

نوآوری در نظام‌های سلامت

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۵۴۶۱

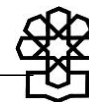
مردادماه ۱۳۹۶

معاونت پژوهش‌های اجتماعی – فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۱.....	مقدمه
۲.....	مفهوم نوآوری در نظام سلامت
۳.....	ارتباط مفهومی اشاعه، پذیرش و اجرای نوآوری‌ها
۴.....	دیدگاه‌ها نسبت به نوآوری در بین نظام‌های سلامت
۱۰.....	دلایل دشوار بودن نوآوری در مراقبت‌های سلامت
۱۲.....	نتیجه‌گیری
۱۲.....	منبع و مأخذ



نوآوری در نظام‌های سلامت

چکیده

با وجود چالش‌هایی که نظام‌های سلامت در سراسر دنیا با آن روبرو هستند، نوآوری^۱ در نظام‌های سلامت با سرعت کمی انجام می‌پذیرد و گرچه واژه نوآوری یکی از شعارها در ادبیات مراقبت سلامت است، تحقیقات مشترک در سطح بین‌المللی در این زمینه اندک است. به‌منظور درک علل موفقیت و شکست نوآوری‌های مراقبت سلامت، ضروری است تا مسیر پیچیده‌ای را که به نوآوری‌های کاربردی می‌انجامد مرور کرد. به‌علاوه نوآوری‌ها از زمینه بیرونی که در آن قرار دارند، یعنی ویژگی‌های محیطی و عملیاتی نظام مراقبت سلامت جدا نیستند. در این گزارش که ترجمه بخشی از کتابی تحت عنوان «چالش‌ها و فرصت‌های مدیریت مراقبت‌های سلامت» است، با مقایسه نظام‌های سلامت مختلف در سه کشور یعنی ایالات متحده آمریکا، انگلستان و آلمان، بر اینکه تا چه اندازه نوآوری در نظام‌های سلامت به‌گونه‌ای راهبردی مورد توجه قرار می‌گیرد بحث خواهد شد. واضح است که تفاوت‌های زیادی در ظرفیت نوآوری نظام‌های سلامت مختلف وجود دارد، که ممکن است بر میزان انتقال نوآوری تأثیر بگذارد. از این‌رو پژوهش‌ها در این حوزه باید چشم‌اندازی بین‌المللی را به‌منظور حرکت به سمت ارائه مراقبت‌های سلامت یکپارچه و عادلانه‌تر اتخاذ کنند.

مقدمه

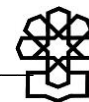
برخلاف ظهور مکرر نوآوری‌های مبتنی بر شواهد در نظام‌های مراقبت سلامت در طول سال‌ها، انتشار، اتخاذ و اجرای نوآوری‌ها هم در درون نظام‌های سلامت و هم در بین نظام‌های سلامت به‌کندی پیش می‌رود. این علیرغم چالش‌هایی است که نظام‌های سلامت در سراسر دنیا با آن روبرو هستند و به جهت برطرف شدن، نیازمند راهکارهای نوآورانه می‌باشند. چالش‌های عمده‌ای که به‌طور معمول وجود دارند، شامل جهانی شدن مشکلات سلامتی، بحران‌های مالی، هزینه‌های رو به افزایش مراقبت‌های سلامت، افزایش تقاضاهای جمعیت، کمبود کارکنان آموزش‌دیده مراقبت‌های سلامت برای گسترش خدمات و همچنین مسائل پزشکی قانونی هستند. در حقیقت وجود این چالش‌ها دلیلی است بر ضرورت پذیرش بیشتر و اتخاذ بهترین اقدامات نوآورانه توسط دولت‌ها به‌منظور افزایش کارایی و اثربخشی نظام‌های سلامت. با این حال گرچه واژه «نوآوری» یکی از شعارها در ادبیات مراقبت‌های سلامت است، تعداد تحقیقات مشترکی که در سطح بین‌المللی به موضوع نوآوری در مراقبت‌های سلامت می‌پردازد هنوز کم است که این موضوع تا حدودی دلیل سرعت کم نوآوری در سطح جهانی است.

