

تمرکززدایی در بخش سلامت

دکتر علی اخوان بهبهانی*

دکتر ایروان مسعودی اصل**

خدمات سلامت مانند دیگر خدمات بخش عمومی، گرفتار مشکلات اساسی، از جمله ناکارایی فنی است. از دیگر مشکلات این بخش می‌توان به استفاده نامطلوب از منابع اختصاص داده شده اشاره کرد. برای حل مشکل ناکارایی بسیاری از دولت‌ها به درجه‌بندی و تمرکززدایی در بخش سلامت اقدام کرده‌اند.

این اصلاحات سبب تغییرات بنیادی در نگرش‌ها راجع به نقش مناسب دولت در سلامت شد، اما تمرکززدایی و خصوصی‌سازی در بخش سلامت، آغازگر بحث‌ها و مجادله‌ها میان موافقین و مخالفین این مسئله در کشورهای مختلف بوده و هست. امروزه تجارب ارزنده‌ای در این زمینه وجود دارد که می‌توان از آن‌ها استفاده کرد. در کشور ما نیز در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه سوم و چهارم موضوع تمرکززدایی در بخش سلامت مدنظر قرار گرفت که می‌توان به بازخوانی تجارب موجود آن پرداخت. آنچه مسلم است میان دو طیف «خصوصی» و «دولتی» وضعیت‌های متعدد ترکیبی از «خصوصی-دولتی» وجود دارد که شاید بتواند فرمول مناسبی برای خدمات بهداشتی و درمانی در کشور ارائه کند.

در این مقاله صرف‌نظر از بحث شمول سیاست‌های اصل ۴۴ بر بخش سلامت، به خصوصی‌سازی خدمات سلامت در جهان اشاره شده است و با ذکر وضعیت ایران، فرصت‌ها و تهدیدهای این بخش را مطالعه خواهیم کرد.

کلیدواژه‌ها: تمرکززدایی؛ نظام سلامت؛ خصوصی‌سازی

* عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

E-mail: ali_akhavanbehbahani@yahoo.com

** مدیر گروه اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

E-mail: masoudi_1352@yahoo.com

مقدمه

ابلاغ سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی توسط مقام معظم رهبری و تقدیم لایحه اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی طیفی از نظرات گوناگون درباره آن را در محافل سیاسی و اقتصادی مطرح ساخت.

در یک سوی این طیف نظراتی است که براساس آن‌ها خصوصی‌سازی و واگذاری دولتی تا آنجا پیش می‌رود که فقط صدا و سیما به‌عنوان مؤسسه‌ای دولتی یا حکومتی باقی می‌ماند و همه وظایف باید به بخش خصوصی واگذار شود. در سوی دیگر این طیف نظراتی است که ذاتاً دولتی ماندن بنگاه‌های اقتصادی را یک اصل دانسته و به همین دلیل، مقاومت خاصی در برابر خصوصی‌سازی از خود نشان می‌دهند.

بخش بهداشت و درمان نیز جدا از این مقوله کلی نیست. بسیاری معتقدند خصوصی‌سازی کامل بخش بهداشت و درمان به کاهش سطح بهداشت و سلامت اقشار وسیعی از جامعه که از قدرت مالی پایین‌تری دارند منجر خواهد شد. از سوی دیگر بخش خصوصی بخش معینی از ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارد و مجوز فعالیت برای بخش خصوصی در زمینه بهداشت و درمان در چهارچوب سیاست‌های دولت ارائه شده است.

زمینه تاریخی

پس از بحران نفتی دهه ۱۹۷۰ بسیاری از کشورها محدودیت هزینه‌های عمومی خود را خواستار شدند. در این کشورها برنامه وسیع اصلاحات بخش عمومی پیگیری شد که در آن مجموعه‌ای از اندیشه‌های مدیریت جدید بخش عمومی بر سیاست‌های پیشنهادی تأثیرگذار بودند.

در این زمان خصوصی‌سازی به معنای انتقال فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها از دولت به بخش خصوصی و انتقال مسئولیت تولید کالا و خدمات از دولت به فرد یا افراد بود.

این افکار تلاش‌های گوناگونی را برای اصلاح مراقبت‌های سلامت برانگیخت^۱. اصلاحات بخش سلامت با تکیه بر سیاست‌های اصلاح ساختاری، فشارهایی را به حکومت‌ها برای افزایش اتکا به بخش خصوصی در تأمین خدمات سلامت وارد کرد. این فرایند به خصوصی‌سازی بخش سلامت منتهی شد و مشابه فرایند خصوصی‌سازی در بخش تولید بود. در پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، نظام‌های

1. Ashton, 1988.

مراقبت سلامت تأسیس کردند که از بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند و خدمات آن‌ها از طریق نظام دیوان‌سالاری ادغام عمودی ارائه می‌شود. این نظام‌ها، در پاسخ به نارسایی بازار و با الهام از نظام‌های غربی مانند زلاندنو یا انگلستان ایجاد شدند.

