

ارتقای کارایی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

تابستان ۱۳۹۸

ارتقای کارایی

در نظام سلامت

جمهوری اسلامی ایران

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ مُحَمَّدٌ عَبْدُهُ وَرَسُولُهُ

تهیه و تدوین در گروه اقتصاد سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

درباره محتوی

با توجه به آغاز اصلاحات نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در دهه ۱۳۸۰ شمسی و در ادامه آن آغاز اقدامات مرتبط و شروع طرح تحول نظام سلامت در دهه ۱۳۹۰ شمسی، یکی از چالشهایی که دست اندرکاران حوزه سلامت کشور و نیز مشاوران بین المللی مرتبط با سازمان جهانی بهداشت بر آن تاکید داشته اند لزوم ارتقای کارایی نظام سلامت ایران می باشد. با عنایت به اینکه اکثر مطالعات داخلی انجام شده در گذشته عمدتاً به آسیب شناسی کارایی در سطح بیمارستانی کشور پرداخته است و از طرفی محدودیت منابع که نظام سلامت با آن همواره روبرو بوده است، این نیاز احساس شد که در سطح کلان نظام سلامت نیز وضعیت کارایی و نیز آسیب شناسی آن مورد موشکافی دقیق قرار بگیرد.

لذا مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران با همکاری مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران بر آن شدند تا خلاصه گزارشی در خصوص وضعیت کارایی در نظام سلامت و راههای ارتقای آن تهیه نمایند تا از طریق آن، سیاست گذاران حوزه سلامت کشور، نقاط تمرکز حوزه کارایی را شناخته و از آن طریق بتوانند اقدامات اصلاحی را به انجام رسانند. گزارش پیش رو در همین راستا تبیین و گردآوری گردیده است.

برای استفاده از مطالب این گزارش لطفاً از آدرس استنادی ذیل استفاده شود :
ارتقای کارایی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. تبیین و گردآوری توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران. تابستان ۱۳۹۸.

فهرست

| | |
|----|--|
| ۷ | خلاصه |
| ۹ | کارایی چیست؟ |
| ۹ | تعریف کارایی در نظام سلامت |
| ۱۱ | انواع کارایی |
| ۱۱ | - کارایی تکنیکی (فنی) |
| ۱۲ | - کارایی تخصیصی (قیمت) |
| ۱۲ | - کارایی اقتصادی (کلی) |
| ۱۲ | - کارایی مقیاس |
| ۱۳ | - کارایی ساختاری |
| ۱۳ | روش شناسی تهیه گزارش |
| ۱۴ | یافته ها |
| ۱۴ | علل ناکارایی در نظام های سلامت دنیا (مطالعات موردی کشورها) |
| ۲۰ | خلاصه علل ناکارایی نظام های سلامت بر اساس مطالعات بین المللی |
| ۲۱ | چالش های کارایی در نظام سلامت ایران |
| ۲۲ | (۱) مدیریتی و حاکمیتی |
| ۲۸ | (۲) عوامل بالینی |
| ۳۱ | (۳) عوامل اجرایی |
| ۳۳ | بهبود کارایی در نظام سلامت ایران |
| ۳۶ | نتیجه گیری |
| ۳۸ | منابع |

رشد حجم بخش سلامت و بالا رفتن سطح انتظارات مردم از دولت برای افزایش کارایی و اثربخشی و نیز هزینه‌های سرسام آور اداره امور بخش عمومی همراه با کسری بودجه دولت، برخی از دلایلی هستند که منجر به گرایش شدید به سوی سنجش کارایی بخش سلامت شده است. کارایی، مهمترین عامل دوام همه واحدها در بخشهای مهم اقتصادی در جوامع مختلف می باشد. در شرایط رقابتی حاضر، مصرف بهینه نهاده‌ها ضروری به نظر می رسد، لذا به منظور مصرف بهینه نهاده‌ها، کارآمدسازی واحدهای اقتصادی از اهمیت فراوانی برخوردار می باشند. یکی از عوامل موفقیت کشورهای پیشرفته، توجه به کارآمدی واحدهای اقتصادی است.

اندازه گیری کارایی یک بنگاه اقتصادی با مقایسه عملکرد آن بنگاه اقتصادی با عملکرد بهترین بنگاههای موجود در آن صنعت صورت می گیرد. در این چارچوب، فارل سه نوع کارایی را برای بنگاه مطرح می کند: کارایی فنی، تخصیصی و اقتصادی. کارایی فنی به معنای توانایی بنگاه در کسب حداکثر محصول از مقدار معین نهاده‌ها یا استفاده از حداقل نهاده برای دستیابی به میزان مشخص ستانده می باشد. کارایی تخصیصی به معنای توانایی بنگاه برای استفاده از ترکیب بهینه عوامل تولید با توجه به قیمت آنها می باشد. سرانجام کارایی اقتصادی که از حاصل ضرب دو کارایی فنی و کارایی تخصیصی به دست می آید.

منابع اصلی ناکارایی در نظام های سلامت براساس تطبیق سه مدل بنتلی، سازمان توسعه همکاربهای اقتصادی و سازمان جهانی بهداشت عبارتند از: مدیریتی و حاکمیتی، بالینی و اجرایی. بر همین اساس و با توجه به مطالعاتی که در این پژوهش انجام شد و در ادامه جزئیات هر کدام به تفکیک ارائه خواهد شد، به طور خلاصه مهمترین عوامل تاثیر گذار بر ناکارایی نظام سلامت ایران عبارت بودند از:

▲ حوزه مدیریتی و حاکمیتی:

- (* عدم استقرار نظام مدیریت منابع انسانی کارآمد در نظام سلامت
- (* وجود بیمارستانهای کوچک و فرسوده و عدم سطح بندی خدمات
- (* ضعف در مدیریت نظام سلامت و نیز بیمارستان های کشور

(* بیماری محور و درمان محور بودن بیمه های سلامت کشور به جای تمرکز بر پیشگیری و بهداشت محور بودن
 (* فقدان سیستم اطلاعاتی کارا در نظام سلامت کشور.

عوامل بالینی:

(* تصمیم گیری بدون شواهد در مورد استفاده و پوشش فناوری های و خدمات سلامت
 (* عدم اجرای مناسب راهنماهای بالینی
 (* مصرف بیش از اندازه و تجویز غیر منطقی دارو.

عوامل اجرایی:

(* عدم وجود فرایند خرید راهبردی در سازمان های بیمه گر سلامت و تعدد این سازمان ها
 (* استفاده از نظام های پرداخت ناکارآمد نظیر سیستم کارانه در نظام سلامت کشور برای
 جبران خدمات ارائه کنندگان

(* مصرف نادرست انرژی در مراکز بهداشتی و درمانی .

می توان نتیجه گرفت که داشتن منابع مالی کافی در بخش سلامت یک اصل مهم است
 اما تضمین و پایداری آن منوط به استفاده بهینه از آن منابع می باشد . بطور کلی می توان
 گفت حرکت به سمت استفاده بهینه از منابع ، کمک شایانی را به ارتقا کارایی نظام سلامت
 کشور می نماید که این روند می تواند از طریق راه حل های زیر به دست آید:

(* استفاده بهینه از فناوری های سلامت

(* ارتقای مدیریت منابع انسانی بخش سلامت

(* بهبود عملکرد بیمارستانی

(* ارائه خدمات و مراقبت های دارای اثربخشی مناسب

(* ایجاد مکانیسم های خرید راهبردی و کنترل هزینه .

کارایی چیست؟

کارایی در يك تعريف خلاصه، به معنای حداکثر استفاده از منابع برای ایجاد ستاده می باشد، به طوری که يك کالا یا خدمت با حداقل هزینه تولید شود. برای تعیین میزان کارایی یا عدم کارایی، هر بنگاه باید از شاخصهای متناسب به عنوان ملاک مقایسه استفاده نماید (۱).

کارایی، مهمترین عامل دوام همه واحدها در بخشهای مهم اقتصادی در جوامع مختلف می باشد. در شرایط رقابتی حاضر، مصرف بهینه نهاده ها ضروری به نظر می رسد. لذا به منظور مصرف بهینه نهاده ها، کارآمدسازی واحدهای اقتصادی از اهمیت فراوانی برخوردار می باشند. یکی از عوامل موفقیت کشورهای پیشرفته، توجه به کارآمدی واحدهای اقتصادی است (۲).

اندازه گیری کارایی یک بنگاه اقتصادی با مقایسه عملکرد آن بنگاه اقتصادی با عملکرد بهترین بنگاههای موجود در آن صنعت صورت می گیرد. فارل، برای روشن شدن مطلب، بنگاههایی را در نظر می گیرد که با استفاده از دو عامل تولید به ایجاد یک ستانده می پردازند. در این چارچوب، فارل سه نوع کارایی را برای بنگاه مطرح می کند: کارایی فنی، تخصیصی و اقتصادی (۳).

کارایی فنی به معنای توانایی بنگاه در کسب حداکثر محصول از مقدار معین نهاده ها یا استفاده از حداقل نهاده برای دستیابی به میزان مشخص ستانده می باشد. کارایی تخصیصی به معنای توانایی بنگاه برای استفاده از ترکیب بهینه عوامل تولید با توجه به قیمت آنها می باشد. سرانجام کارایی اقتصادی که از حاصل ضرب دو کارایی فنی و کارایی تخصیصی به دست می آید (۳).

تعریف کارایی در نظام سلامت

رشد حجم بخش سلامت و بالا رفتن سطح انتظارات مردم از دولت برای افزایش کارایی و اثربخشی و نیز هزینه های سرسام آور اداره امور بخش عمومی همراه با کسری بودجه دولت، برخی از دلایلی هستند که منجر به گرایش شدید به سوی کارایی بخش سلامت شده است. این موضوع از نظر توسعه اقتصادی و اجتماعی و توزیع امکانات رفاهی بسیار حائز اهمیت

می باشد. عدم وجود کارایی و اثربخشی خدمات، نه تنها کیفیت و سطح زندگی را کاهش می دهد، بلکه مانع بهبود در سایر بخشهای اقتصادی و افزایش بی عدالتی و نابرابریهای اجتماعی می گردد (۴).

اهمیت این موضوع بخصوص در کشورهای در حال رشد، با توجه به زیر ساختهای اقتصادی و آسیب پذیری شدید آنها در رویارویی با نوسانات بازارهای پول و کالا چند برابر می شود. زیرا این کشورها به رغم سیر صعودی تقاضا برای دریافت کالاها و خدمات سلامت، همواره با محدودیت منابع روبرو هستند. به طوریکه پاسخگویی کامل به نیاز مصرف کنندگان این بخش نیز عملاً دور از دسترس به نظر می رسد (۵). همچنین عدم کارایی در هر بخشی از سیستم که وجود داشته باشد، احتمال دارد که بهبود سلامت بیماران را مختل نماید. لذا بهبود کارایی، یک هدف سیاسی و اجتماعی محسوب می شود، به ویژه در سیستم هایی که دارای محدودیت جدی منابع می باشند و همین طور موضوع کارایی یکی از مسائل اصلی مدیران سلامت در این گونه سیستم ها هست (۶).

بررسی ها نشان می دهد که بیش از نیمی از منابع ملی سلامت در کشورهای مختلف به هدر می روند و در کشورهای توسعه نیافته، منابع محدود به صورت ناکارآمد مصرف می شوند و اعتبارات عمومی صرف خدماتی می شود که اثربخشی لازم را ندارند. قابل ذکر است، در کشورهای پیشرفته اقتصادی نیز که بیش از ۸ درصد تولید ناخالص ملی را صرف سلامت می نمایند، سالانه رقم قابل توجهی از آن منابع تلف می گردد. لذا توزیع مناسب امکانات حوزه سلامت و استفاده کارا از این امکانات بسیار مهم و حیاتی تلقی گردیده و اصلاح دقیق نظام سلامت امری اجتناب ناپذیر به نظر می رسد و این اصلاح از راه بررسی هر چه بیشتر سیاست ها، افزایش کارایی، محدود کردن هزینه های غیر ضروری و پاسخگویی به نیازهای جامعه امکان پذیر می گردد. از این رو، کسب اطمینان از ارائه چنین خدماتی، مستلزم ارزیابی عملکرد بخش سلامت می باشد و لذا ارزیابی عملکرد این بخش و حداقل کردن اتلاف منابع، یقیناً کمک خواهد نمود که دولت ها مشکل چندان در اداره سلامت جامعه نداشته باشند (۵).

ارزیابی عملکرد بخش های اقتصادی و سازمان های تولیدی و خدماتی از موضوعاتی است که مدیران و محققین توجه زیادی به آن داشته اند و تاکنون در این زمینه، مقالات

زیادی منتشر شده است. وجود و یا عدم وجود نظام ارزیابی عملکرد کارآمد، با حیات یک سازمان رابطه مستقیمی دارد. یکی از مسائل قابل توجه در کشورهای توسعه یافته، منابع مورد نیاز برای بخش سلامت می باشد، چراکه بیش از ۵ درصد تولید ناخالص ملی و حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد هزینه های دولت به این بخش اختصاص یافته است. بنابراین، برای افزایش کارایی و تخصیص بهینه ی منابع و بهبود کیفیت خدمات، کنترل هزینه ها و اتخاذ سیاست های مناسب، اهمیت زیادی خواهد داشت. امروزه سازمانهای بین المللی که برای ارتقای سلامت کلیه ی کشورهای جهان فعالیت می کنند معتقدند آنچه که بیشتر از همه بهداشت کشورهای در حال توسعه را تهدید می کند، اشکالاتی است که در مدیریت منابع وجود دارد تا کمبود بودجه های سلامت، لذا این مسأله ضرورت استفاده ی مؤثرتر از منابع موجود از طریق به کارگیری الگوهای تخصیص منابع و افزایش کارایی مدیریت سازمان های بهداشتی و درمانی را مشخص می سازد (۴).

آن چنان که طی دهه های گذشته مشخص شده است. توجه به سلامت در سطح جامعه، یکی از اهداف اصلی برنامه های جمهوری اسلامی ایران می باشد. در اثبات این گفته می توان به مواردی چون قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اشاره کرد که ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف می کند تا تمامی امکانات و ظرفیت های خود را در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج نماید (۷). لذا با توجه به آنچه که در بالا به آن اشاره گردید به نظر میرسد بررسی عوامل تاثیرگذار بر کارایی نظام سلامت کشور، ضروری می باشد.

انواع کارایی

کارایی یک بنگاه شامل چند جزء می باشد، که در زیر تعریف می شوند.

▀ **کارایی تکنیکی (فنی)**^۱: بر اساس تعریف فارل، کارایی فنی توانایی یک بنگاه را برای بدست آوردن حداکثر ستاده از یک مجموعه نهاده های معین که با فناوری معلوم کار

می‌کند، منعکس می‌نماید و یا بعبارت دیگر، توانایی یک بنگاه برای تولید ستاده معین با حداقل نمودن مجموعه نهاده‌ها. این نوع کارایی مفهوم تلف نکردن منابع را در بر دارد و بر اساس فناوری یکسان برای همه بنگاهها اندازه‌گیری می‌شود و به قیمت و هزینه‌های کاری ندارد و در واقع کیفیت نهاده‌ها و یا ستاده‌های بنگاه را نشان می‌دهد. در اندازه‌گیری کارایی فنی، فرض می‌شود که تابع تولید کارآ، کاملاً شناخته شده است. به عبارت دیگر این روش عملکرد یک بنگاه را با عملکرد بهترین بنگاه‌های موجود در آن صنعت مقایسه می‌نماید. بنابراین ملاک اصلی در این کارایی، مقایسه است.

▲ **کارایی تخصیصی (قیمت)**^۲: این نوع کارایی توانایی یک بنگاه را برای استفاده بهینه از نهاده‌ها در ترکیب‌های بهینه با توجه به قیمت‌های متناظر نهاده‌ها نشان می‌دهد. به گفته‌ی فارل، کارایی قیمت یک بنگاه میزان سازگاری آن بنگاه را با مجموعه قیمت نهاده‌ها در موقعیتی ایستا منعکس می‌نماید. هدف از این نوع کارایی حداقل کردن هزینه‌ها و یا حداکثر کردن درآمد است و با این فرض اندازه‌گیری می‌شود که بنگاه یا سازمان از پیش، از لحاظ تکنیکی کاملاً کارآ باشد. همچنین این نوع کارایی بستگی به مجموعه‌ی بنگاه‌ها در تجزیه و تحلیل دارد و عملاً با معرفی بنگاه‌های جدید خیلی حساس تر از کارایی تکنیکی است.

▲ **کارایی اقتصادی (کلی)**^۳: اگر بنگاهی هم از لحاظ فنی و هم از لحاظ تخصیصی کاملاً کارآ باشد (۱۰۰٪)، دارای کارایی اقتصادی است. در واقع این نوع کارایی از حاصلضرب کارایی تکنیکی و تخصیصی بدست می‌آید. لازم به ذکر است که تمام اندازه‌گیری‌های کارایی به صورت نسبی است و با درصد بیان می‌شود یعنی در مورد هر نوع کارایی اگر بنگاهی کاملاً کارآ باشد می‌گوییم که دارای کارایی ۱۰۰٪ است.

▲ **کارایی مقیاس**^۴: اندازه‌گیری کارایی‌ها در دو حالت بازدهی ثابت به مقیاس^۵ و بازدهی متغیر نسبت به مقیاس^۶ امکان پذیر است. اگر میزان کارایی تکنیکی با اطلاعات

2- Allocative efficiency

3- Economical efficiency

4- Scale Efficiency

5- Constant Returns to scale

6- Variable returns to scale

یکسان از دوروش بازدهی ثابت و بازدهی متغیر نسبت به مقیاس متفاوت باشد، حاکی از آن است که بنگاه یا مؤسسه ناکارایی مقیاس دارد.

▲ **کارایی ساختاری**^۷: با مقایسه عملکرد يك صنعت با تابع تولید کارآ، ساختاری از نگاههای تشکیل دهنده آن صنعت استخراج می‌گردد. کارایی فنی يك صنعت که با این روش اندازه‌گیری می‌شود کارایی ساختاری نام دارد. در این نوع کارایی با ادامه یافتن عملکرد بهترین نگاههای آن صنعت یعنی بنگاه‌های که اندازه‌ی بهینه دارند و مخارج بالای آنها اصلاح شده است، تولید صنعت به طرز بهینه‌ای بین بنگاه‌ها در کوتاه مدت تخصیص می‌یابد. نکته‌ی قابل توجه در این جا این است که صنعتی که بنگاه‌هایش به صورت یکنواخت ناکارآ هستند، کارایی ساختاری بالاتری دارند نسبت به صنعتی که در آن هم بنگاه کارآ و هم ناکارآ وجود دارد. بدین معنی که مقایسه کارایی‌های ساختاری باید به وسیله منحنی‌های تولید یکسان کارآ انجام شود (۷).

روش شناسی تهیه گزارش

جهت تهیه این گزارش، مهم‌ترین پایگاه‌های مرتبط با حوزه کارایی و نیز سلامت نظیر اسکوپوس، پابمد و گوگل پژوهشگر برای پیدا کردن مقالات مرتبط با راهبرد های مدون جستجو مورد بازیابی اطلاعاتی قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بود مطالعاتی که به نوعی به اشکال و علل ناکارایی در حوزه سلامت ایران و سایر کشورهای جهان پرداخته و نیز به زبان انگلیسی و فارسی بودند. اطلاعات استخراج شده بر مبنای ۴ تم اصلی، علل ناکارایی در نظام‌های سلامت دنیا، وضعیت ناکارایی در نظام سلامت ایران (چالش‌ها)، ارزیابی وضعیت اجرای طرح تحول سلامت بر کارایی نظام سلامت ایران و در نهایت بهبود کارایی در نظام سلامت ایران (راه حل‌ها)، استخراج و مبنای تحلیل قرار گرفتند. سپس به منظور تحلیل علل ناکارایی در نظام سلامت ایران، از ۳ منبع اصلی، مدیریتی و حاکمیتی، بالینی و اجرایی استفاده و علل مرتبط در هر یک از ۳ منبع ذکر شده تقسیم و دسته بندی گردیدند.

یافته ها

علل ناکارایی در نظام های سلامت دنیا (مطالعات موردی کشورها)

سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که به دلیل ناکارایی، در حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد از کل منابع مراقبت های سلامت در هر سال در کشورهای عضو این سازمان هدر می رود. علاوه بر این، این نرخ ائتلاف منابع در کشورهای کم درآمد و متوسط درآمد بالاتر است (۸). ناکارایی در مراقبت های سلامت به دو شکل، استفاده نادرست از منابع بدون ایجاد اثربخشی و یا عدم استفاده از منابع در فعالیتهای دارای اثربخشی تقسیم می گردد. ناکارایی ممکن است ناشی از تصمیمات نامناسب، غیر منطقی یا غلط توسط افراد یا سازمانها گردد (۹).

چارچوب توسعه یافته توسط بنتلی و همکاران در مورد ناکارایی، هدر رفت منابع در حوزه سلامت را در سه بخش مدیریتی، اجرایی و بالینی، تقسیم بندی می نماید. هدر رفت اداری اشاره به هزینه های اداری می نماید که بیش از آنچه لازم است برای رسیدن به اهداف کلی سازمان یا سیستم صرف می گردد. هدر رفت های عملیاتی به استفاده ناکارآمد و غیر ضروری از منابع در تولید و ارائه خدمات سلامت اشاره دارد. هدر رفت های بالینی به هزینه هایی اشاره دارد که برای تولید خدمات سلامتی بکار می رود که دارای اثربخشی خاصی نبوده و در عین حال برای آنها جایگزین های ارزان تری وجود دارد (۹). در گزارش سازمان توسعه همکاریهای اقتصادی^۸ سه دسته اصلی از هدر رفت منابع در حوزه سلامت شناسایی شده است: مراقبت های بالینی ناکارا، ناکارایی عملیاتی و ناکارایی های مدیریتی. مراقبت های بالینی ناکارا، شامل خدمات تکراری، وجود عوارض جانبی بالینی در طول درمان و مراقبت های کم ارزش می گردند. ناکارایی عملیاتی زمانی رخ می دهد که مراقبت می تواند با استفاده از منابع کمتر درون سیستم با حفظ اثربخشی فراهم شود. این موارد شامل داروها یا تجهیزات پزشکی بی اثر می گردد. ناکارایی های مدیریتی مرتبط با منابعی می باشد که به طور مستقیم به مراقبت از بیمار کمک نمی نمایند. این دسته شامل فرایندهای اداری غیر ضروری و

همچنین تقلب، سوء استفاده و فساد می‌گردد که همه آنها، منابع را از پیگیری اهداف سیستم‌های سلامت منحرف می‌نمایند (۹).

در گزارش سازمان جهانی بهداشت ده علت عمده برای علل ناکارایی نظام سلامت کشورها معرفی شده است: استفاده کم از داروهای ژنریک و عرضه بالاتر از قیمت‌های ضروری و محاسبه شده برای آنها، استفاده از داروهای غیر متعارف و تقلبی، استفاده نامناسب و بی‌اثر از داروها، استفاده بیش از حد و یا عرضه زیاد تجهیزات بهداشت و درمان، بکارگیری نامناسب کارکنان، وجود کارکنان بی‌انگیزه، پذیرش و طول اقامت نامناسب بیماران در بیمارستان‌ها، اندازه نامناسب بیمارستان‌ها، خطاهای پزشکی و کیفیت پایین مراقبت‌ها، فساد و تقلب و وجود راهبردهای اجرایی نامتناسب با سیستم (جدول ۱) (۱۰).

جدول ۱: ده علت اصلی ناکارایی در نظام‌های سلامت کشورها براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت

| ردیف | منبع ناکارایی | دلایل معمول ناکارایی |
|------|---|---|
| ۱ | دارو؛ کمبود استفاده از داروهای عمومی و استفاده‌ی داروهایی با قیمت بالاتر از قیمت لازم برای آن | کنترل ناکافی عوامل زنجیره عرضه، تجویز و توزیع کارآمدی و ایمنی درک شده‌ی پایین داروهای ژنریک الگوهای سنتی تجویز و توزیع و سیستم‌های ناکارآ تهیه و توزیع مالیات و عوارض بر داروها بازاریابی بیش از حد |
| ۲ | دارو؛ استفاده از داروهای تقلبی و غیراستاندارد | عدم کفایت ساختارها/ مکانیزم‌های قانونی وابسته به دارو سیستم تدارکاتی ضعیف |
| ۳ | دارو؛ استفاده‌ی نادرست و غیرموثر دارو | مشوق‌های نامناسب تجویز و شویبه‌های ارتقاء غیراخلاقی تقاضا و انتظارات مصرف‌کننده دانش محدود در مورد اثرات درمانی چارچوب قانونی نامناسب |
| ۴ | محصولات و خدمات سلامت؛ استفاده یا عرضه‌ی بیش از حد تجهیزات، مداخلات و فرایندهای درمانی | تقاضای القایی ایجاد شده توسط ارائه دهنده خدمات مکانیزم پرداخت به ازای خدمت ترس از دادخواهی |
| ۵ | نیروی انسانی سلامت؛ ترکیب هزینه بر و نادرست کارکنان، وجود کارکنان بی‌انگیزه | پیروی از سیاست‌ها و روش‌های از پیش تعیین شده منابع انسانی مقاومت گروه‌های پزشکی قراردادهای ثابت و غیر ثابت حقوق ناکافی استخدام براساس سلیقه‌های شخصی |

ادامه جدول ۱: ده علت اصلی ناکارایی در نظام های سلامت کشورها براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت

| ردیف | منبع ناکارایی | دلایل معمول ناکارایی |
|------|---|--|
| ۶ | خدمات سلامت؛ پذیرش های بیمارستانی و طول اقامت های نامناسب | نبود ساختارهای ارائه مراقبت جایگزین |
| | | مشوق های ناکافی برای ترخیص |
| | | دانش محدود و اطلاع کم از شیوه های برتر |
| ۷ | خدمات سلامت؛ اندازه های نامناسب بیمارستان (استفاده کم از زیر ساخت ها) | سطح نامناسب منابع مدیریتی برای هماهنگی و کنترل |
| | | تعداد بیش از حد بیمارستان ها و تخت های بیمارستانی در برخی از مناطق، تعداد ناکافی در سایر قسمت ها |
| | | فقدان برنامه ریزی برای توسعه زیرساخت های خدمات سلامت |
| ۸ | خدمات سلامت؛ خطاهای پزشکی و کیفیت پایین تر از حد انتظار مراقبت ها | دانش ناکافی و عدم به کارگیری استانداردهای مراقبت بالینی و پروتکل ها |
| | | فقدان دستورالعمل |
| | | نظارت ناکافی |
| ۹ | کاستی های نظام سلامت؛ اتلاف منابع، فساد و تقلب | شفاف نبودن دستورالعمل تخصیص منابع |
| | | عدم شفافیت |
| | | مکانیسم های حکمرانی و پاسخگویی ضعیف |
| ۱۰ | مداخلات سلامت؛ ترکیب ناکارآمد/سطح نامناسب راهبردها | تأمین مالی مداخلات با هزینه ی بالا و اثر کم، به جای مداخلات با هزینه ی پایین تر و اثر بالاتر |
| | | توازن نامتناسب بین سطوح مراقبت و یا بین پیشگیری، ارتقاء و درمان |
| | | |

در مقاله ای به بررسی عوامل تاثیر گذار بر کارایی نظام های سلامت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی پرداخته شده است که این عوامل عبارت بودند از: هزینه های سلامت، تراکم پزشک، تراکم پرستار و ماما، تراکم تخت بیمارستانی، امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان، سطح تحصیلات، درآمد سرانه، هزینه های پرداخت شده از جیب و نرخ بیکاری (۱۱).

در کشور کانادا، مهمترین منابع ناکارایی در نظام بهداشت و درمان این کشور، عمدتاً از سه دسته عوامل ناشی می گردند: عوامل مدیریتی مثل پذیرش های مجدد بیمارستانی، عوامل مرتبط با سلامت عمومی نظیر چاقی و نرخ مصرف سیگار و عوامل محیطی مثل متوسط درآمد جمعیت (۸).

عوامل ناکارایی در نظام بهداشت و درمان شیلی عبارتند از : در کشور شیلی بیمه سلامت عمومی و خصوصی به طور همزمان فعالیت داشت و همین امر غیریکپارچه شدن تجمیع درآمد و ریسک و در نهایت ایجاد بی عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت را بین بیمه شدگان مختلف سبب شده بود. صندوق ملی سلامت تنها بیمه گر دولتی بود که ۷۶/۵٪ جمعیت شیلی را پوشش می داد، در حالی که بیمه های خصوصی سلامت برای پوشش تقریباً ۲۰٪ از جمعیت رقابت می کردند. طرح بیمه دولتی برای افراد بی-خانمان و کم بضاعت به صورت صد در صد رایگان و با یارانه دولتی اجرا شد و برای افراد حقوق بگیر به صورت بیمه اجباری و اخذ حق بیمه از حقوق و دستمزد ایشان و همچنین سطح کمتری از یارانه اجرا گردید. بیمه خصوصی نیز برای افرادی که از سیستم دولتی استفاده می کردند با توجه به نوع مزایای خریداری شده از سوی بیمه شده، ریسک سلامتی آنها و میزان پوشش خدمات، اقدام به تعیین و جمع آوری حق بیمه می کرد. در حالی که، در تئوری، مردم می توانستند بیمه گر خود را انتخاب کنند، اما مشارکت آنها مبتنی بر میزان درآمد بود و خامه گیری^۹ در بخش خصوصی انجام می شد. این چالش سیستم بیمه ای ایجاد کرده بود که در آن بیمه های خصوصی سلامت تمایل داشتند گروه های با درآمد بالا و کم خطر را تحت پوشش قرار دهند و بیشتر از بخش های خصوصی خدمت خریداری می کردند و بیمه های سلامت اجتماعی افراد پر خطر و با درآمد پایین را پوشش می دادند و بیشتر با مراکز بخش دولتی قرارداد داشتند. به دلیل مدت زمان انتظار طولانی در بخش دولتی، بیمه شدگان طرح مذکور نمی توانستند به راحتی از مراقبت های سلامت استفاده کنند و این مساله به نابرابری در دسترسی و نتایج سلامت دامن زده بود (۱۲).

عوامل ناکارایی در نظام بهداشت و درمان چین عبارتند از : در کشور چین استفاده نامناسب از دارو و تزریقات وریدی به طور گسترده ای متداول شده بود. تقریباً نیمی از آنتی بیوتیک های تجویز شده از لحاظ پزشکی غیر ضروری بود، زیرا اغلب آنها به عنوان درمان سرماخوردگی، اسهال و سرفه تجویز می شدند. نظام پرداخت کارانه در این کشور انگیزه

۹- در یک فضای رقابتی، سازمان های بیمه گر جهت پوشش افراد، به جای لحاظ ریسک جامعه، ریسک افراد را مد نظر قرار می دهند و از «رتبه بندی تجربی» استفاده می کنند که مبتنی بر تاریخچه پزشکی افراد و وضعیت سلامت خانوار و اعضای خانواده وی است که به نوعی پیش بینی کننده آینده افراد است. در چنین فضایی، افراد دارای مخاطره بالا باید مبالغ حق بیمه بیشتری را به منظور پوشش خود بپردازند و افراد کم ریسک به سوی طرح هایی با حق بیمه پایین سوق داده می شوند که به اصطلاح «خامه گیری (Cream Skimming)» نامیده می شود.

مالی برای ارائه دهندگان ایجاد می‌کرد تا به تجویز بیش از حد دارو، تزریقات و آزمایشات پردازند تا درآمد خود را به حداکثر برسانند، به ویژه برای خدماتی که تعرفه کم داشتند. انگیزه ارائه دهندگان برای سود بیشتر و همچنین وجود داروهای با نام تجاری، به طور غیر مستقیم دسترسی به داروهای ضروری را کاهش داد. تجویز پزشکان به نوبه خود بر تصمیم تولیدکنندگانی که بر اساس ملاحظات اقتصادی دست به انتخاب می‌زدند، تاثیر گذار بود. این موضوع باعث افزایش هزینه دارو در سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ به میزان سالانه ۱۵ درصد شد، سرانه هزینه دارو از ۳۶/۵۹ به ۴۷۷/۰۴ یوان رسید که تقریباً نیمی از هزینه های پزشکی در سال ۲۰۰۸ را تشکیل می‌داد. آزادی انتخاب در استفاده از داروهای تجاری و گران، میزان پرداخت از جیب خانوارها را افزایش داد. بدین ترتیب، استفاده نامناسب از داروها نه تنها کیفیت مطلوب ارائه خدمات پزشکی را تحت تاثیر منفی قرار داد، محدودیت دسترسی به داروهای ضروری را نیز ایجاد کرد (۱۲).

عوامل ناکارایی در نظام بهداشت و درمان مکزیک عبارتند از : در مکزیک دو زیرسیستم به صورت موازی فعالیت داشت. در اولین زیرسیستم، کارمندان بخش رسمی و خانواده هایشان، خدمات سلامت جامعی را دریافت می‌کردند که از طریق تامین اجتماعی و کسری حق بیمه از حقوق شان و مشارکت دولت فدرال، کارفرمایان، کارکنان و پارانه ی دولتی تامین می‌شد. طرح های بیمه ای تامین اجتماعی متفاوت، که توسط مؤسسه ی تامین اجتماعی مکزیک و مؤسسه ی تامین خدمات اجتماعی کارکنان دولت، که بیش ترین سهم پوشش را دارند، بسته های بیمه ای متفاوتی برای خدمات درمانی ارائه می‌دادند که تنها از طریق ارائه دهندگان شبکه ی بهداشت و درمان وابسته به خود آنها تامین می‌شد. در دومین زیر سیستم، افرادی که تحت پوشش بیمه نبودند، که نزدیک به نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دادند، همواره با کمبود بودجه مواجه شده و خدمات بهداشتی و درمانی محدودی توسط دولت دریافت می‌کردند. منابع بخش سلامت از طریق بودجه ای تخصیص می‌یافت که مبنای آن تعداد زیرساخت ها و کارکنان بوده و به شدت توزیع ناکافی و نابرابری داشتند. اختلاف زیادی در هزینه های عمومی سلامت، نه تنها در مورد افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی بلکه در مورد مردمی که تحت پوشش بیمه ی دولتی نبودند، به چشم می‌خورد. نابرابری در تامین منابع مالی و دسترسی به خدمات سلامت، منجر به ایجاد

هزینه‌های پرداخت از جیب بالایی شده بود که حدود نیمی از هزینه‌های کل سلامت را به خود اختصاص داده بود (۱۲).

عوامل ناکارایی در نظام بهداشت و درمان آفریقای جنوبی عبارتند از: در آفریقای

جنوبی، طی سالهای اجرای سیاست‌های تبعیض نژادی بین سفید پوستان و سیاه پوستان، سیستمی ایجاد شده بود که در ارائه مراقبت‌های سلامت، تامین مالی و تحویل دارو به مردم شدیداً تبعیض وجود داشت. برای بیماران سفید پوست داروها از داروخانه‌های خصوصی تهیه و توسط مراکز سلامت ایالتی تامین مالی می‌شد. اما برای افراد غیر سفید پوست، داروها توسط وزارت بهداشت ملی و مراکز سلامت بنتونت (منطقه‌ای که سیاه پوستان زندگی می‌کردند) تهیه شده و به بیمارستان‌ها و سایر مراکز توزیع می‌شد. علاوه بر این، عدم انسجام بین توزیع کنندگان دارو در سطح مراکز و ایالت‌ها، منجر به ایجاد ناکارایی شده بود. داروهای بخش دولتی توسط هر بخش بهداشت ایالت انتخاب می‌شدند که هر کدام از آنها انبار دارویی خاص خود را داشتند و عمدتاً برای مراقبت‌های درمانی و توسط وزارت بهداشت ملی برای خدمات پیشگیرانه و تبلیغاتی استفاده می‌شدند. تجویز دارو مبتنی بر شواهد انجام نمی‌گرفت، داروها بیش از حد وجود داشت و داروخانه‌ها با داروهای غیر ضروری پر شده بودند (۱۲).

