

چارچوب ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت

دکتر حسین ابراهیمی پور، علیرضا رضازاده

بعد از مطالعه این فصل خواننده باید:

- 1- اهداف نظام سلامت را بداند
- 2- کارکردهای نظام سلامت را بداند
- 3- مفهوم عدالت در سلامت را تشریح کند
- 4- مفهوم پاسخگویی در نظام سلامت را تشریح کند
- 5- ابعاد هر کدام از کارکردهای نظام سلامت را تشریح کند

در کشورهای با سطح درآمد و تحصیلات مشابه، تفاوت‌های زیادی در برون‌دادهای¹ نظام سلامت وجود دارد (1 و 2) که برخی از آن‌ها به دلیل تفاوت عملکرد نظام سلامت این کشورها می‌باشد. تفاوت در طراحی، محتوا و مدیریت نظام سلامت باعث ایجاد تفاوت در میزان برون‌دادهای اجتماعی ارزشمند مانند سلامت، پاسخگویی یا عدالت می‌شود. تصمیم‌گیرندگان در تمامی سطوح نیازمند این هستند که تفاوت‌های عملکرد نظام‌های سلامت را با عدد و رقم نشان دهند، عواملی که بر آن تأثیر می‌گذارد را شناسایی نمایند و سیاست‌هایی را تدوین نمایند که به نتایج بهتر در شرایط متفاوت منجر می‌شوند. همچنین عملکرد زیرسیستم‌های نظام سلامت مانند عملکرد نظام سلامت در هر کدام از مناطق کشور، خدمات سلامت عمومی یا خدمات سلامت در بخش خصوصی باید نیز باید ارزیابی شوند.

ناگفته پیداست که اطلاعات قابل مقایسه در مورد عملکرد نظام سلامت و عوامل کلیدی که تفاوت‌های عملکردی نظام‌های سلامت را توضیح می‌دهد، می‌تواند پایه‌های علمی سیاست‌گذاری سلامت در سطوح بین‌المللی و ملی را تقویت کند. لذا وجود یک چارچوب ارزیابی معقول، قابل استفاده و عملیاتی، برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت جهت استفاده‌ی دولت‌ها، و توسعه‌ی شرکت‌ها و مؤسسات چند جانبه بسیار ضروری است.

تا کنون چارچوب‌های مختلفی برای اندازه‌گیری عملکرد نظام سلامت پیشنهاد شده (10-3) که این امر نشان از اهمیت این امر دارد. این چارچوب‌ها در مجموع، منبع ارزشمندی از ایده‌ها و رویکردها برای ارزیابی نظام سلامت است. با این وجود برای ارزیابی نظام سلامت، کارهای انجام نشده زیادی وجود دارد و چارچوب‌های موجود هم خالی از نقص نیست و باید ارتقا پیدا کند.

به عنوان مثال، بیشتر روش‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت در دو دام مشابه گرفتار می‌شوند. برخی از این روشها، لیست‌های طولانی و اغلب دارای همپوشانی از ویژگی‌های لازم برای ارزیابی نظام سلامت را پیشنهاد می‌کنند. برای مثال، اهداف طراحی شده برای نظام سلامت در چارچوب‌های مختلف ارزیابی شامل این موارد است: ارتقاء سلامت، بی‌عدالتی در سلامت، پوشش، تأمین مالی عادلانه، کیفیت، رضایت مصرف‌کننده، کارایی تخصیصی، کارایی فنی، مهار هزینه‌ها، پذیرش سیاسی و تأمین مالی پایدار.

دیگر رویکردها، با در نظر گرفتن این که کدام شاخص‌ها به آسانی در دسترس هستند، آغاز می‌شوند، و نظام ارزیابی عملکردی را شکل می‌دهند که نارسایی‌های فنی و مفهومی شاخص‌های موجود را نشان می‌دهد. هیچ کدام از این دو رویکرد، ارزیابی جامع و معناداری از عملکرد نظام سلامت نشان نمی‌دهند.

ما معتقدیم که یک چارچوب ارزیابی عملکرد با ثبات و پایدار باید با پاسخ به یک سؤال آسان آغاز گردد: نظام‌های سلامت برای چه هدفی وجود دارند؟ زمانی که اهداف اصلی نظام‌های سلامت روشن شد، این اهداف باید اندازه‌گیری شده و هم عملکرد و هم عوامل کلیدی مؤثر بر آن، بررسی گردند.

در راستای توسعه‌ی مبنای مفهومی برای عملکرد نظام سلامت 8 موضوع را بررسی می‌کنیم: 1. مرزهای نظام سلامت، 2. تفاوت بین اهداف ذاتی و ابزاری، 3. تبیین نظام‌های اجتماعی و اهداف اجتماعی، 4. اهداف اصلی نظام سلامت، 5. اهداف ابزاری نظام سلامت، 6. مفاهیم عملکردی و کارایی، 7. استفاده از مفهوم عملکرد در زیرسیستم‌ها² یا مؤسسات، و 8. عوامل کلیدی تأثیرگذار بر عملکرد نظام سلامت.

1. مرزهای نظام سلامت

مرزهای زیادی برای جداسازی نظام سلامت از عناصر خارج از آن، پیشنهاد شده است (11-16). برخی از اجزاء، مانند خدمات سلامت فردی ارائه شده در کلینیک‌ها، در تمامی تعاریف مرزهای نظام سلامت جای می‌گیرند. اما درمورد دیگر اجزاء، اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد. بعنوان مثال، آیا قوانین مربوط به کمربند ایمنی و اجرای آن، بخشی از نظام سلامت هستند؟ واضح است که همه‌ی تعاریف از مرزها، اختیاری می‌باشند؛ اما برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، یک مرز و محدوده‌ی عملیاتی باید پیشنهاد گردد.

ما یک تعریف عملیاتی که با مفهوم یک "اقدام سلام³" آغاز می‌گردد را ارائه نموده ایم. یک اقدام سلامت به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها اطلاق می‌گردد که هدف اولیه آن حفظ و یا ارتقاء سلامت است. و یک نظام سلامت شامل منابع، دست‌اندرکاران، و مؤسسات مرتبط با تأمین مالی، قوانین و آرایه‌ی خدمات سلامت می‌باشد.

این معیار و هدف اولیه، منجر به ارائه‌ی یک تعریف کلی از نظام سلامت می‌شود. بعنوان مثال، هنگامی که هدف اولیه، کاهش تصادفات جاده‌ای باشد؛ فعالیت‌هایی که در این زمینه باید انجام شود بهبود جاده و ایمنی وسیله است که با خدمات سلامت فردی ارتباط دارد خواه به سلامت ارتباط داشته باشد یا نه.

یکی از مزیت‌های اصلی تعریف فوق، که هدف اولیه فعالیت را مبنای مرزبندی نظام سلامت می‌داند، این است که در بر اساس این تعریف، در ارزیابی عملکرد نظام سلامت، تمامی دست‌اندرکاران و موسساتی که هدف اولیه‌ی خود را مشارکت در سلامت جامعه می‌دانند، باید در نظر گرفت.

برطبق این تعریف بسیاری از اقداماتی که بخش سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند، مانند آموزش دختران، بخشی از نظام سلامت نیستند؛ زیرا هدف اولیه‌ی آموزش دختران، ارتقاء سلامت نیست.

مستثنی کردن این دسته از فعالیت‌ها از تعریف نظام سلامت به هیچ وجه به معنای نادیده گرفتن اهمیت فعالیت‌های تأثیرگذار بر سلامت مردم که در خارج از نظام سلامت قرار می‌گیرند نیست. بعلاوه، موضوع بسیار مهم این است که بدانیم، تلاش برای تأثیرگذاری بر سایر بخش‌های دیگر هر نظامی، یکی کارهای مهم نظام سلامت است به خصوص وقتی که فعالیت این بخش‌ها عوامل تأثیرگذار بر سلامت مانند آموزش دختران، یا کاهش نابرابری‌های اجتماعی باشد. فعالیت‌هایی که بخش‌های خارج از نظام سلامت انجام می‌دهند و اثرگذار بر سلامت است، فعالیت‌های بین بخشی، در واقع همان هدف اصلی ارتقاء سلامت را برای نظام سلامت دنبال می‌کنند لذا باید مورد توجه نظام سلامت قرار بگیرند.

حتی اگر تعریف روشن و تفصیلی از اقدامات مرتبط با سلامت داشته باشیم باز هم سوالاتی درمورد محدوده‌ی این اقدامات باقی می‌ماند. بعنوان مثال، هدف اولیه‌ی برنامه مکمل‌های غذایی کدام یک از موارد زیر است؟ ارتقاء سلامت با جلوگیری از سوءتغذیه یا جبران نابرابری‌های درآمدی؟

برای موارد مبهم، به ویژه در موضوعاتی مثل آب آشامیدنی و تغذیه، به صورت موردی باید تصمیم‌گیری شود تا بتوان نظام سلامت را تعریف کرده و مرزهای آن را مشخص کرد. این نوع تصمیم‌گیری‌ها در مورد نظام سلامت بسیار ضروری است زیرا در نهایت این تصمیم‌گیری‌ها مرزهای نظام سلامت را مشخص کرده و بر برخی فعالیت‌های حوزه نظام سلامت مثل تدوین حساب‌های ملی سلامت بسیار تأثیرگذار است.

2. اهداف ذاتی و ابزاری

اهداف قابل ستایش زیادی برای نظام‌های اجتماعی از جمله نظام سلامت بیان شده است. برای این که یک ذهنیت شفاف درمورد این اهداف داشته باشیم، باید بتوانیم اهداف ذاتی (اهدافی به خودی خود بالارزش) و اهداف ابزاری را از هم جدا کنیم. اهداف ذاتی دو معیار زیر را دنبال می‌کنند:

- در اهداف ذاتی، این امکان وجود دارد که به یک هدف خاص دست یابیم در حالی که در دستیابی به سایر اهداف ذاتی، توفیقی نداشته باشیم. به لحاظ تئوری، اهداف ذاتی نظام سلامت هر کدام از اهداف ذاتی نظام سلامت، تاحدودی مستقل از دیگر اهداف است.
- دستیابی به یک هدف ذاتی، همیشه مطلوب است. اگر این موضوع در مورد یک هدف صادق نباشد، احتمالاً آن هدف ابزاری بوده و هدفی ذاتی نیست.

اهدافی که دو اصل فوق در مورد آن ها صادق نباشد، احتمالاً جزو اهداف ابزاری هستند. ما از تفاوت بین اهداف ذاتی و ابزاری استفاده می کنیم تا لیست اهداف نظام سلامت را مختصر و مفید نگه داریم و اندازه گیری دستیابی به اهداف را ساده سازیم.

3. نظام‌های اجتماعی و اهداف اجتماعی

همانطور که در شکل 1 نشان داده شده است، فعالیت‌های سازمان یافته‌ی جامعه، می‌تواند در نظام‌های مختلفی از قبیل آموزش، سلامت، اقتصاد، سیاست و ... تقسیم بندی گردد. برای هر کدام از این نظام‌ها یک هدف تعریف شده وجود دارد، دلیلی که هریک از این نظام‌ها به خاطر آن به وجود آمده‌اند.

بعنوان مثال، هدف نظام آموزشی، آموزش افراد می‌باشد و هدف نظام سلامت ارتقاء سلامت جامعه است. علاوه بر اهداف تعریف شده، دو هدف دیگر در تمامی نظام‌ها وجود دارد. این دو هدف، پاسخگویی به انتظارات قانونی و مشروع جامعه و عدالت در مشارکت مالی موردنیاز برای ایجاد آن نظام می‌باشد.

در تمامی نظام‌ها و اهداف تعیین شده آن‌ها، جامعه درمورد چگونگی تعامل مؤسسات و دست اندرکاران با آن‌ها برای ترغیب آنان در جهت رسیدن به اهداف، انتظاراتی را خواهد داشت. بعنوان مثال آیا به حقوق انسان‌ها احترام گذاشته شده است؟ تا چه حد افراد در تصمیمات مستقل هستند و مشارکت داده می‌شوند؟ آیا کرامت و عزت نفس افراد در رفتار با آن ها رعایت می شود؟

شکل 1. نظام‌ها و اهداف اجتماعی

نظام‌های اجتماعی					اهداف اجتماعی
سایر	سیاست	اقتصاد	سلامت	آموزش	
دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	هدف اصلی نظام	آموزش
دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	هدف اصلی نظام	دیگر اهداف تاثیرگذار	ارتقاء سلامت
دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	هدف اصلی نظام	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	مصرف
دیگر اهداف تاثیرگذار	هدف اصلی نظام	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	دیگر اهداف تاثیرگذار	مشارکت
هدف اصلی نظام	دیگر اهداف	دیگر اهداف	دیگر اهداف	دیگر اهداف	سایر

	تاثیرگذار	تاثیرگذار	تاثیرگذار	تاثیرگذار	
مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	پس‌خوابی به انتظارات
مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشترک در همه‌ی نظام‌ها	مشارکت مالی عادلانه

هدف مشارکت مالی عادلانه، در همه نظام‌ها وجود دارد. تعریف عدالت ممکن است به طور قابل توجهی در نظام‌های مختلف با هم تفاوت داشته باشد. شاید استفاده از سازوکار بازار (که در آن دریافت کننده، به ازای خدمت یا کالا، هزینه آن را پرداخت می‌نماید) برای بیشتر کالاهای مصرفی مناسب باشد. اما در نظام سلامت، نظام آموزشی، و نظام امنیت جامعه و برخی دیگر از نظام‌ها، مفهوم مشارکت مالی عادلانه ممکن است بسیار متفاوت باشد.

نظام‌های سلامت، آموزش و امنیت به احتمال زیاد بر میزان تحقق اهداف تعیین شده‌ی دیگر نظام‌های جامعه، تأثیر می‌گذارند که ممکن است این تأثیر مثبت و یا منفی باشد.

با تشخیص این اثرات متقابل، می‌توان مجموعه‌ای از اهداف بینابینی را برای هر نظام تعریف نمود. ماتریس⁴ نظام‌ها و اهداف، وابستگی متقابل همه‌ی بخش‌های جامعه و اهداف گوناگون اجتماعی که همه‌ی نظام‌ها ممکن است در آن مشارکت داشته باشند، را نشان می‌دهد. همچنین این ماتریس، همزمان، تقدم اهداف تعریف شده و اهداف مشترک پاسخگویی و مشارکت مالی عادلانه را نشان می‌دهد.

4. اهداف نظام سلامت

براساس شکل 1، ما می‌توانیم با صراحت بیشتری سه هدف اصلی نظام سلامت را تدوین نماییم: سلامت، پاسخگویی، و مشارکت مالی عادلانه.

این اهداف ذاتی باید به صورت دوره‌ای توسط تمامی کشورها پایش گردند و مبنای اصلی برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت در برنامه‌هایی است که توسط سازمان جهانی بهداشت⁵ پشتیبانی می‌شود.

بنابراین، ارزیابی میزان دستیابی به اهداف، بر روی اندازه‌گیری میزان دستیابی به این سه هدف و اهداف مرتبط با استفاده از منابع، برای دستیابی به سه هدف فوق، متمرکز شده‌اند تا بتوانند عملکرد و کارایی را ارزیابی نمایند.

4. Mrix

5. World Health Organization

همچنین، اهداف بین بخشی در نظام سلامت وجود دارند که بطور بالقوه مهم بوده و باید تحلیل شده و مورد ارزیابی‌های خاص قرار گیرند. بعنوان مثال، نظام سلامت تا چه مقدار به آموزش، مشارکت دموکراتیک⁶، تولید اقتصادی و غیره کمک می‌نماید و یا مانع آن می‌شود؟

یکی از مهم‌ترین اهداف بین بخشی، مشارکت نظام سلامت در تولید اقتصادی است؛ زیرا سلامت جامعه و نظام‌های سلامت ممکن است تولید اقتصادی را افزایش یا کاهش دهند.

بعنوان مثال، برخی روش‌های سازماندهی تأمین مالی نظام سلامت، مانند بیمه‌های مبتنی بر اشتغال، می‌توانند بر تحرک نیروی کار و عملکرد اقتصاد کلان تأثیر منفی داشته باشد (17 و 18).

همچنین شواهدی زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد ارتقاء سلامت می‌تواند باعث رشد اقتصادی شود (19 و 20). این‌ها موارد مهمی برای مطالعات آینده می‌باشند، اما ماهیت ارتباطات بین بخشی و پیچیدگی‌های اندازه‌گیری، مانعی مقابل ارزیابی‌های معمول و متداول عملکرد نظام سلامت می‌باشد.

در ادامه به بیان دقیق تر محتوای هریک از اهداف سه گانه‌ی نظام سلامت می‌پردازیم:

Health

1-4. سلامت

هدف تعریف شده نظام سلامت، ارتقاء سلامت جامعه می‌باشد. اگر نظام‌های سلامت در بهبود سلامت مشارکت نکنند، هیچکدام از آن‌ها نمی‌توانند وجود داشته باشند. سلامت جامعه، باید منعکس کننده‌ی سلامت افراد در طول زندگی باشد و شامل مرگ و میر زودرس و پیامدهای غیرکشنده بیماری‌ها بعنوان اجزای کلیدی باشد. با توجه به میانگین سطح سلامت افراد و توزیع ناعادلانه‌ی سلامت در بین افراد جامعه، نگرانی جدی در هر دو مورد وجود دارد (21).

Responsiveness

2-4. پاسخگویی

دومین هدف ذاتی نظام سلامت، افزایش سطح پاسخگویی به انتظارات قانونی و مشروع جامعه می‌باشد. پاسخگویی، به روشنی انتظارات عمومی نسبت به بهبود سلامت را دربرمی‌گیرد، که در نخستین هدف نظام سلامت که در بالا به آن اشاره شد، کاملاً منعکس شده است.

اصطلاح "قانونی" برای روشن شدن این امر استفاده می‌شود، زیرا برخی از افراد ممکن است انتظارات بیهوده و غیرمعقول از نظام سلامت داشته باشند که بخشی از مفهوم پاسخگویی نباشد.

دراین راستا، دو مفهوم اصلی از پاسخگویی ارائه می‌گردد. اولین مفهوم "احترام به اشخاص" نامیده می‌شود، و جنبه‌هایی از ارتباط و تعامل افراد با نظام سلامت را دربر می‌گیرد که اغلب بعد اخلاقی مهمی دارند. احترام به اشخاص سه بعد دارد:

- **احترام به کرامت:** نظام‌های سلامت می‌توانند از طریق حبس افراد مبتلا به بیماری‌های واگیردار، یا عقیم کردن افراد دارای اختلالات ژنتیکی به سطوح بالاتری از سلامت برسند؛ اما این کار منجر به نقض حقوق اساسی بشر می‌شود (24-22). همچنین، احترام به کرامت شامل تعامل با ارائه دهندگان نیز می‌شود مانند رعایت ادب و حساسیت نسبت حفظ کرامت افراد در لحظات خجالت آور احتمالی در بررسی های پزشکی و معاینات بدنی (25-29).

- **احترام به استقلال افراد:** اشخاص، هنگامی که می‌خواهند درمورد سلامتی خود تصمیم گیری کنند، باید بتوانند بطور مستقل عمل نمایند. افراد ذی صلاح یا نماینده‌ی آنان باید درمورد این که آیا می‌خواهند مداخلات پزشکی روی آنان انجام گیرد یا خیر، حق انتخاب داشته باشند (25-27 و 32-30).

- **احترام به محرمانه بودن:** در تعامل و ارتباط با نظام سلامت، اطلاعات شخصی مربوط به سلامت افراد باید محرمانه باقی بماند (33 و 34). احترام به محرمانه بودن، یک هدف ابزاری در خدمت بهبود کیفیت مراقبت سلامت می‌باشد؛ وقتی که افراد اطمینان داشته باشند که اطلاعات شخصی مربوط به سلامت آنان محرمانه حفظ می‌گردد، احتمال این که اطلاعات مهم پزشکی درمورد خودشان را در اختیار ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت بگذارند، بسیار بیشتر می‌شود. به علاوه، احترام به محرمانه بودن ذاتاً با ارزش است، زیرا از مفهوم اصلی حریم خصوصی و کنترل افراد بر اطلاعات شخصی خود، حمایت می‌کند (27 و 35-39).

دومین مفهوم، "مشتري گرایی" نامیده می‌شود و چندین بعد از رضایت مشتری را دربرمی گیرد که جزوی از وظیفه بهبود سلامت نمی‌باشد و شامل موارد زیر است:

- **توجه فوری به نیازهای سلامت:** بررسی‌های مربوط به رضایت جامعه از خدمات سلامت، حاکی از این است که توجه فوری یکی از ابعاد کلیدی عملکرد نظام سلامت می‌باشد (40-44). افراد، توجه فوری را بالارزش تلقی می‌نمایند، زیرا ممکن است به پیامدهای سلامتی بهتر منجر شود؛ این ارزش ابزاری، در تعریف هدف سلامت استفاده می‌گردد. همچنین، افراد توجه فوری را ارزشمند می‌دانند، زیرا می‌توانند نگرانی‌ها و ترس‌هایی را که به واسطه‌ی انتظار برای تشخیص یا درمان بیماری بوجود می‌آید، کاهش دهند. هردو ارزش ذاتی و ابزاری توجه فوری، به شدت به وسیله‌ی عواملی همچون شرایط جسمانی، اجتماعی و دسترسی مالی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

- **امکانات اساسی:** امکانات اولیه و اساسی خدمات سلامت، از قبیل اتاق‌های انتظار تمیز، یا تخت و غذای کافی در بیمارستان‌ها، جنبه‌هایی از مراقبت‌های سلامت می‌باشند که اغلب توسط افراد، بسیار بالارزش تلقی می‌گردند (45).

