اصلاح نظام سلامت

دكتر سيامك عقلمند*، دكتر ابوالقاسم پوررضا**

در دو دهة اخير به دنبال ناتواني نظام هاي سلامت در پاسخگويي به نيازها و انتظارات جديد بهداشتي و درماني، گرايشي بين‌المللي قوي در خصوص اصلاح نظام سلامته با استفاده از سازوكار بازار، شكل گرفته است . نتايج حاصل از مطالعات اين سيستم حاكي از آن است كه در اغلب موارد نتايج ي كه انتظار مي‌رفت حاصل نشده است. خلط بحث محتواي اصلاح با فرآيند اصلاح يكي از علل عمدة شكست اين برنامه است. در حالي كه محتواي اصلاح به حوزه هاي كاركردي نظام‌هاي سلامت اشاره دارد (موضوع چيستي)، فرآيند اصلاح در باب راهبرده‌اي نيل به اهداف اصلاحي به بحث مي‌پردازد (موضوع چگونگي) اصلاح سازماني در مركز يك فرآيند اصلاح قرار دارد و به عبارت ديگر بحث فرآيند اصلاح يك موضوع مديريتي است تا سياسي واقتصادي . بنابراين لازمة اجراي موفقيت‌آميز اين فرآيند، اتكا به يك برنامه و تفكر مديريتي جامع و كاربردي

* دانشجوي دكتراي مديريت خدمات بهداشتي و درماني، دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني تهران .
<siamakaghlmand@yahoo.com>
** عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني تهران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

است. به هر اندازه که این برنامه در سطوح بالاتر به اجرا گذاشته شود، امکان موفقیت و تاثیرگذاري آن افزایش مي‌یابد؛ چرا که با فرآیندهاي کلیدي بین بخشي ارتباط پیدا مي‌کند. این تفکر باید از یك طرف پاسخ گوي نیازها و تقاضاهاي جدید ودر حال تغییر جامعه باشد و از طرف دیگر تغییر و اصلاح سازماني را در بطن خود پیش ببرد. برنامه و تفکر «مدیریت جامع کیفیت»، واجد چنین خصوصیاتي است. از این رو شاید تنها گزینة ما براي اصلاحي موفق در نظام سلامت، استقرار این پارادایم مدیریتي باشد.

کلید واژه‌ها: اصلاح سازماني، اصلاح نظام سلامت، بازار محوري، فرآیند اصلاح، مدیریت جامع کیفیت

تاریخ دریافت مقاله: 1383/2/30 تاریخ پذیرش مقاله: 1383/5/19

مقدمه

کاربرد اصطلاح واژة «اصلاح نظام سلامت» (Health sector Reform) در نوشته‌هاي مربوط به ارتقاي سلامتي (Health Promotion) روز افزون شده است. این توجه جهاني سبب شده است که در کشورها ي درحال توسعه نیز راهبردها و گزینه‌هاي رسیدن به هدفهاي نظام سلامتي (Health Policy) افزایش یابد. پس از سال ها گفت‌وگوي بي‌حاصل دربارة راه هاي نیل به مراقبت هاي اولیة بهداشتي اکنون پرداختن به این موضوع جذاب و چالش برانگیز شده است (Cassels, 1997).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

به‌دنبال درك اهميت موضوع سلامتي به عنوان اصلي‌ترين محور توسعة پايدار (Sustainable Development)، از طرف مقامات سياسي جهان، از اواخر نيمة اول قرن بيستم بشر شاهد سه نسل اصلاحات در نظام سلامت، بوده است. اين توجهات و حركت‌ها معمولاً از نيم‌كرة شمالي به جنوب و از غرب به شرق گسترش يافته است (Whitehead and others، 2001). اولين نسل اصلاحات دردهه‌هاي 40 و 50، موجب استقرار نظام ملي مراقبت‌هاي بهداشتي و درماني (National Health Care Systems) در كشورهاي جهان شد. اين نظام‌ها طي دهة 60 ، به دنبال افزايش هزينه‌ها خصوصاً به سبب رشد حجم و نوع خدمات بيمارستاني، شديداً تحت فشار قرار گرفتند. در اثر بحران هاي نفتي و ركود اقتصادي، از اوايل دهة 70 فشار ناشي از افزايش هزينه‌ها تشديد شد و زمينه را براي ايجاد اصلاحات ديگري در سطح بين المللي فراهم كرد. دومين نسل اصلاحات، «مراقبت‌هاي بهداشتي اوليه» را به عنوان يكي از حقوق اساسي همه مردم جهان ، با شعار «بهداشت براي همه تا سال 2000» مطرح كرد. علي‌رغم توفيقات اوليه، اين اصلاحات توقعات عمومي از كيفيت خدمات، پاسخ گوئي و مسئوليت پذيري را برآورده نساخت. ضمناً تأكيد بر مراقبت هاي اوليه بهداشتي عموماً در تعارض با سيستم هاي درماني و پزشكي بود كه بيشتر بر مراقبت هاي بيمارستاني تأكيد مي‌كردند.

با اين اوصاف و نيز تغيرات وسيع سياسي و اقتصادي در سطح جهان، سومين نسل اصلاحات از نيمة دوم دهة 80 پديد آمده است . اهداف اصلي اين اصلاحات بهبود وضعيت كلي سلامتي، رضاي تمندي دريافتكنندگان خدمات، كارآئي فني تخصيص منابع و هم‌چنين برابري در دسترسي به مراقبت‌هاي بهداشتي و درماني است. عناصر اصلي اين اصلاحات شامل موارد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

زير هستند (Hearst & Blas, 2002) :

ـ تجديد ساختار نظام سلامت وا بسته به دولت (بخش عمومي)؛ مانند تمركززدا يي و تعديل (Downsizing).

ـ انعقاد قراردادهاي واگذاري خدمات به بخش خصوصي (خصوصيسازي).

ـ استفاده از پرداخت هاي، مختص خدماترساني عمومي مصرفكنندگان، بهمنظور بهبود وضعيت مالي بخش دولتي.

هدف اين اصلاحات پاسخگوئي به تقاضاهي بهداشتي و درماني با استفاده از ساز وكار بازار يعني (بازار محوري) است (Whitehead and others، 2001). به لحاظ ايدئولوژيكي اين اصلاحات در پي ايجاد شرايط مناسب بهمنظور ايجاد توان انتخاب براي گيرندگان خدمت و نيز مس ئوليتپذيري ارائه دهندگان خدمت است. در حالي كه اولين و دومين نسل از اصلاحات نظام سلامت در «عرضه» تأكيد ميكردند، سومين نسل اصلاحات نگاه خود را بيشتر بر «تقاضا» معطوف كرده است . اولين مشكل فراروي اين اصلاحات ، پاسخگوئي به نيازهاي اساسي سلامتي است، چرا كه در بسياري از موارد نيازهاي حقيقي به تقاضا تبديل نميشود، و فقر ميتواند يكي ازعلل عمدة آن باشد. (Hearst & Blas، 2001). بنابراين تشديد نابرابري يكي از خطرات اجراي اين سياستها است. طرح كلي اين اصلاحات در 1987 از طرف بانك جهاني منتشر شد و سياست مطرح شده ، يعني پرداخت هاي مصرفكنندگان براي خدمات عمومي ، از دهة 90 در كانون توجه كشورهاي در حال توسعه قرار گرفت (Whitehead and other، 2001). دراين مقاله كه حاصل مطالعة متون و مقالات راجع به اصلاح نظام سلامت است، سعي شده است به اين سئوالات در حد مقدور پاسخ داده شود:

ـ ضرورت اصلاح نظام سلامت در كشورها ي توسعه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

يافته ودر حال توسعه از جمله ايران چيست؟
ـ اهداف ومحتواي اصلاح نظام سلامت در كشورهاي توسعه يافته ودر حال توسعه چيست؟
ـ پيش نيازهاي عمده در اجراي اين اصلاح شامل چه مواردي است ؟
ـ استراتژي اصلي اتخاذ شده براي ايجاد تغيير در جهان شامل چه مواردي است؟
ـ آيا بر اساس تجربة ساير كشورها، مي توان استراتژي جامعي را كه امكان نيل به اهداف اصلاحات در آن بسيار باشد پيشنهاد كرد؟

بر اين اساس، مطالب طرحشده به ترتيب، در سه بخش زير، تجزيه و تحليل ميشود:
الف) ضرورت اصلاح نظام سلامت.
ب) اهداف ومحتواي اصلاح.
ج) فرآيند اصلاح.

1) ضرورت اصلاح نظام سلامت

اگر چه ممكن است علل نياز به اصلاحات در نظام سلامت در حال تغيير باشد ، ولي مسائل مشتركي كه كشورهاي درحال توسعه با آن روبهرو هستند به نحو نگران كننده اي ثابت است. سه علت اساسي كه اصلاح نظام سلامت در كشورهاي در حال توسعه را ضروري ميسازد عبارتند از :

1ـ1) مصرف ناكاراي منابع محدود

اعتبارات مالي، صرف خدماتي ميشود كه تناسب ونيز هزينة اثربخش محدودي دارند. بيشتر منابع مالي بخش سلامت، صرف حقوق و دستمزد كاركنان اين بخش ميشود. هزينههاي مراقبتهاي سطح دوم و سوم در قياس با مراقبتهاي اوليه به مراتب بيش تر است. اعتبارات در جاهايي هزينه ميشود كه كمتر به آن

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

احتياج دارند. كنترل اين كه وجوه ، صرف چه كارهايي مي‌شود دشوار است و شيوة تدارك كالاها و خدمات، عملاً پول را از ارزش تهي مي‌كنند.

2ـ1) دسترسي ناكافي به مراقبت‌هاي لازم

اين مشكل از عوامل مختلفي مانند فقر، بعد مسافت، سن، جنس و بي‌كاري ناشي مي‌شود. فراهم نبودن برخي خدمات براي درمان بيماري هاي خاص مانند بيماري‌هاي سرايت‌يابنده از راه تماس جنسي و مديريت نادرست خدمات.

3ـ1) پاسخگو نبودن به نيازها وانتظارات مردم

مردم نمي‌توانند خدمات با كيفيت نامطلوب را به صرف ارائة آن‌ها بپذيرند. به همين سبب استفاده از بسياري از خدمات به مراتب كم‌تر از آن است كه انتظار مي‌رود. مردم در بخش‌هاي عمومي (دولتي) با كاركناني روبه‌رو مي‌شوند كه انگيزه و آموزش كافي نديده‌اند، صف‌هاي انتظار طولاني است، و ساعت‌هاي كارمراكز در قياس با كار مردم نامناسب است . داروها و وسايل، كافي نيست و از خلوت و حريم و رعايت حقوق بيمار اثري نيست . در بخش خصوصي، مردم د ر خطر سو ءاستفادة مالي قرار دارند ، بي‌آنكه براي ايمن بودن آنان از درمان هاي مخاطره‌آميز تضميني وجود داشته باشد (Cassels, 1997). نظام سلامت ايران نيز بر پاي ة الگوي مراقبت‌هاي اولية بهداشتي بنا نهاده شده است. مقايسة برخي از شاخص‌هاي مهم سلامت از زمان آغاز استقرار و گسترش نظام سلام ت در ايران با حدود دوازده سال پس از آن ، نشان‌دهندة دستاوردهاي مهمي است ؛ مانند افزايش اميد به زندگي در بدو تولد به ميزان 4سال، كاهش رشد جمعيت از 3/2 به 1/4 درصد، كاهش ميزان مرگ كودكان زير پنج سال از 70 به 33

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

در هزار تولد زنده، كاهش ميزان مرگ شيرخواران زير يك سال از 51 به 26 در هزار تولد زنده وكاهش ميزان مرگ زنان به سبب عوارض بارداري و زايمان از 140 به 37 در يكصدهزار تولد زنده. اين دستاوردها بيانگر اين موضوع است كه نظام ارائة خدمات در پاسخگوئي به نيازها و تقاضاهاي اوليه سلامتي موفق بوده است ولي بهتدريج و همانند كل جهان به دليل تغييرات وسيع و سريع در نيازها و تقاضاهاي سلامتي، نظام سلامتي در ايران نيز با مشكلات و چالشهاي جدي روبهرو شده است كه اهم آنها عبارتند از:

الف) نابرابري در دست رسي به خدمات سطح دوم وسوم.

ب) ناهماهنگي سطوح مختلف ارائة خدمات.

ج) ناكافي بودن منابع مالي ونامناسب بودن نحوة تخصيص آنها.

د) افزايش سرسام آور هزينههاي درماني.

هـ) پاسخگو نبودن به نيازها ي جديد ناشي از گذر جمعيتي اپيدميولوژيكي و اقتصادي.

و) كيفيت نامناسب خدمات.

تمامي موارد ياد شده سبب شده است كه نارضايتي ازنظام سلامت كشور روز به روز افزايش يابد و مسئولان و سياستگذاران نظام سلامت را بر آن دا رد تا براي پاسخگوئي به نيازها و تقاضاهاي بهداشتي و درماني جامعه و ايجاد اصلاح وتحول در نظام سلامت دست به اقدامات مختلفي بزنند. علي‌رغم اينكه برخي از اين اقدامات نسبتاً مؤثر بوده اند ولي به علت تنوع آنها از يك طرف و برخورد مكانيكي و اداري با آنها، به جاي تبديل شدن اين اقدامات به يك روش پويا و درك شدني، اغلب در ايجاد اصلاحات لازمه ناكام بوده اند (لامعي، 1382). بخشي از نارسائي هاي فوق ريشة اقتصادي دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

به عنوان مثال کل هزينة سرانة اختصاص داده شده به بخش سلامت در كشورهاي در حال توسعه ، به زحمت بيش از 2 درصد مبلغي است كه در كشورهاي توسعه‌يافته هزينه مي شود (Cassels, 1997). همين برداشت عجولانه از علل و عوامل مربوط به نارسائي نظام سلامت است كه موجب آغاز اصلاحات در كشورهاي درحال توسعه با محوريت بهبود توان مالي و اقتصادي شده است . حال آن‌كه اهداف موردنظر يا محقق نشده‌اند و يا در صورت تحقق برخي از آن ها، مشكلات جديدي گريبان‌گير نظام سلامت شده است . اين در حالي است كه نتايج مطالعات حاكي از آن است كه در كشورهاي توسعه يافته نيز اصلاحات نتوانسته است نتايجي كه انتظار آن‌ها مي‌رفت را آن طور كه بايد وشايد در پي داشته باشد (Serghis, 1998).