در نیم قرن گذشته سیاست‌های بخش سلامت، بیش‌تر بر گسترش منابع انسانی و زیربنای فیزیکی (درمانگاه‌ها، تجهیزات تشخیصی، آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها) تأکید می‌کردند. نظام‌ها برای عرضه داروها و تجهیزات پزشکی و آموزش کارکنان توسعه یافتند. در سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ تعداد تخت‌های بیمارستانی در تمام دنیا از ۵ میلیون به ۱۷ میلیون افزایش یافت. به موازات این توسعه، تعداد پزشکان پنج برابر شد و از ۱/۲ میلیون به ۶/۲ میلیون رسید.^۱

این‌گونه راهبردهای متکی بر نهاده‌ها به موفقیت‌های زیادی دست یافته‌اند از جمله این موفقیت‌ها برقراری عدالت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای میلیون‌ها انسان و همچنین کنترل بیماری‌های واگیر و سایر فعالیت‌های بهداشت عمومی که به‌خوبی پاسخ‌گوی نقش مستقیم دولت‌ها بوده است. اما با توجه به این دستاوردها مشکلات فزاینده‌ای در خدمات سلامت بخش عمومی به وجود آمده است. برخی از این مشکلات ریشه در نظام ارائه خدمات دارند و بسیاری دیگر موارد مشابهی را در بخش‌های زیربنایی و دیگر قسمت‌های بخش عمومی دارند.^۲

مشکلات ارائه خدمات سلامت توسط دولت

هر چند ارائه دولتی خدمات سلامت دستاوردهای مثبتی دارد، اما ضعف‌هایی جدی نیز به چشم می‌خورد. خدمات سلامت مانند دیگر خدمات بخش عمومی، دارای مشکلات اساسی است. ناکارایی فنی، ناکارایی تخصیصی، نارسایی در دسترسی به گروه‌های جمعیتی فقیر و همچنین پاسخ‌دهی ضعیف به انتظارات مصرف‌کنندگان از مهم‌ترین مشکلات این نوع ارائه خدمت محسوب می‌شوند که به توضیح هر یک می‌پردازیم:

۱. ناکارایی فنی: مانند سایر خدمات دولتی، مشکل عمده‌ای که در ارائه خدمات سلامت به این صورت وجود دارد، ناکارایی فنی است. منابع مراکز سلامت اغلب به‌درستی استفاده نمی‌شوند و در بیش‌تر موارد، کمبود منابع، هم‌زمان و همراه با هدر دادن و ضایع

1. Dowling B, 2003.

2. Bossert, Thomas, 1998.

کردن منابع است. این امر به‌خصوص در اقتصادهای در حال گذار به چشم می‌خورد.

۲. **ناکارایی تخصیصی:** در ارائه دولتی خدمات سلامت، معمولاً هزینه خدمات در نظر گرفته نمی‌شود و به اثربخشی آن‌ها نیز با دیده اغماض نگریسته می‌شود. این امر سبب حداقل شدن توانایی ارائه یا حتی مشخص کردن مداخلات هزینه‌اثربخش، می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، ناکارایی تخصیصی، مشکلی بسیار جدی است به‌گونه‌ای که منابع اغلب به‌صورتی غیرمتناسب، به سمت مراقبت‌درمانی بیمارستانی در شهرها جریان پیدا می‌کند. این بیمارستان‌ها، حجم عظیمی از منابع اندک این کشورها را مصرف می‌کنند و در عین حال، در بسیاری از آن‌ها، ضریب پایین اشغال تخت دیده می‌شود.^۱

۳. **نارسایی در دسترسی به گروه‌های جمعیتی فقیر:** با توجه به این حقیقت که عدالت، انگیزه‌ای کلیدی برای ارائه خدمات سلامت به شکل دولتی است، توزیع منابع در نظام‌های دولتی، به‌ندرت متمرکز بر افرادی است که بیش‌ترین نیاز را به آن دارند. تصمیمات مربوط به تخصیص منابع، اغلب تحت تأثیر منابع سیاسی است. مطالعات نشان داده شده است که کارکنان بخش مراقبت سلامت دولتی نیز (علی‌رغم اینکه وظیفه و مسئولیت آن‌هاست)، توجه خاص و ویژه‌ای به فقرا نشان نمی‌دهند.^۲

۴. **پاسخ‌دهی ضعیف به انتظارات مصرف‌کنندگان:** خدمات اجتماعی ارائه شده توسط ارائه‌کنندگان دولتی، به‌طور مشخص در برابر مصرف‌کنندگان پاسخ‌گو نیستند. نمونه‌های زیادی از برخورد ضعیف و نامناسب کارکنان با بیماران در مراکز سلامت دولتی به چشم می‌خورد.

تغییر نقش دولت در بخش سلامت

همگام با تحولات جهانی دیدگاه‌ها درباره نقش دولت در توسعه اقتصادی و اجتماعی نیز تغییر یافته است.

در کشورهای در حال توسعه، دولت‌هایی که بیش از حد گسترش یافته‌اند، می‌کوشند با منابعی ناچیز و توانمندی اندک، کارهای بزرگی انجام دهند. به موازات آن، چنین دولت‌هایی معمولاً از تأمین اساسی‌ترین خدمات اجتماعی مانند بهداشت، آموزش ابتدایی، حقوق مالکیت و امنیت جاده‌ها، ناتوان هستند. اما اینک اجماع نظری حاصل شده است که اثربخشی بیش‌تر دولت و توسعه سریع در گرو انطباق نقش دولت با توانایی‌هایش و نیز

1. Chawla, 1996.

2. Jackab M, 2000.

استفاده بهتر از بخش خصوصی در زمینه‌هایی است که دولت فاقد برتری نسبی است. عقب‌نشینی و خروج سرمایه‌های دولت از فعالیت‌های تجاری، نخستین و آسان‌ترین منافع را در مسیر حرکت به سمت دولتی‌اثربخش و تمرکز یافته به وجود آورده است. موفقیت گسترده «موج نخست» اصلاحات سازمانی نشان داد که دور نگاه داشتن دولت از تولید خدمات و کالاهای تجاری بادوام، منافع بی‌شماری را نصیب جامعه می‌کند.^۱ با توجه به گذار موفقیت‌آمیز شرکت‌های بازرگانی، تمام دولت‌ها به کارگیری اصلاحات را در مؤسسات عام‌المنفعه خدماتی، به عنوان «موج دوم» اصلاحات شروع کرده‌اند. باز تعریف نقش دولت در انجام خدمات زیربنایی، راه مشکل‌تری برای پیشروی است. هر چند دولت باید در این زمینه نقش ایفا کند، اما خرد جمعی در این‌باره که آن نقش چیست، تغییر کرده است.

در این بخش‌ها، اساس دیدگاه قدیمی این است که به دلیل «انحصار طبیعی»، باید این خدمات به وسیله بخش عمومی اداره شوند تا صرفه‌های مقیاس بهره‌برداری شده و سوءاستفاده از قدرت انحصاری مهار شود. فناوری‌های نوین و تغییرات سازمانی، سبب تنوع تولید و نظام‌های ارائه خدمات شده است. این موضوع به بهبود کارایی، کیفیت و پاسخ‌گویی خدمات منجر شده است. از سوی دیگر بار مالی ناشی از این خدمات — در گذشته به صورت انحصارات دولتی فعالیت می‌کردند — سبک‌تر شده است.

تجربه خصوصی‌سازی و تجاری‌سازی (معمولاً از طریق شرکتی کردن) خدمات زیربنایی خارج از بخش‌های اجتماعی و هزینه‌های گزاف پنهانی پیشین انحصارهای بخش عمومی در این حوزه‌های اقتصاد را آشکار ساخت. البته عده‌ای همچنان از فعالیت دولت در خدمات زیربنایی یا سایر حوزه‌های تجاری اقتصاد دفاع می‌کنند.

«موج سوم» اصلاحات، «بازاری کردن»^۲ است. بسیاری از کشورها در حال به‌کارگیری اصلاحات «بازاری کردن» برای خدمات اجتماعی (سلامت، آموزش و بازنشستگی) هستند. در بخش سلامت، سیاست‌گذاران می‌کوشند این اصلاحات را برای حل مسائل در خدمات ارائه شده بخش عمومی به‌کار گرفته و تکمیل کنند و در عین حال حمایت اجتماعی و عدالت را نیز پیگیری کنند.^۳

1. World Bank, March 1993.

2. Marketizing

3. Ibid.

این تحولات و اصلاحات در سازمان‌های ارائه خدمات سلامت، نشانه‌ای از تغییرات بنیادی در نگرش‌ها راجع به نقش مناسب دولت در اقتصاد و سلامت است.

مشکلات خصوصی‌سازی نظام سلامت

زیرساخت‌های ضعیف، کمبود کارکنان کیفی، پایین بودن استانداردهای مراقبت، امکانات ناکافی و فناوری نامناسب، استفاده نابجا از منابع دولتی در بخش خصوصی (در دو بعد اختصاص امکانات دولتی به بخش خصوصی و صرف وقت موظفی کارکنان متخصص دولتی به انجام فعالیت در بخش خصوصی)، عملکرد نامطلوب و خطاهای پزشکی از مشکلات اصلی فعالیت بخش خصوصی در بخش سلامت است.^۱

تجارب جهانی نشان داده است بی‌عدالتی در ارائه مراقبت‌های سلامت به موازات گسترش فعالیت‌های بخش خصوصی افزایش یافته است. برای مثال در برنامه بیمه خصوصی در شیلی (ISAPRE)^۲ که شامل انتقال درآمدهای دولت به شرکت‌های خصوصی بود، حدود $\frac{۲}{۳}$ جمعیت نتوانستند زیر پوشش برنامه‌های بیمه خصوصی قرار گیرند. در این کشور شرکت‌ها برای کسب منافع بیشتر، معیارها را به گونه‌ای تنظیم می‌کنند که افراد ثروتمندتر زیر پوشش قرار گیرند، سالمندان، از کارافتادگان، بیکاران و فقرا مجبورند خدمات بخش دولتی را دریافت کنند.^۳

ارائه خدمات خصوصی می‌تواند ناکارا باشد و افزایش هزینه‌ها را سبب شود. این موضوع می‌تواند اثر عواملی چون دریافت حق‌الزحمه بیش از اندازه، استفاده غیرضروری از ابزارهایی با فناوری پیشرفته و تکیه بیش از حد بر آزمون‌های آزمایشگاهی باشد.^۴

گرایش به سوی خصوصی‌شدن می‌تواند سبب اختلاط نامتناسب خدمات مراقبت سلامت شود. از نظر بیمارانی که دانش ناقصی دارند، مواردی چون داروها یا تزریقات تجویزی شاخص‌های قابل رؤیت کیفیت خدمات هستند، پس می‌توان انتظار داشت که کارکنان بخش خصوصی برای تظاهر به کیفیت خدماتشان از این سازوکارها بهره گیرند،

1. Prudhomme, Remy, 1995.
2. Instituciones de Salud Provisional.
3. Bossert, Thomas, 1993.
4. Hurley, Jeremiah, 2002.

البته این کار به تجویز غیرمنطقی داروها و تزریقات منجر خواهد شد.^۱

ضرورت قانونمندی

تلاش برای قانونمندی رویکرد مناسب حل بسیاری از این مشکلات است. صرف‌نظر از دلیل فعالیت بخش خصوصی در نظام سلامت، قانونمندی آن از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. قانونمندی برای مقابله با مشکلات احتمالی در فرایند تولید خدمات، تأمین هزینه‌ها و توزیع خدمات در بخش خصوصی انجام می‌شود.^۲

بانک جهانی، نهادی که همواره کشورها را به خصوصی‌سازی ترغیب می‌کند در ضرورت قانونمندی خصوصی‌سازی می‌گوید: «قانونمندی قوی به‌وسیله دولت نیز عنصری محوری است، از جمله قانونمندی بیمه‌های خصوصی سلامت برای کمک به دسترسی فراگیر به پوشش بیمه و مقابله با اقداماتی که منجر به کاربری بیش از حد از خدمات و افزایش هزینه‌ها می‌شوند. در شرایطی که کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته در مسیر ایجاد تنوع در نظام سلامت گام برمی‌دارند، ضرورت تقویت ظرفیت‌های دولت برای قانونمندی بخش خصوصی بیش از هر زمان احساس می‌شود: قانونمندی برای اطمینان از رعایت استانداردهای کیفی، رخ ندادن کجروی‌های مالی و سایر انواع سوءاستفاده اینکه کسانی که استحقاق دریافت خدمات سلامت را دارند، از این خدمات محروم نگردند و بالاخره حفظ حریم خصوصی و اطلاعات طبی افراد ضرورت دارد».^۳

منطق اقتصادی سنتی برای قانونمندی مبتنی بر پیشگیری از رویه‌های نادرست و ناموفق در بازار (مثلاً تک‌قطبی شدن) است که به تخصیص ناکارای منابع منجر می‌شود. به هر حال، ویژگی‌های خاص مقوله سلامت و مراقبت‌های سلامتی مانند آثار خارجی^۴، کالاهای عمومی، نامتقارنی اطلاعات، عدم قطعیت و همچنین لزوم رعایت عدالت حکم می‌کند که جای بایسته‌ای برای دخالت دولت در نظر گرفته شود.

1. Bossert, Thomas, 2000.

2. Kumaranayake L, 1998.

3. World Bank 1993.

4. Externalities.

تمرکززدایی خدمات سلامت در ایران

اگر نگاهی کلی به نظام سلامت ایران داشته باشیم درمی‌یابیم که در دو دهه گذشته این نظام در تحقق اهدافی مانند افزایش دسترسی به خدمات، افزایش طول عمر، امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر در اطفال، نوزادان و کنترل نرخ موالید موفقیت‌های چشمگیری داشته است. از سوی دیگر مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه دچار مشکلاتی به شرح زیر است: ناکارایی خدمات، کیفیت کاهش یافته، دسترسی متفاوت به خدمات درمانی به ویژه برای تهیدستان، افزایش هزینه‌های خانوار، سهم بالای پرداخت مستقیم بیماران، عدم مشارکت عادلانه مالی و فقر و تنگدستی بسیاری از خانوارها^۱.

این موضوع باعث شده است ذی‌نفعان نظام سلامت اعم از مردم، ارائه‌کنندگان خدمات، شرکت‌های بیمه و سیاست‌گذاران نارضایتی خود را ابراز دارند و دولت‌مردان در صدد برآیند تا راهکارهای مختلفی برای حل این مشکل ارائه دهند.

یکی از این راهکارها، واگذاری خدمات و صدور مجوزها برای سرمایه‌گذاری در مؤسساتی است که قبلاً آن را دولت اداره کرده است.

در دو دهه گذشته در بخش سلامت طرح‌هایی در این راستا اجرا شده که به خودگردانی بیمارستان‌ها در سال ۱۳۷۵ - ماده (۱۹۲) در برنامه سوم توسعه و ماده (۸۸) برنامه چهارم توسعه - می‌توان اشاره کرد.

در ایران بسیاری از خدمات مانند جمله خدمات پاراکلینیکی و خدمات پزشکی سرپایی به طور قابل توجهی توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد. تمرکززدایی اهمیت بیشتری می‌یابد و ضرورت دارد تا نگاهی دقیق‌تر به تجارب گذشته داشته باشیم.

تمرکززدایی بخش سلامت در قوانین پنج‌ساله توسعه ایران

خصوصی‌سازی - آزادسازی و تعدیل اقتصادی بعد از پایان جنگ تحمیلی و به‌ویژه در نیمه اول دهه دوم انقلاب تمام بخش‌های کشور را فرا گرفت. در تصویر کلان برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور هدف از خصوصی‌سازی (بدون آنکه اشاره مستقیمی به آن شده باشد) به صورت زیر آمده است:

- منطقی نمودن نظام تشکیلاتی دولت در چهارچوب وظایف قانونی و منابع مالی،

۱. علی اخوان، «چالش‌های پیش‌روی بخش سلامت»، فصلنامه مجلس و پژوهش، ۱۳۸۴.

- برقراری تعادل بین دریافت‌ها و پرداخت‌های بودجه عمومی دولت،
- افزایش نرخ بهره برداری از ظرفیت‌ها و امکانات موجود درآمد دولت،
- جلب مشارکت مردم به تأمین قسمتی از هزینه ارائه خدمات عمومی،
- کاهش بار مالی هزینه‌های دولتی از طریق انتقال پاره‌ای از وظایف موجود به بخش غیردولتی^۱.

در این برنامه از بخش سلامت سخنی به میان نیامد.
در برنامه پنج ساله دوم نیز زمینه‌های لازم برای خصوصی‌سازی به نوعی در تبصره‌های «۲۲»، «۲۱»، «۱۰» و «۲۳» دیده می‌شود.

در سال ۱۳۷۱ دولت لایحه بیمه همگانی را به مجلس برد. در مواد (۱۵) و (۱۶)، فروش بیمارستان‌های غیرآموزشی و خودگردانی اقتصادی بیمارستان‌های آموزشی (۴۲ هزار تخت) مطرح شده بود. سرانجام در سال ۱۳۷۳ لایحه بیمه همگانی با حذف مواد فوق تصویب شد. در برنامه دوم توسعه مواد فوق در برنامه دولت ارائه و در مجلس رد شد. نکته قابل توجه اینکه در این دو برنامه بر نقش دولت در ارائه خدمات سلامت تأکید شده است. این موضوع را می‌توان در خط مشی‌های اساسی برنامه دوم مشاهده کرد. در خط مشی‌های اساسی این قانون تلاش برای تحقق عدالت اجتماعی در موارد ذیل عنوان شده است:

- تعمیم، گسترش و بهبود نظام تأمین اجتماعی به‌وسیله تأمین منابع از محل بودجه عمومی به منظور پرداخت مستمری به اقشار نیازمند، زنان و کودکان بی‌سرپرست و معلولین، توسعه بیمه‌های اجتماعی و قرار دادن همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخر برنامه دوم و پرداخت سهم سرانه دولت مطابق ضوابط قانون بیمه خدمات درمانی،
- عنایت به مناطق محروم و روستاها با اولویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید و عمران،
- تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی،
- سعی در جهت دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش‌های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات و تربیت بدنی^۲.
در قانون برنامه پنج ساله سوم علاوه بر موارد کلی که درباره تمرکززدایی و خصوصی‌سازی آمده بود در ماده (۱۹۲) به‌طور صریح بر تمرکززدایی در بخش سلامت تأکید شده است.

۱. قانون برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

۲. قانون برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

در این ماده تأکید شده توسعه مراکز درمان در مناطقی که امکان سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد توسط دولت انجام می‌شود. همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده شد به خرید خدمات تعریف شده از کارکنان خود طبق تعرفه‌های مصوب (نظام کارمزدی به جای روزمزدی) و همچنین از بخش غیردولتی اقدام کند.^۱

۱. ماده (۱۹۲).

الف) به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد:

۱. کلیه خدمات بهداشتی اعم از شهری و روستایی به صورت رایگان توسط دولت ارائه می‌گردد.
۲. خدمات درمان سرپایی روستاییان در واحدهای موجود توسط دولت ارائه می‌شود. توسعه مراکز درمان روستایی در مناطقی که امکان سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی وجود ندارد توسط دولت انجام می‌شود.
۳. درمان سرپایی شهری در مراکز بهداشت و درمان شهری موجود به عهده دولت است. لکن توسعه آن با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود. توسعه فعالیت‌های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جاذبه‌ای برای بخش خصوصی وجود ندارد.

۴. ضمن استمرار تصدی دولت در درمان بستری برای مناطق توسعه نیافته یا کم‌تر توسعه یافته و شهرهای کوچک (کم‌تر از یکصد هزار نفر جمعیت) و تأمین تخت‌های آموزشی متناسب با تعداد دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی، توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیش‌تر از یکصد هزار نفر جمعیت) بر عهده بخش غیردولتی خواهد بود. همچنین در شهرهای بزرگ جهت واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید برای بخش غیردولتی با اولویت تعاونی‌های گروه پزشکی تسهیلات لازم ایجاد خواهد شد.

۵. سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت سازمان‌دهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی بند فوق با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ب) به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود در جهت ارتقای کارایی و مشارکت کارکنان و مردم در مورد امکانات بهداشتی و درمانی و دارویی و توان‌بخشی خود با رعایت موارد مذکور در بند «الف» این ماده اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. خرید خدمات تعریف شده از کارکنان خود طبق تعرفه‌های مصوب (نظام کارمزدی به جای روزمزدی) و همچنین از بخش غیردولتی.

۲. پرداخت بخشی از درآمدهای حاصل از ارائه خدمات به کارکنان در واحدهای تحت تصدی دولت به صورت کارانه برای افزایش کارایی آنان.

در آیین‌نامه اجرایی این ماده آورده شده توسعه مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری به جز مناطقی که بخش تعاونی، خصوصی و خیریه با تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود، - مگر در شهرهایی که داوطلبی وجود نداشته باشد - توسط دولت انجام خواهد شد.

در این آیین‌نامه درباره واگذاری واحدهای بهداشتی و درمانی نیز قید شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق واگذاری مدیریتی (بدون انتقال مالکیت سرمایه‌ای) اجاره و سایر روش‌های دیگر می‌تواند اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی را به طور کامل یا بخشی از آن یا برخی از خدمات را به افراد حقیقی یا حقوقی واگذاری کند.^۱

در ماده (۷) این آیین‌نامه نیز قید شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند از طریق انتقال مالکیت سرمایه‌ای به صورت فروش و اجاره به شرط تملیک بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها و آزمایشگاه‌ها و غیره مشمول این آیین‌نامه را به افراد حقیقی یا حقوقی و بخش غیردولتی (تعاونی، خصوصی و خیریه) واگذار کند.^۲

راهکارهای اجرایی حوزه‌های بخشی قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در بخش بهداشت و درمان نیز موارد ذیل ذکر شده است:

