**اصلاحات نظام سلامت**

**(راهنمای عدالت و کارایی)**

**مقدمه واحد کشوری اصلاحات نظام سلامت**

اصلاحات در نظام سلامت، جزو راهبردی­ترین مباحثی است که در سراسر دنیا مورد مطالعات جدی قرار گرفته­ است. رویکردها و دیدگاه­های متنوع صاحب­نظران این حوزه، ضرورت رسیدن به نگرشی مشترک، کاربردی و علمی را دو چندان کرده است. بدیهی است که بخش عمده­ای از دانش و تجارب کسب شده در این زمینه، باید از تجربیات کشورهای دیگر جمع­آوری و با شیوه­ای نقادانه، به داخل کشور منتقل ­شود. واحد کشوری اصلاحات نظام سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره تلاش نموده است تا با همکاری سایر دستگاه­ها در راستای انتقال دانش روا و پایا به کارشناسان، مدیران، سیاستگذاران و اساتید داخلی اقدام نماید.

مجموعه پیش­رو، یکی از نمونه­های موفقی است که توسط اساتید باتجربه بین­المللی تهیه و طی برنامه­ها و کارگاه­های آموزشی، در سطح بین­المللی ارایه شده است. انتخاب این کتاب به عنوان مبنایی پرارزش و کلیدی برای طرح، بررسی و نقد جنبه­های مختلف اصلاحات در کشور، تلاش ارزشمندی است که به جرات، یکی از بزرگ­ترین گام­های برداشته شده در تسهیل روند اصلاحات نظام سلامت محسوب می­شود.

اینجانب صمیمانه از همت بلند عزیزان دست­اندرکار ترجمه، ویرایش و انتشار این کتاب گرانقدر کمال سپاسگزاری را به عمل آورده، از معاونت محترم سلامت و معاونت محترم هماهنگی مجامع و شوراهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سیاستگذاری و برنامه­ریزی وزارت رفاه و تامین اجتماعی، معاونت امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه­ریزی کشور، ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی و مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ و کلیه همکاران برای همکاری در انتشار این اثر ارزشمند تقدیر نموده و موفقیت روزافزون ایشان را از بارگاه الهی مسألت می­نمایم.

**حمیدرضا جمشیدی**

**رئیس واحد کشوری اصلاحات نظام سلامت**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**مقدمه معاونت سیاستگذاری و برنامه­ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی**

پیچیدگی روزافزون نظام سلامت به عنوان یکی از مهم­ترین عوامل موثر بر مقوله رفاه در جوامع، لزوم آشنایی هرچه بیشتر مدیران در سطوح مختلف را با این مباحث بیش از پیش برجسته می­سازد. همین پیچیدگی و رشد فزایند است که در مقاطع گوناگون، ضرورت اصلاحات در نظام سلامت را مطرح و تلاش­های نظری و عملی را در این راستا برانگیخته است.

ابعاد متفاوت و دریچه­های گوناگونی که از منظر آن­ها می­توان به اصلاحات نگریست و قدم در وادی آن گذاشت، بعضاً آن­قدر متنوع است که شاید ورود نادانسته و حساب نشده به آن، پیامدی جز سردرگمی و هرز رفتن تلاش­ها و منابع صرف شده، نخواهد داشت. مجموعه حاضر که توسط برجسته­ترین صاحب­نظران جهانی اصلاحات نظام سلامت تدوین و سال­های متمادی در دانشگاه­ها و مجامع علمی گوناگون تدریس و ارایه شده است، نمونه­ای مفید و مناسب از رویکردی مدرن و کاربردی به اصلاحات نظام سلامت است. برگردان و ویرایش این کتاب به زبان فارسی، با تلاشی ستودنی به ظرافت و دقت کافی صورت گرفته است. امید است که زحمات بی­دریغ گروه مترجمان و ویراستاران در انتقال این دانش ارزشمند، اصلاحات علمی و مبتنی بر شواهد را در نظام سلامت، هرچه بهتر و عمیق­تر به ­بار بنشاند.

اینجانب بر خود فرض می­دانم از زحمات همکاران در واحد کشوری اصلاحات نظام سلامت معاونت سلامت و معاونت امور هماهنگی و مجامع و شوراهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه­ریزی کشور، ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی و در نهایت مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ برای انتشار این اثر ماندگار نهایت قدردانی را به عمل آورده، توفیق کلیه عزیزان را از خداوند متعال درخواست نمایم.

**محمدرضا واعظ مهدوی**

**معاون سیاستگذاری و برنامه­ریزی**

**وزارت رفاه و تأمین اجتماعی**

**مقدمه مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ**

در عصر حاضر، سلامت یکی از مهم­ترین دغدغه­های نوع بشر است و نظام سلامت با تعاریف و مسؤولیت­های جدید آن نقش روزافزونی را از طریق سیاستگذاری، حاکمیت درون­بخشی و رهبری بین­بخشی برای حفظ و ارتقای سلامت مردم در ابعاد مختلف آن بر عهده دارد.

اهمیت و جایگاه نظام سلامت، مجامع دانشگاهی و محققان و دانشمندان را در سراسر دنیا بر آن داشته است تا به گونه­ای نظام­مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را با تکیه بر پایه­ای متقن از شواهد مورد مطالعه و بررسی قرار دهند.

کتاب حاضر یکی از قوی­ترین کتاب­هایی است که تاکنون درباره نظام سلامت در سراسر دنیا منتشر شده است و در آن برجسته­ترین اساتید معتبر­ترین دانشگاه­های دنیا، اثربخش­ترین توصیه­های خود را برای اصلاحات نظام سلامت ارایه نموده­اند.

بدیهی است مطالعه این کتاب، به معنای عمل کردن صرف به توصیه­های آن نیست، بلکه باید شرایط ئ مقتضیات فرهنگی و اجتماعی و... نیز در برنامه­ریزی­ها مدنظر قرار گیرد.

اینجانب از زحمات گروه مترجمان و ویراستاران قدردانی نموده و از واحد کشوری اصلاحات نظام سلامت، معاونت سلامت، معاونت امور هماهنگی مجامع و شوراهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سیاستگذاری و برنامه­ریزی کشور برای همکاری در انتشار این اثر ارزشمند نهایت امتنان را به عمل آورده، توفیق روزافزون ایشان را در راستای تحقق اهدافشان از ایزد منان درخواست می­نمایم.

**امیرعباس فتاح­زاده**

**مدیر مسؤول**

**مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ**

**اهرم­های کنترل نظام سلامت**

**1)مقدمه**

این مقدمه با سه هدف به نگارش درآمده است. نخست، مروری سریع بر معنای واژه «اهرم کنترل»[[1]](#footnote-1) ارایه کند؛ دوم، مشخص کند که چگونه می­توان از اهرم کنترل برای پرداختن به مشکلات عملکرد نظام سلامت استفاده کرد. ما این مضمون را در فصل مربوط به هر یک از اهرم­های کنترل و همچنین در پایان مجموعه، به تفصیل باز خواهیم کرد. سوم، خصوصیات ویژه­ای از بخش سلامت را که در هیچ یک از این پنج عنوان قابل توضیح نیست مشخص کند. در پنج فصل آتی تمرکز بیشتری بر هر یک از آن­ها خواهیم داشت: تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار.

**2)«اهرم کنترل» نظام سلامت، چیست؟**

همانگونه که در فصل 2 اشاره کردیم، ما از لغت اهرم کنترل به عنوان یک استعاره[[2]](#footnote-2) استفاده می­کنیم. هدف این است که بتوانیم نما و تصویری از یک نظام پیچیده به­دست آوریم: نظامی‌که عملکرد آن را می­توان با انجام تنظیم­های متعدد و مختلف، با هدف رسیدن به نتایج خاص، تغییر داد. ما چندین مثال از مدیران سایر نظام­ها را ارایه کردیم که با تغییر شرایط و مختصات مجموعه­ای از عوامل، قادرند مشخص کنند نظام تحت مدیریت آن­ها، چه برونده و تولیدی دارد و نحوه عملکرد آن چقدر خوب و یا نامطلوب است. برای بازگویی خلاصۀ آن­چه در فصل دوم ارایه شد. اهرم­های کنترل، حوزه­های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت را توصیف می­کنند که از نظر عملکرد نظام سلامت، بسیار حائز اهمیت است و دولت­ها قادرند آن­ها را دستکاری و بالا و پایین کنند. پنج حوزه­ای که تحت عنوان اهرم­های کنترل معرفی و مشخص کرده­ایم،(تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار) منعکس­کننده دیدگاه ما درباره مهم­ترین عواملی است که پیامدهای نظام سلامت را تعیین می­کنند و از آن­ها می­توان با دقت و ملاحظه جهت تغییر آن پیامدها استفاده کرد.

طبیعی است که رویکرد اهرم­های کنترل، تنها روش موجود برای درک و فهم نظام­های سلامت نیست. چند دهه است که متخصصان به بحث، تحلیل، ارزشیابی و مقایسه نظام­های سلامت در سراسر جهان( هم در ملل غنی و هم در کشورهای فقیر) پرداخته­اند. برای این­که پیش زمینه‌ای از رویکرد خود ارایه کرده باشیم، مختصراً به مرور چند الگوی دیگر در تحلیل نظام­های سلامت می­پردازیم.

یکی از رویکردهایی که اخیراً ارایه گردید، تحلیل سازمان جهانی بهداشت از عملکرد نظام­های سلامت در سراسر جهان بود. سازمان جهانی بهداشت، نظام­های ملی سلامت را طبق مجموعه­ای از شاخص­ها، رتبه­بندی کرد و برای این کار از فرمولی پیچیده برای ترکیب سنجه­ها و شاخص­های مختلف استفاده نمود. این رتبه­بندی و روش­های مورد استفاده، محور بحث­های عمومی داغی قرار گرفت و در افزایش توجه عمومی‌به مسائل مربوط به عملکرد نظام سلامت، کمک شایانی کرد. اما رویکرد دوم، روش اتخاذ شده توسط جامعه­شناسان است که به توصیف و مقایسه نظام­های ملی سلامت پرداخته­اند. جامعه­شناسان مشخصاً نظام­های سلامت را با استفاده از شاخص­های ظرفیت[[3]](#footnote-3) آن مانند تعداد تخت­های بیمارستانی، تعداد پزشکان و پرستاران یا انواع برنامه­های دولت تعریف کرده­اند و کنار آن از شاخص­های پیامد سلامت مانند میزان مرگ و میر شیرخواران و امید به زندگی نیز بهره جسته­اند. چنین تحلیل­هایی غالباً حجم عظیمی از جزئیات توصیفی را درباره نظام سلامت یک کشور ارایه می­کنند اما ندرتاً راهنمای کاربردی قابل استفاده درباره نحوه تغییر نظام سلامت، نحوه درک فرایندهای سیاسی که بر عملکرد تأثیر می­گذارند و نحوه تدوین اصول اخلاقی برای ارزیابی مشکلات فعلی یا انتخاب­های آتی را فراهم می­سازند.

رویکرد سوم در تحلیل نظام سلامت، بر جریان­های منابع[[4]](#footnote-4) متمرکز شده است. در اوایل دهه 1990، جرمی هرست[[5]](#footnote-5) به بررسی نظام­های سلامت از دیدگاه جریان­های مالی و روش­های پرداخت بین گروه­های جمعیتی و مؤسسات دست زد. او نظام­های سلامت را به صورت نظام­های بسته­ای می­دید که تعاملات مالی در آن اتفاق می­افتد؛ بنابراین باید درآمد آن­ها با برونده­شان برابر باشد. بسط و توسعه این رویکرد در سال­های اخیر به شکل حساب­های ملی سلامت[[6]](#footnote-6)، تصویر واشح­تر، دقیق­تر و غالباً کمک­کننده­ای از جریان­های پول از منابع درامد به سمت سازمان­های حد واسط و در نهایت به ارایه­کنندگان فراهم آورده است. البته، عیب عمده موجود در هر دو رویکرد هرست و تلاش­هایی که بعد از آن صورت گرفته، تأکید زیاد بر توصیف و نبود الگویی توجیه­کننده برای پیامد­هاست.

علم اقتصاد، چارچوب مفهومی دیگری برای درک بخش سلامت فراهم می­کند؛ البته موفقیت این رویکرد، محدود و جزئی بوده است. قسمتی از این مشکل به سبب این واقعیت است که بخش سلامت حتی در داخل یک کشور، در واقع از بازارهای مختلف و متعدد (برای خدمات گوناگون در مناطق جغرافیایی متفاوت) تشکیل شده است. اما بررسی جزئی بر روی این بازارهای منفرد، ندرتاً صورت گرفته است و تعاملات آن­ها به خوبی شناخته شده نیست. به علاوه، پارادایم اقتصادی، در چارچوبی از عرضه و تقاضا عملی است؛ جایی­ که قیمت­ها به مشتریان و تولید­کنندگان پیام می­دهند که چقدر خرید کنند و چقدر بفروشند. چنین بازاری برای خدمات پزشکی، به نوبه خود، بازاری برای بیمه سلامت ایجاد می­کند و انگیزه­هایی را به وجود می­آورد که منجر به تولید و ارایه تمام ورودی­های بخش سلامت (از جراحان قلب گرفته تا داروها و تجهیزات جدید) می­شود. اما کماکان در واقعیت، پزشکان می­توانند مسائل زایدی را درباره رفتار بیماران مشخص و تعیین کنند. در بسیاری از کشورها نیز، بخش عظیمی از نظام مراقبت سلامت را نمی­توان برحسب اصول بازار سازماندهی کرد. در واقع حتی در جاهایی که بازارهایی هم موجود است، غالباً رقابت در آن­ها کامل نیست (یعنی کاملاً رقابتی نیستند). با در نظر گرفتن این پیچیدگی­ها و فاصله موجود با رقابت ایده­آل تعجب­برانگیز نخواهد بود اگر مشاهده کنیم که نظریه اقتصاد خُرد[[7]](#footnote-7)، توجیهات اندک و ضعیفی درباره پیامدهای سطوح کلان مانند وضعیت سلامت کلی ملت و میزان رشد هزینه­های ملی صرف شده در امر سلامت ارایه می­کند.

وجود چنین محدودیت­هایی در رویکردهای فعلی تحلیل­کننده نظام­های سلامت، ما را به تهیه و تدوین چارچوب مفهومی­مان هدایت کرد که آن را تحت عنوان استعاره اهرم­های کنترل ارایه کردیم. برخی از مسائل خاص اقتصاد خُرد، بعضاً هدایت­گر ما بوده است. ما به دنبال درک رفتار نقش­آفرینان کلیدی و اصلی در پاسخ به پاداش­ها و انگیزه­هایی هستیم که با آن مواجه می­شوند؛ رفتاری که بر پایه ترجیحات آن­ها شکل می­گیرد. در بحث انگیزه­ها، ما به توضیح این مسئله می­پردازیم که پول از کجا می­آید (تأمین مالی) و چگونه به ارایه­کنندگان منتقل می­شود (پرداخت). اما فرض ما بر این نیست که محیط­هایی که ارایه­کنندگان در ان به فعالیت مشغولند، بازارهای رقابتی هستند. در عوض ما از راه سازماندهی بخش سلامت در سطح سیستمی، به نحوه اتصال و ارتباط ارایه­کنندگان با جریان­های این منابع می­پردازیم. به عنوان مثال، بازارهای مختلفی که ارایه­کنندگان در آن به فعالیت مشغولند، تا چه حد رقابتی است؟ ما همچنین به انگیزه­های غیروابسته به بازار که به سبب تلاش­های متعدد در وضع مقررات بخش سلامت ایجاد می­شوند نگریسته­ایم. زمانی که درک نحوه پاسخ دادن نقش­آفرینان مختلف به این انگیزه­ها مطرح می­شود، ما بر هر دو مسأله سازماندهی درونی ارایه­کنندگان و رفتار ارایه­کنندگان و بیماران متمرکز می­شویم.

در هر یک از مقالات آتی، بحث­های ارائه شده را طوری ساختاربندی کرده­ایم که هم جزئیات نظری و هم کاربرد علمی آن­ها منظور شود. ما «شرایط» و «مقدمات» هر یک از اهرم­های کنترل (یعنی انتخاب­های مختلف سیاستگذاری) را به گونه­ای مطرح کرده­ایم که با ذهنیت خوانندگان عملگرا مطابق باشد. به عنوان مثال، هر چند برخی از اقتصاددانان، تمام برنامه­های تأمین مالی از راه گرفتن مالیات را یک جا در نظر می­گیرند، ما میان تأمین مالی از طریق درآمد عمومی و تأمین مالی از محل برنامه­های بیمه اجتماعی تمایز قایل شده­ایم؛ چرا که در مباحث سیاستگذاری دنیای واقعی، این دو هویتی مجزا از خود نشان می­دهند. برعکس، تفکرات نظری ممکن است بعضاً طبقه­بندی و دسته­بندی را مطرح کند که با کاربردهای شایع و رایج در تضاد باشد، اما کماکان نکات کلیدی مهمی را مطرح و شفاف سازد. یکی از مثال­ها در این زمینه عبارت است از این­که ما برنامه­ حساب­های پس­انداز طبی سنگاپور[[8]](#footnote-8) را تحت عنوان پرداخت­های بیماران قرار داده­ایم به عوض آن­که (مشابه آن­چه غالباً در بحث­ها مطرح شده است)، آن را جزو یکی از اشکال بیمه طبقه­بندی کنیم. علت این دسته­بندی از دیدگاه ما این است که برنامه سنگاپور فاقد خصوصیت حیاتی پخش خطر[[9]](#footnote-9) از دید نظری است؛ خصوصیتی که قلب هر برنامه بیمه محسوب می­شود.

به دلیل این­که در بین این مجموعه، مداخله­ها با مقاصد سیاستگذاری توصیف شده است، ما عموماً گزینه­های موجود را بر مبنای محتوای سازوکاری آن­ها دسته­بندی کردیم نه چارچوب قانونی آن­ها. بنابراین، در بحث پرداخت، میان مبانی مختلف موجود برای پرداخت به ارایه­کنندگان تمایز قایل شده­ایم و بر این نکته تمرکز نمی­کنیم که آیا پرداخت به آن­ها در پیش­زمینه سازمانی منفرد صورت گرفته است یا در میان دسته­بندی­های بازار[[10]](#footnote-10). به عنوان مثال، ما از تمایز بین دو واژه «اجرت»[[11]](#footnote-11)(پرداخت­های درونی) و «بازپرداخت»[[12]](#footnote-12)(پرداخت­های بیرونی) استفاده نکرده­ایم.

هدف ما در تدوین این طبقه­بندی­ها (هم اهرم­های کنترل و هم انتخاب­های درون آن­ها)، تمایز میان روش­های جایگزین است که هم عواقب متفاوت معناداری دارند و هم مستقیماً به مباحث سیاستگذاری مرتبط هستند. امیدواریم که چارچوب پیشنهادی ما بتواند توازن و تعادل درست بین جزئیات مفهومی و کاربرد عملی برقرار کند. ما به دنبال دسته­بندی­هایی هستیم که برای متون پژوهشی تجربی، کاربرد داشته باشند اما راهنمایی­های لازم را نیز به مجریان جدی اصلاحات سلامت ارایه کنند.

**3)استفاده از اهرم­های کنترل برای ارتقای عملکرد نظام سلامت**

هر یک از مقالات آتی به تشریح این مسأله می­پردازد که چگونه اهرم کنترل بر عملکرد نظام سلامت تأثیر می­گذارد؛ همچنین، در هر یک از مقالات، راهنمایی­های موردی درباره نحوه استفاده از اهرم کنترل برای دست یافتن به اهداف اصلاحات ارایه می­شود. به­عنوان نتیجه­گیری، ما مجدداً چارچوب­مان را بازبینی و ارتباط بین تشخیص مسأله تا اصلاحات بخش سلامت را مطرح خواهیم کرد تا مسائل مهم مربوط به تدوین برنامه­های اصلاحات بخش سلامت را نیز منظور کرده باشیم. اما در اینجا لازم است پیش از شروع بحث­های جزئی­تر بر روی هر یک از اهرم­های کنترل، 3 هدف تعیین­کننده را متذکر شویم:

* هرچند هر یک از اهرم­های کنترل را می­توان به تنهایی تنظیم و تعدیل کرد، اصلاحات بخش سلامت غالباً برای بهبود عملکرد، بیش از یک اهرم کنترل را مورد استفاده قرار می­دهد.
* اهرم­های کنترل، فراتر از تأثیر مستقیم­شان، ممکن است به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه، بر دیگر اهرم­ها تأثیر متقابل داشته باشند و به نوبه خود، به صورت غیرمستقیم بر عملکرد نظام سلامت تأثیر بگذارند.
* دولت­ها قادرند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، مقدمات و شرایط هر یک از اهرم­های کنترل را تغییر دهند. زمانی که دولت­ها کارکردی را صورت می­دهند (افزایش درآمدها یا ارایه مراقبت) می­توانند مستقیماً باعث تغییر نحوه انجام عملیات نظام سلامت شوند. زمانی که نقش­آفرینان غیردولتی مشارکت داده می­شوند، دولت­ها می­توانند از طریق وضع مقررات، انگیزه­ها یا تأثیرگذاری، اختیار اهرم کنترل را در دست بگیرند.

پیشتر از این بحث کردیم که مسیرهای علیتی تعیین­کننده پیامدهای عملکرد، بسیار پیچیده­اند. به همین دلیل است که اصلاحات عمده و قابل توجه، عموماً نیازمند به کارگیری چندین اهرم کنترل است. به عنوان نمونه بسیاری از کشورها در حال حاضر بر روی برنامه­های جدید بیمه اجتماعی متمرکز شده­اند. اما این احتمال وجود دارد که برای اطمینان یافتن از توانایی پرداخت دیون[[13]](#footnote-13) این برنامه­ها و بهبود دسترسی و پخش خطر، (وضع) مقررات جدیدی هم مورد نیاز باشد. فعالیت­های بازاریابی اجتماعی (برای تغییر رفتار بیماران) نیز ممکن است برای استفاده صحیح و منطقی از مراقبت­های ارایه شده، مورد تشویق قرار گیرد و از سوء مصرف این مراقبت­ها، هم از سوی بیماران و هم ارایه­کنندگان، پیشگیری به عمل آید. همچنین ممکن است سازماندهی بیمارستانی هم نیازمند تغییر باشد تا ارایه­کنندگان بتوانند به انگیزه­های ناشی از نظام تأمین مالی جدید، پاسخ دهند. بنابراین به خاطر بسپارید که در حالی­که بحث ما درباره هر اهرم کنترل، به صورت منفرد خواهد بود، اکثر تلاش­های اصلاح­گرایانه نیازمند برنامه­هایی است که دو یا چند مورد از آن­ها را به صورت همزمان به خدمت می­گیرند.

نکته دیگری که متفاوت با موضوع فوق اما مرتبط با آن است عبارت است از این­که اقداماتی که جهت تغییر از طریق یک اهرم کنترلی صورت می­پذیرند، غالباً شرایط و مقدمات سایر اهرم­های کنترل را نیز تغییر می­دهند. به عنوان مثال، نظام بیمه اجتماعی جدید، ترکیب روش­های پرداختی را که ارایه­کنندگان با آن مواجه می­شوند دستخوش تغییر می­کند و بنابراین، انگیزه­های مالی آنان عوض می­شود. همچنین، تلاش­هایی که برای وضع مقررات کیفیت از طریق قوانین شدیدتر اخذ مجوز انجام می­گیرد، ممکن است باعث ترک صحنه رقابت از سوی برخی از ارایه­کنندگان شود به این ترتیب، ساختار رقابت و ترکیب ارایه­کنندگان را عوض کند. چنین تعاملاتی بعضاً اثرات جانبی ناخودآگاه حاصل از تعدیل و تنظیم یک اهرم کنترل هستند اما مجریان اصلاحات می­توانند به صورت آگاهانه از چنین تعاملاتی بهره­مند شوند. به عبارت دیگر، شرایط و پیش­زمینه هر اهرم کنترل ممکن است به صورتی تغییر داده شود که باعث تنظیم شرایط اهرم دیگر شود؛ و بنابراین تغییرات مکمل یا تقویت­کننده­ای ایجاد نماید.

نکته سوم این است که دولت­ها برای تأثیر بر شرایط و مقدمات اهرم­های کنترل، به شیوه­های مختلفی عمل می­کنند؛ ممکن است با استفاده از انگیزه­ها و وضع مقررات، بر بسیاری از قواعد و سازمان­ها در نظام سلامت تأثیر بگذارند اما خودشان هم مستقیماً نقش آفرین این میدان هستند. نقش­بندی دولت­ها، خصوصاً در موارد استفاده از اهرم­های کنترل تأمین مالی و سازماندهی، بارز است. دولت­ها غالباً خودشان بخش عمده­ای از درآمد را برای نظام سلامت جمع­آوری می­کنند (از طریق مالیات­ها) و همچنین غالباً بخش وسیعی از ارایه خدمات مراقبت سلامت را مستقیماً خود به عهده دارند (مثلاً با ایجاد رقابت بیشتر در بازار از طریق ارایه تسهیلات و امکانات جدید سلامت). اما دولت می­تواند بدون ایجاد تغییر در بخش عمومی‌نیز بر رقابت تأثیر بگذارد (مثلاً از طریق سیاست­های خرید خدمت). نکات مشابهی را می­توان درباره سایر اهرم­های کنترل نیز مطرح کرد مثلاً جایی که دولت­ها هم نقش هدایت (نقش سیاستگذاری) و هم نقش اجرا (نقش ارایه مستقیم) را در نظام سلامت به عهده می­گیرند.

زمانی که به مطالعه 5 فصل آتی درباره اهرم­های کنترل می­پردازید، این مسائل تعیین­کننده را مدنظر قرار دهید. چالش اصلی شما به عنوان مجریان اصلاحات، استفاده اثربخش از اهرم­های کنترل برای ارتقای عملکرد نظام سلامت است. این امر غالباً نیازمند دست گذاشتن بر چندین اهرم به صورت همزمان است؛ کاری که به سادگی میسر نیست.

**4) عوامل فراتر از اهرم­های کنترل**

عواملی فراتر از اهرم­های کنترل وجود دارند که آن­ها نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می­گذارند. همانگونه که در فصل 3 بیان کردیم، ما به این علت دقیقاً بر اهرم­های کنترل متمرکز می­شویم که به صورت بالقوه قابل کنترل هستند. با وجود این، برای درک چالش­هایی که اهرم­های کنترل با آن مواجهند، مجریان اصلاحات باید عواملی مثل فرهنگ، تاریخ و سنت را نیز که کمتر قابل کنترل­اند در نظر بگیرند. در زیر، مختصراً به سه عامل زمینه‌ای و بستری اشاره می­کنیم که بر فرایندهای اصلاحات سلامت تأثیر می­گذارند.

* نگرش­های سیاسی و اجتماعی: نگرش­های سیاسی و اجتماعی هر ملت، نقش عمده­ای در شکل­دهی سیاستگذاری­های بخش سلامت ایفا می­کند. ریشه چنین نگرش­هایی، در تاریخ و فرهنگ اختصاصی آن ملت نهفته است. توزیع مساوات­طلبانه[[14]](#footnote-14) خدمات مراقبت سلامت در کوبا در مقایسه با سایر ملل دریای کارائیب، تا حدی به خاطر تاریخ آن پس از انقلاب کوبا قابل توجیه است. در فصل 5، ما به مرور این مسأله پرداختیم که چگونه می­توان مسائل و مشکلات را برحسب معیارهای مختلف عملکرد، تعریف کرد. اما بر این نکته مهم نیز تأکید کردیم که اهمیتی که به یک معیار خاص نسبت داده می­شود و همچنین ماهیت و وسعت نگرانی­های مربوط به عادلانه بودن هر یک از آن­ها، مسأله­ای است که به نگرش­های سیاسی و اجتماعی خاص هر ملت مربوط می­شود.

در مقالات آتی خواهیم دید که این نگرش­ها، نقش حیاتی در شکل­دهی نتایجی بازی می­کنند که مداخلات سیاستگذارانه، قصد دستیابی به آن­ها را دارند. سؤالات زیر را در نظر بگیرید. چه مالیات­هایی است که دولت می­تواند به صورتی پایا[[15]](#footnote-15) و قابل اعتماد، جمع کند؟ چه مقرراتی است که دولت می­تواند به شیوه­ای اثربخش، تقویت کند؟ شهروندان تا چه حد می­توانند تلاش­های پدرسالارانه دولت را که جهت تغییر رفتارهای سلامت آن­ها صورت می­گیرد، بپذیرند؟ تمام این­ها، مسائلی درباره نگرش­هایی است که هر مجری اصلاحات باید به خوبی از آن­ها آگاه باشد و در مرحله تدوین سیاست­ها از چرخه اصلاحات مدنظر قرار دهد.

* نگرش نسبت به حکومت و ظرفیت دولت: مقدورات اصلاح بخش سلامت، به شدت تحت تأثیر نگرش­ها نسبت به حکومت و ظرفیت آن قرار دارد. در برخی جوامع، سنت حرفه­ای­گری[[16]](#footnote-16) در حکومت، بسیار قوی است و فعالیت­های دولت، قابل احترام و حتی شکیل و با شکوه است. اعتماد به دولت برای انجام وظایف سنگین وجود دارد و دولت نیز این کار را به خوبی انجام می­دهد. در انتهای دیگر طیف، مللی قرار دارند که دید موجود نسبت به حکومت­های آنان بدین صورت است که کارهای حکومت، تلاش و فرصتی برای ثروتمند کردن خودِ حکومتیان، خویشاوندان یا حامیان آن­ها است. در این موارد، غالباً حکومت­ها مورد ظن و تردید قرار دارند. این گوناگونی نگرش­های احتمالی، با تفاوت­های توانایی­ها و ظرفیت­های حکومت، موازی می­شود. سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی ملی نیز نقش مهمی در مورد اخیر ایفا می­کند؛ کشورهایی که سطوح بالایی از سواد، زیرساختار قوی از فناوری اطلاعات و طبقه متوسط تحصیل ­کرده دارند، با چالش­ها و فرصت­های متفاوتی نسبت به جوامع فاقد این خصوصیات روبه­رو هستند.

توانمندی­های حکومت و همچنین نگرش­های موجود نسبت به آن­، بر جنبه­های اصلاحات بخش سلامت تأثیر می­گذارد. چرا باید برنامه­هایی را پیشنهاد کرد که نیازمند جزئیات فنی و تکنیکی قابل توجه در حکومت یا همکاری داوطلبانه از بخش بازرگانی است، در حالی که چنین شرایطی وجود ندارد؟ چرا باید اعطای قدرت بیشتر به مدیران یا تفویض اختیار اداره بیمارستان­ها را به هیأت­های محلی سپرد، در شرایطی که این تغییرات صرفاً منجر به افزایش پارتی­بازی[[17]](#footnote-17) یا فساد می­شود؟ مجدداً باید تأکید کرد که مجریان اصلاحات باید از شرایط محلی خودشان آگاهی و درک صحیحی داشته باشند تا تلاش­های اثربخشی را صورت دهند.

* نگرش نسبت به مراقبت سلامت: سومین خصوصیت فرهنگی که مستقیماً بر اصلاحات بخش سلامت تأثیر می­گذارد، نگرش نسبت به نظام مراقبت سلامت است؛ خصوصاً این که دیدگاه و نحوه برخورد با ارایه­کنندگان و یا وضعیت متخصصان امر سلامت از نظر آموزش، تشویق­ها و تأثیرات سیاسی چگونه است؟ هنجارهای فرهنگی همچنین بر شکل ارتباط مالی بین پزشکان و بیماران تأثیر می­گذارند. در برخی از جوامع، پزشکان الزامی وجدانی برای خود احساس می­کنند که به مراقبت از همه افراد بیمار بپردازند، بدون توجه به اینکه توانایی پرداخت دارند یا خیر. در سایر جوامع، استانداردهای تجاری مورد استفاده قرار می­گیرند. در برخی از کشورها، پرداخت­های اضافی «غیررسمی»،«زیرمیزی»،«داخل پاکت» یا «خاکستری» به پزشکان بخش دولتی صورت می­گیرد. در سایر کشورها، این اتفاق ندرتاً روی می­دهد. همچنین از نظر پشتیبانی از طبابت­های سنتی و یا شیوه­های طب غیرمتعارف[[18]](#footnote-18) گوناگونی زیادی به چشم می­خورد. برخی از جوامع که نظام­های طبابت گسترده­ای دارند (مانند چین و هند)، حمایت قابل توجهی از طبیبان سنتی و مراجعه به آن­ها به عمل می­آورند.

همان­گونه که مجریان اصلاحات لازم است انواع مختلف نگرش­های موجود و ظرفیت­ها و توانمندی­های حکومت را بشناسند، همینطور هم لازم است که از نگرش­ها نسبت به نظام مراقبت سلامت مطلع و آگاه باشند. به­عنوان مثال، چنانچه گروه­های خاصی نسبت به کارکنان دولتی سلامت مشکوک باشند، احتمالاً همکاری کمتری با برنامه­های ایمن­سازی خواهند کرد. بنابراین در این حالت ممکن است ابتدا لازم باشد که رهبران و متولیان محلی، نسبته به همکاری متقاعد شوند؛ اقدامی‌که شاید در سایر زمینه­ها مورد نیاز واقع نمی­شد.

این مثال نکتۀ دیگری را نیز با خود به همراه دارد. بر نگرش­های اجتماعی وسیع و گسترده، نمی­توان در کل در پیش زمینه اصلاحات تأثیر گذاشت. رفتار بخش سلامت ممکن است به خوبی هدف تلاش­های اصلاح­طلبانه قرار گیرد؛ به همین خاطر است که ما اهرم *کنترل رفتار* را در این مجموعه گنجانده­ایم. اما همانطور که به تفصیل در فصل 12 بحث کرده­ایم، هیچ راه حل جادویی وجود ندارد که بتوان شهروندان را متقاعد ساخت یا این باور را در آن­ها ایجاد کرد که آنچه را متخصصان امر سلامت فکر می­کنند باید (یا بهتر است) بپذیرند، قبول کنند.

**5) نتیجه­گیری**

اکنون آمادگی پرداختن به این بحث را داریم که اهرم­های کنترل چگونه ممکن است برای اصلاحات صحیح در نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرند. تک­تک اهرم­های کنترل، ابزارهای مهمی‌برای اصلاحات­اند، اما لازم است ارتباط و اتصال آن­ها (و همچنین سایر عوامل مهمی‌که بر استفاده از آن­ها تأثیر می­گذارند) نیز درک و مدیریت شود.

ایجاد تغییر واقعی هرگز آسان نیست. این امر ممکن است واضح به نظر برسد اما غالباً نسبت به آن مسامحه می­شود. ما غالباً با وضعیت­هایی مواجه می­شویم که در آن، نهادهای مربوط به تندی از بخش سلامت شکایت می­کنند و کماکان، پیشنهادهایی را که منجر به ایجاد تغییرات واقعی می­شوند، وتو می­کنند؛ «دکترها هیچوقت موافقت نمی­کنند!»، «سازمان مدیریت و برنامه­ریزی به این فکر می­خندد»، «ما هرگز به وحدت و یگانگی برای پذیرش این موضوع نخواهیم رسید» و جملاتی از این دست. ما نسبت به نگرانی­هایی که بازتاب چنین اظهارنظرهایی است حساس هستیم. همانگونه که مکرراً تأکید کرده­ایم، اصلاحات بخش سلامت، در تمام مراحل چرخه اصلاحات، همواره امری سیاسی است.

البته همزمان لازم است مجریان اصلاحات نسبت به بدبینی که خودشان برای خود ایجاد کرده­اند، احتیاط کنند. هرچند اصلاحات آسان نیست، اما غیرممکن هم نیست. تمرین مهارت­های سیاسی (تدوین و خلق راهبرد سیاسی مناسب بر مبنای تحلیل سیاسی دقیق) می­تواند امکان­پذیری اصلاحات معنی­دار را افزایش می­دهد. موقع­شناسی (بهره­برداری از یک بحران)، رهبری (خصوصاً در سطح سیاسی) و تدوین برنامه­ای قوی برای اصلاحات، همگی نقش مهمی ایفا می­کنند. موفقیت تضمینی نیست. اما همانطور که مربیان فوتبال به بازیکنان خود می­گویند: 100% از شوت­هایی که نزنید، گل نخواهد شد.

**1**

**فراهم­سازی مقدمات**

**1)مقدمه**

در سرتاسر جهان، دولت­ها در فرایند اصلاحات بخش سلامت درگیر شده­اند. اقتصادهای در حال گذار[[19]](#footnote-19) اروپای شرقی، پر از طرح­های جدید بیمه اجتماعی است. ملل آمریکای جنوبی در حال آزمودن روش­هایی برای گسترش پوشش بیمه سلامت و به هر دو گروه فقرای شهری و روستایی هستند. در قاره آفریقا، تجارب مربوط به تمرکززدایی مالی[[20]](#footnote-20)، از یک طرف، درآمدهای اضافه برای بیمارستان­ها و از طرف دیگر، نابرابری بیشتری را بین مناطق غنی و فقیر موجب شده است. برای بهبود کارایی، بسیاری از کشورها به تجاربی در ارتباط با نظام­های جدید پرداخت و همچنین شیوه­های نوین سازماندهی ارایه مراقبت سلامت پرداخته­اند.

اما بسیار اتفاق می­افتد که محاسبات سیاسی پر تعارض، مسائل اقتصادی و نگرانی­های اخلاقی، به بروز بحثی گیج­کننده در سطوح ملی منجر شود: ما چگونه باید با تقاضاهای پزشکان برای کسب پول بیشتر برخورد کنیم؟ چه راهبردهایی وجود دارد که بتوان هزینه­های مراقبت بهداشتی درمانی را کاهش داد و در همان حال، بیمه اجتماعی را برای پوشاندن افراد فقیر، وسعت بخشید؟ آیا ما باید نظام مراکز دولتی ارایه خدمات سلامت را گسترش دهیم یا بیشتر به سمت پزشکان خانواده با طبابت خصوصی پیش برویم؟ آیا باید از بیماران بخواهیم که بیشتر به صورت مستقیم از جیب خرج کنند یا اینکه بیشتر از درآمدهای حاصل از مالیات عمومی استفاده کنیم؟ آیا باید از فناوری جدید بیشتر استفاده کنیم یا کمتر؟ پزشکان بیشتری تربیت کنیم یا دانشکده­های پزشکی کمتری داشته باشیم؟ بیمارستان­های جدید بسازیم یا پولمان را صرف برنامه­های بیشتری برای مبارزه با دخانیات کنیم؟

رویکرد ما به اصلاحات سلامت، مبتنی بر این نگرش است که نظام مراقبت سلامت، *راه و روشی برای رسیدن به هدف* است. برای شناخت اینکه نظام مراقبت سلامت، خوب کار می­کند یا بد و سپس تدوین اصلاحات امیدبخش، ضروری است که این دیدگاه را در ذهن داشته باشیم. روش ما متمرکز بر موارد زیر است: نیاز به تعیین اهداف به صورت جزئی و دقیق، تشخیص علل عملکرد ضعیف به شیوه­ای نظام­مند و توصیه و طرح­ریزی اصلاحاتی که تغییرات واقعی در عملکرد ایجاد می­کنند. ما مکرراً مطرح می­کنیم که اصلاحات باید نظام­مند باشد و بر مبنای تحلیل­های صادقانه روش\_هدف صورت گیرد؛ تحلیل­هایی از آنچه احتمال دارد در پیش­زمینه خاص هر کشور اتفاق بیفتد. قضاوت درباره اصلاحات نه به صرف نیّت مجریان اصلاحات، بلکه باید بر پایه تغییراتی که واقعاً از سوی اصلاحات روی می­دهد صورت گیرد.

هدف از نگارش این مجموعه، کمک به مجریان اصلاحات سلامت در دست­یافتن به مهارت­هایی است که برای پاسخ به این سؤالات، به آن نیاز دارند. این مجموعه به معرفی گروهی از مفاهیم می­پردازد که تفکر نظام­مند درباره اصلاحات بخش سلامت را تسهیل می­کنند. تجربه ما در بسیاری از کشورها به این نتیجه رسیده است که تحلیل دقیق، هم مقدور و هم بسیار مفید و کاربردی است و امیدواریم که در صفحات آتی، این موضوع به خوبی نشان داده شود.

بحث ما با تکیه بر سلسله­ای از تخصص­ها صورت می­گیرد. برای درک اینکه پول چگونه جمع­آوری و هزینه می­شود، از تحلیل اقتصادی استفاده بسیار کرده­ایم. برای بینش پیدا کردن نسبت به اینکه افراد و سازمان­ها چگونه به این انگیزه­ها و پاداش­ها واکنش نشان می­دهند، از جامعه­شناسی، روانشناسی و نظریه سازمانی[[21]](#footnote-21) کمک گرفته­ایم. برای راهنمایی درباره نحوه اتخاذ و اجرای سیاست­ها در دنیای واقعیِ تصمیم­گیری­های دولت، بر تحلیل سیاسی تکیه کرده­ایم. به­علاوه، برای کمک به‌اندیشیدن درباره نحوه تعریف کردن مشکلات، به فلسفه اخلاقی توجه عمده داشته­ایم. معیارهای ما برای استفاده از نظریه، عمل­گرایانه بوده است: چه ابزارهای مفهومی و روش­های فکری ممکن است به افراد برای موفقیت در دنیای واقعیِ اصلاحاتِ بخش سلامت کمک کند؟

صرف مطالعه یک مجموعه درباره نحوه انجام اصلاحات بخش سلامت،نمی­تواند فرد با به‌اندازه کافی برای کار عملی آماده سازد. برعکس، آنچه مورد نیاز است، تا حدی شبیه یک مهارت یا فن است مثل پختن غذا، فوتبال بازی کردن، راندن یک قایق کوچک یا نواختن ساز. بهترین راه برای رشد چنین مهارت­هایی، تمرین همراه با نظارت است. بنابراین مطالبی که در اینجا ارایه می­شود باید با مباحثات جدی و فعال درباره مثال­های موردی و تجارب فردی تکمیل شود. به­کارگیری مفاهیم برای موارد خاص، نشان خواهد داد که این ایده­ها، چگونه برای حل مشکلات خاص، کمک­کننده­اند و همچنین محدودیت­های آن­ها را نیز نشان می­دهد. چنین تفسیرها و موشکافی­هایی، بهترین راه برقراری شم و قدرت قضاوتی است که برای اقدام موفقیت­آمیز در یک زمینه خاص ضرورت دارد.

هدف این مجموعه، دستیابی به رویکردی معقول­تر و اثربخش­تر برای ارتقای عملکرد نظام­های مراقبت سلامت است. ایده­ها و روش­های ارایه شده، مبتنی بر مشارکت خود ما در فرایند اصلاحات بخش سلامت در بسیاری از مناطق دنیا، در کشورهایی با انواع مسائل مختلف و تلاش­های متفاوت برای حل آن­هاست که همه آن­ها هم موفقیت­آمیز نبوده است. ما این رویکرد را به صدها پزشک و مدیر در سرتاسر جهان آموزش داده­ایم؛ از مالزی، قزاقستان و چین گرفته تا مجارستان، لبنان، روسیه تا مکزیک، شیلی و واشنگتن. در تدوین این مطالب طی چند دوره چند ساله، ما برای شفاف­سازی ایده­ها و تدوین بحث­های کلی مرتبط با عملکرد­های واقعی، یکدیگر را به چالش کشیده­ایم. نتیجه آن، مجموعه­ای است که عمدتاً به درد دست­اندرکاران و عاملان می­خورد یعنی کسانی که فکر و ذکرشان اینست که اصلاحات سلامت اتفاق بیفتد؛ هرچند ما امیدواریم که این مجموعه برای پژوهشگران نیز مفید و محرک باشد.

مواردی که توصیه­کنندگان و مشاوران تفکرات خاص اصلاحات بخش سلامت مطرح می­کنند، همیشه از این استاندارد تبعیت نمی­کند. برعکس، آن­ها بعضاً خواهان پذیرش فوری (بدون تحلیل نقادانه یا بازتاب) ایده­های خویش­اند: خواه تمرکززدایی یا پزشکی خانواده و خواه مراقبت اولیه یا بیمه خصوصی. مجریان در بسیاری از موارد، آنچه را که قصد بهبودش را دارند مشخص نمی­کنند و توضیح نمی­دهند اصلاحات پیشنهادی آن­ها، چگونه منجر به چنین ارتقایی می­شود.

تجارب ما نشان داده است که اصلاحات بخش سلامت، فرایندی دشوار است. همانطور که بحث خواهیم کرد، سازمان­ها و گروه­های ذینفع موجود، غالباً دلایل و منابع کافی برای مخالفت جدی و شدید با بروز تغییر، در اختیار دارند. در نتیجه، شروع فرایند اصلاحات بخش سلامت، غالباً به شکل یک شوک سیاسی یا اقتصادی جلوه می­کند: مانند بحران بودجه، تغییر دولت، یک رسوایی عمومی، اعتصاب ارایه­کنندگان یا ترکیبی از این­ها و سایر اتفاقات مشابه. این بدان معنی است که تغییرات عمده در بخش سلامت یک کشور، شایع نیست. بنابراین مجریان اصلاحات باید آماده باشند که فرصت­های ایجاد تغییرات عمده را در زمان مقتضی، با دقت و جدیت دنبال کنند.

البته ما آنقدر هم کم­تجربه نیستیم که معتقد باشیم بروز بحران یا انقلاب، همیشه می­تواند وحدت و یکپارچگی ضروری را درباره آنچه لازم است انجام شود به وجود آورد. تفاوت ارزش­ها، منافع، فلسفه سیاسی و مسؤولیت­های سازمان، همگی تأثیر خود را نشان خواهند داد. احتمال دارد که سازمان مدیریت و برنامه­ریزی با وزارت بهداشت مخالفت کند. نگاه پزشکان الزاماً با نگرش مدیران بیمارستان، یکی نیست؛ رهبران دولت­های محلی هم ممکن است با مدیران شرکت­های داروسازی موافق نباشند. به همین دلیل است که تأکید می­کنیم شفافیت در ارتباط با ارزش­های زمینه­ساز و اینکه چگونه ارزش­ها منجر به هدف­های متفاوت و اولویت­های مختلف برای اصلاحات می­شوند، بسیار حائز اهمیت است: تنها از طریق شفاف­سازی اهداف و ارزش­هاست که می­توان سیاستی را تدوین نمود که دستیابی به تغییرات مدنظر مجریان اصلاحات را موجب شود.

تجربه این نکته را نیز به ما آموخته است که رفتار نظام مراقبت سلامت، به دلیل پیچیدگی آن، به سادگی قابل کنترل نیست. کافی است برنامه­های پرداخت تغییر کند تا پزشکان و بیمارستان­ها رفتارشان را طوری تغییر دهند که از درآمدهای خود دفاع کنند. کافی است مقرراتی بر بیمارستان­ها تحمیل شود و آن وقت گزارش­ها ممکن است به گونه­ای تنظیم شوند که نشان­دهنده پذیرش[[22]](#footnote-22) کامل (بیشتر از آن چیزی که واقعاً روی می دهد) باشد. کافی است قوانین جدید مالیات بر درآمد تدوین شود و آن وقت، برخی مشاغل به دنبال شانه خالی کردن از زیر آن­ها خواهند بود. به علاوه، ارتباطات علّی در این نظام، پیچیده است. تغییر انگیزه­های بیمارستان­ها، برای کمک به ارتقای کارایی، بدون تغییر اختیارات مدیران بیمارستان، باعث می­شود که برنامه جدید پیشنهاد شده، تغییرات اندکی را به دنبال داشته باشد. برقراری مناقصه­ای رقابت­آمیز در شرایطی که رقابت­کنندگان اندک­اند نیز موجب خواهد شد که امید به کاهش قیمت­ها و هزینه­ها، بی­نتیجه بماند.

چنین خصوصیاتی از نظام سلامت (پیچیدگی آن، مقاومت در برابر تغییر و تنوع و پراکندگی دیدگاه­های موجود در آن)، ماهیت اصلاحات بخش سلامت را به فرایندی مرحله­ای و چرخه­ای تبدیل می­کند. زمانی که یک شوک درونی یا بیرونی، توجه عمومی را بر اصلاحات بخش سلامت متمرکز می­کند، غالباً یک خصوصیت خاص از نظام سلامت به عنوان موضوع بحران به حساب می­آید. سپس این ویژگی نظام، به هدفی برای تلاش­های اصلاح طلبانه عمده تبدیل می‌شود. اما گام­های آغازین اصلاحات اکثراً منجر به بروز مشکلات پیش­بینی نشده بیشتری می­شود و پس از آن، دوره­های بیشتری از اصلاحات (غالباً با تأثیر کمتر) را می­توان انتظار داشت. در نتیجه، تغییرات ابتدایی و آغازین، با اقدامات متعاقب، سازگاری می­یابند، تکمیل یا تعدیل می­شوند و یا حتی تجزیه می­گردند. ما بحث چرخه اصلاحات سلامت را با جزئیات بیشتر در بخش بعد مورد بحث قرار می­دهیم.

به علاوه، به دلیل اینکه تکیه ما بر نتایج و عواقب است، در کل این مجموعه تأکید می­کنیم که مسائل مربوط به عملی بودن و اجرا باید همواره در ذهن نگهداشته شود. علی­رغم اینکه تجارب بین­المللی، منبع ارزشمندی از ایده­ها و راهکارها هستند، از خوانندگان خود می­خواهیم به ذهن خود بسپارند، سیاست­هایی را که عملکرد خوبی در کشورهای دیگر داشته­اند باید همواره با توجه به شرایط و پیش زمینه خاص کشور خودشان ارزشیابی کنند، هر کشور و ملتی با بقیه متفاوت است و تقلید صرف، ندرتاً توصیه می‌شود. مجریان اصلاحات باید سؤالات متعددی را از خود بپرسند. نظام اطلاعات ما تا چه حدی مفید و خوب است؟ دادگاه­های ما چقدر سالم و به دور از بی­عدالتی هستند؟ مدیران و مجریان ما تا چه حد فعال و پرتلاش­اند؟ همانگونه که پیشتر ذکر کردیم، سیاست­ها باید به گونه­ای واقع­گرایانه و قابل نقد از سوی خود مجریان اصلاحات، تدوین شوند. چنین موشکافی و نقد و بررسی از جانب خود مجریان اصلاحات منجر به تدوین برنامه­هایی می­شود که چشم انداز معقولی از موفقیت را در پیش­زمینه ملّی و کشوری خود مجریان اصلاحات، به تصویر می­کشد.

**2) زمینه و بستر جهانی در حال تغییر در اصلاحات نظام سلامت**

چند سال پیش، زمانی که کار بر روی این مجموعه را آغاز کردیم، اصلاحات نظام سلامت نگرانی عمده‌ای در مباحثات سیاستگذاری سلامت در سطح بین المللی بود. ترویج چنین اصلاحاتی با هدف حل مشکلات نظام­های سلامت در کشورهایی که شرایط و زمینه­های بسیار متنوع و پراکنده داشتند صورت می­گرفت. در زمانی که ایده­های ما شکل گرفته است، محیط سیاستگذاری وسیع­تر در توسعه بین­المللی، به گونه­ای تغییر کرده که تأکید به مراتب بیشتری بر سلامت می­ورزد؛ هم به­عنوان یک هدف مرکزی توسعه و هم به عنوان ابزاری برای بهبود سایر پیامدهای رفاه. از دیدگاه فلسفی، آمارتیا سن[[23]](#footnote-23) می­گوید سلامت، جزئی ضروری از توانمندی­های انسان است که برای توسعه به آن نیاز داریم. از دیدگاه وسیع­تر اقتصادی، سلامت جمعیت، ارتباط علّی (به­عنوان یک درونداد) با رشد اقتصادی در سطح ملی دارد. به علاوه، سلامت نامطلوب و ضعیف، مرتبط با فقر خانوار است؛ این ارتباط توسط مطالعاتی نشان داده شده است که نشان می­دهند حملات حاد ناخوشی­های قابل پیشگیری، علت عمده برای افتادن خانوار در تله فقر و نگرانی است. در مجموع، توافقی شکل گرفته است مبنی بر اینکه مراقبت سلامت، هم برای ارتقای وضعیت سلامت و هم برای اهداف کلی توسعه، حائز اهمیت است.

به دلایل متعدد، عملکرد نظام مراقبت سلامت، برای دستیابی به اهداف سلامت و توسعه اهمیت روزافزونی می­یابد. از نظر تاریخی، دانشمندان بخش بهداشت عمومی، دستاوردهای عمده در سلامت جمعیت را به بهبود­های صورت گرفته در استانداردهای کلی زندگی مثل تغذیه بهتر، بهبود آب و فاضلاب، مسکن و رفتارهای سالم­تر همراه با آموزش، نسبت داده­اند. درحالی که بهبود صورت گرفته در استانداردهای زندگی کماکان از شاخص­های مهم سلامت است، شواهد اخیر به دست آمده حاکی از آن است که مراقبت سلامت، عامل بخش قابل توجهی از ارتقای سلامت در کشورهای فقیر و کم درآمد است؛ همچنین توزیع بسته صحیح و مناسبی از خدمات پایه مراقبت سلامت باعث دستیابی به کاهش قابل توجه در مرگ و میر و معلولیت قابل اجتناب می‌شود. این ارتباطات علّی نشان می­دهند که اصلاحات بخش سلامت، نقش حیاتی در سلامت و توسعه ایفا می­کند.

البته طی دهه گذشته، پرونده اصلاحات بخش سلامت در کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین، بسیار مختلط و پراکنده و تبدیل دستاوردهای وعده داده شده به واقعیت، غالباً بسیار ناامیدکننده بوده است. علت این موضوع، تا حدی طراحی ضعیف و اجرای شتابزده اصلاحات برای پاسخگویی به تغییرهای اقتصادی و سیاسی در خارج از نظام سلامت است. از آنجا که نظام مراقبت سلامت، بسیار پیچیده و مقاوم به تغییرات است و غالباً تحلیل نظام­مند و سیستمیک وجود ندارد، این تلاش­های اصلاح طلبانه، همواره منتهی به فواید مورد انتظار نمی­شود. به علاوه، مشکلات اجرا، به صورت کامل مدنظر قرار نمی­گیرد.

تجربه چین در این زمینه، آموزنده است. تغییرات اقتصادی عمیق در دهه 1980 باعث برچیده شدن سازوکار تأمین مالی اشتراکی وقت برای مراقبت اولیه در روستاها شد. مشابه چنین تغییراتی، مبنای اقتصادی بسیاری از عرصه­های تحت مالکیت دولت را که تأمین مالی مراقبت سلامت را برای ساکنان شهری به عهده داشت، تضعیف نمود. پیش از اصلاحات اقتصادی قابل توجه چین، این کشور یکی از عمده­ترین موارد موفق جهان در وضعیت سلامت به ازای سرانه تولید ناخالص داخلی[[24]](#footnote-24) بود. در پاسخ به مشکلات اخیر در مراقبت سلامت، چین مجموعه­ای از تلاش­های پراکنده را برای اصلاحات آغاز کرده است؛ اما همانگونه که در بخش­های مختلف این مجموعه بحث کرده­ایم، این تلاش­ها تأثیر اندکی بر مشکلات فعلی نظام مراقبت سلامت آن گذاشته است.

در سال 2003 یعنی زمانی که این مجموعه به زیر چاپ می­رود، گفتگوهای سیاستگذاری توسعه بین­المللی بر دستیابی به اهداف توسعه هزاره[[25]](#footnote-25) تمرکز یافته است: با اهداف اختصاصی برای کاهش فقر، از جمله تعدادی از پیامدهای اولویت­دار سلامت مانند کنترل بیماری­های عفونی و درمان ناخوشی­های کودکان. با هدایت نهادهای بین­المللی، کشورها به تدوین سند راهبردهای کاهش فقر[[26]](#footnote-26) پرداخته­اند که راهنماهای جامعی برای سرمایه­گذاری­های توسعه، از جمله برای بخش سلامت محسوب می­شود. به­علاوه، صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، برای تجهیز منابع مالی جدید جهت مبارزه با این سه بیماری تأسیس شده است. البته به دلیل اینکه برنامه­های جدید بر کاهش فقر و کنترل بیماری متمرکز شده­اند، زبان اصلاحات بخش سلامت و دیدگاه تحلیل نظام سلامت، مورد کم توجهی (و غفلت) واقع شده است؛ کاری که به اعتقاد ما نابجا و بدفرجام می­رسد.

علی­رغم تکامل مباحثات سیاستگذاری، مشکلات زمینه‌ای کماکان برجاست. پرداختن به مسائل فوری سلامت که در حال حاضر، در بسیاری از کشورها وجود ندارد. به عنوان مثال، پیشگیری و درمان ایدز یا درمان و مراقبت یکپارچه برای کودکان بیمار یا دچار سوءتغذیه، نیازمند نظام­های مراقبت سلامتی است که بتوانند خدمات قابل دسترسی و با کیفیت بالا را، خصوصاً به کودکان فقیر و مستمند ارایه کنند. در سطح وسیعی این توافق وجود دارد که بخش وسیعی این توافق وجود دارد که بخش سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، نمی­تواند بدون اصلاحات عمده و قابل توجه، با این چالش­های نوین مواجه شود. حتی افزایش قابل توجه اعتبارات مالی نیز کافی نخواهد بود مگر اینکه ملت­ها و کشورها، سازمان­ها و زیرساختار مناسب برای استفاده اثربخش از این منابع و پول­ها را داشته باشند.

به طور خلاصه می­توان گفت که موضوع این مجموعه، هم فوری و هم به هنگام است. سلامت نامطلوب، به گونه­ای فزاینده، به­عنوان علت و پیامد فقر و همچنین جزء کلیدی تلاش­هایی که برای کاهش فقر صورت می­گیرد، شناخته می­شود. بسیاری از کشورها، غالباً به خاطر ضعف در راهبردها و اجرای آن­ها، در اصلاحات بخش سلامت خود لنگ مانده­اند. این مجموعه، راهنمای مفهومی و توصیه­های عملی ارایه می­کند که معتقدیم هم باعث ارتقای فرایند و عواقب اصلاحات بخش سلامت می­شود و هم سهم مشارکت ارزنده­ای در کاهش فقر و کنترل بیماری ایفا می­کند.

**مفاهیم و دیدگاه­ها**

بر مبنای چنین درکی از نحوه وقوع اصلاحات، رویکرد ما به اصلاحات بخش سلامت، 6 جزء مهم را در کنار یکدیگر جمع می­کند. که در فصول آتی به­صورت نظام­مند به آن­ها می­پردازیم. پنج نکته نخست که در فصول 2-7 مورد بررسی قرار می­گیرند، اشاره به روش­ها دارند. مجموعه ششم از مفاهیم به چارچوبی برای تحلیل نظام­های مراقبت سلامت و گزینه­های اصلاحات در فصول 8-12 ارایه می­کنند. این 6 جزء اصلی عبارتند از:

* توصیفی از چرخه سیاست و تعیین وظایف کلیدی که مجریان اصلاحات باید آمادگی پرداختن به آن­ها را در هر مرحله از فرایند داشته باشند.
* راهنمایی درباره نظریه اخلاقی برای کمک به‌اندیشیدن درباره اصول وجدانی و اخلاقی که مبنای اهداف و اولویت­های سیاستگذاری­اند و به تعیین دستور کار اصلاحات کمک می­کنند.
* مقدمه­ای بر تحلیل سیاسی نظام­مند[[27]](#footnote-27)، چرا که سیاست در هر مرحله از چرخه اصلاحات سلامت، حائز اهمیت است. تحلیل سیاسی باید هرچه سریع­تر و غالباً در سرتاسر چرخه سیاستگذاری انجام شود.
* مجموعه­ای از اهداف اصلی عملکرد نظام سلامت و خصوصیات عملکردی حد واسط که به عنوان راهنما برای ارزشیابی عملکرد به­کار می­روند. ما این اهداف را به نظریه اخلاقی ارتباط داده­ایم.
* رویکردی نظام­مند به تشخیص نظام سلامت که می­توان آن را به شیوه­ای اثربخش، آموزش داد و تمرین کرد. این رویکرد مبتنی بر تفکر واپس­نگر[[28]](#footnote-28) است؛ از مشکلات مشخص شده در عملکرد به سمت علل و عللِ علل آن­ها با به­کارگیری روشی که آن را درخت تشخیصی می­نامیم.
* چارچوبی از پنج «اهرم کنترل» نظام سلامت که انتخاب­های موجود برای مجریان اصلاحات را برای تأثیرگذاری بر عملکرد نظام سلامت خلاصه می­کند (پرداخت، تأمین مالی، سازماندهی، مقررات و رفتار). این طبقه­بندی، کانونی برای فرایند تشخیصی و همچنین تدوین سیاست­های دست یافتن به عملکرد بهتر فراهم می­آورد.

با ترکیب این مفاهیم، ایده­ها و شیوه­ها، دست­اندرکاران از امکان بیشتری برای ایجاد اصلاحات عملی و دست یافتن به هدف­های طراحان برخوردار خواهند بود. البته ما به دنبال آن نیستیم که مجموعه واحدی از راه­حل­های ترجیحی را ارایه کنیم چرا که کشورها آنقدر متنوع هستند که اتخاذ یک رویکرد فراگیر برای همه آن­ها، غیرعملی است.

البته این مجموعه، همه چیز را درباره اصلاحات بخش سلامت، پوشش نمی­دهد و بحث مفصل و خسته­کننده­ای را درباره تعداد سیاست­های مختلف ارایه نمی­کند. نبودن فضای کافی، ساده­ترین دلیل است که ما نمی­توانیم این حجم از مطالب را ارایه کنیم. همچنین در این مجموعه، یک دستۀ واحد از راه­حل­های ارجح ارایه نمی­شود؛ چرا که کشورهای مختلف اینقدر متنوع­اند که رویکردی واحد نمی­تواند کاربردی همه­گیر برای همه آن­ها داشته باشد. در عوض ما برای خوانندگان این مجموعه، روش­های جدید اندیشیدن و بحث کردن درباره مشکلات عملکرد را که در نظام سلامت با آن مواجه می­شوند فراهم کرده­ایم؛ در این صورت است که تحلیل خواننده از وضعیت خود و تصمیماتی که جهت برخورد با این وضعیت اتخاذ می­کند، اثربخشی بیشتری به دنبال خواهد داشت.

از دیدگاه ما، این حقیقت که مشکلات و راه­حل­های اصلاحات بخش سلامت در بین ملل مختلف، متفاوت است، آنقدر واضح و آشکار هست که نیازی به تکرار نداشته باشد؛ اما کماکان بسیاری از افراد این نکته حیاتی را به فراموشی می­سپارند. کشورها از نظر سطح توسعه و رشد اقتصادی، شرایط اجتماعی، ارزش­های سیاسی، الگوهای بیماری و ترتیبات سازمانی با یکدیگر تفاوت­های بسیاری دارند. درآمد سرانه کشورها از چندصد دلار در سال تا 20,000 دلار و بیشتر، متغیر است. در برخی کشورها، نیمی از کودکانی که متولد می­شوند، پیش از سن 5 سالگی فوت می­کنند؛ در برخی کشورهای دیگر، چنین پدیده­ای بسیار نادر است. کشورهای زیادی هستند که تعداد پزشکان آن­ها بسیار اندک و در حد یک پزشک برای هر 10 یا 20 هزار نفر جمعیت است در حالی که کم نیستند کشورهایی که این نسبت، در آن­ها حدود 1 در هر چند صد نفر است.

سایر تفاوت­های موجود در شرایط ملی نیز به همین اندازه، تأثیرگذار است. در برخی از کشورها، خدمات شهری، قابل اعتماد و فعال است اما در سایر کشورها، فاسد و بی­اثر است. برخی از کشورها، از نعمت منابع معدنی یا کشاورزی بهره­مندند ولی برخی دیگر با آب­و­هوای سخت و بد یا خاک نامرغوب دست­وپنجه نرم می­کنند. برخی از کشورها از بیماری­های عفونی بومی (آندمیک) یا همه­گیری ایدز رنج می­برند؛ برخی سرگرم سروکله زدن با افزایش بیماری­های مزمن هستند و گروهی از کشورها، با بار سنگین هر دو نوع بیماری­های عفونی و غیرواگیردار سروکار دارند. در برخی از کشورها، شرایط سیاسی نسبتاً پایداری همراه با حاکمیت خوب جریان دارد در حالی که برخی دیگر، سال­هاست که از ناپایداری سیاسی در رنج و عذاب هستند. چنین عواملی، بر نحوه تعریف مشکلات اصلاحات بخش سلامت و همچنین نوع راه­حل­هایی که بیشترین احتمال ایجاد بهبود را دارند، تأثیر می­گذارند.

به­علاوه، کشورها در نظام­های مراقبت سلامت خود، اهداف متفاوتی را دنبال می­کنند. تفاوت­های جدی بین کشورها از نظر مسائل زیر وجود دارد: اینکه آیا به دنبال ارایه مراقبت یکسان به فقرا و اغنیا، شهری­ها و روستایی­ها و مراقبت مولّد و مفید یا غیرمولّد هستند؛ اینکه از نظر آن­ها اولویت­های سلامت کدام است: به عنوان مثال بار مرگ­ومیر مادران و شیرخواران یا وضعیت­های مزمن مثل بیماری­های قلبی\_عروقی در بالغین شاغل. همچنین درباره نحوه برخورد فعال و ایجاد تغییر در شهروندانی که عادات فردی یا فرهنگ آنان، رفتارهای ناسالم را به دنبال دارد، بین کشورها دیدگاه­های متفاوت دیده­ می­شود. خلاصه آنکه نه تنها مشکلات از کشوری به کشور دیگر فرق می­کند بلکه ارزش­ها، اهداف و اخلاق نیز تفاوت پیدا می­کند. بنابراین ما معتقدیم تدوین برنامه برای اصلاحات سلامت نیازمند مشارکت دادن مستقیم فلسفه و ارزش­های اجتماعی است.

در نهایت، نظام­های سیاسی نیز در بین ملل مختلف متفاوت است. برخی از آن­ها، نظام­های دموکراتیک انتخاباتی­اند، برخی دیگر نظام­های تک­قطبی­اند و گروهی دیگر، تحت فرمانروایی سلطنت­های موروثی قرار دارند. در بین دموکراسی­ها، برخی از تشکیلات، قدرت را متمرکز کرده­اند در حالی که برخی دیگر، به دنبال تمرکززدایی آن هستند. برخی از نظام­های انتخاباتی، قطب­های مخالف را تشویق می­کنند در حالی­که برخی دیگر، به تضعیف آن­ها مبادرت می­ورزند. برخی از نظام­های سیاسی، از فعالیت­ سازمان­های غیردولتی استقبال و از آن حمایت می­کنند؛ در حالی که بقیه، هر گروهی را که بخواهد ساختار قدرت غالب را به چالش بکشد، سرکوب می­کنند. به­علاوه، گروه­های مختلف در داخل هر کشور، برحسب رهبری و سابقه­شان، از نظر قدرت و جایگاه با یکدیگر فرق می­کنند. این تفاوت­ها از نظر ساختار، رفتارها و آزادی سیاسی، بر فرایندهای اصلاحات سلامت تأثیر می­گذارند؛ از جمله اینکه مشکلات و راه­حل­ها چگونه تعریف می­شوند و نوع سیاست­هایی که از نظر سیاسی امکان­پذیرند، کدامند.

تحلیلی از اصلاحات سلامت که ما ارائه کرده­ایم، لزوماً مبتنی بر زمینه و بستر[[29]](#footnote-29) است؛ هم مسائل و هم راه­حل­های آن­ها وابسته به شرایط خاص آن کشور است. هدف ما این است که این وابستگی را از طریق ارایه ابزارهای مفهومی‌برای تحلیل مشکلات و راه­های مربوط به هر پیش­زمینه خاص، روشن­تر و شفاف­تر سازیم. همزمان، این نکته را نیز مطرح و مشخص کرده­ایم که الگوهای مشترکی نیز در اصلاحات سلامت وجود دارد: برخی از نیروهای قوی، به درجات مختلف در تمام کشورها کار می­کند و تأثیر می­گذارد. ما مختصراً به مرور این عوامل در ذیل می­پردازیم؛ اما ابتدا لازم است یک نکته مقدماتی دیگر را ذکر کنیم.

**برخی تعاریف پایه و اساسی**

پیش از آنکه جلوتر برویم لازم است به چند مسأله تعریفی بپردازیم. رویکرد ما به تعریف این مسائل، عمل­گرایانه است. ما قصد داریم واژه­ها را به­گونه­ای به کار ببریم که بیشترین کاربرد را برای تحلیل­مان و برای خوانندگان­مان داشته باشند. به­عنوان مثال، نه حدومرز واضحی بین آنچه جزو نظام مراقبت سلامت هست و آنچه نیست وجود دارد و نه آنقدر ارزش دارد که زمان و انرژی زیادی صرف مباحثات مربوط به محدودۀ نظام مراقبت سلامت شود. ما در زیر بیان خواهیم کرد که تحلیل عمل­گرایانه باید بر نتایج عواقب این نظام یعنی بهزیستی[[30]](#footnote-30) شهروندان متمرکز شود. محدوده تحلیلی باید آنقدر گسترده در نظر گرفته شود که تمام نیروها و عواملی را که ممکن است مجریان اصلاحات، در تلاش برای ارتقای زندگی شهروندان کشورشان، قصد تغییر و حک و اصلاح آن­ها را داشته باشند، دربر گیرد.

**«بخش سلامت»[[31]](#footnote-31) چیست؟**

با مدنظر داشتن این نکته در ذهن، ما از واژه­های «بخش سلامت» و «نظام مراقبت سلامت» در این مجموعه برای نشان دادن موارد زیر استفاده می­کنیم:

* تمام آن­هایی که مراقبت سلامت ارایه می­کنند: دولتی یا خصوصی، مُدرن یا سنتی، با مجوز یا بی­مجوز از جمله پزشکان، پرستاران، بیمارستان­ها، درمانگاه­ها، داروخانه­ها، بهورزها و شفاگران سنتی.
* پولی که برای تأمین مالی این مراقبت، جریان پیدا می­کند؛ رسمی یا غیررسمی، از طریق واسطه­ها یا مستقیماً به صورت پرداخت مستقیم از جیب بیماران.
* فعالیت­های کسانی که دروندادهای تخصص یافته را برای فرایند مراقبت سلامت، تولید و تهیه می­کنند: از جمله دانشکده­های پزشکی و پرستاری، شرکت­های تولید دارو و تجهیزات پزشکی.
* واسطه­های مالی، برنامه­ریزان و تنظیم­کنندگانی که کنترل، تأمین مالی و تأثیرگذاری بر ارایه­کنندگان مراقبت­ها را صورت می­دهند: از جمله وزارت بهداشت، وزارت اقتصاد و دارایی، سازمان مدیریت و برنامه­ریزی، سازمان­های بیمه اجتماعی و خصوصی و نهادهای ناظر.
* فعالبت­های سازمان­هایی که خدمات پیشگیرانه ارایه می­کنند: مانند ایمن­سازی، تنظیم خانواده، کنترل بیماری­های عفونی و ارایه آموزش درباره تغذیه، سیگار و سوءمصرف مواد مخدر. این سازمان­ها ممکن است خصوصی یا دولتی، محلی، ملی یا بین­المللی باشند.

**«اصلاحات بخش سلامت»[[32]](#footnote-32) چیست؟**

ما همچنین یک دیدگاه عملگرایانه نسبت به معنی واژه «اصلاحات» یا رفرم را نیز مطرح می­کنیم. از نظر ما، اصلاحات شامل *تلاش­های قابل توجه هدف­دار برای ارتقای عملکرد نظام مراقبت سلامت* است. برنامه­های گوناگون اصلاحات نظام سلامت دست­کم از دو نظر (در دو بعد) با یکدیگر تفاوت دارند:

1. تعداد جنبه­های مختلفی از نظام مراقبت سلامت که تغییر می­دهند.
2. اینکه تغییرات منفرد، چقدر از وضعیت و عملکرد قبلی فاصله ریشه­ای (رادیکال) گرفته­اند.

اما همانگونه که دائم تکرار خواهیم کرد (خصوصاً زمانی­ که در نیمه دوم این مجموعه به بحث درباره گزینه­های خاص می­پردازیم.)، اصلاحات موفقیت­آمیز غالباً ارایه مجموعه­ای از مداخلات وابسته به یکدیگر و حمایت­کننده همدیگر را شامل می­شود؛ خصوصاً زمانی که در بخشی از نظام، فاصله عمده از عملکرد پیشین صورت گرفته باشد.

**3) نیروهای محرکه اصلاحات بخش سلامت**

با در نظر گرفتن تعاریفی که تاکنون مطرح کردیم، اکنون می­توانیم به برخی از الگوهای شایع اصلاحات بخش سلامت در بین کشورها بپردازیم.

چهار نیروی عمده، انجام اصلاحات سلامت را در کشورهای جهان تحریک می­کنند. نقش نسبی هر یک از این چهار نیرو، از جایی به جای دیگر متفاوت است اما وجود آن­ها منجر به شکل­گیری دوراهی­های خاص گسترده­ای شده است که بسیاری از کشورها، در حال حاضر و در شرایط جهانی شدن با آن مواجهه پیدا کرده­اند.

مورد اول، هزینه­های فزاینده در مراقبت سلامت است. تقریباً در همه کشورها، هزینه­های مراقبت طبی، دولت­ها را به بازنگری در سیاست­ها و رویکردهای خود نسبت به نظام سلامت وا می­دارد. به­علاوه انتظارات فزاینده شهروندان، به عنوان عامل دوم تحریک اصلاحات سلامت در بسیاری از کشورها مطرح می­شود؛ چرا که تقاضای آنان از دولت­ به­طور اعم و از نظام مراقبت سلامت به طور اخص، روبه فزونی است.

هزینه­های فزاینده و انتظارات فزاینده در دوره­ای از تاریخ روی داده­اند که دولت­ها با محدودیت­هایی در ظرفیت پرداخت هزینه­های مراقبت سلامت مواجه­اند. این مسأله، هم برای کشورهای در حال توسعه­ای روی داده است که با ناپایداری­های سیاسی و نابسامانی اقتصادی مواجه­ هستند و هم برای کشورهایی که سال­ها از رفاه و آسایش نسبی بهره­مند بوده­اند. محدودیت­های فوق سومین نیروی تحریک­کننده اصلاحات را تشکیل می­دهد.

مباحثات جهانی اصلاحات همچنین با یک نیروی چهارم نیز تحریک می­شود: شکاکیت[[33]](#footnote-33) نسبت به رویکردهای سنتی به بخش سلامت. این شک­گرایی، بسیاری از جنبه­ها را شامل می­شود: نیاز به اشکال سازمانی نوین، هراس از حاکمیت ضعیف و عملکرد غیراثربخش بوروکراتیک؛ بررسی فسادها و ناکارآمدی­ها و زیرسؤال بردن تفکرات بسته قدیمی.

برای هر مجری اصلاحات، این­گونه فشارها، هم چالش است و هم فرصت. چالش از این جهت که تقاضاها و انتظارات بیشتر شده است و گزینه­های بیشتری باید مورد تحلیل قرار گیرند و فرصت از این جهت که بحران ناشی از آن، غالباً منجر به این می­شود که نسبت به تغییر و نوآوری، با دید بازتری برخورد شود.

گوناگونی­هایی که بیشتر درباره شرایط و زمینه­های کشوری و ملی مطرح گردید، به این معنی است که شیوه­هایی که این نیرو، تأثیر خود را از آن طریق برجای می­گذارند، از موردی به مورد دیگر متفاوت است. فقیرترین کشورهای جهان، خصوصاً نسبت به شوک­های خارجی (هم اقتصادی و هم سیاسی) بسیار حساس­اند. وابستگی آن­ها به مؤسسات مالی و بازارهای بین­المللی به معنی این است که تغییرات قابل توجه نظام سلامت را می­توان به عنوان نوعی از کمک خارجی، مطالبه یا تحمیل کرد. به­علاوه، همه­گیری ایدز، فشارهای کمرشکنی را بر برخی از ملل جهان که کمترین منابع را هم برای مقابله با این چالش در اختیار دارند، وارد می­کند.

سایر کشورهای کم درآمد، بسیار نگران توزیع نامناسب منابع محدود خود در مواجهه با فشار فزاینده نیازهای سلامت­اند. در این ملل، سطح خدمات و وضعیت سلامت ممکن است بین شهروندان متوسط شهری و فقرای روستایی، تفاوت عمده داشته باشد. به­علاوه، غالباً تصور بر این است که بخش دولتی، خدمات سطح پایینی ارایه می­کند و بسیاری از شهروندان (حتی فقرا)، برای دریافت این خدمات باید مستقیماً از جیب­شان پول پرداخت کنند. در برخی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، اصلاحات نظام سلامت به عنوان بخشی از فرایند تغییر منظم و بین­المللی آغاز شده است. تقاضای شهروندان برای محافظت مالی در برابر هزینه­های بالای مراقبت سلامت، دولت­ها را وا می­دارد تا به دنبال راهبردهای تأمین مالی (جدید) باشند که با پیشرفت توسعه، پایدار بماند.

بدون توجه به اینکه این داستان به چه نتیجه­ای منتهی می­شود، تلاش دولت­ها برای حل تعارض بین آنچه آن­ها قصد دارند برایش هزینه صرف کنند و آنچه خود یا شهروندانشان می­خواهند، غالباً دوراهی اصلی در اصلاحات بخش سلامت است چرا که دولت­ها سعی می­کنند با آنچه به شکل مجموعه مشترکی از چالش­ها برای نظام­های مراقبت سلامت در سرتاسر جهان درآمده است، تطابق و سازش پیدا کنند. (ما تحلیل گسترده­تری از نحوه‌اندیشیدن به این دوراهی هزینه\_عملکرد[[34]](#footnote-34) ارایه خواهیم کرد). اگرچه تشخیص اینکه گوناگونی و تفاوت روی می­دهد، حائز اهمیت است، اما مرور برخی الگوهای جهانی خاص که پیش­زمینه وسیعی برای بسیاری از تلاش­های اصلاحات در سطح ملّی فراهم می­کنند، کماکان مفید و کاربردی خواهد بود.

**3-1) نیروی اول: هزینه­های فزاینده**

در سرتاسر جهان، هزینه­های مراقبت سلامت به خاطر تغییرات جمعیت­شناختی (دموگرافیک)، الگوهای در حال شکل­گیری بیماری­ها و فناوری جدید و همچنین به دلیل انتظارات فزاینده (که عنوان بعدی بحث است)، در حال افزایش روزافزون است. مستندات این الگو در کشورهای غنی­تر جهان بیشتر است؛ هزینه صرف شده در امر سلامت در کشورهای غنی، از میانگینی برابر 5% درآمد ملی در سال 19770 به 8.1% در سال 1997 افزایش پیدا کرده است (60% افزایش) (حتی علی­رغم اینکه درآمد سرانه رشد ثابتی داشته است) که بسیار بیشتر از افزایش متناسب طول عمر است. علی­رغم اینکه داده­ها در کشورهای فقیرتر، کمتر قابل اعتماد هستند، الگوهای مشابهی را در این کشورهای نیز می­توان یافت. جمعیت ثروتمندتر، مسن­تر و آگاه­تر، مراقبت طبی بیشتری را طلب می­کند و در زمینه داروها و تجهیزات جدید نیز که نیازمند صرف پول است، مطالبات بیشتری دارد. افزایش بیماری­های مزمن، مسائل هزینه را از چند راه تشدید می­کند، توسعه و مصرف فناوری را تحت­تأثیر قرار می­دهد و بازارهای بیمه را دچار مشکل می­کند.

یکی از نیروهای عمده که هزینه­ها را افزایش می­دهد (خصوصاً در کشورهای نسبتاً توسعه یافته­تر)، پا به سن گذاشتن جمعیت است. به عنوان مثال، انتظار می­رود درصد جمعیت 65 سال و بالاتر، بین سال­های 2000 و 2050 در قاره آسیا از 6% به 18% و در آمریکای لاتین از 5.5% به 18% برسد. دلیل این امر، نه فقط بالا رفتن امید به زندگی است بلکه همچنین نرخ تولد در بسیاری از کشورها کاهش پیدا کرده است. نرخ تولد در بسیاری از کشورها به دلایل مختلف کاهش پیدا کرده است از جمله افزایش سطح آموزش و وضعیت اقتصادی زنان، افزایش دسترسی به روش­های جلوگیری از بارداری و سقط و میزان بالاتر بقای کودکان. به­علاوه، شهری شدن و رفاه اقتصادی، دیدگاه­ها نسبت به‌اندازه مطلوب خانواده را تغییر داده است.

البته حتی کشورهای فقیرتر جهان که نرخ تولد آن­ها بالا باقی مانده است نیز در حال حاضر با بار مضاعف بیماری­ها مواجهه پیدا کرده­اند. در این ملل، نرخ تولد کماکان بالاست، نسبتی از جمعیت که جوان هستند کماکان در حال افزایش است و بیماری­های عفونی، هنوز یک مشکل به شمار می­رود. به­طور همزمان، سابقه طولانی رشد جمعیت همراه با کاهش میزان مرگ­ومیر شیرخواران، به معنی آن است که تعداد افراد مسن نیز غالباً در حال افزایش است. درنتیجه، چنین کشورهایی باید با همه طیفی از بیماری­ها، از بیماری­های اسهالی کودکان گرفته تا افزایش میزان بیماری­های عروق کرونر، دست­وپنجه نرم کنند.

افزایش بیماری­های مزمن، تا درجاتی به خاطر موفقیت نظام مراقبت سلامت بوده است؛ بسیاری از شهروندان اکنون تا آن اندازه عمر طولانی دارند که دچار بیماری مزمن می­شوند. اگر افراد بیشتری زودتر می­مردند، هزینه­های سرانه مراقبت سلامت، پایین­تر می­بود. علت این امر آن است که وقتی پا به سن می­گذاریم، شریان­های بدنمان تنگ­تر و سفت­تر می­شوند، مفاصل­مان سفت می­شود، کبد و کلیه­ها کارایی کمتری پیدا می­کنند، قلبمان روبه خستگی می­رود و ذهنمان کارایی­اش را به تدریج از دست می­دهد. اگر افراد بیشتری پیش از شکل­گیری این وضعیت­ها فوت می­شدند، آنوقت هزینه­های سرانه مراقبت سلامت، پایین­تر می­بود. چنین تغییراتی باعث افزایش تقاضا بر نظام مراقبت سلامت می­شود. انعکاس چنین «نارسایی­ها در موفقیت»، به شکل سطوح فزاینده ناتوانی در بسیاری از کشورهای صنعتی و ملل با درآمد متوسط دیده می­شود. به عنوان مثال، سازمان جهانی بهداشت، تخمین می­زند که عمدتاً به خاطر مسن شدن جمعیت، سهم بیماری­های روانپزشکی و نورولوژیک از بار کل بیماری­ها، بین سال­های 1990 تا 2020 از 10% به 15% خواهد رسید. جالب آن است که کشورهایی که از سیاست­های موفقیت­آمیز تثبیت جمعیت بهره جسته­اند و نظام­ مراقبت سلامت موفقی نیز دارند، در این مسیر سریع­تر پیش می­روند. در واقع، موفقیت نظام­های مراقبت سلامت در کاهش مرگ­ومیر کودکان، تقاضا برای خدمات همان گروه سنی را افزایش می­دهد.

امید به زندگی در بدو تولد از 50.2 سال در سال 1960 به حدود 66.7 سال در دوره بین سال­های 2000-1995 افزایش پیدا کرده و کماکان در بسیاری از مناطق دنیا در حال افزایش است. کاهش میزان مرگ­ومیر به خاطر عوامل متعددی روی داده است. رشد اقتصادی باعث ارتقای تغذیه و مسکن، توسعه منابع آب سالم، کاهش استرس و فشار فیزیکی و بهبود فرایند دفع فضولات می­شود (به­طور همزمان، رشد اقتصادی باعث ایجاد آلودگی محیطی و تغییرات رژیم غذایی نیز می­شود که اثرات نامطلوبی بر سلامت می­گذارند). اقدامات بهداشت عمومی‌خصوصاً آب بهداشتی و سالم، دفع بهتر زباله­ها و فاضلاب­ها، واکسیناسیون و کنترل بیماری­های عفونی نیز در این امر مشارکت داشته­اند. اما علت هرچه باشد، یکی از نتایجِ کاهش مرگ­ومیر، افزایش تعداد افرادی است که نیاز به مراقبت طبی پیدا می­کنند.

پژوهش­های اخیر حاکی از آن است که تأثیر مسن شدن جمعیت بر افزایش هزینه مراقبت سلامت، پیچیده­تر از آن چیزی است که پیشتر از این تصور می­شد. خصوصاً در کشورهای پردرآمد با نظام­های گسترده و گران­قیمت بیمارستانی، بخش عمده هزینه­های بالای مراقبت در مسن­ترین گروه­های جمعیتی، مرتبط با بیماری­های مرحله پایانی زندگی است. بنابراین زمانی که امید به زندگی افزایش یابد و این ناخوشی­ها و بیماری­ها، دیرتر در طول زندگی اتفاق افتد، در برخی از گروه­های سنی مسن که هنوز به مسن­ترین حالت نرسیده­اند ممکن است هزینه­های مراقبت سلامت به سبب کاهش موارد ناخوشی­های کشنده در این گروه­ها تقلیل یابد. هنوز خصوصاً در کشورهای با درآمد کم و متوسط که امید به زندگی و میزان بروز بیماری مزمن به سرعت در حال افزایش است، سالمندی جمعیت عاملی عمده محسوب می­شود. این موضوع همچنین مشکل تأمین مالی سلامت را خصوصاً در نظام­های مبتنی بر درآمد دچار مخاطرات جدی می­سازد. درصدی از جمعیت که چنین مالیاتی را می­پردازند، غالباً کاهش می­یابد چرا که سالمندی جمعیت، افزایش تعداد بازنشستگان زنده را نیز به دنبال دارد.

سایر تغییرات همه­گیرشناختی (اپیدمیولوژیک) نیز باعث تحریک اصلاحات سلامت می­شود؛ در حالی که هزینه­های فزاینده با منابع محدود مواجهه می­یابد. قابل توجه­ترین مثال، بیماری ایدز است که در کشورهایی که شدیدترین درگیری را با آن دارند، خطر سیطره بر نظام مراقبت سلامت و بسیاری از سازمان­های اجتماعی دیگر را با خود همراه می­آورد. ایدز در حال حاضر علت اصلی مرگ در کشورهای شدیداً درگیر با آن محسوب می­شود و بار عمده­ای از سلامت نامطلوب، ناتوانی و تراژدی خانوادگی را با خود همراه دارد. در اروپای شرقی، افزایش الکلیسم و خودکشی، مشکلات سیستمیک جدی به­وجد آورده است: در روسیه و چند جمهوری تازه استقلال یافته شوروی سابق، امید به زندگی مردان در واقع 10-5 سال در دوره پس از فروپاشی کاهش یافت. علی­رغم موفقیت در ریشه­کنی و کاهش آبله و فلج اطفال، سایر بیماری­های عفونی (از سل گرفته تا تب دانگ)، در مناطق مختلفی از جهان روبه افزایش است. چنین عواملی، نگرانی­های جدی برای مجریان اصلاحات سلامت محسوب می­شود.

فروشندگان کالاها و خدمات سلامت نیز با تلاش سخت و شدیدشان برای منفعت بردن از فرصت­های بازار، در بالا رفتن هزینه­های مراقبت سلامت نقش ایفا می­کنند. این یک تناقض است که بسیاری از کشورهای فقیر، بخش مراقبت اولیه خصوصی، حق­الزحمه کارانه بسیار بالایی دارند؛ شکلی از سازماندهی که تمایل آن به بالا بردن هزینه­های خدمات است. شرکت­های دارویی نیز برای نفع خود به بازار پاسخ می­دهند و اکنون ترکیباتی برای هر یک از دستگاه­های بدن تولید می­کنند: داروهایی که رشد موها را تقویت می­کند، افسردگی را معالجه می­کند، سطح کلسترول و فشارخون را کاهش می­دهد، با زخم معده مقابله و کارکرد جنسی را بهبود می­بخشد. در حقیقت طبقه متوسط مردم در کشورهای صنعتی، در خطر تبدیل به یک کیکی با رویه دارویی[[35]](#footnote-35) است و تلاش برای بازاریابی این ترکیبات در سرتاسر جهان، قویاً و روزبه­روز در حال شدت گرفتن است. در کشورهای فقیر، حتی طبابت سنتی نیز همزمان در حال تغییر و ثبت امتیاز انحصاری توسط شرکت­های غربی است تا آن را با بسته­بندی مدرن، بازاریابی جدید و قیمت­های بالاتر ارایه کنند.

فناوری جدید، نیروی بسیار مهمی است که هزینه­های مراقبت سلامت را خصوصاً در کشورهای پردرآمد افزایش می­دهد. بالاترین سودهای حاصل از نوآوری­ها (چه اقتصادی و چه حرفه­ای)، از تهیه و ارایه راه­حل­های گرانقیمت برای مسائل حل نشده به مخاطبینی حاصل می­شود که توان پرداخت را دارند. به عنوان مثال، هر قرص ویاگرا (سیلدنافیل)، 10 دلار در ایالات متحده به فروش می­رسد. پرستیژ یا نفع علمی قابل توجهی در ارایه راه­حل­های ساده و کم­هزینه با فناوری­های موجود وجود ندارد. مشکلی را که قبلاً حل نشده حل کنید و حتی اگر این درمان، 50,000 دلار به ازای هر مورد هزینه دربر داشته باشد ممکن است نامزد دریافت جایزه نوبل شوید یا حداقل به درجه دکترای یک دانشگاه مشهور نایل آیید. به عنوان مثال، پیشرفت فناوری می­تواند هزینه واجد یک آزمایش روتین را پایین بیاورد یا داروی جدید ارزانی را برای بیماری که فعلاً با جراحی گرانقیمت، درمان­پذیر است فراهم کند. اما حتی این هم ممکن است در همه موارد باعث کاهش هزینه­های کل نشود مثلاً زمانی که این محصول جدید، تقاضای عظیم برطرف نشده­ای را برانگیزد. به عنوان مثال، داروهای ضد رتروویروسی که در کشورهای پر درامد، سالانه 15,000 دلار یا بیشتر به ازای هر بیمار، هزینه برمی­دارند، ممکن است در حال حاضر برای کشورهای کم­درآمد، با رقم 350 دلار نیز در دسترس قرار گیرند. اما کمتر کسی انتظار دارد که این کاهش قابل­توجه قیمت داروها در آفریقا، باعث کاهش کل هزینه صرف شده برای این داروها شود.

افزایش شیوع بیماری­های مزمن، کارکرد بازارهای بیمه سلامت را نیز مخدوش می­کند. بیمه برای پوشش دادن خطرات غیرقابل­پیش­بینی به­وجود آمده­ است. اما در دنیای بیماری­های مزمن، بسیاری از هزینه­های مراقبت سلامت سال آینده، قابل پیش­بینی است: آن­هایی که در آینده مریض خواهند بود غالباً همان­هایی هستند که امروز بیمار هستند. این موضوع باعث می­شود انگیزه­های ناخوشایند در هر دو سمت بازار بیمه سلامت می­شود. فروشندگان بیمه سعی می­کنند که افراد بیمار را بیمه نکنند یا با قیمت بالا این کار را انجام دهند؛ بنابراین فرد بیمار که بیشترین نیاز به پوشش را دارد، قادر به خرید بیمه نیست و تحت پوشش قرار نمی­گیرد. برعکس، چنانچه هزینه­های بیمه، منعکس­کننده میانگین خطرات باشد، آنوقت آن­هایی که می­دانند سالم­تر هستند، هر گونه انگیزه­ای خواهند داشت که بیمه نشوند، چرا که هزینه مناسبی برای آنان نیست؛ این امر سبب می­شود که تنها بیماران در پوشش بیمه قرار گیرند و میزان «انباشت خطر»[[36]](#footnote-36) در سیستم کاهش یابد.

**3-2) نیروی دوم: انتظارات فزاینده**

افزایش انتظارات مردم از نظام مراقبت سلامت، از 3 منبع ناشی می­شود: اقتصادی، اجتماعی و سیاسی. زمانی که هزینه­های صرف شده در بین کشورها را مقایسه می­کنیم، تقاضای مراقبت سلامت با همان سرعت افزایش درآمد (و در برخی موارد سریع­تر از آن) بالا می­رود. مطالعات اخیر نشان داده­اند که هزینه مراقبت سلامت به عنوان درصدی از درآمد ملی، به صورت تاریخی در کشورهای کم درآمد کمتر از حد تخمین زده می­شده است. هزینه­های قابل توجه صرف شده به صورت خصوصی و مستقیم از جیب که در چنین نظام­هایی شایع است، عمدتاً به شیوه­ای کامل و اثربخش در آمارهای رسمی محاسبه نمی­شده­اند. برعکس در چند سال اخیر، داده­های بررسی خانوار، تخمین واقع­گرایانه­تر (و البته بالاتری) از این هزینه­های صرف شده، ارایه کرده است. نتیجه این بوده است که اثر افزایش درآمد ملی بر هزینه­های سلامت کمتر از آنچه در گذشته پذیرفته شده بود، برآورد شود. البته حتی اگر نسبت صرف هزینه در مراقبت سلامت تنها در ارتباط با درآمد افزایش پیدا کند، مقدار مطلق پول اضافه­تری که کشورها از نظر تجهیز آن برای مراقبت سلامت (با افزایش درآمد)، باید بپردازند، قابل توجه خواهد بود. به­علاوه، سهم چنین هزینه­های صرف شده که به بخش دولتی مربوط می­شود (مثلاً از طریق برنامه­های جدید بیمه اجتماعی) نیز غالباً افزایش می­یابد و بنابراین فشار بیشتری برای تأمین مالی از سوی دولت وارد می­کند.

شگفت اینکه رفاه جهانی اخیر، یکی از علل مشکلاتی است که بسیاری از دولت­ها، در درون بخش سلامت خود با آن مواجهند. با افزایش رشد اقتصادی کشورها، شهروندان تمایل دارند که هزینه بیشتری در امر سلامت صرف کنند. این هزینه­های افزایش­یابنده، بیانگر استفاده از خدمات بیشتر و هزینه بیشتر به هر دو مقصود بهداشت و درمان است. در برخی از مناطق جهان مثل آسیای شرقی که تا سال­های اخیر از رشد ثابتی برخوردار بوده، افزایش انتظارات بسیار قابل­توجه بوده است.

توسعه اجتماعی جهانی نیز چنین تقاضاهایی را تقویت کرده است. فیلم­ها، تلویزیون، اینترنت در کنار مسافرت و مهاجرت، تصویری از زندگی در ملل پردرآمد دنیا را به شهروندان بسیاری از کشورها نمایانده است. چنین مواجهه­ای، منجر به افزایش مادی­گرایی (ماتریالیسم) و از دست دادن ارزش­های سنتی شده است. با ارزان شدن هزینه سفرها، افراد بیشتری از کشورهای در حال توسعه با دوستان یا خویشاوندان خود روبه­رو می­شوند که از سفر تفریحی یا کاری از اروپا یا آمریکای شمالی بازگشته­اند. پذیرش این نکته از سوی افراد سرتاسر جهان به صورتی فزاینده در حال شکل­گیری است که جوان و سالم ماندن تا هر چقدر که امکان دارد، شاد بودن تا حدامکان و مصرف کردن تا حد ممکن، خوب و مطلوب است. نظام­های سلامت در بسیاری از کشورها، تحت­فشار فزاینده­ای قرار گرفته­اند تا این هدف را برآورند.

افزایش انتظارات، نه­تنها سطح کلی تقاضا برای مراقبت سلامت را بالا می­برد، بلکه ترکیب آن را نیز تغییر می­دهد. بیماران نه تنها مراقبت را طلب می­کنند بلکه آخرین و بهترین نوع آن را همراه با روزآمدترین فناوری و جدیدترین داروها می­خواهند. با دانستن آنچه در جاهای دیگر موجود است، شهروندان نسبت به کیفیت مراقبت در مراکز محلی سلامت خودشان یا بیمارستان­های کوچک­تر دچار تردید می­شوند (که ممکن است صحیح هم باشد). در نتیجه، مراکز سلامت ناحیه­ای و تسهیلات دانشگاهیِ خود را با فشار تقاضاهایشان پر می­کنند. در بسیاری از ملل کم­درآمد، طبقه متوسط شهری به شدت در حال افزایش است که درون خود، دنیایی از اطلاعات، انتظارات و مصارف را نهفته دارد. این دسته از شهروندان، به دولت­ها فشار می­آورند تا مراقبت با فناوری بالا و گرانقیمت (از سی­تی­اسکن گرفته تا پیوند اعضا) را ارایه کند و سهم بیشتری از بودجه ملی مراقبت سلامت را به تعداد اندکی از مؤسسات برجسته اختصاص دهد.

توسعه­ای سیاسی، چنین فشارهایی را تقویت کرده است. با افزایش دموکراسی در بین جوامع، این فشارها بیشتر شده و مقاومت در برابر تقاضاهای شهروندان برای رهبران سیاسی دشوارتر شده است. زمانی که شهروندان، تحت حاکمیت بسیار سازمان­یافته و سلسله مراتبی قرار دارند، احتمال بیشتری دارد که هر نوع مراقبت را که دولت، ارایه آن را مطلوب می­یابد، بپذیرند. اما شهروندان فعال و جستجوگر در ساختار سیاسی باز، احتمال کمتری دارد که با چنین ترتیبات دولتی قانع و راضی شوند. برعکس، در نظام رقابتی بیشتر احتمال دارد که رهبران سیاسی از نظام سلامت در راه ایجاد منابع محسوس برای رأی­دهندگان منفرد و گروه­های ذینفع سازمان یافته استفاده کنند و بنابراین، به اصلاحات بخش سلامت، هم به عنوان فرصت و هم به عنوان مشکل می­نگرند.

**3-3) نیروی سوم: ظرفیت محدود پرداخت**

تغییرات اخیر در وضعیت اقتصادی جهانی، هم مشکلات و هم فرصت­هایی را برای بسیاری از ملل فراهم کرده است اما بسیاری از دولت­ها تحت فشار شدید برای برآورد ساختن تقاضاهای ناشی از افزایش هزینه­ها و انتظارات قرار گرفته­اند. اما برای بسیاری از کشورها، نتیجه کلی عبارت بوده است از محدودیت در اعتبارات مالی موجود برای مراقبت سلامت. به­دلیل فقر و محدودیت توانایی در تولید منابع پولی داخلی، تعداد اندکی از کشورهای کم­درآمد قادرند فارغ از مشارکت­های مربوط به کمک­های بین­المللی، بیش از 2%-1% از تولید خالص داخلی خود را برای سلامت اختصاص دهند و هزینه­های پایین­تر حمل­ونقل و ارتباطات، برای ملل مختلف این امکان را فراهم آورده است که کالاهای تولید خود را در بازارهای دیگر با راحتی غیرقابل تصوری ارایه کنند. همه­چیز از تلفن همراه و فاکس گرفته تا هواپیماهای جت، رایانه­های کیفی (لپ­تاپ) و اینترنت، کاپیتالیسم و سرمایه­داری جهانی را در حال حاضر، مقدور و ممکن ساخته است. مغازه­های محلی فروش کالاهای ورزشی در پنج قاره جهان، امروزه به فروش محصولات هر کشوری می­پردازند: توپ­های فوتبال دانمارکی (Umbro) که در پاکستان ساخته شده، کفش­های فوتبال ایتالیایی (Diadora) که ساخت بنگلادش است و شورت و پیراهن انگلیسی (Union Jack) که محصول گوآتمالاست.

در همین حال، پیشرفته­تر شدن اقتصادها در کشورهای فقیر، رشد ثابتی را دنبال می­کند. کشورهایی که در گذشته، رادیوهای ارزان­قیمت تولید می­کردند، امروز به سرهم کردن و مونتاژ رایانه­های پیشرفته روی آورده­اند. کارخانه­هایی که زمانی به تولید پارچه مشغول بودند، حال به تولید چیپ­هایی برای همین رایانه­ها مشغول­اند. برزیل، هواپیماهای جت در ایالات متحده می­فروشد و شرکت­های رایانه­ای آمریکا، دفاتر برنامه­نویسی در هند باز می­کنند. اخبار مربوط به تمام بازارهای بورس جهانی را اکنون در سرتاسر جهان می­توان همه شب در گزارش تجاری سی­ان­ان مشاهده کرد.

سرعت تغییر آنقدر سریع بوده است که فقط خوانندگان مسن­تر به خاطر خواهند آورد که در دهه 1960، تماس تلفنی از دوطرف اقیانوی به یکدیگر، آنقدر گرانقیمت بود که کمتر کسی به سراغ آن می­رفت و از چندین روز قبل هم باید رزرو می­شد. تاجرین امروزه می­توانند پست الکترونیک و پیام­های تلفنی خود را از اتاق یک هتل در هر جایی از دنیا (از آرژانتین تا چین) مرور کنند، همانطور که می­توانند در حالی که در یک بزرگراه مشغول رانندگی هستند، با همکاران خود در سرتاسر جهان با تلفن همراه صحبت کنند.

در سرتاسر جهان، نیمه دوم قرن بیستم، به مراتب بهتر از نیمه نخست آن، سپری شده است. جنگ­های بسیار مخرب منطقه و شکست­های اقتصادی قابل­توجه در نقاطی از جهان وجود داشته است اما هیچ­کدام به پای دو جنگ جهانی و رکود بزرگ[[37]](#footnote-37) جهانی در 50 سال نخست این قرن نمی­رسد. این آرامش و آسایش نسبی، به بسیاری از افراد و سازمان­ها فرصت داده است تا بتوانند سرمایه­گذاری خارجی انجام دهند. در همین زمان، دولت­های ملی، با محدودیت­های فزاینده در سیاست­های مالی و پولی خود به خاطر افزایش جریان­های سرمایه و مؤسسه­های مالی بین­المللی مواجه می­شوند. چنانچه در پرداخت برای خدمات اجتماعی و سلامت، دچار کسری­های وسیع در کشور خود باشید، بانک­های بین­المللی اوراق قرضه دولت شما را خریداری نخواهند کرد. همچنین چنانچه ناامنی اقتصادی، نوسان میزان منافع یا نوسان ارزش ارز در کشور شما وجود داشته باشد، آن­ها متمایل به سرمایه­گذاری در پرژوه­های بخش خصوصی نخواهند بود. از ملزومات وام­های صندوق بین­المللی پول و بانک جهانی نیز این است که کشور، کسری موازنه خود را کاهش دهد، صرف هزینه در بخش دولتی را کنترل کند و بازپرداخت وام­هایش را به موقع انجام دهد.

اقتصاد در حال پیشرفت در جهان، رشد واقعی اقتصادی را در بسیاری از کشورها موجب شده است و به نظر می­رسد که معنی چنین رشدی، دسترسی به اعتبارات مالی بیشتر برای مراقبت سلامت باشد. اما غالباً هزینه­ها و تقاضا در بخش سلامت با سرعت بیشتری رشد پیدا کرده است. در سطح جهان، رشد واقعی بی­نهایت ناهمگون است. تا اواسط دهه ۱۹۹۰، برخی از کشورهای آسیایی به صورت معمول به نرخ رشد اقتصادی سالانه بیش از ۵% دست یافتند در حالی که بسیاری از کشورهای آفریقایی، با رشد منفی اقتصادی یا مثبت لب مرزی مواجه بودند. به­علاوه، وضعیت اقتصادی بین‌المللی فعلی، خطرات بسیاری را خصوصاً برای اقتصادهای کمتر پیشرفته به دنبال دارد. سقوط شدید قیمت کالا[[38]](#footnote-38) می­تواند مسائل مالی جدی را برای بسیاری از دولت­ها به دنبال داشته باشد. وجود ارتباطات اقتصادی بین­المللی به معنی آن است که مشکلات اقتصادی هر کشور، به سرعت به کشورهای دیگر گسترش پیدا می‌کند. زمانی که قیمت قهوه افت می‌کند، کسر بودجه در کنیا و اتیوپی سر به فلک میزند. چنانچه ارزش واحد پول برزیل کاهش پیدا کند، آنوقت صادرات آرژانتین به 3 کشور دچار مشکل می‌شود؛ چرا که کالاهای برزیل در حال حاضر نیز ارزان­تر است. چنانچه بازار صادرات در کوالالامپور سقوط کند، آنوقت کشور مالزی صادرات کمتری خواهد داشت و صنایع آن در تلاش برای صادرات بیشتر، قیمت­هایشان را کاهش خواهد داد؛ اقدامی‌که ممکن است باعث بروز مشکلات اقتصادی شدید برای همسایگان مالزی شود. چنانچه ارزش یکی از واحدهای جهانی پول پایین بیفتد، فشار ناشی از گمانه‌زنی‌های بین­المللی، به سوی دیگر انتقال می یابد.

ترکیبی از رقابت بین‌المللی و ناپایداری اقتصادی باعث ایجاد انواع مختلفی از بحران­های مراقبت سلامت می­شود. به­عنوان شروع، رقابت بین­المللی باعث می­شود که تمام توجه به کسب و کارها و تجارت­ها معطوف هزینه باشد تا بتوانند بازار صادرات خود را حفظ کنند و از رقابت وارداتی پیشگیری نمایند. هیچکس در بخش خصوصی تمایل ندارد که مالیات بر درآمد بالاتری برای مقاصد سلامت و رفاه اجتماعی بپردازد. در عین ‌حال، شهروندان شکایت دارند که نمی­توانند هزینه­های فزاینده مراقبت سلامت را به صورت مستقیم از جیب­شان پرداخت کنند و در برابر افزایش مالیات­ها و فرانشیزهای بیشتر نیز مقاومت می‌کنند. اگر این موارد افزایش یابند، شهروندان چگونه می­توانند هزینه­های فزاینده استانداردهای بالای زندگی را که آرزویش را دارند بپردازند؟

ظرفیت‌های مالی دولت ها، محدود است. نخست، در بسیاری از کشورهای کم­درآمد، توانایی افزایش منابع مالی حاصل از تولید داخلی، بسیار محدود است. کشورهای کم­درآمد تنها حدود ۲۰% از تولید خالص داخلی خود را از راه مالیات به دست می آورند در حالی که این میزان در کشورهای پردرآمد، 42% است. با وجود مقاومت عمومی در برابر افزایش مالیات‌ها، دولت­ها چگونه می­توانند پول بیشتری بابت مراقبت سلامت بپردازند؟ شهروندان همچنین خواستار جاده، مسکن و آموزش بهتر نیز هستند. سرمایه­گذاری در زیرساخت‌ها برای پشتیبانی از توسعه اقتصادی مورد نیاز خواهد بود. در همین زمان، شرکت­های چند ملیتی، امتیاز معافیت­های مالیاتی را از دولت­های ملی طلب می‌کنند و تهدید می‌کنند که اگر این امتیازها فراهم نشود، و سرمایه‌های خود را به جایی دیگر انتقال خواهند داد. شرکت­های داخلی نیز نیاز به محافظت در برابر رقبای بین­المللی را طلب می‌کنند.

این فرایندهای اقتصادی با فشارهای سیاسی برخورد و تقاطع پیدا می­کنند. هم مالیات پایه و هم نرخ مالیات، تعیین کننده ظرفیت مالی هر کشور است و این موارد از سوی قانونگذاران و وزارتخانه‌های دارایی تعیین می‌شود. در اینجا نیز ما با نشانه­های تغییر مواجه هستیم. با رشد فردگرایی[[39]](#footnote-39) در بسیاری از کشورها، انسجام اجتماعی[[40]](#footnote-40) به عنوان یک نیروی سیاسی کاهش می یابد. جابجایی و مهاجرت (داخلی و بین‌المللی)، محدوده­های اجتماعی را تضعیف می‌کند، ملت­ها از نظر فرهنگی ناهمگن­تر می­شوند و ثروتمندان، تعهد کمتری نسبت به فقرا احساس می‌کنند.

در همین حال، ارایه­کنندگان در درون نظام مراقبت سلامت تلاش می‌کنند تا درآمدهای خود را حفظ کنند و منافع­شان را نگهدارند. در اروپای شرقی، نگهداری از نظام­های وسیع ارایه مراقبت سلامت که تحت حکومت کمونیسم ایجاد شده بود، با تلاش دولت در راه آغاز مجدد رشد اقتصادی و دست یافتن مجدد به رقابت بین‌المللی، بسیار مشکل بود. همانطور که دولت­ها برای کنترل هزینه­های صرف شده و پیشگیری از تورم تلاش می­کنند، تمایل دارند که هزینه‌های صرف شده در مراقبت سلامت را از طریق محدود ساختن پرداخت به پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان سلامت، پایین نگهدارند. این گروه­ها نیز به نوبه خود به صورت مجزا درون نظام سیاسی تلاش می‌کنند تا درآمدهای در حال کاهش خود را بالا ببرند.

در سایر کشورها، سیاستمداران وعده­های انتخاباتی درباره برنامه­های اجتماعی مختلف داده­اند که نمی­توانند از عهده آنها برآیند (از جمله برای افزایش حقوق بازنشستگی). با متوقف شدن یا شکست خوردن این برنامه­ها یا ناتوانی آن­ها در کسب درآمد اضافه­تر از محل مالیات، تمام هزینه­های صرف شده دیگر (از جمله سلامت) تحت فشار قرار می­گیرد. در پاسخ، مشاوران بخش سلامت غالباً به دنبال جدا کردن تأمین مالی مراقبت سلامت از بودجه‌های عمومی هستند (مثلاً به­وسیله برنامه­های جدید بیمه اجتماعی) تا وضعیت پایدارتری برای آن ایجاد کنند.

این تغییرات سیاسی و محدودیت‌های اقتصادی، در بستری از تغییرات اجتماعی و روشنفکرانه در درون و بیرون نظام سلامت روی می دهند. این تغییرات وسیع، نمایانگر چهارمین نیروی محرک اصلاحات سلامت­اند.

**3-4)نیروی چهارم: شکاکیت نسبت به رویکردهای سنتی**

چرخش و رویکرد جهانی به بازار، گرایش به سمت کاهش انسجام اجتماعی و چرخش موازی علیه اقدامات دولت در بسیاری از کشورها را به دنبال داشته است. غالباً نقد دولت در تجربه­های دشوار نهفته است. در اروپای شرقی و اتحاد سابق جماهیر شوروی، الگوی قدیمی عرضه با برنامه‌ریزی مرکزی و تحت مالکیت حکومت، تا حد زیادی از اعتبار افتاده است (حتی اگر شهروندان مسن‌تر، از امنیت ناشی از این نظام با حسرت و دریغ یاد کنند). در بسیاری از کشورهای کم­درآمد، حاکمیت بد، با سیاست­های ضعیف و فساد گسترده باعث ایجاد محدودیت شدید در منابع اندک­شان شده است.

از دهه ۱۹۸۰ به بعد، حامیان علاقمند به ارائه پیام­های ضد دولت[[41]](#footnote-41)، در ترویج دیدگاه‌های خود در سرتاسر دنیا تلاش گسترده کرده­اند. بنیادهای خصوصی، مشاوران، کارکنان رسمی دولت و متخصصان نهادهای بین­المللی، همگی در این امر شرکت جسته­اند. در بخش سلامت، رهبران سیاسی خود را مواجه با این مسأله یافته‌اند که رویکرد طرفدار بازار[[42]](#footnote-42)، راه حل تمام مشکلات­شان خواهد بود.

ایده­های طرفدار بازار، مقبولیت نیز پیدا کرده‌اند چرا که بخش دولتی غالباً از عملکرد ضعیفی برخوردار بوده است. در بسیاری از کشورها، تسهیلات فرسوده، کارکنان بی­تفاوت و خدمات با کیفیت پایین، به خصوصیتی رایج و همگانی در نظام­های دولتی ارایه مراقبت سلامت تبدیل شده است. این امر به تلاش در جهت «تجدید حیات دولت»[[43]](#footnote-43) و همچنین اَشکال جدیدی از صنف‌گرایی، شرکتی سازی[[44]](#footnote-44) و خصوصی‌سازی در سرتاسر جهان منتهی شده است.

گسترش این الگو، بسیار فراتر از بخش سلامت بوده است. بروکراسی‌های دولتی با کارایی ضعیف و شرکت­های ناکارای تحت مالکیت حکومت، تا حدی به این علت رشد و کثرت پیدا کرده‌اند که فواید و مزایای سیاسی در سر داشته­اند. برای دولت‌ها مفید خواهد بود چنانچه از بخش دولتی، به جای خدمت رسانی، برای عزل و نصب استفاده کنند و به عوض تولید برونداد، بر استخدام و اشتغال تأکید کنند تا بتوانند پایه و ریشه سیاسی محکمی‌برای خود به­وجود آورند. کارمندان، غالباً مشخص­اند، سازماندهی آنان آسان است و غالباً از رهبران به خاطر استخدام خود متشکرند؛ برعکس، تشخیص و سازماندهی مشتریان دشوارتر است و کمتر چیزی برای تشکر دارند. این عوامل باعث به وجود آمدن نهادهایی با کارکنان بیش از حد، مدیریت ضعیف و هزینه بالا می­شود.

اما با افزایش کمبود مالی دولت­ها، انتقاد فزاینده‌ای از چنین ترتیبات دولتی، هم در بخش سلامت و هم به صورت کلی­تر در حال شکل گیری است. برای شکستن ارتباط سیاست-استخدام، تلاش­های چندی در جهت اصلاحات سازمانی صورت گرفته است که محدوده آن از ایجاد هیأت­های عمومی‌نیمه خودمختار برای نظارت بر فعالیت‌های دولت تا خصوصی‌سازی متغیر بوده است. امروزه ایده­هایی مانند «تجدید حیات دولت»، در مباحثات مربوط به اصلاحات سلامت در سرتاسر جهان نفوذ کرده است.

به دلیل اینکه این جنبه معنوی و فکری بسیار گسترده است، قصد داریم به خوانندگان امکان دهیم تا دیدگاه ما را درباره این مسائل بدانند. اینکه آیا ترتیبات جدید نیز لزوماً به عملکرد بهتری نسبت به حال منتهی می­شوند، سوال تجربی بسیار پیچیده است. همان­گونه که در سرتاسر این مجموعه ذکر کرده­ایم، شیطان در جزئیات است؛ خصوصاً زمانی که نحوه مدیریت و حاکمیت سازمان­ها مطرح می­شود. ایجاد اصلاحات اثربخش نیازمند تحلیل دقیق است نه شعار دادن صرف.

چنین گرایشی در خلاف جهت ایده­های دولت، علاقه روزافزون به استفاده از بازارها برای تخصیص منابع را نیز شامل می­شود. بازارهای رقابتی شامل دو جزء کلیدی­اند: دادن حق انتخاب به مشتریان و اطمینان یافتن از اینکه گزینه­های متعدد در اختیار مشتریان قرار دارد. در حقیقت، خصوصی‌سازی به تنهایی، برای ایجاد رقابت صحیح، نه لازم و نه کافی است. می­توان انحصارات خصوصی و یا ارایه­کنندگان رقابتی از بخش دولتی را مشاهده کرد اما این دو غالباً در عمل با یکدیگر همراه نمی­شوند.

همانگونه که بعداً اشاره خواهیم کرد، ما معتقدیم که کاربردی بودن الگوی بازار، با خصوصیات خاصی تغییر می­کند. آیا بازار خاص، به‌اندازه کافی بزرگ و وسیع است که از تعداد معقولی از رقبای کارآمد و مستقل، پشتیبانی کند؟ آیا مشتریان به‌اندازه کافی آگاه هستند (یا آگاهی به‌اندازه کافی به آن­ها داده می­شود) که خود به انتخاب بپردازند؟ آیا صرفه جویی­هایی که به خاطر فشارهای رقابتی به سازمان‌ها برای کاراتر بودن وارد می­شود، بیشتر از منابع خواهد بود که به خاطر هزینه­های بالاتر تعاملات مصرف می‌شوند (یعنی هزینه‌های ترتیب دادن نظام مقتضی آن­ها؟ اینها سؤالات تجربی هستند که هم جریان اصلاحات سلامت باید پیش از پذیرش مباحثات روشنفکران طرفدار بازار و پیش از اتخاذ تصمیم سیاستگذارانه، به آن­ها پاسخ دهند. به­علاوه، الگوی مبتنی بر بازار، ملاحظات اخلاقی مهمی را نیز در بر دارد که در جای­جای این مجموعه به آن اشاره خواهیم کرد. هدف این مجموعه، مجهز ساختن اصلاح گرایان به ابزارهای تحلیلی مورد نیاز برای هدایت تحلیل‌ها به گونه­ای است که هم با ذهن باز و هم اثربخش صورت پذیرند.

**4) خلاصه**

اجازه بدهید که نکات اصلی این فصل مقدماتی را خلاصه کنیم:

* مورد اول نیرو‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، هم در درون و هم در بیرون نظام مراقبت سلامت، فشارهای گسترده و فزاینده­ای در جهت صرف هزینه بیشتر برای مراقبت سلامت، وارد می‌کنند.
* فناوری جدید (از جمله داروهای جدید) و همچنین تغییرات رخ داده در ساختار جمعیتی و الگوهای بیماری، هزینه‌های سرانه مراقبت سلامت را دائماً افزایش می­دهند.
* نظام اقتصادی در حال تکوین بین­الملل، غالباً ظرفیت دولت­ها و بخش خصوصی را در کنار آمدن و تأمین این هزینه­های بالاتر، خصوصاً در کشورهای کم­درآمد، به دلیل بحران­های کوتاه مدت و فشارهای رقابتی طولانی مدت، با دشواری و محدودیت مواجه می سازد.
* تغییرات و جابجایی­های وسیع دیدگاه‌های روشنفکرانه درباره حکومت و بازار، منجر به ترویج گسترده رقابت بازار و خصوصی‌سازی به عنوان حلال تمام مشکلات اقتصادی، از جمله سیاست­های مربوط به بخش سلامت شده است.

امروزه بسیاری از کشورها، با فاصله و شکاف ای در قدرت تأمین مالی خود و آنچه دوست دارند در بخش سلامت ارائه کنند، مواجهند. با رشد اقتصادها، دموکراتیک­تر شدن کشورها و انتشار الگوهای رفاه توسط رسانه­ها در سرتاسر جهان، انتظارات نیز دائماً فزونی می یابند. تقریباً در تمام کشورها، هزینه­های مراقبت سلامت به دلیل تغییرات جمعیت­شناختی (دموگرافیک)، تغییر الگوی بیماری­ها و فناوری­های جدید، در حال افزایش است. تأثیرات و عواقب چنین تغییراتی بر روی مجموعه شدیداً پراکنده، باز و مساوات­طلب از فرایندهای سیاسی و اجتماعی و در کشورهایی که محدودیت­های شدید بودجه و منابع اقتصادی محدود برای سلامت مواجه هستند، سایه افکنده است.

در همین زمان، گرایش به سمت ایده­های جدید برای اصلاحات سلامت در سطح جهان به­وجود آمده است؛ همراه با آن، تشخیص اینکه انجام دادن اصلاحات به شیوه­ای صحیح، پدیده اجتماعی و فرایندی پیچیده است، در حال جا افتادن است. هر چقدر هم که پیچیده باشد، معتقدیم که ایده­های این مجموعه ممکن است به تحلیل­گران و تصمیم­گیران در جهت فهم و مدیریت فرایندهای پیچیده اتحاد سلامت، کمک کند. با تحلیل خود را از بخش بعد با موضوع چرخه اصلاحات سلامت آغاز خواهیم کرد.

**2**

**چرخه اصلاحات سلامت**

**1) مقدمه**

در بخش اول این ایده مطرح شد که اصلاحات بخش سلامت را می­توان به عنوان یک چرخه تلقی کرد. اکنون می­خواهیم به صروتی جامع­تر به تحلیل این چرخه بپردازیم. فرایند تغییر سیاست­ها در حالت ایده­آل خود، چرخه­ای شامل 6 مرحله را طی می­کند: تعریف مسایل، تشخیص علل پدید آمدن آن­ها، تدوین طرح­ها، گرفتن تصمیمی سیاسی در مورد برنامه­های ابتکاری اصلاحات، سپس اجرای برنامه­ها برای اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن­ها. با شکل­گیری مسائل جدید که سیاستگذاران باید به آن­ها بپردازند، چرخه مجدداً آغاز می­شود (شکل1-2).

البته در دنیای واقعی، اصلاحات به ندرت به چنین سادگی اتفاق می­افتد. بر عکس تلاش­ها در جهت اصلاحات ممکن است به جای ترتیبی که ذکر شد، از محل­های متفاوتی در چرخه شروع شوند، از برخی مرحله­ها نگذرند یا چند مرحله را به صورت همزمان طی کنند. به عنوان مثال ممکن است پیشگامان اصلاحات کار خود را با تشخیص مسأله شروع و مثلاً اعلام کنند که «علّت تمامی مسایل ما آن است که درمانگاه­ها و بیمارستان­های دولتی، منابع کافی برای ارایه خدمات مناسب در اختیار ندارند». یا اینکه طرفداران اصلاحات، چرخه را با راه­حل موردنظر خود شروع کنند:« چیزی که کشور به آن نیاز دارد، برنامه جدید بیمه اجتماعی ملی است». با این حال، فرایند اصلاحات به هر صورتی که پیش برود، چرخه سیاستگذاری راهی مفید برای

تحلیل تجارب و تذکر دادن به مجریان اصلاحات در مورد وظایفی خواهد بود که لازم است به عنوان بخشی از فرایند اصلاحات به آن­ها توجه داشته باشند.

**اخلاقیات**

تعریف مشکل

**سیاست­ها**

توسعه سیاستگذاری

تدوین سیاست

اجرا

ارزشیابی

تشخیص

«

«

«

«

«

«

شکل 1-2- چرخه سیاستگذاری

شکل 1-2 به گونه­ای طراحی شده که برخی از موضع­های عمده مجموعه حاضر را مشخص کند. به ویژه، اجزای «اخلاق» و «سیاست» به ما یادآوری می­کنند که تصمیم­گیران در سرتاسر چرخه اصلاحات با مسائل اخلاقی و سیاسی سروکار دارند. پرسش­هایی از این دست که «اولویت­های صحیح کدام است»؟ و «چگونه می­توان فشارهای سیاسی را اداره کرد؟» سؤال­هایی هستند که بر تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت سایه می­افکند. رویکردهای ما، بررسی صریح مبانی اخلاقی سیاست­های سلامت را ایجاب می­کند و با این تصور مخالف است که تمامی‌نظام­های سلامت ارزش­های یکسانی دارند (یا باید داشته باشند). از آنجا که ما معتقدیم همه مواضع سیاستی (از جمله موضع خود ما) دارای ابعاد اخلاقی است، این مجموعه درصدد آنست که ارزش­ها و اهدافش صریح و روشن باشد. تعیین این نکته با خوانندگان خواهد بود که دیدگاه ما تا چه‌اندازه برای آنان مفید است. ما همچنین این دیدگاه را که می­پندارد فرایند اصلاحات بخش سلامت فرایندی صرفاً فنی است، رد می­کنیم. در عوض، ما خواستار مدنظر قرار دادن عوامل سیاسی به صورت مستقیم و جامع در تمامی مراحل فرایند اصلاحات هستیم.

با وجود آنکه در شکل 1-2، شش مرحله شناسایی شده است، در این مجموعه بیشتر بر 4 مرحله اول تمرکز می­شود: بیان مسأله، تشخیص، تدوین سیاست و تصمیم­گیری سیاسی. البته در این فصل، مروری اجمالی بر هر 6 مرحله و چگونگی ارتباط آنها با رویکردها ارایه خواهد شد. سپس 4 مرحله اول در بخش­های بعدی به تفصیل بیشتری تشریخ خواهد شد. هر یک از «اهرم­های کنترل»[[45]](#footnote-45) که برای تشخیص و تدوین سیاست، حیاتی­اند در قالبی جداگانه در قسمت دوم این مجموعه مورد بحث قرار می­گیرند. علاوه بر این، با وجود آنکه در این مجموعه، بخش مجزایی برای مرحله اجرا وجود ندارد، در بخش­های مربوط به اهرم­های کنترل، راهنمایی­هایی عملی در هر مورد بر مبنای تجارب صورت گرفته در نقاظ مختلف جهان ارایه شده است. به نظر ما بحث­های نظری صرف در مورد گزینه­های اصلاحات سلامت ارزش چندانی ندارند. برای پیشبرد اصلاحات سلامت، مجریان اصلاحات باید مسایل مربوط به اجرای هر سیاست را در زمینه خاص کشور خود به صورتی واقع­بینانه در نظر بگیرند. در سرتاسر این مجموعه سعی ما بر این است که آنان را در این کار یاری دهیم.

در نهایت ماهیت چرخه­ای شکل 1-2 بر نکته­ای که در بخش اول اشاره شد، تأکید می­کند. مسایل نظام مراقبت سلامت ندرتاً به صورت یکباره و برای همیشه قابل حل است (البته اگر اصلاً چنین چیزی امکان داشته باشد). با متحول شدن کشورها، نظام­های مراقبت سلامت آنها نیز باید به چالش­های جدید پاسخ دهند. علاوه بر این، اصلاحات موفق اغلب انتظارات عمومی را بالا می­برد و به این ترتیب باعث افزایش تقاضا برای اصلاحات بیشتر می­شود. اما فرایند اصلاحات نیز ناکامل است. مجریان اصلاحات اغلب با پیامدهای ناخواسته­ای مواجه می­شوند و نقایصی را در طرح­های خود کشف می­کنند که در ابتدا مشخص نبوده­اند. به این دلایل چرخه اصلاحات معمولاً دوباره و دوباره تکرار می­شود. اکنون بیایید با هم به هر مرحله از چرخه اصلاحات سلامت و وظایف ضروری مورد نیاز در هر مرحله، نگاهی جامع­تر بیاندازیم.

**2) چرخه سیاستگذاری**

**1-2) مرحله اوّل: بیان مسأله**

یکی از مهم­ترین مراحل اصلاحات بخش سلامت که بیش از همه از آن غفلت می­شود، بیان مسأله است. نظام­های مراقبت سلامت صدها نوع آمار درباره عملکرد خود ارایه می­دهند. اما کدام یک از آن­ها کانون مناسبی برای توجه عمومی است؟ چه زمانی عملکرد «مسأله­زا» است و از این رو هدفی مناسب برای اصلاحات به شمار می­آید؟ آنچنانکه در بخش اول بیان کردیم، اغلب برخی انواع شوک یا بحران، آغازگر فرایند اصلاحات است. اما حتی در این شرایط نیز منافع متضاد معمولاٌ درباره بیان مسأله و اجزای تشکیل دهنده راه­حل مناسب، نظرهای متفاوت دارند.

به مثال فرضی زیر توجه کنید. کشوری با درآمد متوسط را در نظر بگیرید که از رکود اقتصادی منطقه­ای رنج می­برد. استدلال سازمان مدیریت و برنامه­ریزی و یا وزارت اقتصاد و دارایی آن است که بخش سلامت سهم زیادی از بودجه محدود دولت را مصرف می­کند، درحالی که به نظر انجمن­های پزشکان، «مسأله» اصلی، افت کیفیت مراقبت سلامت به دلیل هماهنگ نبودن افزایش حقوق پزشکان با نرخ تورم است. در همین زمان مدیران صندوق­های بیمه اجتماعی ادعا می­کنند «مسأله» این است که دولت سهم خود را به بیمه­های بازنشستگی پرداخت نمی­کند. استدلال انجمن مدیران بیمارستان­ها هم این است که ناتوانی در تأمین سرمایه برای فناوری­های جدید «مسأله واقعی» است. گروهی که بتواند تعریف خود از مسأله را به عنوان مبنای بحث اصلاحات بر کرسی بنشاند. بر راه­حل­های متعاقب و سیاست­های پذیرفته شده تأثیر بسیار خواهد گذاشت.در اندیشیدن به بیان مسأله می­توان دو گونه پرسش مطرح کرد. نوع اول پرسش­هایی هنجاری یا توصیه­ای[[46]](#footnote-46) است: معنای خوب تعریف کردن مسأله چیست؟ چه چیزی باعث می­شود که عملکرد ضعیف در حیطه­ای، نسبت به حیطه­های مشابه، اولویتی مناسب­تر تلقی شود؟ پاسخ دادن به این پرسش­ها پای اخلاق و فلسفه را به میان می­کشد. در این قسمت، مختصری راجع به این موضوع صحبت خواهد شد؛ بحثی جامع­تر در مورد جنبه­های اخلاقی اصلاحات بخش سلامت در بخش 3 ارایه شده است.

نوع دوم، پرسش­های تجربی یا توصیفی[[47]](#footnote-47) است: کدام فرایندهای اجتماعی، دریافت ما را از مسایل شکل می­دهند؟ عوامل تعیین کننده بیان مسأله که مجریان اصلاحات با آن­ها مواجهند، کدام است؟ در بخش 4 به چگونگی شکل­گیری بیان مسأله و چگونگی اراده ابعاد سیاسی اصلاحات بخش سلامت خواهیم پرداخت.

همچنان که پیش از این ذکر شد، رویکرد توصیه­ای به بیان مسأله بر این دیدگاه استوار است که بخش سلامت را باید به عنوان یک دید و نه یک هدف؛ و مسایل را نیز باید به صورت پیامد تعریف کرد. آنچنانکه در بخش بعد توضیح داده خواهد شد، نظریه­های اخلاقی مختلف دیدگاه­های متفاوتی در این زمینه ارایه می­کنند که کدام پیامدها بیشترین اهمیت را دارند. با وجود این، در بخش 5 در مورد مجموعه خاصی از اهداف عملکردی بحث خواهیم کرد که معتقدیم بازتاب دیدگاه­های اخلاقی عمده مرتبط با اصلاحات بخش سلامت است. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت جامعه است. افراد چقدر عمر می­کنند، چه ناتوانی­هایی دارند و این ناتوانی­ها در گروه­های جمعیتی مختلف چه تفاوت­هایی دارند؟ دومین مجموعه از پیامدها میزان رضایتمندی است که مراقبت­های سلامت در میان شهروندان جامعه به وجود می­آورد. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت در برابر خطرات مالی است: توان نظام مراقبت سلامت برای حفاظت افراد در برابر فشارهای خطیر مالی که ممکن است به سبب بیماری­ها پدید آید. به این موارد و دفاع از آن­ها به صورت تفصیلی خواهیم پرداخت.

قبول تمرکز بر پیامدهایی که ما بر آن­ها تأکید داریم ممکن است برای برخی از مجریان اصلاحات بخش سلامت دشوار باشد. افرادی که تعهد قوی نسبت به سیاستی خاص دارند و طرفداران آن هستند، اغلب فرایند اصلاحات را با راه­حل موردنظر خود شروع می­کنند. به گفته یک ضرب­المثل «برای کسی که چکشی به دست دارد، همه چیز شبیه میخ به نظر می­رسد». این افراد طرفدار پذیرش اعتبارات رقابتی برای بیمه­های سلامت، گسترش پزشکی خانواده، خودگردانی بیمارستان­ها یا مواردی از این قبیل هستند، بدون آنکه توضیح بدهند این سیاست­ها چگونه باعث ارتقای کارکرد نظام سلامت خواهد شد. علاوه بر این، بسیاری از افراد در حکومت عادت نکرده­اند که عمکردنگر[[48]](#footnote-48) باشند. در عوض تمرکز آن­ها بر هزینه کردن بودجه­ها، دست یافتن به هدف­های تولید یا تبعیت از قوانین است. برای این افراد، مسایل به صورت ناتوانی در عمل کردن به هنجارها یا قوانین خاص تعریف می­شود و نه پیامدهای آنچه انجام شده با انجام نشده است.

ما بر مبنای تجارب خود در سرتاسر جهان دریافته­ایم که عادت­های ذهنی قدیمی‌به سختی کنار گذارده می­شوند. آنچنان که تی.اس.کان[[49]](#footnote-49)، متخصص تاریخ علم، توضیح می­دهد، عموماً این تصورات قالبی و پایه­ای ما (که او آن­ها را الگو [پارادایم] می­نامد) است که تفکرات ما را در مورد مسأله­ای خاص شکل می­دهد. تأکید ما بر تحلیل شفاف وسیله- هدف و تفکر نقادانه راهبردی، نشان­دهنده یک «تغییر الگو»[[50]](#footnote-50) و یا راهی جدید برای تفکر در مورد اصلاحات بخش سلامت است. ما نسبت به ارزش تمرکز بر پیامدها – هرچند ممکن است در ابتدا به نظر نامناسب و دشوار برسد- متقاعد شده­ایم. این دیدگاه، مجریان اصلاحات را وادار می­کند که هدف­های نهایی را مشخص کنند و اصلاحات پیشنهادی را با آن هدف­ها پیوند دهند. در نتیجه احتمال بیشتری وجود دارد که مجریان اصلاحات شفاف و صریح عمل کنند و خود به نقد هدف­های خود بپردازند به صورتی که امکان دست یافتن به هدف­ها- هرچه باشند- افزایش پیدا کند.

این دیدگاه به مشخص شدن نقش داده­ها در تعریف مسایل و تعیین اولویت­ها کمک می­کند. برخی از برنامه­ریزان بخش سلامت چنین استدلال می­کنند که تنها چیزی که شخص از برنامه­ریزان بخش سلامت چنین استدلال می­کنند که تنها چیزی که شخص برای تبیین مسایل به آن نیاز دارد، داده­های خوب و مناسب است. با این همه، به عنوان موضوعی توصیفی، عملکرد در دنیا چنین نیست. بسیاری از اصلاحات دنیا، بدون داده­های خوب و مناسب به پیش می­رود. از بسیاری مسایل کاملاً مستند در برنامه­های اصلاحات غفلت می­شود. به عنوان مثال، تنگدستی مالی شدید کشاورزان خرده پای چینی که دچار بیماری­های جدی می­شوند امری کاملاً مشخص است، اما از سوی سیاستگذاران این کشور مورد توجه قرار نمی­گیرد.

علاوه بر این، بر مبنای یک دیدگاه توصیه­ای، داده­ها به تنهایی نمی­توانند مسایل و اولویت­های اصلاحات سلامت را به طور کامل مشخص کنند. هرگونه تصمیم­گیری سیاسی باید به صورت آشکار یا ضمنی، هم بر دانش و هم بر اخلاق تکیه داشته باشد. به عنوان مثال زنان در اکثر کشورها طول عمری بیشتر از مردان دارند (گزارش برنامه توسعه سازمان ملل متحد[[51]](#footnote-51)، سال 2000). این داده به تنهایی معرف بی­عدالتی­هایی که سیاست­های عمومی‌باید در پی اصلاح آن­ها باشد نیست.

با این حال داده­ها نقشی بسیار حیاتی ایفا می­کنند. اطلاعات به تنهایی نمی­تواند جایگاه­ها و جبهه­گیری­های متضاد مبتنی بر تفاوت­های ارزشی واقعی و اصیل را آشتی دهد، اما درک علمی، به تعریف و مشخص شدن گزینه­ها و روشن شدن پیامدها کمک می­کند. داده­ها می­توانند به تبدیل کردن اختلاف­نظر­ها به درکی مشترک و قابل اعتمادتر از گزینه­های موجود کمک نمایند. به همین دلیل ما معتقدیم که متخصصان، مسؤولیت ویژه­ای در کمک به درک فرایند سیاسی اصلی در اصلاحات سلامت دارند. در غیر این صورت، افسانه­ها، ایدئولوژی­ها و منافع گروهی غالب خواهند شد و مباحثات را پیش خواهند راند.

یک کاربرد مهم داده­ها در فرایند بیان مسأله از طریق فرایندی به نام «الگوبرداری مبنا یا مقایسه با ملاک­ها»[[52]](#footnote-52) صورت می­گیرد –اصطلاحی که از ادبیات مدیریت کیفیت گرفته شده است. در صنعت، مدیران زمانی که به بررسی هزینه­ها، میزان­های نارسایی یا بهره­وری کارهای رقابتی می­پردازند تا سطوح عملکردی را که منطقاً می­توان انتظار دستیابی به آن را داشت تعیین کنند، از الگوبرداری مبنا استفاده می­کنند. در اصلاحات بخش سلامت، الگوبرداری مبنا به معنای نگاه کردن به کشورهایی است که درآمد و سطوح هزینه­های مشابهی با کشور ما دارند، اما عملکرد نظام سلامت آن­ها اثر بخش­تر است. بر این مبنا، مجریان اصلاحات در تایلند ممکن است از این نکته تعجب کنند که چرا امید به زندگی در سریلانکا با وجود هزینه‌های کمتر برای مراقبت سلامت بیشتر است و از این واقعیت برای متمرکز ساختن تعریف مسائل خود استفاده کنند. کشورهای آمریکای لاتین نیز می­توانند برای تعیین اهداف خود به آمارهای سلامت کوبا و کاستاریکا نظری بیفکنند. علی­رغم وجود تفاوت میان کشورها، مبناها یا ملاک‌های بین المللی، نقطه شروع مفیدی برای بحث در مورد مسائل عملکردی است (انواع دیگری از الگوبرداری مبنا هم وجود دارد؛ این مطب به صورتی گسترده­تر در پایان بخش 6 مورد بحث قرار خواهد گرفت).

**2-2) مرحله 2: تشخیص علل مسایل بخش سلامت**

درست مثل یک پزشک که از نشانه‌های بیماری به علل آن می­رسد، برای اصلاحات بخش سلامت نیز باید یک سفر تشخیصی[[53]](#footnote-53) انجام داد (به بخش 7 مراجعه کنید). پس از تعریف مسائل بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی عبارت است از تلاشی واپس­نگر برای شناسایی عوامل ایجاد کننده نتایج غیررضایت­بخش. پزشکان در این موارد به بررسی آناتومی و فیزیولوژی می­پردازند و مجریان اصلاحات بخش سلامت نیز باید از طریق جستجو در آنچه ما آن­ها را پنج اهرم کنترل بخش سلامت می­نامیم، به بررسی علل مسائل بپردازند.

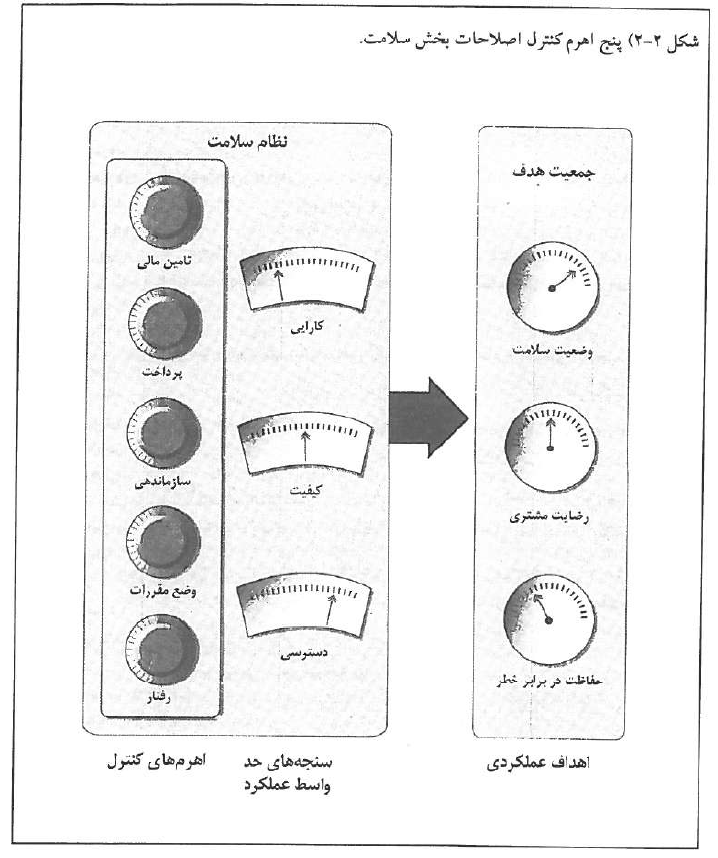
این کار ساده نیست. یک متخصص برجسته ژاپنی در زمینه ارتقای کیفیت چنین استدلال می­­کند که در فرآیند تشخیص برای جستجوی عللی که در زیر، ماورا یا پشت مشکلی آشکار قرار دارند، فرد باید 5 بار از خود بپرسد: «چرا؟».