2) اهداف ومحتواي اصلاح نظام سلامت

مسائل مربوط به سلامتي يا سياست هاي آن موضوع تازه‌اي نيست و سال ها است كه دولت ها به كمك سازمان‌هاي كمك‌كننده در صدد حل آن‌ها هستند. روشن است كه به فرآيند اصلاح بايد فراتر از تعريف دوبارة هدف‌هاي سياستي و بحث دربارة جهت‌گيري‌هاي ايدئولوژيك نظام مراقبت هاي بهداشتي و درماني نگاه شود. بايد توجه داشت كه بحث محتواي اصلاحات از بحث فرآيند اصلاح مجزا است. محتواي اصلاحات را اهداف و سياست‌هاي نظام موجود و ميزان توسعه‌يافتگي كشور مشخص مي‌كند، حال آن‌كه فرآيند اصلاح، استراتژي نيل به اهداف اصلاحات را در بر مي‌گيرد. موضوع مهمي كه اغلب در ميان بحث هاي محتوايي گم شده ويا در بسياري ازموارد با آن خلط مي‌شود ـ و از همين جا مشكلات فراروي اصلاح ات چنان در هم گره مي خورد كه باز كردن آن امري محال مي‌شود ـ همين بي‌توجهي به فرآيند اصلاح است

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

كه اين خطر را پديد مي آورد كه اصلاح نظام سلامت معادل سلسله‌اي از تجويزهاي خاص تلقي شود؛ مانند سازوكارهاي كنترل شدة بازار، تعيين سهم مصرفكننده، كوچك كردن حجم بخش دولتي، هزينة اثربخش كردن مجموع ة خدمات خصوصي سازي و ديگر دام هايي كه اغلب كشورهاي در حال توسعه و برخي از كشوره اي توسعه‌يافته در آن گرفتار شده اند. در مقابل، فرآيند اصلاح، همان فرآيند تغيير است. واژة اصلاح تغييري بنيادي، نه جزئي، و تكاملي را ايجاب مي كند. اصلاحات، بيشتر فرآيندي مستمر، پويا و هدفدار است تا كاري مقطعي و يكباره. هدف اصلاح، تغيير ارتقاي دست آوردهاي سياست كلي سلامت است. بديهي است بدون تغيير سازمان هاي نظام سلامت، مديريت اين نظام قادر نخواهد بود كه سازمان‌هاي نظام سلامت را مط ابق با آن چه اهداف سياست‌هاي سلامتي ايجاب مي‌كند تغيير داده و متحول سازد. غالباً اهداف اصلاحات را ميزان توسعه‌يافتگي كشورها تعيين مي كند. در كشورها ي توسعه‌يافته اصلاح نظام سلامت براي مقابله با بي رمقي رشد اقتصادي، جمعيت رو به كهن‌سال شدن، توقعات و انتظارات روز افزون مردم و افزايش هزين ة تكنولوژي‌هاي پزشكي طراحي مي شود. در كشورهاي در حال توسعه اصلاح بايد به منظور گسترش پوشش هاي خدمات اساسي جمعيت هاي محروم، ارتقاي كيفيت خدمات، توزيع برابر منابع و هماهنگ كردن سطوح مختلف ارائة، خدمات طراحي شود. گذشته از تقابل محتوا و فرآيند اصلاح (موضوع چيستي در مقابل چگونگي آن) در بعد محتواي اصلاح نيز تعارضاتي مشاهده مي‌شود. ضمناً اين خطر وجود دارد كه اصلاح نظام سلامت به شكل ساده انگارانه‌اي با يك يا چند حوزة زير برابر دانسته شود. به لحاظ محتوايي شايع‌ترين و مهم‌ترين محورهاي اصلاح نظام سلامت را مي‌توان در سه حوزة زير طبقه‌بندي كرد:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

2ـ1) حوزة تجديد ساختار بخش عمومي (دولتي)

وقتي تنگناي بودجه اي وجود دارد، معمولاً تعديل يا به عبارت بهتر كاستن از نيروي انساني مهم ترين راه افزايش كارايي به نظر مي رسد، ولي توفيق در اين راه در كشورهايي كه از اين سياست استف اده كرده اند اندك بوده است . چه به سبب دشواريهاي سياسي تعديل نيرو، و چه به اين سبب كه كاستن از حجم نيروي كار به تنهايي آن اندازه نيرو آزاد نمي‌كند كه سط ح پرداختها براي بازماندگان جذاب باشد. در واقع اگر تعديل نيروي انساني به تنهايي صورت گيرد ممكن است نتايج معكوسي راعايد دولت كند.

«راه اندازي نهادها» اجراي نوع ديگري از تجديد ساختار به منظور جداسازي كاركردهاي سياسي و اجرائي است . اگر نهادهاي اجرائي نتوانند در قالب بودج ة محدود خود را با كارايي تام اداره كنند، به جاي حل مشكلات ، خود مي توانند منشاء بروز مسائل و مشكلات بسيار شوند.

مهم‌ترين و شايع‌ترين نوع تجديد ساختار ، تمركززدائي است. تمركززدائي غالباً معادل انتقال مسئوليت به سازمان‌هاي محلي تلقي مي‌شود. اين كار دستكم در تئوري اين مزيت را دارد كه خدمات نظام سلامت را در مقابل مردم پاسخ گوتر مي‌كند. دشواري اين است كه در بسياري از كشورها توان مديريت مقام‌هاي محلي محدود است و در قسمت اعظم منابع لازم، تابع دولت مركزي هستند . وقتي اعتبارات اندك باشد سياسيون محلي به احتمال قوي حتي بيشتر از همتايان مركزي خود عمليات درماني را به خدمات پيشگيري ترجيح خواهند داد، و در شرايط افراطي، بودجة بخش سلامت به دل خواه صرف توسع ة عرض و طول دستگاه اداري در محل مي‌شود. سازشكاري سياسي ممكن است به تقسيم غير شفاف مسئوليت ها و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اختلاف ميان مركز و مقامات محلي منجر شود. تعارض ديگر وقتي پديد مي آيد كه هدف هاي سياسي تمركززدائي را مرتباً به تعداد بيشتري از شهرستان‌هاي كوچك بكشاند و به همان نسبت از قدرت استان‌ها بكاهد. به عكس، مقاصد مديريتي در مراكز استان‌ها بهتر اجرا مي‌شود. اين تعارض‌هاي بالقوه ممكن است در مسير راه اندازي ساختار هاي غير متمركز رخ دهد و اثربخشي آن را ب سيار كم كند (Cassels, 1997). مشكل ديگر تمركززدائي غفلت كردن از نقش مركز به ويژه تأثير آن در مسئلة برابري است. وقتي كه شهرستان ها و بيمارستان‌ها قادر باشند خود تعرفه‌هاي هزينه ها و استخدام كاركنان را تعيين كنند، در عمل شهرستان‌هاي داراي جمعيت ثروتمند و بيمارستان‌هاي مدرن كه بيشترين درآمد را دارند، خواهند توانست كاركنان كليدي را جذب كرده و عملاً به نابرابري‌هايي كه قرار بود برنامه اصلاح به رفع آن نايل شود، دامن مي‌زنند؛ موردي كه در زامبيا مشاهده شد (Blas, 2001). اگر كنترل منابع مالي انساني به دست مركز صورت گيرد، گروه‌هاي مديريتي شهرست ان انگيزه اي براي صرفه‌جويي نخواه‌ند داشت، چرا كه عوايد صرفه‌جويي مستقيماً به خزانه واريز مي‌شود و مديريت شهرستان از آن بهره‌اي نخواهد برد (مطالعه‌اي در غنا).

2ـ2) حوزة بهره‌گيري از پرداخت هاي مصرف‌كنندگان خدمات بهداشتي‌و درماني

اين نظريه براي اولين بار در سال 1987 در يكي از نشريات بانك جهاني به منظور افزايش اعتبارات بخش عمومي مطرح شد (WorldBank 1987) و در اوائل در نظر بسياري تكيه گاه اصلي اصلاح تلقي مي شد (Cassels، 1997). بليس (Blas) و ليم بام‌بالا (Limbambala) با مطالعه خود درباره استفاده از پرداخت هاي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مصرفکنندگان در زامبیا نشان دادند که بهره گیري ازچنین سیستمي موجب کاهش استفاده از خدمات بهداشتي و درماني علي الخصوص خدمات بیمارستاني مي‌شود (Hearst & Blas، 2001). استفاده از این سیستم در اغلب کشورهاي در حال توسعه موجب نارضایتي شده است، چرا که با اجراي آن دسترس ي طبقة کم درآمد جامعه به خدمات اساسي کاهش مي‌یابد (Whitehead، 2001 and others).

3ـ2) حوزه خصوصي‌سازي

هدف اصلي این کار ک ه بیشتر با عقد قرارداد بین تأمین‌کنندگان منابع مالي خدمات بهداشتي درماني (دولت) و بخش خصوصي به عنوان ارائه کنندگان خدمات انجام مي گیرد، عبارت است از افزایش کارایي فني خدمات و پاسخ‌گو کردن آن ها در برابر گیرندگان خدمت، از طریق به کارگیري سازوکارهاي بازار، مانند ایجاد رقابت در طرف هاي 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 ـ مثل انگلستان ـ مؤسسات خرید خدمت به نمایندگي از سوي مردم عمل مي‌کنند. از دیدگاه نظري ، اگر رقابت در گرو ي وجود ظرفیت‌هاي خدماتي باشد، این مورد در بیرون از شهرهاي بزرگ بسیار نادر است . گذشته از این فقط معدودي از کشورهاي توسعه یافته، به نظام اطلاعاتي جامع دسترسي دارند که بتوانند خود را با مناسبات قراردادي دوسویه یا بي رقیب انطباق دهند. پاگرفتن رقابت اگر به معیارهایي جدا از هزینه صرف مبتني باشد نیا زمند نظام هاي کامل‌تري است تا م ؤسسة خریدار خدمت بتواند عملکرد عرضه‌کنندگان گوناگون را مقاي سه کند. این نکته نیز مهم است که بیشتر رقابت‌هایي که صورت مي‌گیرد،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مثل مناقصة خريد خدمات، بسيار بد اداره مي شوند و غالباً منابع عمدة فساد هستند. بايد توجه داشت كه مقررات به تنهايي ت أثير اندكي بر تغيير رفتار بخش خصوصي منفعت‌طلب دارد (Cassels, 1997). يكي از مشكلات سياست هاي اجرايي خصوصي سازي، از بين رفتن جايگاه بازار به علت افزايش قدرت قانوني حكومت مركزي در مقابل تدارك‌كنندگان و خريداران محلي خدمات بهداشتي و درماني است. در هر حال شواهد مختصري در دسترس است كه نشان دهد رقابت در بخش سلامت، موجب بهبود كارائي منابع شده است (Maynard, 1994).

3) فرآيند اصلاح نظام سلامت

اگرچه امروزه در كشورهاي توسعه يافته دربار ة ابعاد، ميدان عمل و هدف هاي اصلاح نظام سلامت توافق نظر وجود دارد ، ولي بحث فرآيند اصلاح يا به عبارت ديگر استراتژي نيل به اهداف اصلاح، محل مناقشة فراواني بوده اس ت. قبل از بحث در اين خصوص لازم است به چند نكته در خصوص با پيش نيازهاي لازم براي شروع فعاليت هاي اصلاحي اشاره شود:

3-1) اصلاح نظام سلامت، سياست و تحولات سياسي

همچنان كه تجربيات اخير اروپا و آمريكاي شمالي نشان مي دهد، اصلاح نظام سلام ت، فرآيندي ب سيار سياسي و پ رمجادله است. اين نكته در كشورهاي در حال توسعه نيز واقعيت دارد كه در آن‌ها علاوه بر طيف وسيع افراد م ؤثر محلي ، وضعيت با دخالت سازمان‌هاي اعطا كنند ة كمک پيچيده تر مي شود (Cassels, 1997).

اگرچه موفقيت فرآيند اصلاح نياز به حمايت سياسي دارد، اما سياست مداران از قدرت يافتن

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ارائه‌کنندگان خدمات واهمه دارند (Maynard, 1994). به عبارت دیگر هر چند وجود رهبري سياسي براي اصلاح، پیش‌نیاز عمده اي است ولي اين حمايت ممكن است شكن نده باشد (Cassels، 1997). مطالعه‌اي در زامبیا نشان داد که تلاش در راه اصلاحات باید با تعهدِ قوي و مستمر دولت همراه باشد، چرا که در غیر این صورت همه فعالیت ها 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 عاملي فرآيند اصلاح را تحریک کند و در این زمینه تغییرهاي سياسي، اقتصادي و فرهنگي بسيار بیش‌تر از عوامل سنتي سلامت يعني عوامل اپیدمیولوژیکي و دموگرافیکي م ؤثر است. اصلاح ممكن است پس از نوعي تحول شگرف سياسي يا اقتصادي نظير آن چه که به دنبال فروپاشي اتحاد جماهير شوروي سابق روي داد، يا پس از رهايي يك كشور از چ نگ داخلي، نظير آن چه در كامبوج و موزامبیک دیده شد، يا پس از پيروزي يک انقلاب، مانند انقلاب ايران، روي دهد. در كشورهايي كه مسائل اقتصادي و ديگر موضوعات ذكر شده به سقوط كامل نظام منجر نشود، اصلاحات بايد به انتظار فرارسيدن شيوه نوين ادارة كشور بنشيند. مانند حالتي كه در زامبيا و آفريقاي جنوبي ديده شد.

ذكر اين نكته نيز لازم است كه بحران هاي سياسي يا اقتصادي،بدون ترديد تضمين كنندة مفيد بودن محيط براي اصلاح نيست. فشاري كه در اين بحران ها براي دست زدن به پيشرفت سريع و بازسازي و ترميم خرابي‌ها وارد مي آيد ممكن است به همان نظام‌هاي ناكارا يا غير عادلانه اي منجر شود كه در دوران پيش از بحران وجود داشته است.

در سر ديگر طيف، كشورهايي قرار دارند كه در آن‌ها نياز به اصلاح زياد بوده است ولي فرصت به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اجرا گذاشتن آن به سبب سكون نظام هاي حكومتي محدود ـ مانند نپال، بنگلادش و نيجريه ـ وجود نداشته است. در اين حالت اصلاح بايد به طور عمده تابع تقويت گروه هاي خارج از حكومت مانند سازمان‌هاي غيردولتي، مؤسسات پژوهشي، گروه‌هاي مصرف‌كننده، سازمان‌هاي مردمي و عرضه كنندگان بخش خصوصي باشد كه قادرند محيط عرضة خدمات عمومي را تحت تأثير قرار دهند.

3-2) اصلاح نظام سلامت و اصلاح بخش عمومي (دولتي)

اصلاح سياست‌ها و سازمان در محدودة نظام سلامت با تعريف سنتي آن (مثلاً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي) چيزي جز ادامة كارِ معمول نخواهد بود. از اين رو، توجه بين المللي به اصلاح را بايد فرصتي براي بازنگري در استراتژي‌هاي ارتقاي وضعيت سلامت دانست كه از راه پرداختن به اصلاح بخش عمومي (دولتي) در معني وسيع آن، خصوصاً بخش‌هايي مانند آموزش و پرورش، كشاورزي، آب و فاضلاب، مسكن و شهرسازي، شهرداري و ... حاصل مي‌شود (Cassels، 1997). گزارش سال 2000 سازمان بهداشت جهاني نيز مؤيد اين نكته است كه علل اغلب مشكلات جوامع بهداشتي ريشه در خارج از سيستم‌هاي بهداشتي و درماني دارد (Blas, & Hearst, 2001). بر همين اساس در طرح استراتژي اصلاح نظام سلامت، تأكيد ما بر اصلاح بخش عمومي خواهد بود.

بسياري از مداخله‌هاي به‌صرفه، به دليل ناتواني سازمان‌هاي عرضة خدمات به نوعي كارايي كمتر از حد انتظار مي‌انجامد (Cassels، 1997). گزارش سازمان بهداشت جهاني در سال 2000 نشان مي‌دهد كه در اغلب كشورها عملكرد سيستم‌هاي بهداشتي و درماني بسيار ضعيف است (Blas & Hearst، 2001). بقاي بسياري از ديوان سالاري‌هاي دولتي در گروي آن است كه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اولويتها را تعيين نكنند يا انتظارات خود را از كاركنان ارائه‌دهندة خدمات مشخص نسازند. در اين حال از نظر سياسي آسان تر خواهد بود كه هدف هاي جذاب ولي امكان ناپذير را تنظيم و اعلام كنند. ضمناً اين سازمان‌هاي سنتي دغدغة آن را ندارند كه خدمات هزينه اثربخش باشد يا مصرفكنندگان بتوانند به سهولت از آن استفاده كنند.

در كشورهاي در حال توسعه علاقه اي به دخيل كردن مديران تخصصي براي ادارة اين سازمان ها وجود ندارد. در بسياري از ديوان سالاري‌ها ظرفيت تصميم‌گيري‌هاي استراتژيک يا اجرايي به اين دليل كم است كه هيچ كس مسئوليت تام ندارد. ضمناً مديران و كاركناني كه تجربة كار در سطح استراتژيک و سياست گذاري دارند نيز بسيار معدودند. قسمت اعظم دوره هاي آموزش مديريتي، بر مراقبت‌هاي اوليه استوار بوده و كم تر به مسائل مديريتي بيمارستان‌ها توجه مي شود. بنابراين «اصلاح سازماني» بايد هدف اصلي فرآيند اصلاح نظام سلامت قرار گيرد. به عبارت ديگر فرآيند اصلاح نظام سلامت بيش تر يک موضوع مديريتي است تا يک موضوع اقتصادي و به يک برنامة جامع مديريتي نياز دارد تا بتواند موجب تغيير و دگرگوني اساسي در سازمان‌هاي ارائه‌دهنده خدمات، بر مبناي اهداف سلامتي شود.

اصلاح نظام سلامت همچنين محتاج اطلاعات جامعي است كه بر پاية آن بتوان براي تخصيص منابع تصميم گرفت؛ چرا كه در بيش‌تر موارد دغدغة مسائل سازماني، بهتر شدن جنبه هاي فني كارها است تا كارايي حاصل از تخصيص بهتر منابع (Cassels، 1997). در اصلاح نظام سلامت بسياري از سياست هاي غير عقلاني به اين علت در حال اجرا است كه دسترسي به اطلاعات كافي براي اتخاذ سياست هاي صحيح بسيار دشوار است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

3ـ3) تحقيقات و اصلاح نظام سلامت

بايد قبل از ايجاد تغيير و يا اصلاح در نظام سلامت، پژوهشها و تحقيقات اساسي انجام شود. چيزي كه بيشتر مشاهده مي شود اين است كه در عمل ، انگيزة اصلاحات بيشتر ناشي از تعصب است تا تجربه و كار عملي. به عبارت ديگر موج تلاشهاي اصلاحات در نظام سلامت كمتر بر اساس تجربيات كشورها و تحقيق است، كه چند علت براي اين معضل مي‌توان شمرد:

الف) دولت‌ها و سازمان هاي بين‌المللي مجري اصلاحات معمولاً علاقه‌اي به تحقيقات در چنين زمينه‌هايي ندارند.

ب) سنجش و اندازه‌گيري نتايج اصلاحات به سادگي امكان‌پذير نيست.

ج) محققان بيشتر كشورهاي در حال توسعه، منابع كمي در اختيار دارند.

د) محققان ساير كشورها (در صورت و جود و علاقه‌مندي) كم‌تر مي‌توانند به جزئيات ضروري، وقايع محلي و نيز سازمان هاي مركزي دسترسي داشته باشند (Hearst & Blas، 2001).

در هر حال افرادي كه مسئوليت برنامه ريزي اصلاح را بر عهده دارند بايد تا آن جا كه ممكن است با استفاده از همة منابع، انديشه ها، هم‌چنين تجارب اصلاحي داخل و خارج نظام سلامت كشورهاي توسعه يافته و در حال توسعه ، بتوانند استراتژي‌هايي را كه آنان به كار بسته‌اند به دقت مطالعه و تجزيه و تحليل كنند . از آن جا كه تحليل هاي سازماني و مديريتي در نظام سلامت بسيار عقب تر از پژوهش هاي اپيدميولوژيكي، جمعيتي و اقتصادي است ، اهميت سازماني و مديريتي اصلاحات در نوشته‌هاي جهاني دست كم گرفته مي‌شود (Cassels, 1997).

در هر حال اصلاح نظام سلامت با هر كدام از اين شيوه ها اما بدون اصلاح سازماني به نتايج خود

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نخواهد رسيد و براي اصلاح سازماني نيز بايد به فكر يک برنامة جامع، پويا و كاربردي بود. روش‌هاي سنتي اصلاح مانند تمركززدايي، تعديل، طراحي مجدد مشاغل و توسعة سازماني به سبب جزئي‌نگري و نگرش غير نظام‌مند راه به جايي نمي‌برند. ضمناً همان گونه كه قبلاً گفته شد هرقدر سطح تغيير بالاتر باشد، تأثيرات و ماندگاري اصلاح بيشتر است و امكان موفقيت افزايش مي‌يابد.

فرنک براي تعيين رابطة ميان سطوح تغيير و هدف‌هاي حاصل از آن‌ها چهار سطح تعيين كرده است: الف) نظام‌مند؛ ب) برنامه‌اي؛ ج) سازماني، د) ابزاري (Frenk, 1994). او تغيير در هر سطح را به علاقه‌مندي به تحقق هدف هاي مختلف سياسي پيوند مي‌دهد. تغيير در سطح نظام‌مند به تأمين «برابري» ـ يكي از اهداف اساسي اصلاح ـ از طريق اصلاح و برقراري پيوند سازماني ميان مسئولان اصلي نظام سلامت ـ مانند وزارت‌خانه‌هاي بهداشت، آموزش و پرورش، كشاورزي و... ـ تأكيد مي‌كند؛ تغيير در سطح برنامه‌اي از راه تعريف مجموعه خدمات هزينة اثربخش با «كارايي تخصيص منابع» سروكار دارد؛ تغيير در سطح سازماني در بند «تضمين كارايي فني» از راه افزايش بهره وري و ارت قاي كيفيت است؛ و دست آخر تغيير در سطح ابزاري «اطلاعات» لازم، براي بهبود عملكرد را فراهم مي سازد (Cassels، 1997). بنابراين مديران و مسئولان نظام سلامت، مي بايستي اصلاح اين نظام را در درون نظام‌هاي دولتي و يا به موازات اصلاح آن‌ها قرار دهند.

طراحي و اصلاح سازمان‌هاي بزرگ، دولتي يا خصوصي تنها جنبة فني ندارد. انديشه‌ها، فرهنگ و ايدئولوژي تفاوت‌هاي واقعي را سبب مي شود. اين عامل‌ها از يک طرف در شكل گيري شيوة كار مسئولان در طراحي و اصلاح سازمان ها اثر دارند و از طرف

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ديگر در عكس‌العمل‌هاي افرادي كه در اين سازمان‌ها كار مي كنند م ؤثرند. بنابراين برنامه و روش مديريتي كه براي اصلاح انتخاب مي شود مي بايستي علاوه بر تغييرات فني، قادر به تغيير فرهنگ سازماني مطابق با اهداف اصلاح باشد.

4) نظريه‌هاي عمدة مديريتي

چهار نظري ة عمدة مديريتي براي اصلاح نظام هاي دولتي مطرح شده است كه ويژگي هاي عمدة آن ها به اين صورت خلاصه شده است:

4ـ1) ديوان‌سالاري سنتي

اين نظريه شايع ترين مجموعه از انديشه هاي م ربوط به سازمان هاي بزرگ است كه به عقايد نظريه پرداز بزرگ، ماكس وبر، و ديگر دانشمندان كلاسيك، مانند هنري فايول (Henri Fayol)، در آميخته است. در اين نظريه ت أكيد بر ساختار، شرح مشاغل و زنجيرة سلسله مراتب اختيارات و مسئوليت پذيري در برابر وظايف مد نظر قرار دارد. در اين مكتب انگيز ة اصلي براي رفتار در سازمان، «وظيفه» تلقي مي‌شود و اين پاداش مادي در قبال خدمات درازمدت است كه در تركيبي از امنيت شغلي، اميد به ترقي و بالا رفتن دستمزد سبب عملكرد خوب مي‌شود.

4ـ2) مديريت نوين دولتي

در اين نظريه ت أكيد بر آن است كه ساز مان‌ها بيشتر شبيه شركت هاي م وجود در بازار اداره شوند و به نوعي افراد يا گروه هاي كوچك اولاً در معرض نوعي رقابت با يكديگر قرار گيرند، ثانياً تا آن‌جا كه ممكن است مستقيم تر و وسيع تر در مقابل كار خود پاداش دريافت كنند . انگيزة اصلي براي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

رفتار در داخل این سازمان‌ها منافع مادي كوتاه مدت اشخاص است.

اتصال كاركنان به سازمان و تعهد سازمان در برابر آن‌ها محدود و از هر دو سمت مشروط به ملاحظات كوتاه مدت است . در این نظریه همانند بوروكراسي سنتي، پایيدن عملكرد «تك تك افراد»، از ضروریات است . لیكن در این شیو ة مدیریتي معیار سنجش بیشتر معطوف به برون‌دادها ـ اثربخشي است. بیشتر كشورهاي در حال توسعه براي اصلاح نظام دولتي خود از اصول این شیو ة مدیریتي استفاده كرده اند.

4ـ3) دانش حرفه اي

ریشة این اندیشه آن است كه افراد به این دلیل خوب كار مي كنند كه در حرفه هاي خود از آموزش،تخصص و تبحر لازم برخوردارند (ارزش‌هاي حرفه اي یا تخصصي) و بدین ترتیب به افراد اعتماد شده و كارشان به شكل محسوس كنترل نمي‌شود. این نظریه نوعي نظام «علایق دوگانه» براي سازمان و تخصص مربوط است (Morre, 1997) .

4ـ4) مدیریت جامع كیفیت* (TQM)

ریشة این تفكر به كارهاي ارزندة دكتر ادواردز دمینگ (Edwards Deming) و دیگر متخصصان كیفیت در سال‌هاي پس از جنگ جهاني دوم در صنایع تخریب شدة ژاپن برمي‌گردد. در غرب ابتدا بخش خصوصي از این نظریه استقبال كرد و به سبب تأثیرات شگرف آن در این بخش ـ خصوصاً صنعت ـ اخیراً این پارادایم مدیریتي وارد نظام هاي دولتي و خدماتي كشورهاي مختلف شده است. اگرچه تجربة اجراي آن در سازمان

* Total Quality Management

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

دولتي، خصوصاً سازمان‌هاي نظام سلامت اندک است ولي يک رويکرد اساسي براي مديريت آن‌ها تلقي مي‌شود.

