وضعیت موجود اولویت گذاری ارایه خدمات سلامت در ایران

سوگند تورانی: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمدرضا ملکی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمد هادیان: استادیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمدرضا امیراسماعیلی: * استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۲۳۰-۲۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

به منظور نظام مند کردن اولویت گذاری در زمینه ارایه خدمات سلامت، داشتن تصویری روشن از وضع موجود یعنی آگاهی از نحوه اتخاذ تصمیمات مرتبط با اولویت گذاری ضرورت دارد و این کار پیش زمینه هر گونه اقدامی در زمینه عقلانی کردن اولویت گذاری است.

این پژوهش، با هدف بررسی نحوه اولویت گذاری در سطوح مختلف نظام سلامت ایران انجام شد. در این مطالعه کیفی پس از مصاحبه با ۱۹ نفر از صاحب‌نظران، راهنمای نیمه ساختاری مصاحبه‌ها بر اساس بررسی متون و ۴ مصاحبه عمیق طراحی شد.

برای تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد. ۸ مفهوم اصلی و ۲۲ مفهوم فرعی مرتبط با اولویت گذاری به این ترتیب، شناسایی گردید: اولویت سلامت در سطح کلان، اولویت گذاری بین دانشگاه‌های علوم پزشکی مختلف، اولویت گذاری بین بخش‌های مختلف، زیر مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی، ملاک اولویت گذاری، اندازه گیری هزینه‌ها و اثربخشی مداخلات، جابجایی منابع، مشارکت مردم و قاعده تصمیم گیری در زمینه تخصیص منابع. سرانه‌های تعیین شده، غیرواقعی و مبتنی بر گذشته بوده و عوامل سیاسی، چانه زنی بر تخصیص منابع به دانشگاه‌ها و بین دانشگاه‌ها تأثیر داشت. اختصاص منابع عمدتاً بر مبنای ساختارها بوده و وضع سلامت، عامل چندان تأثیرگذاری در این زمینه نبود. همچنین اقداماتی در راستای اندازه گیری و پیامدهای مداخلات انجام شده است، اما به دلیل ماهیت چند عاملی مداخلات، اندازه گیری دقیق اثرات با دشواری مواجه است. ضمن این که جابجایی منابع بین اجزای یک برنامه امکان پذیر بود، اما این امکان بین برنامه‌های مختلف امکان پذیر نیست. باید خاطر نشان کرد مردم به صورت مطلوب در تعیین اولویت‌ها مشارکت ندارند و تصمیم گیری در زمینه تخصیص منابع بر اساس نیاز و قضاوت است. این مطالعه نشان داد که اقدامات پراکنده‌ای در زمینه اولویت گذاری انجام شده است، اما این اقدامات در یک چارچوب نظام مند و جامع نبوده است. اولویت گذاری با استفاده از رویکردی مشخص و با مشارکت تمامی ذی‌نفعان می‌تواند منجر به استفاده بهینه از منابع محدود نظام سلامت گردد.

کلیدواژه‌ها: اولویت گذاری، اولویت گذاری نظام سلامت، مطالعه کیفی، تخصیص منابع

* نویسنده پاسخگو: کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۱۵۸
E-mail: mohammadreza.amiresmaili@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

مقدمه

در سراسر جهان، نظام‌های سلامت و سازمان‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت موجود در آنها با معضل محدودیت منابع مواجه هستند [۱] و منابع لازم را برای پرداختن هم زمان به تمامی مشکلات سلامت و گروه‌های هدف در اختیار ندارند [۲]. از این رو اولویت گذاری یا منطقی کردن استفاده از منابع، جنبه‌ای غیرقابل اجتناب در تمامی نظام‌های سلامت است [۳]. در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران، به علت محدودیت بودجه‌ها این مفهوم از اهمیت بیشتری برخوردار است [۴].

اولویت گذاری به عنوان توزیع منابع بین نیازها و تقاضاهای گوناگون [۵]، یکی از مهم‌ترین وظایف در برنامه ریزی سلامت است که دولت‌ها در تلاش برای بهبود توزیع منابع مراقبت‌های سلامت با آن مواجه هستند [۶] و این امر در تمامی سطوح هر نظام سلامت نظیر بیمارستان‌ها، دولت، برنامه‌های بالینی و غیره به وقوع می‌پیوندد [۷]. در بالاترین سطح، دولت تصمیماتی در زمینه دادن اولویت بیشتر به خدمات سلامت به نسبت سایر خدمات عمومی در بودجه سالانه خود اتخاذ می‌نماید و در پایین‌ترین سطح نیز متخصصان بالینی و دیگر کارکنان بخش سلامت، برای درمان بیماران، اولویت‌هایی را در زمینه این که کدام بیمار درمان شود، اتخاذ می‌کنند [۸].

اولویت گذاری از زمان پیدایش ارایه خدمات درمانی همواره وجود داشته است و تنها روش انجام آن در طول زمان و مکان تغییر کرده است [۹] و اکنون از مهم‌ترین سؤالات سیاست گذاری مراقبت‌های سلامت در قرن بیست و یکم به شمار رفته [۷] و در سراسر دنیا در دستور کار دولت‌ها قرار دارد [۹]. این چالش مربوط به تمامی کشورها اعم از توسعه یافته و در حال توسعه است. چالش کشورهای توسعه یافته به علت سالمند شدن جمعیت، پیشرفت تکنولوژی‌های گران قیمت پزشکی و تقاضای روزافزون افراد جامعه به علت افزایش سطح آگاهی‌ها است [۱۰، ۱۱]. از سوی دیگر کشورهای در حال توسعه با چالشی روزافزون از منظر شکاف فزاینده بین نیازهای سلامت و منابع موجود برای رفع آن نیازها مواجه هستند [۱۲]. عدم توازن بین منابع و تقاضا برای خدمات از مشکلات نظام سلامت ایران نیز هست و مقامات وزارت بهداشت نیز از ضرورت وضع اولویت‌ها مطابق با منابع محدود، آگاهی یافته‌اند [۱۳].

در مواجهه با نیاز به انطباق با افزایش تقاضا همراه با ناتوانی از تأمین مالی دولتی برای رفع این تقاضاها، روش‌ها و ساز و کارهای نهادی مختلفی برای کمک به سازگاری با این مشکل ایجاد شده است [۱۶-۱۴].

برای مثال، برای وضع اولویت‌ها می‌توان چشم اندازهای مختلفی را به کار گرفت. می‌توان اولویت گذاری را از منظر قانونی مد نظر قرار داد و حق همگانی در زمینه مراقبت‌های سلامت را مورد تأکید قرار داد، یا از منظر پزشکی به موضوع نگریست و بر پزشکی مبتنی بر شواهد تأکید کرد و یا از دیدگاه اقتصادی تحلیل هزینه ـ اثربخشی را مورد تأکید قرار داد [۱۷]. اما در عمل اولویت گذاری در بخش مراقبت‌های سلامت، به صورت ذهنی و بدون معیارهای روشن به وقوع می‌پیوندد، اما شواهد به طور روزافزون نشان می‌دهند که این شیوه غیرقابل قبول است [۱۸] و اولویت گذاری نیازمند رویکردهایی شفاف و مبحثی صریح در مورد اصول و معیارهای مورد استفاده برای اتخاذ تصمیم در زمینه منابع مراقبت‌های سلامت است [۱۹].

هزینه کلی نظام سلامت در ایران که کشوری با درآمد زیر متوسط و با جمعیتی بالغ بر ۷۰ میلیون نفر است، به عنوان درصدی از GDP در سال ۲۰۰۶ حدود ۷/۸ درصد بوده است. در همین سال، هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت ۵۵/۸ درصد از هزینه‌های کلی سلامت کشور و سهم پرداختی از جیب نیز ۴۱/۹ درصد، گزارش شده است [۲۰، ۲۱]. در سطح ملی، تمام تصمیمات مربوط به حاکمیت، سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرای برنامه‌ها به صورت متمرکز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتخاذ می‌شود. در سطح استانی نیز دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی، مسئول ارایه خدمات سلامت، پایش فعالیت‌های بخش خصوصی و همچنین آموزش و پژوهش در پزشکی و علوم بهداشتی هستند [۲۲].

بررسی قوانین و مستندات مرتبط با نظام سلامت در ایران، قوانین مصوب و اقدامات انجام شده زیر را نشان می‌دهد:

در بندهای ۲ و ۶ از قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در سال ۱۳۶۷ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است، به ترتیب بر اولویت داشتن مراقبت‌های بهداشتی اولیه و رفع نیاز اقشار محروم و نیازمند تأکید شده است [۲۳].

مطالعه بار بیماری‌ها در کشور که در سال ۱۳۸۲ توسط وزارت بهداشت، در ۲۲ استان به انجام رسیده است، اقدام دیگری است که در راستای شناسایی مهم‌ترین نیازهای سلامت کشور انجام شده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

است. این مطالعه نشان داد کـه عملکـرد شـبکه بهداشـت و درمـان کشور موجب شده است که بیماری‌های عفـونی و انگلـی بـه عنـوان یکی از علت‌های اصلی مرگ و میر در سال‌های گذشته کنترل شوند و از این رو اولویت کشور نیز تغییر کرده است [۲۴].

در همین راستا، ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم و نیز ماده ۸۹ قانون برنامه چهارم توسعه تصریح می‌کنند که به منظور افزایش دسترسی آحاد مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقای سطح کیفی آنها، همچنین تطبیق ظرفیت مناسب و مورد نیاز بر اساس سـطح بنـدی خدمات با ظرفیت‌های موجود، نظـام ارایـه بایـد حـداقل اسـتاندارد خدمات بهداشتی و درمانی کشور را مبتنی بر سطح بنـدی خـدمات ارایه نماید و بر اساس این قانون، ایجاد، توسعه و تجهیز و یـا تغییـر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارایه خدمات مطابق با سطح بندی خدمات درمـانی در کشور انجام خواهد شد [۲۳].

ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه [۲۳] و همچنین بند ۵ تا ۱۹ ابلاغ سیاسـت‌هـای کلـی برنامـه پـنجم توسـعه در چـارچوب سـند چشم انداز بیست ساله [۲۵] را نیز مـی‌تـوان از دیگـر مـواد قـانونی دانست که بر اولویت گذاری تأثیرگذار هستند. بر اسـاس ایـن مـواد قانونی، سهم مردم از هزینه‌های سلامت باید بـه ۳۰ درصـد کـاهش یابد. به عبارت دیگر دولت باید با دادن اولویت بیشتر بـه سـلامت از محل بودجه‌های عمومی، حرکت در این راستا را محقق سازد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای کیفی است که از طریق انجام مصاحبه با صاحبنظران سلامت در سطوح مختلف انجام شده اسـت. هـدف مـا انجام مصاحبه با صاحبنظرانی بود که اطلاعاتی در خـصوص سـطوح مختلف اولویت گذاری شامل اولویت گذاری در سـطح کـلان یعنـی نحوه تعیین اولویت بخش سلامت در مقایسه با سایر بخش‌هایی کـه از بودجـه عمـومی اسـتفاده مـی‌کننـد، اولویـت گـذاری در سـطح دانشگاه‌ها، یعنی نحوه تعیین اولویت هر یک از دانـشگاه‌هـای علـوم پزشکی از بودجه بخش سلامت، اولویت گذاری درون دانـشگاه‌هـای علوم پزشکی یعنی مبنای توزیع اعتبارات دانشگاه‌های علوم پزشکی بین واحدهای مختلف تحت پوشش آن دانشگاه‌ها و سرانجام اولویت گذاری در سطح برنامـه‌هـایی کـه در چـارچوب شـبکه بهداشـتی و درمانی کشور برای مبارزه با بیمـاری‌هـای واگیـر و غیرواگیـر ارایـه می‌شود داشتند. البته تمرکز ایـن مطالعـه بیـشتر بـر نحـوه تعیـین اولویت‌ها در سطح برنامه‌هایی بود که در چارچوب شبکه بهداشتی و درمانی برای مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر ارایه می‌شود. بـر ایـن اسـاس و بـا اسـتفاده از روش نمونـه گیـری هدفمنـد (Purposeful Sampling)، ۱۰ صـاحبنظر بـر اسـاس معیارهـای تعیین شده شناسایی گردیـد و در مرحلـه بعـد بـا اسـتفاده از روش نمونه گیری گلولـه برفـی (Snowball Sampling) ۱۱ صـاحبنظر دیگر نیز معرفـی گردیدنـد. اطلاعـات گـردآوری شـده در مـصاحبه نوزدهم به اشباع رسید، از این رو انجام مـصاحبه‌هـا در ایـن مرحلـه متوقف گردید. یکی از اعضای گروه پژوهش، تمام مـصاحبه‌هـا را در محل کار این افراد انجام داد. هر مصاحبه به طور میانگین بین ۵۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و در موارد لازم مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام گرفت و سپس تمام مصاحبه‌ها، ضبط و پیاده سازی شدند. در قسمت یافته‌های پژوهش حـرف «م» بـه همـراه شـماره بـه معنـی مصاحبه شونده‌ای است که از وی نقل قول شده است.

بـــرای تحلیـــل داده‌هـــا روش مراحـــل تحلیـــل چـــارچوبی (Framework Analysis) مورد اسـتفاده قـرار گرفـت. ایـن روش دارای ۵ مرحله به شرح ذیـل اسـت: آشـنایی (Familiarization)، شناســـــــایی یـــــــک چـــــــارچوب موضـــــــوعی (Identifying a Thematic Framework)، نمایـــه کـــردن (Indexing)، ترسیم جداول (Charting)، کشیدن نقـشه و تفـسیر (Mapping and Interpretation) که ایـن روش اختـصاصاً بـرای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاستگذاری طراحی گردیـده است [۲۶]. با توجه به این که اولویت گذاری یکـی از مباحـث مهـم حوزه سیاستگذاری است، استفاده از این روش برای مطالعـه حاضـر کاملاً مناسب تشخیص داده شـد. در مرحلـه آشـنایی یـک خلاصـه ارتباطی ـ محتوایی برای هریک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب مفهومی اولیه براساس ادبیات پژوهش، سؤالات راهنمای مصاحبه‌هـا و راهنمای مفهومی طراحی گردید. این چارچوب در چندین جلـسه با اعضای گروه پژوهش به بحث گـذارده شـد و نیـز از طریـق مـرور مجدد مصاحبه‌ها و تکرار مرحله آشنایی مورد بـازبینی قـرار گرفـت. سپس بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌هـا بـر اسـاس ارتباط موضوعی از طریق یک و یا چند کد نمایه شد.

این کـدها، بارهـا و بارهـا مـورد بـازبینی و اصـلاح قـرار گرفتـه و سرانجام نهایی شدند. بعد از این مرحله، رابطه میان مفاهیم اصـلی و فرعـی نیـز شناسـایی و تحلیـل شـد. در هـر جـا کـه لازم شـد بـه مصاحبه‌های پیـاده سـازی شـده مراجعـه شـده و در صـورت نیـاز،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

مطالبی نیز به جداول تحلیلی اضافه گردید. مرحله بعدی تفسیر مفاهیم بود که برای انجام آن فرایندی شبیه به فرایند توضیح داده شده در مرحله نمایه کردن، انجام گرفت. برای انجام این مراحل از نرم‌افزار خاصی استفاده نشد و تمامی مراحل به صورت دستی انجام گرفت. چارچوب اولیه شامل ۸ مفهوم بود که بدون تغییر باقی ماند، اما زیر گروه‌های هر کدام از این اجزا بارها تغییرات اساسی پیدا نمود. در این پژوهش به دنبال آن بودیم که وضعیت موجود اولویت گذاری را در سطوح مختلف نظام سلامت کشور مورد بررسی قرار دهیم.

یافته‌ها

در این پژوهش، بر اساس تحلیل چارچوبی انجام شده ما موفق به شناسایی ۸ مفهوم اصلی و ۲۲ مفهوم فرعی شدیم (جدول شماره ۱).

مفهوم اول: اولویت سلامت در سطح کلان

اولویت گذاری که در سطوح مختلفی به وقوع می‌پیوندد، بالاترین سطح مربوط به نحوه تعیین سهم سلامت از بودجه عمومی است که در ایران این سهم تحت عنوان سرانه سلامت مشخص می‌شود. در این باره مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که:

«تعیین سرانه درمان غیرواقعی باعث شده خدماتی که به مردم ارایه می‌شود، رضایتبخش نباشند» (م.۸)؛ «اگر سرانه را حداقل ۱۰ هزار تومان در نظر بگیریم، می‌توانیم تا حدودی بر مشکلات فائق آییم» (م.۵)؛ «با این سرانه پایین بیش از همه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی و البته سلامت مردم آسیب می‌بینه» (م.۷)

گروهی دیگر از مشارکت کنندگان در پژوهش همچنین بر عدم افزایش منابع اختصاص یافته به بخش سلامت متناسب با درآمدهای ملی کشور اشاره داشتند: «سرانه با درآمدهای ملی در کشور، افزایش متناسبی نداشته و حتی با لحاظ کردن شاخص قیمت‌ها و تورم شاید بتوان گفت که هر ساله در سراشیبی کاهش نیز قرار گرفته است» (م.۴)؛ «دولت برا [ی] تعیین سرانه درمان به جیب خودش نگاه می‌کنه و اصلاً کاری به تورم نداره و بیمه‌ها هم به سبب دولتی بودنشون به صندوق‌هایی تبدیل شدن که فقط اعتبار می‌گیرن و براشون هم اهمیتی نداره که مشترياشون چه وضعیتی پیدا می‌کنن.» (م.۷)

یکی دیگر از شرکت کنندگان با اذعان به این که باید به بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها اولویت بیشتری داده شود، معتقد بود که سازمان مدیریت [سابق] برای افزایش سهم بخش سلامت با این مشکل روبرو است که منابع اضافه را از کجا تأمین کند:

«در طول این چند سال همیشه سازمان مدیریت [سابق] این مشکل را داشته که برای افزایش سهم سلامت از کجا کم کند که به اینجا اختصاص بدهد. در واقع هیچ وقت هم نتونستن از یه جایی کم کنن، به یه جایی اضافه کنن.» (م.۸)

در زمینه تعیین سرانه به روش مبتنی بر گذشته، برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«سهم سلامت از تولید ناخالص ملی یک رواله، از یک زمانی به طور سنتی یه چیزی در نظر گرفته شده و هر سال درصد اندکی زیاد میشه و برای این کار اول یه الگویی در نظر گرفته شده.» (م.۸)؛ «مثل چیزی که به بودجه اضافه می‌شه و می‌گن بودجه امسال یعنی بودجه سال قبل + درصد مشخص وضع سهم سلامت از کل منابع کشور هم همینجوریه» (م.۵)

در ارتباط با کاهش نقش دولت در تأمین منابع مالی سلامت، مشارکت کنندگان معتقد بودند: «تو چند سال اخیر رشد روزافزون هزینه‌های درمانی از یک سو و محدودیت بودجه‌ای دولت از طرف دیگر یکی از چالش‌های اصلی نظام سلامت بوده و فشار ناشی از افزایش هزینه‌ها روی بودجه دولت باعث کمتر شدن نقش دولت در سلامت شده است» (م.۴)؛ «سرانه ۶۵۰۰ تومانی در نظر گرفته شده اگه تصویب بشه، هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران را با ۱۰ تا ۱۵ درصد افزایش نسبت به امسال به ۶۵ درصد می‌رسونه و نقش دولت رو تو این بخش کم رنگ‌تر می‌کنه.» (م.۵)

مفهوم دوم: اولویت گذاری بین دانشگاه‌های مختلف

در زمینه اختصاص منابع بر اساس سخت‌افزارها، شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«پولی که در بخش بهداشت اختصاص داده می‌شود به دانشگاه‌ها یعنی بهداشت شهری و بهداشت روستایی، به جمعیتشون و تعداد واحدهای ارایه خدمتشون بستگی داره» (م.۱)؛ «ما پول را به آن چیزی اختصاص می‌دهیم که زورمون رسیده بسازیم.» (م.۱۲)؛ «فاکتور اصلی تو تخصیص منابع آن است که ما در آن منطقه چند تا خانه بهداشت داریم، چند مرکز بهداشتی و درمانی داریم، چند تا شهرستان داریم یعنی ما به آن چیزی که ساخته‌ایم پول می‌دهیم» (م.۱۳)

در زمینه لحاظ شدن تفاوت‌های منطقه‌ای، برخی از شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

«تفاوت بین مناطق جغرافیایی مختلف از نظر دسترسی و تراکم جغرافیایی را ما سعی کردیم تو طرح‌های گسترش بهش بپردازیم. یعنی ما یک Master Plan داریم که توی اون مشخص می‌شه که چه واحدی را کجا بسازیم» (م.۱)؛ «این مسأله که تفاوت بین مناطق مختلف، فاکتوری تأثیرگذار در اولویت گذاری باشه، برای ما پذیرفته شده است.» (م.۱۳)

یکی از شرکت کنندگان برای توجه بهتر به تفاوت‌های منطقه‌ای معتقد بود که:

«باید برای بهتر شدن وضعیت فعلی توزیع منابع، یک سری فاکتورهای سلامت جمعیت را تعریف کنیم برای اختصاص منابعمون، که در همه نقاط کشور هم یکسان نیست و اصلاً هم نمی‌تونه ملی باشه و باید حتماً منطقه‌ای و استانی باشه. حتی درون استان‌ها هم متفاوته یعنی رییس دانشگاه هم باید حواسش باشه که به شهرستان‌ها چه جوری داره پول می‌ده» (م.۱۳)

در ارتباط با تشویق افزایش هزینه‌ها که تا حدود زیادی متأثر از نحوه تخصیص منابع (اختصاص بر اساس ساختارها) است، شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«با روش فعلی ما تشویق می‌کنیم به آمار دادن، تشویق می‌کنیم به این که هر چقدر موجودی تخت بیشتر باشه، پول بیشتری می‌دهیم» (م.۱۷)؛ «مدیران دانشگاه‌ها به جای این که رقابت کنن برای کنترل هزینه یا رقابت کنند برای این که کارایی رو بالا ببرن، رقابت می‌کنن بر سر این که تعداد تسهیلات سخت افزاریشون بالا بره که پول بیشتری بگیرن، به جای این که قیمت تمام شده رو در نظر بگیریم» (م.۱۲)؛ «با این روش، در حالی که ضریب اشغال تخت تو استان ۶۰ درصده میام دوباره یه بیمارستان می‌سازم، چون می‌خوام تعداد تختمو زیاد کنم و پول بیشتری بگیرم.» (م.۱۳).

در زمینه عدم توجه به وضعیت سلامت در تخصیص منابع، شرکت کنندگان تصریح کردند که: «تخصیص منابع به این که وضعیت سلامت چه جوری هست ارتباطی نداره.» (م.۱۳)؛ «چیزی که ما باید تو تخصیص منابعمون ببینیم و به آن توجه کنیم ولی الآن ابزارشو نداریم و به اون پولی اختصاص نمی‌دیم و فاکتور مهمی نیست تو تخصیص منابع، وضعیت سلامت مردم اون منطقه هست.» (م.۱)؛ «منابعی که به دانشگاه‌ها اختصاص داده می‌شود، هیچ وقت فاکتورهای سلامتی آن منطقه درش دخیل نیست، یعنی هیچ وقت به این مسأله که این منطقه چند سالمند داره، چند تا بچه داره، سلامتی سالمندان رو تأمین کردن پرهزینه‌تر از سلامتی بچه‌هاست، مد نظر قرار نمی‌گیره.» (م.۱۲)

برخی دیگر از شرکت کنندگان برای بهبود وضعیت فعلی معتقد بودند که:

«برای این که وضع تخصیص منابعمون بهتر بشه باید از بحث سخت‌افزاری به سمت نرم‌افزاری یعنی وضعیت سلامتی اولویت پیدا کنه.» (م.۱۳)؛ «فاکتورهایی که عمدتاً برخاسته از وضعیت سلامت مردم هست باید تعریف بشن و در تخصیص منابع هم تأثیر گذار باشن و تأثیر عمده هم بذارن چون ما داریم پولمون رو برای سلامت هزینه می‌کنیم، باید این فاکتورها را هم ببینیم.» (م.۱۲)؛ «اگر در تخصیص منابع، جمعیت در نظر گرفته بشه، مشکلات آن جمعیت در نظر گرفته بشه، یا بحث عدالت در نظر گرفته بشه، این موارد اگر در نظر گرفته بشه، قطعاً باعث می‌شه که اولویت گذاری به نحو مناسب‌تری ایفا بشه.» (م.۱۷)

در زمینه تخصیص مبتنی بر گذشته و چانه زنی، شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که:

«وقتی منابع محدود باشه نحوه تقسیم آن اینجوریه که هر کی زورش بیشتر برسه بیشتر می‌گیره،» (م.۱۲)؛ «بر اساس پرزنتی که واحدها ارایه می‌کنند، منابع اختصاص داده می‌شود، یعنی بیشترش چونه زنیه.» (م.۱۷)؛ «اگر یه دانشگاهی در سنوات قبل کم گرفته همیشه مجبوره که کم بگیره، یعنی نیاز اون دانشگاه در نظر گرفته نمی‌شه» (م.۹)

نکته جالب توجه در این بخش آن است که یکی از شرکت کنندگان معتقد بود که:

«برای تخصیص منابع در عمل، نه تخت مطرحه، نه تعداد نیروی انسانی مطرحه، نه تعداد دانشجو مطرحه. در عمل بودجه ریزی ما سنتیه و یه درصدی به بودجه سال قبل اضافه میشه و در عمل این اتفاق می‌افته.» (م.۱۲)

در ارتباط بامحدود بودن نقش وزارت بهداشت در تخصیص منابع به دانشگاه‌ها، برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«دانشگاه‌ها به ۲ طریق پول می‌گیرن که بخش اصلی و مهمش اونیه که مستقیم از سازمان مدیریت[سابق] می‌گیرن.» (م.۹)؛ «وزارتخانه در توزیع منابع نقش کمی داره.» (م.۱۴)؛ «دانشگاه‌های علوم پزشکی از ۲ محل پول می‌گیرن یک بخش عمده که از سازمان مدیریت [سابق] می‌گیرن که به ازای دانشجو، تخت،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

ماموریت و غیره می‌باشد. یک پول دیگه هم از وزارت خونه می‌گیرن که اون برای برنامه‌هاست» (م.۳)

اجرایی نشدن بودجه ریزی عملیاتی نیز به عنوان بحثی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود معطوف کرده است، یکی دیگر از اجزای اولویت گذاری در این سطح بود. در این رابطه برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«هر چند در طول سال‌های اخیر، بحث بودجه ریزی عملیاتی مطرحه، مثلاً به ازای واکسن برای بخش بهداشت یا به ازای اعمال جراحی در بخش بیمارستان‌ها ولی ما در واقع بر اساس روند قبلی کار می‌کنیم» (م.۱۴)؛ «در حال حاضر توی فرمهایی که آمده باید متناسب با بودجه ریزی عملیاتی بنویسیم. در واقع بر اساس همان روش قبلی کار را انجام می‌دیم. ولی مجدداً آنها را در قالب بودجه ریزی عملیاتی قرار می‌دهیم. کل بودجه را بر آمار تقسیم می‌کنیم و توی فرمها به صورت فرمالیته می‌نویسیم.» (م.۹)

مفهوم سوم: تخصیص منابع درون دانشگاه‌ها

در این رابطه برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«دقیقاً هر جایی که رییس دانشگاه فکر می‌کنه صدای مردم ممکنه بیشتر در می‌آد، همونجا خرج می‌کنه، مثلاً احساس کنه که صدای مردم ممکنه اینجا در بیاد، پس تکلیف این بیمارستان باید روشن بشه» (م.۳)؛ «...اصلاً این که ما بهداشتمون و اساس سلامت جامعه چقدر در معرض تهدید قرار می‌گیره. با این رفتارها، کسی این مسائل رو نمیبینه و سعی نمی‌کنه اینها را بسنجه، این که تا این مدتی که این فرد رییس این محل است، چه جوری صداها رو بخوابونه و بتونه این مدت‌ها را طی کنه، اینها اولویت مهم‌تری هستن» (م.۱).

در مورد مبتنی بر گذشته بودن تخصیص منابع و اولویت گذاری در واحدهای تحت پوشش دانشگاه‌ها، شرکت کنندگان اعلام نمودند که: «توی دانشگاه هم روال به همین صورت است و هر کی زورش بیشتر برسه بیشتر می‌گیره.» (م.۳)؛ «اواخر سال اعتبارات کلی رو اعلام می‌کنن ما هم اعتباراتمون رو اعلام می‌کنیم ولیکن چقدر میشه تحقق پیدا کنه من که نمی‌دونم، چون اصلاً نمی‌دونم بر چه اساسی تصمیم گیری می‌کنن.» (م.۹)؛ «همیشه بودجه تصویبی کمتر از بودجه درخواستیه، در نتیجه مثلاً اگر شما **X** ریال درخواست کردید، همیشه یک دوم، یک سوم و یا یک پنجم بودجه درخواستی ممکنه تصویب بشه و همیشه هم طوریه که از سال قبل چند درصدی بیشتره» (م.۳)

مفهوم چهارم: ملاک اولویت گذاری

در این ارتباط شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«برای اولویت بندی این بیماری‌ها نیز در مرحله اول میزان شیوع و بروز آنها در جامعه و بار ناشی از آنها را محاسبه می‌کنیم و بر این اساس اولویت‌های بیماری‌ها را مشخص می‌کنیم» (م.۱۵)؛ «ملاک در اولویت قرار گرفتن بیماری‌های قلبی ـ عروقی، میزان بالای مرگ و میر آن است.» (م.۲)؛ «اولویت گذاری صرفاً براساس درصد مرگ نیست، صرف بار بیماریش نیست، مسایل دیگه هم کنارش هست، ابعاد سیاسی داره، ممکنه یک چیزی از بالا خواسته بشه و بگن به خاطر این که این ابعاد سیاسی داره شما باید به این بیماری توجه بیشتری داشته باشید.» (م.۱۱)

«بررسی می‌شه که ببینیم رو کدوم بیماری بهتر می‌تونیم کار کنیم که بیشتر می‌تونه جواب بده.» (م.۱۵)؛ «بیماری‌ها بر اساس این معیارها در اولویت قرار می‌گیرن، بار بیماری، شدت و قابلیت پیشگیری، هزینه بری اقداماتی که انجام میشه، وسعت بیماری در کشور، جمعیتی را که در معرض تهدید قرار می‌ده یا می‌تونن مبتلا بشن» (م.۲)

در زمینه چگونگی انتخاب بیماری‌های اولویت دار، شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«در مورد برنامه‌های واگیر ما در سال ۱۳۸۳ یک بازنگری در اولویت بیماری‌های واگیر انجام دادیم که بر اساس رفرنس‌های سازمان جهانی بهداشت و همچنین یه کار تیمی خوبی که انجام شد به کمک افرادی که صاحبنظر بودند و کمک بعضی از پیشکسوتان و برای این کار از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت به عنوان راهنما استفاده کردیم و لیستی از بیماری‌ها که می‌توانستند مشمول نظام مراقبت قرار بگیرند، تهیه شد.» (م.۱۸)؛ «در برخی استان‌ها نیز اگر بیماری غیرواگیر بومی وجود داشت، بررسی وضعیت آن بیماری نیز در مطالعه مورد نظر، اعمال شد. مجموع این اطلاعات در واقع به ما کمک می‌کند تا بدانیم وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در کشور به چه سمتی می‌رود تا برنامه ریزی‌های کلان نظام سلامت نیز بر اساس اطلاعات صحیح انجام شود» (م.۱۵).

در ارتباط با ملاک انتخاب مداخلات، شرکت کنندگان اعلام داشتند که:

«مداخلاتی را که برای سرطان‌ها در نظر می‌گیریم، بر اساس شاخص‌ها می‌باشد، مثلاً هزینه ـ اثربخشی یکی از شاخص‌هایی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

است که برای هر مداخله در نظر می‌گیریم» (م.۱۹)؛ «از Modality استفاده می‌کنیم و بهش اولویت می‌دیم که بر اساس امکانات و زیرساخت‌های کشور و میزان توانایی مالی و اعتباری معاونت سلامت انجام می‌شود. این طور نیست که کشور رو فلج کنیم برای این که بهترین Modality را وارد کشور کنیم.» (م.۱۰)؛ «انتخاب مداخلات اولاً بر اساس اصولی است که در اسناد علمی وجود داره و ثانیاً بر اساس توصیه‌هایی است که کمیته کشوری مربوط انجام می‌ده یعنی استراتژی‌های ما چی باشه» (م.۶)؛ «اقدامات مداخله‌ای که برای یک بیماری در نظر گرفته می‌شه بر حسب شدت آن بیماری، پراکندگی بیماری در کشور و اولویتی است که آن بیماری در کشور دارد» (م.۱۵).

مفهوم پنجم: اندازه گیری هزینه‌ها و اثربخشی مداخلات

در رابطه با اندازه گیری اثربخشی و هزینه‌ها شرکت کنندگان اعلام داشتند که: «... ما از مراکز تحقیقاتی خواسته بودیم که بر [و] ید مداخلاتی طراحی کنید؛ نتیجشو بگیرید و به ما بگید که مثلاً از ده مداخله‌ای که انجام دادیم این یکی بهتر جواب می‌ده، هم هزینه‌اش کمتر بوده، هم جوابی که به ما داده بهتر بوده.» (م.۲).

در ارتباط با اندازه گیری اثرات و هزینه‌های مداخلات مختلف، برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که: «اندازه گیری اثربخشی یک مداخله به صورت مجزا دشواره. این مسئله به خاطر اینه که اثری که دارن مولتی فاکتوریاله، چون برنامه‌های کشوری کنارش هست، مداخلات دیگه هست، افزایش آگاهی خود مردم هست.» (م.۶)؛ «در داخل برنامه‌ها مشخص نیست که ما این قدر هزینه کردیم و آخرش هم این قدر سود بردیم، حالا این سود رو چه به شکل اثربخشی ببینیم، به شکل کارایی ببینیم یا به شکل پول ببینیم.» (م.۱۶)

مفهوم ششم: جابجایی منابع

با توجه به این که اولویت گذاری به دنبال آن است که با ارتقای سطح کارایی تخصیصی، بیشترین استفاده را از منابع محدود ببرد، ضروری است که با شناسایی هزینه ـ اثربخش‌ترین مداخلات، منابع را از خدمات دیگر به سوی این مداخلات انتقال داد. در مورد جابجایی منابع بین برنامه‌ها برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که: «دانشگاه‌ها ممکنه بتونن بین برنامه‌ها منابع رو جابه جا کنن و از یه برنامه به برنامه دیگه منابعشون رو انتقال بدن».» (م.۲)؛ «در صورتی که نیاز باشه، این امکان هست که تحت شرایطی خاص منابع را بین برنامه‌ها تا حدودی جابه جا کرد» (م.۱۰).

