

مطالعه تطبیقی مکانیزم تمرکززدایی در ارایه خدمات سلامت کشورهای مختلف و ارایه الگو برای ایران

چکیده _____ حسین جباری بیرامی^۱ / سید جمال الدین طیبی^۲ / بهرام دلگشایی^۳ / محمود محمودی^۴ / فریبا بخشیان^۵

مقدمه: نظام سلامت ایران در محیط با تغییرات سریع اجتماعی اقتصادی و فنی با مشکلات و چالش های گوناگون در مقوله های مرتبط با عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی مواجه است. در این زمینه تمرکززدایی یکی از دلایل عمده ناکارآمدی می باشد که در دهه های گذشته به شکل گسترده ای در دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه به کار گرفته شده است. این پژوهش با مطالعه تطبیقی مکانیزم های بکار رفته در ده کشور منتخب، الگوی مناسبی را برای تمرکززدایی در کارکرد تدارک خدمات نظام سلامت ایران ارایه می نماید.

روش بررسی: در این پژوهش تطبیقی، با بررسی مکانیزم های به کار گرفته شده در کشورهای انگلستان، تایلند، ترکیه، زامبیا، سوئد، شیلی، غنا، فرانسه، فیلیپین و مکزیک الگویی برای ایران طراحی شد که به روش دلفی در اختیار تعدادی از وزرای بهداشت، معاونین و مشاورین آنها، روسای دانشگاه ها و معاونین با حداقل ۴ سال سابقه کار و متخصصین و اعضای هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و دیگر مطلعین و دست اندرکاران قرار داده شد.

یافته ها: در کشورهای مورد مطالعه تصمیم گیری ارایه خدمات سلامت تا حد زیادی به واحدهای محیطی منتقل شده است و با مکانیزم های کم و بیش مشابه نسبت به انجام تمرکززدایی اقدام کرده اند. نتایج حاصل از نظر سنجی تخصصی الگوی پیشنهادی دربرگیرنده مکانیزم های رایج به کار گرفته شده در غالب کشورهای با توجه به شرایط فعلی نظام سلامت ایران بیانگر موافقت صاحب نظران با الگو بود. آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معیار، معنی دار بودن نتایج را در کل محرز نمود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش و شرایط فعلی نظام سلامت ایران، مکانیزم های زیر برای تمرکززدایی در کارکرد تدارک خدمات کشورمان مناسب می باشند؛ و آگاهی ا ارائه خدمات سلامت به دانشگاه های علوم پزشکی، توسعه انجمن های علمی و حرفه ای در سطح استان، و آگاهی طراحی و اجرای برنامه های خاص منطقه ای، و آگاهی توسعه (انسانی، تجهیزاتی، فضای فیزیکی) دانشگاه ها به دانشگاه های مربوطه، و آگاهی خدمات رفاهی و اجتماعی گروه های خاص مثل سالمندان، معلولین، کودکان بی سرپرست و معتادین نیازمند، به وزارت رفاه یا شهرداری ها، تلفیق بخش های خصوصی و دولتی در ارائه خدمات.

کلید واژه ها: تمرکززدایی، نظام سلامت، ارائه خدمات

◇ وصول مقاله: ۸۶/۲/۱۵، اصلاح نهایی: ۸۶/۳/۲۵، پذیرش مقاله: ۸۶/۳/۲۹

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده مسئول (Email: hosseinhosseinj@yahoo.com)

۲- استاد گروه مدیریت خدمات، بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- دانشیار گروه مدیریت خدمات، بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴- استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵- کارشناس ارشد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می کند که این امر منجر به ایجاد چالش ها و تنش های متعدد می شود. [۱] در پاسخ به مشکلات و چالش های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی [۲] انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است. [۳] زیرا جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشورمان در میان نظام های سلامت دنیا حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می باشد. [۴] از دلایل نارسایی ها و عدم کارایی قابل توجه در بخش درمان و کارکردهای تولید و تامین مالی گرفتاری شدید به تمرکزگرایی است. [۵]

