in seven selected countries of the world and Iran. Data were described, interpreted and analyzed after collection. In order to find articles and information documents in Persian and English databases, reputable sites of the World Health Organization were searched.

Results: The results of the study of selected countries and Iran showed that all countries to improve the quality and effectiveness of services, have paid special attention to electronic systems and information technology, in terms of responsibility, the results showed that In Singapore, Turkey and Iran, the multiplicity of responsibilities of the Ministry of Health is an obstacle to the performance of their core tasks.

Conclusion: The current model of governance of the health system of Iran and developing countries with similar health systems creates challenges in achieving the goals of the health system. The development of an integrated model of the health system and the development of comprehensive system standards for the evaluation and accreditation of health services are proposed for the governance of the health system of these countries.

Key words: Quality, Effectiveness, Responsibility, Health System, Governance.

1- BSc in Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran

2- Professor of the Department of Internal Medicine and Surgery, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

3- Assistant Professor of Healthcare Services Management, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran, (Corresponding Author), faranakjafari2002@yahoo.com