عوامل ناکارایی در نظام بهداشت و درمان کره جنوبی عبارتند از: در این کشور،

سه نوع بودجه برای بیمه‌ی بهداشت و درمان وجود داشت: برای کارمندان، برای معلمان و برای صاحبان مشاغل آزاد. حق بیمه عمدتاً بر اساس محل کار (برای کارمندان) یا محل سکونت (برای صاحبان مشاغل آزاد) تعیین می‌شد. از آن جاکه هر سه طرح، مزایای قانونی و بازپرداخت یکسانی داشت، سهم بیمه نابرابر بود، سهم صاحبان مشاغل آزاد بر اساس درآمد، دارایی و اندازه‌ی خانوار آن‌ها تعیین می‌شد در حالی که سهم کارمندان تنها بر اساس حقوق دریافتی آن‌ها بود. پیچیدگی در قوانین حق بیمه بدین معنا بود که بسیاری از ذینفعان خیر از چگونگی محاسبه‌ی حق بیمه‌ی خود نداشتند. افزایش سختی محاسبه‌ی درآمد برای صاحبان مشاغل آزاد منجر به بالا رفتن سطح عدم انطباق در این افراد نسبت به کارمندان بخش‌های دولتی شد.

میزان حق بیمه در مناطق مختلف نیز، متفاوت و کسری بودجه در بین طرح‌های بیمه،

برای صاحبان مشاغل آزاد، متداول بود. به جز یارانه های دولتی که به بودجه ی مشاغل آزاد تعلق می گرفت، سهم بیمه ی پرداختی کارفرمایان از جانب کارمندان با سهم بیمه ی صاحبان مشاغل، قابل مقایسه نبود. یکی از دغدغه های اصلی، هزینه های بالای مدیریتی و نابرابری حق بیمه ها، ثبات مالی و بهره وری از بودجه ی بیمه ی بهداشت و درمان بود (۱۲).

خلاصه علل ناکارایی نظام های سلامت بر اساس مطالعات بین المللی (۱۲-۱۹)

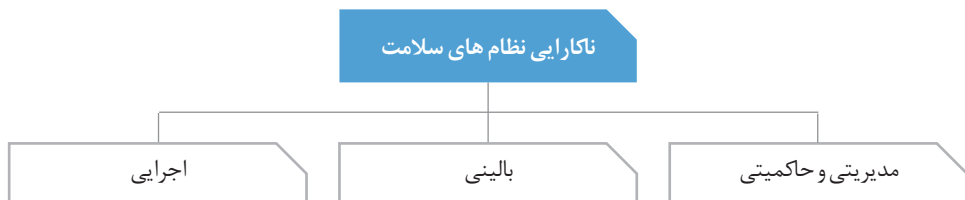
در متون بین المللی در خصوص ناکارایی در حوزه سلامت با دو واژه منبع ناکارایی و علل ناکارایی روبرو می باشیم که معمولاً منابع کارایی در سه گروه مدیریتی /حاکمیتی، بالینی و اجرایی دسته بندی می گردند و برای ایجاد هر کدام از این منابع می توان عللی را متصور شد از جمله :

- پذیرش های مجدد بیمارستانی
- عوامل مرتبط با سلامت عمومی نظیر چاقی و نرخ مصرف سیگار و عوامل محیطی مثل متوسط درآمد جمعیت
- غیریکپارچه شدن تجمیع درآمد و ریسک و در نهایت ایجاد بی عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت
- ناکارآمدی صندوق های بیمه ای در تجمیع منابع، اخذ حق بیمه و خرید خدمت
- آزادی انتخاب در استفاده از داروهای تجاری و گران، محدودیت دسترسی به داروهای ضروری و در نتیجه افزایش هزینه های دارو
- وجود سیستم های ارائه خدمت متفاوت و غیر همگن در کشور
- انتقال متواتر دولت ها، عدم پایداری اجرای سیاست های بلند مدت و ناپایداری دوره های مدیریتی
- وجود فساد در نظام سلامت (تعارض منافع در ارائه دهندگان و سیاست گذاران)
- عدم دخالت دولت در تامین مالی و چگونگی ارائه خدمت در بازار سلامت (در اختیار قرارگرفتن بازار سلامت در بخش خصوصی)

- متمرکز بودن مدیریت و اداره بیمارستان ها (غیر خودگردان بودن بیمارستان ها)
- شیوه های بودجه ریزی نادرست برای مراکز ارائه خدمات سلامت
- استفاده از شیوه های سنتی درمان (درمان در بیمارستان و بستری ...) و عدم بهره گیری از روش های مراقبت در منزل، مراقبت از جامعه و ...)
- غیر فعال عمل کردن در ارائه خدمات در سطح مراقبت های اولیه سلامت
- شیوه های پرداخت گذشته نگر در بیمارستان ها مراکز مراقبت های اولیه سلامت
- حجم و ترکیب نامتناسب نیروی انسانی در سطوح مختلف ارائه خدمت
- عدم مدیریت صحیح مشارکت بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان در تامین مالی و ارائه خدمت
- تجویز غیر منطقی دارو از سوی پزشکان (به دنبال انگیزه های مالی و ..)
- مدیریت غیر هدفمند کمک های بین المللی
- استفاده از تجهیزات گران قیمت غیر هزینه اثربخش
- استفاده از داروهای گران قیمت غیر هزینه اثربخش

چالش های کارایی در نظام سلامت ایران

با توجه به مرور متون بدست آمده در سطح جهانی عوامل ناکارایی نظام سلامت به سه منبع مدیریتی و حاکمیتی، بالینی و اجرایی تقسیم بندی گردیدند که در زیر مجموعه هرکدام زیر عللی توضیح داده شده است (مدل مفهومی). (شکل ۱).



▲ شکل ۱: منابع اصلی ناکارایی در نظام های سلامت براساس تطبیق سه مدل بنتلی، سازمان توسعه همکاریهای اقتصادی و سازمان جهانی بهداشت

۱) مدیریتی و حاکمیتی

۱.۱. عدم استقرار نظام مدیریت منابع انسانی کارآمد در نظام سلامت

نیروی انسانی، مهمترین سرمایه و منابع بیمارستانها و نظام سلامت به شمار می رود که کمبود و مازاد آن میتواند بر کاهش کیفیت ارائه خدمات به بیماران اثر بگذارد، لذا برنامه ریزی منابع انسانی در بخش سلامت باید به عنوان جزء اصلی از برنامه ریزی این بخش به شمار آید. زیربنای این برنامه ریزی نظام اطلاعات منابع انسانی سلامت است که متأسفانه چنین نظام جامعی در کشور وجود ندارد. پایگاه‌های داده‌ای موجود نظیر سیستم اطلاعات منابع انسانی وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، آواب، قاصدک و ... صرفاً اطلاعات گروهی از نیروهای شاغل را ارائه کرده به نوعی که گروه‌های مختلفی از منابع انسانی سلامت در هیچکدام از این پایگاه‌ها ثبت نمی‌شوند و یا برخی از آنها دوباره شماری می‌شوند و از سویی عدم کفایت اطلاعات ثبت شده نیز از دیگر مصادیق ناکارایی این نظام اطلاعاتی است (۲۰-۲۸). در طی سه سال اخیر چندین مطالعه جامع به منظور برنامه ریزی منابع انسانی سلامت انجام شد که اطلاعات مبنای تمامی این مطالعات از تجمیع بانکهای فوق، گردآوری برخی اطلاعات جدید و تخمینهای آماری برای نیروهای شاغلی بود که متأسفانه در هیچ پایگاه داده‌ای نام آنها ثبت نمی‌گردید. نتایج برآوردهای حاصل از این مطالعات موارد زیر را نشان داد (۲۲، ۲۹-۳۰):

۱. کمبود و مازاد در برخی از گروههای شغلی منابع انسانی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵ که نتایج مطالعات نشان می‌دهد شاخص نیرو به جمعیت در برخی از رشته‌های شغلی پایین‌تر از کشورهای مشابه است.

۲. توزیع نامتوازن برخی از گروههای شغلی در استانهای کشور و حتی شهرستانهای یک استان و مناطق دورافتاده در سال ۱۳۹۵ بطور مثال با توجه به یافته‌های یکی از این مطالعات، شاخص کلی ضریب پراکندگی توزیع پزشکان در تخصص‌های مختلف در سراسر کشور در سال ۱۳۹۵ تقریباً ۱۱۵٪ بوده است، این بدان معناست که پراکندگی پزشکان رشته‌های مختلف در کشور نامتوازن بوده و ساکنین تمام شهرستانها دسترسی مناسبی به پزشکان متخصص تمامی رشته‌های تخصصی موجود را نداشته‌اند. مطالعه مشابه برای کادر درمانی نیز نتایج مشابه را نشان می‌دهد.

۳. بالا بودن ۱۰ FTE در برخی از گروههای شغلی

در طی دو سال اخیر سعی بر آن شد که بر اساس مطالعات صورت گرفته ظرفیتهای پذیرش دانشگاههای علوم پزشکی به گونه ای تعیین گردد که تا سال ۱۴۰۴ کمبود منابع انسانی سلامت در حد ظرفیت اقتصادی و توسعه ای کشور تامین گردد به گونه ای که بتواند توزیع متقارن تری از منابع انسانی سلامت را در کشور فراهم آورد. اما نکته ای که در بحث کارایی مدیریت منابع انسانی سلامت مطرح است این است که در راهکارهای اتخاذی صرفاً به تربیت نیرو توجه شده است (در حالیکه پارامتر اصلی برآورد نیرو که توجه به نظام ارائه خدمت است، بسیار کم رنگ دیده شده است) و از سایر روشهای مدیریت منابع انسانی استفاده زیادی بعمل نیامده است. روشهایی مانند اتخاذ نظامهای انگیزشی برای ترغیب نیروهای مازاد برای خدمت در مناطق دارای کمبود، تعدیل نیروهای غیر تخصصی و خرید خدمات از سایر بخشها، انجام اصلاحاتی در مشاغل با محوریت جابجایی وظایف^{۱۱} برای انتقال وظایف از برخی از مشاغل دارای کمبود به برخی دیگر، اتخاذ سیاستهای افزایش بهره وری و انگیزش نیروی کار، افزایش کیفیت منابع انسانی سلامت، تربیت نیروهای زودبازده، بازنگری در سیاستهای مرتبط با روابط بخش دولتی و خصوصی از جمله روشهایی است که در مدیریت منابع انسانی سلامت برای جبران کاستی ها مطرح می گردد و جای آن در برنامه های وزارت بهداشت خالی است.

بهره وری نیروی انسانی نیز از مسائل مهمی می باشد که باید مورد توجه مدیران نظام سلامت قرار گیرد. مطالعات نشان دادند که سرانه ساعت کار مفید پرسنل در خانه بهداشت ۲۷۰ دقیقه، در مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۲۱۴ دقیقه، در مرکز بهداشتی درمانی شهری ۲۰۳ دقیقه، در مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی شهری ۳۴۳ دقیقه، در پایگاه بهداشتی ۱۶۸ دقیقه و در مجموع ۲۲۵ دقیقه در روز بوده است. تنها از نیمی از ظرفیت زمانی بهورزان، کارداناها، نیروهای اداری مالی و کادر تشخیصی درمانی و کمتر از یک سوم ظرفیت زمانی پایگاه بهداشتی و تسهیلات زایمانی استفاده شده است. غنی سازی شغلی، شفافسازی فرآیندهای کار و تعدیل نیروی انسانی می تواند نقش مهمی در افزایش بهره وری داشته باشد (۳۱).

بر اساس مطالعات انجام شده، می توان چالش های کنونی نظام سلامت کشور در حوزه

10- Full-Time Equivalent تمام وقتی

11- Task Shifting

نیروی انسانی را که بر کارایی نظام سلامت تاثیر مستقیم دارند، اینگونه جمع بندی و تحلیل نمود (۲۰-۳۲)؛

- ترکیب نامناسب و هزینه بر کارکنان: عدم تناسب شایستگی های نیروی انسانی تربیت شده و همراستا نبودن برنامه های آموزش و تربیت دانشجویان با تغییر نیازهای سلامت جامعه و نظام ارائه خدمت، توزیع نامتقارن منابع انسانی سلامت و کمبود یا تورم نیروی انسانی در برخی از مناطق و رشته ها، کیفیت نیروی کار و نسبت نیروی پشتیبانی به متخصص.
- سیاست گذاری و مدیریت منابع انسانی: پراکندگی فضای تصمیم گیری و تولید یکپارچه در حوزه منابع انسانی و ناهماهنگی عمودی و افقی سیاستهای اجرایی مرتبط با منابع انسانی سلامت، نبود نظام جامع اطلاعات منابع انسانی سلامت، نبود نظام جامع آموزش ضمن خدمت کارکنان برای تطبیق نیروی کار موجود با نیازهای جامعه، ضعف در فرهنگ مدیریتی و عدم استفاده از مدیریت مشارکتی و غنی سازی شغلی.
- ناکارایی ارزیابی عملکرد نیروی انسانی: نبود نظام ارزیابی عملکرد منابع انسانی سلامت به گونه ای که منجر به افزایش بهره وری نیروی کار گردد، ضعف در تعریف و ارزیابی شایستگیهای مورد نیاز منابع انسانی سلامت برای مشاغل مدیریتی و غیر مدیریتی، نبود معیارهای شفاف و قابل سنجش برای انتصاب مدیران.
- وجود کارکنان بی انگیزه: نرخ مهاجرت نیروی کار بخش سلامت، بیکاری و وجود نیروی کار غیرفعال در فارغ التحصیلان رشته های مرتبط با بخش سلامت، افزایش احساس توزیع نابرابریهای پرداختی با توجه به ویژگیهایی چون مرکز فعالیت، نوع استخدام، گروه شغلی و ...، پایین بودن انگیزش و رضایت شغلی و تمرکز شدید راهکارهای انگیزشی طرح تحول سلامت بر انگیزاننده های مالی که منجر به کوتاه مدت بودن انگیزش، تعهد سازمانی و ماندگاری می شود، کاهش انگیزه مضاعف کارکنان با توجه به ناپایداری منابع مالی در تحول سلامت.

۱.۲. وجود بیمارستانهای کوچک و فرسوده و عدم سطح بندی خدمات

عدم سطح بندی خدمات سلامت و نظام کامل ارجاع، به مصرف بیش از نیاز خدمات منجر شده است و با صرف ناصحیح منابع مالی و انسانی باعث ناکارآمدی اقتصادی گشته است (۳۳).

در بیمارستان های کشور مقوله تجهیزات با ضعف های عمده روبرو است. شواهد حاکی از آن است که خرید تجهیزات بر پایه مطالعه کارشناسی نیست و از این رو بخشی از وسایل و امکانات بدون استفاده می ماند یا بهره گیری از آنها حداقل است. در بیشتر بیمارستان ها، درمانگاهها بعنوان کانون های پر مراجعه ارائه کنندگان خدمات، فضای مناسب و استاندارد ندارند (۳۴). وجود بیمارستانهای فراوان با تخت های بستری خیلی زیاد در برخی مناطق و عدم وجود چنین تسهیلاتی در دیگر مناطق، که غالباً نشان دهنده عدم برنامه ریزی برای توسعه زیرساختهای خدمات سلامت را نشان می دهد (۳۵).

بر اساس طبقه بندی بیمارستان ها، بیمارستان های زیر ۱۰۰ تخت را بیمارستان های کوچک، تا ۳۲۰ تخت را متوسط، تا ۶۰۰ تخت را بزرگ، تا ۱۰۰۰ تخت را خیلی بزرگ و بالای ۱۰۰۰ تخت را مجتمع بیمارستانی می نامند (۳۶). در سال ۱۳۹۴ میانگین تخت بیمارستان های کشور برابر با ۱۴۹ تخت بوده است. حدود ۴۹/۱ و ۳۱/۵ درصد بیمارستان های کشور زیر ۱۰۰ تخت و بین ۲۰۰-۱۰۱ تخت داشتند. تنها ۱۳/۹ درصد بیمارستان ها بین ۲۰۰ تا ۴۰ تخت داشتند. حدود ۵ درصد بیمارستان های کشور نیز بیش از ۴۰۰ تخت داشتند. در برخی از شهرهای کوچک و محروم بیمارستان های مجهزی ساخته شده است، ولی با این وجود، منابع انسانی لازم برای استفاده بهینه از تخت ها و تجهیزات بیمارستانی وجود ندارد. در نتیجه، کارایی این نوع بیمارستان ها کم است. ساخت و تجهیز بیمارستان های بسیار کوچک در شهرهای کوچک دارای بیمارستان های بزرگ مجهز توأم با کارایی نیست. دانشگاه های علوم پزشکی باید نقش فعال تری در مدیریت تخت های بیمارستانی جامعه تحت پوشش خود ایفا کنند (۳۷). توزیع جغرافیایی بیمارستان ها و نیز تعیین سائز بیمارستان ها بایستی بر اساس مبانی علمی و بر اساس میزان جمعیت تحت پوشش منطقه مد نظر صورت پذیرد، آن چنان که بی توجهی به این امر، موجب شده است که به گفته مسئولان وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بسیاری از بیمارستان های کوچک کشور (زیر ۱۰۰ تخت) دارای زیان دهی بالایی می باشند که لازم است بازنگری اساسی در این خصوص انجام پذیرد (۳۸).

بر اساس مطالعات انجام شده، قریب به ۵۰٪ بیمارستان ها در منطقه ناکارایی و ۲۰٪ آنها در منطقه کارایی قرار دارند (۳۹). و تا ۴۱٪ آنها امکان افزایش خروجی با شرط ثابت بودن ورودی ها

وجود دارد (۴۰). بیشترین مازاد در نهاده‌ها مربوط به تخت‌های فعال می‌باشد (۴۱). در حدود ۸۳٪ از بیمارستان‌های آموزشی و ۶۰٪ از بیمارستان‌های خصوصی دارای بخش‌های مراقبت ویژه قلبی ناکارآمد هستند (۴۲). بیمارستان‌های عمومی ناکارتر از بیمارستان‌های خصوصی هستند (۴۱ و ۴۳). بیمارستان‌های غیردانشگاهی نظیر بیمارستان‌های درمانی دولتی و خیریه، خصوصی و بیمارستان‌های مناطق محروم کارایی مطلوب ندارند (۳۷).

یکی دیگر از چالش‌های کارایی در سیستم بیمارستانی کشور، بحث فرسودگی ساختمان بیمارستان‌ها می‌باشد. حدود ۶۰ درصد بیمارستان‌ها در برخی شهرهای بزرگ کشور فرسوده‌اند، که بازسازی اکثر این بیمارستان‌های فرسوده مقرون به صرفه نیست؛ زیرا بازسازی آنها بیش از هزینه ساخت تخت‌های جدید می‌باشد. بنابراین در این موارد باید بیمارستان جدید ساخته شود و از فضاهای قبلی استفاده‌های مناسب دیگری شود (۴۳ و ۴۴). بیمارستان‌های فرسوده از جهت مصرف بیش از اندازه انرژی، ایجاد مشکلات مرتبط با بهداشت محیط و عفونت‌های بیمارستانی (۴۵) و همچنین به لحاظ امنیت و حفظ حقوق بیماران کارآ نمی‌باشند.

به نظر می‌رسد با توجه به این مطالعات، اندازه بیمارستان، مالکیت بیمارستان و آموزشی بودن آنها، فرسودگی بیمارستان‌ها، روش‌های پرداخت به بیمارستان، فقدان مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای مناطق کم جمعیت و یا دورافتاده و همچنین فقدان مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی، بیماران مراحل پایانی حیات، بیماران مزمن، بیماران دوران نقاهت، بیماران تحت نظر شبهه سرپایی و نظایر آن، از جمله علل مهم ناکارایی بیمارستانهای کشور می‌باشند.

۱.۳. ضعف در مدیریت نظام سلامت و نیز بیمارستان‌های کشور

بیمارستان‌ها به عنوان مهمترین مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور در جهت ارتقای سلامتی افراد و اعاده سلامتی به بیماران، نیازمند مدیریت علمی و کارآمد در تمام سطوح می‌باشند (۴۶). مدیریت بیمارستان در دهه‌های اخیر با چالش‌های متعددی روبرو بوده است. شناسایی و حل این چالش‌ها موجب ارتقای کارایی و اثربخشی فعالیت‌های بیمارستان می‌شود. عواملی که سرنوشت مدیریت حاکم بر عرصه سلامت را

پیچیده می نمایند می توان در دو طبقه کلی، عوامل فردی و سازمانی تقسیم بندی نمود، این موارد عبارتند از (۳۲) (۴۶):

■ عوامل فردی:

- آگاهی ناکافی مدیران کنونی از اصول علمی مدیریت
- عدم رعایت الزامات کار تیمی
- مدیریت ضعیف منابع
- عدم توانایی در ایجاد تغییر در کارکنان
- آموزش های ناکافی در دوران دانشجویی

■ عوامل سازمانی:

- ضابطه مند نبودن انتخاب یا ارتقای مدیران
- تعدد مراکز تصمیم گیری و واحدهای نظارتی
- عدم ثبات مدیریت
- عدم اختیارات کافی، عدم تناسب اختیار و مسئولیت ها
- عدم وجود استانداردهای سنجش عملکرد کارکنان و ضعف جریان پایش و بازخورد
- ثابت ماندن قوانین و مقررات و انعطاف ناپذیر بودن آنها با توجه به نیازهای نظام سلامت
- افزایش ارتباط بین بیمارستان ها جهت به اشتراک گذاشتن تجربیات موفق مدیریتی، حمایت مدیران ارشد از مدیران بیمارستان، تقویت فرهنگ مدیرپروری و شفاف نمودن شاخص های بیمارستانی از مهم ترین عوامل قابل اجرا جهت کاهش چالش های مدیریت بیمارستانی می باشند. بدون شک، با توجه به ارتباط مستقیم افزایش کارایی با مدیریت و برنامه ریزی صحیح، اعمال مدیریت علمی و کارآمد و ارزیابی منطقی از بازده حاصله، تاثیری شگرف در کارایی نظام سلامت خواهد داشت (۴۷).

▲ ۱.۴. بیماری محور و درمان محور بودن بیمه های سلامت کشور به

جای تمرکز بر پیشگیری و بهداشت محور بودن

آن چنان که مبرهن است در اکثر کشورهای توسعه یافته پیشگیری بر درمان اولویت داشته و در کشور ما نیز قوانین بالادستی کشور بالاخص سیاست های کلی نظام سلامت

ابلاغی مقام معظم رهبری بر تقدم و اولویت پیشگیری بر درمان تاکید داشته اند، آن چنان که از مرور متون بدست می آید، عدم تعیین بسته خدمات مبتنی بر نیاز واقعی جامعه توسط بیمه های سلامت و تاکید بسیار آنها، بر پوشش بیشتر خدمات درمانی موجب فساد و ناکارآمدی های اساسی در نظام سلامت کشور نظیر به وجود آمدن تقاضای القایی گردیده و می گردد، که هدر رفت های بی شماری را تاکنون برای منابع نظام سلامت کشور بوجود آورده است، که با پیشگیری از این هدررفت ها می توان خدمات بسیاری را در بخش بهداشت و پیشگیری تحت پوشش بیمه های سلامت قرار داد (۴۸).

۱.۵. فقدان سیستم اطلاعاتی کارآ در نظام سلامت کشور

سیستم اطلاعات سلامت با کاهش خطاهای پزشکی، سهولت دسترسی به اطلاعات سلامت، تسهیل در آموزش و پژوهش و بهبود مدیریت منابع انسانی و فیزیکی در حوزه سلامت تاثیر شگرف بر کارایی نظام سلامت دارد (۴۹ و ۵۰)؛ که متأسفانه با وجود ثبت انبوه داده های عملیاتی در بخش سلامت کشور، شبکه ارتباطی یکپارچه برای انتقال، دریافت و گزارش گیری مناسب آن داده ها تاکنون وجود نداشته است (۱۵). مطالعات نشان می دهند که با استقرار سیستم اطلاعات کارآمد در بیمارستان های کشور شاخص های عملکردی بیمارستان ها از جمله، میانگین تخت روز اشغالی، شاخص ضریب اشغال، میانگین طول اقامت بیمار و فاصله چرخش تخت ارتقا می یابند (۵۱ و ۵۲) البته به نظر میرسد با اجرایی شدن پرونده الکترونیک سلامت در پایان بهار سال جاری (۱۳۹۸)، این اطلاعات بصورت یکپارچه قابلیت گزارش گیری را پیدا نموده اند که خود نقطه عطفی در این زمینه به شمار میرود.

۲) عوامل بالینی

۲.۱. مصرف بیش از اندازه و تجویز غیر منطقی دارو

پس از حدود چهار دهه اجرای طرح ژنریک، اجرای سیاست های مبتنی بر بازار، ضمن بهبود دسترسی بیماران به فرآورده های دارویی جدید و گران قیمت خارجی باعث افزایش قابل توجه هزینه های دارویی کشور شد؛ به طوری که هزینه های دارویی کشور از ۳/۳ هزار

میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ به ۳۵۲ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۹ رسیده است. با توجه به مشکلات ساختاری بخش قابل توجهی از این هزینه‌ها مبتنی بر نیاز نیست و می‌تواند به صورت کارآمدتری هزینه شود. با این وجود، به دلیل عدم توان سازمانهای بیمه‌گر برای پوشش مناسب داروهای موجود، سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های دارویی نیز به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است (۳۳).

در ایران مساله تجویز و مصرف دارو همچنان یکی از مشکلات بزرگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، کشور ایران به لحاظ مصرف دارو جزء بیست کشور برتر دنیا است و در آسیا بعد از چین رتبه دوم را دارد. ۲۰٪ کل داروهای مصرفی در ایران بصورت خود سرانه و بدون تجویز پزشک مصرف می‌شوند و سالانه بیش از ۱۰ هزار مورد عارضه ناشی از مصرف نادرست دارو گزارش می‌گردد (۵۳).

۲.۲. تصمیم‌گیری بدون شواهد در مورد استفاده و پوشش فناوری‌ها و خدمات سلامت

با توجه به رشد روز افزون فناوری‌های پزشکی، به تبع آن هزینه‌های حوزه سلامت نیز افزایش می‌یابد، که در این بین برای سیاستگذاری و کنترل این هزینه‌های افسارگسیخته، کشورهای توسعه یافته و نیز برخی از کشورهای در حال توسعه با استفاده از علم ارزیابی فناوری سلامت به کنترل این امر می‌پردازند. یعنی اینکه فناوری‌های سلامت می‌توانند در ارائه خدمات سلامت با کیفیت بسیار حائز اهمیت باشند به شرط اینکه براساس شواهد علمی به درستی انتخاب و مورد استفاده قرار گیرند. تخمین زده می‌شود که حداقل ۵۰ درصد از تجهیزات پزشکی در کشورهای در حال توسعه تا حدی قابل استفاده و یا کاملایی استفاده می‌باشند (۳۶). لذا لازم است در خصوص انتخاب فناوری‌ها و مداخلات در هر سه سطح کلان، میانی و خرد برای پیشگیری و کنترل هزینه تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد انجام پذیرد، تاکنون اقدامات خوبی در ایران در این خصوص انجام پذیرفته است ولی با این حال نیاز است قوانین محکم پشتیبان برای اجرایی کردن این نوع سیاست‌ها تصویب گردد. تصمیم‌گیری‌ها در خصوص انتخاب مداخلات در کشور عمدتاً براساس نظر خبرگان و گروههای پزشکی بوده که نیاز است برای پیشگیری از ناکارایی هزینه این نظرات با شواهد

پشتیبان بالینی و اقتصادی تکمیل گردند.

از سال ۱۳۸۷، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بصورت رسمی آغاز به اجرای فرایند ارزیابی فناوری سلامت در کشور نمود که از سال ۱۳۸۹ طی تفاهم نامه ای با مؤسسه ملی تحقیقات سلامت اجرای علمی این فرایند تحت نظر این نهاد قرار داد، طی این سالها تاکنون بیش از ۱۰۰ پروژه ارزیابی فناوری سلامت انجام گرفته و توانسته است تأثیرات بسیاری در کنترل هزینه نظام سلامت کشور داشته باشد، از آن جهت که از ورود فناوریهای حوزه سلامت که دارای اثربخشی نبوده را به نظام طبابت بالینی کشور و یا پوشش بیمه ای جلوگیری نموده است (۵۴ و ۵۵).

۲.۳. عدم اجرای مناسب راهنماهای بالینی

متأسفانه در کشور ما نبودن میزان کافی راهنماهای بالینی یکی از موانع نظارتی بر کار پزشکان می باشد. این راهنماها در سیستم سلامت کشور رواج چندانی نداشته و قوانین لازم و ساختار مناسب نیز برای ارائه راهنماهای بالینی در این زمینه موجود نمی باشد. از طرفی به خاطر نبود زیرساخت های لازم، پزشکان ملزم به رعایت راهنماهای بالینی نمی گردند (۴۸). عدم وجود راهنماهای بالینی همچنین پدیده «پذیرش نامناسب بیمارستانی» را سبب می شود که از عوامل مهم ناکارایی در بیمارستان محسوب می شود. پذیرش نامناسب بر اساس دستورالعمل ۱۱/۲ درصد و بر اساس نظر کارشناسان ۱۳/۶ درصد در بخش مراقبت های ویژه دو بیمارستان آموزشی در شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. مجموع هزینه های اعمال شده بر بیمه و بیماران از طریق پذیرش نامناسب در بخش مراقبت های ویژه این دو بیمارستان به ترتیب ۴۷۸۶۷،۷۸ دلار آمریکا بر اساس دستورالعمل موجود در خصوص محاسبه بار مالی و ۸۳،۲۴۱،۶۸ دلار آمریکا بر اساس نظرات خبرگان بود (۵۶). حدود ۱۶/۲ درصد از پذیرش ها در بیمارستان آموزشی در تهران و حدود ۲۴ درصد خدمات ام آر آی در سال ۱۳۹۴ غیر ضروری بود (۵۷).

از سال ۱۳۸۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق ایجاد واحدهای مدیریت دانش در سطح دانشگاههای علوم پزشکی، تهیه و تدوین راهنماهای بالینی را به متخصصین دانشگاهی واگذار کرد که به نظر میرسد تا سال ۱۳۹۵، ۷۰ راهنمای بالینی؛ ۵۰ سیاست

بالینی و ۱۲۰ استاندارد ارائه خدمات توسط این واحدها تهیه و تنظیم گردیده است (۵۸).

۳ عوامل اجرایی

۳.۱. عدم وجود فرایند خرید راهبردی در سازمان های بیمه گر سلامت و تعدد این سازمان ها

تعدد سازمانهای بیمه گر، همپوشانی بیمه شدگان و عدم استفاده از ارزیابی های اقتصادی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات، از جمله مشکلات ساختاری هستند که چالشهای اقتصادی زیادی را به آنها تحمیل کرده اند (۳۳). پوشش ناکارآمد بیمه های سلامت که منجر به افزایش سهم مردم از هزینه های سلامت می گردد (با وجود اینکه ۹۳ درصد از جمعیت کشور به نحوی تحت پوشش بیمه قرار دارند، سهم منابع بیمه از کل هزینه های سلامت حدود ۲۸ درصد می باشد) (۵۹).

وابستگی زیاد صندوق های بیمه سلامت کشور به منابع دولتی، فقدان یک بسته خدمات سلامت مبتنی بر نیاز واقعی جمعیت کشور، فقدان یک سیستم کارآمد تعریف و محاسبه حق بیمه برای جمعیت های تحت پوشش بیمه سلامت و در نهایت فقدان یک سیستم کارآمد تجمیع منابع در سازمان های بیمه سلامت کشور همگی از عواملی هستند که ناکارایی سیستم های بیمه ای حوزه سلامت کشور را تشدید می نمایند.

۳.۲. استفاده از نظام های پرداخت ناکارآمد نظیر سیستم کارانه در نظام سلامت کشور برای جبران خدمات ارائه کنندگان

در حال حاضر در کشور خرید خدمات بصورت گذشته نگر مثل نظام پرداخت مبتنی بر کارانه انجام می پذیرد که یک مولد اصلی ناکارایی هستند و لازم است از رویکردهای آینده نگر و خرید راهبردی خدمات بجای نظام های سنتی استفاده شود (۶۰). همچنین وجود پدیده هایی نظیر سهم خواهی و تقاضای القایی میان برخی از پزشکان و ارائه دهندگان خدمات پاراکلینیکی و کلینیکی دیگر از فسادهای درون سیستمی می باشند که همگی ناکارایی را تشدید می نمایند.

هم اکنون در درمان سرپایی پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی دولتی در برابر خدماتی که به مراجعه کنندگان ارائه می کنند حقوق دریافت می دارند. دریافتی پزشکان درمانگاه ها در بیمارستان های دولتی و متخصصان مراکز علاوه بر حقوق، با پرداخت به ازای خدمات کامل می گردد. در درمان بستری، در بیمارستان های دولتی پرداختی به پزشکان ترکیبی از پرداخت حقوق و مزایا، پرداخت به ازای خدمات و در مواردی پرداخت به ازای هر مورد و در خصوص کارکنان بصورت حقوق و پرداخت هایی از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان می باشد (۱۵).

انگیزش برای کارایی بیشتر را می توان از طریق روش پرداخت به ارائه کنندگان خدمات به وجود آورد. پرداخت به ازای خدمات موجب ارائه بیشتر خدمات به افرادی می گردد که توان پرداخت هزینه ها را دارند و یا افرادی که هزینه های آنها از طریق صندوق های تجمع پرداخت می گردد و سبب ارائه خدمات کمتر به افرادی می گردد که توانایی پرداخت را ندارند (۳۶).

۳.۳. مصرف نادرست انرژی در مراکز بهداشتی و درمانی

بیمارستان ها مصرف کنندگان بزرگی از انرژی هستند. بر اساس مطالعات انجام شده، در دیدگاه کلان میزان مصرف انرژی بیمارستان ها بیش از استاندارد جهانی و در نگرش خرد مصرف انرژی در بیمارستانهای دولتی بیش از بیمارستانهای خصوصی می باشد (۶۱ و ۶۲). آمارهای ارائه شده در پژوهشهایی که در ارتباط با بیمارستانها انجام شده اند نشان می دهد که مصرف انرژی به ازای هر متر مربع در بیمارستانها بسیار بیشتر از انواع دیگر مؤسسات خدماتی می باشد. هزینه انرژی در بیمارستانها حدود ۵ تا ۷ درصد بودجه سالانه آنها را در بر می گیرد و نزدیک به ۱۰ درصد از سبد هزینه جاری بیمارستانها صرف خرید حاملهای انرژی می شود. شاخص های تخت بیمارستانی از جمله درصد اشغال تخت و میزان چرخش تخت ها با میزان مصرف انرژی الکتریکی رابطه خطی معنی دار و معکوس دارد. هم چنین مدت اقامت بیمار نیز با مصرف برق رابطه خطی معنادار و مستقیم دارد (۶۳ و ۶۴)؛ لذا برای کاهش مقدار برق مصرفی (مصرف سرانه تخت)، به عنوان یکی از مهمترین منابع انرژی در بیمارستان ها می توان با افزایش میزان چرخش تخت و درصد اشغال تخت و کاهش مدت

اقامت و فاصله چرخش تخت ها، آموزش و فرهنگ سازی مصرف، تعیین مدیر یا کارشناس انرژی در بیمارستان و همچنین بهره گیری از سیستم های کنترل هوشمند بیمارستان جهت بهینه سازی مصرف انرژی اقدام نمود. به دلیل تعداد زیاد این مراکز و نیاز بسیار بالای آنها به مصرف انرژی و در عین حال ساعات طولانی کار افزایش قیمت حاملهای انرژی می تواند تا ۷۰۰ میلیارد تومان بار هزینه مراکز بهداشتی و درمانی دولتی کشور را بالا ببرد (۶۵). در واقع با توجه به پتانسیل بالایی که بیمارستان ها در کاهش مصرف انرژی دارند، می توان با انجام اقدامات تکمیلی در راستای کاهش مصرف انرژی و باگذشت زمان شاهد بهینه سازی مصرف انرژی و رسیدن به بالاترین حد پتانسیل صرفه جویی بود.

بهبود کارایی در نظام سلامت ایران

با توجه به مشکلاتی که در بالا به آن اشاره گردید، براساس نظرات مشاوران سازمان جهانی بهداشت در سالهای قبل و نیز پس از ارزیابی طرح تحول نظام سلامت (کتاب اصلاحات نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۱۰ و کتاب دیده بانی نظام سلامت کشور) (۳۲) (۳۶) (۶۰) و نیز گزارشات کارشناسی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، راه حل های به شرح ذیل پیشنهاد گردیده اند (جدول ۲):

جدول ۲: عوامل ناکارایی نظام سلامت کشور و راه حل های پیشنهادی

| منبع ناکارایی | عوامل ناکارایی | راه حل ها |
|-------------------|---|--|
| مدیریتی و حاکمیتی | عدم استقرار نظام مدیریت منابع انسانی کارآمد در نظام سلامت | انجام ارزیابی و آموزش مبتنی بر نیاز، تجدید نظر در سیاست های پاداش، انعطاف پذیر کردن قراردادها، پرداخت براساس چگونگی عملکرد، اجرای تغییر کار و انطباق کار با مهارت های لازم. تمرکز تولید منابع انسانی بخش سلامت کشور در یک واحد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بازنگری کوریکولوم های آموزشی برای تغییر از آموزش مبتنی بر دانش به مبتنی بر مهارت تطابق عرضه نیرو با تقاضای آن با توجه به نیازهای جمعیت. راه اندازی نظام اطلاعات و دیده بانی منابع انسانی سلامت. راه اندازی و بروزرسانی نظام اعتباربخشی منابع انسانی سلامت. |

ادامه جدول ۲: عوامل ناکارایی نظام سلامت کشور و راه حل های پیشنهادی

| منبع ناکارایی | عوامل ناکارایی | راه حل ها |
|---------------|--|---|
| | | تغییر در نظام ارزیابی عملکرد مدیران و کارکنان به هدف تقویت بهره وری نیروی کار. تغییر نظام پرداخت به سمت نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد. راه اندازی نظام مالیات بر درآمد تصاعدی بویژه برای پزشکان. ارتقای موقعیت اجتماعی منابع انسانی سلامت (بجز پزشکان). |
| | وجود بیمارستانهای کوچک و فرسوده و عدم سطح بندی خدمات | استفاده از محاسبات ورودی و خروجی در برنامه ریزی های بیمارستانی، تناسب ظرفیت مدیریتی با اندازه بیمارستان، کاهش ظرفیت زمان بستری برای بالا بردن نرخ اشتغال تخت به ۸۰ تا ۹۰ درصد با کنترل مدت بستری. تقویت نظام ارجاع و استفاده از پزشکان خانواده در تمام استانهای کشور. |
| | ضعف در مدیریت نظام سلامت و نیز بیمارستان های کشور | بازنگری در نحوه انتخاب رئیس و مدیران نظام سلامت از جمله بیمارستان، دادن اختیارات کافی به مدیران، تقویت ارتباط دانشکده با بیمارستان، دوره های آموزشی مبتنی بر نیاز، ارتقای کیفی کارکنان، برنامه های جانشین پروری. |
| | بیماری محور و درمان محور بودن بیمه سلامت کشور به جای تمرکز بر پیشگیری و بهداشت محور بودن | تقویت پزشک خانواده از طریق نظام پایش پیش فعال بیماری ها به خصوص بیماری غیرواگیر که دارای نرخ بالای موربیدیتی و مورتالیته در کشور می باشند. |
| | فقدان سیستم اطلاعاتی کارا در نظام سلامت کشور | به روزسانی نرم افزاری و سخت افزاری نظام اطلاعات سلامت کشور براساس نیازهای واقعی جمعیت و سیستم سلامت. ایجاد شورای نظام اطلاعات سلامت برای تقسیم کار و تبیین وظایف (بیرون و درون وزارت بهداشت). لحاظ نمودن مطالعه های مورد نیاز کشوری در برنامه شورای عالی آمار. تقویت فرهنگ تصمیم گیری مبتنی بر شواهد (تلفیق در نظام ارزشیابی و نیز آموزش رده های مختلف). تسهیل دسترسی به اطلاعات سلامت برای استفاده کنندگان. توانمندسازی سرمایه انسانی و نهادهای مسئول در زمینه نظام اطلاعات سلامت به خصوص در حیطه هایی که کمتر مورد توجه بوده اند، از جمله تحلیل فضای مالی و حفاظت مالی در برابر هزینه های سلامت. |
| بالینی | تصمیم گیری بدون شواهد در مورد استفاده و پوشش فناوری های و خدمات سلامت و عدم اجرای مناسب راهنماهای بالینی | بسته خدمات اساسی سلامت براساس نیاز و شواهد اقتصادی تدوین و اجرا شود. راهنماهای بالینی موجود بررسی شود و این راهنماها اگر موجود نیست، برای بیماریهای شایع تدوین و در سطح ملی ارائه و پایش شود. ورود و خروج خدمات به بسته تنها براساس شواهد علمی انجام پذیرد |

ادامه جدول ۲: عوامل ناکارایی نظام سلامت کشور و راه حل های پیشنهادی

| منبع ناکارایی | عوامل ناکارایی | راه حل ها |
|---------------|--|---|
| | | <p>(ارزیابی فناوری سلامت و روش های علمی اولویت بندی) و روش های مبتنی بر چانه زنی گروه های ذی نفع فناوری مورد کاربرد قرار نگیرند. اولویت بندی خدمات در بسته براساس معیارهای علمی نظیر ایمنی ، اثربخشی ، شدت بیماری و سایر معیارهای مرتبط کلیدی انجام پذیرد. شرح وظایف و نقش ذی نفعان سیاستگذار در رابط با بسته به طور شفاف تدوین و تعیین گردد.</p> <p>بصورت مستمر خدمات تحت پوشش بسته مورد بازنگری قرار گیرند. همگن سازی سیاست های بالادستی در خصوص بسته بهتر است صورت پذیرد.</p> |
| | <p>مصرف بیش از اندازه و تجویز غیر منطقی دارو</p> | <p>لیست داروهای اساسی ارایه شود تا از تجویز غیر منطقی داروهای گران در سطح وسیع جلوگیری شود.</p> <p>ضروری است مردم در مورد استفاده منطقی از داروها آموزش ببینند. پروتکل نظام ارجاع به طور دقیق تدوین شود و اجرای آن آغاز شود.</p> |
| اجرای | <p>عدم وجود فرایند خرید راهبردی در سازمان های بیمه گر سلامت و تعدد این سازمان ها - استفاده از نظام های پرداخت ناکارآمد نظیر سیستم کارانه در نظام سلامت کشور برای جبران خدمات ارائه کنندگان</p> | <p>ساماندهی اشتغال همزمان متخصصان در بخش خصوصی و دولتی به منظور کاهش تقاضای القایی طرف عرضه و هزینه های سلامت.</p> <p>تغییر روش پرداخت به ارایه دهندگان خدمات سلامت از مدل بدون سقف پرداخت به ازای خدمت ، به مدل پرداخت مبتنی بر مورد با سقف برای بیمارستان و سرانه برای مراقبت های سلامت اولیه.</p> <p>ادغام فرایندی از طریق ایجاد وحدت رویه صندوقهای بیمه سلامت و تقویت نقش این سازمان ها.</p> <p>تجمیع منابع بیمه ای کشور به منظور تجمیع ریسک و کاهش هزینه های سرباری. ضروریست خرید خدمات از ارائه دهندگانی که کیفیت خدمات آنان بالاتر است در اولویت قرار گیرد.</p> <p>اجرای زیرساخت های نظام پرداخت به ارائه کنندگان براساس دو سیستم نظام گروههای تشخیصی مرتبط در بخش درمان و نظام سرانه در بخش بهداشت.</p> |
| | <p>مصرف نادرست انرژی در مراکز بهداشتی و درمانی</p> | <p>اجرای دائمی ممیزی انرژی هوشمند در مراکز بهداشتی و درمانی.</p> |

نتیجه گیری

در این گزارش با توجه به آنچه که از مرور متون داخلی و خارجی استخراج گردید، ابتدا براساس مدل های موجود اصلی در حوزه تبیین عوامل ناکارایی حوزه سلامت در دنیا، مدل مفهومی پژوهش براساس ۳ منبع اصلی یعنی مدیریتی و حاکمیتی، بالینی و اجرایی، اطلاعات موجود از مطالعات داخلی در خصوص عوامل تاثیرگذار بر سطح کارایی و ناکارایی در نظام سلامت تجزیه و تحلیل گردید.

بر همین اساس مهمترین عوامل تاثیرگذار در حوزه مدیریتی و حاکمیتی عبارت بودند از عدم استقرار نظام مدیریت منابع انسانی کارآمد در نظام سلامت، وجود بیمارستانهای کوچک و فرسوده و عدم سطح بندی خدمات، ضعف در مدیریت نظام سلامت و نیز بیمارستان های کشور، بیماری محور و درمان محور بودن بیمه های سلامت کشور به جای تمرکز بر بخش پیشگیری و بهداشت و در نهایت فقدان سیستم اطلاعاتی کارا در نظام سلامت کشور.

در خصوص مهترین عوامل بالینی می توان گفت عواملی نظیر تصمیم گیری بدون شواهد در مورد استفاده و پوشش فناوری ها و خدمات سلامت و عدم اجرای مناسب راهنماهای بالینی و مصرف بیش از اندازه و تجویز غیر منطقی دارو، ناکارایی بالینی نظام سلامت کشور را تشدید می نمایند. در نهایت می توان به عوامل اجرایی اشاره نمود که تاثیر گذاری بسیاری بر ناکارایی نظام سلامت کشور دارند از آن جمله می توان به عواملی نظیر عدم وجود فرایند خرید راهبردی در سازمان های بیمه گر سلامت و تعدد این سازمان ها، استفاده از نظام های پرداخت ناکارآمد نظیر سیستم کارانه در نظام سلامت کشور برای جبران خدمات ارائه کنندگان و مصرف نادرست انرژی در مراکز بهداشتی و درمانی اشاره نمود. در نهایت پس از شناسایی عوامل تاثیرگذار مذکور با مرور مجدد متون داخلی و خارجی سعی در استفاده از تجارب و مشاوره های بین المللی که در کشور مستندسازی شده است گردید تا بتوان به تفکیک هر کدام از عوامل، تاثیر گذاری راه حل های ارتقای آنها را پیشنهاد داد که در نهایت این راه حل ها در جدول ۲ خلاصه گردیدند.

لازم به ذکر می باشد در این گزارش، ضمن معرفی و بیان مختصر عوامل بالینی و تاثیر آنها بر کارایی نظام سلامت، بیشتر بر عوامل مدیریتی و اجرایی نظیر مباحث مربوط به

ویژگی های ساختاری بیمارستان ها، نیروی انسانی و انرژی پرداخته شد و شواهد ارائه شده بر موضوعات یاد شده تمرکز داشت. با توجه به گسترده بودن مقوله مباحث بالینی که شامل حوزه تجویز دارو، راهنما های بالینی، ارائه خدمت، روش ها و سطح بندی ارائه خدمت و... می باشد، پرداختن به ارتباط و تاثیر آنها بر کارایی، در قالب گزارش روش مند جامع و اختصاصی به صورت مجزا در آینده صورت خواهد گرفت.

در نهایت می توان نتیجه گرفت که داشتن منابع مالی برای سلامت یک اصل مهم است اما تضمین تداوم آن، استفاده بهینه از آن منابع می باشد. بطور کلی می توان گفت حرکت به سمت استفاده بهینه از منابع کمک به ارتقای کارایی نظام سلامت کشورها می نماید که این روند می تواند از طریق راه حل هایی نظیر* استفاده بهینه از فناوری های سلامت،* ارتقای مدیریت منابع انسانی بخش سلامت،* بهبود عملکرد بیمارستانی،* ارائه خدمات دارای اثربخشی مناسب و در نهایت* ایجاد مکانیسم های خرید راهبردی و کنترل هزینه بدست آید.

