

کتاب جامع

# بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۳ / دکتر کامل شادپور، دکتر حسین ملک افزلی

## اصلاح بخش سلامت

### فهرست مطالب

۹۶۷.....	اهداف درس
۹۶۷.....	(۱) بیان مساله
۹۶۹.....	(۲) ضرورت‌های امروزه اصلاح بخش سلامت کدام است؟
۹۷۰.....	(۳) اصلاح بخش سلامت با چه تناقض‌هایی روبه روست؟
۹۷۱.....	(۴) محتوای اصلاح بخش سلامت
۹۷۸.....	(۵) پیش نیاز اصلاح نظام بهداشتی
۹۷۸.....	(۱) حمایت سیاسی
۹۷۸.....	(۲) شناخت نظام بهداشتی
۹۷۸.....	(۳) وضعیت تامین مالی در نظام بهداشتی
۹۷۹.....	(۴) گردآوری اطلاعات کافی
۹۷۹.....	(۵) شناخت خصوصیات سازمانی
۹۷۹.....	(۶) چه باید کرد؟
۹۸۰.....	خلاصه
۹۸۱.....	منابع
۹۸۲.....	برای مطالعه بیشتر

## اصلاح بخش سلامت Health Sector Reform

دکتر کامل شادپور (ره)\*، دکتر حسین ملک افضلی\*\*

\* کارشناس وزارت بهداشت

\*\* دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

### اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- اصلاح بخش سلامت را تعریف کند
- نقش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در تحول نظام بهداشتی را شرح دهد
- با ذکر نمونه‌هایی ضرورت اصلاح بخش سلامت را توضیح دهد
- از تجربه‌های موجود برای تبیین ضرورت اصلاح بخش سلامت استفاده کند
- تناقض‌های موجود بر سر راه اصلاح بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه را تحلیل کند
- تفاوت میان هدف‌های اصلاح در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را مقایسه کند
- گام‌های منطقی برای اقدام به اصلاح بخش سلامت را پیشنهاد کند.

### (۱) بیان مساله

عرضه خدمات بهداشت و درمان در شکل سازمان یافته و منظم به طور عمده پس از خاتمه جنگ دوم جهانی و بویژه پس از شکل‌گیری سازمان جهانی بهداشت متداول شد. بنا به وضعیت خاص دنیا در سال‌های پس از جنگ در آغاز، استراتژی سازمان جهانی بهداشت مبارزه با بیماری‌هایی بود که ابتلا یا مرگ فراوان داشتند. مبارزه با این بیماری‌ها نیز بیشتر در قالب برنامه‌های عمودی و با برپایی سازمان‌هایی مستقل یا نیمه مستقل

صورت می‌گرفت.

با گذشت دو دهه از پی‌گیری استراتژی برنامه‌های عمودی، پس از تحلیل وضعیت بهداشتی مناطق مختلف جهان در آغاز دهه ۱۹۷۰، رویکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC = Primary Health Care) به جامعه جهانی بهداشت عرضه شد. جنبش جهانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در زمان خود وسیله‌ای موثر برای اصلاح بخش سلامت شد و در تغییر تفکر و نگرش جهانی، سهمی عمده یافت: تغییر از نگرش درمانی به مراقبت‌های ارتقایی و پیشگیری؛ از مراقبت بیمارستانی به مراقبت در جامعه؛ از بهداشت فردی به بهداشت عمومی؛ از بهداشت شهری به سلامت روستا و از برنامه‌های عمودی و غالباً سیار به برنامه‌های ادغام یافته که از طریق گسترش واحدهای مستقر، عرضه می‌شود. مراقبت‌های اولیه بهداشتی توانست سلامت را به عامل‌های تعیین کننده آن که غالباً بیرون از بخش بهداشت قرار داشت پیوند دهد. مراقبت‌های اولیه بهداشتی وظیفه و مسئولیت مردم را در تامین سلامت خود آنان مورد تاکید قرار داد و به صراحت این پیام را با مسئولان عرضه خدمات در میان نهاد که باید خدمات را تا آنجا که میسر است به جایی که مردم کار یا زندگی می‌کنند نزدیک سازند. مراقبت‌های اولیه بر مفهوم‌های اساسی مانند همکاری - چه در میان واحدهای درون بخش بهداشت و چه در میان بخش‌های مرتبط با سلامت -، توزیع قدرت سازمانی و تمرکززدایی و توسعه عدالت در سلامت، تاکید داشت و دارد.

در دو دهه گذشته بسیاری از نظام‌های عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بر پایه‌ای اصول و زیرساخت‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی پا گرفت و هرچند وقت یک بار، تبعات به‌کارگیری این رویکرد جهانی تحلیل شد.

در کشور ما، پس از انقلاب اسلامی، نظام عرضه خدمات بهداشت و درمان، با استفاده از تجربه‌های جهانی در شوروی سابق و چین و تجربیات کشوری در سال‌های پیش از انقلاب (نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در آذربایجان غربی، کوار شیراز، الشتر لرستان، و شمیرانات تهران و همچنین تجربیات هشتگرد کرج) و آنچه به تدریج در باره تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی انتشار می‌یافت طراحی شد و در عمل به دستاوردهای مهمی دست یافت.

حتی در بهترین شرایط، اگر سازمانی روزی بر پایه واقعیت‌های موجود و در پاسخگویی به نیازهای جامعه بر پا شود به تدریج با تغییر شرایط بیرونی توان پاسخگویی خود به نیازها را از دست می‌دهد. سازمان نیز همچون موجود زنده، عمری مشخص دارد؛ مراحل رشد، بلوغ، میانسالی و سالمندی را پشت سر می‌گذارد و ممکن است روزی مرگش فرا رسد. چون از وقوع تغییرات بیرونی گریزی نیست هر قدر سازمان، بسته‌تر و انعطاف ناپذیرتر باشد، سرعت تحلیل رفتن توان پاسخگویی آن به نیازها بیشتر می‌شود. از این رو تعیین نقطه‌ای استقرار سازمان بر روی نمودار عمر، یکی از مولفه‌هایی است که الگو و روش اصلاح سازمان را مشخص می‌کند. برای آنکه سازمان، همواره پویا و جوان باقی بماند، باید اقدام‌های اصلاحی در نقطه‌ای مطلوب (اوپتیموم) از منحنی عمر آن به اجرا در آید تا سازمان، توان تعامل با محیط و سازگاری با نیازهای جدید فرد، خانواده و جامعه را از دست ندهد.

امروز موضوعات موثر همچون جهانی شدن، اقتصاد بازار، آزاد سازی، استفاده افراطی از فناوری‌ها، خصوصی‌سازی، شهرنشینی و دیگرگون شدن الگوی بیماری‌ها در کنار فقر و گاه حوادث طبیعی، حفظ

دستاوردهای مراقبت‌های اولیه بهداشتی را دشوار ساخته است و نیاز به تحوّل سازمان‌های مبتنی بر تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی و اصلاح بخش سلامت اجتناب ناپذیر می‌نماید.

اصلاح بخش سلامت را تغییر هدفدار و مستمر برای بهبود بخشیدن به کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات، اثر بخشی فعالیت‌ها و تامین مالی مناسب برای این بخش تعریف کرده‌اند.

روشن است که فرایند اصلاح باید به فراتر از تعریف هدف‌های سیاسی و بحث در باره جهت‌گیری‌های ایدئولوژیک نظام مراقبت‌های بهداشتی کشانده شود. بدون تغییر در چند و چون تامین مالی و بدون تغییر ساختار، احتمالاً نظام‌های بهداشتی قادر نخواهند بود از پس مسائلی که در بالا به آنها اشاره شد برآیند.

## ۲) ضرورت‌های امروزه اصلاح بخش سلامت کدام است؟

با وجود گونه‌گونی نظام‌های عرضه خدمات در کشورهای مختلف جهان، مسائلی که کشورهای در حال توسعه با آنها رو به رویند همسان است.

- سهم بخش بهداشت از تولید کشور آن اندازه نیست که برآوردن توقع از این بخش را میسر سازد.
- مصرف منابع (پول، نیروی انسانی، تجهیزات و اطلاعات) کارایی ندارد. به این معنی که اعتبارات صرف کارهایی می‌شود که هزینه - اثربخشی آنها محدود است؛ آنچه صرف حقوق و دستمزد می‌شود به مراتب بیشتر از هزینه‌های عملیات تامین سلامت است؛ در بسیاری از کشورها، در درون بخش بهداشت آنچه به مراقبت‌های سطح سوم اختصاص می‌یابد بسیار بیشتر از سهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی است؛ کیفیت خدمات، مطلوب نیست؛ اعتبارات به جاهایی نمی‌رود که بدان احتیاج دارند؛ کنترل اینکه پول صرف چه می‌شود آسان نیست؛ و شیوه تدارک کالاها و خدمات در عمل پول را از ارزش تهی می‌کند.
- دسترسی مردم به خدمات، مطلوب نیست. این اشکال عامل‌های گوناگون دارد: فقر، بُعد مسافت، جنس، سن، بیکاری، فراهم نبودن امکان درمان برخی از بیماری‌ها (مانند بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی) و برنامه ریزی نادرست خدمات.
- خدمات، پاسخگوی نیاز مردم نیست: به سبب کیفیت نامطلوب مراقبت‌ها، در بسیاری از کشورها استفاده از خدماتی که دولت ارائه می‌کند بسیار کمتر از آنست که انتظار می‌رود. در بخش دولتی مردم با کارکنانی رو به رو می‌شوند که انگیزه ندارند، آموخته‌های خود را از یاد برده‌اند و آموزش کافی نمی‌بینند؛ صف‌های انتظار طولانی و ساعت‌های کار مراکز دولتی در قیاس با زمان‌های کار مردم نامناسب است؛ داروها و وسایل کافی نیست؛ و از خلوت و حریم اثری دیده نمی‌شود. در بخش خصوصی نیز، مردم ممکن است در خطر سوء استفاده‌های مالی قرار گیرند بی آنکه برای محافظت آنان از تحمّل درمان‌های مخاطره آمیز تضمینی در میان باشد.
- گذار جمعیتی و گذر بهداشتی به تدریج اثر خود را بر سیاستگذاران بهداشتی تحمیل می‌کند. در عصر ما هیچ سیاستگذاری قادر نیست به اوج و حضيض باروری، افزایش بیماری‌های غیر واگیردار، و افزایش سالمندان، بی اعتنا بماند. این تغییر در ساختار جمعیت و الگوی بیماری‌ها، برقراری اولویت‌های نو در

تامین مالی و تنوع خدمات را ایجاب می‌کند.

- برای کشورهای در حال توسعه، مهمترین دلیل اصلاح بخش سلامت، درک اهمیت سلامت در افزودن به بهره‌وری نیروی کار است. مفهوم نشانگری چون سال‌های سر شده عمر با ناتوانی Disability (Adjusted Life Year (DALY) - آشکارا نشان دهنده تاثیر کیفیت سیاست‌های دولت بر سلامت است.
- تجربه زامبیا نشان داد که در محیط‌های پُراشوب کشورهای در حال توسعه، حوادث، خارج از اراده و کنترل سازمان یا بخشی پیش می‌رود که از آن حوادث متاثر است. وزارتخانه‌ها دائما در فشار مستقل شدن هرچه بیشتراند و در همان حال هرچه برای اثر گذاردن بر تخصیص منابع بیشتر تقلا می‌کنند وضعیت آن‌ها خراب تر می‌شود. این محیط، پُراشوب، پیچیده، نامطمئن، در تغییر سریع و خارج از درک و کنترل است. آنچه در زامبیا به داد کشور رسید تغییر باور رهبران در باره ضرورت بکارگیری استراتژی‌های اصلاح برای برخورد با محیط متلاطم سیاسی بود.
- موسسه‌های بین‌المللی امروزه سه چیز را معرف کیفیت سیاست‌های بهداشتی می‌دانند: ترویج محیط‌هایی که خانواده را به ارتقای سلامت توانا سازد، افزایش آنچه دولت صرف سلامت می‌کند، و افزودن به تنوع موسسه‌های عرضه کننده خدمات بهداشت و درمان و ایجاد رقابت در میان آن‌ها. به تدریج ملاک سازمان‌های بین‌المللی کمک Donors، از کمک به پروژه‌ها یا برنامه‌ها به سوی تقویت سیاست‌های کلان گرایش می‌یابد. یونیسف در سال ۱۹۹۵ پیشنهاد می‌کرد که کشورها در اصلاح بخش سلامت تاکید را بر افزودن به خواست و عزم سیاسی، پی ریزی اقدام‌های چند بخشی، و بسیج مردم برای توجه به سلامت کودکان و مادران قرار دهند. در سوئد، عمده‌ترین اصلاحات دهه ۱۹۹۰ بر تغییرات ساختاری تکیه داشت تا شوراهای بهداشتی استان تامین کننده خدمات قرار گیرند. اصلاحات جدید سوئد بر انتخاب بیمار، تفکیک عرضه کننده و خریدار، پرداخت بر مبنای کارکرد عرضه کننده و افزایش رقابت در میان عرضه کنندگان تاکید دارد.

### ۳) اصلاح بخش سلامت با چه تناقض‌هایی رو به روست؟

- اصلاح بخش سلامت، در دهه گذشته موضوع مورد علاقه همه جهان بوده و بویژه کشورهای در حال توسعه همواره تحت فشار بوده‌اند که نظام بهداشتی خود را تغییر دهند و اصلاح کنند. با وجود این کمتر توجه شده است که اصلاح بخش سلامت، در کشورهای در حال توسعه، با چند تناقض ذاتی رو به روست:
- همواره از بخش دولتی عرضه خدمات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه انتقاد می‌شود که کارایی و کفایت ندارند، خسته‌اند، انگیزه تفکر و کار ندارند، مطالعه نمی‌کنند، یاد نمی‌گیرند و . . . ولی همین بخش با همه این خصوصیات است که باید به اصلاح خود دست بزنند! بسیاری از برنامه‌های اصلاحی نیازمند توان‌ها و مهارت‌های درخور برای تحلیل سیاست‌ها، تحقیق، مطلوبیت مدیریت، کارا ساختن اطلاعات و پشتیبانی‌های کارساز است که نظام‌های مشمول انتقاد از آن بی بهره‌اند.
  - درست است که اصلاح بخش سلامت، ظرفیت سازی در زمینه‌های فنی، مدیریتی و تدابیر استراتژیک را

از هدف‌های جذاب خود اعلام می‌کند ولی نظام‌های کنونی کشورهای در حال توسعه چگونه باید از پس آن برآیند؟

- یکی از هدف‌های متداول اصلاحات در بخش بهداشت، کوچک کردن واحدهای دولتی است که لاجرم با حجم نسبتاً زیاد جا به جایی‌های کارمندان و خاتمه دادن به خدمت شماری از آنان همراه است. ناامنی شغلی ناشی از اصلاحات، دربرگیرنده یکی دیگر از تناقض‌های ذاتی اصلاح است که به دست گروهی از کارکنان برای جمعی دیگر پدید می‌آید.
- **تمرکززدایی**، یکی از ضرورت‌های اصلاح بخش سلامت است. ولی غالباً فراموش می‌شود که غیر متمرکز ساختن قدرت و اختیار مدیریت، ناگزیر باید همپای تمرکز توان نظارت، کسب اطلاع و تبدیل حاصل این دو به استراتژی‌ها و هدف‌های نو پیش رود. بی توجهی به این تناقض، در عمل، فاجعه بار می‌شود.

#### ۴) محتوای اصلاح بخش سلامت

برخی معتقدند در جریان اصلاح بخش سلامت تکیه افراطی بر محتوا، خطا است زیرا سبب غفلت از فرایندهای اجرا و نادیده گرفتن تغییرهایی می‌شود که باید در سازمان و نحوه اداره کردن آن پدید آورد. چنانکه تکیه بیش از حد بر جنبه‌های اقتصادی، جای هدف و وسیله را در اصلاحات، عوض می‌کند و آنگاه گرفتن پول از مراجعان، به تدریج خود یک هدف می‌شود و هدف اصلی که استفاده از این منابع برای گسترش خدمات بود از یاد می‌رود. *یا در شرایطی که یکی از هدف‌های عمده اصلاح، عدالت اعلام می‌شود ممکن است دریافت پول از مراجعان سبب محروم ماندن قشرهای فقیر و بسط بی عدالتی شود.*

در کشورهای صنعتی شده، محتوای اصلاح نظام بهداشتی مقابله با رشد بی رمق اقتصادی، سالمندی جمعیت، توقع روزافزون مردم، و افزایش هزینه تکنولوژی‌های پزشکی، در شرایطی است که معمولاً پوشش خدمات، همگانی؛ دسترسی مردم، کامل و کیفیت خدمات، مطلوب است. *در کشورهای در حال توسعه، اصلاحات بخش بهداشت باید گذشته از برقراری عدالت و افزون به کارایی و اثربخشی خدمات، تغییر در روش‌های تامین مالی و تمرکززدایی را، به عنوان شاخص‌ترین تغییر در ساختار و عملکرد مدیریت، مضمون کار خویش قرار دهد.*

#### الف) تغییر در وضعیت تامین مالی (Financing)

در تامین مالی برای حفظ یا ارتقای سلامت، دو جزء عمده وجود دارد: **ایجاد یا وصول درآمد**؛ و **تخصیص منابع**. در اصلاح بخش سلامت، بویژه در کشورهای در حال توسعه پرداختن به هر دو جزء ضرورت دارد. در بیشتر کشورهای در حال توسعه، که نرخ تورم، فزاینده و شدید است و قدرت خرید هر واحد از پول رو به کاهش دارد حتی اگر قدر مطلق اعتبارات بخش بهداشت در طول زمان افزایش یابد ممکن است در عمل منابع مالی موثرتری را در اختیار بخش قرار ندهد. به عنوان مثال در جمهوری اسلامی ایران نسبت میان بودجه عمومی مصوب و بودجه فصل بهداشت و درمان در سال‌های ۱۳۵۷، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۷ به شرح جدول شماره ۱ بوده است.

**جدول ۱- تغییرات بودجه عمومی و بودجه فصل بهداشت و درمان کشور در سال‌های ۱۳۵۷، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۷ (بر حسب میلیارد ریال)**

سال	بودجه	۱۳۷۷	۱۳۶۷	۱۳۵۷
بودجه عمومی مصوب	۹۵۰۲۰	۴۳۹۴/۸	۲۹۳۴/۹	
بودجه فصل بهداشت و درمان	۵۷۶۸/۵	۴۸۱/۶	۱۰۰/۶	

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در دهه اول انقلاب اسلامی، بودجه عمومی به تقریب ۱/۵ برابر و بودجه فصل بهداشت و درمان ۴/۸ برابر شده است. در همین دوره ضریب جینی (عددی است میان صفر و یک. هرچه به صفر نزدیکتر باشد نشانه توزیع عادلانه تر ثروت در میان طبقات مختلف جامعه است و هرچه به ۱ نزدیکتر شود معرف نابرابری بیشتر در توزیع درآمد خواهد بود) نیز از حدود ۰/۴۷۵۲ به ۰/۳۹۹۶ رسیده که معرف عدالت بیشتر در توزیع منابع است. در دهه دوم، (۱۳۶۷ تا ۱۳۷۷) بودجه عمومی دولت ۲۲ برابر و اعتبارات فصل بهداشت، ۱۲ برابر شده است. در همین فاصله، کاهش ضریب جینی، آهنگی کُند تر یافته و حتی در سال‌های ۷۵-۱۳۷۳ (۰/۳۹۹۲) بیشتر از رقم سال‌های ۷۲-۱۳۶۸ (۰/۳۹۸۱) بوده است.

وقتی یکی از درون‌داده‌های اصلی نظام بهداشتی تا به این حد دچار اختلال باشد با بهترین ساختار نیز ممکن است تلاش مسئولان اجرایی به جایی نرسد. این نکته، اهمیت نگرش و عملکرد مقام‌های تصمیم‌گیر و اثر رفتارهای قدرت طلبانه و یکسو در پرداختن به سلامت جامعه را می‌نمایاند. این نیز درست است که با بیشترین منابع مالی اگر ساختار درون بخش برای توزیع منطقی اعتبارات و هزینه کردن بهنجار آن‌ها سازمان نیافته باشد الزاما در خدمت هدف‌های عدالت طلبانه و برحق نخواهد بود.

با تغییر الگوی بیماری‌ها [از بیماری‌های واگیردار و حاد به ناراحتی‌های غیر واگیردار و مزمن] بازگشت سرمایه اجتماعی در بخش بهداشت کمتر می‌شود و تجدید نظر در تامین مالی حساسیت و اهمیت بیشتر می‌یابد. به عبارت دیگر، بهبود وضعیت بهداشتی، نیاز به اعتبارات را نه فقط کم نمی‌کند بلکه افزایش می‌دهد کشور ما امروز در چنین وضعیتی قرار دارد.

یکی از جنبه‌های اصلاح تامین مالی، تنوع بخشیدن به راه‌های کسب درآمد، از راه معمول کردن سهم استفاده کنندگان از خدمات، تشویق مردم به سرمایه گذاری در خدمات بهداشت و درمان، و برقراری نظام‌های بیمه اجتماعی و خصوصی است.

در سال‌های اخیر، کشورهای در حال توسعه تشویق شده‌اند که از اعتبارات دولت برای تامین سلامت بکاهند و در عوض به آنچه استفاده کنندگان از خدمات می‌پردازند تکیه کنند. برای دولت‌ها همواره تعیین و اعلام سهمی که باید مصرف کنندگان خدمات بپردازند یا افزودن به بهای خدمات آسانتر از بازنگری در توزیع منابع بوده است. زیرا بازنگری در تخصیص منابع، گذشته از نیاز به کارشناسی و مهارت، در افتادن با مراجع قدرت و صاحبان نفوذ را نیز ایجاب می‌کند.

از آنجا که در بسیاری از کشورها یارانه‌های دولتی توزیع مطلوب و عادلانه ندارد، تعرفه‌های خدمات قدیمی و فاقد جاذبه است، خدمات دولتی کارایی ندارد، توزیع غیرعادلانه عملاً دست مناطق محروم را کوتاه نگاه می‌دارد و هر کس با نوعی پرداخت خاص کوشش می‌کند، خدمات بهتری دریافت کند. در عمل، بازیافت هزینه (Cost Recovery) زمینه مساعد دارد و پیش از آنکه به طور رسمی اعلام شود، عملاً شروع شده است! هدف آنست که از این راه کمک‌های فوری به هزینه‌های جاری خدمات دولت (سواى آنچه صرف حقوق و مزایا می‌شود) تزریق گردد.

تجربه نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه، باز یافت هزینه، سیاستی موفق نبوده است: میزان بازیافت اندک است، گاه هزینه‌های اداری جمع آوری وجوه از آنچه بدست می‌آید زیادتر است، معافیت‌های حق و ناحق کم نیست، نشت وجوه جمع آوری شده بسیار است و . . . چندان که در مجموع نه چیزی عمده بر منابع دولت می‌افزاید و نه به عدالت بیشتر یا کارایی خدمات منجر می‌شود. در کشورهای توسعه یافته، بهبود عملکرد بخش بهداشت حاصل تغییر رفتار عرضه کنندگان خدمات بوده است نه پرداخت‌های استفاده کنندگان از خدمات.

وقتی ایجاد یا وصول درآمد وضعیتی معقول یابد، آنگاه تخصیص درست و عادلانه منابع در گرو ساختار بهنجار و سیاست‌های حاکم بر بخش بهداشت خواهد بود. لازمه این کار شناخت نیاز، و تخصیص منابع بر پایه اولویت‌ها، دور از مناقشات و فشارهای سیاسی است.

### ب) تمرکززدایی

طرفداران مدیریت نوین دولتی و همه آنان که برای حکومت‌های دموکراتیک محلی ارزش قائلند تمرکززدایی را ابزار توانمندسازی مدیران محلی می‌دانند. فکر تمرکززدایی، پرجاذبه است. تمرکززدایی از جمله موضوعاتی است که حتی صاحبان آرای بسیار متفاوت در باره آن به اتفاق نظر می‌رسند.

**تمرکززدایی** سه جنبه عمده دارد: (الف) - کاستن از تراکم وظایف در سطح مرکزی؛ (ب) واگذاری وظایف از سطوح کلّی نگر بخش مرکزی دولت به گروه‌های تخصصی تر و خودگردان مانند موسسات تخصصی و واحدهای استانی؛ و (ج) انتقال وظایف از قسمت مرکزی به سطوح استانی و شهرستانی یا شهرداری‌ها. با نشر نظریه‌های مربوط به مدیریت نوین دولتی. رده چهارمی نیز به این سه اضافه می‌شود و آن انتقال وظایف از دولت به غیر دولت، مانند بخش خصوصی یا سازمان‌های غیر دولتی است. بنابراین اگر حکومت مرکزی به شوراهای منتخب محلی اختیار نظارت کردن دهد؛ یا اگر وزارتخانه‌ای فعالیت‌های خدماتی خود را با قرارداد به شرکتی خصوصی واگذارد؛ یا مسئولی در استان موافقت کند که مثلاً بیمارستان شهرستان درصدی از بودجه سالانه خود را بدون موافقت وی در میان سرفصل‌های اصلی بودجه جا به جا کند چگونگی از مصادیق تمرکززدایی خواهد بود. درست است که همگان در باره مزایای تمرکززدایی سخن می‌گویند ولی در این زمینه باید به چند نکته توجه داشت:

- تمرکزگرایی مفرط در طول سالیان، این فرض را توجیه پذیر ساخته است که تمرکززدایی در ذات خود پدیده‌ای نیکوست. شاهدهی در دست نیست که اعتبار کلی این فرض را نشان دهد. ممکن است در



شرایطی معتبر باشد. در مواردی، دولت‌های مرکزی، خود از نظر متخصصان قابل، کمبود دارند. در چنین شرایطی، تمرکز بخشیدن به مهارت‌ها در سطح مرکزی قطعاً بهتر است تا معدود افراد قابل در سطح مرکزی به کار تربیت متخصصان توانا گمارده شوند.

- جاذبه تمرکززدایی گاه سبب می‌شود اختیاریها و وظایف، بدون زمینه پردازی و ظرفیت سازی و به طور صوری به نقاطی واگذار شود که بسیاری از افراد آن نمی‌دانند نظام چیست و چه باید بکنند. یکی از وزرای پیشین بهداشت در کشورمان می‌گفت: "بعضی از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، مُصرّانه از من می‌خواهند به جای واگذاری کار دشوار تصمیم‌گیری به استان‌ها و به روسای دانشگاه‌ها، خود تصمیم بگیرم و فقط نتیجه تصمیم را برای اجرا به آن‌ها ابلاغ کنم!"

- در بخشی از کشورهای آمریکای لاتین و بسیار بیشتر از آن در روسیه و چین به سبب بحران‌های مالی و آشوب‌های سیاسی، بخش عمده از اختیارات مالی و قدرت‌های بالفعل از مرکز به سطوح استانی و پایین‌تر از آن واگذار شده است ولی تا آنجا که به دولت مربوط می‌شود تمرکززدایی، داوطلبانه نیست. در نتیجه اختیارات تفویض شده ممکن است بسیار شکننده باشد و عمری کوتاه بیاید. مثلاً مسئول بهداشت استان به مدیر بیمارستان اجازه می‌دهد درصدی از بودجه سالانه خود را بدون موافقت کتبی وی میان سرفصل‌های بودجه جابه‌جا کند این کار با سر و صدای بسیار به عنوان "تمرکززدایی" اعلام می‌شود. سال بعد، مسئول اختیار دهنده به بهانه استفاده سوء از این اجازه آن را قطع می‌کند و اوضاع به حال اول باز می‌گردد و این بار احدی پیدا نمی‌شود که مبنا و مزایای این تمرکز را اعلام دارد.

- وقتی اعتبارات بخش بهداشت محدود و سهم سازمان‌های محلی اندک است، سیاسیون محلی با قدرتی بیشتر از هم‌تایان مرکزی خویش عمل می‌کنند و مثلاً بسیار امکان دارد که منابع مالی را بیش از فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری به سوی خدمات درمانی، سوق دهند. یا بودجه‌ها به دلخواه مدیران، صرف توسعه عرض و طول دستگاه‌های اداری شود. این واقعیت اهمیت نظارت قانونمند و جدی از جانب مرکز را به نسبت گسترش تمرکززدایی، نشان می‌دهد.

- پیش‌نویس اولیه برنامه اصلاحات در زامبیا به شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها این اختیار را داده بود که خود در باره تعرفه‌ها، هزینه‌ها و استخدام کارکنان تصمیم بگیرند. در عمل چنین شد که شهرستان‌های دارای جمعیت ثروتمند و بیمارستان‌های سطح سوم که بیشترین درآمد را داشتند توانستند کارکنان بیشتر و بهتری جذب کنند. به این ترتیب تمرکززدایی به نابرابری‌هایی که قرار بود به رفع آن‌ها بکوشد عمق و وسعت بخشید. پا به پای گسترش تمرکززدایی، بکارگیری تدابیری موثر برای تخصیص عادلانه منابع اهمیت دارد.

باید پذیرفت که تعهد به تمرکززدایی و قرار دادن شهرستان به عنوان اساس مدیریت که در آن برنامه ریزی و اجرا مسیر از پایین به بالا دارد چند نیاز جدید را پدید می‌آورد.

(۱) نیاز به ظرفیت سازی برای غلبه بر تنگنای‌های نیروی انسانی (فنی، مدیریتی، و پشتیبانی) در اجرای اصلاحات

- ۲) نیاز به عرضه خدمات ادغام یافته برای آنکه پاسخ گفتن به مسائل بهداشتی به صرفه‌تر باشد و بتوان چند نیاز را در مراجع‌های واحد پاسخ گفت و یا یک نفر را برای پاسخگویی به چند نیاز به کار گرفت.
- ۳) نیاز به منظور داشتن مشارکت مردم و توجه به نقش و توان بخش خصوصی
- ۴) ضرورت تهیه بسته‌ای (Package) اثربخش خدمات که کشور از عهده ارائه آن‌ها برآید.
- با واگذاری مسئولیت‌ها، وزارت بهداشت در سطح مرکزی بسیار کوچکتر می‌شود و امکان آن می‌یابد که نمایندگان مطلع خود را به واحدهای اجرایی استان و شهرستان اعزام دارد، نظارت کند و بر مبنای اطلاعاتی که از سطوح اجرایی دریافت می‌کند اولویت‌ها را تشخیص دهد و به مقتضای آن سیاستگذاری کند.

### ج) تغییر در عملکرد وزارت بهداشت

تغییر وزارت بهداشت بخشی از اصلاحات در کل دولت است. در باره شکل مدیریت سازمان‌های دولتی چهار نظر گاه عمده وجود دارد:

**بوروکراسی سنتی :** در این دیدگاه تاکید اساسی بر شرح شغل، زنجیره سلسله مراتبی دستورات و مسئولیت پذیری در برابر انجام دادن (یا انجام ندادن) وظیفه است.

**الگوی سازمان ژاپنی :** در این نگرش نوعی کسب هویت از سازمان و احساس غرور نسبت به آن مهمترین انگیزه کار قرار می‌گیرد. این نظریه با حد اکثر انعطاف پذیری در اشتغال و حد اقل سلسله مراتب آمیخته است. قراردادهای درازمدت یا مادام‌العمر استخدام، شایسته‌گزینی در سنین جوانی و تعهد آموزش ضمن خدمت از ویژگی‌های این نظرگاه است.

**دانش حرفه‌ای :** به نظر پیروان این نگرش آدمی زمانی می‌تواند خوب کار کند که در حرفه‌ای آموزش کافی بیابد. به چنین کسانی است که می‌توان در تشخیص درست و استفاده از شم و شعور، اعتماد کرد.

**مدیریت نوین دولتی :** با اینکه مدیریت نوین دولتی جهانی شده است هنوز این جنبش بنیانگذار شناخته شده ندارد، متن مشخصی برای آن نوشته نشده است، نامی واحد ندارد و گاه با عنوان تئوری "ارزش در برابر پول" "مدرنیزاسیون دولت" یا "مدیریت هدفدار" از آن نام می‌برند. مدیریت نوین دولتی را می‌توان در سه جزء اصلی خلاصه کرد:

**الف) جدا ساختن وظیفه حکومت در باره "سیاستگذاری و تامین مالی" از "عرضه خدمات" به نوعی که واحدهای مرکزی وزارتخانه کارهای سیاستگذاری و تامین مالی را دنبال کنند و عرضه خدمات، تا آنجا که ممکن است در قالب قرار دادهایی که خود به صورت رقابتی شکل می‌گیرد، به شهرستان‌ها محول شود. واحدهای اجرایی ممکن است دولتی، خصوصی، یا غیر دولتی باشند.**

**ب) جزء دوم، فراهم ساختن انگیزه‌های کار برای کارکنان در وجه فردی یا گروه‌های کوچک است :** کارکنان تا آنجا که ممکن است بر مبنای کار و عملکردشان استخدام یا اخراج می‌شوند و حقوق می‌گیرند و ارتقا می‌یابند و کارشان به طور منظم توسط مدیران بلافصل آنان ارزیابی می‌شود. مدیریت نوین دولتی با امنیت شغلی، ارتقا و افزایش دستمزد بر حسب سال‌های تجربه، ارشدیت، یا سال‌های خدمت میانه‌ای ندارد. پاداش یا ارتقاء بر

پایه ارزیابی‌های درازمدت طرز کار و برخی استانداردها و شرایط خدمت صورت می‌گیرد. (ج) سوّمین جزء تأکید بر سنجش یا اندازه‌گیری برای تعیین هدف‌های سیاست دولت، تخصیص منابع، و ارزیابی عملکرد افراد و موسسات است.

قضاوت در باره اینکه تا به امروز مدیریت نوین دولتی چقدر توانسته است اصلاح نظام دولتی در کشورهای در حال توسعه را تحت تأثیر قرار دهد آسان نیست. زیرا در عمل مدیریت نوین دولتی بسته‌ای آماده نیست. هر کس می‌تواند به هر تعداد از اجزای آن را انتخاب کند. بسیاری از سیاستگذاران که در متناسب بودن کل مدیریت نوین دولتی تردید می‌کنند بعضی از اجزای آن را بسیار مفید و جالب یافته‌اند. می‌توان انتظار داشت که شمار تجارب مفید استفاده از مدیریت نوین دولتی افزایش یابد.

#### (د) - همکاری و رقابت

همکاری با بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی و تشویق رقابت در همه زمینه‌ها از عرضه‌کنندگان خدمات بالینی تا کسانی که به رفع نیازهای پشتیبانی کمک می‌کنند از هدف‌های اصلاح بخش سلامت است. مقصد باید افزایش کارایی فنی و پاسخگو بودن در برابر مردم باشد.

### ۴) محصول اصلاح چه خواهد بود؟

بنا به تعریف، اصلاح بخش سلامت باید **کارایی خدمات** را افزایش دهد، **دسترسی مردم** را به خدمات بیشتر کند و **هزینه** - اثر بخشی برنامه‌های سلامت را ارتقاء دهد. در نگرش سیستمی، **کارایی** نشان دهنده رابطه میان درون‌داد (Input) و برونداد (Output) است. افزودن به کارایی به معنای برگرفتن برونداد بیشتر با درون‌داد ثابت یا همان اندازه برونداد در شرایط کاهش درون‌داد است. معمولاً برای کارایی سه وجه مشخص ذکر می‌شود.

**کارایی فنی** - به این معناست که برای تولید محصولی معین، حداقل منابع بکار رود و یا اینکه مقدار ثابت و معین منابع، محصول بیشتری فراهم آورد. در شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان، از آغاز بر مبنای محاسبه‌های منطقی و ریاضی، جمعیت مطلوب (اوپتیموم) برای قرار گرفتن در پوشش عملیاتی هر بهورز یا هر خانه بهداشت نزدیک به ۱۵۰۰ نفر برآورد شده بود. اگر ملاحظات سیاسی یا موجبات اضطراری موجب می‌شد که خانه بهداشت فقط مثلاً ۶۰۰ نفر را در پوشش خود گیرد در عمل تن دادن به کاهش کارایی فنی و افزوده شدن بهای واحد خدمات می‌بود. به همین دلیل نیز به شدت از آن پرهیز می‌شد. از نمونه‌های ناکارایی فنی در شبکه‌های بهداشت و درمان کشور تسهیلات زایمانی است که از ابتدا نیز در طراحی نظام، نامی از آن نبود و بعدها به ملاحظاتی به آن اضافه شد. در جامعه‌ای با میزان تولد ۲۰ یا ۳۰ در هزار، پیش‌بینی کردن تسهیلات زایمانی برای پاسخگویی به جمعیت ۲۰ یا حتی ۴۰ هزار نفری به معنای آنست که صرف نظر از سرمایه‌گذاری برای احداث فضاهای مورد نیاز، در طول سال، سه ماما، یک خدمتگزار و یک راننده، مامور پاسخگویی به نیازی باشند که در یک زایمان و حد اکثر سه زایمان در ۲۴ ساعت خلاصه می‌شود. جمع تصمیم‌گیران آن روز، مجریان را با چشم پوشیدن از راه‌های جایگزین به سمتی کشاندند که معارض کارایی فنی بود.

**اثر بخشی هزینه** - به این معنی است که هزینه هر جزء از برون داد به حداقل ممکن برسد. در شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان همواره کوشش بر این بوده است که از تکرار عین خدمتی در دو سطح متفاوت احتراز شود. اگر قرار است بهروز در خانه بهداشت به تزریق واکسن دست زند. ناگزیر در سطح بالاتر از آن (مرکز بهداشتی درمانی روستایی) جایی برای ایمن سازی (توسط پزشک یا کاردان) نخواهد بود. خانه‌های بهداشت ضمیمه در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی با همین منطق پدید آمده‌اند. اگر جز این بود آنگاه اثر بخشی هزینه ایمن سازی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کاهش می‌یافت.

**کارایی تخصیصی** - به این معناست که درون‌دادها به مقداری که مردم را بیشتر راضی کند و در کاری که مردم برای آن‌ها ارزش بیشتر قایلند بکار افتد. به عنوان مثال ممکن است مادران مراجعه کننده به مرکزی که کارایی فنی و اثر بخشی هزینه‌های آن در درجات بالا قرار دارد و از آموزش و راهنمایی مادران در باره پایش رشد کودکان دریغ نمی‌ورزد توقع داشته باشند که علاوه بر این آموزش‌ها، در باره سوء تغذیه کودکان به مشاوره‌های پیچیده تر فنی دست زند یا برای نمایش شیوه‌های پخت غذا و تغذیه کودک کارگاه‌هایی دایر کند. اگر مرکز به هر دلیل نتواند یا نخواهد به این نیاز پاسخ دهد کارایی تخصیصی آن تقلیل خواهد یافت.

در اصلاح بخش سلامت کشورمان باید صور گوناگون کارایی، تصمیم گیری‌ها و برنامه‌های همه ابعاد نظام بهداشتی را در بر گیرد و ادامه یابد.

در طراحی شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان ملاک دسترسی مردم در شهر و روستا متفاوت بود. در روستاها ضابطه حد اکثر یک ساعت پیاده روی تعیین کننده حد اکثر فاصله‌ای میان خانه بهداشت در روستاهای قمر بود. در شهرها، با رعایت تراکم جمعیت‌های شهری، حتی در شهرهای با کمترین تراکم نیز دسترسی جمعیت ۱۰۰۰۰ نفری به خدمات بهداشتی و درمان سرپایی عمومی سهل و سریع بود. بعدها، با ایجاد پایگاه‌های بهداشت میزان این دسترسی افزایش یافت.

**هزینه - اثربخشی معیاری** است که باید در جریان گسترش شبکه‌ها و ادغام برنامه‌ها تحقق می‌یافت ولی هرگز مشمول پژوهشی کنجکاوانه قرار نگرفت. در گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی، هزینه - اثربخشی، معیار اصلی انتخاب مداخله‌هایی که باید هزینه آن‌ها را دولت بپردازد تلقی شده است. خدماتی که بخش خصوصی در آن سودی نمی‌یابد باید قطعا توسط دولت سرمایه گذاری شود. ولی حتی در انتخاب این گونه خدمات و سرمایه‌گذاری‌ها نیز باید ملاک، هزینه - اثربخشی باشد. یعنی هدف باید به حد اکثر رساندن منافع هر مداخله قرار گیرد. در این حال، اگر منفعت بهداشتی را ارزش تلقی کنیم ارزش پول، معادل هزینه - اثر بخشی خواهد بود.

مساله اینست که هزینه، عینی؛ و اثربخشی، ذهنی است. به این معنی که مرگ، ناتوانی، بیماری. DALY و QALY، عینی، و نرخ تنزیل، ارزش نسبی هر سال از زندگی، امید زندگی، و ناتوانی نسبی همراه با هر بیماری غیر کشنده، ذهنی است. یعنی هر محاسبه کننده می‌تواند با تلقی خاص خود به نوعی محاسبه کند و هزینه - اثر بخشی دیگری به دست دهد.

یکی دیگر از محصولات اصلاح بخش سلامت انتظار می‌رود ظرفیت سازی است. علت شکست بسیاری از طرح‌های توسعه را امروز توجه نکردن کافی به ایجاد ظرفیت در نیروی انسانی می‌دانند. سرمایه خود به

خود به تولید و بهره‌وری نمی‌رسد مگر آنکه توان انسانی و سازمانی موجبات این کار را فراهم آورد.

## ۵) پیش‌نیاز اصلاح نظام بهداشتی

وجود نابسامانی‌ها، لزوماً به این معنا نیست که شدت نیاز، اوضاع را به نفع اصلاح تغییر خواهد داد. اصلاح نظام بهداشتی به پیش‌نیازهایی احتیاج دارد:

### ۱) حمایت سیاسی

رهبری سیاسی برای تکوین اقدام‌های عملی اصلاح ضرورت دارد. ولی رهبری‌های سیاسی در بسیاری از کشورهای در حال رشد، شکننده و کم‌دوام است و پیوند یافتن جریان اصلاح به فرد یا گروهی خاص ممکن است به زیان آن تمام شود. لازمه این کار تحلیل درست وضعیت، شناخت گروه‌های ذی‌نفع و مخالف اصلاحات و استراتژی‌های روشن برای برخورد با هر یک از این طرف‌هاست تا جریان اصلاح ضمن برخورداری از رهبری سیاسی، به استحکام ممکن دست یابد. تجربه‌های اخیر در اروپا و آمریکای شمالی جای تردید باقی نمی‌گذارد که اصلاح نظام بهداشتی فرایندی به شدت سیاسی و پرمجاده است. این نکته در کشورهای کمتر توسعه یافته که علاوه بر طیف وسیع افراد موثر محلی، سازمان‌های بین‌المللی کمک نیز دخالت می‌کنند، پیچیده‌تر می‌شود. سیاسی بودن فرایند اصلاحات به این معناست که ممکن است یک سر آن ناکامی باشد. از این رو نیازمند شجاعت و آمادگی است. اقدام شجاعانه ایندیپندنتی در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده، سبب هرج و مرج در جامعه و شکست او در انتخابات شد. اگر میل به ماندن در قدرت به هر قیمت در میان باشد، هرگز چنین برنامه‌هایی پا نمی‌گیرد.

### ۲) شناخت نظام بهداشتی

همه نظام‌های بهداشتی منابع و سازمان و مدیریت و برنامه دارند و از این نظر به هم شبیه‌اند. آنچه میان نظام‌ها تفاوت ایجاد می‌کند طبیعت ارتباط میان واحدها و سازمان‌های گوناگون نظام است. در کنار همه نظام‌های بهداشت، حکومتی وجود دارد. ولی رابطه این حکومت با سلامت مردم چگونه است؟ تامین مالی همه خدمات با دولت است؟ رابطه عرضه کننده و خریدار بر آن حاکم است؟ خریداران سازمانی کدام واحدها هستند؟ سطح ملی یا شهرستان؟ قرار داد می‌بندند؟ این مناسبات قانونمند است؟ عرضه کنندگان چه کسانی هستند؟ فقط دولتی‌ها، غیردولتی‌ها و بخش خصوصی نیز در کارند؟ غلبه با کدام وجه از خدمات است؟ بیمارستانی یا سرپایی؟ رابطه میان تولید کنندگان نیروی انسانی: (موسسات آموزشی) و جذب کنندگان آن‌ها چگونه است؟ تحقیقات چه وضعیتی دارد؟ رابطه با دیگر سازمان‌های موثر بر سلامت چگونه است؟ مردم چگونه در کار سلامت دخالت داده می‌شوند؟ و بسیاری از این پرسش‌ها.

### ۳) وضعیت تامین مالی در نظام بهداشتی

این امر، در تعیین استراتژی‌های اصلاح تاثیر عمده دارد: اینکه مردم چگونه و با چه ساز و کارهایی در هزینه‌های تامین سلامت شراکت می‌ورزند، وضعیت بیمه‌های اجباری یا خصوصی چگونه است؟ در کشورهایی که بخش عمده از منابع مالی، به کمک‌های خارجی تکیه دارد دشواری بسیار بیشتر است. سازمان‌های اعطا کننده

کمک، چندان علاقه‌ای به حل مشکلات سیستمیک ندارند و کمک به این یا آن برنامه خاص را ترجیح می‌دهند.

#### (۴) گردآوری اطلاعات کافی

اطلاعات جامع برای تحلیل وضعیت و انتخاب استراتژی‌های موثر ضرورت دارد. محاسبه شاخص‌هایی چون بار بیماری‌ها، و هزینه - فایده و هزینه - اثر بخشی مداخله‌های گوناگون امروز بسیار بیش از گذشته میسر شده است.

#### (۵) شناخت خصوصیات سازمانی

اگر روزی انتخاب بهترین استراتژی‌ها میسر گردد اجرای آن‌ها قائم به وجود سازمانی پویا و منطقی خواهد بود.

زمانی که پیش نیازهای یادشده فراهم باشد اتفاق‌هایی ممکن است موتور محرک اصلاحات قرار گیرد و فرایند اصلاح را سرعت بخشد مانند :

- تحول‌های شگرف سیاسی و اقتصادی. این عامل بسیار بیشتر از تغییرات اپیدمیولوژیک یا دموگرافیک موثر قرار می‌گیرد. مثال بارز این عامل، تحول نظام‌های بهداشتی در کشورهای اعمار اتحاد جماهیر شوروی سابق پس از فروپاشی است.
- رهایی کشورها از جنگ‌های داخلی نظیر آنچه در موزامبیک و کامبوج روی داد. در کشورهایی که مسائل اقتصادی یا کشمکش‌های داخلی به سقوط دولت منجر نشود اصلاحات به انتظار فرا رسیدن شیوه نوین اداره کشور خواهد نشست. به عنوان مثال در زامبیا با وجود احساس فوریت و ضرورت اصلاحات در همه سال‌های دهه ۱۹۸۰، کار جدی تا انتخابات سال ۱۹۹۰ به تعویق افتاد. در عصر پس از آپارتاید، اکنون شرایط برای اصلاحات نظام بهداشتی در افریقای جنوبی فراهم می‌شود.

#### (۶) چه باید کرد؟

حل مساله اصلاح نظام بهداشتی، همانند هر مساله دیگر در گرو گام‌های سنجیده و حساب شده است، یعنی:

**بیان مساله:** اینکه کدام جنبه‌ها یا ابعاد نیازمند اصلاح است.

**تشخیص:** اینکه در هر یک از چهار جنبه اساسی بخش بهداشت (تامین مالی، پرداخت، سازمان و مقررات) کدام عامل‌ها موجب پدید آمدن مشکل می‌شود و کدام یک از نیروهای اجتماعی، فرهنگی، تاریخی، یا سیاسی اهمیت بیشتر دارند.

**تعیین گزینه‌ها:** اینکه در چهار جنبه اساسی، به چه تغییراتی می‌توان دست زد و در این زمینه از تجربه‌های ملی و بین‌المللی چه می‌توان آموخت.

**تصمیم‌گیری:** بر مبنای واقعیت‌های موجود، نیروهای موافق یا مخالف، منابع و ظرفیت‌ها؛ اجرا و ارزشیابی.

## خلاصه

هدف غایی هر سازمان بهداشتی برآوردن نیاز مردم و جامعه است. چون نیازها در تحوّل دائم‌اند سازمان عرضه‌کننده خدمات نیز باید از انعطاف و توان‌سازگاری با نیازها برخوردار باشد. از این رو اصلاح نظام بهداشتی یا بخش بهداشت را باید فرایندی مستمر و دائمی دانست. اصلاح بخش سلامت دو محور عمده دارد: یکی تأمین منابع مالی و کارا کردن هزینه‌ها و دیگری، اصلاح ساختار و روابط سازمانی که از آن بیش از همه به تمرکززدایی اراده می‌شود. اصلاح بخش سلامت، کاری دشوار و پیچیده است. پیچیدگی کار در کشورهای در حال توسعه که توان تحلیل سیاست‌ها اندک و دیگر منابع، محدود است بیشتر می‌شود. *لازمه توفیق در این راه عزم ملی و حمایت سیاسی است تا تحلیل سیاست‌ها و نیازها، اصلاح ساختار و بهبود مدیریت، منطقی کردن تأمین مالی و توزیع منابع، گردآوری اطلاعات کافی و بهره‌گیری از تجربه‌ها میسر شود.*

## پیشنهاد

۱ - دولت و مجلس شورای اسلامی موضع خود را در برابر جریان اصلاح نظام سلامت به وضوح مشخص کنند. به نوعی که اصلاح نظام سلامت تعهد حاکمیت باشد و در آن تکلیف و مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، و دیگر نهادهای مرتبط مشخص شود.

۲ - اگر بنا بر ادامه فعالیت اصلاحات باشد، واحدی کوچک، با جایگاه رسمی، صاحب اختیار در مشاوره و به کارگیری صاحب‌نظران و خبرگان، برخوردار از حمایت‌های قانونی و خاص، مأمور پرداختن به این کار شود.

۳ - برنامه‌ای روشن با هدف‌های مرحله‌ای و مقید به زمان طراحی و برای تأمین منابع آماده شود. با آن چه تاکنون به نام اصلاح نظام سلامت به اجرا درآمده بخشی از لوازم این کار مهیا است. نتیجه مطالعه‌ای که به کمک بانک جهانی و با تحلیل داده‌های ثانوی (موجود) برای بررسی وضعیت کنونی نظام سلامت جریان دارد، در این باره یاری‌دهنده خواهد بود.

۴ - اصلاح نظام سلامت پروژه‌ای درازمدت، در حد سه یا چهار برنامه پنج‌ساله و به عنوان پژوهش کاربردی تلقی شود، هر جزء در محدوده‌های جغرافیایی معین به اجرا درآید و نتایج پذیرفته شده به کل کشور تعمیم یابد. بسته به طبیعت موضوع پژوهش، می‌توان دانشگاه‌های متفاوت را عرصه پایلوت قرار داد تا حرکت اصلاحی به همه دانشگاه‌ها راه یابد و ظرفیت‌سازی به استان یا دانشگاهی خاص محدود نماند.

۵ - با فرض اینکه منابع مالی کشورمان از عهده این کار برآید، مناسبات دشوار و فرساینده بوروکراتیک بردبارترین‌ها را بی‌طاقت می‌کند. در چارچوب پژوهش کاربردی می‌بایست اصلاح نظام سلامت از تسهیلات کافی در به‌کارگیری افراد و مقررات مالی و معاملاتی خاص برخوردار باشد. تجربه کار با بانک جهانی نشان داد که پس از گذار از مرحله دشوار طراحی و به تصویب رساندن برنامه به ویژه در شرایطی که سازمانی معتبر مانند سازمان جهانی بهداشت کارگزار برنامه باشد مرحله اجرا با کمترین دشواری طی می‌شود.

۶ - آنچه تا به امروز در چارچوب اصلاح نظام سلامت با تلاش برای احداث «مصالح پای کار» جمعی کثیر به

دست آمده همانند بناست. خود، به هیچ روی بنا نیست. به حکم صیانت از منابع ملی، پیش از آن که زمان از دست برود به استفاده از این و رساندن آنها به جایی که باید، اقدام شود. برخی از « مصالح » این نتایج آماده به کارگیری است و بعضی دیگر نیازمند پیگیری پژوهش، تکمیل مدل و آزمودن آن در عمل است.

۷- اصلاحات ادامه یابد یا نیابد و در صورت ادامه یافتن، هر محتوایی بر آن سایه افکند، وزارت بهداشت دو حرکت هم سو را در دستور کار خویش قرار دهد:

الف - جستن و به کار بستن ساز و کارهای افزودن به کارایی هزینه‌ها و

ب - تلاش مؤثر برای افزودن به سهم بخش سلامت از محصول ناخالص داخلی. با این نوع هزینه کردن حتی دو برابر کردن GDP نیز سودی ندارد و با این سهم از GDP در بهترین شرایط نیز برآوردن توقع‌های روزافزون، محال است.

## منابع

1. Tarimo, E. (1997) Is Primary Health Care the vehicle that will bring us Health for All in the 21<sup>st</sup> Century? Technical Seminar, Summary Issues. 12 March. WHO. Geneva.
2. WHO (1978) Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, 6-12 September 1978 WHO, Geneva.
3. Tarimo, E and E. G. Webster (1994). Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World. Alma-Ata revisited WHO, Geneva .
4. WHO (1988) From Alma-Ata to the Year 2000, Reflections at the Midpoint.
5. WHO (2000) Primary Health Care 21" Every body's Business" An International Meeting to Celebrate 20 Years After Alma-Ata. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998 .
- ۶ - شادپور کامل، (۱۳۸۵) اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی، مجله پژوهشی حکیم، دوره نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۵، صفحات ۱۸-۱.
- ۷ - وزارت بهداشت، معاونت پشتیبانی، دفتر تشکیلات و روش‌ها (۱۳۷۹) گزارش نهایی مطالعه ساختار و عملکرد مدیریت نظام بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ارائه الگوی مناسب.
8. Berman P. (1997) Health Sector Reform: Making Development Sustainable. Health Policy 32: 13-28.
9. Cassels, A. (1994) Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. WHO, Geneva.
10. Jamison D.T.et al. (1993) Disease Control Priorities in Developing countries. Oxford University Press for the world Bank.
11. Kalumba, K (1997). Towards an Equity-Oriented Policy of Decentralization in Health Systems Under Conditions of Turbulence: The Case of Zambia. Forum on Health Sector Reform Discussion



Paper No.6 WHO. Geneva. P. 11.

۱۲ - منبع شماره ۱۱، صفحه ۲.

13. Unicef (1995) The State of the World Children N.Y.Oxford University press.

۱۴ - دکتر جرمای هرلی و همکاران (۱۳۷۹) مقدمه‌ای بر مفاهیم و ابزارهای تحلیلی اصلاح بخش سلامت و تامین مالی پایدار. (۱۳۷۹). ترجمه اسفندیار معینی. تهران - دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران - چاپ اول.

۱۵ - واعظ مهدوی - دکتر محمدرضا (۱۳۷۸) - سخنرانی در گردهمایی روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور - تهران.

۱۶ - پیتر برمن (۱۳۷۸) - تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه یوسف شیرینی، مهدی شاهرودی و روشنگ قطبی. ناشر قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران) چاپ اول - تبریز - صفحه ۱۹.

17. Creese A. and Kutzin J. (1995). Lessons from Cost - Recovery in Health. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 2. WHO, Geneva.

18. Moore M. (1996) Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 7 WHO, Geneva P. 4.

۱۹ - همان، صفحات ۱۲ تا ۱۴.

۲۰ - منبع شماره ۱، صفحه ۱۵.

۲۱ - منبع شماره ۱۶، صفحه ۱۳۰.

22. Evans J., Hall K., and warford. (1981) Shattuck Lecture - Health Care in the Developing World : Problems of Scarcity and Choice. New Engl. J Med vol. 305 (19) 1117-27

۲۳ - منبع شماره ۱۶، صفحه ۶۶.

24. Frenk, J. (1994) Dimensions of Health Sector Reform. Health Policy, 27, 119-34.

(۲۵) منبع شماره ۹، صفحه ۳.

۲۶ - مارک. ج. رابرتز و همکاران (۱۳۸۰). رویکردهای تشخیصی برای ارزیابی توانایی‌ها، ضعف‌ها و تغییر سیستم‌های بهداشتی. ترجمه: اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات تندیس. چاپ اول - تهران.

۲۷ - شادپور، کامل (۱۳۷۲) شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران ... معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. یونیسف. چاپ اول. تهران.

## برای مطالعه بیشتر

۱ - پیتر برمن (۱۳۷۸) تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه. پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: یوسف شیرینی، مهدی شاهرودی، روشنگ قطبی. ناشر: قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران) + چاپ اول - تبریز.

۲ - دکتر جرمای هرلی و همکاران (۱۳۷۹) مقدمه‌ای بر مفاهیم و ابزارهای تحلیلی اصلاح بخش سلامت و تامین مالی پایدار ترجمه: اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات ترمه. چاپ اول - تهران.

۳ - مارک. ج. رابرتز و همکاران (۱۳۸۰) رویکردهای تشخیصی برای ارزیابی توانایی‌ها، ضعف‌ها و تغییر سیستم‌های

- بهداشتی. ترجمه اسفندیار معینی. ناشر: انتشارات تندیس چاپ اول. تهران.
- ۴ - اندروکسلز (۱۹۹۷). اصلاح بخش سلامت: موضوعات کلیدی در کشورهای کمتر توسعه یافته ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۵ - اندرو کسلز و جوزف کوتزین (۱۹۹۵). درس‌هایی از بازیافت هزینه در بهداشت، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۶ - اندروکسلز (۱۹۹۷). توسعه نظام‌های بهداشتی و کمک‌های خارجی: تحلیل عملکرد کنونی، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۷ - ریچارد سالتمن (۱۹۹۵). بکارگیری منطق بازار در نظام‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه: کاوشی مقدماتی، ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۸ - پال، ساموئل (۱۹۹۷). ظرفیت سازی برای اصلاح بخش سلامت. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۹ - کنیل کالومبا (۱۹۹۷). به سوی سیاست عدالت طلب تمرکززدایی در نظام‌های بهداشتی در شرایط پرآشوب: مورد زامبیا. ترجمه دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۰ - میک مور (۱۹۹۶). اصلاح بخش دولتی: کوچکتر کردن حجم، تجدید ساختار و بهبود عملکرد. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.
- ۱۱ - انارفی آساموآ باه و پال اسمیتسون (۱۹۹۹). رابطه اعطاکندگان کمک و وزارت بهداشت: شراکتی نو در غنا. ترجمه: دکتر کامل شادپور، از انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول، زمستان ۱۳۸۱.

12. Health Sector Reform, Service Delivery, Uganda, Journal Articles. Determinants of Access to Healthcare by Older Persons in Uganda: A Cross-Sectional Study. Available from: <http://www.hrresourcecenter.org/taxonomy/term/277> [2019 March 31].

با توجه به فقدان استاد فقید، زنده یاد، دکتر کامل شادپور، رحمت الله علیه، ضمن آرزوی طول عمر با عزت و سلامتی کامل برای استاد عالیقدر، جناب آقای دکتر ملک افضلی، از محضرشان درخواست شد این مبحث را بازنگری فرمایند، استاد نیز ضمن قبول زحمت، مرقوم فرمودند: "آنچه مرحوم دکتر شادپور، مرقوم فرموده‌اند یک شاهکار است. بنده خود از خواندن آن کلی چیز یادگرفتم. البته اصلاحات بسیار اندکی هم در متن، اعمال کردم..." (سال ۱۳۹۷).