از سوی دیگر برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که:

«جابجایی منابع بین مراکز مختلف و برنامه‌های مختلف معاونت سلامت امکان پذیر نیست، زیرا این مراکز از یکدیگر جدا می‌باشند» (م.۱۶)؛ «انتقال و جابجایی منابع بین مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر امکان پذیر نیست، زیرا این دو اداره از یکدیگر مستقل هستند و تکلیفشون معلومه» (م.۱۸).

در ارتباط با جابجایی منابع داخل برنامه‌ها شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که:

«در داخل مرکز، برنامه‌ها مشخصه، هر اداره‌ای برنامه خودش رو داره ولی اگر شرایط خاصی پیش بیاد یا اتفاقی بیفته که نیاز باشه یک برنامه حمایت بشه، سعی می‌کنیم با منابع موجود در مرکز با یک کمی شیفت منابع از برنامه‌های دیگه، بالأخره اون شرایط ویژه رو رفع کنیم» (م.۱۶)

«بر حسب شدت، شرایط، علایم و تغییرات بیماری ممکن است که یه سال اعتبار بیشتری به یه برنامه بدیم، اگه منابعمون زیادتر نشده باشه ممکنه اون منابع اضافه رو از جاهای دیگه داخل برنامه تأمین کنیم» (م.۱۰)

مفهوم هفتم: مشارکت مردم

برای آن که اولویت گذاری بتواند به خوبی انجام شود و نتایج آن نیز مورد استقبال اعضای جامعه قرار بگیرد، ضروری است که در وضع اولویت‌ها مردم نیز مشارکت داشته باشند. در ارتباط با این مفهوم مشارکت کنندگان معتقد بودند که:

« نیازسنجی‌هایی که انجام می‌شه و بعضی وقت‌ها تأثیرات غیرمستقیمی که خواست مردم می‌گذاره اولویت‌های ما رو تغییر می‌ده» (م.۱۵)؛ «مردم خیلی تا حالا نقش نداشتن ولی یه موقع هم هست که فشار اجتماعی اولویت‌ها رو تعیین می‌کنه، یعنی مردم می‌خوان که این کار انجام بشه و به اون شکل نیست که از مردم حتماً سؤال شه.» (م.۱۹)؛ «... از مردم نظر سنجی نکردیم، ولی Public Perception یکی از چیزهایی است که توی تدوین برنامه‌ها دیده میشه» (م.۱۶)؛ «محدودیت ما باعث می‌شه که نتواتیم به صورت کامل و طی یک فرایند پژوهشی منظم از مردم نظرخواهی کنیم» (م.۱۱).

مفهوم هشتم: قاعده تصمیم گیری

یکی از ویژگی‌های اساسی رویکردهای اولویت گذاری آن است که با داشتن قاعده تصمیم گیری روشن، بتوانند نحوه تخصیص منابع را بین مداخلات مختلف یا بیماری‌های مختلف به گونه‌ای سامان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

دهند که بتوانند امکان استفاده بهینه از منابع را فراهم آورند. تصمیم گیری بر اساس نیاز یکی از راهکارهای استفاده شده در این زمینه است، در این مورد، شرکت کنندگان معتقد بودند که: «وقتی که منابع کم باشد باز هم بر اساس اولویت‌ها عمل می‌کنیم، اگر منابعمون کافی باشه، به ترتیب به اولویتهامون می‌پردازیم و منابع اگر نداشته باشیم، از اونهایی که کم اهمیت‌تر هستند، حذف می‌کنیم و اونهایی که مهم‌تر هستند رو حفظ می‌کنیم.» (م.۶)؛ «اگر منابع اضافه بشه نگاه می‌کنیم که کجا نیاز داریم و بر حسب نیاز تخصیص می‌دیم.» (م.۱۵)

در مورد تصمیم گیری بر مبنای قضاوت، شرکت کنندگان معتقد بودند که: «اگر منابع کم باشد، این جور نیست که یک برنامه یا یک بیماری رو کامل پوشش بدیم و بقیه رو کاری نداشته باشیم. اگر منابع کم بشه اول همه برنامه‌ها رو سعی می‌کنیم بر اساس یک منطق فعلاً یه مقدار آب کمی که جاری هست، زنده نگه داریم تا اعتبارات تأمین بشه، این قانونه این منطقیه.»(م.۹)؛ «کارشناسان ما بعد از چندین سال کارکردن در این حوزه، از شناخت کافی برخوردار شدند که بتونن به خوبی تشخیص بدن که از بین چند اقدام، کدومش مهم‌تره و تأثیر بهتری می‌تونه داشته باشه» (م.۱۱)

جدول شماره ۱- مفاهیم اصلی و فرعی اولویت گذاری ارایه خدمات سلامت در ایران

مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی
۱. اولویت سلامت در سطح کلان	۱. غیرواقعی بودن سرانه
	۲. تعیین سرانه به روش مبتنی بر گذشته
	۳. کاهش نقش دولت در تامین منابع مالی سلامت.
۲. اولویت گذاری بین دانشگاه‌های مختلف	۱. اختصاص منابع بر اساس سخت افزارها
	۲. توجه به تفاوت‌های منطقه‌ای
	۳. تشویق افزایش هزینه‌ها
	۴. عدم توجه به وضع سلامت
	۵. تخصیص مبتنی بر گذشته و چانه زنی
	۶. محدودیت نقش وزارت بهداشت
	۷. اجرایی نشدن بودجه ریزی عملیاتی
۳. اولویت گذاری بین بخش‌های مختلف زیرمجموعه دانشگاه‌ها	۱. ابعاد سیاسی
	۲. مبتنی بر گذشته
۴. ملاک اولویت گذاری	۱. ملاک انتخاب بیماری
	۲. روش انتخاب بیماری‌های اولویت دار
	۳. ملاک انتخاب مداخلات
۵. اندازه گیری هزینه‌ها و اثربخشی مداخلات	۱. اندازه گیری اثربخشی و هزینه‌ها
	۲. دشواری تعیین دقیق اثرات و هزینه‌ها
۶. جابجایی منابع	۱. جابجایی منابع بین برنامه‌ها
	۲. جابجایی منابع داخل برنامه‌ها
۷. مشارکت مردم	۱. تأثیر در تعیین اولویت‌ها
۸. قاعده تصمیم گیری در زمینه تخصیص منابع	۱. تصمیم گیری بر اساس نیاز
	۲. تصمیم گیری بر مبنای قضاوت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مشخص شد که با وجود آن که در قانون برنامه چهارم توسعه و نیز سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه تصریح شده است که باید سهم پرداختی مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد کاهش یابد؛ به عبارت دیگر این مواد قانونی نشان دهنده لزوم دادن اولویت بیشتر به سلامت از محل بودجه‌های عمومی است، اما متأسفانه وضع موجود نشان می‌دهد که تاکنون این هدف محقق نشده است و روند تعیین سرانه سلامت در کشور نیز به گونه‌ای روزافزون، نظام سلامت را از رسیدن به این هدف دور می‌سازد، زیرا هر چه سرانه اختصاص یافته به سلامت کمتر باشد، بدان معنی است که شورای عالی بیمه باید تعرفه‌ها را به گونه‌ای تعیین کند که بتواند با سرانه اختصاص یافته پاسخگوی نیاز جمعیت تعریف شده باشد. از سوی دیگر به دلیل غیرواقعی بودن تعرفه‌های تعیین شده شورای عالی بیمه، ارایه کنندگان خدمات، تعرفه‌های مصوب را نپذیرفته و تعرفه‌هایی بالاتر از تعرفه‌های شورای عالی بیمه را برای خود در نظر می‌گیرند، در نتیجه اختلاف بین تعرفه‌های شورای عالی بیمه و تعرفه‌های مورد قبول ارایه کنندگان به مردم تحمیل می‌شود و این خود باعث افزایش روزافزون سهم پرداختی مردم از هزینه‌های سلامت می‌گردد، روندی که کاملاً جهت عکس تحقق ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کشور است.

اولویت گذاری بر اساس معیارهای متعددی انجام می‌گیرد. جمعیت، منطقه تحت پوشش، میزان بیماردهی منطقه، نوع و شیوع بیماری در آن ناحیه، تنوع تجهیزات و تخت برخی از این ویژگی‌ها هستند، همچنین عواملی نظیر آداب و رسوم و فرهنگ بومی مناطق نیز در این امر تأثیرگذار هستند [۲۷]. بررسی وضع موجود نشان داد که یکی از ویژگی‌های اصلی تخصیص منابع به دانشگاه‌های مختلف، تخصیص منابع بر اساس ساختارها است. یعنی در جایی که ساختار ایجاد شده است، منابع اختصاص داده می‌شود که این مسئله می‌تواند باعث عدم توجه به مسائل مهم‌تر جامعه شود. برای مثال در این روش به این که یک منطقه خاص از کشور چه تعداد کودک دارد، چه تعداد سالمند دارد و وضعیت اپیدمیولوژیکی آن جامعه چگونه است، هیچ توجهی نمی‌شود. حال آن که تأثیرگذارترین مبنای تخصیص منابع مراقبت‌های سلامت، این مفهوم است که مراقبت‌های سلامت باید بر مبنایی منصفانه و مطابق با نیازهای جمعیت صورت گیرد [۲۸]. این کار متضمن ارزشیابی نیازهای متفاوت جمعیت‌های مختلف (برای مثال شدت بیماری، فاصله از مرکز و غیره) است [۲۹]. به گونه‌ای که این کار، توزیع منابع را بر اساس فرصت برابر دسترسی به مراقبت‌های سلامت برای افراد دارای نیاز برابر امکان پذیر سازد [۳۰]. بسیاری از خدمات سلامت به شرایط جغرافیایی وابسته هستند. از این رو یکی از نگرانی‌های اساسی در بسیاری از کشورها این است که منابع مالی چگونه به مناطق مختلف تخصیص داده شوند [۳۱]. در این مطالعه مشخص گردید که تفاوت بین مناطق مختلف جغرافیایی کشور از نظر میزان امکاناتی که به آنها اختصاص داده می‌شود، مورد توجه بوده است. البته در این بخش نیز این تفاوت‌ها در ایجاد ساختارها مدنظر بوده است؛ یعنی در طرح‌های گسترش، بر اساس طرح‌های کلی تهیه شده، مشخص می‌شود که چه واحدی در چه نقطه‌ای ساخته شود.

علاوه بر این ضروری است که در هر منطقه، تخصیص منابع با توجه به بار عمومی بیماری‌ها در منطقه که براساس داده‌های مربوط به استفاده از خدمات سلامت و یا داده‌های غیرمستقیم حاصل از سرشماری اندازه گیری می‌شوند، انجام شود [۳۲]. زیرا درآمد اجتماعی یک منطقه، گوناگونی قیمتی و توزیع جغرافیایی تسهیلات، فرصت‌های متفاوت دسترسی به خدمات را ایجاد می‌نماید [۳۳]. در این مطالعه همچنین مشخص گردید که شیوه فعلی تخصیص منابع بر اساس ساختارها، با اشکالات متعددی روبرو است. زیرا در نظام فعلی، بودجه بر اساس امکاناتی که ساخته می‌شود، تخصیص داده می‌شود نه بر اساس بهره برداری از امکانات. اتخاذ این شیوه سبب شده است که دانشگاه‌های مختلف علوم پزشکی کشور به صورت روزافزون در پی افزایش ساختارهای خود باشند، چرا که این کار باعث خواهد شد که منابع بیشتری به آنها اختصاص داده شود. این پدیده شبیه به چیزی است که مسابقه بودجه‌ای نامیده می‌شود. در این مسابقه، هدف اصلی بازیگران حداکثرسازی بودجه خود است. در این پدیده، مدیران می‌کوشند که با برآورده ساختن انتظارات مقامات ارشد، بودجه بیشتری برای واحد خود جذب نمایند [۳۴]. این روند باعث شده است که با وجود عدم بهره برداری کامل از تسهیلات موجود، مدیران دانشگاه‌ها در پی ایجاد واحدها و تسهیلات جدید باشند. یکی دیگر از ویژگی‌هایی که در زمینه اولویت گذاری بین دانشگاه‌های مختلف مشاهده گردید، مربوط به تخصیص منابع بین دانشگاه‌های مختلف بر مبنای گذشته و توان چانه زنی مدیران دانشگاه‌ها است. این روش تخصیص منابع با اشکالات زیادی مواجه است و ممکن است باعث ایجاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

تورش در راستای منافع برخی از مناطق خاص شود [۳۱]. در نتیجه اگر به برخی از دانشگاه‌ها در سنوات قبل بودجه کمی داده شده باشد، آن دانشگاه همواره محکوم خواهد بود که بودجه کمتری دریافت نماید. در اولویت گذاری مراقبت‌های سلامت به دلیل آن که تقاضا برای مراقبت‌های سلامت از میزان عرضه فراتر می‌رود و نیز برداشت نادرست اعضای جامعه در مورد این که مراقبت‌های سلامت با سلامت برابر است از ابعاد سیاسی برخوردار است [۳۵].

بررسی وضع موجود نیز نشان داد که مدیران دانشگاه‌ها سعی می‌کنند منابع مالی را در جهتی خرج کنند و اولویت بیشتر به مناطقی دهند که احساس می‌کنند مردم نسبت به آنها حساس‌تر هستند. این مسئله مؤید این واقعیت است که تعیین اولویت‌ها در این بخش معمولاً مبتنی بر قاعده روشن و نظام‌مندی که مبتنی بر شناسایی مهم‌ترین نیازها و سپس تخصیص منابع به گونه‌ای که باعث استفاده بهینه از منابع گردد، نیست و بیشتر مبتنی بر قضاوت مسئولان دانشگاه‌ها است. در همین زمینه اوبرلاندر و همکاران پارادوکس سیاسی سهمیه بندی را تشریح نموده و معتقدند که هرچه تصمیمات مرتبط با اولویت گذاری و سهمیه بندی عمومی‌تر باشند، سهمیه بندی خدمات به منظور کنترل هزینه‌ها دشوار است [۳۶]. رابینسون نیز در این رابطه می‌نویسد: «دولت‌ها و گروه‌های برنامه ریزی، تصمیم گیری‌های خود را در مورد اولویت گذاری بر مبنای مجموعه‌ای از عوامل نظیر نگرانی‌های سیاسی و فشار رسانه‌ها اتخاذ می‌کنند» [۳۷] که البته تخصیص منابع بر مبنای الگوهای سیاسی منجر به استفاده بهینه از منابع محدود نخواهد شد [۳۸].

مطالعه وضع موجود همچنین نشان داد که روند تخصیص منابع و در اولویت قرار گرفتن برخی برنامه‌ها و بخش‌های خاص در داخل دانشگاه‌ها نیز تا حد زیادی به توان چانه زنی مدیر واحد و روند اعطای منابع در سالیان گذشته بستگی دارد، یعنی متأسفانه در این سطح نیز از عوامل شفاف و روشنی بدین منظور استفاده نمی‌شود و در حقیقت فرایندهای گسسته و ناکارآمد تخصیص منابع، معضلی جهانی است و ضرورت دارد که فرایندهای مبتنی بر شواهد برای اولویت گذاری ایجاد شود [۳۹]. شرکت کنندگان در پژوهش مرتبط با اولویت گذاری در اوگاندا نیز معتقد بودند که به رغم آن که در ظاهر عوامل مرتبط با نیاز، مبنای اولویت گذاری قرار دارند، اما در عمل، عوامل غیررسمی به میزان قابل توجهی اولویت گذاری را تحت تأثیر قرار داده است. آنها معتقد بودند که مدیرانی که از چگونگی ایجاد لابی و ایجاد سروصدا آگاهی داشتند، به راحتی منابع مورد نیاز خود را جذب کرده‌اند [۴۰]. البته عوامل غیررسمی نظیر لابی کردن در کشورهای پردرآمد نیز وجود داشته‌اند [۴۱].

این مطالعه همچنین نشان داد که همواره منابع اختصاص داده شده به واحدها (در سطوح مختلف) کمتر از میزانی است که این واحدها درخواست داده‌اند و این امر واحدها را در انجام وظایف خود دچار اشکال می‌سازد. در بررسی انجام گرفته در کشور اوگاندا نیز روند مشابهی، مشاهده گردید و در آن کشور بودجه اختصاص یافته به بیمارستان تنها ۳۰ درصد از بودجه درخواستی بوده است [۴۰].

مفهوم کلی اولویت‌های بیماری‌ها بر مداخلات عمودی و مرتبط با بیماری‌های خاص تأکید دارد و نه خدمات گسترده مراقبت‌های سلامت [۴۲]. برای شناخت بیماری‌های دارای اولویت، معیارهای زیادی پیشنهاد شده و مورد بحث قرار گرفته است. عموماً فرایندهای اولویت گذاری مبتنی بر ترکیبی از اطلاعات مربوط به هزینه ـ اثربخشی و بار بیماری‌ها بوده‌اند. اما اخیراً معیارهای زیادی از قبیل معیارهای پزشکی (نظیر اثربخشی درمانی) و معیارهای غیرپزشکی (نظیر سن بیمار) در دستور کار قرار گرفته است [۴۳]. هر چند بر اساس قانون نجات، رویکردهای فنی صرف که از قواعد تصمیم گیری مبتنی بر هزینه ـ اثربخشی استفاده می‌کنند، از دید جامعه چندان قابل قبول نیستند [۴۴]. بررسی وضع موجود نشان داد که برای انتخاب بیماری‌هایی که در دستور کار وزارت بهداشت قرار می‌گیرند، معیارهای زیادی نظیر شدت بیماری، مسایل سیاسی، بار بیماری، قابلیت پیشگیری و میزان شیوع، تأثیرگذار هستند. بار بیماری که ترجیحات اجتماعی را برای سلامت آینده و زندگی سالم در سنین مختلف و نیز اداراکات اجتماعی از میزان ناتوانی را اندازه گیری می‌کند، یکی از این معیارها است [۴۵]. تنوع گسترده معیارهای به کارگرفته شده حاکی از آن است که آن چه در نهایت تعیین کننده اصلی در اولویت قرار گرفتن بیماری است، مسایل سیاسی و بازتابی است که یک بیماری در جامعه دارد. برای مثال بیماری ایدز با وجود آن که از شیوع فراوانی برخوردار نیست، اما در دسته بیماری‌های دارای اولویت وزارت بهداشت قرار گرفته است.

