

قوانین کارآمد در زمینه ارایه دهندگان خدمات درمانی

در بخش خصوصی (قسمت اول)

ترجمه‌ای از مقاله ارائه شده توسط Lilani Kumaranayake از واحد بیمه سلامت، مدرسه بیمه لندن
مترجم: دکتر علی وفایی نجار - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار دانشکده علوم پیرایشکی و بهداشتی
دانشکده علوم پزشکی مشهد

۱) بازبینی تئوریات و تجربیات موجود در زمینه قواعد و قوانین بخش سلامت. گزارش بانک جهانی می‌رسد. در زمینه مشکلات و بیماری‌های شایع نیز وضعیت این کشورها متنوع است و در مراحل و مراتب متفاوتی در زمینه موضوعات اپیدمیولوژیکی و تغییرات دموگرافیک دارند. دامنه تفاوت‌ها و تغییرات میان کشورهای فقیر و غنی به شکل روزافزونی در حال گسترش است. مراقبت‌های بهداشتی شهری و روستایی غیر از الگوی فوق پیروی می‌کند و منابع بیشتر صرف درمان بیماری‌های غیر واگیری می‌شود که نیاز به هزینه بیشتر و تکنولوژی بالاتری دارند. با وجود تفاوت‌های گسترده موجود بین این کشورها، قوانین اجرایی موجود هنوز کاملاً کلی هستند.

۲) ارایه بخشی از اصول عملی جهت طراحی و اجرای قوانین تاثیرگذار و مهم بخش خصوصی در ارایه خدمات سلامت؛ محتوای این مقاله مروری جهانی بوده و ماخذ مورد استفاده در زمینه اصول عملی به طور خاص مربوط به خاورمیانه و آفریقای شمالی است MENA.

(در این مقاله MENA شامل کشورهای زیر است: بحرین - مصر - ایران - عراق - اردن - کویت - لبنان - لیبی - مراکش - عمان - فلسطین - قطر - عربستان سعودی - سوریه - تونس - امارات متحده عربی و یمن).

عموما این مناطق از درجه رشد بالایی برخوردار هستند. تفاوت درآمد سرانه این کشورها دامنه وسیعی دارد و از ۱۷۰۰۰ دلار درآمد سرانه امارات عربی تا فقیرترین کشورها مثل یمن و مصر که به ۲۶۰ دلار و ۷۹۰ دلار درآمد سرانه در سال ۱۹۹۵ طبق

I - مقدمه

پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات بهداشتی، وظایف مختلفی بر عهده دارند و در محیط‌های متنوعی فعالیت می‌نمایند. از نقطه نظر قوانین و مقررات، یک پزشک خیلی بیشتر از (نقش) یک پزشک را داراست.

به عنوان نمونه یک پزشک هم دارای نقش‌های اقتصادی است و دارای مهارت ارایه خدمات و هم عضوی از یک گروه منسجم است با تمایلات مشارکتی و دفاعی (Moran and Wood, ۱۹۹۳).

افزایش خصوصی‌سازی در بخش سلامت در سطح جهان همچنین منجر شده است به سود یا مزایای گسترده‌ای در نتیجه نقش ساختاری مثبتی که قوانین در بخش خصوصی اعمال می‌کنند. اهداف این مقاله شامل ۲ بخش است:

می‌توان درباره موارد استفاده از این نظم در بخش‌های سلامت بحث‌های زیادی کرد. در آخرین بخش مراحل عملی توسعه این آیین‌نامه به ترتیب توضیح داده می‌شود.

II- بهداشت عمومی و خصوصی

A: مراحل خصوصی سازی

خصوصی سازی به عنوان فرایندی توصیف می‌شود که در آن بخش‌های غیر دولتی به طور روزافزونی در مسایل مالی و تامین خدمات سلامت درگیر می‌شوند. این مساله می‌تواند منجر به ایجاد تغییراتی در نقش‌ها، مسوولیت‌ها، وظایف و مالکیت‌ها در بخش سلامت شود (Muschell, 1995). بنابراین خصوصی سازی شامل هر دو بخش FP (سودآور) و NP (غیر سودآور) می‌شود. به جز در مواردی که صراحتاً اشاره شده در مقاله حاضر واژه بخش خصوصی به بخش FP یا سودآور اطلاق شده است. امروزه در بسیاری از کشورهای فعالیت‌های اساسی توسط بخش خصوصی در زمینه مراقبت بهداشتی انجام می‌شود. به عنوان مثال در اندونزی بیش از ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی هزینه شد. در هندوستان بیشتر از نیمی از بیمارستان‌ها و ۴۹ درصد از تولیدکنندگان محصولات بهداشتی وابسته به بخش خصوصی می‌باشند. در کشورهایی مانند پاکستان، کنیا و هندوستان به ترتیب ۷۰٪ و ۴۷٪ پزشکان بصورت تمام وقت در مراکز خصوصی فعالیت دارند. با این وجود در تایلند فقط ۱۰٪ از کسانی که در بخش دولتی کار می‌کنند در بخش خصوصی نیز مشغول‌کارند (Roemer, 1993).

ما اطلاعات کافی در مورد روند طبیعی بخش خصوصی در کشورهای مورد مطالعه نداریم البته در سال ۱۹۹۴ بیشترین هزینه که شاید حدوداً نیمی از آن باشد در بخش خصوصی

صرف می‌گردید. در کشور لبنان در حدود ۶۰٪ از هزینه‌های بخش سلامت توسط بخش خصوصی تامین می‌گردد؛ با این توصیف هزینه بخش خصوصی در کشور الجزیره و عربستان سعودی کمتر از ۳۰٪ است. در سال‌های اخیر بسیاری از کشورها رشد بسیاری در بخش خصوصی داشته‌اند و برای مثال در کشور اردن در سال‌های ۸۸-۸۴ تعداد تخت‌های بیمارستانی رشد ۲۸ درصدی داشته‌اند (Taylor Associates, International, 1997).

