

SID



سرویس های
ویژه



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی
بین المللی و
ترند های جستجو

نامه به سردبیر

تمرکز زدایی در کارکردتولیت نظام سلامت کشورهای مختلف و ارائه الگو برای ایران

دکتر حسین جباری بیرامی: استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی و همکار مرکز NPMC دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: hosseinhosseinj@yahoo.com

فریبا بخشیان: کارشناس ارشد مامایی

دریافت: ۸۴/۱۱/۴، پذیرش: ۸۵/۱۰/۱۳

فرانسه، انگلستان، سوئد، ترکیه، شیلی، مکزیک، فیلیپین، تایلند، زامبیا و غنا بودند.

یافته ها

یافته ها نشان می دهند که انگلستان با تشکیل دپارتمان سلامت متشکل از پنج وزیر (۶)، فرانسه با برگزاری کنفرانس های سالانه سلامت استانی و ملی (۷)، فیلیپین با تشکیل بوردهای سلامت منطقه ای (۸)، مکزیک با تشکیل دپارتمان سلامت (۹) اقدام به تمرکززدایی کرده اند. بعلاوه تقریباً در تمام کشورها بوردهای سلامت محلی تشکیل یافته است.

تشکیل بورد سلامت، انجمن شهرستان و تشکیل خوشه های بیمارستانی در انگلستان، بورد سلامت جامعه در تایلند (۱۰)، واگذاری اختیارات اداری تسهیلات بهداشتی به استانداری ها در ترکیه (۱۱)، تشکیل بورد مرکزی سلامت و تشکیل فدراسیون بوردهای سلامت شهرستان در زامبیا (۱۲)، تشکیل انجمن سلامت شهرستان و فدراسیون شوراهای شهرستان در سوئد (۱۳)، واگذاری اختیارات به شهرداری ها در شیلی (۱۴)، تشکیل نظام خدمات سلامت و شوراهای هماهنگی ناحیه ای در غنا (۱۵) و واگذاری اختیارات قابل توجه در امور مالی و گسترش دانشگاههای علوم پزشکی به هیئت امنا در ایران از موارد بارز تمرکززدایی در نظام های سلامت می باشند (۲). واگذاری اختیار اعتبار بخشی به بنیاد سلطنتی انگلستان و انجمن های حرفه ای در کشورهای تایلند، فرانسه، مکزیک و شیلی نیز از سالها پیش انجام شده است.

تشکیل کمیته ملی اصلاحات در تایلند، تیم اجرایی و کمیته راهبری ملی در زامبیا، کمیته عالی در غنا، کمیته تمرکززدایی در وزارت کشور فیلیپین، هیئت اجرایی در ایالت و دولت فدرال

امروزه کشورهای مختلف در مواجهه با مشکلات گوناگون مرتبط با عدالت، کیفیت، مناسبت و اثر بخشی، تغییرات عمده و مداومی را در نظام سلامت خود طراحی و اجرا می نمایند (۱) در این میان تمرکز زدایی به عنوان فرایندی مطلوب جهت ارتقای نظام های سلامت و به عنوان بخش جدایی ناپذیر از اصلاحات گسترده جهت ارتقای برابری، کارایی، کیفیت و توجیه اقتصادی شناخته شده است (۲).

تمرکز زدایی به معنای انتقال اداری قدرت و اختیار برنامه ریزی، تصمیم سازی از دولت مرکزی به سازمان های محیطی، واحد های سازمانی محلی، سازمان های نیمه خودگردان و شرکتی، دولت محلی یا سازمان های غیردولتی در اشکال مختلف تراکم زدایی، تفویض، واگذاری و خصوصی سازی است (۳). از سوی دیگر تولید در نظام های سلامت به معنی « مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی مردم » می باشد (۴). اظهارات خبرگان در گرفتاری به تمرکز شدید و نیاز کشور مطالعه مکانیزم های به کار گرفته شده در جهان را بسیار ضروری می نماید زیرا اصلاحات نظام سلامت (کوچک یا بزرگ) نمی تواند از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه ای تبعیت کند (۵).

