

چکیده

سلامت، یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست و هیچ یک از افراد جامعه را نمی‌توان بی‌نیاز از آن دانست. سلامت فرد و جامعه در گرو ارائه خدماتی با کیفیت، مناسب و متناسب با نیاز مردم است. اما بخش قابل توجهی از توان فعالان حوزه سلامت صرف تأمین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست‌گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم‌رنگ جلوه می‌نماید. این ضعف منجر به این امر گردیده است که ارائه خدمات سلامت دچار نقصان و ضعف جدی بوده و نتواند انتظارات عمومی را به نحو مطلوبی پاسخ دهد.

با هدف قرار دادن این شکاف از یک طرف و بحث برجسته نظارت و ارزیابی در نظام سلامت از طرف دیگر، در این مقاله بنا داریم تا به معماری و بازطراحی کلان نظام ارزیابی در حوزه سلامت ایران بپردازیم. بدین منظور پس از طراحی مدل ارتباط مفاهیم حوزه ارزیابی و تعریف نقش‌های ممکن در این حوزه در نظام سلامت ایران، به توزیع مطلوب این نقش‌ها در بین فعالان این حوزه پرداخته‌ایم. بنا بر نتایج معماری صورت‌گرفته، توصیه می‌گردد تا سازوکار ایجاد و استقرار سازمانهایی با ماهیت عمومی غیردولتی و نحوه تعاملات آنها با یکدیگر و با وزارت بهداشت، به منظور تدوین و جمع‌آوری شاخص‌های سلامت از یک طرف و انجام ارزیابی و اعتباربخشی به محصولات، خدمات و فعالان این عرصه از طرف دیگر، تدوین گردد.

کلید واژه:

معماری سازمانی، نظارت و ارزیابی، حوزه سلامت، ایران

مقدمه

مقوله سلامت، همواره به عنوان یکی از مطالبات اصلی عموم مردم مطرح بوده و مدیران نظام نیز خود را در این خصوص پاسخگو دانسته‌اند. این مقوله همچنین، از سوی جامعه جهانی، ناظران بین‌المللی، کشورهای اسلامی و همسایگان جمهوری اسلامی به عنوان یکی از ملاکهای قضاوت درخصوص کارآمدی نظام ایران مورد توجه بوده است.

همچنین براساس اصل بیست و نهم قانون اساسی (1)، برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی حق همگانی بوده و دولت موظف است خدمات یاد شده را برای آحاد جامعه تأمین کند. این در حالی است که بخش قابل توجهی از توان دولت در بخش سلامت، تنها صرف تأمین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست‌گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم‌رنگ جلوه می‌نماید. براین اساس و علی‌رغم جایگاه بسیار برجسته «نظارت و ارزیابی» در نظام سلامت، تا کنون به نحوی شایسته و درخور، به این موضوع توجه نشده است و با نگاهی گذرا به اقدامات جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این حوزه، مصادیق متعددی از نابسامانی، موازی‌کاری، تداخل وظیفه و عدم تناسب نقش و جایگاه ساختاری را می‌توان برشمرد که ذیلاً به برخی از آنها اشاره می‌گردد:

• انجام ارزیابی‌ها و ارزشیابی‌های متنوع و متکثر و غیرهدفمند از

مجموعه‌ها و صرف هزینه، زمان و فرصت‌های سازمانی موجود به صورتی غیراثربخش؛

• غفلت از ایفای نقش‌های کلیدی به نحو مطلوب و پرداختن به امور کم اهمیت؛

معماری کلان نظام ارزیابی حوزه سلامت ایران

ایمان مسگری (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران

imesgari@iust.ac.ir

حسام حبیب‌الله

دانش آموخته کارشناسی ارشد مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران.

- عدم یکپارچگی نقش‌ها و غیرهمسو بودن آن‌ها در راستای چشم‌اندازی واحد یا هدفی کلان؛

در یک کلام می‌توان گفت نظام سلامت کشور در حوزه نظارت و ارزیابی با مشکل فقدان طراحی و معماری روزآمد مواجه است. در این مقاله بنا داریم تا به نحو مطلوب به ارائه نتایج حاصل از معماری و بازآرایی حوزه ارزیابی نظام سلامت بپردازیم و ملسما این امر می‌تواند گامی موثر در بازسازی کلان ساختارهای مربوطه و شناخت نقاط کلیدی آن به حساب آید. برای انجام این معماری، فعالیت‌های زیر صورت گرفته است:

- مرور ادبیات: این فعالیت، با هدف بررسی مفاهیم مرتبط با حوزه ارزیابی و تعیین تعاریف و کارکردهای استاندارد آنها صورت گرفت.
 - طراحی مدل ارتباط مفاهیم: در گام بعد دسته‌بندی مفاهیم و تعیین نسبت آنها با یکدیگر مورد مطالعه قرار گرفت که خروجی این فعالیت، تدوین مدل ارتباط مفاهیم می‌باشد.
 - احصاء نقش‌ها: در گام سوم، نقش‌های متناظر با هر یک از مفاهیم مورد اشاره در بخش‌های قبل برشمرده شد و در نتیجه جدول نقش‌های نظام ارزیابی حوزه سلامت تدوین گردید.
 - معماری جایگاه‌های ساختاری نقش‌ها: توضیح اینکه برای تعیین جایگاه ساختاری مطلوب هر یک از نقش‌ها، بررسی چارچوبها، سیاستهای کلان و اسناد بالادستی نظیر قانون اساسی، سند چشم‌انداز و برنامه توسعه کشور در حوزه سلامت ضروری است. بر این اساس و در آخرین مرحله، ابتدا معماری جایگاه‌ها به صورت کلان (تعیین سهم‌هریک از بخش‌های دولتی، عمومی غیر دولتی، خصوصی، تعاونی و NGOها) و سپس معماری جایگاه‌ها در مجموعه وزارت بهداشت انجام گرفت. در پایان نیز جدول توزیع نقش‌ها تهیه و ارائه گردیده است.
- در ادامه و با توجه به مراحل برشمرده در فوق، یافته‌های فرآیند معماری نظام ارزیابی به اختصار ارائه می‌گردد. در بخش دوم مختصراً به تعریف، کارکرد و اجزاء فرآیند معماری اشاره خواهیم کرد و سپس در بخش سوم، مراحل صورت‌گرفته جهت معماری نظام ارزیابی در حوزه سلامت را توضیح می‌دهیم. بخش چهارم، نقش‌های موجود در نظام سلامت ایران تشریح می‌گردد و در بخش پنجم، نقش‌های قابل تعریف در حوزه ارزیابی نظام سلامت بحث خواهد گردید.

1. تعریف، کارکرد و اجزاء فرآیند معماری:

1.1. تعریف: تعاریف مختلفی از معماری وجود دارد که به برخی از آنها اشاره می‌گردد:

- معماری عبارت است از تعیین ساختار کلان و کلی یک سیستم و تدوین روش‌هایی که این ساختار را قادر به تحقق ویژگی‌های کلیدی سیستم می‌نماید (6):
- معماری عبارت است از ساختاری بنیادین از اجزاء یک سیستم و ارتباطات درونی و بیرونی آنها و همچنین اصول حاکم بر طراحی و نمو آنها (7):
- معماری عبارت است از ارایه توصیفی فنی از یک سیستم که نشان دهنده ساختار اجزاء آن، ارتباط بین آنها، اصول وقواعد حاکم بر طراحی آنها و تکامل آنها در گذر زمان است (8):
- معماری عبارت است از چارچوبی که در قالب آن، ارتباط بین ساختار سازمان و سایر سیستم‌های درونی سازمان مشخص شده و منجر به ایجاد هم‌افزایی بین آنها گردد (9):

2. جایگاه: مبحث معماری سازمانی به لحاظ محتوایی، ارتباط مشخصی با سایر مباحث توسعه سازمان دارد به نحوی که معماری سازمانی، فراتر از برنامه‌ریزی راهبردی، طراحی و بازطراحی ساختار بوده و به تعبیری، جهت‌دهنده به آنها است. همچنین اگرچه معماری و طراحی ساختار به لحاظ ماهیتی به هم شبیه هستند اما تفاوتی هم دارند و آن افق بلندمدت معماری و کلان‌نگر بودن آن می‌باشد (10).

3. سطوح معماری: معماری عموماً در سه لایه انجام می‌شود که عبارتند از (11):

- معماری دولت‌محور: این نوع از معماری، به دنبال طراحی کلان نسبت سازمانها و نهادهایی است که در یک حوزه مشترک فعالیت می‌نمایند؛
- معماری فرآیندمحور: پس از معماری دولت‌محور، نوبت به معماری داخلی هر سازمان می‌رسد که مبتنی بر فرآیندهای اصلی آنها انجام می‌گیرد؛
- معماری با محوریت فناوری اطلاعات: در نهایت نیز معماری نظام اطلاعاتی سازمان و فناوری‌های پشتیبانی کننده آن بر مبنای معماری فرآیندمحور انجام می‌گیرد؛

4. اجزاء اصلی معماری: اجزاء اصلی معماری سازمانی عبارتند از (12):

- مفاهیم و مبانی فلسفی که شالوده معماری را تشکیل می‌دهند از جمله: اصول، رویکردها و راهبردهای کلان؛
- مکانیزمها و سازوکارهای مورد نیاز؛
- ساختار کلان عناصر کلیدی و روابط آنها؛

5. مدل ارتباط مفاهیم:

در این بخش به بیان کلیه مفاهیم موجود در حوزه ارزیابی و نظارت در نظام سلامت و نحوه ارتباط این مفاهیم با یکدیگر خواهیم پرداخت. مدل ارتباط مفاهیم این حوزه در شکل 1 نشان داده شده است.

1.5. نقش‌های موجود در نظام سلامت:

در این بخش نقش‌هایی که در نظام سلامت کشور وجود دارد و در حال اجراست را تشریح خواهیم نمود (2، 3، 4 و 5). در هر نقشی، وظایف مرتبط با بحث ارزیابی نیز بحث خواهد گردید:

1.1.5. سیاستگذاری:

سیاستگذاری عبارت است از طراحی اقداماتی مشخص برای هدایت تصمیمات اتخاذ شده با هدف دستیابی به پیامدهایی منطقی یا به عبارت دیگر انتخاب یکی از آلترناتیوهای موجود در پرتو شرایط و الزامات تحمیلی و با هدف هدایت و تعیین تصمیمات حال و آینده. هدف از سیاستگذاری عبارت است از جلب منافع بلند مدت و دوری جستن از مضرات و اثرات منفی. پیامدهای اعمال سیاست شامل موارد مقابل می‌توان باشد: نتایج مثبت و منفی مورد انتظار که در مراحل طراحی و استقرار سیاست مورد توجه سیاستگذاران قرار می‌گیرد و پیامدهای ناخواسته که قابل پیش‌بینی نبوده و عموماً پس از اعمال سیاست خود را نشان می‌دهد.

تفاوت سیاستگذاری و تدوین استراتژی در آن است که استراتژی‌ها عموماً در شرایطی تدوین می‌گردند که منابع کاملاً قابل برنامه‌ریزی باشند (مانند تدوین استراتژی در یک سازمان)؛ در حالی که سیاستگذاری در محیطی است که تنها بخشی از منابع در اختیار ما بوده و سایر منابع تحت مدیریت سایر بازیگران قرار دارد. همچنین قابل ذکر است که فاکتورهای

تاثیرگذار در تدوین استراتژی معمولاً تحت کنترل سازمان هستند اما فاکتورهای تاثیرگذار بر سیاستها عموماً غیرقابل کنترل هستند.

در نهایت، گام های اصلی فرآیند سیاستگذاری را به ترتیب زیر بیان می نماییم: تعریف مساله، صورتبندی سیاستها، تصمیمگیری از بین آльтرناتیوهای مختلف، اجرای سیاست منتخب و تحلیل و ارزیابی سیاست

6. نظارت:

نظارت همواره به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام های مدیریتی مطرح بوده است. بر این اساس نقش نظارت نیز به عنوان یکی از محوری ترین نقشهای موجود در نظام سلامت قابل بررسی است. اما برای احصاء دقیق تر زیرنقش های آن، می توان نقش نظارت را بر اساس عنصر نظارت کننده به سه دسته کلی تقسیم کرد:

- نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: با عنایت به اینکه خدمات سلامت در بخشهای دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی، تعاونی و NGOها ارائه می گردد بنابراین نظارت وزارت بهداشت براساس اینکه آیا خود متصدی ارائه خدمت است یا سایر بخش ها متصدی هستند قابل تقسیم به اجزاء زیر است:
- نظارت بر حوزه تحت تصدی: در این حوزه، نظارت به دو صورت است اولاً نظارت از حیث عدم مغایرت عملکردها با قوانین و مقررات جاری کشور برای فعالان حوزه سلامت و ثانیاً نظارت از حیث حسن انجام امور و ارزیابی عملکرد سازمانی مجموعه مربوطه.
- نظارت بر سایر حوزه ها: در این حوزه نظارت تنها از حیث عدم مغایرت با قوانین انجام می گیرد.
- نظارت توسط سایر ارگانهای نظارتی: بر اساس قانون دستگاه های دیگری نیز ناظر بر عملکرد فعالان حوزه سلامت هستند نظیر مجلس شورای اسلامی، سازمان بازرسی کل کشور و ...

نظارت همگانی: این نوع از نظارت عبارت است از ارزیابی شهروندان از فرایند سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرا در حوزه مدیریت سلامت که به مثابه بازخورد می تواند در آسیب شناسی موسسات ارائه کننده خدمات سلامت و تسهیل سازی فرآیندها و افزایش کیفیت خدمات بسیار مؤثر عمل کند.

1.6.1. ارائه خدمات:

همانگونه که در بخش نظارت آمد، خدمات سلامت در دو بخش دولتی و غیردولتی به مردم ارائه می گردد بر این اساس ارائه خدمت قابل تقسیم به دو بخش زیر است:

1.1.6. ارائه خدمت در در بخش های تحت تصدی وزارت بهداشت:

برای هرچه بهتر ارائه شدن خدمات به مردم اقدامات ذیل توسط وزارت بهداشت درخصوص موسسات سلامت دولتی اعمال می گردد:

- صدور مجوز فعالیت: مجوز یا لایسنس 1 عبارت است از مجوز فعالیت در یک کسب و کار، حرفه و یا مهارت. اخذ لایسنس از یک مرجع معتبر به معنای مشروعیت فعالیت و عدم اخذ آن به منزله تجاوز از مرزهای قانونی جامعه است. همچنین هدف از اعطای لایسنس، کنترل و نظارت بر فعالان تولید و خدمات رسانی در سطح جامعه است تا از آسیب های احتمالی که ممکن است در اثر بی مبالاتی و یا عدم شایستگی ایشان به عموم مردم وارد آید جلوگیری شود. آنچه در فرآیند license کنترل و چک می شود، حداقل های کیفی و کمی و الزامات قانونی است و اخذ مجوز به هیچ عنوان به معنای نیل به سطوح عالی کیفیت نیست. ضمناً لایسنس عموماً از سوی دولت و یا نهادهای عمومی غیردولتی نظیر اصناف، اعطاء می شود و البته در معنایی وسیعتر، از یک شرکت یا موسسه به شرکت یا موسسه دیگر نیز اعطاء می گردد. مجوز فعالیت، عموماً به دو صورت دائمی و موقت اعطاء می شود.



مجوزهای موقت نیازمند بازبینی های دوره‌ای است تا مشخص شود آیا دارنده license هنوز صلاحیت آنرا داراست؟

- مدیریت موسسات و سازمانهای سلامت : برای اعمال مدیریت اثربخش در سازمان، گامهای برنامه ریزی، اجرا و نظارت و کنترل ضروری است. در فاز برنامه ریزی می توان به برنامه ریزی استراتژیک و به دنبال آن برنامه ریزی عملیاتی اشاره کرد . بر نامه ریزی استراتژیک نیز به نوبه خود شامل اقداماتی است که کلیدی ترین آنها عبارت از ارزیابی استراتژیک محیط بیرونی سازمان و محیط داخلی سازمان است .
- در فاز کنترل و ارزیابی نیز دونوع ارزیابی شامل کنترل استراتژیک و کنترل عملیاتی اعمال می گردد که بازخورد کنترل استراتژیک به مرحله تدوین استراتژی در فاز برنامه ریزی استراتژیک برمی گردد . اما کنترل عملیاتی خود به دو صورت کنترل از حیث اثربخشی (بازخورد به برنامه ریزی عملیاتی) و کنترل از حیث کارایی (بازخورد به اجرا) اعمال می گردد.
- مدیریت کیفیت سلامت: کیفیت 2 در مفهوم رایج آن به معنای مشخصاتی از یک محصول یا خدمت است که تامین کننده نیازمندی های مصرح یا غیرمصرح مشتری است. مدیریت کیفیت جامع 3 نیز رویکردی مدیریتی است که کسب موفقیت های بلندمدت را از مجرای جلب رضایت و اعتماد ارباب رجوع، خدمات گیرنده و یا مشتری می داند. این رویکرد بر مشارکت تمامی اعضای سازمان در بهبود فرآیندها، محصولات، خدمات و فرهنگ سازمانی بنا نهاده شده است. اما سه مفهوم اصلی که پایه های مدیریت کیفیت جامع محسوب می شوند عبارتند از:
- کنترل کیفیت 4: تکنیک ها و فعالیتهایی عملیاتی است که با هدف اجرایی شدن الزامات کیفی محصولات و خدمات مورد استفاده قرار می گیرد. کنترل کیفیت تنها تلاش می کند تا سطح خاصی از الزامات کیفی را از طریق آزمایش های کیفی حفظ کند در حالی که بهبود کیفیت به دنبال ارتقاء وضعیت کیفیت در سازمان است.
- بهبود کیفیت 5: مجموعه ای از فعالیت ها است که به منظور بهبود سطح کیفی محصولات و خدمات به انجام می رسد. این فعالیتها، در قالب مدل های خودارزیابی، حلقه های کیفی یا پروژه های کیفی انجام می گیرد. مدل های خودارزیابی ضمن اینکه می توانند به عنوان ابزار تحلیل محیط داخلی سازمان استفاده شوند، چارچوبی به دست می دهند که در قالب آن نقاط قوت و ضعف سازمان با هدف تعریف پروژه های بهبود کیفیت شناسایی شوند.
- تضمین کیفیت 6: مجموعه ای از فعالیت ها است که از مجرای فراهم آوری شواهد مورد نیاز، به مشتریان اطمینان می بخشد که سطح مشخصی از نیازمندی های کیفی محصولات و خدمات فراهم آمده است. فرآیندهای تضمین کیفی، عموماً، منجر به صدور گواهی نامه های کیفی 7 می گردد.

2.1.6. ارائه خدمت در سایر بخشها: در بخشهای غیردولتی، نقش های قابل تعریف برای وزارت بهداشت عبارت است

از صدور مجوز فعالیت و مدیریت کیفیت . بدیهی است که اعمال مدیریت بر سازمانهای غیردولتی و طبعاً ارزیابی ها و نظارتهای وابسته به آن با توجه به ماهیت غیردولتی اینگونه موسسات برعهده وزارتخانه نیست.

2.6. تامین مالی:

عمده سازوکارهای تامین منابع مالی برای بخش سلامت عبارتند از: مالیات، حق بیمه و پرداخت های مستقیم بیماران. همچنین سه کارکرد اصلی در تامین مالی نیز عبارتند:

- جمع آوری منابع: فرآیندی است که طی آن نظام سلامت منابع خود را از طریق دولت ، خانوار ، کارفرما و کمکهای اهدایی از مردم، سازمانهای غیردولتی، نهادهای خیریه و سازمانهای بین المللی، تامین می نماید؛



- تجمیع و مدیریت منابع: فرآیندی است که ریسک پرداخت برای هزینه های سلامت بوسیله تمامی افراد و نه توسط تک تک افراد در تامین منابع تحمل شود؛
 - خرید خدمات: فرآیندی که طی آن منابع تجمیع شده جهت انجام مجموعه ای از مداخلات موثر در ارتقاء سلامتی افراد به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می شود؛
- انجام ارزیابی های فنی و تخصصی از خدمات ارائه شده و رتبه بندی ارائه کنندگان خدمت، جزء اقدامات اساسی در راستای خرید خدمات است. بر این اساس مفهوم اعتباربخشی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت، نقشی اساسی در نحوه عقد قراردادهای بیمه ایفاء می نماید.

3.6. تولید منابع:

منابع یادشده در این بخش، صرفاً منابع فیزیکی و انسانی است که می توان به برخی از آنها اشاره کرد؛

- تامین و تربیت نیروی انسانی ماهر و متخصص در گروه بهداشتی و پزشکی و ارتقاء دائم دانش، مهارتها و اوانمندی های فارغ التحصیلان
- سرمایه گذاری در پژوهش
- سرمایه گذاری در ساختمان و تجهیزات
- تدارک دارو و ملزومات پزشکی
- همچنین انواع ارزیابی هایی که در این بخش انجام می پذیرد عبارتند از ؛
- ارزشیابی نیروی انسانی متخصص
- ارزشیابی پژوهش های انجام شده در حوزه سلامت
- ارزیابی منابع و تجهیزات فیزیکی

نقش های قابل تعریف در حوزه ارزیابی:

با توجه به مفاهیم ارائه شده در بخش چهارم و ناظر به نقش های موجود در نظام سلامت کشور، می توان نقش های مرتبط با نظارت و ارزیابی را در قالب جدول 1 دسته بندی کرده و برشمرد.

جدول 1- نقش‌های قابل تعریف در حوزه ارزیابی نظام سلامت

ردیف	حوزه	نقش قابل تعریف	مکانیسم تأثیرگذاری بر تصمیمات
1	سیاست‌گذاری	انجام ارزیابی‌های محیطی با هدف تدوین و اصلاح سیاست‌های کلی نظام سلامت	اصلاح سیاست‌های نظام سلامت
2	وضع قوانین و مقررات	نظارت بر کلیه فعالان حوزه سلامت مبتنی بر سیاستها و قوانین موضوعه	جلوگیری از تخلفات، نقض قوانین و رسیدگی به شکایات
		ارزیابی عملکرد سازمانی مدیریتی	قضاوت درخصوص عملکرد مدیریتی، میزان تخصیص بودجه، استفاده از مکانیسم‌های تشویقی و تنبیهی
3	ارائه خدمات در کلیه حوزه‌ها (اعم از حوزه‌های تحت تصدی و غیره)	صدور مجوز فعالیت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (دولتی و غیردولتی)	کنترل کلان فعالان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و آموزش پزشکی در کشور با توجه به ضرورتها و نیازهای جامعه
		بازبینی دوره‌های مجوزهای فعالیت و تایید یا لغو مجوز آنها	
		انجام کنترل کیفی در خصوص خدمات و محصولات	-
		تعریف و اجرای پروژه‌های بهبود مستمر کیفیت	-
		صدور گواهینامه‌های کیفی برای شاغلین حرفه‌ای حوزه سلامت	رتبه‌بندی و انتشار نتایج آن به عنوان ملاکی جهت قضاوت خریداران خدمت (بیمه، مردم، موسسات و ...)
4	ارائه خدمات در حوزه‌های تحت تصدی	صدور گواهینامه‌های کیفی خدمات و محصولات	رتبه‌بندی و انتشار نتایج آن به عنوان ملاکی جهت قضاوت خریداران خدمت (بیمه، مردم، موسسات و ...)
		صدور گواهینامه‌های کیفی سازمانها و موسسات حوزه سلامت از حیث مسایل مدیریتی	تأثیرگذار در ارزیابی‌های سازمانی و مدیریتی
		صدور گواهینامه‌های کیفی سازمانها و موسسات حوزه سلامت از حیث امور تخصصی و حرفه‌ای	رتبه‌بندی و انتشار نتایج آن به عنوان ملاکی جهت قضاوت خریداران خدمت (بیمه، مردم، موسسات و ...)
		ارزیابی استراتژیک با هدف برنامه‌ریزی استراتژیک حوزه‌های تحت تصدی	-
		کنترل استراتژیک با هدف اصلاح بهنگام استراتژی‌های مصوب حوزه‌های تحت تصدی	-
		کنترل عملیاتی (ارزیابی کارایی و اثربخشی طرح‌ها و برنامه‌ها) با هدف اصلاح و تصحیح برنامه‌ها و اقدامات	تخصیص بودجه مصوب مبتنی بر نتایج کنترل عملیاتی

3.6. توزیع نقش‌های ارزیابی بین فعالان حوزه سلامت:

1.3.6. رویکردهای اجرایی در توزیع نقش‌ها:

تعدد و تنوع نقش‌های برشمرده شده، مستلزم توزیع صحیح و منطقی آنها در بین موجودیت‌های مختلف حوزه سلامت است. درخصوص توزیع نقش‌ها، دو رویکرد تمرکز حداکثری و واگذاری تا حد امکان وجود دارد که ذیلاً به توضیح مختصر آنها می‌پردازیم؛

- رویکرد تمرکز حداکثری: در این رویکرد با عنایت به اهمیت مقوله ارزیابی، تمرکز کلیه فعالیت‌های فوق در مجموعه وزارتخانه توصیه می‌شود. که البته در صورت محقق شدن کامل کلیه نقش‌ها، این رویکرد منجر به افزایش معتناهایی در حجم نیروی انسانی وزارتخانه خواهد گردید. اگرچه فلسفه اصلی این رویکرد، اهتمام بیشتر به مقوله ارزیابی است ولی با توجه به حجم بالای نیروی انسانی متخصص مورد نیاز و نیز تنوع سازوکارها و زیرساخت‌های اجرایی ضروری، جهت استقرار نظام‌های مختلف ارزیابی، این رویکرد باعث افت قابل توجه کیفیت فعالیتها خواهد گردید. ضمن اینکه از توان عظیم اجرایی و تخصصی بخش‌های غیردولتی محروم خواهیم ماند. این رویکرد، هم‌اکنون به صورت ناخواسته استراتژی جاری وزارتخانه است.
- رویکرد واگذاری تا حد امکان: بسیاری از فعالیت‌های حوزه ارزیابی، از جمله وظایف ذاتی و اولیه حاکمیت نبوده و در صورت مناسب بودن شرایط قابل انتقال به متصدیان اصلی آنها است. براین اساس، این رویکرد واگذاری فعالیت‌های ارزیابی را تا سرحد امکان مدنظر خود قرار می‌دهد. با توجه به اینکه پیامد پذیرش این رویکرد، کاهش قابل توجه حجم نیروی انسانی مستقیم وزارتخانه خواهد بود بنابراین، این رویکرد تناسب بیشتری با سیاست‌های کلی نظام مبنی بر کوچک‌سازی حجم دولت، دارد. البته مصالح کلی



کشور و حساسیتهای ویژه بخش سلامت و آموزش پزشکی از یک سو و همچنین توانمندی‌های تخصصی و اجرایی موجود در بخش‌های غیردولتی از سوی دیگر، حد و مرز این واگذاری را مشخص می‌نماید.

4.6. جدول توزیع نقش‌ها:

با توجه به رویکرد های فوق الذکر و با عنایت به نقش های احصاء شده در حوزه ارزیابی و نظارت، در جدول 2، توزیع نقش ها بین فعالان حوزه سلامت ارائه گردیده است.

جدول 2- توزیع نقش‌های مرتبط با ارزیابی در بین فعالان حوزه سلامت

ردیف	نقش قابل تعریف		تمثلی اینک نقش		
	سطح اول	سطح دوم	وزارت بهداشت	سایر ارگانه‌های دولتی	بخش عمومی غیردولتی
1	انجام ارزیابی‌های محیطی یا هدف تدوین و اصلاح سیاست‌های کلی نظام سلامت	جمع‌آوری اطلاعات	مرکز آمار و فناوری اطلاعات	مرکز ملی آمار ایران	تاسیس موسسه پایش و ارزیابی محیطی سلامت
		تحلیل اطلاعات	معاون هماهنگی	-	-
2	نظارت بر کلیه فعالان حوزه سلامت مبتنی بر سیاست‌ها و قوانین موضوعه	-	فتر ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات	سازمان بازرسی کل کشور مجلس شورای اسلامی	-
	صدور مجوز فعالیت برای افراد و موسسات ارائه‌کننده خدمات سلامت (دولتی و غیردولتی) و محصولات	تدوین، بازبینی و انتشار استانداردها	معاونت‌های مربوطه	-	-
3	بازبینی دوره‌ای مجوزهای فعالیت و تایید یا لغو مجوز آنها	انجام ارزیابی خارجی و صدور مجوز	معاونت‌های مربوطه	-	-
	انجام کنترل کیفی در خصوص خدمات و محصولات	-	واحد تولیدی	واحد تولیدی	واحد تولیدی
4	تعریف و اجرای پروژه‌های بهبود مستمر کیفیت	تبلیغ، ترویج و آموزش فرایند	مرکز مدیریت و تحول اداری	-	-
	صدور گواهینامه‌های کیفی برای شماغین حرفه‌ای حوزه سلامت	استقرار و اجرا	واحد اجرایی	واحد اجرایی	واحد اجرایی
5	صدور گواهینامه‌های کیفی خدمات و محصولات	تدوین، بازبینی و انتشار استانداردها	معاونت‌های مربوطه	-	-
	صدور گواهینامه‌های کیفی سازمانها و موسسات حوزه سلامت از حیث مسایل مدیریتی	انجام ارزیابی خارجی و صدور گواهینامه	-	-	تاسیس موسسه ملی سلامت
6	صدور گواهینامه‌های کیفی سازمانها و موسسات حوزه سلامت از حیث امور تخصصی و حرفه‌ای	تدوین، بازبینی و انتشار استانداردها	معاونت‌های مربوطه	-	-
	انجام ارزیابی استراتژیک یا هدف برنامه‌ریزی استراتژیک حوزه‌های تحت تمدنی	ترویج، تبلیغ و آموزش فرایند ارزیابی استراتژیک	مرکز مدیریت و تحول اداری	-	-
7	کنترل استراتژیک با هدف اصلاح بهنگام استراتژی‌های مصوب حوزه‌های تحت تمدنی	استقرار و اجرا	واحد اجرایی	-	-
	کنترل عملیاتی (ارزیابی کارایی و اثربخشی طرحها و برنامه‌ها) با هدف اصلاح و تصحیح برنامه‌ها و اقدامات	ترویج، تبلیغ و آموزش فرایند کنترل عملیاتی	مرکز مدیریت و تحول اداری	-	-
8	ارزیابی عملکرد سازمانی - مدیریتی	استقرار و اجرا	مرکز مدیریت و تحول اداری	-	-

نتیجه گیری

در این مقاله تلاش کردیم تا به معماری نظام ارزیابی در نظام سلامت ایران بپردازیم. در این راستا، پس از برشمردن و تشریح نقش‌های موجود در حوزه سلامت کشور، مصادیق ارزیابی‌های ممکن برای هر نقش را احصا نموده و توضیح دادیم. سپس نقش‌های ارزیابی مختلف تعریف شده را در بین فعالان حوزه سلامت تقسیم نمودیم.

نکته قابل توجه آن است که در حال حاضر، ارائه دهندگان خدمات سلامت، ارزیابی کننده خدمات ارائه شده نیز می‌باشند و این منشا مشکلات بسیار و اختلاف بین سازمان‌های بیمه‌گر و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات گردیده است. به همین منظور توصیه می‌گردد تا سازوکار ایجاد و استقرار سازمانهایی با ماهیت عمومی غیردولتی و نحوه تعاملات آنها با یکدیگر و با وزارت بهداشت تدوین گردد. مشخصاً تاسیس دو موسسه زیر پیشنهاد می‌شود:

موسسه ملی پیش سلامت که عهده‌دار جمع‌آوری داده در شاخص‌های سلامت و تحلیل و ارائه گزارش در این خصوص می‌باشد. تاسیس چنین موسسه‌ای علاوه بر کاهش حجم فعالیت‌های وزارتخانه، به جریان شفاف و آزاد اطلاعات نیز کمک خواهد کرد.

موسسه ملی اعتباربخشی سلامت که عهده‌دار ارزیابی و اعتباربخشی به محصولات، خدمات و فعالان عرصه سلامت خواهد بود. نتایج ارزیابی‌های چنین موسسه‌ای می‌تواند در نحوه و سطح عقد قراردادهای بیمه با ارائه‌کنندگان خدمت موثر بوده و مرجعی مناسب برای تضمین کیفیت کلیه محصولات و خدمات سلامت به حساب آید.

آنچه در این تحقیق صورت گرفت، معماری کلان نظام ارزیابی در حوزه سلامت بود و مسلماً معماری تفصیلی پس از معماری کلان این نظام، ضروری است که ذیلاً به برخی از این مولفه‌ها اشاره می‌گردد و می‌تواند جزء مطالعات آتی در ادامه مقاله حاضر محسوب گردد:

- تدوین سازوکار فعالیت و نحوه تعاملات ایفاء کنندگان انواع نقش‌های ارزیابی در وزارت بهداشت
- تدوین سازوکارهای اجرایی شدن نتایج ارزیابی‌های انجام گرفته و نحوه تاثیرگذاری این نتایج بر فرآیندهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در وزارتخانه

منابع

1. دیباچه قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
2. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (1384-1388)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی.
3. سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران و سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه ابلاغی مقام معظم رهبری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، 1382
4. سند ملی توسعه سلامت در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 1384
5. قانون وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب 1367/03/03 مجلس شورای اسلامی.
6. Mentz J, Kotzeand P, Van Der Merve A (2012). "A Comparison of Practitioner and Researcher Definitions of Enterprise Architecture using an Interpretation Method". *Advances in Enterprise Information Systems II*, CRC Press, pp. 11-26.



7. Jarvis R (2003). "Enterprise Architecture: Understanding the Bigger Picture - A Best Practice Guide for Decision Makers in IT". UK National Computing Centre, Manchester, UK.
8. Giachetti R.E (2010). "Design of Enterprise Systems, Theory, Architecture, and Methods". CRC Press, Boca Raton, FL.
9. Franke U, Hook D, Konig J, Lagerstrom R, Narman P, Ullberg J, Gustafsson P, Ekstedt M. (2009). "EAF2-A Framework for Categorizing Enterprise Architecture Frameworks". 10th ACIS International Conference on Software Engineering, Artificial Intelligences, Networking and Parallel/Distributed Computing, IEEE.
10. Ross J.W, Weill P, Robertson D (2006). "Enterprise architecture as strategy: Creating a foundation for business execution". Harvard Business School Press.
11. Dankova C (2009). "Main Aspects of Enterprise Architecture Concept". Economic Alternatives, p. 102-114.
12. Chen D, Doumeingts G, Vernadat F (2008). "Architecture for enterprise integration and interoperability: past, present and future". Computers in Industry, 59: p.647-659.

پی نوشت:

¹ license

² Quality

³ Total Quality Management (TQM)

⁴ Quality control

⁵ Quality improvement

⁶ Quality assurance

⁷ Certification