تمرکز زدایی به عنوان فرایند مطلوب ارتقای نظام سلامت و بخش جدایی ناپذیر اصلاحات گسترده جهت ارتقای برابری، کارایی، کیفیت و توجیه اقتصادی شناخته شده است و در سراسر دنیا به ویژه کشورهای امریکای لاتین، آسیا، اروپا و آفریقا از چهل سال پیش در حال انجام است. [۶] در ایران علی رغم تصویب قوانین متعدد در دهه های گذشته اقدام عملی چندانی در این زمینه صورت نگرفته است [۷] و نظام سلامت ایران به عنوان یکی از پیچیده ترین نظام های سلامت دنیا در طول دهه های گذشته به غیر از استراتژی مراقبت های بهداشتی اولیه اصلاحات اساسی به خود ندیده است. ولی زمینه این کار در سال های اخیر با تشکیل شورای اصلاحات [۸] و مصوبه های برنامه های سوم و چهارم توسعه [۹] سیاست های مختلفی در راستای خصوصی سازی و واگذاری برخی واحدها و بخش های ارائه کننده خدمات و پشتیبانی به بخش های غیر دولتی صورت گرفته است.

از آنجا که رویکردهای به کار گرفته شده برای انجام اصلاحات در کشورهای مختلف همیشه مو فقیست آمیز نبوده است و در اصلاحات نظام سلامت نمی توان از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه ای تبعیت کرد باید به تاریخچه، ظرفیت ها، ارزش ها و فرهنگ ملی توجه کرده و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی

اصلاحات اقدام نمود. [۱۰] اعتقاد به اینکه طراحی و اجرای مدل مناسب تمرکززدایی بر روند اصلاحات موثر بوده و می تواند پروژه اصلاحات نظام سلامت کشور را بی نیاز از عقد قرارداد و همکاری کارشناسان خارجی نماید این پژوهش طراحی و اجرا گردید.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع کاربردی می باشد که مکانیزم های تمرکززدایی را در کشورهای منتخب به صورت گذشته نگر و تطبیقی در مدت دو سال مطالعه نموده است. مکانیزم های رایج در غالب کشورها در الگوی پیشنهادی برای ایران طراحی و سپس با تکنیک دلفی در معرض نظر سنجی تخصصی صاحب نظران قرار گرفت. نظرات جمع آوری شده ۳۵ نفر از خبرگان در طیف لیکرت با آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معین تحلیل و مکانیزم های معنی دار آماری در الگوی نهایی آورده شده اند. جامعه پژوهش تمام کشورها دارای تجارب تمرکززدایی در ۴۰ سال اخیر و نمونه پژوهش شامل ۱۰ کشور فرانسه، انگلستان، سوئد، ترکیه، مکزیک، شیلی، فیلیپین، تایلند، غنا، و زامبیا از گروه های کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه و کمتر توسعه یافته بودند.

یافته ها

یافته ها نشان می دهند که اغلب کشورها تصمیم گیری در رابطه با ارایه خدمات را تمرکززدایی کرده اند و از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی در راستای دستیابی به اهداف تمرکززدایی تلاش می کنند.

در میان کشورهای منتخب سوئد، مناطق (استان ها) را در طراحی ساختار و ارایه خدمات کاملاً مختار نموده است و در این کشور ارایه خدمات در قالب خدمات سلامت منطقه ای ارایه می شوند. [۱۵] کشورهای انگلستان و فرانسه با تشکیل خوشه های بیمارستانی و انجام برنامه ریزی های استراتژیک منطقه ای نسبت به اتخاذ تصمیمات محلی و در عین حال یکپارچه اقدام می نمایند. [۱۶، ۱۷] در شیلی اختیار عقد قرارداد با بخش خصوصی جهت شهرداری ها فراهم

با توجه به یافته‌های پژوهش، مکانیزم‌های به کار گرفته شده در کشورهای منتخب، ظرفیت موجود در نظام سلامت کشور و مهیا شدن شرایط جامعه (انتخابات شوراهای اسلامی، گسترش خصوصی سازی در برنامه‌های توسعه) راهکارهای ذیل جهت تمرکززدایی در نظام ایران پیشنهاد گردید:

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد موارد مندرج در الگوی پیشنهادی در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه و متون سازمان‌های بین‌المللی معتبر مورد توجه قرار گرفته‌اند که نظام سلامت ایران در حیطه‌های بسیاری از این الزامات دچار کاستی و نقصان‌های فاحشی است. در راستای طراحی مدل تمرکززدایی، مکانیزم‌های رایج در کشورهای مختلف و پیشنهادی برای ایران در معرض قضاوت خبرگان قرار داده شد. جدول ۳ میزان توافق خبرگان در خصوص این مکانیزم‌ها را نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌ها و نتایج تحلیل آماری متخصصان با الگوی پیشنهادی کارکردی تدارک خدمات توافق داشته‌اند. در این زمینه واگذاری ارایه خدمات سلامت ($z=3.42, p<5\%$)، توسعه انجمن‌های علمی و حرفه‌ای در سطح استان‌ها ($z=3.03, p<5\%$)، امکان طراحی و اجرای برنامه‌های خدماتی خاصی و مورد نیاز بر حسب ضرورت منطقه توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی ($z=1.46, p<5\%$) و نیز سامان‌دهی خدمات رفاهی و اجتماعی سالمندان ناتوان و تنها، معلولین، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست به وزارت رفاه و شهرداری‌ها ($z=2.25, p<0.05$) مورد تأیید جامعه متخصصان مورد بررسی بوده است.

تلفیق بخش‌های دولتی و خصوصی در تدارک خدمات ($z=-0.48, p>0.05$) تنها آیتمی است که در الگوی پیشنهادی مورد موافقت اکثریت صاحب نظران قرار نگرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات کم و بیش مشابه داخلی و خارجی نیز لزوم انجام تمرکززدایی در نظام متمرکز ایران را تأیید می‌کنند. در مطالعه ریچارد سیروک و همکاران در سال ۲۰۰۱ با عنوان «تمرکززدایی و کاهش فقر در کشورهای در حال توسعه» آمده است که تمرکززدایی در کشورهای در حال توسعه

شده است و خدمات در قالب خدمات سلامت منطقه‌ای صورت می‌گیرد. [۱۸] در تایلند بیمارستان‌های ناحیه و جامعه به شهرداری‌ها واگذار شده‌اند. [۱۹] در غنا بیمارستان‌های سطح دوم در ناحیه و سطح سوم در بعد ملی عمل می‌کنند [۲۰] و بیمارستان‌های سطح دوم توسط هیئت‌های سلامت استان هدایت می‌شوند.

در تمام کشورهای منتخب خودگردانی بیمارستان‌ها و اداره آنها توسط هیأت مدیره و نیز اجازه عقد قرارداد برای خرید خدمات بویژه خدمات پشتیبانی توسط بیمارستان تدارک دیده می‌شود. تشکیل هیئت‌ها، انجمن‌ها، شوراهای دپارتمان‌های سلامت در سطح شهرستان و منطقه در راستای درگیرسازی و مشارکت دادن هر چه بیشتر سایر ذینفعان در غالب کشورها صورت گرفته است. از موضوعات محوری در تعیین اولویت برای ارائه خدمات تعریف پکیج‌های اساسی خدمات می‌باشد که این کار در غالب کشورهای مورد مطالعه صورت گرفته است. اما انجام تمرکززدایی مستلزم تعریف و انتقال این پکیج‌ها به جوامع محلی و تعریف مجدد با توجه به نیازهای محلی است. بسته‌های خدمات اساسی تعریف شده توسط دولت مرکزی در زامبیا بدلیل مشکلات مالی در سراسر کشور اجرا نشدند و مسئولین محلی شروع به اولویت بندی آنها نموده‌اند که این مسئله در نهایت با مشکلات زیاد از جمله دور زدن واحدهای بهداشتی و مراجعه مستقیم به بیمارستان مواجه شد. [۱۳] در حالی که دولت کلمبیا تعریف بسته‌های خدمات را به جوامع محلی تمرکززدایی نمود. [۱۴]

برنامه‌های عمودی مثل ایمن سازی، مبارزه با سل و تنظیم خانواده که در اقصی نقاط دنیا در گذشته موفقیت‌هایی را نتیجه داده بودند، با انجام تمرکززدایی قطع می‌گردند و بحث ما بین طرفداران برنامه‌های عمودی و طرفداران ادغام برنامه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادامه دارد. با این حال نتایج بررسی در مورد ایمن سازی در زامبیا بیانگر نقصان‌های قابل توجه در اثر تمرکززدایی می‌باشد. برنامه‌های تنظیم خانواده در فیلیپین با واگذاری ارایه خدمات به دولت‌های محلی با مشکلات زیادی مواجه شد. جدول ۱، مکانیزم‌های تمرکززدایی در کارکرد تدارک خدمات کشورهای منتخب را نشان می‌دهد.

جدول ۱: مکانیزم های تمرکز زدایی در کارکرد تدارک خدمات

کشور	مکانیزم
انگلستان	تشکیل گروه های مراقبت اولیه برای ارائه خدمات به جمعیت های پنجاه تا دویست هزار نفری و عقد قرارداد این گروه ها با بیمارستان ها برای دریافت خدمات و همکاری نزدیک آن ها با دپارتمان های اجتماعی، طراحی بسته های خدمت اولویت دار، ارائه خدمات اولیه در مراکز بهداشتی و بیمارستان ها، تشکیل خوشه های بیمارستانی برای ارائه خدمات، اداره بیمارستان ها به صورت شرکتی و خودگردان با هیات مدیره.
زامبیا	عقد قرارداد بود مرکزی سلامت با بوردهای سلامت شهرستان، تمرکز زدایی مدیریت و برنامه ریزی خدمات سلامت به سطح شهرستان، خودگردانی بیمارستان های سطح دوم و سوم همراه با هیات مدیره، دریافت گرانت های دولتی و ارائه خدمات پشتیبانی توسط بخش خصوصی - عقد قرارداد بیمارستان های مذهبی با وزارت دارایی و تعریف پکیج های ملی خدمات بهداشتی اولیه- اداره بیمارستان ها به صورت خودگردان.
سوئد	ارائه خدمات سطح اول و دوم توسط شهرداری ها با مسئولیت شورای شهرستان، الگوهای متفاوت ارائه خدمات در هر شورا، واگذاری بیمارستان ها به شرکت های خصوصی (غیر از ساختمان) با عقد قرارداد، مراقبت از سالمندان توسط بخش خصوصی و با عقد قرارداد، مسئولیت کلی ارائه خدمات بر عهده انجمن شهر، اداره بیمارستان به شکل خودگردان و هیات مدیره، مراقبت سالمندان و معلولین و افراد ناتوان بر عهده شورای شهر است، ارائه خدمات مادر و کودک، بهداشت محیط و مراقبت در منزل توسط شهرداری ها.
شیلی	خدمات سطح اول از طریق شهرداری ها طبق توافق های پنج ساله قابل تمدید و با عقد قرارداد ارائه می شوند. شهرداری ها مجاز به عقد قرارداد با بخش خصوصی جهت خرید خدمت می باشند. سازمان های غیر دولتی و کلیساها و رسانه ها در قالب برنامه های آموزشی در سطح اول و دوم مشارکت می کنند، مراقبت های سطح دوم و سوم به شکل غیر متمرکز و در بیمارستان ها توسط خدمات سلامت منطقه ای سازماندهی می شوند.
غنا	واگذاری بیمارستان های ناحیه ای و جامعه به شهرداری های شهرستان، مراقبت های سطح دوم در بیمارستان های ناحیه، مراقبت های سطح سوم در بیمارستان های ملی و تشکیل خدمات سلامت و عقد قرارداد با کلیساها جهت دریافت خدمات، اداره بیمارستان ها به صورت خودگردان و هیات مدیره، مراقبت های اولیه در مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان های شهرستان صورت می گیرد که وابسته به نظام خدمات سلامت غنا هستند و طراحی بسته های اولویت دار خدمات را بر عهده دارند.
فرانسه	ارایه مراقبت های سطح اول و دوم توسط افراد خویش فرما، آزادی بیمار در مراجعه به بخش خصوصی و دولتی و نیز مراکز بهداشتی یا بیمارستان و متخصص، مراقبت از سالمندان توسط بخش خصوصی یا عقد قرارداد، اداره بیمارستان ها به صورت خودگردان و هیات مدیره، برنامه ریزی بیمارستان ها به صورت خوشه ای، کار پزشکان خصوصی در بخش دولتی با قرارداد دو سویه و شهرداری ها؛ پایش و تصفیه آب، کنترل آلودگی صوتی و هوا، دفع زباله و بهداشت غذا و سالمندان و بهداشت صنعتی را بر عهده دارند.
فیلیپین	واگذاری مراقبت های بهداشتی اولیه به شهرداری ها، اداره بیمارستان ها به صورت خودگردان و هیات مدیره، تشکیل هیات های سلامت منطقه ای، اداره بیمارستان های سطح دوم توسط هیات های سلامت منطقه و نیز عقد قرارداد بخش خصوصی با دولت های محلی
مکزیک	در مکزیک سازمان خدمات دولتی برای روستاها و مناطق خصوصی و سازمان خدمات دولتی کارکنان به شکل تمرکز زدایی شده عمل می کنند و خدمات سطح دوم در بیمارستان ها همراه با مراقبت های بستری و سیار در منزل ارائه می شوند.
تایلند	اداره مراکز بهداشتی و درمانی و واحدهای دارای پرسنل اندک توسط ادارات محلی، مشارکت NGO ها، بیش از ۶۰۰ هزار داوطلب بهداشتی تربیت شده اند. اداره بیمارستان ها به صورت خودگردان و بیمارستان های فوق تخصصی و ملی توسط هیات مدیره و زیر نظر دولت مرکزی قرار دارند.
ترکیه	مراقبت های سطح اول از طریق مراکز بهداشت و درمان، مراکز خانواده، مادر و کودک، سل و خانه های بهداشت توسط دولت (وزارت بهداشت) زیر نظر استانداری ها ارائه می شوند، بیمارستان ها اغلب به صورت شرکتی درآمده و با هیات مدیره متشکل از اعضای دولتی و غیردولتی اداره می شوند. فعالیت بخش خصوصی بسیار گسترش یافته است و بیمارستان های فوق تخصصی به صورت خودگردان اداره می شوند.
ایران	دانشگاه های علوم پزشکی در استان و از طریق شبکه های بهداشت و درمان در شهرستان و مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی و خانه های بهداشت مهمترین نهاد ارائه کننده خدمات را تشکیل می دهند. بخش خصوصی نیز در بازکردن مطب، کلینیک و پلی کلینیک، بیمارستان و آزمایشگاه ها فعالیت دارند. بیمارستان ها به شکل ناقص و به صورت خودگردان اختیار در آمدهای خود را دارند.

جدول ۲: مستندات الگوی پیشنهادی برای تمرکززدایی در نظام سلامت ایران

کشورها	انگلستان	تایلند	ترکیه	زامبیا	سوئد	شیلی	غنا	فرانسه	فیلیپین	مکزیک	بهداشت جهانی سازمان	بانک جهانی سازمان	به درصد فراوانی
مکانیسم تمرکززدایی	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۹۲
واگذاری اختیار عقد قرارداد با بخش‌های خصوصی، دولتی و شبه مستقل	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۹۲
تلفیق بخش دولتی و بخش خصوصی برای ارائه خدمات	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۱۰۰
توسعه انجمن‌های حرفه‌ای و علمی	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۷۷
واگذاری طراحی و اجرای برنامه‌های خاص علمی	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۹۲
واگذاری گسترش زیرساخت‌ها، تجهیزات، لجستیک و دارو به جوامع محلی	×	×		×	×	×	×	×	×		×	×	۶۹
واگذاری خدمات سالمندان، معلولین و معناتین به شهرداری‌ها و وزارت رفاه	×				×		×					×	۳۰

محدوده‌های کوچکتر و توجه به ظرفیت محلی. [۲۶] در خصوص مورد اول می‌توان اذعان داشت که تمرکززدایی به سطح شهرستان (نه پایین تر از آن) از نظر محدوده کار قابل قبول و عملی باشد. با توجه به توسعه نیروی انسانی و نیز آشنایی و تجربه مدیران بخش‌های بهداشت و درمان با نظام خودگردانی و برخورداری از اختیارات مالی محدود پیش‌بینی می‌شود مشکلات عدیده‌ای در مورد وجود ظرفیت لازم جهت تحقق تمرکززدایی در کشورمان بروز نکند.

مطالعه «طراحی ساختار جدید برای وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۸ توسط سازمان مدیریت صنعتی نیز موید تمرکزگرایی و بوروکراسی زیاد، تداخل وظایف و کارایی پایین در ستاد وزارت بهداشت متبوع کشورمان و لزوم تمرکززدایی در این نظام می‌باشد. [۲۷]

مطالعه جباری و همکاران با عنوان «فرایندهای قابل تفویض حوزه ستادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز» در سال ۱۳۸۳ نشان می‌دهد که تعداد کثیری از معاونت‌ها و مدیریت‌های دانشگاه به جای انجام فعالیت‌های ستادی بیشتر مشغول انجام فعالیت‌های اجرایی می‌باشند و

سبب نزدیک کردن دولت به مردم و افزایش پاسخگویی آنها و در نتیجه احتمال گسترش سیاست‌هایی که نیازهای معمول شهروندان را پوشش می‌دهد خواهد شد. [۲۴]

توماس باسرت در مطالعه تطبیقی با عنوان «تمرکززدایی در نظام‌های سلامت کشورهای غنا، زامبیا، اوگاندا و فیلیپین» و بررسی سه نوع تمرکززدایی؛ تراکم زدایی، تفویض و واگذاری مشخص بدین نتیجه دست یافت که انواع و درجات مختلفی از تمرکززدایی در کشورهای مختلف دیده می‌شوند که در این میان فیلیپین بیشترین کارکردها را به واحدهای دولت محلی واگذار کرده است و کمترین آن‌ها انتقال به روش تفویض به واحدهای خودگردان خدمات بهداشتی در غنا می‌باشد. [۲۵]

مطالعه سال ۲۰۰۲ مایلز با حمایت مالی کمیسیون اروپا و با عنوان «توزیع مسئولیت‌های مدیریتی و برنامه ریزی بین مرکز و واحدهای محیطی در چهار منطقه دریای کارائیب از نظر الگوهای تاریخی و روند اصلاحات» به دو نکته اساسی در خصوص تمرکززدایی اشاره می‌کند که در کشور ما از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است؛ تمرکززدایی در



جدول ۳: توزیع فراوانی توافق اعضای جامعه پژوهش با موارد پیشنهادی در کارکرد تدارک خدمات

میزان توافق	مکانیزم های پیشنهادی برای انجام تمرکززدایی در نظام سلامت ایران				
	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف
۱۲	۲۳	-	-	-	۳/۴۲
۱۱	۱۴	۴	۵	۱	۰/۴۸
۱۸	۱۶	۱	-	-	۳/۰۳
۹	۲۱	۵	-	-	۱/۴۶
۸	۲۱	۵	۱	-	۱/۰۷
۱۶	۱۶	۲	۱	-	۲/۲۵

مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۳ نیز موید و موکد تمرکززدایی هیئت های مدیره بیمارستانی است [۳۰] که با الگوی ارائه شده همخوانی دارد. در نهایت موارد زیر جهت انجام تمرکززدایی در کارکرد تدارک خدمات نظام سلامت کشور معرفی می گردند تا در کنار گزینه های مربوط به سایر کارکردها (تولیت، تولید منابع و امور مالی) تمرکززدایی موفق و کم هزینه ای را در بعد سلامت شاهد باشیم:

- ۱) واگذاری ارایه خدمات سلامت به دانشگاه های علوم پزشکی
- ۲) توسعه انجمن های علمی و حرفه ای در سطح استان
- ۳) واگذاری طراحی و اجرای برنامه های خاص منطقه ای به دانشگاه های علوم پزشکی
- ۴) واگذاری توسعه (انسانی، تجهیزاتی و فضای فیزیکی) دانشگاه های علوم پزشکی به دانشگاه های مربوطه
- ۵) واگذاری خدمات رفاهی و اجتماعی گروه های خاص مثل سالمندان، معلولین، کودکان بی سرپرست و معتادین نیازمند به وزارت رفاه یا شهرداری ها.
- ۶) تلفیق بخش های خصوصی و دولتی در ارائه خدمات. ♦

۱۷/۵ درصد فرآیندهای جاری قابل واگذاری و تفویض به واحدهای سطوح پائین تر می باشند. پژوهش مذکور حاکی از تمرکز بیش از حد امور در ستادهای مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به عنوان یکی از دانشگاه های مادر می باشد. نتیجه تمرکزگرایی فوق غفلت معاونت ها و مدیران کل دانشگاه از انجام وظایفی چون سیاست گذاری، برنامه ریزی، پایش و ارزشیابی فعالیت هاست که علاوه بر ایجاد عواقب عدم توسعه منجر به گسترش ضعف و عدم ارتقای توانایی های واحدهای محیطی شده است. [۲۸] انتقال اختیارات از ستاد به شهرستان ها در الگوی پیشنهادی مورد تاکید قرار گرفته است.

