

## تأثیر کارکردها بر اهداف نظام سلامت ایران

دکتر سمیه شهری<sup>۱</sup>، دکتر سید جمال الدین طیبی<sup>۲</sup>، دکتر امیراشکان نصیری پور<sup>۳</sup>

دکتر فرهاد غفاری<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** در راستای دستیابی به اهداف نظام سلامت، وجود یک چارچوب برای ارزیابی ضرورت دارد. هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر کارکردها بر اهداف نظام سلامت ایران بود.

**روش بررسی:** پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی طی سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. از بین تمام صاحب نظران حوزه سلامت ۴۱۹ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای و گلوله برفی در پژوهش شرکت داشتند. به منظور جمع آوری داده ها، از پرسشنامه ی بررسی اثر کارکردها بر اهداف نظام سلامت استفاده شد. روایی پرسشنامه به روش محتوا و پایایی آنها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. داده ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با کمک نرم افزار SPSS۲۲ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته های حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که به ترتیب میان دو مؤلفه کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی و کارکردها بر اهداف برابر با ۰/۸۲۷، ۰/۶۵۵ و ۰/۸۷۰ بود و نتایج حاصل از آزمون رگرسیون نشان داد که ۸۷٪ از واریانس اهداف توسط مؤلفه های کارکردها تبیین می شود. بنابراین به ازای تغییر در یک واحد انحراف استاندارد کارکردها بر ریسک مالی و کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت به ترتیب به اندازه ی ۰/۶۵۵، ۰/۸۲۷ قابل پیش بینی می باشد.

**نتیجه گیری:** از آنجا که کارکردها بر اهداف نظام سلامت تأثیر دارد، بررسی کارکردها بر اهداف نظام سلامت می تواند سیاست گذاران سلامت را در راستای بهبود عملکرد نظام سلامت از طریق شناسایی نقاط قوت و ضعف، بازبینی مداخلات و اصلاحات بهداشتی و درمانی، و مدیریت برنامه های نظام سلامت کمک نماید.

**واژه های کلیدی:** ارزیابی، کارکردها، اهداف، نظام سلامت، ایران

دریافت مقاله: آذر ۱۳۹۵

پذیرش مقاله: فروردین ۱۳۹۶

\*نویسنده مسئول:

دکتر سید جمال الدین طیبی؛

دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات تهران

Email:

sjtabibi@yahoo.com

<sup>۱</sup> دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه اقتصاد، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

## مقدمه

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان ها و فعالیت هایی است که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقای سلامت می باشد. بر اساس تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی نظام های سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آن ها به گونه ای عدالت محور و حفاظت از آن ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری ها می باشد (۱).

سازمان جهانی بهداشت، دولت ها را مسئول تأمین سلامت مردم می داند؛ تأکید بر تکلیف دولت ها به تأمین سلامت افراد جامعه به ویژه گروه های آسیب پذیر امری بارز است (۲). همین طور در راستای تحقق این امر سازمان جهانی بهداشت به سنجش کارکردها بر اهداف نظام سلامت نیز تاکید دارد (۳). ارزیابی کارکردها بر اهداف، فرایند نظام مند است جهت جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات به منظور تعیین اینکه آیا اهداف مورد نظر تحقق یافته اند یا در حال تحقق هستند و به چه میزانی؟ بررسی کارکردها بر اهداف عبارت است از فرایند بررسی و تحلیل نقاط قوت و ضعف یک فرد یا سازمان که از طریق سنجش و مقایسه آنها با معیارهای از پیش تعیین شده صورت می گیرد (۴).

چرا که داشتن اطلاعات راجع به کارکردها بر اهداف نظام سلامت ضرورت دارد و نشان دهنده ی توانایی آن در راستای ارتقای سلامت جامعه می باشد. یک چارچوب مفهومی واضح می تواند ذینفعان را در جهت درک بهتر نظام های سلامت کمک نماید. تاکنون تلاش های قابل توجهی برای رسیدن به درک یکسان و چگونگی اندازه گیری عملکرد نظام سلامت انجام شده است. در همین راستا، چندین چارچوب جهت بررسی کارکردها بر اهداف نظام سلامت توسط افرادی مانند Handler و همکاران، Papanicolas و Smith، Hurst و Kelley، Jee-Hughes، Murray و Frenk، Roberts و همکاران و Sicotte و همکاران ارائه شده است (۱۱-۵). سنجش کارکردها دستیابی به اهداف را به منابع در دسترس مرتبط می کند و تغییر در عملکرد را تابعی از روش می داند که نظام سلامت چهار کارکرد اصلی خود (تولیت، تأمین مالی، ارائه خدمت، و تولید منابع) را سازمان می دهد (۱۲).

برای ارزیابی اینکه یک نظام سلامت تا چه حد کار خود را خوب انجام می دهد، پاسخ به دو سوال اساسی: ۱- دستیابی به اهداف ۲- عملکرد ضروری است. سوال اول: چه اقداماتی در رابطه با اهداف صورت گرفته است؟ سوال دوم: نحوه ی مقایسه ی این دستیابی ها با

آن چیزی است که نظام باید قادر به انجام آن باشد و یا به عبارت دیگر یعنی بهترین چیزی که با همین منابع قابل دستیابی است. چهار کارکرد اصلی و کلیدی نظام سلامت عبارت است از: تولیت، مدیریت منابع مالی، منابع انسانی، فیزیکی و فضای، تجهیزاتی، آموزشی و شیوه و سطح ارائه ی خدمات (۱).

تولیت بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول تندرستی و رفاه جامعه بوده و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت های حکومت قائل هستند، اهمیت می دهد (۱). تأمین مالی مراقبتهای سلامت عبارت است از رویکردهایی برای به جریان انداختن، تجهیز کردن و بسیج کردن اعتبارات برای مراقبت سلامت؛ به عبارت دیگر مجموعه ای از فعالیتهای مرتبط و به هم پیوسته برای تدارک مالی خدمات بهداشتی تلقی می شود (۱۳). تأمین مالی به عنوان یکی از چهار وظیفه ی اصلی نظام سلامت، سه وظیفه ی فرعی جمع آوری درآمد، انباشت سرمایه (تشکیل صندوق ذخیره مشترک منابع مالی) و خرید، را مورد توجه قرار می دهد (۱۲). تأمین مالی تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می گذارد. تولید منابع نیز یکی دیگر از کارکردهای نظام سلامت می باشد. تولید منابع در برگیرنده: منابع انسانی، فیزیکی، اطلاعاتی، دانشی و تکنولوژی است (۱۴).

تولید منابع نیز یکی دیگر از کارکردهای نظام سلامت است و تأکید می کند که نظام های سلامت تنها به مؤسسات تأمین مالی یا تدارک و ارائه ی این خدمات محدود نمی شوند؛ بلکه شامل گروه گوناگونی از سازمانهایی هستند که تولیدکننده ی داده برای آن خدمات اند، به ویژه منابع انسانی، مالی و فیزیکی (مانند تسهیلات، تجهیزات، و دانش) (۱۲).

ارائه ی خدمت یکی دیگر از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نیازمند برنامه ریزی هوشمندانه است تا با داشتن تعداد کافی پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت، خدمات مناسب را در زمان مناسب به جمعیت ارائه نماید. میزان موثر بودن خدمات سلامت وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه می شوند و چگونه این خدمات سازمان دهی شده اند (۱۴).

دسترسی به مراقبت های بهداشتی درمانی امری کلیدی در سازمان های ارائه خدمات بهداشتی درمانی است (۱۵). دسترسی افراد به مراقبت بهداشتی درمانی به عنوان یک حقوق اساسی و هدف اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است، یعنی تمام افراد مستحق دریافت مراقبت های سلامت هستند، ولو اینکه آن ها احتیاجی به دریافت آن نداشته باشند (۱۶). بنابراین یکی از اهداف اساسی سیاستگذاران در

دولت ها در همه ی کشورها با هر سطحی از درآمد دانسته اند (۲۷). از آنجا که مسئولیت نهایی عملکرد نظام سلامت یک کشور بر عهده دولت هاست، لذا مدیریت دقیق و مسئولانه ی سلامت جمعیت یک کشور جوهره ی یک دولت خوب و کارآمد به حساب می آید. بنابراین سیاست گذاران باید با بررسی مستمر کارکردهای نظام سلامت و نتایج آن و با توجه به اهداف، میزان دست یابی به کارایی، اثربخشی و بسیاری از موارد دیگر، آن را نقد نمایند و بدین ترتیب مشکلات موجود در بخش های مختلف شناسایی و بر اساس شواهد موجود سیاست گذاری کنند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر کارکردها بر اهداف نظام سلامت (دسترسی و حفاظت از ریسک مالی) ایران انجام شد. از طرفی پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوالات است: بین تولید و تامین مالی، تولید و تولید منابع، تامین مالی و تولید منابع، تامین مالی و ارائه ی خدمات سلامت، تامین غیر مالی و ارائه ی خدمات سلامت، ارائه ی خدمات سلامت و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، تامین مالی و محافظت در برابر ریسک مالی، تامین مالی و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی، کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و کارکردها بر اهداف ارتباط معنی داری وجود دارد یا خیر.

## روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت توصیفی، کاربردی و تطبیقی در طی سالهای ۱۳۹۳-۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل استادان، صاحب نظران، و کارشناسان حوزه ی نظام سلامت بودند که ضمن داشتن تجارب کاری مرتبط، با مفاهیم به کار رفته در پرسشنامه آشنا بودند. روش گردآوری داده ها از طریق مطالعه کتابخانه ای، استفاده از منابع الکترونیکی و ابزار پرسشنامه بوده است. پایگاههای الکترونیکی مورد استفاده برای دریافت مقالات عبارت اند از: Science Direct، Scholar Google، Pub Med، Iran Medex و پایگاه اطلاعات علمی (SID).

پرسشنامه ی محقق ساخته استفاده شده در این پژوهش پس از مطالعه ی مقالات و کتب متعدد داخلی و خارجی در مورد کارکردها و اهداف نظام سلامت از جمله بررسی چارچوب ارزیابی کارکردها و اهداف نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی (۱)، ارزیابی آژانس توسعه ی بین الملل ایالت متحده (۲۸)، در دو بخش عمومی شامل خصوصیات (مشخصات دموگرافیک) و اختصاصی پرسشنامه محقق ساخته شامل ۸۲ سوال طراحی شد. بخش اول آن سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سابقه کار، سطح تحصیلات، رشته

بخش بهداشت و درمان هر کشور، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی بوده به نحوی که همه اقشار جامعه بتوانند از این خدمات به نحو مطلوب بهره مند گردند (۱۷).

در هر حال این هزینه ها باعث ایجاد مشکلات مالی برای خانوارها گردیده و ممکن است آنان را به دام فقر اندازد (۱). لذا تعجب آور نیست که نگرانی در مورد هزینه های سلامت مردم، امروزه توجه سیاست گذاران و دانشگاهیان را در بسیاری از کشورها به خود جلب می کند (۱۸).

به هر روی سازمان جهانی بهداشت حفاظت مردم در برابر هزینه های بیماری را به عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام های سلامت تعیین کرده است (۱۹). طی دهه گذشته توجه بسیاری برای تحلیل و فهم عملکرد نظام سلامت در دستیابی به این هدف انجام شده است.

امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام های سلامت شناخته شده است؛ روشن ترین نشانه ی آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی، به عبارتی دیگر مواجهه با هزینه های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت خود نیز رنج می برند (۲۰).

مرور بر عملکرد بخش سلامت کشور نشان می دهد که با وجود تلاش های صورت گرفته برای ارتقای سلامت، برخی از مشکلات مربوط در این بخش هنوز حل نشده است (۲۱). یکی از چالش های نظام سلامت ایران، افزایش شدید هزینه هاست. در حالی که شاخص کلی هزینه ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است؛ این رشد در هزینه های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است (۲۲). سهم بیماران از پرداخت هزینه های بهداشت و درمان به قدری زیاد است که ۳/۵ میلیون نفر از مردم، تنها به دلیل هزینه های سلامت زیر خط فقر رفته اند (۲۳). این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخشهای مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد. همچنین سازمان های بیمه گر از ایفای نقش اصلی خود در حفاظت از بیماران در برابر هزینه های غیر قابل پیش بینی، عقب مانده اند (۲۴ و ۲۵).

نتایج پژوهش جباری بیرامی و بخشیان، نشان داد که در حال حاضر نارسایی ها و ناکارآمدی نظام سلامت کشورمان در بخش درمان و کارکردهای تولید و تامین مالی قابل توجه بوده است. مشکلات عدیده و چالش های فراوان برخاسته از عدالت، کیفیت، اثربخشی، طراحی اصلاحاتی اساسی، هدفمند و پایدار را اجتناب ناپذیر می نماید (۲۶). پازوکی و همکاران، تامین منابع مالی به منظور برقراری نظام منسجم سلامت را یکی از مهمترین دغدغه های عمده ی بیشتر

تحصیلی) بوده است و بخش دوم آن سوالات مربوط به بررسی کارکردها و اهداف نظام سلامت حاوی ۸۲ سوال؛ این پرسشنامه ۶ بعد (تولیت، تامین منابع مالی، تولید منابع، ارایه خدمات سلامت، دسترسی عادلانه و حفاظت از ریسک های مالی) را سنجید. ۴ بعد (تولیت، تامین منابع مالی، تولید منابع، ارایه خدمات سلامت) مربوط به کارکردها و ۲ بعد دسترسی عادلانه و حفاظت از ریسک های مالی مربوط به اهداف بوده است. در هر یک از ابعاد، سوالات متناسب با بعد مربوط منظور گردیده است. نمره دهی با استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) صورت گرفت. در مرحله ی تحلیل محتوا از تعداد محدود از افراد خبره برای گزینش مناسب ترین معیارهای بررسی کارکردها و اهداف نظام سلامت استفاده شد. در نهایت ۳۱ پرسشنامه توسط این افراد تکمیل و بازگردانده شد. پرسشنامه ها به صورت حضوری و ایمیل در اختیار افراد قرار گرفت. روایی پرسشنامه به روش روایی محتوا و پایایی آن در مطالعه پایلوت انجام شده و با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ در سطح معنی داری ۹۵ درصد برابر ۰/۹۴ بدست آمد، که نشان دهنده ی اعتبار بالای پرسشنامه است. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران با احتساب ضریب خطای ۰/۰۵ و  $\alpha=0/05$ ، ۳۸۴ نفر برآورد گردید که با توجه به حداقل تعداد نمونه محاسبه شده ۵۰۰ پرسشنامه توزیع شد که از این تعداد ۸۰ پرسشنامه برگشت داده نشد، لذا ۴۱۹ پرسشنامه جمع آوری شد. بنابراین حجم نهایی نمونه در این پژوهش ۴۱۹ نفر بوده است. نمونه گیری به صورت هدفمند با در نظر گرفتن رشته تحصیلی (فارغ التحصیلان رشته های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد سلامت، سیاست گذاری سلامت، رفاه اجتماعی)، سابقه کار

## یافته ها

جدول ۱: آماره های توصیفی کارکردها و اهداف نظام سلامت

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تولیت	۴/۱۰۸۵	۰/۲۷۴۴۸	۲/۸۹	۵/۴۲
منابع مالی	۵/۱۰۶۰	۰/۴۵۹۲۹	۲/۴۰	۶/۰۰
تولید منابع	۴/۳۰۰۵	۰/۳۱۷۹۶	۳/۰۳	۵/۰۰
ارائه ی خدمات سلامت	۴/۳۲۹۰	۰/۴۰۲۵۷	۲/۶۷	۷/۰۰
دسترسی عادلانه به خدمات سلامت	۴/۳۲۸۹	۰/۳۶۵۲۹	۲/۶۴	۵/۰۰
حفاظت در برابر ریسک های مالی	۳/۸۸۶۲	۰/۳۳۸۳۶	۲/۶۷	۴/۶۷

بر اساس یافته های پژوهش مندرج در جدول ۱، مولفه تامین منابع مالی (۲/۴۰±۶/۰۰) بیشترین و حفاظت در برابر ریسک های مالی (۲/۶۷±۴/۶۷) کمترین میانگین رتبه را به خود اختصاص

داد. سپس به ترتیب ارایه خدمات سلامت (۲/۶۷±۷/۰۰)، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت (۲/۶۴±۵/۰۰)، تولید منابع (۳/۰۳±۵/۰۰) و تولیت (۲/۸۹±۵/۴۲) دارای بیشترین میانگین رتبه بود.

اجرای در حوزه نظام سلامت انجام گرفت. قبل از ارسال پرسشنامه به صورت تلفنی، حضوری و یا از طریق ایمیل شرح کلی از کار به پاسخ گویان ارایه و تلاش شد که افراد با دقت زیاد و توجه به ضرورت کار، بهترین پاسخ ها را بدهند. همین طور اطمینان داده شد تا در صورت تمایل افراد و مسئولان نتایج پژوهش در اختیارشان قرار گیرد. برخی از ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر را می توان، رعایت بی طرفی و پرهیز از گرایش های خاصی توسط پژوهشگران، رعایت صداقت در هنگام تجزیه و تحلیل داده ها و عدم تحریف در آن و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و نام افراد دانست.

پاسخ گویان با استفاده از نمونه گیری خوشه ای از بین استان های کشور (تهران، اصفهان، خراسان، شیراز، تبریز، کرمان، یزد، اهواز، مازندران و گیلان) انتخاب گردیدند و سپس با استفاده از روش گلوله برفی نمونه های واجد شرایط پژوهش انتخاب شد. جهت تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون همبستگی و آزمون رگرسیون (شدت تاثیر کارکردها بر اهداف نظام سلامت) استفاده شد. در این راستا داده های به دست آمده با استفاده از ابزار نرم افزار SPSS ۲۲ تحلیل گردید. در نهایت نتایج حاصل از همبستگی بین ۰/۲-۰/۲ شدت تاثیر در رابطه بین مولفه ها در حد خیلی ضعیف، بین ۰/۴-۰/۲ شدت تاثیر در رابطه بین مولفه ها در حد ضعیف، بین ۰/۶-۰/۴ شدت تاثیر در رابطه بین مولفه ها در حد متوسط، بین ۰/۸-۰/۶ شدت تاثیر در رابطه بین مولفه ها در حد قوی، از ۰/۸ به بالا شدت تاثیر در رابطه بین مولفه ها در حد خیلی قوی تقسیم می گردد.

جدول ۲: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین کارکردها و اهداف نظام سلامت

پ-value	ضریب همبستگی	فرضیات آماری
۰/۰۵	۰/۵۶۸	تولیت بر منابع مالی
۰/۰۵	۰/۷۱۸	تولیت بر تولید منابع
۰/۰۵	۰/۶۱۱	منابع مالی بر تولید منابع
۰/۰۵	۰/۴۰۸	منابع مالی با ارایه خدمات سلامت
۰/۰۵	۰/۶۹۹	تولید منابع با ارایه خدمات سلامت
۰/۰۵	۰/۴۲۴	ارایه خدمات بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت
۰/۰۵	۰/۴۲۰	منابع مالی با حفاظت در برابر ریسک مالی
۰/۰۵	۰/۴۸۱	تامین منابع مالی بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت
۰/۰۵	۰/۸۲۷	کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت
۰/۰۵	۰/۶۵۵	کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی
۰/۰۵	۰/۸۷۰	کارکردها بر اهداف

ارایه خدمات سلامت بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، تامین منابع مالی بر حفاظت در برابر ریسک مالی، تامین منابع مالی بر ارایه خدمات سلامت، ۰/۴۰۸، ۰/۴۲۰، ۰/۴۲۴، ۰/۴۸۱، به دست آمد که نشان دهنده ی همبستگی مثبت و رابطه معنی دار (p-value=۰/۰۵) و شدت این روابط در سطح متوسط است. به طور کلی رابطه ی معنی داری نیز بین دو مولفه ی کارکردها با اهداف، با ضریب همبستگی ۰/۸۷۰ به دست آمد که نشان دهنده ی همبستگی مثبت و رابطه معنی دار (p-value=۰/۰۵) می باشد. شدت رابطه در سطح مطلوب است.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان داد، در سطح خطای آماری (α=۰/۰۵) ضریب همبستگی بین دو مولفه تولیت بر تولید منابع، ۰/۷۱۸ همچنین به ترتیب بین مولفه های تولید منابع با ارایه خدمات سلامت، تامین منابع مالی بر تولید منابع و تولیت بر تامین منابع مالی ۰/۶۹۹، ۰/۶۱۱ و ۰/۵۸۶ می باشد که نشان دهنده ی همبستگی مثبت و رابطه ی معنی دار (p-value=۰/۰۵) و شدت روابط در سطح مطلوب است. همین طور در سطح خطای آماری مذکور به ترتیب ضرایب همبستگی تامین منابع مالی بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت،

جدول ۳: نتایج تکنیک (گرسیون بین کارکردها و اهداف نظام سلامت

فرضیات آماری	ضریب همبستگی چند گانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل یافته	خطای معیار	تحلیل واریانس	بتای استاندارد	خطای استاندارد	بتای استاندارد نشده	مقدار تی	سطح معناداری
تولیت بر تامین مالی	۰/۵۸۶	۰/۳۴۳	۰/۳۴۱	۳/۱۶۳۱۷	۲۱۷۵۳	۶/۹۴۰	۰/۹۵۲	۰/۵۸۶	۷/۲۹۱	۰/۰۵
تولیت بر تولید منابع	۰/۵۱۷	۰/۲۶۷	۰/۲۶۵	۳/۶۹۷۶۴	۱۵۱/۷۹	۴/۷۶۷	۱/۱۱۳	۰/۵۱۷	۴/۲۸۴	۰/۰۵
منابع مالی بر تولید منابع	۰/۱۹۷	۰/۳۹	۰/۳۷	۰/۹۲۱۷۲	۱۶/۸۶	۵/۱۳۵	۰/۵۱۴	۰/۱۹۷	۹/۹۸۴	۰/۰۵
تامین منابع مالی بر ارایه خدمات سلامت	۰/۱۹۷	۰/۱۲۱	۰/۱۱۹	۲/۳۲۲۱۳	۵۱/۵۷	۱۹/۸۱۵	۱/۲۶۹	۰/۳۴۸	۱۵/۲۹۳	۰/۰۵
										۰/۰۵

۰/۰۵	-۰/۲۸۷	۰/۶۹۹	۰/۵۱۶	-۰/۱۴۸	مقدار ثابت	۳۹۹/۱۵	۱/۷۷۰۲۲	۰/۴۸۸	۰/۴۸۹	۰/۶۹۹	تولید منابع بر ارایه خدمات سلامت
۰/۰۵	۱۹/۹۸۸		۰/۰۰۷	۰/۱۴۱	تولید منابع						
۰/۰۵	۱۵/۱۷۶	۰/۴۲۴	۰/۷۴۷	۱۱/۳۳۸	مقدار ثابت	۹۱/۶۰	۳/۶۵۹۹۲	۰/۱۷۸	۰/۱۸۰	۰/۴۲۴	ارایه خدمات سلامت بر دسترسی عادلانه
۰/۰۵	۹/۵۷۱		۰/۰۷۲	۰/۶۹۲	خدمات سلامت						
۰/۰۵	۱۵/۹۹۲	۰/۴۱۷	۰/۷۶۰	۱۲/۱۵۴	مقدار ثابت	۸۷/۹۸	۱/۳۶۲۰۶	۰/۱۷۲	۰/۱۷۴	۰/۴۱۷	تامین مالی بر محافظت در برابر ریسک مالی
۰/۰۵	۹/۳۸۰		۰/۰۳۶	۰/۳۳۳	تامین مالی						
۰/۰۵	۱۷/۸۷۳	۰/۴۰۵	۲/۰۶۲	۳۶/۸۵۸	مقدار ثابت	۸۱/۷۷	۳/۶۹۵۸۲	۰/۱۶۲	۰/۱۶۴	۰/۴۰۵	تامین مالی بر دسترسی عادلانه به خدمات
۰/۰۵	-۹/۰۴۳		۰/۰۹۶	-۰/۸۷۱	تامین مالی						
۰/۰۵	-۰/۶۴۳	۰/۸۲۷	۰/۷۰۲	-۲/۵۵۷	مقدار ثابت	۹۰/۴۱	۲/۲۷۰۸۷	۰/۶۸۴	۰/۶۸۴	۰/۸۲۷	کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت
۰/۰۵	۳۰/۰۶۸		۰/۰۰۵	۰/۱۴۵	کارکردها						
۰/۰۵	-۱/۲۳	۰/۶۵۵	۰/۵۷۳	-۰/۷۰	مقدار ثابت	۳۱/۸۹	۱/۸۵	۰/۴۲۸	۰/۴۲۹	۰/۶۵۵	کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی
۰/۰۵	۱۷/۷۱۷		۰/۰۰۴	۰/۰۷۰	کارکردها						
۰/۰۵	-۲/۷۳۱	۰/۸۷۰	۰/۷۱۱	-۱/۹۴۲	مقدار ثابت	۲/۳۰۰۹۱	۱۲/۹۶	۰/۷۵۶	۰/۷۵۷	۰/۸۷۰	کارکردها بر اهداف
۰/۰۵	۳۵/۹۹۵		۰/۰۰۵	۰/۱۷۶	کارکردها						

ارایه خدمات سلامت شدت تأثیر در حد ضعیف است. همچنین در رابطه با کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی شدت تأثیر در حد خوب و شدت تأثیر کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و کارکردها بر اهداف نیز در حد خیلی مطلوب بود.

## بحث

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان ها و فعالیت هایی است که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقای سلامت می باشد. بر اساس تعریف ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی نظام های سلامت آحاد جامعه و پاسخ گویی به انتظارات آن ها به گونه ای عدالت محور و حفاظت از آن ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری ها می باشد. سازمان جهانی بهداشت، دولت ها را مسئول تأمین سلامت مردم می داند. تأکید بر تکلیف دولت ها به تأمین سلامت افراد جامعه به ویژه گروه های آسیب پذیر امری بارز است. همین طور در راستای تحقق این امر سازمان جهانی بهداشت به سنجش کارکردها بر اهداف نظام سلامت نیز تاکید دارد (۱-۳). در پژوهش حاضر تأثیر ابعاد کارکردها بر اهداف نظام سلامت (دسترسی عادلانه و حفاظت از ریسک مالی) مشخص گردید. در مقایسه ی ابعاد مختلف، تأمین منابع مالی (۲/۴۰±۶/۰۰) بیشترین و حفاظت در برابر ریسک های مالی (۲/۶۷±۴/۶۷) کمترین میانگین رتبه را به خود اختصاص داد. سپس به ترتیب ارایه خدمات سلامت، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، تولید منابع و تولید، بیشترین میانگین رتبه را

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد، نتایج حاصل از آزمون رگرسیون در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ضریب رگرسیون برآورده شده به ترتیب (۰/۵۸۶، ۰/۵۱۷، ۰/۱۹۷، ۰/۳۴۸، ۰/۶۹۹، ۰/۴۲۴، ۰/۴۲۴، ۰/۴۰۵، ۰/۸۲۷، ۰/۶۵۵ و ۰/۸۷۰)، و سطح احتمال آماره تی گزارش شده تمام فرضیات اصلی پژوهش تایید می گردد. بنابراین به ازای تغییر در یک واحد استاندارد تولید بر تأمین مالی، تولید بر تولید منابع، تأمین منابع مالی بر ارایه خدمات سلامت، تولید منابع بر ارایه خدمات سلامت، ارایه خدمات سلامت بر دسترسی عادلانه، تأمین مالی بر محافظت در برابر ریسک مالی، تأمین مالی بر دسترسی عادلانه به خدمات، کارکردها بر محافظت در برابر ریسک مالی، کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و کارکردها بر اهداف به ترتیب به اندازه ی (۰/۵۸۶، ۰/۵۱۷، ۰/۱۹۷، ۰/۳۴۸، ۰/۶۹۹، ۰/۴۲۴، ۰/۴۲۴، ۰/۴۰۵، ۰/۸۲۷، ۰/۶۵۵ و ۰/۸۷۰)، توانایی پیش بینی دارد. همچنین نتایج حاصل از آزمون رگرسیون نشان داد که ۸۷٪ از واریانس اهداف توسط مؤلفه های کارکردها تبیین می شود. بنابراین نتیجه می گیریم که به ازای تغییر در یک واحد انحراف استاندارد کارکردها بر ریسک مالی و کارکردها بر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت به ترتیب به اندازه ی (۰/۸۲۷، ۰/۶۵۵) قابل پیش بینی است.

تولیت بر تأمین مالی، تولیت بر تولید منابع، تولید منابع بر ارایه خدمات سلامت، ارایه خدمات سلامت بر دسترسی عادلانه، تأمین مالی بر محافظت در برابر ریسک مالی و تأمین مالی بر دسترسی عادلانه به خدمات شدت تأثیر در حد متوسط و در ارتباط با تأمین منابع مالی بر

چالش های نظام سلامت سبب شد تا طرح مذکور به خوبی عمل نمایند (۳۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، متغیر منابع مالی بر تولید منابع اثر دارد. در چارچوب ارزیابی کارکردها بر اهداف نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۰ و ۲۰۰۷ به تاثیر متغیر منابع مالی بر تولید منابع به صورت تئوریک اشاره شده است (۳۰ و ۱). در حقیقت تامین مالی نامناسب و ناکافی در نهایت، سبب وضعیت نامناسب برای نظام سلامت می گردد. در نظام سلامت کشور ضعف هایی در شیوه های تامین مالی وجود دارد که بر تامین منابع تاثیر می گذارد. تامین منابع در این پژوهش شامل نیروی انسانی و فیزیکی می باشد. در ارتباط با نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت هر گونه مسئله در تامین مالی برای مثال می توان به وضعیت نامناسب نظام پرداخت اشاره کرد؛ زمانی که مناسب نباشد می تواند سبب تشویق تقاضای القایی به علت نبود مقررات گردد و یا به دلیل نبود پوشش بیمه ای جامع و کامل ارتباط مالی بین پزشک و بیمار برقرار گردد. همین طور منجر به عدم رضایت و انگیزه ی لازم برای ارائه ی خدمات، پاسخگو نبودن و عدم مسئولیت پذیری، بی کفایتی و فقدان توانمندی لازم حرفه ای در بسیاری از رده ها، چند کاره بودن کارکنان (اشتغال در بخش دولتی و خصوصی) جهت کسب درآمد بیشتر برای تأمین معیشت زندگی می گردد (۳۱).

بیگلر و همکاران، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که تامین منابع خصوصاً تامین نیروی انسانی و تولید دانش تاثیر غیر قابل انکار و مستقیم بر ارائه ی خدمات سلامت دارد (۳۲). Eastaugh، کریمی و عظیمی، Wickramasinghe، Wickramasinghe و Goldberg، Misra و Wickramasinghe نیز در پژوهش خود بر اثر تولید منابع بر ارائه ی خدمات سلامت تاکید نموده اند (۳۸-۳۴). یافته های پژوهش های نامبرده با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در صورتی که تامین منابع در نظام سلامت وضعیت مناسبی داشته باشد، ارائه ی خدمات سلامت نیز عادلانه خواهد بود. از آنجا که نظام اطلاعات سلامت جامعی در کشور وجود ندارد؛ برای مثال کمبود اطلاعات در زمینه بهره برداری از منابع مانند: میزان اشتغال تخت، متوسط اقامت بیمار، میزان پذیرش، سرانه روزهای مراقبت بستری و سرانه ویزیت های سرپایی، در نتیجه بسیاری از اطلاعات که برای تصمیم گیری در سطح خرد و کلان لازم است به راحتی در دسترس نیست و با توجه به کمبود منابع، سیاست گذاران بخش سلامت قادر به تصمیم گیری در زمینه ی تامین، تخصیص و توزیع منابع به شکل صحیح نیستند (۳۹).

داشت. خیاطان، اصلی ترین کارکرد یک نظام سلامت را ارائه خدمات سلامت در کنار دیگر کارکردها معرفی نمود (۱۶) که با نتایج پژوهش حاضر همراستا نیست.

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، متغیر تولید بر تامین مالی اثرگذار است. تحقیقات انجام شده چارچوب ارزیابی عملکرد نظام سلامت کانادا، سازمان جهانی بهداشت و شادپور رابطه ی بین تولید بر تامین مالی و اهمیت نقش دولت بر تامین منابع مالی تاکید شده است (۳۱-۲۹ و ۱). یافته های پژوهش های مذکور با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارند. تولید از وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. بدون تردید، تابع حرکت دولت در مشارکت هزینه های جامعه وابسته به متغیرهایی از جمله توجه به پراکندگی هماهنگ، توجه به الگوی بیماری ها در جامعه، توجه به پراکندگی مراکز ارائه دهنده ی مراقبت های بهداشتی درمانی و توجه به توزیع اپیدمیولوژی جمعیت و از همه مهم تر توجه به خدمات مورد نیاز اکثر افراد با محور قرار دادن افراد فقیر و گروه های آسیب پذیر می باشد. بنابراین تمام چالش های موجود در نظام سلامت کشور از جمله: شفاف نبودن روشهای تامین منابع مالی در بخش سلامت، پایین بودن GNP، بالا بودن میزان پرداخت، یکپارچه نبودن بیمه های درمانی، جامع نبودن نظام اطلاعات، شفاف نبودن سهم مشارکت مردم و دولت در تامین منابع مالی نظام سلامت و موارد دیگر را می توان دلیل ضعف یکی از کارکردهای مهم نظام سلامت یعنی تولید نام برد که بر سایر کارکردهای نظام سلامت از جمله تامین مالی به صورت مستقیم و غیر مستقیم تاثیرگذار است (۳۱ و ۳۰ و ۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، متغیر تولید بر ارائه خدمات اثر دارد. نتایج پژوهش داوری و همکاران و جباری بیرامی و بخشیان، بر اثر تولید بر ارائه خدمات سلامت تاکید نموده است، که با یافته های پژوهش حاضر همراستا است (۲۶ و ۲۵). جباری بیرامی و بخشیان، تنها بر بخش تاثیر آموزش پزشکی تمرکز داشته اند (۲۶). لذا بدیهی است که نیاز به تولید با تمام تعاریف و ویژگی های مد نظر سازمان بهداشت جهانی بر بخش ارائه خدمات سلامت ضروری خواهد بود (۳۲).

تمام طرح ها و برنامه ها از تولید نشات گرفته است که بر ارائه خدمات سلامت اثرات مثبت و یا منفی می گذارد. برای مثال برخی از برنامه های حمایتی و آن دسته از برنامه هایی که در سطح یک خدمات بسیار موفق بوده اند. منتهی در کنار اینها برنامه و طرح های دیگری مانند نظام ارجاع که در هماهنگی بین سطوح در ارجاع بیماران، دیدگاه درمانی در برابر نگرش مراقبت های پیشگیری کننده، در اولویت بودن خدمات بیمارستانی در برابر مراقبت های سرپایی و بسیاری از

در نتیجه تامین و توزیع نامناسب نیروی انسانی به ویژه پزشکان در مناطق شهری و روستایی منجر به عدم ارائه ی خدمات سلامت می گردد که یکی از دلایل مهم آن کمبود اطلاعات به موقع و درست است. عدم اعزام پزشکان متخصص دانش آموخته جهت انجام تعهدات قانونی خود در بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مراکز استانهای بزرگ، اتخاذ تدابیر مدیریتی از قبیل: ممنوعیت گذراندن تعهدات قانونی دانش آموختگان در تهران و شهرهای بزرگ، صدور مجوز فعالیت قبل از شروع خدمات مورد تعهد در نقاط نیازمند، اعزام پزشک متخصص به نقاط برخوردار و عدم تعیین دقیق شهرهای نیازمند در هر استان و الزامی نبودن به کارگیری دانش آموختگان اعزامی به هر دانشگاه از سوی حوزه ستادی مربوط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پراکندگی توزیع و عادلانه تر، همگی در نهایت موجب ارائه ی خدمات سلامت در میان تمام افراد جامعه می گردد (۴۰ و ۴۱). نتایج پژوهش زنگنه و همکاران و خیاطان نیز به صورت غیر مستقیم به تاثیر ارائه ی خدمات سلامت بر دسترسی اشاره کرده است. یافته های پژوهش های نامبرده با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۶ و ۴۱). در ارائه ی خدمات سلامت تعیین نوع کالا و خدمات، چگونگی توزیع آنها و تعیین گروه مخاطب، شناخت هنجارهای فرهنگی مرتبط و همچنین شناخت موانع دسترسی به خدمات، سبب دسترسی و یا عدم دسترسی به خدمات سلامت می گردد.