چالش پیش رو، جستجوی عمقی و عمقی­تر برای فهم این مسأله است که چرا نظام این­گونه رفتار می­کند.

به عنوان مثال پژوهشگران علاقمند به توضیح مسأله هزینه­های بیش از انتظار مراقبت سلامت در مناطق شهری چین، دریافتند که مصرف برخی داروهای خاص در این مناطق به صورتی غیر عادی بالاست. انجام «سفر تشخیصی» در این زمینه، موارد زیر را آشکار ساخت:

* دولت چین در پاسخ به فشارهای بودجه­ای، پرداخت به بیمارستان­ها را به صورتی قابل ملاحظه کاهش داده بود.
* در نتیجه بیمارستان­ها ناگزیر به پرداخت­های بیماران یا پرداخت­های صندوق‌های بیمه (که کارگران دولتی و صنعتی را پوشش می­دهند) متکی شده بودند.
* بازپرداخت‌های بیمه، تصویربرداری­های با فناوری بالا و توزیع جدیدترین داروها را اقدامی‌بسیار سودآور ساخته بود.
* بر اساس روش طب سنتی چین، بیمارستان­ها داروهای تجویز شده از سوی پزشکان را مستقیماً خود به بیماران می­فروختند. بیمارستان­ها بیشتری حجم مراقبت­های سرپایی را نیز بر عهده داشتند.
* برای تأثیرگذاشتن بر پزشکان، بیمارستان­ها بر مبنای میزان سودی که از نسخه نویسی پزشکان عایدشان می­شد، شروع به دادن پاداش به پزشکان کردند.

در نتیجه میزان تجویز پرسودترین داروها به صورتی قابل­ملاحظه افزایش یافت. درک این فرایند به خودی خود نمی­تواند «درمانی» برای برطرف ساختن این «بیماری» تجویز کند و هر کس ممکن است تغییر در یکی از این موارد را پیشنهاد کند: اعتبارات بیمارستان­ها، نظام بیمه، فهرست قیمت­ها، برنامه­های پاداشی به پزشکان یا مقررات دارویی. اما به هر حال تشخیص علل مسأله گامی ضروری برای ابداع پاسخی مؤثر است.



**2-2-1) پنج اهرم کنترل اصلاحات بخش سلامت**

برای تسهیل فرایندهای تشخیص و تدوین سیاست در اصلاحات بخش سلامت، ما در سرتاسر این مجموعه به پنج اهرم کنترل اشاره کرده­ایم. این پنج مورد در برگیرنده سازوکارها و فرایندهایی است که مجریان اصلاحات می­توانند برای ارتقای عملکرد نظام به انطباق آن­ها با شرایط خود بپردازند. همه علت­های مهم، جزئی از اهرم­های کنترل نیستند، زیرا ممکن است با اصلاحات بخش سلامت قابل تغییر نباشند (شکل 2-2). انتخاب پنج دسته حیاتی برای نظام سلامت (پنج اهرم کنترل) منعکس کننده قضاوت ما درباره مهم­ترین عواملی است که تعیین­کننده پیامدهای نظام سلامت هستند و اینکه چگونه می­توان آگاهانه از این عوامل برای تغییر پیامدهای مذکور استفاده کرد. ما در اینجا به صورتی مختصر این پنج اهرم کنترل را معرفی می­کنیم؛ این عوامل در بخش دوم مجموعه به ضروت تفصیلی بررسی خواهند شد.

«اهرم کنترل» نظام سلامت چیست؟ ما این عبارت را به عنوان یک استعاره به کار می­بریم. بیایید تغییر عملکرد یک نظام تا حدی پیچیده را از طریق روش­های موردنظر برای ایجاد یک نتیجه خاص در نظر بگیریم. به عنوان مثال خلبانان هواپیمایی بزرگ به منظور دستیابی به ارتفاع و سرعت مطلوب و صرفه­جویی در مصرف سوخت و برای رسیدن سریع و مطمئن به مقصدی خاص از ابزارهای کنترلی مختلف استفاده می­کنند؛ یا اپراتورهای اتاق کنترل کارخانه نورد فولاد را در نظر بگیرید که مراحل مختلف فرایند تولید را کنترل می­کنند: دمای کوره و هوایی که به آن وارد می­شود و ترکیب مواد خامی‌که فرآوری می­شوند. در هر کدام از این موارد، وضعیت­هایی که مدیران برمی­گزینند، نحوه کار سیستم و آنچه را باید تولید شود تعیین می­کند.

به همین صورت، به نظر ما اهرم کنترل نظام سلامت چیزی است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین کننده علّی و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد. به بیان دیگر اهرم­های کنترل نشان­دهنده جنبه­های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات سلامت در آن­ها تغییراتی ایجاد می­شود. البته هر چیزی که برای عملکرد نظام سلامت مهم باشد اهرم کنترل نیست؛ چیزی که به عنوان جزئی از اصلاحات بخش سلامت نمی­توان در آن تغییری ایجاد کرد، اهرم کنترل نیست. از طرف دیگر هر چیزی هم که اصلاحات سلامت بتواند آن را تغییر دهد اهرم کنترل نیست؛ تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین کننده قابل ملاحظه­ای داشته باشد، اهرم کنترل محسوب می­شوند.

ایده اهرم­های کنترل نظام سلامت و وضعیت­های قابل تعدیل برای ایجاد تغییر در عملکرد نظام سلامت، رویکرد ما را از دیگر توصیف­های ساده در مورد نظام­های سلامت مجزا می­کند. به عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی سلامت سال 2000[[54]](#footnote-54) خود، نظام­های سلامت را به این صورت توصیف می­کند:«...آنچه برای دستیابی به هر هدفی، انجام می­دهند؛ یا اینکه برخی از کارکردهای خاص را برای دستیابی به اهداف چگونه انجام می­دهند». این رویکرد برای توصیف چگونگی سازماندهی نظام­های سلامت مختلف و برای مقایسه مشخصات این نظام­ها مفید است. در مقابل، رویکرد ما بر نظریه توسعه و رویکردهای مبتنی بر شواهد به تغییر نظام­های سلامت به منظور ارتقای عملکرد آن­ها متمرکز است. انتخاب پنج مقوله حیاتی برای اصلاحات نظام سلامت (همان پنج اهرم کنترل) نشانگر قضاوت ما در مورد مهم­ترین عوامل تعیین­کننده پیامدهای نظام سلامت و عواملی است که می­توان از آن­ها برای تغییر دلخواه پیامدهای استفاده کرد.

این اهرم­های کنترل به ناچار تا حدودی بر پایه قضاوت و ترجیح خود ما استوارند. راه­های دیگری نیز برای بحث در مورد نظام­های سلامت وجود دارد که ما در مقدمه بخش دوم این مجموعه در مورد آن­ها بحث خواهیم کرد. با این حال ما قویاً معتقدیم چارچوب پنج­گانه­ای که ایجاد کرده­ایم، ابزاری مفید برای دسته­بندی علل احتمالی مسایل عملکردی و کاوش گزینه­های موجود برای حل این مسایل خواهد بود. در اینجا فهرستی از اهرم­های کنترل مورد نظر ما همراه با توصیفی خلاصه برای هر کدام ذکر می­شود:

* **تأمین مالی[[55]](#footnote-55):** یعنی همه سازوکارهای افزایش پولی که برای فعالیت­های بخش سلامت پرداخت می­شود. این سازوکارها عبارتند از مالیات، حق بیمه و پرداخت­های مستقیم توسط بیماران. طراحی مؤسسات جمع­آوری کننده پول (به عنوان مثال شرکت­های بیمه و صندوق­های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت­های مختلف (بخش 8) نیز بخشی از این اهرم کنترل است.
* **پرداخت[[56]](#footnote-56):** یعنی روش­های مربوط به انتقال پول به ارایه­کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان­ها و کارکنان بهداشت عمومی) از قبیل دستمزد ثابت[[57]](#footnote-57)، کارانه، پرداخت سرانه[[58]](#footnote-58) و بودجه. این روش­ها به نوبه خود ایجاد انگیزه­هایی می­کنند که بر چگونگی رفتار ارایه­کنندگان تأثیر می­گذارد. پول پرداخت شده به صورت مستقیم توسط بیماران نیز در این اهرم کنترل می­گنجد (بخش 9).
* **سازماندهی[[59]](#footnote-59):** سازوکارهایی که مجریان اصلاحات برای تأثیر گذاردن بر مجموعه­ای مختلط از ارایه­کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار بازارها، نقش­ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارایه­کنندگان از آن­ها استفاده می­کنند. این سازوکارها عبارتند از اقداماتی که بر رقابت تمرکز­زدایی و کنترل مستقیم ارایه­کنندگانی که به ارایه خدمات دولتی می­پردازند، تأثیر می­گذارند. این امر موارد زیر را شامل می­شود: چه کسی چه کاری را انجام می­دهد، چه کسی با چه کسی رقابت می­کند و نیز جنبه­های مدیریتی کارکرد داخلی ارایه­کنندگان از قبیل چگونگی انتخاب مدیران و چگونگی پاداش­دهی به کارکنان (بخش 10).
* **وضع مقررات[[60]](#footnote-60):** یعنی استفاده از اقدامات وادارکننده و الزام­آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارایه­کنندگان مراقبت سلامت، شرکت­های بیمه و بیماران. لازم به ذکر است اینکه مقرراتی صرفاً در مجموعه قانون نوشته شده باشد، به این معنی نیست که به کار گرفته می­شود و مورد پذیرش نیز هست. ما به مواردی توجه داریم که مجریان اصلاحات باید آن­ها را در نظر بگیرند تا رعایت مقررات به صورتی که انتظار می­رود تضمین شود (بخش 11).
* **رفتار[[61]](#footnote-61):** شامل اقداماتی برای تأثیر گذاشتن بر کارهایی است که افراد (هم ارایه­کنندگان و هم بیماران) در ارتباط با سلامت و مراقبت سلامت انجام می­دهند. این اهرم کنترل موارد مختلفی را از برنامه­های رسانه­های گروهی در مورد سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی/ایدز و استفاده از انجمن­های پزشکی برای تأثیر بر رفتار پزشکان گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان را برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارایه­کنندگان شامل می­شود (بخش 12).

«شرایط» در این اهرم­های کنترل بسیاری از جنبه­های عملکرد نظام سلامت را توضیح می­دهند. تأمین مالی مشخص می­کند که چه منابعی در دسترس است. پرداخت مشخص می­کند که این منابع به چه صورتی در اختیار ارایه­کنندگان قرار می­گیرد. سازماندهی نوع سازمان­های موجود ارایه­کنندگان و ساختار داخلی آن­ها را تعیین می­کند که آن هم به نوبه خود چگونگی عملکرد این سازمان­ها را شکل می­دهد. مقررات برای رفتارها محدودیت­هایی قائل می­شود. در نهایت تلاش­ها برای تغییر رفتار بر چگونگی پاسخدهی افراد به سازماندهی­های بهش سلامت تأثیر می­گذارد که آن هم به نوبه خود فرصت­هایی را که سازمان­ها با آن­ها مواجه هستند شکل می­دهد.

با این حال اهرم­های کنترل همه چیزها را توضیح نمی­دهند. سایر عوامل فرهنگی و ساختاری نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می­گذارند. به عنوان مثال درک علت عدم کارکرد مؤثر نهادهای واضع مقررات و ناظر در کشور ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت­های فرهنگی آن کشور و از جمله سرمایه­های اجتماعی آن باشد. اینها عواملی هستند که مجریان اصلاحات بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آن­ها نیستند.

نیروهای موجود در سایر بخش­ها نیز آنچنان که در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در مورد اقدامات بین بخشی برای سلامت نشان داده شده است، بر وضعیت سلامت جمعیت تأثیر می­گذارند. به عننوان مثال وضعیت سلامت قویاً تحت تأثیر نظام آموزشی، به ویژه آموزش زنان و دختران قرار دارد. پژوهش­ها نشان می­دهند که مادری تحصیل کرده در جنوب هند با احتمال بیشتری قادر است بیماری کودکش را تشخیص دهد و در چارچوب خانواده برای او کاری انجام دهد و او را به درمانگاه ببرد. تدوین سیاست­های مربوط به کشاورزی و صنعت نیز از طریق مسیرهای مختلفی از جمله مواجهه با آفت­کش­ها، تولید درآمد، دسترسی به غذا و اثرات تغذیه­ای بر وضعیت سلامت تأثیراتی هم مثبت و هم منفی می­گذارد پروژه­های توسعه منابع آب از طریف تغییرات محیطی که بر زیستگاه ناقلین بیماری­های گرمسیری تأثیر می­گذارند، در سلامت جمعیت مؤثر است. به عنوان مثال تأثیر احداث سدهای جدید بر گسترش شیستوزومیاز امری است که بر اثر تجارت بین­المللی در مصر، سودان، تانزانیا، زیمباوه و دیگر کشورها به خوبی شناخته شده است. سیاست­های اقتصادی کلان نیز تأثیرات متفاوتی بر وضعیت سلامت در کشورهای در حال توسعه دارند؛ نمونه این امر را می­توان در بحث پیرامون سیاست­های تعدیل ساختاری در دهه 1980 پیدا کرد.

ما با کسانی که استدلال می­کنند رویکرد جامعه برای ارتقای سلامت نیازمند همکاری و هماهنگی بین بخشی است موافق هستیم؛ با این حال مجبور بوده­ایم که محدوده­ای برای خود تعیین کنیم و بنابراین در این مجموعه نقش عوامل خارج از بخش سلامت را مدنظر قرار نداده­ایم. با این حال درک نقش چنین عواملی می­توان به مجریان اصلاحات سلامت در زمینه فهم مسایلی که با آن­ها مواجهند کمک کند. مهندسانی که به طراحی اتومبیل می­پردازند نمی­توانند نیروی جاذبه زمین را تغییر دهند، اما مجبورند اثرات آن را در نظر داشته باشند. ما در آغاز بخش دوم مجموعه بار دیگر به این مبحث خواهیم پرداخت؛ جایی که به معرفی اهرم­های کنترل می­پردازیم و ذکر می­کنیم که چه قسمت­هایی را در برمی­­گیرند و از چه قسمت­هایی غفلت می­کنند.

**2-3) مرحله سوم: تدوین سیاست**

هنگامی‌که علل پدید آمدن یک مسأله شناسایی شد، سؤال بعدی که مطرح می‌شود این است که چه باید کرد؟ درمان صحیح این مسأله چیست؟ چه سیاست مناسبی می­توان برای رفع این علل اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست مشکل­تر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در این قسمت ما نخست به این موضوع می‌پردازیم که چرا تدوین سیاست­های جدید دشوار است و این سیاست­ها از کجا ناشی می­شوند. همچنین می­خواهیم به توضیح این نکته بپردازیم که چرا در هنگام طراحی سیاست‌ها باید به مراحل بعدی چرخه سیاستگذاری از جمله مداخلات سیاسی، اجرا و ارزشیابی نیز توجه داشت. در نهایت این نکته را مد نظر قرار می­دهیم که چگونه فرایند انتخاب هر سیاست بر آنچه در مراحل بعدی چرخه سیاستگذاری رخ می دهد، تأثیر می­گذارد.

**2-3-1) ایده­های جدید**

تفکر انسانی قویاً تحت­الشعاع پندارها و عادت­هاست. پیش از این ذکر شد که چگونه «الگو»های غالب به چگونگی مطرح شدن سؤالات، نوع شواهد قابل قبول و نوع پاسخ­های مناسب و شایسته شکل می­دهند. حرفه­های مختلف معمولاً اعضای خود را با یک الگوی خاص آموزش می­دهند و این راه­های فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت می‌کنند. به­عنوان مثال اقتصاددانان تمایل دارند به همه چیزها به زبان قیمت و بازار نگاه کنند، در حالی که متخصصان بهداشت عمومی‌تا حد زیادی بر همه­گیرشناسی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی‌که سازمان­های قدرتمند الگویی خاص را در حیطه­ا‌ی مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مشکل­تر می­شود. به­عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت ایده مراقبت­های اولیه سلامت را برای چندین دهه ترویج کرده است و این کار به صورتی قابل ملاحظه‌ باعث کاهش توجه به دیگر سیاست­های جایگزین شده است.

پس مجریان اصلاحات باید ایده­های جدید را در کجا جستجو کنند؟ یادگیری بین­المللی، رویکردی کمک­کننده است. به­عنوان مثال اگر کشوری بخواهد درمانگاه­های بهداشتی شهری را توسعه دهد، منطقی خواهد بود اگر تجربه سایر کشورها در مورد این­گونه درمانگاه­ها و درس­های فراگرفته شده از موفقیت­ها و شکست­های آن­ها را بررسی کند. به طور قطع از آنجا که شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در آن کشورها متفاوت­اند، لازم است ایده­های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی سازگار شود. اما از آنجا که حجم تجارب مربوط به سیاست­ها در سرتاسر جهان در سال­های اخیر قابل ملاحظه بوده است، تجارب بین­المللی نقطه شروع مناسبی برای کار اصلاحات است.

ابتکار و نوآوری سیاست­ها در خارج از بخش سلامت منبعی دیگر برای ایده­های جدید به شمار می­روند. به­عنوان مثال در بنگلادش سازمان غیردولتی کمیته پیشرفت روستایی بنگلادش[[62]](#footnote-62) برنامه‌ای را برای تأمین مالی خرد[[63]](#footnote-63) به کار گرفته که وام­هایی را به گروه‌های کوچک خواستار شروع فعالیت­های درآمدزا اعطا می­کند. این پول­ها در سطح جامعه و از طریق وام­های در گردش ارایه می­گردد که توسط سازمان­های روستایی (که عمده اعضای آن­ها را زنان تشکیل می‌دهند) اداره می­شود. ایده صندوق در گردش که در سطح جامعه اداره شود، امروزه به­عنوان رویکردی برای تأمین مالی بیمه­های سلامت به صورت مبتنی بر جامعه \_که در بخش ۸ بیشتر مورد کنکاش قرار می‌گیرد\_ مدنظر است. همچنین، ما در بحث خود پیرامون بازاریابی اجتماعی در بخش ۱۲ به مرور این نکته خواهیم پرداخت که چگونه می‌توان ایده­های ایجاد شده در پس زمینه بازرگانی را در بخش سلامت به کار گرفت.

منبع سوم ایده‌ها مباحث نظری است. ما پیش از این تردید خود را نسبت به استدلال­هایی که از دنیای واقعیت­ها نشأت نمی‌گیرند، بیان کردیم. با این حال مباحث نظری نیز منبع مفیدی برای انگیزش و الهام است، به شرطی که مباحث مربوط به اجرا به میزان کافی مدنظر باشد. به­عنوان مثال مباحث مربوط به «شبه بازارها[[64]](#footnote-64)» و «تفکیک خریدار از ارایه­کننده[[65]](#footnote-65)» از نظریه‌های اقتصادی نشأت گرفته­اند.

**2-3-2)آینده نگری**

به منظور ایجاد طرحی مؤثر برای اصلاحات بخش سلامت، مجریان اصلاحات مجبورند از پیش به فکر مرحله­های تصمیم­گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست­ها را با توجه به آن­ها طراحی کنند (به صورت کامل­تر در بخش ۷ در بحث تشخیص، این نکته را تشریح خواهیم کرد).

بخشی از تفکر آینده­نگر[[66]](#footnote-66) به سیاست مربوط می‌شود (به بخش 4 مراجعه کنید). مجریان فهیم اصلاحات در مورد مقبولیت سیاسی سیاست­هایی که تدوین می‌کنند می‌اندیشند. چرا باید به تدوین طرحی ایده­آل دست زد که احتمال پذیرفته شدن آن اندک است؟

ملاحظات مشابه در مورد اجرای طرح‌ها نیز مطرح است. پیش از این ذکر شد که کشورها از نظر ظرفیت­های اجرایی و نگرش‌های شهروندان نسبت به دولت با یکدیگر متفاوت­اند. به­عنوان مثال مجارستان از چندی پیش پرداخت مبلغی ثابت به بیمارستان‌ها را به ازای هر نوع بستری شروع کرد. در نتیجه بسیاری از بیمارستان‌ها برای افزایش بازپرداخت­های خود تقریباً تمامی موارد زایمان‌ها را «عارضه‌دار» گزارش کردند. بنابراین در کشوری که احتمال دارد ارایه­کنندگان، نظام را به بازی بگیرند، چنین واکنش­هایی باید در طراحی سیاست‌ها در نظر گرفته شود. همچنین برخی درمانگاه­ها در تایلند فقط اطلاعات مربوط به بیماران بسیار بدحال را ثبت می­کنند (آن­طور که یکی از افراد گروه ما در مراجعه به سایت­های آن­ها مشاهده کرد). با توجه به کمبود نیروی انسانی ممکن است این کار استفاده­ای منطقی از منابع محدود به نظر برسد، ولی به این معنی است که برخی از انواع خاص گزینه­ها برای وضع مقررات نیازمند داده­هایی گسترده­تر خواهند بود، در اختیار مجریان اصلاحات سلامت قرار ندارند.

مقوله دیگر اجرایی این است آیا می‌خواهیم سیاستی را فوراً در تمام کشور با مقیاس کامل اجرا کنیم یا اینکه رویکرد ما انجام یک پروژه آزمایشی (پایلوت) محدودتر است. پیش از این ذکر شد که اصلاحات اغلب در زمینه بحران صورت می‌گیرد که فرصتی برای تغییر ایجاد می‌کند. در چنین موقعیت­هایی انجام برنامه­های ابتکاری جسورانه، وسوسه­انگیز و اغواکننده است زیرا توجه عمومی‌بر مسأله متمرکز است و نیروهای حمایتی بسیج شده­اند. از سوی دیگر رویکرد انجام یک پروژه تجربی یا آزمایشی نیز امکان یادگیری را فراهم می‌کند. چرا نباید ایده­ای جدید را ابتدا در چند شهر یا منطقه امتحان کنیم تا پیش از پذیرش آن در سطح ملی، مسایل اجرایی و نقایص منطقی طرح مشخص شود؟

نگاه کردن به نوآوریِ سیاست‌ها به عنوان یک تجربه به سیاستگذاران امکان می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی کنند. به­عنوان مثال در تلاش‌های اخیر در زمینه اصلاحات بیمه‌های سلامت در چین، پیش از نهایی شدن طرح ملی ابتدا 2 و سپس 20 شهرستان در برنامه­های تجربی مختلف وارد شدند. از سویی دیگر، برنامه­های تجربی ممکن است باعث ایجاد انرژی و خوش­بینی شوند و به این ترتیب به میزانی از موفقیت دست یابند که ایجاد آن وقتی برنامه برای پذیرش در سطح کل نظام ارایه می­شود دشوار است. در برخی موارد پروژه آزمایشی هیچ­گاه در مقیاس بزرگ­تر به مرحله اجرا درنمی‌آید و پروژه به­عنوان تجربه­ای محدود با تأثیر اندک به کل نظام سلامت خاتمه می­یابد.

**2-3-3) فرایند طراحی**

وظیفه طراحی طرح­های اصلاحات به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده­های اصلاحات و هم فرایند شکل­گیری این ایده‌ها را دربرمی‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله­ای کلیدی در جلب حمایت­ها برای اصلاحات است. از این رو فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی صحیح و از نظر سیاسی امکانپذیر باشد.

مثال کلاسیک در این مورد که چگونه نباید به طراحی سیاست­ها پرداخت، شکست اصلاحات سلامت در ایالات متحده در دوران ریاست جمهوری کلینتون است. متخصصان فنی این طرح را پشت درهای بسته تدوین کردند، بدون اینکه با گروه‌های عمده ذینفع یا رهبران سیاسی کنگره مشورت کرده باشند. در نتیجه حتی گروه‌هایی که از این اصلاحات سود می‌برند -از قبیل بیمارستان­ها که از محل بیمارانی که سابقاً بیمه نبودند درآمدهای اضافی عایدشان می‌شد- در پشتیبانی از این طرح عملکردی کُند داشتند و هیچ وقت این کار را مشتاقانه دنبال نکردند. همچنین، رهبران قوه مقننه نیز که از فرایند تدوین طرح کنار گذاشته شده بودند، در قبال آن مسؤولیتی احساس نمی­کردند. در نتیجه هیچ یک از کمیته­های کنگره (که همگی تحت کنترل دموکرات­ها بودند) هیچ گاه به ایجاد چارچوب قانونی لازم برای عملی ساختن ایده­های اصلی طرح کلینتون نپرداختند.

آنچنان که در بخش ۷ توضیح خواهیم داد، مشارکت دادن گروه­های با دیدگاه­های مختلف در امر تدوین سیاست ممکن است چه از نظر پیامدهای سیاسی و چه از نظر پیامدهای اخلاقی، کمک‌کننده باشد. دادن نقشی در این فرایند به حامیان بالقوه می‌تواند به تبدیل آنان به پشتیبانان واقعی کمک کند. این فرآیند همچنین می‌تواند زمینه‌ای برای آزمون ایده­های جدید فراهم کند و نگذارد متخصصان تنها در بند شور و شوق خود بمانند. مشارکت دادن کسانی که واقعاً در حال کار در نظام فعلی­اند به ایجاد تغییرات قابل ملاحظه‌ای منجر می‌شود که احتمال اجرای مؤثر را افزایش می‌دهد. البته «مشارکت» بیش از حد هم ممکن است به محدود شدن توان مجریان اصلاحات در رساندن فرایند به جایی که می­خواهند و نیاز است، منجر شود. از این رو مجریان اصلاحات لازم است بر کارکرد روزانه گروه اصلاحات نظارت داشته باشند و مفاد مرجع را برای اعضا و کارکنان گروه کار یا کمیته‌ای که برای تدوین تفصیلی سیاست­ها تشکیل­شده، تعیین کنند. اداره دقیق فرآیندهای طراحی سیاست‌ها نیازمند داشتن مهارت و تجربه مناسب است و می‌تواند کلیدی برای موفقیت اصلاحات در طول زمان باشد.

**2-4) مرحله چهارم: تصمیم­گیری سیاسی**

آنچنان که در شکل 1-2 نشان داده شد، هر مرحله در چرخه سیاستگذاری (از جمله بیان مسأله، تدوین سیاست و اجرا) تحت تأثیر شرایط سیاسی قرار دارد. با این حال پذیرش یک طرح پیشنهادی برای اصلاحات، اغلب بر تصمیم­گیری سیاسی توسط شاخه­های اجرایی و قانونگذار حکومت متمرکز است. از آنجا که در بخش ۴ رابطه شرایط سیاسی و اصلاحات سلامت با تفصیل بیشتری بررسی خواهد شد، در این قسمت تنها به صورت مختصر به این فرایندها می­پردازیم.

اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشوار مواجه است. گروه‌های ذینفع سازمان یافته که منافع زیادی در نظام فعلی دارند (به عنوان مثال پزشکان، صاحبان بیمارستان­ها و صنعت داروسازی) امکان دارد با اصلاحات مخالف باشند. از سوی دیگر، کسانی که قرار است از اصلاحات سلامت سود ببرند (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان) اغلب از قدرت و سازماندهی کمتری برخوردارند. برخی افراد درون نظام سلامت که قرار است به صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مثلاً پزشکان خانواده جدید که باید تربیت شوند) اصلاً ممکن است هنوز وجود نداشته باشند و بنابراین نمی­توانند نقش مؤثری ایفا کنند. همیشه در کشاکش تصمیم­گیری­های سیاسی، آینده سهم کمتری نسبت به گذشته دارد.

قبولاندن اصلاحات بخش سلامت تنها قبول خطرات و تعهد سیاسی (تمایل سیاسی) نیست، بلکه در آن راهبردهای سیاسی مؤثر و ایجاد ائتلاف (مهارت سیاسی) نیز اهمیت دارد. همچون سایر مهارت­ها، مهارت­های سیاسی را نیز می­توان تحلیل و درک کرد و یاد داد و یاد گرفت. داشتن مهارت­های سیاسی برای مجریان اصلاحات سلامت ضروری است. پذیرش هر طرح پیشنهاد شده برای اصلاحات به مهارت، تعهد و منابع طرفداران (و مخالفان) آن و راهبردهای سیاسی که آن­ها به کار می‌گیرند، بستگی دارد.

زیرکی و تیزبینی سیاسی در جهت خدمت به اصلاحات بخش سلامت به هیچ وجه کار غیرشرافتمندانه نیست. وضعیت سیاسی یعنی اینکه حکومت­ها چگونه کار می­کنند و جوامع چگونه تصمیم می‌گیرند. در کشورهای دموکراتیک، موضوع­های سیاسی مبتنی بر قانون و انتخاب مردم نقش کلیدی دارند. در نظام­های تک­حزبی سیاست‌های بروکراتیک نقش مشابهی را ایفا می­کنند. تصمیم­گیری­ها از طریق مجادله در درون دستگاه دولتی صورت می‌گیرند، به این شکل که نهادها و دسته­بندی­های مختلف برای به دست آوردن کنترل با هم می­جنگند. کسی که واقعاً دغدغه دستیابی به نتایج اصلاحات دارد، صرف نظر از نوع نظام حاکم، باید یاد بگیرد سیاسی بیندیشد و راهبردی عمل کند.

وظیفه سیاسی در تمام وضعیت­ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است. آنچنان که در بخش 4 نیز در این مورد صحبت خواهیم کرد، این امر به معنی شناسایی گروه­ها و افرادی است که روی هم رفته از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهاد شده برخوردار باشند. این راهبردها همچنین باید ساختار سازمانی و سیاسی کشور را در نظر گرفته باشند. علاوه بر این، کار سیاسی با پذیرش یک طرف پایان نمی‌یابد، بلکه در اینکه آیا اصلاحات به­صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شوند یا خیر نقش مهمی دارد؛ از اینجا به بعد است که وارد مرحله بعدی چرخه می­شویم.

**2-5) مرحله پنجم: اجرا**

آرون ویلداوسکی[[67]](#footnote-67) محقق آمریکایی علوم سیاسی، معتقد است ایده­های جدید اگر قابل اجرا نباشند چندان ارزشی نخواهند داشت. بسیاری از ایده­های به اصطلاح خوب اصلاحات سلامت شکست خورده­اند، زیرا در عمل ایده­های خوبی نبوده­اند؛ در واقع به این دلیل که قابل اجرا نبوده­اند.

اصلاحات بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر رفتار سازمان­ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ چیز جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال تقریباً همیشه مقاومت در برابر تغییر وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت، روانشناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید غریبه و ناآشنا هستند. صرفاً همین جدید بودن در مورد بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می­کند. ضرب­المثل قدیمی «شیطان آشنا از شیطان غریبه بهتر است» این طرز فکر را نشان می­دهد. مقاومت در برابر تغییر همچنین به این دلیل است که تغییر ممکن است برای گروه‌ها و افراد خاصی توأم با هزینه باشد. یادگیری اقدامات و ترتیبات جدید نیازمند صرف زمان و انرژی است. سلسله مراتب موجود ممکن است به هم بخورند. افرادی که در نظام قدیمی منافعی داشتند ممکن است خیلی ضرر کنند. علاوه بر این، کسانی که در نظام قدیمی‌بیشتر از همه موفق بوده­اند، بیشتر از همه متضرر می­شوند؛ از این رو کسانی که در حال حاضر بیشترین قدرت را دارند، بیش از همه با اصلاحات مخالفت کنند.

نیروی دیگری که مانع از تغییر می­شود، دشواری دست کشیدن از راه­های آشنایی تفکر و اندیشیدن است. الگوهای ریشه‌دار تفکر و رفتار که به آهستگی تکامل پیدا کرده‌اند و در گذشته خوب جواب داده­اند، می­توانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند. علاوه بر این الگوهای جا افتاده تعامل، اغلب قویاً توسط شبکه­ای از انتظارات متقابل حمایت می‌شود. خود این انتظارات به­عنوان مثال تحت تأثیر فرهنگ، طبقه، موقعیت و جنسیت قرار دارند. اگر پزشک بخواهد با پرستار به صورت متفاوت رفتار کند یا بیماری بخواهد به صورت متفاوت با پزشک ارتباط برقرار کند، ممکن است با انواع فشارها برای داشتن رفتار مورد انتظار مواجه شود. برای اکثر ما این پنداشت­ها (همانند بسیاری از جنبه­های فرهنگ ما) غیر محسوس است. با این حال، اجرای اصلاحات سلامت به تغییر برخی از این الگوهای فرهنگی وابسته است؛ فرایندی که ممکن است بسیار دشوار باشد.

غلبه بر مقاومت در برابر تغییر، نیازمند رهبری منطقی و معقول است، ولی این توان رهبری اغلب وجود ندارد. مجریان اصلاحات بخش سلامت (و از جمله وزیران بهداشت یا اقتصاد یا رؤسای سازمان­های مدیریت و برنامه­ریزی) اغلب پزشک، سیاستمدار یا اقتصاددان هستند. عده کمی از آن­ها تجربه مدیریت اجرایی یک سازمان بزرگ را دارند و به ندرت اهمیت مهارت­های مدیریتی را درک می­کنند. پزشکان ارشد دانشگاهی به ویژه به دلیل ماهیت سلسله مراتبی پزشکی در دانشگاه در بسیاری از کشورها از این مهارت­ها بی­بهره­اند. آن­ها اغلب درک نمی­کنند که ارایه توصیه کافی نیست و اصلاحات نظام سلامت با انجام عمل جراحی در اتاق عمل متفاوت است. اجرای اصلاحات سلامت، بسیاری از وظایف پایه سازمانی را در برمی­گیرد: تدوین طرح برای اجرا، سازماندهی گروه برای انجام طرح و تخصیص وظایفی به آنان، ایجاد و هماهنگی برنامه، و همچنین انگیزش و ارایه بازخورد به افرادی که در این فرایند دخیل­اند. با توجه به اینکه وزیرها اغلب کمتر از یک سال و عمدتاً کمتر از 2 سال در سمت خود باقی می‌مانند، شگفت آور نیست که توجه کافی به مقوله اجرا نمی‌شود. البته وقتی هم که به این مسأله توجه می­شود، نتایج حاصله احتمالاً ناامیدکننده است.

برای دستیابی به تغییر واقعی، تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت باید به صورت مستمر باشد و از نزدیک پایش شود تا مسایل شناسایی و اقدامات اصلاحی اعمال گردند. از این رو برقراری نظام گزارش­دهی مناسب کلید موفقیت اجرای سیاست‌هاست. البته در جمع­آوری اطلاعات مرتبط ممکن است مسایل بسیاری ایجاد شود. ارایه­کنندگان برای گزارش نادرست یا حتی دروغ، انگیزه­های قابل­توجه دارند. داده­هایی که دست یافتن به آن­ها به سهولت میسر می‌شود ممکن است عملکردهایی را که اصلاحات به آن توجه دارد نسنجد و در نتیجه انگیزه­هایی برای تغییر نامناسب رفتارها ایجاد شود. از این رو وظیفه کلیدی مجریان اصلاحات، طراحی نظام پایش است که به تعدیل هزینه­ها در برابر کیفیت داده­ها بپردازد و اقدام بر ضد مقاومت و تقلب را تسهیل کند. وجود چنین نظامی، کلید اجرای مؤثر سیاست‌ها و نیز ارزشیابی اصلاحات سلامت به شمار می رود.

**2-6) مرحله ششم: ارزشیابی**

ارزشیابان با تجربه می‌دانند که ارزشیابی موفق باید تا پیش از اجرای هر برنامه جدید شروع شود. تعیین اثرات هر سیاست جدید در تغییر دنیای پیرامون، ذاتاً کاری دشوار است. اغلب این سؤال پیش می­آید که آیا آنچه پیش می‌آید، نتیجه اصلاحات است یا به هر حال باید پیش می­آمده است. از آنجا که جمع‌آوری داده‌ها، منابع محدود اجرایی و سازمانی ما را صرف خود می­کند، باید برای اثربخشی و پایدار بودن فرایند ارزشیابی، مجموعه­ای از تصمیمات راهبردی گرفته شود.

ساده ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد[[68]](#footnote-68) است. این روش تغییر، پیامدها را که طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می­افتد بررسی می‌کند. اما این رویکرد به ارزشیابان امکان شناسایی نقش سایر وقایع یا شرایط را نمی­دهد. به­عنوان مثال ارتقای وضعیت سلامت ممکن است بیشتر به دلیل جهش در رشد اقتصادی باشد تا به دلیل ایجاد برنامه جدید تأمین مالی یا پرداخت پزشکان.

راه­حل کلاسیک این مسأله، تعیین «گروه شاهد» است، یعنی جمعیتی که در معرض برنامه یا سیاست جدید قرار نگرفته، اما با همان روش گروه تحت مطالعه بررسی می­شود. این کار رویکرد «تمایز تفاوت­ها»[[69]](#footnote-69) را که به مقایسه تفاوت­های قبل و بعد از اصلاحات بین گروه شاهد و گروه تحت مطالعه می‌پردازد، امکانپذیر می‌سازد. این رویکرد همراه با یک راهبرد پروژه آزمایشی بهترین کارکرد را خواهد داشت، زیرا پرداختن به صدمات نظام در مقیاس کشوری جایی برای گروه شاهد (که باید تحت تأثیر اصلاحات قرار نگیرد) و مقایسه تغییرات باقی نمی­گذارد.

زمانی که هیچ گروه شاهدی در دسترس نباشد، ارزشیابی چندین گزینه دیگر در اختیار دارد. شاید مناطق مختلف یک کشور از نظر شدت تأثیر متغیرهای مخدوش­کننده بر پیامدها با هم متفاوت باشند. به­عنوان روشی جایگزین، ممکن است کشوری همسایه تا حدودی وضعیت پایه و شاهد را برای ما تأمین کند. لازم است در طراحی فرایند ارزشیابی، به این مسائل دقیقاً توجه شود. اما حتی ساده­ترین مقایسه وضعیت قبل و بعد را برای سیاستی جدید نمی­توان به کار برد، مگر اینکه داده­های خوب مربوط به مرحله «قبل» از اصلاحات وجود داشته باشد. از این رو لازم است مجریان اصلاحات سلامت پیش از اجرای هر سیاست یا برنامه جدید، داده­های پایه­ای مناسبی را جمع آوری کنند.

با وجود اینکه ما در این مجموعه قادر به بررسی بسیاری از مسائل مرتبط با ارزشیابی اصلاحات در بخش سلامت نیستیم، اما به خاطر سپردن چند درس اساسی در مورد نقش داده­ها در ارزشیابی مبتنی بر شواهد برای مجریان اصلاحات الزامی است. اولاً جمع­آوری داده­ها رایگان نیست و معمولا برای داشتن داده­های بهتر باید بیشتر خرج کرد. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه­ها و مفید بودن داده­ها تعادل برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده­ها مربوط به کسانی است که گزارش‌ها را تهیه می‌کنند. اگر تأمین داده­های خوب پرهزینه باشد، داده‌های نامناسبی گردآوری خواهد شد. به­عنوان مثال مطالعه­ای بر روی داده­های مربوط به بخش زایمان در منطقه­ای در شمال غنا با مسایل متعددی در مورد کیفیت داده­ها مواجه شد، زیرا بخش عمده‌ای از اطلاعات جمع­آوری شده «دقتی مشکوک و مورد تردید» داشت قابله­ها ذکر می­کردند که ثبت داده­ها برایشان وقت­گیر است، ارقام جز در قالب گزارش سالیانه، تجزیه و تحلیل نمی­شد و بنابراین به نظر می­رسید تلاش‌ها ارزش چندانی نداشته باشد. پژوهشگران چنین نتیجه گرفتند که با هشدار دادن و تکلیف کردن به پرستاران برای انجام بهتر کار جمع­آوری داده­ها احتمال موفقیت وجود ندارد، زیرا این اطلاعات پیامدهایی مثبت یا منفی برای پرستاران مشارکت­کننده در طرح نداشتند. به­طور خلاصه برای پرستاران هیچ دلیلی وجود نداشت که وقت و انرژی خود را برای جمع­آوری بهتر اطلاعات صرف کنند.

ثالثاً جمع‌آوری حجم زیادی از داده­ها امکان پذیر است. جمع­آوری بیش از حد داده­ها منجر به ایجاد «گورستان‌های داده­ها» می­شود که در آن­ها توده­هایی از داده­های «مرده» جمع­آوری می­گردد که به دلیل زیاد بودن، تحلیل آن­ها دشوار و حتی غیرممکن می­شود. پرسشی کلیدی که هر مدیری باید هنگام پیشنهاد اقدام برای جمع­آوری داده­ها بپرسد این است که «وقتی من این داده­ها را داشته باشم، چطور از آن­ها استفاده خواهم کرد؟» داده­هایی که با تصمیم­گیری­های واقعی ارتباط ندارند، احتمالاً از سوی افراد پرمشغله­ای که فرصت نگاه کردن به آن­ها را هم ندارند، به بوته فراموشی سپرده خواهند شد.

یکی از راهبردها برای دستیابی به اطلاعات قابل اعتماد، استفاده از داده­هایی است که سازمان‌ها برای مقاصد خود جمع‌آوری می‌کنند. احتمال جمع­آوری و ثبت دقیق این داده­ها بیشتر است، زیرا مدیران برای اداره سازمان به آن­ها احتیاج دارند. در برخی کشورها داده­های مربوط به فهرست حقوقی، مدارک کارکنان یا مدارک هنگام ترخیص از بیمارستان ممکن است نسبتاً دقیق باشند. زمانی که چنین موارد ثبت شده­ای وجود دارد، گزارش به سازمان­های دولتی به صورت بالقوه، با توجه به منابع قابل بررسی دقیق است و این فرآیند می‌تواند صحت و دقت گزارش‌دهی را افزایش دهد.

در مجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان اصلاحات سلامت باشد. برای ارزشیابی نمی­توان صبر کرد ابتدا برنامه اجرا شود. داده­های پایه­ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شود و نظام­های اجرایی باید طوری طراحی شود که ارزشیابی را مد نظر داشته باشد. پیامدهای ناخواسته در اصلاحات بخش سلامت شایع است. برای تمایز قائل شدن (بین پیامدهای اصلاحات و پیامدهایی که ارتباطی با اصلاحات ندارند)، مجریان اصلاحات سلامت باید ارزشیابی را به­صورتی جدی انجام دهند تا چنین پیامدهایی شناسایی و برطرف شوند. نکته جالب آن است که مجریان اصلاحات، زمانی خوب انجام شدن ارزشیابی را در می­یابند که داده‌های گردآوری‌شده مسایل جدیدی را نشان دهد و لازم باشد کل چرخه سیاستگذاری از ابتدا آغاز شود.

**3) خلاصه**

در این بخش مقدمه­ای در مورد چرخه سیاستگذاری اصلاحات بخش سلامت ارایه شد. در بخش­های بعدی ما به بررسی برخی ابعاد انتخاب شده از این چرخه با تفصیل بیشتر و با تمرکز بر ۵ موضوع عمده خواهیم پرداخت:

**مرحله ۱: بیان مسأله**

نظام­های سلامت واکنش­هایی اجتماعی به مسایل اجتماعی­اند. بیان مسأله و تعیین اولویت‌های اصلاحات سلامت همواره بر پایه انتخاب­های ارزشی صورت می­گیرد. ما معتقدیم این انتخاب­ها باید به­صورتی صریح و شفاف بیان و بررسی شود. رویکرد ما به این انتخاب‌ها، راهنمایی در مورد *نظریه اخلاقی* است که در بخش ۳ به آن می‌پردازیم.

برای تدوین سیاست­های صحیح، مسایل باید به زبان *اهداف عملکردی نظام سلامت* بیان شوند. اگرچه مجریان اصلاحات سلامت اغلب اهداف متعددی را مد نظر دارند، ما معتقدیم می­توان فهرست کوتاهی از اهداف محوری نظام سلامت (اهدافی که بنابر تجارب ما بیشترین ارتباط و تناسب را با اصلاحات سلامت داشته­اند) تهیه کرد. ما این اهداف را در بخش 5 مطرح می‌کنیم و آن­ها را با نظریه اخلاقی که در بخش 3 ارایه شدند مرتبط می­سازیم.

**مرحله 2: تشخیص**

به منظور شناسایی راه­حل­های بالقوه برای ارتقای عملکرد، ارزیابی عملکرد نظام سلامت به تشخیص علل عملکرد ضعیف نیاز خواهد داشت. ما روشی نظام­مند، قابل آموزش و قابل اجرا برای تشخیص طراحی کرده­ایم. این رویکرد به تشخیص علل به­وجود آمدن مشکلات و مسایل نظام سلامت، در بخش ۷ تشریح خواهد شد.

**مرحله ۳: تدوین سیاست**

نظام­های سلامت پیچیده­اند و در آن­ها نکات بسیاری وجود دارد که راهبردهای سیاسی گسترده را با پیامدهای نهایی پیوند می‌دهد. ما چارچوبی مفهومی‌برای پنج «اهرم کنترل» ارایه کرده‌ایم؛ این چارچوب­ها عواملی علّی هستند که دو معیار اساسی را در خود دارند: در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین­کننده قابل ملاحظه‌ای دارند و از طریق اصلاحات سلامت و به­کارگیری مؤثر، قابل دستکاری و تغییر هستند. در بخش 12-8، بحثی مفصل در مورد این سازوکارها و فرایندها ارایه خواهیم کرد. در مورد هر اهرم کنترل، راهنمایی عملی برای طراحی و اجرای مداخلات و تأثیر قابل انتظار راهبردهای مختلف اصلاحات ارایه خواهد شد.

**مرحله ۴: تصمیم­گیری سیاسی**

در اصلاحات بخش سلامت، شرایط سیاسی در سرتاسر چرخه از اهمیت خاصی برخوردار است. تأکید و تمرکز خود را بر اهمیت شرایط سیاسی در تمامی مقالات این مجموعه بیان کرده­ایم. آن­چنان که در بخش ۴ گفته خواهد شد، ما معتقدیم *تحلیل سیاسی* نظام­مند و کاربرد این تحلیل برای تدوین *راهبردهای سیاسی* برای اصلاحات مؤثر ضروری است. گنجانیدن تحلیل سیاسی در این مجموعه منعکس­کننده این دیدگاه ماست که تحلیل باید در ابتدای چرخه سیاستگذاری و در تمامی طول آن به دفعات صورت گیرد.

این پنج عنصر-اهمیت نظریه اخلاقی، مشخص کردن اهداف عملکردی نظام سلامت به صورت صریح و شفاف، رویکرد نظام­مند به تشخیص علل مسایل نظام سلامت، استفاده از اهرم­های کنترل نظام سلامت و در نهایت تحلیل سیاسی-شالوده مطالب جدید و مفید در مجموعه حاضر را تشکیل می­دهند. در بخش‌های بعدی ضمن بیان مفاد رویکردمان به انجام صحیح اصلاحات بخش سلامت، به توضیح این نکات به­صورتی جامع خواهیم پرداخت.

**3**

**نظریات اخلاقی در نظام سلامت**

**1) مقدمه**

بحث در این مورد که جامعه چه باید بکند، همواره مشتمل بر مسائل اخلاقی است. حتی وقتی که فردی معتقد است ادعایی که می­کند کاملاً فنی است و هیچ ارتباطی به ارزش­ها ندارد، باز هم پای اخلاق در میان است. به­عنوان مثال اقتصاددانان اغلب می‌گویند که توجهی به اخلاق ندارند و فقط به کارایی اقتصادی می‌اندیشند. متخصصان بهداشت عمومی اغلب موضع­گیری مشابهی دارند و ادعا می‌کنند که کاری به اخلاق ندارند و فقط از بهداشت عمومی حمایت می­کنند. اما چگونه است که فکر می­کنیم کارایی یا سلامت اهدافی هستند که جامعه باید برای دستیابی به آن تلاش کند؟ فرض کنید که کارایی با انصاف در تعارض باشد یا اینکه تلاش­ها برای ارتقای سلامت باعث محدود شدن آزادی فردی شوند. چرا باید به سلامت یا کارایی نسبت به این اهداف دیگر ارزش بیشتری بدهیم؟

مجموعه مقالات حاضر، بر این اعتقاد راسخ ما مبتنی است که قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم تحلیل اخلاقی خواهد بود. در این فصل ما به معرفی سه دیدگاه اخلاقی عمده به عنوان مبنای چنین قضاوت­هایی می‌پردازیم که عبارتند از سودگرایی[[70]](#footnote-70)، لیبرالیسم و جامعه­گرایی[[71]](#footnote-71). هدف ما کاوش در فلسفه اخلاق به خاطر خود آن نیست، بلکه بیشتر استفاده از آن به عنوان ابزاری برای تصمیم­گیری در مورد اصلاحات بخش سلامت، مورد نظر است. درک دیدگاه­های اخلاقی گسترده‌ای که پشت اختلاف نظرها در مورد اصلاحات سلامت پنهان شده­اند، می‌تواند به تحلیل­گران سیاسی و سیاستگذاران در انجام اثربخش‌تر کارهایشان کمک کند. به این ترتیب آن­ها بهتر می‌توانند موضع­گیری­های خود را تشریح و از آن دفاع کنند و درک و واکنش بهتری نسبت به موضع­گیری دیگران داشته باشند.

نخستین آموزه­ای که به بحث در مورد آن می­پردازیم -یعنی سودگرایی- معتقد است که ما باید بر اساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع کل تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد. این دیدگاه مشوق بسیاری از تلاش‌ها در جهت اصلاحات بخش سلامت در سراسر جهان است.

دومین آموزه یعنی لیبرالیسم به حقوق و فرصت­ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه بر پایان کار. این دیدگاه نقش مهمی در مباحثات مربوط به اصلاحات بخش سلامت دارد. این مطالبه (که مکرراً بیان می‌شود) که شهروندان دارای حق مراقبت سلامت (یا حتی حق سلامت) هستند، نشان­دهنده این تفکرات لیبرالی است.

دیدگاه سوم یعنی جامعه­گرایی، نوع جامعه­ای را که سیاستگذاری عمومی‌به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند مهم می­داند. در این دیدگاه، جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه­گرایی می­تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد، زیرا القای اجباری فضیلت و خوبی ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد را به حداکثر نمی­رساند یا آزادی فردی را محدود می­کند.

در این فصل ما به بحث دربارۀ این سه نظریه اخلاقی و کاوش در کاربردهای آن­ها برای اصلاحات بخش سلامت خواهیم پرداخت. ما همچنین برخی گوناگونی­ها و اختلاف­نظرها در درون هر یک از این رویکردهای گسترده را بررسی خواهیم نمود. در مقالات ۵ و ۶ به توصیف چگونگی ارتباط این نظریه­ها با معیارهای مختلف مورد استفاده برای قضاوت در مورد اصلاحات سلامت می­پردازیم و در این مورد بحث خواهیم کرد که تحلیل اخلاقی چگونه می­تواند به مجریان اصلاحات در اندیشیدن راجع به تعیین اولویت­ها در فرایند اصلاحات کمک کند. **2**

**2) نظریه اخلاقی اول: سودگرایی**

پرطرفدارترین رویکرد به مشکلِ قضاوت اخلاقی در مورد عملکرد بخش سلامت، رویکرد مبتنی بر پیامدهاست. به طور کلی این رویکرد چنین می­پندارد که «هدف وسیله را توجیه می‌کند». براساس این نظریه ما باید هنگام قضاوت در مورد یک سیاست از خود بپرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آنوقت گزینه­ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، مجموع کل تندرستی همه افراد را ارتقا بخشد و حداکثر برساند. به منظور کمک بیشتر و اطلاع­رسانی بهتر به تصمیم‌گیری در مورد اصلاحات سلامت در این دیدگاه، لازم است به چند سؤال اختصاصی­تر پاسخ داده شود. تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چه­قدر؟ چطور می­توان به صورت عملی و جهت اصلاحات سلامت، تندرستی را مورد سنجش قرار داد؟ چگونگی پاسخ به این سؤالات است که هر دو سنت فکری عمده سودگرایی عینی[[72]](#footnote-72) و سودگرایی غیرعینی[[73]](#footnote-73) را پدید می آورد. هر دوی این رویکردها در پی استفادۀ کارا از منابع برای ایجاد «خیر» حداکثر هستند، اما تفاوت­های مهمی در روش­ها و کاربردهای آن­ها وجود دارد.

**2-1) سودگرایی غیرعینی**

این نظریه، از کارهای فیلسوف انگلیسی قرن نوزدهم جرمی‌بنتام[[74]](#footnote-74) برگرفته شده است که اعتقاد داشت خود فرد بهتر از هر کس دیگری می­تواند در مورد آنچه او را شاد[[75]](#footnote-75) می­کند قضاوت نماید. اعتقاد او این بود که افراد بر حسب سلیقه­ها و ترجیح­های خاص خود، در موقعیت­های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت[[76]](#footnote-76) را تجربه می‌کنند. منظور بنتام از مطلوبیت، احساس‌های درونی افراد در مورد شادی[[77]](#footnote-77) بود. آموزه بنتام امروزه تحت عنوان سودگرایی شناخته می­شود. او معتقد بود درستی یک عمل به وسیله «برآیند لذتی» تعیین می­گردد که از کنار هم گذاشتن لذت­ها و رنج­های آن عمل به دست می آید. به گفته بنتام عمل درست عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد در بر داشته باشد». بر اساس این رویکرد، راه ارزشیابی عملکرد نظام مراقبت سلامت تعیین این نکته است که این نظام تا جهت هر فرد را شاد می‌کند. سپس باید این مقادیر را جمع زد تا سطح مطلوبیت ایجاد شده توسط نظام را محاسبه را مشخص نمود.

بنتام معتقد بود که سلیقه همه افراد به یک اندازه ارزشمند است و مطلوبیت، مسأله­ای مربوط به تجربه غیرعینی هر یک از افراد است. این دیدگاه باعث تمرکززدایی ارزشیابی می­شود، زیرا هر کسی خودش در مورد شادی خودش قضاوت می‌کند. ما نظریه بنتام را *سودگرایی غیرعینی* می­نامیم. این مفهوم کاملاً عاری از سلسله مراتب است. این دیدگاه می‌گوید که همه افراد اهمیت دارند و اهمیت همه افراد با هم برابر است. قضاوت در مورد یک سیاست با این رویکرد نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هر یک از گزینه­های سیاستگذاری برای همه افراد با هم جمع زده شود و سیاست مذکور با جایگزین­های آن مقایسه شود. سپس سیاستی انتخاب شود که به بیشترین شادی یا مطلوبیت منجر گردد.

اقتصاددانان این چارچوب تحلیلی را یک قدم جلوتر می­برند. آن­ها طرفدار استفاده از تحلیل هزینه-فایده برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد کند. یعنی مشخص کردن اینکه تمامی‌کسانی که به صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می‌برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت[[78]](#footnote-78) چه مبلغی دارند؟ این تمایل سپس با هزینه برنامه مقایسه می‌شود. اگر منافع برآورد شده بیشتر از هزینه­ها باشند، آنگاه این سیاست بیشترین خیر را برای بیشترین تعداد افراد در پی خواهد داشت و لذا باید پذیرفته شود. از این رو، این نوع تحلیل، هم هزینه­ها و هم منافع را به زبان پول ارزشیابی می­کند.

اقتصاددانان به خاطر این منافع را با هزینه­ها مقایسه می­کنند که در واقع هزینه­های یک برنامه نشان­دهنده منافعی هستند که ما در جای دیگری از دست می­دهیم تا بتوانیم این برنامه را اجرا کنیم. به این منافع از دست رفته، هزینه فرصت[[79]](#footnote-79) گفته می­شود. اقتصاددانان معتقدند که در یک اقتصاد رقابتی، قیمت یک درونداد -مثل کار یا تجهیزات- توسط ارزش بروندادهایی تعیین می­شود که آن درونداد قادر به تولید آن­هاست. یک کارگر زمانی می­تواند 10 دلار در ساعت دستمزد بگیرد که بتواند با یک ساعت کار کردن اضافی کالاهایی را تولید کند که قابل فروش به قیمت 10 دلار باشند. اگر برنامه­ای 100,000 هزار دلار هزینه داشته باشد. پس دروندادهای آن باید بتوانند کالاهایی به ارزش 100,000 دلار را برای مشتری (در صورت استفاده در یک عرصه اقتصادی دیگر) تولید کنند. از این رو، تحلیل هزینه-فایده در حقیقت تحلیل فایده-فایده است. سودگرایان غیرعینی به ما می‌گویند وقتی چنین فعالیت­هایی را باید انجام بدهیم که منفعتی که به دست می­آوریم بیش از منافعی باشد که از دست می دهیم.

ارزشیابی اصلاحات سلامت پیشنهادی با استفاده از تحلیل هزینه-فایده رسمی، کار آسانی نیست. یک دلیل این امر، دشواری تعیین افرادی است که باید تمایل به پرداخت برای خدمات داشته باشند. معمولاً ما نمی­توانیم از آنچه افراد می­پردازند به عنوان راهکار استفاده کنیم، زیرا ممکن است هیچ چیزی نپردازند (مثلاً برای خدمات رایگان در یک درمانگاه عمومی). اگر از بررسی­های پیمایشی برای ارزیابی تمایل به پرداخت استفاده کنیم، آیا افراد صادقانه به پرسشنامه­ها پاسخ خواهند داد؟ آیا آن­ها حتی می­دانند که برای یک منفعت نظری و فرضی چقدر پرداخت خواهند کرد؟

با وجود این، سودگرایی غیرعینی در مباحثات مربوط به اصلاحات سلامت نقشی بسیار تأثیرگذار دارد. سیاستگذاران غالباً برای استفاده از بازار جهت ارایه (بودجه به) مراقبت سلامت تحت فشار هستند (به خصوص از سوی اقتصاددانان). ایده اصلی که پشت علاقه سودگرایان غیرعینی به بازار مخفی شده این است که وقتی بازارها کارکرد خوبی داشته باشند، مصرف­کنندگان فقط کالاها و خدماتی را می­خرند که تمایل به پرداخت برای آنها، بیشتر از هزینه تولید آنها باشد. این توصیه­ها بر مدل­های اقتصادی مبتنی هستند که در آن­ها مصرف­کنندگان از آگاهی کامل برخوردارند و بازارها کاملاً رقابتی هستند. این نوع نظام بازار از نظر سودگرایان غیرعینی، مشخصاتی مطلوب دارد. این حالت به ویژه منجر به وضعیت «بهینه پارتو»[[80]](#footnote-80) می‌شود که طی آن هیچ منفعتی استحصال نشده‌ای در اقتصاد باقی نمی­ماند (یعنی از تمامی منافع ممکن بهره گرفته می­شود). این نامگذاری به احترام «پارتو» اقتصاددان ایتالیایی صورت گرفته است که نخستین بار به تعریف این مفهوم پرداخت. در این وضعیت تنها راه افزایش مطلوبیت برای یک فرد، کاهش مطلوبیت برای دیگران است. در این صورت چنین مجموعه‌ای از بازارها، به­صورتی ویژه در تخصیص منابع، کارایی خواهد داشت. این حالت با فرض قابل قبول در نظر گرفتن وضعیت نسبی تمامی‌شهروندان، باعث ایجاد حداکثر مطلوبیت ممکن خواهد شد.

البته در عمل، این نوع تحلیل مشکلات بسیاری را در هنگام به کارگیری برای نظام سلامت، پدید می­آورد؛ چرا که بازارهای مراقبت سلامت بسیار ناکامل هستند (همانگونه که در فصل ۱۱ درباره وضع مقررات بحث خواهیم کرد). خریداران مشخصاً توانایی بسیار محدودی در قضاوت درباره روش­های متعدد جایگزین دارند و فروشندگان از ظرفیت قابل توجهی برای محدود ساختن رقابت برخوردارند. بنابراین، متأسفانه اکثر بازارهای واقعی مراقبت سلامت، با دستیابی به پیش­شرط­های رقابت کامل فاصله زیادی دارند و به همین جهت از وضعیت بهینه پارتو بسیار دور هستند. زیرا اولاً به­طور معمول بیماران در مورد مراقبتی که باید دریافت کنند به نظر و گفتۀ پزشکان اعتماد می‌کنند. وضعیت مذکور این امکان را برای پزشکان فراهم می­آورد که به­عنوان «نمایندگان» بیماران در تصمیم­گیری­های مراقبتی به صورتی که برای منافع­شان مناسب باشد، اعمال نفوذ کنند. به­عنوان مثال پزشکانی که به صورت کارانه[[81]](#footnote-81) حقوق می­گیرند دلایل زیادی برای تشویق به مراقبت­های غیرضروری یا غیرمناسب دارند (به این حالت «تقاضای القا شده از سوی عرضه کننده[[82]](#footnote-82)» گفته می­شود). خریداران نیز برای قضاوت در مورد کیفیت بالینی خدماتی که دریافت می­کنند نیز با مشکلات زیادی مواجه هستند. آن­ها نمی­توانند بگویند که ترکیب شیمیایی داروهایی که می­خرند همان­طوری که تبلیغ می­شود هست یا خیر یا جراح عمل جراحی را با مهارت کامل انجام داده است یا خیر. اگر عناصر قوی قدرت انحصاری را هم در نظر بگیریم خواهیم دید که بازارهای مراقبت سلامت، اغلب با وضعیتی مواجه هستند که اقتصاددانان آن را «نارسایی بازار»[[83]](#footnote-83) می‌نامند. به همین دلایل، آنچنانکه در فصل ۱۱ به بحث خواهیم پرداخت، بازارهای مراقبت سلامت اغلب به منظور مبارزه با این کاستی­ها تحت نظارت مقرراتی سختگیرانه قرار دارند.

علاقه به بازار در مراقبت­های سلامت باعث می­شود که مسایل مهم مربوط به عدالت نادیده گرفته شوند. در شرایط بازار، مصرف هر فرد با درآمد فردی دیگر مرتبط است. حتی اگر وضعیت بهینه پارتو حاکم باشد، این بدان معنی است که به فقرا سهم کمتری -اغلب بسیار کمتر از ثروتمندان- می رسد. در واقع فقیرترین افراد، در غالب موارد، حتی توانایی خرید خدمات پایه را هم ندارند. در نتیجه افرادی که به حفظ دسترسی عادلانه به خدمات اهمیت می‌دهند (که ما هم در این مورد با آن­ها هم­عقیده هستیم) باید به دقت در مورد چگونگی و امکان استفاده از نظام بازار و مقابله با اثرات سوء آن در صورت استفاده فکر کنند. با وجود این، استدلالات مبتنی بر بازار، نفوذ سیاسی قابل ملاحظه‌ای در سال­های اخیر به دست آوردند و راه را برای ورود تفکر سودگرایی غیرعینی به مباحث اصلاحات سلامت هموار ساخته‌اند.

منتقدان سودگرایی غیرعینی، نقطه نظرات فلسفی کلی­تری نیز دارند. آن­ها اینگونه بیان می‌کنند که تمایل به پرداخت، بستگی به درآمد فرد دارد و تغییرات تندرستی فرد را به گونه­ای می­سنجد که دچار خطا و تورش[[84]](#footnote-84) به ضرر فقر است. یک روش دیگر برای مشخص کردن مسایل مربوط به عدالت که از دیدگاه سودگرایی غیرعینی ناشی می‌شوند، توجه به این نکته است: این رویکرد می‌تواند به آسانی منجر به این نتیجه­گیری شود که ما نباید خدمات گرانقیمت را به فقرا ارایه کنیم چون آنها قادر به پرداخت بهای مربوطه نیستند. چنین خدماتی نمی‌توانند آزمون تمایل به پرداخت برای منافع مازاد بر هزینه­ها را که از سوی سودگرایان غیر عینی مطرح می‌شود با موفقیت پشت سر بگذارند. یک سودگرای غیرعینی ممکن است در پاسخ چنین استدلال کند که اگر بخواهیم فقرا را تا حد امکان غنی‌ سازیم، باید به آن­ها پول بدهیم و این امکان را برایشان فراهم کنیم که هر طور می­خواهند خرج کنند. اگر به نظر فقرا سایر چیزها ارزشمندتر از مراقبت سلامت باشند، آن چیزها انتخاب و خریداری خواهند شد. استدلالات فوق نشان­دهنده این دیدگاه سودگرایان غیرعینی هستند که سلامت یک کالای ویژه نیست، بلکه تنها یکی از کالاهایی است که شهروندان می‌توانند بنا به انتخاب خود آن را بخرند یا نخرند. از آنجا که فقط خود افراد هستند که واقعاً می­دانند چه چیزی آن­ها را شاد می­کند، باید به انتخاب آن­ها احترام گذاشت. با این حال از دید بسیاری از منتقدان، خوش­بینی این نظریه به انتخاب­های افراد امری قابل تأیید نیست. این منتقدان نمی‌توانند بپذیرند که کل سیاستگذاری اجتماعی بر خواست­ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد. در عوض رویکرد سودگرایی عینی به عنوان یک جایگزین برای این افراد جالب توجه است.

**2-2) سودگرایی عینی**

شاید شما معتقد باشید که در مورد اصلاحات سلامت باید بر اساس پیامدهای آن قضاوت شود، اما تردید داشته باشید که افراد بتوانند در مورد اقداماتی که بر سلامت­شان تأثیر می­گذارد انتخاب­های درستی انجام دهند. به­عنوان مثال آیا دولت­ها باید در جهت ارتقای بازارهایی که سیگار را در اختیار مصرف­کنندگان قرار می­دهند عمل کنند؟ اگر بیماران داروهای غیراثربخش یا خطرناکی را بخواهند یا اینکه بخواهند به پزشکان بدون مجوز و تأیید نشده مراجعه کنند، آیا دولت باید به آن­ها اجازه این انتخاب­ها را بدهد؟

آن دسته از مجریان اصلاحات که می­خواهند تندرستی افراد را ارتقا بخشند، اما به پایایی[[85]](#footnote-85) و روایی[[86]](#footnote-86) انتخاب­های فردی شک دارند، معتقدند تصمیم­ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد اما این تندرستی باید به صورتی عینی و توسط گروهی از متخصصان تعریف شود. این متخصصان شاخصی را ایجاد می­کنند که اجزای «منطقاً قابل شناخت» تندرستی را مجسم می‌کند. سپس این شاخص برای ارزشیابی وضعیت­های افراد به کار می­رود. این دیدگاه *سودگرایی عینی* نامیده می­شود.

سودگرایان غیرعینی به متمرکز کردن آن چیزی می‌پردازند که بنتام سعی کرده بود آن را تمرکز زدایی کند. استفاده از یک شاخص واحد برای سنجش تندرستی به معنی بی­اعتنایی به ترجیح­های متفاوت افراد است. شاید کسی بخواهد حتی به قیمت طول عمر کوتاه­تر، از ناتوانی جسمی یا درد مزمن دور بماند و کس دیگری بخواهد حداکثر طول عمر ممکن را بدون توجه به رنج­های زندگی داشته باشد. در محاسبات سودگرایان عینی چنین گوناگونی­هایی جایی ندارد.

سودگرایی عینی سابقه­ای طولانی در بهداشت عمومی دارد. در قرن نوزدهم فلورانس نایتینگل نشان داد که مراقبت از زخمی‌ها برای ارتش انگلستان هزینه­ای کمتر از آن دارد که اجازه دهد آنها بمیرند و سپس نیروهایی جدید را به خدمت بگیرد. تلاش‌های متعددی برای ایجاد شاخص­های وضعیت سلامت پیش و پس از جنگ جهانی دوم صورت گرفته است. رویکردهای سودگرایی عینی همچنین به صورت گسترده در پژوهش‌های بالینی به کار گرفته شده­اند و سنجه­های «کیفیت زندگی» برای ارزشیابی نتایج درمان­های جایگزین ایجاد گردیده­اند. دیدگاه فلسفی پشت تحلیل بار بیماری از طریق سنجه­هایی مثل DALY (سال­های عمر تعدیل شده بر حسب ناتوانی) و QALY (سال­های عمر تعدیل شده بر حسب کیفیت) که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت انجام شده نیز سودگرایی عینی است. این رویکرد به ما می‌گوید سیاست­هایی را انتخاب کنیم که بیشترین لذت را عاید عموم کنند و این لذت بر حسب دستاوردهای سلامت سنجیده شود. نکته جالب توجه آن است که این رویکرد، (برخلاف تحلیل هزینه-فایده) دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی­کند.

در گستره وسیع­تر تحلیل سیاست­ها، سودگرای عینی مبنایی برای تحلیل هزینه-اثربخشی فراهم می­کند. این رویکرد در خارج از بخش سلامت به عناوین مختلف به صورت گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. طی جنگ جهانی دوم ریاضی­دانان انگلیسی که از چنین روش‌هایی برای محاسبه بهترین راه انجام عملیات­های نظامی (به عنوان مثال جستجوی یک هواپیمای غرق شده در دریای مانش) استفاده می­کردند، اصطلاح پژوهش عملیات[[87]](#footnote-87) را به آنها اطلاق می‌نمودند. در دهه ۱۹۵۰ روش‌های مشابهی توسط شرکت راند[[88]](#footnote-88) در ایالات متحده به منظور ارزشیابی کارایی مقایسه‌ای سیستم‌های تسلیحاتی متفاوت به کار رفت که نام تحلیل سیستم به آن­ها داده شد.

سنجش عملی دستاوردهای سلامت با مشکلات فنی فراوانی روبروست. یک سؤال بسیار مهم آن است که چگونه می­توان افزایش طول عمر را با ارتقای کیفیت زندگی ترکیب کرد. روش­های QALY و DALY از یک راه­حل مشابه (و مورد اختلاف نظر) استفاده می­کنند. وضعیت سلامت برحسب یک مقیاس از صفر (برای مرگ) تا یک (برای سلامتی) کامل توصیف می‌شود. متخصصان برای هر بیماری یا وضعیتِ ناتوانی، یک نمره خاص کیفیت زندگی در این مقیاس تعیین کرده‌اند. یک سال سلامتی کامل، یک واحد دستاورد به حساب می‌آید. یک سال توأم با رنج بردن از ناتوانی، کسری از این واحد مثلاً 0.7 آن محسوب می‌شود. از این رو ارزش افزایش زندگی، برحسب کسر دستاورد حاصله این کیفیت سنجیده می­شود. از این رو افزودن 5 سال به عمر یک فرد با سطح کیفیت 0.8 باعث ایجاد 4 QALY می­شود که از حاصلضرب 5 در 0.8 حاصل می­گردد. یک مشکل مهم در این رویکرد آن است که به نظر می­رسد بسیاری از افراد، برای حفظ زندگی، ارزشی بیشتر از تسکین ناتوانی­ها قائل هستند. این نکتۀ سؤالات اساسی را در مورد پنداشت­ها و محاسبات با این روش برمی‌انگیزد.