به طور کلی ۳ دلیل اصلی برای گسترش فعالیت بخش خصوصی در زمینه سلامت در سطح جهانی وجود دارد.

۱) سنجش سیاست‌ها (برای مثال رفورم بخش سلامت).

تمایل به توسعه بخش خصوصی به عنوان جایگزین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت یکی از مهمترین بخش‌ها، در زمینه بازسازی بخش سلامت است. مشکلات افزایش منابع و ضعف عملکرد بخش دولتی انگیزه‌ای جهت پیاده سازی این سیستم بوده است.

این منابع محدود اغلب به صورت نامناسبی به مراقبت‌های سلامت اختصاص داده شده‌اند تا اینکه مراقبت‌های پیشگیری اختصاص داده شوند. اغلب خدمات دارای کیفیت نامناسب با مدت انتظار طولانی و تجهیزات یا داروی نامناسب می‌باشند (Cassele, 1995).

ضعف عملکرد بخش دولتی، افزایش مشکلات اقتصادی و تغییرات ایدئولوژی پیشگیری منجر به تغییرات در فعالیت‌های بخش دولتی و افزایش فعالیت‌های بخش خصوصی می‌شود (and mills, zwi, 1995).

از طریق رقابت روزافزون به بازاریابی مراقبت‌های سلامت، پیشگیری و مشتری مداری به عنوان راهی برای بهبود تخصیص منابع، اثربخشی منابع، کیفیت منابع دیده

می‌شوند. ۲) پاسخی برای ارایه ضعیف خدمات سلامت دولتی و افزایش سریع فعالیت‌های بخش غیر دولتی.

توسعه فعالیت‌های بخش خصوصی مستقلاً منعکس کننده سیاست‌های واقعی آن است. مجدداً نتیجه ضعف و نامناسب بودن خدمات دولتی، توسعه سریع خدمات سلامت توسط بخش خصوصی می‌باشد. این مساله می‌تواند ناشی از فعالیت‌اشخاصی باشد که برای سود خودکار می‌کند. این ارایه دهندگان خدمات اغلب غیرحرفه‌ای و فاقد مدارک لازم هستند؛ اما بیماران آنها را به عنوان منابع ارایه‌کننده خدمات ارزان قیمت می‌شناسند. این ارایه‌کنندگان می‌توانند شامل دامنه وسیعی از ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در منزل تا بقیه ارایه‌کنندگان از جمله دارو فروشان کنار خیابان باشند.

۳) به عنوان یک پاسخ به نیازهای روزافزون مشتریان و عملکردی برای خدمات کیفی وسیعتر.

تقاضا در زمینه خدمات سلامت بخش خصوصی از طریق معرفی این خدمات به عنوان خدماتی با کیفیت بالاتر افزایش یافته و این افزایش همزمان با ارتقا و توسعه اقتصادی کشورهای آسیای جنوب شرقی و آمریکای لاتین و افزایش شهرنشینی در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط یا پایین بوده است.

در این زمینه امروزه دیگر ارایه‌کنندگان خدمات خصوصی به صورت مستقل و جدا از یکدیگر فعالیت نمی‌کنند بلکه امروزه بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی به صورت شرکت‌های خصوصی ارایه خدمات ظاهر می‌شوند (حتی نام برخی از این شرکت‌ها در مبادلات بورس ملی، لیست شده است). در مناطقی که بیماران / مشتریان تقاضای بیشتری به مراقبت‌های خصوصی از خود نشان داده‌اند، استفاده از

و بیمارستان‌ها و اورژانس‌های خصوصی در مناطق شهری از جمعیت بالایی برخوردارند.

وجود این مراکز خصوصی به بیمارستان‌های دولتی وابسته است زیرا این بیمارستان‌ها هستند که بیماران را جهت دریافت مراقبت‌های خاص و تخصصی به این مراکز ارجاع می‌دهند.

جابجایی و توزیع داروها نیز کانال مناسبی جهت توسعه بخش خصوصی بوده است. بیشترین سود و درآمد بخش خصوصی، علاوه بر داروها، به جای اینکه توسط بیمه‌های درمانی تامین شود، از طریق پرداخت‌ها و سرمایه‌گذاری‌های دیگر تامین

خصوصی، "گستره‌ای از خدمات باید برای مشتریان فراهم شود که در زمینه هزینه و کیفیت از تناسب خاصی برخوردار باشد و انتخاب نوع خدمات نیز مستقیماً بر عهده شخص بیمار باشد. برای اخذ تصمیمات دولتی، ارایه خدمات یا تصمیماتی در زمینه سطح خدمات یا نوع بیماران ترجیحاً توسط یک هیات دولتی انجام می‌شود به جای اینکه بر عهده مشتری گذاشته شود." (شکل دوم) یک نکته کلیدی در فعالیت‌های بخش خصوصی در زمینه سلامت حضور هم زمان تعداد زیادی ارایه کننده با تنوع و پیچیدگی بالایی سازمانی است. بنابراین

تجهیزات با تکنولوژی بالاتر دیده می‌شود. بخش خصوصی دارای یک موجودیت و ماهیت ثابت نیست بلکه محتوا و نوع فعالیت‌های بخش خصوصی در کشورهای مختلف یا حتی داخل یک کشور متنوع و متفاوت است.

اینکه سطح و ماهیت توسعه بخش خصوصی و محتوای بحث در زمینه ارتباط بین ارایه کنندگان را در نظر داشته باشیم از اهمیت بالایی برخوردار است.

علاوه بر سطح و ماهیت توسعه بخش خصوصی، رابطه بین بخش‌های خصوصی و عمومی نیز از مسایل مهم و پیچیده موضوع حاضر است. در گذشته و به طور سنتی، خدمات در یک طبقه بندی ۴ قسمتی قرار



می‌گردد. بیمه‌های درمانی خصوصی امروزه در کشورها در حال توسعه هستند.

B: عقاید برای نظام‌مندی

علاوه بر دلایلی که تا اینجا برای توجیه فعالیت بخش خصوصی در دامنه بهداشتی درمان بحث شد، نظام‌مندی از موضوعاتی

ما همزمان با وجود طیف وسیعی از خدمات و مکانسیم‌ها و ارایه خدمات با توسعه روزافزون بخش خصوصی در این مکانسیم‌ها و ارایه کنندگان نیز روبرو هستیم (Kumaranayake, ۱۹۹۸).

در میان کشورهای MENA ارایه‌کنندگان بخش خصوصی با پزشکان و کلینیک‌ها

می‌گرفتند:

دولتی / خصوصی و تدارکات / بودجه‌ای مالی

با وجود این عملاً این طبقه‌بندی خیلی دقیق نیست. برچارد در سال ۱۹۹۷ یک سطح دیگر به این طبقه‌بندی اضافه نمود و آن را "تصمیم‌گیری" نامید.

جهت اخذ تصمیمات به صورت



است
که در زمینه
خصوصی سازی
اغلب مورد
بحث قرار می گیرد.
نظام مندی، پاسخی منطقی
به مشکلات عدیده ای
است که در زمینه تولید،
بودجه بندی و ارائه خدمات
بهداشتی خصوصی با آن
روبرو هستیم و طبق شواهد،
نقش بسیار اساسی و متعادل
کننده ای در حرکت جامعه به
سوی خصوصی سازی دارد.
مشکلات مربوط به فعالیت
بخش خصوصی در حوزه
سلامت عبارتند از: زیربنای
ساختاری ضعیف و کمبود پرسنل
مجرب، استانداردهای ضعیف در
زمینه مراقبت، تجهیزات ناکارآمد
و یا تکنولوژی ناکافی و نامناسب،
استفاده نابجا از منابع عمومی در
بخش خصوصی مانند امکانات دولتی
و زمان کاری پرسنل آموزش دیده و
بخش دولتی که به سمت بخش خصوصی

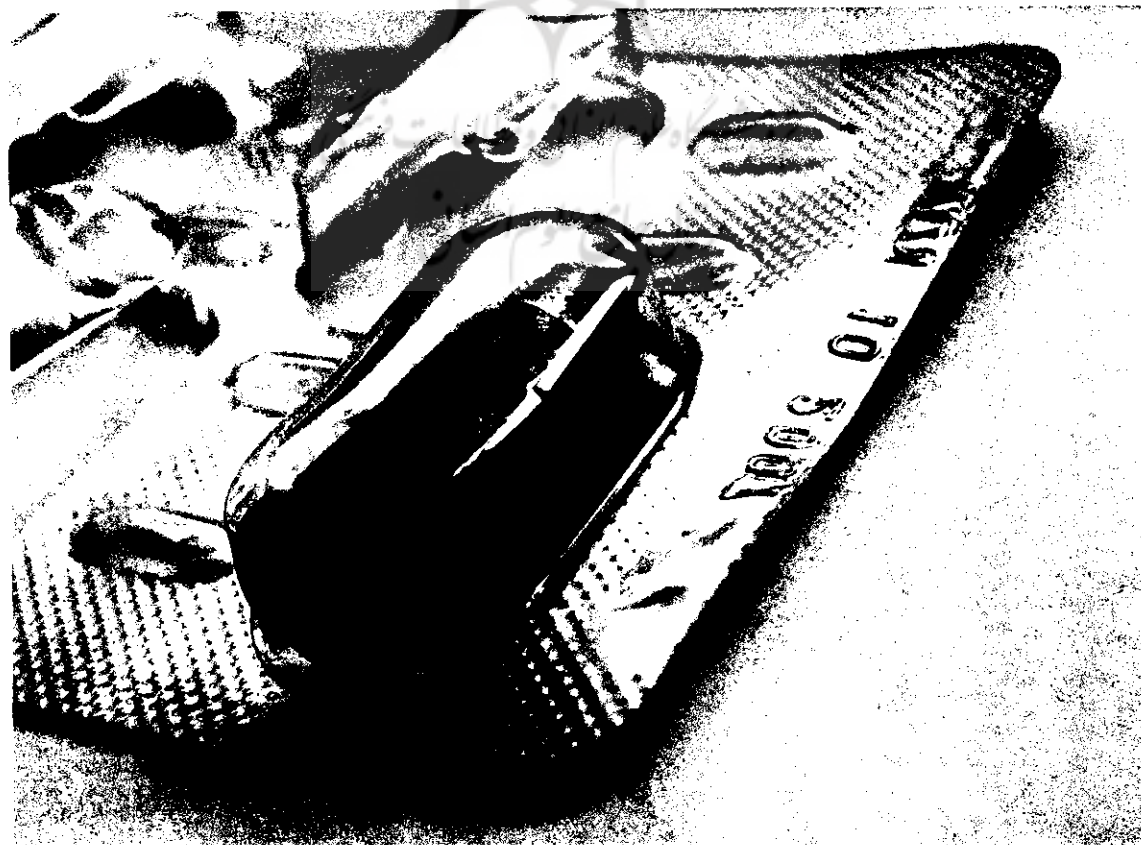
می‌شود بسیار ضعیف است. بیماران ممکن است با در نظر گرفتن شاخص‌هایی مانند دسترسی به تجهیزاتی خاص یا حتی شکل و ساختار ساختمان، در مورد بیمارستان‌ها قضاوت کنند. بنابر این ارابه‌کنندگان خدمات ممکن است جهت القا کیفیت بالای خدمات به بیمار، در مورد این مسایل ظاهری سرمایه‌گذاری کنند. بنابر این رقابت در زمینه کیفیت اغلب با اندوختن تجهیزات پیشرفته بیش از حد نیاز در ارتباط است. برای مثال Zwi و Mills در سال ۱۹۹۵ مطالعات و بررسی‌هایی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تعداد اسکنرهای CAT به نسبت جمعیت در کره جنوبی ۳ برابر کانادا بوده است. شهر بانکوک در مقایسه با کشورهای صنعتی و پیشرفته، به جز ژاپن و ایالات متحده، از بیشترین نسبت تعداد اسکنرهای CAT در مقایسه با جمعیت موجود برخوردار است.

