Review

A review of health systems performance assessment models

Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani[1], Bahram tahmasby[2*]

1.Assistant Professor, Department of General Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Zainab Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Bahramtahmasby@Yahoo. Com

(Received 27 Julay 2016; Accepted 15 March 2017)

Abstract

Health System Performance Assessment can be usable for the creation of a common understanding of priorities for strengthening health systems, to provide a context for dialogue between programs and between different sectors, and to develop a common understanding of communication between the activities that impact on health outcomes. Health System Performance Assessment helps to decision-makers and policymakers to be ensure responsiveness of their decisions. History of Health System Performance Assessment returns to decade before 2000. Up to now different models of Health System Performance Assessment with different approaches and objectives, are presented and different countries have various experiences of developing and applying of his models.

In this study, using related key words and related electronic and library resources from 1998 to 2012 have been investigated in both Persian and English language. Initially, the most common and most important of international models of performance assessment in the health has been studied and compared, then the most important concepts and topics that are involved in the designing of the assessment's models is extracted. Finally, the experiences of some selected countries are reviewed and compared.

As a result, each country is required to design specific assessment model based on the political, economic, social structure and expected objectives of the health system. To transparency and accountability, designing and implementation of the performance assessment model at different executive levels of the health system are needed, until each executive unit accepts responsibility of their activities. To performance assessment, each executive unit must have clear objectives and appropriate planning of his activities. Because any assessment model is not perfect, therefore result of the assessment's models designing to constructive criticism of experts and to resolve of its defects should be published both before and after applying.

Keywords: Framework, Health system, Performance, Assessment, Model.

Clin Exc 2016; 5(2): 98-116 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره پنجم شماره ۲(۱۱۶-۹۸)

مروری بر مدل های ارزیابی عملکرد سیستم های بهداشتی و درمانی

سید داود نصرالله پور شیروانی[۱]، بهرام طهماسبی[۲*]

چکیده

ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی درمانی جهت شکل‌گیری یک فهم مشترک از اولویت‌بندی برای تقویت سیستم‌های بهداشتی درمانی، ارائه یک بستر برای گفتگو بین برنامه‌ها و بین بخش‌های مختلف و نیز ایجاد یک فهم مشترک برای برقراری ارتباط بین فعالیت‌هایی که بر پیامدهای بهداشتی تأثیر می‌گذارند قابل‌استفاده است. ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی به تصمیم گیران حوزه سلامت و سیاستمداران کمک می‌کند تا برای تصمیم‌های خود پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مطمئن داشته باشند. تاریخچه ارزیابی عملکرد سیستم بهداشت و درمان به دهه قبل از سال ۲۰۰۰ برمی‌گردد. تاکنون مدل‌های مختلف ارزیابی عملکرد با اهداف و رویکردهای مختلف ارائه‌شده است و کشورهای مختلف نیز هرکدام دارای تجربیات متفاوتی از تدوین و به‌کارگیری الگوهای مختلف ارزیابی می‌باشند.

در این مطالعه با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط، منابع مختلف الکترونیکی و کتابخانه‌ای مربوط به سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۸ به دو زبان فارسی و انگلیسی موردبررسی قرارگرفته است. ابتدا بررسی و مقایسه رایج‌ترین و مهم‌ترین الگوهای بین‌المللی ارزیابی عملکرد بخش سلامت انجام‌شده و سپس مهم‌ترین مفاهیم و عناوینی که در طراحی الگوی ارزیابی عملکرد نقش دارد استخراج‌شده است. در انتها تجربیات برخی کشورهای منتخب موردبررسی و مقایسه قرارگرفته است.

نتیجه اینکه در هر کشوری به‌تناسب ساختار سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و بر مبنای اهداف مورد انتظار از نظام سلامت نیاز به طراحی الگوی ارزیابی عملکرد می‌باشد. به جهت شفافیت و پاسخگویی، نیاز است تا الگوی ارزیابی عملکرد در سطوح مختلف اجرایی نظام سلامت طراحی و اجرا شود تا هر واحد اجرایی مسئولیت فعالیت‌های خود را بپذیرد. برای ارزیابی عملکرد نیاز است تا واحدهای اجرایی برای فعالیت خود دارای اهداف روشن و برنامه‌ریزی مناسب باشند. از آنجائی که هیچ الگوی ارزیابی کامل و بدون نقص نمی‌باشد، بنابراین نتیجه طراحی هر الگوی ارزیابی عملکرد هم قبل و هم بعد از اجرا باید منتشرشده تا موردانتقاد سازنده صاحب‌نظران قرارگرفته و نواقص آن برطرف شود.

واژه‌های کلیدی: عملکرد، چارچوب، ارزیابی، نظام سلامت، الگو.

مقدمه

در عصر کنونی، پیشرفت‌های حیرت‌انگیز دانش مدیریت، وجود نظام ارزیابی در سازمان‌ها را اجتناب‌ناپذیر نموده است. هر سازمان جهت آگاهی از میزان مطلوبیت و کیفیت فعالیت‌های خود به‌ویژه در محیط‌های پیچیده و پویا، نیاز مبرم به نظام ارزیابی دارد. مطالعات نشان می‌دهد فقدان نظام کسب بازخورد(ارزیابی)، امکان انجام اصلاحات لازم برای رشد، توسعه و بهبود فعالیت‌های سازمان را غیرممکن می‌نماید که سرانجام منجر به ناکارآمدی و در نهایت مرگ سازمان می‌شود(۱).

۱. استادیار، گروه آموزش عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
*نویسنده مسئول: مازندران، آمل، خیابان طالب آملی، کوچه فیاض بخش، دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: Bahramtahmasby@Yahoo. Com.
تاریخ دریافت:۱۳۹۵/۵/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۸/۹ تاریخ پذیرش:۱۳۹۵/۱۲/۲۵

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

عملکرد، موضوع اصلی در تمامی تجزیه‌وتحلیل‌های سازمانی است و توجه به موضوع عملکرد سازمانی باعث توسعه تئوری سازمانی می‌شود. ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد، موجب هوشمندی سیستم و انگیزش افراد برای رفتار مطلوب می‌شود و بخش اصلی در تدوین و اجرای سیاست‌های سازمانی است. اندازه‌گیری عملکرد یکی از فرآیندهای اصلی مدیریت جهت تجزیه‌وتحلیل عملکرد خود و بررسی انطباق بین عملکرد و اهداف مجموعه هست که نتیجه آن می‌تواند زمینه‌ساز تصمیم‌گیری صحیح در اقدامات آتی باشد(۲).

در سال‌های اخیر وضعیت بهداشت و درمان در اغلب کشورها خصوصاً در زمینه بیماری‌های عفونی بهبودیافته است که این بهبودی در شاخص‌هایی همانند شاخص امید به زندگی در بدو تولد، شاخص امید به زندگی با ناتوانی تعدیل‌یافته و کاهش مرگ‌ومیر وابسته به اقدامات بهداشتی درمانی منعکس‌شده است(۴-۳). با این‌حال این بهبودی‌ها با ادامه برخی نگرانی‌ها همراه شده است. ازجمله این نگرانی‌ها شامل: افزایش شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن، نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و پیامدهای سلامتی در درون کشورها و در بین کشورها، وجود تغییرات در کیفیت و ایمنی مراقبت، عدم تطابق بین منابع انسانی و نیازهای بهداشتی درمانی و نیز عدم تطابق بین افزایش هزینه‌های خدمات سلامت و تغییر در انتظارات عمومی(۳). بحران‌های مالی و اقتصادی اخیر باعث تشدید نگرانی‌ها در مورد عملکرد نظام سلامت و تداوم تأمین منابع مالی نظام سلامت شده است(۵). خصوصاً اینکه این بحران‌ها اهمیت عملکرد و نقش برجسته دولت در حفظ همبستگی اجتماعی باهدف بهبود در سلامت مردم را به‌خوبی نشان داده است(۶).

ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی درمانی جهت شکل‌گیری یک دورنمای مشترک از اولویت‌بندی برای تقویت سیستم‌های بهداشتی درمانی، ارائه یک بستر برای گفتگو بین برنامه‌ها و بین بخش‌های مختلف و نیز ایجاد یک فهم مشترک برای برقراری ارتباط بین فعالیت‌هایی که بر پیامدهای بهداشتی تأثیر می‌گذارند قابل‌استفاده است. علاوه بر این، ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی به کمک تصمیم گیران حوزه سلامت و سیاستمداران می‌آید تا برای تصمیم‌های خود پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مطمئن داشته باشند تا بتوانند تصمیمات بهتری برای پیشرفت اقدامات خود بگیرند.

تاریخچه ارزیابی عملکرد سیستم بهداشت و درمان به دهه قبل از سال ۲۰۰۰ برمی‌گردد، ولی بعد از انتشار گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، موضوع ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی به‌طور رسمی وارد ادبیات حوزه بهداشت و درمان شده است. مهم‌ترین هدف برای بررسی سیستم‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت شامل؛

۱. ایجاد انگیزه برای اصلاحات در نظام سلامت
۲. ارتقاء هماهنگی و نظارت در بین بازیگران نظام سلامت
۳. سوق دادن اصلاحات در نظام سلامت به پیگیری و ارزشیابی دقیق عملکرد در نظام سلامت
۴. تسهیل در یادگیری نظام سلامت از طریق مقایسه بین کشورهای مختلف(۷).

در این مطالعه در ابتدا برخی از رایج‌ترین الگوهای بین‌المللی ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی و درمانی موردبررسی قرارگرفته و سپس برخی از مهم‌ترین مفاهیم و واژه‌هایی که در طراحی الگوی ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی نقش دارند توضیح داده‌شده است. در انتها تجربیات برخی از کشورها بیان‌شده و مورد مقایسه قرارگرفته است.

روش مطالعه

برای انجام این مطالعه از منابع مختلف الکترونیکی و کتابخانه‌ای به دو زبان فارسی و انگلیسی استفاده‌شده است. منابع مربوط به سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۸ موردبررسی قرارگرفته است. در بررسی منابع، از کلیدواژه‌های فارسی مدل، الگو، چارچوب، ارزیابی، ارزشیابی، عملکرد، کارکرد، نظام، سیستم، سلامت، بهداشت و درمان و از کلیدواژه‌های انگلیسی Operation, Function Performance, Evaluation, Assessment,

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

Appraisal, Framework, Model, Health system به‌صورت انفرادی و ترکیبی استفاده شده است. جستجوها در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Google Scholar, Scopus, IranDoc, IranMedex, Magiran, Elsevier, MEDLIB, Ovid انجام گرفته است. برای بررسی الگوها، از مهم‌ترین و رایج‌ترین الگوهای بین‌المللی که مورد استناد کشورها و مجامع بین‌المللی بوده استفاده‌شده است. برای بررسی کشورها نیز ضمن مکاتبه با ۴۰ کشور، از اطلاعات کشورهایی که دارای سیستم ارزیابی عملکرد رسمی بوده و اطلاعات آن‌ها توسط سازمان جهانی بهداشتی و یا توسط کشور مربوطه منتشرشده است، استفاده شده است. مفاهیم و واژه‌های اصلی و مهمی که در این الگوها نقش داشته‌اند نیز موردبررسی قرارگرفته است. داده‌ها در ابتدا بر اساس ارتباط موضوعی و سپس بر اساس تاریخ انتشار اولویت‌بندی شده و سپس موضوعات به‌صورت اصلی و فرعی دسته‌بندی‌شده است.

یافته‌ها

الف: الگوهای رایج و بین‌المللی ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی(جدول شماره ۱)

در بررسی منابع و متون مختلف علمی و اجرایی بخش سلامت، الگوها، چارچوب‌ها و مدل‌های مختلفی به چشم می‌خورد که هرکدام با توجه به فلسفه وجودی خودشان، مفاهیم، فرایندها و تعاملات درونی و بیرونی خاصی را به خود اختصاص داده‌اند که در ادامه به برخی از مهم‌ترین و رایج‌ترین الگوهای بین‌المللی اشاره می‌شود.

مدلی برای ارزیابی مراقبت‌های بهداشت و درمان رفتاری؛ در سال ۱۹۹۳ چارچوبی برای ارزیابی اثربخشی، کارایی و عدالت در مراقبت سلامت منتشرشده است. این چارچوب برای نشان دادن تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فردی روی سلامتی در سال ۱۹۹۸ بروز رسانی شده است. علت انتخاب نام مراقبت بهداشتی درمان رفتاری، برای تأکید بر دوری کردن از مفهوم صرفاً فیزیکی از سلامت و توجه به مفهوم کلی‌تر سلامت مانند آنچه در تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت آمده است، می‌باشد. چارچوب مراقبت سلامت رفتاری با اصطلاحات ساختار، فرایندها و پیامدهای نظام مراقبت سلامت بیان‌شده است که در آن، ساختار، به در دسترس بودن، سازمان‌دهی و تأمین مالی برنامه‌های مراقبت سلامت رفتاری اشاره دارد.

فرایندها، به تعاملات بین بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات در زمان واقعی ارائه خدمات اشاره دارد. پیامدها، شامل نتایج نهایی خدمات مراقبت سلامت به‌منظور افزایش سلامتی افراد جامعه می‌باشد اما این هدف به‌عنوان یک فرایند مداوم و در حال پیشرفت می‌تواند از طریق اهداف بینابینی مثل اثربخشی، کارایی و برابری مورد ارزیابی قرار گیرد(۸).

مدل عملکرد یکپارچه برای سیستم بهداشت و درمان: پژوهشگران در دانشگاه مونترال بر اساس تئوری اقدام سیستم‌های اجتماعی پارسیون بر روی ایجاد مدل یکپارچه عملکرد جهانی کارکرده‌اند. این مدل علاوه بر دیگر عوامل خارجی و داخلی همانند تعیین‌کننده‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ‌سازمانی نظام سلامت، اهداف و عملکردهای نظام سلامت را در برمی‌گیرد. این چارچوب نظام سلامت را با چهار بعد عملکردی در نظر می‌گیرد. دو عملکرد داخل سازمانی شامل؛

۱) حفظ ارزش‌ها و خلق معانی و مفاهیم جدید

۲) یکپارچگی و پایدار کردن فرآیندهای تولید.

دو عملکرد خارج سازمانی شامل؛

۱) تعامل با محیط به‌منظور کسب منابع موردنیاز و سازگاری با محیط

۲) دستیابی به اهداف ارزشمند سیستم(۹).

مدل سازمان جهانی بهداشت: این چارچوب با در نظر گرفتن عملکردهای نظام سلامت و اهداف آن در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت برای اندازه‌گیری عملکرد نظام سلامت در ۱۹۱ کشور عضو سازمان مورداستفاده قرارگرفته است. اولین موضوعی که در این چارچوب موردتوجه قرارگرفته است، توجه به مرزهای نظام سلامت است. در این چارچوب به دودسته از اهداف توجه شده است؛ اهداف ذاتی و اهداف ابزاری. هدفی را به‌عنوان هدف ذاتی در نظر می‌گیرند که دستیابی به آن در درجه اول اهمیت سیستم می‌باشد. هدفی را هدف ابزاری

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

می‌گویند که جهت دستیابی به هدف ذاتی به سیستم کمک می‌رساند و دستیابی به آن در درجه اول اهمیت نمی‌باشد(۱۰).

در این چارچوب سه هدف اصلی شامل؛

۱) بهبودی سلامتی،

۲) پاسخگویی و

۳) انصاف در مشارکت مالی،

به‌عنوان اهداف ذاتی و ۴ عملکرد پایه شامل؛

۱) تأمین منابع مالی،

۲) ارائه خدمات،

۳) تولید منابع و

۴) تولیت، به‌عنوان اهداف ابزاری معین‌شده است(۱۱).

مدل سازمان همکاری و توسعه اقتصادی: پس از انتشار مدل ارزیابی عملکرد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۰۱ اقدام به ارائه چارچوبی برای ارزیابی عملکرد نظام بهداشت و درمان نموده است. این چارچوب شامل برخی تعدیلات در چارچوب سازمان جهانی بهداشت بوده است. چارچوب سازمان همکاری و توسعه اقتصادی منطبق بر تعریف محدودتری از مرزهای سلامت نسبت به چارچوب سازمان جهانی بهداشت بوده است. در تعریف اهداف نظام سلامت، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی می‌گوید که دسترسی برخلاف نظر سازمان جهانی بهداشت باید بخشی از پاسخگویی باشد. درحالی‌که سازمان جهانی بهداشت دسترسی را یکی از تعیین‌کننده‌های پاسخگویی می‌داند. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی همچنین مخارج نظام سلامت را در چارچوب خودش اضافه کرده است که به آن‌ها اجازه می‌دهد به موضوع هزینه‌های مطلوب بهداشتی بپردازند. در چارچوب سازمان همکاری و توسعه اقتصادی سه هدف عمده مطرح‌شده است؛

۱) بهبود سلامت و پیامدهای تندرستی

۲) پاسخگویی و دسترسی

۳) مشارکت مالی و مخارج نظام سلامت.

برای هر یک از این اهداف دو مؤلفه برای ارزیابی در نظر گرفته‌شده است: سطوح متوسط دستیابی به اهداف و توزیع هر هدف. به‌منظور ساختار نظام سلامت و عملکرد آن، چارچوب سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بعد کارایی را به چارچوب خود اضافه کرده است که شبیه به چارچوب سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، این بعد به‌عنوان هدف ذاتی نیست بلکه انعکاسی از دسترسی به اهداف می‌باشد. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در چارچوب خود، کارایی را به دو بخش کارایی اقتصاد کلان و کار آیی اقتصاد خرد تقسیم کرده است(۱۲).

