

## نظام اطلاعات مدیریت سلامت ۲

طیبه معظمی

مدیریت خوب پیش شرط لازم برای افزایش کارایی خدمات تندرستی است. اینکه با کمترین منابع به بیشترین نتایج دست یابیم، حائز اهمیت است، زیرا بخش سلامت با نیازهای روزافزون روبرو است و این در حالی است که حجم منابع ثابت و یا روبه کاهش است.

مدیریت خوب همچنین پیش شرط لازم برای افزایش اثر بخشی خدمات تندرستی است. مدارک فراوانی وجود دارد که اگر خدمات تندرستی به شکل نامناسبی ارائه گردد، مداخلات، قسمت زیادی از اثربخشی خود را، که از نظرتئوریک برای آن مداخلات متصور است و آن را کارآمدی نیز می گویند از دست خواهند داد. چالش اصلی برای نظام سلامت مدیریت بهینه در ارائه خدمات به گونه ای است که کمترین کاهش را در اثر بخشی داشته باشیم.

سازمان جهانی بهداشت نظامهای اطلاعات سلامت را به منظور دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال 2000 حیاتی دانسته است. یک گزارش از اجلاس سازمان جهانی بهداشت در سال ۷۸۹۱ به وضوح بهبود مدیریت را وابسته به بهبود نظام های اطلاعات سلامت می داند. دوجاردین و آنگر (۲۹۹۱) و لیپولد و همکاران (۲۹۹۱) اخیراً بر نیاز به طراحی مناسب نظام های اطلاعات جاری به منظور اطمینان از ارائه خدمات مطابق با استانداردها، تاکید دارند.

برای آنکه اطلاعات بطور مطلوب بر مدیریت تاثیر گذارد باید تصمیم گیرندگان در هر نقطه ای از چرخه مدیریت از آن اطلاعات استفاده نمایند. مثال های این نقاط تصمیم گیری شامل تعیین وضعیت موجود، تعیین اولویتها و یا اجرای فعالیتهای برنامه ریزی شده میباشد.

اطلاعات در تمامی سطوح مدیریت نظام سلامت، از محیط تا مرکز بسیار حیاتی است. اطلاعات برای مدیریت بیماران یا گیرندگان خدمت، برای مدیریت واحدهای سلامت و به همان میزان برای برنامه ریزی و مدیریت نظام سلامت حیاتی است. این بدان معنا است که نه تنها سیاستگذاران و مدیران نیازمند استفاده از اطلاعات در تصمیم گیری ها هستند بلکه ارائه کنندگان خدمات همانند پزشکان، کارشناسان و کارکنان سلامت نیز به آن نیازمند خواهند بود. در غیر اینصورت، فرصت قابل توجه و مقرون به صرفه ای که به منظور راه اندازی و حفظ نظام اطلاعات سلامت وجود دارد، دچار مشکل می شود

امروزه اطلاعات مناسب با نیازهای سازمان که از کیفیت لازم برخوردار باشد از یک طرف و پایداری و روائی آنها از طرف دیگر از اولویت های کلیدی و بنیادی محسوب شده و در غیر این صورت تصمیم گیری های سنتی سبب اتلاف منابع گردیده و بر بغرنجی سازمان ها می افزاید. بعلاوه تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و سیاستگذاری بر اساس آنها و حتی برنامه ریزی و بودجه ریزی مبتنی بر اطلاعات موضوع اجتناب ناپذیر از مدیریت صحیح می باشد.

سیستم اطلاعات سلامت و در شکل کاربردی تر نوع مدیریتی نه تنها سبب طبقه بندی اطلاعات در سطوح مختلف سازمانی می گردد بلکه زمینه برای برنامه ریزی مبتنی بر اطلاعات و برنامه ریزی عملیاتی و بودجه ریزی فراهم می سازد.

## آشنایی با نظام سلامت

امروزه زندگی و سلامت افراد برای شناخت خطرها و مداخلات برای پیشگیری از آن در دستان نظام سلامت قرار دارد، از زایمان بی خطر یک نوزاد سالم تا مراقبت مادر در دوران بارداری و یا شناخت فاکتورهای خطر برای ایجاد یک بیماری در سالهای آینده زندگی فرد.

نظامهای سلامت مسئولیت حیاتی و مداوم نسبت به تمام افراد یک جامعه در تمام دوره زندگیشان دارند و ایجاد این نظامهای سلامت برای رشد سالم افراد - خانوادهها و جوامع در هر جای دنیا ضروری و حیاتی است.

### تعریف نظام سلامت:

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمانها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت ارتقاء حفظ سلامت افراد می باشند و از این خدمات میتوان به عنوان اقدام سلامت یا (*Health action*) نام برد، این خدمات میتواند به صورت هر گونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی - خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامههای بین بخشی انجام گیرد تعریف شود و هدف اصلی آن ارتقاء سلامت است.

در دنیای پیچیده امروز مشکل میتوان تعریف دقیقی از نظام سلامت داد ولی سازمان بهداشت جهانی (*WHO*) *World Health Organization* تمام فعالیت هایی که هدف اصلی آن ارتقاء سطح سلامت و یا حفظ آن است را نظام سلامت میگوید.

ارتقای سلامت هدف اصلی یک نظام سلامت است. اما تنها هدف آن نیست. قابلیت دستیابی و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن این نظام بسیار مهم است و آن به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و این نظام به گونهای برای هر فرد و بدون قایل شدن تمایز به این نیازها پاسخ دهد.

شاید بهمین علت است که *WHO* نگرش سنتی خود را درباره تندرستی فیزیکی و روانی افراد تغییر داده و توجه خود را به ارتقای عملکرد نظامهای سلامت معطوف داشته است. اگر به این مسئله که ارتقای عملکرد در همه کشورها برای دستیابی افراد به بالاترین سطح سلامت با تأکید ویژه برای از بین بردن فاصله ها (*gap*) در داخل و خارج کشورها در سلامت جامعه است نگاه کنیم، میتوان گفت که این مسئله فقط و قویاً به اثر بخشی نظام های سلامت کشورهای مختلف وابسته است و شناخت و تقویت این نظامها در هر کشوری می تواند سه مسئله اساسی کشورها که شامل کاهش مرگ و میر در کشورهای فقیر و حاشیه نشین، برخورد خوب و اثر بخش با عوامل خطر عمده و قرار دادن سلامت در کانون برنامههای توسعه باشد را انجام دهد.

مثلا برنامه های مبارزه با بیماریهای واگیر، تلاش در کاهش مرگ و میر شیرخواران [*Infant Mortality Rate (IMR)*] و مرگ و میر نوزادان [*Neonatal Mortality Rate (NMR)*] کوشش برای دسترسی به بارداریهای بی خطر همگی از اولویتهای دستیابی به سلامت در دنیاست. در اینجا فقط نظامهای سلامت قوی در هر کشوری با شناخت این مسایل میتوانند مداخله های حیات بخش و ارتقاء دهنده سطح سلامت را داشته باشند.

از زمانی که افراد برای حفظ سلامت خود و درمان بیماریها تلاش میکردند نظامهای سلامت به نوعی وجود داشته اند اما از حدود یکصد سال پیش نظامهای سلامت سازمان یافته به صورت پیشرفته ندرتاً وجود داشتند. و تعداد بیشماری از افراد در دوران زندگی خود حتی یک بیمارستان را ندیده بودند و اکثراً در دوران شیرخوارگی و کودکی با مجموعه ای از بیماریهای کشنده روبرو میشدند.

از قدیم طبابت سنتی که غالباً مشاوره‌های روانی و روحی را به همراه داشته و هر دو نوع از مراقبت های پیشگیری و درمانی را از هزاران سال پیش با هم ارائه می داده اند و امروزه هنوز در کنار پزشکی مدرن و پیشرفته حضور دارند، از انواع نظام های سلامت است. نظام سلامت هندی (آیورورا و سیدها) دانش زندگی سالم یا طول عمر سالم و فعال است و شبیه تئوری طبایع چهارگانه طب یونانی می باشند را ارائه می داده است.

نظام سلامت چینی، صاحب قدیمیترین نوع نظام سلامت به اسم (پین دیانگ) است که به معنی (پایه های زندگی فعال و شخصی) که تعادل بین این دو پایه در افراد به سلامت ختم میشود. در این نظام سلامت، پیشگیری بسیار اهمیت داشته و به آن توجه زیادی شده است. با پایه گذاری پزشکی بالینی که به اسم پایه گذاران پزشکی عربی مشهور است و ایرانیان از جمله ابوبکر رازی و ابن سینا در این پایه گذاری نقش بسیار موثری را ایفا کردند از جمله نظام های سلامت است، رازی گرداننده یک بیمارستان بزرگ در بغداد بوده و اولین کسی است که نشان داد مردمک چشم به نور واکنش نشان می دهد. اولین کتاب بیماریهای کودکان را که افتراق بالینی آبله مرغان، سرخک را کاملاً نشان می داد را نوشت و او علم داروشناسی و نحوه هنر نسخه نویسی را بنیان نهاد.

اقداماتی که نظامهای سلامت در هر دوره برای حفظ سلامت مردم انجام دادند شامل مراحل زیر است:

1- مرحله کنترل بیماریها مانند تأمین آب سالم (1880-1920)

2-مرحله ارتقای تندرستی مانند خدمات تندرستی فردی، سلامت مادر و کودک، سلامت و بهداشت مدارس، سلامت روان که دو حرکت مهم را به همراه داشت. (1920-1960)

3- مرحله ارائه خدمات اساسی بهداشتی *(B.H.S) Basic Health Services* و بعد هم *(P.H.C) Primary Health Care* ارائه خدمات از طریق مراکز ارائه خدمات بهداشتی در مناطق شهری و روستایی.

4- برنامه توسعه جامعه، برای بهبود توسعه روستایی از طریق مشارکت فعال و با انگیزه سلامت کل جامعه.

5- مرحله مهندسی اجتماعی در این مرحله به شناخت تفاوت فراوان در بیماریهای عفونی و مزمن و شناخت مفهوم (عوامل خطر) و به جنبه های اجتماعی تغذیه‌ای - رفتاری و اثر آن بر روی بیماریها دقت بیشتری شد. (1960-1980)

6-مرحله تندرستی برای همه از سال (1981 تا 2000)

امروزه، نظامهای سلامت در تمام کشورها (چه غنی و چه فقیر) نقش عمده و مؤثرتری در زندگی انسانها نسبت به گذشته ایفا می نمایند.

## نظام اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه

نظام اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه، عمدتاً بر محور داده هایی است که در سطوح محیطی واحدهای ارائه خدمت جمع آوری می شود. با توجه به این که در حال حاضر خانه های بهداشت حدود 90% از مردم روستایی کشور را تحت پوشش دارند و علاوه بر این با گسترش پایگاه های بهداشت موجب افزایش هر چه بیشتر جمعیت تحت پوشش مناطق شهری شده است، داده ها و اطلاعات به دست آمده از اعتبار بسیار بالایی برخوردار است. نظام شبکه توانسته است با استفاده از ابزار و روش های خاصی اقدام به راه اندازی یک نظام ثبت اطلاعات جاری نماید. اجزای این نظام برای ثبت جاری اطلاعات، عمدتاً شامل پرونده های خانوار، دفاتر مراقبت ماهیانه، فرم های گزارش آماری ماهیانه، زیج حیاتی و نرم افزار نظام شبکه است. از آنجا که به دلایل مختلف از جمله نیازهای متنوع برنامه ریزان و سیاستگذاران، نظام ثبت اطلاعات جاری، پاسخگوی تمامی نیازهای طراحی و اجرای برنامه های سلامت نیست، لذا با استفاده از روش های دیگری نیز به صورت دوره ای اقدام به گردآوری برخی اطلاعات مورد نیاز می شود. این روش ها عمدتاً عبارتند از: مطالعات تحقیق منطقه ای، کشوری و دوره ای بصورت نمونه گیری و ثبت اطلاعات پزشکی در واحد های درمانی می باشند.

## نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی در ایران

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت های اولیه بهداشتی را بعنوان درون مایه شبکه هایی تعریف شده بهداشت و درمان جاری نمود. سیاست های دولت برای این جریان عمدتاً بر سه اصل زیر پایه ریزی شد:

1- اولویت خدمات پیش گیری بر خدمات درمانی

2- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات

3- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری

براساس سه اصل فوق در طول دهه 1360 نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در قالب شبکه های بهداشتی درمانی شکل گرفت. این نظام دارای خصوصیات ذیل است:

1- در این نظام، خدمات در سطوح مختلف ارائه می شود ( سطح بندی خدمات و منابع)

2- ارائه خدمات به صورت ادغام یافته است

3- منابع در واحدهای مختلف سطح بندی شده برای جمعیت های تعریف شده وجود دارد.

4- خدمات بصورت برنامه ریزی و با استانداردهای روشن و تعریف شده ارائه می شود.

در سال های نخست شکل گیری نظام مراقبت های اولیه بهداشتی تمرکز برنامه ها و گسترش منابع بیشتر در محیط روستا بود، اما در سالهای بعد به دلیل مهاجرت روستائیان به مناطق شهری خصوصاً حاشیه شهرها، و کمبود تسهیلات بهداشتی در این مناطق برنامه ریزان سلامت کوشیدند این خدمات را به شهرها نیز توسعه دهند.

## بخش خصوصی و تاثیر آن در ساختار نظام سلامت در ایران:

قدیمی ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است. این بخش خدمات خود را بصورت مستقیم و با دریافت پول به مراجعین ارائه می نماید. بخش خصوصی در حال حاضر نه تنها مستقیماً از مراجعین، هزینه های خود را دریافت می کند، در مواردی بخشی از هزینه های خود را از طریق سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان خدمات درمانی کمیته امداد امام (ره) و ...) نیز دریافت می کند.

البته در مواردی این بخش مشمول یارانه های دولتی بخصوص در مورد خرید وسایل و تجهیزات پیچیده نیز می گردد. چون به موجب قانون اساسی و سیاست اجتماعی و اقتصادی کشور حضور بخش خصوصی در ارائه خدمات نظام سلامت پیش بینی شده است، نقش آن و تاثیر آن در سازماندهی زیرساخت بهداشتی کشور و نظام سلامت اجتناب ناپذیر و مهم است و بخش خصوصی جزئی از سرمایه ملی در کشور است و استفاده درست از امکانات و خدمات آن می تواند تنگناهای مربوط به سرمایه گذاری دولتی را کاهش دهد.

عرصه فعالیت بخش خصوصی بطور عمده خدمات درمان سرپایی، خدمات تشخیصی، خدمات درمان بستری (محدود)، خدمات توانبخشی و خدمات مشاوره ای است. اگرچه اخیراً، در ارائه خدمات سلامت نیز مسئولیت هایی را برعهده گرفته اند. در مقابل بخش دولتی بیشترین حجم خدمات سرپایی را در مناطق روستایی برعهده دارد. عمده خدمات بهداشتی چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی توسط بخش دولتی ارائه می گردد و در مقابل خدمات درمان سرپایی بخصوص در مناطق شهری تقریباً بطور کامل در اختیار بخش خصوصی است.

خدمات درمان بستری، برای روستانشینان و شهرنشینان، توسط دولت و بخش عمومی ارائه می گردد. بخش خصوصی کمتر از 20% از خدمات بستری را ارائه می کند.

### سایر بخشهای مربوط به نظام سلامت

بخش خیریه در ایران، بخصوص طی دو دهه اخیر آمیختگی زیادی با بخش عمومی و دولتی پیدا کرده است.

بطور مثال کمیته امداد امام (ره) با وجود اینکه بخش عمده ای از هزینه خدماتی خود را از طریق وجوه خیریه مردم تأمین می نماید، همچنین بسیاری دیگر از نهادهای خیریه که در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از یارانه های مستقیم و غیر مستقیم بخش دولتی نیز برخوردار هستند.

بخش خیریه در ایران، بطور عمده، در عرصه خدمات درمان سرپایی و گاهی خدمات بستری مداخله دارد.

مداخله این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است.

بخش خیریه ایران کاملاً ایرانی است و در موارد نادری به کمکهای خارجی متکی است. البته مشارکت و همکاری ایرانی های ساکن یا شاغل در کشورهای خارجی را در امور خیریه درمانی باید از مشارکت مستقیم سازمان های خیریه خارجی که وابسته یا مستقل از دولتهای خود هستند جدا کرد.

سازمان هلال احمر: یکی از وظایف عمده این سازمان که به نوعی به خدمات بهداشتی درمانی مرتبط می شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیر مترقبه است و در مواردی وظایف امداد و نجات در مناطق غیر شهری را نیز بعهده دارد. این وظایف در مناطق شهری بعهده سازمان آتش نشانی است. سازمان هلال احمر در کنار ارائه وظایف امداد و نجات، هم در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و هم در خارج از آن اقدام به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می نماید. گرچه در سطح بین المللی سازمان مرجع هلال احمر «صلیب سرخ» یک سازمان خیریه غیردولتی است ولی در ایران تا کنون این سازمان بصورت یک بخش نیمه دولتی اداره شده است.

سازمانهای خارجی که در مواقع بحران خدمات بهداشتی درمانی ارائه می نمایند، سازمان های جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا می باشند.

در مواقع بحرانی، زمان بروز حوادث غیر مترقبه و جنگ، سازمانهای بین المللی نسبت به سامان دهی ارائه خدمات درمانی اقدام می نمایند؛ نمونه هایی از این نوع فعالیتها، مداخله های درمانی در جریان جنگ خلیج فارس، زلزله رودبار و .... و تداوم آن تا مدتها پس از خاتمه شرایط بحرانی می باشند.

## سازمان های غیر دولتی مربوط به نظام سلامت (NGO)

امروزه با مطرح شدن اصطلاحات جامعه مدنی و مشارکت های مردمی، تمایل حکومتد ها به حضور بیش تر مردم در همکاری و یا نظارت بر عملکرد دولت افزایش یافته است. به جهت گرفتن امتیاز مردمی بودن حکومت ها در داخل و کسب وجهه مطلوب جهانی روز به روز مشارکت سازمانهای غیر دولتی در جوامع افزایش می یابد.

قابل ذکر است که فعالیتهای مردمی از دیرباز در جوامع منجمله در کشور ایران بصورت انجمن های خیریه، هیئت های مذهبی و .... در حال انجام بوده است که در کلیه امور اجتماعی و بیشتر خدمات درمانی و مراسم مذهبی فعال بوده اند. سازمان های غیر دولتی نهادهایی اجتماعی هستند که بصورت داوطلبانه و با مقاصد غیر انتفاعی شکل می گیرند. فعالیت های داوطلبانه دارای سه خصوصیت است:

- 1- خدمت برای منافع مادی انجام نمی شود
- 2- خدمت باید داوطلبانه انجام شود
- 3- خدمت باید به نفع فرد یا افرادی غیر از داوطلب ویا به نفع جامعه انجام شود.



### سازمانهای جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا :

به گفته پل راسل در جهان هیچ چیز بین المللی تر از بیماری نیست.

به منظور هماهنگ سازی فعالیت های جهانی سلامت و دولتها، با هدف ارتقای جهانی و منطقه ای سلامت ، سازمان بهداشت جهانی در زیر مجموعه سازمان ملل این مسئولیت را بر عهده گرفته است که به منظور تسهیل مدیریت و همچنین تنوع جغرافیایی، شش منطقه را تعیین نماید و هر منطقه مسئولیت هماهنگ سازی کشورهای تحت پوشش را بر عهده داشته باشد. تقسیم بندی مناطق 6 گانه سازمان بهداشت جهانی و زیر گروه های آن به شرح زیر می باشد:

1- منطقه *Africa Region Organization : AFRO*

2- منطقه *America Region Organization : AMRO*

3- منطقه *Eastern Mediterranean Region Organization : EMRO*

4- منطقه *Europe Region Organization : EURO*

5- منطقه *Southeast Asia Region Organization : SEARO*

6- منطقه *west Pacific Region Organization : WPRO*

با توجه به توزیع غیرعادلانه وضعیت سلامت در کشور های مناطق 6 گانه برای کمک به تحلیل های علت مرگ، تحلیل های بار بیماری و ارزیابی مقایسه ای عوامل خطر 191 کشور عضو سازمان جهانی بهداشت بر مبنای سطوح مرگ و میر کودکان زیر پنجسال و بالغین به 5 منطقه مرگ و میر تقسیم میشوند.

در منطقه *AFRO* – کشورها در دو گروه *D,E*

در منطقه *AMRO* – کشورها در سه گروه *A,B,D*

در منطقه *EMRO* – کشورها در دو گروه *B,D*

در منطقه *EARO* – کشورها در سه گروه *A,B,C*

در منطقه *SEARO* – کشورها در دو گروه *B,D*

در منطقه *WPRO* – کشورها در دو گروه *A,B*

تقسیم میشوند و جمعا " 14 زیر گروه در جهان تشکیل میشود.

*A-E* طبقه بندی مرگ و میر می باشد این طبقه شامل:

*A*- مرگ و میر کودکان: بسیار پائین - بالغین بسیار پائین

*B*- مرگ و میر کودکان: پائین - بالغین پائین

*C*- مرگ و میر کودکان: پائین - بالغین بالا

*D*- مرگ و میر کودکان: بالا - بالغین بالا

*E*- مرگ و میر کودکان: بالا - بالغین بسیار بالا

به عنوان مثال ایران در منطقه *EMRO* و در زیرگروه *B* واقع است *EMRO-B* میباشد.

## مفهوم سلامت و جامعه

برای ارزیابی سلامت جامعه باید با اصطلاحاتی مانند سلامت، جامعه و روش ارزیابی آن آشنا شد. برای سلامت تعاریف زیادی ارائه شده است

1- تعریف سلامت ( *Health* ) در یک جمله عبارتست از تطابق کامل و کارآ و مستمر با محیط زیست برای بدست آوردن بهترین عملکرد. سالم بودن جسم ،اندیشه ،روح . سلامت مجموعه ای از عناصر جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی، هوشی و محیطی است و با رویکردی کل نگر باید به آن نگاه کنیم.

2- از طرفی سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (1948) حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبود بیماری یا معلولیت نیست.

3- سلامت ازدید پزشک جامعه نگر باید بصورت ( *Holistic* ) و از همه ابعاد مورد بررسی قرار گیرد و تمام ابعاد سلامت فردی و اجتماعی با شاخصی کمی و علمی قابل اندازه گیری هستند. درک و شناخت همه جانبه سلامت دلالت بر این دارد که کلیه نظام ها وساختارهایی که شرایط اجتماعی – اقتصادی و محیط فیزیکی را تحت کنترل دارند باید فعالیت های خود را در رابطه با اثراتی که بر روی سلامت و رفاه و جامعه دارد در نظر بگیرند.

طیف سلامت و بیماری در یک جامعه وضعیت های گوناگون سلامت و بیماری را طیف سلامت و بیماری می نامند و می توان به صورت نقاطی بر روی محور مختصات در نظر گرفت. در سوئی مرگ نا بهنگام و زودرس و در سوی دیگر سلامت در حد مطلوب قرار دارد. سلامت مطلوب زمانی است که عملکرد و احساس و برداشت فرد در حد اعلائی توانائی های اوست و از عوامل خطرزای تهدید کننده سلامت خود کاملاً آگاه است.

سلامت

مطلوب

مرگ زودرس

شور برای رشد حدمتوسط

زندگی عاطفی سلامت نشانه ها بیماری

در قسمت وسط این محور مختصات افرادی وجود دارند که گاهی نه باندازه ای بیمارند که به مراقبتهای پزشکی نیاز مبرم داشته باشند و نه آنقدر سالم تا هر روزشان را با نشاط و رغبت و پر انرژی آغاز کنند و هرآن احتمال دارد که یک پیامد نامطلوب یا عامل خطری باعث شود که به طرف بیماری مرگ زودرس یا معلولیت و نا توانی سوق داده شوند. طیف سلامت و بیماری را هم می توان در محور مختصات نشان داد و هم می توان در یک جامعه نشان داد.



افراد جامعه همیشه می توانند در قسمتی از این حالات سلامتی و بیماری قرار داشته باشند. وظیفه پزشک و نظام سلامت در مقابل هر کدام از گروههای بالا کاملاً مشخص است. به منظور دستیابی به بالاترین حد سلامت جسم و روان باید گام های مثبت به سوی آن برداریم و خود را از قرار گرفتن در طرف مرگ زودرس و بستری شدن در بیمارستان و ابتلاء به بیماریهای مزمن با شناخت فاکتورهای خطر به طرف سلامت مطلوب سوق دهیم. تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث و تشخیص به موقع بیماری ها و درمان مناسب و محافظت از آسیب های اجتماعی می تواند جامعه را بطرف سلامتی حرکت دهد و سلامتی را حفظ کند.

اگر به طیف سلامت و بیماری نگاه کنید اقدامات طراحی شده پیشنهادی *WHO* برای حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها را بخوبی می توانید ببینید این اقدامات عبارتست از:

ارتقاء سطح سلامت

مراقبت از سلامت

پیشگیری از بیماریها

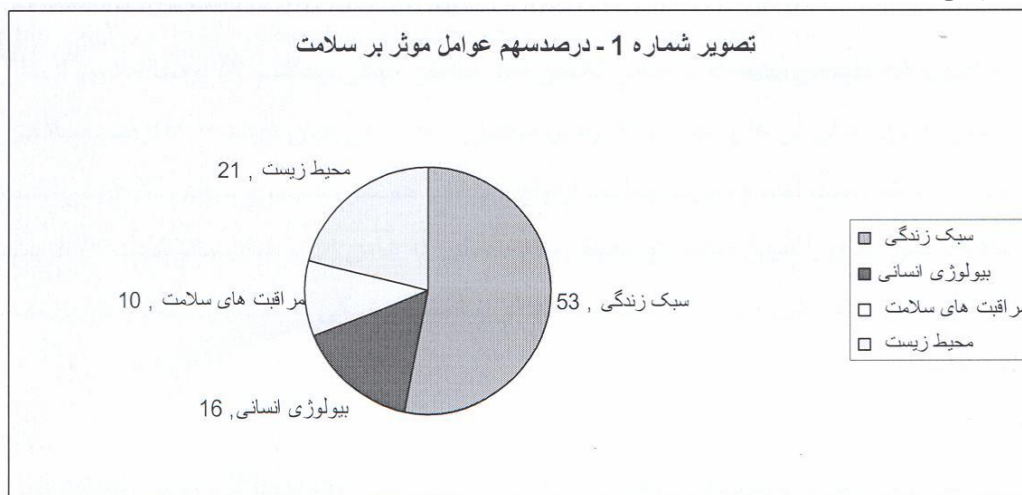
درمان بیماریها

مراقبت از افسار آسیب پذیر

پیگیری خدمات ارائه شده

## عوامل موثر بر سلامت:

عوامل متعددی در سلامت افراد در جامعه تاثیر دارد. این عوامل در چند گروه تقسیم می شود که در شکل زیر به نمایش گذاشته شده است.



بر اساس تخمین اخیر سازمان جهانی بهداشت 53 درصد سلامت انسان ها بستگی به نوع زندگی آن ها و عادات و رفتارهای شخصی و اجتماعی آنان دارند. 16 درصد سلامتی ما بصورت ژنتیک بدست آمده و رعایت بهداشت ازدواج و انتخاب همسر مناسب و سالم یک ارزش است که سلامت نسل بعدی را تعیین میکند. و محیط زیست انسانی که شامل آب و هوای سالم است 21 درصد سلامت انسانی را تشکیل می دهد و مراقبتهای مناسب پزشکی پیشگیری مسئول 10% سلامت ماست.

در زمان سلامت و بیماری عملکردهای ذهنی (Mental) و جسمی (Physical) و روحی (Spiritual) انسان ها کاملاً با هم هم پوشی داشته و می توانند بر روی یکدیگر تاثیر مثبت یا منفی بگذارند. این سه عنصر مهم در انسان در مجموع در یک محیط که جامعه است زندگی کرده و با سلامت وعدم سلامت محیط زیست بیولوژیکی خود در حال تعامل است.

**تعریف جامعه:** گروهی از مردم که در یک منطقه تعریف شده جغرافیایی با مرز مشخص زندگی کرده و در ابعاد رفتارها و عادات باورها و بسیاری از عقیده ها (Characteristics) با هم وجوه مشترک داشته باشند، جامعه نامیده می شوند. یک جامعه از سیستم های متعدد درست شده است که "CORE" آن مردم هستند که پایه ای اساسی اصلی و با دوام یک جامعه را تشکیل می دهند سیستم ها باید بر اساس نیاز این "CORE" کار کنند.

**"CORE"**: مردمی هستند که تاریخ، ارزش ها، باورها و اعتقادات مذهبی، قلبی شبیه بهم دارند و همیشه تعامل پویا و زنده ای بین سیستم های جامعه، کیفیت زندگی و سلامت مردم وجود دارد.

عوامل متعددی بر روی سلامت افراد تاثیر دارند. این عوامل مجموعه ای از عوامل خطر هستند که خطرات حقیقی برای سلامت فرد و جامعه به حساب می آیند و غالباً باعث ایجاد بیماریهای مهم و خطر آفرین میگردند مانند کم وزنی کودکان، فشار خون بالا، رابطه جنسی غیر ایمن، کلسترول بالا، هوای آلوده.

درک تعریف خطر و عوامل خطر آفرین برای سلامت افراد بسیار اساسی و ضروری است. شناخت این عوامل خطر زمانی میسر است که جامعه را به صورت *Client* (مشتری) خود دیده و با استفاده از ابزارهای لازم علمی جامعه را ارزیابی نماییم. بنابراین اول به تعریف خطر و شناسایی انواع آن پرداخته و بعد جامعه را از نظر سلامت ارزیابی می نماییم.

## تعریف خطر و انواع آن

**خطر (*Risk*) عبارت است:** از احتمال یک عارضه نامطلوب سلامت یا عاملی که این احتمال را افزایش دهد.

بدین ترتیب خطر میتواند به معنای یک احتمال باشد. بطور مثال، پاسخ به این پرسش: خطر ابتلا به سوزاک در اثر تماس جنسی با یک شریک جنسی مبتلا چقدر است؟

همچنین خطر می تواند به معنای عاملی باشد که احتمال یک عارضه نامطلوب را افزایش دهد. بطور مثال،

خطرات عمده سلامت جوانان عبارتند از: سوء مصرف مواد، رفتار جنسی نا سالم و...

شناسایی عوامل خطر زا کلید پیشگیری از بیماری ها و آسیب ها است و بکارگیری این کلید موجب ارتقاء سلامت، افزایش طول عمر بدون ناتوانی و پیشگیری از مرگ های زودرس است.

انواع عوامل خطر عواملی که با افزایش خطر و قوع بیماری همراهند عوامل خطر نامیده می شوند.

انواع عوامل خطر را می توان به عوامل موجود در محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، عوامل خطر رفتاری، فیزیولوژیک و عوامل خطر ارثی تقسیم نمود.

**عوامل خطر موجود در محیط فیزیکی شامل:** فقدان زیر ساخت های سلامت ( آب سالم، دفع مناسب فاضلاب) هوای آلوده، عوامل عفونی، سموم و .. است.

**عوامل خطر محیط اجتماعی مانند:** از هم گسیختگی خانواده ( طلاق، بیماری، مرگ یکی از والدین)، بیکاری، بیخانمانی، فقدان نظام حمایتی اجتماعی و .. می باشد.

**عوامل خطر رفتاری بیشتر به رفتار فردی وابسته است. مانند:** استعمال دخانیات، مصرف الکل، رفتار جنسی نا سالم، نداشتن کمربند ایمنی، عدم رعایت بهداشت فردی و .. است.

**عوامل خطر فیزیولوژیک مانند:** فشارخون و کلسترول بالا، بیماری های روانی، سوء تغذیه.

یادآوری می شود همیشه یک عامل خطر نیست که موجب پیشامد نا مطلوب یا بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس می شود. بلکه ترکیبی از عوامل خطر(عوامل خطر مرکب) می تواند در کنار عوامل زمینه ساز و تشدید کننده سلامتی انسان را مورد مخاطره قرار دهد. از جمله این عوامل می توان به فقر، بیسوادی، خشکسالی و قحطی، جنگ، مهاجرت و نظایر آن اشاره نمود.

شناسایی عوامل خطر را عوامل خطر زا با اثبات مواجهه قبلی با یک عامل خطر و سپس بروز بیماریها یا عارضه نامطلوب شناخته می

شود. مواجهه با عامل خطر بدین معنی است که یک نفر قبل از بیمارشدن با عامل مورد نظر تماس داشته باشد. مواجهه می تواند در یک لحظه باشد ( تماس فرد با یک بیمار سرخکی). ولی در بیمارهای مزمن مواجهه با خطر در یک دوره زمانی طولانی روی میدهد مانند سیگار کشیدن، پرفشاری خون، بی بند وباری جنسی و مواجهه با آفتاب

زمان

عامل خطر  بیماری

درک رابطه بین مواجهه و بیماری در مواردی مثل ابتلا به هپاتیت نوع  $B$  پس از فرو رفتن سوزن به دست بطور اتفاقی، یا خوردن یک غذای آلوده و ابتلا به مسمومیت غذائی در عرض سه ساعت بعد نشان دهنده علت مسمومیت غذائی می باشد. یا وقتی عامل خطر ساز بزرگ باشد مانند وقتی که مردم در معرض یک حمله با عامل شیمیائی مثل گاز خردل قرار بگیرند اثرات آن بلافاصله ظاهر می شود و به آسانی رابطه عامل خطر را در بروز بیماری شناخته می شود. ولی وقتی عامل خطر جهت بروز بیماری نیاز به زمان طولانی داشته باشد مانند عامل خطر سرطان ریه در صورت مصرف طولانی سیگار و یا عامل خطر کوچک یا ناشناخته باشد مانند خطر سرطان پانکراس در صورت مصرف قهوه، چون در آنها شبکه ای از عوامل خطر دور و نزدیک با بروز بیماری مرتبط است، تشخیص روابط بین مواجهه و بیماری شناخت عوامل خطر ساز به آسانی مقدور نیست. در این موارد نیاز به مطالعه دقیق و مقایسه دو گروه از افراد مواجهه یافته و مواجهه نا یافته با عامل خطر ساز مظنون هستیم تا بتوانیم تاثیر مواجهه را اندازه بگیریم. در صورتی که تعداد افراد مبتلا در گروه مواجهه یافته با عامل خطر مظنون بیش از تعداد افراد مبتلا در گروه مواجهه نیافته باشد، آن عامل خطر مظنون به عنوان عامل خطر شناخته می شود. تعداد مواجهه بطرق گوناگون مشخص می شود از آن جمله طول مدت مواجهه بصورت در نظر گرفتن میزان مواجهه یا تعداد روز مواجهه با عامل.

مثال فردی که 10 سال یک بسته پاکت سیگار در روز مصرف می کند با فردی که 15 سال دو بسته سیگار در روز مصرف می کند، بسیار متفاوت است.

بعلاوه ادراک خطر توسط مردم با واقعیت ها متفاوت است. مطالعات نشان داده است که مردم تعداد مرگ و میر ناشی از خطرات نادر و غیر متداول را بیش از حد معمول تخمین می زنند، در حالیکه تعداد مرگ و میر را در موارد شایعی مانند سرطان ها و دیابت کمتر از حد واقعی حدس زده بودند. هرچه عامل خطر مانند نیروی هسته ای و تروریسم دارای جنبه های

مجهول بیشتری باشد به علت ایجاد ترس، برآورد خطر بالاتری از واقعیت را القا می کند. در مقابل خطراتی که با بسیاری از مداخلات سلامت و روند های بالینی در ارتباط هستند، کمتر از واقعیت برآورد می شوند. بطور مثال مصرف آنتی بیوتیک نابجا، انتخاب سزارین وقتی که هیچ ضرورتی هم برای آن وجود ندارد، ایمن قلمداد می شوند. ولی گاهی وقتی یک عامل خطر شیوع بیشتری دارد مانند آلودگی هوا به علت مشکلات ترافیک کمتر مورد توجه قرار می گیرد. اگرچه ممکن است در مورد بیمارهای عفونی رابطه یک به یک در مورد مواجهه با عامل خطر و ابتلاء به پیامد وجود داشته باشد ولی در مورد بیمارهای مزمن و غیر واگیر و ناهنجاری (مرتبط با سلامت) ممکن است یک عامل خطر موجب پیامدهای متعدد شود و یا یک پیامد ناشی از چند عامل خطر باشد.

## ارزیابی سلامت جامعه

شناخت موقعیت جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند و پیدا کردن عوامل موثر بر سلامت و عوامل خطر توسط

1) ارزیابی جامعه

2) تحلیل اطلاعات

3) مداخلات برای حفظ و ارتقاء سلامت قابل انجام است. شاخص های اندازه گیری سلامت فرد و جامعه شاخص های علمی و مورد تایید و قابل مقایسه در تمام جهان است.

در ارزیابی هسته جامعه لازم است که اطلاعات مربوط به مطالب زیر جمع آوری شود

1- بررسی تاریخچه - ارزش ها - اعتقادات مذهبی

2- اطلاعات دموگرافیک - جنس - نژاد - سن

3- اطلاعات مربوط به خانواده، انواع آن، نوع تشکیل، طلاق و ازدواج

4- آمار مربوط به ابتلاء، مرگ و میر، موالید و اپیدمیولوژی بیماریهای مربوط به منطقه، گزارش بیماریهای واگیر و غیرواگیر، ثبت موارد سرطان ها، بیماری های مزمن و برنامه های بیمار یابی، می تواند بخوبی به ما در جمع آوری آمار ابتلا به بیماری ها کمک نماید.

5- رفتارهای مربوط به نوع زندگی بعضی از عوامل خطر رفتاری هستند مانند استعمال دخانیات، رانندگی بدون کمربند.

سلامت از حقوق اصلی و تبعیض ناپذیر هر انسانی به حساب می آید.

طبق قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت، سلامت فقط به معنی بیمار نبودن نیست، بلکه شامل برخورداری کامل از سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است.

در ظرف سال های اخیر، بعد روحانی (معنوی) سلامت هم به تعریف مزبور اضافه شده است. درک دنیا از سلامت و نیز تلاش جهانی برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت، سیر تکامل خود را ادامه میدهد. امید به زندگی در طول قرن اخیر در کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا، 30-25 سال بیشتر شده است و مطالعات، دلیل آنرا تلاش هایی که در زمینه بهداشت عمومی انجام



شده است میداند. بهداشت و مراقبت پزشکی پیوسته مکمل یکدیگر بوده اند، تلفیق این دو در اموری نظیر ایمن سازی، تنظیم خانواده، ایمنی اتومبیل ها، امنیت و بهداشت محیط کار، شناسایی سرطان زایی دخانیات و مبارزه با استعمال آن، امید به زندگی را از زمان تاسیس سازمان جهانی بهداشت تاکنون در سطح جهان 40% افزایش داده است.

باید به این حقیقت توجه داشت که توسعه پایدار برای انسان بوده و در عین حال انسان خود، محور توسعه است و سلامت بیشترین تاثیر را در پیشرفت بطرف توسعه دارد. اگر اصلاحات لازم در وضعیت سلامت فقیرترین افراد جامعه بوجود نیاید پیشرفت عمده در رسیدن به اهداف توسعه و از جمله اهداف هزاره توسعه غیرقابل تصور بنظر میرسد.

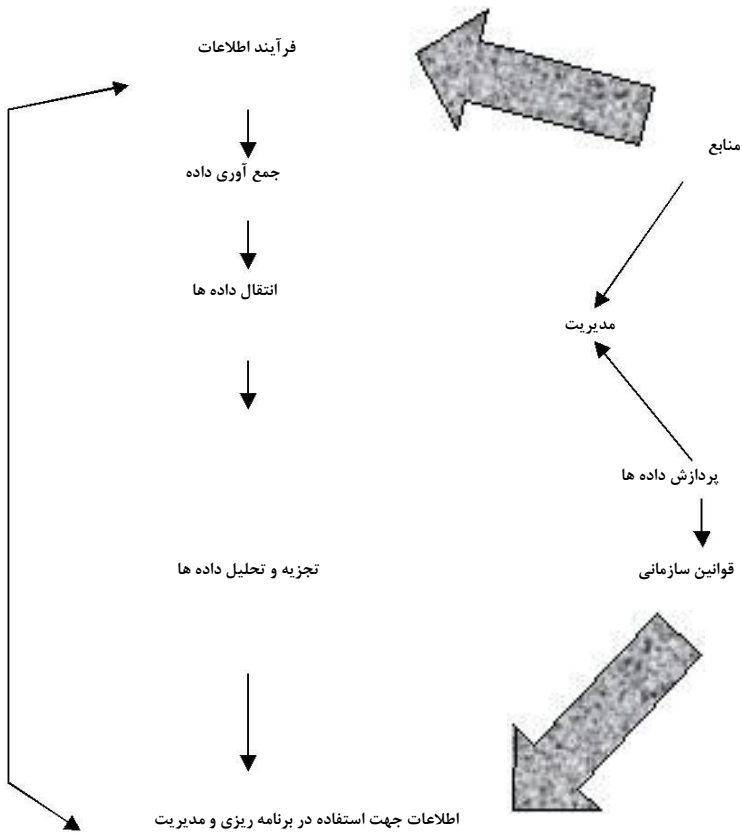
سلامت تحت تاثیر وضعیت اجتماعی است و حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیرتر بطور قابل توجهی طول عمر کوتاهتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد ثروتمند دارند. این تفاوت ها، حساسیت سلامت را نسبت به محیط اجتماعی نشان میدهد. در حقیقت سلامت مردم خیلی بیش از آنکه به مراقبت های پزشکی متکی باشد به عوامل و پدیده های اجتماعی ارتباط دارد. نظیر: امنیت غذایی و تغذیه؛ دسترسی به آب سالم و دفع بهداشتی فضولات؛ محیط زندگی در اوائل دوران کودکی؛ مسکن و محل زندگی؛ حمل و نقل؛ اشتغال و وضعیت کار کردن؛ حمایت و یا حصر اجتماعی، جنگ و درگیری. این امر غیرقابل انکار است که وضعیت اجتماعی مردم در سلسله مراتب اجتماعی که بر پایه ثروت، تحصیلات، جنس، نژاد، شهر یا روستانشینی و غیره استوار است، بصورتی جدی وضعیت سلامت آنان را شکل میدهد.

برای مثال زنان، نوجوانان و کودکان در جهان در مجموع از سلامت نازل تری برخوردارند، که علت آن تبعیض اجتماعی و عدم برابری امکان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی - درمانی است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه بعهده آنان میگذارد و نیز از نظر جایگاه آنان در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. این نقش ها و مسئولیت ها تاثیر خیلی زیادی بر علل، عواقب و سیر بیماری ها و سلامت افراد دارد.

بیعدالتی در سلامت به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد.

نظام اطلاعات سلامت دارای اجزایی به شکل زیر است که به آن چرخه گردش اطلاعات نیز اطلاق می گردد: (شکل 1)

شکل 1- اجزای نظام اطلاعات سلامت



## چالش های موجود در بخش بهداشت و درمان

در کشور ما اگر چه با تدابیری که اندیشه شده و تلاش هایی که صورت گرفته در سال های اخیر مراقبت های بهداشتی درمانی از نظر کمی و کیفی بهتر شده و شاخص های بهداشتی بهبود یافته و حتی در مقایسه با کشورهای منطقه و جهان رشد و پیشرفت چشم گیری داشته است لکن در وضعیت فعلی و تا رسیدن به وضعیت مطلوب چالشها و موانعی وجود دارد از جمله:

۱. شهری شدن جمعیت به نحوی که جمعیت روستا به سمت شهر گرایش پیدا کرده و بسیاری از روستاها خالی از سکنه شده و تعدادی از تسهیلات و امکانات بهداشتی بلااستفاده مانده و این چرخش جمعیتی مشکلات زیادی از نظر بهداشتی - درمانی در سطح شهرها و برای مسئولین بهداشت و درمان ایجاد نموده است.

۲. چرخش و انتقال اپیدمیولوژیک بیماری ها از بیماری های واگیر به غیر واگیر و تغییر رفتار مردم از نظر تغذیه و نوع آن و افزایش بیماری های متابولیک و قلبی - عروقی، ایجاد مشکلات در حمل و نقل (افزایش مرگ و میر ناشی از حوادث نقلیه ای)، بروز سرطان ها، بروز بیماری های نو پدید و باز پدید و ...

۳. مشکلات و بیماری های ناشی از آلودگی هوا، محیط و صدا بویژه در مناطق صنعتی و کلان شهرها.

۴. مسن شدن جمعیت و پدیدار شدن مشکلات بهداشت و درمان سالمندان.

۵. افزایش جمعیت در دهه های اخیر که نهایتا به افزایش میزان تقاضا در بخش سلامت منجر شده است.

طبیعی است که جهت رفع مشکلات و چالش ها موجود احتیاج به سیاستگذاری، تصمیم گیری و برنامه ریزی در تمام زمینه ها است و به عبارتی نظام سلامت ایران نیازمند بازنگری یا اصلاح است و انجام اصلاحات نیازمند اطلاعات مبتنی بر شواهد است.

## در صورتی اطلاعات موثر و مفید حاصل می گردد که

سیستم اطلاعات مدیریت سلامت کارآمد وجود داشته باشد.

سیستم اطلاعات مدیریت سلامت بطور مستقیم و غیرمستقیم و در موارد زیر بر نظام سلامت اثر داشته باعث ارتقاء موارد زیر می شود:

1. بهبود دسترسی مردم به خدمات سلامت
2. تأمین عدالت در ارائه خدمات سلامت
3. ارتقاء هزینه اثر بخشی
4. ارتقاء کیفیت مراقبت ها
5. تصحیح و تسهیل فرایندها و ساختار ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی.

یقیناً موارد فوق که نقش مهمی در اصلاح نظام سلامت دارند بدون وجود یک سیستم مطلوب محقق نخواهد شد و در صورتی که موفقیت وجود نداشته باشد پیامدهای نامطلوبی از نظر آمار و اطلاعات بوجود خواهد آمد که خود تأثیر منفی بر نظام سلامت خواهد داشت این پیامدها عبارتند از:

1. نداشتن آمار و اطلاعات مفید و به موقع جهت برنامه ریزی و تصمیم گیری
2. افزایش هزینه های جمع آوری اطلاعات
3. پائین آمدن کیفیت داده ها و اطلاعات جمع آوری شده
4. عدم قابلیت انتشار آمار در سطح ملی و بین المللی
5. عدم استفاده مطلوب از آمار و اطلاعات

لذا بازنگری در سیستم اطلاعات مدیریت سلامت موجود و اصلاح آن به منظور تحقق نظام سلامت مطلوب بسیار ضروری است.

### چهارچوب مفهومی برای نظام سلامت

برای حل هر مشکلی ابتدا باید از یک مدل برای فهم و چگونگی تعامل با آن بهره جست. برای یافتن مدل مناسب در نظام سلامت باید به دو نکته اساسی توجه داشت: الف- فهم جنبه های اساسی سلامت جامعه ب- شناخت تعیین کننده های سلامت مردم.

تعیین کننده های نظام سلامت را می توان در پنج دسته طبقه بندی نمود.

1. بیولوژی و فیزیولوژی
2. خدمات مراقبت سلامت
3. عادات مربوط به سلامت فر
4. ارتباطات افراد در محیط های فیزیکی و احساسات آنها
5. تاثیرات اجتماعی و وابسته به اجتماع

بر اساس گزارش سال 1996 سازمان بهداشت جهانی، جامعه جهانی با 4 چالش عمده روبرو بود. این چالشها عبارت بودند از:

1. بیماری های عفونی، سوء تغذیه و سطح پائین سلامت مادر و کودک 2. سیستم های بی کیفیت و دور از عدالت در ارائه خدمات سلامت 3. همه گیری بیماری های غیر واگیر دار 4. افزایش باکتری های مقاوم به درمان که مسائل زیادی را در نحوه برخورد با بیماری های مختلفی همچون: سل، مالاریا و .... را فراهم کرده است.

سال 2000 سازمان جهانی بهداشت اقدام به انتشار گزارشی نمود که در آن نظام های سلامت و وظایف آنها را از جهات گوناگون بررسی نموده و راه کارهای متفاوتی را برای تحلیل عملکرد این نظام ها ارائه نمود.

بر اساس گزارش سال 2000 سازمان بهداشت جهانی، وظایف نظام های سلامت را در کشورهای مختلف در سه گروه تقسیم بندی می شوند:

1. سطح سلامت جامعه
2. سطح پاسخگویی نظام سلامت
3. مشارکت مالی متناسب در سطح جامعه

نظام های سلامت لاقلاً از دو منظر با سایر نظام ها از جمله آموزش و پرورش متفاوت هستند. یکی اینکه مراقبت سلامت برای درصدی از جامعه هزینه های کمرشکن دارد و از طرفی به علت اینکه بخش عمده ای از این مراقبت ها غیر قابل پیش بینی می باشد، بنابراین فرد ممکن است بین ورشکستگی مالی یا سلامت یکی را انتخاب کند که این یک فاجعه است.

دومین منظر عبارت است از اینکه، ناخوشی و بیماری در نفس خود می تواند تمامی جنبه های شخصیت فردی را تحت تاثیر قرار دهد و توانایی فرد را در کنترل چیزی که برایش رخ می دهد، بسیار بیشتر از سایر وقایعی که با آن ممکن است روبرو شود، از بین ببرد.

غالباً از نظام های سلامت انتظار می رود که: قابل خرید، عادلانه، در دسترس، دایمی، با کیفیت خوب و دارای بسیاری صفات خوب دیگر باشد.

اگر نظام های سلامت کاری در قبال تامین، حفظ و یا ارتقاء سلامت انجام ندهند، فلسفه وجودی آنها زیر سوال خواهد رفت.

سوالی که امروزه از هر نظام سلامتی پرسیده می شود این است که: با در نظر گرفتن سرمایه انسانی کشور و منابع اختصاص یافته به آن، تا چه حد به آن چیزی که از آن انتظار می رفته است، پاسخ داده است؟

نظام های سلامت برای رسیدن به اهداف فوق الذکر، لاجرم ناگزیر از اقداماتی هستند که در چهار دسته فعالیتها خلاصه می شوند دسته اول این فعالیتها عبارتند از فعالیت هایی که در ارتباط با ارائه خدمات می باشند. از آنجایی که ارتقای سلامت هدف اصلی نظام سلامت است، لذا ارائه خدمات سلامت نیز اصلی ترین کارکرد آن خواهد بود. سایر کارکردها باید در جهت این کارکرد باشند لذا اهمیت کمتری دارند. گرچه سایر کارکردها نیز روی این قسمت تاثیر می گزارند. مثلاً ارائه خدمت مناسب به تامین منابع مالی بستگی دارد ولی اصولاً سازماندهی مناسب بیشترین تاثیر را روی این کارکرد می گذارد.

این ارائه خدمات باید بر اساس یک برنامه خاص صورت گیرد. **انتخاب و سازماندهی مناسب خدمات** می تواند مهمترین نقش را در ارائه خدمات سلامت به عهده داشته باشد.

دسته دوم فعالیتها شامل فعالیتهای مرتبط با تولید منابع سلامت می باشند که باید در هر نظام سلامتی طراحی و دیده شوند. در این گروه باید دید که به چه منابعی نیازمندیم.

ارائه خدمات سلامت به گونه ای کارآمد نیازمند آن است که منابع مالی، به گونه ای متعادل و متوازن، میان بسیاری از ورودی هایی که جهت

ارائه خدمات سلامت مورد استفاده قرار می گیرند، توزیع شوند که در غیر این صورت، دسترسی به عملکردی رضایتبخش غیر ممکن است. منابع مالی اعم از سرمایه ای و جاری معمولاً در جهت تولید منابع انسانی، سرمایه فیزیکی و مواد مصرفی، صرف می شوند. در تولید منابع سلامت باید به نقش بخش خصوصی و دولتی در تامین و تولید این منابع نیز دقت نمود. در عین حال بر نحوه سرمایه‌گذاری در بخش های دولتی و خصوصی و اثربخشی هر کدام، دقت بیشتری بای داشت.

نقش هزینه ها در سلامت را باید از منظر دیگری نیز دید. هر هزینه ای که در این زمینه (سلامت) هزینه می شود، درآمدی است برای هر فرد یا گروهی است که در این زمینه فعالیت دارد. اگر این درآمد زیاد باشد، فرد یا گروه مزبور تلاش بیشتری را برای دستیابی به منافع بیشتر خواهد داشت و بالطبع در مقابل فعالیت هایی که در جهت مزبور نباشد از خود مقاومت نشان خواهد داد.

دسته سوم فعالیتها در حوزه تامین منابع مالی در نظام سلامت هستند. پس از تولید منابع، باید آنها تامین شوند. اهداف تامین مالی سلامت، عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش مالی صحیح برای ارائه کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت سلامتی شخصی اثر بخش. تمام موارد فوق در تامین منابع مالی یعنی:

کاهش یا از بین بردن امکان عدم پرداخت فرد برای دریافت مراقبت ها و یا تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه ها است.

برای اطمینان یافتن از دسترسی افراد به خدمات سلامت، 3 کارکرد مرتبط در تامین مالی نظام سلامت ضروری است:

جمع آوری درآمد، انباشت و مدیریت منابع و خرید مداخلات.

روش های مختلفی برای جمع آوری درآمد در نظام های سلامت نظیر مالیات عمومی، مشارکت های اجباری در بیمه اجتماعی سلامت (معمولاً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با خطر)، مشارکت های اختیاری در بیمه های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با خطر)، پرداخت مستقیم از جیب و همچنین از موقوفات و کمک های اهدایی، مورد استفاده قرار می گیرد. در کشورهای پردرآمد، اتکای اصلی بر یکی از دو روش مالیات عمومی و یا مشارکت های اجباری بیمه اجتماعی سلامت، است. این در حالی است که در کشورهای با درآمد کم، اصلی ترین منبع اتکا، تامین مالی مستقیم از جیب مردم است.

دسته چهارم به کلیه فعالیتهای تعلق می گیرد که در ارتباط با هدایت و رهبری نظام سلامت دیده شده اند.

حکومت ها در نهایت مسئول مدیریت دقیق در امر تندرستی شهروندان هستند. سیاستگذاری و استراتژی های سلامت بایدپوشش دهنده تمامی فعالیت ها در ارتباط با کارکردهای ارائه خدمت، تولید منابع مالی و تامین منابع مالی، باشند. در اینصورت است که نظام های سلامت به عنوان یک کل، می توانند به سوی دستیابی به اهدافی که منافع عمومی در آنهاست، جهت دهی شوند و حرکت نمایند.

**تولیت نظام سلامت یعنی:** بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول تندرستی و رفاه جامعه می باشد و به میزان اعتماد ومشروعیتی که شهروندان برای فعالیت های حکومت قایل هستند اهمیت می دهد.

این کارکرد به دلایل عمده ای با بقیه کارکردهای نظام سلامت متفاوت است. اول اینکه مسئولیت نهایی عملکرد کلی نظام سلامت یک کشور، در نهایت همواره باید بر عهده حکومت قرار گیرد. دوم اینکه، تولید نه تنها بر سایر کارکردها تاثیر می گذارد، بلکه امکان دستیابی به هر یک از اهداف نظام سلامت را نظیر ارتقای سلامت، پاسخدهی به انتظارات معقول آحاد جامعه وعادلانه بودن مشارکت در تامین مالی را فراهم می آورد.

و سوم اینکه: حکومت باید اطمینان یابد که تولید در تمامی سطوح نظام سلامت جریان دارد تا حداکثر دستیابی به این اهداف ممکن گردد. در اکثر کشورهای دنیا، از مدل مراقبت سلامت اولیه استفاده شده است و در این مدل در تمامی ساختارهای جدیدارائه خدمات سلامت، مبنای ارائه خدمات، تیم سلامت می باشند. این تیم می تواند از اعضای متعددی تشکیل گردد که بر اساس سیاست های ارائه خدمات مبتنی بر بسته های خدمات تعیین می گردند.

به منظور حفظ، تامین و ارتقاء سطح سلامتی در مردم ایران، و بر اساس پیش زمینه های ذکر شده در بالا، نظام شبکه های بهداشتی درمانی در ایران تشکیل شد.

ساختار فعلی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران، منبعت از سه اصل زیر است:

1- اولویت خدمات پیش گیری بر خدمات درمانی

2- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات

3- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری

این سه اصل مبنای شکل گیری نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در قالب شبکه های بهداشتی درمانی در دهه 1360 شد.

خصوصیات اصلی این نظام شامل:

1- تعریف خدمات و مشخص نمودن آنها

2- معین نمودن استانداردهای ارائه خدمات

3- تعیین استانداردهای جمعیتی مشخص

4- ارائه خدمات بصورت سطح بندی خدمات

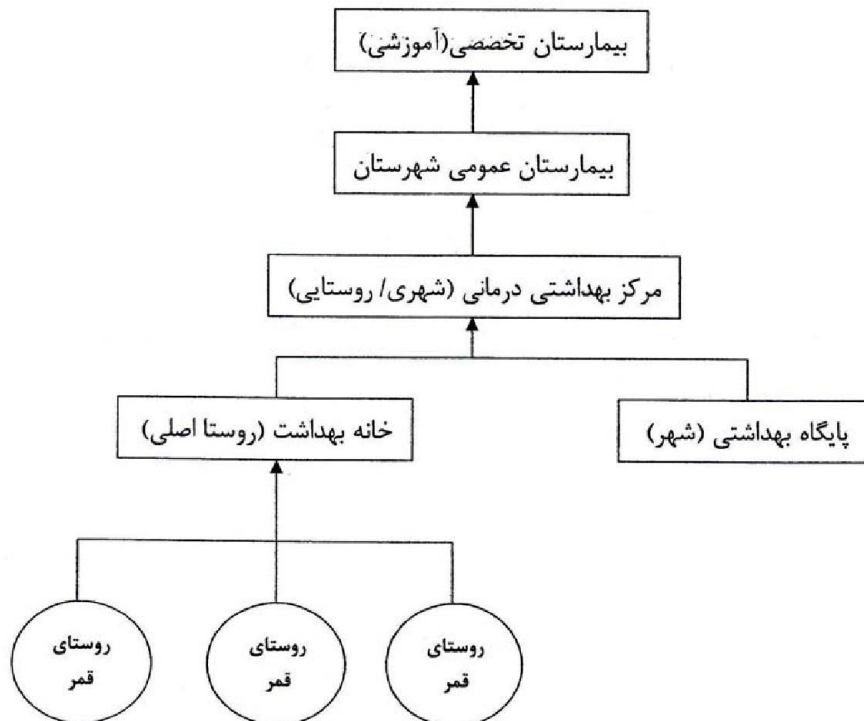
5- ارائه خدمات بصورت سطح بندی منابع

6- ارائه خدمات به صورت ادغام یافته

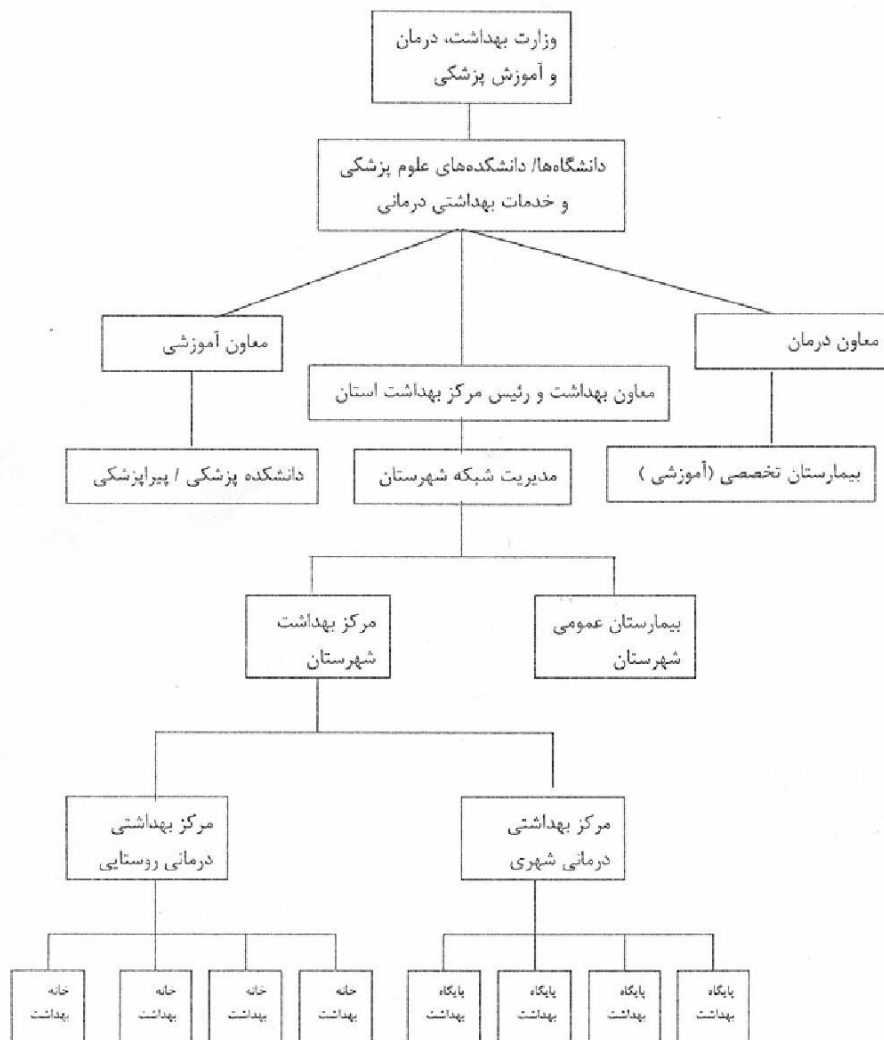
### سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در بخش دولتی

ارائه خدمات در بخش دولتی از سه سطح اصلی تشکیل شده است. سطح اول که اولین محل برخورد نظام سلامت با مراجعه کننده نیازمند دریافت خدمات سلامت است، در مناطق روستایی خانه بهداشت و در مناطق شهری پایگاه بهداشت است. اگر قرار باشد تا سطوح مختلف ارائه خدمات و مسیر دریافت خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه را ترسیم کنیم، نمودار ذیل می تواند کمک کننده باشد:

نمودار الف سطوح ارائه خدمات و نظام ارجاع







تصویر سازمانی شبکه سلامت در کشور ایران

علی رغم ساختار ارائه شده نظام سلامت در سطوح ذکر شده فوق، همچنان مشکلات متعددی در این نظام وجود دارد که در زیر به آنها اشاره می‌گردد:

گروه‌های مطالعاتی مختلفی که نظام سلامت ایران را مورد بررسی قرار داده‌اند گزارشات متعددی را ارائه نموده‌اند که یکی از این گزارشات مربوط به کارشناسان بانک جهانی است که در سال 1385 ارائه شده است:

### مشکلات موجود در سطح اول ارائه خدمات

1. ساختار بسیار متمرکز فرآیند تصمیم‌سازی در نظام سلامت ایران شامل سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرا از سطح ملی
2. همپوشانی وظایف وزارت بهداشت با سایر وزارت خانه‌ها و نهادهای همجون وزارت رفاه (سازمان‌های بیمه)، وزارت کار، وزارت نفت، وزارت جهاد، وزارت آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، سازمان محیط زیست و ...
3. مشکلات مربوط به مسائل اقتصادی و تورم و بیکاری
4. نقش بسیار بالای درآمدهای نفتی در بودجه دولت (بیش از دو سوم کل درآمدهای دولت)
5. عدم هماهنگی ارائه خدمات با تغییرات اپیدمیولوژیک
6. سیستم‌های تأمین مالی و ارائه خدمات موازی
7. آمادگی پائین برای پاسخگویی به فوریت‌های اپیدمیولوژیکی
8. عدم وجود دستور عمل‌های واضح و مشخص در سطوح مختلف ارائه خدمات بخصوص سطح اول و دوم
9. عدم هماهنگی دانشی بین ارائه‌کنندگان خدمت و بسته‌های خدماتی که ارائه می‌شوند.
10. منابع تأمین مالی بسیار متعدد هستند و نظام بیمه‌ای کامل و همه‌گیری در سطح کشور وجود ندارد و سازمان‌های بیمه بیشتر به عنوان پرداخت‌کننده صرف عمل می‌نمایند تا به عنوان خریدار خدمات هدفمند
11. عدم توجه به کیفیت ارائه خدمات در پرداخت‌ها و توجه به فعالیت‌های کمی می‌باشند
12. نظارت ضعیف بر عملکرد بخش غیر دولتی بالاخص در شهرهای بزرگ
13. تغییرات دموگرافیک شامل تغییر در ساختار سنی جمعیت و تبعات آن
14. تغییرات مربوط به تغییرات اپیدمیولوژیک شامل: توزیع نابرابر بیماریها در سطح شهر و روستا و مناطق برخوردار و غیر برخوردار و افزایش بیماریها و حوادثی نظیر مرگ ومیر ناشی از تصادفات، شیوع دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی و مشکلات روانی

مهمترین مداخله‌ای که در نظام‌های سلامت رخ داده است، اصلاح نظام سلامت بوده است و اصلاح نظام‌های سلامت یکی از اساسی‌ترین مداخلات در نظام‌های سلامت است. در اصلاح نظام سلامت باید اصولی را رعایت نمود که آن را می‌توان تحت عنوان چرخه اصلاح نظام سلامت بیان نمود. البته این چرخه در حل مسئله و تمامی مشکلات موجود در نظام‌های سلامت نیز کاربرد دارد.

این چرخه می تواند راهنمای کارایی و عدالت، فرایند تنظیم سیاست سلامت و در صورت لزوم تغییر در سیاست ها باشد و شامل مراحل زیر است:

- 1) تعریف مسائل
- 2) تشخیص علل پدید آمدن آنها
- 3) تدوین طرحها
- 4) گرفتن تصمیم و داشتن تعهد سیاسی در مورد برنامه های ابتکاری اصلاحات
- 5) اجرای برنامه ها برای اصلاحات
- 6) ارزشیابی پیامدهای آنها.

این چرخه، همانند کیفیت یک چرخه در یک سطح نیست و مرتبا به سوی بالا در حرکت است. با شکل گیری مسائل جدید که سیاستگذاران باید به آن ها بپردازند، چرخه مجدداً آغاز می شود که از آن به عنوان چرخه سیاستگذاری نامبرده می شود.

یکی از مهم ترین مسئله ای که در بیان مساله مطرح است این است که باید بخش سلامت را باید به عنوان یک وسیله دید و نه یک هدف، و مسائل را نیز باید به صورت پیامد تعریف کرد. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت جامعه است.

است. وضعیت سلامت را می توان با پرسش هایی مانند «افراد چقدر عمر می کنند، چه ناتوانی هایی دارند و این ناتوانی ها در گروه های جمعیتی مختلف چه تفاوت هایی دارند؟» مورد بررسی قرار داد. دومین مجموعه از پیامدها میزان رضایتمندی است که مراقبت های سلامت در میان شهروندان جامعه به وجود می آورد.

سومین مجموعه از پیامدها، محافظت در برابر خطرات مالی است که به معنی توان نظام مراقبت سلامت برای حفاظت از افراد در برابر فشارهای خطیر مالی است که به سبب بیماری پدید می آید.

#### دوم: تشخیص علل مسائل بخش سلامت

شناسایی عوامل ایجاد کننده نتایج غیر رضایت بخش در بخش سلامت، قدم بعدی خواهد بود. مجریان بخش سلامت باید از طریق جستجو در آنچه که پنج اهرم کنترل بخش سلامت نامیده میشود، به بررسی علل مسائل بپردازند. اهرم کنترل نظام سلامت چیزی است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین کننده و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد، به بیان دیگر اهرمهای کنترل نشان دهنده جنبه های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات سلامت در آن ها تغییراتی ایجاد می شود. تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین کننده قابل ملاحظه ای داشته باشند، اهرم کنترل محسوب میشوند.

در زیر خلاصه ای از اهرمهای کنترل آورده می شود:

● **تأمین مالی:** یعنی همه سازوکارها که جهت فراهم نمودن پولی که برای فعالیت های بخش سلامت پرداخت می شود. این سازوکارها عبارتند از مالیات، حق بیمه و پرداخت های مستقیم توسط بیماران. طراحی مؤسسات جمع آوری کننده پول (به عنوان مثال شرکت های بیمه و صندوقهای بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویتهای مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل است.

● **پرداخت:** یعنی روش های مربوط به انتقال پول به ارائه کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان ها و سایر کارکنان بخش سلامت) از قبیل دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه و بودجه. این روشها به نوبه خود ایجاد انگیزه هایی می کنند که بر چگونگی رفتار ارائه کنندگان تأثیر می گذارد. پول پرداخت شده به صورت مستقیم توسط بیماران نیز در این اهرم کنترل میگنجد.

● **سازماندهی:** عبارتست از سازوکارهایی که مجریان بخش سلامت برای تأثیر گذاردن بر مجموعه ای مختلط از ارائه کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه کنندگان، از آن ها استفاده می کنند. این ساز و کارها عبارتند از اقداماتی که بر رقابت، تمرکز زدایی و کنترل مستقیم ارائه کنندگانی که به ارائه خدمات دولتی می پردازند، تأثیر می گذارند. این امر موارد زیر را شامل می شود: چه کسی چه کاری را انجام می دهد، چه کسی با چه کسی رقابت می کند و نیز جنبه های مدیریتی کارکرد داخلی ارائه کنندگان از قبیل چگونگی انتخاب مدیران و چگونگی پاداشدهی به کارکنان.

● **وضع مقررات:** یعنی استفاده از اقدامات وادارکننده و الزام آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارائه کنندگان مراقبت سلامت، شرکت های بیمه و بیماران. لازم به ذکر است. تدوین مقررات به معنی پذیرش و اجرای آن نیست. مجریان بخش سلامت باید به نکاتی توجه نمایند تا رعایت مقررات به صورتی که انتظار میرود تضمین شود.

● **رفتار:** شامل اقداماتی برای تأثیر گذاشتن بر کارهایی است که افراد (هم ارائه کنندگان و هم بیماران) در ارتباط با سلامت و مراقبت سلامت انجام میدهند. این اهرم کنترل موارد مختلفی را از برنامه های رسانه های گروهی در مورد سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی، ایدز و استفاده از انجمنهای پزشکی برای تأثیر بر رفتار پزشکان (به عنوان مثال القای مصرف کاذب) گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان را برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارائه کنندگان و صرفنظر از درخواستهای بیفایده و بعضاً مضر شامل میشود.

اهرم های کنترل همه چیزها را توضیح نمی دهند. سایر عوامل فرهنگی و ساختاری نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می گذارند. به عنوان مثال درک علت عدم کارکرد مؤثر نهادهای واضع مقررات و ناظر در کشور، ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت های فرهنگی آن کشور و از جمله سرمایه های اجتماعی آن باشد. این ها عواملی هستند که مجریان بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آنها نیستند.

#### سوم: تدوین سیاست

هنگامی که علل پدید آمدن یک مسأله شناسایی شد، سؤال بعدی که مطرح می شود این است که چه باید کرد؟ درمان صحیح این مسأله چیست؟ چه سیاست مناسبی می توان برای رفع این علل اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست مشکلتر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر میرسد.

● **ایده های جدید:** تفکر انسانی قویاً تحت الشعاع پندارها و عادت هاست. حرفه های مختلف معمولاً اعضای خود را با یک الگوی خاص آموزش می دهند و این راه ها فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت میکنند، به عنوان مثال اقتصاددانان تمایل دارند به همه چیزها به زبان قیمت و بازار نگاه کنند، در حالی که متخصصان بهداشت عمومی تا حد زیادی بر همه گیری شناسی و پیشگیری متمرکز دارند.

هنگامی که سازمان های قدرتمند، مانند سازمان جهانی بهداشت، الگویی خاص را در حیطه ای مشخص می پذیرند و آن را ترویج می دهند، تغییر مشکل تر می شود ولی به هر حال تجارب سایر ملل یا تجربه سازمان های بین المللی اولین منبع ایده های جدید است. به طور قطع از آن جا که شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در کشورها متفاوتند، لازم است ایده های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی سازگار شود. ابتکارات و نوآوری سیاست ها در خارج از بخش سلامت منبعی دیگر برای ایده های جدید به شمار میروند و منبع سوم ایده ها، مباحث نظری است.

● **آینده نگری:** به منظور ایجاد طرحی مؤثر برای بهبود بخش سلامت، مجریان مجبورند از پیش به فکر مرحله های تصمیم گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست ها را با توجه به آنها طراحی کنند. بخشی از تفکر آیندهنگر به سیاست مربوط می شود. نگاه کردن به نوآوری سیاست ها، به عنوان یک تجربه، به سیاستگذاران امکان میدهد تا طرحهای پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی کنند.

● **فرایند طراحی:** وظیفه طراحی طرح هایی به منظور تغییر در سیاست های ملی سلامت به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده های اصلاحات و هم فرایند شکل گیری این ایده ها را دربرمی گیرد. فرایند طراحی، مرحله ای کلیدی در جلب حمایت ها برای اصلاحات است. از این رو فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی صحیح و از نظر سیاسی امکانپذیر باشد.

#### چهارم: تصمیم گیری سیاسی

پذیرش یک طرح پیشنهادی برای تغییر، اغلب بر تصمیم گیری سیاسی توسط شاخه های اجرایی و قانونگذار حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالشهای سیاسی دشوار مواجه است گروههای ذینفع سازمان یافته که منافع زیادی در نظام فعلی دارند (به عنوان مثال پزشکان، شرکت های تجهیزات پزشکی، صاحبان بیمارستان ها و صنعت داروسازی) امکان دارد با تغییر مخالف باشند. از سوی دیگر کسانی که قرار است از این تغییرات سود ببرند، (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان) اغلب از قدرت و سازماندهی کمتری برخوردارند. برخی افراد درون نظام سلامت که قرار است به صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند

(مثلاً پزشکان خانواده جدید که باید تربیت شوند) اصلاً ممکن است هنوز وجود نداشته باشند و بنابراین نمی توانند نقش مؤثری ایفا کنند. همیشه در کشاکش تصمیمگیریهای سیاسی، آینده سهم کمتری نسبت به گذشته دارد. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است؛ این امر به معنی شناسایی گروه ها و افرادی است که روی هم رفته از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهاد شده برخوردار باشند. علاوه بر این، کار سیاسی فقط با پذیرش یک طرح پایان نمی یابد، بلکه در اینکه آیا اصلاحات به صورتی دلسوزانه و درست اجرا میشوند یا خیر، نقش مهمی دارد.

تغییر در بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر رفتار سازمان ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ چیز جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال تقریباً همیشه مقاومت در برابر تغییر وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت روانشناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید غریبه و ناآشنا هستند. صرفاً همین جدید بودن در مورد بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می کند.

نیروی دیگری که مانع از تغییر می شود، دشواری دست کشیدن از راه های آشنای قبلی است. الگوهای ریشه دار تفکر و رفتار که به آهستگی تکامل پیدا کرده اند و در گذشته خوب جواب داده اند میتوانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند.

### ششم: ارزشیابی

ارزشیابان با تجربه میدانند که ارزشیابی موفق باید حتی پیش از اجرای هر برنامه جدید شروع شود. تعیین آثار هر سیاست جدید در تغییر دنیای پیرامون، ذاتاً کاری دشوار است. ساده ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می افتد، بررسی میکند. با وجود اینکه بررسی بسیاری از مسائل مرتبط با ارزشیابی اصلاحات بخش سلامت در این مجال شدنی نیست، اما به خاطر سپردن چند درس اساسی در مورد نقش داده ها در ارزشیابی مبتنی بر شواهد برای مجریان اصلاحات الزامی است. اولاً جمع آوری داده ها رایگان نیست و معمولاً برای داشتن داده های بهتر باید بیشتر خرج کرد. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه ها و مفید بودن داده ها تعادل برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده ها مربوط به کسانی است که گزارشها را تهیه میکنند. اگر تأمین داده های خوب پرهزینه باشد و منابع کافی برای آن در نظر گرفته نشود، داده های نامناسبی گردآوری خواهد شد. در مجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان بخش سلامت باشد. برای ارزشیابی نمیتوان صبر کرد تا ابتدا برنامه اجرا شود. داده های پایه ای باید پیش از اجرا جمع آوری شود و نظامهای اجرایی باید طوری طراحی شود که ارزشیابی را مدنظر داشته باشد.

### ارزیابی عملکرد سیاست های گذشته

۱. تاکنون تعیین وضعیت سلامت در کشور، بر اساس داده هایی که از سیستم جاری اطلاعات در شبکه بهداشت و درمان جمع آوری می گردد، تعیین شده است.

۲. در وزارت بهداشت تعدادی سیستم مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد، مثل سیستم مالی جاری، سیستم منابع انسانی، فهرست برداری و کنترل لکن این سیستم ها در حداقل بوده و پیشرفت نکرده اند.

۳. سیستم های اطلاعاتی برای نظام بیمه و بصورت کامپیوتری وجود دارد ولی اینکه جوابگوی مسائل گوناگون باشد روشن نیست.

۴. در بعضی از بیمارستان ها سیستم کامپیوتری و مدیریت اطلاعات سلامت مستقر شده لکن عمدتاً موارد مالی را پیگیری می کند.

۵. عدم وجود سیستم های ارجاع در کشور مسئله بزرگی است بویژه در سطح اول به دوم و سوم این مسئله بر روی مدیریت اطلاعات سلامت اثر گذاشته و باعث جلوگیری از استقرار سیستم مدیریت اطلاعات سلامت کامل و مکانیزه شده است.

۶. سیستم اطلاعات خدمات اولیه بهداشتی استقرار یافته که باعث افزایش سرعت اطلاعات و رساندن آن به تصمیم

گیرندگان، بهبود جریان داده ها و نهایتاً بهبود جریان اطلاعات شده است.

۷. سیستم ها بصورت پراکنده و بعضاً موازی در واحدهای مختلف وجود داشته و بطور نسبی موفقیت هایی در پی داشته اند.

۸. تاکنون ارزیابی جامعی از وضعیت مدیریت اطلاعات سلامت از نظر کمی و کیفی صورت نگرفته است لکن توسط بعضی از مشاوران خارجی بویژه کارشناس بانک جهانی طی بازدیدهایی که از مدیریت اطلاعات سلامت داشته اند گزارشی از چگونگی بازدیدوارزیابی خودارزیابی خودارزیابی ارائه نموده اند.

۹. دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری از سیاست ها و برنامه های خود در سطح دانشگاه ها بطور دوره ای ارزیابی داشته و آنها از نظر عملکردشان در زمینه مدیریت اطلاعات سلامت رتبه بندی نموده است.

۱۰. طبق ماده ۸۸ قانون چهارم توسعه کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت سیاست زیر را اجرا نماید:

### "طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی"

اگر چه در خصوص این سیاست اقداماتی صورت گرفته لکن هنوز سیاست مذکور بطور کامل تحقق نیافته است. لازم است مسئولین وزارت متبوع توجه بیشتری به این مسئله بنمایند.

امروزه مدیریت استراتژیک مورد توجه بسیاری از مدیران و سازمان ها قرار گرفته است، اعمال مدیریت راهبردی (استراتژیک) یا برنامه ریزی راهبردی سازمان نیازمند آگاهی مناسب از شرایط داخلی سازمان و موقعیت آن در قبال سایر سازمان های اداری با ماموریت مشابه است. بنابراین دستیابی به آن بدون وجود یک نظام اطلاعاتی مدیریتی کارا و مناسب دور از دسترس می نماید این نظام اطلاعاتی امکان شناسایی نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت های پیش روی سازمان برای شناسایی اهداف راهبردی و نیز راهبردهای گوناگون را فراهم می سازد. امروزه نظامهای اطلاعاتی در سازمان ها و مراکز به عنوان اعضای حسی مدیر عمل می کنند و وی را در ترسیم نمای فعلی و دور نمای راهبردی سازمان کمک می نماید. بنابراین یک نظام اطلاعاتی مناسب می تواند شواهد لازم برای تصمیم گیری و عملکرد صحیح مدیریت سازمان را فراهم آورد.

در این راستا طراحی و استقرار نظام اطلاعاتی مناسب و کارا که بتواند اطلاعات و آمار دقیق و به هنگام را جهت تصمیم گیری و سیاستگذاری برای مدیران و کاربران مهیا سازد، بسیار ضروری و لازم است.

یک سیستم سلامت پویا و زنده مستلزم برخورداری از یک نظام اطلاعات کارآمد است. یک سیستم اطلاعات کارآمد در بخش سلامت با وجود تنگناها و محدودیت منابع و نامحدود بودن نیازها می تواند بیشترین کارایی و اثر بخشی را ایجاد نماید. به عبارت دیگر کارایی و اثر بخشی نظام سلامت بجز از طریق استقرار یک نظام اطلاعات کارآمد به هیچ طریق دیگر امکانپذیر نخواهد بود.

یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت حمایت از کشورها در جهت ایجاد سیستم های بهداشتی است که ارائه خدمات

و مراقبت های بهداشتی موثر به تمام مردم را بر مبنای رویکرد مراقبت های اولیه بهداشتی تعیین کنند ایجاد سیستم های اطلاعات سلامت ملی که پایش خدمات سلامت را امکان پذیر می سازد از موضوعات مورد تأیید سازمان مذکور می باشد.

**یک نظام اطلاعات سلامت:** شامل قرار دادن اجزاء و روشهای سازمان یافته در کنار هم به منظور تولید اطلاعاتی است که تصمیم گیری در مدیریت خدمات سلامت را در تمام سطوح نظام سلامت بهبود می بخشد. در نظامهای اطلاعات سلامت جمع آوری داده ها، پردازش، گزارش دهی و استفاده از اطلاعات ضروری به منظور بهبود اثر بخشی و کارایی خدمات سلامت و در نتیجه مدیریت بهتر در تمام سطوح خدمات سلامت یک امر واجب می باشد.

### نقش آمار و اطلاعات در نظام مدیریت سلامت

با توجه به نقش و اهمیت آمار و اطلاعات در ابعاد گوناگون بویژه از جنبه سیاستگذاری، تصمیم گیری و برنامه ریزی در سطوح مختلف مدیریتی و اصولاً برای کلیه کاربران، مسئله موجود این است که آیا سیستم فعلی تأمین کننده نیازهای مورد نظر می باشد یا خیر، جهت پاسخ به این پرسش بسیار مهم ضروری است به سوالات مطرح ذیل جواب داده شود:

1. آیا شاخص ها تولیدی پاسخگوی نیازهای واقعی اطلاعات در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت هستند؟
2. آیا اقلام اطلاعاتی جهت تولید حداقل شاخص های مورد نیاز تعیین و تدوین شده اند؟
3. آیا اقلام اطلاعاتی برای تامین حداقل نیازها می باشند؟
4. آیا ابزارهای گردآوری اطلاعات دارای کیفیت مطلوب هستند؟
5. آیا مراحل انتقال و پردازش داده ها موثر و مفید هستند؟
6. آیا تجزیه و تحلیل داده ها در سطوح مناسب و ضروری صورت می گیرند؟
7. آیا کیفیت اطلاعات از نظر دقت، صحت، کامل و به هنگام بودن مناسب است؟
8. آیا از اطلاعات برای تصمیم گیری - برنامه ریزی و سیاستگذاری و اصلاح مدیریت استفاده می شود. میزان استفاده از آن چقدر است؟
9. آیا مدیران مافوق پس از استفاده از اطلاعات گزارش شده پس خوراند لازم را به مدیران میانی و محیطی و کارکنان ارائه می دهند؟
10. آیا پس خورندهای دریافتی توسط کارکنان دارای نظم و انسجام و از ارتباط درست برخوردارند و علاوه بر داشتن اعتبار منطبق با واقعیات هستند؟

یقیناً جواب سوالات فوق حداقل بصورت بینابینی و یا عبارتی پنجاه درصد منفی است و این بدین معنی است که مجموعه این سیستم کارایی لازم را ندارد و جهت بهره برداری مطلوب احتیاج به **بازنگری، اصلاح، تقویت، ارتقاء و توسعه** دارد.



نکته قابل توجه در اینجاست که چه مشکلاتی باعث بوجود آمدن وضعیت فعلی نظام اطلاعات مدیریت سلامت شده و یا به تعبیری چه علل و عواملی در ایجاد این وضعیت موثر بوده است. بنظر اکثر صاحبان نظر و کارشناسان این امر، علل و عوامل زیر در بوجود آمدن چنین وضعیتی تأثیر گذار بوده اند.

### علل و عوامل موثر بر مساله

همانگونه که قبلا اشاره شد عوامل متعددی در ایجاد، گسترش و توسعه نظام اطلاعات سلامت موثر است، تأثیر این عوامل در ابعاد مثبت و منفی قابل توجه و تحلیل می باشند. این عوامل می توانند بصورت مثبت به عنوان عوامل تقویت کننده یا نقاط قوت و بصورت منفی بعنوان موانع توسعه یا نقاط ضعف سیستم بر آن تأثیر بگذارند. هر کدام از این عوامل که در زیر فهرست می شوند به نوبه خود متأثر از عوامل جزئی دیگر هستند که مجموعه این عوامل می توانند بصورت شبکه ای از عوامل تأثیر گذار در سیستم باشند.

به هر حال به منظور بهبود، تقویت و گسترش سیستم بایستی هر عامل مورد تحلیل قرار گیرد و ضمن رتبه بندی از نظر تأثیر گذاری بر موضوع، جنبه مثبت و منفی آن مشخص گردد و اگر بصورت مانع تعیین شود نسبت به رفع آن اقدام و در صورتی که بعنوان یک نقطه قوت برای سیستم محسوب شود نسبت به بکارگیری و تقویت آن کوشش نمود.

### عوامل اثر گذار و عوامل فرعی مربوط به آنها:

#### ۱- ساختار، تشکیلات

- نیروهای متخصص

- مجوزهای لازم برای جذب این نیروها

- بازنشستگی یا انتقال برخی از نیروهای موجود به سایر واحدهای خارج از این حوزه

#### ۲- مدیریت

- تغییرات پی در پی و سریع مدیران

- انتخاب افراد مناسب در پست های مدیریتی تخصصی

- نگرانی برخی مدیران نسبت به جابجائی از پست های مدیریتی فعلی خود

- روندهای سخت اداری در خصوص اقدامات اجرائی

- قوانین و مقررات اداری غیر ضروری

#### ۳- قوانین و مقررات

- حمایت از بخش خصوصی جهت ورود به حوزه مدیریت اطلاعات سلامت

- لزوم ارتباط در حوزه های نظام اطلاعات سلامت و دستگاه های مقننه و قضائیه

- نگاه غالب دولت محوری در دوره هائی از مدیریت کلان کشور

#### ۴- استاندارد نمودن

- وجود فرهنگنامه داده های سلامت ملی
- نگرش لازم در خصوص تدوین استانداردهای موجود
- آگاهی قانون گذاران نسبت به اهمیت و نقش اطلاعات
- قوانین لازم در زمان مورد لزوم

#### ۵- هماهنگی و همکاری درون بخشی و برون بخشی

- انگیزه و تعهد لازم همکاری در افراد و بخش های داخلی
- مستندسازی برنامه ها و فرآیندها
- همکاری بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت

#### ۶- ادغام سیستم ها

- نظام های اطلاعاتی متعدد و موازی و غیر متمرکز
- سیستم جامع و یکپارچه اطلاعات سلامت
- نظام متمرکز انتشاراتی

#### ۷- توسعه و گسترش بیشتر

- اعتبار لازم
- تکلیف قانونی
- تعهد و شناخت مسئولین این موسسات در زمینه دادن بازخورد

#### ۸- پایش مداوم و بازنگری سیستم های موجود

- نظام اطلاعات سلامت جامع
- برنامه پایش در اجرا
- ابزار لازم ارزشیابی
- نیروی ماهر در امر ارزیابی
- اعتبار لازم برای ارزشیابی

## ۹- توسعه منابع

- نگاه استراتژیک به مقوله نظام اطلاعات سلامت
- نگرش مسئولین نسبت به فرآیند ارتقاء شغلی کارکنان
- تخصیص منابع به خدمات فوری سلامت
- بودجه برنامه ای
- تحول برآورد هزینه - درآمدها

## ۱۰- توسعه فنآوری

- آگاهی از فنآوری اطلاعات
- سرمایه گذاری لازم در زمینه فنآوری اطلاعات
- نقش بخش خصوصی در زمینه فنآوری اطلاعات

## ۱۱- توانمندسازی

- آموزش کافی در زمینه ضرورت اطلاعات در دوره دانشجویی
- تألیف و ترجمه در زمینه
- توجه کافی مسئولین به امر آموزش حین خدمت
- سرمایه گذاری لازم برای آموزش کارکنان

## ۱۲- تعیین اولویت های تحقیقات

- بودجه مناسب برای پژوهش
- آگاهی و نگرش در این زمینه
- توجه مسئولین به امر پژوهش

## ۱۳- سهیم نمودن بخش خصوصی در تحقیقات مورد نیاز

- تعامل و همکاری بین بخشی
  - رعایت حقوق معنوی بخش خصوصی
  - تحلیل و ارزیابی از نظام موجود
- مدیریت اطلاعات سلامت در ایران وضعیت بینابینی را نشان می دهد که می تواند بخشی از نیازهای اطلاعات سلامت را تأمین نماید و برای کل نیازهای اطلاعاتی کافی نبوده و یک ضرورت اساسی برای بهینه کردن نظام اعم از اصلاح، ارتقاء و توسعه آن در همه جوانب می باشد.

### مشکلات (موانع) توسعه:

- ۱- مشخص نبودن جایگاه آمار و اطلاعات در ساختار وزارت بهداشت
- ۲- کمبود نیروی متخصص
- ۳- کمبود پست های تخصصی
- ۴- نبود شرح وظائف مشخص و مصوب برای پست های تخصصی
- ۵- نبود تولید (حاکمیت) مناسب و معین
- ۶- نبود تعهد لازم از طرف مسئولین ارشد وزارت متبوع
- ۷- نبود حمایت لازم مدیران ارشد از آمار و اطلاعات
- ۸- نبود شناخت کافی نسبت به اهمیت آمار و اطلاعات نزد مدیران
- ۹- وجود سیستم اداری پیچیده و وقت گیر
- 10- عدم اعتقاد و نگرش مدیران به ارتقا کیفیت آمار و اطلاعات
- ۱۱- عدم سرمایه گذاری لازم نسبت به ارزش آمار و اطلاعات
- 12- نبود قوانین لازم مربوط به نظام مدیریت اطلاعات سلامت
- 13- نبود قوانین مربوط به حق مالکیت معنوی
- 14- عدم پشتیبانی از بخش خصوصی تولید کننده نرم افزار مربوط به اطلاعات سلامت
- 15- نبود قوانین الزام آور برای بخش خصوصی ارائه کننده خدمات سلامت جهت همکاری با بخش دولتی
- 16- نبود فرهنگنامه داده های سلامت ملی
- 17- نبود استاندارد در چرخه گردش اطلاعات
- 18- نبود ابزار مناسب و استاندارد جمع آوری داده ها
- 19- نبود استانداردهای نرم افزاری

- 20- جمع آوری اطلاعات نامناسب و نامربوط
- 21- پائین بودن کیفیت اطلاعات
- 22- عدم بازیابی و ساماندهی داده های جاری
- 23- نبود نظام آمارهای ثبتي
- 24- نبود سیستم گزارش دهی و بازخورد منظم
- 25- نبود هماهنگی و همکاری های درون بخشی و برون بخشی (مشخصا بخش خصوصی)
- 26- عدم یکپارچگی نظام اطلاعات سلامت
- 27- عدم تمرکز انتشار آمار و اطلاعات
- 28- وجود سیستم های موازی جمع آوری اطلاعات
- 29- نبود قوانین الزام آور برای همکاری
- 30- نبود انگیزه کافی مادی برای بخش خصوصی
- 31- نبود بازخورد لازم در خصوص فوائد توسعه نظام اطلاعات سلامت برای موسسات مرتبط
- 32- نبود پایش مستمر
- 33- نبود ارزیابی و ارزشیابی لازم دوره ای
- 34- عدم وجود بازنگری و اصلاح سیستم ها
- 35- کمبود نیروی انسانی متخصص و ماهر
- 36- نبود انگیزه کاری در کارکنان از نظر مادی و معنوی
- 37- نبود امنیت شغلی
- 38- نبود فرآیند مناسب ارتقاء شغلی
- 39- وجود مشکلات مالی و اعتباری

#### 40- کمبود فضای فیزیکی و تجهیزاتی

جهت ارزشیابی نظام اطلاعات مدیریت سلامت نیاز به شاخص های کلانی است که این سیستم را مورد سنجش قرار داده و میزان موفقیت کمی و کیفی آنرا اندازه گیری نماید به نظر گروه بررسی، شاخص های زیر می تواند انتظار فوق را برآورد نماید.

##### ۱. میزان کیفیت اطلاعات جمع آوری شده.

این شاخص کیفی توسط سه شاخص زیر به شاخص کمی تبدیل و قابل اندازه گیری است:

۱-۱- میزان درست بودن داده های (اطلاعات) دریافتی

۱-۲- میزان کامل بودن داده های (اطلاعات) دریافتی

۱-۳- میزان به هنگام بودن داده های (اطلاعات) دریافتی

##### ۲. میزان استفاده از اطلاعات جمع آوری شده:

این شاخص نیز اگر چه به نوعی کیفی است ولی قابل اندازه گیری از طریق تبدیل آن به شاخص های کمی زیر است.

۲-۱- تعداد سیاست های اجرا شده مبتنی بر شواهد اطلاعاتی

۲-۲- تعداد تصمیم هایی که با استفاده از اطلاعات موجود گرفته شده است

۲-۳- تعداد برنامه هایی که بر اساس اطلاعات موجود تدوین و تهیه شده اند.

۳. تعداد حوزه های جغرافیایی و مدیریتی که از پوشش اطلاعاتی برخوردارند.

۴. تعداد ارزیابی یا ارزشیابی هایی که به منظور سنجش کارایی در طول سال انجام شده است.

۵. میزان دسترسی مردم به اطلاعات جمع آوری شده از بخش خصوصی ارائه کننده خدمات سلامت در سال.

۶. تعداد سیستم های اطلاعاتی استاندارد شده در سال.

۷. تعداد پژوهش های اطلاعاتی انجام شده در سال.

۸. تعداد سیستم های استاندارد اطلاعاتی استقرار یافته در سال.

۹. تعداد منابع مورد استفاده جهت بهبود نظام اطلاعات در سال.

عملی بودن آنها مد نظر قرار گیرد لازم است:

## عزم راسخ مسئولین

### هماهنگی در تصمیم گیری و اجرای سیاست ها

### حمایت

### همت و خواست واقعی

در حقیقت شاید بتوان این مسائل را جزء الزامات اجرایی علاوه بر الزاماتی که قبلا به آن اشاره گردید بر شمرده که در صورت توجه به آنها هدف دسترسی به یک نظام اطلاعات سلامت موفق تحقق خواهد یافت. تیم بررسی کننده پس از بحث و تبادل نظر بصورت گروهی به این نتیجه رسیدند که جهت بهبود، اصلاح و ارتقاء نظام اطلاعات مدیریت سلامت بایستی مداخلات زیر را انجام داد.

همانگونه که قبلا مشاهده گردید اکثر قریب به اتفاق اهداف دارای زیر مجموعه ای مرتبط هستند که به نوعی شکل عملی تر اهداف می باشند و به تعبیری می توان از آنها بعنوان اهداف راهبردی نام برد که البته برای اجرایی نمودن آنها بایستی برنامه جامع عملیاتی تدوین نمود که راهبرها، فعالیت ها و چگونگی اجرای فعالیت ها از نظر گروه هدف، زمان اجرا، مسئول اجرا و اعتبار مورد نیاز آن مشخص باشد. در زیر به توصیف هدف های کلی و راهبردی انتخابی بصورت جزئی تر می پردازیم.

## ۱- ارتقاء تولیت (حاکمیت) مدیریت اطلاعات سلامت

### ۱-۱- اصلاح ساختار و ایجاد تشکیلات مناسب در تمامی سطوح اعم از ستادی و محیطی

برای تحقق یک نظام اطلاعات سلامت موفق که نیازهای اطلاعاتی یک موسسه، سازمان و یا یک وزارتخانه را تأمین نماید احتیاج به ساختار و تشکیلاتی است که در آن با توجه به اهداف و برنامه های تعریف شده تعدادی پست اعم از تخصصی و غیر تخصصی در نظر گرفته شود و برای هر یک از پست ها یا در حقیقت پرسنل مربوطه شرح وظایف تعریف و تصویب گردد.

### ۱-۲- تقویت و بهبود مدیریت نظام آمار و اطلاعات سلامت و متمرکز نمودن هدایت و رهبری

بدیهی است که وجود تشکیلات کافی و مناسب بدون مدیریت کارا، که بتواند نیروها را سازماندهی کند و برنامه ها را به خوبی هدایت و رهبری و پایش و نظارت نماید فاقد اعتبار است و قطعاً مفید و موثر نخواهد بود. در اصلاح و ارتقاء نظام اطلاعات سلامت مدیریت با کفایت نقش کلیدی و تأثیر گذار دارد. طبیعی است که در این حالت مشخص شدن جایگاه نظام آمار و اطلاعات از نظر تولیت یا حاکمیت آن بسیار مهم و ضروری است. در حال حاضر مدیریت مورد نظر قدرتمند نیست و احتیاج به تقویت و حمایت و تفویض اختیار متناسب و کافی دارد که بتواند با تمرکز در هدایت و رهبری، تحولی در سیستم اطلاعات سلامت ایجاد نماید.

### ۳-۱- تصویب قوانین و مقررات ضروری در کلیه موارد مربوط به نظام مدیریت اطلاعات سلامت بعنوان مرجع تصمیم

#### گیری

قوانین و مقررات یکی از ارکان اصلی هر سازمان یا موسسه است و ادامه حیات آن منوط به وجود قوانین، رعایت نمودن و اجرای آن است. همین قوانین و مقررات یکی از بازوهای مهم مدیر در فرایند مدیریت و اداره سازمان می باشد. چنانچه در شکل 1 در ابتدا مشاهده می گردد چرخه گردش اطلاعات از یک مسئله مهم تأثیر می پذیرد و آن نقش مدیریت است که خود مدیریت از دو عامل دیگر یعنی منابع و قوانین تأثیر می پذیرد. بنابراین نبود یا کمبود قوانین و مقررات در بحث نظام اطلاعات سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و قابل توجه خاص است. در حال حاضر در خصوص تولید اطلاعات بویژه در تعامل با بخش خصوصی ارائه کننده خدمات سلامت قانون موثری وجود ندارد، لذا اطلاعات بسیار زیاد و متعددی که در این بخش تولید می شود بدلیل عدم همکاری قابل دسترس برای وزارت بهداشت نیست که طبعاً تأثیر منفی بر روند گسترش و توسعه مدیریت اطلاعات سلامت می گذارد.

### ۲- تدوین استانداردهای مرتبط با مدیریت اطلاعات سلامت

#### ۲-۱: استانداردهای نمودن مدیریت اطلاعات سلامت در ابعاد مختلف

مشکل بزرگی که هم اکنون نظام اطلاعات سلامت با آن روبروست. مسئله استاندارد نمودن همانگونه که در زیر مجموعه (محتوای) آن مشاهده می گردد بسیار وسیع است و از استاندارد کردن واژه های سلامت تا نظام گزارش دهی و شاید در مواقعی از این هم بیشتر باشد. علی الحال اگر خواهان یک سیستم مفید، موثر و موفق هستیم لازم است نسبت به تهیه فرهنگنامه داده های ملی سلامت، استاندارد نمودن چرخه گردش آمار و اطلاعات از نقطه جمع آوری، ثبت، انتقال، پردازش و تجزیه و تحلیل داده ها و چگونگی استفاده از اطلاعات اقدام نمود، همچنین داده هایی که هم اکنون بصورت گذشته نگر جمع آوری می شوند بایستی بازنگری و حتی الامکان نظام جاری اطلاعات به سیستم ثباتی تبدیل گردد. در این بین لازم است که ابزار گردآوری داده ها اعم از فرم ها و نرم افزارهای الکترونیکی مورد نیاز به شکل استاندارد طراحی و استفاده شوند و در نهایت در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت اطلاعات از نظر صحت، دقت، کامل و بهنگام بودن تلاش نمود و از تمامی اطلاعات دریافتی برای گروه های مختلف دست اندرکار گزارش و بازخورد تهیه و ارسال کرد.

#### ۳- طراحی و استقرار سیستم های جدید پس از بازنگری در سیستم های موجود:

### ۳-۱- ایجاد هماهنگی و همکاری درون بخشی و بین بخشی واحد آمار و اطلاعات و دیگر واحدهای مرتبط با

#### مدیریت اطلاعات سلامت

وقتی بحث هماهنگی و همکاری بین واحدها مطرح می شود یک مرتبه این ذهنیت ایجاد می گردد که انگار این واژه پر معنی و این هدف بسیار مهم و کلیدی بایستی در اولویت اول و در رأس تمامی اهداف قرار گیرد چرا که به واقع اگر در کارهای مهم که نیازمند کار گروهی است همدلی، همکاری و نهایتاً هماهنگی و همکاری لازم وجود نداشته باشد هیچگونه نتیجه ای حاصل نخواهد شد و اصولاً انتظاری نبایستی از آن داشت، لذا جهت برخورداری از یک نظام اطلاعات مفید و کارا همکاری درون بخشی و بین بخشی بین نظام اطلاعات سلامت و موسسات و سازمان های مرتبط با نظام



سلامت بسیار ضروری است. اگر چه تاکنون تلاش های فراوانی برای دسترسی به این هدف صورت گرفته لکن موفقیت چندانی حاصل نشده و هنوز مشکل با درجاتی متفاوت نسبت به قبل وجود دارد.

### ۲-۳- ادغام سیستم های موجود و مرتبط با یکدیگر در قالب سیستم شبکه بهداشت و درمان و حذف سیستم های موازی جمع آوری اطلاعات

اگر چه در خیلی از مواقع سیاست تمرکز زدایی و عدم تمرکز در امور لازم و گاهی بسیار کارساز است لکن طبق بررسی های بعمل آمده در مسئله استقرار و دستیابی به نظام اطلاعات سلامت مطمئن و پویا تمرکز گرایی مدیریت برنامه و ادغام برنامه های موازی از ضرورت ها و الزامات اجرایی برای موفقیت برنامه ها است، هم اکنون در کشور برنامه ها و نظام هایی به منظور جمع آوری آمار و اطلاعات در حال اجرا هستند که بدلیل عدم هماهنگی درون و برون بخشی و موازی کاری نه تنها نتایج مطلوبی از آنها بدست نمی آید بلکه جز اتلاف هزینه، زمان و نیروی انسانی چیز دیگری در بر ندارند. یقینا در راستای ادغام سیستم های موازی موجود همسان سازی و استاندارد سازی نظام آمار و اطلاعات حاصل می گردد و از آن طریق می توان یک نظام یکپارچه اطلاعات سلامت و منبعی جهت انتشار آمار و اطلاعات داشت که بر حسب نیاز مدیران و کاربران اطلاعات لازم را تولید و جهت تصمیم گیری در اختیار آنان قرار دهد. قطعا با اجرای درست هدف فوق مشکل فعلی رفع می گردد.

### ۳-۳- توسعه و گسترش بیشتر مدیریت اطلاعات سلامت به موسسات و سازمان های مرتبط با سلامت کشور

از آنجا که مقوله سلامت امری فرا بخشی است و جهت دسترسی به ارتقاء سلامت جامعه کمک و همکاری دیگر سازمان ها را می طلبد، لذا گسترش ارتباط اطلاعاتی بین سازمان ها از طریق نظام اطلاعات سلامت بسیار ضروری است و این مسئله سیاستگذاران بخش سلامت را در تصمیم و برنامه ریزی بهتر یاری می کند. در شرایط فعلی اینگونه ارتباط ضعیف است و نظام آمار و اطلاعات به سازمان های ذیربط گسترش و تسری نیافته است و نیازمند توجه، حمایت و تقویت در این زمینه است.

### ۳-۴- پایش و ارزشیابی مداوم و بازنگری سیستم های موجود

پایش و ارزشیابی یکی از عوامل اصلی و متغییری مهم و اثرگذار در مدیریت فعال و کارآمد است، بدون در نظر گرفتن و اجرای این متغییر، مدیر سلامت قادر به تحلیل وضعیت موجود خود و برنامه ای که در دست اجرا دارد نخواهد بود و در صورت لزوم نمی تواند از انحراف احتمالی برنامه جلوگیری کرده و بازنگری لازم در برنامه خود ایجاد نماید. هم اکنون بدلیل عدم استفاده درست از نظام های اطلاعاتی، مسئله پایش، ارزیابی و ارزشیابی مرتب، منظم و مداوم در برنامه های مختلف صورت نمی گیرد، لذا موفقیت برنامه و اینکه صاحبان فرآیند به اهداف خود دست یافته اند یا خیر دقیقا مشخص نیست. لذا پرداختن به این مسئله از طریق تهیه بسته های مورد نیاز پایش و ارزشیابی و آموزش نیروی انسانی جهت افزایش مهارت آنان در این خصوص بسیار ضروری است.

### ۴- ظرفیت سازی مرتبط با مدیریت اطلاعات سلامت

#### ۴-۱- تقویت منابع موجود اعم از انسانی، مالی، فیزیکی و تجهیزاتی

این مسئله بسیار روشن و بدیهی است که برای اجرای هر برنامه پس از سازماندهی و هدایت و رهبری توسط یک

مدیریت مطلوب، به منابع کارساز و موثری نیازمندیم که در صورت نبود آنها برنامه عملی و اجرا نخواهد شد. طبیعی است که در رأس این منابع، نیروی انسانی ماهر، کارا و متخصص برای اجرای آن است.

در شرایط فعلی و در نظام اطلاعات سلامت ایران این امر عملی نشده و سیستم اطلاعات سلامت از کمبود نیروی انسانی متخصص رنج می برد. بنابراین جذب نیروی انسانی مسلط به دانش فنی از هر نظر بسیار ضروری است. البته ناگفته پیداست که در کنار جذب نیروی انسانی افزایش انگیزه کاری آنان در اولویت قرار دارد و از الزامات اجرای برنامه است. در کنار تأمین نیروی انسانی ماهر، تهیه و تدارک منابع مالی و اعتباری که هم اکنون از نبود آن صدمات زیادی به نظام اطلاعات وارد می شود بسیار لازم است و قطعاً بدون حمایت مالی نایستی انتظار معجزه داشت. برای فعالیت نیروی انسانی و هزینه نمودن اعتبارات تخصیص یافته احتیاج به فضای فیزیکی مناسب و کافی و تجهیزات سالم، بروز و مطابق با استانداردهای جهانی است که در غیر اینصورت نیروی انسانی بدون مکان مناسب و ابزار مفید، کارایی چندانی نخواهد داشت، مشکلی که در حال حاضر نظام اطلاعات مدیریت سلامت با آن روبروست.

#### ۲-۴- بکارگیری و توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات و ایجاد پایگاه های اطلاعات آماری

در دنیای امروز که پیشرفت های بسیار عظیم تکنولوژیک رخ داده و آثار آن در کلیه زوایای زندگی افراد نیز رسوخ یافته، طبیعی است که استفاده از آن در اجرای برنامه ها بویژه برنامه هایی که ساختار آنها تلفیقی از اقدامات انسان و تکنولوژی است الزامی می باشد و عدم بهره برداری از آن به معنی عقب افتادن از جهان فعلی است و توسعه و پیشرفت چندانی که متناسب با دنیای پیشرفته امروزی باشد بدست نخواهد آمد و اگر هم با تلاش بسیار، پیشرفتی حاصل شود با سرعت و در واحد زمان کوتاهی محقق نخواهد شد. لذا بکارگیری فناوری اطلاعات برای پیشبرد برنامه های حعقد بسیار ضروری است. البته این تکنولوژی بایستی متناسب با شرایط زمانی و مکانی نیروی انسانی موجود و میزان پیشرفت در این زمینه باشد بدین معنی که ایجاد زیر ساخت های لازم از نظر سخت افزاری و نرم افزاری برای کاربرد فناوری اطلاعات پیشرفته از مسائل بسیار مهم و جزء الزامات حتمی است. در حال حاضر هنوز زیر ساخت های مورد نیاز جهت استفاده از تکنولوژی فناوری اطلاعات مهیا نیست و کفایت نمی کند.

#### ۳-۴- توانمندسازی مدیران، کارشناسان و کارکنان جهت استفاده بهتر و بیشتر از آمار و اطلاعات تولید شده در تصمیم گیری و ارتقاء فرهنگ آماری

این نکته بسیار مهم است که همزمان با جذب و تأمین نیروی انسانی و در جریان اجرای برنامه های مربوطه، افزایش آگاهی، دانش و سواد اطلاعاتی (افزایش یادگیری، درک درست از موضوع، جستجوگری، خود ارزیابی و توان ارزشیابی فعالیت ها و...) و اصولاً توانمند نمودن مدیران و کارکنان بخش دولتی و در مواقعی کاربران اطلاعات و نهایتاً ارتقاء فرهنگ آماری و اطلاعاتی لازم و از الزامات حتمی است. در این راستا می توان از برگزاری دوره های آموزشی در اشکال مختلف آن، همچنین برگزاری دوره های حین خدمت برای کارکنان و افزایش سواد آنان بویژه در زمینه کامپیوتر و نرم افزارهای کامپیوتری مرتبط به عنوان اقدامات لازم و موثر نام برد که جهت دستیابی به نظام مطلوب اطلاعات مدیریت سلامت بایستی به آن پرداخته شود در غیر اینصورت نایستی انتظار نتیجه قابل قبولی داشت. نظام اطلاعات سلامت هم اکنون در این زمینه دچار ضعف و مشکل است.

## ۵- توسعه پژوهش های کاربردی مرتبط با مدیریت اطلاعات سلامت

### ۵-۱- تعیین اولویت های پژوهشی

این مسئله یک امر بدیهی است که اجرای هر هدف و برنامه ای بدون بررسی جوانب مختلف مسئله و یا به بیان دیگر بدون پژوهش قدم زدن در تاریکی است. بدین منظور انجام تحقیقات مربوط به آمار و اطلاعات در نظام سلامت جهت اجرای مطلوب بسیار ضروری است. در این زمینه هنوز اقدامات اساسی و لازم صورت نگرفته و امید است در آینده توجه خاص و تلاش بیشتری برای این امر حیاتی بشود، قطعاً برای انجام پژوهش در هر زمینه ای اولویت بندی مسائلی که قرار است در خصوص آن تحقیق گردد از الزامات کار است و بدون اولویت بندی مشکلات و نیازهایی که می خواهیم برای رفع آن پژوهش کنیم نمی توان قدم موثری برداشت و موفقیتی حاصل نخواهد شد. در این زمینه هنوز گام موثری برداشته نشده است.

### ۵-۲- سهیم نمودن بخش خصوصی در تحقیقات مورد نیاز

تجربه ثابت نموده است که مشارکت دادن بخش خصوصی متعهد و مسئول در هر زمینه ای کارساز بوده و مدیریت را در دسترسی به اهداف مربوطه کمک می کند، در بخش تحقیقات نیز این مسئله صادق است، این مسئله به دلایل مختلف و با توجه به شرایط کنونی کشور هنوز محقق نشده و بخش خصوصی به معنی واقعی در این زمینه مشارکت نمی کند.

برای اینکه مشکلات سطوح مختلف نظام سلامت را به درستی تحلیل کنیم باید سطوح مختلف در تصمیم گیری را نیز بشناسیم.

سطوح مختلف درگیر در برنامه های سلامت عبارتند از:

#### ۱- سیاستگذاران:

در یک نظام سلامت سطح بندی شده و دارای برنامه مدون و یا بدون برنامه مدون، مهمترین رده ای که باعث پایداری اجرای برنامه های سلامت خواهند شد، مدیران ارشد و یا به عبارتی سیاستگذاران هستند.

نحوه تاثیر سیاستگذاران در برنامه های سلامت بستگی تام به ساختار حکومتی آنان دارد  
موارد نیازمند به سیاستگزاری در سطوح مختلف:

الف - مواردی که نیاز به سیاستگزاری به شکل قانون در سطح مجلس دارد

۱. اصلاح قوانین مربوط

۲. تصویب قوانین توسعه اقتصادی و اجتماعی

۳. تصویب قوانین جاری مملکت در قالب طرح و لایحه

در حال حاضر قوانین نسبتاً مناسبی در قالب برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور دیده شده است که می تواند در ارائه خدمات موثر باشد.

ب - مواردی که نیاز به سیاستگزاری به شکل آیین نامه در سطح هیئت دولت دارد: (درگیر کردن تمامی سطوح دولت کشور از جمله: وزارتخانه های مرتبط و غیر مرتبط، شورای عالی سلامت و ...)

1. تعیین منابع نظام سلامت

2. تصویب بودجه مورد نیاز (تخمین زده شده) برای اجرای برنامه

ج - مواردی که نیاز به سیاستگزاری به شکل آیین نامه داخلی در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد: (درگیر کردن تمامی سطوح وزارت بهداشت از جمله: معاونت سلامت، معاونت پشتیبانی، معاونت پژوهشی و ...)

ادغام برنامه آموزش، مشاوره، مراقبت و درمان بیماریها

2- ارائه دهندگان خدمت:

1-2 ارائه دهندگان خدمت در بخش دولتی

الف - الویت بندی برنامه ها در سطح استانی

تعدادی از برنامه ها بر اساس اولویت های استانی قابل تغییر هستند که این اولویت ها می توانند در سطح استان و دانشگاه های علوم پزشکی تعیین شوند.

ب- اجرا نمودن برنامه های سطوح ملی

اجرا کردن تعدادی از برنامه ها بر اساس اولویت های کشوری و استانی

ج- تحلیل برنامه های اجرا شده

تحلیل برنامه های اجرا شده بر اساس منابع موجود و اولویت های منطقه و استانی

د- انجام پایش و ارزشیابی برنامه ها

اجرای پایش و ارزشیابی برنامه ها که منجر به تعیین نقاط مداخله برای اصلاح بهتر برنامه ها می گردد

ه- طراحی برنامه های مداخله

ارائه برنامه های مداخله ای که بر اساس نیاز بدست آمده طی اندازه گیری های شاخص های پایش و ارزشیابی مشخص می شوند.

و- تاثیر بر سیاستگذاران برای ارائه نیازهای تبدیل شده به تقاضا و تاثیر بر سیاستگذاران برای تغییر در استانداردهای ارائه خدمات

2- ارائه دهندگان خدمت در بخش غیر دولتی ارائه خدمات بر اساس ضوابط و استانداردهای اعلام شده ارائه خدمات بر حسب نیاز بازار و قانون عرضه و تقاضا

3- دریافت خدمات سلامت با توجه به استانداردهای ارائه شده ارائه فیدبک خدمات دریافت شده

با توجه به سطوح تصمیم گیری و مشکلات موجود در نظام سلامت وجود دارد، به نظر می رسد که پیشنهادات نیز باید در همان سطوح حل و فصل شوند.

#### 1. عدالت در نظام ارائه خدمات

#### ۲- کارایی و کیفیت

#### 3. ساختار ارائه خدمات

#### 4- نظام اطلاعات سلامت

#### 5- نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت

#### 6- مدیریت

در مجموع نداشتن اطلاعات به روز مشکل اساسی در هر نظام سلامتی است. یکی از مشکلات استفاده از تکنولوژی سنتی و عدم استفاده از تکنولوژی مکانیزه منسجم (عدم بکارگیری سیستمهای **DSS, MIS**، تبادل الکترونیکی اطلاعات و...) است. بتدریج باید از نظام ثبت اطلاعات دستی به نظام ثبت اطلاعات مکانیزه حرکت نمود. گرچه این مسئله ممکن است در ارائه خدمات در سالهای اول خلل وارد نماید، ولی استفاده از نیروهای آموزش دیده و کارآمد می تواند ما را در رسیدن به این امر یاری دهد.

در این ساختار اطلاعاتی، باید اطلاعات کلیه بخش های ارائه دهنده خدمات از جمله بخش های دولتی و غیر دولتی را نیز پیش بینی نمود.

با وجود این دستاوردها، اگر بنا باشد که نظام سلامت کشور بر پایه دستاوردهای آن قوام گیرد و به تغییرات حاصل از گذر سریع اپیدمیولوژیک پاسخ دهد چالشهای بسیار وجود دارد که باید برای پاسخ آنها راهی یافت. باید منابع و خدمات **PHC** را به منظور برخورد با این چالشها، بار در حال تحول بیماریها و روند رو به افزایش شهرنشینی بازنگری کرد.

شکل شهری مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران توسعه کافی نیافته و تاثیر آن در هزینه – اثر بخش بودن خدمات اندک است. برخورد با این چالشها، مداخله های چند وجهی مرحله بندی شده را ایجاب میکند که میبایست تقویت نظام سلامت و گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی را هدف قرار دهد. به بعضی از این مداخله ها در زیر اشاره شده است.

1. شفاف سازی نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات برای ایجاد انگیزه و پیوند زدن پرداخت به عملکرد.
2. بهبود کارایی تخصیص از راه افزایش تدریجی اعتباراتی که به *PHC* اختصاص می یابد.
3. سرمایه گذاری برای تقویت ساختار، تجهیزات و توسعه زیرساخت *PHC* به نوعی که مناسب مقاصد جدید و به اندازه کافی مجهز به تجهیزات تشخیص و امکانات درمان و حل مسائل در واحدهای آن ضرورت دارد.

**در هر حال باید به نظام های جدید پرداخت و از طریق مرتبط ساختن آن با عملکرد نظامهای مقتدر اطلاعات سلامت که دستیابی به داده های معتبر و بهنگام از سوی ارائه کنندگان خدمت را میسر می سازد اولویت داد.**