- **دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی برای دریافت مراقبت‌های فردی:** حتی هنگامی که مراقبت، بطور فوری دردسترس می‌باشد، اگر به دور از خانواده و محل سکونت افراد باشد، دسترسی به شبکه‌های حمایت اجتماعی درطول مراقبت و ریکاوری ممکن است مختل گردد. انتظار دسترسی به حمایت اجتماعی، به دلیل تأثیر آن بر بروندادهای سلامت، یک هدف ابزاری نیست، بلکه یک ویژگی ذاتاً بالارزش نیز می‌باشد (46).

- **انتخاب موسسه و ارائه دهنده‌ی مراقبت فردی:** ممکن است بیماران بخواهند خودشان ارائه دهنده‌ی مراقبت سلامت خود را انتخاب نمایند (43). این امر اغلب مربوط به ارائه دهندگان فردی و فقط در درجه‌ی دوم درمورد مؤسسات ارائه

دهنده‌ی سلامت می‌باشد. انتخاب، یک جزء قانونی از پاسخگویی می‌باشد و اهمیت روزافزونی نسبت به دیگر موارد موجود در این لیست پیدا می‌کند.

در نظام سلامت، نه تنها نگرانی درمورد میانگین سطح پاسخگویی، بلکه نابرابری در توزیع آن نیز وجود دارد. یک نگرانی درمورد توزیع پاسخگویی در بین افراد، این است که ممکن است، بطور ناخودآگاه تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی، دموگرافیک و دیگر متغیرها در نحوه برخورد با افراد در هنگام آرایه خدمات سلامت به آن‌ها تأثیرگذار باشد.

3-4. عدالت در مشارکت مالی

برای عادلانه بودن مشارکت مالی، نظام سلامت با دو چالش کلیدی مواجه است. اول، اینکه خانواده‌ها برای به دست آوردن مراقبت‌های سلامت، نباید فقیر شده یا بخش زیادی از درآمد خود را هزینه نمایند.

به عبارت دیگر، مشارکت مالی عادلانه نیازمند سطح بالایی از انباشت خطر می‌باشد. دوم، این که باید خانواده‌های فقیر نسبت به خانواده‌های ثروتمند، پرداخت کمتری به نظام سلامت داشته باشند. خانواده‌های فقیر نه تنها درآمد کمتری دارند، بلکه بخش زیادی از درآمد خود را صرف نیازهای اولیه مانند غذا و مسکن می‌نمایند. مشارکت مالی در نظام سلامت باید بازتاب دهنده‌ی این تفاوت‌های درآمدی فقرا و اغنیا باشد.

این ملاحظات زمانی تبدیل به هنجارهای پذیرفته شده می‌گردد که طی آن هر خانواده به صورت عادلانه در مخارج نظام سلامت مشارکت داشته باشد (در خانواده‌های بسیار فقیر، اصطلاح "مشارکت عادلانه" ممکن است به معنی عدم پرداخت باشد).

پرداخت باید براساس درآمد باشد و در بیشتر بخش‌ها، نباید به میزان استفاده از خدمات و یا ریسک و نوع بیماری ارتباط داشته باشد. در هنگام تعریف مفهوم مشارکت عادلانه برای افراد فقیر، باید به این نکته توجه کرد که سهم نظام سلامت در بازتوزیع درآمد عمومی جامعه چه مقدار در نظر گرفته شده است.

در برخی محیط‌های سیاسی، ممکن است ساده تر باشد که از طریق ارائه‌ی خدمات سلامت رایگان برای افراد فقیر، درآمد را توزیع نماییم تا اینکه بخواهیم از طریق سازوکارهای توزیع مستقیم این کار را انجام دهیم.

هنگامی که مشارکت مالی عادلانه را از دیدگاه نظام سلامت، ارزیابی می‌کنیم، باید به این نکته توجه داشته باشیم که ممکن است جامعه، درآمد عمومی را از طریق دیگر سازوکارها مانند انتقال مستقیم، توزیع کند. پذیرش اجتماعی گسترده یک سازوکار مالی، مستلزم این است که تمامی افراد جامعه به اندازه سهم عادلانه خود، مشارکت داشته و این مشارکت عادلانه بتواند منجر به ایجاد یک نظام مالی پایدار در بخش سلامت گردد.

تأمین مالی عادلانه دیدگاهی گذشته نگر بوده و اساس آن هزینه های تحقق یافته است و نحوه محاسبه آن به این صورت است که پرداخت های گذشته خانوار برای مراقبت سلامت به روش های مختلف (پرداخت مستقیم از جیب، بیمه اختیار خصوصی، بیمه اجتماعی، مالیات عمومی، مالیات غیرمستقیم و ...) را به نسبت درآمد آن‌ها اندازه می‌گیرد.

این دیدگاه گذشته نگر، بسیار مرتبط با دیدگاه آینده نگر ریسک مواجهه خانوار با هزینه های سلامت در سال پیش روست. در واقع، دیدگاه گذشته نگر در خصوص مخارج سلامت خانوار، همان تحقق پیش بینی های دیدگاه آینده نگر در خصوص توزیع ریسک مالی است. تفاوت بین دو دیدگاه برای جمعیت، اثر شانس است. این اختلاف می تواند برای یک گروه کوچک از خانوارها قابل توجه باشد اما برای یک گروه کوچک در واقع اختلافی وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر، توزیع مخارج سلامت گذشته نگر یک گروه کوچک خانوارها، می تواند ناشی از یک طیف به نسبت کوچک از توزیع های ریسک مخارج سلامت آینده نگر باشد. به دلیل ارتباط بسیار نزدیک بین این دو دیدگاه، هدف تأمین مالی عادلانه، محافظت ریسک خالی در جمعیت را هم در خود دارد.

بطور خلاصه، دیدگاه جوامع از اهداف نظام سلامت در شکل 2 آورده شده است که نشان می دهد جوامع به ارزیابی میانگین و میزان توزیع دو هدف اول، یعنی سلامت و پاسخگویی، علاقه مند هستند.

درحالیکه درمقابل، برای هدف سوم، یعنی مشارکت مالی، ما فقط به توزیع آن علاقه مند هستیم و میانگین آن در جامعه اندازه گیری نمی شود.

میزان تأمین مالی سلامت یک سیاست کلیدی در هر جامعه ای می باشد، اما یک هدف ذاتی نظام سلامت نیست؛ زیرا همیشه رسیدن به سلامت و پاسخگویی بیشتر، مطلوب است اما از نظر ذاتی، این که همواره در حال افزایش پول و هزینه در نظام سلامت باشیم، بالارزش نیست. بلکه، چیزی که اهمیت دارد این است که فشار مالی باید به صورت عادلانه در میان اقشار مختلف جامعه تقسیم گردد. به هنگام ارزیابی میزان منابع سرمایه گذاری شده در نظام سلامت، باید به این نکته توجه کرد که این سرمایه گذاری درمقابل چه کارکردی اندازه گیری می شود.

شکل 2- رابطه بین اهداف نظام سلامت و مؤلفه های ارزیابی آن ها

توزیع	متوسط	مؤلفه های ارزیابی
		اهداف
✓	✓	بهبود سلامت
✓	✓	پاسخگویی به انتظارات غیرطبی
✓	■	مشارکت مالی عادلانه

چارچوب پیشنهادی، با مفاهیم آشنای کیفیت، عدالت و کارایی ارتباط دارد. بنابراین، سطح دستیابی به هدف سلامت و پاسخگویی، می‌تواند بعنوان کیفیت کلی نظام سلامت در نظر گرفته شود. این مفهوم، نسبت به دیگر تعاریف کیفیت که فقط روی خدمات سلامت فردی تمرکز دارد، گسترده تر می‌باشد (49 و 48). توضیح این نکته لازم است که کیفیت زیرمجموعه‌ای از دستیابی به هدف کلی است و نه مقیاس اندازه‌گیری عملکرد.

به همین صورت، توزیع سه هدف اصلی، می‌تواند بعنوان عدالت کل در نظام سلامت در نظر گرفت. مثل موضوع کیفیت، عدالت هم زیرمجموعه‌ای از هدف کلی بوده و شاخص اندازه‌گیری عملکرد نیست. عدالت در نظام سلامت، در مقایسه با نابرابری‌های ساده تر در نظام سلامت، مفهومی گسترده تر است (50).

سومین مورد، مفهوم کارایی، یا اجرای اهداف ترکیبی می‌باشد. کارایی یعنی اینکه چگونه با منابع در دسترس، پنج جزء سازنده‌ی اهداف سه گانه‌ی نظام سلامت را به خوبی با هم ترکیب نماییم تا هم از نظر اجتماعی مطلوب و مورد پذیرش باشد و هم به اهداف نظام سلامت دست پیدا کنیم. عملکرد اهداف ترکیبی و عملکرد اهداف فردی، در ادامه بیشتر توضیح داده شده است.

قاعدتاً کشورهای مختلف به هریک از این اجزا، وزن و ارزش متفاوتی می‌دهند. با وجود این، برای مقایسه جهانی، بهتر است که یک تابع وزنی مورد توافق عمومی ایجاد نماییم. این امر باعث می‌شود که شاخص‌های ترکیبی برای اندازه‌گیری دستیابی به اهداف نظام سلامت و کارایی در نظام سلامت را بتوان محاسبه کرد.

یک تابع وزنی توافق برای مقایسه در بین کشورهای مختلف جهان، باید برپایه‌ی چارچوب‌های ارزشی رایج ساخته شود (51)، و تجربیات موجود برخی کشورها که ممکن است ترجیحات خاصی برای اهداف در کشور خود داشته باشند را در نظر بگیرد. در نهایت، استفاده از یک شاخص‌های اندازه‌گیری ترکیبی برای سنجش میزان دستیابی به هدف، محدود خواهد شد، اما همانند شاخص توسعه‌ی انسانی (52)، می‌تواند جرقه‌ای باشد که باعث افزایش توجه به عملکرد نظام سلامت و عواملی که بر این عملکرد تأثیرگذار هستند، گردد.

5. اهداف ابزاری

علاوه بر سه هدف اصلی نظام‌های سلامت، بسیاری از اهداف دیگر نیز وجود دارند که در موضوع عملکرد نظام سلامت، اهمیت دارند؛ مانند دسترسی به مراقبت سلامت، مشارکت جامعه، نوآوری و پایداری.

باید توجه داشت که این موارد در عین این که اهمیت بالایی دارند اما اهداف ابزاری هستند که دستیابی به این اهداف، سطح بالاتری از سلامت، پاسخگویی و مشارکت مالی عادلانه را به همراه می‌آورند. به عنوان مثال، میزان دسترسی به مراقبت‌های سلامت را در نظر بگیرید؛ اگر ما میانگین و توزیع شاخص سلامت، پاسخگویی و مشارکت مالی عادلانه را ثابت نگه داریم، اما سطح دسترسی به خدمات را تغییر دهیم، این کار ذاتاً ارزشی نخواهد داشت.

بهبود دسترسی به مراقبت سلامت، مطلوب است؛ تاجایی که باعث ارتقاء سلامت شود، نابرابری‌های سلامت را کاهش دهد، و پاسخگویی را افزایش می‌دهد. اما دسترسی به مراقبت سلامت، بیشتر از آنکه یک هدف ذاتی برای نظام سلامت باشد، هدفی ابزاری است.

اگر دستیابی به سه هدف ذاتی، بطور کامل اندازه گیری شود، تأثیر دسترسی به مراقبت سلامت (یا دیگر اهداف ابزاری) در بروندهای سلامتی ارزشمند برای جامعه، را منعکس خواهد کرد. همچنین، پوشش بسیاری از برنامه‌های سلامت عمومی و مؤثر، مانند DOTS⁸ در بیماری سل، ایمن سازی، و تخت‌های توری آغشته برای پیشگیری از مالاریا، اهداف ابزاری هستند که در اندازه گیری میزان سلامت و پاسخگویی در نظر گرفته می‌شوند.

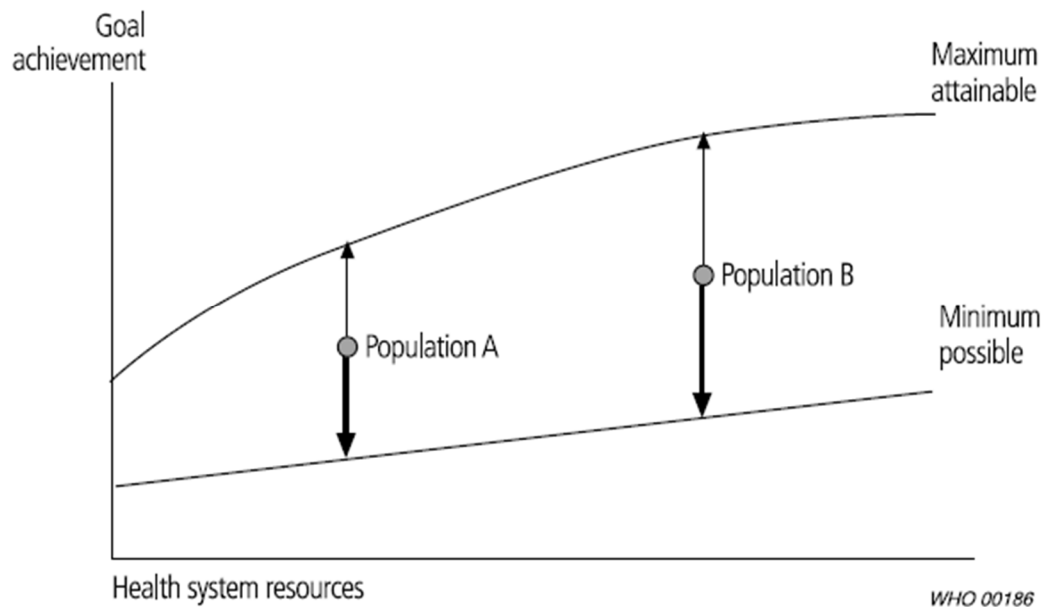
6. اجرای هدف‌ها، اجرای هدف‌های ترکیبی و کارآیی

با مجموعه ای از اهداف مشخص و تعیین شده و معیارهای اندازه گیری آن، می‌توان سطح دستیابی به هدف در نظام‌های سلامت مختلف را با هم مقایسه نمود. تاریخچه ای طولانی از مقایسه شاخص‌های سلامت در کشورهای مختلف وجود دارد.

مفهوم اندازه گیری عملکرد، فقط به معنای ثبت سطح دستیابی به اهداف، نبوده و موضوعی پیچیده تر است. اندازه گیری عملکرد نظام سلامت به معنای مقایسه عملکرد با سطح قابل دستیابی هر کدام از هدف‌ها در هر کدام از کشورهاست. (53 و 21). به عبارت دیگر، عملکرد یک مفهوم نسبی است و یک کشور ثروتمند، نسبت به یک کشور فقیر، سطوح بالاتری از سلامت را دارا می‌باشد. اما کدام کشور، به‌ازای منابع مصرف شده در نظام سلامت، سطح عملکرد بالاتری را دارد؟ استدلال این است که به هنگام ارزیابی عملکرد باید بهترین و بدترین شرایطی که می‌تواند بواسطه‌ی مجموعه ای از شرایط بوجود بیاید، ارزیابی شود.

شکل 3، مفهوم عملکرد را با در نظر گرفتن هدف بهبود سلامت جامعه، نشان می‌دهد. محور y ، سلامت و محور x ، منابع مصرف شده در نظام سلامت را نشان می‌دهد. خط بالایی منحنی در جامعه‌ی A و B ، بالاترین سطح قابل دسترس سلامت به ازای هر میزان از هزینه‌های سلامت را نشان می‌دهد، که به عوامل غیر از نظام سلامت مانند سطح آموزش، داده شده است. مطابق شکل 3، عملکرد وابسته به میزان هزینه‌های سلامت می‌باشد؛ بعنوان مثال، جامعه‌ی A ، سطح سلامت پایین تری نسبت به جامعه‌ی B دارد، اما هر دو جامعه تقریباً سطوح یکسانی از عملکرد و هزینه را دارند.

شکل 3: مفهوم عملکرد



اندازه گیری دستیابی هدف، در پاسخ به این سؤال باید مورد بررسی قرار گیرد: آیا کسی که مسئول نظام سلامت است برای عواملی که خارج از حوزه نظام سلامت بوده اما بر سلامت افراد تأثیرگذار است هم پاسخگوست؟ ما معتقدیم که پاسخ این سوال "بله" می‌باشد.

در خصوص پاسخگویی در مورد عوامل تأثیرگذار بر سلامت به میزانی که یک نظام سلامت قوی در مقابل یک نظام سلامت ضعیف پاسخگویی دارد، پاسخگو باشد. بعنوان مثال، همواره این بحث مطرح است که نباید به آسانی در مورد یک نظام سلامت قضاوت کرد و عملکرد آن را ضعیف دانست فقط به این دلیل که سطح مصرف دخانیات در اینگونه جوامع بالا است که به سطح پایین از سلامت منجر می‌گردد.

مفهوم این استدلال، این است که نظام‌های سلامت نباید برای عوامل تعیین کننده سلا31 همچون مصرف دخانیات، رژیم غذایی یا فعالیت‌های جسمانی پاسخگو باشند. درعین حال، استدلالی مخالف و قوی وجود دارد که معتقد است: یک نظام سلامت مطلوب باید به سطح مصرف دخانیات، یا ترکیب رژیم غذایی جامعه توجه نماید.

در تعریف عملکرد، معتقدیم که باید به عوامل تعیین کننده‌ای که نظام سلامت می‌تواند درمقابل آن پاسخگو باشد، توجه کافی و دقیق مبذول گردد. بنابراین، نظام‌های سلامت باید بطور قابل توجهی نسبت به میزان مصرف دخانیات پاسخگو باشند، اما احتمالاً درمقابل سطوح دستیابی به اهداف نظام آموزشی مسئولیتی ندارند.

تعیین محدوده ای که نظام سلامت باید در برابر عوامل تعیین کننده‌ی سلامت پاسخگو باشد، ازطریق درجه ای که بهترین نظام سلامت می‌تواند سطح آن عامل تعیین کننده را تغییر دهد، تعریف می‌گردد. اگرچه، میزانی که یک نظام سلامت می‌تواند عوامل تعیین کننده سلامت را تغییر دهد، به دوره زمانی بررسی هم بستگی دارد.

بسیاری از اصلاحات نظام سلامت و تغییرات سازمانی، ممکن است چندین سال طول بکشد تا بتواند تأثیر خود را نشان دهد، بنابراین در این موارد، ارزیابی، نیازمند چشم انداز بلندمدت تری است. به عنوان مثال، دستاوردی که یک نظام سلامت برای کاهش مصرف دخانیات در عرض یک سال به دست می‌آورد، با دستاوردی که یک نظام سلامت دیگر در عرض پنج یا ده سال به دست می‌آورد، کاملاً متفاوت است.

بنابراین، در نقطه‌ی شروع بازه‌ی زمانی اندازه‌گیری عملکرد، نباید بیش از حد نسبت به نتایج ارزیابی حساسیت نشان داد. اعتقاد بر این است که عملکرد باید با افق زمانی طولانی تری ارزیابی گردد، و هنگامی که حداکثر هدف قابل دستیابی به ازای هزینه‌های مصرف شده در نظام سلامت محاسبه گردید، باید دستاوردهایی که پس از چندین سال به دست می‌آید هم مورد محاسبه قرار گیرد. درغیر این صورت، نظام‌های سلامت هرگز نباید پاسخگوی اشتباهات گذشته بوده یا به دلیل موفقیت‌های گذشته تشویق شوند.

عملکرد هر کدام از پنج عامل تأثیرگذار بر سه هدف اصلی نظام سلامت را می‌توان ارزیابی کرد. درمواجهه با منابع محدود، جوامع معمولاً اهداف را انتخاب را انتخاب می‌کنند که به نسبت اهمیت بالاتری داشته باشد. به عبارت دیگر، با این انتخاب، جامعه ممکن است در یک جامعه، نظام سلامت در پاسخگویی ضعف داشته اما از نظر شاخص عدالت در مشارکت مالی، وضعیت خوبی داشته باشد. دلیل این موضوع هم این مسأله است که جامعه بیشتر منابع را برای جبران نابرابری‌ها در مشارکت مالی اختصاص خواهد داد تا افزایش پاسخگویی.

درنهایت، یک بودجه‌ی مشخص برای دستیابی به اهداف نظام سلامت وجود دارد و جوامع به دلیل این محدودیت باید بین دستیابی به اهداف مختلف دست به انتخاب بزنند، به همین دلیل هم ارزیابی عملکرد باید به گونه ای صورت گیرد که بتواند میزان دستیابی به ترکیبی از سه هدف فوق را اندازه گیری نماید. در علم اقتصاد، کارآیی به معنی تولید برون داد مطلوب با حداقل هزینه یا بیشترین میزان تولید با یک هزینه ثابت می‌باشد(54). ازاین‌رو اجرای اهداف ترکیبی - چگونگی رسیدن نظام سلامت به خروجی مطلوب

از طریق منابع دردسترس - باعث کارآیی نظام سلامت نیز می‌شود. در ادامه بحث ممکن است از واژه‌های "عملکرد ترکیبی اهداف" و "کارآیی" به جای یکدیگر استفاده شود.

همانطور که در قسمت اهداف نظام سلامت اشاره شد، جوامع ممکن است کارکردهای نظام سلامت را به صورت‌های متفاوتی ارزش‌گذاری نمایند. هر جامعه‌ای باید سیاست خود را انتخاب نماید که با تغییر کدام یک از کارکردهای نظام سلامت می‌تواند روی میزان دستیابی به هر کدام از اهداف تأثیر بگذارد.

با این وجود، بین اهمیتی که به اهداف مختلف در کشورهای مختلف دنیا داده می‌شود، اختلاف قابل توجهی وجود نخواهد داشت. مفاهیم به اشتراک گذاری شده در مورد اهمیت این اهداف (51)، به مقایسه‌ی درست عملکرد هریک از پنج جزء تشکیل دهنده‌ی اهداف سه‌گانه کمک کرده و ارزیابی اهداف ترکیبی در بین کشورهای مختلف را امکان پذیر خواهد نمود.

این مقایسه‌ها، یک مبنای دقیق و عملیاتی برای مباحث مرتبط با نحوه سازماندهی نظام سلامت، فراهم می‌کند. با امکانپذیر شدن مقایسه عملکرد و کارآیی نظام سلامت در بین کشورهای مختلف، مبنایی ایجاد می‌شود که بر اساس آن می‌توان در خصوص نحوه طراحی، سازماندهی و عملکرد نظام سلامت سیاستگذاری کرد. اندازه‌گیری عملکرد و کارآیی با استفاده از یک چارچوب مشترک به این معنا نیست که بر اساس نتایج این تحلیل، یک شکل خاص نظام سلامت خاص در همه کشورها به عنوان الگو استفاده گردد.

7. عملکرد زیرمجموعه‌ها یا سازمان‌ها

نتایج ارزیابی عملکرد کل نظام سلامت باید بازتاب عملکرد زیرمجموعه‌ها و سازمان‌هایی داخل نظام سلامت مانند بیمارستان‌ها بوده و ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت **فردی**، هم باید هم راستا با کار ارزیابی عملکرد کلی نظام سلامت باشد.

بعنوان مثال، آژانس سیاستگذاری و پژوهش آمریکا⁹ در حال مطالعه روی توسعه‌ی یک مدل اندازه‌گیری کیفی مراقبت سلامت می‌باشد که از اندازه‌گیری کیفی اجزای سازنده‌ی سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی سلامت ساخته شده است (4). چارچوب مفهومی که برای عملکرد کل نظام سلامت ارائه می‌شود، تا حدود زیادی برای زیرمجموعه‌های نظام سلامت از قبیل خدمات سلامت گروهی، یا سازمان‌های خاص مثل بیمارستان‌ها یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سرپایی نیز مناسب می‌باشد.

نکته مهم، امکان مقایسه‌ی سطح میزان دستیابی به هدف در کل جامعه با متوسط سطح دستیابی به هدف که از مجموع عملکرد زیرسیستم‌های نظام سلامت به دست می‌آید خواهد بود، البته چالش اصلی، چگونگی تعیین بهترین و بدترین عملکردها در هر کدام از سازمان‌ها و زیرمجموعه‌ها می‌باشد.

همچنین، توجه به این نکته ضروری است که قابلیت اجرای یک روش در سازمان‌ها یا زیرمجموعه‌های خاص، به این معنی نیست که بطور کلی عملکرد نظام سلامت هم تابع ساده‌ای از مجموع عملکرد سازمان‌ها و زیرمجموعه‌های مختلف می‌باشد. به عنوان مثال، تعیین مجموع اثرات عملکرد فعالیت‌های بین بخشی در کاهش مصرف دخانیات از طریق مالیات‌های غیرمستقیم، و عملکرد

بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، بسیار پیچیده است. درنهایت، این که تعیین ارتباط بین عملکرد کلی نظام سلامت و عملکرد سازمان‌ها و زیرمجموعه‌های گوناگون نه مطلوب و نه ممکن است.

8. عوامل تبیین کننده‌ی عملکرد نظام سلامت

درک صحیح عملکرد نظام‌های سلامت، نیازمند مطالعه‌ی عواملی است که بطور بالقوه این عملکرد را توضیح می‌دهند، و اصلاحاتی که در راستای بهبود عملکرد انجام می‌شود، هم مستلزم داشتن اطلاعات درمورد عوامل توضیح دهنده‌ی آن می‌باشد. برای پاسخگویی به این سوال که: از بین گزینه‌های زیادی که برای اصلاح پیشنهاد می‌شود، کدام یک باید اندازه‌گیری و تحلیل گردد؟ باید لیست بزرگی از عوامل سازمانی و فنی موثر بر آن را تدوین کرد.

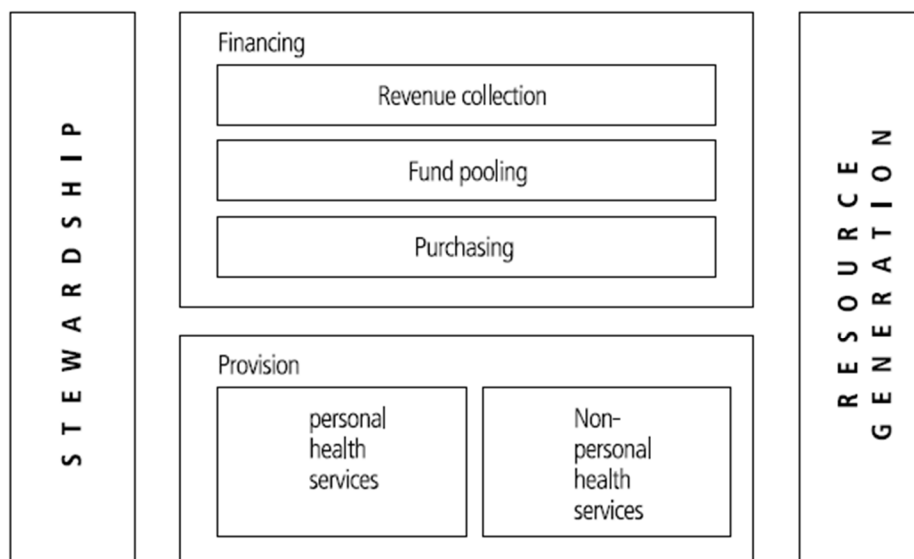
در هنگام تدوین عوامل فنی و سازمانی موثر بر اصلاحات نظام سلامت، بین گروه‌هایی که بر محتوای فنی خدمات سلامت تاکید دارند (مانند ایمنی یا بخش مراقبت‌های ویژه) و آن‌هایی که بر سازماندهی نظام سلامت تاکید دارند (مانند سازوکارهای پرداخت به ارائه دهنده و بیمه‌های اجتماعی) تنش‌هایی اختلاف نظرهایی بروز می‌کند، لذا ضروری است که برای تفکر درمورد ابعاد نظام‌های سلامت که می‌تواند روی عملکرد و اندازه‌گیری این ابعاد تاثیرگذار باشد، چارچوب‌ها یا مدل‌هایی ارائه نماییم (55-57).

تدوین مجموعه‌ای از معیارها و طبقه‌بندی آن، از عوامل مهمی است که می‌تواند عملکرد مناسب یا نامناسب نظام سلامت را توضیح دهد و حوزه آن نسبت به حوزه تبیین اهداف نظام‌های سلامت کاملاً متفاوت است. هر عاملی که برای اندازه‌گیری پیشنهاد می‌شود در واقع فقط یک فرضیه بوده و باید به صورت عملی مورد آزمایش قرار گیرد.

همانگونه که در شکل 4 نشان داده شده است، همه‌ی سازمان‌های نظام سلامت، چهار وظیفه‌ی اصلی را انجام می‌دهند: تأمین مالی، تدارک خدمات، تولید و تولید منابع (انسانی، فیزیکی و دانش) (56). همه نظام‌های سلامت، با مشکلات زیادی در خصوص طراحی، اجرا، ارزیابی و اصلاح سازمان‌ها و موسساتی که این وظایف را انجام می‌دهند، مواجه هستند.

می‌توانیم راه حل‌های ارائه شده برای حل مشکلات را در سه دسته‌ی اصلی با هم مقایسه نماییم. این راه حل‌ها می‌توانند طیفی از سیاست‌های کلی تا برنامه‌های عملیاتی خاص باشند مانند: طراحی استراتژیک، آرایش ساختاری، و مدیریت اجرایی. در ادامه، اجزای مربوط به هر وظیفه توضیح داده می‌شوند. این کار برای شروع بسیار مفید است اما برای فهم چگونگی تأثیر راه حل‌های سازمانی و نهادی بر روی عملکرد، پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

شکل 4. وظایف نظام‌های سلامت



Stewardship concerns financing, provision and resource generation.
Resource generation concerns financing, provision and stewardship.

WHO 00201

تأمین مالی

تأمین مالی نظام سلامت، فرآیندی است که در آن پول از منابع اولیه و ثانویه جمع آوری می‌شوند، در صندوق‌ها انباشت می‌شوند و به ارائه دهندگان اختصاص داده می‌شود. برای تحلیل اهداف، بهتر است که تأمین مالی نظام سلامت را به سه دسته تقسیم نماییم: گردآوری منابع،¹⁰ یک کاسه کردن،¹¹ و خرید.¹²

گردآوری درآمد: این بخش به جمع کردن پول از منابع اولیه (خانوارها و شرکت‌ها) و منابع ثانویه (دولت و سازمان‌های کمک کننده) اشاره دارد. منابع مالی را می‌توان از طریق 8 سازوکار اصلی گردآوری نمود: پرداخت از جیب، بیمه‌های اختیاری مبتنی بر درآمد، بیمه‌های اختیاری مبتنی بر ریسک، بیمه‌های اجباری، مالیات‌های عمومی، مالیات اختصاصی، کمک‌های مالی سازمان‌های غیردولتی، و انتقال وجوه از سازمان‌های خیریه .

- 1 . Revenue Collection
- 1 . fund pooling
- 1 . purchasing

- 0
- 1
- 2

طراحی کلی روش گردآوری درآمد، احتمالاً تأثیر عمیقی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد. برخی از چالش‌های اساسی که تصمیم‌گیرندگان با آن مواجه هستند شامل انتخاب روش پرداخت اجباری درمقابل پرداخت داوطلبانه، استفاده از روش پیش پرداخت درمقابل پرداخت در هنگام دریافت خدمت، و پیشرونده بودن حق بیمه‌ها و هزینه‌ها می‌باشد. یکی از جنبه‌های کلیدی در آرایش ساختاری جمع‌آوری درآمد همراه با تأثیرات بالقوه روی عملکرد، نحوه‌ی اداره مؤسسات می‌باشد، که اغلب به سهم مشارکت بخش عمومی درمقابل سهم بخش خصوصی اشاره دارد. تصمیم مهم دیگر که اهمیت دارد این است که این کار را با تعدادی از سازمان‌هایی که این وظیفه را برعهده دارند، انجام دهیم که به نوبه خود با سؤالاتی درحال افزایش از اندازه و تمرکز ابعاد اقتصاد مواجه هستیم. مسائل مرتبط با مدیریت اجرایی که می‌تواند عملکرد را تحت تأثیر قرار دهد، شامل اقداماتی برای جلوگیری از فرار مالیاتی، روش‌های خاص جمع‌آوری، و تخصیص مالیات است.

یک کاسه کردن: به انباشت و تجمیع سرمایه برای استفاده مشترک مشارکت کنندگان اشاره دارد. درواقع، یک کاسه کردن¹³ به این معنی است که استفاده از منابع مالی صندوق، به سهم پرداختی توسط یک مشارکت کننده خاص گره نخورده است و مشارکت کنندگان در ریسک مالی باهم شریک می‌باشند. یک کاسه کردن با گردآوری درآمد تفاوت دارد، برخی از سازوکارهای جمع‌آوری درآمد، مانند حساب‌های پس‌انداز پزشکی، ریسک مالی را دربین مشارکت کنندگان تقسیم نمی‌کنند(58).

جنبه‌های استراتژیک موضوع یک کاسه کردن منابع مالی که به احتمال زیاد بر عملکرد تأثیر می‌گذارد شامل تعداد صندوق جداگانه برای گروه‌های مختلف مردم، تعداد صندوق‌های جداگانه برای خدمات سلامت شخصی و غیرشخصی، و تخصیص یارانه‌های متقاطع بین مشارکت کنندگان با ریسک بالا و ریسک پایین می‌باشد. چیدمان ساختاری یک کاسه کردن پول؛ اندازه و تعداد صندوق‌های سرمایه، سازوکارهای انتقال پول دربین صندوق‌ها، امکان انتخاب صندوق توسط مردم و رقابت میان صندوق‌ها برای ثبت نام، و حاکمیت مؤسسات صاحب صندوق برای حفظ سرمایه آن را شامل می‌گردد. یک سؤال مهم در حوزه‌ی مدیریت اجرایی که می‌تواند روی عملکرد تأثیرگذار باشد، به قوانینی برمی‌گردد که نحوه‌ی ورود و خروج به سازمان‌هایی که این وظیفه را انجام می‌دهند را توضیح می‌دهند، شامل روش‌هایی برای حمایت از مشارکت کنندگان در موارد ناتوانی در پرداخت یا ورشکستگی. دیگر مقررات تنظیمی مهم، قوانینی است که مدیریت مالی صندوق‌ها را کنترل می‌کند، مانند درجه ریسک سرمایه‌گذاری که مجاز می‌باشد.

خرید: فرآیندی است که در آن، درآمدهای انباشت شده در صندوق، به مؤسسات یا افراد ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت اختصاص داده می‌شود تا مجموعه‌ای از مداخلات سلامت را انجام دهند. خرید می‌تواند از اقدامات بودجه‌بندی ساده در سیستم‌های دولتی کاملاً یکپارچه که در آن، دولت درآمدها را از طریق مالیات‌های عمومی جمع‌آوری می‌نماید و به برنامه‌ها و تجهیزات برای کارکنان و دیگر هزینه‌ها اختصاص می‌دهد؛ تا سیاست‌های پیچیده‌تر که در آن واحدهای مشخص شده‌ای از نهاده‌ها (ورودی‌ها)،¹⁴ خروجی‌ها¹⁵ یا نتایج¹⁶ خریداری می‌شود، رتبه‌بندی گردد.

1 .pooling	3
1 .Inputs	4
1 .Outputs	5
1 .Outcomes	6

خرید استراتژیک، تصمیماتی از قبیل اینکه چه چیزی، چگونه و از چه کسی خریداری شود، را شامل می‌گردد. انتخاب چیزی که خریداری گردد، معیارهایی دارد که در انتخاب مداخلات برای گنجاندن یا حذف استفاده می‌شود. سازوکارهای جایگزین شامل خرید مستقیم مداخلات (جراحی بایپس عروق کرونری، واکسیناسیون کودکان و...)، خرید کلی‌تر انواع خدمات (خدمات پزشکی، بیمارستان‌های تخت-روز و...)، یا خرید از نهاده‌ها (پزشکان، تخت‌های بیمارستانی و...) می‌باشد. جنبه‌ی دیگر خرید استراتژیک، انتخاب ارائه دهنده‌گان برای ارائه‌ی مداخلات حوزه‌ی سلامت، از قبیل مسائلی مانند زنجیره فرماندهی و کنترل، ماهیت قراردادی که بر روی آن تفاهم شده و خریدار را به ارائه دهنده وصل می‌کنند، معیارهای انتخاب ارائه‌کنندگان و سازوکارهای پرداخت به ارائه‌دهندگان، می‌باشد.

چیدمان ساختاری که ممکن است بر روی عملکرد تأثیر بگذارد عبارتند از: اندازه و تعداد خریداران، سازوکارهای پرداخت به خریداران از صندوق انباشت، انتخاب و رقابت بین خریداران برای ثبت نام، و **اداره کردن** خریداران. مهم‌ترین مسائل اجرایی و مدیریتی در این امر، روش‌هایی برای کنترل کمیت و کیفیت خدمات خریداری شده می‌باشد.

Provision of health services

ارائه‌ی خدمات سلامت

این کارکرد نظام سلامت ارائه‌ی خدمات سلامت، به ترکیب نهاده‌ها با یک فرآیند تولید گفته می‌شود که در یک محیط سازمانی خاص انجام می‌گردد و به ارائه‌ی مجموعه‌ای از مداخلات منجر می‌گردد. در ارائه‌ی تحلیل، باید به تفاوت رایج بین خدمات شخصی و غیرشخصی توجه داشته باشیم. تعریف ابتدایی آن، به خدماتی اشاره دارد که مستقیماً توسط افراد مصرف می‌شوند و پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی یا توانبخشی هستند، و ممکن است اثرات جانبی داشته باشند. تعریف بعدی آن، به اقداماتی اشاره دارد که یا برای اجزای انسانی (بعنوان مثال آموزش‌های بهداشتی گسترده) و یا غیرانسانی محیط زیست (بعنوان مثال سیستم تخلیه فاضلاب اولیه) انجام می‌گردد.

خدمات سلامت شخصی: طرح استراتژیک ارائه خدمات سلامت شخصی، غالباً با ارتباط هر سازمان ارائه دهنده با محیط اطرافش اندازه گیری می‌شود. مجموعه‌ای از این ارتباطات است که سبب ادغام عمودی وظایف می‌گردد. اگرچه این موضوع در بیشتر اصطلاحات عمومی زیر تحلیل شده است، لازم است که اهمیت آن را برای شرح وظایف مختلف مورد تاکید قرار دهیم، زیرا در این مورد بنیادی‌ترین سؤال در مورد طراحی، به وسعت ادغام خرید خدمت مربوط می‌شود. درواقع، نظام‌های سلامت ملی اغلب براساس اینکه آیا این دو وظیفه توسط یک سازمان انجام شده است، یا آیا ارائه دهنده‌گان، پیمانکاران مستقلی برای خرید نهاده‌ها هستند، مشخص می‌گردند. یکی از مهم‌ترین پیشنهادات موجود جهت انجام اصلاحات در یکپارچه سازی نظام‌ها، "شکاف خریدار - ارائه کننده" نام دارد. نزدیک‌ترین موضوع به این بحث، تمرکززدایی و حاکمیت مؤسسات ارائه دهنده، به ویژه با حفظ استقلال آن‌ها، حتی در چارچوب مالکیت جمعی می‌باشد. محدوده‌ی برخی گزینه‌های اساسی طراحی که روی عملکرد نظام سلامت تأثیر می‌گذارند، پرسشی مهم درمورد پیامدهای عمده‌ی سیاسی آن می‌باشد.

چیدمان‌های ساختاری، عمدتاً باید از طریق روابط سازمان‌های ارائه دهنده با یکدیگر، انجام گیرند. پرسش اصلی این می‌باشد: تا چه حد چنین سازمان‌هایی موجودیت جداگانه دارند؟ و یا شبکه‌هایی در سطوح مختلف پیچیدگی را تشکیل می‌دهند؟ (بعنوان مثال، تجهیزات مراقبتی سطح اول، دوم، و سوم). ساختار برخی از شبکه‌ها تعیین خواهد کرد که آیا دسترسی به امکانات، مستقیم خواهد بود؟، یا آیا ارائه کنندگان سطح اول، نقش دروازه بان را دارند؟ این مساله که آیا مراجعین می‌توانند از محدوده‌ی خصوصی - عمومی عبور کنند؟ و آیا شبکه‌های عمومی و خصوصی از یکدیگر تفکیک شده هستند؟، نمونه ای از مشکلات کلی مراجعه کنندگان سطوح مختلف سلامت می‌باشد.

درمقابل دو جنبه‌ی اولیه‌ی تدارک مراقبت‌های سلامت، مسائل مربوط به مدیریت اجرایی باید بیشتر با ابعاد داخلی هر سازمان ارائه دهنده، شامل راه‌های رسمی و غیررسمی که هر سازمان وظایف خود را مطابق آن تفصیل می‌نماید، کنترل نظام‌ها و روابط قدرت، انجام گردد (59). الگوهای نیروی انسانی برای مدیریت و خدمات بالینی عناصر مهمی هستند (60). مسائل مرسوم شامل این است که آیا مدیریت ارشد سازمان‌های ارائه دهنده، در دست پزشکان است یا مدیران حرفه ای؟. در سطح بالینی، پرسش درمورد ترکیب مهارت‌های طبقات مختلف ارائه دهندگان (پزشکان، پرستاران، کارکنان بهداشتی، و ...) احتمالاً تعیین کننده‌ی عملکرد خواهد بود.

خدمات سلامت غیرشخصی: به لحاظ مفهومی، همان مسائل مربوط به خدمات سلامت شخصی، در خدمات سلامت غیرشخصی نیز وجود دارد. با این وجود، در بیشتر کشورها در بخش دولتی، وزارت بهداشت نقش اصلی را در ارائه خدمات سلامت غیرشخصی ایفا می‌کند.

سؤال کلیدی در مورد طراحی استراتژیک، گستره‌ی محدوده ای است که در آن سازمان‌های منفرد، تنوع گسترده ای از خدمات سلامت غیرشخصی را ارائه می‌کنند، یا اینکه سازمان‌های متخصص گوناگون خدمات خاصی از قبیل ارتقای سلامت، ایمنی شغلی، یا ایمنی ترافیک جاده ای را ارائه می‌نمایند. همانند خدمات سلامت شخصی، میزان یکپارچگی خرید نیز به دلیل ماهیت حاکمیت و استقلال، مهم می‌باشد.

به نظر می‌رسد، موضوع اصلی در آرایش ساختاری، میزان یکپارچگی و ادغام ارائه خدمات سلامت شخصی و غیرشخصی باشد. آیا در نظام‌های دولتی، سازمان‌ها و مدیران درمقابل هر دونوع خدمات سلامت شخصی و غیرشخصی پاسخگو هستند؟ آیا در نظام‌های دارای ارائه دهندگان خصوصی، محرک‌ها و دیگر سازوکارها برای ارائه مناسب برخی خدمات غیرشخصی مانند آموزش سلامت گروهی وجود دارد؟

Resource generation

تولید منابع

نظام‌های سلامت، فقط محدود به موسساتی که خدمات سلامت را تأمین مالی می‌کنند و یا ارائه می‌دهند نیست، بلکه شامل گروه‌های مختلفی از سازمان‌ها هستند که ورودی‌ها (نهاده‌ها) به ویژه منابع انسانی، دانش و منابع فیزیکی از قبیل امکانات و

تجهیزات را برای این خدمات تولید می‌کنند(15). این مجموعه از سازمان‌ها، شامل دانشگاه‌ها و دیگر مؤسسات آموزشی، مراکز تحقیقاتی، و شرکت‌های تولیدکننده تکنولوژی‌های خاص مانند تجهیزات، وسایل و محصولات مربوط به داروسازی می‌باشد.

سؤالات مرتبط با طراحی استراتژیک، چیدمان ساختاری، و مدیریت اجرایی مطابق با زیرمجموعه‌های مختلف سازمان‌های درگیر در تولید منابع، تغییر خواهد کرد. بعنوان مثال، در مورد مؤسسات آموزشی مانند دانشکده‌های پرستاری و پزشکی، مساله کلیدی به موقعیت سازمانی اولیه آن‌ها برمی‌گردد، مثلاً این نکته که آیا به وزارت بهداشت تعلق دارند یا وزارت آموزش و پرورش؟، مالکیت سازمانی، تعیین کننده‌ی هماهنگی بین عرضه و تقاضای کارکنان بهداشتی و درمانی می‌باشد. در مورد سازمان‌های تحقیقاتی، پرسش درمورد داشتن اختیار در تعیین اولویت‌ها، مهم می‌باشد. درمورد صنایع دارویی و دیگر صنایع تکنولوژیکی، پرسش رایج درمورد ساختار صنعتی، مانند درجه تمرکز و گستره‌ی همکاری، به احتمال فراوان عملکرد نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

Stewardship

تولیت¹⁷

تولیت، وظیفه‌ای مغفول مانده در بیشتر نظام‌های سلامت است که حیطه کاری آن، فراتر از موضوع قانونگذاری است. تولیت، سه جنبه‌ی کلیدی دارد: 1. تدوین،¹⁸ اجرا¹⁹ و پایش²⁰ قوانین برای نظام سلامت؛ 2. اطمینان دادن به همه‌ی دست اندرکاران نظام (به ویژه خریداران، ارائه دهندگان، و بیماران)، و 3. تعریف راهبردهای اصلی برای همه‌ی بخش‌های نظام سلامت. برای رسیدگی کردن به این جنبه‌ها، نظارت می‌تواند به 6 زیرمجموعه تقسیم شود: طراحی کلی نظام سلامت، ارزیابی عملکرد، تنظیم اولویت‌ها، حمایت‌طلبی بین بخشی، تنظیم مقررات، و حمایت از مشتری (56).

طراحی کلی نظام: این امر باید با تدوین خط مشی در گسترده‌ترین سطوح، انجام پذیرد. طراحی کلی نظام، تمامی دیگر وظایف نظام سلامت را درگیر می‌کند، مسائل مختلفی که در بالا تحت عنوان طراحی استراتژیک تحلیل شد، محتوای ذاتی این زیرمجموعه از نظارت را تشکیل می‌دهد. از این نظر، نظارت می‌تواند به عنوان یک فراوظیفه در نظر گرفته شود، تا جایی که تمامی وظایف نظام سلامت را سازمان دهی می‌کند.

ارزیابی عملکرد: ارزیابی عملکرد مؤسسات و سازمان‌های درگیر در گردآوری درآمد، خرید، تدارک و توسعه‌ی منابع؛ عنصری ضروری برای ارائه‌ی مسیر استراتژیک می‌باشد. ارزیابی عملکرد یک فرانش است.

اولویت‌گذاری: انتخاب معیار برای تنظیم اولویت‌ها و ایجاد اجماع پیرامون آن‌ها، اجزای اصلی نظارت هستند. این امر هم جنبه‌ی فنی و هم جنبه‌ی سیاسی دارد.

1 . Stewardship	7
1 . setting	8
1 . implementing	9
2 . monitoring	0

حمایت طلبی بین بخشی: ترویج سیاست‌های سلامت در دیگر نظام‌های اجتماعی باعث توسعه‌ی اهداف سلامت خواهند شد. تعیین کننده‌های اجتماعی و اقتصادی سطح سلامت، مانند آموزش زنان، که بخشی از نظام سلامت نیستند، از جمله موارد قابل ذکر می‌باشد. حمایت طلبی، با هدف ارتقاء سلامت، از عوامل تأثیرگذار بر سلامت، دقیقاً با تعریف اقدام سلامت مطابقت داشته و بنابراین در چارچوب نظام سلامت قرار می‌گیرد.

تدوین مقررات: تدوین مقررات به معنی تنظیم قوانین است. در نظام سلامت دو نوع اصلی قانون گذاری وجود دارد: قوانین مرتب با سلامت کالاها و خدمات، و قوانین مربوط به ارائه خدمات سلامت. در مورد قانونگذاری مرتبط با سلامت کالا و خدمات، منظور فعالیت‌های معمولی است که توسط مقامات سلامت استان با هدف کاهش خطرات مرتبط با سلامت در تولید کالا و خدمات اقتصادی به ویژه مواد غذایی است. قوانین مربوط به ارائه خدمات سلامت مربوط به سازمان‌هایی است که در حوزه تأمین مالی، تدارک و توسعه‌ی منابع نظام سلامت فعال هستند. همانند موضوع ارزیابی عملکرد نظام سلامت، موضوع تدوین مقررات هم یک فرانش است

حمایت از مشتری: ویژگی بازار بیمه و بازار مراقبت سلامت عدم تقارن قدرت بین تولید کننده خدمت و مصرف کننده آن است. بنابراین، بخشی از وظایف تولید این است که شرایط را برای حمایت از مصرف کننده فراهم کند.

ترکیب این 6 زیرمجموعه‌ی مربوط به نظارت، تصمیم کلیدی درباره‌ی طراحی استراتژیک آن است. حقیقتاً، به نظر می‌رسد که تنوع قابل توجهی در گستره‌ی اختیارات سلامت وجود دارد که مسئولیت هر کدام از زیرمجموعه‌ها را می‌پذیرند. با حفظ چیدمان ساختاری، سیاست اصلی و قابل توجه، به مکان هندسی مسئولیت مربوط است. وقتی که نظارت، عموماً موجب ایجاد مجموعه‌ای عمومی و اساسی از وظایف می‌گردد، بنابراین در اختصاص مسئولیت به شاخه‌ها (اجرایی در برابر قانونی) و سطوح (ملی در برابر محلی) مختلف دولت، تنوع به وجود می‌آورد.

درنهایت، یک سؤال اساسی مدیریت اجرایی که عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به مهارت‌های واقعی برای انجام وظایف نظارت برمی گردد. به ویژه، تعیین موقعیت دوباره‌ی بیشتر وزارت خانه‌های سلامت، از وظایف سنتی آن‌ها بعنوان ارائه دهنده‌ی خدمات تا چالش‌های جدید نظارتی، مهندسی مجدد سازمانی را درگیر می‌کند، زیرا ممکن است ترکیب مهارتی موجود، کافی نباشد.

Vertical integration

ادغام عمودی

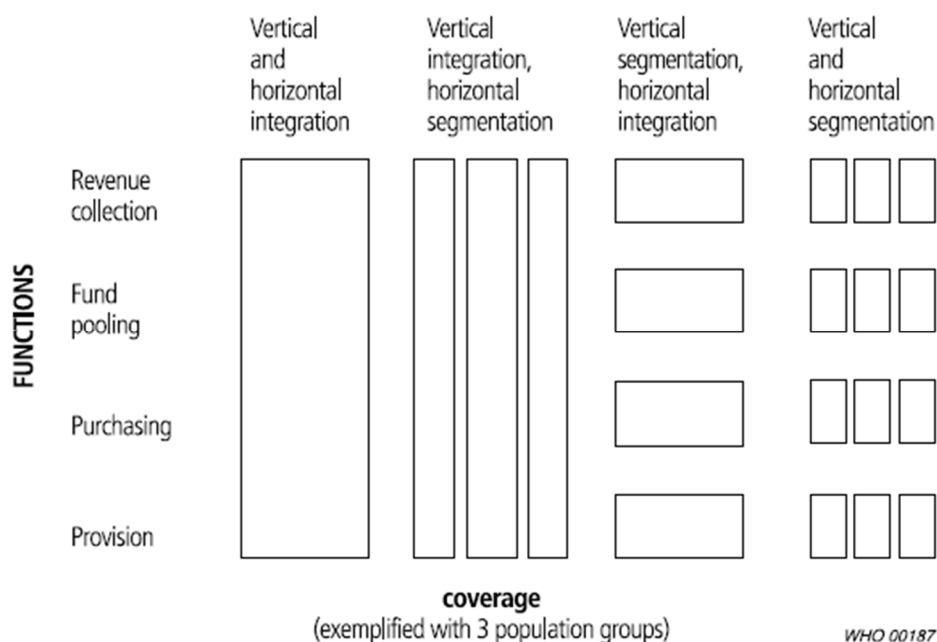
همانطور که قبلاً ذکر شد، عملکرد نظام سلامت فقط به سازماندهی جداگانه‌ی هر وظیفه مرتبط نیست، بلکه به نحوه‌ی ارتباط هریک از این وظایف با یکدیگر بستگی دارد. بعنوان مثال، ادغام عمودی که یکی از ویژگی‌های ذاتی آن، پاسخگویی است که چیزی بیشتر از یک وظیفه‌ی ذاتی می‌باشد و درمورد آن استثنا وجود ندارد. گستره‌ی ادغام عمودی ممکن است برای برخی ترکیب‌ها مانند جمع‌آوری درآمد و خرید یا خرید و تدارک، مهم باشد اما برای سایر ترکیب‌ها اهمیت زیادی ندارد. شکل 5، چهار مثال کاملاً متفاوت از ادغام افقی و عمودی یا بعبارت دیگر، تقسیم بندی وظایف تأمین مالی، تدارک و نظارت را نشان می‌دهد. در این شکل،

هر بخش عمودی یک سازمان را نشان می‌دهد که یک یا چند وظیفه را به عهده دارد. بخش‌های افقی، پوشش جمعیت را نشان می‌دهند.

در مدل ادغام افقی و عمودی، وظایف تأمین مالی، تدارک و نظارت، در یک سازمان عمومی و واحد که کل جامعه را پوشش می‌دهد، ادغام شده‌اند. نظام سلامت ملی در انگلستان قبل از اصلاحات تاتچر²¹ محدودی نزدیک به این نوع ادغام می‌باشد. همچنین شکل 5، یک نظام با ادغام عمودی و بخش‌های افقی را نشان می‌دهد که در آن سازمان‌های مختلف، هریک وظایف تأمین مالی و تدارک را، مطابق با سلیقه‌ی گروه‌های مختلف جمعیتی ادغام می‌نمایند. مثال‌های نزدیک به این نوع مدل، نظام‌های بخش-بخش در بیشتر کشورهای آمریکای لاتین می‌باشد. شکل 5، یک نظام با تقسیم بندی عمودی و ادغام افقی را نیز نشان می‌دهد. مثال‌های مربوط به این نوع سازمان‌ها شامل استرالیا، کلمبیا و اسپانیا می‌باشد. درحقیقت، بسیاری از اصلاحات رایج به این نوع سازماندهی وظیفه ای نظام سلامت کمک می‌کند.

سؤال کلیدی و مهم، گستره ای است که در آن ادغام و تخصص وظیفه ای بر عملکرد نظام سلامت اثر می‌گذارد.

شکل 5. مدل‌های نظام سلامت مطابق انواع ادغام



Factors external to the health system

عوامل بیرونی نظام سلامت

تاکنون، بحث پیرامون عوامل تاثیرگذار بر عملکرد نظام سلامت بر روی سازماندهی 5 وظیفه‌ی کلیدی نظام‌های سلامت و گستره‌ای که آن‌ها بطور عمودی ادغام می‌شوند، تاکید داشت. با این حال، عواملی بیرون از نظام سلامت وجود دارد که عملکرد این وظایف را تحت تأثیر قرار خواهد داد. بعنوان مثال، وجود یک سیستم قضایی مؤثر، می‌تواند تاثیری اساسی بر توانایی خریداران در وادار کردن ارائه دهندگان به انجام تعهداتشان داشته باشد. صفات عمومی دولت، مانند مجموعه قوانین اخلاقی مرتبط با اداره‌ی سازمان‌ها، و چشم‌پوشی درمقابل فساد نیز ممکن است بر اجرای نظارت و دیگر وظایف تاثیر بگذارد. این ارتباطات فراخی نشان می‌دهد که برخی تعیین‌کننده‌های نهایی عملکردی نظام سلامت، در خارج از آن قرار دارند.

Discussion

بحث

نگرانی اصلی برای کسانی که در اجرای نظام سلامت همکاری می‌کنند، حوزه پاسخگویی نظام سلامت است. به عبارت ساده تر، آیا باید سیستم‌های بهداشتی برای اقدامات پاسخگویی در سازمان خود، یا به طور کلی تر برای عوامل کلیدی دستیابی به هدف در خارج از مرزهای نظام سلامت دقت کنند؟ دو دیدگاه می‌توان پیشنهاد کرد: راه اندازی سیستم‌های بهداشتی برای مواردی که بطور کامل تحت کنترل خودشان نیست ناعادلانه می باشد و سیستم‌های بهداشتی می‌توانند بیشترین تأثیر را از طریق دستیابی مؤثر به عوامل غیر بهداشتی نظام سلامت داشته باشد. از میان چارچوب ما برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، ما با این سه مبحث روبرو هستیم.

اول، با توصیف سطوحی که اهداف نظام سلامت به دست آورده است، صرف نظر از دلایلی که آن‌ها را توضیح می‌دهند، می‌تواند توجه ملی و جهانی را برای کشورهایی که در بهبود سلامت، کاهش نابرابری‌های سلامتی، افزایش سطح و توزیع پاسخگویی، و سیستم تأمین مالی عادلانه گام‌های خوبی برداشته‌اند، به ارمغان آورد.

دوم، ارزیابی عملکرد نسبی باید این نکته را که چگونه یک کشور به‌خوبی سطحی از عوامل سیستم غیر بهداشتی را از طریق اقدام مؤثر بین بخشی کنترل می‌کند را در برگیرد. در نهایت، دلیل این‌که چرا این عوامل تعیین‌کننده‌ی نظام غیرسلامت باید یک درجه بیشتر یا کمتر را در برگیرد که اگر نظام سلامت در برابر آن‌ها پاسخگو نشد، هیچکس از یک کشور برای پرداختن به این مسائل مدافع نخواهد بود. بهترین امید برای تغییر در بسیاری موارد در جهت توانایی نظام سلامت برای توضیح اهمیت مبارزه با این مشکلات قرار می‌گیرد. مشکلاتی از قبیل مصرف دخانیات، رژیم غذایی و فعالیت جنسی نا امن باید در یک ارزیابی از عملکرد نظام سلامت گنجانده شده باشد. پتانسیل مربوط به نظام سلامت برای نفوذ عوامل دیگر، مانند پیشرفت تحصیلی، به طور کلی نابرابری‌های اجتماعی و تنوع زیستی، بسیار کمتر است و ارزیابی عملکرد نظام سلامت باید این واقعیت را منعکس کند.

سوم، دامنه پاسخگویی بسیار محدود در هنگام ارزیابی عملکرد زیر مجموعه‌ها و مؤسسات است. پاسخگویی گسترده درقبال عوامل غیر مرتبط با سلامت، به کل نظام سلامت تعلق دارد. ارزیابی عملکرد اجزای سیستم به طور طبیعی دامنه پاسخگویی به کسانی که به طور مستقیم اقداماتشان توسط موسسه مورد نظر تحت تأثیر قرار گرفته را محدود می‌کند. با نزدیک شدن به مشکل در سه

سطح، احساس می‌کنیم که می‌توانیم در جهت توجه به دستیابی کلی به اهداف نظام سلامت، روی عملکرد سیستم‌های بهداشت ملی و عملکرد زیرمجموعه‌ها و مؤسسات متمرکز شویم.

به وضوح اهداف ذاتی سیستم‌های بهداشتی از ساختار کارکردی سیستم و از محتوای فنی تدارک متمایز است، ما برای تسهیل در ایجاد یک گفتمان سازنده بیشتر در مورد نظام‌های سلامت امیدواریم. مدت زمان طولانی است که بحث بر سر این است که آیا معماری نظام سلامت مهم تر از ترکیبی از مداخلات ارائه شده توسط سیستم است. مداخلات باید توسط نظام‌های سلامت ارائه شود و نظام‌های سلامت بدون مداخلات مؤثر بی فایده اند. این دو دیدگاه نباید رقابتی، بلکه به عنوان مکمل یکدیگر دیده شود. با معرفی اندازه گیری واضحی از عملکرد و دستیابی به هدف نظام سلامت، سازمان‌های کلیدی تابع نظام سلامت، و محتوای فنی ارائه خدمات سلامت، ما امیدوار به تسهیل منطقی تر و آگاهانه تر در مبحث تعامل معماری نظام و ترکیب مداخلات هستیم.

بسیاری از بحث‌ها در طراحی نظام سلامت در ادعاهای ضدونقیض در مورد آنچه که کار می‌کند و آنچه که کار نمی‌کند بیان شده است. تنها پشتیبانی از برخی ادعاها ممکن است مدل‌های نظری و یا شواهد تجربی باشد. اقتصاددانان به دفاع از سیاست‌های بهداشت با مدل‌های ابزار اولیه علاقه مند هستند. برای مثال، اگر مصرف کنندگان کاملاً آگاهانه و ارائه دهندگان رقابتی باشند، هزینه‌های کاربر، بهره‌وری را افزایش خواهد داد(61). با توجه به تنوع فوق العاده‌ی سازمان نظام سلامت، تعداد کمی از تصمیم گیرندگان و یا کارشناسان نظام سلامت دسترسی به اطلاعات بر روی سیستم‌های مختلف و سطح دستاورد خود دارند.

اجرای این چارچوب برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت به پایه ای برای یک تغییر از گفتمان ایدئولوژیک در سیاست‌های بهداشتی به یک تجربه غیرعلمی نهفته تبدیل خواهد شد. با گذشت زمان، ما باید قادر به ارائه پاسخ به سوالاتی مانند رابطه بین سازماندهی تأمین مالی سلامت و سطح و توزیع سلامت و پاسخگویی باشیم. این خط از کار باید آن را برای محقق شدن، ممکن سازد، به عنوان مثال، تا چه حد رقابت میان خریداران و یا ارائه دهندگان باعث افزایش پاسخگویی می‌شود. اگر چارچوب شامل اهداف اصلی ذاتی برای نظام‌های سلامت و عوامل پیشنهادی کلیدی برای توضیح تنوع در عملکرد باشد، بر اساس یک گفتمان علمی تر در مورد سیاست‌های سلامت نهفته است.

ارزیابی سالانه عملکرد نظام سلامت به گزینه‌های سیاسی در دسترس دولت برای بهبود، متمرکز خواهد شد. نهادینه کردن جهانی ارزیابی عملکرد می‌تواند به انعکاس مداوم نقش دولت در نظام‌های سلامت کمک کند. چه سیاست‌هایی می‌تواند عملکرد را بالا ببرد؟ چه شواهدی موجود است که دولت می‌تواند از طریق تصویب این سیاست‌ها عملکرد را افزایش دهد؟ نقش روشنگری دولت به منظور افزایش عملکرد، زمانی مناسب می‌شود که در آن شواهد نشان دهد که پتانسیل انجام این کار وجود دارد.

این چارچوب برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، کاری در حال پیشرفت است که بدون شک به عنوان درآمد عملیاتی و شواهد جمع آوری شده در ارتباط با سازماندهی و اجرای نظام سلامت، ظاهر می شود. توسعه چنین دستور کار طولانی مدت به کشورهای سراسر جهان کمک خواهد کرد که پاسخ بهتری به نیازهای بهداشتی پیچیده و در حال تغییر مردم خود تدوین نمایند.