نتایج پژوهش Sun, Xu و Leive و همکاران بر اثر منابع مالی با حفاظت در برابر ریسک مالی اشاره نمودند (۴۲ و ۴۳). در مطالعه ی Somkotra و Limwattananon, Lagrada و همکاران، به این امر اشاره شده که اجرای سیاست های بیمه ای در محافظت خانوارها در برابر هزینه های کمرشکن می تواند موثر باشد (۴۴ و ۴۵). همچنین Zhou و همکاران مطالعه ای انجام دادند که برنامه های مرتبط با حمایت بیمه ای می تواند توان بهره مندی از خدمات بستری را برای اقشار آسیب پذیر بهبود بخشد (۴۶). یافته های پژوهش های نامبرده با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. یکی از شاخص های مناسب جهت سنجش کارکردهای نظام سلامت در تامین منابع و توزیع خطر، برآورد میزان مواجهه با هزینه های کمرشکن در جوامع است. نظام سلامت نمی تواند منجر به حذف این عامل و به صفر رسیدن مقدار آن شود ولی در کاهش و منطقی کردن این میزان موثر است. عدم به کار نرفتن ترکیبی از شیوه های صحیح تامین منابع مالی (۳۰)، در نظر نرفتن اولویت کاهش سهم خانوارها در پرداخت مستقیم در زمان دریافت خدمات، با توجه به زیرساخت های موجود، می تواند

سبب افزایش عدم دسترسی به خدمات درمانی به ویژه برای افراد فقیر و توزیع ریسک میان همه افراد جامعه شود؛ و عکس آن، در صورتی که از شیوه های درست تامین مالی استفاده نگردد افراد جامعه به طریق های مختلف از جمله تقاضای القایی و روابط مالی بین پزشک و بیمار با هزینه های کمرشکن مواجه شوند (۴۷).

## نتیجه گیری

در نهایت با توجه به تایید تاثیر هر یک از کارکردها بر اهداف نظام سلامت می توان برای بهبود عملکرد در طول زمان از طریق شناسایی فرصت ها و چالش ها، اطلاعات خوبی در اختیار سیاست گذاران و متولیان سلامت قرار دهد. از آنجا که پژوهش حاضر بر دو هدف دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و حفاظت در برابر ریسک های مالی سلامت متمرکز است برنامه ی ساماندهی و مدیریت بیماری های ویژه، حمایت مالی از بیماران بستری در بیمارستان های وزارت بهداشت و برنامه ریزی جهت حمایت هدفمندتر از گروه های آسیب پذیر اقتصادی و بیماران صعب العلاج، نظارت دقیق تر بر عملکرد مراکز زیر پوشش پیشنهاد می شود.

همچنین تدوین بسته ی پیشنهادی بیمه پایه سلامت، برنامه حمایت از جذب و ماندگاری پزشکان در بیمارستان های مناطق محروم و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در سطح دوم و سوم (مشوق های مالی برای پزشکان، تعرفه گذاری با ضرایب بیشتر در مناطق محروم، افزایش ظرفیت آموزش نیروی انسانی پزشک برای مناطق محروم و...)، لزوم شفاف سازی و ایجاد الزامات قانونی بر تعهدات سازمان های بیمه پایه همراه با نظارت از سوی متولی نظام سلامت، وزارت بهداشت لازم به نظر می رسد. سازمان های بیمه نیز به ارتقای پوشش همگانی، ارتقای تعهدات ریالی، افزایش پوشش ارتقای خدمات قابل ارایه و اصلاح فرایندهای سازمانی و افزایش همکاری های بین بخشی توجه نمایند.

## تشکر و قدرانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی سمیه شهری به راهنمایی آقای دکتر سید جمال الدین طبیبی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم و تحقیقات واحد تهران مصوب ۱۳۹۳ با کد ۰۱/۰۹/۰۲/۰۱/۰۱۱ می باشد. بدین وسیله از تمامی افرادی که اینجانب را در انجام پژوهش یاری نمودند، قدرانی می شود.



1. World Health Organization. The world health report; health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000: 1.
2. Zare H, Yazdani N, Azadi M, Ahmad Pour MH, Kashef Ghorbanpoor R, Akbarian A, et al. Designing a model for private health insurance in Iran. *Teb va Tazkiyeh* 2011; 20(1-2): 35-53[Article in Persian].
3. Smith PC. Measuring health system performance European. *The European Journal of Health Economics* 2002; 3(3): 145-8.
4. Salarian Zade MH & Yousefian Splay SH. The process of evaluating the performance of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran: Scientific Conference Center, The Third National Conference on Performance Management, 2007.
5. Handler A, Issel M & Turnock B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal Public Health* 2001; 91(8): 1235-9.
6. Papanicolas I & Smith PC. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. USA: World Health Organization; 2013: 31.
7. Hurst J & Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Paris: OECD Publishing; 2001: 47.
8. Kelley E & Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD health working papers. Paris: OECD Publishing; 2006: 9.
9. Murray JL & Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(6): 717-30.
10. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P & Reich MR. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2008: 110-25.
11. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research* 1998; 11(1): 24-48.
12. Ahmdkya AA & Moradi N. Culture of health system performance assessment framework. *Journal of Social Security* 2005; 7(20): 33-61[Article in Persian].
13. Ebadi Fardazar F & Rezapour A. Health care economics. Tehran: Rahe Tandorosti; 2013: 252-5[Book in Persian].
14. Nasrollahpour Shirvani SD & Moudi S. Evidence-based policy-making in the health system and its achievements and challenges of publishing in Iran. Babol: Babol University of Medical Sciences and Health Services; 2013: 22[Book in Persian].
15. Mohammad Pour A, Motallebi M, Khajavi A & Bazeli J. The quality of receiving medical services in the society by people and the factors that impact on in the Gonabad city. *Journal of Quarterly of Horizon of Medical Sciences* 2002; 8(2): 23-7[Article in Persian].
16. Khayatan M. Assessing the effective factors on person's access to health care services in Urban Health Care Centers by their staff's viewpoint in 2008 [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.
17. Qaed Amini R. Justice in access to health services: Solutions and challenges, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, 5<sup>th</sup> Annual Conference of the Students of Health Care Management, 2007.
18. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: A longitudinal study in zone 17 of Tehran. *Hakim Health Systems Research Journal* 2009; 12(2): 38-47[Article in Persian].
19. Christopher JL, Murray KX, Jan K, Kei K, Piya H, Riadh Z, et al. Health system performance assessment (Debates, methods and empiricism). Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: Concepts and empirical application. Geneva: World Health Organization; 2003: 565-72.

20. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006; 368(9549): 1828-41.
21. Rajabpour H & Zare H. Comparative study of general health insurance system in selected countries and providing a proper plane. *Journal of Social Security* 2008; 8(32-33): 79-104[Article in Persian].
22. Davari M. The economic challenges of the Iranian health system. *Health Economic* 2012; 8(7): 915-7[Article in Persian].
23. Davari M, Haycox A & Walley T. Issues related to health care delivery system in Iran; Past experiences, current challenges and future strategies. *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(9): 1-9[Article in Persian].
24. Folland S, Goodman AC & Stano M. *The economics of health and health care*. New York: Pearson Prentice Hall; 2007: 148-50.
25. Davari M, Haycox A & Walley T. The Iranian health insurance system; Past experiences, present challenges and future strategies. *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(9): 1-9.
26. Jabbari Beyrami H & Bakhshiyani F. Decentralization in the stewardship functions of different countries health systems and provide a template for Iran. *Medical Journal of Tabriz University and Medical Sciences* 2007; 29(1): 7-8[Article in Persian].
27. Pazuki M, Rezaei A & Pazuki MR. Examines the effects of the economy's health system financing methods in Iran, Tehran: Group Finance and Investment Center of Sharif University of Technology, The Fifth Conference Financing System in Iran, 2012.
28. Islam M. Health systems assessment approach: A how-to manual. Available at: [http://www.phrplus.org/Pubs/Tool021\\_fin.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/Tool021_fin.pdf). 2007.
29. Canadian Institute of Health Information. A performance measurement framework for the canadian health system. 2012. Available at: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HSP-Framework-ENweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HSP-Framework-ENweb.pdf). 2015.
30. World Health Organization. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. Who's framework for action*. Geneva: WHO Document Production Services; 2007: 1-5.
31. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Health Systems Research Journal* 2006; 9(3): 1-18 [Article in Persian].
32. Biglar M, Bastani P & Vatankhah S. The challenges of stewardship in medical education system: A qualitative approach. *Journal of Payavard Salamat* 2013; 7(4): 299-311[Article in Persian].
33. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University Medical Sciences* 2010; 11(6): 46-52[Article in Persian].
34. Eastaugh SR. Hospital nurse productivity. *Journal of Health Care Finance* 2002; 29(1): 14-22.
35. Karimi I & Azimi L. Study on distribution of health manpower in university of medical sciences with Gini index at year 2001-2002. *Medical Journal of Social Security* 2005; 5(26): 10-6[Article in Persian]
36. Wickramasinghe N. Is/it as a tool to achieve goal alignment. *International Journal of Healthcare Technology and Management* 2000; 2(1-4): 163-80.
37. Wickramasinghe N & Goldberg S. How  $M = EC^2$  in healthcare. *International Journal of Mobile Communications* 2004; 2(2): 140-56.
38. Wickramasinghe N & Misra SK. A wireless trust model for healthcare. *International Journal of Electronic Healthcare* 2004; 1(1): 60-77.
39. Goudarzi L, Khairy F, Meshkini A & Khaki A. *Doctors stability assessment in less developed regions and disadvantaged countries*, Tehran: Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education and the National Institute for Health Research Islamic Republic of Iran, The 11th National Congress Critical of the Government in the Field of Health, 2015.
40. Ghazi Mirsaeid SJ, Mirzaie M, Haghshenas E & Dargahi H. Human resources distribution among Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Journal of Payavard Salamat* 2013; 7(5): 432-46[Article in Persian].

41. Zangane M, Omrani A, Barkati H, Shahabi M, Alikhani M, Gharlipour Z, et al. The nurse manpower distribution at state hospitals of Iran by Lorenz Curve and Gini Index during 2001-2006. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2013; 21(6): 174-81[Article in Persian].
42. Leive A & Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: Empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(11): 849-56.
43. Sun X, Jackson S, Carmichael G & Sleight AC. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: Evidence from the new cooperative medical scheme in Shandong province. *Health Economics Journal* 2009; 18(1): 103-19.
44. Somkotra T & Lagrada LP. Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: Experience from the transition to universal coverage in Thailand. *Social Science & Medicine* 2008; 67(12): 2027-35.
45. Limwattananon S, Tangcharoensathien V & Prakongsai P. The impact of a policy on universal coverage on equity in health care finance in Thailand. Available at: <https://ssrn.com/abstract=1075685>. 2005.
46. Zhou Z, Gao J, Fox A, Rao K, Xu K, Xu L, et al. Measuring the equity of inpatient utilization in Chinese rural areas. *BMC Health Services Research* 2011; 11(201): 1-12.
47. Gharibi F, Heidari A & Zarei M. Percentage of out-of-pocket payment for health services by people of Kurdistan in 2010. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2013; 18(3): 20-8[Article in Persian].

## Effect Functions on Goals of Health System in Iran

Shahri Somayeh<sup>1</sup> (Ph.D.) - Tabibi Seyed Jamaludin<sup>2</sup> (Ph.D.) - Nasiripour Amir Ashkan<sup>3</sup> (Ph.D.) - Ghaffari Farhad<sup>4</sup> (Ph.D.)

1 Ph.D. in Health Services Management, School of Medical Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2 Professor, Health Services Management Department, School of Medical Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Health Services Management Department, School of Medical Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

4 Associate Professor, Economics Department, School of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

### Abstract

Received: Nov 2016

Accepted: Mar 2017

**Background and Aim:** An assessment framework is necessary in order to achieve the goals of health system in any country. The current study was done with the aim of measuring the effects of the aspects of performances on realization of health system goals.

**Materials and Methods:** This study was a cross-sectional, descriptive-analytic which was carried out during the years 2014-2015. Four hundred and nineteen experts among all experts in the area of health by snowball and cluster sampling participated in the study. Collecting data was performed through the questionnaire of Health System Performance Assessment. The questionnaire's validity was confirmed using content validity method and its reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficient. Data was analyzed by means of Pearson correlation coefficient test and Regression using SPSS 22 software.

**Results:** The results of Pearson correlation coefficient test showed that the two component functions on equitable access to health services, the functions of protection against financial risks and actions on targets were equal to 0/827, 0/655 and 0/870. Respectively the results of the test showed 87% of the variance explained the aims of the functional components. Thus, we conclude that the functions of the financial risk for changes in standard deviation units and functions on equitable access to health services was as much as 0/655, and 0/827 predictable.

**Conclusion:** Since the aspects of performances influence the realization of health system goals, investigating the effects of performances on the health system goals can help policymakers and managers to improve the performance through identifying weaknesses and strengths, review of interventions and healthcare reform, and the management of the health system.

**Keywords:** Assessment, Functions, Goals, Health System, Iran

\* Corresponding Author:

Tabibi SJ;

Email:

sjtabibi@yahoo.com