برای انتخاب مداخلاتی که برای مقابله با بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، بررسی وضع موجود نشان داد که معیارها و شاخص‌های متعددی نظیر هزینه ـ اثربخشی، بررسی متون انتشار یافته و توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی در این زمینه راهنمای عمل قرار می‌گیرند. شاخص هزینه ـ اثربخشی باعث می‌شود که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

مداخلات ارزان و دارای مزایای اقتصادی فراوان و تأثیرات شگرف بر سلامت حتی در فقیرترین کشورها نیز از اولویت بالایی برخوردار باشند [۴۶]. ارایه مداخلات همزمان برای چند بیماری و یا استفاده از امکانات برای درمان بیماری‌های مختلف نسبت به مداخلاتی که تنها به یک بیماری می‌پردازند، از جذابیت بیشتری برخوردار هستند [۴۲]. بررسی وضع موجود روند مشابهی را در مورد استفاده از اعتبارات بیماری دیابت برای کنترل فشار خون که نتایج آن به صورت مشترک برای بیماری‌های قلبی و عروقی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند روشن ساخت.

یکی از رایج‌ترین نگرانی‌های مرتبط با اولویت گذاری مراقبت‌های سلامت مربوط به دسترسی به داده است. برای تعیین چگونگی استفاده بهینه از منابع، دو دسته اطلاعات مورد نیاز است: اطلاعات مربوط به هزینه‌ها و اطلاعات مربوط به پیامدها [۱]. بررسی وضع موجود نشان داد که اندازه گیری اثربخشی مداخلات بر اساس طرح‌های تحقیقاتی است که به مراکز تحقیقاتی سفارش داده می‌شود و یا نتایج بررسی مطالعات پایلوتی است که در برخی از دانشگاه‌ها انجام می‌گیرد. برای اندازه گیری دقیق هزینه‌ها و اثربخشی مداخلات، تحلیل عوامل خطری که به طور همزمان بر چند بیماری اثر می‌گذارند، ضروری است، زیرا بدون چنین اطلاعاتی، ارزیابی اثربخشی مداخلات، دشوار است [۴۷]. در بررسی وضع موجود کشور، نیز همین امر یکی از موانع اساسی در راستای اندازه گیری دقیق هزینه‌ها و اثربخشی مداخلات مختلف به حساب می‌آید، به گونه‌ای که به علت ماهیت چند عاملی برخی از مداخلات و این که در کنار مداخلاتی که توسط وزارت بهداشت انجام می‌شود، عوامل دیگری نیز وجود دارند، نمی‌توان به طور قطع و یقین اثرات و هزینه‌های مداخلات را محاسبه و برآورد نمود. دشواری تعیین مقیاس و معیار مناسب برای اندازه گیری اثرات و پیامدها نیز یکی از موارد و مشکلات شناسایی شده در این زمینه در کشور است. مشکل مشابهی نیز در کشور دانمارک مشاهده شده است. در آن کشور نیز کمیته اولویت گذاری مشکلات مربوط به استفاده از تحلیل‌های مرتبط با هزینه، نظیر ابهام در مورد استفاده از معیار مطلوبیت و نیاز به اطلاعات بیشتر را مورد شناسایی قرار داده است [۴۸]. وظیفه اساسی اولویت گذاری، تعیین چگونگی جابجایی منابع یعنی خدماتی که باید گسترش یابند و خدماتی که باید کاهش یابند است [۴۹] و یکی از مرتبط‌ترین سؤالات رویاروی سیاستگذاران مرتبط با مقیاس است؛ یعنی این که برنامه‌های موجود تا چه میزانی باید گسترش و یا کاهش یابند [۵۰]. از این رو امکان جابجایی منابع یکی از ضرورت‌هایی است که یک الگوی اولویت گذاری بدان نیاز مبرم دارد. در این زمینه بررسی وضع موجود کشور نشان داد که می‌توان در صورت نیاز منابع را بین عناصر مختلف آن برنامه جابجا کرد، اما امکان جابجایی منابع مالی یک برنامه و برنامه دیگر به آسانی میسر نیست و این یکی از ویژگی‌های روش‌های بودجه بندی است که منابع مالی بر اساس برنامه‌ها اختصاص داده می‌شود.

چالش تأمین مالی و ارایه خدمت تحت یک نظام بودجه بندی جامع سبب بخش بندی بخش سلامت به بودجه‌های برنامه‌ای و یا سیلوهای بودجه‌ای می‌شود که بر اساس مرحله بیماری یا نوع و روش درمان تعریف می‌شوند. یکی از پیامدهای این بخش بندی بودجه‌های برنامه‌ای این است که تخصیص و تخصیص مجدد منابع عموماً داخل سیلوهای بودجه‌ای به وقوع می‌پیوندد و نه بین سیلوهای بودجه‌ای مختلف [۴۹].

با توجه به این که هر نظام سلامت برای خدمات رسانی به جامعه ایجاد شده است و تصمیمات مربوط به اولویت گذاری در نظام سلامت، مستقیماً تمامی اعضای جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز اعضای جامعه از طریق پرداخت مالیات، حق بیمه‌ها و پرداخت از جیب، منابع مالی نظام سلامت را فراهم می‌کنند، از این رو جامعه باید به عنوان یک ذی نفع کلیدی مدنظر قرار گیرد [۵۱]. علاوه بر این، بسیاری از صاحبنظران، اتخاذ تصمیمات را توسط متخصصان بدون مشارکت شهروندان و پشت درهای بسته، مطلوب و مناسب نمی‌دانند [۵۲].

بررسی وضع موجود کشور از منظر مشارکت مردم در تدوین اولویت‌ها نشان داد که معمولاً از ساز و کارهای مشخصی برای مشارکت دادن دیدگاه مردم در زمینه اولویت گذاری استفاده نمی‌شود و معمولاً تأثیری که دیدگاه‌های مردم در زمینه اولویت گذاری بر جا می‌گذارند، مربوط به ادراکی است که سیاستمداران در زمینه دیدگاه‌های مردم دارند. این میزان مشارکت مردم در زمینه اولویت گذاری کافی نیست و ضروری است که اقدامات مناسب‌تر و مؤثرتری برای مشارکت فعالانه مردم در زمینه اولویت گذاری ایجاد شود، زیرا بررسی متون نشان می‌دهد که با این کار مزایای متعددی مانند آگاهی از فعالیت‌های انجام شده در راستای حل مشکلات، افزایش اعتبار اولویت بندی و نیاز سنجی، دریافت کمک‌های مردمی در راستای حل مشکلات تعیین شده و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

ایجاد حس همکاری در جامعه در راستای انجام این فعالیت به دست می‌آید. به غیر از این مسایل، می‌توان امید داشت با حضور نیروهای مردمی و پی‌گیری آنان در رسیدن به اهداف به عنوان ناظری خارج از نظام بهداشت و درمان، مسئولان با توان و دقت بیشتری به انجام امور بپردازند [۵۳]. با توجه به محدودیت منابع، به منظور استفاده بهینه از این منابع، جابجایی و انتقال منابع از مداخلات دارای هزینه ـ اثربخشی پایین به مداخلات هزینه ـ اثربخش ضرورت دارد. در بررسی وضع موجود روشن گردید که هنگام افزایش و یا کاهش منابع، منابع بر اساس نیازهایی که از قبل مشخص شده است، اختصاص داده می‌شوند. البته در مورد این که این نیازها و اولویت‌های ذکر شده بر چه اساس تعریف می‌شوند، توضیح روشن و مشخصی داده نشده و به نظر می‌رسد که تعیین نیازها در این بخش بیشتر بر اساس ادراک کلی و مبتنی بر قضاوتی است که مدیر واحد از وضعیت واحدهای تحت پوشش خود دارد. در همین زمینه هاریسون معتقد است که اولویت گذاری مراقبت‌های سلامت، نگرانی‌های اخلاقی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و سازمانی فراوانی به همراه دارد و متضمن به کارگیری و اعمال قضاوت‌های سیاسی و ارزشی است [۵۴].

میتون و دونالدسون در این زمینه معتقدند که شواهد، ارزش‌ها و تفسیر، منابعی هستند که برای تصمیم گیری به کار می‌روند، هر چند که ترکیب استفاده از آنها در شرایط مختلف تغییر می‌کند و ترکیب نهایی تابعی از هزینه‌ها و منافع تغییر مبانی تصمیم گیری موجود است [۱].

وضعیت موجود نشان می‌دهد که تصمیم گیری بدون بهره گیری از روش‌های دقیق و مشخص اندازه گیری هزینه‌ها و منافع مداخلات مختلف و مبتنی ساختن تصمیم گیری‌ها بر نتایج این بررسی‌ها، منجر به استفاده بهینه از منابع محدود نخواهد گردید.

سهم نویسندگان

سوگند تورانی: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و تهیه مقاله

محمدرضا ملکی: مشاوره در کلیه مراحل طرح

محمد هادیان: مشاوره در کلیه مراحل اجرای طرح

محمدرضا امیراسماعیلی: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و تهیه مقاله

منابع

1. Mitton C, Donaldson C. Priority setting toolkit: a guide to the use of economics in healthcare decision making. 1st Edition, BMJ Publishing Group: London, 2004

2. Centers for Disease Control and prevention. Choosing health priorities. Available from: URL: http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/PATCH/pdf/PATCHCh4.pdf last accessed 2/4/2010

3. Oliver A. Health care priority setting Implication for health inequalities proceeding from a meeting of the health Equity, Nuffield trust, 2003. Available from URL:
http://archives.who.int/prioritymeds/report/append/33e_apx.pdf last accessed 24/04/2010

4. Malekafzali H, Setarehforouzan A, Bahraini F, Allaedini F. Needs Assessment and priority setting in healthcare and research in ten universities of medical sciences in Iran, report to EMRO, 2004

5. Gibson J. Ethics & priority setting for HTA: a decision-making framework. CCOHTA Invitational Symposium, April 25 2005, University of Toronto, Joint centre for Bioethics, Canadian priority setting research network, Ottawa

6. Segal L, Chen Y. Priority setting models in health-A critique of alternative models. Faculty of Business and Economics, Monash University; 2001. Report No. 22. Available from URL: http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/rr22.pdf Last accessed 04/05/2010

7. Martin DSP. A strategy to improve priority setting in Health Care Institutions. Health Care Analysis 2003; 11: 59-68

8. Obermann K, Tolley K. The state of health care priority setting and public participation. York: The university of York, centre for health economics; 1997. Report No: 154

9. Markku M, Ollipek R, Johanna L, Vellipeka I, Juha K, Piryo H. Clinical management and prioritization criteria: Finnish experiences. Health Organization and Management 2003; 17: 338-48

10. Kapiriri L, Norheim Of, Martin DK. Priority setting at the micro-meso and macro levels in Canada, Norway and Uganda. Health Policy 2007; 82: 78-94

11. Norheim OF. Limiting access to health care: a contractualist approach to fair rationing [Ph.D. Dissertation]. Oslo: University of Oslo; 1996

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

12. Bryant JH. Health priority dilemmas in developing countries. In: Coutler A, Ham C, editors. The global Challenge of Healthcare rationing. 1st Edition, Open University Press: Philadelphia, 2000: 63-73
13. Asadi-Lari M, Javadi HR, Naghavi M, Gray D. The role of Health Related Quality Of Life (HRQL) measurement in setting priorities in the Iranian health care system, proceeding of 5th international conference on priorities in healthcare Nov 3-5 2004, Wellington, Newzealand
14. Saltman R, Figueras J. European healthcare reforms; Analysis of current strategies WHO Regional Publications, European Series, No. 72, 1997
15. Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, Mckee M, Mossialos E. Choices in health policy; an agenda for European union. 1st Edition, Dartmouth Publisher Company: Aldershot, 1997
16. New B. Rationing talk and action in health care. 1st Edition, King's Fund and BMJ Publishing: London, 1997
17. Kaplan W. Priority Medicine for Europe and the World. A Public Health Approach to Innovation. Background Paper ,Chapter 3 priority setting, 2004
18. Hauck K, Smith PC, Goddard M, The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington DC, World Bank, 2004 Available from URL: http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf
19. Kapiriri L, Norheim F. Criteria for priority-Setting in health care in Uganda: exploration of stakeholder's values. Bulletin of the world Health Organization 2004; 82: 172-9
20. World Health Organization Available from: URL: http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=irn&indicators=nha last access: 20-04-2009
21. Eastern Mediteranian Regional Office Available from URL: http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=ira#HealthExpenditure Last accessed: 20-04-2009
22. Regional health systems observatory-EMRO, Health systems Profile- Islamic republic of Iran. 2007
23. Ministry of Health and Medical Education, Deputy for Coordination and policy making Available from URl: http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php last accessed 2/4/2009 [Persian]
24. Presidential deputy for planning and strategic control, Economic report (2006-2007) and supervision report on the first two-year performance of the 4th development plan, volume two: sectoral affairs -Part 1, Presidential deputy for planning and strategic control publication, 2007, pp 599-650. [Persian]
25. General Policies of fifth five year national development in the framework of twenty- year perspective-Available from URL: http://www.leader.ir/langs/fa/index.php?=contentshow&id=4666 Last accessed 02-07-2009 [Persian]
26. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. Hakim Research Journal 2008; 11: 59-71 [Persian]
27. Ghafari A, Ahmadi KH. Health services leveling from map to reality. Special report. Medical Engineering Journal 2006; 6: 43-49 [Persian]
28. Gugushvil A. The advantages and disadvantages of need- based resource allocation in integrated health systems and market systems of health care provider reimbursement. 2007. Report No: 3354. Available from URL: http://mpra.ub.uni-munchen.de/3354/1/MPRA-paper-3354.pdf last accessed 20/06/2010
29. Mooney G. Priority setting: the biggest gap in Australian health planning? Centre for policy development; 2006. Available from URL: http://cpd.org.au/article/prioritysetting-biggest-gap-australian-health-planning last accessed 11/4/2010
30. Rice N, Dixon P, Lioyld DC, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. British Medical Journal 2000; 320: 284-88
31. Smith PC. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. Bulletin of the world Health Organization 2008; 86: 884-8
32. Petrou S, Wolstenhome J. A review of alternative approaches to healthcare resource allocation. Pharmacoeconomics 2000; 18: 33-43
33. Rice N, Smith PC. Ethics of geographical equity in healthcare. Journal of Medical Ethics 2001; 27: 255-61
34. Lammintakanen J. Health care prioritization; Evolution of the Concept, research and policy process. PhD Thesis. Faculty of Social Sciences of the University of Kuopio: Department of Health Policy and Management, 2005

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]

35. Hunter D. Disparately seeking solutions, rationing healthcare. 1st Edition, Pearson Education LTD: London, 2003
36. Oberlander J, Marmore T, Jacobs L. Rationing medical care: Rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. Canadian Medical Journal 2001; 164: 1583-87
37. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. Health Policy 1999; 49: 13-26
38. Mitton C, Donaldson C. Healthcare priority setting: Principles, Practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2004; 2: 3
39. Maynard A, McDaid D. Evaluating Health interventions: Exploring the potential. Health Policy 2003; 63: 215-28
40. Kapiriri L, Martin D. Priority setting in developing countries healthcare institutions: the case of an Uganda hospital. BMC Health Services Research 2006; 6: 127
41. Walton NA, Martin Dk, Peter EH, Pringle MD, Singer P. Priority setting and cardiac surgery: a qualitative case study. Health Policy 2007; 80: 447-58
42. Canning D. Priority setting and the neglected tropical diseases. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2006; 100: 499-504
43. Kapiriri L, Arnsen TM, Norheim F. Is cost-effectiveness analysis preferred to severity of disease as the main guiding principle in priority setting in resource poor setting? The case of Uganda. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2004; 2: 1
44. Elliott R, Payne K. Essentials of economic evaluation in healthcare. 1st Edition, Pharmaceutical Press: London, 2005
45. Murray C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause: global burden of disease study 1990-2020. Lancet 1997; 349: 1436-42
46. Molyneux DH, Hotez PJ, Fenwick A. Rapid impact interventions: how a policy of integrated control for Africa's neglected tropical diseases could benefit the poor. Plos Medicine 2005; 2: e336. Epub 2005 Oct 11
47. World Health Organization. The World Health report 2000: Health Systems: Improving Performance. WHO: Geneva, 2000
48. Danish Council of Ethics. Priority-setting in the health service (Vol. 5). Danish Council of Ethics,1997, available from URL:http://etiskraad.synkron.com/graphics/03-udgivelser/publikationer/eng002.htm last accessed 12/02/2010
49. Segal L, Mortimor D. A population-based model for priority setting across the care continuum and across modalities. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2006; 4: 6
50. Wiseman V, Mooney G. Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. Health Policy 1998; 43: 243-51
51. Martin D. Making hard choices; the key to health system sustainability. Bioethics 2007; 2: 5-9
52. Fleck LM. Healthcare justice and rational democratic deliberation. American Journal of Bioethics 2001; 1: 20-21
53. Malekafzali H, Bahreini FS, Alaedini F, Foruzan AS. Health system priorities based on needs assessment and stakeholders' participation in Islamic republic of Iran. Hakim Research Journal 2007; 10: 13-19 [Persian]
54. Harrison S. A policy Agenda for health care rationing. British Medical Journal 1995; 51: 885

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.9.6]