اين نظريه تفاوت هاي بنيادي و اساسي با سه رويکرد قبلي دارد. مديريت جامع کي‌فيت با تمرکز بر روي مشتري ها، تمرکز بر فرآيندها و سي ستم ها، تاکيد بر ارتقاي مستمر خدمات، توان‌مندسازي (Empowering) کارکنان، ترويج کار تيمي و همکاري و ايجاد يک ديدگاه استراتژيک در مديران و کارکنان، زمينه را براي اصلاح و پاسخ گويي به نيازها و انتظارات سلامتي جامعه فراهم مي سازد. با اين حال دربارة اجراي اين رويکرد مديريتي در صنعت و نظام ارائة خدمات تجربيات موفق و ناموفق بسياري وجود دارد. اجماع نظر صاحب‌نظران بر اين است که شکست ها از درک نادرست تفکر مديريت جامع کيفيت، شروع نادرست ، و اجراي غير م‌ؤثر ناشي مي‌شود، نه از اصول آن. براي اجراي مديريت جامع کيفيت يک روش يا نسخة آماده و واحد وجود ندارد که بتوان مطابق آن در همة سازمان‌ها عمل کرد، بلکه بايد هر سازمان و نظامي خود راه خود را پيدا کند و بر اساس شرايط موجود و تجربيات و يادگيري به اجراي مديريت جامع کيفيت اقدام کند.

اگرچه شکل‌گيري مديريت جامع کيفيت سال ها طول کشيده و يک سير تدريجي داشته است ولي به‌کارگيري صحيح آن ، انقلابي در نحو ة ادارة سازمان‌ها و عمل‌کرد آن‌ها به وجود آورده است.

تعريف‌هاي مختلفي از مديريت جامع کيفيت ارائه شده است ولي هنوز يک تعريف قابل قبول براي همگان وجود ندارد. اين تعاريف شامل رديفي از واژه‌ها و عبارات کليدي بدين شرح است:

ـ (مديريت جامع کيفيت) يک رويکرد مديريتي، سيستم اتيک، منظم و سازمان‌شمول است.

ـ به دنبال برتري عمل کرد، دستيابي به اهداف استراتژيک و موفقيت درازمدت است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ـ بر روي مشتري ها متمركز است و اساس آن را پاسخگويي به نيازها و انتظارات مشتري ها تشكيل مي‌دهد.
ـ كيفيت محور است و بر ارتقاي مستمر فرآيندها، انجام درست كار درست براي بار اول و هميشه تأكيد مي‌كند.
ـ متكي بر مشاركت هم ة كاركنان و كار تيمي است.
ـ مبتني بر حقايق (داده ها) است.

حال تعريف الين بيچ (Elain Biech) ارائه مي‌شود كه تا حدودي بيانگر ابعاد مختلف اين روي كرد مديريتي است:

«مديريت جامع كيفيت فرآيندي است متمركز بر روي مشتري‌ها، كيفيت محور، مبتني بر حقايق، متكي بر تيم ها كه براي دست يابي به اهداف استراتژيک سازمان از طريق ارتقاي مستمر فرآيندها، از طرف مديريت ارشد سازمان رهبري مي‌شود».

در حقيقت مديريت جامع كيفيت ، نوعي فلسفة مديريتي است. اين تفكر بايد به خوبي درک و سپس پياده شود تا در عم لكرد يک سازمان تحول اساسي به وجود آورد.

مشتري محوري، فرآيندگرايي و ارتقاي مستمر هستة مركزي، فلسفة مديريت جامع كيفيت را تشكيل مي‌دهند. در اين پارادايم جديد مديريتي، كيفيت را مشتري تعريف مي كند و هم ة كارهاي سازماني با توجه به پاسخگويي به نيازها و انتظارات مشتري ها انجام مي‌گيرد. پاسخگويي به نيازها و انتظارات مشتري‌ها نيز فقط و فقط به وسيله «مديريت فرآينده ا» امكان‌پذير است. مديريت فرآيند خود فرآيندي است كه با شناسايي فرآيندهاي اصلي و كليدي سازمان شروع مي شود. اين فرآيندها از طرف تيم هاي فرابخشي مالكيت مي شوند. سپس اهداف آن‌ها مشخص شده و عمل‌كرد آن‌ها دائما پايي‌ده و سنجش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مي‌شود تا اطمينان حاصل شود كه فرآينده‌ا به اهداف خود نايل مي‌شوند. اهداف همواره در راستاي پاسخگويي به نيازها و انتظارات مشتري‌ها است. در صورت محقق نشدن اهداف، فرآيندها به‌لحاظ علمي ارتقا داده مي شوند. ارتقا پايان ناپذير و جستجوگرانه است و منجر به يافتن ريش ة مشكلات و حل آن‌ها مي‌شود. بنابراين براي پيشگيري از بروز خطاها و اشتباهات بايد فرآيندها و سيستم ها به‌طور مستمر ارتقا داده شوند.

در پارادايم جديد قدرت و رهبري در سازمان توزيع مي‌شود؛ بدين معني كه صاحبان فرآيندها با قدرت حاصل از توانمندسازي براي ارتقاي فرآيندها تصميم‌گيري و اقدام مي كنند و م ديران رهبري كلي حركت را بر عهده دارند . بايد توجه داشت كه وظايف حساس مديران تفويض شدني نيست. رهبري آنان و الگو و مربي بودنشان، فرهنگ سازماني مناسب را براي ورود كاركنان به صحنة تلاش‌هاي ارتقاي كيفيت فراهم مي‌كند.

بحث در باب مديريت جامع اساساً بسيار پردامنه‌تر و عميق است. در اين‌جا به ذكر اين نكته بسنده مي‌شود كه درک صحيح تفكر مديريت جامع كيفيت از طرف مسئولان و مديران نظام هاي دولتي پيش‌شرط موفقيت برنامه‌هاي اصلاحي است. با توجه به اين كه برنامة مديريت جامع كيفيت دقيقاً منطبق بر حكمت وجودي سازمان‌ها است، درک آن آسان است ولي اجرا و تحقق آن در عمل بسيار مشكل و زمان بر بوده و نياز به برنامه ريزي، صبر و استقامت دارد. همان گونه كه قبلاً نيز اشاره شد، شكست اين تفكر مديريتي در اغلب موارد به مشكلات اجرايي مربوط برمي‌گردد تا به ماهيت و اصول آن : انتخاب درست، تبيين مراحل اجرايي، ايجاد زبان مشترک و اجراي برنامه ريزي شدة آن يک ضرورت انكارناپذير است. هم‌چنين بايد توجه داشت كه تا حدود دو سال

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

پس از شروع فعاليت‌هاي اجرايي آن در يک سازمان، تغييرات چشم‌گيري به وجود نمي‌آيد؛ در حالي که در اين مدت انرژي لازم براي تحول در سازمان ذخيره مي‌شود. بنابراين اگر مديران درک عميقي از آن چه در حال تحقق است نداشته باشند و عملاً خود را درگير نکنند، در حرکت آغاز شده يا سستي به وجود مي‌آيد و يا اين که به کلي متوقف مي‌شود.

