نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره دوم، تابستان ۹۷، صفحات ۲۱۷ تا ۲۲۴

تبیین بند ۸ سیاست‌های ابلاغی؛ معرفی شاخص‌ها و مداخلات لازم جهت تحقق آن

نویسندگان:
دکتر رضا دهنویه[۱]، دکتر سیدرضا مجدزاده[۲]، دکتر علی اکبر حقدوست[۳]، دکتر نرگس تبریزچی[۴]، دکتر سمیه نوری حکمت[۵]، علی مسعود[۶]، یوسف شعبانی[۷]، سارا قاسمی[۸]، آتوسا پورشیخعلی[۹]*، فرزاد سلیمانی[۱۰]

چکیده

زمینه و هدف: بند ۸ سیاست‌های ابلاغی بر افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع تأکید می‌کند. مطالعه حاضر، با هدف تعیین مهم‌ترین شاخص‌ها و مداخلات قابل انجام برای این بند از سیاست‌های ابلاغی انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به روش توصیفی و کیفی، انجام شد. برای احصای شاخص‌ها از مرور متون و مستندات و برای تعیین مداخلات از مصاحبه و نشست خبرگان استفاده گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل چارچوبی با در نظر گرفتن چارچوب اهرم‌های کنترل نظام سلامت، تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتیجه مطالعه حاضر، احصای ۵ شاخص اصلی در زمینه رصد بند ۸ سیاست‌های ابلاغی بود. در ادامه جهت اجرای این بند، تعداد ۱۹ مداخله در اهرم‌های کنترل تولید منابع، پرداخت، سازماندهی، قوانین و مقررات و رفتار پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری: بند ۸ سیاست‌های ابلاغی بر دو مقوله کیفیت و ایمنی خدمات جامع سلامت تمرکز دارد. لازم است سیاست‌گذاران و مدیران بخش سلامت جهت بهبود کیفیت و ایمنی خدمات که دو مقوله مهم در سیاست‌های ابلاغی هستند، با استفاده از شاخص‌ها و مداخلات ذکر شده تلاش و برنامه‌ریزی مستمر داشته باشند.

کلیدواژه: خدمات بهداشتی درمانی، سیاست بهداشت، کیفیت مراقبت بهداشتی

۱. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. استاد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۵. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۶. دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری در سلامت، مرکز مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۷. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۸. دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری در سلامت، مرکز مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۹. دانشجوی دکترای پژوهشی آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
۱۰. کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
* نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، میدان هفت باغ،کرمان، ایران ـ تلفن: ۳۳۲۰۵۲۲۱-۰۳۴

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

مقدمه

سیاست‌های کلی سلامت، مهم‌ترین و جامع‌ترین سندی است که توسط بالاترین مقام کشور، درخصوص سلامت در سال ۱۳۹۳ منتشر شده است. طبق بندهای یکم و دوم اصل ۱۱۰ قانون، سیاست‌های کلی سلامت لازم‌الاجرا هستند(۱). دراین‌خصوص اقدامات گسترده‌ای نیز توسط سازمان‌های اجرایی برای عملیاتی کردن آن‌ها صورت گرفته که شایان توجه هستند. معهذا، ایفای نقش کلیه ذی‌نفعان سلامت کشور در این عرصه برای پیشبرد این سیاست‌ها الزامی است.

فرهنگستان علوم پزشکی کشور نیز به عنوان بازوی علمی و مشورتی و اتاق فکر سلامت کشور، سعی نموده با تعریف پروژه‌های تبیین بندهای سیاست‌های ابلاغی در این مهم، ایفای نقش کند. در این پروژه‌ها، ایجاد زبان مشترک نسبت به بندهای مختلف سیاست‌ها، تعریف جهت‌گیری، شاخص‌ها و مداخلات مناسب جهت رصد این سیاست‌ها مدنظر قرار گرفته است.