در این مطالعه مکانیزم های رایج در غالب کشورها به صورت گذشته نگر و تطبیقی استخراج و الگوی پیشنهادی برای ایران را طراحی کرده و با تکنیک دلفی به نظرسنجی تخصصی صاحب نظران (برخی از وزرای بهداشت، معاونین و مشاورین آن ها روسای دانشگاه ها و معاونین و اعضای هیات علمی رشته مدیریت) قرار دادیم. داده ها با آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معین تحلیل و گزیننه های معنی دار ($p < 0.05$) در الگوی نهایی آورده شدند. جامعه پژوهش تمام کشورهای دارای تجارب تمرکززدایی در ۴۰ سال اخیر و نمونه پژوهش ۱۰ کشور

شرکت‌ها یا تعاونی‌های سلامت تحت یک مدیریت (مجتمع‌های سلامت)، انجام برنامه‌ریزی استراتژیک منطقه‌ای برای بیمارستانها (تشکیل خوشه‌های بیمارستانی) و مجتمع‌های سلامت، تشکیل کمیته راهبردی اعتباربخشی در شورای عالی اصلاحات، تشکیل کمیته تمرکززدایی در نهاد ریاست جمهوری، آغاز اجرای تمرکززدایی در طول برنامه چهارم توسعه، حفظ تمرکز موارد خاص در دست وزارت بهداشت، تقویت نظام اطلاعات سلامت در دست طراحی (تکفاب).

از آنجا که تمرکز زدایی در ایران با مصوبه‌های قانونی متعدد از دیر باز مد نظر بوده (۱۶) ظرفیتهای ایجاد شده در سالهای اخیر و تأیید خبرگان کشور الگوی پیشنهادی را برای کشور قابل اجرا نموده و انجام پابلوت آن می‌تواند کشور را از عقد قرارداد با مشاورین خارجی بی‌نیاز نماید.

References

۱. صدقیانی ا. مطالعه تطبیقی نظام‌های بهداشت و درمان کشورهای مختلف. طرح پژوهشی. سازمان مدیریت صنعتی. ۱۳۷۸. ص ۱۱
2. 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
۳. باسرت ت. تمرکز زدایی در نظام سلامت، فضای تصمیم‌گیری، نوآوری و عملکرد، ترجمه حسین غفرانی. ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی ۱۳۸۱، سال دوم شماره ۵ صص ۷۸ تا ۸۳.
۴. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰. چاپ اول، تهران، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. تابستان ۱۳۸۲ ص ۲۱.
5. Roberts M. Hsiao W. Getting Health Reform Right Oxford university press 2002: 178-201
6. Robinson R, Dixon A, Mossialos E. *Health care systems in transition: United Kingdom*. 1st ed. Copenhagen European observatory on Health care systems. 1999: 31-43.
7. Sandier S. Paris V. Polton D. *Health care systems in transition; France*. 1st ed. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2004; 8
8. Grundy J Healy V. Overview of devolution of health services in the Philippines. *Journal of Rural and Remote Health Research*. 2003; 3: 1-10

مکزیک و تشکیل شورای سلامت در ایران از جمله نهادهای تشکیل شده در بالاترین سطح کشورها می‌باشند.

توسعه نظام‌های اطلاعات سلامت در انگلستان، تایلند، شیلی، فرانسه، فیلیپین، مکزیک و مشارکت دادن داوطلبان در انگلستان، تایلند، غنا، فیلیپین و مکزیک از دیگر مکانیسم‌های رایج در راستای تمرکز زدایی می‌باشند.

بر اساس یافته‌های بدست آمده مکانیزمهای زیر در الگوی نهایی آورده می‌شوند:

تشکیل نهادهای سیاست‌گذار و تعیین‌کننده خط مشی در وزارت بهداشت و درمان باهدف مشارکت دادن تمام ذینفعان، تشکیل و مشارکت شوراهای سلامت استان و شهرستان در برنامه‌ریزی اجراء پایش و ارزشیابی، تشکیل و اداره بیمارستانها از طریق هیأت مدیره و به شکل خودگردانی صحیح علمی، تشکیل

9. Pan American Health Organization. Profile of the Health system Mexico. *PAHO/WHO*. 2002: 18-26
10. Thailand, Ministry of public Health, Bureau of Health Policy. *Country Health Profile* 2000; 561-598
11. Serdar S, Karahan O, Omar S. *Turkey Health systems in transition*. 1st ed. Copenhagen European observatory on Health care systems. 2002: 61-72.
12. Felix P. Tien M. *Zambia National Health Accounts 2002 Main findings: Zambia Ministry of health plus partners for health reform*, 2004: p1-20
13. Jorstberg H, Catharina C, Ghathekar O. *Health care in transition. Sweden*. 1st ed. Copenhagen European Observatory on Health Care Systems. 2001: 80-91.
14. Pan American Health Organization. *Chile Profile of the health services system*. PAHO/WHO 1999; 6-9
15. Dolvo D. *Staff Performance Management in Reforming Health systems*. Ministry of health Ghana. Funded Research Project with European Union 1998; 16-20
۱۶. معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. نگاهی اجمالی به مبانی مدیریت غیرمتمرکز گامی به سوی استقلال دانشگاه‌ها، چاپ اول، تبریز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شهریور ۱۳۷۹، صص ۱۵ تا ۲۵

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



توجه: بررسی

بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)



PROPOSAL
پروپوزال

توجه: آموزش

پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی



توجه: آموزش

آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو