

قوانین کارآمد در زمینه ارایه دهندگان خدمات درمانی

در بخش خصوصی (قسمت دوم)

ترجمه‌ای از مقاله ارائه شده توسط Lilan Kumaranayake از واحد بیمه‌های سلامت در دینور، سریلانکا. مترجم: دکتر علی وفایی نجار - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی در دانشکده علوم پزشکی مشهد

در زمینه‌های در این است که مشارکت به هیات های پرستاری صورت می‌گیرد و شرکت دهندگان (ارایه) با علاقه و اشتیاق به ارایه حجم زیادی از اطلاعات می‌پردازند بدون اینکه نیازی به طی مراحل طولانی و زمان بر اداری باشد. تایوان طی ۱۵ سال اخیر به پایه گذاری موفقیت آمیز سیستم اعتباربخشی اقدام نموده است و در حال حاضر صحت و لزوم پرداخت ها توسط بیمه ملی، وابسته به این سیستم اعتباربخشی است (Huang, ۱۹۹۵). بنابراین دولت در انجام وظیفه خود به عنوان پیشگام در ارایه خدمات می‌تواند رابط هزینه قراردادهای عمومی و حساس، با این معیارهای کیفی باشد. تقریباً می‌توان گفت معیارهای سازماندهی و کنترل رقابت ها در LMIC وجود ندارند. جدا از فرایند اعتباربخشی، بیشتر این قوانین به شکل کنترل کننده های قانونی یا دستورالعمل هایی هستند که در صورت عدم رعایت قوانین، مجازات ها و جریمه ها را به اجرا می‌گذارند. در میان کشورهای

صدور جوازهای اعتباربخشی در کشورهای در حال توسعه، بخش سلامت اقدام به کنترل خود تنظیمی بپردازند. تا حد زیادی تا در کشورهای توسعه یافته، بخش سلامت اقدام به کنترل خود تنظیمی بپردازند. بسیاری از کشورها برخلاف برخی دیگر درخواست هایی جهت ثبت مراکز خدماتی خصوصی و عمومی از جمله بیمارستان ها، کلینیک ها و دفاتر خدمات پرستاری دارند. همچنین قوانین گسترده جهت کنترل داروها در داروخانه ها مورد نیاز است. کیفیت ارایه خدمات اساساً توسط فعالیت خود تنظیمی شاغلین خود پزشکی تضمین می‌گردد. با این وجود برخی از کشورهای با درآمد متوسط، از اعتباربخشی و صدور جواز برای امکانات و تجهیزات بیمارستانی، به عنوان وسیله ای جهت ارتقا کیفیت و استانداردها، استفاده می‌کنند (برای مثال می‌توان به تایوان و برزیل اشاره نمود. برنامه محرکها و مشوقها باید شامل مواردی از جمله مقدمات مکانیزم های تضمین کیفیت مانند صدور مجوز باشد. مزیت چنین

در قسمت اول ترجمه حاضر بهداشت عمومی و نظام مندی مورد بررسی قرار گرفت و در ادامه بحث نظام مندی، قوانین در بخش بهداشت و ادامه مطالب تقدیم حضور میگردد.

B: قوانین در بخش بهداشت

نقش های کلیدی که قوانین در بخش سلامت ایفا می‌کنند شامل:

- کنترل ورودی و خروجی بازار
- کنترل فعالیت های رقابتی
- کنترل مدیریت بازار
- کنترل حقوق و مزایا
- کنترل کیفیت / استانداردها
- تضمین امنیت و اطمینان

در تمام LMIC قوانین اساسی و پایه‌ای جهت شاغلین حرفه ای مراقبتی مانند پزشکان، پرستاران و داروسازان با توجه به قوانین و جوازهای مربوطه وضع شده است. بیشتر سازمان های اعتباربخشی (مسئولین

بیمارستان‌های آمریکا و انجمن پزشکی آمریکا تاسیس شد. HRG اشاره کرده است که مشتریان JCAHO به جای اینکه عموم مردم باشند، بیمارستان‌ها هستند (Firshein, 1996).



سیستم بهداشت و درمان، قدیمی هستند و مربوط به سالهای قبل از استقلال می‌باشند که هر روزه با بخش سلامت کنونی بی‌ارتباط بوده و حتی دست و پاگیر می‌باشند. استفاده از صدور مجوز جهت نظام‌مندی نیروها و تجهیزات (برای مثال جهت ارتقا حرفه‌ای شاغلین و یا تامین داروهای لازم) و در نتیجه تضمین کیفیت مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر ضعف اجرایی، اشکالات موجود در کیفیت گارانتی‌ها و ضمانت‌نامه‌ها، نتایج حاصل از درآمد محدود شاغلین بخش سلامت است که مسوول قانونگذاری و نظام مندی حرفه خود هستند. علاوه بر این حتی اگر شاغلین، درآمد کافی داشته باشند نیز علاقمند به انجام کارهایی نیستند که راحتی و آسایش خودشان را نیز به مخاطره می‌اندازد.

Bennett and Nqalande (۱۹۹۴)

Banda به معرفی هیات پزشکی زیمبابوه پرداختند که جهت جلوگیری از ایجاد صدمات احتمالی به اعتبار حرفه ای خود هیچ یک از تخلفات حرفه ای و موارد معالجات را اعلام نکرده اند.

نمونه‌های دیگری در زمینه قانونگذاری، در مواردی است که رابطه نزدیک با صنعت، مانع پیشرفت اعضا هیات قانونگذاری شده است.

به عنوان مثال گروه دولتی تحقیقات سلامتی شهروندان (HRG) در ایالات متحده به این نتیجه رسیده است که یک سوم تایک دوم از ۱۷۰۰ بیمارستانی که توسط JCAHO، کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان های خدمات سلامت، از نقص فرایندهای لازم جهت طبقه بندی و بازبینی پزشکان بیمارستان رنج می‌برند. همچنین در زمینه تضمین امنیت محیط فیزیکی و برنامه‌های کنترل عفونت، دچار نقص هستند و برنامه‌های ارزشیابی و بازبینی اقدامات بی‌هوشی و جراحی ضعیفی دارند. با وجود این JCAHO، ۹۹٪ این مراکز را به رسمیت شناخته است. JCAHO ۴۵ سال پیش توسط گروه های صنعتی انجمن

MENA قوانین بسیار اندک و محدودی در رابطه با بخش خصوصی در نظر گرفته شده است. درآمد شرکت‌های بیمه خصوصی با وجود گسترش روزافزون همچنان اندک است و بی‌قانونی در فعالیت‌های این شرکت‌ها دیده می‌شود (Maede and Preker, 1995).

انگیزاننده‌ها و محرک‌هایی برای بخش خصوصی وجود دارند که می‌توانند توسط ارزیه کنندگان خصوصی خدمات درمانی مورد استفاده قرار گیرند. برای مثال در مصر قانون معافیت های ۵ و ۱۰ ساله از مالیات جهت ساختارها و موسسات جدیدالتاسیس وجود دارد که پزشکان و مراکز ارزیه خدمات درمانی نیز از مزیت های این قانون جهت گسترش و افزایش خدمات خود بهره می‌برند (Taylor Associates, 1997).

III- قوانین: ما چه آموخته ایم؟
زمانی که قوانین به تصویب برسند، مطمئناً توانایی ما در اجرای آنها بیشتر خواهد شد اما ما هنوز این مساله را تجربه نکرده ایم که نتایج چه خواهند بود.

این بخش با توجه به مطالبی نوشته شده است که حاصل تجربیات کشورهای دنیا در زمینه قانونگذاری هستند و به طور اختصاصی به قوانین و کنترل کننده‌های قانونی اشاره دارد.

A. کارایی:

با اینکه قوانین اولیه و پایه ای وجود دارند میزان کارایی و اجرای این قوانین به شدت ضعیف و پایین است

(Asimwe and Lule, 1991. WHO, 1993. Mujinya, Urassa ...)

برای مثال Bennett and Nqalande در سال ۱۹۹۴ دریافتند که تقویت کنترل کننده های قانونی اغلب ضعیف یا ناقص هستند. (در کشورهای جنوب صحرای آفریقا) بسیاری از قوانین موثر بر

شواهدی از LMIC که در رابطه با قوانین دارویی هستند کاملاً ناامید کننده هستند. مشکلات متعدد در زمینه تجویز و توزیع داروها، نیازمند توجه ویژه از طرف LMIC است. برای مثال (Balchin and Bhutta مطالعه‌ای جهت بررسی میزان کارایی ۶ داروی ثبت نشده مربوط به اطفال انجام داده و دریافتند که با وجود خارج نمودن موفقیت آمیز اکثریت داروهای به ثبت نرسیده این داروها بدون مجوز در بازار سیاه به فروش می‌رسند. کمبود بازرسین و نقص بازبینی ها منجر به این امر شده که دامنه گستره حذف این داروها توسط خود شرکت‌های دارویی مشخص شده اند. آنها به این نتیجه رسیدند که بسیاری از شاغلین از برخی مشکلات مربوط به داروها بی اطلاع بودند و در حالیکه این داروها را تجویز نمی‌کردند، اقدامات غیر منطقی دیگری را نیز جایگزین آن می نمودند. بنابراین مداخلات قانونی کافی نبوده و تلاش جهت تغییر رفتارهای بیماران و عادت های نسخه

سال ۱۹۹۵ پیش بینی می کند که هزینه های اجرایی ایجاد، کنترل و فعالیت کمیته تنظیم نرخ های بیمارستانی در نیوجرسی حدود یک سوم کل ذخیره ارزی پیش بینی شده توسط مداخله گرها بوده است (یعنی حدود ۱۰-۱۵ میلیون دلار آمریکا).

تجربه نظارت بر بیمه های خصوصی درمانی جهت پیشگیری از حوادثی مانند انتخاب نادرست جمعیت، نیازمند مکانیزم های نظارتی کاملا پیچیده است. اجرای این قوانین بسیار سخت است و نیازمند وجود پرسنلی با مهارت های خاص می باشد. هزینه های اجرایی پیش بینی شده جهت انجام و استفاده از چنین قوانینی بسیار بالا است. در شیلی پیش بینی شده است که هزینه های اجرایی حدود ۳۰٪ بودجه

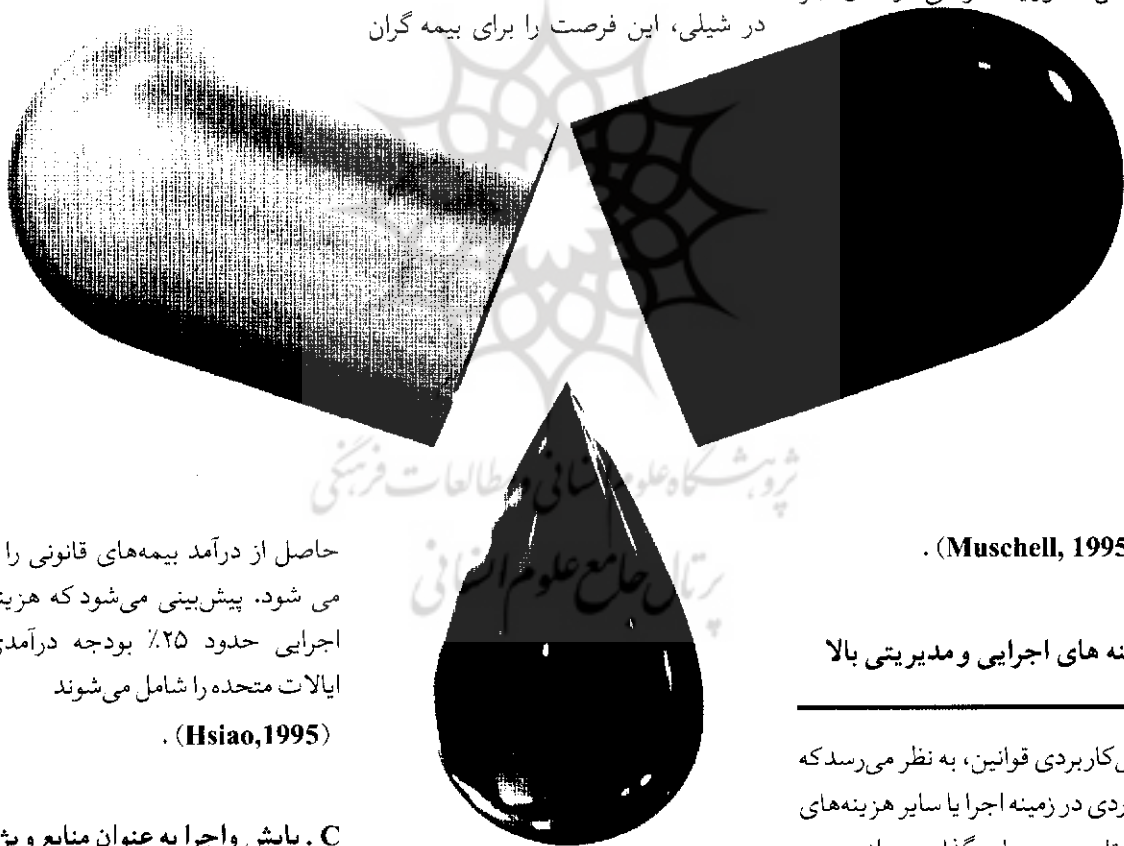
لایه های مربوطه با قانون گذاران از طریق گروه های کاری متنوع همکاری نماید.

برای مثال در نیوجرسی ایالات متحده آمریکا به نظر می رسد که کمیته تنظیم نرخ ها و تعرفه های بیمارستانی و فرایند قانون گذاری مربوط به آن حدود ۱۰-۱۵ میلیون دلار هزینه داشته است که نشان دهنده یک سوم هزینه ذخیره شده از طریق مداخلات می باشد (Liss, 1995)

کشورهای متعددی دریافته اند که طراحی مکانیزم های نظارتی مناسب، مشکل است و اجرای واقعی این مکانیزم ها نیازمند هزینه های مدیریتی بالا هم برای قانون گذار (دولت) و هم برای افراد مشمول قانون است. برای مثال گنجایش نظارتی ضعیف در شیلی، این فرصت را برای بیمه گران

نویسی پزشکان نیز لازم بوده است. اقدامات غیر منطقی در زمینه تجویز دارو بسیار متعدد هستند. فروش انبوه داروهای تجویزی توسط داروخانه ها و فروش حجم وسیعی از داروهای تقلبی و فاسد از سایر موارد مربوط به بازار سیاه داروها است (Roemer, 1991) و متاسفانه باز هم منابع بسیار محدودی به بازبینی و نظارت بر قوانین موجود اختصاص یافته است.

تجربه LMIC با در نظر گرفتن قوانین در حال اجرا با نتایج موجود در کانادا و اروپا که فعالیت درخشان و چشمگیر بخش خصوصی در سیستم های بهداشتی خود را دارند، در تضاد است. در این کشورها یک برنامه کاری قوی توسط منابع عمومی و احساس مسوولیت مردمی در حال اجرا



حاصل از درآمد بیمه های قانونی را شامل می شود. پیش بینی می شود که هزینه های اجرایی حدود ۲۵٪ بودجه درآمدی در ایالات متحده را شامل می شوند (Hsiao, 1995).

C. پایش و اجرا به عنوان منابع ویژه

Nqalande_Banda, Walt در سال ۱۹۹۵ پس از ورود پزشکان، شاغلین حرفه های پیراپزشکی و رشته های مربوط به بخش خصوصی به بررسی نتایج و تجربیات Malawi پرداختند. قانون مصوب

خصوصی فراهم نمود که از تحت پوشش قرار دادن افراد باریسک بالا امتناع ورزند (World Bank, 1993).

بررسی های بسیار محدودی در زمینه هزینه های اجرایی و سایر انواع مکانیزم های قانون گذاری انجام شده است. Liss در

است (Muschell, 1995).

B. هزینه های اجرایی و مدیریتی بالا

با تحلیل کاربردی قوانین، به نظر می رسد که هیچ موردی در زمینه اجرا یا سایر هزینه های اجرایی تاسیس و پایه گذاری، بازرسی و پیاده سازی موارد قانونی موجود نیست. عملا فرایند قانون گذاری می تواند به صورت بروکراتیک (اداری) یا طی یک روند بسیار آرام انجام شود. در نهایت یک سازمان دولتی تقریبا موازی نیز می توان ایجاد کرد که با تعداد زیادی کارمند، همزمان با توسعه



۱۹۸۹ که مجوزی جهت فعالیت‌های خصوصی است همچنین حاوی استانداردهای اساسی و اولیه در زمینه تجهیزات و داروهایی است که شاغلین بخش خصوصی قادر به فروش آنها هستند. از سال ۱۹۸۹ هیات پزشکی قوانین برای افرادی وضع نمود که قصد تاسیس یک بخش خصوصی را دارند یا می‌خواهند در بخش خصوصی شاغل شوند (بر اساس این قانون تعداد بسیار محدودی از مجوزها باطل شدند). با وجود این در مورد شاغلین خصوصی

Nqalande_Banda و

Walt به این نتیجه رسیدند که ۷۳٪ شاغلین فاقد یخچال بوده و به توزیع گسترده وسیعی از داروها اقدام می‌نمایند (حتی داروهایی که در لیست تصویب شده دیده نمی‌شوند)

نمونه **Malawian** به بررسی و مقایسه بازرسی دقیق و شدید کنترل‌های قانونی با

بقیه کشورها می‌پردازد (برای مثال در اغلب کشورها، ارایه دهندگان خصوصی خدمات به صورت خیلی ساده و معمولی توسط وزارت بهداشت ثبت می‌شوند و هیچ بازرسی سیستماتیک از شرایط آنها به عمل نمی‌آید). در اینجا ذکر ۲ نکته حائز اهمیت است:

۱- حتی با وجود قاطعیت شدید، قانونگذاران قادر به حفظ استانداردهای مربوط به کیفیت داروها نبودند و این به طور عمده مربوط به محدودیت منابع بوده است؛

۲- تعداد ارایه دهندگان خصوصی خدمات خیلی کم و محدود بوده است (در سال ۱۹۸۹ با ۲۴ پزشک آغاز به کار نمودند)؛

با وجود این تعداد شاغلین حرفه‌های سلامت به آرامی طی ۵ سال افزایش یافته است:

تعداد پزشکان در حال حاضر تقریباً دو برابر شده و تعداد شاغلین حرفه‌های پیراپزشکی ۱۱ برابر شده است (Nqalande_Banda and Walt, 1995). با توجه به منابع موجود نظارت‌ها و بازرسی‌ها نمی‌توانند همین قدر جدی و قاطع باشند. با بررسی نتایج بدست آمده در مورد برزیل در می‌یابیم که جهت اجرای قوانین و دستورالعمل‌ها نیازمند حجم وسیعی از منابع هستیم.

دستورالعمل‌های دبیرخانه نظارت بر بهداشت ملی جهت ثبت داروها، مواد غذایی، لوازم آرایشی و سایر محصولات و تولیدات مورد استفاده قرار می‌گیرد. این آژانس بیش از حد توانایی خود، درخواست‌هایی جهت ثبت، دریافت می‌نماید. برای مثال در یک ماه، ۵۵۱۱ درخواست داشته است که ۲۱۲۲ تا آن مربوط به داروها بوده است. موارد ثبت داروهای جدید اغلب در مقایسه با درخواست‌های ثبت تغییرات محدود در یک محصول خاص مانند تغییر بسته بندی یا عنوان روی بسته‌های دارو نادیده گرفته می‌شوند.

از ۲۱۲۲ مورد بررسی شده ۶۱٪ آن مربوط به تعریف محصولات بوده است. با در

نظر گرفتن این حجم کاری، طبیعی است که رسیدگی و مدیریت کنترل کیفیت محصولات بسیار سخت است. در سال گذشته یک کمیته تکنیکی و ماهر بیش از ۸۰۰ مورد بی قانونی را گزارش نموده است (Csillag, 1995).

منابع مورد نیاز برای چنین کاری مخصوصاً برای LMIC واقعا غیر قابل دسترسی به نظر می‌رسند مخصوصاً زمانی که مرکز مدیریت دارو و غذای ایالات متحده در نظر قرار می‌گیرد که برای ارزیابی داروها و تحقیقات دارویی ۱۴۰۰ نفر کارمند تمام وقت مشتمل بر بیش از ۱۳۰ پزشک را به کار گیرند (Guest, 1995).

D. قانون‌مندی یک فرایند سیاسی است

قانون‌مندی ذاتاً یک فرایند سیاسی است که گروه‌ها و افراد با گرایش‌های خاصی در آن شرکت نموده و تلاش می‌نمایند تا بر موارد خطا یا موفقیت مربوط به محدودیت‌های قانونی، اثرگذار باشند. برای مثال در Malawi یکی از نیروهای اجرایی طرفدار لیبرالیزاسیون فعالیت‌های خصوصی (گسترش بخش خصوصی) به اعمال نفوذ بر پزشکان اقدام می‌نمایند تا به شاغلین

حرف پزشکی اجازه فعالیت خصوصی بدهند

(Nqaland_Banda and Walt, 1995).

نمونه دوم زمانی اتفاق افتاد که پاکستان تلاش نمود که دسترسی کلی به داروهای اساسی را افزایش دهد. اجرای سیاست مذکور نیازمند این مساله بود که شرکت‌های دارویی قسمتی از تولیدات خود را به صورت محدود ولی مشخص به داروهای اساسی اختصاص دهند تا بر مشکل قدیمی عدم دسترسی یا کمبود بسیاری از داروهای اساسی غلبه کنند. با وجود تلاش‌های وزارت، زمانی که شرکت دارویی Bureau سازمانی متشکل از شرکت‌های دارویی ملی، مخالفت شدید خود را عنوان نمودند، اجرای این طرح با مشکل روبرو شد. سیاست مذکور بعدها بوسیله وزارت، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. (Mirza, 1996).

E. نقش اساسی و بسیار مهم مصرف‌کنندگان

مصرف‌کنندگان نقش مهمی در ارایه اطلاعات روشن و شفاف در زمینه عملکرد



پرتال جامع علوم انسانی

سیستم سلامت و تاثیرات محدودیت‌های قانونی بر آن دارند. کانال‌های کلیدی اصلی شامل فعالیت‌ها، اقدامات و شکایت‌های قانونی است. در گذشته مشارکت مصرف‌کنندگان در بسیاری از قوانین، همچنین منابعی که می‌توانست برای آنها سودآور نیز باشد، نادیده گرفته می‌شدند.

بنابراین آموزش مصرف‌کنندگان راهی قوی جهت جلب مشارکت مردمی و آگاه نمودن آنها در زمینه حقوقشان و آشنا نمودن آنها با فعالیت‌های صحیح و مطلوب پزشکی بود. برای مثال در زیمبابوه مبارزه علیه تزریق‌های زیاد و نسخه‌ها و داروهای فراوان، با موفقیت همراه بود (WHO, 1991).

نقش گروه‌های مصرف‌کنندگان در غلبه بر نقص عملکرد هیات پزشکی هندوستان در زمینه رسیدگی به شکایات مردمی علیه خطاها و تخلفات پزشکی، بسیار حمایتی به شمار می‌آید. گروه‌های مصرف‌کنندگان موارد مذکور را به دادگاه کشانده و عنوان نمودند که پرداخت هزینه‌های خدمات پزشکی نیز مانند پرداخت هزینه سایر خدمات و کالاها است. بنابراین بیماران باید دارای همان حقوق باشند و حمایت از بیمار نیز باید مانند حمایت از هر مصرف‌کننده یا خریدار دیگر باشند همانطور که در قانون حمایت از مصرف‌کننده در سال ۱۹۸۶ آمده است. دادگاه عالی هندوستان به نفع آنها حکم صادر نمود؛ با وجود اینکه انجمن پزشکان هندوستان مخالفت شدید با این مورد داشت.

در حال حاضر حدود ۸۰۰۰ مورد شکایت علیه پزشکان در دادگاه‌ها هستند که حاوی اتهاماتی از قبیل اعمال جراحی بی‌مورد یا درمان‌های نامناسب به علت بی‌احتیاطی پزشکان که منجر به معلولیت‌ها یا مرگ یا عوارض دیگر شده‌اند (Mudur, 1995).

روند تسهیل فعالیت دادگاه‌های حمایت از مصرف‌کنندگان، حذف هزینه‌های گزاف دادگاه‌ها یا هزینه‌های وکالت و عملکرد نسبتاً سریع دادگاه‌ها، همه و همه استفاده از دادگاه‌های حمایت از مصرف‌کنندگان را

تسهیل نموده‌اند.

F. عملکرد سودجویانه

در این تئوری پیشنهاد شده است که پس از اجرای یک قانون (بدون توجه به هزینه‌های آن) زمان دستیابی به درآمد فرا می‌رسد. اما این تئوری پاسخ‌های احتمالی افراد مشمول قانون را مد نظر قرار نداده است.

در چنین شرایطی که سود زیادی بدست می‌آید ارایه‌کنندگان خدمات تلاش می‌کنند که سود خود را حفظ کنند و این رفتار سودجویانه ممکن است منجر به عواقب و پایه‌های نامطلوبی شوند. برای مثال مطالعات نشان داده‌اند که پاسخ بیمارستان‌ها در قبال قوانین درمانی (که جهت کاهش هزینه‌ها طراحی شده‌اند) به گونه‌ای بوده است که منجر به نقص کیفیت خدمات و افزایش میزان مرگ و میر شده است. این پاسخ‌ها می‌تواند به شکل کاهش تعداد کارکنان، حذف خدمات خاص، ادغام خدمات با یکدیگر و به تعویق انداختن توسعه و ارتقا کیفی ظاهر شوند. (Marquez, 1990)

G. کمبود یا نقص اطلاعاتی در زمینه قانونگذاری بازرسی‌ها

قانونگذار تا حد زیادی نیازمند همکاری افراد مشمول قانون در تهیه اطلاعاتی مربوط به موضوع می‌باشد. مواردی از قبیل تاخیر در انتقال اطلاعات یا اطلاعات نادرست و غلط می‌توانند باعث گواهی قانونگذار یا تاخیر در فرایند قانونگذاری شوند.

H. محرک‌ها و انگیزاننده‌ها

در بررسی مکانیزم قانونگذاری می‌بینیم که فعالیت بسیار کمی در LMIC در راستای بررسی تاثیرات محدودکننده‌های قانونگذاری انجام شده است. بنابراین احتمال می‌دهیم که محدودیت‌های

اداری، اطلاعاتی و گنجایشی که همگی واضح و آشکار هستند، اجرای این مکانیزم‌های تنظیم شده را با محدودیت روبرو کنند. حتی در کشورهایی با منابع گسترده، کنترل‌های قانونی بر تاثیر هزینه‌ها و... نیز ممکن است نقایص و مشکلات جدی در مرحله اجرا بوجود آید.

برای مثال قوانین مربوط به هزینه‌ها، بستگی به مقدار زیادی اطلاعات جزئی در زمینه الگوهای هزینه و درآمد افراد مشمول قانون دارد. این نوع محدودیت‌ها از طریق مدیریت جزئی رفتارهای اعضا در شرکت کنندگان طراحی می‌شوند. واضح است که تعیین و حصول چنین اطلاعاتی وقت‌گیر و هزینه‌بر است و افراد مشمول قانون، هیچ انگیزه‌ای جهت ارایه اطلاعات صحیح ندارند.

با توجه به محدودیت‌های سیاسی، مدیریتی، ارتباطی و اطلاعاتی مذکور علاقه جهت بررسی اینکه آیا ایجاد انگیزه منجر به دستیابی به همین نتایج می‌شود یا خیر، وجود ندارد. موارد انگیزاننده قبلاً به وضوح بررسی شده‌اند (برای مثال در مالزی، هزینه مشخص به پزشکان پرداخت می‌شود تا آنها را تشویق کنند تا در بخش خصوصی بمانند)

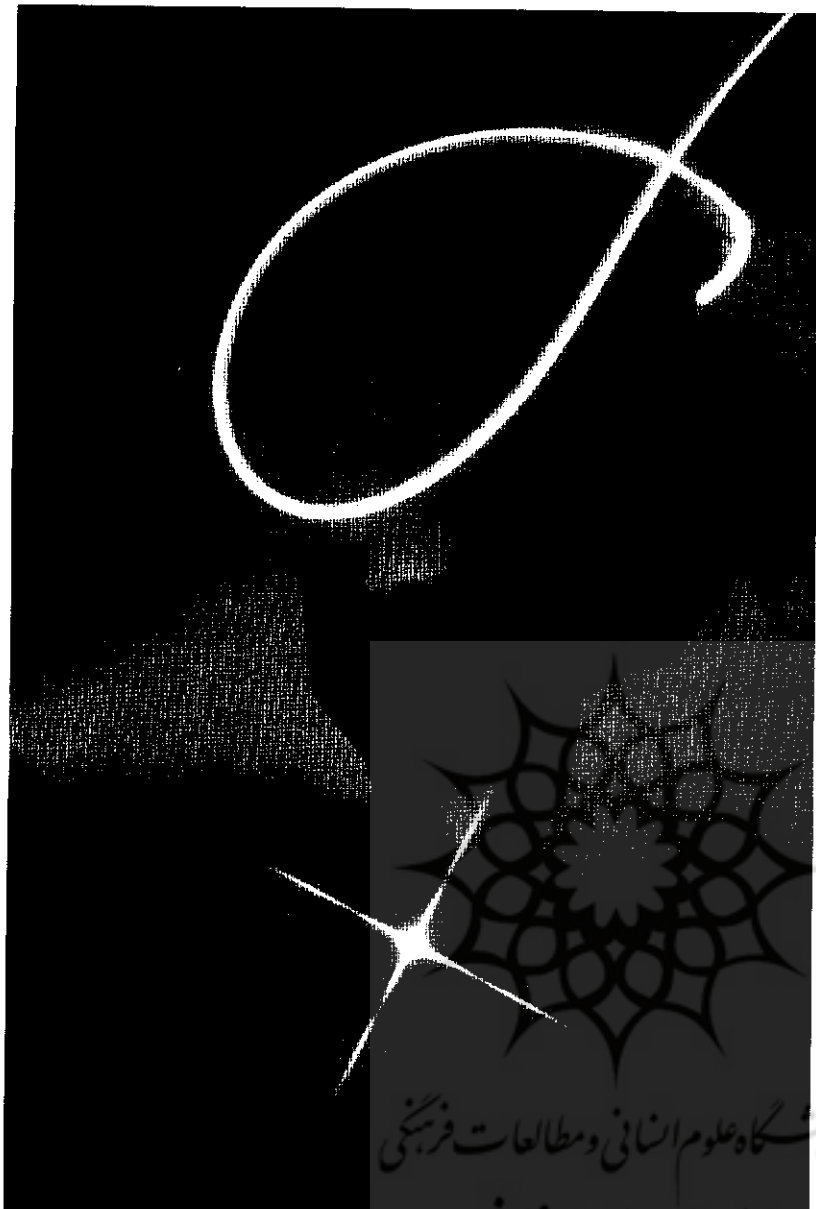
مشوق‌ها بر اساس ۲ روش ارایه می‌شوند:

- ۱- دولت، توانایی پرداخت سوبسید و یارانه یا وضع قوانین مالیاتی را داراست. در این موارد، انتقادات می‌توانند به اشکال مختلف صورت گیرند: سوبسید مستقیم، وام‌های دولتی، سود پایین، ضمانت دولت جهت وام گرفتن از مراکز خصوصی، انتقال درآمدهای عمومی، و...

(Laffont and tirole, 1993).

- ۲- دولت قادر است از طریق الگوهای خرید، انتقال مزایا به شرکت کنندگان را انجام دهد (از طریق خرید خدمات و محصولات)

مطالعات محدودی در زمینه نقش محرک‌ها در بخش سلامت انجام شده است. Hughes در سال ۱۹۹۳ به بررسی پرداخت به پزشکان در NHS پرداخته است. او دریافته است که مقدمه این نوع پرداخت‌ها



(پرداخت در ازای حصول اهداف پوشش برنامه های ایمن سازی و اسمیرهای دهانه رحم) منجر به افزایش کوتاه مدت تعداد اسمیرهای انجام گرفته شده است. اما در درازمدت پزشکان به این امر تشویق شدند که به جای ارائه خدمات اضافی و دریافت مشوقها بر اساس نتایج به ازای ارائه خدمت، هزینه دریافت نمایند. این مساله ناشی از این حقیقت بود که پرداختها با نتایج ارتباطی نداشتند و در عوض وابسته به اطلاعات مربوط به بیماران بودند.

در يك آزمون اجتماعی در زمینه قوانین مشوقهای مراکز پرستاری که توسط Norton در سال ۱۹۹۲ انجام گرفت، بررسی شد که آیا محرکهای مالی می توانند همزمان با صرفه جویی اقتصادی باعث بهبود و سهولت دسترسی به خدمات و ارتقا سلامت شهروندان سالمند (تحت پوشش بیمه سالمندان) در مراکز پرستاری شود یا خیر؟ به مراکز پرستاری ۳ نوع مشوق و محرک مالی داده شد:

۱- بر اساس پذیرش (پرداخت روزانه حق الزحمه به منظور افزایش پذیرش بیماران، به پرداخت Casemix یا موردی تبدیل گردید)

۲- بر اساس نتیجه درمان (وجه مشخص در ازای بهبود بیمار پرداخت می شد)

۳- بر اساس ترخیص (وجه خاصی در ازای ترخیص سریع بیمار به خانه یا انتقال وی به مراکز مراقبت های درمانی اولیه پرداخت می شد تا مراکز پرستاری را تشویق کند تا تخت های خود را به بیمارانی اختصاص دهند که نیاز بیشتری به خدمات آنها دارند).

Norton دریافت که نظام محرکها و مشوقها، به منظور دستیابی به مزایایی در زمینه دسترسی، کیفیت و هزینه های مراقبت ایجاد شده است. تشویق بر اساس پذیرش موجب می شد که مراکز پرستاری بیماران مبتلا به ناتوانی های حاد و جدی را پذیرش نمایند. نکته مهم و هشدار دهنده در مورد این تحقیق وجود دارد و آن نیاز به تایید

گامگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

بنابراین مکانیزم های تشویقی به نظر می رسد که رابطه بسیار کمی با هزینه های مربوط به اجرای خود دارند (عدم تناسب هزینه با در آمد) با وجود این، فرایند بازرسی هنوز از اهمیت خاصی برخوردار است. مخصوصا به منظور بررسی دقیق اثرات مطلوب بر رفتارها.

I. مکانیزم های غیر رسمی کنار آمدن با

این موضوع

با وجود مواجهه با مشکلات عدیده در راه بازرسی و بررسی این موضوع، مثالها و نمونه هایی از وجود استراتژی های خاص جهت

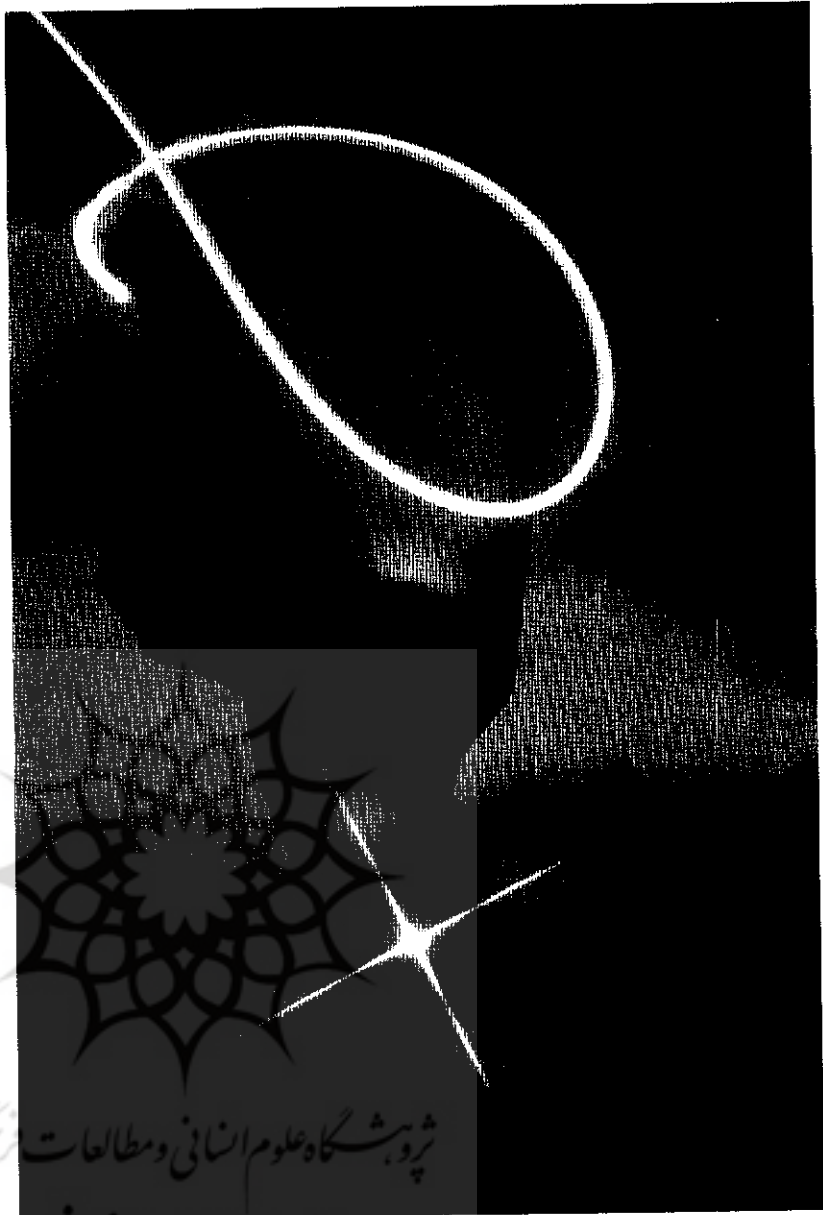
مستقل ترخیصها است. Whynes and Baines در سال ۱۹۹۸ پیشنهاد دادند که به منظور اینکه محرکها به هدف اصلی خود برسند افراد مشمول قانون باید در زمینه رفتار خود از آزادی عمل و اختیار نسبی برخوردار باشند. آنها پیشنهاد دادند که محرکهای اقتصادی متناسب با درآمد بر روی درآمد ناخالص ملی انگلستان (GPS) تاثیرات محدودی داشته است زیرا نسبت بالای درآمد آنها به صورت متوالی توسط رفتار بیماران مشخص می شود و بنابراین دامنه اختیارات قانونگذاری در زمینه محرکهای مالی نسبتا محدود است.

ذیل در زمینه ایجاد یا اصلاح قوانین مربوط به بخش خصوصی پیشنهاد می شود:

۱- همه کشورها نیازمند وجود قوانین اساسی و ابتدایی جهت اداره مسایل مربوط به شاغلین و مراکز خدمات سلامت هستند. اگر چه شواهدی دال بر این مساله وجود دارد که این قوانین ممکن است ناکارآمد باشند، نتایج حاصل نشان می دهند که بدون پشتیبانی منابع کافی، با توسعه بخش خصوصی یا به محض فراهم شدن منابع، اجرای قوانین بسیار سخت تر می شوند. اگرچه این نوع قوانین بر بخش غیر رسمی تاثیر نمی گذارد این قوانین ابتدایی می تواند به عنوان استانداردهای حداقلی در نظر گرفته شوند. در ثانی وجود قوانین ابتدایی به معنی تقویت کنندگان سیستم قضاوت و داورى یا آگاه کننده مصرف کنندگان از حقوقشان نیز هست. در این مرحله منابع قانونی ای هست که از طریق آنها اجرای قوانین به طور رسمی انجام می شود.

۲- زمانبندی قانونگذاری از مسایل مهم مربوط به آن است. همانطور که بخش خصوصی توسعه پیدا می کند و به عنوان يك مساله شکل و منظم مورد توجه قرار می گیرد، اجرای قوانین پایه ای که برخلاف غلایق بخش خصوصی کار می کنند، سخت تر می شود. در ناحیه **MENA** بسیاری از کشورها فقط بر فرایند تحویل بخش سلامت و خصوصی سازی تمرکز نموده اند. در این حالت فرصت ایده آلی برای اجرای فعالیت های قانونگذاری بوجود می آید. حتی با وجود اینکه دامنه و وسعت عملکرد بیمه های درمان خصوصی در حال حاضر محدود است، نتایج حاصل از بررسی های انجام شده در کشورهایمانند تایلند نشان می دهد که اجرای قانونگذاری برای بیمه های درمان خصوصی تا زمانی که اساس صنعت درست پایه گذاری نشده باشد غیر ممکن است.

۳- درك فرایند سیاستگذاری و توسعه اصول توافق نامه های مربوط به اجرای موفق قوانین مربوط به ارایه کنندگان خدمات



(lerberghe et al, 1997) به این نکته تاکید دارد که تغییر واقعی به طور کلی به جای اینکه از طریق بازبینی سریع سیستم انجام پذیرد از طریق انجام هم زمان آزمایش و بررسی و فعالیت هماهنگ ساختارها (در این مورد بین وزارت بهداشت و مراکز بین المللی) حاصل می شود. نمونه لبنان همچنین به اهمیت شناسایی فرایند سیاسی بلکه بر پایه آن قوانین مشوقها، شکل می گیرند تاکید دارد.

۷- اصول اجرایی

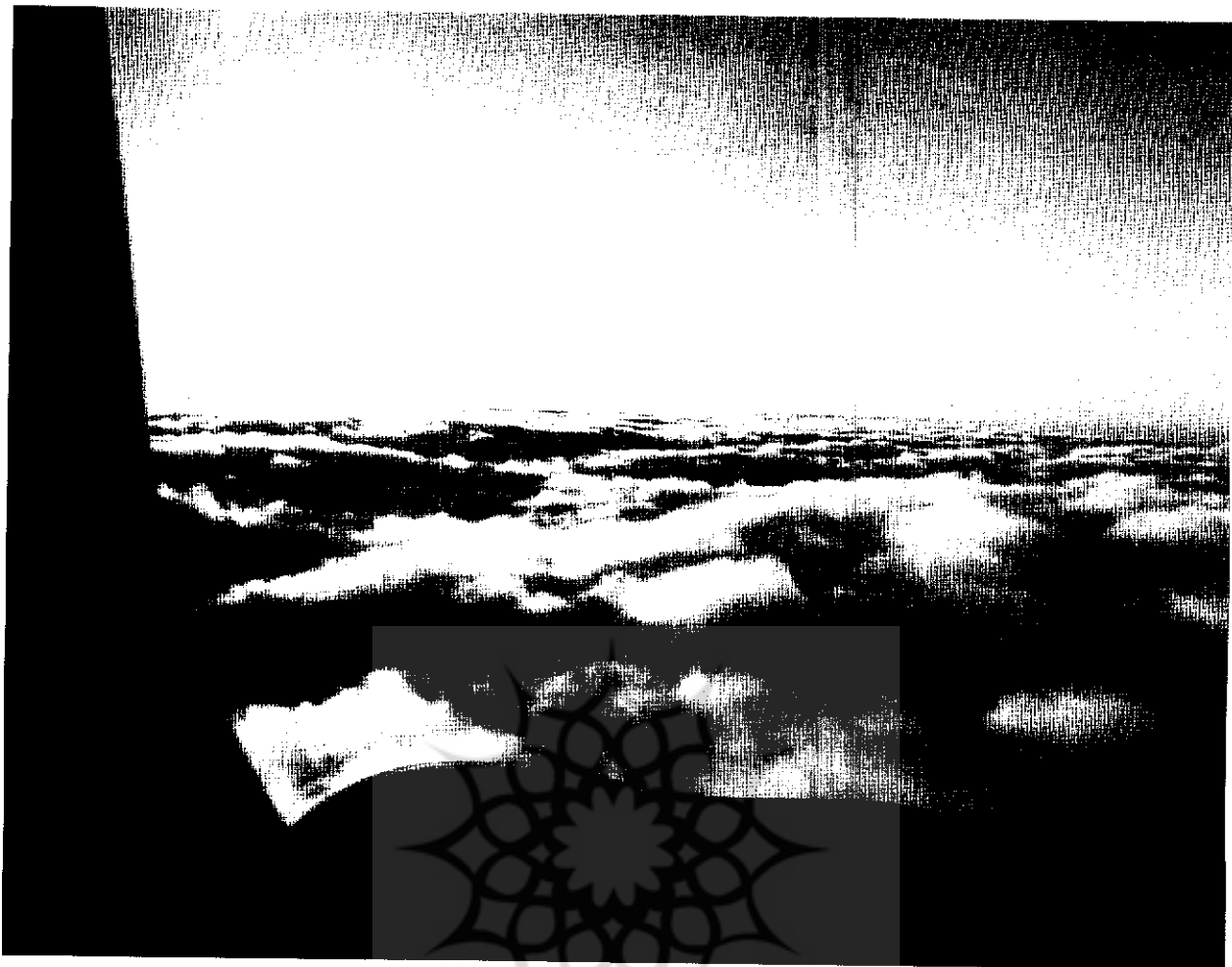
با توجه به شواهد مذکور، اصول اجرایی

کنار آمدن با مشکلات موجود به چشم می خورد. برای مثال در زمیبابوه دیده شده است که برنامه ها و تعهدات غیر رسمی بین هیات قانونگذاری مرکزی (هیات حرفه های بهداشتی) و شهرداری های محلی وجود دارد که به موجب آنها شوراهای محلی مسوولیت انجام فعالیت های بازرسی را که هیات مرکزی قادر به انجام آنها نیست بر عهده دارد.

ل. تغییر و تحولات قانونگذاری،

فرایندی روبه رشد

نمونه اخیر در زمینه لبنان (Van



بهداشتی از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین نموداری از گروه‌های مربوطه و زیر مجموعه‌های آنها باید تهیه شود تا به درک فرایند سیاستگذاری کمک نماید. ایجاد ارتباطات استراتژیک و همکاری میان بخش خصوصی (از طریق رهبران اصلی) و بخش دولتی (برای مثال وزیر) به توسعه کاربرد قوانین کمک بسزایی می‌نماید.

۴- نقش مصرف‌کنندگان و بیماران باید تقویت شود تا درک وسیع‌تری از رژیم‌های درمانی و روش‌های پیشگیری‌های موجود داشته باشند. مورد اخیر در هندوستان نشان می‌دهد که چگونه گروه‌های مصرف‌کنندگان قادرند اجرای حداقل استانداردها را از طریق فرایند قانونی تخمین نمایند. کلید اصلی دستیابی به این مورد، آگاهی مصرف‌کنندگان از حقوقشان، فعالیت‌های دقیق و صحیح پزشکی و استانداردهای ثبت شده قانونی بودند.

آموزش مداوم کارکنان بهداشتی، مخصوصاً در زمینه تجویز داروها نیز مهم است. این مساله به کارکنان بهداشتی شامل پزشکان و پیراپزشکان اجازه می‌دهد که از آخرین تغییر و تحولات در زمینه رژیم‌های دارویی و الگوهای رفتاری آگاه باشند. روشهای آموزشی تاثیرگذار شامل آموزش موثر، دوره‌های تحصیلی پزشکی و کارگاه‌های آموزش مداوم می‌باشند.

۵- استفاده قانونمند از محرک‌ها و انگیزاننده‌ها مخصوصاً در کشورهایی با درآمد متوسط، می‌تواند بسیار موثر باشد. در مواردی که استفاده‌های محدودی از مکانیزم‌های تشویقی انجام می‌شود واضح است که افراد مورد تشویق به انگیزاننده‌های مالی حتما پاسخ می‌دهند (البته این موضوع همیشه قابل پیش‌بینی نیست) نمونه اجرا شده در تایوان پیشنهاد می‌دهد که ایجاد ارتباط بین قدرت خرید دولت با فرایند

اعتباربخشی و صدور مجوزها و ارتقای کیفیت می‌تواند بسیار مفید باشد.

نکته کلیدی، شناسایی زمان دقیق و صحیح جهت کسب بهترین نتیجه است.

به علاوه در مورد انواع مشخصی از بازار که محرک‌ها می‌توانند در مورد آنها موثر باشند، تحقیق مذکور پیشنهاد می‌کند که وجود ارتباط اولیه‌ای میان قانونگذار و افراد مشمول قانون لازم است. این مساله به علت این امر است که مشوق‌های قانونگذاری، اغلب به میزان استفاده و طراحی وجود سیستم‌های موجود در زمینه نقل و انتقالات دولتی بستگی دارند. بنابراین در مورد ساختارهای مالی متنوعی که در بخش دو مورد بررسی قرار گرفتند، ساختارهای مالی‌ای که دولت هنوز در آنها نقش تدارکات و مسایل مالی را دارد، برای اجرای مشوق‌ها مناسب‌تر است.

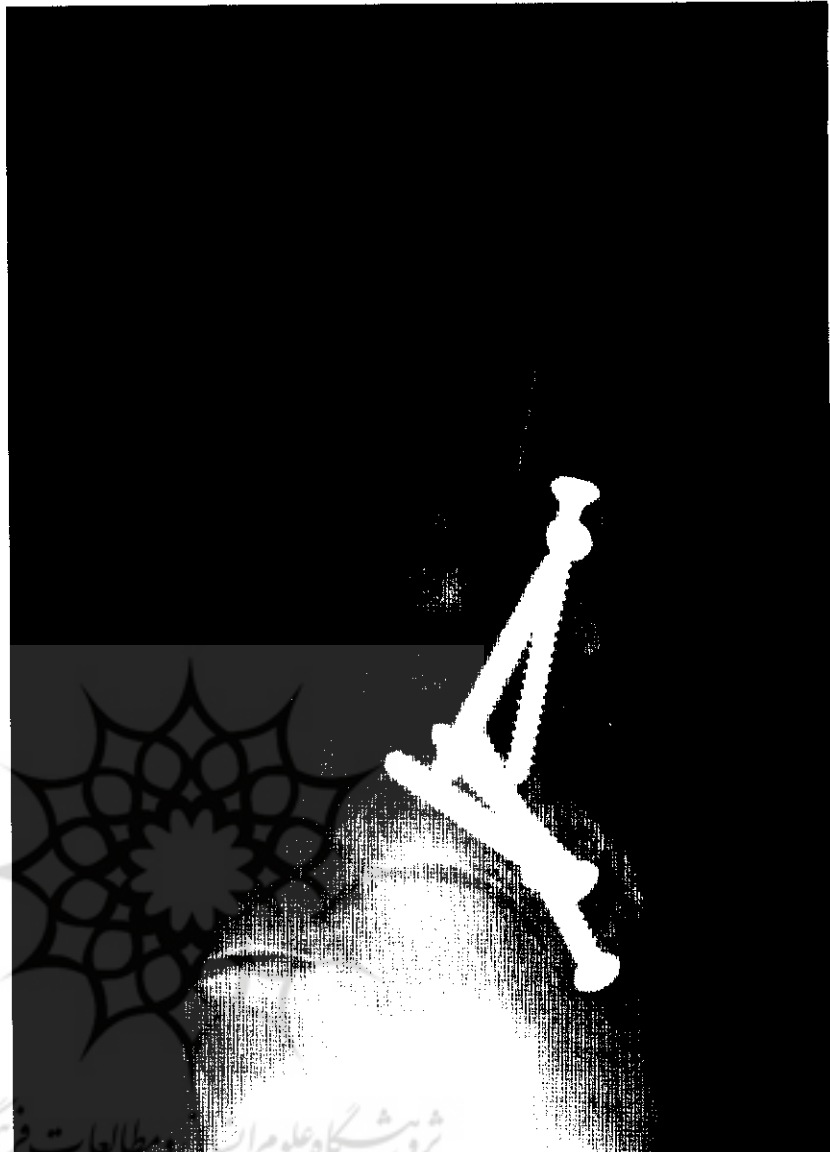
۶- قوانین تشویقی در بخش سلامت کاربرد محدود دارند. قوانین تشویقی در زمینه

برخی موارد با استراتژی‌های کلی تداخل دارد. با وجود این تغییرات باید از طریق نوعی فرایند مرحله‌ای برنامه ریزی شود که تشخیص محتوای سیاسی مربوط به تغییرات در آن در نظر گرفته شود.

۹- با توجه به فرایند تحولات قانونگذاری، نیاز به استراتژی‌های خصوصی سازی به چشم می‌خورد. اگر علایم بالقوه خصوصی سازی شناسایی شوند ممکن است نیازمند اجرای مراحل مختلف خصوصی سازی باشیم. خصوصی سازی و قانونگذاری باید همزمان با هم برنامه ریزی شوند.

۱۰- قانونگذاری نتایج محدودی دارد. با وجود علاقه و تمایل به تلقی نمودن قانون به عنوان راه حل بسیاری از مشکلات بخش خصوصی، توانایی قانونگذاری در حل مشکلات باید بررسی شود. حل برخی مشکلات ممکن است نیازمند تغییرات بزرگتر و اساسی تر در فرایند مدیریت و سازماندهی باشد.

۱۱- تاکید بر ارتقا قابلیت های دولت به منظور افزایش کارایی است. هیچ فرمول خاصی جهت تضمین پایه گذاری موفق قانون ها وجود ندارد. به جای آن طراحی واقعی هر تحولی در سیستم‌های مختلف متفاوت است و بدون در نظر گرفتن نوع تحولات مطلوب، همواره نیاز به بازرسی قوی و دقیق از طریق دولت به چشم می‌خورد.



در این زمینه مشکل است. مشخصا در بعد کیفیت، مشکلات عدیده‌ای وجود دارد. توسعه و ارتقا کیفیت با استفاده از قوانین مشوق‌ها به نظر می‌رسد که با توجه به مشخصات چند جانبه کیفیت، فرایند مشکلی باشد. همچنین کنترل و بازبینی آن نیز فرایندی پیچیده است. نیاز به بازده مشخص و قابل تنظیم و پیش بینی ما را به این سمت هدایت می‌کند که طبقه بندی محرك ها با توجه به کمیت، میزان تولید و قیمت (هزینه) خدمت که بسیار راحت تر قابل اندازه گیری هستند، مفیدتر خواهد بود

(Kumaranayake, 1998b)

۸- فرایند قانونگذاری باید به عنوان فرایند تغییرات تکمیلی شناخته شود. اگرچه که

تجهیزات عمومی شامل سود، هزینه و میزان مخاطره بر اساس ارزیابی‌های عملی قابل تشخیص است (Laffont and Tirole, 1993). همانطور که در مورد خدمات عمومی مشاهده نمودید، قانونگذاری بر اساس اطلاعات جزئی سازمان های ارایه کننده خدمات، فرایندی ناموفق است و اشاره به نیاز موجود در زمینه تغییر و تحول از سطح مدیریت جزئی نگر به موارد تشویق‌های کلی نگر و بر اساس بازار، بیشتر مشاهده می‌شود.

(Abbott and Crew, 1995)

۷- در بخش سلامت که با جنبه‌های چند بعدی مراقبت که نامطمئن و نامشخص هستند روبروست، بیماران علائم ساده