- صدور مجوز و ترغیب بخش خصوصی برای تأسیس مطب و داروخانه در مراکز بهداشتی-درمانی براساس سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،
- تشویق تشکیل گروه‌های تعاونی پزشکان و کارکنان بهداشتی و تلاش برای فراهم کردن سرمایه اولیه برای ایجاد واحدهای بهداشتی و درمانی توسط تعاونی‌ها،
- ارائه کمک‌های مالی برای ایجاد و احداث واحدهای بهداشتی-درمانی توسط بخش غیردولتی از طریق اعطای تسهیلات بانکی با نرخ ترجیحی،

→ اعتبار لازم برای اجرای بند «ب» این ماده در لایحه بودجه سالانه منظور خواهد شد. درآمدهای حاصله در هر

استان در قالب بودجه‌های سالانه صرف توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشتی و درمانی همان استان می‌گردد. آیین‌نامه‌های اجرایی این ماده شامل تعیین وضعیت کارکنان شاغل، ضوابط و نحوه واگذاری، تعریف خدمات قابل واگذاری و نحوه قیمت‌گذاری آن‌ها، روش‌های پرداخت، نحوه هزینه درآمدهای حاصله و سایر موارد، مشترکاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه حداکثر در مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید

۱. آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

۲. همان.

- فراهم آوردن امکان خرید خدمت از بخش خصوصی پس از تدوین تعرفه برای خدمات بهداشتی،

- جلوگیری از ایجاد واحدهای بهداشتی- درمانی دولتی در مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود دارد و سوق دادن منابع دولتی برای مناطقی که جاذبه برای بخش خصوصی وجود ندارد^۱.

در برنامه چهارم توسعه در بندهای متعددی به خصوصی سازی اشاره شده است. این مهم در ماده‌های (۶)، (۷)، (۱۳۵) و (۱۳۶) به خوبی دیده می‌شود. علاوه بر این احکام کلی در بند «ج» ماده (۸۸) این قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است، برای ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، اداره بیمارستان‌های پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آن‌ها را در چارچوب تعرفه‌های مصوب انجام دهد.

تحقق نیافتن اهداف

با توجه به تصریح قانون برنامه سوم به دلایل متعددی این امر در برنامه به‌صورت صحیح محقق نشد. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کل کشور در گزارش عملکرد پنج ساله برنامه سوم توسعه مهم‌ترین دلایل عدم تحقق در افزایش مشارکت بخش خصوصی در سال‌های برنامه را به صورت زیر بر شمرده است:

- وضعیت نامطلوب اقتصادی در بخش بهداشت و درمان در مقایسه با سایر بخش‌های اقتصادی (رشد متوسط تعرفه‌های بخش بهداشت و درمان ۵۰ درصد کم‌تر از متوسط رشد تورم جامعه در سال‌های گذشته بوده است)،

- نبود نظام جامع سلامتی در کشور،

- نامشخص بودن جایگاه واقعی بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشت و درمان در کشور،

- دیدگاه غیر اقتصادی در بخش بهداشت و درمان و تصمیم‌گیری کلان کشور،

۱. راهکارهای اجرایی حوزه‌های بخشی قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۷۹.

- تعبیر نادرست از انجام وظیفه دولت در بخش بهداشت و درمان،
- قوانین و آیین‌نامه‌های متعدد دست‌وپاگیر برای ارائه‌کنندگان خدمات بخش خصوصی،
- تفکیک نادرست از حد و مرز ارائه‌کننده خدمت، مصرف‌کننده، دولت سازمان‌های ملی نظام سلامت (وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، بیمارستان‌های دولتی و آموزشی)،
- نبود نیروی انسانی کیفی و ماهر در راهبری خصوصی‌سازی و کاهش تصدی دولت در این بخش،
- نبود جایگاه و تشکیلات لازم در ساختار وزارت بهداشت برای بررسی و تحقق هر چه سریع‌تر این مسئله،
- دیدگاه انحصار گرایانه در تصدی قدرت دولتی.^۱

جمع‌بندی

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و به دلایل متعدد دولت در تمرکززدایی و خصوصی‌سازی انواع مشخصی از خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کرده است. تمرکززدایی و خصوصی‌سازی، موافقان و مخالفانی در بخش سلامت در کشورهای مختلف داشته و دارد. موافقین خصوصی‌سازی معتقدند اصولاً بخش دولتی بی‌کفایت بوده و بخش خصوصی باید برای نگهداری و حفظ دارایی‌های محدود عموم و توسعه و ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت بالا فعال باشد. مخالفین خصوصی‌سازی مدعی هستند که وعده‌های موافقین خصوصی‌سازی تئوریک و فاقد دیدگاه‌های کاربردی است. استدلال آن‌ها این است که بخش دولتی موفقیت‌های چشمگیری در کاهش نرخ مرگ‌ومیر داشته است. به‌علاوه اتکا به بخش خصوصی، مستلزم قبول مشکلات سهم مالکیت است.