همان گونه که در ابتداي بحث اشاره شد ضرورت اصلاح نظام هاي سلامت در جهان، به سبب ناتواني آن‌ها در پاسخ‌گويي به نيازها ، هم‌چنين انتظارات جديد و رو به تحول نظام سلامت است؛ ضمناً گفته شد اصلاح سازماني مي بايستي در مرکز فرآيند اصلاح نظام سلامت قرار گيرد . پاسخ‌گويي به نيازها و انتظارات مشتريان و نيز قابليت ايجاد تغيير و تحول اساسي در سازمان‌ها، استراتژي پيشنهادي ما براي اصلاح نظام سلامت مديريت جامع کيفيت است. با ذکر اين نکته که اين روي کرد زماني آثار خود را ظاهر مي‌کند که با يک عزم و تصميم ملي در هم ة نظام‌هاي دولتي کشور به اجرا گذاشته شود. فقط با چنين اقدامي مي توان با اصلاح فرآيندهاي کليدي بين بخشي ، از جمله فرآيندهاي قانون گذاري، سياست‌گذاري و تصميم‌گيري‌هاي کلان و تاثيرگذار، به تحول اساسي در نظام اداري کشور و اصلاح نظام سلامت دست يافت (لامعي،1382).

5) بحث و نتيجه‌گيري

در دو دهة اخير نظام‌هاي سلامت در کشورهاي توسعه يافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نيازها و انتظارات سلامتي و براي اجراي برنامه‌هاي اصلاحي تحت فشار قرار گرفته اند. اگرچه اهداف اصلاحات بر حسب نوع کشورها و به لحاظ ميزان توسعه يافتگي، در ظاهر مي‌تواند متفاوت از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

هم باشد ، ولي در حالت كلي ت أمين نيازها و انتظارات جديد و در حال تغيير حوزة سلامتي، هدف اصلي هر نظام اصلاحي است. بر اين اساس در كشورهاي توسعه يافته از نيم ة دوم دهة 80 و در كشورهاي در حال توسعه از ده ة 90 گرايشي قوي درخصوص با اصلاح نظام سلامت با محو ريت بازار ، يعني استفاده از سازوكارهاي اقتصادي آزاد ، شكل گرفته است. محتواي اين اصلاحات حول سه محور د ر گردش است:

الف) تجديد ساختار بخش دولتي.

ب) خصوصي‌سازي.

ج) دريافت بخشي از ه زينه‌هاي خدمات از مصرف‌كنندگان.

علي رغم اتفاق نظر در اين موارد و نيز تلاش‌هاي انجام گرفته ، بيشتر برنامه‌هاي اصلاحي ب ه‌ويژه در كشورهاي در حال توسعه ، به اه داف در نظر گرفته شده نايل نشده اند؛ كه مهم‌ترين علل آن را مي‌توان چنين برشمرد:

الف) فقدان رهبري سياسي و تعهد بلندمدت به برنامه‌هاي اصلاحي.

ب) شروع عجولانه و غلط برنامه هاي اصلاحي به طوري كه اين برنامه ها بر پاية تحقيقات و بررسي‌هاي عملي نيستند.

ج) الگوبرداري صرف از كشورهاي توسعه يافته ، درحالي‌كه شرايط سياسي، اقتصادي، فرهنگي و مديريتي اين كشورها با كشورهاي در حال توسعه انطباق‌پذير نيست.

د) محور قراردادن مسائل اقتصادي به جاي نگرش مديريتي و توجه به اهداف و منافع كوتاهدت به‌جاي نگرش استراتژيک، هم‌چنين اصلاح زيربنايي و مستمر و تأكيد بر مشكلات سنتي سلامت مانند مسائل اپيدميولوژيكي و دموگرافيكي به جاي مسائل

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

سازماني و مديريتي.
هـ) اجراي برنامه هاي اصلاح در سطوح محيطي و پايييني محدودة سنتي نظام سلامت ، در حالي كه با توجه به ماهيت چند بخشي مشكلات سلامت، فرآيند اصلاح بايد شامل كل نظام هاي دولتي باشد.
و) خلط شدن بحث محتواي اصلاح با فرآيند اصلاح، به طوري كه اصلاح نظام سلامت با سلسله اي از تجويزهاي خاص معادل مي‌شود؛ مانند عقد قراردادهاي واگذاري خدمات، تجديد ساختار بخش عمومي، تعيين سهم مصرف كننده، هزينه ـ اثربخش كردن مجموعة خدمات.
ز) استفاده از راهبردهاي سنتي تغيير و تحول سازماني مانند تمركززدايي، طراحي مجدد مشاغل و توسعه سازماني.
ح) مقاومت صاحبان قدرت و ديوان سالاري‌هاي سنتي دربرابر فرآيند اصلاح.
ط) در اختيار نداشتن يک برنامه و فكر مديريتي جامع، پويا و كاربردي براي تغيير و تحول سازماني.
توجه به تک تک موارد بالا مي تواند به موفقيت برنامه‌هاي اصلاحي هم در مرحلة برنامه‌ريزي و هم در مرحلة اجرايي منجر شود . در هر حال اصلاح ريشه‌اي بدون رهبري سياسي توانا و بدون اتكا به يک تفكر و برنامة مديريتي جامع و كاربردي كه دربردارندة اهداف اص لاحات يعني پاسخ گويي به نيازها و انتظارات جامعه باشد، امكان‌پذير نيست. با توجه به ابعاد اين برنامه كه پاسخ‌گويي به نيازها و انتظارات مشتري در مركز ثقل آن قرار دارد، و نيز توانايي در ايجاد تغيير و تحول بنيادي و مستمر در سازمان ها مطابق اهداف مورد نظر، راهبرد پيشنهادي ما براي اصلاح كل نظام هاي دولتي، اجرا و استقرار اين‌تفكر مديريتي است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

1ـ لامعي، ابوالفتح (1382). **مديريت جامع كيفيت: اصول،كاربرد و درس هايي از يک تجربه .** طب نوين.

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 helth 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? Lesseons 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, restucturing, improving performanre"**. WHO. Geneva.

7- Serghis, D.(1998). **"Why hospital privatisaton is bad for patients and nurses"**, Australian Nursing , North fitzory, vol.6, lss.3.3-20.

8- The World Bank (2001). **"Health sector reform in Bolivia: A Decentralization Case study".** Aworld Bank Country Study. Washington D.C.

9- The World Bank (1987). **"Financing Health services: An Agenda for Reform".**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]