

اصلاح نظام سلامت

دکتر سیامک عقلمند ، دکتر ابوالقاسم پوررضا **

در دو دهه اخیر به دنبال ناتوانی نظام‌های سلامت در پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات جدید بهداشتی و درمانی، گرانشی بین‌المللی قوی در خصوص اصلاح نظام سلامت، با استفاده از سازوکار بازار، شکل گرفته است. نتایج حاصل از مطالعات این سیستم حاکی از آن است که در اغلب موارد نتایجی که انتظار می‌رفت حاصل نشده است. خلط بحث محتوای اصلاح با فرآیند اصلاح یکی از علل عمده شکست این برنامه است. در حالی که محتوای اصلاح به حوزه‌های کارکردی نظام‌های سلامت اشاره دارد (موضوع چینی)، فرآیند اصلاح در باب راهبردهای نیل به اهداف اصلاحی به بحث می‌پردازد (موضوع چگونگی) اصلاح سازمانی در مرکز یک فرآیند اصلاح قرار دارد و به عبارت دیگر بحث فرآیند اصلاح یک موضوع مدیریتی است تا سیاسی و اقتصادی. بنابراین لازمه اجرای موفقیت‌آمیز این فرآیند، اتکا به یک برنامه و تفکر مدیریتی جامع و کاربردی است. به هر اندازه که این برنامه در سطوح بالاتر به اجرا گذاشته شود، امکان موفقیت و تاثیرگذاری آن افزایش می‌یابد؛ چرا که با فرآیندهای کلیدی بین‌بخشی ارتباط پیدا می‌کند. این تفکر باید از یک طرف پاسخ‌گویی نیازها و تقاضاهای جدید و در حال تغییر جامعه باشد و از طرف دیگر تغییر و اصلاح سازمانی را در بطن خود پیش ببرد. برنامه و تفکر «مدیریت جامع کیفیت»، واجد چنین خصوصیتانی است. از این رو شاید تنها گزینه ما برای اصلاحی موفق در نظام سلامت، استقرار این پارادایم مدیریتی باشد.

کلید واژه‌ها: اصلاح سازمانی، اصلاح نظام سلامت، بازار محوری، فرآیند اصلاح، مدیریت جامع کیفیت

دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. <siamakaghlmand@yahoo.com>
** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مقدمه

کاربرد اصطلاح واژه «اصلاح نظام سلامت» (Health sector Reform) در نوشته‌های مربوط به ارتقای سلامتی (Health Promotion) روز افزون شده است. این توجه جهانی سبب شده است که در کشورهای در حال توسعه نیز راهبردها و گزینه‌های رسیدن به هدف‌های نظام سلامتی (Health Policy) افزایش یابد. پس از سال‌ها گفت‌وگوی بی‌حاصل درباره راه‌های نیل به مراقبت‌های اولیه بهداشتی اکنون پرداختن به این موضوع جذاب و چالش برانگیز شده است (Cassels, 1997).

به دنبال درک اهمیت موضوع سلامتی به‌عنوان اصلی‌ترین محور توسعه پایدار (Sustainable Development)، از طرف مقامات سیاسی جهان، از اواخر نیمه اول قرن بیستم بشر شاهد سه نسل اصلاحات در نظام سلامت، بوده است. این توجهات و حرکت‌ها معمولاً از نیم‌کره شمالی به جنوب و از غرب به شرق گسترش یافته است (Whitehead and others, 2001). اولین نسل اصلاحات در دهه‌های ۴۰ و ۵۰، موجب استقرار نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (National Health Care Systems) در کشورهای جهان شد. این نظام‌ها طی دهه ۶۰، به دنبال افزایش هزینه‌ها خصوصاً به سبب رشد حجم و نوع خدمات بیمارستانی، شدیداً تحت فشار قرار گرفتند. در اثر بحران‌های نفتی و رکود اقتصادی، از اوایل دهه ۷۰ فشار ناشی از افزایش هزینه‌ها تشدید شد و زمینه را برای ایجاد اصلاحات دیگری در سطح بین‌المللی فراهم کرد. دومین نسل اصلاحات، «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» را به عنوان یکی از حقوق اساسی همه مردم جهان، با شعار «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» مطرح کرد. علی‌رغم توفیقات اولیه، این اصلاحات توقعات عمومی از کیفیت خدمات، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری را برآورده نداشت.

ضمناً تأکید بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی عموماً در تعارض با سیستم‌های درمانی و پزشکی بود که بیش‌تر بر مراقبت‌های بیمارستانی تأکید می‌کردند.

با این اوصاف و نیز تغییرات وسیع سیاسی و اقتصادی در سطح جهان، سومین نسل اصلاحات از نیمه دوم دهه ۸۰ پدید آمده است. اهداف اصلی این اصلاحات بهبود وضعیت کلی سلامتی، رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات، کارآیی فنی تخصیص منابع و هم‌چنین برابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. عناصر اصلی این اصلاحات شامل موارد زیر هستند (Hearst & Blas, 2002):

- تجدید ساختار نظام سلامت وابسته به دولت (بخش عمومی)؛ مانند تمرکززدایی و تعدیل (Downsizing).

- انعقاد قراردادهای واگذاری خدمات به بخش خصوصی (خصوصی‌سازی).

- استفاده از پرداخت‌های، مختص خدمات‌رسانی عمومی مصرف‌کنندگان، به‌منظور بهبود وضعیت مالی بخش دولتی.

هدف این اصلاحات پاسخ‌گویی به تقاضاهای بهداشتی و درمانی با استفاده از سازوکار بازار یعنی (بازار محوری) است (Whitehead and others, 2001). به لحاظ ایدئولوژیکی این اصلاحات در پی ایجاد شرایط مناسب به‌منظور ایجاد توان انتخاب برای گیرندگان خدمت و نیز مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان خدمت است. در حالی که اولین و دومین نسل از اصلاحات نظام سلامت در «عرضه» تأکید می‌کردند، سومین نسل اصلاحات نگاه خود را بیش‌تر بر «تقاضا» معطوف کرده است. اولین مشکل فراروی این اصلاحات، پاسخ‌گویی به نیازهای اساسی سلامتی است. چرا که در بسیاری از موارد نیازهای حقیقی به تقاضا تبدیل نمی‌شود، و فقر می‌تواند یکی از علل عمده آن باشد. (Hearst & Blas, 2001). بنابراین تشدید نابرابری یکی از خطرات اجرای این سیاست‌ها است. طرح کلی این اصلاحات در ۱۹۸۷ از طرف بانک جهانی منتشر شد و سیاست مطرح شده، یعنی

پرداخت‌های مصرف‌کنندگان برای خدمات عمومی، از دهه ۹۰ در کانون توجه کشورهای در حال توسعه قرار گرفت (Whitehead and other, 2001). در این مقاله که حاصل مطالعه متون و مقالات راجع به اصلاح نظام سلامت است، سعی شده است به این سئوالات در حد مقدور پاسخ داده شود:

- ضرورت اصلاح نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران چیست؟

- اهداف و محتوای اصلاح نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه چیست؟

- پیش نیازهای عمده در اجرای این اصلاح شامل چه مواردی است؟

- استراتژی اصلی اتخاذ شده برای ایجاد تغییر در جهان شامل چه مواردی است؟

- آیا بر اساس تجربه سایر کشورها، می‌توان استراتژی جامعی را که امکان نیل به اهداف اصلاحات در آن بسیار باشد پیشنهاد کرد؟

بر این اساس، مطالب طرح شده به ترتیب، در سه بخش زیر، تجزیه و تحلیل می‌شود:

الف) ضرورت اصلاح نظام سلامت.

ب) اهداف و محتوای اصلاح.

ج) فرآیند اصلاح.

۱) ضرورت اصلاح نظام سلامت

اگر چه ممکن است علل نیاز به اصلاحات در نظام سلامت در حال تغییر باشد، ولی مسائل مشترکی که کشورهای در حال توسعه با آن روبه‌رو هستند به نحو نگران کننده‌ای ثابت است. سه علت اساسی که اصلاح نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه را ضروری می‌سازد عبارتند از:

۱-۱) مصرف ناکارای منابع محدود

اعتبارات مالی، صرف خدماتی می‌شود که تناسب و نیز هزینه اثربخش محدودی دارند. بیش‌تر منابع مالی بخش سلامت، صرف حقوق و دست‌مزد کارکنان این بخش می‌شود. هزینه‌های مراقبت‌های سطح دوم و سوم در قیاس با مراقبت‌های اولیه به مراتب بیش‌تر است. اعتبارات در جاهایی هزینه می‌شود که کم‌تر به آن احتیاج دارند. کنترل این که وجوه، صرف چه کارهایی می‌شود دشوار است و شیوه تدارک کالاها و خدمات، عملاً پول را از ارزش تهی می‌کنند.

۱-۲) دسترسی ناکافی به مراقبت‌های لازم

این مشکل از عوامل مختلفی مانند فقر، بعد مسافت، سن، جنس و بی‌کاری ناشی می‌شود. فراهم نبودن برخی خدمات برای درمان بیماری‌های خاص مانند بیماری‌های سرایت‌یابنده از راه تماس جنسی و مدیریت نادرست خدمات.

۱-۳) پاسخ‌گو نبودن به نیازها و انتظارات مردم

مردم نمی‌توانند خدمات با کیفیت نامطلوب را به صرف ارائه آن‌ها بپذیرند. به همین سبب استفاده از بسیاری از خدمات به مراتب کم‌تر از آن است که انتظار می‌رود. مردم در بخش‌های عمومی (دولتی) با کارکنانی روبه‌رو می‌شوند که انگیزه و آموزش کافی ندیده‌اند، صف‌های انتظار طولانی است، و ساعت‌های کارمراکز در قیاس با کار مردم نامناسب است. داروها و وسایل، کافی نیست و از خلوت و حریم و رعایت حقوق بیمار اثری نیست. در بخش خصوصی، مردم در خطر سوءاستفاده مالی قرار دارند، بی‌آنکه برای ایمن بودن آنان از درمان‌های مخاطره‌آمیز تضمینی وجود داشته باشد (Cassels, 1997). نظام سلامت ایران نیز بر پایه الگوی مراقبت‌های اولیه بهداشتی بنا نهاده شده است. مقایسه برخی از شاخص‌های مهم سلامت از زمان آغاز استقرار و گسترش نظام سلامت در ایران با حدود دوازده سال پس از آن، نشان‌دهنده دستاوردهای مهمی است؛ مانند افزایش امید به

زندگی در بدو تولد به میزان ۴ سال، کاهش رشد جمعیت از ۳/۲ به ۱/۴ درصد، کاهش میزان مرگ کودکان زیر پنج سال از ۷۰ به ۳۳ در هزار تولد زنده، کاهش میزان مرگ شیرخواران زیر یک سال از ۵۱ به ۲۶ در هزار تولد زنده و کاهش میزان مرگ زنان به سبب عوارض بارداری و زایمان از ۱۴۰ به ۳۷ در یک صد هزار تولد زنده. این دستاوردها بیانگر این موضوع است که نظام ارائه خدمات در پاسخ‌گویی به نیازها و تقاضاهای اولیه سلامتی موفق بوده است ولی به تدریج و همانند کل جهان به دلیل تغییرات وسیع و سریع در نیازها و تقاضاهای سلامتی، نظام سلامتی در ایران نیز با مشکلات و چالش‌های جدی روبه‌رو شده است که اهم آن‌ها عبارتند از:

- الف) نابرابری در دسترسی به خدمات سطح دوم و سوم.
- ب) ناهماهنگی سطوح مختلف ارائه خدمات.
- ج) ناکافی بودن منابع مالی و نامناسب بودن نحوه تخصیص آن‌ها.
- د) افزایش سرسام آور هزینه‌های درمانی.
- ه) پاسخ‌گو نبودن به نیازهای جدید ناشی از گذر جمعیتی اپیدمیولوژیکی و اقتصادی.
- و) کیفیت نامناسب خدمات.

تمامی موارد یاد شده سبب شده است که نارضایتی از نظام سلامت کشور روز به روز افزایش یابد و مسئولان و سیاست‌گذاران نظام سلامت را بر آن دارد تا برای پاسخ‌گویی به نیازها و تقاضاهای بهداشتی و درمانی جامعه و ایجاد اصلاح و تحول در نظام سلامت دست به اقدامات مختلفی بزنند. علی‌رغم این‌که برخی از این اقدامات نسبتاً مؤثر بوده‌اند ولی به علت تنوع آن‌ها از یک طرف و برخورد مکانیکی و اداری با آن‌ها، به جای تبدیل شدن این اقدامات به یک روش پویا و درک‌شدنی، اغلب در ایجاد اصلاحات لازمه ناکام بوده‌اند (لامعی، ۱۳۸۲).

بخشی از نارسائی‌های فوق ریشه اقتصادی دارد. به عنوان مثال کل هزینه سرانه

اختصاص داده شده به بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه، به زحمت بیش از ۲ درصد مبلغی است که در کشورهای توسعه‌یافته هزینه می‌شود (Cassels, 1997). همین برداشت عجولانه از علل و عوامل مربوط به نارسائی نظام سلامت است که موجب آغاز اصلاحات در کشورهای در حال توسعه با محوریت بهبود توان مالی و اقتصادی شده است. حال آن‌که اهداف موردنظر یا محقق نشده‌اند و یا در صورت تحقق برخی از آن‌ها، مشکلات جدیدی گریبان‌گیر نظام سلامت شده است. این در حالی است که نتایج مطالعات حاکی از آن است که در کشورهای توسعه‌یافته نیز اصلاحات نتوانسته است نتایجی که انتظار آن‌ها می‌رفت را آن‌طور که باید و شاید در پی داشته باشد (Serghis, 1998).

۲) اهداف و محتوای اصلاح نظام سلامت

مسائل مربوط به سلامتی یا سیاست‌های آن موضوع تازه‌ای نیست و سال‌ها است که دولت‌ها به کمک سازمان‌های کمک‌کننده در صدد حل آن‌ها هستند. روشن است که به فرآیند اصلاح باید فراتر از تعریف دوباره هدف‌های سیاستی و بحث درباره جهت‌گیری‌های ایدئولوژیک نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نگاه شود. باید توجه داشت که بحث محتوای اصلاحات از بحث فرآیند اصلاح مجزا است. محتوای اصلاحات را اهداف و سیاست‌های نظام موجود و میزان توسعه‌یافتگی کشور مشخص می‌کند، حال آن‌که فرآیند اصلاح، استراتژی نیل به اهداف اصلاحات را در بر می‌گیرد. موضوع مهمی که اغلب در میان بحث‌های محتوایی گم شده و یا در بسیاری از موارد با آن خلط می‌شود - و از همین جا مشکلات فراروی اصلاحات چنان در هم گره می‌خورد که باز کردن آن امری محال می‌شود - همین بی‌توجهی به فرآیند اصلاح است که این خطر را پدید می‌آورد که اصلاح نظام سلامت معادل سلسله‌ای از تجویزهای خاص تلقی شود؛ مانند سازوکارهای کنترل شده بازار، تعیین سهم مصرف‌کننده، کوچک کردن حجم بخش دولتی، هزینه اثربخش

کردن مجموعه خدمات خصوصی سازی و دیگر دام‌هایی که اغلب کشورهای در حال توسعه و برخی از کشورهای توسعه یافته در آن گرفتار شده‌اند. در مقابل، فرآیند اصلاح، همان فرآیند تغییر است. واژه اصلاح تغییری بنیادی، نه جزئی، و تکاملی را ایجاب می‌کند. اصلاحات، بیش‌تر فرآیندی مستمر، پویا و هدف‌دار است تا کاری مقطعی و یک‌باره. هدف اصلاح، تغییر ارتقای دست‌آوردهای سیاست کلی سلامت است. بدیهی است بدون تغییر سازمان‌های نظام سلامت، مدیریت این نظام قادر نخواهد بود که سازمان‌های نظام سلامت را مطابق با آنچه اهداف سیاست‌های سلامتی ایجاب می‌کند تغییر داده و متحول سازد. غالباً اهداف اصلاحات را میزان توسعه‌یافتگی کشورها تعیین می‌کند. در کشورهای توسعه یافته اصلاح نظام سلامت برای مقابله با بی‌رمقی رشد اقتصادی، جمعیت رو به کهن سال شدن، توقعات و انتظارات روزافزون مردم و افزایش هزینه تکنولوژی‌های پزشکی طراحی می‌شود. در کشورهای در حال توسعه اصلاح باید به منظور گسترش پوشش‌های خدمات اساسی جمعیت‌های محروم، ارتقای کیفیت خدمات، توزیع برابر منابع و هماهنگ کردن سطوح مختلف ارائه خدمات طراحی شود. گذشته از تقابل محتوا و فرآیند اصلاح (موضوع چیستی در مقابل چگونگی آن) در بعد محتوای اصلاح نیز تعارضاتی مشاهده می‌شود. ضمناً این خطر وجود دارد که اصلاح نظام سلامت به شکل ساده انگارانه‌ای با یک یا چند حوزه زیر برابر دانسته شود. به لحاظ محتوایی شایع‌ترین و مهم‌ترین محورهای اصلاح نظام سلامت را می‌توان در سه حوزه زیر طبقه‌بندی کرد:

۱-۲) حوزه تجدید ساختار بخش عمومی (دولتی)

وقتی تنگنای بودجه‌ای وجود دارد، معمولاً تعدیل یا به عبارت بهتر کاستن از نیروی انسانی مهم‌ترین راه افزایش کارایی به نظر می‌رسد، ولی توفیق در این راه در کشورهایی که از این سیاست استفاده کرده‌اند اندک بوده است. چه به سبب دشواری‌های سیاسی تعدیل نیرو، و

چه به این سبب که کاستن از حجم نیروی کار به تنهایی آن اندازه نیرو آزاد نمی‌کند که سطح پرداخت‌ها برای بازماندگان جذاب باشد. در واقع اگر تعدیل نیروی انسانی به تنهایی صورت گیرد ممکن است نتایج معکوسی را عاید دولت کند.

«راه‌اندازی نهادها» اجرای نوع دیگری از تجدید ساختار به منظور جداسازی کارکردهای سیاسی و اجرایی است. اگر نهادهای اجرایی نتوانند در قالب بودجه محدود خود را با کارایی تام اداره کنند، به جای حل مشکلات، خود می‌توانند منشاء بروز مسائل و مشکلات بسیار شوند.

مهم‌ترین و شایع‌ترین نوع تجدید ساختار، تمرکززدایی است. تمرکززدایی غالباً معادل انتقال مسئولیت به سازمان‌های محلی تلقی می‌شود. این کار دست‌کم در تئوری این مزیت را دارد که خدمات نظام سلامت را در مقابل مردم پاسخ‌گوتر می‌کند. دشواری این است که در بسیاری از کشورها توان مدیریت مقام‌های محلی محدود است و در قسمت اعظم منابع لازم، تابع دولت مرکزی هستند. وقتی اعتبارات اندک باشد سیاسیون محلی به احتمال قوی حتی بیش‌تر از همتایان مرکزی خود عملیات درمانی را به خدمات پیش‌گیری ترجیح خواهند داد، و در شرایط افراطی، بودجه بخش سلامت به دل‌خواه صرف توسعه عرض و طول دستگاه اداری در محل می‌شود. سازش‌کاری سیاسی ممکن است به تقسیم غیر شفاف مسئولیت‌ها و اختلاف میان مرکز و مقامات محلی منجر شود. تعارض دیگر وقتی پدید می‌آید که هدف‌های سیاسی تمرکززدایی را مرتباً به تعداد بیش‌تری از شهرستان‌های کوچک بکشاند و به همان نسبت از قدرت استان‌ها بکاهد. به عکس، مقاصد مدیریتی در مراکز استان‌ها بهتر اجرا می‌شود. این تعارض‌های بالقوه ممکن است در مسیر راه‌اندازی ساختارهای غیر متمرکز رخ دهد و اثربخشی آن را بسیار کم کند (Cassels, 1997). مشکل دیگر تمرکززدایی غفلت کردن از نقش مرکز به ویژه تأثیر آن در مسئله برابری است. وقتی که شهرستان‌ها و بیمارستان‌ها قادر باشند خود تعرفه‌های هزینه‌ها و استخدام

کارکنان را تعیین کنند، در عمل شهرستان‌های دارای جمعیت ثروت‌مند و بیمارستان‌های مدرن که بیش‌ترین درآمد را دارند، خواهند توانست کارکنان کلیدی را جذب کرده و عملاً به نابرابری‌هایی که قرار بود برنامه اصلاح به رفع آن نایل شود، دامن می‌زنند؛ موردی که در زامبیا مشاهده شد (Blas, 2001). اگر کنترل منابع مالی انسانی به دست مرکز صورت گیرد، گروه‌های مدیریتی شهرستان انگیزه‌ای برای صرفه‌جویی نخواهند داشت، چرا که عواید صرفه‌جویی مستقیماً به خزانه واریز می‌شود و مدیریت شهرستان از آن بهره‌ای نخواهد برد (مطالعه‌ای در غنا).

۲-۲) حوزه بهره‌گیری از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی

این نظریه برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ در یکی از نشریات بانک جهانی به منظور افزایش اعتبارات بخش عمومی مطرح شد (WorldBank 1987) و در اوائل در نظر بسیاری تکیه‌گاه اصلی اصلاح تلقی می‌شد (Cassels, 1997). بلیس (Blas) و لیم‌بام‌بالا (Limbambala) با مطالعه خود درباره استفاده از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان در زامبیا نشان دادند که بهره‌گیری از چنین سیستمی موجب کاهش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی علی‌الخصوص خدمات بیمارستانی می‌شود (Hearst & Blas, 2001). استفاده از این سیستم در اغلب کشورهای در حال توسعه موجب نارضایتی شده است، چرا که با اجرای آن دسترسی طبقه کم‌درآمد جامعه به خدمات اساسی کاهش می‌یابد (Whitehead and others, 2001).

۲-۳) حوزه خصوصی‌سازی

هدف اصلی این کار که پیش‌تر با عقد قرارداد بین تأمین‌کنندگان منابع مالی خدمات بهداشتی درمانی (دولت) و بخش خصوصی به عنوان ارائه‌کنندگان خدمات انجام می‌گیرد، عبارت است از افزایش کارایی فنی خدمات و پاسخ‌گو کردن آنها در برابر گیرندگان خدمت، از طریق به‌کارگیری سازوکارهای بازار، مانند ایجاد رقابت در طرف‌های عرضه‌کننده

که دولت در میان آن‌ها فقط نقش نظم‌دهنده به نظام را دارد (Maynard, 1994). رقابت ممکن است از طرف مدیران هدایت شود که در آن - مثل انگلستان - مؤسسات خرید خدمت به نمایندگی از سوی مردم عمل می‌کنند. از دیدگاه نظری، اگر رقابت در گروه وجود ظرفیت‌های خدماتی باشد، این مورد در بیرون از شهرهای بزرگ بسیار نادر است. گذشته از این فقط معدودی از کشورهای توسعه‌یافته، به نظام اطلاعاتی جامع دسترسی دارند که بتوانند خود را با مناسبات قراردادی دوسویه یا بی‌رقیب انطباق دهند. پاگرفتن رقابت اگر به معیارهایی جدا از هزینه صرف مبتنی باشد نیازمند نظام‌های کامل‌تری است تا مؤسسه خریدار خدمت بتواند عمل‌کرد عرضه‌کنندگان گوناگون را مقایسه کند. این نکته نیز مهم است که پیش‌تر رقابت‌هایی که صورت می‌گیرد، مثل مناقصه خرید خدمات، بسیار بد اداره می‌شوند و غالباً منابع عمده فساد هستند. باید توجه داشت که مقررات به تنهایی تأثیر اندکی بر تغییر رفتار بخش خصوصی منفعت‌طلب دارد (Cassels, 1997). یکی از مشکلات سیاست‌های اجرایی خصوصی‌سازی، از بین رفتن جایگاه بازار به علت افزایش قدرت قانونی حکومت مرکزی در مقابل تدارک‌کنندگان و خریداران محلی خدمات بهداشتی و درمانی است. در هر حال شواهد مختصری در دسترس است که نشان دهد رقابت در بخش سلامت، موجب بهبود کارایی منابع شده است (Maynard, 1994).

۳) فرآیند اصلاح نظام سلامت

اگرچه امروزه در کشورهای توسعه یافته درباره ابعاد، میدان عمل و هدف‌های اصلاح نظام سلامت توافق نظر وجود دارد، ولی بحث فرآیند اصلاح یا به عبارت دیگر استراتژی نیل به اهداف اصلاح، محل مناقشه فراوانی بوده است. قبل از بحث در این خصوص لازم است به چند نکته درخصوص با پیش نیازهای لازم برای شروع فعالیت‌های اصلاحی اشاره شود:

۳-۱) اصلاح نظام سلامت، سیاست و تحولات سیاسی

همچنان که تجربیات اخیر اروپا و آمریکای شمالی نشان می‌دهد، اصلاح نظام سلامت، فرآیندی بسیار سیاسی و پرمجادله است. این نکته در کشورهای در حال توسعه نیز واقعیت دارد که در آن‌ها علاوه بر طیف وسیع افراد مؤثر محلی، وضعیت با دخالت سازمان‌های اعطا کننده کمک پیچیده‌تر می‌شود (Cassels, 1997).

اگرچه موفقیت فرآیند اصلاح نیاز به حمایت سیاسی دارد، اما سیاست‌مداران از قدرت یافتن ارائه‌کنندگان خدمات واهمه دارند (Maynard, 1994). به عبارت دیگر هر چند وجود رهبری سیاسی برای اصلاح، پیش‌نیاز عمده‌ای است ولی این حمایت ممکن است شکننده باشد (Cassels, 1997). مطالعه‌ای در زامبیا نشان داد که تلاش در راه اصلاحات باید با تعهد قوی و مستمر دولت همراه باشد، چرا که در غیر این صورت همه فعالیت‌ها بدون نیل به اهداف متوقف خواهد شد (Blas&Limbambala, 2001).

نیاز شدید به اصلاح در نظام سلامت همواره به این معنا نیست که تغییر اتفاق خواهد افتاد. باید عاملی فرآیند اصلاح را تحریک کند و در این زمینه تغییرهای سیاسی، اقتصادی و فرهنگی بسیار بیش‌تر از عوامل سنتی سلامت یعنی عوامل اپیدمیولوژیکی و دموگرافیکی مؤثر است. اصلاح ممکن است پس از نوعی تحول شگرف سیاسی یا اقتصادی نظیر آنچه که به دنبال فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی سابق روی داد، یا پس از رهایی یک کشور از جنگ داخلی، نظیر آن چه در کامبوج و موزامبیک دیده شد، یا پس از پیروزی یک انقلاب، مانند انقلاب ایران، روی دهد. در کشورهایی که مسائل اقتصادی و دیگر موضوعات ذکر شده به سقوط کامل نظام منجر نشود، اصلاحات باید به انتظار فرارسیدن شیوه نوین اداره کشور بنشینند. مانند حالتی که در زامبیا و آفریقای جنوبی دیده شد.

ذکر این نکته نیز لازم است که بحران‌های سیاسی یا اقتصادی، بدون تردید تضمین‌کننده مفید بودن محیط برای اصلاح نیست. فشاری که در این بحران‌ها برای دست زدن به

پیشرفت سریع و بازسازی و ترمیم خرابی‌ها وارد می‌آید ممکن است به همان نظام‌های ناکارا یا غیر عادلانه‌ای منجر شود که در دوران پیش از بحران وجود داشته است. در سر دیگر طیف، کشورهایی قرار دارند که در آن‌ها نیاز به اصلاح زیاد بوده است ولی فرصت به اجرا گذاشتن آن به سبب سکون نظام‌های حکومتی محدود - مانند نپال، بنگلادش و نیجریه - وجود نداشته است. در این حالت اصلاح باید به طور عمده تابع تقویت گروه‌های خارج از حکومت مانند سازمان‌های غیردولتی، مؤسسات پژوهشی، گروه‌های مصرف‌کننده، سازمان‌های مردمی و عرضه‌کنندگان بخش خصوصی باشد که قادرند محیط عرضه خدمات عمومی را تحت تأثیر قرار دهند.

۲-۳) اصلاح نظام سلامت و اصلاح بخش عمومی (دولتی)

اصلاح سیاست‌ها و سازمان در محدوده نظام سلامت با تعریف سستی آن (مثلاً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) چیزی جز ادامه کار معمول نخواهد بود. از این رو، توجه بین‌المللی به اصلاح را باید فرصتی برای بازنگری در استراتژی‌های ارتقای وضعیت سلامت دانست که از راه پرداختن به اصلاح بخش عمومی (دولتی) در معنی وسیع آن، خصوصاً بخش‌هایی مانند آموزش و پرورش، کشاورزی، آب و فاضلاب، مسکن و شهرسازی، شهرداری و... حاصل می‌شود (Cassels, 1997). گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی نیز مؤید این نکته است که علل اغلب مشکلات جوامع بهداشتی ریشه در خارج از سیستم‌های بهداشتی و درمانی دارد (Blas, & Hearst, 2001). بر همین اساس در طرح استراتژی اصلاح نظام سلامت، تأکید ما بر اصلاح بخش عمومی خواهد بود. بسیاری از مداخله‌های به‌صرفه، به دلیل ناتوانی سازمان‌های عرضه خدمات به نوعی کارایی کمتر از حد انتظار می‌انجامد (Cassels, 1997). گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که در اغلب کشورها عمل‌کرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی

بسیار ضعیف است (Blas & Hearst, 2001). بقای بسیاری از دیوان‌سالاری‌های دولتی در گروهی آن است که اولویت‌ها را تعیین نکنند یا انتظارات خود را از کارکنان ارائه‌دهنده خدمات مشخص نسازند. در این حال از نظر سیاسی آسان‌تر خواهد بود که هدف‌های جذاب ولی امکان‌ناپذیر را تنظیم و اعلام کنند. ضمناً این سازمان‌های سنتی دغدغه آن را ندارند که خدمات هزینه‌اثر بخش باشد یا مصرف‌کنندگان بتوانند به سهولت از آن استفاده کنند.

در کشورهای در حال توسعه علاقه‌ای به دخیل کردن مدیران تخصصی برای اداره این سازمان‌ها وجود ندارد. در بسیاری از دیوان‌سالاری‌ها ظرفیت تصمیم‌گیری‌های استراتژیک یا اجرایی به این دلیل کم است که هیچ‌کس مسئولیت تام ندارد. ضمناً مدیران و کارکنانی که تجربه کار در سطح استراتژیک و سیاست‌گذاری دارند نیز بسیار معدودند. قسمت اعظم دوره‌های آموزش مدیریتی، بر مراقبت‌های اولیه استوار بوده و کم‌تر به مسائل مدیریتی بیمارستان‌ها توجه می‌شود. بنابراین «اصلاح سازمانی» باید هدف اصلی فرآیند اصلاح نظام سلامت قرار گیرد. به عبارت دیگر فرآیند اصلاح نظام سلامت بیش‌تر یک موضوع مدیریتی است تا یک موضوع اقتصادی و به یک برنامه جامع مدیریتی نیاز دارد تا بتواند موجب تغییر و دگرگونی اساسی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، بر مبنای اهداف سلامتی شود.

اصلاح نظام سلامت هم‌چنین محتاج اطلاعات جامعی است که بر پایه آن بتوان برای تخصیص منابع تصمیم گرفت؛ چرا که در بیش‌تر موارد دغدغه مسائل سازمانی، بهتر شدن جنبه‌های فنی کارها است تا کارایی حاصل از تخصیص بهتر منابع (Cassels, 1997). در اصلاح نظام سلامت بسیاری از سیاست‌های غیر عقلانی به این علت در حال اجرا است که دسترسی به اطلاعات کافی برای اتخاذ سیاست‌های صحیح بسیار دشوار است.

۳-۳) تحقیقات و اصلاح نظام سلامت

باید قبل از ایجاد تغییر و یا اصلاح در نظام سلامت، پژوهش‌ها و تحقیقات اساسی انجام شود.

چیزی که بیشتر مشاهده می‌شود این است که در عمل، انگیزه اصلاحات بیش‌تر ناشی از تعصب است تا تجربه و کار عملی. به عبارت دیگر موج تلاش‌های اصلاحات در نظام سلامت کمتر بر اساس تجربیات کشورها و تحقیق است، که چند علت برای این معضل می‌توان شمرد: الف) دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی مجری اصلاحات معمولاً علاقه‌ای به تحقیقات در چنین زمینه‌هایی ندارند.

ب) سنجش و اندازه‌گیری نتایج اصلاحات به سادگی امکان‌پذیر نیست.

ج) محققان بیش‌تر کشورهای در حال توسعه، منابع کمی در اختیار دارند.

د) محققان سایر کشورها (در صورت وجود و علاقه‌مندی) کم‌تر می‌توانند به جزئیات ضروری، وقایع محلی و نیز سازمان‌های مرکزی دسترسی داشته باشند (Hearst & Blas, 2001).

در هر حال افرادی که مسئولیت برنامه‌ریزی اصلاح را بر عهده دارند باید تا آن‌جا که ممکن است با استفاده از همه منابع، اندیشه‌ها، هم‌چنین تجارب اصلاحی داخل و خارج نظام سلامت کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، بتوانند استراتژی‌هایی را که آنان به کار بسته‌اند به دقت مطالعه و تجزیه و تحلیل کنند. از آن‌جا که تحلیل‌های سازمانی و مدیریتی در نظام سلامت بسیار عقب‌تر از پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی، جمعیتی و اقتصادی است، اهمیت سازمانی و مدیریتی اصلاحات در نوشته‌های جهانی دست کم گرفته می‌شود (Cassels, 1997).

در هر حال اصلاح نظام سلامت با هر کدام از این شیوه‌ها اما بدون اصلاح سازمانی به نتایج خود نخواهد رسید و برای اصلاح سازمانی نیز باید به فکر یک برنامه جامع، پویا و کاربردی بود. روش‌های سنتی اصلاح مانند تمرکززدایی، تعدیل، طراحی مجدد مشاغل و توسعه سازمانی به سبب جزئی‌نگری و نگرش غیر نظام‌مند راه به جایی نمی‌برند. ضمناً همان‌گونه که قبلاً گفته شد هر قدر سطح تغییر بالاتر باشد، تأثیرات و ماندگاری اصلاح بیش‌تر است و امکان موفقیت افزایش می‌یابد.

فرنگ برای تعیین رابطه میان سطوح تغییر و هدف‌های حاصل از آن‌ها چهار سطح

تعیین کرده است: الف) نظام‌مند؛ ب) برنامه‌ای؛ ج) سازمانی، د) ابزاری (Frenk, 1994). او تغییر در هر سطح را به علاقه‌مندی به تحقق هدف‌های مختلف سیاسی پیوند می‌دهد. تغییر در سطح نظام‌مند به تأمین «برابری» - یکی از اهداف اساسی اصلاح - از طریق اصلاح و برقراری پیوند سازمانی میان مسئولان اصلی نظام سلامت - مانند وزارتخانه‌های بهداشت، آموزش و پرورش، کشاورزی و... - تأکید می‌کند؛ تغییر در سطح برنامه‌ای از راه تعریف مجموعه خدمات هزینه‌اثربخش با «کارایی تخصیص منابع» سروکار دارد؛ تغییر در سطح سازمانی در بند «تضمین کارایی فنی» از راه افزایش بهره‌وری و ارتقای کیفیت است؛ و دست آخر تغییر در سطح ابزاری «اطلاعات» لازم، برای بهبود عملکرد را فراهم می‌سازد (Cassels, 1997). بنابراین مدیران و مسئولان نظام سلامت، می‌بایستی اصلاح این نظام را در درون نظام‌های دولتی و یا به موازات اصلاح آن‌ها قرار دهند.

طراحی و اصلاح سازمان‌های بزرگ، دولتی یا خصوصی تنها جنبه فنی ندارد. اندیشه‌ها، فرهنگ و ایدئولوژی تفاوت‌های واقعی را سبب می‌شود. این عامل‌ها از یک طرف در شکل‌گیری شیوه کار مسئولان در طراحی و اصلاح سازمان‌ها اثر دارند و از طرف دیگر در عکس‌العمل‌های افرادی که در این سازمان‌ها کار می‌کنند مؤثرند. بنابراین برنامه و روش مدیریتی که برای اصلاح انتخاب می‌شود می‌بایستی علاوه بر تغییرات فنی، قادر به تغییر فرهنگ سازمانی مطابق با اهداف اصلاح باشد.

۴) نظریه‌های عمده مدیریتی

چهار نظریه عمده مدیریتی برای اصلاح نظام‌های دولتی مطرح شده است که ویژگی‌های عمده آن‌ها به این صورت خلاصه شده است:

۴-۱ دیوان سالاری سنتی

این نظریه شایع ترین مجموعه از اندیشه‌های مربوط به سازمان‌های بزرگ است که به عقاید نظریه پرداز بزرگ، ماکس وبر، و دیگر دانشمندان کلاسیک، مانند هنری فایول (Henri Fayol)، در آمیخته است. در این نظریه تأکید بر ساختار، شرح مشاغل و زنجیره سلسله مراتب اختیارات و مسئولیت پذیری در برابر وظایف مد نظر قرار دارد. در این مکتب انگیزه اصلی برای رفتار در سازمان، «وظیفه» تلقی می‌شود و این پاداش مادی در قبال خدمات درازمدت است که در ترکیبی از امنیت شغلی، امید به ترقی و بالا رفتن دست‌مزد سبب عملکرد خوب می‌شود.

۴-۲ مدیریت نوین دولتی

در این نظریه تأکید بر آن است که سازمان‌ها بیش تر شبیه شرکت‌های موجود در بازار اداره شوند و به نوعی افراد یا گروه‌های کوچک اولاً در معرض نوعی رقابت با یکدیگر قرار گیرند، ثانیاً تا آن‌جا که ممکن است مستقیم‌تر و وسیع‌تر در مقابل کار خود پاداش دریافت کنند. انگیزه اصلی برای رفتار در داخل این سازمان‌ها منافع مادی کوتاه مدت اشخاص است.

اتصال کارکنان به سازمان و تعهد سازمان در برابر آن‌ها محدود و از هر دو سمت مشروط به ملاحظات کوتاه مدت است. در این نظریه همانند بوروکراسی سنتی، پاییدن عمل کرد «تک تک افراد»، از ضروریات است. لیکن در این شیوه مدیریتی معیار سنجش بیش تر معطوف به برون‌دادها - اثربخشی است. بیش تر کشورهای در حال توسعه برای اصلاح نظام دولتی خود از اصول این شیوه مدیریتی استفاده کرده‌اند.

۴-۳ دانش حرفه‌ای

ریشه این اندیشه آن است که افراد به این دلیل خوب کار می‌کنند که در حرفه‌های خود از

آموزش، تخصص و تبحر لازم برخوردارند (ارزش‌های حرفه‌ای یا تخصصی) و بدین ترتیب به افراد اعتماد شده و کارشان به شکل محسوس کنترل نمی‌شود. این نظریه نوعی نظام «علائق دوگانه» برای سازمان و تخصص مربوط است (Morre, 1997).

۴-۴) مدیریت جامع کیفیت* (TQM)

ریشه این تفکر به کارهای ارزنده دکتر ادواردز دمنینگ (Edwards Deming) و دیگر متخصصان کیفیت در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم در صنایع تخریب شده ژاپن برمی‌گردد. در غرب ابتدا بخش خصوصی از این نظریه استقبال کرد و به سبب تأثیرات شگرف آن در این بخش - خصوصاً صنعت - اخیراً این پارادایم مدیریتی وارد نظام‌های دولتی و خدماتی کشورهای مختلف شده است. اگرچه تجربه اجرای آن در سازمان دولتی، خصوصاً سازمان‌های نظام سلامت اندک است ولی یک رویکرد اساسی برای مدیریت آن‌ها تلقی می‌شود.

این نظریه تفاوت‌های بنیادی و اساسی با سه رویکرد قبلی دارد. مدیریت جامع کیفیت با تمرکز بر روی مشتری‌ها، تمرکز بر فرآیندها و سیستم‌ها، تاکید بر ارتقای مستمر خدمات، توانمندسازی (Empowering) کارکنان، ترویج کار تیمی و همکاری و ایجاد یک دیدگاه استراتژیک در مدیران و کارکنان، زمینه را برای اصلاح و پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات سلامتی جامعه فراهم می‌سازد. با این حال درباره اجرای این رویکرد مدیریتی در صنعت و نظام ارائه خدمات تجربیات موفق و ناموفق بسیاری وجود دارد. اجماع نظر صاحب‌نظران بر این است که شکست‌ها از درک نادرست تفکر مدیریت جامع کیفیت، شروع نادرست، و اجرای غیرمؤثر ناشی می‌شود، نه از اصول آن. برای اجرای مدیریت جامع کیفیت یک روش یا نسخه آماده و واحد وجود ندارد که بتوان مطابق آن در همه

* Total Quality Management

سازمان‌ها عمل کرد، بلکه باید هر سازمان و نظامی خود راه خود را پیدا کند و بر اساس شرایط موجود و تجربیات و یادگیری به اجرای مدیریت جامع کیفیت اقدام کند. اگرچه شکل‌گیری مدیریت جامع کیفیت سال‌ها طول کشیده و یک سیر تدریجی داشته است ولی به‌کارگیری صحیح آن، انقلابی در نحوه اداره سازمان‌ها و عمل کرد آن‌ها به وجود آورده است.

تعریف‌های مختلفی از مدیریت جامع کیفیت ارائه شده است ولی هنوز یک تعریف قابل قبول برای همگان وجود ندارد. این تعاریف شامل ردیفی از واژه‌ها و عبارات کلیدی بدین شرح است:

- (مدیریت جامع کیفیت) یک روی‌کرد مدیریتی، سیستماتیک، منظم و سازمان‌شمول است.

- به دنبال برتری عمل‌کرد، دستیابی به اهداف استراتژیک و موفقیت درازمدت است.
- بر روی مشتری‌ها متمرکز است و اساس آن را پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها تشکیل می‌دهد.

- کیفیت محور است و بر ارتقای مستمر فرآیندها، انجام درست کار درست برای بار اول و همیشه تأکید می‌کند.

- متکی بر مشارکت همه کارکنان و کار تیمی است.

- مبتنی بر حقایق (داده‌ها) است.

حال تعریف الین بیچ (Elain Biech) ارائه می‌شود که تا حدودی بیانگر ابعاد مختلف این روی‌کرد مدیریتی است:

«مدیریت جامع کیفیت فرآیندی است متمرکز بر روی مشتری‌ها، کیفیت محور، مبتنی بر حقایق، متکی بر تیم‌ها که برای دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان از طریق ارتقای مستمر فرآیندها، از طرف مدیریت ارشد سازمان رهبری می‌شود».

در حقیقت مدیریت جامع کیفیت، نوعی فلسفه مدیریتی است. این تفکر باید به خوبی درک و سپس پیاده شود تا در عمل کرد یک سازمان تحول اساسی به وجود آورد.

مشتری محوری، فرآیندگرایی و ارتقای مستمر هسته مرکزی، فلسفه مدیریت جامع کیفیت را تشکیل می‌دهند. در این پارادایم جدید مدیریتی، کیفیت را مشتری تعریف می‌کند و همه کارهای سازمانی با توجه به پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها انجام می‌گیرد. پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها نیز فقط و فقط به وسیله «مدیریت فرآیندها» امکان‌پذیر است. مدیریت فرآیند خود فرآیندی است که با شناسایی فرآیندهای اصلی و کلیدی سازمان شروع می‌شود. این فرآیندها از طرف تیم‌های فرابخشی مالکیت می‌شوند. سپس اهداف آنها مشخص شده و عمل‌کرد آنها دائماً پابنده و سنجش می‌شود تا اطمینان حاصل شود که فرآیندها به اهداف خود نایل می‌شوند. اهداف همواره در راستای پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها است. در صورت محقق نشدن اهداف، فرآیندها به لحاظ علمی ارتقا داده می‌شوند. ارتقا پایان‌ناپذیر و جستجوگرانه است و منجر به یافتن ریشه مشکلات و حل آنها می‌شود. بنابراین برای پیش‌گیری از بروز خطاها و اشتباهات باید فرآیندها و سیستم‌ها به‌طور مستمر ارتقا داده شوند.

در پارادایم جدید قدرت و رهبری در سازمان توزیع می‌شود؛ بدین معنی که صاحبان فرآیندها با قدرت حاصل از توانمندسازی برای ارتقای فرآیندها تصمیم‌گیری و اقدام می‌کنند و مدیران رهبری کلی حرکت را بر عهده دارند. باید توجه داشت که وظایف حساس مدیران تفویض شدنی نیست. رهبری آنان و الگو و مربی بودنشان، فرهنگ سازمانی مناسب را برای ورود کارکنان به صحنه تلاش‌های ارتقای کیفیت فراهم می‌کند.

بحث در باب مدیریت جامع اساساً بسیار پرحاشیه‌تر و عمیق است. در این‌جا به ذکر این نکته بسنده می‌شود که درک صحیح تفکر مدیریت جامع کیفیت از طرف مسئولان و مدیران نظام‌های دولتی پیش‌شرط موفقیت برنامه‌های اصلاحی است. با توجه به این که

برنامه مدیریت جامع کیفیت دقیقاً منطبق بر حکمت وجودی سازمان‌ها است، درک آن آسان است ولی اجرا و تحقق آن در عمل بسیار مشکل و زمان بر بوده و نیاز به برنامه‌ریزی، صبر و استقامت دارد. همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد، شکست این تفکر مدیریتی در اغلب موارد به مشکلات اجرایی مربوط برمی‌گردد تا به ماهیت و اصول آن: انتخاب درست، تبیین مراحل اجرایی، ایجاد زبان مشترک و اجرای برنامه‌ریزی شده آن یک ضرورت انکارناپذیر است. همچنین باید توجه داشت که تا حدود دو سال پس از شروع فعالیت‌های اجرایی آن در یک سازمان، تغییرات چشم‌گیری به وجود نمی‌آید؛ در حالی که در این مدت انرژی لازم برای تحول در سازمان ذخیره می‌شود. بنابراین اگر مدیران درک عمیقی از آنچه در حال تحقق است نداشته باشند و عملاً خود را درگیر نکنند، در حرکت آغاز شده یا سستی به وجود می‌آید و یا این که به کلی متوقف می‌شود.

همان گونه که در ابتدای بحث اشاره شد ضرورت اصلاح نظام‌های سلامت در جهان، به سبب ناتوانی آن‌ها در پاسخ‌گویی به نیازها، همچنین انتظارات جدید و رو به تحول نظام سلامت است؛ ضمناً گفته شد اصلاح سازمانی می‌بایستی در مرکز فرآیند اصلاح نظام سلامت قرار گیرد. پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات مشتریان و نیز قابلیت ایجاد تغییر و تحول اساسی در سازمان‌ها، استراتژی پیشنهادی ما برای اصلاح نظام سلامت مدیریت جامع کیفیت است. با ذکر این نکته که این رویکرد زمانی آثار خود را ظاهر می‌کند که با یک عزم و تصمیم ملی در همه نظام‌های دولتی کشور به اجرا گذاشته شود. فقط با چنین اقدامی می‌توان با اصلاح فرآیندهای کلیدی بین بخشی، از جمله فرآیندهای قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌های کلان و تاثیرگذار، به تحول اساسی در نظام اداری کشور و اصلاح نظام سلامت دست یافت (لامعی، ۱۳۸۲).

۵) بحث و نتیجه گیری

در دو دهه اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته‌اند. اگرچه اهداف اصلاحات بر حسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی، در ظاهر می‌تواند متفاوت از هم باشد، ولی در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامتی، هدف اصلی هر نظام اصلاحی است. بر این اساس در کشورهای توسعه یافته از نیمه دوم دهه ۸۰ و در کشورهای در حال توسعه از دهه ۹۰ گرایش قوی درخصوص با اصلاح نظام سلامت با محوریت بازار، یعنی استفاده از سازوکارهای اقتصادی آزاد، شکل گرفته است. محتوای این اصلاحات حول سه محور در گردش است:

الف) تجدید ساختار بخش دولتی.

ب) خصوصی سازی.

ج) دریافت بخشی از هزینه‌های خدمات از مصرف‌کنندگان.

علی رغم اتفاق نظر در این موارد و نیز تلاش‌های انجام گرفته، بیشتر برنامه‌های اصلاحی به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، به اهداف در نظر گرفته شده نایل نشده‌اند؛ که مهم‌ترین علل آن را می‌توان چنین برشمرد:

الف) فقدان رهبری سیاسی و تعهد بلندمدت به برنامه‌های اصلاحی.

ب) شروع عجولانه و غلط برنامه‌های اصلاحی به طوری که این برنامه‌ها بر پایه تحقیقات و بررسی‌های عملی نیستند.

ج) الگوبرداری صرف از کشورهای توسعه یافته، درحالی‌که شرایط سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی این کشورها با کشورهای در حال توسعه انطباق پذیر نیست.

د) محور قراردادن مسائل اقتصادی به‌جای نگرش مدیریتی و توجه به اهداف و منافع

کوتاه مدت به جای نگرش استراتژیک، هم چنین اصلاح زیربنایی و مستمر و تأکید بر مشکلات سستی سلامت مانند مسائل اپیدمیولوژیکی و دموگرافیکی به جای مسائل سازمانی و مدیریتی. (ه) اجرای برنامه های اصلاح در سطوح محیطی و پایینی محدوده سستی نظام سلامت، در حالی که با توجه به ماهیت چند بخشی مشکلات سلامت، فرآیند اصلاح باید شامل کل نظام های دولتی باشد.

(و) خلط شدن بحث محتوای اصلاح با فرآیند اصلاح، به طوری که اصلاح نظام سلامت با سلسله ای از تجویزهای خاص معادل می شود؛ مانند عقد قراردادهای واگذاری خدمات، تجدید ساختار بخش عمومی، تعیین سهم مصرف کننده، هزینه - اثربخش کردن مجموعه خدمات.

(ز) استفاده از راهبردهای سستی تغییر و تحول سازمانی مانند تمرکززدایی، طراحی مجدد مشاغل و توسعه سازمانی.

(ح) مقاومت صاحبان قدرت و دیوان سالاری های سستی در برابر فرآیند اصلاح.

(ط) در اختیار نداشتن یک برنامه و فکر مدیریتی جامع، پویا و کاربردی برای تغییر و تحول سازمانی.

توجه به تک تک موارد بالا می تواند به موفقیت برنامه های اصلاحی هم در مرحله برنامه ریزی و هم در مرحله اجرایی منجر شود. در هر حال اصلاح ریشه ای بدون رهبری سیاسی توانا و بدون اتکا به یک تفکر و برنامه مدیریتی جامع و کاربردی که در بردارنده اهداف اصلاحات یعنی پاسخ گویی به نیازها و انتظارات جامعه باشد، امکان پذیر نیست. با توجه به ابعاد این برنامه که پاسخ گویی به نیازها و انتظارات مشتری در مرکز ثقل آن قرار دارد، و نیز توانایی در ایجاد تغییر و تحول بنیادی و مستمر در سازمانها مطابق اهداف مورد نظر، راهبرد پیشنهادی ما برای اصلاح کل نظام های دولتی، اجرا و استقرار این تفکر مدیریتی است.

- ۱- لامعی، ابوالفتح (۱۳۸۲). مدیریت جامع کیفیت: اصول، کاربرد و درس‌هایی از یک تجربه. طب نوین.
- 2- Blas, E. & Limbambala M. (2001). "**The challenge of hospital in health sector reform: the case of Zambia**". Health policy and planning; 16 (suppl2): 29-43. oxford university press.
- 3- Cassels, A. (1997). "**Health sector reform : key issues in less developed countries**", WHO. Geneva.
- 4- Hearst, N.&E. Blas (2001), "**learning from experience: research on health sector reform in developing world**". Health policy and planning ;16 (suppl 2):1-3. oxford university press.
- 5- Maynard, A.(1994). "**Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. NHS**". soc.sci.,vol.39,no.10,pp.1433-45.
- 6- Morre, M. (1997). "**Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance**". WHO. Geneva.
- 7- Serghis, D.(1998) "**Why hospital privatisation is bad for patients and nurses**", Australian Nursing , North Fitzroy, vol.6, Iss.3.3-20.
- 8- The World Bank (2001). "**Health sector reform in Bolivia: A Decentralization Case study**". A World Bank Country Study. Washington D.C.
- 9- The World Bank (1987). "**Financing Health services: An Agenda for Reform**".