مفهوم نوآوری در نظام سلامت

چندین توصیف از نوآوری در ادبیات آن وجود دارد، اما در این گزارش با توجه به هدف مطالعه از تعریف مربوط به اوماشونو و اینسبروتش^۱ (۲۰۱۰)، یعنی «معرفی یک مفهوم، ایده، خدمت، فرآیند یا محصول جدید که هدف آن بهبود درمان، تشخیص، آموزش، پرورش، پیشگیری و تحقیق بوده و اهداف بلندمدت آن بهبود کیفیت، ایمنی، پیامدها، بهره‌وری و هزینه‌ها می‌باشد» استفاده خواهیم کرد. این توصیف باعث شده تا ارائه‌دهندگان این تعریف، چارچوب مفهومی را ایجاد کنند که متغیرهای دخیلی که باعث انجام نوآوری در مراقبت‌های سلامت می‌شوند مشخص شده و بیماران بدون غافل شدن از نیازهای پزشکان/ ارائه‌دهندگان به‌گونه‌ای قوی در مرکز قرار گیرند. همچنین در این چارچوب فناوری اطلاعات یک نقش حیاتی در نوآوری مراقبت‌های سلامت ایفا می‌کند اما فقط وسیله‌ای برای رسیدن به یک هدف است. در نوآوری در نظام‌های سلامت، مراقبت‌های سلامت با کیفیت بالا و بهبود تجربه بیماران باید به‌عنوان اولویت اصلی باقی بماند. با این حال برای درک کامل موفقیت‌ها یا شکست‌های نوآوری‌ها و همچنین فهم علل اینکه چرا فرآیندهای مختلف، یعنی انتشار، پذیرش و اجرای نوآوری کند هستند ضروری است تا به کاوش عمیق‌تر در این مسیر پیچیده بپردازیم. به همین اندازه نیز اهمیت دارد که به‌طور مفهومی فرآیندهای جدا از هم ولی مرتبطی را که به‌صورت بالقوه به نوآوری‌های موفق و کاربردی می‌انجامد توصیف کرد. همچنین بنابر نظر گرینهاگ^۲ (۲۰۰۴)، این فرآیندها از زمینه خارجی یعنی شرایط سیاسی - اجتماعی و اقتصادی، ساختار حقوقی، ثبات محیطی، مشوق‌ها و همچنین شبکه‌ها و هنجارهای درون‌سازمانی جدا نمی‌باشند. ارزیابی نقاط قوت و ضعف نوآوری‌های گذشته در نظام سلامت نیز یک نقشه راه در مورد نحوه غلبه بر موانع انتقال این نوآوری‌ها فراهم می‌کند. این نوشته تنها به مرور ادبیات نوآوری در مراقبت‌های سلامت نخواهد پرداخت و قصد دارد به مکانیسم‌های زمینه‌ای وسیع‌تری که ممکن است بر نوآوری در نظام‌های سلامت مختلف تأثیر بگذارد نظر بیاندازد. در حقیقت مقایسه و در مقابل هم قرار دادن سه نظام سلامت مجزا، یعنی ایالات متحده، انگلستان و آلمان به درک این موضوع کمک می‌کند که چرا نوآوری‌های یک نظام سلامت به راحتی ممکن است در نظام دیگر پذیرفته نشوند. به عبارت دیگر تفاوت‌های بین نظام‌های سلامت می‌تواند دلیلی بر کُندی انتقال نوآوری در بین مناطق جغرافیایی باشد.

1. Omachonu and Einspruch

2. Greenhalgh



ارتباط مفهومی اشاعه، پذیرش و اجرای نوآوری‌ها

برخی از پژوهشگران در مورد آنچه که نوآوری را در مراقبت‌های سلامت تحت تأثیر قرار می‌دهد توضیحاتی ارائه داده‌اند. راجرز^۱ (۱۹۶۲) اولین فردی بود که تئوری نوآوری را توصیف کرد که به فرآیند پذیرش ایده‌های خلاقانه اشاره داشته و به دنبال تأیید و حمایت نوآوری‌ها به وسیله گروه‌های هدف می‌باشد. این تئوری به دنبال این است تا توضیح دهد که نوآوری‌ها چگونه، چرا و به چه میزان در فرهنگ‌های مختلف منتشر می‌شوند. همچنین برای پاسخ به سؤالات مرتبط کمک می‌کند: مثلاً چرا نوآوری خاصی سریع‌تر از سایر نوآوری‌ها انتشار می‌یابد! براساس گفته‌های راجرز چهار عنصر اصلی وجود دارد که انتشار یک ایده جدید را تحت تأثیر قرار می‌دهد، یعنی خود نوآوری، کانال‌های ارتباطی، زمان و نظام اجتماعی. راجرز بر شبکه‌های غیرشخصی و نظام‌های اجتماعی که تصمیمات و نگرش‌ها را نسبت به نوآوری تحت تأثیر قرار می‌دهد تمرکز می‌کند. گلاسکو^۲ و همکاران (۲۰۰۴) کار راجرز را با شناسایی ۱۲ ویژگی که در میزان و سرعت پذیرش نوآوری دخالت دارند گسترش دادند. این ۱۲ ویژگی عبارتند از: ۱. مزیت: آیا اجرای این نوآوری بهتر از آن چیزی است که هم‌اکنون وجود دارد؟ ۲. سازگاری: آیا این نوآوری در خدمت جمعیت هدف می‌باشد؟ ۳. پیچیدگی: آیا انجام آن دشوار است؟ ۴. قابلیت آزمون: آیا ما می‌توانیم آن را به صورت پایلوت امتحان کنیم؟ ۵. قابلیت مشاهده: آیا نتایج اثربخشی آن قابل اندازه‌گیری است؟ ۶. تأثیر: آیا پیامدهای منفی خواهد داشت؟ ۷. قابلیت برگشت: آیا ممکن است اثر آن متوقف و یا معکوس گردد؟ ۸. قابلیت ارتباط: آیا به آسانی قابل فهم است؟ ۹. زمان: آیا اجرای آن زمان زیادی را صرف می‌کند؟ ۱۰. ریسک: در اجرای آن خطر وجود دارد، ۱۱. تعهد: آیا مستلزم تعهد قابل توجهی است؟ ۱۲. قابلیت اصلاح: آیا می‌تواند با محیط و نیازها سازگار شود؟ اخیراً بریک^۳ (۲۰۰۳) استدلال کرده است که میزان انتشار نوآوری تا حد زیادی از فاکتورهای مدیریتی و ضمنی درون سازمان‌های مراقبت سلامت و همچنین درک نوآوری‌ها و ویژگی‌های اشخاصی که تغییرات را اتخاذ می‌کنند تأثیر می‌پذیرد. بریک هفت توصیه را برای شتاب بخشیدن به انتشار نوآوری ارائه می‌دهد: یافتن نوآوری‌های مناسب، یافتن نوآوران و حمایت از آنها، سرمایه‌گذاری بر روی پیشگامان اجرای نوآوری، نمایش فعالیت پیشگامان اجرا، ایجاد اعتماد و کمک به نوآوری مجدد، ایجاد شرایط تغییر و در نهایت پیروی از الگو. با این حال این گرینهاک بود که به لحاظ مفهومی، انتشار، پذیرش و اجرای نوآوری را از طریق ایجاد یک چارچوب تعیین گام‌های وابسته به یکدیگر در نوآوری به هم مرتبط کرد. شواهد تجربی این پیچیدگی نیز، به وسیله فلورن^۴ و همکاران (۲۰۰۴) که ۵۰ تعیین‌کننده فرآیندهای

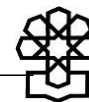
1. Rogers
2. Glasgow
3. Berwick
4. Fleuren

نوآوری را که بر موفقیت نوآوری‌ها تأثیر می‌گذارد شناسایی کرده است، خلاصه شده است. از نظر تئوری، با خلاصه‌سازی گام‌های این فرآیندها و همچنین شناسایی تعیین‌کننده‌های نوآوری، می‌شود به گونه‌ای بهتر با موانع دستیابی به موفقیت در محیطی که نوآوری در آن شکل گرفته است مقابله کرد. با این حال براساس اصل «یک اندازه برای همه مناسب نیست»، حتی اگر نوآوران به کمترین این پیچیدگی نائل شوند، بزرگ‌ترین چالشی که کماکان باقی می‌ماند اشاعه نوآوری در بین مناطق جغرافیایی و نظام‌های مختلف است. در واقع بر طبق شواهد، بین نظام‌های سلامت از منظر اولویت‌های آنها تفاوت‌های عمده‌ای وجود دارد که تا اندازه‌ای زیاد تحت تأثیر ثروت، نظام سیاسی و فرهنگ قرار دارد. با این حال همان‌طور که قویاً توسط دار و مکالی^۱ (۲۰۱۱) مورد بحث قرار گرفته است، تمام نظام‌های سلامت در حال مبارزه با چالش‌هایی مشابه در مسیر ارائه مراقبت‌های سلامت با کیفیت بالا، کارآمد، مؤثر و قابل دسترسی و مقابله با محدودیت‌های مالی و هزینه‌های رو به افزایش، به‌خصوص هزینه فناوری‌های سلامت هستند. هوانگ و کریستنسن^۲ (۲۰۰۸) به صراحت اعلام کردند که «مجهزترین ارائه‌دهنده‌ها از نظر تکنولوژی در مراقبت‌های سلامت نیز از جنبه‌های هزینه‌های پایین، کیفیت بیشتر و دسترسی بهتر شکست خورده‌اند» و بنابراین در حال تحریک نوآوران به انجام تفکر بیشتر در خارج از چارچوب‌های موجود هستند. این نویسندگان ادعا می‌کنند که راه‌حل مشکل، تشویق به ایجاد مدل‌های جدید انجام کار برای دسترسی و مقرون به صرفه شدن مراقبت‌های سلامت می‌باشد.

دیدگاه‌ها نسبت به نوآوری در بین نظام‌های سلامت

آت^۳ (۲۰۱۲) به نوآوری‌های نظام سلامت به‌عنوان وجود «دارو و تکنولوژی‌های جدید سلامت، ایده‌ها، روش‌ها، اهداف یا ترتیبات نهادی جدید که به‌عنوان یک بداعت شناخته می‌شود» اشاره می‌کند. از طرفی بریک، مشکلاتی سیاسی و زیرساختی، وابستگی به مشاوران بیرونی، رهبری ضعیف و نقش‌های قدیمی و ناکارآمد را به‌عنوان موانع نوآوری در سطح نظام‌های سلامت می‌شناسد. به‌طور مشابه هوانگ و کریستنسن تکه‌تکه شدن مراقبت‌ها، نقصان بازار خرده‌فروشی، موانع قانونی و بازپرداخت پایین را از جمله چالش‌های بیمارستان‌ها و پزشکان در مسیر تلاش برای اتخاذ مدل‌های کسب‌وکار جدید شناسایی کرده‌اند. براساس مطالبی که در ادامه از نقطه نظر انواع مدل‌های نظام سلامت در دنیا ارائه خواهد شد، واضح است که نوآوری در نظام‌های سلامت مختلف به‌گونه‌ای متفاوت مورد توجه قرار گرفته و به آن اهمیت و اولویت داده می‌شود:

1. Dare and Macaulay
2. Hwang and Christensen
3. Atun



• مدل خدمات سلامت ترکیبی خصوصی^۱ (ایالات متحده آمریکا): اساس این مدل بر اصل کیفیت بالای مراقبت‌ها، تکنولوژی پیشرفته و بهترین مدل‌های مراقبت‌های تخصصی اما نه همبستگی و تعهد به پوشش همگانی است. این نظام سلامت از طریق بیمه‌گران دولتی (۴۵ درصد) و خصوصی (۵۵ درصد) تأمین مالی می‌شود (پیش‌بینی هزینه‌های ملی سلامت ایالات متحده آمریکا، ۲۰۱۸-۲۰۰۸). نظام‌های دولتی شامل مدیکیر، مدیکید، برنامه دولتی بیمه سلامتی کودکان و موارد دیگری همچون برنامه امور کهنه سربازان می‌شوند. شهروندان آمریکایی بدون پوشش بیمه‌ای، توسط دولت فدرال از طریق مراکز بهداشتی و ارائه‌دهندگان شبکه سلامت حمایت می‌شوند. اکثر ادبیات در مورد نوآوری‌های مراقبت سلامت از ایالات متحده نشئت می‌گیرند، که دارای بیشترین مخارج سرانه سلامت یعنی ۱۷/۷ درصد تولید ناخالص داخلی می‌باشد (داده‌های سلامت سازمان همکاری اقتصادی و توسعه OECD، ۲۰۱۳). بریک، هرزلینگر^۲ (۲۰۰۶) و کارفمن^۳ و همکاران (۲۰۱۳) منتقدان بزرگ نظام مراقبت‌های سلامت آمریکا هستند زیرا معتقدند فاقد تعهد نسبت به پوشش سلامت همگانی است و گران، ناکارآمد، غیرقابل دسترس و ناپایدار توصیف می‌شود. با این حال به‌طور گسترده گزارش می‌شود که ایالات متحده یک رهبر جهانی در عرصه نوآوری‌های پزشکی، یعنی حوزه‌های علوم پزشکی پایه، تشخیص و درمان است و شهرتش، مبنی بر مجهزترین امکانات بهداشتی درمانی همراه با خدمات فوق تخصصی، آن را به مقصد منتخب برای خدمات بهداشتی درمانی پیشرفته تبدیل کرده است. با این وجود، علیرغم سرمایه‌گذاری کلان در نظام سلامت آمریکا، هرزلینگر استدلال می‌کند که بسیاری از تلاش‌ها برای نوآوری به این دلیل که با موانع متعددی از جمله منافع ذینفعان قدرتمند روبرو می‌شوند به شکست می‌انجامد، برای مثال اوباماکر^۴ که هدفش افزایش دسترسی آمریکایی‌ها به بیمه سلامت با کیفیت و مقرون به صرفه و کاهش رشد هزینه‌های مراقبت سلامت در آمریکا بوده است، مورد انتقاد قرار گرفته است، یکی از انتقادات متداول به اوباماکر این است که مالیات‌های سنگین بر کارخانجات محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی، ظرفیت آنها را برای سرمایه‌گذاری بر نوآوری که در بلندمدت می‌تواند زندگی‌ها را نجات داده و هزینه‌های کلی سلامت را کاهش دهد، کم می‌کند. کانن^۵ (۲۰۱۲) تا آنجا پیش می‌رود که می‌گوید نوآوری بهترین جایگزین اوباماکر می‌باشد. این بحث تا حد زیادی ناشی از این واقعیت است که نظام ایالات متحده مصرف‌کننده‌محور است و بنابراین آن نوع از نوآوری که شامل تکنولوژی‌های جدیدی که

1. Private Mixed Health Services Model

2. Herzlinger

3. Curfman

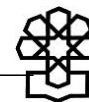
4. ObamaCare

5. Cannon

بیمه‌شدگان بخش خصوصی را جذب و باعث تولید درآمد می‌شود به‌طور موفق مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در سطح نظام سلامت، نوآوری در آمریکا به‌طور عمده بر استفاده از تکنولوژی اطلاعات جهت حمایت از نوآوری، یکپارچگی نظام و تداوم ارائه مراقبت‌های با کیفیت که برای مصرف‌کنندگان جذاب است تمرکز می‌کند.

• **مدل مالکیت و تصدی دولتی^۱ (انگلستان)** این مدل بر اصول عدالت و همگانی بودن مبتنی است. دولت به‌عنوان مالک و متصدی نظام بهداشتی - درمانی، مسیر عملیاتی و استراتژیک را تدارک می‌بیند. بنابراین دولت به‌منظور اطمینان از پوشش همگانی، خود به‌عنوان پرداخت‌کننده واحد، خدمات طب ملی (NHS)^۲ را از طریق بیمه سلامت عمومی تأمین مالی می‌کند. NHS انگلستان اغلب با نظام سلامت ایالات متحده در تضاد می‌باشد، زیرا مورد اول یک تعهد تاریخی نسبت به پوشش همگانی و کیفیت مراقبت‌ها از طریق مسئولیت اندازه‌گیری شاخص‌های کلیدی سلامت دارد، اما در مقایسه، ظرفیت نوآوری کمتری را داراست. منتقدان به NHS که به‌عنوان طبی می‌نگرند که به‌نظر تستا و بلاک^۳ (۲۰۱۳) ناکارآمد و غیراثربخش است. درواقع این نظام دارای لیست انتظار طولانی‌مدت، سرمایه‌گذاری ناکافی در تجهیزات مراقبت سلامت، مسئولیت‌پذیری ضعیف در قبال نیازهای بهداشتی - درمانی، دسترسی مشکل به مراقبت‌ها، بهره‌وری پایین، کم‌انگیزگی ارائه‌دهندگان خدمات و همچنین اشکال مختلف سهمیه‌بندی مراقبت‌ها می‌باشد. NHS برخلاف نظام سلامت ایالات متحده مبتنی بر مصرف‌کننده نمی‌باشد. از آنجا که دولت، نوع، مکان و دسترسی به مراقبت‌ها را تعیین می‌کند، بیماران انتخاب‌های کمتری دارند و این امر تا حدی باعث می‌شود که آنها منفعلانه عمل کنند. افرادی که دارای بیمه خصوصی می‌باشند در این باره مشارکت فعالانه‌تری خواهند داشت. به‌علاوه جدا از ذات رقابتی خدمات دارای بودجه غیردولتی، NHS رقابت کمتری را که بتواند محرک تغییر، بهبود و یا نوآوری باشد به‌وجود می‌آورد. یک تفاوت مهم بین نظام‌های سلامت ایالات متحده و انگلستان این است که دومی تنها ۹/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی را در مقایسه با ۱۷/۷ درصد که در ایالات متحده اختصاص داده می‌شود، هزینه می‌کند (داده‌های سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، OECD، ۲۰۱۳). دلیل اصلی این تفاوت آشکار این است که NHS از نظر نوآوری در سطح نظام سلامت، بر تغییر پارادایم از خدمات مبتنی بر بیمارستان به مدیریت بیماری‌های مزمن عمدتاً غیرواگیر در جامعه تمرکز می‌کند. برخلاف ایالات متحده، NHS این تعهد را بر دوش پزشکان عمومی قرار می‌دهد که به‌عنوان دروازه‌بانانی برای بررسی‌ها و بستری‌های بیمارستانی گران‌تر و همچنین مدیریت و هماهنگی مراقبت‌ها، عمل کنند. در

1. State as Owner-Operator Model of Health Services
2. National Health service (NHS)
3. Testa and Block



این روش پزشکان عمومی در انگلستان نقش مهمی را در توزیع منابع محدود برای ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کنند. ماهر^۱ و همکاران (۲۰۱۰) به نوآوری در NHS به‌عنوان «انجام چیزها به‌گونه‌ای متفاوت و انجام چیزهای متفاوت» ولی در عین حال وفادار ماندن به اصول عدالت و پوشش همگانی که در درجه اول به طب ملی اهمیت می‌دهد، اشاره می‌کنند، نیکلسون^۲ (۲۰۱۱) در تضاد آشکار با نقدی که بر نظام ایالات متحده وارد می‌شود، ادعا می‌کند که «NHS، حکایتی از موفقیت ملی است که در تار و پود جامعه ما نهفته شده است و همچنین بیان عمومی از ارزش‌های اجتماعی می‌باشد» اما کماکان اهمیت نوآوری را با بیان این قول تصدیق کند: «نوآوری می‌تواند در فراهم آوری یک نقشه راه برای ارتقای کیفیت و در عین حال ایجاد بهره‌وری و کارایی در موقعیت مالی بد کمک‌کننده باشد». از این‌رو بدیهی است که در انگلستان تمرکز نوآوری نظام سلامت بر بازطراحی خدمات مراقبت سلامت می‌باشد تا بتوان به صرفه‌جویی بیشتر پول و کارایی بالاتر دست پیدا کرد.

• **مدل قیومیت دولتی خدمات سلامت^۳ (آلمان)** که بر اصل همبستگی استوار است و عمدتاً از این جهت که دولت دسترسی به بسته مزایای جامع را برای همه شهروندان متعهد می‌شود، مشابه نظام سلامت انگلستان است. این سیستم دولتی، قیم و اداره‌کننده خدمات مراقبت سلامت می‌باشد و به وسیله هر دوی سازمان‌های بیمه‌ای و ارائه‌دهندگان مدیریت می‌شود در حالی که بیماران به‌طور آشکار بر روی چندین موضوع، عمدتاً پرداخت، کیفیت خدمات و تعداد بیماران مذاکره می‌کنند. این نظام به‌وسیله کارفرمایان و از طریق مشارکت‌های مبتنی بر پرداخت و همچنین به وسیله اشخاص از طریق حق بیمه پرداختی مستقیم برای بیمه‌هایشان تأمین مالی می‌شود. یک تفاوت عمده بین نظام انگلستان و آلمان عدم وجود دروازه‌بان در آلمان است که منجر به تکه‌تکه شدن مراقبت‌ها می‌شود. در آلمان حدود ۱۸۰ بیمه سلامت یا صندوق‌های بیماری برای بستن قرارداد با بیماران/مشتریان به رقابت می‌پردازند. کارایی نیز به‌طور خودتنظیمی بین صندوق‌های بیمه‌ای ایجاد می‌شود. به‌علاوه نظام آلمان اجازه خروج از بیمه اجتماعی را در زمان ترجیح بیمه خصوصی توسط فرد می‌دهد. در واقع آلمان تنها کشوری است که از رویکرد بیمه اجتماعی که این انتخاب را مجاز می‌داند استفاده می‌کند. در آلمان هزینه‌های مراقبت‌های سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی ۱۳/۳ درصد است (داده‌های سلامت کشورهای همکاری اقتصادی و توسعه OECD، ۲۰۱۳). در حالی که به‌نظر می‌رسد نسبت به خروجی بهداشتی - درمانی آن زیاد باشد. آلمان اغلب به‌عنوان کشوری شاخص از لحاظ ایمنی بیمار در نظر گرفته می‌شود. آلمان همانند ایالات متحده، در سطحی از نظام سلامت، در حال اتخاذ یک رویکرد مصرف‌کننده‌محور برای نوآوری است و در عین حال همانند نظام انگلستان طرح‌های

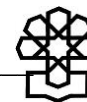
1. Maher

2. Nicholson

3. State as Guardian Model of Health Services

خود را بر تقویت مراقبت‌های اولیه و مدیریت بیماری‌های مزمن متمرکز می‌کند ولی برخلاف انگلستان، رویکردهایی را مورد استفاده قرار می‌دهد که شامل هر دوی ارائه‌دهنده و مشتریان می‌باشد. عنصر کلیدی که پشت این طرح‌ها نهفته است ارتقای تکنولوژی اطلاعات، به‌عنوان یک استراتژی نوآوری است که بازمهندسی فرآیندهای کاری خدمات مراقبت سلامت را پشتیبانی می‌کند.

جدول ۱ تحلیلی تطبیقی را براساس ۶ نیرویی که توسط هرزلینگر به‌عنوان عوامل مؤثر بر تلاش در جهت نوآوری شناخته می‌شوند، بین ایالات متحده، بریتانیا و آلمان ارائه می‌دهد که تفاوت ابعاد محیطی و عملیاتی این نظام‌های سلامت را برجسته‌تر می‌کند. درواقع در یک نظام مشتری‌محور، همچون ایالات متحده، نوآوری بر فناوری‌های جدید و جذب مشتریان در جهت ایجاد درآمد متمرکز می‌کند. با این حال نظام ایالات متحده ممکن است تعهد قوی نسبت به مراقبت‌های همگانی نداشته باشد. در آن سوی طیف که «دولت به‌عنوان مالک» قرار دارد و در انگلستان دیده می‌شود بر پوشش همگانی متمرکز می‌کند، اما رقابت کمتری را به‌منظور تحریک انجام تغییرات بر می‌انگیزد. به‌نظر می‌رسد که مدل دولت به‌عنوان قیم در آلمان، در فیما بین نظام‌های ایالات متحده و انگلستان باشد که درواقع هم عدالت در مراقبت‌های سلامت را ایجاد و هم تغییر و نوآوری را تشویق می‌کند. مدل آلمان به‌وجودآورنده انگیزه گسترش نوآوری در اروپاست و اتکا به کشورهایی همچون ایالات متحده را که همواره از لحاظ تاریخی پیش‌تاز نوآوری در مراقبت‌های سلامت بوده‌اند از این لحاظ کاهش می‌دهد.



جدول ۱. تحلیل تطبیقی نظام‌های سلامت براساس ۶ فاکتور شناسایی شده توسط هرزلینگر (۲۰۰۶) که تلاش‌ها برای نوآوری را تحت تأثیر قرار می‌دهد

نوع نظام سلامت			
عوامل ۶ گانه	مدل مختلط خصوصی (ایالات متحده)	مدل دولت به‌عنوان مالک و متصدی (انگلستان)	مدل دولت به‌عنوان قیّم (آلمان)
۱. بازیگران (ذینفعان قدرتمند)	تسلط کارکنان پزشکی، سازمان‌های اتخاذکننده نوآوری در مراقبت سلامت	دولت، دفاتر نوآوری NHS، کارکنان مراقبت سلامت (تسلط پزشکی)	مذاکرات مشترک بین صندوق‌های بیمه اجتماعی و ارائه‌دهندگان: اینها ذینفعان بسیار قدرتمندی هستند، چرا که تصمیمات سیاستگذاری را اتخاذ می‌کنند و بر سیاست‌های سلامت تأثیر می‌گذارند.
۲. تأمین بودجه	پیچیدگی‌های مربوط به پرداخت‌های نظام شخص ثالث دچار سردرگمی سرمایه‌گذار می‌شود (ترکیب بیمه‌گرهای خصوصی و عمومی)	مالیات عمومی، دولت به‌عنوان پرداخت‌کننده واحد: بیمه‌های سلامت عمومی. انگیزه کم برای رقابت و نوآوری	تأمین مالی از طریق پرداخت حق بیمه از سوی کارفرمایان (سهام مربوط به پرداخت) و اختصاص به سازمان‌های بیمه، نوآوری تشویق می‌شود.
۳. سیاستگذاری (تنظیم‌کنندگان)	قوانین فدرال برای اجرای سیاست‌های عمومی. سازمان‌ها (برای مثال سازمان کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، مراکز خدمات مدیر و میکید، اداره غذا و دارو، اداره خدمات و منابع بهداشتی و درمانی، مؤسسه ملی سلامت) توسط کنگره مجاز شده‌اند تا قانونگذاری کنند	دولت به‌طور مستقیم مالک بیمارستان‌هاست و پزشکان متخصص و سایر کارکنان مراقبت سلامت را در استخدام دارد. دولت برای مراقبت‌های اولیه با پزشکان مستقل قرارداد می‌بندد.	خودتنظیمی توسط صندوق‌های بیمه‌ای و متخصصان
۴. ارزیابی فناوری	ایالات متحده رهبر جهانی بازار دارو، تجهیزات و فناوری اطلاعات پزشکی است. بین فناوری‌ها رقابت وجود دارد (برای مثال داروهای مختلف برای دسته‌های مشابه بیماری) و در نوع فناوری (برای مثال واکسیناسیون‌هایی برای ریشه‌کنی بیماری‌هایی که قبلاً به وسیله داروها، تجهیزات و خدمات، درمان می‌شدند)	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انگلستان، مرکز ارزیابی چندیشتای فناوری مراقبت سلامت و مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی، بازیگران مهمی در انجام ارزیابی فناوری سلامت به‌منظور اتصال حوزه تحقیق با حوزه تصمیم‌گیری می‌باشند	شرکت‌های آلمانی سومین تأمین‌کننده بزرگ فناوری پزشکی بعد از ایالات متحده و ژاپن هستند. مهمترین نهاد درگیر در ارزیابی فناوری سلامت کمیته مشترک فدرال، مؤسسه کیفیت و کارایی در مراقبت سلامت و مؤسسه اطلاعات و اسناد پزشکی آلمان هستند
۵. مشتریان	مشتری‌مداری، بنابراین مشتریان قدرتمند هستند	مشتریان دریافت‌کنندگان مراقبت هستند، از این‌رو قدرت کمتری دارند	به وسیله هر دوی سازمان‌های بیمه و مشتریان اداره می‌شود، از این‌رو قدرت تقسیم می‌شود
۶. پاسخگویی (نهادهای حسابرس)	کمیته ملی تضمین کیفیت، کمیسیون اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت	وزارت بهداشت، کمیسیون کیفیت مراقبت‌ها، مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی	کمیته مشترک فدرال، دفتر فدرال، پزشکان، سازمان بیمه فدرال، انجمن فدرال صندوق‌های بیماری، مؤسسه کیفیت و کارایی مراقبت سلامت

دلایل دشوار بودن نوآوری در مراقبت‌های سلامت

از یک دیدگاه، مدل انتشار نوآوری یک تورش به نفع نوآوری دارد که در آن فرض می‌شود همه نوآوری‌ها باید پذیرفته شده و انتشار یابند. با این حال نتایج برخی نوآوری‌ها ممکن است با زمینه و بافت محلی متناسب نباشد که در این صورت باید رد شوند، تغییر یابند و یا اینکه بازسازی شوند. به علاوه ممکن است منابع مورد نیاز برای انتشار نوآوری‌ها موجود نباشند و بنابراین معقولانه این است تا منافع آن در مقابل هزینه‌هایش مورد ارزیابی قرار گیرد و در نهایت تصمیم به انتشار و یا عدم انتشار آن گرفته شود. سه کشور نمونه که پیش از این مورد بحث قرار گرفتند، نشان دادند که به شدت براساس اصولی که نظام سلامت آنها شکل گرفته و پیش رفته است با یکدیگر تفاوت دارند و این می‌تواند انتقال نوآوری را از یک نظام به نظامی دیگر تحت تأثیر قرار دهد. از این رو جای تعجب نیست که در میان محققان اجماع وجود دارد که ایجاد و انتشار نوآوری در مراقبت‌های سلامت هنوز کند می‌باشد. البته در این باره چندین توضیح ممکن وجود دارد که در زیر مورد بحث قرار خواهد گرفت:

۱. عدم وجود استراتژی‌های واضح برای نوآوری، تلاش‌ها را تضعیف می‌کند و به تکه تکه شدن فرآیندهای نوآوری منجر می‌شود. پاولوس^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، اظهار کرده‌اند که استراتژی واضح و پویا که مسیر نوآوری‌های موفق را از آغاز ایده تا مرحله اجرایی نظارت می‌کند می‌تواند در زمینه نوآوری به سازمان‌ها و نظام‌های سلامت کمک بسیاری کند، برای مثال آنها موفقیت بازطراحی نظام مراقبت سلامت «گیسینجر»^۲ در شمال شرق و مرکز پنسیلوانیا را به استراتژی‌های نوآوری در نظام سلامت که توسط رهبری مؤثر پزشکی، تیم اختصاص داده شده به نوآوری، نظام اطلاعات سلامت الکترونیک دولتی و مشوق‌های مالی حمایت می‌شدند، نسبت دادند.

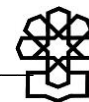
۲. د. ساویگنی و آدام^۴ (۲۰۰۹) و همچنین آتن از به کارگیری تفکر سیستم‌ها و توجه به اجزای کلیدی نظام‌های سلامت انطباقی پیچیده^۵ به منظور تحلیل مؤثر موفقیت یا شکست در اتخاذ نوآوری دفاع کردند. این اجزای کلیدی شامل این مواردند: عوامل زمینه‌ای، ویژگی‌های نظام سلامت، مؤسسات درون نظام سلامت و پذیرش نوآوری از سوی نهادهای داخل این مؤسسات که با کنش بر یکدیگر بر میزان پذیرش نوآوری در نظام سلامت تأثیر می‌گذارند. موفقیت و یا عدم موفقیت در اجرای نوآوری‌ها و همچنین سرعت و مقیاس پذیرش و انتشار آن تحت تأثیر چالش‌هایی است که نوآوری‌ها قرار است با آن مقابله کنند. به علاوه این موضوع بیشتر تحت تأثیر نوع نوآوری‌ها، اشخاص و مؤسسات و نظام‌هایی

1. Paulus

3. Geisinger

4. De Savigny and Adam

5. Complex Adaptive Health Systems



که نوآوری‌ها را می‌پذیرند قرار دارد. پلیسک^۱ (۲۰۰۱)، به نظام مراقبت سلامت ایالات متحده به‌عنوان نظام انطباقی پیچیده که می‌تواند قوانین ساده را اتخاذ، یک چشم‌انداز خوب را تدوین و تنظیم و در تلاش برای رسیدن به هدف کیفیت، کارایی و دسترسی، فضای گسترده‌ای را برای نوآوری فراهم کند، اشاره دارد.

۳. از دیدگاه دیگر، نوآوران باید یک تحلیل قوی از ذینفعان انجام دهند. درواقع شکست در ارزیابی قدرت ذینفعان و نقشی که ذینفعان کلیدی در طرح‌ریزی مراحل، ایفا می‌کنند ریسک از دست دادن سرمایه‌گذاری‌های اساسی در نوآوری را به راحتی تداوم خواهد داد به این دلیل که بازیگران عمده یا همان ذینفعان در نهایت ممکن است جلوی نوآوری را بگیرند. در این رابطه هرزلینگر دو نوآوری که برای یک مقصود ایجاد شده بودند ولی سرنوشت متفاوتی داشتند را با یکدیگر مقایسه کرد: در این مثال «مینت کلینیک»^۳ نمونه‌ای موفق بود، به این دلیل که توسط پرستاران اداره می‌شد و از این‌رو با پزشکان جامعه ضدیتی به‌وجود نیاورد. ولی در مقابل، مراکز مراقبت بهداشتی از این دست که در شرق و میانه غربی ایالات متحده راه‌اندازی شده بود شکست خورد، زیرا خود را در مقابل پزشکان جامعه محلی که برچسب متوقف کردن سلامت را به‌خاطر داشتن کیفیت پایین داشتند می‌دید. علاوه بر این دشوار است که رفتار پزشکان را که به‌طور سنتی تمایل دارند شهرت و استقلال شخصی خود را حفظ کنند تغییر داد. آنها اغلب در داخل یک فرهنگی از اشتباه و پنهان‌کاری رفتار می‌کنند که مانع یادگیری سازمانی و شکل‌گیری نوآوری می‌شود. به همین دلیل تغییر روش‌های پزشکی و سازمان‌های مراقبت سلامت بدون تحلیل این ذینفعان مهم دشوار است. همچنین از لحاظ تاریخی در همه نظام‌های سلامت، کارکنان پزشکی نشان داده‌اند که بر پذیرش یا رد یک نوآوری مؤثر هستند. فزجرالد^۴ و همکاران (۲۰۰۲) به شبکه‌هایی متشکل از مجموعه‌ای مختلف از گروه‌های تخصصی به‌عنوان نیروی تثبیت‌کننده و کنترل‌کننده نوآوری و همچنین به رهبران عقیده‌ای به‌عنوان سرعت‌بخش و شتاب‌دهنده تغییرات اشاره می‌کنند. همچنین نوآوری‌های مراقبت سلامت که اغلب توسط قوانین تدوین می‌شوند به‌منظور پذیرش در کشورهایی که این نوآوری‌ها در آن اتخاذ می‌شوند نیازمند حمایت‌های سیاسی سیاستمداران (گروهی دیگر از ذینفعان) هستند.

۴. بایستی با استفاده از تحلیل تئوری نیروی کرت لوین^۵ (۲۰۰۸) و مدیریت نیروها (یعنی نیرو محرکه‌هایی که وضعیت را از وضع موجود دور می‌کنند و نیروهای بازدارنده که مانع حرکت از تعادل موجود می‌شود)، به موقع به سمت تغییری به‌عنوان بخشی از نوآوری سوق پیدا کرد. این تنها از طریق یک استراتژی شفاف، تحلیل قوی ذینفعان و شناسایی تعیین‌کننده‌های نوآوری و همچنین شناسایی

1. Plisek

3. Minute Clinic

4. Fitzgerald

5. Kurt Lewin

موانع موجود بر سر راه فرآیند نوآوری تحقق پیدا می‌کند. لیوکس^۱ (۲۰۰۸) بهره‌برداری از سه ویژگی، یعنی مربوط بودن، قابلیت استفاده و پایداری را به‌منظور جذاب کردن نوآوری از منظر نظام سلامت پیشنهاد می‌کند. این ویژگی‌ها باید اساس چارچوب دستور کار مبتنی بر سیاستگذاری را به‌منظور مرتبط کردن فرآیندهای بالادستی طراحی با نیازها و اولویت‌های پایین‌دستی شکل دهند. بریک توصیه می‌کند که به‌جای اینکه شرایط ایدئال برای اجرای کامل و فوری نوآوری فرض شود بهتر است چشم‌اندازی مبتنی بر درک اینکه نوآوری کجا و چگونه می‌تواند منتشر شود، اتخاذ شود. در واقع زمانی که این سه نظام سلامت (ایالات متحده، آلمان و انگلستان) را با یکدیگر مقایسه می‌کنیم و در مقابل یکدیگر قرار می‌دهیم، روشن است که ابعاد سازمانی و محیطی نظام‌ها مانع از اتخاذ «یک اندازه متناسب همه» در مورد نوآوری، خواهد شد.

نتیجه‌گیری

نوآوری در مراقبت‌های سلامت باید با چشم‌انداز بین‌المللی اتخاذ شود، به این دلیل که اختلاف‌های گسترده‌ای بین نظام‌های سلامت از نظر ظرفیت نوآوری وجود دارد. همچنین چندین سؤال به‌طور گسترده بدون پاسخ باقی می‌ماند که ممکن است تحقیقات آینده را بر روی نوآوری‌های بین‌المللی هدایت کند. این سؤال‌ها عبارتند از: آیا اختلافات نوآوری‌ها بین نظام‌ها مربوط به توانایی، منابع یا نوع نظام سیاسی است؟ هزینه‌های تأخیر در نوآوری کدامند؟ آیا صنعت مراقبت‌های سلامت منافع بیماران را بالاتر از سود قرار می‌دهد؟ اینها و سایر سؤالات مرتبط باید ما را برای رسیدن به اهداف عادلانه‌تر در ارائه مراقبت‌های سلامت یکپارچه راهنمایی کنند، آنچه مشخصاً به‌عنوان اولویت بالاتر تمامی نظام‌های سلامت گردیده است دستیابی به سطح بالایی از ارائه خدمات، بهره‌وری، اثربخشی، دسترسی و پوشش جمعیت و همزمان مقابله با هزینه‌های رو به افزایش مراقبت‌های سلامت است.

منبع و مأخذ

- Sandra C. Buttigieg and Dorothy Gauci. Health Care Innovation Across Health Systems. In: Sebastian Gurtner, Katja Soye, Editors. Challenges and Opportunities in Health care Management. Switzerland: Springer International Publishing, 2015.p. 47-59.

1. Lehoux



شماره مسلسل: ۱۵۴۶۱

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نوآوری در نظام‌های سلامت

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: ایوان مسعودی اصل

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

همکار: محمد بختیاری علی آباد

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی: _____



تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۵/۴