یک مثال از چنین رویکردی، طرح سلامت اورگان در ایالات متحده است. در سال ۱۹۹۴ این ایالت مطالعه­ای را برای رتبه­بندی تمامی درمان­های طبی تحت پوشش برنامه مدیکید (یک برنامه بیمه برای افراد کم­درآمد) بر حسب QALY ایجاد شده به ازای هر دلار صرف شده انجام داد و سپس پیشنهاد کرد که پوشش این برنامه فقط به هزینه -اثربخش‌ترین مداخلات محدود شود. این طرح بعداً به صورتی مؤثر تعدیل شد، به دلیل اینکه به­نظر می‌رسید این طرح برای مداخلات حیات‌بخش ارزشی کمتر از حد قائل شده است، نارضایتی­های عمومی در مورد نتایج این تحلیل پدید آمد.

یک شاخص وضعیت سلامت، ناگریز از قضاوت­های ارزشی در مورد مطلوب بودن نسبی انواع مختلف دستاوردهای سلامت است. به­عنوان مثال ناتوانی روانی در مقایسه با ناتوانی جسمی چقدر جدی است؟ آیا سال­های عمر از دست رفته در سنین مختلف باید برابر در نظر گرفته شوند یا نابرابر؟ به­عنوان نمونه شاخص DALY به سال­های عمر از دست رفته در سنین میانسالی ارزشی بسیار بیشتر از سال­های عمر از دست رفته در شهروندان جوان­تر یا پیرتر می­دهد. این ارزیابی افتراقی و تبعیضی، نشان­دهنده یک دیدگاه خاص بهره­وری محور است که می‌تواند با ارزش­های اجتماعی یک جامعه (مثلاً جامعه­ای که در آن به پیرها به عنوان منبعی ویژه برای عقل و خرد نگریسته می‌شود) ناهمخوان باشد. از این رو استفاده­کنندگان از این رویکرد باید این ایراد را تصدیق کنند که تمامی افراد یا جوامع به صورتی مشابه به پیامدهای سلامت بها نمی­دهند. در عمل طرفداران این رویکرد از گروه‌هایی از متخصصان دعوت کرده­اند و برای انتخاب یک مجموعه منفرد از وزن­دهی­ها برای ارزشیابی دستاوردها و موارد از دست رفته در زمینه سلامت برای وضعیت­های خاص بیماری، از روش­های ایجاد اتفاق­نظر و اجماع استفاده نموده­اند.

مجریان اصلاحاتی که طرفدار سودگرایی عینی هستند همچنین می­توانند بدون استفاده از یک سنجه جامع برای دستاوردهای سلامت کار خود را انجام دهند. به­عنوان نمونه بسیاری از وزارتخانه‌های بهداشت برای شناسایی حیطه­های هدف با اولویت بالا، از سنجه­هایی مثل میزان مرگ­ومیر شیرخواران استفاده می­کنند و یا سیاست­ها را برحسب تعدادِ مورد انتظارِ زندگی­های حفظ شده توسط یک مداخله پیشنهاد شده تحلیل می­نمایند. این شاخص­های محدودتر نسبت به مقیاس­های جامعی مثل DALY، نیازمند داده­ها و تحلیل کمتری هستند. عیب این روش­ها آن است که به دلیل عدم جامعیت نمی­توانند تصویری شفاف و واضح از وضعیت موجود ارایه کنند. به­عنوان مثال ایجاد یک واحد مراقبت­های ویژه نوزادان در یک بیمارستان محلی می­تواند باعث افزایش میزان مشاهده شده مرگ­ومیر شیرخواران شود زیرا نوزادان بیمار آنقدر زنده می­مانند که مرگ آن­ها مرگ نوزادان محسوب شود و نه مرده زایی. از این رو از این شاخص­های ناقص باید به دقت استفاده کرد.

مشکلات عملی متعددی در تفسیر هرگونه آمار سلامت پیش می­آید. به­عنوان مثال در برخی کشورها تفاوت در میزان گزارش‌­شده مرگ­ومیر شیرخواران، نشانگر تفاوت رسوم محلی در مورد موقعی که کودک واقعاً «به دنیا آمده است» یا تفاوت در توانمندی بروکراتیک در جمع­آوری داده­ها از دهکده­های دوردست است تا تفاوت واقعی در میزان مرگ­ومیر.

مشکل عملی دیگر، ارزیابی علت­ها است. برای استفاده از تحلیل مبتنی بر پیامد، باید نتایج سیاست­های قبلی را ارزشیابی کرد و تأثیر سیاست‌های آینده را پیش­بینی نمود. انجام پیش­بینی­های قابل اعتماد اغلب کاری پیچیده است. کشوری را در نظر بگیرید که قصد دارد از یک برنامه ایمن­سازی «عمومی»، به سمت نظامی‌که در آن ایمن­سازی در مراقبت‌های اولیه ادغام شده باشد حرکت کند. از نظر یک سودگرایی عینی، هزینه صرفه­جویی شده مورد انتظار بر اثر این تغییر را باید در برابر برآوردی از پیامدهای سلامت که ممکن است در نتیجه کاهش پوشش ایمن‌سازی ایجاد شوند، سنجید. این تغییرات چگونه بر پیگیری موارد از قلم افتاده، حفظ زنجیره سرما برای نگهداری اثربخش واکسن­ها و تمایل به استفاده از واکسن­های تاریخ مصرف گذشته تأثیر خواهند گذاشت؟ در نهایت این تغییرات در طی زمان چگونه با هم ترکیب خواهند شد و بر وضعیت سلامت تأثیر خواهند گذاشت؟ انجام این پیش‌بینی‌ها آسان نیست و علاوه بر آن یک سودگرای عینی باید این نوع تحلیل را برای تمامی‌تغییرات سیاسی پیشنهاد شده انجام دهد.

**2-3) برخی پیچیدگی­های سودگرایی: عدم قطعیت و زمان**

دو مشکل فنی در مورد تحلیل سودگرایانه وجود دارد که نیازمند بررسی اجمالی است: عدم قطعیت و زمان. پیامدهای اصلاحات سلامت همیشه تا حدی غیرقطعی هستند و برخی تا چند سال مشخص نمی­شوند.

از نظر سودگرایان غیرعینی ارزش دادن به دستاوردهای غیرقطعی حداقل به لحاظ نظری اقدامی رو به جلو است. منافع و هزینه­های غیرقطعی، با پرسیدن میزان تغییر ارزش دستاوردها یا هزینه‌ها بر اثر عدم قطعیت از افراد درگیر، ارزشیابی می­شود. عدم قطعیت مستقیماً در تمایل به پرداخت هر فرد ادغام می­شود.

با این حال این رویکرد مجموعه پیچیده­ای از مفروضات و مسائل را به میان می­آورد. این رویکرد به ویژه مستلزم آن است که بپذیریم افراد نه تنها می­دانند که پیامد A را بر B ترجیح می­دهند بلکه می‌دانند که برای یک پیامد چقدر بیشتر از یک پیامد دیگر ارزش قائل هستند. اینکه آیا افراد ارزشیابی­های پایدار و ثابتی از چنین پیامدهایی دارند یا خیر، موضوع مباحثات و پژوهش­های تجربی قابل ملاحظه است. این ارزشیابی‌ها به ویژه زمانی بسیار اهمیت پیدا می‌کنند که دستیابی به تأثیر، به تغییر در احتمال (مثلاً تغییر در احتمال مرگ بر اثر یک بیماری خاص) بستگی داشته باشد.

مشکل منافعی که در آینده ایجاد می‌شوند نیز مسایل مشابهی را برمی‌انگیزد. در اینجا مباحثات بر آن چیزی متمرکز هستند که نرخ تنزیل[[89]](#footnote-89) نامیده می­شود. در بازارهای مالی، ارزش نسبی بازگشت سرمایه در سال جاری نسبت به بازگشت سرمایه در سال بعد برحسب نرخ بهره بیان می­شود. به عنوان مثال 7% به معنای آن است که سال بعد، فرد قرض­گیرنده باید ۱.۰۷ برابر پولی را که امروز قرض گرفته است به قرض­دهنده برگرداند. در چنین بازارهایی دلار سال بعد ارزش کمتری نسبت به دلار امسال دارد. دستاوردهایی که در آینده حاصل می‌شوند نیز وضعیت مشابهی دارند.

محاسبه کاهش ارزش دستاوردها در آینده، نتزیل و میزان بهره‌وری که در این محاسبات به کار می‌رود نرخ تنزیل نامیده می‌شود. این نرخ به تحلیل­گران اجازه می‌دهد ارزش فعلی منافع آینده را محاسبه کنند تا بتوانند آن­ها را با هزینه‌های فعلی بر حسب پول مقایسه نمایند.

هنگام ارزشیابی اصلاحات سلامت آیا باید منافع سلامت در آینده را با احتساب تنزیل در نظر گرفت؟ اگر این­طور است با چه نرخی؟ تحلیل­گران معتقدند که در چارچوب سیاستگذاری اجتماعی، به دستاوردهای آینده باید ارزشی برابر با ارزش دستاوردهای فعلی داده شود، زیرا تنزیل به صورتی مؤثر باعث تبعیض بر ضد آینده می­شود. سایرین معتقدند که اگر از تنزیل استفاده نشود با مشکلی به نام «تناقض سرمایه‌گذاری» مواجه خواهیم شد. این نکته را می­توان با یک مثال نشان داد. فرض کنید 100,000 دلار از هزینه‌های فعلی سلامت برداریم آن را در بانک بگذاریم. از آنجا که علم همیشه در حال پیشرفت است و ما می‌توانیم در طی زمان از سرمایه‌گذاری خود سود کسب کنیم، این 100,000 دلار در 10 سال بعد نسبت به امروز دستاوردهای سلامتی بیشتری کسب خواهد کرد. از این رو بدون تنزیل ما سرمایه‌گذاری‌های خود را تا حد بسیار زیادی به تأخیر خواهیم انداخت.

نرخ تنزیل می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر جذابیت نسبی سیاست‌هایی داشته باشد که دستاوردهای آن­ها در کوتاه مدت و نه در بلند مدت به­دست می­آیند. با نرخ تنزیل 7% دستاوردهایی که 10 سال پس از این به دست می­آیند ارزشی نصف نسبت به امروز خواهند داشت و ارزش دستاوردهای 40 سال بعد کمتر از 6% ارزش فعلی آن­ها خواهد بود. پایین­تر بودن نرخ تنزیل، ارزش نسبی بیشتری به منافع آینده (دستاوردها در طولانی مدت) می­دهد و بیشتر به نفع پروژه‌هایی است که دستاوردهایی در طولانی مدت را نوید می­دهند نه نتایج کوتاه مدت.

دو بحث عمده در مورد چگونگی تعیین نرخ تنزیل وجود دارد. یک مطلب فکری طرفدار نرخ‌های بهره مبتنی بر بازار است. این مکتب پیشنهاد می­کند که از نرخ­هایی مشابه بازارهای ملی آن کشور یا نرخ­های بازگشت سرمایه کسب شده توسط تجار بخش خصوصی استفاده شود. استدلال این افراد آن است که نرخ­های تنزیل بازاری منعکس­کننده فرصت­های واقعی مهیا برای سرمایه­گذاران هستند و از این رو هزینه فرصت گرفتن منافع از بخش خصوصی و صرف آن­ها در بخش عمومی را نشان می­دهند.

سایر تحلیل­گران معتقدند که بازارهای سرمایه­ای خصوصی عملکرد مناسبی ندارند و جامعه باید قضاوتی مستقل در مورد ارزش دستاوردهایی که در زمان­های مختلف به دست می آیند داشته باشد. این افراد به استفاده از یک نرخ تنزیل اجتماعی مبتنی بر این ارزش‌گذاری مجزا معتقد هستند (که نشان­دهنده چیزی فراتر از دیدگاه سودگرایی عینی است).اینکه از نرخ بازار یا نرخ اجتماعی برای تحلیل استفاده شود می‌تواند تأثیر مهمی‌بر تعیین اولویت‌ها داشته باشد زیرا برخی سیاست‌ها (به­عنوان مثال واکسیناسیون هپاتیت B ) تنها در آینده دور است که منفعتی ایجاد می­کند. زمانی که از یک نرخ تنزیل بالا استفاده شود، این سیاست‌ها (به­عنوان مثال در مقایسه با دستاوردهای فوری ناشی از واکسیناسیون آنفولانزا) بسیار کم­تر جالب توجه هستند.

آخرین مشکل برای آن دسته از مجریان اصلاحات سلامت که رویکرد سودگرایی را مدنظر دارند نوعی بی­رحمی‌که در تعهد این دیدگاه به ایجاد بیشترین دستاوردها با توجه به منافع موجود -بدون توجه به منصفانه یا عادلانه بودن نتایج- نهفته است. عواقب منفی برای افراد یا گروه‌های خاص تا زمانی پذیرفته است که کل نتایج در مجموع منفعت­آور باشند. سیاستگذاران سودگرا ممکن است نسبت به بیمارانی که حفظ جان آن­ها بسیار گران تمام خواهد شد بی اعتنا باشند و همچنین ممکن است عده‌ای محدود را به خاطر عده زیادی قربانی کنند. بر اساس منطق سودگرایی مسافرانی که در یک قایق گرسنه مانده­اند می­توانند چند نفر از همقطاران خود را بکشند و بخورند چون دستاوردهای این کار بیشتر از آن است همه­شان بمیرند. بسیاری از مجریان اصلاحات (از جمله خود ما) این عدم تأکید بر عدالت را یک ایراد بزرگ بر این نظریه می­دانند که منجر می‌شود برای تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های اصلاحات سلامت رویکرد دیگری به کار گرفته شود.

**3) نظریه اخلاقی دوم: لیبرالیسم**

به بیان فلسفی، سودگرایان قصد دارند عده‌ای از افراد را هدف و عده­ای دیگر را وسیله در نظر بگیرند و عده­ای را به پای دیگران قربانی کنند. یعنی زمانی که کشتی در حال غرق شدن است، آنها تمایل دارند که برخی مسافران را به پای دیگران قربانی کنند تا دیگران زنده بمانند. اما از نظر بسیاری از مجریان اصلاحات این نگرش اصلاً به منافع کسانی که قربانی می­شوند توجهی ندارد. ما چگونه می­توانیم به صورت منطقی و معقول، برخی از افراد را خصوصاً بدون رضایت آنها به پای دیگران قربانی کنیم؟ آیا این افراد هیچ حقی ندارند و سزاوار احترام و رعایت به همان اندازه دیگران نیستند؟ اگر ما بخواهیم جداً چنین عقیده­ای داشته باشیم، چگونه می­توانیم برای آن­ها از نظر فلسفی زمینه‌ای مهیا کنیم و این موارد چه کاربردهایی برای اصلاحات بخش سلامت خواهد داشت؟

با نفوذترین فیلسوف مرتبط با مفاهیم احترام و خودمختاری فردی، فیلسوف آلمانی قرن هیجدهم، امانوئل کانت است. براساس گفته‌های کانت تمام انسان­ها ظرفیت انجام عمل اخلاقی، قدرت دانستن آنچه از نظر اخلاقی صحیح است و تصمیم­گیری در مورد پیروی از دستورات اخلاقی را دارند. پیروان نوین کانت معتقدند از آنجا که انسان­ها ظرفیت تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات خود در مورد چگونگی زندگی را دارا هستند -آنچه فلاسفه به آن «طرح­های زندگی» می­گویند- پس حق انجام چنین کاری را نیز دارند. از آنجا که این حقوق از جایگاه افراد به­عنوان یک انسان نشأت می‌گیرند، حقوقی جهانی هستند و تمامی‌نظام­های سیاسی باید به آن­ها احترام بگذارند. این دیدگاه که بر احترام متقابل مبتنی است، مستقیماً در تضاد با تمایل سودگرایی به برخورد با بعضی از افراد به عنوان وسیله قرار دارد. اخلاف فلسفی رویکرد کانت که امروزه به لیبرال­ها موسوم هستند، استدلالاتی را در مورد آنکه دولت­ها چگونه باید عمل کنند و سیاست­ها چگونه باید تعیین شوند، تدوین نموده­اند.

مفهوم بنیادی از نظر لیبرال­ها مسأله حقوق[[90]](#footnote-90) است -یعنی مطالباتی که تمامی افراد می­توانند به خاطر انسان بودن خود از دیگران داشته باشند. حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل توسط لیبرال­ها به دو روش مختلف تفسیر می­شوند. آزادی­خواهان معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق آزادی فردی را تضمین می­کنند تا افراد بتوانند آنچه را که می­خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب­های فردی خود انجام دهند. این ترتیب با گسترش به حیطه سیاسی، به حقوق سیاسی و مدنی اساسی از قبیل آزادی بیان، ایجاد انجمن‌ها و تشکیلات سیاسی و مشارکت سیاسی منجر می­شود. آزادی­خواهان خواستار آن هستند که دولت نقش محدودی در محافظت از حقوق مالکیت فردی و آزادی‌های فردی داشته باشد. آن­ها معمولاً با محدودیت استفاده از داروها، محدودیت سقط جنین یا حتی اعطای مجوز به پزشکان مخالف هستند، زیرا این اقدامات آزادی افراد برای انتخاب را محدود می­کنند.

در مقابل لیبرال­های مساوات طلب[[91]](#footnote-91) معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی‌معنی است. آنها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران به عنوان کنشگران اخلاقی نیازمند آن است که ما پیش­شرط­های لازم برای ممکن ساختن انتخاب معنی­دار را برای آن­ها فراهم کنیم. از این رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منابع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت­ها خواهد بود. فردی که گرسنه است، خانه­ای ندارد، از تحصیلات محروم و مبتلا به بیماری است، فرصت چندانی برای انتخاب معنی­دار ندارد. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود آن است که اصل احترام متقابل به تأمین چه پیش­شرط­هایی از سوی دولت برای تضمین حقوق مثبت نیاز دارد؟ به­ویژه، آیا افراد از حق مراقبت سلامت یا اصلاً حق سلامت برخوردار هستند یا خیر؟ این سؤال معانی مهمی‌برای مجریان اصلاحات بخش سلامت دارد.

مباحثات مربوط به حقوق مثبت عموماً به یک دیدگاه توزیع مجدد[[92]](#footnote-92) منجر می‌شود که به نفع افرادی است که در کل زندگی از پایین‌ترین رفاه برخوردار هستند. یعنی نظام مراقبت سلامت باید به جای افزایش طول عمر سالمندان به پیشگیری از مرگ و ناتوانی زودهنگام اولویت بدهد زیرا این افراد هنوز شانس تدوین و اجرای طرح زندگی خود را دارند. جان رالز این دیدگاه را «عدالت به مثابه انصاف» می­نامد.

لیبرال­های مساوات­طلب بین خودشان بر سر چگونگی رسیدگی به حقوق مثبت در نظام مراقبت سلامت اختلاف نظر دارند. برخی از آن­ها معتقدند بهترین راه برای احترام به ظرفیت اخلاقی افراد، توزیع منصفانه درآمد و اجازه دادن به افراد برای خرید مراقبت­های سلامت (یا بیمه‌های سلامت) است که خودشان می‌خواهند. از نظر این لیبرال­ها، سلامت فرقی با سایر کالاها و خدمات مثل غذا و لباس ندارد و افراد باید در خرید آن آزاد باشند. آنها معتقدند حقی اختصاصی برای سلامت یا مراقبت سلامت وجود ندارد.

سایر لیبرال‌های مساوات­طلب معتقدند جامعه تعهد ویژه­ای نسبت به سلامت دارد اما در اینجا نیز اختلاف نظرهایی وجود دارد. برخی فکر می‌کنند که کلید موفقیت، ارایه سطحی حداقل از مراقبت‌های سلامت برای همه است، در حالی که دیگران بر این عقیده­اند که مسأله اصلی، وضعیت سلامت واقعی افراد است. به بیان دیگر اگر شهروندان دارای حق سلامت باشند، آیا این حقوق با فراهم بودن درمانگاه‌ها یا افزایش میانگین امید به زندگی افراد برآورده می­شوند؟ دیدگاه دوم معتقد است که اگر قرار است جامعه طیف مشخصی از فرصت‌ها را در اختیار هر فرد قرار دهد، صرفاً دسترسی به مراقبت کافی­ نیست. این دیدگاه مبتنی بر حقوق مثبت، دولت‌ها را مسؤول یک کیفیت و کمیت حداقل از زندگی برای همگان و تأمین مراقبت­های سلامت مورد نیاز برای تضمین این حداقل می­داند.

اختلاف نظر در این مورد که آیا دولت باید مسؤول سطح حداقلی از وضعیت سلامت یا دسترسی به مراقبت‌های سلامت باشد، کاربردهای مهمی در ارتباط میان دولت و فرد دارد. امروزه اکثر بیماری­ها به رفتار خود افراد بستگی دارد. سیگارکشیدن، رژیم غذایی، اعتیاد به مواد مخدر، ورزش و انواع مختلف رفتارهای خطرناک همگی عواقب مهم و قابل ملاحظه‌ای بر سلامت دارند. اینکه بگوییم دولت مسؤول سلامت همگان است به این معنا خواهد بود که جامعه مسؤولیت تاثیرگذاردن بر انتخاب­های افراد در مورد چنین مسائلی را به عهده خواهد داشت.

از سوی دیگر اگر جامعه صرفاً مسؤول ارایه خدمات باشد و کاری به استفاده مردم از آن­ها نداشته باشد، آنگاه خود افراد مسؤولیتی بسیار بیشتری نسبت به سلامت خود خواهند داشت. در نتیجه، وضعیت سلامت نتیجه­ای از انتخاب‌های خود فرد خواهد بود و نه یک حق ذاتی. این دیدگاه با استدلالات آمارتیا سن همخوانی دارد مبنی بر اینکه جامعه باید مسؤول ایجاد فرصت­ها در میان شهروندانی باشد که خود قادر به انتخاب هستند (آنچه او آن­ها را «توانمندی‌ها» می‌نامد) و نه مسؤول انتخاب­هایی که افراد می­کنند.

قائل شدن حق سلامت هنوز هم پرسش‌های بسیاری را به بی­جواب گذاشته است. اگر افراد از حق داشتن یک وضعیت سلامت حداقل برخوردارند، این سطح حداقل چه باید باشد؟ آیا تعهد جامعه نسبت به افراد بسیار بیماری که نیازمند خدمات گران قیمت برای ارتقای وضعیت سلامت خود هستند، محدود است؟ محدوده تعهدات جامعه نسبت به آن­ها چگونه است؟ با این همه، منابع جامعه محدود هستند و پول لازم برای ارایه چنین مراقبتی از سایر شهروندان به­نحوی گرفته می‌شود که فرصت­های آن­ها را به صورت مؤثر کاهش می­دهد. علاوه بر این، اگر بیماری افراد نتیجه رفتارهای خودشان باشد، باید چه مراقبتی دریافت کنند؟ در عمل، هر جامعه‌ای که به اهداف مساوات­طلبانه در فرایند اصلاحات بخش سلامت متعهد است، باید پاسخ‌هایی مقدور از نظر سیاسی و اقتصادی برای این سؤالات پیدا کند. این پاسخ­ها به نوبه خود تا حدی به وضعیت مالی آن کشور بستگی خواهد داشت.

**3-1) لیبرالیسم و تأمین مالی مراقبت سلامت**

در تصمیم­گیری در مورد اینکه چقدر برای سلامت یا مراقبت سلامت هزینه شود، یک مسأله بسیار مهم از نظر لیبرال­ها، مشروعیت مالیات است. از نظر آزادی­خواهان، حق منفی تنها ماندن، حق لذت بردن از دارایی‌های شخصی را نیز در بر می‌گیرد. از این رو، از نظر آنان مالیات نوع دزدی است. آن­ها ممکن است به مالیاتی محدود برای تأمین خدمات دولتی حداقل مثل مسایل دفاعی و پلیس راضی باشند، اما مالیاتی که در جهت توزیع مجدد منابع باشد، اساساً از نظر آنها مشروع نیست، زیرا یک فرد (مالیات دهنده) را «وسیله» و فرد دیگری (دریافت­کننده منافع) را «هدف» قرار می‌دهد.

از سوی دیگر لیبرال‌های مساوات­طلب، مالیات در جهت توزیع مجدد منابع را تا حدودی تأیید می‌کنند، زیرا معتقدند که توزیع فعلی ثروت در جامعه عمدتاً از راه­هایی حاصل شده است که شایسته احترام نیستند. اشراف ثروت را با زور و تسخیر به دست آورده­اند. این فرصت­ها از طریق انحصارات و تقلب به­دست آمده­اند. برخی افراد به این دلیل درآمدهای زیادی کسب می‌کنند که تحصیلات بهتر یا روابط خانوادگی بهتری دارند، زیرا آن­قدر خوش شانس بوده­اند که در گروه‌های اجتماعی ممتاز متولد شده­اند. چنین دستاوردهایی نتیجه یک بخت­آزمایی اجتماعی[[93]](#footnote-93) هستند زیرا بر اساس نظریات لیبرال‌های مساوات­طلب، افرادی که از چنین مزایایی بهره­مند می­شوند، کاری نکرده­اند که این مزایا شایسته آن­ها باشد. بر دستاوردهای آن­ها می­توان به صورت مشروع مالیات بست تا به فقرا کمک شود. حقوق مالکیت با مالیات بستن بر این دستاوردهای متنوع نامشروع مورد تعدی قرار نمی­گیرند، زیرا خود این دستاوردها به صورت درستی کسب نشده­اند و از نظر وجدانی قابل دفاع نیستند.

در کل، لیبرال‌های مساوات­طلب اینگونه مطرح می‌کنند که توزیع نابرابر درآمد، تنها در صورتی از نظر وجدانی قابل دفاع است که حساس به تلاش و کوشش[[94]](#footnote-94) و غیرحساس به استعدادها و موهبت­ها[[95]](#footnote-95) باشد. حتی تفاوت در پاداش­ها برحسب تفاوت در استعدادهای ذاتی امری مشروع نیست، زیرا هیچ­کس شایستگی مزایای بیولوژیک خود را ندارد. دستاوردهای ناشی شده از چنین مزایایی نتیجه تلاش‌های خود فرد نیستند. تفاوت­های درآمدی نشأت گرفته از این بخت­آزمایی طبیعی[[96]](#footnote-96) همانند دستاوردهای ناشی از ببخت­آزمایی اجتماعی از سوی دولت به منظور توزیع مجدد قابل مطالبه هستند.

آنچنان که در مقالات ۵ و۷ بحث خواهد شد، لیبرال‌های مساوات­طلب در زمینه اصلاحات سلامت معتقد به آن هستند که بهترین حالت، تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت به کمک مالیات­ها در جهت توزیع مجدد است. از این‌رو مالیات بر درآمد کل بهتر از مالیات­های حقوق است، به ویژه به این دلیل که روش دوم درآمدهای سرمایه‌گذاری را در نظر نمی­گیرد. از نظر لیبرال­های مساوات­طلب، درآمد ناشی از سرمایه گذاری به طور کلی وابسته به تلاش و زحمتی نیست و از این روی یک منبع اعتباری مناسب برای تأمین مالی توزیع مجدد به شمار می­رود. بسیاری از لیبرال­های مساوات­طلب -از جمله نویسندگان این فصل- به نظام سلامت ایالات متحده به عنوان نظامی‌به ویژه قابل اعتراض در زمینه عدالت (در مقایسه با نظام سلامت سایر کشورهای صنعتی) می‌نگرند. در ایالات متحده تأمین مالی اکثر خدمات مراقبت سلامت از طریق برنامه‌های بیمه خصوصی مبتنی بر پرداخت­های حق بیمه صورت می گیرد. در این برنامه‌های بیمه خصوصی مبتنی بر پرداخت­های حق بیمه صورت می­گیرد. در این برنامه­ها هزینه­ها بدون توجه به درآمد­ها برای همه مساوی هستند. در نتیجه مصرف مراقبت­های سلامت در ایالات متحده -مشابه مصرف سایر کالاهای مخصوص مصرف­کنندگان پول­دار مثل قایق­های اختصاصی- توانایی پرداخت فرد را منعکس می‌کند: اغنیا صاحب قایق­های اختصاصی بزرگ هستند، افراد طبقات متوسط قایق­های کوچکی دارند و فقرا هم که باید شنا کنند. همین مسأله در مورد مراقبت­های سلامت نیز صادق است. اکثر افراد بیمه نشده در ایالات متحده به خانواده‌های کم درآمد تعلق دارند.

هر گونه مطالبه در مورد «غیرمنصفانه بودن» توزیع سلامت یا مراقبت سلامت در یک جامعه احتمالاً -حداقل در ریشه خود- مبتنی بر اخلاق لیبرالی مساوات­طلبانه است. به­عنوان مثال در اکثر کشورهای فقیر هزینه‌های سلامت در مناطق روستایی، بسیار کمتر از مناطق شهری است و امید به زندگی نیز در نواحی روستایی کوتاه­تر است. آیا این مشکل باید کانونی برای اصلاحات سلامت باشد؟ پاسخ به این سؤال به ارزش­های افرادی که به آن پاسخ می­دهند بستگی دارد. یک لیبرال مساوات­طلب احتمالاً تصحیح این نابرابری را یک اولویت بسیار بالا می­داند. آن­ها از افزایش سطح انتهای پایینی توزیع به منظور تضمین سطحی حداقل از فرصت­ها برای تمامی افراد طرفداری خواهند کرد. از سوی دیگر سودگرایان عینی که هدف­شان به حداکثر رساندن وضعیت سلامت است، خواستار آن خواهند بود که هزینه-اثربخشی مداخلات مختلف را در نواحی روستایی در مقابل نواحی شهری بدانند و بر اساس این تصمیم بگیرند که در کجا بیشترین تأثیر حاصل خواهد شد (ما مجدداً در فصل ۵ با جزئیاتی بیشتر به نگرش‌ها در مورد عدالت از دیدگاه­های فلسفی مختلف خواهیم پرداخت).

علی­رغم این تفاوت­های ژرف، شباهت­های پایه­ای چندی بین لیبرالیسم و سودگرایی وجود دارد. هر دوی این آموزه­ها برای همگان هستند و در پی آنند که یک معیار اخلاقی منفرد را برای تمامی جوامع تدوین کنند. علاوه بر این، آن­ها بر افراد متمرکز هستند -بر تندرستی افراد و حقوق آن­ها. از این رو هر دوی این دیدگاه‌ها به خاطر غفلت از ماهیت اجتماعی زندگی انسان مورد انتقاد قرار می­گیرند. منتقدان لیبرالیسم چنین استدلال می‌کنند که ارزش­های اجتماعی مهم از سوی دیدگاه فردگرای آن مورد غفلت واقع شده‌اند. یک نقص سودگرایی این است که بر اساس آموزه­های آن، اگر کمک کردن به غریبه­ها مطلوبیت بیشتری ایجاد کند، دیگر شما نمی­توانید خانواده، دوستان یا همشهریان خود را برای کمک کردن به غریبه­ها ترجیح بدهید. به صوریت مشابه رویکردهای سودگرایی به ارتقای وضعیت سلامت می­تواند در تعارض با دیدگاه­های جامعه در مورد سلوک اخلاقی باشد. به عنوان مثال اختلاف نظرها در ایالات متحده بر سر توزیع سوزن­های تمیز برای معتادان تزریقی یا وسایل پیشگیری از بارداری برای دانش آموزان دبیرستانی را در نظر بگیرید. این انتقادها از دیدگاه­های اخلاقی نشأت می‌گیرند که بر تندرستی یا حقوق افراد مبتنی نیستند، بلکه به جای آن بر القای فضیلت و تربیت جامعه تأکید دارند و به سومین گروه از نظریات اخلاق مربوط می­شوند.

**4) نظریه اخلاقی سوم: جامعه­گرایی**

سومین رویکرد عمده به نظریه اخلاقی که ما قصد توضیح درباره آن را داریم، چنین استدلال می‌کند که در قضاوت در مورد سیاست‌های عمومی، آنچه اهمیت دارد نوع جامعه و نوع فردی است که این اقدام دولتی طالب ایجاد آن است. این دیدگاه بر ماهیت جامعه تأکید دارد و از این‌رو «جامعه­گرایی» نامیده می­شود. این نظریه بر این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می­دهند بستگی دارد. از این رو، دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نماید.

همان­طور که در مورد سود گرایان (عینی و غیرعینی) و لیبرال‌ها (آزادی­خواهان و مساوات طلبان) به دسته­بندی پرداختیم، جامعه­گرایان را نیز به دو دسته تقسیم می‌کنیم: جامعه­گرایان جهانی که معتقدند یک الگوی جهانی منفرد برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد. مثال­های فراوانی در این مورد چه مذهبی و چه غیرمذهبی وجود دارد. ادیان تک خدایی که تبلیغ مذهبی می‌پردازند (مثل مسیحیت) نمونه­هایی از جامعه­گرایی جهانی هستند. فعالان محیط زیست که نیز می­خواهند ارتباط انسان با طبیعت را تغییر دهند در همین راستا حرکت می­کنند. جنبش فمینیسم هم تا حدی همین­طور است چون خواستار ایجاد جامعه‌ای است که در آن روابط میان زنان و مردان متفاوت باشد. انقلابی­های مائونیست هم در این طبقه جای می­گیرند. آنچنانکه این مثال­ها نشان می‌دهند موضع‌گیری‌های اخلاقی بنیادی که در این مقوله جای می گیرند بسیار متنوع هستند و بیش از دسته لیبرالیسم یا سودگرایی بین خودشان اختلاف دارند.

یک دیدگاه جامعه­گرایانه در فلسفه شرق آسیا که شکل غیر غربی مهمی از جامعه­گرایی است و تناسب ویژه­ای با اصلاحات بخش سلامت دارد، آموزشی است که تحت عنوان کنفسیوسیم نامیده می­شود. این دیدگاه که توسط نوشته­های کنفسیوس (551-479 قبل از میلاد) و پیروان او تبیین شده است، از طریق «5 رابطه» به توصیف این نکته می­پردازد که مردم چه به­صورت فردی و چه به­صورت دسته­جمعی چگونه باید رفتار کنند. تعاملات انسانی در سطح خانواده شروع می­شوند و تا سطح کشور گسترش می­یابند، در حالی که یک تداوم کنفوسیوسی مشخص میان این دو حیطه زندگی دسته جمعی وجود دارد. منابع اصلی کنفوسیوسیسم که روی هم رفته به «چهار کتاب» مشهورند، دیدگاهی جهانی از ویژگی­های خوب انسانی بر مبنای انعکاس درونی وظایف و حقوق فرد و درک تعاملات انسانی فرد با گروه‌های خاص زندگی دسته جمعی ارایه می­کند.

استدلالات کنفوسیوسی در مورد وظایف و مسؤولیت­ها و انجام نقش­های اجتماعی، مشابه استدلالات ارایه شده در کتاب مشهور فیلسوف بزرگ یونانی افلاطون یعنی «جمهور» است، اما تفاوت‌های مهمی‌با آن دارد. افلاطون به خانواده به عنوان یک نمونه کوچک شده از تعهدات اجتماعی شهروندی می‌نگریست. از سوی دیگر کنفسیوس خانواده را الگویی پایه برای تعاملات انسانی در زمینه فرماندهی و فرمانبرداری و موضوعات عمومی و خصوصی تلقی می­کند. اخلاق کنفوسیوسی هنوز هم در بسیاری از کشورها بر ارزش­های فردی و اجتماعی تأثیر می­گذارد. به عنوان مثال تمایل دولت سنگاپور به استفاده از قدرت دولت برای حفظ ترتیبات اجتماعی و القای فضایل فردی بیان­کننده همین دیدگاه است.

دومین نوع جامعه­گرایان به لحاظ تاریخی تا حد زیادی تحت تأثیر دانش مردم­شناسی و کارهای پیشگامان این رشته مثل فرانتس بواس[[97]](#footnote-97) بوده‌است و جورج هربرت مید[[98]](#footnote-98) در اوایل قرن بیستم قرار دارند. ای دیدگاه طیف وسیعی از رفتارهای فرهنگی در جهان و شدت نقش بستن این فرهنگ­ها در افراد را شناسایی می‌کند. این نوع جامعه­گرایی نسبی­گرا بر این اصل تأکید دارد که هر جامعه خود باید در مورد هنجارها و روش سازماندهی اجتماعی خود تصمیم بگیرد. این جامعه­گرایان به اخلاق به عنوان یک مسأله ذاتاً وابسته به زمینه و بستر نگاه می­کنند و جایگاهی جهانی را در بیرون از جامعه برای قضاوت در مورد سنت­های فرهنگی خاص قائل نیستند.

اقدامات خاص مثل ختنه کرده دختران، پذیرفته بودن هنجارهای جوامع محلی را به صورتی ویژه زیر سؤال می‌برد. برخی جامعه­گرایان نسبی‌گرا از این اقدامات حمایت می‌کنند و معتقدند افراد خارج از این جوامع باید به این رسوم احترام بگذارند، زیرا این رسوم مفهوم عمیقی برای افراد متعلق به آن فرهنگ دارند و جزیی لاینفک از زندگی آن­ها محسوب می‌شوند. لیبرال‌ها معتقدند که این اقدامات قابل اعتراض هستند، چون بر دختران در اوایل زندگی آنها تحمیل می‌شوند و فرصت­های زندگی آن­ها را در بلند مدت محدود می‌نمایند.

افرادی که معتقدند هر جامعه خود به تعریف هنجارهای خود می­پردازد، باید در مورد مرزهای هر جامعه و اینکه چه کسی از جانب آن جامعه صحبت کند نیز تصمیم بگیرند. بسیاری از اقلیت‌های قومی و مذهبی معتقد به حق جدایی از هنجارهای جوامع بزرگ­تر و حق ایجاد جوامع خود هستند. در مورد این اختلاف­ها چگونه باید تصمیم­گیری کرد؟ آیا اکثریت کاتولیک در کشورهای آمریکای لاتین حق دارد دیدگاه‌های خود را در مورد طلاق و سقط جنین بر مبنای تفسیر خود از ارزش‌های جامعه به تمامی‌شهروندان تحمیل کند؟ اقلیت­های مذهبی در اسرائیل یا هند اگر اقداماتی انجام دهند که اکثریت جامعه را خشمگین یا آزرده خاطر کند، از چه حقوقی برخوردار هستند؟ مثلاً اگر افراد همجنس بخواهند در کشوری که اکثریت افراد این امر را غیراخلاقی می دانند، با هم ازدواج کنند یا کودکی را به فرزندی بپذیرند، چه اتفاقی خواهد افتاد؟ زنان در سوئیس تا ۲۰ سال قبل حق رأی نداشتند و جامعه سوئیس از این محدودیت به عنوان یک سنت دفاع می‌کرد. چه کسی تصمیم می‌گیرد که آیا یک جامعه در این موارد محق است یا خیر و یک جامعه برای پیشبرد ارزش‌های خود و اطمینان از پایبندی به آن­ها تا چه حد می­تواند از زور استفاده کند؟ اگر قرار باشد جامعه­گرایان نسبی­گرا به هدایت تصمیمات در مورد اصلاحات بخش سلامت بپردازند، این سؤالات به عنوان چالش‌هایی مهم مطرح خواهند بود.

اعتقادات جامعه­گرایانه در روند اصلاحات سلامت خود را به شیوه­های گوناگون نشان می دهند. از نظر بعضی از افراد در بهداشت عمومی داشتن یک سبک زندگی سالم صرفاً یک فضیلت است و راهی برای ارتقای وضعیت سلامت. به عنوان مثال برخی طرفداران بهداشت عمومی‌به مصرف سیگار یا مواد مخدر تزریقی به عنوان شکل­هایی قابل اعتراض از رفتار مخرب خود فرد می­نگرند و نه به عنوان رفتارهایی ناسالم. طرفداران این دیدگاه‌ها نمی‌توانند بپذیرند که برخی افراد، علی­رغم پیامدهای آن برای سلامت، لذت سیگار کشیدن را ترجیح می‌دهند و لذت ورزش را نمی‌پذیرند. این انتخاب­ها از نظر یک سودگرای غیر عینی (فرد سیگاری در جستجوی شادی است) یا یک لیبرال (فرد سیگاری حق دارد سیگار بکشد) قابل پذیرش هستند، اما جامعه­گرایان در زمینه بهداشت عمومی‌با آن­ها مخالفت می­کنند (تحت عنوان عدم تبعیت از طرز درست زندگی).

جامعه­گرایان همچنین ممکن است اعتقاداتی قوی در مورد برخی خدمات خاص مراقبت سلامت داشته باشند. در بسیاری از کشورها محافظه‌کاران مذهبی به دلیل زمینه‌های اجتماعی، مخالف آزادی سقط جنین یا در دسترس قرار گرفتن خدمات تنظیم خانواده هستند. در برخی کشورها (برای نمونه ژاپن) تعریف مرگ به صورت پایان کار قلب، تعداد اعضا برای پیوند را محدود کرده است. آیا کارکنان بهداشت عمومی‌با زمینه­های فکری سودگرایی عینی باید در پی تغییر چنین هنجارهای اجتماعی باشند؟ در بعضی از کشورها (مثل اتریش) فرض بر این است که تمامی‌کسانی که می­میرند اهدا کننده عضو هستند مگر اینکه خانواده آن­ها به صورتی فعالانه با این امر مخالفت کنند. این امر دستاوردهای بارزی در زمینه وضعیت سلامت داشته، اما مشکلات اخلاقی نیز ایجاد کرده است. آیا سایر کشورها باید از این روش تبعیت کنند، حتی اگر این کار بر خلاف سنت­های محلی آن­ها باشد؟ پرسش­ها در مورد طبابت سنتی نیز به مسایل مشابهی منجر می‌شود. اگر یک مؤمن صادق و پاکدل به یک شفادهنده مراجعه کند که معتقد به خارج کردن ارواح خبیثه برای درمان یک مشکل طبی است، آیا آن شفادهنده لازم است از راهکارهای طبابت رایج که قانون بر آن­ها تصریح کرده است، تبعیت کند؟ ما با ارائه این مثال­ها در پی مجسم کردن آن هستیم که چگونه استفاده از هنجارهای جامعه برای تعریف برنامه اصلاحات سلامت اغلب باعث تعارض­هایی با سایر ارزش­ها می­شود. از آنجا که این مسایل بسیار حائز اهمیت هستند، ما بر این باوریم که در فرایند تعیین اولویت‌های اصلاحات در بخش سلامت شایسته توجه ویژه­ای به آن­ها معطوف شود. مجدداً در فصل ۵ در این مورد به بحث خواهیم پرداخت.

این فصل بر ابعاد هنجاری اصلاحات سلامت تأکید داشت و به این سؤال می­پرداخت که جامعه چگونه باید در این مورد تصمیم بگیرد که برای اصلاحات سلامت انجام چه کاری لازم است. تحلیل اخلاقی می‌تواند به مجریان اصلاحات از طریق مشخص کردن پنداشت­ها و مفاهیم افراد دارای مواضع جامعه­گرایانه مختلف و ارتباط آنان با دیدگاه­ای مبتنی بر پیامدها و مبتنی بر حقوق کمک کند.

**5)مسئله حقانیت[[99]](#footnote-99)**

مجری اصلاحات در مواجهه با این سه موضع اخلاقی پایه، ممکن است این سؤال را از خود بپرسد که کدامیک از آن­ها صحیح است؟ چه امکاناتی وجود دارد که بتوان، یک دیدگاه اخلاقی را بر دیگری ترجیح داد و برگزید؟ چنین پرسش­هایی راجع به حقانیت، در حیطه اخلاق متافیزیکی یا ماهیت خود علم اخلاق قرار می­گیرند.

رویکردهای مختلفی برای برخورد با مسأله (تعیین) حقانیت یک موضع اخلاقی وجود دارد. یکی از این رویکردها، ایمان و اعتقاد مذهبی است. رویکرد دیگر آن است که نوع بشر، حس خاصی برای درک و استنباط اخلاقیات دارد. بنابراین حقایق اخلاقی، از سوی احساسات یا شهود به ما نشان داده می­شود. سومین دیدگاه بیانگر آن است که منطق یا استدلال می­تواند محتوای اخلاقیات را به ما دیکته کند. دیدگاه مدرنی که بیش از همه پذیرفته شده است، واقع­گرایی اخلاقی یا رئالیسم اخلاقی است. این موضع بیان می‌دارد که محتوای اخلاقیات را می­توانیم با تجربه­هایی که می­آموزیم، فرا بگیریم؛ البته در صورتی که به درستی درک و پردازش شود. واقع­گرایان اخلاقی معتقدند که -حقایق اخلاقی وجود دارند و می­توان آن­ها را کشف کرد و با درک ماهیت انسان، تحلیل نیازهای او و ارزیابی ملزومات زندگی اجتماعی، می­توان حقایق اخلاقی را یاد گرفت.

یکی از متفکران معاصر در حوزه پسامدرن چنین مطرح می­کند که به هیچ شیوه بنیادینی نمی­توان برای اخلاق، حقانیت قائل شد. در عوض، پسامدرن­گرایان بیان می‌کنند که اخلاق نیز مانند هنر و شعر، خلق می­شود. معیارهای قضاوت درباره مباحثات اخلاقی، مبتنی بر قواعد داخلی و درونی این عرصه است؛ مثل هنجارهای سبکی که بر یک سنت هنری حاکم بوده­اند. اما این قواعد را نمی­توان از اصول بنیادی­تر استخراج کرد و نمی‌توان حقانیت عمیق­تری برای آن­ها قائل شد. کلماتی که نوع انسان برای توصیف مفاهیمی مثل عدالت، تندرستی یا سنت استفاده می‌کند، صرفاً نمادهایی برای بیان ایده­هاست که توسط افراد ابداع شده است؛ همانطور که معماری گوتیک و موسیقی ملی توسط افراد ابداع شده­اند.

مجری اصلاحات سلامت با دیدگاه پسامدرن، کماکان باید با مشکلات مربوط به تصمیم­گیری­های اخلاقی دست و پنجه نرم کند. اگر چنانچه هیچ­گونه حقانیت بنیادینی وجود نداشته باشد، آن وقت آیا تمام دیدگاه­های اخلاقی با تمام اقدامات ممکن، از نظر اخلاقی یکسان و برابر هستند؟ ریچارد رورتی که یک پسامدرن­گرای برجسته آمریکایی است بیان می‌دارد که هرچند که حقانیت قضاوت­های اخلاقی را نمی­توان به صورت بنیادین پذیرفت اما انجام این قضاوت­ها مقدور است. وی می­گوید ما هیچ چاره‌ای نداریم جز اینکه بر مبنای دیدگاه خودمان از خوبی عمل کنیم و به دنبال متقاعد کردن دیگران برای پذیرش دیدگاه­مان باشیم. به عنوان مثال رورتی کماکان به ترویج جنبش حقوق بشر مبادرت می ورزد هرچند که نمی­تواند اثبات کند که این موضع اخلاقی، با اتکا و ارجاع به یک اصل حقوقی یا پایه­ای متعالی­تر صحیح است. درعوض رورتی بر یک نسخه مدرن از آموزه عمل­گرایی[[100]](#footnote-100) که توسط جان دوی مطرح شده است، اصرار می­ورزد. رورتی پیشنهاد می‌کند که دیدگاه­های اخلاقی را که باعث می­شود دنیا به مکان بهتری تبدیل شود (البته تا آنجایی که می­دانیم)، بپذیریم. انتخاب فردی رورتی، خود شکلی از لیبرالیسم مساوات­طلبانه است و او مشتاق آن است که این دیدگاه اخلاقی، مقبولیت وسیع­تری با استفاده از روش­های شاعرانه یا پیامبرانه پیدا کند چرا که بر این عقیده است که مباحثات منطقی صرف، کفایت نخواهد کرد.

**6) اتخاذ یک موضع اخلاقی**

همانگونه که فلاسفه بسیاری پیش از زمان ما این کار را صورت داده‌اند، ما نیز این نظریه­های اخلاقی را به گونه‌ای در اینجا مطرح کرده‌ایم که به نظر مانعه­الجمع[[101]](#footnote-101) می­رسند. اما این رویکرد خالص­نگر، با شیوه­های مختلف انجام وظایف که مجریان اصلاحات به آن مشغول هستند، تطابق ندارد. برای کمک به فرایند اصلاحات سلامت، معتقدیم بهتر است به نظریه‌های مختلف به این دید نگریست که در واقع آنها بینش­های مکمل یکدیگر هستند نه رقیب همدیگر. اگر این حالت را در نظر بگیریم، آن در تشریح این نکته به ما کمک می­کند که چرا بسیاری از افراد ترجیح می‌دهند که یک موضع مرکب و مختلط اتخاذ کنند و بر بیش از یک دیدگاه اخلاقی که بالاتر اشاره کردیم، تأکید ورزند.

چگونه مجری جدی اصلاحات می­تواند یک موضع اخلاقی اتخاذ کند که برای سیاستگذاری عمومی مناسب باشد و در عین حال، با ارزش­های فردی­اش هم سازگاری داشته باشد. یکی از رویکردهای که می­توان اتخاذ کرد این است که هم به سمت جلو و هم به صورت واپس­نگر کار شود؛ یعنی فرد با یک نظریه جالب و مطلوب (از نظر خودش) آغاز کند و سپس کاربردهای احتمالی آن را در عمل ببیند. برعکس این حالت نیز مقدور است یعنی با مشهوداتی راجع به عملکرد مطلوب شروع شود و به صورت واپس­نگر، مبنای نظری دیدگاه بررسی شود تا بتواند از موضع سیاستی مربوطه، حمایت نماید. زمانی که پیش­فرض­های نظری و مشهودات سیاستی با یکدیگر در تعارض قرار بگیرند (که غالباً این اتفاق می‌افتد)، کاری که باید انجام شود، تنظیم و تعدیل یک یا هر دوی آنهاست. در این حالت، هم مشهودات اختصاصی و هم ایده­های نظری کلی­تر را می­توان یکی پس از دیگری در راستای رسیدن به هماهنگی و تطابق درونی، تعریف کرد؛ آنچه که فیلسوفان از آن به عنوان توازن و تعادل بازتابی[[102]](#footnote-102) یاد می‌کنند. این فرآیند تکراری می­تواند محدودیت‌های یک جایگاه نظری خاص را نشان دهد. به عنوان مثال، فردی که خود را متعهد به دیدگاه سودگرایی عینی می­داند و به حداکثر رساندن سلامت را مطلوب می­شمارد، ممکن است مشاهده کند که می­تواند سطح فشار و تهدید مورد نیاز برای دست­یابی به هدف را کاهش دهد. شاید این محدودیت‌ها، ریشه دوجانبه شهودی ایده­های لیبرال باشد که در جای خود برای او محترم است: پس از مدتی بازتاب درونی و در نظر گرفتن موارد مختلف، وی ممکن است به جایگاه و موضع مرکبی برسد که تحت عنوان «سودگرایی محدود شده توسط حقوق»[[103]](#footnote-103) شناخته می‌شود.

نگرش ما نسبت به جایگاه­های اخلاقی مرکب، مبتنی بر دیدگاه کلی­ترمان نسبت به نظریه اخلاقی است. ما قوی‌اً از لغات و کلمات ساده شده­ای که مسایل اخلاقی به صورت طبیعی با استفاده از آن­ها در مباحثات سیاستگذاری عمومی مورد بحث قرار می­گیرند، آگاهیم. لغاتی که به صورت شایع در اکثر مباحثات اصلاحات بخش سلامت مورد استفاده قرار می­گیرند (لغاتی مثل حقوق، تندرستی، جامعه یا حتی خود سلامت)، همپوشانی ناقصی با ماهیت پیچیده مشکلات واقعی دارند. مثل نقاشی­هایی که نقاشان مختلف با سبک­های متفاوت، از یک منظره یکسان طراحی می‌کنند، نظریه­های اخلاقی مختلف نیز دیدگاه­های مجزایی را از یک صحنه به ما نشان می­دهند و توجه­مان را به خصوصیات و الگوهای متفاوتی جلب می­کنند. هر پرداخت می­تواند درک کامل­تر و بهتری از کل موضوع برای ما به ارمغان بیاورد؛ به شرط آن که بیننده نیز متمایل به درک و هضم هر دیدگاه باشد.

البته ما معتقدیم که مجریان اصلاحات سلامت باید به دنبال ثبت و همبستگی بین دیدگاه­های اخلاقی خودشان باشند. یعنی باید سعی کنیم کاری بیش از صرفاً انتخاب و برداشت یک مورد از نظریه­های موجود را انجام دهیم و نگذاریم که هوس­ها، ما را به این سمت سوق دهند که در واقع از آنچه می­توان آن را «اخلاق ویترینی»[[104]](#footnote-104) نامید، انتخاب کنیم. اگر همه کارمان یک انتخاب هوسی صرف باشد، آن وقت نظریه اخلاقی­مان به یک پرده تزئینی پنجره تبدیل می‌شود؛ یعنی یک منطق فانتزی برای موضعی که قبلا اتخاذ شده بدون آن که هیچ پشتوانه تحلیلی داشته باشد.

انسجام و صراحت، به دلایل متعدد حائز اهمیت هستند. نخست آنکه باعث می‌شوند دیدگاه­های بیشتری قابل توصیف باشند؛ امری که برای مباحثات عمومی درباره اولویت­های داخل پروپوزال­های اصلاحات سلامت حیاتی است. انسجام و صراحت امکان بالقوه توافق و عدم توافق را فراهم می­آورند و به دیگران اجازه می‌دهند که بفهمند چه بحثی در جریان است. در این حالت بهتر می‌توان از موضع­های اخلاقی دفاع یا آن را تعدیل کرد نسبت به موقعی که غبار و ابهام ناشی از مباحثات غیر مرتبط با یکدیگر وجود دارد. صراحت همچنین به شفافیت و پاسخگویی کمک می‌کند. برای مجریان اصلاحات بسیار مشکل خواهد بود اگر بخواهند پاسخگوی ارزش‌هایی در پشت توصیه­های سیاسی خود باشند که به وضوح قادر به توصیف و طرح آن نیستند.

بنابراین، توصیه­گران و مدافعان یک دیدگاه اخلاقی مرکب و مختلط، باید آمادگی ارایه یک منطق منسجم هماهنگ برای انتخاب­های خصوصی خود باشند. مثال قبلی ما را راجع به فردی به خاطر آورید که معتقد است دستیابی به یک سری از سودها باید توسط حقوق خاصی محدود شود. این شخص باید بتوانند توضیح دهد که چرا مرز میان این دو اصل، در اینجایی که اکنون هست کشیده شده و همچنین از این نظریه دفاع می‌کند که چرا افراد دیگر باید این مجموعه خاص از اهداف سودگرایانه و حقوق خاص را بپذیرند.

مهم است بدانیم که اتخاذ یک جایگاه اخلاقی برای اصلاحات سلامت، یک فرایند مداوم و در جریان است، نه یک اقدام یک بار برای همیشه. پیچیدگی مشکلات نظام سلامت و محدوده‌های طبقه­بندی تحلیل اخلاقی، در اطمینان یافتن از تداوم فرایند کمک می‌کند. مجریان اصلاحات، در همان حال که حول چرخه اصلاحات بخش سلامت در حال گردش­اند (همانگونه که در فصل ۲ نشان داده شده است)، باید به دنبال یادگیری و رشد اخلاقی خود در کنار پیشرفت علمی و سیاسی­شان باشند.

**6) خلاصه و بحث**

هر یک از نظریه­های اخلاقی که در این فصل مطرح کردیم، سؤالاتی راجع به خصوصیات خود به دنبال دارد که منعکس­کننده مسایل حل نشده­اش است:

* برای سودگرایان، تندرستی چگونه باید اندازه گیری و سنجیده شود؟
* برای لیبرال­ها، افراد چه حقوقی دارند؟
* برای جامعه­گرایان، محدوده­ها و ارزش­های جامعه خوب کدامند؟

هر نظریه اخلاقی، بینش‌های مهمی را ارایه می‌کند که می‌تواند تصمیمات لازم در اصلاحات بخش سلامت را هدایت کند. سودگرایان به عواقب و نتایج متمرکز می‌شوند (جایی که افراد به انتها می­رسند)؛ لیبرال­ها بر حقوق و فرصت­ها تمرکز می یابند (جایی که افراد شروع می­کنند)؛ و جامعه­گرایان بر انواع افراد و جوامعی که سعی در خلق آن­ها داریم متمرکز می­گردند.

چهار نویسنده این مجموعه، نگرش اخلاقی را اتخاذ می‌کنند که چندین تعهد مساوات­طلبانه خاص را در هسته خود جای داده است. ما معتقدیم که ملت­ها باید بهبود فرصت­های موجود برای پایین­ترین گروه رفاهی شهروندان خود را به عنوان اولویت خود قرار دهند. این امر بیانگر یک تلاش هماهنگ برای ارتقای سلامت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی این افراد است. این تعهد نیازمند تعهدی از سوی دولت­هاست که هم محافظت در برابر خطر مالی را برای فقیرترین گروه جمعیتی خود فراهم کنند و هم دسترسی اثربخش به خدمات اولیه و پایه مراقبت سلامت را برایشان مهیا سازند. همچنین معتقدیم که دستیابی به چنین اهدافی باید به شیوه­ای انجام شود که نگرانی­های مربوط به هزینه-اثربخشی و کارایی را مدنظر قرار دهد. محدودیت منابع خصوصاً برای کشورهای فقیر، به هیچ ملتی اجازه نمی‌دهد که بتواند اجبار رسیدن به اهداف با پایین­ترین هزینه را ندیده بگیرد. البته اعتقاد نداریم که تمام مشتریان اصلاحات باید دیدگاه ما را اتخاذ کرده باشند. برعکس، دقیقاً به این علت به بررسی انواع مختلفی از نظریه­های اخلاقی پرداخته­ایم که به درجاتی از تکثرگرایی (پلورالیسم) در بینش­های اخلاقی معتقدیم. هیچ کس نباید لزوماً به این مسایل از یک دید و به همین شیوه بنگرد. در عمل، فرهنگ و سیاست محلی، تنوع و گوناگونی را به دنبال خواهد داشت. این مسؤولیت مجریان اصلاحات یک جامعه است که این گوناگونی­ها را در هنگام تدوین و تهیه سیاست‌های ملی­شان لحاظ کنند.

به علاوه، هر یک از افراد دخیل در اصلاحات سلامت باید خودشان این تصمیم­گیری­ها را انجام دهند که ارزش­های فردی­شان چیست و چقدر تمایل دارند که در جهت ترویج این ارزش‌ها، جلو بروند. این فرایند، زمانی که سازمان‌های سیاسی و ساختارهای قدرت، پاسخ‌هایی را برمی‌انگیزند که با ارزش­های فردی در تضاد است، سؤالات مشکلی را به میان می‌آورد. چنانچه پارلمان، نخست وزیر یا وزیر بهداشت، سیاستی را که شما با آن مخالف هستید ترویج می‌دهند، شما تا چه حد معقولانه می‌توانید برای بحث، مخالفت یا مخفی­کاری با آن­ها پیش بروید؟ پاسخ ممکن است وابسته به کیفیت فرایندی باشد که با اتخاذ این تصمیم شده است. هرچقدر فرایند اتفاق افتاده، پاسخگوتر، بازتر و دموکراتیک در باشد، پاسخ حاصله، حتی در نظر مخالفان و ناراضیان، ارزش و احترام بیشتری خواهد داشت.

پاسخ همچنین می­تواند وابسته به درجه اهمیت موضوع از نظر مجری اصلاحات باشد. ممکن است به نظر برسد که عدم توافقاتی که دربرگیرنده اصول بنیادین هستند، باز هم ارزش صرف وقت بیشتر داشته باشد تا آن­هایی که مبتنی بر مسائل فنی باریک و کوچک هستند. کماکان مجریان اصلاحات نمی‌توانند از مسؤولیتی که تجربه و حق تصمیم­گیری آن­ها برایشان ایجاد می‌کند، دوری کنند. رهبران سیاسی غالباً نمی دانند که چه می­خواهند. قانونگذاران ممکن است سیاست­های گنگ، مبهم یا متضادی را تصویب کنند. فرایند سیاسی، یک فرایند انسانی است؛ برای انجام اصلاحات موفقیت­آمیز در بخش سلامت باید درک، استنباط و مدیریت صحیحی برای آن صورت گیرد.

با در نظر گرفتن مرکزیت سیاست در تلاش‌های اصلاحات بخش سلامت، اکنون بحث درباره درک و استنباط­مان از این فرایندها و نحوه تاثیر­گذاری بر روی آن­ها می‌پردازیم. در مقالات بعدی، ما به مشکلات تعیین اولویت‌های اصلاحات در بستری که هم اخلاق و هم سیاست در آن نقش مهمی‌برعهده دارند، باز می­گردیم.

پایان صفحه 123

**4**

**تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی**

**1)مقدمه**

اصلاحات بخش سلامت، همانند تمام اصلاحات سیاستگذاری، فرایندی عمیقاً سیاسی است. همانگونه که در فصل ۲ تأکید کردیم، تدوین­گران زیرک سیاست‌ها، تحلیل سیاسی را در مراحل ابتدایی چرخه سیاستگذاری آغاز می‌کنند؛ آن­ها تحلیل سیاسی را تا زمان بعد از تدوین سیاست­ها به تأخیر نمی‌اندازند. منتظر ماندن برای ارزیابی تأثیرات و ملاحظات سیاسیِ هر سیاست ممکن است به پیشنهادهایی منجر شود که احتمال اجرای آنها اندک است. کار فنی برای تدوین سیاست و تلاش سیاسی برای ارزیابی امکان‌پذیری و سهولت باید به­صورت همزمان انجام شود. تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی در هر مرحله از چرخه سیاستگذاری مورد نیاز است و به حد و مرز «تصمیم­گیری سیاسی» که در شکل ۱-۲ نشان داده شد محدود نمی‌شود.

توصیه­گران اصلاحات سلامت در کشورهای در حال توسعه، چالش­های سیاسی را که با آن مواجهند، در همه موارد به خوبی نمی‌شناسند؛ همچنین همیشه نتوانسته‌اند راهبردهای سیاسی مورد نیازشان را تدوین کنند. یکی از مثال­های مربوط به تحلیل سیاسی ناکافی از اصلاحات عمده سلامت، گزارش جهانی توسعه سال ۱۹۹۳ بود که توسط بانک جهانی منتشر گردید. این گزارش، ۷ فصل را به کاری که کشورهای فقیر باید برای بهبود کارایی سرمایه گذاری­های سلامت انجام دهند و فقط ۵ پاراگراف را به توضیح فرایند اصلاحات در بخش سلامت اختصاص داده بود. به علاوه، این گزارش درباره نحوه مدیریت پدیده‌ای که خود آن را «نزاع مداوم و پیچیده» اصلاحات بخش سلامت می­خواند ایده­های صریح و یا اندکی، ارایه کرده بود. فقط به سادگی به ذکر این جمله اکتفا شده بود که «اصلاحات وسیعی را می‌توان در بخش سلامت انجام داد اگر چنانچه تمایل سیاسی کافی وجود داشته باشد و تغییرات مورد انتظار در بخش سلامت، توسط برنامه­ریزان و مدیران قابل، طراحی و اجرا شود». *گزارش جهانی سلامت سال* 2000 [[105]](#footnote-105) در موضوع عملکرد نظام سلامت با گنجانیدن بندی درباره اهمیت بسیج طرف­های ذینفع، برای محیط سیاسی اهمیت بیشتر قایل شد. اما گزارش سازمان جهانی بهداشت، محیط سیاسی را در درون کارکرد وسیع­تر «تولیت»[[106]](#footnote-106) به معنای مسؤولیت دولت در قبال رفاه اجتماعی و نگرانی از بابت اعتماد و مشروعیت قرارداد. گزارش سازمان جهانی بهداشت، توجه بسیار اندکی به مقوله تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی نشان داد؛ مواردی که ما فکر می­کنیم جزو اجزای ضروری تلاش­هایی است که برای ارتقای عملکرد نظام سلامت صورت می گیرد.

پس مجریان اصلاحات سلامت چگونه باید به تدوین و اجرای راهبردهای سیاسی بپردازند تا بتوانند احتمال پذیرفته شدن و اجرای برنامه­هایشان را ارتقا دهند؟ رویکرد ما، بر اهمیت تحلیل سیاسی نظام­مند و مداوم، تأکید می­ورزد. این فصل به ترتیب زیر جلو می رود: در ابتدا به بررسی این مسأله می­پردازیم که چگونه برنامه و دستور کار برای سیاستگذاری در کل و برای اصلاحات بخش سلامت به طور خاص، تنظیم می­شود. سپس به بحث درباره نحوه مدیریت فرایند تنظیم برنامه از طریق استفاده از تحلیل ذینفعان[[107]](#footnote-107) می­پردازیم. تحلیل مذکور، روشی نظام‌مند برای تحلیل گروه­ها و افراد مرتبط در درون و بیرون دولت است که می‌توانند بر فرایند انتخاب سیاست‌ها تأثیر بگذارند. سپس به ارایه چهار راهبرد سیاسی پایه برای افزودن به احتمال پذیرفته شدن و اجرای هر سیاست اصلاح­گرایانه می­پردازیم؛ نتیجه­گیری این بحث با درس­هایی که از نظریه مذاکره درباره نحوه ایجاد یک گردهمایی سیاسی برنده آموخته شده است صورت می‌گیرد. در نهایت، برخی از جنبه‌های اخلاقی تدوین راهبردهای سیاسی را به بحث می­گذاریم که مواردی مثل تصمیم­های فردی را که مجریان اصلاحات سلامت با آن برخورد دارند شامل می‌شود.

**۲) تنظیم برنامه برای اصلاحات سلامت**

چه عواملی تعیین­کننده برنامه اصلاحات سلامت در یک کشور خاص هستند؟ پاسخ سهل­انگارانه ممکن است این باشد که «توجه عمومی، خود بر حوزه­هایی که عملکرد نظام سلامت در آن­ها رضایت­بخش نیست متمرکز خواهد شد». اما مسائلی که از سوی سیاستگذاران به عنوان مسائلِ مورد توجه عموم مطرح و تعریف می­شود، ممکن است آن جنبه­هایی نباشد که متخصصان به­عنوان غیرقابل قبول یا به عنوان اولویت بالا می­شناسند (الگویی که در فصل ۲ به آن اشاره کردیم). به­عنوان مثال، بار بیماری برای سرطان گردن رحم در غنا بسیار بالاتر از سرطان پستان است، اما توجه سیاست­ها به خاطر فرایندهای اجتماعی و سیاسی مختلف، بیشتر معطوف به سرطان پستان بوده است تا سرطان گردن رحم. همان­گونه که از این مثال برداشت می‌شود، «حقایق» همیشه به سادگی خود را در تعیین اولویت­های مربوط به اصلاحات بخش سلامت نشان نمی­دهند. در حیطه­ای وسیع‌تر، مسائلی که به سبب توجه عمومی، برای سیاستگذاری انتخاب شده­اند، لزوماً ممکن است مطابق با موضوع­هایی نباشند که بر پایه تحلیل اخلاقی یا ارزیابی اهداف اصلی عملکردی انتخاب می­شود.

در عمل، مشکلات بخش سلامت، به صورت موضوع­های عمومی و از طریق فرایندهای وسیع­تر اجتماعی و سیاسی، مطرح می‌شوند. مسائل، در زندگی سیاسی به عنوان نمادی از توجه عمومی و در چارچوب آنچه چرخه مسأله-توجه[[108]](#footnote-108) شناخته می‌شود می­آیند و می روند. اجازه دهید به برخی از عوامل مهم که از نظر توجه عمومی‌به فرایند تنظیم برنامه تعیین­کننده است اشاره کنیم.

رسانه­های جمعی، در هر دو گروه کشورهای در حال ‌توسعه و توسعه‌یافته، نقش مهمی در شکل­دهی این چرخه از مسائل برای مباحثات عمومی ایفا می­کنند. رسانه­ها می­توانند مشکلات خصوصی را به مسائل عمومی‌تبدیل کنند، در بین صاحبنظران سیاسی و عمومی آگاهی ایجاد کنند و محدوده و نشانه‌های مباحثات عمومی را طرح­ریزی کنند. چرخه مسأله، تا حدی به وسیله پاداش‌ها و انگیزه‌های اقتصادی شکل می‌گیرد. روزنامه‌ها، مجلات، رادیو و تلویزیون، به درآمدهای حاصل از انتشار و تیراژ خود وابسته­اند (خواه به صورت فروش و عرضه مستقیم و خواه از طریق تبلیغات و آگهی­ها). خوانندگان، شنوندگان و بینندگان، تا حدی به خاطر جذابیت و سرگرمی، مشتری اخبار می­شوند. به دلیل اینکه داستان­ها و اخبار، با گذشت زمان تکراری و خسته­کننده می­شوند، رسانه­ها انگیزه دارند که به دنبال موضوعات جدید و جالب بگردند تا توجه خوانندگان و مشتریان را به خود جلب کنند. تمایل رسانه­ها به موضوعات خاص ممکن است با عوامل زیر نیز تحریک و دستخوش تغییر شود: مالکیت آن­ها یا ارتباط آن­ها با احزاب سیاسی خاص، محدودیت‌های ناشی از کم تحمل بودن دولت نسبت به انتقاد عمومی و نگرش دولت نسبت به آزادی­های پایه (مانند آزادی مطبوعات).

در دسترس بودن راه حل­های پیشنهادی هم عاملی است که بر تعریف به مسأله تأثیر می­گذارد. همانگونه که در فصل ۲ ذکر کردیم، تعریف «مشکل» ممکن است به خاطر وجود «راه­حل» اتفاق بیفتد و جلو برود. این امر معمولاً فرایندی فعال است و به وجود و حضور فرد یا سازمان متعهد وابسته است که در جهت ارتقای راه­حل تلاش می­کند. به عنوان مثال، نهادهای بین­المللی، نقشی کلیدی در متمرکز ساختن توجه به راه­حل­های خاص داشته­اند که با رسالت آنان و همچنین با تنظیم برنامه سیاستگذاری در داخل کشور، سازگاری داشته است. به عنوان مثال، در دهه‌های 1970 و 1980، یونیسف تلاش عمده‌ای برای ترویج راهبرد GOBI [[109]](#footnote-109) (پایش رشد، مایع درمانی خوراکی، شیر مادر و ایمن­سازی) به عنوان راه­حلی برای کاهش میزان بالای مرگ­ومیر شیرخواران صورت داد. نهاد­های بین­المللی، از روش­های مختلف برای ترویج راه­حل­های سیاستی خود بهره می­جویند (از جمله ایجاد انگیزه­های قوی و فشارهای دیپلماتیک برای ذینفعان مختلف) تا بر تنظیم برنامه در نظام سیاسی وسیع‌تر تأثیر بگذارند؛ از طریق وام­ها و جایزه­های هدفمند شده، از طریق مشروط کردن کمک­های خود[[110]](#footnote-110) و از طریق فشار دیپلماتیک. در این شرایط، نهادهای بین­المللی به *کارآفرینان سیاستی[[111]](#footnote-111)* تبدیل می‌شوند؛ نقش‌آفرینانی که به دنبال ترویج موضوعی خاص و راه­حلی ویژه­اند.

کارآفرینان سیاستی، در بسترها و پیش­زمینه­های ملی نیز حضور دارند. مثال­های زیر را در نظر بگیرید: تلاش گروهی از نمایندگان زن پارلمان ژاپن که موفق شدند اقدامات قانونگذاری را بر قبیحه­نگاری (پورنوگرافی) از کودکان متمرکز کنند؛ یا تلاش­های پزشکان اروپای شرقی که تلاش کردند کاهش درآمدهایشان را به عنوان مسأله و مشکلی برای اصلاحات بخش سلامت نشان دهند. توانایی یک گروه، در متمرکز ساختن توجه سیاسی و اجتماعی به جنبه­ای خاص از نظام سلامت، وابسته به عوامل متعددی از جمله منابع خود این گروه‌ها، خصوصیات محیط وسیع‌تر اطراف­شان و زمان­بندی سیاسی است که به بحث آن­ها می­پردازیم. توصیه­گران اصلاحات سلامت، چه در سطح ملی و چه در سطح بین­المللی، غالباً به عنوان کارآفرینان سیاستی عمل می­کنند. در این نقش، آن­ها نیاز به درک صحیح از چرخه سیاستگذاری (که در فصل ۲ ارائه شد) دارند و اینکه چگونه می‌توانند به اثربخش­ترین شیوه، بر برنامه سیاست­ها و پشتیبانی از اصلاحات در هر مرحله از چرخه، تأثیر بگذارند.

بروز بحران فرصتی فراهم می‌آورد تا مسأله­ای خاص در برنامه سیاستگذاری قرار گیرد. بحران ممکن است حادثه طبیعی مانند زلزله باشد و مشکلات موجود در نظام سلامت را که نیازمند توجه است، به تصویر بکشد؛ یا اینکه ممکن است حادثه‌ای انسانی مثل بحران اقتصادی باشد که توجه عموم را به داروهای گران وارداتی جلب کند و زمینه را برای ارایه سیاست داروهای اساسی فراهم سازد. در برخی موارد، کارآفرینان سیاستی سال­ها درصدند که سیاستی خاص را برای اصلاحات نظام سلامت ارایه کنند ولی فقط زمانی موفق می­شوند که ترکیب صحیح و به موقعی از بحران و شرایط سیاسی دور هم جمع شود؛ مانند آنچه در سیاست اصلاح دارویی در بنگلادش طی سال ۱۹۸۳ با به قدرت رسیدن یک دیکتاتور نظامی اتفاق افتاد.

همچنین چرخه­های سیاسی و زمان، بر اینکه کدام یک از مسائل در برنامه سیاسی یک کشور قرار گیرد، تأثیر می­گذارند. با متمرکز ساختن توجه عمومی‌به مسائل خاص، گروه‌ها و افراد مختلف برای کسب مزایای سیاسی (خصوصاً طی دوران انتخابات) تلاش می‌کنند و به رسمیت شناخته شدن نگرانی­های خود در برنامه­های سیاستی را دنبال می‌کنند. زمانی که مسأله­ای، مهم و قابل توجه می­شود، بیانیه­ای سیاستی ممکن است تدوین پروپوزال­های متعددی را موجب شود که گروه‌های رقیب، مالکیت این مسأله را به شیوه‌ای ادعا می‌کنند که در راستای منافع آنان باشد. زمانی که مسأله­ای در برنامه سیاستگذاری قرار گرفت، معمولاً سایر مسائل را به حاشیه می­راند؛ هر کشور در هر زمان معمولاً فقط می­تواند تعداد اندکی از مسائل اجتماعی عمده را برای سیاست‌های اصلاحی در نظر بگیرد. کارآفرینان سیاستی نه تنها باید تعاریف خود از مشکل را جذاب­تر از بقیه کنند بلکه باید نسبت به مسائل رقیب نیز برای آن جذابیت بیشتری ایجاد کنند. بنابراین، زمان­بندی سیاسی، اهمیت حیاتی دارد چرا که دوره فرصت[[112]](#footnote-112) برای تغییرات سیاستگذاری، غالباً کوتاه است و ممکن است دستخوش رویدادهایی غیرقابل پیش‌بینی شود. کارآفرینان سیاستی باید درک بهتری از این موضوع پیدا کنند که: دوره فرصت، چه هنگام باز است، تا چه موقع ممکن است باز بماند و چگونه باید تغییرات سیاستی مدنظر خود را از این دوره عبور دهند که فرصت از دست نرود.

تغییرات برنامه­های سیاستی گاهی در مواقعی ایجاد می‌شود که نقش­آفرینان جدید وارد نظام سیاسی شوند. به عنوان مثال، هر وزیر بهداشت جدید عمدتاً در صدد تدوین برنامه سیاستی جدید به فاصله کوتاهی پس از آغاز به کار است. هدف چنین پروپوزال­هایی غالباً نه‌ تنها حل مشکلات اجتماعی بلکه ایجاد میراث سیاسی برای نسل­های بعدی نیز هست و نشان دادن اینکه وزیر سزاوار باقی ماندن در سِمَت خود و دریافت پاداش در هنگام پایان کار خویش است. باید تا متوجه این نکته مهم بود که مدت زمانی که هر وزیر در منصب خود قرار دارد، احتمالاً بسیار کوتاه است و میانگین این مدت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، فقط حدود 6 ماه تا یک سال است. اینکه وزیر مربوطه، برنامه سیاستگذاری را چگونه تعریف کند. از سوی انگیزه‌های سیاسی وسیع‌تر و همچنین درک موجود از هزینه و مزایای سیاست‌های خاص از جمله دیدگاه­های مربوط به رئیس حکومت شکل می­گیرد. نمونه فرایند تنظیم برنامه توسط وزیر بهداشت، در سال ۱۹۸۳ و تصمیمی‌که مصر گرفت مشاهده می­شود که عبارت بود از طراحی سیاست جدید برای بیمه سلامت کودکان سنین مدرسه. در کشور کلمبیا، وزیر بهداشت با سناتورها به فعالیت مشترک پرداخت و همکاری­هایی با قانونگذاران کلیدی صورت داد تا بتواند از تصویب قانون خود برای اصلاحات نظام سلامت، مطمئن شود. این مثال نشان می‌دهد که لازم است کارآفرین سیاستی در تدوین راهبردهایی برای تنظیم برنامه، خصوصیات و شرایط سیاسی حوزه خاص سیاست مربوطه را در نظر بگیرد.

کارآفرینان سیاستی همچنین بر مبنای عقایدشان درباره آنچه باعث بهتر شدن نظام می­شوند فعالیت می­کنند؛ عقاید و ارزش­هایی که غالباً بر مبنای تجارب فردی و با احساس نوعی رهبری اخلاقی شکل گرفته­اند. توصیه­گرانِ مراقبت بهتر برای بیماران روانی و ذهنی ممکن است با عضوی از خانواده که مبتلا به این­گونه بیماری است سروکار داشته باشند و از این راه درباره خدمات ضعیف و تأثیر آن بر خانواده، تجربه کسب کنند. واکنش سیاستمداری که فردی از عزیزانش را در حادثه رانندگی از دست داده است ممکن است به صورت فشار وارد آوردن برای تصویب قانون اجباری شدن بستن کمربند ایمنی و افزایش امنیت رانندگی بروز کند. این ایدئولوژی و آموزش حرفه­ای نیز از مواردی است که بر مسائلی که کارآفرین سیاستی انتخاب می­کند، تأثیر می­گذارد. به­عنوان مثال، متخصصان بهداشت عمومی عموماً معتقدند که پیشگیری، ارزش بیشتری دارد و این امر، بر انتخاب و تعریف مشکلات از سوی آنان تأثیر می­گذارد.

تغییرات ناگهانی در دولت (مثلاً وقتی یک دیکتاتور نظامی در پی کودتا زمام امور را در دست می‌گیرد)، ممکن است فرصت­هایی را برای اصلاحات بخش سلامت فراهم کند. اما حتی رهبران و فرمانروایان خودمختار نیز باید راهبردهای سیاسی جهت برخورد با گروه­های مقتدر ذینفع و مخالفت­هایی که با سیاست­های جدید صورت می­گیرد، طراحی کنند. در بنگلادش، دولت نظامی در سال ۱۹۸۳ به سرعت توانست سیاست دارویی جدیدی را ارایه و اجرا کند (در بدو شروع به کار خود) اما به دلیل مخالفت­های دایم از سوی انجمن­های پزشکان، تا ۷ سال بعد نتوانست هیچ سیاست خاص درباره سلامت را جلو ببرد. در شیلی، رژیم پینوشه توانست در سال ۱۹۷۹ بر مخالفت­های قابل توجه از جانب گروه­های طبی و بهداشت عمومی‌بر سر راه اصلاحات نظام سلامت دولت قرار می­گرفت، غلبه کند اما اصلاحات به دلیل مقاومت­های داخل و خارج از دولت نظامی‌کماکان نیاز به ۱۰-۵ سال زمان برای اجرا داشت.

فرهنگ عمومی جامعه نیز بر فرایند تنظیم برنامه تأثیر می­گذارد؛ زیرا سبب می‌شود که برخی از مباحثات به راحتی در جامعه مطرح گردد و جلوی برخی دیگر، به عنوان (یا با برچسب) تابو، گرفته شود. این ارزش­ها و عقاید، به فرهنگ و سنن هر کشور خاص (یا به گروهی معین از جمعیت کشور) در دوره­ای خاص از زمان اختصاص دارد. به عنوان مثال، در برخی از کشورها، بحث درباره میزان­های بالای مرگ­ومیر کودکان دختر به عنوان یکی از مسایل، یا وجود بازار آزاد فروش کلیه به ثروتمندان خارجی، تابو محسوب می‌شود. در این مورد مهم است به خاطر داشته باشیم که اعتقادات فرهنگی، ثابت و پایدار نیستند و با گذشت زمان تغییر می­کنند؛ بنابراین مباحث و موضوعاتی که زمانی، خارج از حدود مسائل عمومی محسوب می‌شد، ممکن است زمانی دیگر به عنوان مشکلات یا مسائل عمومی مطرح شوند. به عنوان مثال، پرداختن به ختنه دختران در مباحثات عمومی‌بسیاری از کشورها، یک تابو به حساب می‌آمد تا زمانی که کنفرانس بین­المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار گردید و مسأله را برای بحث و تبادل­نظر چه در مصر و چه در سرتاسر جهان، باز کرد. این مورد نشان می­دهد که موضوعاتی که زمانی تابو تلقی می­شود ممکن است در مباحثات اصلاحات سلامت به عنوان مسائل عمومی مطرح شود و عواقب فرهنگی و سیاسی گسترده­ای را به دنبال خود بکشاند، درک نقش ارزش­های فرهنگی در تعریف و انتخاب موضوعات مورد علاقه عموم، مجریان اصلاحات را در انتخاب مسایلی که باید برای آن­ها برنامه‌ریزی کنند، به صورتی که در زیر شرح خواهیم داد، یاری می­دهد.

البته فرایندهای تنظیم برنامه ممکن است غیرقابل‌پیش‌بینی باشد. رهبر ماهر و قدرتمند می­تواند از آنچه معمولاً در افکار جریان ندارد، جریان فکری بسازد. هر بحران می‌تواند تمرکز نگاه‌ها را به یک سمت موجب شود و محاسبات سیاسی درباره مشکل را تغییر دهد و دوره فرصت پیش­بینی نشده­ای را برای تغییر دادن سیاست‌ها فراهم کند. جان کینگدون[[113]](#footnote-113) دانشمند علوم سیاسی می­گوید بهترین شانس برای تغییر موفقیت­آمیز سیاست­ها زمانی روی می­دهد که سه جریان از رویدادها در کنار یکدیگر جمع شوند:

1. وضعیت عینی؛ جریان مشکل[[114]](#footnote-114)
2. موجود بودن راه حل ممکن؛ جریان سیاست
3. جریان یافتن رویدادهای سیاسی؛ جریان سیاسی.

زمانی که این سه جریان با یکدیگر تلاقی پیدا می­کنند، طبق نظریه کینگدون برای تنظیم برنامه، پاسخ­های سیاستی چندی اتفاق می­افتد؛ هرچند که این پاسخ­ها ممکن است مشکل را حل نکنند.

بنابراین مجریان اصلاحات سلامت لازم است ظرفیت ارزیابی و مدیریت جریان وقایع سیاسی (مهارتی که ندرتاً در آن آموزش دیده­اند) و همچنین ظرفیت تحلیل وضعیت عینی و طرح­ریزی راه­حل­های ممکن را داشته باشند (مهارتی که معمولاً در آن آموزش دیده­اند). مجریان اصلاحات سلامت لازم است درکی از نحوه تنظیم برنامه­ها برای سیاست عمومی داشته باشند و نحوه تغییر و تعدیل فرایندهای تنظیم برنامه را برای اصلاحات سلامت بدانند. به طور خلاصه، مجریان اصلاحات سلامت مجبور نیستند تعریف مشکل را که توسط فرایندهای تنظیم برنامه در کشور خودشان صورت گرفته است بپذیرند. مجریان اصلاحات سلامت می­توانند از نظریه اخلاقی (فصل۳) و اهداف اصلی عملکرد (فصل ۵) برای تعریف مشکلاتی که فکر می­کنند باید به آن­ها پرداخته شود استفاده کنند. پس از آن باید فرایندهای سیاسی برای توسعه و گسترش مقبولیت عمومی این تعاریف از مشکلات استفاده کنند تا بتوانند برنامه‌های سیاستی را تشکیل دهند.

بنابراین مجریان اصلاحات سلامت باید نگران امکان­پذیری سیاسی[[115]](#footnote-115) پروپوزال سیاستی خاص باشند. آیا می­توان این پروپوزال سیاستی را پذیرفت و آیا می­توان آن را اجرا کرد؟ اما مفهوم امکان­پذیری، متغیر دو قسمتی بله یا خیر نیست: امکان­پذیری دربرگیرنده احتمالاتی است که بین ۱-۰ تغییر می­کند. احتمال پذیرفته شدن هر سیاست، وابسته به وضعیت، مهارت و تعهد توصیه‌کنندگان (و البته مخالفان) آن است. هر یک از گروه­ها، چه منابع سیاسی در دست خود دارد و هر کدام برای پرداختن به این منازعه چقدر آمادگی دارد؟ هر کدام از این گروه‌ها، در مهارت­های متنوع و مهم مثل ارزیابی عواقب سیاسی پروپوزال­های فنی، تأثیرگذاری و تجمع عاطفی- احساسی عموم و مذاکره مسائل خصوصی با نقش­آفرینان سیاسی اصلی، چقدر هوشمندانه و اثربخش عمل می­کنند؟ آیا آن­ها قادرند افراد و سازمان‌ها را متقاعد کنند که (بخشی از) منابع و سرمایه محدود سیاسی­شان را به این نوع خاص از تلاش­های اصلاح­گرایانه اختصاص دهند؟ رهبری[[116]](#footnote-116) در اینجا بسیار نقش حیاتی دارد. رهبران سیاسی باهوش و ورزیده، مثل ژنرال­های باهوش قادرند از نزاع­ها و کشمکش­ها، برنده و سربلند خارج شوند؛ و بر آنانی که توانمندی کمتری دارند غلبه کنند. بنابراین پرسش درباره امکان­پذیر بودن هر سیاست، در واقع پرس­وجو درباره توصیه­گران اصلاحات و خصوصاً خلاقیت، تعهد و مهارت­های آنان (و البته مخالفان آن­ها) است. گذر از اصلاحات مراقب سلامت، غالباً به معنی غلبه منافع قدرتمند یا کنار آمدن با منافعی است که قویاً و با شدت از جایگاه­های خود دفاع می­کنند.

توصیه­گران اصلاحات سلامت غالباً «تیم تغییر» را سازماندهی می­کنند تا به مدیریت فرایندهای طراحی سیاست و به کارگیری آن بپردازند. این تیم‌ها مسؤولیت کار کردن و فعالیت با گروه­های متنوع (از داخل و خارج دولت) را برعهده دارند تا پیچیدگی‌های ترویج سیاست تغییرِ و تغییر سیاست­ها را در مدیریت خود بگیرند. این تیم­ها باید تعریف قابل قبول از مشکل و پیشنهادی امکان‌پذیر برای حل آن تهیه و ارایه کنند. تیم تغییر نه تنها نیازمند ظرفیت‌های فنی برای طرح ریزی سیاست است بلکه به ظرفیت‌های سیاسی جهت جابجا کردن سایر گروه‌ها و افراد مرتبط نیز نیاز دارد. موقعیت و جایگاه تیم تغییر، برحسب شرایط سازمانی و جایگاه مدافعان اصلاحات، متفاوت خواهد بود. در نظام ریاست جمهوری، تیم تغییر می­تواند به عنوان گروه مشاور برای دفتر رئیس جمهور فعالیت کند؛ یا به عنوان کمیسیون قانونگذاری برای تهیه پیش­نویس قوانین جدید یا کمیته موردی برای مشاوره با وزیر بهداشت عمل کند. همانگونه که در تلاش­های اصلاحات سیاست اقتصادی مشاهده شده است، ترکیب، موقعیت، انگیزش­ها و قدرت گروه تغییر می­تواند تفاوت عمده­ای در احتمال دست یافتن به اصلاحات موفقیت‌آمیز در بخش سلامت پدید آورد.

تحلیل حاصل کار سه تیم تغییر در سه مورد از اصلاحات سلامت در کشورهای آمریکای لاتین (شیلی، کلمبیا و مکزیک)، چند خصوصیت[[117]](#footnote-117) مشترک را نشان داد: همبستگی[[118]](#footnote-118) ایدئولوژیک، مهارت­های فنی بالا، کار کردن جدا استفاده از شبکه­های سیاستی. تیم‌های این کشورها با چندین وزارتخانه و نهاد خصوصاً وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت برنامه­ریزی و دفتر رئیس جمهور و بعضاً حتی با نیروهای مسلح همکاری می‌کردند. زمانی که این تیم‌ها از افراد فنی تشکیل شده باشند که قادرند سیاستی جدید را تدوین کنند، لازم خواهد بود که در منازعات بوروکراتیک با نهادهای دولت وارد شوند، فشارهای ناشی از گروه‌های ذینفع را اداره کنند، فرایند قانونی تدوین یک قانون جدید را دنبال و اجرای اصلاحات را آغاز کنند. بنابراین در این سه مورد، گردآوری و ایجاد تیم تغییر به خودی خود یک راهبرد سیاسی قابل توجه محسوب می‌شود. اما این گروه‌ها، راهبردهای سیاسی دیگری نیز برای پرداختن به چالش­های مربوط به فرایند اصلاحات سلامت، تدوین کردند؛ بعضاً نیز (در مورد کلمبیا و شیلی) برای دستیابی به تغییر، به حمایت بالاترین سطوح سیاسی نیاز پیدا کردند.

بنابراین اصلاحات سلامتی که از نظر سیاسی امکان‌پذیر باشد نیازمند مهارت، قدرت تحلیل و راهبردهای سیاسی است نه یک مفهوم گنگ و کلی تحت عنوان «تمایل سیاسی» که در گزارش جهانی توسعه سال ۱۹۹۳ بانک جهانی به آن اشاره شده بود. نقش‌آفرینان و بازیگرانی که در اصلاحات سلامت دخیل می­شوند، محاسبات خودشان را درباره هزینه­ها و فواید احتمالی اصلاحات انجام می­دهند و بر پایه آن موضع می­گیرند و منابع را هزینه می‌کنند. مدافعان اصلاحات سلامت باید درک مناسبی از این محاسبات از دیدگاه هر یک از بازیگران و نقش­آفرینان داشته باشند و آن­وقت به تهیه راهبردهایی اقدام ورزند که بر این محاسبات تأثیر می­گذارد و احتمالات را به نفع آن­ها سوق می­دهد. این فرایند نیازمند جمع­آوری و تحلیل داده­های سیاسی است از جمله واکنش­های غیرعینی راجع به احتمال پاسخ نقش‌آفرینان و بازیگران مختلف به پروپوزال­های مختلف اصلاحات. چنین امری لزوماً نیازمند درک خوبی از سیاست اصلاحات بخش سلامت است.

**۳) سیاست اصلاحات بخش سلامت**

ما معتقدیم که چهار عامل، در تلاش­های مربوط به مدیریت سیاست اصلاحات بخش سلامت، از اهمیت بسزایی برخوردار است و بالقوه راهنمایی­هایی را در این باب ارایه می‌کند: خصوصاً اینکه فرایندهای سیاسی چگونه بر منشا و اصل اصلاحات سلامت به عنوان یک مسأله، بر محتوای سیاست‌های اصلاحاتی و بر اجرای برنامه­های پذیرفته شده تأثیر می­گذارند. این چهار عامل عبارتند از:

* نقش آفرینان[[119]](#footnote-119): مجموعه افراد و گروه­هایی که در فرایند اصلاحات دخیل­اند و یا آنان که به سبب وابستگی به سرنوشت این سیاست، وارد معرکه می‌شوند؛
* قدرت[[120]](#footnote-120): قدرت نسبی هر نقش­آفرین در بازی سیاسی (بر مبنای منافع سیاسی که هر یک از آن­ها در اختیار دارد)؛
* جایگاه و موضع­گیری[[121]](#footnote-121): موقعیت و جایگاهی که هر نقش‌آفرین برای خود اتخاذ می‌کند از جمله اینکه از سیاست حمایت یا با آن مخالفت کند، و اینکه شدت تعهد او به نفع یا ضرر سیاست مربوطه چقدر است (یعنی نسبت منابعی که هر نقش‌آفرین متمایل است برای ترویج یا مقابله با این سیاست، صرف کند)؛
* درک[[122]](#footnote-122): درک عمومی از سیاست از جمله تعریف مشکل و راه­حل و عواقب مادی و نمادین برای نقش­آفرینان خاص.

این چهار عامل (نقش‌آفرینان، قدرت، جایگاه و موضع گیری، درک) ممکن است تحت تأثیر راهبردهای سیاسی که مجریان اصلاحات سلامت اتخاذ می‌کنند، قرار گیرد. مقصود اصلی این فصل هم آن است که راهنمایی­های پایه درباره نحوه طراحی راهبردهای سیاسی اثربخش ارایه کند.

البته امکان­پذیری سیاسیِ یک سیاست پیشنهادی، به عوامل دیگری فراتر از این چهار مورد نیز بستگی دارد. تغییر محتوای هر سیاست، توزیع هزینه­ها و فواید سیاسی را در بین نقش‌آفرینان تغییر می­دهد و بنابراین محاسبات مربوط به امکان­پذیری سیاسی را دستخوش تغییر سازد. به­علاوه، راهبردهایی که از سوی نقش‌آفرینان اصلی اتخاذ می‌شود رفتار سایر نقش­آفرینان را نیز تغییر می­دهد؛ هر نقش­آفرین ممکن است تصمیماتی بگیرد که جایگاه و قدرت سایرین را عوض کند؛ بعضاً این تصمیمات ممکن است خودِ قواعد بازی را نیز تغییر دهند. در همان زمان، تغییر یا دستکاری برخی از عوامل از سوی مجریان اصلاحات سلامت، بسیار مشکل یا غیر ممکن است از جمله عقاید فرهنگی با ریشه عمیق، ساختار مؤسسات و نهادهای سیاسی، انگیزش­های مربوط به نهادهای بین­المللی و بروز بلایای طبیعی یا اقتصادی.

برای سیاستگذاری و برای تفکر درباره امکان‌پذیری اقتصادی، استفاده مناسب چه خواهد بود؟ نخست، سیاستگذاری مثل بازی منچ نیست که تمام نقش‌آفرینان در آن مساوی هستند و فقط می­توانند در مسیرهای از پیش تعیین شده حرکت کنند؛ بلکه بیشتر شبیه بازی شطرنج است که حرکت مختلفی از سوی نقش‌آفرینان متفاوت، مقدور و امکان پذیر است و «پیاده»ها نیز وقتی که به آن سمت صفحه بازی برسند، می‌توانند «وزیر» بشوند. اما یک تفاوت عمده هم وجود دارد: در سیاستگذاری قواعد بازی ثابت نیست و ممکن است با جلو رفتن بازی، تغییر کند (بعضاً از نظر از نظر دیگران غیرمحسوس و ناگهانی). امکان‌پذیری هر سیاست توسط قواعد و اینکه چه کسی آن­ها را کنترل می­کند تعیین می­شود؛ هیچ کس از نقش­آفرینان نمی­تواند مطمئن باشد که قواعد بازی بدون تغییر باقی خواهند ماند.

به علاوه، سیاست اصلاحات بخش سلامت، چندین خصوصیت نظام­مند نیز دارد که آن را به فرایند سخت و مشکلی تبدیل می­کند (احتمالاً بیش از سایر انواع اصلاحات سیاست). این موارد عبارتند از:

* **پیچیدگی و سختی فنی:** ثابت نگه داشتن بخش سلامت ساده و آسان نیست. بسیاری از اجزا و قطعات آن به یکدیگر مرتبط­اند و عواقب متعدد (خواسته و ناخواسته) ممکن است روی دهد. طراحی اصلاحات جامع برای سلامت، به دلیل اینکه مجریان اصلاحات لازم است پنج دگمه کنترل را در جهات مختلف بچرخانند، فرایند فنی پیچیده‌ای است. مجریان اصلاحات غالباً به دنبال ارتقا و بهبود اجزای متعددی از نظام در یک زمان هستند؛ بنابراین درک صحیح جزئیات و تأثیرات کلی برنامه، برای غیرمتخصصان مشکل می­شود. این چالش­های فنی، از طریق تأثیر بر نقش آفرینان و ایجاد گیجی و سردرگمی و عمومی، باعث ایجاد چالش­های سیاسی می‌شود.
* **هزینه‌های متمرکز شده بر گروه­های با سازماندهی خوب:** اصلاحات بخش سلامت به صورت شایع، هزینه­های جدید و متمرکز شده­ای را بر دوش گروه­های قدرتمند و با جایگاه مناسب مثل پزشکان (که غالباً در انجمن ملی پزشکی به خوبی سازمان یافته­اند) یا صنایع دارویی (که غالباً در یک انجمن صنعتی به خوبی سازماندهی شده‌اند) وارد می­کند. مشکل ناشی از هزینه­های متمرکز شده در صورتی که گروه­های پرقدرت به گونه‌ای بسیج شوند که برای حفظ منافع­شان، با روند اصلاحات مخالفت ورزند، ممکن است موانع سیاسی قابل توجه بر سر راه اصلاحات قرار دهد.
* **مزایای پراکنده برای گروه‌های سازماندهی نشده:** اصلاحات بخش سلامت غالباً به دنبال این است که مزایای جدیدی برای گروه­هایی که قبلاً از آن بی­بهره بوده­اند، فراهم کند (به عنوان مثال، فقرا یا ساکنین روستا). چنین گروه‌هایی غالباً به خوبی سازماندهی نشده­اند یا از نظر سیاسی ارتباط­های محکم ندارند. به علاوه، این تغییرات تنها ممکن است فواید و مزایای متوسطی برای هر فرد به همراه داشته باشد. وجود مزایای پراکنده برای گروه­های کم قدرت و فاقد سازماندهی خوب، برخورداری از پشتیبانی سیاسی قابل توجه از جانب آن­ها را با مشکل بیشتری مواجه می سازد.

ترکیبی از هزینه­های متمرکز شده بر گروه‌های با سازماندهی خوب و مزایای پراکنده برای گروه­های سازماندهی نشده است که مانکور اولسن[[123]](#footnote-123) آن را دوراهی اقدامی جمعی[[124]](#footnote-124) می­نامد. غلبه بر سیاست حاکم بر این دو راهی اقدام جمعی، چالش عمده­ای برای مجریان اصلاحات سلامت است. سه خصوصیتی که پیشتر درباره اصلاحات بخش سلامت ذکر شد، چالش­های سیاسی قابل توجهی را به وجود می­آورند. البته این سه خصوصیت، امکان اتخاذ رویکردهای مشترک به مسائل سیاسی اصلاحات سلامت را نیز پدید می­آورند خصوصاً در هدایت تحلیل ذینفعان و طراحی راهبردهای سیاسی.

**۴) تحلیل سیاسی**

یکی از سنگ بناهای اصلی در طراحی راهبردهای سیاسی برای اصلاحات، تحلیل ذینفعان است که سه مرحله را شامل می­شود: نخست، تعیین گروه­ها و افراد مرتبط؛ دوم ارزیابی منابع سیاسی هر یک و نقش آنان در ساختار سیاسی و تعیین قدرت نسبی آن در برابر مسأله سیاستی خاصی که مطرح است؛ و سوم، ارزشیابی وضعیت و جایگاه فعلی آن­ها در ارتباط با

شکل1-4) نقشه جایگاه نقش­آفرینان عمده در اصلاحات سلامت در نظام سلامت جمهوری دومینیکن، سال 1995.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حمایت زیاد | حمایت متوسط | حمایت اندک | بدون حرکت و جابجایی | مخالفت اندک | مخالفت متوسط | مخالفت زیاد |
| دفتر همکاری فنی (برای اصلاحات سلامت) |  | رئیس جمهور | دانشگاه­ها | سازمان­های غیردولتی | پزشکان خصوصی | انجمن پزشکی دومینیکن |
| بانک­های توسعه بین­المللی |  | Partido de Liberacion Domnicana | کلیسا | مؤسسه امنیت اجتماعی دومینیکن (بوروکراسی) | کارکنان بخش رسمی |  |
|  |  | مؤسسه امنیت اجتماعی دومینیکن (رئیس) | رسانه­ها |  |  |  |
|  |  | وزیر بهداشت | مشمولین |  |  |  |
|  |  | وزیر بهداشت (بوروکراسی) | کمیسیون ملی سلامت |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| قدرت زیاد |  |
| قدرت متوسط |  |
| قدرت اندک |  |

سیاست پیشنهاد شده (از جمله شدت تعهد آن­ها) و منافع نهفته آنان. این تحلیل را می­توان به­صورت بصری (مشابه شکل 1-4) برای مورد اصلاحات سلامت در جمهوری دومینیکن نشان داد. زمانی که تحلیل ذینفعان کامل شد و درک شفاف و واضحی از گروه­های مرتبط و قدرت و جایگاه آنان حاصل آمد، مجریان اصلاحات سلامت می­توانند به مرحله بعدی وارد شوند؛ یعنی طراحی راهبردهای سیاسی برای تقویت شانس پذیرفته شدن اصلاحات پیشنهادی. این کارهای تحلیلی یعنی انجام و هدایت تحلیل ذینفعان و طراحی راهبردهای سیاسی را می­توان با کمک نرم افزار رایانه­ای به نام *policymaker* انجام داد که از آن برای یاد دادن نحوه تفکر راهبردی درباره سیاست به تحلیل­گران سیاسی استفاده وسیع شده است.

دستیابی به اطلاعات پایا[[125]](#footnote-125) و قابل اعتماد برای تحلیل ذینفعان (درباره جایگاه و قدرت سیاسی نقش‌آفرینان مختلف) ممکن است کاری دشوار باشد. نقش‌آفرینان سیاسی پیچیده و دقیق، ممکن است از قصد، دیگران را درباره جایگاه خود گمراه کنند تا بتوانند از مزایای مذاکراتی مربوط به مسائل سیاستی حیاتی، به نفع خود بهره ببرند؛ ممکن است بعضاً در هر دو طرف بازی ایفای نقش کنند. همچنین، ذینفعان ممکن است تمایل به مخفی کردن یا اغراق کردن درباره قدرت خود داشته باشند تا بتوانند تأثیر بیشتری بر مذاکرات بگذارند. حتی اگر بتوان قدرت هر نقش­آفرین را با درجاتی از دقت، ارزیابی کرد، به سختی می­توان فهمید که درباره یک مسأله خاص چقدر تلاش از خود نشان خواهند داد. بیانیه‌های عمومی می­تواند جایگاه عمومی‌نقش آفرینان کلیدی را (تا حدی) نشان دهد اما این جایگاه‌ها ممکن است جایگاه واقعی که نقش­آفرینان، سرانجام در هنگام وارد آمدن فشار برای تصمیم­گیری، اتخاذ خواهند کرد نباشد. مهم­ترین وظیفه برای تحلیل­گران، تعیین جایگاه و قدرت اصلی ذینفعان است؛ آنچه نمی­خواهند از دست بدهند و میزان منابعی که برای اطمینان از رسیدن به این اهداف می­توانند بسیج کنند. دستیابی به این اطلاعات نیازمند منابع متعدد و قضاوت دقیق درباره نقش‌آفرینان خاص است؛ با سؤالاتی که توسط تیمی از تحلیلگ­ران با دیدگاه‌های متفاوت، به شیوه­ای کاربردی مطرح می‌شود.

تحلیل ذینفعان دو نوع تحلیل مجزا را با یکدیگر ترکیب می­کند. نوع اول، تحلیل گروه‌های ذینفع است. در این مرحله، شناخت و درک مناسبی از گروه‌های اجتماعی (شامل تجارت­های خصوصی و سازمان‌های غیردولتی) صورت می‌گیرد که به دنبال فشار وارد کردن به دولت در یک جهت خاص هستند. نوع دوم، بررسی سیاست بوروکراتیک است و بر رقابت بین نهادها و افراد در درون دولت متمرکز می­شود. ذینفعان مرتبط با اصلاحات بخش سلامت، هر دو نوع نقش‌آفرینان را شامل می‌شوند؛ آن­هایی که خارج از دولت هستند و آنهایی که داخل دولت­اند. برای اصلاحات بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه، نیاز به در نظر گرفتن فعالیت نهادهای بین­المللی مثل بانک جهانی، یونیسف و سازمان جهانی بهداشت نیز وجود دارد.

اصلاحات بخش سلامت مشخصاً در برگیرنده انواع گروه‌های ذینفع است:

* گروه­های تولید­کننده: پزشکان، دندانپزشکان، پرستاران، داروسازان، سایر کارکنان بخش سلامت و اتحادیه­های آنان، شرکت­های دارویی داخلی و بین­المللی و سازندگان تجهیزات؛
* گروه­های مصرف­کننده: سازمان­های مبتنی بر بیماری، گروه­های مصرف کننده محلی و منطقه‌ای، سازمان­های زنان، اتحادیه‌های کارگران بیمه شده، بازنشستگان و گروه­های نظامی و انتظامی؛
* گروه‌های اقتصادی: کسب­و­کارهایی که برنامه­های بیمه سلامت دارند؛ صنایعی که تحت تأثیر سیاست‌های سلامت قرار می­گیرند (مثلاً کشاورزان تنباکوکار، فروشندگان دارو) و کارگرانی که ممکن است شغل خود را از دست بدهند یا مشغول به کار شوند؛
* گروه‌های ایدئولوژیک: احزاب سیاسی، سازمان­های اصلاح­گر، توصیه­گران تک­محوری (مثلاً طرفداران محیط زیست، فعالان ضد سقط جنین)؛
* گروه­های توسعه سلامت: بانک­های توسعه چند جانبه، نهادهای اعضای کمک دو جانبه، سازمان­های سلامت بین­المللی و سازمان­های غیردولتی توسعه.

فهرست گروه­های ذینفع خود به‌اندازه کافی گویاست. مجریان اصلاحات سلامت باید این فهرست را برحسب شرایط سیاسی خاص، برای سیاستی که مدنظر دارند تعدیل کنند و تطابق دهند و خود را بر حیاتی‌ترین گروه‌ها و افراد متمرکز سازند. تصمیم‌گیری درباره فهرست نقش­آفرینان و گروه‌های ذینفع برای انجام تحلیل، نیازمند قضاوت درباره این موضوع است که احتمال بسیج شدن چه گروه­هایی از همه بیشتر است و کدام گروه­ها را می­توان برای تأثیرگذاری بر توازن قوا و قدرت در مبارزات سیاستی، جابجا کرد.

همچنین، هنگام بررسی گروه‌های بوروکراتیک، تحلیل­گر سیاسی باید تصمیم بگیرد که کدام یک از بازیگران و نقش­آفرینان را مدنظر داشته باشد و حد و مرزها را تا کجا قرار دهد. مثلاً آیا وزارت بهداشت، یک نقش‌آفرین منفرد است یا اینکه اجزای مختلف آن (مثلاً وزیر و کارکنان رتبه اول وی)، به عنوان گروه‌های مجزا، باید مد نظر قرار داده شوند. هیچ تک پاسخ صحیح به چنین سؤالاتی وجود ندارد. انجام تحلیل سیاسی خوب، نه فقط علم، که هنر نیز هست. هدف، تعیین نقش­آفرینان مهمی است که می­توانند به صورت مستقل وارد عمل شوند و منابع سیاسی قابل توجه را کنترل کنند. اما در نظر گرفتن تعداد بسیار زیادی از نقش آفرینان مجزا هم باعث می­شود که انجام تحلیل، به امری خسته‌کننده و بی­حاصل تبدیل شود.

علاوه بر وزارت بهداشت، نقش­آفرینان دولتی زیر نیز غالباً نقش مهمی در گفت­و­گوها و تصمیم­های مربوط به اطلاعات بخش سلامت ایفا می‌کنند:

* وزارت اقتصاد و دارایی: خصوصاً زمانی که اصلاحات، در برگیرنده تغییراتی در تأمین مالی خدمات سلامت یا تغییراتی در بودجه وزارت بهداشت باشد؛
* سازمان تامین اجتماعی: خصوصاً زمانی که پروپوزال اصلاحات، شامل تغییراتی در ارایه مراقبت سلامت و سازماندهی مجدد واحدهای دولتی عرضه خدمات باشد؛
* سازمان مدیریت و برنامه­ریزی: به احتمال بسیار زیاد زمانی که پروپوزال اصلاحات شامل محاسباتی درباره رشد کلان اقتصادی و یا تصمیم درباره بخشش دیون است؛
* دولت‌های محلی یا منطقه‌ای: زمانی که انتظار می رود پروپوزال اصلاحات در برگیرنده تمرکزدایی[[126]](#footnote-126) باشد؛
* وزارتخانه­های آموزش: برای سیاست­های مربوط به سلامت مدارس یا سیاست­هایی که بر دانشکده­های پزشکی تأثیر می­گذارند؛
* وزارت کشاورزی، بازرگانی و صنایع: برای سیاست­های مربوط به الکل، دخانیات، داروها یا تجهیزات پزشکی.

در تهیه فهرست ذینفعان، تحلیل­گر لازم است تأثیر سیاست پیشنهاد شده را بر هر یک از نقش­آفرینان مدنظر قرار دهد. چه کسی به این سیاست اهمیت و واکنش نشان خواهد داد؟ چه کسی احتمالاً در برابر آن اقدام خواهد کرد یا می‌توان متقاعدش کرد که اقدام کند؟ چه کسی این توان بالقوه را دارد که بر پیامد تأثیر بگذارد؟ چه کسی تحت تأثیر عواقب اصلاحات قرار می‌گیرد (چه تأثیر منفی و چه مثبت)؟

تحلیل­گر باید نقش­آفرینان سیاسی عمده را نیز مدنظر قرار دهد: افراد یا گروه­هایی که قدرت خاصی در جهت سیاست مدنظر دارند. در برخی موارد، فردی بانفوذ و صاحب قدرت ممکن است قدرت وتو کردن اتخاذ یک سیاست اصلاحاتی را داشته باشد؛ در بسیاری موارد، یک گروه خاص می‌تواند تعیین­کننده باشد که سیاستی اجرا شود یا خیر. رهبران، نیازمند توجه اختصاصی و ویژه هستند. نخست وزیر یا رئیس جمهور، سناتورها یا دولتمردان خاص، رؤسای کمیسیون­های مهم پارلمان و احزاب سیاسی، همگی ممکن است تأثیرگذار باشند. رسانه­های همگانی نیز باید بررسی شوند خصوصاً سازمان­های قوی که مشخصاً دیدگاه­های خاص دارند. سردبیران یا مدیران نهادهای رسانه‌ای غالباً برنامه­های سیاسی خاص خود را دارند. این نقش‌آفرینان باید در تحلیل سیاسی اصلاحات بخش سلامت مدنظر قرار داده شوند.

**۱-۴) منابع قدرت و تأثیرگذاری**

وقتی که فهرست نقش­آفرینان مشخص گردید (یعنی گروه­ها و افرادی که با پروپوزال سیاستی پیشنهادی مربوط هستند)، گام بعدی، تخمین قدرت و میزان تأثیر هریک از آنهاست. این امر نیازمند ارزیابی موارد زیر برای هر یک از نقش­آفرینان است:

* منابع و جایگاه سیاسی نقش‌آفرین مربوطه در نظام سیاسی که تعیین­کننده ظرفیت بالقوه آنان در تأثیرگذاری بر تصمیمات سیاستی است؛
* منافع، جایگاه و تعهد نقش‌آفرین مربوط که بر نحوه و میزان مصرف منابع در اختیار هر نقش­آفرین در مباحثات سیاستی، تأثیر می­گذارد.

**جدول 1-4) منابع قدرت سیاسی.**

|  |  |
| --- | --- |
| **محسوس**  پول  سازمان  افراد  رأی  تجهیزات  دفاتر | **نامحسوس**  اطلاعات  دسترسی به رهبران  دسترسی به رسانه­ها  نمادها  مشروعیت  مهارت­ها |

منابع سیاسی به دو شکل در می­آیند: محسوس و نامحسوس (جدول ۱-۴). منابع محسوس عبارتند از پول، سازمان، افراد، رأی­ها، تجهیزات و دفاتر؛ همه این موارد بر توانایی یک گروه در تأثیرگذاری بر فرایند سیاستی مؤثر است. پول مشارکت سیاسی را به همراه می­آورد و سایر منابع مورد نیاز مانند تخصص، دسترسی به رسانه­ها و پشتیبانی سازمانی را خریداری می­کند. افراد می­توانند زبان و متون مربوط را منتشر و پخش کنند، در مسابقات و نمایشگاه­ها شرکت کنند و در مذاکره با نمایندگان دولت درباره مسائل خاص سیاستی کمک کنند. بسته به اینکه تصمیمات از طریق فرآیند انتخاباتی گرفته شود یا خیر (مثلاً در قانونگذاری، از طریق کمیته یا یک انتخاب عمومی)، رأی­ها نیز حائز اهمیت خواهند بود. گروه­هایی که زیر ساختار تشکل یافته­ای در اختیار دارند (دفاتر، کارکنان، برق، تلفن، فاکس و رایانه)، مزیت عمده در فرایند سیاستی خواهند داشت. این گروه‌ها، مرحله پرداخت هزینه تعاملات مربوط به سازماندهی خودشان را پشت سر گذاشته­اند و می­توانند سرمایه‌گذاری خود را برای تأثیرگذاری بر موضوع و مسأله مد نظر به کار گیرند. اما برعکس، گروه جدید لازم است ابتدا هزینه­های سازماندهی شدن خودش را پرداخت کند: باید اعضای خود را استخدام کند، کارکنان را بچیند، مواد لازم را تهیه کند و نظام­های مخصوص­اش را بیان دارد. این هزینه­ها، تقویت کننده تورش به سمت تغییر نکردن[[127]](#footnote-127) و اینرسی است که در نظام­های سیاسی دیده می‌شود، چرا که گروه­های جدید (که ممکن است به سبب یک سیاست جدید به وجود آیند) هنوز سازمان پیدا نکرده‌اند که منافع خود را بیان و از آن دفاع کنند.

نوع دوم منابع سیاسی، نامحسوس است این منابع عبارتند از اطلاعات مربوط به سیاست و خود مشکل مربوط و همچنین تخصص و مهارت مرتبط با آن که به گروه امکان می‌دهد تا برای خود جایگاهی دست و پا کند. دو منبع مهم نامحسوس دیگر برای گروه عبارتند از تجربه و مشهود بودن[[128]](#footnote-128) و مشروع بودن[[129]](#footnote-129). گروه­هایی که اعضای آن به تصمیم‌گیرندگان اصلی دسترسی دارند (چه از طریق تماس­های فردی یا از طریق مراودات قبلی)، بهتر از آنهایی عمل می‌کنند که ارتباطاتی با صاحبان قدرت برقرار نکرده­اند. مجریان اصلاحات سلامت همچنین نیازمند مهارت­های سیاسی برای مدیریت فرآیند مذاکره هستند. دانستن اینکه کجا باید رفت، با چه کسی باید صحبت کرد و چگونه رسانه­ها را به انگیزش واداشت، همگی بر تأثیر سیاستگذاری یک گروه می­افزاید.

تحلیل منابع سیاسی به تشریح این نکته کمک می­کند که چرا گروه­های خاص، نقش مخصوصی را در شکل‌دهی اصلاحات بخش سلامت از خود نشان می­دهند و بازی می­کنند. پزشکان تمایل دارند تأثیرگذار باشند چرا که معمولاً به خوبی سازماندهی شده‌اند و ارزشمند، ماهر و صاحب نظر هستند و از دید سایر نقش­آفرینان، منطقی و مشروع به نظر می­رسند؛ به­علاوه، بر تصمیم­گیرنده برجسته‌ای هم یک پزشک شخصی دارد. در نتیجه، انجمن پزشکی غالباً جایگاه بسیار خوبی در اختیار دارد تا بتواند مسائل خود را برای طرح، در برنامه سیاستی بگنجاند و بر سیاست‌های بخش سلامت تأثیر بگذارد؛ خصوصاً آن­هایی که ارتباط مستقیم با منافع خودشان دارند (مانند پرداخت به ارایه­کنندگان). شرکت­های دارویی بین­المللی غالباً به سبب منابع مالی و ارتباطات سیاسی­شان تأثیر عمده دارند. در همان حال سازماندهی مردمی آن­ها محدودتر و مقبولیت و مشروعیت اجتماعی آن­ها کمتر است که قدرت آن­ها را در ارتباط با برخی مسائل خاص، کاهش می­دهد. گروه­هایی که سازماندهی کافی ندارند (مثل فقرای روستایی)، پیش از آنکه به دفاع از منافع خود به شیوه­ای اثربخش بپردازند، با موانع عمده­ای مواجه می­شوند. به طور خلاصه باید گفت قدرت و منابع سیاسی، توزیع برابر در جامعه ندارد؛ بنابراین، توزیع نابرابر چنین منبعی، بر سیاست اصلاحات بخش سلامت تأثیر می­گذارد. نتیجه این امر، غالباً سبب رسیدن به دوراهی اقدام جمعی (که بالاتر اشاره شد) می­شود که خود موانع سیاسی بنیادین بر سر راه اصلاحات قرار می‌دهد.

ارزش انواع مختلف منابع سیاسی، تاحدی وابسته به ماهیت نظام سیاسی است. درجه دموکراسی در یک کشور که خود را به صورت آزادی بیان و آزادی اجتماعات نشان می­دهد می­تواند به گونه­ای بنیادین، فعالیت­های گروه را محدود سازد. این عوامل، توزیع قدرت را در جامعه و همچنین انواع مشارکتی را که در فرایند سیاستگذاری روی می دهد، شکل می­دهند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گروه‌های ذینفع به خوبی سازماندهی نشده‌اند و آگاهان سیاسی در دولت، بر فرایندهای مربوط به تصمیم‌گیری غلبه پیدا می‌کنند (به دلایل ساختاری و ایدئولوژیک). کماکان برای سیاستگذاری سلامت، انجمن‌های پزشکان، اتحادیه­های تجاری و انجمن­های تولید­کنندگان دارویی، تأثیر عمیقی بر سیاست­هایی دارند که با منافع آنها ارتباط دارد. به علاوه، سازمان­های غیردولتی در مباحثات سیاسی، هم در کشورهای در حال توسعه و هم در سطح بین­المللی، برای تمام انواع اصلاحات اقتصادی و سیاستگذاری اجتماعی، در حال رشد است. به این دلایل است که توجه به نحوه توزیع مزایای سیاسی و اقتصادی از سوی نظام کنونی سلامت در میان تعدادی از گروه‌های ذینفع یا محدود کردن این مزایا برای دیگر گروه­ها، حائز اهمیت است.

به مجریان اصلاحات سلامت توصیه می­شود که فارغ از تحلیل سیاسی­شان از گفتگوهای مربوط به سیاست‌ها، فهرستی[[130]](#footnote-130) از منابع سیاسی که نقش­آفرینان مختلف در اختیار دارند، تهیه کنند. تمایز بین منابع محسوس و نامحسوس مفید خواهد بود چرا که نقش­آفرینان، راهبردهای خود را بر مبنای منابع­شان پایه­ریزی می­کنند. این به معنی آن است که نقش­آفرینانی که از نظر منابع مادی (مثلاً پول و تجهیزات) ضعیف و دچار محدودیت هستند، غالباً بر دسته­ای از راهبردهای سیاسی اتکا می­کنند که وابسته به منابع نامحسوس است (به عنوان مثال، اقدامات مخالف­ورزانه یا چالش‌هایی نسبت به مشروع بودن سیاست). شما باید منابع سیاسی خودتان را بشناسید و راهبردهای خود را طبق آن طرح ریزی کنید. حتی اگر منابع مادی محدودی داشته باشید، کماکان می‌توانید با استفاده صحیح و هوشمندانه از نمادهایی که با ارزش­های اجتماعی گسترده مرتبط­اند، راهبردهایی را طراحی کنید که در مباحثات سیاستی، (جایگاه) شما را به میزان قابل توجهی ارتقا دهد. از سوی دیگر، نقش­آفرینان قدرتمند سیاسی می­توانند از راهبردهای نمادین (سمبولیک) برای پیشگیری از تبعات خطیر سیاست جدید استفاده کنند؛ آنان این کار را از طریق مرتبط کردن جایگاه خود در سیاست جدید به دیدگاه­های فرهنگی جهان، به شیوه­ای انجام می‌دهند که بتوانند برنامه سیاستگذاری را کنترل کنند.

اجزای ساختار سیاسی نیز بر قدرت تأثیرگذاری[[131]](#footnote-131) گروه­های اجتماعی مختلف مؤثر است. به عنوان مثال، در برخی از نظام‌های سیاسی کشورهای توسعه یافته برنامه­های سیاستی و انتخاب­های مبتنی بر رسانه­ها، ضرورت دارند؛ در اختیار داشتن پول باعث می­شود که تأثیر این برنامه­ها افزایش یابد چرا که پول، برای تبلیغات تلویزیونی در مباحثات عمومی، جنبه حیاتی دارد. در کشورهایی که انتخابات رقابتی ندارند یا آن­هایی که رادیو و تلویزیون­شان تحت کنترل حکومت است، پول اهمیت کمتری پیدا می­کند و نیازی به خرید خدمات رسانه­ای برای ترویج یک جایگاه سیاستی خاص نیست. البته در نظام سیاسی فاسد، پول غالباً برای خرید قدرت و دست یافتن به تصمیم‌گیرندگان یا خرید یک تصمیم سیاستی خاص اهمیت دارد. در نظام‌های پارلمانی، وجود تعداد متناسبی[[132]](#footnote-132) از نمایندگان هر گروه، رهبران سیاسی را مجبور می‌کند که توجه بیشتری به اقلیت­ها صورت دهند نسبت به آن زمانی که قانونگذاری­ها با ترکیب تک عضو برنده[[133]](#footnote-133) صورت می­گیرد. از سوی دیگر، نظام­های ترکیب تک­عضوی، این مزیت را برای گروه‌های متمرکز از نظر جغرافیایی به همراه دارد که می‌تواند پراکندگی آرا[[134]](#footnote-134) را کنترل کند. اما چنین نظام‌هایی، موانعی نیز بر سر راه تأثیرگذاری گروه­های پراکنده متشکل از معتقدان متعهد[[135]](#footnote-135) (که تأثیر بیشتری در حالت وجود تعداد متناسب نمایندگان دارد) قرار می­دهند.

در الگوی موجود از رقابت سیاسی، نقش گروه ممکن است تأثیرگذاری آن را دستخوش تغییر سازد. حایز اهمیت است که بین گروه‌های موّاج[[136]](#footnote-136) و گروه پایه[[137]](#footnote-137)، تمایز صورت گیرد. گروه موّاج، گروهی است که ممکن است به هر یک از طرفین انتخابات یا مجموعه­ای (بلوک) از قانونگذاران موافق یا مخالف دولت، رأی بدهد. برعکس گروه پایه عضو ثابت از هسته مرکزی یک طرح یا یک جناح است.

برای بسیاری از گروه‌های ذینفع، سؤال راهبردی این است که چگونه می­توان مجموعه فرمانروایان و حاکمان را متقاعد ساخت که به دیدگاه­های گروه توجه نشان دهند. در برخی موارد، گروه ذینفع ممکن است به دنبال نگه داشتن تعهد و وفاداری خود در حالتی از عدم قطعیت باشد تا احزاب و طرف­های رقیب را به حمایت و پشتیبانی از گروه تحریک کند. به عنوان مثال، ذینفعان قدرتمند مراقبت سلامت ممکن است تصمیم بگیرند که قویاً با هر دو طرف سیاسی مشارکت کنند. رهبران سیاسی از یک سو به دنبال این هستند که با تکیه بر پشتیبانی گروه­های پایه­شان، حمایت سیاسی را گسترش دهند و در عین حال، پایبندی مشروط گروه­های مواج را نیز به دست آورند و جذب کنند. اما فاصله گرفتن بیش از حد برای جلب حمایت یک گروه مواج ممکن است از طرف دیگر حمایت مداوم یک گروه پایه را به خطر بیندازد و سیاستمدار را وادار به عقب نشینی کند. یکی از مثال­های این امر تلاش نخست وزیر هند آتال بهاری واجپایی[[138]](#footnote-138) در مارس سال ۲۰۰۲ بود که سعی داشت هندوهای ناسیونالیست را که پایه حزب او به نام بهارایتا جاناتامی[[139]](#footnote-139) بودند، در موضوع ساختن یک معبد هندو در محل قبلی یک مسجد در آیودهیا[[140]](#footnote-140) با دادن امتیازات و وعده­هایی آرام کند و به طور همزمان، سعی می­کرد گروه­های مواج مرکب از متحدان سکولار دولت خود و همچنین رأی­دهندگان مسلمان را حفظ کند.

بنابراین گروه‌های ذینفع از نقش خود در نظام سیاسی به عنوان منبعی برای جلب امتیاز و وعده­های سیاستمداران (خواه در گروه در حال حاکمیت یا در زمان‌های خاص از گروه مخالف آن­ها) استفاده می­کنند. طی دوران انتخابات، گروه­ها می­توانند امتیازات یا قول­هایی را درباره سیاست­های مدنظرشان از سیاستمداران دریافت کنند که در شرایط طبیعی، گرفتن آن­ها بسیار مشکل است. بنابراین، انتخابات می­تواند فرصتی برای گروه­های نسبتاً کم قدرت و ضعیف فراهم آورد تا تأثیر خود را بر مسائل سیاستگذاری سلامت مثل توزیع تسهیلات سلامت یا دسترسی به خدمات سلامت، توسعه و گسترش دهند. به علاوه، وجود دعواهای مداوم سیاسی درون کشور یا بروز بحران اقتصادی ممکن است توزیع قدرت و فرصت­های موجود را برای گروه­های ذینفع و نقش­آفرینان بوروکراتیک تغییر دهد تا بتوانند تصمیم­گیری­های سیاستی را در بخش سلامت شکل دهند.

**4-2)جایگاه و موضع­گیری و تعهد**

دانستن منابع سیاسی یک گروه، به ما این امکان را نمی­دهد پیش­بینی کنیم که گروه از آن منابع استفاده خواهد کرد یا خیر و چگونه. بنابراین تحلیل ذینفعان، باید نگرش هر گروه نسبت به مسأله سیاستی و موضع آن گروه را نیز بررسی کند.

نخستین گام، ارزیابی منافع گروه است. این منافع ممکن است حتی برای خود گروه هم واضح و شفاف نباشد و گروه نیز لزوماً ممکن است و منافع خودش را دنبال نکند. اما در بسیاری از موارد، منافع، جایگاه سیاستی را شکل می­دهند. به عنوان مثال، دانستن اینکه با برنامه­ جدید پیشنهادی در اصلاحات نظام سلامت، درآمد پزشکان کاهش پیدا خواهد کرد، قویاً بیانگر این است که انجمن پزشکان احتمالاً با این برنامه مخالفت خواهد کرد. عواقب اقتصادی قابل پیش­بینی هر سیاست، غالباً تعیین­کننده وضعیت­ها و جایگاه­های سیاسی است که نسبت به آن سیاست اتخاذ می­شود. بررسی جایگاه­ها و موقعیت­هایی که نقش­آفرینان در برابر عموم به خود گرفته‌اند نیز حایز اهمیت است. آیا جایگاه­های آنان با منافع­شان تا آن حد که شما شناخت و درک پیدا کرده­اید، مطابقت دارد یا خیر؟ اگر نه، چگونه می­توان این تفاوت و دوگانگی را توجیه کرد؟ آیا به خاطر این است که برخی گروه­ها سردرگم هستند یا اینکه با تاکتیک پیش می­روند یا ممکن است چیزی را بدانند که شما نمی­دانید؟ تفاوت­ها ممکن است بین جایگاه­های عمومی و خصوصی نیز پدید آید یعنی بین آنچه گروه اظهار می‌کند و آنچه واقعاً انجام می­دهد. در برخی موارد، ایدئولوژی سیاسی، ابزاری مناسب برای پیشگویی جایگاه یک نقش­آفرین در اصلاحات بخش سلامت است. به عنوان مثال، رژیم پینوشه در شیلی، تغییرات عمده­ای را در سیاستگذاری سلامت اتخاذ کرد که با رویکرد مبتنی بر بازار وی نسبت به سیاستگذاری عمومی، سازگار بود. در سایر موارد، ایدئولوژی ممکن است ابزار مناسب برای پیشگویی موضع نباشد چرا که اقدام سیاسی غالباً هم شامل منافع است و هم تمایل به چانه­زنی[[141]](#footnote-141) و مصالحه[[142]](#footnote-142) و هم در برگیرنده ارزش­هاست. به عنوان مثال، در کاستاریکا اتحادیه­های تجاری و کمونیست­ها تمایل داشتند که از برخی تلاش­های مربوط به خصوصی­سازی بیمه تأمین اجتماعی حمایت کنند تا بتوانند با ایجاد رقابت، بوروکراسی را در جهت افزایش کارایی و کیفیت، ترغیب کنند.

به عنوان بخشی از این تحلیل، ما همچنین نیاز داریم که توصیفی از شدت و قوت جایگاه فعلی هر گروه درباره سیاست مورد نظر در اختیار داشته باشیم. گروه تمایل دارد که چه میزان از منابع موجود خود را برای ترویج این جایگاه و موضع­گیری صرف کند؟ به عنوان مثال، رهبر گروه چقدر زمان صرف این مسأله می­کند؟ آیا این مسأله، موردی است که گروه تماماً به مبارزه برای آن (به عنوان بخشی از رسالت­اش) متعهد است یا اینکه تعهدش نسبت به موضوع، نصف و نیمه، با منابع کمتر و صرفاً از نوع «ببینیم که چطور می­شود» است؟

تدوین راهبردهای سیاسی اثر بخش نیازمند درک صحیح از این مسأله است که چرا گروه­های کلیدی، این جایگاه­ها را برای خود اتخاذ می‌کنند. به دو مثال فرضی در اینجا اشاره می­کنیم. نخست، تصور کنید که وزیر اقتصاد و دارایی، با افزایش مالیات دخانیات که هدف آن­ها استفاده در جهت حمایت از مراقبت سلامت روستاییان است، مخالفت می­کند. آیا این مخالفت، صرفاً ناشی از واکنش کلی بوروکراتیک است یا اینکه وزیر مذکور، استفاده خاص و متفاوتی برای این پول در نظر دارد؟ در مورد دوم، استفاده دیگری که مدنظر وی است چقدر حایز اهمیت است؟ مشکل سیاسی وزیری که برای حفظ وجهه و نشان دادن تمایلی کلی خود، دست به مخالفت می­زند، تفاوت دارد با وزیری که قویاً متعهد و پیگیر برنامه­ای دیگر است. در مثال دوم، تصور کنید که انجمن پزشکی، قویاً به مخالفت با برنامه جدید تعرفه­های پزشکی در برنامه ملی بیمه سلامت می­پردازد. آیا علت این امر آن است که اکثر اعضای انجمن درک دقیق و صحیحی از قضیه دارند و مخالفت می­کنند یا گروه کوچکی از متخصصان پردرآمد هستند که چنین موضع‌گیری را تحریک می‌کنند؟ در حالت دوم رهبران انجمن ممکن است تمایل داشته باشند که برای راضی کردن اعضا، اعتراض نمادین از خود نشان دهند تا شاید اکثر اعضای انجمن به شرط آنکه در مقابل اثرات جانبی مصون و محفوظ بمانند، آن را بپذیرند. از سوی دیگر، چنانچه رئیس انجمن، رهبری مخالفت با سیاست جدید را برعهده دارد، ممکن است تا زمانی که او در سمت­اش باقی است و تا زمانی که درخواست خاصی که دارد جامعه عمل نپوشد، نتوان موضعی را که از سوی انجمن اتخاذ شده است تغییر داد.

بنابراین، شدت جابجایی[[143]](#footnote-143) گروه تا حدی وابسته به این است که سیاست مربوط، چگونه بر منافع گروه تأثیر می­گذارد و دیدگاه نسبت به عواقب احتمالی آن چگونه است. تصمیماتی که اکثریت معتقدند بر اعضای گروهی دارای سازماندهی خوب تأثیر می­گذارد (خصوصاً آن­هایی که تعداد اندکی عضو با تعهد بالا دارند)، غالباً منجر به جابجایی عمده و قابل توجه می­شود. به عنوان مثال، سیاست دولت مبنی بر محدودسازی واردات داروهای گرانقیمت به واسطه سیاست داروهای ضروری، احتمالاً منجر به مخالفت جدی از سوی شرکت‌های دارویی چند ملیتی و انجمن‌های صنایع مربوط خواهد شد. از طرف دیگر، تصمیماتی که تصور می رود تأثیرات حاشیه­ای و لب مرزی بر اعضای گروه­های دارای سازماندهی ضعیف دارند ممکن است منجر به چنین جابه‌جایی‌هایی نشود. به عنوان مثال، سیاست افزایش پرداخت‌های مصرف­کنندگان[[144]](#footnote-144) برای بیماران درمانگاه‌های روستایی ممکن است منجر به مخالفت از سوی بیماران این مناطق نشود.

موضع­گیری احزاب و طرفین سیاسی اصلی و عمده ممکن است برای اصلاحات بخش سلامت، حیاتی باشد. به دلیل اینکه احزاب، در واقع ائتلاف­هایی هستند، چانه‌زنی یک بخش اصلی از فرایند تهیه و تدوین برنامه­ها و جایگاه­ها خواهد بود. چنانچه حزبی، اصلاحات بخش سلامت را به عنوان مسأله‌ای اولویت­دار برای برنامه­اش پذیرفته باشد، آن وقت بخش عمده از فعالیت­های مدافعان اصلاحات عملاً انجام شده خواهد بود. استفاده از احزاب برای کمک به مدیریت مسأله سیاسی اصلاحات سلامت، همواره جزو انتخاب­هایی است که باید در تدوین راهبردهای سیاسی مد نظر قرار گیرد. درباره این موضوع بیشتر بحث خواهیم کرد.

**۵) راهبردهای سیاسی برای اصلاحات**

چگونه مجریان اصلاحات سلامت می­توانند راهبردهای سیاسی تدوین کنند که به پیش راندن ائتلافی برنده کمک کند؟ پیشتر اشاره کردیم که امکان­پذیری سیاسی اصلاحات بخش سلامت (و به صورت کلی­تر اصلاحات سیاستی)، با عوامل زیر شکل می گیرد: جایگاه نقش‌آفرینان، قدرت هر نقش‌آفرین، تعداد نقش‌آفرینان جابجا شونده و درک از مشکل و راه­حل­های آن. مدافعان اصلاحات نیازمند نوعی از راهبردهای سیاسی­اند که بتوانند در جهت افزایش احتمال پذیرش و اجرای برنامه اصلاحات، هر یک از این عوامل را تحت مدیریت خود درآورند. ما در زیر به چهار مجموعه از راهبردهای سیاسی برای اصلاحات اشاره می‌کنیم.

**۵-۱) راهبردهای مبتنی بر جایگاه و موضع­گیری: چانه­زنی برای تغییر موضع نقش­آفرینان**

نخستین مجموعه از راهبردها عبارت از چانه­زنی در شرایط توزیع فعلی قدرت برای تغییر موضع نقش‌آفرینان است. این امر شامل موارد زیر است: مصالحه، دادن وعده، داد و ستد و تهدید.

یکی از رویکردهای چانه­زنی ممکن است پیشنهاد تغییر جزء خاصی از محتوای سیاست باشد تا انگیزشی برای جابجایی نقش‌آفرینان و بازیگران خاص به نفع سیاست مذکور، برای تعویض موضع آنان یا ابزار مخالفت کمتر از سوی آنان باشد. مثلاً ممکن است، چنانچه فقط بخشی از درآمد حاصل از مالیات افزون­تر دخانیات برای مراقبت سلامت روستایی صرف شود و مابقی برای سایر مقاصد دولت مورد استفاده قرار گیرد (به نوعی که در صورت امکان پروژه­های شخصی وزیر را نیز شامل باشد)، ممکن است وزیر اقتصاد و دارایی با پروپوزال پیشنهادی افزایش مالیات، مخالفت نکند. در مثالی دیگر فرض کنید که کشوری، تغییر نظام پرداخت به بیمارستان­ها را از پرداخت روزانه پرداخت در ازای هر مورد بستری پیشنهاد می­کند. اگر برای سه سال اول، قانونی سخت و بی­خطر در میان باشد که تضمین کند هیچ یک از مؤسسات و بیمارستان‌های خصوصی، درآمد خود را در آن دوره زمانی از دست نخواهند داد، احتمالاً مالکین بیمارستان­های خصوصی مخالفت نخواهند کرد.

نوع دوم چانه‌زنی، تبادل موضوعات و مسائل است به این صورت که مخالف، توافق می­کند که درباره سیاست موردنظر همکاری کند به شرط آنکه طرف مقابل درباره مسأله­ای دیگر وعده­هایی را برعهده گیرد. چنین زدوبند یا نان قرض دادن در بسیاری از بسترهای سیاسی، طبیعی است. اگر انجمن پزشکان طرح جدید تعرفه­های بیمه را بپذیرد، ممکن است وزارت بهداشت نیز با حد جدید شماره پزشکانی که در نواحی شلوغ (یعنی مطلوب) طبابت می­کنند موافقت کند. یا مثلاً تصور کنید استان­ها، از دولت مرکزی می­خواهند که مسؤولیت بیمارستان­های استانی را که دچار مشکل مالی شده‌اند بپذیرد و در عوض، استان‌ها نیز فرمول جدیدی را برای تقسیم درآمد حاصل از مالیات عمومی می­پذیرند به گونه­ای که سهم بیشتری به دولت مرکزی برسد. داد و ستدهای ذکر شده در مثال­های فوق، درباره موضوعات مرتبط با یکدیگر است در حالی که لزوماً همیشه این طور نیست: ممکن است اتحادیه­ها، افزایش مالیات بر درآمد در جهت حمایت از برنامه بیمه سلامت را بپذیرند و در عوض دولت متعهد شود که در جهت افزایش استخدام و ایجاد اشتغال تلاش کند.

چانه­زنی­ها ممکن است به صورت تهدید یا دادن وعده باشد: اگر درآمد پزشکان افزایش پیدا نکند، ممکن است اعتصاب کنند؛ مشتریان در صورتی که مزایای سلامت­شان کاهش یابد، ممکن است کمتر در صحنه پشتیبانی حاضر شوند؛ شرکت­های دارویی ممکن است در صورتی که برنامه کنترل قیمت­ها از سوی دولت اجرا شود، دولت را به بستن کارخانه­های خود تهدید کنند. بعضاً تهدید به صورت قطع همکاری است. مثلاً مالکین تجارت­های کوچک ممکن است بگویند تا زمانی که سقف کلی مشارکت آن­ها از مالیات پایین آورده نشود، از ارایه گزارش دارایی­های خود و یا پرداخت مالیات بر دارایی­شان برای استفاده در برنامه جدید بیمه سلامت، سر باز می‌زنند.

چانه‌زنی اثربخش برای تغییر موضع نقش‌آفرینان اصلی، نیاز به هوشمندی، مهارت و کسب تجربه به صورت سعی و خطا دارد. مهارت­های مربوط به مذاکره و حل و فصل اختلافات خصوصاً برای چنین راهبردهایی اهمیت دارد. یافتن اینکه چه چیزی برای تغییر موضع هر نقش‌آفرین خاص، لازم است، گاهی مطرح کردن پیشنهاد یا تهدیدی واقعی را ایجاب می­کند. چانه‌زنی ممکن است شامل تعدیل محتوای سیاست نیز باشد؛ در این موارد، مجریان اصلاحات سلامت باید مشخص کنند که این تغییر، بر اثربخشی مورد انتظار سیاست، چه تأثیری می­گذارد. مصالحه­ای که ائتلافی حمایتگر به وجود می­آورد اما اهداف کلی اصلاحات را مخدوش می­کند، سبب نوعی از اصلاحات می­شود که از نظر سیاسی امکان­پذیر است اما از نظر فنی، اثربخش نیست یا حتی اثر متضاد دارد. برای کسی که به نتایج و عواقب می­اندیشد (مانند اهداف عملکردی اصلی ما) این­گونه مصالحه، معامله خوبی نخواهد بود.

**۵-2) راهبردهای مبتنی بر قدرت: توزیع منابع قدرت به منظور تقویت موافقان و تضعیف مخالفان**

دسته دوم از راهبردهای سیاسی، به قصد تغییر توزیع قدرت در میان نقش‌آفرینان کلیدی طراحی می­شود. چون تأثیر هر گروه بر فرایند سیاستگذاری، تا حدی وابسته به منابع گروه است، مدافعان اصلاحات باید راهبردهایی را در پیش گیرند که منابع سیاسی محسوس و نامحسوس حمایت­کنندگان خود را افزایش دهند و از منابع مخالفان خود بکاهند. به چند مثال زیر توجه کنید:

* پول، کارمند یا تسهیلات را در اختیار گروه­هایی از اصلاحات پشتیبانی می­کنند بگذارید یا به آنان قرض دهید؛
* به حامیان خود، اطلاعات و آموزش ارائه کنید تا تخصص و مهارت آنان افزایش یابد؛
* به متحدان خود امکان دسترسی بیشتر برای مذاکره با تصمیم­گیرندگان اصلی بدهید؛
* دقت و توجه رسانه‌ها را در اختیار متحدان خود قرار دهید تا مشروعیت و مقبولیت آنان افزایش یابد؛ و توجه عمومی‌به مهارت، بی­طرفی[[145]](#footnote-145)، وفاداری ملی و دیگر ارزش­های مثبت اجتماعی آنان جلب شود.

راهبرد سیاسی قدرتمند، عکس این اقدامات را نسبت به مخالفان انجام می دهد:

* با تحریک افراد جهت مشارکت نکردن کار نکردن برای مخالفان، منابع آن­ها را کم کنید؛ این کار را با یورش بردن به مشروعیت، صداقت و انگیزش‌های آنان انجام دهید؛
* از همکاری با مخالفان (مثلاً از طریق ارایه نکردن اطلاعات) امتناع کنید؛ آنان را بی­خبر و خارج از گود نگه دارید؛
* دسترسی مخالفان به تصمیم­گیرندگان اصلی را کاهش دهید؛
* رسانه‌ها را وا دارید که دیدگاه‌های مخالفان را پوشش ندهند؛ آنها را غیرمتخصص، دربند منافع خود، بدعهد و غیره بنمایانید.

راهبردهای قدرت، ممکن است در تمام موارد، اثربخش یا اخلاقی نباشند. فهرست بالا، نشان­دهنده چند مثال از انواع جنبش­ها و جابجایی‌های مبتنی بر قدرت است که هراستراتژیست می‌تواند مدنظر داشته باشد و نباید آن را فهرستی جامع از آنچه بیشتر باید انجام داد تلقی کرد. تصمیم­گیری درباره اینکه باید از کدام راهبرد قدرتی استفاده شود نیازمند ارزیابی موارد زیر است: نقش‌آفرینان اصلاحات سلامت (چه موافق و چه مخالف)، منابع قدرت که در اختیار مدافعان اصلاحات قرار دارد و قضاوت درباره تأثیر احتمالی راهبردهای قدرتی مختلف بر نقش‌آفرینان خاص.

**۵-۳) راهبردهای مبتنی بر نقش­آفرینان: تغییر تعداد نقش‌آفرینان از راه ایجاد موافقان جدید و تضعیف روحیه مخالفان**

مدافعان اصلاحات می­توانند راهبردهای سیاسی را مدنظر قرار دهند که سعی در تغییر مجموعه موافقان و مخالفان (دوستان و دشمنان) دارد. این راهبردها درصددند نقش آفرینانی را که تاکنون سازماندهی نشده‌اند به خود جلب کنند و از جابجایی آن­هایی که سازماندهی شده‌اند، جلوگیری به عمل آورند. این کار به معنی تغییر توازن نقش­آفرینان جابجا شده از طریق به کارگیری بازیگران سیاسی برای آرمان انجام اصلاحات سلامت و دور کردن آنان از سمت مخالفان است. تعداد و توازن بازیگران سیاسی که در گفت­وگوهای مربوط به سیاست درگیر می‌شوند، عاملی کلیدی در امکان­پذیری سیاسی است.

جابه­جا کردن گروه­ها نیازمند آن است که افراد را متقاعد سازیم که باید هزینه­های نه چندان اندک دخیل شدن در مسأله­ای را که تاکنون از آن غافل بوده­اند، بپردازند؛ یا اینکه هزینه­های قابل توجه سازماندهی گروهی جدید را بپذیرند. بعضاً فقط لازم است که برای جابه­جایی و به حرکت درآوردن گروهی که تا پیش از این مشارکتی نداشته است، کانون توجه گروه را به مسأله مدنظر جلب کرد؛ به محض آنکه گروه متوجه شود که چه موضوعی در جریان است، خود تصمیم به موضع­گیری خواهد گرفت. اگر دانشجویان پزشکی یک کشور، هنوز به پیشنهاد افزایش شهریه­ها اعتراض نکرده­اند، صرفاً ممکن است به این دلیل باشد که از این پیشنهاد اطلاع ندارند و چیزی نشنیده­اند. تنها اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی گروه دانشجویان (یا رهبران آنان) درباره پیشنهاد و پروپوزال مطرح شده و عواقب آن ممکن است برای جابه­جا شدن آنان به عنوان گروه‌های حمایتگر یا مخالف کافی باشد. البته زیرگروه­های رقیب در درون هر گروه ممکن است دیدگاه­های متفاوتی درباره منافع و ارزش­های گروه و به تبع آن درباره عواقب سیاست مربوطه داشته باشند و بنابراین جایگاه و موضع متفاوتی درباره سیاست مربوطه اتخاذ کنند؛ این امر کار گروه را مشکل می‌کند.

جابه­جا کردن و حرکت دادن گروه­های سازماندهی نشده، بسیار پیچیده است چرا که غالباً نیازمند منابع قابل توجه (زمان و پول) برای سازماندهی گروه است تا بتواند پس از آن به مباحثات سیاسی ملحق شود. به عنوان مثال، کارگران ممکن است نگران عواقب برنامه جدید بیمه سلامت خصوصی رقابتی باشند؛ اما اگر به صورت اتحادیه کارگری سازماندهی نشده باشند، رسیدن به دیدگاه جمعی نسبت به سیاست پیشنهاد شده (و تأثیرات احتمالی آن بر پیش­پرداخت و فرانشیزها) و اقدام به عنوان یک گروه و حفاظت از منابع­شان، مشکل خواهد بود.

جلوگیری از جابه­جایی و حرکت کردن گروهی هم که موضع خود را اعلام داشته نیز مشکل است (به دلیل ارتباط با وجهه و منافع گروه). در برخی موارد، پس از بحث درباره منافع اصلی سیاست جدید برای گروه مخالف که در جریان آن این فرصت پدید می‌آید که درباره حد و مرز مسأله توضیح داده شود تا گروه بداند که منافع سیاست جدید با آنچه آن­ها تصور می‌کردند تفاوت دارد و مسائل دیگر باید نگرانی بیشتری برای آن­ها ایجاد کند، می­توان موضع گروه را تغییر داد.

مدافعان اصلاحات نظام سلامت باید امکان جابه­جایی و حرکت دادن یا جلوگیری از تلاش­های رهبران را نیز در نظر بگیرند. برای رهبران سیاسی، مسأله غالباً به صورت مخلوطی از منافع شخصی و منافع عمومی است. به آن­ها نشان بدهید که چگونه حمایت کردن از شما (یا مخالفت کردن با شما) بر منافع (یا مضرات) سیاسی آن­ها تأثیر خواهد گذاشت و چرا دخالت در این موضوع، برای آن­ها مفید (یا مضر) است.

گفت­وگوهای مربوط به شایستگی درباره منافع عمومی می­تواند گاهی به‌اندازه بحث­های مبتنی بر منافع سیاسی و قدرت، بحث برانگیز باشد. به مثال زیر توجه کنید: «سناتور می‌دانم که طرفداران­تان از شما می­خواهند که این کار را انجام دهید اما آن­ها کوته­بین هستند. این سیاست، به دلایل زیر تأثیر منفی بر ملت خواهد گذاشت... بنابراین احتمالاً لازم است که یک یا چند بار دربارۀ این موضوع برای مردم منطقه خود سخنرانی کنید اما همزمان لزومی‌ندارد که به صورت فعال درباره این سیاست با ما مخالفت ورزید.».

در سمت منفی قضیه، در نظر گرفتن اینکه چگونه می­توان گردهمایی‌ها و تجمع مخالفان را به انشعاب کشاند یا تضعیف کرد، حائز اهمیت است. تصور کنید که انجمن پزشکان تصمیم به مخالفت با یک برنامه جدید بیمه‌ای گرفته است چرا که این برنامه، پرداخت در مقابل اقدامات گرانقیمت را محدود می‌کند و به نوبه خود، تأثیر منفی بر درآمد برخی از پزشکان می­گذارد. چنانچه بتوان پزشکان مراقبت­های اولیه را متقاعد ساخت که منافع­شان را از دید دیگری بنگرند، ممکن است بتوان پزشکان مراقبت اولیه را واداشت تا جبهه خود را تغییر دهند و از این برنامه حمایت کنند؛ بنابراین انجمن پزشکان، دو تکه و منشعب می­شود.

راه آخر تغییر تعداد و توازن نقش‌آفرینان جابه­جا شده به مدافعان اصلاحات امکان می‌دهد که گروه‌های جدید را از سیاستمداران را جابه­جا کنند و یا برخی از موانع موجود بر سر راه اصلاحات را دور بزنند. همانطور که در بالا اشاره شد، این اتفاق در کلمبیا اتفاق افتاد، زمانی که وزیر بهداشت نتوانست اصلاحات سلامت را در برنامه کار شاخه اجرایی دولت قرار دهد چون اولویت رئیس­جمهور، اصلاحات حقوق بازنشستگی بود. بنابراین وی مسأله را به قانونگذاران محول کرد و آن­ها نیز اصلاحات سلامت را پیش­شرط اقدام برای اصلاحات حقوق بازنشستگی قرار دادند. البته ممکن است عواقب جابه­جا کردن عرصه سیاست غیرقابل پیش­بینی باشد. به عنوان مثال، زمانی که ۴۰ شرکت دارویی، در تلاش برای حفظ حقوق انحصاری خود بر داروهای ضد ایدز، قانون جدید دارویی آفریقای جنوبی را در دادگاه به چالش کشیدند. فعالان به جابه­جا کردن و حرکت دادن گروه­های غیردولتی در سراسر جهان در مخالفت با این شکایت دادگاهی اقدام ورزیدند و دولت ایالات متحده تلاش کرد که قانون را تغییر دهد. این شرکت­ها نهایتاً شکایت خود را پس گرفتند و دولت ایالات متحده، جایگاه و موضع­گیری خود را نسبت به این سیاست تغییر داد. در این مثال، شرکت‌های مذکور دچار اشتباه محاسباتی شده بودند؛ نه از نظر دید مسائل حقوقی و قانونی بلکه از این نظر که چگونه تحرک سیاسی و افکار عمومی‌باعث جلوگیری از حل مسأله آن­ها در حوزه کاملاً قانونی می­شود.

بنابراین می‌توان از راهبردهای سیاسی برای تغییر تعداد نقش‌آفرینان جابه­جا شده و تأثیرگذاری بر امکان­پذیری سیاسی اصلاحات سلامت استفاده کرد. نقش‌آفرینان جدید می‌توانند وارد گفت­وگوهای سیاسی شوند و کنترل جایگاه­ها را به دست بگیرند و نقش­آفرینان کنونی نیز می‌توانند عرصه را ترک کنند، بمانند و تغییر موضع دهند، غیرفعال شوند، یا کناره بگیرند و به انتظار بنشینند. مدافعان اصلاحات بخش سلامت باید این احتمالات را در نظر بگیرند و راهبردهایی را انتخاب کنند که توازن نقش‌آفرینان جابه­جا شده را در جهتی تغییر دهند که به نفع برنامه خود آنان باشد.

**5-4) راهبردهای مبتنی بر درک: تغییر درک نسبت به مشکل و راه­حل آن**

تاکنون، ما درباره راهبردهای سیاسی با تمرکز بر ذینفعان صحبت کرده­ایم: نقش‌آفرینان، قدرت آن­ها و جایگاه­شان. در بسیاری از بسترها، چنین رویکردی می‌تواند کاربردی­ترین و عملی‌ترین رویکرد باشد. به عنوان مثال، در نظام سیاسی تک­حزبی، رقابت سیاسی بیشتر در میان گروه‌های ذینفع سازمان­یافته و بازیگران بوروکراتیک مشخص صورت می‌گیرد و در خلال فرایندهای محدود مشاوره روی می­دهد. در چنین مواردی، رویکرد مستقیم به سمت عموم و جلب نظر آن­ها ممکن است نتواند تأثیر عمده‌ای بر تصمیم­گیرندگان سیاسی بگذارد. اما در دیگر نظام­های سیاسی خصوصاً نظام­های باز و رقابتی، رویکرد به عموم و گروه­های هدف خاص و جلب نظر آن­ها از طریق رسانه‌ها ممکن است درک عمومی‌نسبت به مسأله را تغییر دهد. این رویکرد، راهبرد سیاسی اثربخشی برای تأثیرگذاری بر رهبران بوروکراتیک و سیاسی و همچنین مخاطبان عمومی‌خواهد بود. حتی در نظام­های سیاسی نسبتاً بسته، قالب­بندی مجدد[[146]](#footnote-146) مسأله، جایگاه­ها، موضع‌گیری‌ها و قدرت نقش­آفرینان اصلی را تغییر می‌دهد و به این ترتیب بر امکان­پذیری سیاسی اصلاحات، تأثیر می­گذارد.

راهبردهای سیاسی مبتنی بر درک، به دنبال تغییر مسائل زیر هستند: این که افراد درباره هر مشکل سیاسی چگونه فکر می­کنند و حرف می­زنند، چگونه این مسأله تعریف و قالب­بندی می­شود، و چه ارزش­هایی در این میان مطرح است. درک از مسأله همچنین تحت تأثیر ارتباط با نمادها یا ارزش­های عمده ملی نیز قرار دارد (یا ندارد): آیا اصلاحات جدید، هویت ملی را به شیوه­های بنیادین ارتقا خواهد بخشید؟ وجود چنین ارتباطی بر اولویتی که در برنامه سیاستی کشور به این مسأله داده می­شود، تأثیر می­گذارد.

راهبردهای مبتنی بر درک با نحوه کارکرد ذهن انسان ارتباط دارند. نوع انسان غالباً در پیدا کردن درک صحیح از وضعیت­ها و شرایط پیچیده، دچار دشواری است و به دنبال راه­هایی است که از هر واقعیت پیچیده و گیج­کننده، سر درآورد. این موضوع خصوصاً در شرایطی صدق می­کند که واقعیت پیچیده است، پیامدها قطعیت ندارند و هدف‌ها پُر تعارض­اند. همه این موارد دربارۀ اصلاحات بخش سلامت کاربرد دارد. در چنین مواردی، مجریان اصلاحات سلامت باید دیدگاه‌ها و درک عمومی را مدیریت کنند چرا که درک و نگرش موجود بر تعیین مسایل و تدوین راه­حل­های مقبول، تأثیر می­گذارد. در کانون مباحثات سیاسی، مناقشه بر سر معانی کلمات، واژه­ها و اصطلاحات یعنی بر سر نمادهای اصلاحات سیاستی است. این که مشکل مربوطه چگونه مشخص می­شود، چگونه توصیف می­شود و قالب­بندی مسأله چگونه صورت می­گیرد.

مثال زیر را در نظر بگیرید. کشوری برقراری بیمه سلامت در بخش خصوصی را مطرح می‌کند. این پیشنهاد به شهروندان اجازه می دهد که سهم مشارکت­شان را از نظام بیمه تک­قطبی ملی خارج کنند. مخالفان، این پروپوزال را به عنوان «خصوصی سازی» معرفی می‌کنند و کاهش ناهنجار وحدت ملی و از دست رفتن محافظت ناشی از بیمه ملی را جزو عواقب آن می­شمارند. چرا که طبق برنامه جدید، برای اولین بار پوشش بیمه‌ای در نسل اول کاهش خواهد یافت. از سوی دیگر، حامیان، این تغییر را به عنوان افزایش حق انتخاب برای مشترکین فردی در نظر می‌گیرند و چالشی برای بوروکراسی غیر اثربخش دولتی می­دانند. برحسب اینکه از این دو تعریف، کدام یک به صورت گسترده پذیرفته شود، عموم مردم و نقش­آفرینان اصلی ممکن است تلاش‌های اصلاحات را از منظر کاملاً متفاوتی بنگرند. به طور خلاصه می‌توان گفت که قالب­بندی مجدد هر مسأله ممکن است شرایط سیاسی را از جوانب مهمی دستخوش تغییر کند و عواقب قابل توجهی برای نقش­آفرینان جابه­جا شده، قدرت آن­ها و جایگاه­شان و همچنین برای امکان‌پذیری اصلاحات به دنبال داشته باشد.

چگونه می­توان درک عمومی را درباره مسأله­ای تغییر داد؟ روش­های مختلفی وجود دارد. می­توان حقایق و ارزش­ها را بیان کرد، مسأله را مجدداً قالب­بندی کرد و یا به دنبال تعریف نمادهای کلیدی مرتبط و همراه با مسأله بود. به عنوان مثال مدافع اصلاحات می­تواند ادعا کند که برداشت مخالفان از مشکل، مبتنی بر داده­های ضعیف است؛ این که مشکل مدنظر در مقایسه با اولویت­های ملی حائز اهمیت نیست؛ این که مشکل با هزینه‌ای مقدور و در حد امکان، قابل حل نیست؛ یا این که مشکل بیشتر مربوط به مسؤولیت بخش خصوصی است تا یک مشکل عمومی. مشخص کردن برخی از شهروندان به عنوان قربانیان بی­گناه نیروها و فشارهای خودخواهانه اجتماعی ممکن است روشی اثربخش برای شکل دهی مجدد به مباحثات عمومی و تغییر توازن سیاسی باشد. روش دیگر، استفاده از نمادهای ملی مهم (مانند یک چهره سیاسی محترم و مقبول عموم یا خواننده­ای مشهور) برای برقراری ارتباط میان سیاست پیشنهادی و ارزش­های پذیرفته شده همگان است. جابه­جایی سیاسی، علاوه بر داده‌ها، با احساسات نیز ارتباط پیدا می‌کند؛ از ارزش­ها هم می­توان هم در جهت مخالفت و هم در جهت ترویج اصلاحات بخش سلامت استفاده کرد.

از راهبردهای مبتنی بر تحریک ارزش­های مهم اجتماعی نیز می­توان استفاده کرد؛ همان­طور که در جریان گفت­وگوهای مربوط به اصلاحات نظام سلامت پیشنهاد شده توسط دولت کلینتون در ایالات متحده در اوایل دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد. مخالفان اصلاحات کلینتون، مجموعه­ای از آگهی­های تلویزیونی را با موضوع هری و لوئیز[[147]](#footnote-147) ساختند؛ یک زوج تخیلی در سطح اجتماعی متوسط مردم آمریکا که برنامه کلینتون را تهدیدی برای زندگی خویش جلوه می­دادند. این آگهی­ها، که توسط صنعت بیمه آمریکا حمایت می­شد هراسی عمیق برانگیخت در اینکه برنامه کلینتون آزادی کنونی در انتخاب شرکت­های بیمه را محدود خواهد ساخت و سبب پدید آمدن نظام دولتی سلامت خواهد شد؛ این تلاش وسیع با ارزش­های اجتماعی طبقات متوسط آمریکایی، مواردی مثل احساس­های ضددولتی و هراس از دست دادن استانداردهای زندگی، سروکار پیدا کرد.

برعکس، موافقان برنامه اصلاحات سلامت کلینتون، از حوزه درک و نگرش عموم مردم غافل شدند. پروپوزال اصلاحات آنقدر پیچیده بود که توضیح و تشریح ساده­ای برای آن وجود نداشت. به عنوان مثال، این پروپوزال مؤسسات جدید را برای رقابت مدیریت شده در نظر گرفته بود که در ابتدا تحت عنوان «تعاونی‌های خریدار بیمه سلامت[[148]](#footnote-148)» شناخته می‌شدند؛ واژه­ای که تعداد اندکی از مردم قادر به درک، تلفظ یا به خاطر سپردن آن بودند. سپس نام آن­ها به «اتحادیه‌های سلامت[[149]](#footnote-149)» تغییر یافت که‌اندکی قابل فهم­تر به نظر می­رسید اما کماکان برای بسیاری از افراد، گنگ بود. در کل حامیان اصلاحات نتوانستند نمادهای اثربخشی پیدا کنند و توضیح دهند که این برنامه چگونه کار می­کند، این سیاست چه حاصلی خواهد داشت و چگونه باعث ترویج و ارتقای ارزش­های اجتماعی اصلی خواهد شد. همانگونه یکی از تکنوکرات­ها بعداً بیان کرد: «بسیاری از افراد نمی­توانستند درک کنند که پیشنهاد ما چیست. بخش‌های بسیار متعدد و ایده­های بسیار مختلف ارایه شده بود که حتی بسیاری از صاحب­نظران سیاستی نیز نمی­توانستند کاملاً قضیه را پیگیری کنند».

مجریان اصلاحات سلامت از نظر مهارت­های فنی آموزش دیده باشند، غالباً در طراحی راهبردهای سیاسی برای شکل‌دهی دیدگاه­های عمومی‌با دشواری مواجه می‌شوند و اکثراً برای اجرای آن، آمادگی ندارند. اما راهبردهای مبتنی بر دیدگاه‌ها، بخشی ضروری از راهبردهای کلی سیاسی برای ارتقا و ترویج اصلاحات بخش سلامت است. اگر حامیان اصلاحات از حوزه راهبردهای مبتنی بر درک و دیدگاه غفلت ورزند، آن وقت خواهند دید که احتمالاً این مخالفان خواهند بود که از این راهبردها استفاده می­کنند.

**۶) مذاکره و راهبردهای سیاسی**

بسیاری از راهبردهای سیاسی، دربرگیرنده فرایند مذاکره[[150]](#footnote-150) است. در سال‌های اخیر، پژوهش­های نظام­مند متعدد درباره این فرایندها، روش­هایی را برای هدایت و انجام موفقیت­آمیز مذاکره مشخص کرده‌اند. در اینجا ما مختصراً به مرور درس­هایی درباره مذاکره که مرتبط با اصلاحات بخش سلامت است می­پردازیم.

نکته اول این است که مذاکرات غالباً زمانی موفقیت­آمیز خواهد بود که از دیدگاه بُرد-بُرد مطرح شوند نه از دیدگاه بُرد-باخت. چالش کلیدی در مذاکره این است که به دنبال راه­حل­های ارزش زا[[151]](#footnote-151) باشیم تا مشارکت­کنندگان به تعداد کافی متمایل به پشتیبانی از موضوع شوند و پیامدهای بُرد-بُرد خلق کنند. رویکرد برعکس آن است که مذاکره را به صورت «من می­برم، تو می­بازی» یعنی راه­حل­های ارزش زدا[[152]](#footnote-152) پیش ببریم؛ این امر باعث بیشتر شدن تفاوت­ها و مشکل­تر شدن دستیابی به توافق می­شود. در بحث ما راجع به راهبردهای چانه­زنی که پیشتر مطرح گردید، مثال­های چندی ارایه کردیم که مدافعان اصلاحات در آن­ها به ارتقای وضعیت موجود پرداختند و مخالفان احتمالی نیز در این میان به منافعی دست یافتند. به عنوان مثال زمانی که برنامه اصلاحات، منابع درآمدی جدید ایجاد می­کرد، آنگاه مزایا و منافع بالقوه را می­توانستیم بین گروه‌های مختلف تقسیم کنیم تا احتمال دستیابی به شرایط بُرد-بُرد را بهبود بخشیم. در کشور مصر، تأمین مالی برنامه جدید بیمه سلامت از سوی دولت برای کودکان دبستانی، تا حد زیادی از محل مالیات­های جدید بر سیگار صورت پذیرفت؛ این کار باعث شد که پروپوزال پیشنهادی نظر سیاستمداران کلیدی پارلمان که نگران اثرات عدالتی پیش­پرداخت­ها بر خانواده‌های روستایی فقیر دارای فرزندان متعدد بودند، مقبول افتد. البته پیدا کردن منابع جدید درآمد، همیشه ممکن نیست و اتحاد منتهی به بُرد، لزوماً نمی­تواند همه افراد و گروه­های احتمالی را در خود بگنجاند. برعکس، نگارش و تدوین هر مسأله در قالب راهبرد بُرد-باخت ممکن است برخی از حامیان احتمالی را به سمت مخالفت فعال پیش ببرد.

درس دوم درباره مذاکره در تلاش به دستیابی به توافق بُرد-بُرد این است که باید به منافع واقعی سایر طرفین واکنش نشان داد نه جایگاه و جبهه­هایی که ممکن است بگیرند. فراتر از همه اینها، هر موضع‌گیری ممکن است فقط نوعی برخورد باشد که برای دست یافتن به منفعتی از مذاکره، طرح­ریزی شده است. ممکن است بیمارستان­ها در کشوری بگویند هرگز مسؤولیت بودجه را قبول نخواهد کرد؛ اما مخالفت آن­ها با این اندیشه ممکن است وابسته به نبود اختیار برای مدیریت هزینه­هایشان باشد (مثلاً در ارتباط با استخدام و اخراج). چنانچه فرد مذاکره‌کننده بداند که ترکیبی از افزایش خودمختاری و مسؤولیت‌پذیری بابت بودجه، مورد تمایل بیمارستان­ها است، آنوقت پیشنهاد این موضوع به بیمارستان­ها ممکن است آن­ها را در جایگاه حمایت و پشتیبانی قرار دهد.

درس سوم آن است که برخی از تعارض­های ارزش­زدا ممکن است غیرقابل اجتناب باشد. به عنوان مثال، هیچ فرقی نمی‌کند که مسأله­ا‌ی چگونه مجدداً قالب­بندی شود؛ به هر حال پزشکان می­خواهند که پرداخت بیشتری به آن­ها صورت گیرد و وزارت بهداشت می­خواهد که کمتر به آن­ها بپردازد (به خاطر فشارهای ناشی از وزارت اقتصاد و دارایی). در چنین شرایطی، رویکرد ممکن، جایگزین کردن مذاکره مبتنی بر اصول[[153]](#footnote-153) به جای مقابله­های[[154]](#footnote-154) موردی خاص است. در مذاکره مبتنی بر اصول، طرفین تلاش می‌کنند که قویاً دربارۀ مجموعه­ای از اصول که موقع حل و فصل مناقشات از آن­ها استفاده می­کنند، به توافق برسند؛ پیش از آنکه وارد جزئیات مشکلات شوند. به عنوان مثال، ممکن است ابتدا بر روی این موضوع توافق کنند که چه بخشی از بودجه ملی باید به سلامت اختصاص پیدا کند یا مالیات بر درآمد چقدر باید باشد و سپس تصمیم بگیرند که چه نسبتی از آن به پرداخت حقوق­ها اختصاص یابد؛ و همه آن­ها پیش از گفتگو راجع به موارد اختصاصی مربوط به پرداخت حقوق­ها مطرح شود. این رویکرد لبه تیز برخوردها و مخالفت­ها را به شیوه‌ای سازنده، نرم­تر و کندتر می‌کند؛ چرا که توافق بر روی اصول کلی حاصل شده است و برخی از جزئیات نیز ممکن است به تبع آن مورد توافق قرار گیرند.

چهارمین اصل هدایت­کننده برای مذاکره­کنندگان این است که از فضا و نیروی احساسی در جهت مثبت بهره ببرند و نه در جهت منفی؛ یا اینکه حداقل محیطی خنثی و حرفه‌ای به وجود آورند. مذاکره و گمانه­زنی، فرایندی انسانی است که علاوه بر منطق، مملو از احساسات و عواطف است. بنابراین برای موفقیت در مذاکره باید مدیریت ابعاد احساسی را نیز در کنار محتوای عقلی و منطقی، مد نظر داشت.

لحن و آهنگ مذاکرات، بسیار حائز اهمیت است چراکه اصلاحات، ندرتاً فرایندی یک­باره و تک­زمانی است. در عوض اصلاحات معمولاً فرایندی دنباله­دار و شامل مجموعه‌ای از مذاکرات و مکالمات مرتبط با یکدیگر است؛ چرا که سیاست­ها، طی زمان طراحی، اتخاذ، اجرا و تعدیل می‌شود. نتایج حرکت­هایی که در یک دور مذاکره و چانه‌زنی اتفاق می‌افتند، به نفع دورهای بعدی خواهد بود؛ مشابه بازی­های مقدماتی که برای مجموعه­ای طولانی از بازی­ها انجام می­شود. در این مجموعۀ مذاکرات، توافق­های موفق، دستیابی به توافق­های ارزنده را ممکن می‌سازد؛ عکس این موضوع نیز صحیح است. بعد حیاتی و اساسی، اعتماد میان بازیگران و نقش­آفرینان است. به عنوان مثال، صنایع مختلف در کشورهای گوناگون، تنوع وسیعی از بابت وضعیت روابط کاری دارند. برخی از کارفرمایان و اتحادیه­ها، همیشه در تعارض با یکدیگر قرار دارند در حالی که سایرین، مشکلات را با همکاری و تعاون حل می‌کنند: در واقع آن­ها از طریق مذاکرات مکرر، در چرخه­های دوطرفه تقویت­کننده اعتماد و یا بی­اعتمادی افتاده‌اند. همین حالت ممکن است بین کشورهای مختلف روی دهد. زمانی که صاحب­نظران سیاسی دربارۀ فرایند صلح در خاورمیانه صحبت و بحث می‌کنند، در واقع درباره گسترش یا افت روابط مبتنی بر اعتماد، سخن به میان می‌آورند. همچنین، مجریان اصلاحات بخش سلامت نیز لازم است به نقش اعتماد، از دید راحت­تر یا سخت­تر کردن دستیابی به اهداف­شان بنگرند.

هدایت مذاکره همچنین نیازمند درک صحیح از خویش و از سایرین است. شما نمی‌توانید پروپوزال پیشنهادی را بر منافع و علایق شخص دیگری متمرکز کنید مگر اینکه از علایق و منافع او مطلع باشید؛ تا زمانی که اول، اهداف جزئی خود را ندانید و نشناسید، نمی­توانید بدانید چه تعاملاتی را پیشنهاد کنید که به اهداف اصلی­تان آسیبی نرسد؛ شما نمی­توانید تعیین کنید چه گروه­هایی ممکن است تشکیل یک اتحاد یا همگروه برنده بدهند مگر اینکه تحلیل نظام­مندی از همه حامیان و مخالفان ممکن، جایگاه­ها و قدرت هر یک انجام داده باشید. لازم است این درک را پیدا کنید که پیشنهادهای خود را تعریف کنید: بهترین جایگزین برای یک توافق مذاکره‌ای (BATNA)[[155]](#footnote-155). هر چقدر وضع یک نقش­آفرین، بدون دستیابی به توافق بهتر باشد (یعنی BATNA بالاتر) نیاز کمتری به توافق خواهد داشت و بیشتر می‌تواند بر منافع­اش اصرار کند. بنابراین دانستن BATNA خودتان و دیگران، در دانستن اینکه چقدر باید بر دیدگاه خودتان اصرار بورزید (و بنابراین خطر به پایان رسیدن کل مذاکرات چقدر خواهد بود) ضروری است. تحلیل برای مذاکره، نیازمند صرف انرژی و وقت فراوان است. همانگونه که پیشتر ذکر کردیم، اصلاحات بخش سلامت فرایندی کاملاً سیاسی است. انتخاب بر سر این نیست که آیا مذاکره بکنیم یا نکنیم؛ بلکه بر سر نحوه هدایت مذاکرات است. هرچقدر مجریان اصلاحات سلامت آمادگی بیشتری برای مذاکره از نظر هوشمندی، مهارت و خستگی­ناپذیری داشته باشند، احتمال موفقیت­شان در فرایند سیاستگذاری بیشتر است.

**۷) راهبردهای سیاسی و اخلاق**

ما معتقدیم که رویکرد سیاست اقتصاد سلامت نباید صرفاً به عنوان مشکلی ابزاری یا ماکیاولیالی باشد. مجریان اصلاحات سلامت باید ابعاد اخلاقی راهبردهای سیاسی و همچنین نحوه دستیابی به سیاست­های مطلوب خود را در نظر داشته باشند. همانگونه که در مقالات پیشین تأکید کرده­ایم، ارزش­ها شکل­دهندۀ محتوای اصلاحات است؛ اما همین ارزش­هاست که فرایندهای ترویج و بهبود اتخاذ برنامه اصلاحات را شکل می‌دهند. در این صورت، چگونه مجریان اصلاحات سلامت می­توانند مسائل اخلاقی مربوط به فرایند سیاسی اصلاحات را ارزیابی کنند؟

بحث این فصل تاکنون مبتنی بر شرایطی بوده است که مجریان اصلاحات سلامت می­توانند و باید مشارکت­کنندگان فعال در فرایند سیاسی (که جامعه از آن در تصمیم­گیری درباره سیاستگذاری دولت استفاده می­کند) باشند و تقریباً همیشه این شرایط را خواهند داشت. این امر بیان می­دارد که دیدگاه کلاسیک مدیریت عمومی‌نسبت به نقش نمادهای دولت یعنی اینکه سیاستمداران، سیاست تعیین می­کنند و بوروکرات‌ها سیاست را اجرا می­کنند)، انتخاب­هایی را که خود نهادها و دفاتر دولتی باید در تصمیم­گیری برای هدایت و کنترل خودشان بگیرند، شامل نمی­شود.

به صورت واقع­گرایانه­تر باید گفت مجریان اصلاحات، اهداف گوناگون دارند و این اهداف، همیشه همزمان با یکدیگر حاصل نمی­شود. افراد تقریباً همیشه، اهداف شخصی و فردی برای پیشرفت شغلی، امنیت مالی، قدرت و تأثیرگذاری برای خود دارند. آن­ها همچنین در کل اهداف وسیع­تری برای بهبود جامعه دارند. دیدگاه­های اخلاقی که در فصل ۳ مورد بررسی قرار گرفتند، منعکس­کننده این مسائل است. در بین این دو سر طیف، افراد احتمال دارد که اهدافی در ارتباط با سازمان­ها و گروه­های حد واسط نیز داشته باشند؛ مثلاً در نتیجه تعهد و وابستگی به یک حزب سیاسی، همکاران­شان در وزارتخانه یا یک گروه حرفه­ای.

ساده­ترین تصمیمات مربوط به زمانی است که اهداف با یکدیگر همسو هستند. وقتی که کشور، وزارتخانه، انجمن پزشکان، و مجریان اصلاحات (به صورت فردی) از سیاستی منفعت ببرند، آن­وقت دنبال کردن جدی جریان اصلاحات، راحت خواهد بود. اما چه اتفاقی خواهد افتاد اگر اهداف با یکدیگر همخوانی نداشته باشند؟ تصور کنید که اصلاحات سلامت، به کشور کمک می‌کند اما اگر مجری اصلاحاتی متعهد به حمایت کامل از آن باشد، شغل یا زندگی خانوادگی او را نابود سازد. یا فرض کنید یک مجری اصلاحات معتقد باشد غنی­تر شدن کشورش در گرو این خواهد بود که سازمانی که خود فرد در آن کار می­کند در اختیار بخش خصوصی قرار گیرد یا بخشی از وظایف آن، سپرده شود. این امر ممکن است ضربه جدی نه تنها به شخص، بلکه به بسیاری از دوستان و همکاران او وارد کند.

به علاوه، زمانی که برنامه اصلاحات، تدوین و مجموعه­ای از راهبردهای سیاسی، طرح­ریزی می­شود، مدافعان اصلاحات ممکن است به دنبال این باشند که هزینه­ها و مزایای متعهد کردن خودشان به تلاش­های لازم در این راه را بدانند؛ مثلاً با سوالاتی از این دست که «چقدر احتمال دارد که این تلاش، موفقیت­آمیز باشد؟ آیا سود حاصل از دستیابی به این اصلاحات، به هزینه‌های مربوط به وقت، تلاش، پول، احساسات، تعهد و پایبندی و تعارض­هایی که خواه ناخواه می­طلبد، می­ارزد یا خیر؟» چنین تصمیم­گیری­هایی مستلزم تأمل­های درونی دشواری است به مثابه آنچه در ارزیابی هزینه­ها و فواید مربوط به موارد نامحسوس و عدم قطعیت صورت می‌گیرد. مجریان اصلاحات سلامت اگر بخواهند اثربخش باشند، همانند سایر رهبرانی که به دنبال تغییر سیاست‌ها هستند، باید هم ظرفیت درونگرایی (نگرش به درون) و هم برونگرایی داشته باشند تا بتوانند چالش­های فردی­شان را با تغییر و تبدیل­های وسیع­تر اجتماعی مرتبط سازند.

یکی دیگر از جنبه­های اخلاق در فرایندهای اصلاحات، از دیدگاه­های اخلاقی خود ما درباره اهمیت افزایش شفافیت و تلقی اجباری بودن گفت­وگو با مردم توسط کارشناسان فنی ناشی می­شود. در درون فرایند سیاسی، نقش حیاتی آگاه‌سازی عموم ناشی از این اعتقاد ماست که هیچ پاسخ ساده‌ای در اصلاحات سلامت وجود ندارد. پارادایم­های تحلیلی و سیاسی مختلفی که در دست داریم، مشخصاً فقط دیدگاه محدودی درباره نظام‌های سلامت فراهم می­کنند. در نتیجه، هم مشکلات و هم راه­حل­ها، محدودیتی تصنعی پیدا می­کنند، به نوعی که از مشکلات مهم غفلت می‌شود و به راه‌حل‌های جایگزین، توجه جدی صورت نمی­گیرد. در این شرایط، آگاه­سازی عموم، موارد عدم قطعیت و نامطمئن بودن از حقایق و ارزش­ها را مشخص می­کند، در فرایند اجتماعی دست و پنجه نرم کردن با آنچه برای جامعه­ای خاص ارزش دارد مشارکت می ورزد و به گرفتن تصمیم­های دموکراتیک خلاقانه در طرح­ریزی سیاست‌های عمومی منتهی می‌شود.

بنابراین، متخصصان فنی، در ارتباط با راهبردهای سیاسی خود، الزام­های اخلاقی دارند. نخست، متخصصان باید از مشکلات ذاتی فرایند اصلاحات مطلع باشند خصوصاً مشکلات مرتبط با احتمال کتمان موارد عدم قطعیت حقایق از سوی متخصصان و موارد عدم توافق بر سر ارزش­ها. دوم، متخصصان باید به طور دایم از خود درباره ارزش­هایی که برای خود آنان مطرح است بپرسند و پاسخ دهند، اینکه معتقدات اخلاقی شخص آن­ها تا چه‌اندازه توصیه­های مربوط به انتخاب سیاست عمومی را شکل می‌دهد (همانگونه که ما در این کتاب سعی در انجام این کار داشته­ایم). سوم، ما معتقدیم که متخصصان، برای ترویج شفافیت عمومی[[156]](#footnote-156) الزام اخلاقی دارند تا به جوامع خود، در مواجهه با تصمیم­گیری­های سیاستی که شامل حقایق غیرقطعی و انتخاب­های ارزشی دشوار است، کمک کنند. ما شواهد قطعی در اختیار نداریم که ثابت کند شفافیت عمومی درباره این مسائل، منجر به انتخاب­های اجتماعی «بهتر» درباره اصلاحات بخش سلامت می‌شود؛ اما معتقدیم که این رویکرد باعث ترویج احترام به افراد می­شود و در عین حال، جامعه­ای دموکراتیک و با تحمل و ظرفیت بالا و در عین حال، پشتیبان به وجود می­آورد.

متخصصان، کارکنان و نهادها همچنین با انتخاب­های اخلاقی در فرایند اجرا نیز مواجه هستند؛ مخصوصاً زمانی که با تصمیمات اتخاذ شده یا سیاست­های انتخاب شده موافقت کامل ندارند. همیشه باید این انتخاب صورت گیرد که شخص، چقدر برای سیاستی که فکر می­کند از نظر فنی دچار مشکل است یا از نظر اخلاقی صحیح نیست، باید تلاش کند تا بهترین استفاده از آن صورت گیرد.

سؤال این است که کارکنان و نهادها تا چه میزان می­توانند از آزادی عمل موجود در اجرا استفاده کنند و سیاست مدنظر را در جهاتی که فکر می­کنند مناسب­تر است (اما مدنظر و هدف سیاستگذاران نیست) هدایت کنند؟ در اینجا معتقدیم که باید تمایز و افتراق مهمی‌بین مسائل مربوط به حقایق و مربوط به ارزش­ها صورت گیرد.

از نظر مسائل مربوط به ارزش، سؤال حیاتی عبارت است از درجه معقولیت و منطقی بودن فرایندی که در ابتدا باعث تدوین سیاست شده است. اپل بوم[[157]](#footnote-157) می‌گوید (و ما هم موافقیم) که هر چقدر جنبه­های دموکراتیک اجرای این فرایندها بیشتر باشد، اجراکننده باید احساس تعلق و ارتباط بیشتری با تعهدات فلسفی نهفته در سیاست حاصله داشته باشد. البته این امر، قضاوتی همه یا هیچ نیست، بلکه در واقع، مربوط به تعیین مرزهای متغیر و غیردقیق درباره محدوده‌ای است که کارکنان و نهادها می­توانند در آن حدود ارزش­های خود را جهت حل سردرگمی­ها و یا تعارضات موجود در زبان قانونگذاری یا سیاستی مربوطه به اجرا کنار بگذارند.

از سوی دیگر، متخصصان فنی می­توانند و باید از مهارت آزادی عمل خود در جهت ارتقای کارایی و فعال باقی ماندن هر تلاش اصلاح­گرایانه استفاده کنند. البته ترویج شفافیت و پاسخگویی آن­ها درباره تصمیمات­شان، برای مسؤولیت­هایی که بر عهده دارند بسیار حیاتی است. ایفای نقش «بیان حقایق به عاملان قدرت» و مطرح کردن این مسأله در پارلمان یا برای وزیر مربوطه که سیاست­های آنان منتهی به نتایج مد نظر نخواهد شد، همیشه کار ساده­ای نیست. اما معتقدیم که از مجریان هوشمند اصلاحات می­توان انتظار داشت که این نقش را در سرتاسر چرخه اصلاحات ایفا کنند.

این چالش­ها باعث شده است اصلاحات بخش سلامت، چیزی فراتر از یک فرایند فنی و تکنیکی صرف باشد؛ در واقع اصلاحات بستر آزمایش برای ارزش­های اجتماعی و تعهدات فردی است. در تهیه برنامه­ای برای ایجاد تغییر، مجریان اصلاحات سلامت باید با مسائل پایه‌ای مثل اصول، هویت و منافع مواجه شوند. اصلاحات بخش سلامت، هم در سطح فردی و هم در سطح فنی ممکن است پیچیده باشد. زمانی که توصیه­گران به سفر در مسیر اصلاحات سلامت مبادرت می­ورزند، باید درک صحیحی از نحوه برخورد و تلاقی بین چالش­های سیاسی و دو راهی اخلاقی داشته باشند و آگاه باشند که چگونه باید با این تلاقی­ها در سطوح فردی و عمومی‌برخورد نمایند.

**5**

**اهداف ارزشیابی نظام­های سلامت**

**1)مقدمه**

چگونه می­توان از بحث فلسفی فصل 3 به قضاوت در مورد عملکرد نظام­های مراقبت سلامت رسید؟ طرفداران فرضیه­های اخلاقی مختلف ممکن است معیارهای متفاوتی را برای ارزشیابی عملکرد تأیید کنند یا در مورد اهمیت دستیابی به اهداف عملکردی مختلف، اختلاف نظر داشته باشند. آیا تنها چیزی که می­توان در مورد چنین قضاوتی گفت این است که: «بستگی دارد به...»؟

با آنکه تمامی قضاوت­ها در مورد عملکرد به ارزش­ها بستگی دارند، اعتقاد ما این است که در عمل، مجریان اصلاحات بخش سلامت عموماً بر تعداد محدودی از اهداف عملکردی برای تعریف مشکلات و ارزشیابی راه­حل­ها تمرکز می­کنند. در این فصل ما چنین مجموعه­ای از اهداف را پیشنهاد می­کنیم که عبارتند از: 1) وضعیت سلامت جمعیت، 2) رضایتمندی شهروندان از نظام [سلامت]، و 3) میزان محافظت شهروندان از خطرات مالی ناشی از سلامت نامطلوب. ما در این مورد بحث خواهیم کرد که این اهداف را چگونه می­توان سنجید و عملکرد هر کشور در این زمینه­ها را چگونه می­توان ارزشیابی کرد. همچنین به بررسی این مسأله می­پردازیم که چگونه ارتباط میان بخش سلامت و بقیه جامعه بر قضاوت­ها در مورد عملکرد تأثیر می­گذارد. به­صورت خاص، این بحث را مطرح خواهیم کرد که اولاً ملاحظات هزینه­ای و ثانیاً ارزش­های اجتماعی و فرایندهای سیاسی چگونه در تنظیم برنامه اصلاحات بخش سلامت دارای نقش هستند (و باید دارای نقش باشند).

در ادامه این فصل ما ابتدا به بحث در مورد چگونگی انتخاب اهداف عملکردی می­پردازیم. سپس اهداف خاص پیشنهاد شده خود را توضیح می­دهیم و از آن­ها دفاع می­کنیم. پس از آن به جستجوی ارتباط مالی و سیاسی بین بخش سلامت و حیطه­های اجتماعی و اقتصادی گسترده­تر می­پردازیم. بحث مربوط به آنچه ما آن­ها را «خصوصیات عملکردی حد واسط[[158]](#footnote-158)» می­نامیم (مشخصاتی مثل کارایی و کیفیت) به فصل بعد موکول می­شود؛ این بحث به تعیین عملکرد در زمینه اهداف نهایی که در این فصل مورد بحث قرار می­گیرد، کمک خواهد کرد. در تمام این مبحث فرض ما بر آن است که فردی خاص (مثلاً خود خواننده) در حال اندیشیدن به اصلاحات بخش سلامت است و توصیه­های ما، در جهت تصمیم­گیری­ها و انتخاب­هایی است که چنین فردی مجبور به انجام آن­هاست.

البته طرح پیشنهادی ما قطعاً تحت تأثیر قضاوت­های شخصی، تجارب و ارزش­های ما قرار دارد. انتخاب معیارهایی برای عملکرد، یک فرایند صرفاً مکانیکی نیست. از آنجایی که ما نمی­توانیم نگرانی­های اخلاقی خود را در کارمان دخیل کنیم، در ادامه سعی کرده­ایم هر جا چنین موردی وجود دارد آن را صریحاً اعلام کنیم تا دیدگاه­های مختلف همچنان بتوانند از چارچوب تدوین شده حاضر برای طرح سؤالات ارزشیابی به­صورتی شفاف و مشخص استفاده کنند.

**2) انتخاب اهداف عملکردی و استفاده از آن­ها**

برای انتخاب منطقی اهداف عملکردی، تحلیل­گر باید منظور از این اهداف را بداند. به­عنوان مثال گزارش جهانی سلامت سال 2000 [[159]](#footnote-159) سازمان جهانی بهداشت، نظام­های مراقبت سلامت کلیه کشورها را بر مبنای مقیاسی ساده رتبه­بندی کرده است. این امر مستلزم تهیه تعداد اندکی سنجه عددی عملکرد برای هر کشور است که بعداً بتوان آن­ها را از طریق فرمولی ساده ترکیب کرد اما کار ما در این مجموعه مقالات متفاوت است. ما می­خواهیم مشکلات عملکردی را که در فرایند اصلاحات بخش سلامت باید به آن­ها بیش از همه توجه داشت شناسایی کنیم. این امر باعث می­شود که امتیازات عددی برای ما ارزش کمتر داشته باشند و در عوض برای مقاصدمان بیشتر از داده­های توصیفی جامع استفاده کنیم.

برای تأکید مجدد بر آنچه در فصل 2 به آن اشاره کردیم، سنجه­های عملکرد باید منعکس­کننده نتایج، عواقب یا پیامدهای بخش سلامت باشند. این تأکید بر شروع با پیامدها یکی از جنبه­های متمایزکننده رویکرد ماست. یک مجری اصلاحات سپس می­تواند به «سفر تشخیصی»[[160]](#footnote-160) (به فصل 7 مراجعه کنید) بپردازد تا علل یا سبب عملکرد نامناسب را تعیین کند و پس از آن راهبردهایی منطقی به منظور ارتقای عملکرد ابداع کند (پس از اجرای سیاست­ها با استفاده از مجموعه مشابهی از معیارها می­توان به ارزشیابی آن­ها نیز پرداخت).

در استفاده از واژه مشکل[[161]](#footnote-161) برای نشان دادن مشکلات عملکردی، کاربردی بسیار متفاوت با کاربرد همگانی این کلمه مدنظر ماست. به­عنوان مثال منظور پزشکان اغلب از واژه مشکل همان علت است، مثلاً زمانی که به بیمار می­گویند «متأسفانه مشکل شما این است که سرطان دارید». بسیاری از مجریان اصلاحات بخش سلامت نیز تحلیل­های خود را به صورتی که ما توصیه می­کنیم تدوین و تنظیم نمی­کنند. زمانی که پرسیده می­شود «مشکل کشور شما چیست؟» آن­ها برخی ویژگی­های نظام­های خود را به عنوان پاسخ ارایه می­دهند و مثلاً می­گویند: «ما به حد کافی از مراقبت­های اولیه برخوردار نیستیم» یا حتی اصلاحاتی را پیشنهاد می­دهند: «لازم است ما به بیمه­های اجتماعی روی بیاوریم». در مقابل به نظر ما چنین اظهارنظرهایی در واقع علل بالقوه یا درمان­های بالقوه مشکلات عملکردی­اند و توصیفی از خود مشکلات عملکردی نیستند. ما تنها می­توانیم دریابیم نیروی کار پزشکی کشوری نیاز به تغییر دارد، یا تأمین مالی مراقبت­های سلامت آن باید مجدداً سازماندهی شود که این خصوصیات نظام به نتایجی غیرقابل قبول منجر می­شوند. با این مقدمه به سؤال بعدی می­رسیم، به این صورت که چگونه می­توان در مورد عملکرد کشوری در ارتباط با اهداف مختلفی که بیان شد، به قضاوت پرداخت؟ به طور خاص چه متغیرها یا جنبه­هایی از توزیع وضعیت سلامت، رضایتمندی یا محافظت در برابر خطرات باید مورد توجه مجریان اصلاحات قرار گیرد؟ ما بار دیگر پیشنهاد می­کنیم که چنین تصمیماتی بر مبنای هدف هدایت اصلاحات بخش سلامت گرفته شود. در چنین زمینه‌ای، میانگین عملکرد کلی یک کشور در زمینه یک یا دو سنجه خلاصه ساده آماری (برای مثال امید به زندگی) عمدتاً در مراحل اولیه تلاش­ها در جهت اصلاحات بخش سلامت مفید است. به عنوان مثال عملکرد ضعیف یک کشور در مقایسه با همسایگان آن یا نسبت به عملکرد قبلی خود آن کشور می­تواند به بسیج شدن حمایت­های عمومی‌برای اصلاحات کمک کند. همچنین مقایسه­های بین­گروهی توجه­ها را به مسائل مربوط به برابری جلب می­کند.

برای این مقاصد، دلیل محکمی جهت تمایز میان سنجه­های آماری متفاوت (میانگین، میانه و نما) وجود ندارد. تفاوت میان این سنجه­ها، مباحث فنی پیچیده و تخصصی را در برمی­گیرد که تا حد زیادی با تمرکز بر توجه سیاسی و رهبری حمایت­های عمومی‌نامرتبط است. این مطلب حتی در مورد سنجه­های تنوع پیامدهای درون یک جمعیت هم صدق می­کند. «میانگین» برای بسیاری از افراد قابل فهم است، در حالی که عده‌اندکی، سنجه­های نوسان مثل انحراف معیار، دامنه چارکی یا ضریب جینی را درک می­کنند. بنابراین ما وقت زیادی را برای پیگیری بحث در مورد این جایگزین­های آماری صرف نمی­کنیم.

همچنین عدالت[[162]](#footnote-162) در دستیابی به پیامدها اغلب مورد علاقه مجریان اصلاحات است (و همچنین مورد علاقه اهداکنندگان بین­المللی) است. از این رو ما توصیه می­کنیم مجریان اصلاحات در این زمینه یک ماتریس 3 در 2 را مدنظر داشته باشند: 3 هدف عملکردی و 2 آزمون اخلاقی برای کاربرد هر کدام. نخستین آزمون اخلاقی، مقایسه با میانگین عملکرد و دومین آزمون، ارزیابی عدالت در توزیع سنجه­های عملکرد است. با این حال، به طور کلی از نظر یک مجری اصلاحات، اطلاعات نسبتاً جامع در مورد توزیع پیامدها -در میان گروه­های منطقه­ای، درآمدی یا قومی- بیشتر از سنجش­های آماری، ارتباط و تناسب خواهد داشت. برای هدایت تلاش­ها در جهت ارتقای عدالت، لازم است کسانی که عملکرد ضعیف­تری دارند (مثلاً کسانی که سلامت نسبتاً نامناسبی دارند) شناسایی شوند.

ملل مختلف نه تنها ارزش­های متفاوتی برای عدالت قائلند، بلکه تعریف­های متفاوتی نیز برای آن دارند. در برخی کشورها مثل دانمارک هرگونه تفاوت در خدمات ارایه شده به فقرا و ثروتمندان به عنوان مشکل تلقی می­شود. کشورهای دیگر مثل استرالیا بر ارتقای وضعیت فقرا و دادن امکان بهره­مندی بیشتر به ثروتمندان تأکید دارند. برخی کشورها همچنین ممکن است هنگام بررسی اهداف عملکردی به عدالت اهمیت بیشتر نسبت به دیگر شاخص­ها بدهند. به عنوان مثال، ممکن است کشوری بیشتر از رضایتمندی شهروندان، به برقراری عدالت در پیامدهای سلامت مشتاق باشد.

انتخاب مجموعه­ای مشخص از اهداف عملکردی، به منزله انتخاب کانون توجه خاص برای مباحثات عمومی در مورد اصلاحات بخش سلامت است. چنین تصمیم­هایی چگونه باید اتخاذ شود؟ نخستین معیار پیشنهادی ما تناسب و ارتباط سیاسی است. ما در مدتی که با دولت­هایی در سرتاسر جهان همکاری داشتیم، مدام مسائل سیاسی خاصی را شاهد بودیم. همان­گونه که در فصل 4 ذکر شد، از آنجا که ما به حقانیت و اهمیت سیاست در فرایند اصلاحات اعتقاد داریم، از نظر ما هرگونه هدف عملکردی باید نشان­دهنده و مجسم­کننده نگرانی­های سیاسی و اجتماعی عمده باشد. چنین نگرانی­هایی قوه محرکه اجرای برنامه­های اصلاحات نظام سلامت در جهان بوده­اند (و هستند). مجریان اصلاحات باید بتوانند نگرانی­های عمده خود و دیگران را در چارچوب پیشنهادی ما شناسایی و بیان کنند.

ثانیاً آنچنان که در فصل 3 تشریح شد، اهداف عملکردی باید منعکس­کننده دیدگاه­های فلسفی عمده در زمینه نظام سلامت باشد. اگر سودگرایان، لیبرال­ها و کمونیست­ها بازتاب دیدگاه­های خود را در چارچوب پیشنهادی نبینند، این چارچوب فایده­ای برای آن­ها نخواهد داشت. در کل این مجموعه از سنجه­ها باید مسائل اخلاقی مهمی را که بر اثر فرایند اصلاحات به مخاطره می­افتند در نظر بگیرد. عدم توافق در مورد این مسائل را باید بتوان به صورت دیدگاه­های مختلف درباره تعیین و درباره اولویت آزمون­های مختلف که قرار است از آن­ها استفاده شود بیان کرد.

سومین مبنای ما برای انتخاب اهداف، وابستگی علّی آن­هاست. ما خواهان سنجه­های عملکردی هستیم که سیاست­های مختلف بر آن­ها اثر واضح داشته باشند. به عنوان مثال در حالی که بخش سلامت بر سطح کلی نشاط شهروندان تأثیر می­گذارد، این موضوع به طیف وسیعی از عوامل در خارج از بخش سلامت نیز بستگی دارد. اما از سوی دیگر رضایتمندی از خود بخش سلامت تا حد زیادی به آنچه درون این بخش رخ می­دهد وابسته است. بنابراین جنبه محدودتری مثل رضایتمندی، معیار وابستگی علّی را در بر می­گیرد، در حالی که نشاط به عنوان معیار کلی چنین خصوصیتی را ندارد.

آنچنان که در بخش­های بعدی خواهیم دید، تبدیل سنجه­های عملکرد به شکل کاربردی نیازمند تصمیم­گیری­های بیشتر در مورد تعریف، سنجش و مواردی از این قبیل خواهد بود. این تصمیم­گیری­ها نیز الزاماً منعکس­کننده برخی ارزش­ها و اولویت­های خاص است. از این رو بحثی صادقانه و صریح در مورد این جزئیات، احتمالاً موضوعات اخلاقی بیشتری را آشکار می­کند و برمی­انگیزد که همه از نتیجه نهایی آن­ها به یک اندازه خشنود نخواهند بود.

**3)اهداف عملکردی بخش سلامت**

**3-1)وضعیت سلامت**

وضعیت سلامت[[163]](#footnote-163) جمعیت، اولین هدف عملکردی مورد نظر ماست. وضعیت سلامت به عنوان موضوعی مورد بحث عمومی و نیز یکی از موضوع­های سیاستگذاری، قطعاً به معیار آزمون تناسب سیاسی پاسخ می­دهد و برای آزمون تناسب فلسفی نیز مناسب است. این هدف به نگرانی اصلی سودگرایان عینی تجسم می­بخشد (که از نظر آنان وضعیت سلامت جزء اصلی رفاه به شمار می­رود). همچنین از دیدگاه بسیاری از لیبرال­های مساوات­طلب جنبه­ای مهم از فرصت محسوب می­شود. علاوه بر این، وضعیت سلامت جمعیت به معیار آزمون وابستگی علّی نیز پاسخ می­دهد. اگرچه سایر عوامل (مثل درآمد و تحصیلات) بر وضعیت سلامت تأثیر می­گذارند، کارکرد بخش سلامت تأثیر قابل ملاحظه­ای بر خود سلامت دارد.

آنچنان که در جدول 1-5 ذکر شده است، سازماندهی شاخص وضعیت سلامت به تصمیم­گیری­های بسیاری نیاز دارد. کشورهای مختلف احتمالاً رویکردهای متفاوتی در این زمینه دارند. به عنوان مثال، روش تمامی‌کشورها برای محاسبه سال­های عمر از دست رفته در سنین متفاوت یکسان نیست یا همه آن­ها برای منافع فعلی در برابر منافع آینده به یک میزان ارزش نسبی قایل نمی­شوند (یعنی از یک نرخ تنزیل ثابت استفاده نمی­کنند). با این حال ما معتقدیم که لازم است تمامی مجریان اصلاحات کار خود را با تمرکز بر وضعیت سلامت جمعیت (صرف نظر از اینکه سنجه­های آنان برای سنجش تفضیلی آن چه خواهد بود) شروع کنند.

هنگام تصمیم­گیری در مورد این­که باید برای کدام یک از مشکلات وضعیت سلامت اولویت قایل شد، ممکن است کشوری بخواهد توجه خاصی را به بیماری­های ایجادکننده بیشترین میزان زیان معطوف کند. اگر بسیاری از شهروندان یک کشور با الکلیسم یا شیوع سل یا کزاز نوزادی دست به گریبان باشند، کنترل این وضعیت­ها کانون توجه مناسب برای اقدام در جهت اصلاحات خواهد بود. کشورهایی که در آن­ها، سنجه­های منطقی و مناسب بار بیماری مثل سال­های زندگی تعدیل شده برحسب کیفیت (QALY)[[164]](#footnote-164) یا سال­های زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی (DALY)[[165]](#footnote-165) در دسترس نباشد، می­توانند بیماری­هایی را هدف قرار دهند که شیوع آن­ها در مقایسه با کشورهای مشابه یا در مقایسه با عملکرد قبلی کشور بالاتر است (این سؤال که آیا یک کشور می­تواند کاری برای چنین مشکلاتی انجام دهد یا خیر نیز آنچنان که در قسمت­های بعدی توضیح خواهیم داد، با اولویت­بندی­های آن کشور مرتبط است).

**جدول1-5)تصمیم­گیری­های مورد نیاز برای تدوین یک شاخص وضعیت سلامت.**

|  |
| --- |
| * انواع مختلف ناتوانی و بیماری تا چه حد مهم هستند؟ به­عنوان مثال، در سنجش ناتوانی آیا صرفاً نقصان کارکرد اهمیت دارد یا سایر شرایط فیزیولوژیک مرتبط نیز اهمیت دارند؟ * ارزش نسبی سال­های زندگی از دست رفته در سنین مختلف عمر، چگونه است؟ * آیا افرادی که از نظر اقتصادی مولد یا از نظر اجتماعی ارزشمند هستند، اهمیت بیشتری نسبت به بیکاران یا بازنشسته­ها دارند؟ * وضعیت­های غیر از سلامت یک فرد، چه تأثیری بر ارزش زندگی وی خواهد گذاشت؟ آیا برخی ناخوشی­ها زمانی که برای ثروتمندانی اتفاق می­افتد که به خاطر آن­ها می­توانند خدمات بیشتر و بهتری تهیه کنند، شدت کمتری خواهند داشت؟ * آیا نگرش­های عمومی‌نسبت به بیماری­های مختلف یا علل مرگ­ومیر، حائز اهمیت است؟ به عنوان مثال آیا این حقیقت که مردم ایالات متحده، خصوصاً مشتاق پیگیری از مرگ­های ناشی از سرطان هستند، بر ارزش­گذاری ما بر مزایای حاصل از پیشگیری از مرگ تأثیر می­گذارد؟ * چگونه می­توان مرگ و ناتوانی را با یکدیگر ترکیب کرد؟ آیا جان افراد توانمند از جان افراد ناتوان ارزشمندتر است؟ * آیا مزایا و منافع آینده باید «تنزیل» شوند (یعنی ارزشی کمتر از ارزش­های حال حاضر داشته باشند؟ اگر قرار است، با چه نرخی؟) * چگونه به موضوع عدم قطعیت می­پردازیم؟ آیا باید بهترین حدس را راجع به میانگین اثرات زد و تفاوت­های موجود در میزان فاصله اطمینان را ندیده گرفت یا اینکه نباید اینقدر غیرحساس نسبت به خطر بود؟ |

مجریان اصلاحاتی که به عدالت توزیع وضعیت سلامت اهمیت می­دهند، به اطلاعاتی درباره تنوع پیامدهای سلامت در جمعیت نیاز خواهند داشت. به عنوان مثال آیا مناطق، گروه­های قومی یا طبقات اجتماعی-اقتصادی خاصی وجود دارند (به عنوان مثال جمعیت­های قبیله­ای در هند یا استان­های جزیره­ای در مالزی) که میزان امید به زندگی یا مرگ­ومیر مادران در آن­ها بدتر از بقیه باشد؟ در واقع این فرایند از میانگین عملکرد خود کشور به عنوان معیار سنجش برای شناسایی آن دسته از مشکلات عملکردی که نیازمند توجهند استفاده می­کند ( در قسمت­های بعدی هنگامی‌که به طور کلی به مبحث اولویت­بندی می­پردازیم، انواع مختلف سنجش با معیار را نیز مشخص می­کنیم).

پس از اینکه اختلاف­ها و تفاوت­ها شناسایی شد، کشورها باید در این مورد تصمیم­ بگیرند که اصلاحات آن­ها چقدر اهمیت دارد. ارتقای وضعیت افراد زیادی که بدترین وضعیت سلامت را دارند، در مقایسه با ارتقای سلامت شهروندان که در وضعیتی نزدیک به میانه توزیع قرار می­گیرند، چقدر اهمیت دارد؟ به عنوان مثال در چین افراد فقیر در نواحی روستایی آشکارا وضعیت سلامت بدتری دارند. ولی به این افراد اغلب هم از نظر سیاسی و هم از نظر اقتصادی اهمیت کمتری نسبت به کارگران شهری داده می­شود. اما این نگرش­ها چگونه بر سیاستگذاری بخش سلامت تأثیر می­گذارد؟ همچنین کشورها برای کمک به اقلیت­های قومی محروم مثل روما در اروپای مرکزی یا جمعیت­های قبیله­ای در هند که اغلب امید به زندگی آن­ها 5 سال (یا بیشتر) زیر میانگین ملی و میزان­های مرگ­ومیر مادران و شیرخواران آن­ها 2 برابر میانگین ملی است، تا چه‌اندازه باید اهمیت قایل شوند؟ پاسخ به چنین سؤالاتی به ناچار بر اساس ارزش­ها و فرایندهای سیاسی هر کشور تعیین می­شود.

ما همانند لیبرال­های مساوات­طلب معتقدیم دلایل اخلاقی قوی برای توجه خاص به وضعیت سلامت کسانی که در شرایط بسیار نامناسب به سر می­برند، وجود دارد. گاهی گسترش خدمات پایه­ برای پوشش افراد محروم، راهی کارا برای ارتقای وضعیت سلامت کلی (میانگین) به شمار می­رود. مراقبت­های اولیه ممکن است بسیار هزینه-اثربخش باشند. در واقع در برخی کشورها که نابرابری توزیع خدمات در مناطق مختلف جغرافیایی آن­ها بیشتر از دیگر کشورهاست (مثل ترکیه)، میانگین وضعیت سلامت کمتر از کشورهای مشابهی (به عنوان مثال شیلی) است که اعتبارات مالی سلامت را عادلانه­تر هزینه می­کنند. علت این مسأله همان چیزی است که اقتصاددانان به آن «کاهش بازگشت سرمایه» می­گویند. دستاوردهای ناشی از هزینه کردن بیشتر برای ثروتمندترین افراد، اغلب کمتر از دستاوردهای حاصل از هزینه کردن بیشتر برای فقیرترین افراد است.

از سوی دیگر این گفته همواره صحیح نیست یا اگر صحیح باشد همواره قانع­کننده نخواهد بود. ممکن است خدمت­رسانی به گروه­های دارای بدترین وضعیت سلامت بسیار دشوار باشد. این افراد ممکن است ساکن نقاط دوردست باشند یا با طیف گوناگونی از نارسایی­های اجتماعی و اقتصادی دست به گریبان باشند. به عنوان مثال در نپال روستاهایی وجود دارند که فاصله آن­ها از نزدیک­ترین خانه بهداشت، چند روز پیاده­روی است. علاوه بر این رهبران همه کشورها با ارزش­های خاص مورد نظر ما موافق نیستند. همچنین ملاحظات سیاسی گوناگونی (از خشنود کردن نخبگان کشور گرفته تا دلجویی از کارگران شهری که به لحاظ سیاسی قدرتمند هستند) ممکن است باعث فشار آوردن برای صرف هزینه بیشتر در جهت مراقبت از کسانی شود که در حال حاضر نیز خدمات مناسبی دریافت می­کنند.

اما دیدگاه­های ما در مورد عدالت در سلامت آنقدر اهمیت ندارد. مجریان اصلاحات لازم است به منظور شناخت مشکلات و تمرکز بر اصلاحاتی که قرار است از آن­ها طرفداری کنند، تعهدات خود به این مسائل را صریحاً ابراز دارند. آیا این نکته قابل قبول است که تا وقتی دسترسی فقرا به خدمات در حداقل ممکن قرار دارد، ثروتمندان مراقبت­های بهتری را برای خود بخرند؟ آیا «انصاف» بدین معناست که دولت برای دسترسی فقرا به همان فناوری­های گران­قیمت و حیات­بخشی که در اختیار ثروتمندان قرار دارند هزینه کند (در شرایطی که این فناوری­ها، راهی هزینه-اثربخش برای کسب نتیجه از نظر وضعیت سلامت نباشند؟) کمک به فقیرترین افراد حتی اگر انجام آن بسیار پرهزینه باشد چقدر حایز اهمیت است؟ در کشورهای فقیر که منابع برحسب تعریف بسیار محدود است، پاسخ به این سؤالات ممکن است بسیار دشوار باشد. با این وجود مجریان اصلاحات باید برای این سؤالات در جستجوی پاسخ باشند تا بتوانند در مورد چگونگی پاسخ دادن به توزیع وضعیت سلامت در کشور خود تصمیم بگیرند.

**3-2) رضایتمندی شهروندان**

دومین معیار اصلی عملکرد، میزان رضایت شهروندان از خدمات ارایه شده توسط بخش سلامت است و به لحاظ فلسفی چنین هدفی با دیدگاه سودگرایی غیرعینی که اقتصاددانان طرفدار آن هستند همخوانی دارد. به لحاظ سیاسی، ناتوانی نظام در تأمین آنچه شهروندان می­خواهند اغلب محرکی قابل توجه برای اصلاحات است. به­علاوه، این هدف به ما امکان را می­دهد که خصوصیات مختلف نظام سلامت را جدا از تأثیر آن بر وضعیت سلامت بررسی کنیم. به عنوان مثال، فرایند مراقبت تا چه‌اندازه قابل دسترسی و خدمت محور است؟ با استفاده از رضایتمندی به عنوان یک معیار اصلی، ما این نکته را نیز به حساب آورده­ایم که چگونه خود شهروندان می­توانند مراقبت­ها را ارزشیابی کنند و نسبت به آن­ها واکنش نشان دهند. در این قسمت باز هم رویکرد ما از روش اخیر سازمان جهانی بهداشت که تنها رضایتمندی «به حق» را مدنظر دارد فاصله می­گیرد. دلایل ما برای رد این رویکرد، هم فلسفی و هم عملی است. به لحاظ فلسفی، رضایتمندی یکی از نگرانی­های سودگرایان غیرعینی است. در این چارچوب مبنایی برای ارزیابی رضایتمندی دیگران بر اساس نظر ما در مورد «حقانیت» آنان وجود ندارد. علاوه بر این، رضایتمندی شهروندان از نظام مراقبت سلامت احتمالاً به خصوصیات مختلف این نظام بستگی دارد. به عنوان مثال، ممکن است بسیاری از افراد، ضعف در جنبه­های دیگر خدمت را به این دلیل تحمل کنند که کیفیت مراقبت بالینی از آنان عالی است. در چنین شرایطی نمی­توان «رضایتمندی» را چند تکه کرد و سپس اجزای این کلیت را به اجزا و قسمت­های مختلف و مجزای برداشت مصرف­کننده نسبت داد.

کشورها ممکن است با تاخت زدن میان افزایش رضایتمندی -آن­گونه که ما آن را تعریف کردیم- و دست یافتن به سایر اهداف مواجه باشند. به عنوان مثال رضایتمندی بیماران ممکن است حتی با مراقبت­های نامناسب مثل تزریقات غیرضروری نیز جلب شود. پاسخ به چنین خواسته­هایی می­تواند منجر به آن شود که هم وضعیت سلامت پایین­تر باشد و هم هزینه­ها افزایش یابد. کسانی که عادات بهداشتی ناسالم دارند ممکن است چنین استدلال کنند که نباید تلاشی در جهت تغییر رفتار آن­ها صورت گیرد، زیرا این عادت­ها رضایتمندی آن­ها را افزایش می­دهد. تصمیم گرفتن درباره سرکوب یا اجتناب از چنین تعارضاتی (از طریق حذف آنچه برخی مجریان اصلاحات آن را رضایتمندی «نامشروع» می­خوانند، پیش از تصمیم­گیری در مورد این تاخت زدن) به نظر ما رویکردی ناخوشایند و مخالف دانش و پیشرفت است. در عوض اگر مجریان اصلاحات در یک کشور خاص به دلایل مختلف تصمیم بگیرند که به برخی خواسته­های خاص شهروندان پاسخ منفی بدهند، پاسخگویی سیاسی، آن­ها را به صراحت و بحث آزاد در مورد انتخاب­هایشان ملزم می­کند.

سنجش رضایتمندی اگرچه کاملاً تعریف شده است، اما کار آسانی نیست. راه­حل اقتصاددانان در این زمینه تلاش برای تعیین تمایل به پرداخت[[166]](#footnote-166) افراد برای انواع مختلف منافع است. به عنوان مثال، برای ارزش­گذاری زندگی انسان، سؤالاتی نظری از افراد در مورد تمایل­شان به قبول خطرات خاص در ازای پرداخت­های مختلف می­شود؛ به این مطالعات، «مطالعات ارزش­گذاری محتمل»[[167]](#footnote-167) گفته می­شود. این مطالعات نشان داده­اند که میان آنچه نظریه تصمیم­گیری آن را منطقی می­داند و الگوهای رفتاری مردم در تصمیم­گیری، همخوانی وجود ندارد. به عنوان مثال، افراد بیمار ممکن است کیفیت زندگی خود را نسبت به زمانی که سالم باشند، بالاتر ارزیابی کنند.

رویکرد جایگزین برای تعیین رضایتمندی، استفاده از برخی انواع بررسی پیمایشی مصرف­کنندگان[[168]](#footnote-168) است، یعنی از مردم پرسیده می­شود که در زمینه مراقبت سلامت خود چه مواردی را دوست دارند و چه مواردی را نمی­خواهند. نتیجه این بررسی­های پیمایشی، ارقام پولی نیست که بتوان آن­ها را به طور مستقیم با برآوردهای هزینه­ای مقایسه کرد. البته این بررسی­ها ممکن است راهنمای ارزشمندی برای مجریان اصلاحات باشند، به ویژه اگر اطلاعاتی در مورد خدمات خاص یا ویژگی­های نظام ارایه کنند. این مطالعات با مشکلات فنی خاص (مثل تمایل پاسخ­دهندگان به ویژه پاسخ­دهندگان از طبقه پایین به دادن پاسخ «بله» به سؤالات) مواجه است. با این حال کارهای گسترده­ای در اروپا و ایالات متحده برای توسعه و رواسازی ابزارهای قابل اعتماد این بررسی­ها صورت گرفته است.

قضاوت در مورد عملکرد یک کشور در زمینه رضایتمندی، ملاحظات مربوط به عدالت را نیز در بر می­گیرد. آیا دستاوردها در زمینه رضایتمندی برای افراد خوشحال و ناراضی به یک اندازه اهمیت دارد؟ در اینجا نیز احتمال دارد اختلافاتی میان طرفداران فلسفه­های مختلف وجود داشته باشد. سودگرایان غیرعینی که تفکر آن­ها در اقتصاد ریشه دارد، عموماً می­گویند کل رضایتمندی -و نه توزیع آن- حایز اهمیت است. از نظر لیبرال­های مساوات­طلب، وضعیتی که در آن برخی افراد از چگونگی رفتاری که با آن­ها می­شود بیشتر راضی باشند، با اعتقادات در زمینه عدالت در تضاد است. این افراد ممکن است به صورتی خاص به ارتقای وضعیت این گروه­های ناراضی در جامعه علاقمند باشند.

به طور خلاصه ما معتقدیم ارتقای رضایتمندی شهروندان از نظام سلامت، علی­رغم نیاز به حل برخی مسائل متدولوژیک و فلسفی مختلف برای رسیدن به این قضاوت­ها، باید به عنوان یک هدف عملکردی مهم مطرح باشد. رضایتمندی شهروندان تا حد زیادی تحت تأثیر نظام، زمینه­های فلسفی مورد بحث و تناسب و ارتباط سیاسی قرار دارد. استدلال ما این است که معیار تناسب باید تمامی واکنش­های شهروندان -صرف­نظر از علاقه متخصصان به واکنش­ها- باشد. البته هنگامی‌که این هدف با دیگر اهداف در تعارض قرار گیرد یا زمانی که واکنش­های شهروندان به لحاظ اخلاقی مشکل­زا باشد، این مسائل باید به طور مستقیم توسط مجریان اصلاحات سلامت که در تلاش برای انجام قضاوت­های اولویت­دار یا ارزشیابی عملکرد کشورند بررسی شود.

**3-3) محافظت در برابر خطرات مالی**

محافظت مردم در برابر خطرات مالی، هدف عمده اغلب سیاستگذاری­های بخش سلامت و غالباً کانون توجه سیاست اصلاحات بخش سلامت است. این هدف نیز تا حد زیادی تحت تأثیر چگونگی تأمین مالی بخش سلامت قرار دارد. علاوه بر این، پیشگیری از فقر مالی و کاهش فرصت­های همراه با آن برای لیبرال­های مساوات­طلب، به لحاظ فلسفی حایز اهمیت است. برای این افراد تضمین دسترسی همه افراد به سطح حداقلی از فرصت اقتصادی به‌اندازه پیشگیری از ناتوانی و مرگ زودهنگام اهمیت دارد. به طور خلاصه، برای اینکه محافظت در برابر خطرات مالی هدف محوری عملکرد نظام سلامت قرار گیرد، دلایل قانع­کننده بسیار است.

البته محافظت در برابر خطرات مالی به افراد این امکان را نمی­دهد که از کل هزینه­های مراقبت سلامت برکنار بمانند. در حقیقت چنین امری امکان­پذیر نیست. صرف­نظر از کمک­های خارجی، کل هزینه­های مراقبت­های سلامت در هر کشور در نهایت به صورت مستقیم یا غیرمستقیم توسط شهروندان آن پرداخت می­شود. محافظت از افرادی که در میانه توزیع درآمد کشور قرار می­گیرند، در برابر هزینه مراقبت­های پزشکی معمول به راحتی امکانپذیر نیست. اگر این افراد هزینه­های مورد نظر را به صورت مستقیم پرداخت نکنند، این کار به صورت غیرمستقیم از طریق مالیات­های مختلف صورت می­گیرد. آنچه در دستیابی به محافظت در برابر خطرات مالی مدنظر است کمک به افراد برای اجتناب از هزینه­های سنگین و غیرقابل پیش­بینی بیماری­های جدی است. این امر به معنی تأمین کارکردهای بیمه­ای یا توزیع خطرات است، به این صورت که درآمدهای شهروندان تجمع می­یابد و برای پرداخت هزینه مراقبت از افرادی که دچار بیماری خطیرند به کار می­رود.

سنجش میزان خطر مالی به این دلیل که اهمیت هر خطر خاص، هم به شدت خطر و هم به وضعیت اقتصادی (درآمد و دارایی­های) فرد مبتلا بستگی دارد، امری پیچیده است. هر چه فرد به خط فقر نزدیک­تر باشد با هزینه کمتری به زیر این خط سقوط می­کند. از این رو چنین افرادی به محافظت (بیشتری) در برابر خطرات مالی نیاز دارند.

علت دیگر پیچیدگی این سنجش آن است که خود خطر مالی نیز می­تواند بر وضعیت سلامت تأثیر بگذارد. اگر بار مالی تحمیل شده بر افراد شدیداً بیمار، باعث مراجعه نکردن آنان شود، ممکن است مراقبت کافی دریافت نکنند. از این رو ممکن است آسیبی که این افراد از نبود محافظت در برابر خطرات می­بینند، بیشتر خود را به صورت افت وضعیت سلامت و نه خسارت اقتصادی نشان دهد. اما چگونه می­توان میزان محافظت در برابر خطرات را اندازه­گیری کرد؟ داده­های ساده (مثلاً میزان پوشش بیمه) تنها تا اندازه­ای آگاهی­بخش است، زیرا در برخی کشورها (برای مثال هند، مصر و بسیاری از کشورهای اروپای شرقی) بیمه سلامت وجود ندارد. این کشورها به جای بیمه سلامت بر ارایه مراقبت­های سلامت رایگان (یا تقریباً رایگان) در مراکز دولتی متکی­اند. چنین نظام­هایی بسته به میزان دسترسی و کیفیت خدمات و هزینه­هایی که بیماران باید تقبل کنند (شامل هزینه داروها، تجهیزات و پول­های زیرمیزی)، تا حدودی باعث محافظت در برابر خطرات مالی می­شوند. البته زمانی که مضرف­کنندگان به بخش دولتی اعتماد کامل نداشته باشند ممکن است در زمان بیماری ناگزیر خدمات مورد نیاز در بخش خصوصی را بخرند که بالقوه پیامدهای وخیم برای وضعیت مالی آن­ها خواهد داشت.

علاوه بر این پوشش بیمه، متغیری با پاسخ «بله یا خیر» نیست. افرادی که پوشش بیمه­ای آنان محدود است ممکن است باز هنگام بروز بیماری­های جدی، با خطرات مالی قابل ملاحظه مواجه شوند (از نظر سودگرایان همچنین ممکن است برخی شهروندان بیمه­های «بیش از حدی» داشته باشند، به صورتی که بتواند باعث تشویق استفاده غیرهزینه-اثربخش از مراقبت شود).

پیشنهاد ما آن است که در مورد میزان محافظت در برابر خطرات مالی، بر اساس احتمال (پیش از وقوع) یا فراوانی (پس از وقوع) فقیر شدن افراد بر اثر بیماری یا ناتوانی آن­ها در دستیابی به درمان مناسب به دلیل کمبود درآمد، قضاوت شود. یک نظام مالی زمانی از این حیث خوب عمل می­کند که بروز چنین وقایعی در سطح افراد نامحتمل و لذا در سطح جمعیت نادر باشد. این سنجه، شدت خطر و وضعیت اقتصادی فرد را با هم ترکیب می­کند. از منظر عدالت، گوناگونی این احتمال در میان گروه­های جمعیتی برای تصمیم­گیری در مورد اولویت­ها و گسترش محافظت در برابر خطرات، مبنایی مناسب است. در واقع چنین خطراتی در سال­های اخیر، بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط (از کلمبیا گرفته تا تایوان) را وادار کرده است که به ایجاد یا گسترش نظام­های بیمه اجتماعی بپردازند.

سنجه پیشنهادی ما، رضایتمندی عمومی در مورد سطح موجود محافظت در برابر خطرات را در نظر نمی­گیرد؛ در عوض واکنش­های مربوط به رضایتمندی کلی شهروندان از نظام سلامت در نظر گرفته شده­اند. به صورتی مشابه، تأثیر نبود محافظت در برابر خطرات مالی بر وضعیت سلامت، در توزیع وضعیت سلامت منعکس شده است.

تعیین سطوح خطرات مالی-طبق تعریفی که ذکر شد- نیازمند داده­های حاصل از بررسی پیمایشی خانوارها در مورد استفاده از مراقبت سلامت و هزینه­های آن است.

**شکل 5-1) عملکرد بخش سلامت، سیاستگذاری بخش سلامت و سیاستگذاری عمومی اقتصادی-اجتماعی.**

سیاست، فرهنگی، تاریخچه و سازمان­ها

**سیاستگذاری عمومی اقتصادی-اجتماعی**

**سیاستگذاری بخش سلامت**

**معیارهای اصلی بخش سلامت**

**معیارهای اصلی اقتصادی-اجتماعی**

**معیارهای حد واسط**

**اقتصادی-اجتماعی**

**بخش سلامت حد واسط**

چنین مطالعاتی ممکن است به خصوص برای کشورهای فقیر، گران­قیمت و دشوار باشد. با این حال اگر مجریان اصلاحات به انجام ارزیابی دقیق از عملکرد ملی در مورد این هدف علاقمند باشند، باید خود را برای پشتیبانی از چنین تحقیقاتی آماده کنند.

**4) عملکرد بخش سلامت در ارتباط با کل نظام اجتماعی و اقتصادی**

ما به منظور تکمیل تحلیل خود در مورد عملکرد بخش سلامت، ناچار بوده­ایم این حقیقت را که سیاستگذاری سلامت، هم بر کل نظام­های اجتماعی و اقتصادی تأثیر می­گذارد و هم از آن تأثیر می­پذیرد، مدنظر قرار دهیم. دولت­ها کارهای زیادی را در حیطه سیاست داخلی جدا از بخش سلامت انجام می­دهند که ما این فعالیت را «نظام سیاستگذاری اجتماعی و اقتصادی» می­نامیم. شکل 1-5 ارتباط­های میان این نظام و بخش سلامت را به تصویر کشیده است. تصویر حاصله نسبتاً پیچیده است. تمامی متغیرها در هر نظام آنگونه که شکل 5-1 نشان می­دهد بر تمامی متغیرها در سایر نظام­ها تأثیر می­گذارند. به ویژه تصمیمات سیاسی هم به صورت مستقیم بر اهداف عملکردی بخش سلامت و سایر بخش­ها تأثیر می­گذارند و هم به صورت غیرمستقیم بر خصوصیات عملکردی حد واسط گوناگون مانند کارایی یا دسترسی- که در مورد آن­ها در فصل بعد به بحث خواهیم پرداخت- اثر دارند. علاوه بر این تمامی متغیرها خود نیز تحت تأثیر انواعی از متغیرهای کلی­تر قرار دارند که ما در شکل 1-5 آن­ها را تحت عنوان «محیط سیاسی، فرهنگ، تاریخ و نهادها» مشخص کرده­ایم.

این تعامل­ها دوسویه­اند. به عنوان مثال مالیات سیگار منجر به کاهش سیگار کشیدن می­شود، اما از طرف دیگر در مناطق کشت توتون بر رشد اقتصادی تأثیر سوء می­گذارد. تصمیم­گیری­های کلی اجتماعی و اقتصادی (به عنوان مثال تعهد دولت برای منطقه­ای سازی) به نوبه خود ممکن است به تغییراتی در بخش سلامت منجر شود. از این رو، سیاستگذاری بخش سلامت را نمی­توان به صورت مجزا ارزشیابی کرد.

برای در نظر گرفتن این ارتباطات بین بخش سلامت و بقیه جامعه لازم است سیاستگذاری بخش سلامت از دو عامل مهم زمینه‌ای عمده آگاهی داشته باشد. یکی هزینه نظام سلامت است، زیرا این امر بر باری که بخش سلامت بر جامعه تحمیل می­کند و میزان بودجه صرف شده از سوی جامعه برای پیگیری سایر اهداف تأثیر می­گذارد. عامل دوم به ارتباط اصلاحات با هنجارها و تجارب فرهنگ جامعه و راه­های بیا این عوامل در فرایندهای سیاسی می­پردازد.

**4-1) نقش هزینه در تعریف مشکل**

در فصل 1 ذکر شد که زمینه جهانی اصلاحات بخش سلامت، غالباً تضاد میان افزایش هزینه­ها و افزایش توقعات از یک سو و محدودیت ظرفیت پرداخت از سوی دیگر را در بر می­گیرد. در واقع اغلب، نه سطح هزینه­ها، بلکه تغییر ناگهانی هزینه­ها یا حتی تغییر در سرعت رشد هزینه­هاست که باعث جلب توجه سیاسی می­شود. نتیجه چنین توجهی ایجاد حالتی است که ما آن را دوراهی هزینه-عملکرد[[169]](#footnote-169) می­نامیم.

داده­های بین­المللی نشان می­دهد که در کشورهای مختلف، هزینه­های مشابه برای تأمین (خدمات) سلامت به نتایج بسیار مختلف منجر می­شود. برخی کشورها با صرف هزینه­های بسیار کمتر نسبت به دیگران به نتایج خوبی دست می­یابند. از این رو صرف هزینه بیشتر (اگرچه ممکن است کمک­کننده باشد) نه شرط لازم و نه شرط کافی برای ارتقای عملکرد بخش سلامت است. به عنوان مثال نظام مدیریتی و ساختار سازمانی فعلی در کشوری ممکن است به گونه­ای باشد که با همان منابع موجود، دستیابی به عملکرد بهتر را مقدور سازد. حتی ممکن است اعتبارات اضافی تا حد زیادی تلف شود، زیرا اگر قرار است صرف پول بیشتر باعث ایجاد پیامدهای بهتر گردد نخست باید ظرفیت جذب عایدات اضافی افزایش یابد.

هزینه نشان­دهنده ارتباطی مهم بین بخش سلامت و بقیه نظام سیاستگذاری اجتماعی و اقتصادی است. در کوتاه­مدت، منابع مالی موجود برای سلامت ممکن است صرفاً باقیمانده اعتبارات دیگر باشد که توسط اقتصاد کشور و سایر برنامه­ها و هزینه­های دولتی تعیین می­شود. میزان فراهم بودن اعتبارات دولتی ممکن است یکی از محدودیت­هایی باشد که مجریان اصلاحات نظام سلامت باید به آن پاسخ دهند. با این حال از دیدگاهی جامع­تر باید گفت ترتیبات مالی، امری تثبیت شده نیست. مجریان اصلاحات می­توانند برنامه­هایی را برای بسیج کردن منابع جدید چه به صورت کلی (برای مثال برنامه­های جدید بیمه اجتماعی) و چه برای مقاصد معین (مثلاً پرداخت­های مصرف­کنندگان در بیمارستان­های روستایی) تدوین کنند. اما باز هم هر گونه بودجه­ای که برای سلامت خرج شود دیگر برای سایر مقاصد در دسترس نخواهد بود. چنین تاخت­زدن­هایی، اساس دوراهی هزینه-عملکرد را برای کشورها تشکیل می­دهند.

دوراهی­های هزینه-عملکرد، شکل­های مختلف دارند. اکثر نظام­های سلامت کارایی کامل ندارند؛ از این رو در موقعیت A در شکل 2-5 قرار می­گیرند که پیکان­هایی در اطراف آن واقع شده است؛ در چنین شرایطی عملکرد بهتر با هزینه­های موجود امکان­پذیر است. این کشورها برای نحوه تغییر ارتباط میان هزینه و عملکرد، پنج گزینه را پیش­رو دارند:

1. پذیرفتن عملکرد تاحدی کمتر به منظور کاهش قابل ملاحظه هزینه­ها
2. صرفه­جویی هرچه بیشتر بدون کاهش پیامدها
3. ارتقای کارایی به هر دو منظور کاهش هزینه­ها و افزایش عملکرد
4. به حداکثر رساندن عملکرد با بودجه کنونی
5. ارتقای عملکرد به میزانی که نیازمند صرف پول بیشتر باشد.

بیایید چند مثال خاص را با هم بررسی کنیم. کشورهایی مثل ارمنستان یا تاجیکستان در نتیجه جنگ یا مشکلات مدنی ممکن است ناگزیر از کاهش هزینه­­ها باشند که با پیکان­های 1 یا 2 در شکل 2-5 نشان داده شده است. از سوی دیگر کشورهایی مثل برزیل یا روسیه که در حال رشد هستند ممکن است عمدتاً بر ارتقای عملکرد (حتی اگر هزینه­ها را تا حدی افزایش دهد) تمرکز کنند. این مسأله با پیکان­های 4 یا 5 در شکل 2-5 نشان داده شده است.

علاوه بر این شکل 2-5 گزینه­هایی را برای کشورهای کاملاً کارا (روی نقطه B ) به تصویر کشیده است که البته چندان شایع نیست. در چنین موقعیت­هایی هزینه و عملکرد، با هم بالا و پایین می­روند (تغییرات 6 و 7 در شکل 2-5).

علاوه بر این در دنیای واقعی، گاهی تغییراتی مثل پیکان 8 نیز رخ می­دهد. در این موارد هزینه­ها افزایش می­یابد بدون اینکه عملکرد ارتقا پیدا کند، مثل زمانی که فشاری سیاسی برای افزایش استخدام خویشاوندان یا دوستان وجود داشته باشد. حتی چنان که می­دانیم تغییراتی مثل پیکان 9 یعنی افزایش هزینه­ها و کاهش عملکرد نیز رخ می­دهد. شواهد تاریخی نشان­دهنده آن است که کنترل­های نظارتی جدید در نظام مدیکر ایالات متحده در سال­های اخیر کارکردی این­گونه داشته است.

**شکل 2-5) دو راهی هزینه-عملکرد**.

A

❶

❷

❸

❹

❺

❻

❼

❾

❽

B

**هزینه**

**عملکرد**

نقش­آفرینان مختلف در عرصه اصلاحات سلامت، اغلب در مورد ماهیت دو راهی هزینه-عملکردی که کشور با آن مواجه است اختلاف نظر دارند. وزرای اقتصاد اغلب معتقدند که کشور در نقطه A قرار دارد و نیازمند تغییراتی مثل پیکان 3-عملکرد بیشتر و هزینه کمتر- است. وزیر بهداشت در مقابل به این استدلال گرایش دارد که نظام در نقطه B قرار دارد و پیکان 7-پرداخت بیشتر برای سلامت بیشتر- تنها پاسخ مناسب است. پذیرش اینکه کشور در نقطه A قرار دارد قطعاً برای وزیر بهداشت دشوار است، زیرا نشان می­دهد که او مسؤولیت­های خود را به صورت کامل انجام نداده است.

در زمینه­های مختلف، جنبه­های گوناگونی از هزینه به کانون توجه تبدیل می­شود. دولت­ها اغلب تنها به هزینه­های بودجه­ای خود توجه دارند. از سوی دیگر حتی در کشورهای فقیر، بخش قابل توجه از پرداخت­های سلامت مستقیماً توسط بیماران صورت می­گیرد. از این رو اگر بخواهیم بار کلی تحمیل شده بر جامعه از سوی بخش سلامت را بدانیم، تنها توجه کردن به پرداخت­های دولتی کفایت نخواهد کرد. در واقع ارزیابی جامع، هزینه­های غیرپولی مثل زمان و تلاش صرف شده از سوی بیماران و اعضای خانواده را نیز در بر می­گیرد، زیرا این موارد نیز بخشی از بار اقتصادی کلی (هزینه فرصت) بهش سلامت­اند. در واقع حتی مطالعات تفصیلی حساب­های ملی سلامت نیز این هزینه­های غیرپولی را به حساب نمی­آورد.

چگونه کشوری می­تواند بداند که هزینه­های بخش سلامت آن متناسب است یا خیر؟ یک رویکرد، مقایسه دستاوردهای حاصل از پرداخت­های بیشتر خارج از بخش سلامت با دستاوردهای حاصل از پرداخت­های بیشتر در داخل این بخش است. سودگرایان غیرعینی چنین خواهند گفت که مبنای سنجش برای مقایسه این دستاوردها باید تغییرات در رضایتمندی مصرف­کنندگان باشد. در مقابل، سودگرایان عینی باید شاخصی را برای سنجش دستاوردها بر مبنای فعالیت­های بخش سلامت و سایر بخش­ها برقرار کنند. سپس باید از خود بپرسند که آیا افزایشی که بر اثر پرداخت­های بیشتر در سطح سلامت پدید می­آید در قیاس با زیانی که از هزینه کمتر برای سایر برنامه­ها ناشی می­شود (مثلاً آموزش یا حفاظت از محیط زیست) می­ارزد یا خیر.

صرف­نظر از روش مورد استفاده، هر چه حیطه تحلیل گسترده­تر باشد، مقایسه دستاوردها و زیان­ها دشوارتر خواهد بود. تصمیم­گیری در مورد چگونگی معامله درد و رنج بدنی با اختلالات شناختی ناشی از بیماری­های روانی، به­منظور ارزشیابی تغییر جهت منابع بودجه­ای از مراقبت از تروما به سلامت روانی بسیار دشوار خواهد بود. ولی تصمیم­گیری در مورد معامله هر یک از اینها با گسترش تحصیلات ابتدایی یا افزایش محافظت از گونه­های جانوری در خطر انقراض از این هم دشوارتر است.

در عمل جوامع به چنین سؤالاتی به صورت تصاعدی پاسخ می­دهند. به این صورت که در جستجوی تعادلی معقول و منطقی، سطوح پرداخت­ها و ترتیبات مالی را به صورت مرحله به مرحله و تدریجی تغییر می­دهند. چنین تصمیم­گیری­هایی به ویژه زمانی دشوار می­شود که کشور در تأمین مالی نظام مراقبت سلامت و دست یافتن به آن به اهداف سلامت ناتوان باشد. متأسفانه این وضعیتی است که در حال حاضر در بسیاری از کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط دیده می­شود. ما در اینجا نیز معتقدیم لازم است مجریان اصلاحات مسؤولیت­پذیر، در گفتن حقیقت به شهروندان در مورد انتخاب­های پیش­رو و همچنین در شکل­دهی به پاسخ­های اجتماعی مؤثر پیشقدم شوند. در دنیایی که منابع و دانش در آن­ها همیشه محدود است، نمی­توان به حل تمامی مشکلات پرداخت.

**4-2)تحلیل توزیع هزینه­ها**

از دیدگاه اولویت­بندی اصلاحات بخش سلامت، نه تنها سطح هزینه­ها بلکه توزیع هزینه­ها از اهمیت بالایی برخوردار است. مسائل مربوط به توزیع هزینه­ها اغلب در کانون توجه سیاسی قرار دارد. با این حال چنین مسائلی اغلب درست درک نمی­شود و در حقیقت بسیار مبهم­تر از آن چیزی است که معمولاً تصور می­شود. با این حال هر کشور در این حیطه، قضاوت­های اخلاقی مخصوص به خود را دارد (در این مورد این پرسش مطرح می­شود که نظام تأمین مالی مراقبت سلامت تا چه‌اندازه می­خواهد «طرفدار فقرا» باشد؟).

نخستین مشکل در محاسبه بار مالی بخش سلامت این است که فردی که مالیاتی را می­پردازد ممکن است نخواهد در نهایت بار آن را متحمل شود. به عنوان مثال مشارکت یک کارفرما در بیمه­های اجتماعی احتمالاً به ترکیبی از دستمزدهای کمتر برای کارگران، منفعت پایین­تر برای مالکان و قیمت­های بالاتر برای مصرف­کنندگان منجر خواهد شد. تعیین اینکه چگونه بار نوعی مالیات خاص «تغییر جهت»[[170]](#footnote-170) می­دهد عموماً نیازمند پژوهش­های آماری منطقی است. از سوی دیگر سیاست تأمین مالی بخش سلامت اغلب این پیچیدگی­ها را مورد غفلت قرار می­دهد، چون گروه­های ذینفع فقط به‌انداختن مسؤولیت پرداخت­های مستقیم به گردن یکدیگر توجه دارند.

پیچیدگی­های دیگری نیز وجود دارد. افزایش پرداخت­های دولتی برای سلامت گاهی به معنای بریدن بودجه دیگر برنامه­های دولتی است. در واقع پرداخت برای فعالیت­های جدید توسط کسانی صورت می­گیرد که به خاطر حذف برنامه­های قبلی منافع خود را از دست داده­اند. علاوه بر این در بسیاری از کشورها، قسمتی از (یا تمام) پرداخت­های سلامت از محل اعتبارات عمومی دولتی تأمین می­شود که بر بسیاری منابع درآمدی مختلف متکی است. اما در این صورت از کجا می­توان فهمید که کدام برنامه­ها می­توانسته­اند جامع­تر از این باشند یا کدام مالیات­ها می­توانسته­اند کمتر از این باشند و حالا به خاطر پرداخت­های سلامت به این صورت درآمده­اند؟

در عمل اغلب اگر به جای توزیع بار کلی پرداخت­ها برای سلامت، به اثر نهایی تعدیل هزینه­ها توجه داشته باشیم، پاسخ به چنین سؤالاتی آسان­تر خواهد بود. پاسخ به این سؤال به ندرت امکان­پذیر است: اگر دولت همه پرداخت­های سلامت را قطع کند، وضعیت قیمت­ها، درآمدها و بارهای مالیاتی در کشور به چه صورت در خواهد آمد؟ با این حال اغلب برای مجریان اصلاحات نظام سلامت، هر چه سؤال حاشیه­ای بیشتر قابل مهار و حل باشد، متناسب­تر است. با وجود این، اثرات تصاعدی هر گونه تغییر در نظام مالی احتمالاً پاسخ سیاسی محکمی را برمی­انگیزد. علاوه بر این تحلیل مواردی از بارهای هزینه­ای-به ویژه توزیع هزینه­های پرداخت شده به صورت مستقیم از جیب- اصلاً دشوار یا مبهم نیست. چنین پرداخت­هایی محتمل­ترین علت خطرات مالی­اند و بنابراین به محافظت در برابر خطرات نیاز دارند. از سوی دیگر گفت­وگوها (از نظر فنی ساده اما به لحاظ سیاسی قدرتمند) در مورد منصفانه بودن کل برنامه تأمین مالی، بحث­هایی است که مکرر پیش می­آید.

اقتصاددانان در ارزشیابی توزیع هزینه­ها به آنچه برای گروه­های درآمدی مختلف اتفاق می­افتد تمرکز دارند؛ و خود آن را «برابری عمودی»[[171]](#footnote-171) می­نامند. به دلایل تاریخی پیچیده، نقطه مرجع اصلی برای چنین تحلیلی، نوعی از مالیات است که درصد یکسان از درآمد فقرا و ثروتمندان را برداشت می­کند. به چنین مالیاتی، مالیات «متناسب»[[172]](#footnote-172) گفته می­شود. مالیاتی که با افزایش درآمد بیشتر شود، که بار عمده­ی آن بر دوش ثروتمندان خواهد بود، مالیات تصاعدی[[173]](#footnote-173) نام دارد. در صورتی که درصد بیشتری از درآمد فقرا را شامل گردد، مالیات «نزولی»[[174]](#footnote-174) نام دارد.

پرداخت­های مصرف­کنندگان و حق بیمه­ها آشکارا حالتی کاملاً نزولی دارند. در این دو، از فقیر و ثروتمند به یک میزان پول گرفته می­شود و در نتیجه از دیدگاه درصدی، باری سنگین­تر بر فقرا تحمیل می­شود. (البته باید توجه داشت که ممکن است ثروتمندان مالیات بیشتری نسبت به فقرا پرداخت کنند اما مالیات، نزولی باشد؛ این امر در حالتی پیش می­آید که این مالیات­ها درصد کمتری از درآمد آن­ها را شامل شود). برنامه­های بیمه اجتماعی که تأمین مالی آن­ها از راه مالیات بر حقوق و دستمزد تا حدودی نزولی­اند. مالیات بر حقوق و دستمزد (در برابر درآمد حاصل از مالیات بر سرمایه­گذاری­ها) درصد بیشتری از کل درآمدها در سطوح پایین­تر درآمدی را شامل می­شود. بنابراین مالیات بر درآمد کسب شده درصد بیشتری از کل درآمد افرادی را که سطوح درآمدی پایینی دارند در بر می­گیرد. علاوه بر این بسیاری از کشورها سقف حداکثر برای کل مالیات بر حقوق توسط یک فرد دارند. این امر به صورتی قابل ملاحظه، احتمالی نزولی بودن نظام مالیاتی را افزایش می­دهد. مالیات فروش یا مالیات بر ارزش افزوده نیز تا حدودی نزولی است (بسته به اینکه در صورت وجود معافیت مالیاتی چه کالاهایی مشمول آن شده­اند)، زیرا در سطوح پایین­تر درآمدی، مصرف درصد بیشتری از درآمد را شامل می­شود. تنها مالیات بر کالاهای تجملی یا مالیات­های درآمدی جامع (که میزان­های نهایی آن افزایش می­یابند) تصاعدی است. از سوی دیگر حتی برنامه­هایی برای تأمین مالی بخش سلامت که به میزان متوسط نزولی است ممکن است باعث توزیع مجدد شوند، به شرط آنکه ثروتمندان هزینه­ای بیشتر از بهای خدماتی که دریافت می­کنند و فقرا هزینه­ای کمتر از آن بپردازند.

برای در نظر گرفتن چنین امکاناتی لازم است مجریان اصلاحات هنگام ارزشیابی توزیع هزینه­های مراقبت سلامت، به طور همزمان توزیع منابع را نیز در نظر داشته باشند. به عنوان مثال در کشورهایی که کارکرد نظام تأمین مالی دولتی آن­ها ضعیف است، درآمدهای جمع­آوری شده (و حفظ شده) به صورت محلی می­تواند تنها راه قابل اعتماد برای تأمین مالی خدمات بیشتر در مناطق روستایی باشد. تأمین مالی چنین برنامه­هایی تا زمانی که بر پرداخت مصرف­کننده متکی باشد، کاملاً نزولی است. اما این تنها نیمی از مسأله است و ارتقای خدمات، نیمه دیگر آن را تشکیل می­دهد.

نگرانی لیبرال­های مساوات­طلب را (مبنی بر اینکه هیچ­کس زیر سطح حداقلی از فرصت­های اقتصادی قرار نگیرد) می­توان با استثنا کردن فقیرترین فقرا از چنین پرداخت­ها برطرف ساخت.

اقتصاددانان همچنین بار مالی را برحسب «برابری افقی[[175]](#footnote-175)» نیز تحلیل می­کنند. این نظریه می­گوید با افرادی که در یک سطح اقتصادی قرار دارند باید به صورتی برابر رفتار کرد. در زمینه اصلاحات سلامت مهم­ترین مباحث در این مورد، مسائل منطقه­ای است. اگر کشوری، تأمین مالی نظام سلامت خود را به سمت سطوح محلی یا منطقه­ای تغییر دهد، نواحی فقیرتر باید مالیات­های بیشتری پرداخت کنند تا از همان سطح خدمات مناطق ثروتمندتر برخوردار شوند. به همین دلیل است که برخی برنامه­های تمرکززدایی مالی (مثلاً در شیلی)، اعتبارات بین منطقه­ای برای برابرسازی را نیز شامل می­شود. همچنین از آنجا که هزینه تأمین خدمات برای جوامع پراکنده روستایی به طور معمول بالاتر است، تأمین مالی محلی در این موارد به معنی آن خواهد بود که نواحی روستایی باید هزینه بیشتری پرداخت کنند یا سهم کمتری دریافت نمایند. اقتصاددانان می­گویند این تغییرات بین منطقه­ای با اصل برابری افقی در تعارض است. برخی مالیات­های خاص دیگر -به عنوان مثال مالیات سیگار یا الکل- نیز ممکن است مسائل مربوط به برابری افقی را برانگیزند. این مالیات­ها نه تنها بر مصرف­کنندگان خاص تحمیل می­شود، بلکه ممکن است بر کشاورزان، کارگران و پیشه­وران نیز که در این زمینه­های خاص کار می­کنند تأثیری نامتناسب داشته باشد.

**4-3) زمینه فرهنگی و فرایند سیاسی**

دومین ارتباط مهم بین اصلاحات بخش سلامت و کل نظام سیاسی و اجتماعی، در ارزش­ها و سیاست­های جوامع خاص نهفته است. در اینجا نیز مثل مسائل مربوط به هزینه­ها، این نیروهای بیرونی ممکن است در کوتاه­مدت به صورت محدودیت­هایی (یا فرصت­هایی) مطرح باشند که در درازمدت قابل تعدیل­اند. چنین تعامل­هایی احتمالاً در 3 زمینه مختلف پیش می­آید: 1)در تعریف اهداف عملکردی-و اهمیت نسبی اختصاص یافته به آن­ها- که به نوبه خود اولویت­های اصلاحات را تعیین می­کنند، 2) در راهبردهای اصلاحات که هر کشور برمی­گزیند و 3) در طراحی جزئیات سیاست­های خاص.

پیش از این ذکر شد که هنگام تعیین و اولویت­بندی اهداف، بسیاری از مسائل کاملاً فنی از قبیل چگونگی سنجش وضعیت سلامت، تحت تأثیر انتخاب­های ارزشی قرار دارد. علاوه بر این آنچنان که در فصل 4 تشریح شد، فرایند تعیین اولویت­های اصلاحات همواره فرایندی سیاسی و دربرگیرنده کشمکش کارآفرینان مختلف، تابوهای فرهنگی و گروه­های ذینفع اقتصادی و سیاسی است.

فرمولاسیون زیر می­تواند برای افراد دارای پس­زمینه­های اقتصادی یا ریاضی کمک­کننده باشد. به سنجش­های عملکرد می­توان به عنوان محورهای یک نمودار که «فضای عملکرد بخش سلامت» را مشخص می­کنند، نگاه کرد. برای انجام قضاوتی درست میان پیامدهای جایگزین، به یک «تابع چندگانه[[176]](#footnote-176)» نیاز داریم که متغیرهای مختلف را در این فضا رتبه­بندی یا مقایسه کند. در عمل این رتبه­بندی، از نظام سیاسی هر کشور نشأت می­گیرد و تحت تأثیر مجریان اصلاحات، طرفداران و رهبران سیاسی قرار دارد که هر یک بر مبنای ترکیبی از منافع شخصی خود و اصول اخلاقی عمل می­کنند. از این رو دیدگاه­ها در مورد عدالت، خطر، اهمیت سلامت عینی در برابر رضایتمندی ذهنی و غیره، همه و همه نقشی مهم در فرایند تعیین اهداف و اولویت­های اصلاحات دارند (و باید هم­چنین باشد).

راه دوم نفوذ فرهنگ و سیاست در فرایند اصلاحات، از طریق راهبردهای گسترده­ای است که کشورها در فرایند طراحی سیاست­ها مدنظر قرار می­دهند. آیا اعتماد به دولت وجود دارد یا خیر؟ آیا بازارهای خصوصی برای مراقبت سلامت کاربرد دارند؟ آیا می­توان از ثروتمندان مالیات بیشتر گرفت؟ آیا برنامه­ها باید در تمام نقاط کشور یکسان باشد؟ آیا می­توانیم به دولت­های محلی اعتماد کنیم، حتی اگر-یا به­ویژه اگر- تحت کنترل اقلیت­های قومی یا مخالفان سیاسی باشند؟

نگرش­های فرهنگی و سیاسی گسترده از طریق راه­هایی که حتی تفکر فعال در این زمینه نیز ممکن است قادر به تشخیص آن­ها نباشد، احتمالاً تا حدود زیادی در گفتمان و تصمیم­گیری سیاسی دخالت دارند. آن­ها منعکس­کننده «روش­های عملیاتی استاندارد» یا «راهبردهای» وسیع­اند که در طی زمان در نظام­ سیاسی کشور تحول و تکامل پیدا کرده­اند و به راحتی قابل تعدیل و تغییر نیستند. البته اگر بحرانی به‌اندازه کافی بزرگ باشد ممکن است سبب زیر سؤال رفتن پنداره­ها یا تجدیدنظر در قوانین قدیمی‌شود؛ اما انرژی و تلاش مورد نیاز برای انجام چنین کاری ممکن است بسیار زیاد باشد. از این رو چنین محدودیت­هایی در مورد اینکه چه سیاست­هایی مدنظر قرار می­گیرد نقش مهمی در شکل­دهی به گفت­وگوهای مربوط به اصلاحات بخش سلامت دارد. به عنوان مثال خصوصی­سازی نظام مراقبت سرپایی سابقاً دولتی در اسلواکی به راحتی صورت گرفت، اما در سریلانکا چنین نشد؛ این امر نشان­دهنده تفاوت وضعیت تاریخی و نگرش­های فرهنگی این دو کشور است.

سومین ارتباط بین فرهنگ و سیاست و اصلاحات بخش سلامت، از رسوم و تابوهای متعدد جوامع که مستقیماً بر بخش سلامت تأثیر می­گذارد ناشی می­شود. فهرست هنجارهای فرهنگی بالقوه مرتبط، طولانی­تر از آن است که به طور کامل در اینجا ارایه شود. اما به مثال­هایی در این مورد اشاره می­شود. نخست اینکه اعتقاداتی در مورد موضوعات مربوط به مرگ و زندگی و نیز سقط جنین، احیای قلبی-ریوی و خودکشی با کمک پزشک وجود دارند. ثانیاً آیین­ها و رسومی در مورد مصرف مواد مختلف از سیگار و الکل گرفته تا کافئین و کوکایین موجود است. ثالثاً هنجارهایی در مورد روابط جنسی از ممنوعیت همجنس­بازی و روابط جنسی پیش از ازدواج گرفته تا نگرش در مورد روسپی­گری و پیشگیری از بارداری وجود دارد. بسیاری از جوامع دیدگاه­هایی در مورد طرز رفتار با بدن (زنده یا مرده) دارند که باعث شکل­دهی به مقبولیت اقداماتی از انتقال خون گرفته تا ختنه کردن مردان می­شود. به عنوان مثال در جوامع بودایی که تعریف غالب مرگ در آن­ها «مرگ قلبی» است نه «مرگ مغزی»، کمبود جدی عضو برای پیوند وجود دارد.

مسائل گسترده اجتماعی نیز بر وضعیت سلامت تأثیر می­گذارند؛ از الگوهای توزیع غذا در درون خانواده (مثلاً مردان بزرگسال باید اول غذا بخورند) گرفته تا تفاوت­های جنسیتی در استفاده از مراقبت­های پزشکی. هنجارهای اجتماعی در مورد نقش پزشکی غربی نیز در بسیاری از کشورها بر نظام سلامت تأثیر می­گذارد. فهرست مربوط به این موضوع بسیار طولانی است؛ نقش قابله­های سنتی در هنگام زایمان، آیا مرد یا زن می­توانند توسط پزشکان غیرهمجنس درمان شوند، تمایل بیماران به گفتگوی آزادانه با پزشکان و مسائلی از این قبیل. در ارزشیابی هر گونه سیاست پیشنهادی، لازم است مجریان اصلاحات میزان تخطی از چنین هنجارها، امکانپذیری سیاسی و قابل اجرا بودن آن­ها را مدنظر قرار دهند. پشتکار زیاد گاهی ممکن است باعث پذیرش سیاسی سیاست­های بحث­برانگیز شود. اقدامات خلاقانه در زمینه بازاریابی اجتماعی (آنچنان که در فصل 12 مورد بحث قرار خواهد گرفت) نگزش­ها را تغییر می­دهد. بنابراین محدودیت­های فرهنگی تا حدی انعطاف­پذیرند، اما همیشه وجود دارند و همیشه باید آن­ها را مدنظر قرار داد.

اینکه مجریان اصلاحات تا چه‌اندازه به آداب و رسوم محلی احترام بگذارند، احتمالاً به دیدگاه اخلاقی خاص آن­ها بستگی دارد. برای جامعه­گرایان نسبی­گرا، رسوم و ارزش­های محلی، محور تعیین هر گونه سیاست سلامت در کشور است. از نظر لیبرال­ها افراد باید برای انتخاب گزینه­هایی که از سوی سنت، دیکته می­شود- در صورتی که واقعاً طالب این امر باشند- آزاد گذاشته شوند. اما این انتخاب فرد خواهد بود نه هنجار جامعه که ارزش احترام گزاردن را دارد. از این رو آن دسته از هنجارهای اجتماعی که آزادی یا فرصت­ها را محدود می­کنند (مثلاً مخالفت طالبان با تحصیلات دختران)، ممکن است از سوی لیبرال­های مساوات­طلب مورد مخالفت قرار گیرد. از نظر سودگرایان غیرعینی اگر سنت مورد بحث منافع فرد را افزایش می­دهد، فرد باید برای انجام آن آزاد باشد. اما در اینجا، مشابه لیبرال­ها و برعکس کمونیست­ها، از نظر سودگرایان غیرعینی، سنت وسیله است و نه هدف. سودگرایان عینی احتمالاً حتی بیش از این هدف-محور هستند و تنها در صورتی برای رسوم و سنت­های محلی احترام قایل می­شوند که باعث ارتقای وضعیت سلامت شود (مثلاً از طریق تسهیل افزایش پذیرش بیماران).

مجموعه­ای از سنت­ها که لازم است به آن توجه ویژه داشته باشیم، دیدگاه­های فعلی غربی در مورد تصمیم­ گرفتن بیماران و رضایت آگاهانه است. این سنت­ها ایجاب می­کند که تمامی‌تصمیم­های درمانی مهم را بیماران بگیرند؛ این کار به معنای فاش کردن کامل تشخیص و پیامدهای راه­های مختلف ادامه درمان برای بیمار توسط پزشک است. طرفداران کاربرد جهانی چنین هنجارهایی معتقدند که درمان بیماران به این روش به حقوق انسانی آن­ها احترام می­گذارد. در مقابل جامعه­گرایان نسبی­گرا این هنجارها را سنت فرهنگی خاص می­دانند و معتقدند این سنت­ها تنها باید در همان کشورهایی به کار گرفته شود که پذیرش عمومی‌نسبت به آن­ها گسترده است. به عنوان مثال در بسیاری از جوامع شرق آسیا، به ندرت تشخیص­های مرگ­آور به اطلاع بیماران رسانده می­شود. نه بیماران، نه پزشکان و نه خانواده­ها نمی­خواهند که خود بیماران تصمیم­های مهم در مورد مراقبت از خود را بگیرند.

کشورها تصمیمات خود را در مورد این مسائل اخلاقی خواهند گرفت، اما حد واسط احتمالی این خواهد بود که به انتخاب بیمار احترام گذاشته شود-خواه این کار طبق سنت جامعه باشد و خواه بیماری خاص برخلاف سنت­های محلی بخواهد این انتخاب را انجام دهد. زمانی که هیچ کدام از این شرایط وجود نداشته باشد و هم جامعه و هم فرد سایر روش­ها را بپسندند، اعتقاد ما این است که مجریان اصلاحات نباید قضاوت­ها یا معیارهای خودشان را جایگزین معیارهای دلخواه بیماران و پزشکانی کنند که در یک نظام ملی خاص به سر می­برند.

**5) خلاصه**

ما در این فصل، چارچوب قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت برحسب 3 هدف عملکردی (وضعیت سلامت، رضایتمندی و محافظت در برابر خطرات مالی) را اریه کردیم. علاوه بر این، در این مورد بحث کردیم که برای ارزشیابی دستاوردهای کشور در هر یک از این حیطه­ها باید از 2 آزمون یا قضاوت استفاده کرد: هم میانگین عملکرد کشور و هم چگونگی عملکرد کشور در زمینه­های مربوط به عدالت. تا جایی که توجه اخیر جهانی به فقرزدایی و دستیابی به نیازهای پایه با نظرات کشور مشترک باشد، مقوله عدالت از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. همچنین گفتیم که برای قضاوت در مورد عدالت، وجود داده­های نسبتاً جامع در مورد توزیع پیامدها برحسب منطقه، درآمد و قومیت، اهمیت حیاتی خواهد داشت.

ما همچنین به بررسی ارتباط میان بخش سلامت-و قضاوت­ها در مورد عملکرد آن- و کل نظام اجتماعی و اقتصادی پرداختیم. در این زمینه بر 2 مورد از چنین ارتباطاتی تأکید کردیم: هزینه­بر بودن سلامت و تأثیر فرایندهای اجتماعی و سیاسی بر اصلاحات بخش سلامت. گفتیم که هر گونه قضاوت در مورد عملکرد باید این دو نوع ارتباط را مد نظر داشته باشد. همچنین مکرراً بر این نکته تأکید شد که هزینه­ها (و افزایش هزینه­ها) اغلب باعث برانگیختن اصلاحات می­شود. فرهنگ و سیاست به فرایندهای تعریف مشکل و تعیین اولویت­ها و انواع گزینه­هایی که هر کشور ممکن است به صورتی واقع­بینانه مد نظر قرار دهد، شکل می­دهند.

پیش از این ذکر شد که تمرکز بر عملکرد نهایی، منعکس­کننده نوعی «تغییر پارادایم» در شیوه بحث راجع به اصلاحات بخش سلامت است. به لحاظ تاریخی این­گونه گفت­و­گوها بر چنین متغیرهایی متمرکز نبوده­اند، بلکه به جای آن بر خصوصیات ساختاری نظام و متغیرهایی نظیر «کارایی»، «کیفیت» یا «دسترسی» تأکید داشته­اند. ما معتقدیم که این عوامل بیش از همه در قالبی که ما آن را «خصوصیات عملکردی حد واسط» می­نامیم قابل درک است. این خصوصیات نظام به تعیین سطح عملکرد در رسیدن به اهداف نظام کمک می­کنند، اما خود آن­ها اهداف نهایی نیستند. از آنجا که این متغیرهای «میانی» به صورتی گسترده در فرایند تشخیص مورد بحث قرار می­گیرند و ممکن است نقشی کمک­کننده در این حیطه داشته باشند، ما در فصل بعدی به صورتی جامع­تر به بررسی معنا و نقش آن­ها خواهیم پرداخت.

**6**

**ارزیابی عملکرد نظام سلامت**

**1)مقدمه**

تجربه به ما آموخته است که زمانی که مجریان اصلاحات بخش سلامت، به دنبال درک علل و پیامدهای غیررضایت­بخش هستند، برخی خصوصیات نظام در این میان نقش مهمی ایفا می­کنند. این خصوصیات، به خودی خود، نه علل ریشه­ای مشکلات عملکردی هستند و نه تظاهرات و نمودهای این مشکلات در سطح پیامدهای نهایی. البته، اصلاح­گرایان در کل بسیار علاقمند به تحلیل خصوصیات نظام سلامت هستند. ما این عوامل را خصوصیات عملکردی حد واسط[[177]](#footnote-177) می­نامیم چرا که در واقع، رابط­های مهمی در زنجیره­هایی هستند که اتصال علل ریشه‌ای با اهداف نهایی عملکرد را برقرار می­کنند. در فصل بعد، به طرح گوشه­ای از جزئیات ایده «سفر تشخیصی»[[178]](#footnote-178) خواهیم پرداخت؛ مفهومی‌که ابتدا در فصل ۲ آن را معرفی کردیم. این سفر تشخیصی، با تعیین یک مشکل عملکردی خاص آغاز می­شود و سپس به سمت تشریح علل این مشکل از طریق چند مرحلۀ پشت سر هم پیش می‌رود. ما معتقدیم که این فرایند، غالباً منتهی به این قضیه می‌شود که مجریان اصلاحات بخش سلامت، نقایص عملکردی (مشاهده شده) را بر مبنای تعدادی از خصوصیات کلیدی (مثل کارایی یا کیفیت)، توصیف و تشریح نمایند؛ این فصل به تعیین و توصیف این خصوصیات اختصاص داده شده است.

به عنوان مثال، تصور کنید که یک کشور، وضعیت نامطلوب سلامت در مناطق روستایی را به عنوان یک اولویت حیاتی مطرح می­کند تا از طریق اصلاحات بخش سلامت به آن پرداخته شود. در بررسی علت ایجاد این وضعیت، ممکن است مشخص شود که ساکنین روستا از دسترسی به خدمات سلامت بی­بهره بوده­اند یا اینکه خدمات موجود، کیفیت بالینی بسیار ضعیفی داشته­اند. بدیهی است که پیدا کردن این مشکلات، پایان ماجرا نخواهد بود. مجری اصلاحات باید پس از این مرحله، به دنبال حل این مسأله باشد که این خدمات به چه دلیل موجود نبوده­اند یا از نظر بالینی کیفیت نداشته‌اند. به هر حال، تعیین وجود مشکل در خصوصیات عملکردی حد واسط (در این مثال، دسترسی و کیفیت نامناسب)، می‌تواند گام مفیدی در فرایند تشخیصی باشد؛ چراکه چنین یافته‌ای، به کانون مفیدی برای انجام تحلیل­های آتی تبدیل خواهد شد.

همان­گونه که در فصل آخر ذکر شده است، این خصوصیات عملکردی حد واسط، برای سال‌ها به عنوان موضوع خوبی در متون علمی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. عملکرد ضعیف در چنین ابعادی، متناوباً (و ما معتقدیم که به اشتباه) به عنوان «مشکل» یا «علت» سایر مشکلات موجود در بخش سلامت شناخته شده‌اند.

دیدگاه ما این است که چنین نتیجه‌گیری­هایی صحیح نیستند. در عوض، متغیرهایی که قصد داریم به بحث درباره آن­ها بپردازیم، خصوصیات نسبتاً وسیع عملکردی هستند که از نظر علمی، حد واسط بین علل ریشه‌ای و اهداف عملکردی نهایی واقع می­شوند.

پس چگونه می­توان منتخبی از خصوصیات عملکردی را مشخص نمود تا توجه خاص به آن در فرایند تشخیصی صورت گیرد؟ به دلیل اینکه هر فهرستی که در اینجا تهیه شود به عنوان یک «چک­لیست» به کار خواهد رفت، ما قصد داریم خصوصیاتی را مشخص کنیم که علل مهمی (به نسبت اهداف عملکردی) هستند. دوم، ما خصوصیاتی را مدنظر داریم که احتمالاً در مباحثات سیاسی و سیاستگذاری، تأثیرپذیر هستند. چنانچه این احتمال وجود دارد که سایر مشاهده­گران، منتقدان و گروه‌های ذینفع بر یک خصوصیت عملکردی خاص متمرکز شوند، مجریان اصلاحات بخش سلامت باید توجه خاص به آن عامل در فرایند تشخیصی خود صورت دهند. سوم، خصوصیات عملکردی حد واسطی که مشخص کرده­ایم، باید به وسیله گزینه­ها و انتخاب­های اصلاحات بخش سلامت، تحت تأثیر قرار بگیرند. اگر چنانچه قرار باشد که این خصوصیات، نقش «انتقالی»[[179]](#footnote-179) اثربخشی را بین سیاست و پیامد آن بازی کنند، باید هم پاسخده[[180]](#footnote-180) و هم تأثیرگذار[[181]](#footnote-181) باشند.

با به کارگیری این معیارها، سه خصوصیت عملکردی حد واسط را که به صورت گسترده مورد بحث قرار گرفته‌اند، مشخص کرده­ایم و معتقدیم باید تک­تک مورد بررسی و توجه خاص قرار گیرند: کارایی، دسترسی و کیفیت. تمام این اصطلاحات و واژه­ها، معانی و کاربردهای متنوع و گیج‌کننده­ای دارند. بنابراین چنانچه بخواهیم چارچوبی به خوانندگان ارایه کنیم که با هرگونه دقتی بتوانند از آن در فرایند تشخیصی استفاده کنند، باید شفافیت مفهومی این اصلاحات را به خوبی مد نظر قرار دهیم.

پس از بررسی حرکت این اصلاحات، مجدداً به سؤالمان تحت عنوان «تعریف راهبردی مشکل» بازمی­گردیم. چگونه مجریان اصلاحات سلامت از اطلاعات مربوط به اهداف عملکردی نهایی (که در فصل قبل مشخص گردید) و مربوط به خصوصیات عملکردی حد واسط (که در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرد)، به عنوان مبنایی برای اولویت‌بندی در اصلاحات بخش سلامت استفاده می­کنند؟

**2) کارایی[[182]](#footnote-182)**

احتمالاً هیچ واژه­ای را مثل «کارایی» در متون اقتصادی و سیاستگذاری نمی­توان یافت که اینقدر کاربردها و تعاریف مختلفی برای آن ذکر شده باشد. ایده اصلی که همه این کاربردها را با یکدیگر مرتبط می­سازد و گره می‌زند آن است که با در نظر گرفتن محدودیت‌ها، و دستیابی به بیشترین اهداف ممکن، حاصل شود. به دلیل اینکه چنین هدفی، واضحاً مطلوب است، «کارایی»، ارزش معنایی قابل توجهی به عنوان یک هدف بلامنازع پیدا کرده است. چنین ارزش پیدا کردنی می­تواند توجیه­کننده اشتیاق گروه‌های مختلف به این سمت باشد که چارچوب مفهومی‌خود را با معقولیت و منطقی بودن این هدف، مرتبط و متصل سازند. موارد زیر، نمونه‌های منتخبی از کاربردهای بسیار گسترده این اصطلاح است.

* اقتصاددانان، یک اقتصاد را در صورتی «کارا» می­دانند که نوع خاصی از نتیجه را به دنبال داشته باشد که سودگرایان غیرعینی آن را بپذیرند؛ یعنی اینکه هیچ‌کس را نمی‌توان خوشحال‌تر ساخت مگر اینکه شخص دیگری کمتر خوشحال شده باشد. همانگونه که در فصل ۳ اشاره شد، چنین وضعیتی تحت عنوان وضعیت بهینه پارتو[[183]](#footnote-183) خوانده می­شود.
* مهندسان صنایع، یک کارخانه را «کارا» می­دانند چنانچه کارکرد و عملیات آن با حداقل هزینه به ازای هر واحد برونداد صورت بگیرد.
* مدیران اجرایی بازرگانی، زمانی به کارگیری سرمایه‌گذاری‌های محدود را «کارا» می­دانند که بیشترین میزان بازگشت (سرمایه) را به دنبال داشته باشد. چنین کاربرد معنایی بعضاً خود را در هنگام بودجه­بندی در وزارت اقتصاد و دارایی هم نشان می دهد؛ یعنی موقعی که صرف هزینه در بخش‌های مختلف قرار است با یکدیگر مقایسه شود.

پس چگونه می­توان کارایی را تعریف کرد؟ در بستر اصلاحات بخش سلامت، دو تفکر و ایده اصلی با این قضیه ارتباط دارند: چگونه خدمات تولید (و ارایه) می‌شوند و چه خدماتی تولید (و ارایه) می­شوند. یک نظام زمانی «کارا» خواهد بود که خدمات صحیح و متناسبی تولید و ارایه شوند (با در نظر گرفتن اهداف) و این کار به شیوه­ای صحیح و متناسب صورت گیرد. چنین تعریفی، ما را به دو مفهوم خاص از کارایی می­رساند.

نخستین مفهوم خاص، کارایی فنی[[184]](#footnote-184) است که بعضاً تحت عنوان کارایی تولید[[185]](#footnote-185) نیز شناخته می­شود. این مورد، اشاره به شرایطی دارد که طی آن، یک کالا یا یک خدمت، با حداقل هزینه تولید می­شود. یک تعریف جایگزین اما معادل به این صورت است که حداکثر برونداد، با در نظر گرفتن میزان هزینه صرف شده حاصل شود. به عنوان مثال، آیا هزینه بیمارستان در روز[[186]](#footnote-186)، در پایین­ترین حد ممکن است یا اینکه آیا بودجه موجود، حداکثر تعداد بیماران ممکن تحت درمان قرار می­گیرند؟ بنابراین در چنین مفهومی، سوالاتی راجع به (وجود) ترکیب صحیح کارکنان، تجهیزات، وسایل و تسهیلات، نهفته است. به طور خلاصه باید گفت از آنجایی که کارایی فنی، به نحوه تولید یک چیز اشاره دارد، اصولاً در حوزه مسؤولیت مدیران نظام مراقبت سلامت قرار می­گیرد.

در مراقبت سلامت، هزاران نوع خدمات مختلف ارایه می‌شود. زمانی که هر یک از این خدمات با حداقل هزینه ممکن تولید و ارایه شوند (یعنی از نظر فنی کارایی داشته باشند)، اقتصاددانان شرایط را با عنوان «مرز ممکن تولید»[[187]](#footnote-187) توصیف می‌کنند. یعنی این امر آن است که تنها راه افزایش یک برونداد، کاهش برونداد دیگر است.

دومین مفهوم در کارایی، تحت عنوان کارایی تخصیصی[[188]](#footnote-188) شناخته می‌شود؛ کارایی تخصیصی به این امر اشاره دارد که آیا یک کشور، مجموعه صحیحی از برونداد را برای دستیابی به اهداف کلی­اش تولید و ارایه می‌کند یا خیر. به عبارت دیگر، این کشور در نقطه صحیح از مرز ممکن تولید قرار گرفته است؟ همانگونه که پیشتر ذکر شد، اقتصاددانان معمولاً از کارایی تخصیصی برای مجموعه­ای از بروندادها استفاده می­کنند که رضایتمندی مشتریان را به حداکثر خود می رساند. به صورت مشابه، برنامه ریزی برنامه­ریزان سلامت زمانی از کارایی تخصیصی سخن به میان می­آورند که این موضوع مدنظرشان باشد که آیا یک مجموعه خاص از خدمات، مزایای وضعیت سلامت را به حداکثر خود می رسانند یا خیر (مفهومی‌که به بعضاً تحت عنوان «اثربخشی»[[189]](#footnote-189) از آن یاد می‌شود). بنابراین، بهبود و ارتقای کارایی تخصیصی، سؤال تلویحی است که تمام کسانی که در جهت تغییر ترکیب برونداد تولید شده توسط نظام سلامت تلاش می‌کنند (مثلاً کاستن از میزان جراحی­های زیبایی و افزودن به مراقبت‌های اولیه)، با آن مواجه می­شوند.

مثال زیر را در نظر بگیرید. کشورهایی که در گذشته، جزو اتحاد سابق جماهیر شوروی بوده­اند (مثل بلاروس) از سوی سازمان جهانی بهداشت تحت فشار قرار گرفته‌اند تا سرمایه‌گذاری قابل توجهی بر روی واکسیناسیون ملی سرخک به عنوان جزئی از برنامه‌های این سازمان برای ریشه­کنی بیماری صورت دهند. اما در مقایسه با سایر استفاده­هایی که از پول موجود در حوزه واکسیناسیون می­توان کرد (مثلاً واکسیناسیون هپاتیت B یا آنفلوآنزا)، مشخص و واضح نیست که کنترل سرخک، حداکثر مزیت را برای وضعیت سلامت با توجه به پول موجود به دنبال داشته باشد. از یک دیدگاه ملی باریک و محدود، شیوع بیماری (سرخک) پایین است، فواید حاصل از واکسیناسیون اندک است و هزینه­های قابل توجهی هم به همراه دارد. تصمیم­گیری درباره صرف اعتبارات محدود در چنین برنامه­ای، اصولاً موضوعی در ارتباط با کارایی تخصیصی است.

به دلیل اینکه چارچوب کلی ما، حداقل سه هدف عملکردی نهایی را مدنظر قرار داده است که احتمال تعارض بالقوه نیز در آن­ها وجود دارد، ارزشیابی کارایی تخصیصی از دیدگاه ما، لزوماً امری پیچیده خواهد بود. شخص باید ابتدا اطلاعات توضیح دهد که چگونه قصد دارد که هر یک از اهداف (از جمله جنبه‌های عدالت) را مفهوم­سازی و درباره آن­ها قضاوت کند، سپس تعیین کند که تاخت­زدن­هایی[[190]](#footnote-190) که قرار است بین اهداف عینی مختلف توسط آن­ها انجام گیرد، چگونه­اند؛ تنها در این صورت است که مجریان اصلاحات خواهند دانست که آیا به حداکثر میزان ممکن از اهداف خود دست پیدا کرده­اند یا خیر.

به علاوه، ترکیب صحیحی از بروندادها، غالباً می‌تواند موضوعی مرتبط با شدت و درجه (برونداد ها) باشد. خصوصیات بسیاری از خدمات طبی، آن چیزی است که اقتصاددانان تحت عنوان «بازگشت نهایی کاهش­یابنده»[[191]](#footnote-191) از آن یاد می‌کنند. یعنی درمان کردن بیمارانی که بیشترین فایده را از یک نوع خاص درمان و مراقبت می­برند و بهترین پاسخ را به آن می‌دهند (هر چند که این مراقبت، نسبتاً گران­قیمت باشد)، می­تواند تا حد زیادی هزینه-اثربخش باشد. اما چنانچه همین درمان برای تعداد موارد بیشتری که تناسب کمتری با نوع درمان دارند به کار رود، هزینه-اثربخشی این مراقبت، غالباً کاهش می­یابد چرا که هزینه به ازای هر مورد، افزایش و مزایا و منافع مورد-به-مورد کاهش می­یابد. در این صورت، مسأله غالباً به صورت «دیالیز کردن یا نکردن» یا «بای­پس قلبی کردن یا نکردن» نیست، بلکه بر سر این است که نظام سلامت، چقدر دیالیز یا بای­پس قلبی می­تواند ارایه کند و به کدام بیماران.

به دلیل اینکه کارایی فنی و تخصیصی، به نظام مراقبت سلامت امکان می‌دهد که عملکرد بهتری با استفاده از منابع موجود داشته باشد، کشورهایی که در تنگنای هزینه-عملکرد هستند غالباً به دنبال بهبود کارایی خود از طریق اصلاحات بخش سلامت هستند. البته از نظر سیاسی، غالباً بهبود کارایی تخصیصی مشکل­تر از ارتقای کارایی فنی است. پایین آوردن هزینه تولید برای افزایش کارایی فنی، کار ساده­ای نیست. کارکنان غالباً در برابر تغییر مقاومت می­کنند و بهبود ارایه خدمات نیازمند تلاش و کوشش جدی و گسترده است. به هر حال، انجام چنین کاری، یک وظیفه مدیریتی نسبتاً روشن و شناخته شده است. بر عکس، بهبود و ارتقای کارایی تخصیصی به معنی تغییر چیزی است که تولید می­شود؛ پس این کار احتمالاً هزینه‌های بسیار بالایی بر آن­هایی تحمیل می‌کند که در فرایند تولید و مصرف بروندادهایی که قرار است کاهش پیدا کنند، حضور دارند. غالباً در برابر جابجایی منابع (افراد و پول) از برخی فعالیت‌ها به جاهای دیگر (مثلاً از خدمات با فناوری بالا به سمت مراقبت­های اولیه)، مقاومت جدی و شدیدی صورت می‌گیرد.

با در نظر گرفتن تعاریف ما، با این موضوع که غالباً مطرح می‌شود و نکته­ای گیج­کننده به نظر می­رسد چه کنیم: اینکه کارایی و عدالت، لزوماً (یا حداقل در اغلب موارد) در تعارض با یکدیگر هستند؟ مبنای این دیدگاه، استفاده بسیار محدود از لغت «کارایی» است به معنی به حداکثر رساندن میانگین وضعیت سلامت. در این وضعیت، رسیدگی و ارایه خدمت به مناطق روستایی ممکن است تحت عنوان «ناکارا» شناخته شود؛ چرا که اگر این پول بدون در نظر گرفتن دیدگاه عدالت صرف می­شد، DALY [[192]](#footnote-192) و ‏QALY [[193]](#footnote-193) بیشتری را می­توانستیم به دست آوریم. اما دلایل بی­شماری وجود دارد که نباید تعریف «کارایی» را تا این حد باریک و محدود در نظر گرفت. در چارچوب ما، «کارایی» نظام (هم تخصیصی و هم فنی) با این قضیه تعریف و تعیین می­شود که آیا با حداقل هزینه، به اهداف مدنظر جامعه دست پیدا می­کند یا خیر. بنابراین آن وقت پرسیدن این سؤال معنی پیدا می‌کند که آیا نظام سلامت یک کشور، از نظر دستیابی به اهداف عدالت، کارا هست یا خیر. به عنوان مثال آیا مزایای وضعیت سلامتی که این نظام در مناطق روستایی به دست می­دهد، با حداقل هزینه ممکن است؟ بنابراین در کاربرد این واژه در چارچوب ما، هیچ دلیلی ندارد که کارایی و عدالت، مخالف و متضاد یکدیگر باشند. اگر درک صحیحی داشته باشیم، افزایش کارایی در واقع می‌تواند باعث بهبود عدالت و برابری نیز بشود (از طریق کاهش هزینه­های دستیابی به اهداف عدالت).

به طور خلاصه، هر دو نوع کارایی ذکر شده، به ارتباط میان دروندادها با نتایج مطلوب اشاره دارند. کارایی فنی به معنی تولید بروندادها «به شیوه صحیح» و با حداقل هزینه است و کارایی تخصیصی، به معنی تولید «بروندادهای صحیح و متناسب» جهت به حداکثر رساندن دستیابی به اهداف مدنظر است. تا زمانی که یک نظام مراقبت سلامت، هم کارایی فنی و هم کارایی تخصیصی نداشته باشد، به حداکثر چیزی که می­خواهد دست نمی­یابد. به همین دلیل است که کارایی، یک عنوان متناسب در فهرست خصوصیات عملکردی حد واسط خواهد بود. ناکارا بودن، می‌تواند یک دلیل عمده برای عملکرد نامناسب باشد. به علاوه، تغییر انگیزه­ها یا سازماندهی نظام، حداقل چنانچه به صورت صحیح انجام شود، می­تواند بر کارایی آن تأثیر بگذارد. ما انتظار داریم که بسیاری از سفرهای تشخیصی به عنوان راهی برای شفاف­سازی ناتوانی یک کشور در دستیابی به اهداف عملکردی، با شروع از پیامدهای نامطلوب به حرکت به عقب، به کارایی نامطلوب و سپس با بررسی عمیق­تر به سرمنشأهای این کارایی نامطلوب منتهی شود.