اگرچه معمولاً برای توجیه خدمات ارائه شده دولت به عامل عدالت توسل جسته می‌شود، اما در واقع توزیع منابع در نظام‌های دولتی به‌ندرت به سمت نیازمندترین افراد هدف‌گیری می‌شود و اغلب نارسایی در پوشش گروه‌های فقیر دیده می‌شود. خدمات اجتماعی که ارائه‌کنندگان دولتی به مصرف‌کنندگان عرضه می‌کنند، بدون حساسیت و غیرپاسخ‌گو هستند. کیفیت آن‌ها از نظر کلینیکی و مشتری‌جای تردید دارد.

۱. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، گزارش اقتصادی و نظارت بر عملکرد سال دوم برنامه سوم توسعه، ج ۲، سال ۱۳۸۱.

از سوی دیگر تمرکززدایی بخش سلامت اکثراً در سال‌های اخیر انجام شده است و مانند بخش‌های دیگر تا کنون به صورت جدی ارزیابی نشده‌اند.

بانک جهانی، مشوق خصوصی‌سازی در جهان، ضرورت تقویت ظرفیت‌های دولت برای قانونمندی‌سازی بخش خصوصی را به کرات متذکر می‌شود. باید توجه داشت در بازارهایی نظیر بخش سلامت که رقابت ضعیف است، شاید با خصوصی‌سازی مؤسسات کارایی آن‌ها بهبود بیابد؛ اما مؤسسات خصوصی شده معمولاً تمهیدات خاصی برای مستمندان در نظر نمی‌گیرند و آنچه باید طور جدی در نظر گرفته شود رعایت عدالت است. دقت در واگذاری‌ها و قانونمندی‌سازی فرایند شاید بتواند دغدغه‌ها را تا حد زیادی کاهش دهد و مزایای استفاده از بخش خصوصی را در بخش سلامت بیش‌تر کند.

در انتها باید گفت میان دو طیف «خصوصی» و «دولتی» وضعیت‌های متعدد ترکیبی از «خصوصی-دولتی» وجود دارد که شاید فرمولی مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور ما باشد. قطعاً این مسئله نیاز کالبد شکافی بیش‌تر است تا بتوان ابعاد مختلف آن را تشریح کرده و در تصمیم‌سازی‌ها مد نظر قرار داد.

منابع و مأخذ

- آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، گزارش اقتصادی و نظارت بر عملکرد سال دوم برنامه سوم توسعه، سال ۱۳۸۱.
- قانون برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
- قانون برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
- قانون برنامه پنج‌ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
- اخوان بهبهانی، علی. چالش‌های پیش روی بخش سلامت، مجلس و پژوهش، ۱۳۸۴.
- Ashton J, Seymour H. The new public health. Milton Keynes, UK: Open University Press, 1988.
- Bossert, Thomas, "Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance," *Social Science and Medicine*, 1998.
- Bossert, Thomas, Lessons from the Chilean Model of Decentralization: Devolution of Primary Care to Municipal Authorities. Washington, DC: LAC Health and Nutrition Sustainability, 1993.
- Bossert, Thomas "Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Chile, Colombia, Bolivia," *Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Report No. 29*, Boston: Harvard School of Public Health-Data for Decision Making Project, 2000.
- Chawla, Mukesh and Peter Berman, Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines. Boston: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, 1996.
- Dowling B, Glendinning C [eds]. The New Primary Care, Modern, Dependable, Successful. Open University Press: Maidenhead, 2003.
- Hurley, Jeremiah et al Geographically-Decentralized Planning and Management in Health Care: Some Informational Issues and Their Innovations in Health service Delivery the Corporatization Public Health, World Bank, March 2002.

- Implications for Efficiency, *Social Science and Medicine*, 1995.
- Jackab M, et al. Organizational reform and management of public providers: focus on hospitals: introduction. World Bank, 2000.
- Kumaranayake L. Effective regulation of private sector health service providers. World Bank Mediterranean Development Forum II. June 1998.
- Prudhomme, Remy. "The Dangers of Decentralization," *The World Bank Research Observer*, 1995.
- World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health. Washington, D.C: World Bank, 1993.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی