

ارائه خدمات سلامت

بحث سلامت از جایگاه محوری در برنامه توسعه پایدار برخوردار است. توسعه پایدار توسعه ای است که نیازهای حال را برآورده می سازد بدون اینکه توانایی نسل آینده را در برآورده ساختن نیازهای خود، با مشکل مواجه سازد به بیانی دیگر این تعریف به معنی آن است که نیازهای توسعه ای مردم به گونه ای برآورد شود که در درازمدت از ظرفیت متحمل کره زمین فراتر نرود. سلامت در حال حاضر یکی از پنج مسئله حیاتی است که در کنار فناوری اطلاعات، آب، انرژی، تنوع زیستی و کشاورزی، نیازمند توجه خاصی بوده و سرمایه گذاری بلندمدت در جهت ارتقای سلامت جامعه گام مهمی در جهت افزایش ذخیره سرمایه انسانی هر کشور است. اثر مثبت سرمایه گذاری بر رفاه اجتماعی، رشد تولید ناخالص ملی، بهره وری و افزایش ظرفیت اقتصاد و اشتغال، مشهود و غیرقابل انکار است بطوریکه چرخه اقتصادی و حوزه ابتکار آینده را پس از تکنولوژی اطلاعات، در زمینه سلامت جامعه می دانند و در حال حاضر این امر در جهت گیری نیروی کار مشهود است. (برای مثال در کشورهای اروپایی 10-30٪ نیروی کار در بخش سلامت اشتغال دارند).

بنابراین سازمان بهداشت جهانی در سال 2000 چارچوبی را برای ارزیابی عملکرد نظامهای سلامت ارائه می نماید. در چارچوب فوق در اولین قدم مرزهای سیستم سلامت را براساس مفهوم اقدام بهداشتی ترسیم می نماید. اقدام بهداشتی به هر گونه فعالیتی که مقصود از آن حفظ و ارتقای سلامت مردم باشد گفته می شود. از سوی دیگر نظام های سلامت در بر گیرنده تمام سازمان ها، موسسات و منابعی هستند که به ارائه (یا تولید) اقدامات سلامت اختصاص دارند. یک اقدام سلامت یعنی هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است.

نظام های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را برعهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آن ها را در برابر هزینه های مالی بیماری نیز به دوش می کشند و همچنین برخورد با افراد با رعایت شان و جایگاهشان.

به طور خلاصه نظام های سلامت سه هدف بنیادین دارند :

— ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش آن ها

— پاسخ دادن به انتظارات مردم

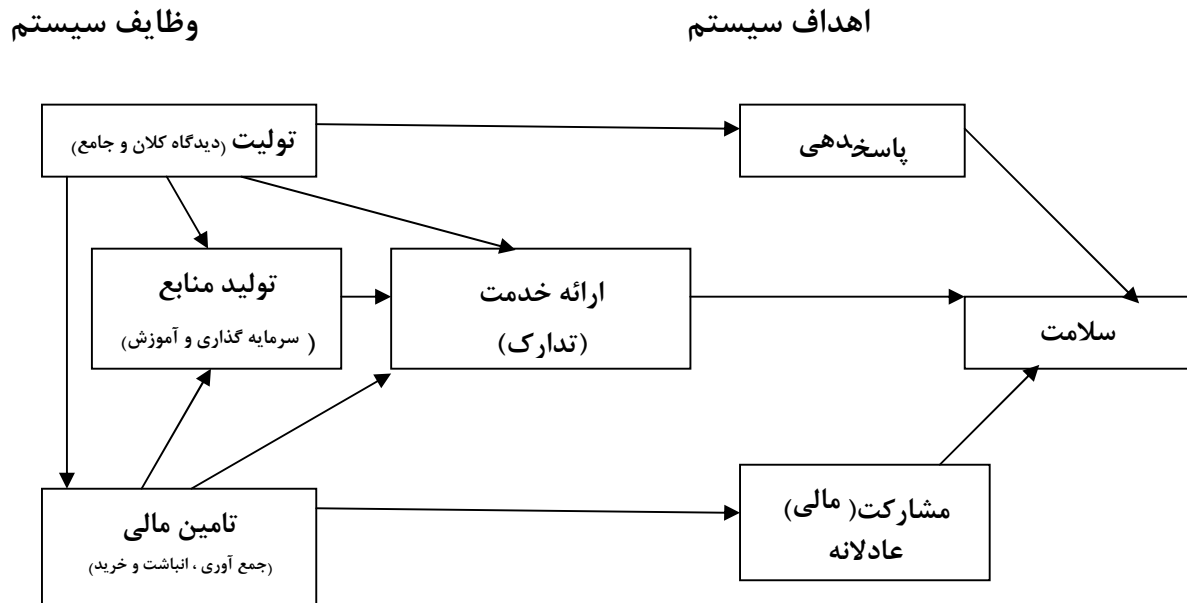
— محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت نامطلوب

مطالعات و بررسی های مختلف نشان می دهند که کشورهای مختلف با سطوح در آمد و آموزش مشابه و حتی ورودی های مشابه از قبیل تعداد پزشکان یا تعداد تخت های بیمارستانی ، تفاوت های قابل ملاحظه ای در عملکرد و دستیابی به اهداف سه گانه فوق با هم دیدیگر دارند . به عبارت دیگر شکاف قابل توجهی بین توان بالقوه هزینه های صرف شده عمومی جهت ارتقای وضعیت سلامت و عملکرد واقعی آن ها وجود دارد .

نام کشور	سطح سلامت	ارائه خدمات بهداشتی درمانی	تفاوت
ایران	92	58	35
فرانسه	1	4	3
اتریش	9	15	6
انگلستان	18	24	6
اسپانیا	7	6	1
سوئیس	20	26	6
فنلاند	23	21	2
عمان	8	1	7
ژاپن	10	9	1
عربستان	26	10	16

در پاسخ به این که چگونه می توان به توان بالقوه نظام های سلامت دست یافت ، اهداف و کارکرد های چهارگانه نظام سلامت و ارتباط آن ها با یکدیگر در شکل شماره 1 آورده می شوند .

شکل 1: ارتباط بین کارکردها و اهداف یک نظام سلامت



فلسفه وجودی یک نظام سلامت و بدون شک هدف اصلی آن «سلامت بهتر» است. گرچه سایر نظام های جامعه نیز کم و بیش در امر سلامت جامعه تاثیر گذار و شریک هستند، اما هدف اولیه آن ها سلامت نیست. هدف مشارکت عادلانه مالی برای همه نظام های اجتماعی صادق است. همچنین، افراد در هر نظام اجتماعی دارای انتظاراتی هستند که جامعه، آن ها را منطقی می داند. مثلاً این که چگونه باید با آن ها برخورد و رفتار شود (هم از بعد فیزیکی و بعد روانی). بنابراین این پاسخدهی¹ نیز همواره یک هدف اجتماعی است.

نظام سلامت از منظر اهداف پاسخدهی و تامین مالی عادلانه با سایر نظام های اجتماعی متفاوت است. زیرا:

- _مراقبت سلامت ممکن است هزینه کم‌رشکنی به همراه داشته باشد.
- _بخش عمده ای از نیاز به مراقبت، غیر قابل پیش بینی است.
- _محافظت از افراد حیاتی است به گونه ای که مجبور نشوند بین ورشکستگی مالی و از دست دادن سلامت یکی را انتخاب کنند. _ ناخوشی به خودی خود می تواند شان و تمامیت افراد را به خطر بیاندازد و توان و کنترل افراد را به آنچه روی می دهد از بین ببرد.

¹ -Responsiveness

ارتقای سلامت مردم بایستی منعکس کننده سلامت افراد در طول زندگی و شامل مرگ های زود هنگام و پیامد های غیر کشنده از قبیل ناتوانی های جسمی و روانی به عنوان اجزای کلیدی خود باشد .

پاسخگویی به معنی ارتقای پاسخدهی نظام سلامت به انتظارات طبی و غیر طبی مردم می باشد . مفهوم پاسخدهی را می توان به مسائل مرتبط با فردیت انسان ها که عمدتاً ذهنی و غیر عینی هستند و خود بیمار در باره آن ها قضاوت می کند و مسائل عینی تری که به نحوه برطرف ساختن نگرانی های معمول بیماران و خانواده های آنان (به عنوان مشتریان) تجزیه نمود که در کل 7 جنبه مجزا را شامل می شوند .

احترام به شان افراد، محرمانه بودن ، اختیار و خودمختاری فرد برای مشارکت در انتخاب های مربوط به سلامت خود ، توجه صحیح و فوری به موارد اورژانس و زمان های انتظار معقول برای موارد غیر اورژانس ، برخی جنبه های کیفیت مثل پاکیزگی ، فضای کافی و غذای بیمارستانی ، دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی و آزادی در انتخاب انتخاب ارائه کننده خدمت

برای مطلوب بودن امور مالی نظام سلامت بایستی دو چالش کلیدی را پوشش دهد . اول این که خانواده ها نباید تحت فشار قرار گیرند یا سهم اعظم در آمدشان را برای مراقبت سلامت مورد نیازشان بپردازند . به عبارت دیگر لازمه مشارکت مالی عادلانه ، محافظت مالی قابل توجه در برابر خطرات سلامت است. **تامین عادلانه منابع مالی** در نظام سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می شوند ، برحسب توان پرداخت آن ها توزیع شود تا خطر خود بیماری یک نظام با تامین مالی عادلانه ، اولاً از حفاظت همه افراد از نظر مالی اطمینان حاصل می کند و ثانیاً در آن خانواده های فقیر نسبت به خانواده های غنی برای نظام سلامت کمتر پرداخت می نمایند .

نتیجه اینکه خانواده ها باید سهم عادلانه ای از هزینه های نظام سلامت را بپردازند . در مورد افراد خیلی فقیر مشارکت عادلانه یعنی آن ها هیچ گونه پرداختی نداشته باشند . پرداخت ها باید بر اساس در آمد و نه براساس استفاده از خدمات یا خطر بوده باشد . پذیرفته ترین راه برای سهم عادلانه فقرا بستگی به نقش تصریح شده آنها از در آمد عمومی توزیع شده برای نظام سلامت دارد

تامین عادلانه منابع مالی در بهترین حالت با پیش پرداخت های بیشتر (و همچنین صعودی تر) به جای صرف هزینه مستقیم از جیب صورت می گیرد.

کارکردهای نظام سلامت

نظام سلامت دارای چهار کارکرد اساسی زیراست.

- تامین مالی
- تدارک خدمات
- تولید
- تولید منابع

تمام نظام های سلامت با مشکلات کلیدی طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح سازمانها و موسساتی که این کارکردها را تسهیل می کنند دست به گریبان اند.

کارکرد امور مالی

امور مالی در نظام سلامت به فرآیند جمع آوری درآمدها از منابع اولیه و ثانویه، انباشت آنها در صندوق های یک کاسه و تخصیص آنها به فعالیتهای تدارک خدمات اطلاق می شود. به منظور تجزیه و تحلیل این کارکرد آنرا به سه زیر کارکرد جمع آوری درآمد، یک کاسه کردن و خرید خدمت تقسیم می کنند. انباشت درآمد: اشاره به جمع آوری پول از منابع اولیه (خانواده ها و شرکت ها) و منابع ثانویه (دولتها و آژانس های اهدا کننده) دارد. وجوهات از طریق هشت مکانیزم اساسی پرداخت مستقیم از جیب، بیمه اختیاری مرتبط با خطر، بیمه تکمیلی، مالیات عمومی، مالیات بر درآمد، وجوهات سازمانهای غیردولتی و انتقال از آژانسهای اهدا کننده جمع آوری می شوند. اکثر کشورهای پردرآمد، اتکای زیادی بر یکی از دو شیوه مالیات عمومی یا مشارکت های اجباری در بیمه اجتماعی سلامت دارند. بر عکس در کشورهای کم درآمد، اتکای بسیار بیشتری بر تامین مالی مستقیم از جیب وجود دارد. درتجمیع درآمد باید اطمینان حاصل شود که خطر (مالی) پرداخت برای مراقبت سلامت بر دوش همه اعضای صندوق است نه بر دوش تک تک آنها به صورت فردی. انباشت در یک نظام سلامت به صورت سنتی جزو «کارکرد بیمه ای» شناخته شده است.

خرید فرایندی که بوسیله آن وجوه انباشته شده به ارائه کنندگان پرداخت می شود تا مجموعه تعریف شده یا نشده ای از مداخلات سلامت را ارائه نمایند . خرید دامنه وسیعی از عملیات ساده بودجه بندی در سیستم های دولتی متمرکز جایی که دولت وجوه را از مالیاتهای عمومی جمع آوری و به برنامه و تسهیلات برای کارکنان و سایر هزینه ها تخصیص می دهد ، گرفته تا راهبردهای پیچیده خرید ورودی ، خروجی و نتایج را دربر می گیرد .

خرید راهبردی شامل جستجوی مداوم به دنبال بهترین راه های به حداکثر رساندن عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری های این چنین است که چه مداخلاتی ، برای چه کسی و از چه شخصی باید خریداری شود .

به صورت سنتی ، اکثر مباحثات سیاستگذاری در ارتباط با تامین مالی نظام سلامت ، بر محور تاثیر تامین مالی دولتی (در برابر خصوصی) بر عملکرد نظام سلامت دور می زند . برای مراقبت سلامت فردی بیشترین اهمیت در تعیین عملکرد سلامت را تقسیم بندی دوگانه دولتی - خصوصی تعیین نمی کند بلکه تفاوت بین پیش پرداخت و پرداخت مستقیم از جیب در این میان حائز اهمیت است . بنابراین تامین مالی خصوصاً در کشورهای در حال توسعه ، تا حد زیادی مترداف با صرف هزینه مستقیم از جیب با مشارکت های اندک ، اختیاری و انباشت های غالباً یکپارچه و پراکنده است ، بر عکس ، تامین مالی دولتی یا خصوصی اجباری از مالیات های عمومی و یا مشارکت در تامین اجتماعی ، همواره با پیش پرداخت ها و صندوق های بزرگ همراه است . روشی که سیاستگذاران تامین مالی دولتی را سازماندهی می کنند.

پیش پرداخت علاوه بر اینکه از حفظ توان پرداخت در هنگام نیاز به پرداخت مستقیم از جیب حمایت می کند و در نتیجه ، موانع موجود در سر راه دسترسی به خدمات را کمتر می سازد ، این امکان را نیز فراهم می آورد که خطر مالی ، در میان اعضای یک صندوق ، توزیع و تقسیم شود . تامین مالی فردی به صورت مستقیم از جیب ، اجازه نمی دهد که خطر مالی به این شیوه میان افراد تقسیم گردد . به عبارت دیگر ، باید برای دسترسی اثربخش به مراقبت ، پیش پرداخت وجود داشته باشد .

نظام های سلامت سراسر جهان تلاش می کنند تا با ترکیب های گوناگونی از ترتیبات سازمانی و فنی ، خطر را پخش و تسهیم کنند و برای فقرا یارانه پرداخت نمایند .

ارائه خدمات مراقبت سلامت

میزان موثر بودن خدمات سلامت وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه می شوند و چگونه این خدمات سازماندهی شده اند. منابع باید برای مداخلاتی صرف شوند که مطابق اولویتهای ملی و محلی، اثربخشی آنها مشخص شده است. بدلیل اینکه منابع محدوداند همواره سهمیه بندی به نحوی وجود خواهد داشت، اما قیمت ها نباید عمده ترین عامل در تعیین این امر باشد که چه کسی، چه مراقبتی دریافت می کند. در سازماندهی خدمات سلامت، هم بوروکراسی های سلسله مراتبی و هم بازارهای بدون مقررات و غیریکپارچه (تکه تکه)، زیان های جبران ناپذیری به همراه دارند ادغام و یکپارچه سازی انعطاف پذیر ارائه کنندگان مستقل یا نیمه مستقل سلامت می تواند در رفع این مشکلات کمک کند.

در تحلیل ارائه خدمات بایستی به تمایز قراردادی مابین خدمات پرسنلی و غیرپرسنلی توجه نمود. خدمات پرسنلی، اشاره به خدماتی دارد که مستقیماً توسط افراد مصرف می شود مثل خدمات پیشگیری، درمانی، تشخیصی، بازتوانی که شاید خروجی هایی نیز به بار نیآورد. خدمات غیرپرسنل به معنی اقداماتی که یا به جوامع ارائه می شود مثل آموزش بهداشت یا اجزاء غیرانسانی و محیطی دارد مثل بهسازی محیط.

ارتباطات ما بین سازمانهای ارائه کننده از نظر ساختار مهم است. سؤال محوری در این رابطه عبارت است از اینکه ماهیتاً سازمانها تا چه حد از همدیگر جدا هستند یا آنها چگونه شبکه های پیچیده در سطوح مختلف (تسهیلات مراقبت اولیه، ثانویه، ثالثیه) را تشکیل می دهند. ساختار چنین شبکه هایی تعیین کننده چگونگی دسترسی مستقیم به آنها یا دسترسی از طریق خط نگهدارهایی است که به عنوان اولین خط ارائه کننده عمل می کنند، می باشد. این نکته از مشکلات بسیار شایع در سازماندهی ارجاع میان سطوح مراقبت می باشد که در برگیرنده چگونگی ارجاع متقاطع ما بین مرزهای دولتی خصوصی یا چگونگی جدائی شبکه های دولتی و خصوصی می باشد.

علاوه بر دو مقوله بالا در ارائه خدمات، عناوین مربوط به مدیریت اجرائی غالباً با ابعاد داخلی هر سازمان ارائه کننده مربوط می شود که شامل روش های رسمی و غیررسمی حیطه بندی وظایف، اختیار و

ارتباطات با نظام سلامت می باشد. الگوهای کارگزینی برای خدمات بالینی و مدیریتی جزء بسیار مهمی است. مهمترین عنوان عبارت از اینکه مدیریت سازمان ارائه کننده خدمات در دست پزشکان است یا مدیران حرفه ای. در سطح بالینی چگونگی ترکیب مهارتهای مختلف پزشک پرستار، ماما، کارکنان بهداشت جامعه تعیین کننده عملکرد می باشند. خدمات غیرپرسنلی: از نظر مفهوم، عناوین مربوط به خدمات پرسنلی در خدمات غیرپرسنلی نیز بکار می روند. با اینحال در اغلب کشورها بخش دولتی و عمدتاً وزارت بهداشت یک نقش غالبی در ارائه خدمات غیرپرسنلی دارد.

سؤال اساسی در این قسمت عبارت از اینکه چگونه یک سازمان منفرد ارائه خدمات وسیع غیرپرسنلی را برعهده دارد یا چگونه سازمانهای متعدد خدمات اختصاصی از قبیل ارتقاء سلامت، ایمنی شغلی، ایمنی و ترافیک جاده ای را ارائه می کنند، همانند خدمات سلامت فردی حدود ادغام، ماهیت حاکمیت و اختیار خریدار خدمت مهم است.

نظام سلامت بایستی مداخلات اثربخش و قابل خرید را در دسترس جمعیت بهره بردار قرار دهد. نبود مهارت کافی یا دارو و یا تجهیزات که ناشی از عواقب نارسائی در آموزش و سرمایه گذاری است منجر به نارسائی های عمده در نظام سلامت می گردد. اما در غالب موارد نارسائی ارائه خدمات بدلیل سازماندهی نامناسب و نامطلوب نظام سلامت است و یا در مواردی با موجود بودن منابع و تامین مالی کافی و توزیع عادلانه، ممکن است بدلیل چیدمان اشتباه در میان نقش آفرینان مختلف دخیل در امر ارائه خدمات نارسائی باز هم وجود داشته باشد. بنابراین توجه به نکات زیر بسیار مهم است:

- چه خدماتی ارائه شود؟
 - این خدمات به چه کسانی ارائه شود؟
 - در موارد لازم برای سهمیه بندی، این کار چگونه صورت گیرد؟
 - چگونه از نحوه سازماندهی ارائه کنندگان و از وجود انگیزش های صحیح در آنان مطمئن شویم؟
- نحوه ارائه واقعی خدمات (چه کسی از چه خدماتی فایده می برد؟ ارائه آنها چقدر کارآمد است؟ نظام سلامت چقدر پاسخدهی دارد؟) می تواند کماکان تفاوت قابل توجهی از یک نظام سلامت تا دیگری داشته باشد.

خصوصیاتی که قویترین تاثیر را بر خدمات بالینی و بهداشت عمومی می گذارند ، ساختار ها یا اشکال سازمانی ، ترکیبات ارائه خدمات ، مجموعه انگیزش های سازمانی و ارتباط میان خدمات هستند .

از نظر اشکال سازمانی ، سازماندهی خدمات سلامت می تواند به سه شیوه مختلف صورت گیرد که با یکدیگر تفاوت بنیادی دارند ، 1_ از طریق بوروکراسی های سلسله مراتبی 2_ از طریق ترتیبات قراردادی طولانی مدت تحت درجاتی از کنترل غیربازاری 3_ از طریق تعاملات مستقیم ، کوتاه مدت و مبتنی بر بازار بین بیماران و ارائه کنندگان .

به دلیل معایب هر دو شیوه سلسله مراتبی انعطاف پذیر و پرداخت مستقیم از جیب در بخش سلامت ، کشورهای سراسر جهان امروزه در حال تجربه قراردادهای طولانی مدت هستند تا به مزایای ترکیبی انعطاف پذیری بیشتر و گستره نوآوری دست یابند و در عین حال ، کنترل کلی خود را بر اهداف راهبردی و محافظت مالی حفظ نمایند .

خدمات سلامت ، مانند بسیاری از انواع تولیدات مختلف ممکن است به اشکال و ترکیباتی با پراکندگی بیشتر و یا با تمرکز بیشتر ارائه شوند و یا در ارائه آنها از ترتیبات هیبریدی استفاده شود که اجزای متمرکز را با اجزای پراکنده ترکیب و تلفیق می نمایند . ترکیبات خدمات پراکنده معمولاً برای فعالیت هایی بکار گرفته می شوند که از فواید صرفه جوئی با افزایش مقیاس¹ بهره نمی برند (یعنی هزینه های واحد ، در واحدهای تولید بزرگ ، کمتر از واحدهای تولیدی کوچک نیستند) مانند مراقبت اولیه از جمله درمان یکپارچه بیماریهای کودکان ، داروخانه ها ، دندانپزشکی ، اجرای برنامه های بهداشت عمومی در فیلد ، مشاوره ، مددکاری اجتماعی و مراقبت مبتنی بر جامعه یا منزل. چنین خدمات سرپائی معمولاً شامل محدوده نسبتاً وسیعی از فعالیت ها با درجات متفاوتی از پیچیدگی هستند ، مثلاً اداره فعالیت های بالینی و غیربالینی شایع توسط افراد یا گروه های کوچک .

تولید و ارائه پراکنده و رقابتی به وسیله واحدهای تولیدی کوچک ، بهترین کارکرد را در مواردی دارد که بازار ، روش رضایتبخش و قابل قبولی برای سازماندهی خروجی ها باشد ، اما این امر در بحث سلامت ناموفق است ، به همه دلایلی که بازارها در مراقبت سلامت عملکرد ضعیف تری دارند . البته تلاش جهت غلبه بر نارسائی های بازار از طریق ادغام این فعالیت های پراکنده در یک ساختار بوروکراتیک سلسله

¹ . Economies of scale

مراتبی ، تقریباً همواره منجر به بروز مشکلاتی در انگیزش و پاسخگویی کارکنان شده است . اجرای نظارت دقیق ، مشکل است و در عین حال ، کنترل بیش از حد ، تخریب کننده است . یک رویکرد موفق تر ، ایجاد روابط مبتنی بر قرارداد است که متکی به اعتبار حرفه ای و حسی قوی از تعهد و مسئولیت پذیری است . یکی از روش هایی که در بسیاری از کشورها جهت افزایش مواجهه بیمارستانها با بازار صورت گرفته ، واگذاری برخی از فعالیت های بیمارستانی به بیرون است .

ادغام ارائه خدمات :

با افزایش خودگردانی واحدهای سازمانی مانند بیمارستانها یا درمانگاه ها ، نظام ارائه خدمات ممکن است در معرض خطر تکه تکه و پراکنده شدن قرار گیرد . تکه تکه شدن ممکن است بین ترکیبات ارائه کنندگان مشابه (بیمارستان ها ، درمانگاه های سرپائی یا برنامه های بهداشت عمومی) روی دهد یا بین سطوح مختلف مراقبت . چنین اتفاقی ، عواقب منفی هم بر کارائی و هم بر برابری نظام ارجاع خواهد گذاشت مگر اینکه سیاست های دقیق جهت اطمینان یافتن از درجاتی از یکپارچگی و ادغام میان واحدهای نیمه خود مختار ارائه خدمات ، اتخاذ شود .

زمانی که تغییرات سازمانی بین ارائه کنندگان ، باعث تکه تکه شدن می شود ، بازگشت به حقیقت با یک نظام مبتنی بر بازار می تواند منجر به میزانی از یکپارچگی و ادغام موردی و افقی مجدد همراه با کنترل سلسله مراتبی بیشتر شود . یکی از روش های حفظ جنبه های مثبت خودگردانی برای ارائه کنندگان بدون اینکه تکه تکه شدن روی دهد ، « ادغام مجازی »¹ به عوض ادغام عمودی سنتی است . در ادغام عمودی ، یک درمانگاه دستورات خود را از یک بیمارستان یا وزارتخانه دولتی اخذ می کند که این امر ، پاسخدهی اش را به نیازهای محلی محدود می سازد . ادغام مجازی به معنی استفاده از نظام های ارتباطی پیشرفته و فاقد کنترل های پرزحمت جهت به مشارکت گذاشتن سریع اطلاعات است . این امر خصوصاً برای ارجاع حائز اهمیت است و می تواند ارائه کنندگان غیردولتی را در برگیرد که گنجاندن آنها در نظام های سلسله مراتبی ، مشکل است .

¹ . Virtual integration

تولید منابع¹

نظام سلامت تنها دربرگیرنده نهادهای امور مالی و ارائه کننده خدمات نبوده بلکه شامل گروه متعددی از سازمانهایی است که کار تولید ورودی های مورد نیاز خدمات بویژه منابع انسانی ، منابع فیزیکی از قبیل تسهیلات و تجهیزات ، دانش را بر عهده دارند . این سری از سازمانها دربرگیرنده دانشگاه ها و دیگر موسسات آموزشی ، مراکز تحقیقاتی ، کمپانی های تولید کننده تکنولوژی های خاص مثل محصولات دارویی ، وسایل و تجهیزات می شود .

از دیدگاه طراحی استراتژیک ، آرایش ساختاری و مدیریت اجرایی مطابق با زیرگروه های هر یک از سازمانهای درگیر در تولید منابع فرقهائی با همدیگر خواهند داشت . بطور مثال در مورد موسسات آموزشی مثل دانشکده ها چگونگی تعلق آنها به وزارت بهداشت یا وزارت علوم یک بحث کلیدی است . مالکیت سازمانی ممکن است عرضه و تقاضای نیروی انسانی را با هم مچ کند . در مورد سازمانهای پژوهشی ، حدود اختیارات مربوط به تعیین اولویت پژوهشی بسیار مهم است . در مورد صنایع دارویی و تکنولوژیک ساختار صنعتی از قبیل درجه تمرکز و حدود رقابت تاثیرات بسیار زیادتر بر عملکرد نظام سلامت خواهند گذاشت .

سرمایه گذاری ، فعالیتی حیاتی برای تعدیل ذخیره سرمایه و به وجود آوردن دارائی های جدید و مولد است . چنین تعدیلی ، مشخصاً به تدریج و طی گذشت زمان اتفاق می افتد . بنابراین ، زیرساختار فیزیکی فعلی شامل ساختمانهای بیمارستانها و تسهیلات موجود در بسیاری از کشورها ، حاصل تکاملی است که طی چندین سال روی داده است . در میان کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه¹ هزینه صرف شده برای سرمایه گذاری در بناها و تجهیزات ، مشخصاً بیش از 5٪ از کل هزینه سالانه صرف شده در مراقبت سلامت را به خود اختصاص نمی دهد و معمولاً کمتر از میزانی نیز هست که 20 – 15 سال پیش صرف این امر می گردید کنترل هزینه ها ، تا حدی از طریق کنترل موارد افزودن به سرمایه ، تقویت شده است .

¹ . Resource generation

¹ . Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

منابع انسانی یعنی انواع مختلفی از کارکنان بالینی و غیربالینی که امکان انجام مداخلات فردی و فعالیت های بهداشت عمومی را فراهم می سازند ، مهمترین ورودی های نظام سلامت هستند . عملکرد نظام های مراقبت سلامت در نهایت وابسته به دانش ، مهارت ها و انگیزه افرادی است که مسئول ارائه خدمات هستند .

به علاوه ، صورتحساب حقوق نیروهای انسانی معمولاً بزرگترین مورد منفرد در بودجه جاری بخش سلامت است . در بسیاری از کشورها ، دو سوم یا بیشتر از کل هزینه جاری شده ، مربوط به هزینه های نیروی کار است . اما افراد ، بدون وجود سرمایه های فیزیکی (بیمارستان ها و تجهیزات) و مواد مصرفی (مانند داروها) قادر به ارائه خدمات به شیوه ای اثربخش نخواهند بود ، بنابراین چنین مواردی نیز نقش مهمی در افزایش بهره وری منابع انسانی ایفا می کنند .

نظام های سلامت ، پرفعالیت و پرکار هستند و برای داشتن کارکرد خود ، نیازمند کارکنان آموزش دیده و ماهراند . علاوه بر نیاز به تعادل بین کارکنان سلامت و منابع فیزیکی ، نیاز به توان بین انواع مختلف افراد ارائه کننده مراقبت و ارتقادهندگان سلامت نیز وجود دارد . مثلاً به کار گرفتن و استخدام پزشکان جهت انجام ساده ترین وظایف قطعاً هدر دادن پول و سرمایه است . با افزایش یک ورودی خاص در نظام سلامت ، ارزش افزوده هر واحد اضافه تر از این ورودی ، رو به کاهش می گذارد .

بدون تسهیلات فعال ، تجهیزات تشخیصی و داروها ، بالا بودن سطح دانش ، مهارت ها و تعداد کارکنان اهمیتی نخواهد داشت و ارائه خدمات کماکان ضعیف و نامناسب خواهد بود . نبود ورودی های مکمل نیز تاثیر منفی بر انگیزش کارکنان خواهد گذاشت ، عاملی که بر ظرفیت منابع انسانی تاثیر می گذارد . البته انگیزه ، صرفاً وابسته به شرایط کاری نیست . انگیزش های مالی و پاداش ها (یعنی درآمد و سایر مزایا) نیز مهم هستند ، مدیریت کلی کارکنان و امکان پیشرفت حرفه ای نیز از اهمیت ویژه ای برخوردارند .

پرداخت و مزایای ناکافی بعلاوه شرایط کاری نامناسب (از کار در مناطق سخت گرفته تا تسهیلات ناکافی و کمبود داروهای ضروری و مواد مصرفی مکرراً جزو مشکلات آزاردهنده ای هستند که نیروی کاری مراقبت سلامت، در کشورهای کمتر توسعه یافته با آنها مواجه اند . در برخی کشورها مانند بنگلادش و مصر ، اکثریت عمده ای از پزشکان تحت استخدام دولت ، بیماران خصوصی را ویزیت می کنند تا درآمد شغل معمول خود را کامل نمایند . در قزاقستان چنین تخمین زده می شود که « پرداخت

های غیررسمی و زیرمیزی « 30٪ به صورتحساب های ملی مراقبت سلامت می افزایند . امکان کار خصوصی در موسسات دولتی ، در بخشی از کشور به جهت خنثی کردن فرار مداوم مغزها (یعنی کارکنان ماهر) از بخش دولتی فراهم شده است . این راهبرد در بحرین موفقیت آمیز بوده است اما تجارب صورت گرفته در غنا و نپال نشان می دهد که چنین انگیزش هایی ممکن است منجر به انحراف منابع محدود از خدمات دولتی به سمت بیرون شود و متخصصان را تحریک به اشتغال در طبابت مستقل خصوصی نماید . انگیزش ها و مدیریت در ارتباط منابع انسانی ، تاثیر غیرمستقیمی نیز بر استفاده از سایر منابع دارد .

سه نوع راهبرد منابع انسانی با درجاتی از موفقیت طی سالهای اخیر اتخاذ شده اند :

- استفاده کارآمدتر از کارکنان موجود از طریق توزیع جغرافیائی بهتر
- استفاده بیشتر از کارکنان چند مهارتی در جایی که مقتضی باشد .
- اطمینان یافتن از تطابق بهتر میان مهارت ها و کارکرد افراد

باستثنای منابع انسانی مهارت یافته ، اکثر ورودی هایی که در خدمات سلامت مورد استفاده قرار می گیرند ، در بخش خصوصی تولید می شوند و درجات گوناگونی از تولید دولتی ، سطح و ترکیب تولید ، توزیع و کیفیت آنها را تحت نظر دارد . تولید مواد مصرفی ، داروها و تجهیزات پزشکی با یارانه دولتی ، غالباً منجر به کیفیت پائین ، عدم خلاقیت ، نوآوری ، فنآوری غیرروزآمد و قدیمی ، روش های ناکارآمد تولید و همچنین توزیع تاخیری می شود .