کره جنوبی و بانکوک در زمینه بهره‌گیری از خدمات بخش خصوصی از سطح

دولتی واگذار می‌کند. خدمات بخش خصوصی حتی می‌تواند به صورت ناقص ارابه‌شود و منجر به افزایش قیمت‌ها شود و این مساله می‌تواند ناشی از مسائلی مانند خرج‌های بی‌مورد و اضافی، استفاده نابجا از تجهیزات با تکنولوژی بالا و استفاده بیش از حد از تست‌های آزمایشگاهی باشد. بحث بالا بر گستره وسیعی از مدل‌های سنتی رقابت‌های مالی تمرکز دارد که از کیفیت‌های متفاوتی برخوردارند. این مدل‌ها بیان می‌کنند که با جدی‌تر شدن رقابت‌ها، قیمت‌ها کاهش خواهند یافت. با وجود این، کیفیت نیز از فاکتورهای اساسی در مراقبت‌های سلامت است؛ مخصوصاً برای بیمارانی که نیازمند مراقبت‌های سلامت خصوصی هستند (Aljunid, ۱۹۹۵). رقابت در زمینه کیفیت معمولاً (امانه همیشه) با سرمایه‌گذاری‌های بیشتر در مورد تجهیزات پیشرفته و جنبه‌های اقامتی بیماران در طول درمان در ارتباط است. این نظریه که رقابت در زمینه کیفیت حتماً منجر به ارتقا کیفیت فرایندها

سوق داده می‌شود و استفاده از معالجات و روش‌های درمانی نادرست و سهل‌انگاری در ارابه به موقع روشهای درمانی (Bennett, ۱۹۹۱). یاسودیان در سال ۱۹۹۴ به اقدام ارابه‌هایی در زمینه استفاده نابجا از مزایا و امکانات، اقدامات نادرست درمانی و پزشکی و سهل‌انگاری در انتخاب روش‌های درمانی در میان پزشکان خصوصی دارای مجوز، در بمبئی، نموده است.

افزایش توزیع ناعادلانه مراقبت‌های سلامت نیز با توسعه فعالیت‌های بخش خصوصی در ارتباط است. برای مثال در ارتقا ISAPRES شیلی که باعث انتقال بسیاری از تحولات دولتی به شرکت‌های خصوصی شد، حدود دو سوم جمعیت، فاقد بیمه خصوصی بودند. این مساله مثال و نمونه کلاسیکی از تأثیرات جانبی نوع انتخاب در شرکت‌های بیمه‌کننده‌ای است که افراد سالم‌تر را انتخاب کرده و ارابه خدمات به افراد مسن‌تر، ناتوانان و معلولین، بی‌کاران و فقرا را به بخش عمومی



مناسبتی برخوردارند. سرعت بالای گسترش فعالیت‌های بخش خصوصی می‌تواند نشان دهنده سختی حفظ کیفیت خدمات باشد. خصوصی‌سازی حتی می‌تواند منجر به ادغام نامناسب برخی خدمات مراقبتی شود. برای بیمارانی که از دانش کمی برخوردارند، مسایلی مانند داروها و تزریقات، شاخص‌های عینی کیفیت خدمات به شمار می‌آیند. بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که شاغلین بخش خصوصی برای القا کیفیت خدمات ممکن است از این مکانیسم‌ها استفاده نمایند و این مساله منجر به تجویزهای نامعقول و غیر منطقی گردد. Mnyika و Killewo در سال ۱۹۹۲ طی مطالعه‌ای دریافتند که بیش از ۶۰٪ شاغلین بخش درمانی، داروهایی را که توسط بیمار درخواست می‌شود تجویز می‌کنند و این شاغلین، اظهار نموده‌اند که گهگاه داروهایی را که اصلا در ارتباط با درمان بیمار نیست به منظور راضی نمودن وی از نظر روانی تجویز می‌نمایند.

علت اصلی بسیاری از این مشکلات، سوء استفاده و تخطی از قوانین است. گزارش توسعه جهانی بانک جهانی در سال ۱۹۹۳ در زمینه سلامتی که ارتقا می‌دهد ارایه خصوصی برخی خدمات را تا کیفیت و کاهش هزینه‌ها بهبود بخشد؛ نقش بسیار مهمی در نظام‌مندی خدمات به منظور دسترسی به مزایای ذیل در زمینه خصوصی‌سازی ایفا نموده است:

۷ قواعد و دستورالعمل‌های قوی دولتی نیز نقش بسیار مهم و اساسی ایفا می‌کنند. این قواعد شامل دستورالعمل‌های ارایه بیمه‌های درمانی خصوصی جهت تشویق دسترسی کلی به خدمات و جلوگیری از اقداماتی است که منجر به استفاده بیش از حد از خدمات و افزایش قیمت‌ها می‌شود. همانطور که کشورهای در حال توسعه مراحل ارتقاء سیستم‌های ارایه خدمات سلامت را پشت سر می‌گذارند، نیازمند مستحکم نمودن ظرفیت‌های دولتی در زمینه نظام‌مندی

و کنترل بخش خصوصی نیز می‌باشند. دستورالعمل‌ها جهت تضمین کیفیت و تایید رعایت استانداردها جهت اطمینان از عدم وجود سوءاستفاده‌ها و کلاهبرداری‌های مالی و عدم وجود کم‌کاری در ارایه خدمات و رعایت محرمانگی مدارک پزشکی بیمار مورد نیاز هستند" (World Bank, ۱۹۹۳).

دلایل اقتصادی سنتی برای اثبات لزوم نظام‌مندی بر پایه وجود خطاهای بارز تجاری است که منجر به تخصیص نامناسب منابع شده باشد. با وجود این، مشخصات سلامت و مراقبت‌های سلامتی، نشان دهنده نیاز اساسی به شرکت و دخالت دولت در این زمینه است.

مشخصات کلیدی و اصلی عبارتند از:

- حضور اثرات خارجی (در اینجا در نتیجه اثرات خارجی تفاوت‌هایی میان مزایای دولتی و خصوصی بوجود می‌آید که باعث می‌شود مزایای کلی مورد انتظار از طرفین معامله حاصل نگردد و این مساله منجر به سوق یافتن سرمایه به سمت کالاها و منابع خواهد شد.

- وجود کالاهای عمومی در جایی که هزینه‌های کلی تولید، همراه با افزایش تعداد مشتریان افزایش نیافته باشد. دو خصوصیت کلیدی و مهم کالاهای عمومی این است که اولاً این کالاها غیر رقابتی هستند (یعنی میزانی که یک فرد مشتری بر خلاف آنچه انتظار می‌رود، نباید بر آن تاثیر بگذارد مانند چراغهای راهنمایی) و غیر قابل محدودیت (یعنی همزمان با تولید آن کالا یا خدمت در محل مذکور، امکان محدود کردن سایرین در زمینه تولید آن محصول وجود ندارد. مثلاً ایجاد یک ارتش جهت دفاع ملی که وجود آن باعث حمایت از همه افراد خواهد شد).

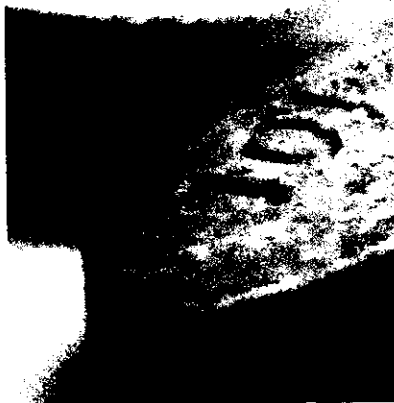
در مورد کالای کاملاً عمومی، این خصوصیات نشان دهنده این امر است که مردم تمایلی به پرداخت هزینه چیزی نیستند که در صورت خرید، از طرف دیگران نیز قادر به استفاده از آن باشند. بنابراین هیچ تجارت خصوصی برای خدمات و کالاهای

کاملاً عمومی وجود نخواهد داشت. عملاً میزان غیر رقابتی بودن و غیر قابل محدود کردن کالاها متفاوت است و تا زمانی که تامین کاربران جهت پرسش هزینه‌های تولید با مشکلاتی روبرو باشد تولید مراکز خصوصی پایین‌تر از سطح نیازهای جامعه خواهد بود.

- وجود اطلاعات ناهماهنگ زمانی که اطلاعات آزادانه و بدون محدودیت در اختیار همه قرار نمی‌گیرد؛ دو منبع مهم خطا در صورت نگهداری محرمانه اطلاعات در هنگام ارسال یا دریافت اطلاعات می‌تواند صورت گیرد که این دو خطا ناشی از مشکلات اخلاقی یا انتخاب نادرست اطلاعات هستند در نتیجه زمانی که شرکت بیمه افراد را به سوی مشارکت در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز هدایت می‌نماید، هزینه‌های عمومی به صورت غیر معقول و غیر منطقی بالا هستند و زمانی که خریداران و فروشندگان اطلاعات نابرابری در زمینه معاملات خود دارند، میزان کارایی و اثربخشی فعالیت آنان کمتر از زمانی خواهد بود که اطلاعات به صورت کامل در اختیار آن قرار می‌گیرد. این مساله در روابط مدیر-کارمند خود را بیشتر نشان می‌دهد.

- عدم اطمینان: طبیعت ذاتی سلامت و مراقبت‌های سلامت عدم قطعیت است چه در زمینه احتمال بروز مشکلات و اختلالات سلامتی و چه اثرات احتمالی ناشی از درمان؛

- نقص بازده مربوط به ارایه‌کننده خدمات می‌تواند ناشی از عدم موفقیت در دستیابی به اهداف اجتماعی مانند موارد ذیل باشد؛ - افزایش سرمایه و خصوصیات مهم اقتصاد بازار و توزیع درآمد حاصل از آن. افرادی که خدماتشان به علت امکانات موجود، مورد تقاضای بیشتری است، در مقایسه با سایرین از درآمدهای بسیار بالاتری برخوردارند. بنابراین توزیع موجود درآمد می‌تواند یکی از مهمترین اهداف جامعه در راستای توسعه و افزایش سرمایه و توزیع عادلانه آن باشد.



قوانین غیر رسمی به قانون گذاری وابسته نیستند و با آن ارتباطی ندارند (Wood and Moram, 1993). این نوع محدودیت های قانونی فقط در زمینه گروه های کاری با منابع مالی مناسب، موفق عمل کرده است (برای مثال هم برای تاسیس و هم برای کنترل و نظارت). همچنین این نوع محدودیت ها بازده خوبی برای سیستم های قضایی با عملکرد موفق و مناسب داشته است (جهت اجرا و تصویب و ارتقا). وجود اطلاعات جهت مشخص نمودن اینکه آیا يك قانون خاص پیروی می شود یا نه، ضروری و لازم است.

A: مفاهیم

عموما مقررات و قوانین زمانی اتفاق می افتد که دولت / ایالت به اعمال کنترل بر فعالیت های اشخاص و شرکت ها می پردازد (Roemer, 1993). به طور اختصاصی تر، قانون و نظام مندی به عمل قیمت گذاری، تعریف کمیت و کیفیت محصولات توسط دولت اطلاق می شود (Maynard, 1982). فاکتورهای مختلفی در فرایند قانون گذاری مداخله دارند: شاغلین حرفه های سلامت - مدیران، وزیر بهداشت، مراکز تجاری وابسته و علاقمند به موضوع، سازمان های غیر دولتی، جامعه و گروه های مصرف کننده.

"فعالیت" دقیق به عنوان اقدام به قانون گذاری یا مکانیزم قانون گذاری معرفی می شود. اقدام مذکور بر متغیرهایی مانند قیمت ها و کیفیت تاثیرگذار است که به صورت ذیل طبقه بندی می شود:

۱- کنترل ها یا محدودیت های قانونی در مواردی که شرکت کنندگان باید مطابق با قانون های وضع شده رفتار نمایند. اگر شرکت کنندگان از این قوانین پیروی نکنند، با تنبیه و مجازات روبرو خواهند شد. علاوه بر این قوانین و دستورالعمل های رسمی، کدهای غیر رسمی بیشتری در زمینه مدیریت، خط مشی ها، دستورالعمل ها و توصیه نامه ها می تواند وجود داشته باشد. این

حمایت از افراد در برابر دیگران. رفتارهای نادرست می توانند منجر به سواستفاده و بهره برداری نادرست از افراد شود؛ به طوری که برای جامعه مضر و زیان آور خواهد بود (مانند اشتغال کودکان یا شرایط کاری زیان آور).

- خدمات ایده آل و ارزشمند. ممکن است خدماتی وجود داشته باشند که جامعه آنها را به شدت مهم شمرده (مانند تحصیلات، آموزش و خدمات سلامت) و افرادی که در مسند قدرت هستند احساس کنند که افراد به آن نیازمندند یا علاقه مند به استفاده از آن خدمات می باشند.

بنابر آنچه گفته شد حتی اگر سیستم قیمت گذاری کالاها و خدمات را کاملا کارآمد و مفید تشخیص دهند، ممکن است افراد جامعه تا زمانی که هدفی برای دستیابی نداشته باشند، علاقمند به استفاده از آنها نباشند. واضح است که بازار بخش سلامت از نواقص زیادی برخوردار است. این بازار از خصوصیات و ویژگیهای متنوعی برخوردار است (مانند اطلاعات ناهماهنگ و بی تناسب، مشکلات اخلاقی و عدم قطعیت) که منجر به مشکلات مالی خواهد شد. بنابراین مشارکت دولت در بخش سلامت از مواردی است که به شدت از طرف عموم مردم حمایت می شود.

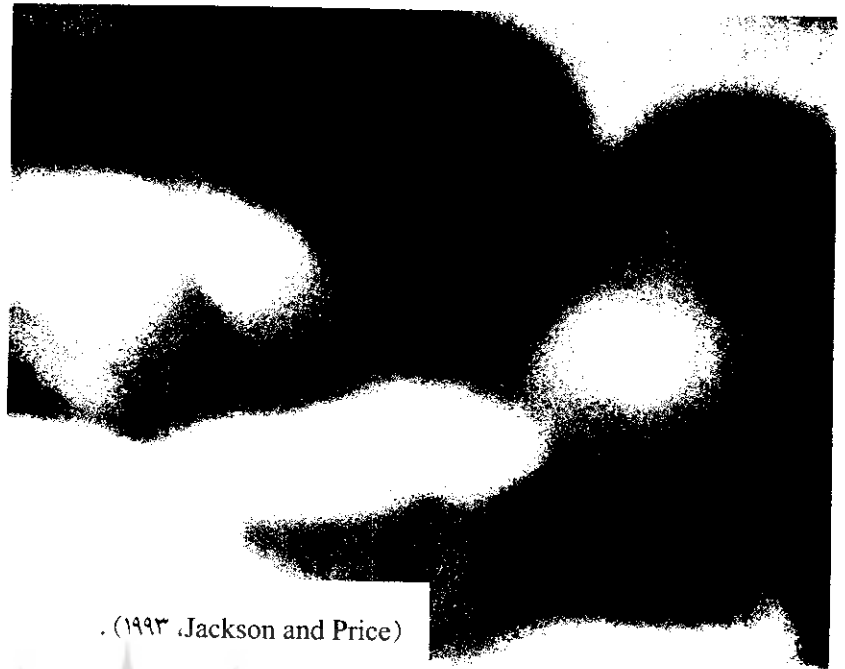
سخت ترین و مشکل ترین سوال این است که مداخله دولت و روش جلوگیری از بروز این مشکلات چگونه خواهد بود؟

به عنوان نمونه رابطه میان فعالیت های بخش خصوصی و دستورالعمل ها و نظام ها به طور کاملا واضح در سیستم مراقبت سلامت آمریکا که هنوز از قانونمندترین و نظام مندترین بخش های اقتصاد آمریکا است قابل مشاهده است (Phelps, 1992). بنابراین مشکلات مربوط به خصوصی سازی نمی تواند منجر به کمزنگ شدن نقش دولت شود اما در کاهش اثرات نظام مندی و کنترل ارابه خدمات سلامت موثر است (Muscell, 1995).

III- نظام مندی: مفاهیم و تعاریف

منطقی و مستدل قوانین مشوق‌ها، بازگشت و استفاده از تئوری اقتصادی مشوق‌ها، مهم به نظر می‌رسد. تئوری به طور کلی به منظور بررسی محتوایی رابطه شرکت و کارمند از روابط کاری موجود به عنوان پایه و اساس استفاده می‌نماید. اساساً به خاطر مشکلات و نقایص اطلاعاتی، رفتار نماینده (یا مدیر یا قانونگذار) امکان دارد از طریق فعالیت‌های پنهانی، منجر به اختصاص و توزیع غیر عادلانه (مثلاً کاهش سود و مزایا) شود.

حل این مشکل (برای مثال این که چگونه بر رفتار مدیر تاثیر بگذاریم تا میزان سود به حداکثر برسد) منجر به ایجاد قراردادهای متنوعی می‌شود و در نتیجه حقوق و مزایای مختلفی برای برون‌دادهای متنوع اختصاص می‌یابد.



(Jackson and Price, ۱۹۹۳).

در موارد و شرایطی که تلاش‌ها نادیده گرفته می‌شوند راه حل مشکل بستگی دارد به این که آیا طرفین قرارداد، علاقمند به ریسک هستند یا خیر؟ در این موارد، مشوق‌ها و محرک‌ها اولاً باید به روشی طبقه‌بندی شوند که مدیران و سایر افراد را علاقمند به مداخله و شرکت در موضوع نمایند، ثانیاً محرک‌ها به روشی طبقه‌بندی شده‌اند که با افزایش میزان تلاش مدیران، افزایش می‌یابند. بنابراین مکانیزم پاسخگویی و نتیجه قانونی است که متناسب با نوع برون‌داد، تنظیم شود.

قانون محرک‌ها می‌تواند بر پایه بازار تنظیم شود. این برنامه‌ها به جای اینکه به صورت جزئی به الگوهای رفتاری اشخاص بپردازند، قادرند که با نرخ بازار مطابقت داشته باشند. برای مثال در قانون ارتباط از راه دور انگلستان، قوانین Rate - type جایگزین محرک‌های Price-cap شده است. در این مورد قانون و دستورالعمل بر اساس فرمول $P = RPI - X\%$ است که در آن P نشان دهنده قیمت و RPI نشان دهنده نرخ تورم است. قانون Price - cap دقیقاً به همان مشکلاتی اشاره دارد که قانون Rate - type به آن پرداخت است اما به

مزایای استفاده از محرک‌ها و مشوق‌ها در راه رسیدن به اهداف قانونگذاری و نظام‌مندی به صورت ابتدایی در نظام مندی تجهیزات و امکانات قابل مشاهده است.

مشخص شده است که با استفاده از محدود کننده‌های سازمانی، اطلاعاتی و گنجایشی که مشخص شده‌اند، پایه‌گذاری و اثر نهایی این مکانیزم‌های قانونی، محدودتر خواهد شد. حتی در کشورهایی با حجم بالای منابع، کنترل‌های قانونی جهت کاهش قیمت‌ها و ... نیز با نواقص و نتایج منفی بسیار جدی روبرو هستیم. برای مثال می‌توان به قانونگذاری در زمینه کاهش سود کالاهای انحصاری اشاره نمود که برای نمونه نظام‌مندی میزان بازگشت سرمایه به شدت وابسته به قابلیت کسب اطلاعات جزئی در زمینه هزینه‌ها و الگوهای درآمد در شرکت مورد نظر می‌باشد.

۳- نظام‌مندی محرک‌ها - یک راه جهت ترویج بیشتر استفاده از محرک‌ها، استفاده از نظام‌مندی محرک‌هایی است که می‌توانند قانون و دستورالعمل‌هایی باشند که میزان ارتباط محصولات قابل اندازه‌گیری مانند قیمت‌ها را مشخص می‌نمایند (Tivole Laffont and, ۱۹۹۳). به منظور درک

۲- مشوق‌ها و انگیزه‌ها، مسوول این امر هستند که مشخص نمایند کدام اعضاء رفتارهای خود را تغییر داده‌اند و کدام یک از این تغییرات منجر به تحول در متغیرهای نهایی (هزینه و قیمت و کیفیت) خواهد شد. این مشوق‌ها می‌توانند هم به صورت مالی باشند و هم به شکل غیر مادی؛ قاعده کلی و اساسی وجود محرک‌ها جهت نیل به اهداف نظام‌مندی عبارتند از:

”قانون، پایه و اساس سیستم اقتصادی است و بر اساس آن اشخاص و افراد قادر خواهند بود، بهترین تصمیم‌گیری را جهت نیل به بالاترین درجه‌کارایی و اثربخشی و سودمندی برای جامعه اتخاذ نمایند“



مثال شاغلین حرفه‌های بهداشتی - وزارت بهداشت و سایر مشاغل مربوطه) استفاده می‌نماید (MacIntosh, ۱۹۹۷).

عوامل مداخله‌گر در این مورد می‌تواند شامل توسعه و ارتقا معیارهای کاری مفید و قوانین جامعی باشد که بر اساس معیارهای اجتماعی شکل می‌گیرند. مخصوصاً در محیط‌هایی که افراد مطابق با مشوق‌های اجتماعی مانند رضایتمندی و عدم رضایتمندی سایرین رفتار می‌کند (Lindbeck, ۱۹۹۷). این مداخله‌گرها می‌توانند به طریقی طبقه‌بندی شوند که مزایا و سود حاصل از آن در میان نتایج حاصله تقسیم شوند. این نوع روش غیر رسمی نیز تحت عنوان (Options - Institution Intensive) برای قانونگذاری تعریف شده‌اند (به جای Options-Institution) (Light World Bank, ۱۹۹۷).

افزایش قیمت داشته باشند (Propper, ۱۹۹۵a). مزیت چنین روشی این است که اگر متغیرها به خوبی مشخص شده باشند و به سادگی قابل محاسبه و کنترل باشند، هزینه استفاده و بازبینی چنین قوانینی نسبت به سایر قوانین پایین‌تر است.

محرک‌ها و قوانین مربوط به آنها را می‌توان از طریق دستورالعمل‌های قراردادی به جای قانونگذاری اجرا نمود. محدودیت دیگری که وجود دارد ناشی از تفاوت‌های میان قوانین رسمی و غیر رسمی است. انواع مداخلاتی که در قسمت بالا به آنها اشاره شد را می‌توان رسمی دانست و بر این اساس ترکیبی از قوانین رسمی و توافق‌نامه‌های قراردادی واضح وجود دارند. قوانین غیر رسمی را می‌توان سیستمی دانست که جهت دستیابی به برون‌دادها و نتایج حاصل از همکاری بین طرفین (برای

رابطه بین درآمد و هزینه توجهی ندارد و این رابطه را قطع نموده است. بر اساس این قانون، قیمت‌های بازار بر پایه قیمت‌های سال اخیر که با در نظر گرفتن تورم اصلاح شده‌اند و درصدی مانند X از آن کاسته شده است مشخص می‌شوند.

فاکتور X نشان می‌دهد که قیمت حقیقی در طول دوره استفاده از Price - Cap کاهش می‌یابد. بنابراین مشکلات و زیان‌های شرکت‌های جدیدالتاسیس را کاهش می‌دهد. گاهی اوقات برخی مشوق‌ها و محرک‌ها به کیفیت پایین تعلق می‌گیرد که باید توسط قانونگذار بررسی و بازبینی شوند. سایر برنامه‌های نظام‌مندی محرک‌ها بر اساس سود یا هزینه‌هایی است که مشترکاً توسط دولت و پیمان‌کار مشخص می‌شود. اگر X یک مقدار ثابت باشد بر این اساس شرکت‌ها اجازه دارند که بیش از X%

خودتنظیمی نیز رابطه نزدیک میان اعضاء هیات قانونگذاری، افراد مشمول قانون، ممکن است صحت و دقت اجرای قوانین را به مخاطره بیندازند چراکه قانونگذاران در ارتباط بسیار نزدیک با افراد مشمول قانون یا حتی از همکاران آنها هستند. از این پدیده به عنوان تله (دام) قانونگذاری یاد می‌شود.



در بخش سلامت در می‌یابیم که نوعی خود تنظیمی کاملا اساسی خصوصا در میان شاغلین بخش مراقبت سلامت دیده می‌شود.

به جای وجود يك هیات قانونگذاری مستقل، شاغلین اغلب توسط گروهی از همکاران (برای مثال هیات پزشکی) هدایت می‌شوند که بر اساس قوانین جاری، اجازه هدایت آنها را دارا می‌باشند. یکی دیگر از مزایای این فرایند، نیاز به منابع محدود جهت مدیریت سیستم‌های خود تنظیم است. با وجود این سوالات جدی در خصوص شفافیت و تاثیرگذاری سیستم خود تنظیمی وجود دارد. حتی بدون وجود

این روش‌ها می‌تواند شامل روش‌های نظارتی پایین به بالا مانند اطلاعات عمومی، یا اطلاعات محلی جهت تقویت شهروندان و... باشد. Institution-Light Options

حتی می‌تواند زوایا و دستورالعمل‌های رسمی بیشتری، از جمله چگونگی استفاده از مشوق‌ها و قوانین محرک‌ها بر پایه دستورالعمل‌های ساده رانیز شامل شود.

به طور کلی استفاده از مکانیزم‌های قانونگذاری رسمی نیازمند وجود دستورالعمل‌های دقیق و یا مشوق‌ها و محرک‌هایی است که توسط يك هیات قانونگذاری، پایه‌گذاری، اجرا و بازبینی شده باشند.