1. Hashemian M, Ferdosi M, Moeiniipoor M. Efficiency Evaluation and Comparison of Isfahan Provinces Hospitals Before and after the Reform in Health System using the Pabon Lasso Model (1391-1394). scientific journal of ilam university of medical sciences. 2017;25(3):186-200.
 2. Rahbar-Dehghan A, Esmaili Dastjerdi-pour A, Dehmardeh N. Measurement of types of scale efficiencies in milk industry: case study of Kerman province. The Journal of Planning and Budgeting. 2013;17(4):145-59.
 3. RASEKHI S, SALMANI P. THE RELATIONSHIP BETWEEN ENERGY INTENSITY AND ECONOMIC EFFICIENCY IN THE SELECTED COUNTRIES USING GMM: AN APPLICATION OF DEA. 2013.
 4. Ghaderi H, Hadean M, Moradi S. A comparison between Iran and the Selected Countries on the Efficiency of expenses in Health Sector by Data Envelopment Analysis (1998-2008). Journal of Health Administration (JHA). 2012;15(49).
 5. Azar A AAD, Shahtahmasbi E. Assessment of Relative Efficiency of Country Provinces in Rural Health Sector during the Third Development Plan and Early Years of the Fourth Development. jha. 2010;13(39):65-78.
 6. Evans DB, Tandon A, Murray CJ, Lauer JA. Comparative efficiency of national health systems: cross national economic analysis. Bmj. 2001;323(7308):307-10.
 7. Okun AM. Equality and efficiency: The big tradeoff. Brookings Institution Press; 2015.
 8. Allin S, Grignon M, Wang L. The determinants of efficiency in the Canadian health care system. Health Economics, Policy and Law. 2016;11(1):39-65.
 9. Albejaidi F, Nair K. Cost of Waste and Inefficiency—A Health Care System Perspective.
 10. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report. 2010:10-2.
 11. Pourreza A, Alipour V, Arabloo J, Bayati M, Ahadinezhad B. Health production and determinants of health systems performance in WHO Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal. 2017;23(5).
 12. Yip W, Hafez R, Organization WH. Improving Health System Efficiency: Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. World Health Organization, 2015.
 13. Aldulaimi S, Mora FE. A primary care system to improve health care efficiency: lessons from Ecuador. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2017;30(3):380-3.
 14. Anthon KS, Kittelsen SAC, Magnussen J. Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector. Health policy. 2017;121(4):418-25.
 15. Chen PG-C, Mehrotra A, Auerbach DI. Response: effectiveness in primary care is paramount, but need not come at the expense of efficiency. Medical care. 2014;52(2):99-100.
 16. Day J, Scammon DL, Kim J, Sheets-Mervis A, Day R, Tomoiaia-Cotisel A, et al. Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings. The Annals of Family Medicine. 2013;11(Suppl 1):S50-S9.
 17. Novignon J, Nonvignon J. Improving primary health care facility performance in Ghana: efficiency analysis and fiscal space implications. BMC health services research. 2017;17(1):399.
 18. Rahman MA, Capitman JA. Can more use of supporting primary care health practitioners increase efficiency of health clinics? Evidence from California's San Joaquin Valley. Journal of health care finance. 2012;38(3):78-92.
 19. Winpenny EM, Miani C, Pitchforth E, King S, Roland M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary–secondary care interface. Journal of health services research & policy. 2017;22(1):53-64.
۲۰. مافی‌مرادی ش، حیرانی ع، مبارکی ح، هادی م، بیات م، حسینی س. مدیریت نوین منابع انسانی در بخش سلامت (الگوی بازآفرینی شده): سرنوشت‌سازان؛ ۱۳۹۱. ۱۸۸. p.
۲۱. غریب‌ناصری ز، احسانی‌چیمه ا، گودرزی ز. ساختار فیزیکی و منابع انسانی حوزه سلامت در ایران. In: حریرچی ا، مجدزاده ر، احمدنژاد ا، عبدی ژ، editors. دیده بان نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. تهران، ایران: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۹۶.

۲۲. صالحی-زلانی غ. بیات م. پیش بینی تقاضای منابع انسانی بخش سلامت ایران با افق ۱۴۰۴. اول به. تهران. ایران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۴.
23. Ehsani-Chimeh E, Sajadi HS, Majdzadeh R. Iran towards universal health coverage: The role of human resources for health. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2018;32(1):578-82.
24. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way Forward. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2015;18(2):94-104.
25. Hassani SA, Mobaraki H, Bayat M, Mafimoradi S. Right place of human resource management in the reform of health sector. *Iranian journal of public health*. 2013;42(1):56.
26. Zalani GS, Khalilnezhad R, Mirbahaeddin E, Shokri A, Kashkalan T, Bayat M. Human resources for health strategies: the way to achieve universal health coverage in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(9).
27. Meeting on health workforce observatories in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2018;24(9):965-7.
28. Damari B, Ehsani-Chimeh E. Status of Human resources management in Iran's health sector and the path to development: A qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2019; 33 (1) :415-422.
۲۹. توزیع جغرافیایی گروه‌های مختلف کادر درمانی در کشور در سال ۹۵ و برآورد تعداد مورد نیاز در سال ۱۴۰۴.
۳۰. توزیع تخصصی و جغرافیایی پزشکان متخصص در کشور در سال ۱۳۹۵ و برآورد تعداد مورد نیاز تا سال ۱۴۰۴.
۳۱. امیری م، کلارودی ر، داوودی. تحلیل هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی استان گیلان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۲۰؛ ۱۷(۶۷):۲۴-۳۲.
32. Sadarolsaddat A. Challenges of Human Resources in Health System. Ministry of Health and Medical Education. At URL: www.imi.ir/Education/Conferences/Articles/AAAQ.pdf.
33. Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iranian journal of public health*. 2012;41(9):1..
34. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Book. 2002.
35. Adyani M et al. (Translation of WHO Report of 2010). Iran's Health Insurance Organisation. 2014.
36. <http://hospital-ir.com/article/details/6086>.
۳۷. راد م، اصفهانی، پروانه، افشار، نیک م. کارایی بیمارستان‌های ایران: یک مرور نظام مند و متا آنالیز دو دهه پژوهش. *Payavard Salamat*. ۲۰۱۷؛ ۱۱(۳).
38. Anonymous access at URL : <https://www.irna.ir/news/81759006/%D8%AF%D8%AE%D9%84-%D9%88%D8%AE%D8%B1%D8%AC-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D8%AF%D9%88%D9%84%D8%AA%DB%8C-%D8%A8%D8%A7-%D9%87%D9%85-%D9%86%D9%85%DB%8C-%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%AF-%D8%B2%DB%8C%D8%A7%D9%86-%D8%AF%D9%87%DB%8C-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86>.
39. Imamgholi S, Khatami Firouzabadi SMA, Goharinezhad S, Fadaei Dehcheshmeh N, Heidarinejad A, Azmal M. Assessing the efficiency of hospitals by using Pabon Lasso graphic model. *Journal of Research and Health*. 2014;4(4):890-7.
40. Yousef zade. A, et al. Efficiency Analysis and Optimal Consumption of Resources in Selected Hospitals in West Azarbaijan Province Using Data Envelopment Analysis Model, *health Management*. 2012; 15 (47): 91-102.
41. Kakeman E, Forushani AR, Dargahi H. Technical efficiency of hospitals in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health*. 2016;45(4):494.
42. Ketabi S. Efficiency measurement of cardiac care units of Isfahan hospitals in Iran. *Journal of medical systems*. 2011;35(2):143-50.
۴۳. محمد تقی ی، احمد ح، سیدعباس بی. تحلیل کیفی مشکلات بیمارستان‌های روانی از دیدگاه مدیران این بیمارستان‌ها.
44. <http://tejaratemrouz.ir/fa/news/27066/%D9%81%D8%B1%D8%B3%D9%88%D8%AF%DA%AF%DB%8C-60-%D8%AF%D8%B1%D8%B5%D8%AF-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D9%87%D8%A7>.

۴۵. مهرداد ع. علی. خ. عبدالله. ل. محمد هادی. ا. حسین ر. آ. بررسی وضعیت رعایت استانداردهای بهداشت محیط در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی فارس سال ۱۳۸۰.
46. Barati, O., Sadeghi, A., Khamarnia, M., Siavashi, E. Investigation of Hospitals Management Challenges: A Qualitative Study in Shiraz Hospitals. *Sadra Medical Journal*, 2016; 4(3): 149-160.
۴۷. سلمانزاده. عوامل موثر بر کارایی بیمارستان ها از دیدگاه مدیران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران. مدیریت سلامت. ۲۰۱۹؛ ۳(۷):۵-۱۹.
48. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: a qualitative study. *Health Inf Manage*. 2013;10(4):548.
49. Farzadkia M, Gholamy H, Emam Jomeah M, Kermany M, editors. Study of the hospital solid waste management in 5 hospitals in Tehran city and presentation of improvement approaches. 14th National Conference on Environmental Health; 2010.
50. Mokhtari S, Eskandari S, Ayazi Z. Operators' performance evaluation on the hospital information system about the deductions of educational and medical Hajar hospital in 2012. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2014;15.
51. Raadabadi M, Mobaraki H, Nazari A, Bakhtiyari M. Investigations the functional indicators change due to implementation information system in Sina hospital. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2013;15.
۵۲. براتی، نژاد خ. اندازه گیری عملکرد بیمارستان. مدیریت سلامت. ۱۹۰۷؛ ۱(۷):۳۶-۲۷.
53. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhassani M, Iranmanesh M. Evaluation of Medication Consumption Indices in Iran from 2012 to 2015: A Descriptive Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;14:72-81.
54. Yazdizadeh B, Mohtasham F, Velayati A. Impact assessment of Iran's health technology assessment programme. *Health research policy and systems*. 2018;16(1):15.
55. Doae S, Olyaeemanesh A, Emami S, Mobinizadeh M, Abooe P, Nejati M, et al. Development and implementation of health technology assessment: a policy study. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):50.
56. Masoompour SM, Askarian M, Najibi M, Hatam N. The financial burden of inappropriate admissions to intensive care units of Shahid Faghihi and Nemazee hospitals of Shiraz, Iran, 2014. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016;17(11).
57. Nader Tavakoli M, Mohamadreza Yasinzadeh M, Nejad MM. Evaluation of appropriate and inappropriate admission and hospitalization days according to appropriateness evaluation protocol (AEP). *Archives of Iranian medicine*. 2015;18(7):430.
58. AR O. Establishment of clinical policy making in Iran. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*. 2014;2(2):101-5.
59. Harirchi Iraj, Majidzadeh Seyed Reza, Ahmadnezhad Elham, Abdi Zhaleh. Observatory on Health System, Islamic Republic of Iran. National Institute for Health Research. 2017, p: 56-82.
60. Hajimahmoudi H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):1-16.
۶۱. مسعودی ع. اش. احمدی س. بستانی ل. وضعیت مصرف انرژی در بیمارستانهای منتخب شهر اصفهان (در سالهای ۸۲-۷۸) چگونه بوده است؟ مدیریت اطلاعات سلامت. ۲۰۰۷؛ ۲(۲).
۶۲. لیلار، کامران حن، وحید آ. ارتباط شاخص های تخت بیمارستانی با میزان مصرف انرژی الکتریکی (برق) در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی همدان.
۶۳. اقدام ر. یارمحمدی، ملکوتی، حسین س. بررسی روش های مختلف کنترل هوشمند بیمارستان جهت بهینه سازی مصرف انرژی. مهندسی ساختمان و علوم مسکن. ۲۰۱۷؛ ۱۱(۲۱):۵۷-۶۳.
۶۴. محمود ج. هادی م. ریحانه ش. میلاد ش. زهران. بررسی مقایسه ای وضعیت مصرف انرژی و مدیریت آن در بیمارستان فوق تخصصی چشم فارابی تهران.
65. Ostadi B, Navidi A. Identifying Improvement Projects Based on Energy Consumption Management in Hospital and Prioritizing Them Using Fuzzy Analytic Hierarchy Process (FAHP). *Journal of Hospital*. 2016;15(2):23-40.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به عنوان دیده بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به کارگیری ظرفیت های دانشی بین المللی، ضمن پیش بینی روندها و رصد شاخص های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات بپردازد؛ از سویی به عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم گیران سلامت در کشور و دیده بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری کند.

ارتقای کارایی

در نظام سلامت

جمهوری اسلامی ایران

تابستان ۱۳۹۸

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

<http://nihr.tums.ac.ir>