تصمیم گیری درباره سرمایه فیزیکی مانند بیمارستانها و سایر تسهیلات بزرگ ، نیازمند توجه بیشتر از سوی دولت است . درمانگاه های سرپائی ، آزمایشگاه ها ، داروخانه ها ، بیمارستانهای محلی و سایر تسهیلات درمانگاهی کوچک ، غالباً نیازمند سرمایه های اندکی هستند و ارائه کنندگان خصوصی قادرند به موازات سرمایه گذاری های دولت ، تامین مالی این مراکز را خودشان یا از طریق وام های شخصی اندک ، انجام دهند . در مورد بیمارستانهای بزرگ ، اکثر کشورها در گذشته ، بر سرمایه گذاری های دولتی بسیار تکیه کرده اند . تصمیم گیری در سرمایه گذاری های این حوزه ، عواقبی را به همراه دارد که ممکن است برای 30 – 40 سال یا بیشتر باقی بماند . زمانی که بیمارستانی ساخته شد ، بستن آن از نظر سیاسی بسیار مشکل است . البته نیاز به سیاست های دولتی قوی ، لزوماً به معنی تامین مالی دولتی

برای کل ذخیره سرمایه نیست. بسیاری از کشورها، بگونه ای فزاینده جهت حمایت از سرمایه گذاری ها در نظام سلامت شان، به بخش خصوصی روی آورده اند. حتی زمانی که تسهیلات حاصل، اهداف انتفاعی نداشته باشند و هزینه های اجرائی از سوی دولت تامین مالی شوند.

تولیت

تولیت به معنی «مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی مردم» تعریف می شود. تولیت عبارت از مسئولیت دولت (معمولاً از طریق وزارت بهداشت) است. البته تولیت به این معنی که دولت باید تمام مداخلات مورد نیاز را تامین مالی و ارائه کند، نمی باشد و برخی از وظایف تولیت ممکن است که به سایر نقش آفرینان تفویض شود.

تولیت سه جنبه کلیدی را در بر می گیرد که عبارتند از تدوین، اجرا و پایش نقش ها در نظام سلامت. تولیت دربرگیرنده وظایفی چون تعریف چشم انداز، جهت گیری سیاستگذاری سلامت، تاثیرگذاری از طریق فعالیتهای تنظیمی و حمایتی و همچنین جمع آوری و استفاده از اطلاعات است.

تولیت را به چندین کارکرد فرعی تقسیم بندی کرده اند که علیرغم وحدت در کلیات جزئیات به صورت گوناگون بیان شده اند. تولیت را می توان به شش کارکرد فرعی تقسیم بندی نمود که عبارتند از:

طراحی جامع و کامل سیستم، ارزیابی عملکرد، اولویت گذاری، خط مشی های بین بخشی، تدوین مقررات و حمایت از مصرف کننده. طراحی جامع نظام به مفهوم تدوین سیاستها در بالاترین سطح ممکن روشی است که طی آن تمام کارکردهای نظام سلامت در کنار هم گذاشته می شوند.

ارزیابی عملکرد: مولفه اساسی برای جهت دهی استراتژیک و تضمین عرصه و سطح نقش آفرینی است که برای ارزیابی عملکرد نهادهای درگیر در جمع آوری درآمد، خرید خدمت و ارائه و توسعه منابع است.

اولویت گذاری: انتخاب معیارهایی برای اولویت گذاری و جلب نظر عمومی (اجماع) برای آنها از عناصر عمده تولیت هر دو منظر فنی و سیاسی است.

خط مشی های بین بخشی . به معنی ارتقاء سیاستهایی در سایر نظام های اجتماعی که مدافعه های اهداف نظام سلامت را تعالی دهند . مثل آموزش زنان که بخودی خود در داخل نظام سلامت نیست اما جزء تعیین کننده های اقتصادی و اجتماعی نظام سلامت می باشد .

مقررات به معنی تعریف نقش ها است . در نظام سلامت دو نوع مقررات مدنظر می باشد ، مقررات بهسازی ابزارها و خدمات و مقررات مراقبت بهداشتی

حمایت از مشتری بازار مراقبت سلامت و بیمه هر دو با اطلاعات و قدرت نامتقارن بین تولید کننده و مشتری مشخص می شوند. بنابراین قسمتی از تولید عبارت از دستیابی به سطح قابل قبولی از نقش آفرینی در نظام سلامت.

سایر کارکردهای فرعی تولید در گزارش سازمان بهداشت جهانی:

- شکل دهی به سیاست های سلامت ، تعریف چشم انداز و جهت گیری
- رویکردهای کنترل و تنظیم
- جمع آوری و استفاده از خرد و خلاقیت

صاحب نظران محدوده تولید را وسیع دانسته و آن را شامل تضمین جامعیت ، مقررات ، مسئولیت پذیری بر تمام نقش آفرینان نظام سلامت در هر چهار کارکرد اصلی و همچنین تولید در منابع انسانی و گسترش آموزش های بهداشت عمومی می دانند

مشهود است که وزارتخانه های بهداشت در کشورهای با درآمد کم و متوسط ، جزو موسسات دارای بالاترین بوروکراسی و کم اثربخش ترین مدیریت در بخش دولتی هستند . تولید مناسب ، نیازمند حمایت از سوی چندین راهبردها است تا بر رفتار عوامل ذینفع مختلف در نظام سلامت تاثیر بگذارد . از میان این راهبردهای تولید می توان به موارد زیر اشاره کرد : مبنای اطلاعاتی بهتر ، توان ایجاد ائتلافی از حمایت های گروه های مختلف و توان تعیین انگیزش ها (یا به صورت مستقیم و یا در طراحی سازمانی) .

ارزشهای کلی حاکم بر ارایه خدمات سلامت:

- مناسبت
- عدالت
- کیفیت
- هزینه_ اثر بخشی

عدالت در سلامت:

سلامت یکی از حقوق ثابت همه انسانهاست. همه انسان ها باید از سلامت برخوردار باشند عواملی که سلامت را به خطر می اندازد برای همه باید کاسته شود و در زمان بیماری هم باید بتواند از خدمات متناسب با نوع و شدت بیماری بهره مند گردند. اما علی‌رغم تأکید بر مباحث نظری، در مقام اجراء در قرن گذشته اقدامات نظامهای سلامت عمدتاً پیرامون سلامت طبی و فقدان بیماری آنهم بیماری جسمی بود. اهمیت پیشگیری و ارتقای سلامت هر چند در بیان مورد تأکید بود ند و هستند ولی در عمل فقط با اختصاص 2/9٪ از کل بودجه سلامت جهان، چندان مورد توجه نبوده اند.

عدالت عمودی و افقی:

در عدالت افقی تأکید بر این است که انسان ها در برابر نیازهای برابر، از خدمات برابر استفاده نمایند.

به عنوان مثال اگر آقای الف با درآمد ماهیانه 400 هزار تومان دچار سکتة حاد قلبی شد، همان خدمتی را دریافت کند که آقای ب با درآمد ماهیانه 2 میلیون تومان اگر سکتة قلبی کند، دریافت خواهد کرد.

در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت های بیشتری دریافت کنند

در مثال قبل آقای الف نه فقط برای درمان حاد سکته قلبی خود احتیاج به مراقبت دارد بلکه برای پیشگیری ثانویه نیز به دلیل اینکه درآمد خودش امکان پرداخت هزینه های پیشگیری ثانویه را نمی دهد باید حمایت و مراقبت شود؛ در حالیکه آقای ب می تواند خدمات پیشگیری ثانویه را خود تأمین نماید.

مفهوم کیفیت در خدمات سلامت نیازمند تعریف عام از کیفیت و فرایند هستیم:

_ تعریف کیفیت :

1_ دستیابی به استانداردهای از پیش تعیین شده

2_ کار درست را بار اول و برای همیشه درست انجام دادن

3_ نیازها و انتظارات منطقی مشتری پاسخ دادن

_تعریف فرآیند :

مجموعه عملیاتی که یک سری داده ها را به ستاده های مورد نیاز تبدیل می کند . ستاده ها باید دارای ارزش افزوده باشند .

ابعاد کیفیت در خدمات بهداشتی :

- مناسبیت : با توجه به دانش روز ، خدمت ارائه شده مطابق نیاز بالینی بیمار باشد .
- دسترسی : دسترسی به خدمات مناسب در زمانی که بیمار نیازمند است .
- تداوم خدمات :
- موثر بودن : خدمت ارائه شده ، توان بالقوه برآوردن نیاز بیمار را داشته باشد
- کارآیی
- بازدهی : توجه به حداقل هزینه

- احترام و توجه : توجه به نیازها ، انتظارات و تفاوت‌های فردی – مشارکت در تصمیم

گیریها توسط بیمار یا همراهان

- ایمنی

- به موقع بودن

اصول مدیریت کیفیت جامع (TQM) عبارتند از :

1. تمرکز بر مشتری
2. زبان و ابزار مشترک
3. ارتقای مداوم فرآیندها
4. سهیم شدن در دانش و اطلاعات
5. مشارکت همگانی

همانطوریکه قبلاً نیز اشاره شد با پیچیده تر شدن خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین شناسایی انواع متغیرهایی که بطور گسترده این بخش را تحت تاثیر قرار می دهند . روز به روز اهمیت و نقش سایر بخشهای جامعه در کمک به رشد و تعالی بهداشت و درمان بیشتر آشکار می گردد . بعبارت دیگر در آینده نزدیک بخشی از وظایف سیستم بهداشت و درمان به نحو معقولی به سایر بخشهای جامعه منتقل خواهد شد . ذکر این نکته حائز اهمیت است که به عقیده صاحب نظران ، ، مسئولیت ها و وظایف بخش بهداشت و درمان نباید الزاماً توسط سازمانها و موسسات دولتی به انجام برسد . بلکه در این رابطه موسسات غیر دولتی ، جامعه و بخش خصوصی نیز می توانند نقش عمده ای را بر عهده داشته باشند . البته در رابطه با وظائفی که مستقیماً با سلامت جامعه در ارتباط هستند (وظائف اساسی) نظارت و کنترل مستقیم دولت ضروری است .

وظائف اساسی سیستم بهداشتی درمانی به شرح زیر می باشند : (اعداد مقابل هر وظیفه نشان دهنده الویت آن می باشد . الویت های بالاتر در هر شرایطی وظیفه اصلی سیستم است ولی الویت های پایین تر در شرایط خاصی الزاماً وظیفه اساسی سیستم نمی باشد)

***بر اساس یک بررسی بین المللی از 120 کارشناس از سراسر جهان در سال 1998- بدیهی است که این عناوین و اولویت بندی ها برای هر کشوری حداکثر سه سال یک بار بایستی بروز گردند)

1- پیشگیری و بازبینی و کنترل بیماریهای واگیردار و غیرواگیردار

- ایمن سازی (1)

- کنترل شیوع بیماریها (3)

- بازبینی بیماریها (4) پیشگیری صدمات (20)

2- پایش وضعیت سلامت

- پایش وقوع بیماریها و مرگ و میر آنها (2)

- پایش عوامل تاثیر گذار بر سلامت (6)

- ارزیابی میزان اثربخشی برنامه های پیشگیری ، توسعه و ارایه خدمات (10)

- ارزشیابی میزان اثربخشی عملکرد ارائه دهندگان خدمت (11)

- تعیین و شناسایی نیازهای جمعیتی و عوامل پرخطر و همچنین زیر گروههایی که به

- خدمات نیاز دارند (12)

3- توسعه بهداشت و درمان

- افزایش مشارکت جامعه در بهداشت و روان (5)

- ارایه اطلاعات لازم و آموزش بهداشت و مهارتهای زندگی در مدرسه ، خانه ، محل کار و

- سایر مراکز اجتماعی (9)

- حفظ ارتباط با سیاستمداران در سایر بخشها و جامعه در جهت ترقی سلامت عمومی

(14)

4- بهداشت حرفه ای

- تعیین استانداردهای ایمنی و سلامت حرفه ای (18)

5- حفاظت از محیط زیست

- آب اشامیدنی سالم (تولید ، حفاظت و دسترسی)
 - کنترل ایمنی و کیفیت مواد غذایی
 - ارایه خدمات مربوط به دفع مواد زاید و دورریزها
 - کنترل مواد سمی و خطرناک
 - ارایه معیارهای لازم برای کنترل ناقل
 - نظارت بر نحوه حفاظت منابع آبی و خاکی
 - در نظر گرفتن اصول بهداشت محیط در برنامه ها ، سیاستها و پروژه های توسعه
 - پیشگیری و کنترل آلودگی هوا
 - ارایه خدمات (و یا نظارت بر) توسعه و پیشگیری بهداشت محیط
 - کنترل پرتوها
- 6_ تنظیم قوانین و مقررات بهداشت و درمان
- تجدید نظر ، تدوین
 - کنترل و پیشگیری آلودگی هوا (دلیل اهمیت در آینده : تخریب محیط ، تخریب لایه اوزن ، تغییرات آب و هوایی کره زمین ، افزایش شهرنشینی و صنعتی شدن جامعه)
 - افزایش مشارکت جامعه در بهداشت و درمان (دلیل اهمیت آن در آینده : افزایش اهمیت تمرکززدایی در آینده ، افزایش اهمیت توسعه بهداشت و درمان ، پیشگیری بویژه در بیماریهای غیر واگیردار ، ناکافی بودن اثربخشی برنامه های فعلی و افزایش دموکراسی در سطح جهانی)
 - کنترل مواد زائد ، خطرناک و سمی (دلیل اهمیت آن در آینده : جهانی شدن صنعت آلوده کننده های صنعتی ، آزادی مبادلات بازار و افزایش جمعیت و شهرنشینی)
 - آموزش و ارایه اطلاعات لازم در رابطه با بهداشت و مهارتهای زندگی در مدرسه ، خانه ، محل کار و یا مراکز اجتماعی (دلیل اهمیت آن در آینده : افزایش دسترسی به

تکنولوژی جدید ، ظهور جامعه جهانی اطلاعات ، افزایش بیماریها با زمینه رفتاری و نیاز به تغییر رفتار ، تغییر بار بیماریها و بیماریهای غیرواگیردار (

- دسترسی ، تولید و حفاظت از آب آشامیدنی سالم (دلیل اهمیت در آینده : افزایش فشار و تقاضای جهانی بر منابع آب سالم ، ازدیاد جمعیت ، تغییرات آب و هوا ، تخریب محیط زیست و افزایش آلودگی و صنعتی شدن بویژه در کشورهای در حال توسعه)
- پایش عوامل تاثیر گذار بر سلامت (دلیل اهمیت در آینده : پیشرفت سیستمهای اطلاعاتی و روشهای تشخیص و پیش یابی – افزایش آگاهی از عوامل تاثیر گذار)
- ارزیابی اثربخشی برنامه های پیشگیری ، توسعه و ارایه خدمات بهداشتی و درمانی (دلیل اهمیت در آینده : نیاز بیشتر به ارزیابی نحوه استفاده از منابع عمومی)
- تعیین استانداردهای بهداشت و ایمنی حرفه ای (دلیل اهمیت در آینده : جهانی شدن صنعت و آلوده کننده های صنعتی ، افزایش موسسات و شرکتهای خصوصی و جهانی شدن تجارت)
- مراقبت و بازبینی بیماریها (دلیل اهمیت در آینده : جهانی شدن تجارت و شیوع اپیدمی ها ، افزایش توانائی های الکترونیکی و شبکه های ارتباطی ، تغییر در شدت و مقاومت بیماریهای واگیردار ، افزایش تراکم جمعیت و افزایش مهاجرت)
- کنترل ایمنی و کیفیت مواد غذایی (دلیل اهمیت در آینده : جهانی شدن صنعت تولید مواد غذایی ، شهرنشینی و افزایش مصرف مواد غذایی ذخیره شده ، آلودگی منابع آبهای طبیعی ، بیماریهای نوپدید و بازپدید عفونی ، تهدیدهای ناشی از بیوتکنولوژی کشاورزی)
- حفظ ارتباط با سیاستمداران سایر بخشها و جامعه در جهت ترقی سلامت عمومی (دلیل اهمیت در آینده : افزایش اهمیت همکاریهای بین بخشی ، نیاز به حمایت سیاسی برای

برنامه های بلند مدت بهداشتی و درمانی مثل بیماریهای در ارتباط با سیگار ، سرطان ،

صدمات و عوامل خطر آفرین محیطی

- ارزیابی میزان اثربخشی ارائه کنندگان خدمت
- تعیین و شناسایی نیازهای جمعیتی و عوامل خطر آفرین

چالش های آینده در ارائه خدمات سلامت:

گذر اپیدمیولوژیک

گذر جمعیتی

انتظارات رو به افزایش مردم

انتظارات کارکنان بخش

فشار مالی - بیمه ها

افزایش هزینه ها (رشد تکنولوژی و...)

خصوصی گرائی و نارسائی بازار سلامت

تاثیرات بین المللی (شکل دهی انتظارات - اثرات اقتصادی - تکنولوژی - بیماری

ها...)

پزشک خانواده

پزشکی خانواده یک رشته از پزشکی است که مراقبت های مداوم و جامع مربوط به

سلامتی را برای هر فرد از افراد خانواده تامین میکند . این رشته شامل علوم بیولوژی ،

کلینیکی و علوم رفتاری است . میدان دید و توجه پزشکی خانواده تمامی سنین ، هردو

جنس ، هر ارگان و سیستم بدن و هر بیماری را شامل می شود .

حاکمیت بالینی (**Clinical Governance**) یا مدل مطلوب ارتقای کیفیت خدمات

سلامتی :

□ پوشش نیازهای نوین سیستم های سلامت (مدیریت خطر، پاسخگویی به استفاده کنندگان، خدمات مبتنی بر شواهد...)

□ جامعیت

□ انعطاف پذیری (امکان تطابق با شرایط و سیاست های بیمارستانی در ایران، تغییرات آینده در سیاست های سلامت کشور)

□ به کارگیری گستره کارکنان بیمارستانی (اعم از بالینی و غیر آن)

□ قابلیت پیاده سازی با حداقل حمایت بیرونی (امکان توانمند سازی کارکنان در جهت پیاده سازی مدل)

□ پاسخگویی به مشکلات جاری نظام ارایه خدمات (حذف فرآیندهای مزاحم)

تعریف نظام حاکمیت خدمات بالینی :

چارچوبی که در آن سازمان های ارایه کننده خدمت در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازند.

چرا به حاکمیت بالینی نیاز مندیم؟

□ برای اطمینان از اینکه موضوع کیفیت مراقبت های سلامت، با استفاده از بالاترین

استانداردهای مراقبت ممکن در قلب این خدمات جای دارد

کمک به جلوگیری از اشتباهات در مسیر ارایه خدمات

□ استفاده بهینه از منابع محدود

□ افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی

□ برای تحقق مسئولیت های سازمانهای سلامت که توسط دولت برنامه ریزی شده است

□ صدهای مختلف در آن نهفته است

حاکمیت بالینی در ارایه خدمات

بیماران و مشتریان را در قلب فرآیندها قرار دهید

بهبود استانداردهای کار

یادگیری از طریق تجارب پیشین

توانمند سازی کارکنان و تیمها

استفاده موثر از اطلاعات

حیطه های اصلی حاکمیت خدمات بالینی (WHO) :

کارآمدی ارائه خدمت (efficiency)

مدیریت خطر (risk management)

رضایت بیمار (patient satisfaction)

ارزیابی کارآیی حرفه ای (Professional Effectiveness)

Clinical Governance

7 Pillars Model (NHS England)

حاکمیت بالینی

Patient &
public involvement

Education & Training

Risk Management

Use of Information

Clinical
Effectiveness

Clinical Audit

Staff & Staff
Management