پژوهش صدقیانی با عنوان «مطالعه تطبیقی و ارائه الگوی کوچک سازی در بیمارستان های ایران سال ۱۳۸۳» نشان داد که در کشور ما حدود نصف تخت های بیمارستان خالی است و این رقم در شهر تبریز برابر ۵۱ درصد می باشد که این امر نیازمند اتخاذ تدابیری در راستای کوچک سازی بدنه دولت و واگذاری امور به بخش های غیر دولتی است. [۲۹] بررسی تطبیقی روش های اداره امور بیمارستان ها در چند کشور توسعه یافته و ایران توسط صدقیانی و به سفارش

12. Bossert T. Decentralization of health systems in developing countries. Massachusetts: Harvard School of Public Health. World Bank, 2000.
13. Felix P, Tien M. Zambia national health accounts 2002: Main findings. Zambia Ministry of Health plus partners for health reform, 2004.
14. World Bank. Decentralization of the health services in Latin American countries: Issues and some lessons. The World Bank document, 1999. transition: Sweden.
15. Jorstberg H, Catharina C, Ghathekar O. Health care in transition: Sweden, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
16. Robinson R, Dixon A, Mossialos E. Health care systems in transition: United Kingdom. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 1999.
17. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2004.
18. Pan American Health Organization. Chile profile of the health services system, PAHO/WHO, 1999.
19. Thailand Ministry of Public Health, Bureau of Health Policy and Planning. Country Health Profile, 2000.
20. Steffensen J, Trollegaur D. Decentralization polices and practices: case study Ghana. World Bank, 2003.
21. Serdar S, Karahan O, Omar S. Turkey health systems in transition. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
22. Frenk J. Evidence-based health policy: Three generations of reform in Mexico, The Lancet, 2003.
23. Gregorio D, Prado M. Public service reforms and their impact on health sector personnel in the Philippines. Collage of Medicine, University of the philippines, 1999.
1. World Health Organization. Management effectiveness program(Mep Guide). Geneva: WHO, 2001.
2. Boelen C, Haq C..Improving health systems: The contribution of family medicine. A guidebook. World Organization of Family Doctors (WONCA). Singapore: Best print Printing company, 2002.
3. Bossert T. Decentralization of health systems: sharing resources and responsibilities. Massachusetts: Harvard School of Public Health, 2002.
4. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰. چاپ اول، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۲.
5. مردندی علیرضا، سخنرانی در موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۲.
- Available at: <http://www.hmdj.org>. Accessed 2002.
6. Saltman R, Band Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European series, 2002.
7. معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. نگاهی اجمالی به مبانی مدیریت غیرمتمرکز گامی به سوی استقلال دانشگاه ها، چاپ اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز ۱۳۷۹.
8. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. شرح وظایف مشاور خارجی جهت طراحی الگویی برای عدم تمرکز در نظام سلامت ایران. انتشارات اندیشمند، تهران، ۱۳۸۳.
9. سازمان مدیریت و برنامه ریزی جمهوری اسلامی ایران. فصل بهداشت و درمان برنامه سوم و چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران، متن برنامه ۱۳۷۸ و ۱۳۸۲.
10. Roberts M, Hsiao W. Getting health reform right, Oxford University press, 2002.
11. Schieber G. Iran's health system performance: strengthens and weaknesses: an international comparison. World Bank flagship, IRAN Module 4, 2004.

24. Crook R, Sverrisson A. Decentralization and poverty -alleviation in developing countries: a comparative analyzes is west Bengal unique, 2001.
25. Bossert T, Beauvais J. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: A comparative analysis. Health Policy and Planning 2002; 17(1): 14-31.
26. Mills A. The Distribution of health planning and management responsibilities between center and periphery: Historical patterns and reform trends in four Caribbean territories. Health Policy 2002; 61(200): 11-30.

۲۷. سازمان مدیریت صنعتی ایران، طرح پژوهشی بازننگری در ساختار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. انتشارات سازمان مدیریت صنعتی. جلد مطالعات تطبیقی، تهران، ۱۳۷۶.

۲۸. جباری بیرامی حسین، بخشیان فریبا. بررسی فرایندهای قابل تفویض حوزه ستادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مدیریت و توسعه؛ ۲۱-۲۶ (۴)۱.

۲۹. صدقیانی ابراهیم. بررسی تطبیقی روش های اداره امور بیمارستان در چند کشور توسعه یافته و ایران. مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی. شماره تاپی دفتر ۶۶۴۸، کد موضوعی ۴۱۰، ۱۳۸۳.

۳۰. صدقیانی ابراهیم. مطالعه تطبیقی ارائه الگوی کوچک سازی در بیمارستان ها در ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخش مدیریت و تحول اداری، تهران، ۱۳۸۳.