بند ۸ سیاست‌های ابلاغی بر افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق برنظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق سه بخش زیر تأکید می‌کند:

- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی
- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها
- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقای سلامت و توانمندسازی آنان

در ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت باید به کلیه خدمات سلامت توجه شود. در گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید شده است که در پوشش خدمات سلامت، می‌بایست طیف کاملی از خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان، بازتوانی و مراقبت‌های تسکینی پوشش داده شود(۲).

در بند مربوطه در سیاست‌های ابلاغی، ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت در کشورمان منوط به دارا بودن برخی ویژگی‌ها و شرایط نظیر جامع، یکپارچه، رویکرد همه جانبه در سلامت، عدالت محور، پاسخگو،کیفی، ایمن، اثربخش، کارا و بهره‌ور و منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع شده است.

جامعیت مراقبت‌های سلامت به معنی پاسخ مؤثر به تمامی نیازهای سلامت جامعه (نه تنها درمان مشکلات سلامت) با ایجاد تندرستی عمومی با ایفای نقش‌هایی نظیر فهم و شناخت از افراد، ارائه اطلاعات، همکاری، مشاوره و احترام به افراد، است(۲). مفهوم عدالت محور بودن خدمات، عبارت است از نبود نابرابری نظام‌مند در سلامت بین گروه‌های مختلف اجتماعی که از نظر ثروت، قدرت و موقعیت با هم تفاوت دارند(۳).

به‌طورکلی بند ۸ سیاست‌های ابلاغی بر سه مورد زیر متمرکز شده است:

الف) تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته های متقن و علمی:

رسالت اصلی در تعریف و استفاده از تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد ارتقای حداکثری کیفیت تصمیمات و جلوگیری از دوباره کاری می‌باشد. استفاده از شواهد نامعتبر، محدود و بی‌کیفیت و یا اعمال سلیقه فردی در تصمیم‌گیری، تهدیدهای اصلی کیفیت و کسب نتایج مطلوب می‌باشند (۴).

از جمله شواهد معتبر و قابل استناد اشاره شده در این بند، یافته‌های متقن و علمی، استانداردها و راهنماها و استفاده از ارزیابی فناوری‌های سلامت می‌باشد. شناسایی و استفاده از هر کدام از موارد اشاره شده در جای مناسب در قالب فرایندی پویا الزامات تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را در حوزه سلامت فراهم می‌آورد (۵).

ب) افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت:

برنامه‌های خدمات سلامت بدون در نظر گرفتن الزامات کیفیت خدمات، در دستیابی به اهداف خود دچار مشکل خواهند شد(۳). یکی از اهداف اصلی خدمات و مراقبت‌های سلامت این است که کیفیت مراقبت‌ها به اندازه‌ای کافی باشد که سلامت جامعه، ارتقا یابد(۳). بسیاری ازکشورها، به این باور رسیده‌اند که ارتقای کیفیت مراقبت‌ها می‌تواند تأثیر مهمی بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت داشته باشد(۳). این بدان معنی است که در برنامه‌های

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

خدمات سلامت، دریافت مداخلات به تنهایی کافی نیست، بلکه مداخلات باید با کیفیت لازم ارائه شوند(۶).

ج) تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلول کشور: معلول به کسی اطلاق می‌گردد که در اثر اختلال و آسیب جسمی، حسی، ذهنی و روانی و یا توأم با محدودیت قابل توجه و مستمر در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت اجتماعی مواجه است(۷). سازمان بهداشت جهانی در مورد به دست فراموشی سپرده شدن افراد معلول، هشدار داده است(۸). در افراد معلول نسبت به جمعیت عمومی، احتمال بالاتری برای ابتلاء به مشکلات روانی وجود دارد(۹). ناتوانی می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی شود(۹). به همین ترتیب، برخی پژوهشگران عوارض ناشی از تعامل ناتوانی و مشکلات روان‌شناختی با احساس بی‌فایدگی اجتماعی و نزول سطح اقتصادی ـ اجتماعی را متذکر شده‌اند(۱۰). متأسفانه جای خالی برنامه‌های عینی و کاربردی برای رفع شکاف‌های موجود در زمینه ارتقای سلامت و توانمندسازی معلولین در تمامی سطوح به چشم می‌خورد و حل این مشکل تنها با برنامه‌ریزی دقیق و همت مسئولین برای اجرای این برنامه‌ها، حاصل نمی‌شود.

در این مطالعه سعی شد برای دستیابی و تحقق اهداف بند ۸ سیاست‌های ابلاغی، با توجه به مطالعات انجام شده و نظر خبرگان، برخی شاخص‌ها برای رصد و ارزیابی کیفیت گزارش و مهم‌ترین مداخلات لازم، معرفی شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر ترکیبی از روش توصیفی و کیفی، انجام شد. شاخص‌های مناسب برای رصد کلان سیاست‌های کلی سلامت با استفاده از مرور مستندات و متون موجود شناسایی، با توجه به معیارهای انتخاب، محدود و سپس با کسب نظرات خبرگان نهایی شد. برای تعیین مداخلات از مصاحبه و نشست خبرگان استفاده گردید و انتخاب این مداخلات بر اساس معیارهایی نظیر قابلیت وصول، مقبولیت اجتماعی و سیاسی و تناسب از نظر زمانی بود. برای انجام مصاحبه‌ها، ۱۲ نفر از خبرگان کشوری مرتبط با موضوع انتخاب و مصاحبه با آن‌ها انجام شد. در انتخاب این افراد داشتن سابقه کار اجرایی و تجربه علمی و عملی مرتبط در نظر گرفته شد. در مرحله آخر، مداخلات با استفاده از روش تحلیل چارچوبی با در نظر گرفتن چارچوب اهرم‌های کنترل سازمان بهداشت جهانی، تحلیل شد.

یافته‌ها

الف) شاخص‌های اصلی رصد بند هشتم

شاخص‌های تعیین شده، شامل موارد زیر می‌باشند:

- میزان مرگ و میر حول و حوش عمل‌های جراحی
- میزان عفونت زخم جراحی
- نسبت جانبازان و معلولان تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی کشور
- نسبت سزارین در زایمان نخست در کشور
- امید زندگی و به تفکیک شهر/روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی

ب) مداخلات شناسایی شده

در این بخش، فهرست مداخلات اولویت‌دار، به منظور اجرای بند ۸ سیاست‌ها، در ارتباط با ۵ مؤلفه تأمین منابع، سازماندهی، قوانین و مقررات، نحوه پرداخت و رفتار ارائه شده است (جدول ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

شاخص‌های رصد بند ۸ سیاست‌های ابلاغی، شامل میزان مرگ‌ومیر حول‌وحوش عمل‌های جراحی، میزان عفونت زخم جراحی، نسبت جانبازان و معلولان تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی کشور، نسبت سزارین در زایمان نخست در کشور و امید به زندگی و به تفکیک شهر و روستا، شهرستان، جنسیت و طبقه اقتصادی معرفی شد. در تأمین منابع مواردی نظیر تعریف نظام رصد کیفیت و ایجاد زیرساخت اطلاعاتی، تهیه راهنماهای بالینی، پیوست آموزش کیفیت و تقویت جایگاه ارزیابی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

جدول ۱ ـ مداخلات مرتبط برای اجرای بند ۸ سیاست‌های ابلاغی

اهرم مداخله	مداخلات پیشنهادی
تأمین منابع	• تعریف نظام رصد کیفیت خدمات سلامت در کشور و تدوین شاخص‌های مناسب • ایجاد زیرساخت اطلاعاتی مرتبط با کیفیت خدمات از طریق تقویت نظام ثبت داده‌های مورد نیاز • تهیه راهنماهای مبتنی بر شواهد در سطوح مختلف خدمتی در بخش سلامت با مشارکت کلیه ذی‌نفعان • تدوین پیوست آموزش کیفیت خدمات سلامت و مداخله حوزه آموزش علوم پزشکی برای آموزش مفاهیم کیفیت خدمات • تدوین و اجرای برنامه تقویت ارزیابی فناوری سلامت و رصد فناوری‌های نوین (افق یابی فناوری‌های سلامت) از طریق: – تعریف ساختار تولیت و مدیریت دانش ارزیابی فناوری سلامت – تدوین قوانین شفاف و تضمین‌های اجرایی در مورد استفاده از نتایج گزارش‌های HTA در تصمیم‌گیری‌ها – تدوین برنامه آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی متخصص جهت انجام ارزیابی فناوری سلامت – تدوین برنامه انتشار نتایج ارزیابی فناوری سلامت – تشکیل انجمن علمی HTA در کشور با حضور تمامی ذی‌نفعان – تعریف جایگاه ارزیابی فناوری سلامت در تدوین بسته پایه خدمات – تدوین برنامه توانمندسازی مهارتی کارکنان نظام سلامت – تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جامعه معلولان کشور
مکانیزم پرداخت	ایجاد سازوکارهای لازم جهت استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت در واحدهای ارائه‌دهنده خدمت
سازماندهی، ارتباطات درون‌بخشی و بین‌بخشی	تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام ارائه خدمت بر اساس ملاحظات سطح‌بندی خدمات تعیین ساختار مناسب برای اجرای برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت با لحاظ کردن نقش کلیه سازمان‌های ذی‌نفع
قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها	تدوین قوانین مناسب برای الزام مدیران واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت به ارتقای کیفیت خدمات و ارائه گزارش ادواری به مردم
رفتار گروه‌های ذینفع	ایجاد سیستم انگیزشی مناسب در میان مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برای ارتقا کیفیت ارائه بازخورد درخصوص کیفیت خدمات به ارائه‌دهندگان خدمات و جامعه

فناوری سلامت اهمیت دارند. در سازوکار پرداخت باید به استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر کیفیت توجه کرد. در سازماندهی و ارتباطات درون‌بخشی و بین‌بخشی باید به ملاحظات سطح‌بندی خدمات و ساختار مناسب اجرای برنامه‌های مدیریت کیفیت تمرکز کرد. همچنین به تدوین قوانین مناسب برای الزام مدیران به ارتقای کیفیت و ایجاد سیستم انگیزشی مناسب و ارائه بازخورد درخصوص کیفیت خدمات به ارائه‌دهندگان خدمات و جامعه باید توجه کرد.

مطالعات انجام شده در حوزه ارتقای کیفیت و افزایش پاسخگویی نظام سلامت نشان داده‌اند که شاخص میزان مرگ‌ومیرهای عمل جراحی از جمله شاخص‌های مهمی است که ارزیابی، آگاهی و شناخت عوامل دخیل در این زمینه می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای عمل جراحی و در نهایت ارتقای کیفیت خدمات گردد(۱۱-۱۳). علی رغم پیشرفت‌هایی که در تکنیک‌های جراحی صورت گرفته است و پاتوژنز عفونت زخم‌های جراحی شناخته شده‌اند، اما مطالعات در این حوزه نشانگر آن است عفونت زخم جراحی از مهم‌ترین عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌رود(۱۴, ۱۵). بالا بودن میزان عفونت زخم جراحی موجب افزایش بستری‌های مجدد، افزایش مدت اقامت و اشغال تخت‌ها را در پی دارد و درکل شاخص‌های بیمارستانی را و همچنین شاخص اثربخشی سیستم سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۱۶, ۱۷).