چارچوب اهرم‌های کنترل: این چارچوب بر اساس تجربیات حاصل از اصلاحات در طراحی، اجرا و ارزیابی نظام سلامت ایجادشده است. این چارچوب نظام سلامت را ساختاری در نظر می‌گیرد که شامل مجموعه‌ای از ارتباطات منظم و هماهنگ بین اجزای ساختاری و اهدافی است که سیستم سلامت تمایل به دستیابی به آن را دارد. در این چارچوب اهرم‌هایی شامل تأمین مالی، نظام پرداخت و سازمان و رفتار سازمانی توصیف می‌شود تا سیاست‌گذاران با استفاده از آن بتوانند به اهداف سیستم نائل شده و یک پیوستگی زنجیروار بین مداخلات (اهرم‌های کنترل)، پیامدهای سلامتی(اهداف میانی) و اهداف اصلی سیستم(اهداف عملکرد) ایجاد کنند(۱۳).

چارچوب «پروژه شاخصه‌ای کیفیت مراقبت سلامت» سازمان همکاری و توسعه اقتصادی: در این چارچوب نه‌تنها به مراقبت سلامت توجه شده است بلکه به سایر فعالیت‌هایی که اهداف اولیه آن‌ها ارتقاء، بازتوانی و حفظ سلامت بوده است توجه شده است. این چارچوب ۴ لایه به‌هم‌پیوسته دارد شامل؛

۱) سلامتی

۲) تعیین‌کننده‌های غیربهداشتی سلامت

۳) عملکرد سیستم مراقبت سلامت

۴) زمینه و طراحی نظام سلامت.

در این چارچوب بخش خاصی از نظام مراقبت سلامت، ابعاد مرکزی کیفیت مراقبت را که در این پروژه با اثربخشی، ایمنی و پاسخگویی اندازه‌گیری می‌شود را

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

نشان می‌دهد. در این چارچوب عملکرد مراقبت سلامت فقط با لایه سوم قابل ارزیابی می‌باشد درحالی‌که عملکرد نظام سلامت با ارزیابی هر ۴ لایه امکان‌پذیر می‌باشد. در این چارچوب ۳ هدف عمده برای سیاست‌گذاری تعریف‌شده است: ارتقاء سلامت، کارایی و عدالت. کارایی را به کارایی اقتصاد خرد و کارایی اقتصاد کلان تقسیم کرده‌اند. عدالت به دو بخش انصاف در تأمین مالی و انصاف در دسترسی تقسیم‌شده است(۱۵-۱۴). همچنین در یک مطالعه دیگر جهت مقایسه ارزیابی عملکرد نظام سلامت ۱۰ کشور اروپایی شاخص‌هایی به شرح زیر به‌کاررفته است: امید به زندگی در بدو تولد، سال‌های بالقوه ازدست‌رفته زندگی، امید به زندگی با تعدیل ناتوانی، هزینه‌ها یا مخارج مراقبت سلامت(۱۶).

مدلی برای نظام سلامت آمریکا با عملکرد عالی: یکی از اولین فعالیت‌های انجام‌شده توسط کمیسیون صندوق مشترک‌المنافع، ایجاد چارچوبی برای عملکرد بهتر نظام سلامت در ایالات‌متحده آمریکا بوده است. در این چارچوب سیستم مراقبت بهداشتی به این شکل تعریف‌شده است: روش‌هایی که در آن خدمات مراقبت سلامت برای تحقق اهداف سلامت اجتماعی و تأمین مالی، سازمان‌دهی و ارائه می‌شود. این روش‌ها شامل مردم، مؤسسات و سازمان‌هایی است که با تعامل با همدیگر اهداف اجتماعی سلامت را محقق می‌کنند. همچنین شامل فرایندها و ساختارهایی است که این تعاملات را هدایت و راهنمایی می‌کنند. این چارچوب چهار هدف اصلی دارد؛

۱) مراقبت باکیفیت و ایمنی بالا
۲) دسترسی به مراقبت موردنیاز برای همه مردم
۳) مراقبت باارزش و کارایی بالا
۴) ظرفیت سیستم برای ارتقاء و بهبودی.

هر یک از این اهداف ۴ گانه از ۴ یا ۵ شاخص ساخته‌شده است(۱۷).

چارچوب بلوک‌های سازنده سازمان جهانی بهداشت: در سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی بهداشت با هدف تقویت نقش خود در نظام سلامت در یک جهان در حال تغییر، چارچوب خود را برای اقدام منتشر نموده است. چارچوب سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی بهداشت به دنبال ایجاد یک‌زبان مشترک مبنی بر اینکه نظام سلامت از چه چیزهایی تشکیل‌شده است، تعریف اهداف چیست و چه فعالیت‌هایی در تقویت نظام سلامت دخیل می‌باشد، شروع‌شده است. مرزهای نظام سلامت و نیز اهداف ذاتی مشابه گزارش سال ۲۰۰۰ می‌باشد اما در اینجا تأکید بیشتر روی کارکردها و اهداف ابزاری سال ۲۰۰۰ می‌باشد که به‌عنوان ۶ بلوک یا قطعه سازنده نظام سلامت نامیده شده است. این ۶ قطعه سازنده نظام سلامت شامل؛

۱) ارائه خدمات
۲) نیروی انسانی بخش سلامت
۳) اطلاعات
۴) تولیدات پزشکی، واکسن‌ها و فن‌آوری‌ها
۵) تأمین مالی
۶) رهبری و حاکمیت (تولیت) می‌باشد(۱۸).

چارچوب تفکر سیستمی: این چارچوب تلاش می‌کند تا روابط متقابل مهم و رویدادهای تکراری را شناسایی کند؛ بنابراین بجای اینکه بر روی یک تصویر لحظه‌ای و ایستا از نظام سلامت تمرکز کند، چارچوبی پویا می‌باشد. بسترهایی که به‌وسیله چارچوب تفکر سیستمی‌مطرح شده است شامل جمعیت‌شناسی، اقتصادی، سیاسی، قانونی، نظارتی، اپیدمیولوژیکی، اجتماعی و توسعه فن‌آوری می‌باشد. این چارچوب چهار اهرم را برای سیاست‌گذاران تعریف کرده است شامل؛

۱) تولیت و ترتیبات سازمانی
۲) تأمین مالی
۳) تخصیص منابع و سیستم‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان
۴) ارائه خدمات.

در این چارچوب چهار هدف بینابینی شامل: عدالت، کارایی(فنی و تخصیصی)، اثربخشی و حق انتخاب تعریف‌شده است. سه هدف نهایی نیز شامل ارتقاء سلامت، محافظت از خطر مالی و رضایت مشتریان در این چارچوب بیان‌شده است(۱۹).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

چارچوب همکاری بین‌المللی سلامت و ابتکارات مربوطه: این چارچوب به‌طور مشترک توسط سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی مدیریت می‌شود. این چارچوب متشکل از عناصری شامل: ورودی‌ها، فرایندها، خروجی‌ها، پیامدها و تأثیرات نهایی اقدامات بهداشتی است. ورودی‌ها، اشاره به ورودی‌های داخلی و بین‌المللی ازجمله برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی و منابع انسانی و غیرانسانی می‌باشد. فرایندها، شامل مجموعه‌ای از کنش‌ها و تعاملات گوناگون در ورودی‌ها جهت رسیدن به اهداف متنوع سیستم می‌باشد. خروجی‌ها، به خروجی‌های مورد انتظار بخش سلامت از اصلاحات و مداخلات انجام‌شده اشاره دارد. با افزایش خروجی‌ها انتظار می‌رود پیامدهایی همانند پوشش خدمات و پاسخگویی نیز بهبود یابد. با بهتر شدن پیامدها انتظار می‌رود درنهایت تأثیرات برنامه‌هایی همانند ارتقاء سلامت نیز بهبود یابد. این تأثیرات نهایی خود متأثر از اثربخشی مداخلات خواهد بود(۲۰).

ب: مفاهیم مهم در طراحی الگوی ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی

در بررسی و تجزیه‌وتحلیل الگوهای مختلف، عناوین و مفاهیم گوناگون و متنوعی مشاهده می‌شود. این مفاهیم با توجه به ویژگی‌های هر الگو، جایگاه و تعریف خاصی را به خود اختصاص داده‌اند که در زیر به برخی از رایج‌ترین و مهم‌ترین مفاهیم اشاره می‌شود.