نسبت جانبازان و معلولان تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی کشور یکی دیگر از شاخص‌های مهم رصد این بند می‌باشد. تحقیقات انجام شده درباره دسترسی و کیفیت خدمات به جمعیت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

توان‌خواه نشان می‌دهد که معلول و ناتوان جسمی، ذهنی نسبت به جمعیت عادی، احتمال بالاتری برای دچار شدن به مشکلات عدیده سلامتی دارد و همچنین ناتوانی می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی گردد. لذا جهت بهبود این شاخص، انجام اقدامات لازم جهت بهبود شرایط و ارائه خدمات لازم و در دسترس، وجود برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقای سلامت و توانمندسازی آنان ضرورت می‌یابد(۱۸-۲۰).

شاخص نسبت سزارین در زایمان نخست در کشور شاخص دیگری برای رصد بند ۸ می‌باشد. درصد انجام سزارین به علت مخاطراتی که برای مادر و کودک دارد، می‌تواند به نوعی در مراقبت‌های مادر و کودک به عنوان شاخص کیفیت تلقی و گزارش شود. افزایش بی‌رویه زایمان سزارین یکی از معضلات نظام بهداشتی ـ درمانی تمام جوامع است و ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. ارائه بررسی‌های دقیق جهت شناسایی عوامل مرتبط با افزایش میزان سزارین و ارائه راهکارهای مناسب برای کنترل این رشد فزاینده، ضروری به نظر می‌رسد. نتایج مطالعات داخلی انجام شده، برنامه‌ریزی جهت آموزش فواید زایمان طبیعی و اصلاح نگرش زنان و همچنین نظارت بر سزارین‌ها براساس اندیکاسیون پزشکی و ترویج زایمان طبیعی را توصیه می‌نماید(۲۱-۲۳).

شاخص امید به زندگی یکی از معیارهای ارزیابی وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی و هم جزئی از شاخص‌های توسعه انسانی تلقی می‌شود. باتوجه به اینکه امید به زندگی یکی از شاخص ارزیابی سلامت می‌باشد، لذا توجه لازم به سایر شاخص‌های ذکر شده که بر کیفیت خدمات ارائه شده تأثیر می‌گذارند درنهایت باعث ارتقای شاخص امید به زندگی خواهد شد(۲۴). از این شاخص می‌توان در ارزیابی وضعیت بهره‌بری از خدمات سلامت و کیفیت خدمات استفاده کرد. البته در رشد این شاخص باید به توزیع و عدالت شاخص امید به زندگی در جمعیت مرد و زن، در جمعیت شهری و روستایی و طبقه اجتماعی توجه داشت(۲۵).

به‌صورت خلاصه در این مطالعه شاخص‌های لازم برای رصد و ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده است. لازم به ذکر است که این شاخص‌ها تنها نمونه‌ای از شاخص‌های کیفیت بوده و ارزیابی دقیق از وضعیت شاخص‌های کیفیت، نیازمند تعریف دقیق شاخص و جمع‌آوری اطلاعات مرتبط به آن در نظام سلامت کشور دارد(۲۶).

تعریف نظام رصد کیفیت خدمات سلامت در کشور و تدوین شاخص‌های مناسب جهت رصد آن از جمله مداخلات توصیه شده در این مطالعه است. به‌طورکلی رصد مناسب وضعیت کیفیت خدمات، نیازمند تعریف چارچوب و شاخص‌های مناسب و بسترسازی مناسب جهت فراهم‌سازی شرایط لازم برای جمع‌آوری اطلاعات این شاخص‌ها در سطح ملی و استانی دارد. مطالعات نشان می‌دهند به علت آن که عمده شاخص‌های کیفیت خدمات بر مبنای اظهارنظر شخصی ارائه‌کنندگان خدمات تکمیل می‌گردد، در مورد صحت شاخص‌ها می‌تواند تردیدهایی وجود داشته باشد که این نگرانی، توجه لازم درخصوص احصای مناسب شاخص‌ها را می‌طلبد(۲۷).

بهبود کیفیت و ایمنی خدمات، نیازمند سیستم پرداختی است که در کنار جبران خدمت، انگیزه لازم برای خدمت‌رسانی بهتر را نیز ترغیب نماید. ایجاد سازوکارهای لازم جهت استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت سازوکاری است که می‌تواند چنین کارکردی را در واحدهای ارائه کننده خدمت ایفا نماید. این نوع پرداخت، روشی است که از نظام پرداخت جهت بهبود و ارتقای کیفیت خدمات بهره می‌برد(۲۷) و در واقع همانند یک استراتژی برد ـ برد عمل می‌نماید، به‌گونه‌ای که هم به‌عنوان یک سازوکار پرداخت جهت جبران خدمت کارکنان و هم به‌عنوان سازوکار ارتقای انگیزه برای ارتقای و بهبود کیفیت خدمات کاربرد دارد.

سطح‌بندی خدمات سلامت برای ارزان‌تر کردن ارائه خدمات و توزیع هزینه اثربخش و عادلانه منابع اجرا می‌شود. سطح‌بندی نوعی سیاست برای عرضه خدمات سلامت است که طی آن ارجاع بیماران ـ با معیارهای مشخص ـ به مراکز تخصصی‌تر ارائه خدمت که وظیفه درمان تعداد زیادی از این جنس بیماران را دارد، اتفاق می‌افتد. منطق این رویکرد این است که پیامدهای درمان در این مراکز بزرگ تخصصی بهتر از پیامدهای درمان بیماران نیازمند به خدمات تخصصی در مراکز کوچک می‌باشد(۲۸). یکی از مداخلاتی که در پروژه حاضر در بخش نتایج به آن اشاره شده است تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام ارائه خدمت براساس ملاحظات سطح‌بندی خدمات است. امید است با پیاده‌سازی و رعایت نظام سطح‌بندی گام مؤثری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

در کاهش هزینه‌ها و افزایش سرعت درمان بیماران در سطوح مختلف ارائه خدمت برداشت.

تدوین قوانین مناسب برای الزام مدیران واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت به ارتقای کیفیت خدمات خود از مداخلاتی است که در مطالعه حاضر بدان اشاره شد. به‌طورکلی قوانین و مقررات به عنوان یک اهرم قوی، می‌تواند نقش مهمی در تنظیم ساختارها و روابط در جهت ارتقای کیفیت خدمات داشته باشد(۲۷). درک صحیح از کیفیت خدمات نیز در همه قانون‌گذاری‌ها و تعریف مناسب ساختار قانون‌گذاری برای کیفیت از جمله بسترهای مهم ارتقای کیفیت برای خدمات سلامت می‌باشد(۲۷).

ایجاد سیستم انگیزشی مناسب در میان مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها از جمله مداخلاتی است که برای ارتقای کیفیت مورد نیاز است. همواره رفتارهایی مانند؛ تبعیض و عدم رعایت عدالت در پرداخت‌ها، عدم وجود تشویق‌های مناسب و کافی، حجم بالای کار کارکنان و عدم مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها؛ منجر به پایین آمدن انگیزه کاری کارکنان می‌گردد(۲۸). به‌طورکلی هر نوع مداخله‌ای که در سیستم انجام می‌شود باید پیامدهای آن در رابطه با نوع اثری که می‌توانند در انگیزه کارکنان داشته باشد مورد توجه قرار گیرد در غیر این صورت می‌تواند پیامدهای منفی در کیفیت خدمات سیستم ایجاد کند.

ذکر این نکته نیز مهم است که مطالعات مختلف نشان‌دهنده این مساله است که استفاده از این مداخلات بدون بهره‌گیری کامل از آن‌ها و در نظرگرفتن ارتباط آن‌ها با همدیگر، نمی‌تواند مثمرثمر واقع گردد. لذا برنامه‌ریزی منسجم برای شاخص‌ها و مداخلات به‌دست آمده در موضوعات مطرح شده در بند ۸، ضروری است. لازم است سیاست‌گذاران و مدیران بخش سلامت جهت بهبود کیفیت و ایمنی خدمات که دو مقوله مهم در سیاست‌های ابلاغی هستند، با استفاده از شاخص‌ها و مداخلات ذکر شده تلاش و برنامه‌ریزی مستمر داشته باشند.

تقدیر و تشکر

از فرهنگستان علوم پزشکی که در انجام مطالعه حاضر حمایت لازم را داشته و همچنین از کلیه صاحب‌نظران که در بخش‌های مختلف مطالعه مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

Article 8 of the General Health Policy: Indicators and Interventions for Effectuation

Reza Dehnavieh[1],S.Reza Majdzadeh[2] , Aliakbar Haghdoost[3],Narges Tabrizchi[4], Somayeh Noori Hekmat[5], Ali Masoud[6], Yousef Shabani[7], Sara Ghasemi[8], Atousa Poursheikhali[9]*, Farzad Soleimani[10]

1. Associate Professor of Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Professor of Epidemiology, Modeling in Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4. Assistant Professor of Community Medicine, Academy of Medical Sciences, Iran
5. Assistant Professor of Health Services Management, Modeling in Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
6. PhD student in Health policy, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
7. PhD Student of Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
8. PhD student in Health policy, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
9. PhD student in Futures Studies in Health, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
10. Graduate Student in Health Economic, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author: Atousa Poursheikhali , Kerman University of Medical Sciences, Institute for Future health, Haft-Bagh Blvd, Kerman, Iran.
Tel: +98-34-33205221, E-mail: atousaprsh68@gmail.com

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

Abstract

Background and Aim: Article 8 of the General Health Policy Document refers to promotion and improvement of quality and safety of justice-focused services, emphasizes accountability and transparent information, effectiveness, efficiency and productivity of health networks in accordance with the system of ranking and referral. The purpose of this study was to determine the most important indicators and interventions that can be done.

Methods: This study was conducted using descriptive and qualitative methods. In order to extract the indicies, texts and documents were reviewed and interviews and expert meetings were used to determine the interventions. The data were analyzed using the framework analysis with consideration of the health system framework.

Results: This study extracted five main indicators relating to Article 8 of the General Health Policy. Then, for the implementation of this article, 19 interventions in the resource production, payment, organizing rules and regulations and behavior were proposed.

Conclusion: Article 8 of the General Health Policy focuses on two categories of quality and safety of comprehensive health services. In order to improve the quality and safety of services which two important sources namely, health policymakers and managers are required to make a continuous effort for planning using the indicators and interventions mentioned.

Keywords: Health Policy, Health Services, Quality of Health Care

منابع

1. The Presidential Office, the General Directorate and the laws and regulations. The Constitution of the Islamic Republic of Iran: Adopted in 1980 with the amendments of 1368. 1990. Available at: https://dlp.msrt.ir/file/download/regulation/1497687031-.pdf
2. Chan M. Launch of the World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. 2013. Available at: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/launch-of-the-world-health-report-2013-research-for-universal-health-coverage
3. Torkaman Nejad Sh, Nasiri AA. A new model for integrating social determinants of health into primary health care in Iran. Payesh 2016; 15(5): 481-494. [In Persian]
4. Summerskill M, Glasziou W, Cartabellotta P, Martin A, Hopayian J, Porzsolt K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 2005; 5(1): 1.
5. Adams JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. Community Ment Health J 2006; 42(1): 87-105.
6. World Health Organization. The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
7. Mirkhani SM. Principles of rehabilitation. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; 1999. p. 90-110. [In Persian]
8. Salamati P, Abollhassani F, Shariati B, Kamali M. Family education: Main strategy for community based rehabilitation. Pak J Med Sci 2007; 7(3): 20-25.
9. Honey A, et al. Mental Health and Disability. In: Stone JH, Blouin M, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Amherst, NY: University at Buffalo; 2010.
10. Emerson E, Honey A, Madden R, Llewellyn G. The well-being of Australian adolescents and young adults with self-reported long-term health conditions. Aust J Soc Issues 2009; 44 (1): 39-54.
11. AlWaqfi N, Khader Y, Ibrahim K. Coronary artery bypass: predictors of 30-day operative mortality in Jordanians. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2012; 20(3): 245-51.
12. Moludi J, Keshavarz S, Tabaee AS, Safiri S, Pakzad R. Q10 supplementation effects on cardiac enzyme CK-MB and troponin in patients undergoing coronary artery bypass graft: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. J Cardiovasc Thorac Res 2016: 8(1): 1-7.
13. Milojevic M, Head SJ, Parasca CA, Serruys PW, Mohr FW, Morice M-C, et al. Causes of death following PCI versus CABG in complex CAD: 5-year follow-up of SYNTAX. J Am Coll Cardiol 2016: 67(1): 22-55.
14. Wenzel RP, Osterman CA, Hunting KJ, Gwaltney JR. Hospital-Acquired infections I. Surveillance in A university hospital. Am J Epidemiol 1976: 103(3): 251-60.
15. Wenzel RP, Hunting KJ, Osterman CA, Sande MA. Providencia stuartii, a hospital pathogen: potential factors for its emergence and transmission. Am J Epidemiol 1976: 104(2): 170-80.
16. Haley RW, Schaberg DR, Mcclish DK, Quade D, Crossley KB, Culver DH, et al. The accuracy of retrospective chart review in measuring nosocomial infection rates: results of validation studies

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

in pilot hospitals. Am J Epidemiol 1980: 111(5): 516-33.

17. Rubin LG, Kohn N, Nullet S, Hill M. Reduction in Rate of Nosocomial Respiratory Virus Infections in a Children's Hospital Associated With Enhanced Isolation Precautions. Infect Control Hosp Epidemiol 2018: 39(2): 152–6.
18. Izadi A, Jahani Y, Rafiei S, Masoud A, Vali l. Evaluating health service quality: using importance performance analysis. Int J Health Care Qual Assur 2017 Aug 14; 30(7): 656-663.
19. Nasiripour A, Tabibi A, Afkar A, Kamali m. Effect of Community Based Rehabilitation Program Implementation on Disabled People Living Conditions in Iran. knowledge & Health 2013; 7(4): 173-178. [In Persian]
20. Afkar A, Nasiripour A, Tabibi J, Kamali M, Farmanbar R, Kazem Nejad Leili E. Comparison between Capabilities of the Disabled People before and after Implementation of Community Based on Rehabilitation(CBR) Program. J Holist Nurs Midwifery 2014: 24(4): 1-8. [In Persian]
21. Najafi Sharjabad F, Keshavarz P, Moradian Z. Survey on the Prevalence and Influencing Factors for Choosing Normal Vaginal Delivery among Pregnant Women in Bushehr City, 2015. Community Health Journal 2017; 11(1): 20-29. [In Persian]
22. Khan MN, Islam MM, Rahman MM. Inequality in utilization of cesarean delivery in Bangladesh: a decomposition analysis using nationally representative data. Public Health 2018; 157: 111-120.
23. Beck JR, Kassirer JP, Pauker SG. A convenient approximation of life expectancy (the "DEALE"): I. Validation of the method. Am J Med 1982: 73(6): 883-8.
24. Salari H, Ostovar R, Esfandiari A, Keshtkaran A, Sari AA, Manesh HY, et al. Evidence for policy making: clinical appropriateness study of lumbar spine MRI prescriptions using RAND appropriateness method. Int J Health Policy Manag 2013; 1(1): 17-21.
25. Dehnavieh R , Haghdoost AA, Majdzadeh R , Noorihekmat S, Ravaghi H, Mehrolhasani MH, et al. Quality of Health Services of the Islamic Republic of Iran: Status, Barriers and Improvement Strategies. Iranian Journal of Epidemiology 2018: 13(5): 98-109. [In Persian]
26. McKneally MF. The Ethics of Surgery: Conflicts and Controversies. Ann Thorac Surg 2015; 100(3):11-39.
27. Roberts M, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford university press; 2003.
28. Vosoogh Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. Iranian Journal of Public Health 2013: 42(1): 42-49. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]