عملکرد: تعریف عملکرد اهمیت زیادی دارد زیرا اگر نتوانیم عملکرد را تعریف کنیم سنجش و مدیریت آن نیز غیرممکن خواهد شد بیتس و هالتون معتقدند که عملکرد یک مفهوم چندبعدی است و سنجش آن به عوامل متعددی بستگی دارد(۲۱). عملکرد را به‌سادگی می‌توان به‌عنوان ثبت میزان نتایج محقق شده در نظر گرفت. از نظر فردی نیز عملکرد عبارت است از دستاوردهای شخصی؛ بنابراین مدیریت عملکرد بایستی چگونگی تحقق نتایج را نیز بررسی نماید زیرا می‌تواند اطلاعات لازم برای بهبود نتایج را ایجاد کند(۲۲).

ساختار نظام سلامت: امروزه در تمام جهان ساختار و عملکرد نظام‌های سلامت در کانون دستورالعمل‌ها و اقدامات قرار دارد. عملکرد و توانایی نظام‌های سلامت در رسیدن به اهداف کلیدی، در کشورهای مختلف حتی در کشورهای مشابه از نظر درآمد، آموزش و مخارج سلامت تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای با یکدیگر دارند(۱۱). هم‌چنین سیاست‌های مناسب، در کشورهای گوناگون بسیار متفاوت‌اند(۲۳). علاوه بر این، هیچ فرمول ساده‌ای برای سازمان خدمت سلامت وجود ندارد و هیچ کشوری تاکنون در این زمینه الگوی ایده آلی ابداع نکرده است(۲۴). بااین‌حال، در دهه‌های پایانی قرن بیستم در زمینه ساختار، ایده نظام مراقبت سلامت مبتنی بر جامعه و در زمینه عملکرد نیز تأکید بسیار بر اثربخشی و مزایای حاصل از نظام سلامت، ترویج یافته است(۲۵).

تولیت: تولیت یک نقش مهم دولت در اداره نظام سلامت است. تولیت عبارت است از پاسخ به نیازهای افراد با شفافیت، مسئولیت‌پذیری، اعتماد، رفتار اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب. تولیت فراتر از نقش سنتی قانون‌گذاری است. تولیت در واقع الزامات ارائه عادلانه خدمات و علائق عمومی را در هم می‌آمیزد(۲۶-۲۴). تولیت شامل سه جنبه کلیدی است؛

۱) وضع، به‌کارگیری و بازبینی قوانین نظام سلامت

۲) تضمین یک سطح عمل مشخص برای هرکدام از نقش‌آفرینان(به‌طور خاص خریداران، ارائه‌دهندگان و بیماران)

۳) تعیین جهت استراتژیک برای کل نظام سلامت.

برای انجام همه این موارد می‌توان تولیت را شامل شش کارکرد دانست که عبارت‌اند از؛

۱) طراحی کلی نظام

۲) ارزشیابی عملکرد

۳) اولویت‌گذاری

۴) حمایت بین بخشی

۵) قانون‌گذاری

۶) محافظت از مصرف‌کننده.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

حمایت بین بخشی یکی از اجرا تولیت است که به ترویج و بهبود سیاست‌ها در سایر نظام‌های اجتماعی که در تحقق اهداف سلامت دخیل‌اند، اشاره دارد(۱۱).

منابع: امروزه، در همه کشورها محدودیت منابع یک مسئله اساسی در طراحی و مدیریت مراقبت‌های سلامت است(۲۷). لذا در این زمینه ضروری است اطمینان حاصل شود که این منابع محدود، عاقلانه هزینه شوند به‌گونه‌ای که حداکثر دستاورد با حداقل مخارج حاصل شوند(۲۸). بدین منظور بایستی مفاهیمی مانند حسابداری تحلیلی، کار آیی، اولویت‌گذاری، اصل مشارکت، انجام برآورد خطر در بودجه و پیشگیری از مخاطرات اخلاقی جایگاه خود را در خدمات سلامت به‌خوبی پیدا کنند. بایستی توجه کرد که منابع، تنها به منابع مالی و فیزیکی اطلاق نمی‌شود و مواردی از قبیل نیروی انسانی را نیز در برمی‌گیرد که همه آن‌ها نقش مهمی در عملکرد نظام‌های سلامت دارند(۲۷،۲۳). در برخی از کشورها هزینه‌های نظام سلامت توسط دولت و با استفاده از درآمد عمومی دولت انجام می‌شود. در موارد دیگر، تأمین مالی بخش عمده‌ای از هزینه‌های سلامت به عهده صندوق‌های بیمه اجتماعی می‌باشد. تأمین مالی خصوصی از مراقبت‌های بهداشتی عمدتاً شامل پرداخت توسط خانواده(یا به‌عنوان پرداخت مستقل و یا به‌عنوان بخشی از ترتیبات مشارکت در پرداخت) و همچنین اشکال مختلف بیمه درمانی خصوصی می‌باشد(۱۶).

نظام اطلاعات سلامت: اطلاعات سلامت، ابزار اصلی در برنامه‌ریزی و مدیریت خدمات سلامت، پژوهش و آموزش است(۳۰-۲۹). اطلاعات سلامت فرآیندی مداوم از جمع‌آوری، پردازش، تحلیل و تبدیل دادها به اطلاعات کامل، کافی، به‌روز، متناسب و قابل‌اعتماد است(۲۹). یک نظام اطلاعات دارای عملکرد مطلوب، باید متعهد به تحلیل عمیق، کامل، کافی و دقیق باشد(۳۰). فقدان اطلاعات منجر به تصمیمات ناشیانه و ضعیف، برنامه‌ریزی و ارزیابی ضعیف شده و باعث دوباره‌کاری، بهره‌وری پایین و هدر رفتن زمان و منابع می‌شود(۳۱).

سلامتی: بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، تندرستی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست بلکه سلامتی «نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه» است(۱۸). حس تندرستی در افراد تفاوت دارد و دو فرد در شرایط جسمانی یکسان ممکن است قضاوت متفاوتی در مورد تندرستی خود یا دیگران بکنند(۱۸). سلامتی با تأکید بر منابع اجتماعی و شخصی و همچنین به‌عنوان ظرفیت‌های فیزیکی یک شخص مفهومی‌مثبت است(۹).

پیامد بهداشتی: به تغییراتی در وضعیت تندرستی که در اثر اقدامات، فعالیت‌ها و مراقبت نظام سلامت به وجود آید، پیامد بهداشتی گویند(۱۲). پیامد بهداشتی به‌عنوان ظرفیت و توانایی سیستم مراقبت سلامت برای ایجاد یک زندگی سالم، مولد و طولانی در نظر گرفته می‌شود(۱۷).

کیفیت مراقبت: همه کشورها در زمینه کیفیت مراقبت‌های سلامت دچار مشکلاتی هستند. کیفیت این خدمات در همه کشورها در سطح مطلوب نمی‌باشد و حتی در درون کشورها نیز در مناطق مختلف کیفیت مراقبت‌های سلامت یکسان نمی‌باشد(۳۲،۱۳). به ارائه درست(مؤثر)، هماهنگ شده، به‌موقع و بیمار محور و ایمن خدمات مراقبت سلامت کیفیت مراقبت گفته می‌شود(۱۷). دستیابی به سطوح متوسطی از دستیابی به پیامدهای بهداشتی، وضعیت سلامتی و پاسخگویی کیفیت گفته می‌شود(۱۸،۱۲). کیفیت دارای چهار جنبه است که عبارت‌اند از عملکرد تخصصی(کیفیت فنی)، استفاده از منابع(کار آیی)، مدیریت خطر(خطر بیماری یا صدمه ناشی از خدمات ارائه‌شده) و رضایت‌مندی مشتریان از خدمات(۳۳). ضروری است که عملکردهای ضعیف در ارتباط با کیفیت خدمات شناسایی و اصلاح شوند(۳۰).

کارایی: کارایی یعنی دستیابی به اهداف واقعی سلامت جامعه نسبت به آنچه از منابع در دسترس می‌توان به دست آورد(۱۸،۱۱). کارایی در اقتصاد خرد یعنی میزان بهره‌وری نظام سلامت در مقایسه با حداکثر مقدار قابل حصول آن. کارایی در اقتصاد کلان یعنی تأثیر سطوح متغیر منابع روی سطح مطلوب پیامدها و پاسخگویی نظام سلامت در

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مقایسه با سایر کالاها و خدمات(۱۲،۸). کارایی فنی(راندمان تولید) یعنی گرفتن بیشترین خروجی از پول و کارایی تخصیصی یعنی تولید مجموعه‌ای مناسب و درست از خروجی بهداشتی برای دستیابی به اهداف بهداشتی یا بودن در سرحد امکان تولید سلامتی(۱۳). کارایی یعنی ارائه کارآمد خدمات و مدیریت بیمه در زمان مناسب و بستر و زمینه مناسب که در آن خلاقیت و نوآوری‌های جدید را می‌توان هم برای اثربخشی و هم ارزش‌گذاری مورد ارزیابی قرارداد(۱۷).

پاسخگو بودن: پاسخگویی یعنی اینکه یک سیستم بهداشتی چگونه به انتظارات بهداشتی و غیربهداشتی مردم توجه می‌نماید که این بخشی از کیفیت مراقبت سلامت نیز می‌باشد(۳۴،۱۴). پاسخگو بودن یعنی احترام به افراد، بدین معنی که نظام بهداشت و درمان و ارائه‌کنندگان خدمت به کرامت، استقلال و محرمانه ماندن اطلاعات پایبند باشند(۱۲). پاسخگو بودن یعنی مشتری مداری، یعنی توجه به نیازهای بهداشتی، امکانات و تسهیلات پایه خدمات بهداشتی درمانی، دسترسی به شبکه‌های اجتماعی حمایت از بیماران و حق انتخاب ارائه‌کنندگان از سوی گیرندگان خدمت(۱۲،۸). همچنین به درجه رضایتمندی شهروندان از خدمات ارائه‌شده توسط نظام سلامت، پاسخگویی گفته می‌شود(۱۳).

برابری(عدالت): بی‌عدالتی سلامت در اغلب کشورها دیده می‌شود برابری یعنی ارائه منصفانه خدمات سلامت و اینکه گروه‌های مختلف جامعه از فواید حاصل از خدمات نظام سلامت به‌طور عادلانه بهره‌مند شوند(۲۷،۸). برابری یعنی توزیع عادلانه کیفیت، دسترسی و کارایی(۱۷). برابری یعنی توزیع عادلانه سلامتی و پاسخگویی در بین مردم و همچنین مشارکت منصفانه در تأمین منابع مالی(۱۸،۱۱). برابری یعنی توزیع منصفانه اهداف عملکرد شامل وضعیت بهداشتی، رضایت شهروندان و محافظت از خطر مالی(۱۳). برابری یعنی توزیع منصفانه پیامدهای بهداشتی، دسترسی و تأمین مالی(۱۲).

دسترسی: دسترسی به‌عنوان جزئی از برابری یا عدالت مطرح است. دسترسی یعنی در دسترس بودن سازمان و تأمین مالی در نظام سلامت(۸)، دسترسی یکی از عناصر و تعیین‌کننده‌های پاسخگویی است(۱۸،۱۲،۱۱). دسترسی شامل دسترسی فیزیکی و دسترسی مالی است. دسترسی فیزیکی یعنی توزیع مناسب دسترسی به ورودی‌های سیستم(تخت بستری، پزشکان، پرستاران و...) به نسبت جمعیت و دسترسی مالی یعنی دسترسی اثربخش به خدمات مراقبت سلامت از نظر پرداخت مالی، به عبارتی درجه مشارکت همگانی و قدرت خرید خدمات(۱۷،۱۳).

ج) تجربیات کشورها (جدول شماره ۲)

کشور کانادا: در کشور کانادا در طول زمان و برای اهداف گوناگون، الگوهای مختلفی برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت طراحی و ارائه‌شده است که مهم‌ترین الگو در سال ۲۰۰۸ با رویکردی متفاوت نسبت به الگوهای قبلی و به‌منظور محدودسازی شاخص‌ها، معیارها و شاخصه‌ای ارزیابی عملکرد مورد بازبینی قرارگرفته است. در این چارچوب وضعیت سلامت با چهار معیار، تعیین‌کننده‌های غیرپزشکی سلامت با چهار معیار، عملکرد نظام سلامت با هشت معیار و ویژگی‌های نظام سلامت با سه معیار در نظر گرفته‌شده است. معیارهای وضعیت سلامت شامل: مرگ‌ومیرها، کارکرد انسانی، شرایط سلامت و خوب بودن می‌باشد. تعیین‌کننده‌های غیرپزشکی سلامت شامل: رفتار سلامت، شرایط زندگی و کار، منابع فردی و عوامل محیطی می‌باشد. عملکرد نظام سلامت شامل: قابل‌قبول بودن، قابلیت دسترسی، مناسب بودن، شایستگی، استمرار، اثربخشی، کارایی و ایمنی می‌باشد. ویژگی‌های نظام سلامت و جامعه شامل: جامعه، نظام سلامت و منابع می‌باشد. عدالت و برابری معیاری است که همه اجزای نظام سلامت را در برگرفته است(۳۵).

کشور ارمنستان: اهداف بیان‌شده شامل تقویت تولیت و نظارت، پاسخگویی، شفافیت، تعیین اولویت‌های و سیاست‌گذاری می‌باشد. در این چارچوب هفت کارکرد و سه هدف نظام سلامت با استفاده از ۴۰ شاخص اصلی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

موردتوجه قرارگرفته است. کارکردهای نظام سلامت شامل؛

۱) سیستم‌های اطلاعاتی

۲) منابع انسانی

۳) تولیت و نظارت

۴) بهره‌وری

۵) دسترسی به خدمات

۶) کیفیت و ایمنی خدمات و

۷) عوامل خطر / ارتقاء سلامت / پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد.

اهداف نظام سلامت شامل:

۱) عدالت در تأمین و محافظت مالی

۲) وضعیت سلامت و توزیع آن و

۳) پاسخگویی می‌باشد(۳۶).

کشور بلژیک: اهداف بیان‌شده شامل شفافیت و پاسخگویی، مقایسه با کشورهای دیگر، نظارت و پایش بر عملکرد در طول زمان می‌باشد. این چارچوب دارای سه لایه و چهار بعد عملکردی است که با استفاده از ۵۵ شاخص اصلی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. لایه‌های عملکردی شامل؛

۱) وضعیت سلامت

۲) عوامل تعیین‌کننده غیرپزشکی سلامت و

۳) نظام سلامت (ارتقاء سلامت، مراقبت‌های پیشگیرانه، مراقبت‌های درمانی، مراقبت‌های بلندمدت و پایان مراقبت از زندگی) است.

ابعاد عملکردی مراقبت سلامت عبارت‌اند از؛

۱) کیفیت

۲) دسترسی

۳) کارایی و

۴) پایداری و تداوم.

عدالت و برابری خصوصیتی است که تمام لایه‌ها را در برمی‌گیرد(۳۷).

کشور ایران: برای نظام سلامت کشور ایران ازنظر ساختاری سه سطح کشوری، استانی و شهرستانی طراحی‌شده است(۳۸). وزارت بهداشت نیز در جهت تقویت روند اصلاحات و ظرفیت‌سازی مناسب برای استقرار اهداف مهم اصلاحی بخش سلامت، مسئله توسعه مدیریت و توسعه‌سازمانی را موردتوجه قرار داده است و دراین راستا بر اساس سه اصل کلی مسئولیت، عملکرد و پاسخگویی، پنج برنامه راهبردی را در دستور کار خود قرار داده است(۳۹). ۱۴ زمینه یا معیار برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت ایران مطرح‌شده است. این معیارها دربرگیرنده ۱۷۵ شاخص ارزیابی عملکرد در کشور ایران می‌باشند. با استفاده از این الگوی نتیجه محور و شاخص محور، فرصت خوبی برای بهبود عملکرد سیستم بهداشت و درمان در طول زمان در اختیار سیاست‌گذاران قرار خواهد گرفت. معیارهای پیشنهادشده برای ارزیابی عملکرد سیستم بهداشت و درمان کشور ایران شامل:

۱) وضعیت سلامت

۲) تولیت

۳) دسترسی

۴) مخارج سلامت

۵) تأمین مالی و عدالت

۶) مراقبت‌های اولیه

۷) مراقبت سالمندی

۸) کیفیت خدمات

۹) نظام بیمه‌ای

۱۰) عملکرد بیمارستانی

۱۱) نتایج سلامت

۱۲) پژوهش، تحقیق، توسعه و نوآوری

۱۳) خصوصی‌سازی

۱۴) کارایی و بهره‌وری می‌باشد(۱۴).

کشور انگلستان: نظام بهداشت و درمان انگلستان بر پایه طب ملی انگلستان و با هدف ارائه خدمات درمانی جامع به‌تمامی شهروندان بر پایه سه اصل پیشگیری، تشخیص و درمان پایه‌گذاری شده و اساساً تأمین منابع مالی آن از طریق مالیات‌ها و درآمدهای عمومی دولت تأمین می‌شود. اهداف بیان‌شده شامل مدیریت عملکرد مؤسسات مرتبط با نظام ملی سلامت و مسئولین استراتژیک بخش

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سلامت(مدیریت عملکرد مراقبت‌های بهداشتی) می‌باشد. این کشور فاقد نظام جامع یا غیر جامع ارزیابی عملکرد می‌باشد. با استفاده از حدود ۵۰ شاخص اصلی موضوعاتی مانند بهبود وضعیت سلامتی، دسترسی منصفانه به خدمات، ارائه خدمات و زمان‌های انتظار، موردانداز‌ه‌گیری قرار می‌گیرد. در گزارش پایان سال ۲۰۱۱ نظام ملی سلامت به تجربه بیمار و ارائه‌کنندگان خدمت نیز اشاره‌شده است(۴۱).

کشور استونی: اهداف بیان‌شده شامل تقویت مسئولیت‌پذیری، تقویت تولیت و نظارت، ارائه طرحی برای پایش برنامه ملی سلامت می‌باشد. این چارچوب با استفاده از حدود ۸۰ شاخص اصلی به ارزیابی عملکرد کشور استونی می‌پردازد. در این چارچوب چهار کارکرد نظام سلامت، چهار هدف بینابینی، سه هدف اصلی و هفت بعد عملکردی مدنظر قرارگرفته است. کارکردهای نظام سلامت شامل؛

۱) تولیت
۲) تولید و تخصیص منابع
۳) ارائه خدمات
۴) تأمین مالی، می‌باشد.

اهداف بینابینی شامل؛

۱) عدالت در دسترسی و پوشش جمعیت
۲) پاسخگویی و حق انتخاب
۳) کارایی و
۴) کیفیت و اثربخشی

اهداف اصلی نظام سلامت شامل؛

۱) وضعیت تندرستی
۲) محافظت از خطر مالی
۳) رضایت مشتری، می‌باشد(۲).

ابعاد عملکرد شامل؛

۱) وضعیت سلامت
۲) رفتار بهداشتی و ارتقاء سلامت
۳) عوامل غیربهداشتی مؤثر بر سلامت
۴) پاسخگویی
۵) تأمین مالی عادلانه
۶) دسترسی به خدمات سلامت
۷) کیفیت و ایمنی خدمات، می‌باشد.

کشور قرقیزستان: اهداف بیان‌شده شامل پایش پیشرفت و تأثیر برنامه‌های بخش بهداشت و درمان، پاسخگویی به ارائه‌کنندگان خدمات، شناسایی حوزه‌های بالقوه مشکل‌دار سیاست‌گذاری می‌باشد. این چارچوب با استفاده از حدود ۵۳ شاخص مبادرت به پیگیری منظم از خروجی‌ها، پیامدها(دسترسی، حمایت مالی، بهره‌وری، کیفیت و شفافیت) و تأثیرات(بهبود وضعیت سلامت) برنامه‌ها در بخش بهداشت و درمان کشور قرقیزستان می‌نماید(۴۳).

کشور پرتغال: اهداف بیان‌شده شامل پاسخگویی و اطلاعات سیاست‌گذاری می‌باشد. این چارچوب با استفاده از حدود ۵۱ شاخص اصلی به ارزیابی عملکرد کشور پرتقال می‌پردازد. در این چارچوب چهار کارکرد نظام سلامت، پنج هدف بینابینی و سه هدف اصلی مدنظر قرارگرفته است. کارکردهای نظام سلامت شامل؛

۱) تولیت
۲) تولید و تخصیص منابع
۳) ارائه خدمات
۴) تأمین مالی.

اهداف بینابینی شامل؛

۱) دسترسی
۲) پوشش خدمات
۳) کیفیت و ایمنی خدمات
۴) رفتار بهداشتی
۵) کارایی

اهداف اصلی نظام سلامت شامل؛

۱) وضعیت تندرستی
۲) حمایت از خطر مالی و اجتماعی
۳) پاسخگویی(۴۴).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

کشور ترکیه: اهداف بیان‌شده شامل طراحی پایش و ارزیابی برای برنامه تحول بهداشتی، شفافیت و پاسخگویی، حمایت از توسعه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، راهنمای توسعه سیاست‌گذاری دولتی، شناسایی حوزه‌های اولویت‌دار سیاست‌گذاری می‌باشد. پیامدهای سلامتی به‌عنوان اهداف نهایی سیستم سلامت تعریف‌شده است که از طریق سه هدف بینابینی و چهار کارکرد نظام سلامت حاصل می‌شود. اهداف بینابینی شامل؛

۱) محیط و سبک زندگی بهداشتی

۲) کارایی و جامعیت خدمات مراقبت فردی

۳) مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی.

کارکردهای نظام سلامت شامل؛

۱) ارائه خدمات

۲) تولید منابع

۳) تأمین منابع مالی

۴) حاکمیت و رهبری(۴۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی منابع و متون مختلف علمی و اجرایی بخش سلامت، الگوها، چارچوب‌ها و مدل‌های مختلفی به چشم می‌خورد که هرکدام با توجه به فلسفه وجودی خودشان، مفاهیم، فرایندها و تعاملات درونی و بیرونی خاصی را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین در بررسی و تجزیه‌وتحلیل الگوهای مختلف، عناوین و مفاهیم گوناگون و متنوعی مشاهده می‌شود. این مفاهیم با توجه به ویژگی‌های هر الگو، جایگاه و تعریف خاصی را به خود اختصاص داده‌اند. علاوه بر این هیچ فرمول ساده‌ای برای سازمان خدمات سلامت وجود ندارد و هیچ کشوری تاکنون در این زمینه الگوی ایده آلی ابداع نکرده است(۲۴). بااین‌حال در دهه‌های پایانی قرن بیستم در زمینه ساختار، ایده نظام مراقبت سلامت مبتنی بر جامعه و در زمینه عملکرد نیز تأکید بسیار بر اثربخشی و مزایای حاصل از نظام سلامت ترویج یافته است(۴۶). کشورهای مختلف نیز براساس ساختار حکومتی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و نیز ساختار و اهداف مورد انتظار نظام سلامت، از الگوهای مختلفی برای ارزیابی عملکرد نظام بهداشت و درمان خود بهره برده‌اند.

تعیین اهداف واقع‌بینانه برای فرایند ارزیابی عملکرد نظام سلامت بسیار مهم، دشوار و پیچیده است. مطالعات نشان می‌دهد اهداف اولیه ارزیابی عملکرد نظام سلامت همانند افزایش شفافیت و پاسخگویی بیش‌ازحد به بلندپروازی تمایل دارند. در آغاز ارزیابی عملکرد نظام سلامت باید درست و منطقی باشد، سپس به‌تدریج نسبت به ایجاد یا توسعه شاخص‌هایی متناسب با چارچوب‌های عملکرد و تطبیق آن با اطلاعات سیستم اقدام شود. بر اساس محیط متغیر و شناور سیاست‌گذاری که در آن روند اقتصادی یا تغییرات حکومتی می‌تواند روی اولویت‌گذاری‌ها تأثیر بگذارد، تدوین چارچوبی جامع با یکسری شاخص‌های منعطف می‌تواند مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

هرچند ارزشیابی عملکرد نظام سلامت دارای پتانسیل مطلوبی است اما تنها زمانی مفید واقع خواهد شد که بتواند شکاف بین سنجش در سطح کلی، کارکردهای فردی و مداخلاتی که منجر به تغییر خواهند شد را پر کند(۴۷).

رویکردهای متنوعی نسبت به ارزیابی عملکرد نظام سلامت بیان‌شده است از جمله: رویکرد ارزیابی داخلی در مقابل ارزیابی خارجی، ارزیابی متمرکز در مقابل ارزیابی غیرمتمرکز یا مشارکتی، ارزیابی تجمعی در مقابل ارزیابی تکوینی. ترتیبات سازمانی در داخل وزارت بهداشت و واحدهای تابعه بایستی این فرصت را جهت تقویت هم‌افزایی فرایندهای سیاست‌گذاری موجود همانند جمع‌آوری، تفسیر و استفاده از داده‌ها فراهم نماید. اگر موسسه مسئول انجام ارزیابی عملکرد بتواند با حفظ استقلال خود ارتباطات مناسبی با وزارت بهداشت و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان برقرار نماید در انجام مأموریت خود موفق‌تر عمل خواهد کرد. وجود این‌گونه مؤسسات مستقل به‌طور مثال در مواقعی که ارزیابی خارجی مدنظر باشد و استقلال ارزیابی‌کننده نیز به‌عنوان یک ویژگی برتر در نظر گرفته شود، به شرطی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

که اهداف اولیه و اصلی شفاف و قابلیت پاسخگویی داشته باشند، بسیار مفید و مؤثر خواهد بود.

بایستی توجه کرد که ارزیابی عملکرد یک فرآیند پویا، توسعه‌ای و دوطرفه است(۴۸). ارزیابی عملکرد نظام سلامت به تعهد، اشتیاق و جدیت افراد و دولت‌ها نیاز دارد. زمان و منابع موردنیاز برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت را نباید دست‌کم گرفت. بعلاوه جدیت و ثبات در اعضای گروه‌های کاری از عوامل مهم به‌عنوان تعهد حاکمیتی مطرح می‌باشد. سرمایه‌گذاری‌هایی ازاین‌دست می‌تواند باعث فرهنگ تعالی سازمانی نظام سلامت، ظرفیت‌سازی و تلاش برای بهبود عملکردی که در درازمدت به ثبات و حفظ ارزیابی عملکرد نظام سلامت کمک خواهد کرد، شود.

در ارزیابی عملکرد نظام سلامت بایستی رویکردی اتخاذ شود که بتواند نقاط قوت و ضعف نظام را شناسایی کرده، موانع اصلی و مناطق مهم مداخله را اولویت‌بندی نموده و راه‌حل‌های بالقوه را شناسایی نمود(۴۹).

ارزیابی عملکرد نظام سلامت می‌تواند باعث تقویت فهم عملکرد سیستم بهداشتی درمانی در سطوح مختلف محلی، منطقه‌ای و ملی شود. سیستم ارزیابی عملکرد نظام سلامت ملی در درجه اول یک پروژه ملی با اهداف ملی می‌باشد. بااین‌حال برای اجرای موفقیت‌آمیز فرآیند بهره‌برداری از نتایج، مقامات محلی و منطقه‌ای بایستی هم ارزیابی عملکرد نظام سلامت را خوب بفهمند و هم آن‌ها بپذیرند؛ بنابراین تلاش‌های آینده بایستی معطوف به توسعه ارزیابی‌ها در سطوح محلی و منطقه‌ای باشد. ارزیابی عملکرد نظام سلامت فرصتی را برای تعیین و تصحیح شکافه‌ای داده‌های موجود فراهم می‌کند. ارزیابی عملکرد نظام سلامت می‌تواند با مشخص کردن شکافه‌ای داده‌ای به بهبود سیستم اطلاعات بهداشتی درمانی کمک کند که این امر اولین گام به‌سوی تأمین داده‌های باکیفیت و قابل‌دسترس می‌باشد.

بسیاری از اقدامات، بخصوص در حوزه سلامت عمومی، در درازمدت بر نتایج اثر می‌گذارند لذا متدولوژی ارزیابی عملکرد بایستی این مسئله را منعکس نماید(۵۰). بسیاری از محققین معتقدند که معیارهای ارزیابی بایستی تا حد ممکن از استراتژی‌ها مشتق شوند. در ارزیابی عملکرد نظام سلامت ضروری است که بین فعالیت‌های نظام و نتایج سلامت ارتباط برقرارشده و عامل مهم دوره زمانی که در آن نتایج سلامت قابل ارزیابی هستند موردتوجه قرار گیرد. به نظر می‌رسد ایجاد ارتباط بین دوره زمانی فعالیت‌ها و زمانی که می‌توان نتایج عملکردی را مورد شناسایی قرارداد نیازمند کار بیشتری باشد. در ارزیابی عملکرد نظام سلامت بایستی هم فرآیندها و هم نتایج موردتوجه قرار گیرند اما شاخص‌ها بایستی بیشتر شاخص‌های نتیجه باشند. در تدوین الگوی ارزیابی عملکرد بایستی توجه کرد که معیارهای ارزیابی با عملکرد نظام و نیز مستندات مربوط به نتایج سلامت همخوانی داشته باشند.

نتیجه نهایی اینکه هیچ الگوی واحدی از ارزیابی عملکرد نظام سلامت در سطح بین‌المللی و کشورها توصیه نشده است. در هر کشوری به‌تناسب ساختار سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و بر مبنای اهداف مورد انتظار از نظام سلامت نیاز به طراحی الگوی ارزیابی عملکرد می‌باشد. به جهت شفافیت و پاسخگویی، نیاز است تا الگوی ارزیابی عملکرد در سطوح مختلف اجرایی نظام سلامت طراحی و اجرا شود تا هر واحد اجرایی مسئولیت فعالیت‌های خود را بپذیرد. برای ارزیابی عملکرد نیاز است تا واحدهای اجرایی برای فعالیت خود دارای اهداف روشن و برنامه‌ریزی مناسب باشند. از آنجائی که هیچ الگوی ارزیابی کامل و بدون نقص نمی‌باشد، بنابراین نتیجه طراحی هر الگوی ارزیابی عملکرد هم قبل و هم بعد از اجرا باید منتشرشده تا موردانتقاد سازنده صاحب‌نظران قرارگرفته و نواقص آن برطرف شود.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ۱: مقایسه بین چارچوب‌های بین‌المللی ارزیابی عملکرد سیستم بهداشت و درمان

اجزای اصلی	اجزای فرعی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
کارکردها (ساختار)	تأمین منابع مالی	✓	✓				✓	✓		
	سیستم اطلاعات	✓	✓							
	مدیریت		✓							✓
	سیاست‌گذاری									✓
	تولید منابع		✓					✓		
	تخصیص منابع		✓							
	تولیت	✓	✓					✓		
	ارائه خدمات		✓					✓		✓
اهداف بینابینی	دسترسی		✓		✓	✓		✓		
	حق انتخاب	✓								
	پوشش خدمات		✓					✓		
	اثربخشی	✓								✓
	کارایی	✓	✓		✓	✓				✓
	عدالت	✓		✓		✓				✓
	بهبودی				✓					
	نوآوری				✓					
	بهره‌وری								✓	
	کیفیت خدمات		✓		✓			✓	✓	
	ایمنی		✓					✓		
	مقدار خدمات								✓	
اهداف نهایی	دسترسی									
	توزیع سلامتی		✓				✓	✓		
	اثربخشی								✓	
	کارایی			✓			✓	✓	✓	
	عدالت								✓	
	انصاف در تأمین مالی		✓					✓		
	حمایت از خطر مالی	✓								
	وضعیت سلامتی	✓			✓	✓				✓
	بهبود سلامتی			✓					✓	
	سطح سلامتی		✓				✓	✓		
	پاسخگویی		✓					✓		
	حفاظت از خطر					✓				
	رضایتمندی	✓				✓				
	رفاه									✓
نوع چارچوب	تحلیلی		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	تعیینی	✓				✓				

1. Systems Framework (2008)
2. WHO Building Blocks Framework (2007)
3. OECD (HCQI) Framework (2006)
4. Commonwealth Fund Framework (2006)
5. Control Knobs Framework (2003)
6. OECD Performance Framework (2001)
7. WHO Performance Framework (2000)
8. EGIPSS model (1998)
9. Framework for Assessing Behavioral Healthcare (1998)

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ۲: مقایسه کشورهای منتخب از نظر معیارهای ارزیابی عملکرد بخش سلامت

معیارها / کشورها	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷
کانادا	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
استرالیا	✓	✓	✓	✓			✓
انگلیس	✓	✓	✓				✓
آمریکا	✓	✓	✓	✓		✓	✓
ارمنستان	✓	✓					✓
بلژیک	✓	✓		✓	✓		✓
استونی	✓	✓		✓		✓	
قرقیزستان	✓		✓				✓
پرتغال	✓	✓				✓	✓
ترکیه	✓		✓				✓
ایران	✓	✓	✓			✓	✓

References

1. Maleki MR, Nasrollahpour D & et al, Comprehensive models of performance assessment and organizational excellence, Babol-Iran: Babol University of Medical Science. 2011.
2. Hajijabbari A, Sarabadani M, Practical guide to performance assessment of the executive organization, Tehran: Industrial Research & Training Center of Iran. 2008.
3. The European health report 2009: health and health systems. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2012
4. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care, BMJ. 2003; 15: 327(7424): 1129.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development: Value for Money in Health Spending. Paris. 2010.
6. Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2009.
7. Sara Bennett, David H. Peters. Assessing National Health Systems: Why and How. Health Systems & Reform. 2015; 1(1): 9-17.
8. Aday, LA. , Begley, CE. , Lairson, DR. and Slater, CH. Evaluating the Health Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity, Health Administration Press. Chicago. 1998.
9. Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, AP. et al, A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance, Health Services Management Research. 1998;11 24-48,.
10. Anad S, Ammar W, Evans T, et al, Report of the scientific peer review group on health systems performance assessment' in Murray, CL. and Evans, DB. (2003) Health systems performance assessment: Debates, Methods and Empiricism. World Health Organization. Geneva. 2003.
11. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78:717-730.
12. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems. OECD labour Market and Social Policy

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

Occasional Papers: OECD Publishing. 2001;47.
13. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: A guide to improving performance and equityg, Oxford university Press, Oxford. 2008.
14. Mattke S, Kelley E, Scherer P, et al, Health care quality indicators projec: Initial indicators report. OECD Publishing. 2006.
15. Arah OA, Westerd GP, Hurst J, Klazinga kS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care. 2006;3:5-13.
16. Pavlína Hejdukováa, Lucie Kureková. National health systems' performance: evaluation WHO indicators. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2016; 230: 240 – 248.
17. James J, Mongan, Maureen Bisognano, Christine K. Cassel Framework For A High Performance Health System For The United States. The Commonwealth Fund Commission, New York. 2006.
18. World Health Organization (WHO). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. WHO Document Production Services.Geneva. 2007.
19. Coker R, Atun R, McKee M. Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases: Experiences from Europe and Latin America. McGraw-Hill: European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2008.
20. Boerma T, Abou-Zahr C, Bos E, Hansen P, Addai E, Low-Beer D. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework. Worlh Health Organization. Geneva. 2010.
21. Armstrong M. Performance Management: Key Strategies and Practical Guidelines. Kogan Page Publisher. 2000.
22. Armstrong M, Baron A. Managing Performance: Performance Management in Action, CIPD Publishing, 2005.
23. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M.Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health, 2003; 1: 3
24. Richard B. Saltman1 & Odile Ferroussier-Davis. The concept of stewardship in health policy. Bull World Health Organ. 2000; 78(6): 732-739.
25. Banihashemi K, Mahdi Pour F, Naeeni S.M.K. Experience Of Establishing A Society-Based Health Care System: few considerations May Lead to So Many Advantages. The Internet Journal of Healthcare Administration. 2005;3:2.
26. Levey M. Fourteenth Century Muslim Medicine And The Hisba. Medical History: An International Journal for the History of Medicine and Related Sciences.1963;7(2):176-182.
27. Beaglehole R, Mario R Dal Poz. Public health workforce: challenges and policy issues. Human Resources for Health. 2003;1:4.
28. A. H. Health Care Rationing: What is mean. Health policy issues & options: policy bries. 2005;147.
29. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, Jabalpur, and Madhya Pradesh: Banarsidas Bhanot Publishers. 2011.
30. Scally G, Donaldson L.J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ.1998;4(317):61-67.
31. El TaguriA , Elkhammas EA, Bakoush O, Ashammakhi N, Baccoush M and Betilmal. Libyan National Health Services The Need to Move to Management-by-Objectives. Libyan J Med. 2008;3(2):113-121.
32. Healthcare in the 21 century: Seeking Sustainable, Equitable and Effective Solutions. EU Focus: Delegation of the European Commission to the United States, Washington DC. 2008.
33. Antezana FS, Chollat-Traquet CM, Yach D. Health for all in the 21st century. World Health Statistics Quarterly. 1998; 51(1): 3-6.
34. E. A. Essential concepts in modern health care," Libian J Med. . 2008.
35. Health Indicators," Canadian Institute for Health Information, Ottawa. Ont.2010.
36. Armenia health system performance assessment. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2009.
37. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Belgian Health Care Knowledge Centre. Brussels. 2010.
38. Health Systems Profile- Islamic Republic of Iran," Regional Health Systems Observatory- EMRO, Geneva. 2006.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

39. Barati A, Maleki M, Golestani M, Imani A. Evaluation of the Performance Management System of the Employees of Amiralmomenin (P. B. U. H) Hospital of Semnan making use of the Balanced Score Card. JHA. 2006; 9(25): 47-54.
40. Bahrami M, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a Health System Performance Assessment Model for Iran. Health Information Management. 2011; 8(3): 305.
41. The Operating Framework for the NHS in England 2012/13. DH/NHS Finance, Performance and Operations, London, 2011.
42. Estonia health system performance assessment. WHO regional Office for Europe. Copenhagen. 2009.
43. Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B. Kyrgyzstan: Health system review. Health Systems in Transition. 2011;13(3)1-152.
44. Portugal health system performance assessment," WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2010.
45. Turkey Health System Performance Assessment 2011. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2012.
46. Banihashemi K MP, Naeeni SMK, Experience of establishing a society-based health care system: few consideration may lead to so many advantages. The Internet Journal of Healthcare Administration.2006;4:1.
47. Europian regional consultation on the world health report 2000," WHO Regional Office for Euorop, Copenhagen. 2001.
48. Li-cheng C. The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications", International Journal of Public Sector Management. 2007;20(2): 101-117.
49. Islam M. Health systems assessment approach: a how-to manual. Arlington, Virginia, anagement Sciences for Health [MSH]. 2007
50. Frenk J, Christopher JL Murray. WHO assessment of health systems performance. The Lancet. 2003;361:9377.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سؤالات

۱۱-کدام‌یک از موارد زیر موضوع اصلی در تمامی تجزیه‌وتحلیل‌های سازمانی بوده و باعث توسعه تئوری سازمانی می‌شود؟

الف) منابع

ب) مدیریت

ج) سازمان‌دهی

د) عملکرد

۲- کدام‌یک از موارد زیر از چالش‌های (مشکلات) بخش سلامت نمی‌باشد؟

الف) نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

ب) عدم تطابق بین منابع انسانی و نیازهای بهداشتی درمانی

ج) تغییر روند بیماری‌ها از بیماری‌های غیر واگیر به بیماری‌های واگیر

د) عدم تطابق بین افزایش هزینه‌های خدمات سلامت و تغییر در انتظارات عمومی

۳) کدام‌یک از موارد زیر جزو اهداف ابزاری«مدل سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت» می‌باشد؟

الف) پاسخگویی

ب) ارائه خدمات

ج) بهبودی سلامتی

د) انصاف در مشارکت مالی

۴) کدام‌یک از موارد زیر جزو اهداف عمده«مدل سازمان همکاری و توسعه اقتصادی» نمی‌باشد؟

الف) پاسخگویی و دسترسی

ب) بهبود سلامت و پیامدهای تندرستی

ج) مشارکت مالی و مخارج نظام سلامت

د) کارایی اقتصاد خرد و کار آیی اقتصاد کلان

۵) کدام‌یک از موارد زیر در مورد «چارچوب تفکر سیستمی» صحیح نمی‌باشد؟

الف) هدف نهایی شامل ارتقاء سلامت، محافظت از خطر مالی و رضایت مشتریان می‌باشد.

ب) این چارچوب تلاش می‌کند تا روابط متقابل مهم و رویدادهای تکراری را شناسایی کند.

ج) هدف بینابینی شامل عدالت، کارایی (فنی و تخصیصی)، اثربخشی و حق انتخاب می‌باشد.

د) در این چارچوب، ۳ هدف عمده «ارتقاء سلامت، کارایی و عدالت» برای سیاست‌گذاری تعریف‌شده است.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

۶) ..... عبارت است از پاسخ به نیازهای افراد با شفافیت، مسئولیت‌پذیری، اعتماد، رفتار اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب

الف) عدالت

ب) تولیت

ج) کیفیت

د) عملکرد

۷) کدام‌یک از موارد زیر در مورد مفهوم «پاسخگویی» در نظام سلامت صحیح نمی‌باشد؟

الف) توجه به انتظارات بهداشتی و غیربهداشتی مردم

ب) احترام به کرامت، استقلال و محرمانه ماندن اطلاعات

ج) ارائه منصفانه خدمات سلامت و توزیع عادلانه کیفیت، دسترسی و کارایی

د) تأمین امکانات و تسهیلات پایه خدمات سلامت، دسترسی به شبکه‌های اجتماعی حمایت از بیماران

۸) کدام‌یک از موارد زیر در مورد نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران صحیح نمی‌باشد؟

الف) یک مدل نتیجه محور و شاخص محور می‌باشد

ب) از نظر ساختاری، در ۳ سطح کشوری، استانی و شهرستانی طراحی‌شده است

ج) همانند نظام طب ملی انگلیس بوده و تأمین مالی آن توسط مالیات و درآمد عمومی دولت انجام می‌گیرد

د) بر اساس ۳ اصل کلی مسئولیت، عملکرد و پاسخگویی، ۵ برنامه راهبردی را در دستور کار خود قرار داده است

۹) ..... یک فرآیند پویا، توسعه‌ای و دوطرفه بوده و بایستی رویکردی اتخاذ شود که بتواند نقاط قوت و ضعف نظام سلامت را شناسایی کرده، موانع اصلی و مناطق مهم مداخله را اولویت‌بندی کرده و راه‌حل‌های بالقوه را شناسایی نماید.

الف) ارزیابی عملکرد نظام سلامت

ب) برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی

ج) کنترل و نظارت بهداشتی و درمانی

د) خلاقیت و نوآوری در نظام سلامت

۱۰) کدام‌یک از جملات زیر صحیح می‌باشد؟

الف) مدل‌های مختلف ارزیابی عملکرد، دارای اهداف کلی و مؤلفه‌های یکسان می‌باشند.

ب) کشورهای مختلف علیرغم ساختار متفاوت حکومتی، دارای الگوهای مشترک ارزیابی عملکرد می‌باشند.

ج) می‌توان الگوی واحدی را برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت در سطح بین‌المللی و کشورها طراحی و اجرا نمود.

د) برای ارزیابی عملکرد نیاز است تا واحدهای اجرایی برای فعالیت خود دارای اهداف روشن و برنامه‌ریزی مناسب باشند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]