**3) دسترسی[[194]](#footnote-194)**

در مباحثات مربوط به اصلاحات بخش سلامت، دسترسی غالباً یک نگرانی عمده است. نبود دسترسی، عمدتاً به عنوان دلیلی برای وضعیت پایین سلامت در مناطق روستایی یا سطوح پایین رضایتمندی در بین افراد فقیر مطرح می­شود. اما برای درک کامل و جامع از نقش این مفهوم به عنوان یک خصوصیت عملکردی حد واسط، مجدداً نیاز داریم که نحوه­های گوناگون کاربرد و استفاده از این واژه را تشریح کنیم.

نخست، دسترسی در برخی موارد صرفاً به معنی آن است که آیا خدمات در یک منطقه خاص ارایه می­شوند یا خیر. در اینجا سؤال به صورت موجود بودن فیزیکی[[195]](#footnote-195) است که می­توان به وسیله توزیع دروندادهای موجود (تخت­ها، پزشکان یا پرستاران) در مقایسه با کل جمعیت، آن را اندازه‌گیری نمود. مفهوم دوم، تعریفی است که انعکاس بهتر و نزدیکتری از معنی این واژه است؛ موجود بودن اثربخش[[196]](#footnote-196) یعنی اینکه دریافت مراقبت توسط شهروندان چقدر آسان است؟ تفاوت بین موجود بودن فیزیکی و موجود بودن اثربخش از آنجا ناشی می‌شود که موانع متعددی (مانند هزینه، زمان رفت و آمد، خدمات ضعیف و با کیفیت پایین) ممکن است استفاده افراد از تسهیلاتی را که از نظر فیزیکی موجود و در دسترس هستند، با محدودیت و مانع مواجه سازد.

البته برای ارزشیابی مستقیم موجود بودن اثربخش، جمع‌آوری داده‌های کافی درباره قیمت‌ها، سطوح خدمات، زمان­های انتظار و مقبولیت فرهنگی، همیشه کار ساده­ای نیست. در نتیجه، لغت «دسترسی» غالباً برای ارجاع به مفهوم مصرف (بهره‌مندی)[[197]](#footnote-197) مورد استفاده قرار می­گیرد. سنجه‌های سرانه بستری­های بیمارستانی یا ویزیت­های سرپایی برای گروه­های مختلف جمعیتی محاسبه می‌شود و چنین گفته می‌شود که آن­هایی که استفاده کمتری دارند، دسترسی کمتری هم دارند. در حقیقت، مصرف (بهره‌مندی) فقط تا حدی می­تواند انعکاس موجود بودن اثربخش باشد، چرا که در واقع بیماران انتخاب می­کنند و تصمیم می­گیرند که از خدمات استفاده کنند یا نکنند حتی اگر این خدمات موجود باشند. البته اگر این احتمال را ندیده بگیریم که استفاده‌اندک ممکن است انعکاسی از انتخاب از سوی بیماران باشد و در عوض اینگونه بیان کنیم که استفاده پایین، همیشه به معنی وجود موانعی بر سر راه (دریافت) مراقبت است، آن وقت موجود بودن اثربخش ارزش خود را به عنوان یک مفهوم مستقل از دست خواهد داد چرا که دیگر نمی­توان آن را به صورت مجزای از مصرف (بهره­مندی) مورد سنجش قرار داد.

در نگاه اول که دسترسی به عنوان موجود بودن اثربخش تعریف می‌شود، در واقع یک خصوصیت عملکردی حد واسط واضح و مبرهن به نظر می­رسد؛ چرا که هم بر وضعیت سلامت و هم بر رضایتمندی مشتریان تأثیر می­گذارد. به علاوه، موجود بودن اثربخش به وضوح تحت تأثیر موارد زیر است: چه خدماتی، در چه مناطقی و با چه قیمتی ارایه می­شوند. تأمین مالی، پرداخت­ها و سازماندهی نظام نیز بر آنچه قرار است ارایه شود و نحوه ارایه آن تأثیر می‌گذارد. بنابراین، متغیری به نام موجود بودن اثربخش، هم نتیجه سیاستگذاری است و هم علت عملکرد نظام سلامت.

البته برخی چنین مطرح می‌کنند که به موجود بودن اثربخش باید به عنوان یک هدف عملکردی نهایی نگریست هدف حد واسط. برخی از مساوات­طلبان (مثل آمارتیا سن[[198]](#footnote-198)) بیان می دارند که دولت موظف است که خدمات را در دسترس قرار دهد و سپس به شهروندان اجازه دهد که انتخاب کنند و از این خدمات استفاده کنند یا نکنند. در این دیدگاه، موجود بودن اثربخش مراقبت سلامت، یک هدف نهایی برای عملکرد خواهد بود نه خود سلامت. به صورت مشابه، برخی از جامعه­گرایان، بر توزیع خدمات سلامت به عنوان مسأله‌ای در ارتباط با عدالت در بین جوامع محلی مختلف، متمرکز شده‌اند. بنابراین، تغییرات صورت گرفته در موجود بودن فیزیکی خدمات سلامت (یعنی اینکه ما یک بیمارستان محلی را باز کنیم یا ببندیم) در حقیقت به کانون اختلاف‌نظرها و مباحثات سیاسی جدی و گسترده تبدیل شده است. به علاوه، در کشورهای توسعه­یافته، تغییراتی که با درخواست­های بسیار بالا و متعدد در موجود بودن فیزیکی صورت می‌گیرد، غالباً تأثیر مشهود اندکی بر وضعیت سلامت دارد چراکه سطوح خدمات احتمالاً در هر مورد، بالا خواهد ماند.

به عنوان دیدگاه متعادل و متوازن، ما معتقدیم که دسترسی، با خصوصیات عملکردی حد واسط بیشتر همخوانی دارد تا با هدف عملکردی نهایی. موجود بودن اثربخش، قطعاً بر سلامت و رضایتمندی تأثیر می­گذارد. به علاوه، به اختلاف نظرهای مربوط به موجود بودن فیزیکی می­توان از دید تأثیرات آن بر رضایتمندی مشتریان نگریست و آن­ها را ارزشیابی نمود که مورد اخیر، یک مزیت و یک هدف عملکردی در چارچوب ما به حساب آورده شده است (به عنوان مثال، موجود بودن خدمات می‌تواند شرایطی را ایجاد کند که اقتصاددانان آن را به عنوان «تقاضای انتخاب»[[199]](#footnote-199) می­نامند؛ یعنی برای شهروندان ارزش محسوب می‌شود که چیزی برایشان موجود باشد، حتی اگر آن را مورد استفاده قرار ندهند).

ما می­دانیم مواردی وجود دارد که رهبران یا گروه‌های ذینفع، نیاز به موجود بودن فیزیکی را مطرح می‌کنند حتی اگر مزیت سلامت یا رضایتمندی بیشتر را به دنبال نداشته باشد. بعضاً چنین وضعیت‌هایی نشان­دهنده هنجارهای جامعه است که البته ممکن است (همانگونه که در پایان فصل آخر به بحث گذاشته­ایم) بعضاً به عنوان محدودیت­هایی برای فرایند اصلاحات بخش سلامت عمل کند. در سایر موارد، محرک حفظ یا توسعه خدمات سلامت، ممکن است مزایای مربوط به سلامت یا رضایتمندی نباشد. در عوض، ممکن است مسأله مربوط به ایجاد حق عزل و نصب یا مزیت تغییر وضعیت باشد. هرچند که این نگرانی‌ها را می‌توان نشانه‌ای از یک واقعیت سیاسی مهم تلقی نمود، لزومی‌ندارد که در اهداف عملکردی ما گنجانده شوند.

نگرش به دسترسی (یعنی موجود بودن اثربخش) به عنوان وسیله­ای برای بهبود وضعیت سلامت و رضایتمندی، کاربردهای قابل توجهی دارد. معنی این امر آن است که به عنوان مثال، باید با دیدگاه­هایی از این قبیل که هر شهر باید یک سری خدمات خاص را حتماً داشته باشد (این حالت «عادلانه» است)، باید به دیده شک و تردید نگاه کنیم؛ البته چنانچه چنین تسهیلاتی جزو یک برنامه هزینه-اثربخش برای دستیابی به توزیع مطلوب از رضایتمندی و وضعیت سلامت نباشند. به علاوه، چنانچه خدمات فقط در صورتی ارزشمند باشند که پیامدها را به وجود آورند، آن وقت عکس این قضیه نیز صحیح است. نبود خدمات، زمانی بیشتر خودش را نشان خواهد داد که پیامدها رضایت­بخش نباشند. ما می‌دانیم که مباحثات واقعی درباره اصلاحات سلامت، ندرتاً با دقت به این شیوه هدایت می‌شوند. اما معتقدیم که خصوصاً در کشورهایی که منابع محدودی در اختیار دارند، اتخاذ این دیدگاه نسبت به دسترسی، به عنوان راهی برای رسیدن به اهداف یک کشور در زمینه توزیع مطلوب سلامت و رضایتمندی، بار مباحثاتی سنگین. اما کاربردی بر دوش آن­هایی که خلاف آن را ادعا می­کنند، وارد می‌کند. ما اعتقاد داریم که این شیوه تفکر، ترویج­دهنده تلاش­های تحلیلی بیشتر در مکالمات و مباحثات مربوط به اولویت­های اصلاحات بخش سلامت خواهد بود.

**4) کیفیت[[200]](#footnote-200)**

کیفیت، سومین خصوصیت عملکردی حدواسط است. کیفیت نه تنها به خودی خود ارزشمند است بلکه به خاطر نقش آن در دستیابی به اهداف عملکردی نهایی یک کشور نیز اهمیت پیدا می­کند. کیفیت پایین مشابه دسترسی پایین، غالباً به عنوان توجیهی برای نارسایی­های عملکردی مطرح می­شود: مشابه کارایی، به نظر می­رسد «کیفیت» نیز عاملی است که همه باید از آن طرفداری کنند. به دلیل اینکه توصیه­گران همیشه سعی در متناسب­سازی مفهوم می­کنند، این لغت به شیوه­ها و معنای بسیار گوناگونی به کار رفته است. بنابراین «کیفیت» بعضاً از نگاه بیمار و بعضاً از دیدگاه پزشک تعریف شده است. در مواردی این واژه برای درمان یک مورد خاص یا مراقبت ارایه شده توسط یک بیمارستان خاص یا برای یک نظام ملی در کل، به کار گرفته شده است. بنابراین مانند دفعات قبل، نخستین وظیفه ما، شفاف‌سازی مفهومی است.

**جدول 1-6) معانی مختلف واژه «کیفیت» در مراقبت سلامت.**

|  |  |
| --- | --- |
| **کیفیت بالینی**  دروندادهای انسانی: مهارت، تصمیم­گیری  دروندادهای غیرانسانی  نظام تولید | **کیفیت خدمات**  خدمات اسکان و اقامت: غذا، پاکیزگی  راحتی: زمان رفت­و­آمد و انتظار  ارتباطات بین­فردی: مراقبت، ادب، احترام |

ساده­ترین راه‌اندیشیدن به مفهوم «کیفیت» در سطح فردی و غیرجمعی است یعنی خصوصیتی در ارتباط با درمان یک بیمار خاص در یک نوبت مراجعه و مواجهه خاص. قضاوت­های جامع­تر (درباره بیمارستان­ها یا نظام‌های سلامت)، منعکس­کننده تجمیع (میانگین­های) چنین مواجهه­ها و مراجعات فردی هستند. اما حتی در سطح مواجهه موردی نیز لغت «کیفیت» به چند پدیده مختلف اشاره دارد(جدول 1-6). در بحث­هایی که از این به بعد خواهد آمد، سعی می­کنیم که جنبه­های گوناگون و قابل سنجشی از کیفیت را با نتیجه­گیری از این دید که چه کسی قضاوت را (درباره کیفیت) انجام می‌دهد، تعیین و ارایه کنیم. اما قصد داریم بر این نکته تأکید ورزیم که افراد مختلف (مثلاً پزشکان، بیماران یا سیاستمداران مختلف) ممکن است درجات اهمیت متفاوتی را برای ابعاد مختلف کیفیت قائل شوند.

تجربه ما نشان می‌دهد که سه استفاده عمده از واژه «کیفیت» صورت گرفته است که دو مورد از آن، زیر جزء[[201]](#footnote-201) محسوب می‌شود. نخست، همانگونه که جدول نشان می‌دهد، «کیفیت» می­تواند صرفاً در معنی کمیّت[[202]](#footnote-202) مراقبت ارایه شده به یک بیمار مورد استفاده قرار گیرد؛ مثلاً «برادر من، مراقبتی با کیفیت را دریافت کرد. آن­ها همه کار برایش انجام دادند.» آمریکایی‌ها که به سلامت­شان به خاطر «کیفیت» بالایش می­نازند، غالباً این معنی را برای واژه کیفیت به کار می­برند.

دومین معنی پایه «کیفیت» که مشخصاً متخصصان امر سلامت از آن استفاده می­کنند، اشاره به کیفیت بالینی[[203]](#footnote-203) دارد. این معنی دربرگیرنده هم مهارت ارایه­کنندگان مراقبت (مثلاً تکنیک جراح) و هم صحّت تصمیمات تشخیصی و درمانی است. این موضوع همچنان وابسته به این است که آیا دروندادهای صحیح (مثلاً داروها یا تجهیزات) برای انجام و ارایه مراقبت مناسب، موجود هستند یا خیر. کیفیت بالینی، به نظام تولید نیز وابسته است؛ نظامی‌که بتواند این دروندادها را به سمت و هدف ارایه خدمات واقعی با یکدیگر ترکیب کند.

سومین کاربرد وسیع که در اکثر موارد از دید بیمارانی مطرح می‌شود که قضاوت درباره کیفیت بالینی برایشان مشکل است، کیفیت خدمات[[204]](#footnote-204) است. زیرگروه­های این تعریف، به خودی خود چندبُعدی هستند. خدمات اسکان و اقامت، شامل غذا، پاکیزگی، طراحی فیزیکی و وضعیت کلی و ماهیت اتاق­های بیمارستانی و سالن‌های انتظار است. آسودگی[[205]](#footnote-205) دربرگیرنده زمان رفت و آمد، زمان انتظار، ساعات باز بودن و زمان لازم برای گرفتن یک وقت ملاقات است. ابعاد بین فردی این تعریف، دربرگیرنده این موضوع است که آیا ارایه­کنندگان مودب هستند و از نظر عاطفی و احساسی فرد را حمایت می‌کنند و اینکه آیا به بیماران اطلاعات مناسب ارایه می‌شود و آیا با احترام با آن­ها برخورد می‌شود. مسائل پیچیده­ای در ارتباط با نقش پزشکان در فرایند مراقبت وجود دارد؛ این مسائل را در انتهای فصل پایانی مورد بحث قرار خواهیم داد و در این فصل نیز مختصراً به آن می­پردازیم.

سنجش کیفیت معمولاً نیازمند داده­های جزئی است. خصوصاً کیفیت خدمات را می­توان به شیوه­های مختلف سنجید. به عنوان مثال، نظام­های اجرایی می­توانند داده­هایی درباره متغیرهایی مانند زمان­های انتظار و تأخیر دریافت یک قرار ملاقات، تهیه و ارایه کنند. همچنین می­توان نظام پایش کیفیت[[206]](#footnote-206) با مقصود خاص، ایجاد نمود. به عنوان مثال، بیمارستان­های یکی از ایالت­های هند، در حال حاضر تحت برنامه بازرسی دوره­ای (و بدون اطلاع قبلی) کیفیت قرار دارند. یک ناظر و پیمانکار بیرونی، این بازرسی­ها و نظارت‌ها را انجام می­دهد و نتایج را به یک دفتر مرکزی در سطح ایالت ارسال می‌کند. گزارش‌های بیماران نیز می‌تواند در تعیین تأخیر و کمبودهای مربوط به کیفیت خدمات از جمله کمبودهای مربوط به حوزه روابط بین فردی، کمک­کننده باشد.

ارزیابی کیفیت بالینی، فعالیتی است که در سال‌های اخیر، مقالات و کتب بسیاری درباره آن به نگارش درآمده است. مقایسه مراقبت بالینی (به عنوان مثال طبق آنچه در پرونده­های بیماران ثبت شده است) با نظرات متخصصان، یکی از راه­های تعیین مناسب بودن یا نبودن درمان ارایه شده است؛ البته تا زمانی که خود این پرونده‌ها دقیق باشند. انجام چنین ارزیابی­هایی، گرانقیمت و زمان‌بر است. کیفیت را می­توان با داده­های مربوط به پیامد (مثل میزان عفونت، مرگ­ومیر ناشی از عمل و غیره) نیز به طور غیرمستقیم سنجید. درک و فهم نحوه ایجاد گوناگونی و تنوع در کیفیت بالینی و کیفیت خدمات از سوی نظام­های تولید، نیازمند مطالعات و بررسی‌های به مراتب جزئی­تر و دقیق­تری است؛ این موضوع، کانون توجه رویکرد مربوط به مدیریت جامع کیفیت[[207]](#footnote-207) است.

سخت و مشکل بودن جمع­آوری و تفسیر دادههای جزئی و دقیق درباره کیفیت، توجیه­کننده این پدیده است که چرا بسیاری از کشورها، صرفاً و تا حد زیادی بر تنظیم دروندادها (مثلاً ملزومات آموزشی) متمرکز می‌شوند به عوض آنکه به پایش و ارزشیابی فرایندها یا پیامدهای حوزه کیفیت بپردازند (ما این نکته را به صورت جزئی­تر در فصل مربوط به وضع مقررات، بررسی خواهیم کرد). به علاوه، نگریستن به دروندادها (مثلاً اینکه یک مرکز بهداشت، داروها و تجهیزات لازم را دارد؛ آیا پزشک حضور دارد)، غالباً تنها راهی است (و البته راهی بسیار ناقص) که بیماران از آن طریق به ارزیابی کیفیت بالینی می‌پردازند.

در ارتباط بین کیفیت عملکرد نظام سلامت، نه تنها میانگین کیفیت مهم است بلکه توزیع آن (یعنی اینکه چه کسی در خطر کیفیت پایین و نامطلوب قرار دارد) نیز حائز اهمیت است. به عنوان مثال، تصور کنید که یک کشور نگران این است که چرا بیماران، مراکز محلی خدمات بهداشت را دور می­زنند تا در مراکز منطقه­ای یا ملی به دریافت درمان بپردازند. تصمیم­گیری درباره اینکه با این وضعیت چه کار باید کرد نیازمند تحلیل هر دو جنبه کیفیت بالینی و کیفیت خدمات (و البته کمّیت خدمات موجود) در سطح محلی است. چنانچه کیفیت در حوزه­های محلی ضعیف باشد، آن وقت پیشگیری از «دور زدن» بیماران، مشکل­تر خواهد بود. به علاوه، اینکه اجازه داده شود که چنین کیفیت پایینی باقی بماند، احتمالاً مشکلات مربوط به عدالت و برابری را ایجاد خواهد کرد چرا که غالباً این کیفیت پایین، بیشتر به ضرر فقرا خواهد بود چون قادر به صرف زمان یا هزینه برای مراجعه و رفت و آمد به مناطق دورتر برای دریافت مراقبت نیستند. به عنوان مثال، در نظر بگیرید که وضعیت استفاده بیش از حد از بیمارستان­های شهرهای بزرگ در سری­لانکا، به عنوان مشکل عمده از سوی وزارت بهداشت شناخته شود. مشکل وقتی پیچیده‌تر می‌شود که متوجه این واقعیت شوید که طبق قوانین سری­لانکا، شهروندان حق دارند برای بستری شدن در یک بیمارستان اصرار کنند. همچنین این نکته نیز صحت دارد که در اختصاص سِمَت‌های (پست­های) بهداشتی به پزشکان، وابسته به عملکرد آنهاست و پزشکانی که بهترین عملکرد را از خود نشان می­دهند، معمولاً از رفتن به اکثر مناطق روستایی خودداری می‌کنند. بنابراین برخورد با این وضعیت، قطعاً نیازمند تلاش­هایی جهت بهبود کیفیت بالینی در بخش محلی است.

تصمیم گیری راجع به اینکه کیفیت ارایه شده توسط یک نظام مراقبت سلامت، مناسب است یا خیر، دربرگیرنده قضاوت­های پیچیده‌ای است. همانگونه که ابعاد مختلفی برای کیفیت یک اتومبیل مطرح است (مثل صرفه­جویی در سوخت، شتاب، ظرفیت سرنشینان)، همین امر برای خدمات مراقبت سلامت نیز مطرح است. بالاتر بودن یک جنبه از کیفیت (مثلاً ظرفیت حمل بار یا حق انتخاب بیمار) ممکن است منجر به پایین­تر آمدن یک جنبه دیگر از کیفیت شود (مثلاً هندلینگ در جاده یا اتخاذ تصمیم صحیح بالینی). افزایش کیفیت (اتومبیل‌ها یا مراقبت) ممکن است بر حسب ارزش­های شخصی که راجع به آن قضاوت می­کند، ارزش هزینه­ای را که صرف آن می­شود نداشته باشد. به علاوه، در واقع سه قضاوت عمده است که باید صورت بگیرد .

نخستین سؤالاتی که مجری اصلاحات باید درباره کیفیت مراقبت سلامت از خود بپرسد، دربرگیرنده نوع خاصی

**شکل1-6) مسائل مدیریت کیفیت که از طریق مرز ممکن کیفیت نشان داده شده­اند.**

**نمودار1**

**کیفیت خدمات**

**کیفیت بالینی**

◉

◉

◉

◉

**Z**

**Y**

**Q**

**X**

**نمودار2**

**کیفیت خدمات**

**کیفیت بالینی**

◉

◉

◉

◉

◉

◉

**A**

**H**

**Gg**

**E**

**F**

**B**

**I**

**III**

**II**

از کارایی فنی است.

آیا هر یک از خدمات، به گونه­ای تولید و ارایه می‌شوند که با در نظر گرفتن ثابت بودن هزینه­ها، به بالاترین کیفیت ممکن منتهی گردند؟ به ازای یک هزینه ثابت، خدماتی که کیفیتی پایین­تر از حداکثر میزان قابل دستیابی حاصل می­کنند، از نظر فنی ناکارا محسوب می‌شوند.

برای مشهود شدن این وضعیت نمودار 1 شکل ۱-۶ را در نظر بگیرید که «مرز ممکن کیفیت» را برای یک خدمت خاص مراقبت سلامت به تصویر کشیده شده است. برای اینکه ترسیم این نمودار ممکن است شود، ما فرض کرده­ایم که کیفیت «بالینی» و «خدمات» هر کدام، یک شدت[[208]](#footnote-208) واحد دارند؛ هرچند که در حقیقت، «مرز» ذکر شده، یک فضای چندبُعدی دارد. در یک سطح خاص از طرف هزینه به ازای واحد خدمت، هر نظام مراقبت سلامت تنها می‌تواند سطح محدودی از کیفیت بالینی یا کیفیت خدمات را تولید و ارایه کند. ما این نمودار را رسم کرده­ایم تا بیان کنیم که چنانچه یکی از دو متغیر کیفیت بالینی یا کیفیت خدمات خیلی پایین باشد، سایر جنبه‌های کیفیت نیز دچار نقصان می‌شوند؛ البته چنین چیزی لزوماً برای این نتیجه­گیری لازم نیست. نکته کلیدی آن است که یک خدمت برای آنکه از نظر تولید کیفیت مد نظر، از نظر فنی کارایی داشته باشد، باید به گونه‌ای سازماندهی ‌شود که برونداد آن بر روی مرز قرار گیرد نه در نقطه­ای مثل «Q».

چنانچه مدیران بخواهند بدانند آیا بر روی مرز یا حداقل نزدیک به آن قرار دارند یا خیر، به درجاتی از مقایسه با ملاک­های مبنا[[209]](#footnote-209) نیاز خواهند داشت. به عنوان مثال، می‌توان هر عملیات خاص را با آنچه در سایر کشورها (یا مناطق مختلف یک کشور) اتفاق می‌افتد مقایسه کرد تا مراکزی را یافت که با همان سطح هزینه فعالیت می­کنند. آن­وقت می­توانیم به ارزیابی زمان­های انتظار نسبی و پاکیزگی مراکز یا گزارش بیماران از مراقبت­شان بپردازیم تا امکان ارزشیابی کیفیت خدمات فراهم شود. از دید بالینی، می‌توانیم بر موجود بودن دروندادها (آیا داروها موجود هستند، آیا دستگاه­های تصویربرداری کار می­کنند) یا شاخص‌های برونداد (عفونت زخم­ها، میزان مرگ حین عمل) متمرکز شویم. برای مجریان اصلاحات، سؤال به این صورت خواهد بود که آیا ما با در نظر گرفتن بودجه­مان، به تمام کیفیت مدنظرمان دست یافته­ایم یا خیر؟ چنین نگرش و سؤالی، واضحاً برای تصمیم­گیری درباره برنامه اصلاحات حائز اهمیت است. خیلی فرق می­کند که عملکرد ضعیف از نظر کیفیت، به دلیل مدیریت ضعیف باشد یا بودجه‌اندک یا هر دو.

سؤال دومی‌نیز درباره کیفیت مطرح است. حتی اگر یک خدمت بر روی مرز ممکن کیفیت قرار داشته باشد، آیا تولیدکنندگان آن ترکیب متناسبی از کیفیت­ها را ارایه می‌کنند؟ این سؤال مشابه این پرسش است که چه نوع اتومبیلی طراحی و تولید کنیم. مثلاً وقتی بودجه ساخت یک درمانگاه­ جدید را در اختیار داریم، آیا باید پول بیشتری صرف اتاق­های انتظار راحت­تر کنیم و تعداد کمتری دستگاه رادیولوژی بخریم یا برعکس؟ از نظر مرز ممکن کیفیت، باید روی X یا Y باشیم یا جایی بین این دو؟ (با در نظر گرفتن روشی که این مرز را ترسیم کرده­ایم، هیچ دلیلی وجود ندارد که در نقطه Z باشیم مگر آن که امکان عملکرد بهتر در هر دو بعد فراهم باشد).

هنوز مسأله سومی درباره کیفیت باقی مانده است. همانطور که در نمودار 2 نشان داده شده است، مجموعه­ای از مرز‌های ممکن کیفیت برای هر خدمت خاص وجود دارد که هر یک، مبتنی بر سطوح مختلف بودجه (I، II، III در نمودار) هستند. بنابراین، سومین وظیفه، ارزیابی سطح صرف هزینه برای هر خدمت است که به نوبه خود تعیین کننده آن است که چه سطوح کیفیتی را می‌توان برای آن خدمت حاصل آورد. این موضوع، جنبه کمّیتی از کیفیت است که در ابتدا به آن اشاره کردیم. مسأله این است: چه سطحی از منابع را باید به هر خدمت اختصاص دهیم؟

چگونه مجریان مختلف اصلاحات، با دیدگاه‌های فلسفی متفاوت، درباره عملکرد نظام مراقبت سلامت با نگرش به کیفیت، قضاوت می­کنند. سودگرایان عینی که به حداکثر رساندن سلامت را می‌طلبند، تولید و دستیابی به حداکثر کیفیت بالینی را به ازای هر سطح خاص از بودجه می­خواهند (یعنی قرار داشتن روی مرز ممکن کیفیت در منطقه مثل X در نمودار1). آن­ها بر نحوه مدیریت خدمات می­نگرند تا مشخص کنند که چه راهی برای افزایش وضعیت سلامت از عملیات­های در حال جریان وجود دارد. سپس به ارزشیابی سطوح بودجه بر مبنای تحلیل هزینه-اثربخشی نهایی می­پردازند تا مشخص شود آیا پولی که در خدمات مختلف هزینه می‌شود، به شیوه‌ای صرف می‌شود که بالاترین مزیت و منفعت برای وضعیت سلامت را به دنبال داشته باشد یا خیر.

البته توجه کنید که نحوه ترسیم مرزها توسط ما بیان می‌کند که سودگرایان عینی ممکن است در این نکته به اشتباه بیفتند و این طور فرض کنند که همیشه می­توانند با کاهش کیفیت خدمات باعث افزایش کیفیت بالینی شوند. از یک نقطه به بعد، پایین آوردن سطوح خدمات باعث کاهش مصرف (بهره‌مندی)، کاهش پذیرش (کمپلیانس) بیمار و ممانعت از ارتباطات می‌شود که همه این‌ها می‌تواند منجر به نتایج بالینی ضعیف­تر شود. در حقیقت، برخی نظام­های واقعی (خصوصاً درمانگاه­های عمومی در کشورهای فقیر) ممکن است در واقع در این شرایط متناقض قرار گرفته باشند.

سودگرایان عینی که هدف­شان به حداکثر رساندن رضایتمندی مشتریان است، با فرایند ارزشیابی نسبتاً متفاوتی روبرو می‌شوند. به دلیل اینکه بیماران نسبت به جنبه­های بسیار متفاوت هر دو نوع کیفیت بالینی و کیفیت خدمات، واکنش نشان می‌دهند، سودگرایان غیرعینی موظف به تصمیم‌گیری درباره این نکته هستند که آیا ترکیب کیفیت و سطوح صرف هزینه برای هر خدمت، نشان­دهنده یک پاسخ بهینه به تمایلات و ترجیحات فردی مشتریان آن است یا خیر. دشواری و سختی واضحی که در انجام چنین تحلیلی وجود دارد توجیه­کننده آن است که چرا بسیاری از سودگرایان غیرعینی، مدافعِ به کارگیری بازارها در مراقبت سلامت (و هر جای دیگر) هستند. بازارها به همه اجازه می‌دهند که مجموعه‌ای از خدمات را انتخاب و به ازای دریافت آن­ها پرداخت کنند و ترکیب و سطوح کیفیتی را که ترجیح می دهند به دست آورند. البته فرض در چنین دیدگاهی بر آن است که مشتریان (یعنی بیماران) می‌توانند درباره سطوح کیفیت، قضاوت کنند که البته در زمینه کیفیت بالینی، این امر زیر سؤال است. بنابراین حتی برخی از سودگرایان غیرعینی نیز بازارها را از نظر اهداف کیفیت، تنظیم می­کنند؛ این موضوع را در فصل ۱۱ مورد بحث قرار خواهیم داد.

برای مجریان عمل­گرای اصلاحات، دستیابی بیشتر به هر دو نوع کیفیت بالینی و خدمات از طریق مدیریت بهتر، احتمالاً نخستین اولویت اصلاحات خواهد بود. این امر خصوصاً برای مواردی که بودجه­ها محدود هستند (که تقریباً همیشه مصداق دارد) بسیار حائز اهمیت است. البته زمانی که پیامدهای وضعیت سلامت و رضایتمندی، هردو پایین هستند و مدیریت خدمات سلامت به خوبی صورت می­گیرد، سؤال مرتبط این خواهد بود که آیا صرف هزینه (و در نهایت کیفیت) باید افزایش پیدا کند یا خیر (این موضوع بیانگر نیاز به حرکتی مثل حرکت­های ۵ و ۶ در فصل پایانی است). به صورت مشابه، زمانی که نظامی‌با مدیریت خوب، سلامت مطلوب اما رضایتمندی نامناسب (و یا برعکس) را حاصل می‌کند، سازماندهی مجدد برای تغییر ترکیب کیفیت نیز مسأله­ای خواهد بود که مجریان اصلاحات ممکن است بخواهند به آن بپردازند.

به طور خلاصه باید گفت که کیفیت، یک خصوصیت مهم عملکردی حد واسط است که هم بر وضعیت سلامت و هم بر رضایتمندی مشتریان تأثیر می­گذارد. ما سه مسأله مهم اما مجزا درباره کیفیت را مشخص کرده­ایم. نخست، آیا کیفیت (در ابعاد مختلف آن) با در نظر گرفتن بودجه ثابت، در حداکثر میزان ممکن است؟ دوم، آیا نظام، ترکیب صحیحی از کیفیت­ها را با در نظر گرفتن سطح بودجه برای هر یک از خدمات، تولید و ارایه می‌کند؟ سوم، سؤال مرتبط با کمیّت است. آیا سطوح بودجه طوری تنظیم شده­اند که سطوح متناسبی از کیفیت را برای هر خدمت فراهم آورند؟ از یک نظر، تخصیص مجدد بودجه­ها در بین خدمات برای ارتقای سطوح کیفیت، کاری است بسیار مشابه تغییر ترکیب پرونده­ها برای ارتقای کارایی تخصیصی.

خصوصیات کیفیتی نظام سلامت، تحت تأثیر تصمیمات سیاستگذاری متعددی قرار می‌گیرد. مسؤولیت روز-به-روز برای رسیدن به مرز ممکن کیفیت و همچنین برای تعیین کیفیت­ها، بر عهده مدیران خدمات مراقبت سلامت است. بسیاری از خصوصیات سازماندهی نظام سلامت (از جمله اینکه مدیران چگونه انتخاب و تشویق می‌شوند) بر عملکرد آن­ها در این جنبه تأثیر خواهد گذاشت. نظام­های تأمین مالی و پرداخت و دستگاه­های واضع مقررات و تنظیم­کننده، تعیین­کننده انگیزه­هایی هستند که مدیران با آن­ها مواجه می‌شوند. لذا این مسأله نیز بر عملکرد کیفیتی نظام تأثیر می­گذارد. به هر حال، یک نکته واضح و روشن است. قضاوت درباره، کیفیت نظام صرفاً این نیست که «هر چه بیشتر بهتر»! منابع همیشه محدود هستند؛ هم برای کشور و هم برای بخش سلامت. حتی برای نظامی‌که در تولید و ارایه کیفیت، کارایی دارد، که باقی می­ماند آن است که چه میزان کیفیت (و در چه ابعادی) باعث می­شود که توانایی جامعه در دستیابی به اهداف نهایی­اش به حداکثر برسد.

**۵) ایجاد یک کانون راهبردی از مشکل عملکرد[[210]](#footnote-210)**

در دو فصل پایانی، ما تلاش کرده­ایم نه فقط به ارتقای جایگاه خاص­مان درباره یک جامعه خوب و شکل­دهی آن به صورت اهداف بخش سلامت به گونه­ای بپردازیم که کاربرد فراگیری پیدا کنند، بلکه به دنبال ارایه چارچوبی برای تعریف مشکلات بوده­ایم تا مجریان اصلاحات بتوانند از آن استفاده کنند و آن را برای شرایط خاص خودشان تغییر دهند. این چارچوب شامل موارد زیر است: سه هدف عملکردی، سه خصوصیت عملکردی حد واسط و دو آزمون اخلاقی (میانگین و توزیع). همچنین این چارچوب به صورتی جزئی و دقیق، نقش­هایی را که هزینه­ها و فرهنگ باید در این تحلیل بازی کنند در نظر می‌گیرد. چرا که این موارد، بیانگر ارتباطات مهم بین بخش سلامت و نظام گسترده‌تر اقتصادی و اجتماعی هستند. پیچیدگی این ساختار تحلیلی، انعکاسی از این واقعیت است که تعریف مشکلات و ارزشیابی راه‌حل‌های جایگزین در حوزه اصلاحات بخش سلامت، یک وظیفه مشکل و پیچیده است. غفلت ورزیدن از این پیچیدگی، یک سادگی کاذب را به دنبال خواهد داشت.

با گفتن همه اینها، قصد داریم به آن­هایی که قصد دارند اصلاحاتی را صورت دهند توصیه­هایی درباره مشکلات عملکردی که باید بر آن متمرکز شوند ارایه کنیم؛ توصیه­هایی که تار و پودهای گوناگون این فصل و فصل قبلی را با یکدیگر پیوند می­زند. عصارۀ توصیه ما عبارتست از اینکه: راهبردی فکر کنیم! انتخاب یک تعریف (دقیق) از مشکل، نخستین گام از فرایند طولانی اصلاحات بخش سلامت است و این کار باید با نگاهی به تأثیرات وسیع­تر انجام این تعریف صورت گیرد.

همانگونه که در فصل 1 مورد بحث قرار گرفت، فرایند اصلاحات غالباً با وقایعی خارج از کنترل مجریان اصلاحات، تحریک می­شود؛ افت وضعیت اقتصادی، افزایش انتظارات و هزینه‌های سلامت، تغییر شرایط سیاسی و غیره. آنچه ما بر آن تأکید می­ورزیم این است که مجریان اصلاحات تلاش کنند تا برنامه­ای اتخاذ کنند و بر تعریف مشکل به گونه­ای تأثیر بگذارند که بر هر دو موضوع مباحثات سیاسی و فرایند تدوین سیاست، غلبه کند.

در فرایند اندیشیدن راهبردی درباره اینکه چه تعریفی از مشکل را باید پیگیری و دنبال نمود، اصلاح­گران باید متوجه این نکته باشند که افراد، اهداف متعددی دارند. نخست، اهدافی برای خود جامعه وجود دارد؛ یعنی نوعی از تفکر که در تحلیل فلسفی که تاکنون مورد بحث قرار دادیم نهفته است. بسیاری از کسانی که در فرایند اصلاحات مشارکت می‌کنند، از عواقب آن برای خود، خانواده­شان، دوستان، حزب سیاسی یا گروه تخصصی، بیمارستان­شان، وزارت مربوطه آن­ها و غیره، نگران هستند. این عواقب مختلف، نه تنها وابسته به این است که چه مشکلاتی مد نظر قرار گرفته و انتخاب شده­اند، بلکه بستگی به این دارد که چه سیاست­هایی انتخاب شده­اند و نتایج احتمالی ناشی از این سیاست­ها کدامند. مزایای سیاسی کوتاه مدت ممکن است صرفاً به خاطر تلاش برای حل یک مشکل به دست آیند اما بهبودهای طولانی مدت در پیامدها و اعتبار برای به وجود آوردن چنین بهبود­هایی بستگی به این دارد که (فرایند) اصلاحات واقعاً چه دستاوردهایی دارد.

برای شفاف­سازی اولویت­ها، مجریان اصلاحات می­توانند سه سؤال را از خود بپرسند تا راهی برای تلفیق و ترکیب ملاحظات اخلاقی، سیاسی و مادی باشد که در انتخاب کانونی برای (شروع) اصلاحات بخش سلامت، نقش ایفا می‌کنند.

* چه بهبودها و ارتقاهایی در عملکرد بخش سلامت، از نظر اخلاقی بیشترین اهمیت را دارد؟
* چه حوزه­هایی از عملکرد نامطلوب وجود دارد که می­توان امید داشت که کاری برایش انجام داد؟
* عواقب سیاسی پرداختن به این مسأله و مشکل چیست؟

بذل توجه خاص به نخستین سؤال، دربرگیرنده اولویت‌دهی به ارزش‌هاست. سؤال دوم نیازمند در نظر گرفتن مسائل زیر است: آیا هیچ سیاست یا برنامه امیدوارکننده­ای وجود دارد که به مسائل مهم اخلاقی بپردازد و آیا چنین برنامه‌ها و روش‌هایی، از نظر سیاسی امکان­پذیر و قابل اجرا در شرایط خاص کشور مربوطه هستند یا خیر. تنها در این صورت است که مجریان اصلاحات می­توانند تصمیم بگیرند که متمرکز شدن بر یک مشکل خاص، نتایج کاربردی به دنبال خواهد داشت یا خیر. هزینه چنین برنامه­هایی، در مقایسه با اعتبارات و بودجه موجود، عامل کلیدی برای انجام چنین تحلیلی است. سؤال سوم، مطرح­کننده در نظر داشتن عواقب سیاسی است. از یک نگاه، سیاست و امکان پذیری را می‌توان به عنوان «حجاب»[[211]](#footnote-211) یا «محدودیت»[[212]](#footnote-212) برای یک رویکرد مبتنی بر ارزش به حساب آورد. بنابراین، توصیه­ها را می­توان به شیوه زیر خلاصه کرد: با چیزی شروع کنید که قصد دارید به آن برسید و آن­وقت ببینید که آیا روشی برای دستیابی به آن وجود دارد که از نظر فنی امکان­پذیر از نظر سیاسی مقبول باشد.

همانگونه که شکل ۱-۵ به تصویر کشیده است، اهرم­های کنترل، تنها نیروهایی نیستند که تعیین‌کننده عملکرد بخش سلامت باشند. در عوض، ممکن است در بطن یک مشکل عملکردی خاص، عواملی نهفته باشند که امکان دستکاری آن­ها وجود نداشته باشد. همچنین همیشه نمی­توان به سادگی و بدون پژوهش گسترده درباره حوزه خاص یک مشکل مشخص کرد که آیا (انتخاب) سیاستی اثربخش، امکانپذیر و قابل اجرایی برای حل آن وجود دارد یا خیر. توصیه ما این است که پیش از شروع حرکت در مسیر اصلاحات، سؤال مربوط به امکان­پذیری را به بهترین وجه در نظر بگیرید و برای آن پاسخی بیابید.

ما به خوبی می­دانیم که پاسخ به این سؤالات، ممکن است همیشه و همگی در یک جهت نباشد. رهبران بعضاً بر مشکلاتی متمرکز می­شوند که احتمال پایینی برای دستیابی به راه­حل آن­ها وجود دارد؛ عدتاً به این دلیل که این توجه آن­ها، برطرف شدن نگرانی سیاسی را به دنبال دارد. در این مورد، مثال «مبارزه با داروها»[[213]](#footnote-213) در ایالات متحده به ذهن خطور می­کند. ما نمی‌گوییم که اینگونه اقدامات نمادین، همیشه غلط یا نامتناسب هستند. در عوض نکته­ای که مطرح می­کنیم آن است که مجریان اصلاحات لازم است پیش از آنکه هدفی را انتخاب کنند و مد نظر بگیرند که دستیابی به موفقیت در آن، نامحتمل به نظر می‌رسد، ملاحظه کنند که چه چیزی واقعاً در اختیار دارند.

این سؤالات، همچنین به ما یادآوری می‌کنند که فرایند تعریف راهبردی مشکل، باید «متناسب با مجری»[[214]](#footnote-214) باشد. یعنی اینکه عواقب سیاسی یک تصمیم خاص ممکن است برای نقش­آفرینان و بازیگران مختلف، متفاوت باشد. وزیر اقتصاد و دارایی ممکن است دیدگاه کاملاً متفاوتی درباره مهمترین اهداف اصلاحات بخش سلامت نسبت به وزیر بهداشت داشته باشد؛ مثلاً موقعی که توانایی پرداخت اعتبارات برنامه جدید بیمه اجتماعی، از بین می­رود، مسؤولیت پذیری هر یک از این وزرا ممکن است یکسان و برابر نباشد. به صورت مشابه، تمرکز بر وضعیت نامطلوب سلامت برای فقرای روستایی احتمالاً منافع سیاسی بیشتری برای احزابی خواهد داشت که به دنبال جلب مشارکت و حمایت کشاورزان هستند؛ اما برعکس برای طرف­هایی که حول و حوش یک اتحادیه تجاری شکل گرفته­اند و شرایط سیاسی­شان، دستیابی به ترکیب عمده­ای از جمعیت روستاییان نمی­شود، کمتر کمک­کننده خواهد بود. در حقیقت، هیچ راهی وجود ندارد که بتوان تعریف مشکل یا مسأله را کاملاً از یک دیدگاه انتزاعی ارایه کرد؛ یعنی از دیدگاهی که فلسفه آن را «دیدن از هیچ سمت»[[215]](#footnote-215) می­نامد. در عوض، انتخاب یک تعریف خاص برای مشکل را باید به عنوان پاسخی به شرایط خاص فردی یا گروهی در نظر گرفت.

زمانی که مجریان اصلاحات درباره تعریف یک مشکل تصمیم می‌گیرند، غالباً سؤالی دربارۀ گسترۀ[[216]](#footnote-216) این تعریف در نظر دارند. انتخاب برخی­شان ممکن است این­گونه باشد که تمرکز خود را به یک یا چند متغیر عملکردی خاص محدود سازند (مثلاً میزان مرگ­ومیر بالای شیرخواران و مادران در مناطق روستایی فقیر). چنین تعریفی از مشکل احتمالاً منتهی به مجموعه نسبتاً هدف­مندی از اصلاحات می­شود؛ به عنوان مثال، تدوین سازوکارهای جدید بازپرداخت یا سرمایه­گذاری انتخابی در مراکز، تسهیلات یا برنامه­های آموزشی خاص. از سوی دیگر، ارایه تعاریف وسیع­تر از مشکلات احتمالاً منتهی به برنامه‌های اصلاحات وسیع­تر و پیچیده­تر می­شود. نگرانی درباره نارسایی‌های هم­زمان و گسترده از نظر حفاظت در برابر خطر (مالی)، نارضایتی عمومی از نظام مراقبت سلامت و هزینه‌های بالا، می­تواند مجریان اصلاحات را به سوی طرح­ریزی برنامه­های اصلاحات وسیع­تر و کلی­تری سوق دهد. کشور ممکن است تصمیم بگیرد یک صندوق جدید بیمه اجتماعی ایجاد کند، برنامه پرداخت جدید برای بیمارستان تدوین کند و اشکال جدیدی از سازماندهی بیمارستانی را طرح­ریزی کند؛ همه با هم. در تصمیم‌گیری درباره گسترۀ مشکلاتی که باید به آنها مقابله کرد، به مجریان اصلاحات توصیه می‌شود که به دقت دربارۀ امکان­پذیری اجرایی و سیاسی برنامه­های کم و بیش وسیع­تر اصلاحات، بیندیشند.

به عنوان یک توصیه کاربردی عملی، یکی از راه­هایی که مجریان اصلاحات می­توانند دنبال کنند، «مقایسه با ملاک­های مبنا» است؛ یعنی مقایسه عملکرد ملی با استانداردهای مختلف برای مشخص کردن اینکه عملکرد حاصل، ناکافی یا قابل ارتقا است یا خیر. این فرایند می­تواند اشکال مختلفی داشته باشد:

* مقایسه اخلاقی: مقایسه عملکرد با هنجارهای اخلاقی کلی و عمومی‌که به گستردگی پذیرفته شده­اند؛
* مقایسه داخلی: مقایسه عملکرد یک کشور با سوابق عملکردی قبلی­اش.
* مقایسه خارجی: مقایسه عملکرد با سایر کشورهای دارای وضعیت­های مشابه.

دو نوع مقایسه اول، به مسأله اهمیت اخلاقی می­پردازند. چنانچه عملکرد یک کشور از نظر هنجارهای مطلوب بسیار غیرقابل قبول باشد (مثلاً اهداف توسعه هزاره) این امر بیانگر وجود مسأله‌ای است که باید به آن پرداخته شود. گوناگونی­های داخلی عمده نیز فوراً نگرانی­های اخلاقی را برمی‌انگیزد؛ خصوصاً برای کشورهایی که عدالت و برابری برایشان یک اولویت محسوب می­شود. سه شکل آخر مقایسه­های ذکر شده (داخلی، تاریخچه­ای و خارجی)، در پرداختن به مسأله امکان­پذیر بودن، کمک­کننده هستند. اگر یک زمانی عملکرد ما بهتر بوده است، اگر کشورهای دیگر عملکرد بهتری دارند و یا اگر عملکرد ما در برخی از مناطق بهتر بوده است، همه به این معنی است که امکان بهبود وجود دارد.

در چنین بستری باید به این نکته اشاره کنیم که قضاوت درباره سیاست­ها، نه تنها بر مبنای اثربخشی آن­ها بلکه بر حسب هزینه-اثربخشی آن­ها باشد. همانگونه که در یکی از مقالات پیشین اشاره کردیم، هزینه­ها همواره یکی از اجزای تعریف مشکل هستند؛ چه به صورت کلی و تلویحی و چه دقیق و جزیی. متأسفانه در دنیایی که با محدودیت منابع روبه­روست، برخی از مشکلات بسیار مهم را نمی­توان به دلایل مربوط به هزینه، قابل حل تصور کرد؛ مثال ناراحت­کننده مشکل ایدز در آفریقای جنوبی این مورد را به ما خاطر نشان می‌کند (البته در این مورد خاص، هزینه‌ها بعید است که تنها مانع موجود بر سر راه­حل مشکل باشند).

در فرایند انتخاب اولویت­ها، طرفداران نظریه­های اخلاقی مختلف، تمایل به تأکید بر نگرانی­های متفاوتی دارند. سودگرایان عینی بر ارتقای هزینه-اثربخش وضعیت کلی سلامت تاکید می‌کنند در حالی که نگرانی اصلی سودگرایان غیرعینی، رضایتمندی مشتریان است. لیبرال­های مساوات­طلب که می­خواهند هر فردی به حداقل فرصت ممکن در شرایط موجود دسترسی داشته باشد، بر وضعیت سلامت و اقتصادی مستمندترین اعضای جامعه متمرکز می‌شوند. بنابراین، علاوه بر سلامت، محافظت از فقرا در برابر خطر مالی هم یکی از نگرانی­های عمده آنان خواهد بود. سودگرایان غیرعینی، برخی از هنجارهای جامعه را به عنوان مانعی بر سر راه تخصیص منطقی و معقول منابع می‌بینند؛ هر چند که جامعه­گرایان نسبی‌گرا، به دفاع از این هنجارها می­پردازند. هیچ­کس توافقی درباره اهمیت نسبی کیفیت خدمات در برابر کیفیت بالینی ندارد و هیچ‌کس هم اولویت مشابهی را به حق انتخاب بیماران در فرایند ارایه مراقبت نمی­دهد. دقیقاً به همین دلیل است که تصمیم­گیری درباره این­که اولویت بر چه مشکلات عملکردی گذاشته شود، یک انتخاب[[217]](#footnote-217) است؛ انتخابی که باید هم عاقلانه و هم با تفکر کامل صورت گیرد.

پس به طور خلاصه، تعریف مشکل (انتخاب حوزه­هایی از عملکرد برای اولویت دادن به آن­ها)، یک تصمیم‌گیری راهبردی حیاتی برای مجریان اصلاحات سلامت است. این تعریف، بر نحوه تمرکز توجهات، اینکه چه مداخلاتی باید آزموده شوند و نهایتاً اینکه چه قضاوتی دربارۀ خود مجریان اصلاحات صورت می­گیرد، تأثیر خواهد گذاشت. در واقع صحبت بر سر تخصیص منابع اندک سیاسی و اجتماعی در یک مسیر و نه در مسیر دیگر است. چنین انتخاب­هایی، تأثیرگذاری عمیقی بر سطوح مختلف خواهد گذاشت؛ از افراد و سازمان­های دخیل گرفته تا کل جامعه؛ پس لازم است که چنین انتخاب‌هایی به شیوه­ای خودشفاف[[218]](#footnote-218) و آینده نگر، اتخاذ شوند. چه راه دیگری جز این وجود دارد که یک مجری اصلاحات بتواند بهترین پایه و مبنای ممکن را برای کار طاقت­فرسای انجام اصلاحات به صورت واقعی، پایه­ریزی کند؛ مبنایی که گذشته از همه اینها، نقطه اتکای کل فرایند اصلاحات است.

**7**

**از تشخیص علل عملکرد ضعیف تا اصلاحات نظام سلامت**

**۱) مقدمه**

زمانی که مجریان اصلاحات بخش سلامت تصمیم گرفتند که بر چه مشکلات عملکردی متمرکز شوند (یعنی زمانی که درباره اولویت راهبردی‌شان تصمیم گرفتند) باید وارد مراحل بعدی چرخه سیاستگذاری شوند. معنی این امر آن است که ابتدا، علل عملکرد ضعیفی که نگران آن هستند، مشخص و استخراج شود. ما این فرایند را «تشخیص»[[219]](#footnote-219) می‌نامیم. سپس مجریان اصلاحات باید تصمیم بگیرند که با وضعیت حاضر، چه کار کنند؛ فرایندی که تحت عنوان «تدوین سیاست» از آن نام می‌بریم. در این فصل، ما به بحث درباره‌این فعالیت‌ها می‌پردازیم و توصیه‌هایی درباره نحوه انجام آنها ارایه می‌کنیم تا بتوان اصلاحات اثربخش‌تری در بخش سلامت انجام داد.

در ارتباط با تشخیص، راهبرد بنیادین عبارتست از اینکه: «به صورت واپس نگر کار کنیم». به پرسیدن «چرا»هایتان به صورت واپس نگر ادامه دهید تا وقتی که علل عملکرد ضعیف را که می‌خواهید آن را ارتقا دهید، پیدا کنید. هدف از این فرایند که تحت عنوان «سفر تشخیصی»[[220]](#footnote-220) نامی‌ده می‌شود، تهیه و ترسیم یک «درخت تشخیصی» است؛ درخت تشخیصی در واقع یک ابزار تحلیلی است (به صورت جزئی آن را در ذیل تشریح خواهیم کرد) که جنبه‌های عملکرد ضعیف را به عوامل على منتسب می‌کند که ممکن است به وسیله مداخلات سیاستی، قابل تغییر، تعدیل و حک و اصلاح باشند. کار بعدی یعنی تدوین سیاست، شامل تدوین مجموعه‌ای از سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که علل (یا تأثیرات) آنها را تغییر خواهند داد و بنابراین عملکرد بخش سلامت را بهبود خواهند بخشید.

در انجام چنین امری، ما به خوانندگان هشدار می‌دهیم که به چند ساده توجه نمایند. نخستین راهکار این است که «فرایند، بسیار مهم است». نحوه انجام کارهای مختلف در اصلاحات سلامت می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر آنچه واقعا اتفاق خواهد افتاد داشته باشد. به عنوان مثال، اینکه نقش آفرینان و گروههای ذینفع خاصی احساس کنند که مورد مشورت قرار گرفته‌اند یا خیر، قويا بر نگرش آنها نسبت به هرگونه برنامه اصلاحات تأثیر خواهد گذاشت. به نوبه خود، چنین نگرشی بر اتخاذ سیاست، پذیرش سنجه‌ها و روش‌های اصلاحات و همچنین بر نحوه پیاده‌سازی و اجرای اثربخش سیاست انتخاب شده، مؤثر خواهد بود.

دومین راهکار این است که «تقلید و اقتباس کنید اما تطابق دهید». به دلیل اینکه خلق ایده‌های جدید، کار مشکلی است، تقلید از رویکردهای ثابت شده‌ای که امتحان خود را پس داده‌اند، نیاز به توصیه بیشتر از این ندارد. اما از سوی دیگر، به دلیل اینکه شرایط محلی همواره تغییر می‌کنند، تقلید و اقتباس موفقیت آمیز، شامل تطبيق دادن و تعدیل ایده‌ها از جای دیگر با شرایط محیطی خواهد بود.

راهکار سوم این است که از شواهد استفاده کنید. در سالهای اخیر، جنبش عظیمی‌در طبابت، با حرکت از سوی طبابت بالینی مبتنی بر تجربه به سمت «طبابت مبتنی بر شواهد»[[221]](#footnote-221) صورت گرفته است؛ در طبابت مبتنی بر شواهد، تصمیم گیری‌ها به دنبال بررسی و مطالعه دقیق متون علمی مرتبط با موضوع، صورت می‌گیرد. توصیه گران این نوع طبابت اخیر اینگونه مطرح می‌کنند که پزشکان غالبا الگوهای طبابتی برای خود ایجاد می‌کنند که همیشه از نظر علمی، پذیرفته و معقول نیست. به عنوان مثال، برخی از پزشکان، به صورت روتین به اعمال جراحی برداشتن لوزه‌ها یا رحم در مواردی که هیچ دليل واضحی برای انجام آنها وجود ندارد مبادرت می‌ورزند. همین مشکل درباره برخی از مجریان اصلاحات بخش سلامت نیز وجود دارد؛ یعنی هستند افرادی که بدون تعیین مشکلات عملکردی در یک کشور خاص و بدون تحليل دقیق راجع به‌اینکه مداخله مدنظرشان باعث ارتقا و بهبود آن عملکرد (ضعیف) خواهد شد یا خیر، به صورت روتین یک راه حل یا علاج مطلوب از نظر خودشان (مثلا «خصوصی سازی» یا «تمرکززدایی») را توصیه می‌کنند و برآن اصرار می‌ورزند. برای مقابله با چنین علاقمندی‌های غیر ضروری، ما بر «اصلاحات مبتنی بر شواهد»[[222]](#footnote-222) تأکید می‌ورزیم؛ یعنی حالتی که سیاست‌ها مبتنی بر تحلیل دقیق مشکلات، علل و اثرات احتمالی آنها هستند.

مثال زیر را در نظر بگیرید. تصور کنید که یک کشور تازه استقلال یافته اروپای شرقی، کاهش امید به زندگی در مردان را (به دلیل مشکلات قلبی و افزایش میزان خودکشی) به عنوان یک مشکل عملکردی اولویت دار در نظر گرفته است. همچنین تصور کنید که برخی از مجریان اصلاحات به‌این کشور فشار می آورند تا برای کمک به بهبود عملکرد نظام مراقبت سلامت، برنامه بیمه رقابتی خصوصی سلامت را تدوین و اجرا کند. چنین جنبشی هیچ معنی و تأثیری نخواهد داشت تا زمانی که توصیه گران آن توضیح دهند که چگونه و چرا این ترتیبات مالی جدید، تأثیر مثبتی بر امید به زندگی مردان می‌گذارد (البته در حقیقت، ما به اصل وجود چنین رابطه‌ای بین دو مورد اخیر، شک داریم).

در انجام فرایندهای تشخیص و تدوین سیاست، ما به مجریان اصلاحات توصیه می‌کنیم تا از چارچوبی که در فصل ۲ تحت عنوان پنج «اهرم کنترل» مطرح کردیم، استفاده کنند. هر یک از اهرم‌های کنترل، بر خصوصیات خاصی از نظام سلامت و راهبردهایی متمرکز می‌شوند که دولت‌ها برای بهبود نظام سلامت در هر حوزه می‌توانند از آنها استفاده کنند. به عنوان مثال، دولت‌ها می‌توانند مشخص کنند که چه مالیات‌هایی برای تأمین مالی مراقبت سلامت به کار رود (و آن را تغییر دهند)؛ پرداخت به پزشکان چگونه صورت گیرد، سازماندهی و مدیریت بیمارستان‌ها چگونه باشد. در بخش ۲ این مجموعه، ما به مرور جزئی‌تر این مجموعه از انتخاب‌های سیاستی موجود می‌پردازیم و اثرات و عواقب احتمالی رویکردهای مختلف را به بحث می‌گذاریم.

همچنین چارچوب اهرم‌های کنترل می‌تواند ابزار سازمان دهنده مفیدی در مرحله تشخیص باشد؛ چرا که در این مرحله، کاری که باید انجام شود فقط این نیست؛ بلکه علت‌هایی باید مشخص شوند که با اقدامات دولت قابل تغییر هستند. بنابراین رویکرد اهرم‌های کنترل، یک فهرست و منوی انتخابی در اختيار ما خواهد گذاشت؛ مجموعه‌ای از نقاط پایانی احتمالی در نتیجه سفر تشخیصی که‌این موارد به نوبه خود می‌توانند مبنای اقدامات بالقوه اثربخش دولت قرار گیرند.

اجازه بدهید به موضوع از زاویه دیگری بنگریم. تعیین تغییرات بالقوه اثربخش در یک یا چند اهرم کنترل، پایان وظیفه تشخیصی و آغاز کار تدوین سیاست است. در ابتدای تحلیل لازم است با حرکت واپس نگر به علتها رسید؛ سپس به سیاست‌هایی نگریست که باعث تغییر این علت‌ها می‌شوند؛ و آن وقت باید با حرکت به جلو، از علل به پیش بینی‌های مربوط به ارتقای عملکرد بخش سلامت در آینده (در نتیجه تغییرات سیاستی مختلف) پرداخت.

در این فصل، ما با کار روی یک مثال گسترش یافته از یک درخت تشخیصی شروع می‌کنیم و به بحث درباره مرتبط ساختن تشخیص با اهرم‌های کنترل می‌پردازیم. البته پیش از مطرح کردن تحلیل «تک مسأله‌ای»، ما به تشریح شرایطی می‌پردازیم که مجریان اصلاحات در این شرایط احتمالا به‌این نتیجه می رسند که تلاش‌های چندجانبه و گسترده‌تری (یعنی اصلاحات عمده‌تری در بخش سلامت) در واقع مورد نیاز خواهد بود.

در نیمه‌این فصل، تمرکز خود را بر تدوین سیاست خواهیم گذاشت. ما ابتدا به بحث درباره برخی نگرانی‌های مربوط به فرایند می‌پردازیم و آنگاه برخی از معیارهای غربالگری را که می‌توان برای قضاوت درباره پروپوزال‌های جایگزین از آنها استفاده کرد، مطرح می‌کنیم. در نهایت، به بحث درباره نحوه یافتن و استفاده از شواهد در هر مرحله از فرایند خواهیم پرداخت و با ارایه چند هشدار نهایی و مشاهدات نمونه، نتیجه‌گیری بحث را انجام خواهیم داد.

**۲) شکل‌گیری تلاش‌های عمده اصلاحات بخش سلامت**

تاکنون به بحث درباره فرایند تشخیص نظام سلامت و تدوین سیاست به گونه‌ای پرداخته‌ایم که قرار است در یک زمان، صرفا بر یک مشکل عملکردی خاص متمرکز باشد. چنین رویکردی احتمالا منجر به تدوین برنامه‌های زمان‌بندی شده و جزئی‌تر می‌شود؛ مثلا یک برنامه جدید سلامت مادر - کودک یا یک تلاش گسترده‌تر برای واکسیناسیون کودکان. اما همانگونه که پیشتر اشاره کردیم، کشورها غالبا با مشکلات عملکردی متعدد و مرتبط با یکدیگر مواجه هستند. فرایند تشخیص در هر یک از این مشکلات خاص ممکن است برخی خصوصیات مشترک نظام مراقبت سلامت را به عنوان عوامل مهم زمینه ساز و علل اصلی مطرح نماید. برای مقابله اثربخش با این مشکلات متعدد، ممکن است مداخلات متعددی هم مورد نیاز باشد. آن وقت است که‌این نوع تحلیل، یکی از راه‌هایی خواهد بود که کشور را به سمت تلاش‌های عمده اصلاحات بخش سلامت هدایت می‌کند.

همان گونه که در فصل ۵ مطرح کردیم، در چنین ارتباطی، مجبور هستیم مجددا به نقش کلیدی هزینه‌ها بازگردیم. کشوری که از عملکرد بخش سلامت خود ناراضی است و در عین حال با محدودیت‌های بودجه و هزینه هم مواجه است، غالبا در جستجو به دنبال علل بروز این مشکلات، به سمت یک تحلیل پیچیده و چندجانبهای سوق داده خواهد شد. علل بسیار مختلفی برای این عملکرد ضعیف ممکن است مشخص شوند از جمله: ناکارایی فنی (به دلیل انگیزه‌های ضعیف ناشی از نظام پرداخت و مدیریت نامناسب به خاطر سازماندهی ناصحیح)، کارایی تخصیصی (به دلیل تخصیص نامناسب منابع از نظام تأمین مالی)، کیفیت پایین و دسترسی محدود. همچنین اختصاص اعتبارات به صورت برنامه - به - برنامه ممکن نخواهد بود، دقیقا به‌این خاطر که پول کافی برای پرداخت به کل مجموعه برنامه‌های جدید هماهنگ نشده اصلاحات وجود ندارد. دوباره باید تأکید کرد که اصلاحات چندجانبه که طی آن، تغییرات عمده در چند اهرم کنترل در تلاش برای ایجاد تغییر بینادین در نظام صورت می‌گیرد، احتمالا پاسخ مناسبی خواهد بود.

مسأله هماهنگی و همخوانی[[223]](#footnote-223) نیز جزو مواردی است که در اینجا باید به آن توجه کرد. تعدد برنامه‌ها این خطر را به همراه دارد که ناهماهنگی یا حتی و عدم تطابق با یکدیگر در این میان بروز کند. یک برنامه ممکن است بر تمرکز زدایی مراقبت اولیه تا سطح استانی تأکید کند در حالی که برنامه دیگر، انجام یک برنامه واکسیناسیون کشوری را به صورت متمرکز پیشنهاد می‌کند. مواجهه با چنین تعارضاتی و تصمیم‌گیری درباره آنها به شیوه‌ای یکپارچه، نیاز به نگرشی هماهنگ به کلی نظام سلامت و برنامه‌ای برای بررسی و بازبینی این نظام دارد.

مسأله محدودیت منابع سیاسی و فنی، مشخصا برای همه مجریان اصلاحات وجود دارد. مقابله با تعداد زیادی از مشکلات عملکردی به صورت مستقل از هم و جدای از یکدیگر، تقاضا و فشار بسیار بیشتری بر این منابع محدود وارد می‌کند. اما در عوض، متمرکز شدن بر چند مشکل شایع خاص و بنیادی‌تر می‌تواند به صورت بالقوه، باعث استفاده هزینه - اثربخش از انرژی و توان محدود مجریان اصلاحات شود؛ البته با فرض اینکه انجام چنین تغییراتی مقدور و امکان پذیر است.

در نهایت اینکه، تلاش یکپارچه و گسترده در اصلاحات، می‌تواند ارزش سیاسی نیز داشته باشد؛ چرا که غالبا نسبت به مجموعه‌ای از برنامه‌های کوچک و محدود، عظمت و جلب توجه بیشتری را بر می انگیزد. با دادن وعده‌های بیشتر به جمعیت یک کشور، اصلاحات وسیع می‌تواند به مثابه یک راهبرد سیاسی اثربخش عمل کند؛ خصوصا زمانی که مردم یک کشور، از نظام سلامت فعلی‌شان ناراضی باشند.

مثال زیر را در نظر بگیرید. تصور کنید که یک کشور، هم درباره فزونی واضح مرگ‌ومیر مادران و هم درباره پایین بودن امید به زندگی کلی در فقرای روستایی نگران است. فرایند تشخیص که به دنبال علل این مشکلات است احتمالا به نتایج مشابهی دست خواهد یافت. کیفیت پایین خدمات و عدم مصرف و بهره مندی از خدمات، احتمالا مكررة و مکررا به چشم خواهند آمد. به دلیل اینکه یک نظام یکسان عمومی مبتنی بر بودجه، به ارایه مراقبت در هر دوی این حوزه‌ها می‌پردازد، پاسخ مناسب به چنین وضعیتی می‌تواند به صورت برنامه ریزی و تلاشی چند وجهی باشد که از چند اهرم کنترل برای بهبود خدمات و افزایش مصرف و بهره مندی در مناطق روستایی استفاده می‌کند. این امر منتهی به برنامه پیچیده‌ای برای اصلاحات نظام سلامت می‌شود که برای بهبود عملکرد بدون افزایش هزینه‌ها طراحی شده است.

به عنوان مثال اختیارات قابل توجهی را می‌توان به جوامع محلی تزریق و کرد و به آنها اجازه داد که برنامه‌های بیمه محلی (تأمین مالی جامعه‌ای)، تنظیم کنند و اعتبارات اضافی دریافت نمایند. همچنین می‌توان به‌این جمعیت‌ها اجازه داد که با سازمانهای غیردولتی یا پزشکان خصوصی، بر مبنای سرانه قرارداد ببندند تا مراکز بهداشت محلی را راه‌اندازی کنند؛ به‌این معنی که در واقع، نتایج بهتری از منابع موجود گرفته شود.

چنین برنامه‌ای که تعداد زیادی از تغییرات قابل توجه را در خود می‌گنجاند، خطرات و تقاضاهای عمده‌ای را نیز با خود به همراه دارد. اما تأثير آن به‌اندازه کافی چشمگیر هست که امکان دستیابی به حمایت سیاسی قابل توجه را نیز به همراه داشته باشد. همچنین در این شرایط، این امکان وجود دارد که یک مجموعه از اصلاحات بتواند با چندین مسأله، به صورت همزمان و به شیوه‌ای یکپارچه و هماهنگی برخوردار کند.

به یک مثال دیگر توجه کنید. تصور کنید که یک کشور درباره تفاوت وضعیت سلامت و محافظت در برابر خطر مالی، بین آنهایی که در بخش رسمی مشغول به کار هستند (کارمندان دولت و کارفرمایان بزرگ) و آنهایی که خویش فرما[[224]](#footnote-224) هستند و یا در بخش غیر رسمی‌کار می‌کنند، نگران است.

سفر تشخیصی برای هر یک از این مشکلات احتمالا نشان خواهد داد که تنها آنهایی که در بخش رسمی مشغول به کار هستند، تحت پوشش بیمه اجتماعی قرار دارند در حالی که سایر نیروهای کاری، تا حد زیادی از بیمارستان‌های عمومی یا پزشکان خصوصی استفاده می‌کنند و برای دریافت مراقبت، به طور مستقیم از جیب خود پول پرداخت می‌کنند. این کشور ممکن است اینگونه تصمیم بگیرد که یک نظام جدید و یکپارچه شده بیمه اجتماعی تأسیس نماید. این کار هم می‌تواند باعث افزایش دسترسی کارکنان بخش غیررسمی‌به مراقبت شود و محافظت در برابر خطر مالی را که در حال حاضر فاقد آن هستند، برایشان به ارمغان آورد. این کار همچنین می‌تواند تلاش‌های فوق را با برقرار ساختن امکان قرار دادبندی با صندوق بیمه جدید، پیوند بزند و همزمان، اصلاحات خود بیمارستان‌ها را نیز برای اعطای خود مختاری و خودگردانی بیشتر به آنها و مدیرانشان با این برنامه همراه کند. چنین اصلاحات چند جانبه‌ای باید مبتنی بر مجموعه‌ای از سفرهای تشخیصی خاص باشد. اما نیاز به مجموعه‌ای مرتبط از تغییرات، به‌این خاطر ایجاد می‌شود که مجموعه عللی که باید به آنها برخورد شود، پیچیده، مرتبط و متلاقی با یکدیگر هستند. به مثابه همیشه، محاسبات مربوط به امکان پذیری سیاسی[[225]](#footnote-225) و قابلیت پیاده‌سازی و اجرای مدیریتی [[226]](#footnote-226) نیز که در ادامه‌این فصل به بحث راجع به آن می‌پردازیم، باید بر تصمیمات مجریان اصلاحات تأثیر بگذارد تا به‌این شیوه پیش بروند.

این امکان وجود دارد که‌این نوع از تحلیل، در بحث‌های مربوط به مجریان اصلاحات که تغییرات سیاستی عمده را توصیه می‌کنند، بدون آنکه پیشنهادها و پروپوزال‌های خود را به هیچ مزیت عملکردی خاص مرتبط ساخته باشند، کلی و تلویحی باشد. البته در تجربه ما، این حالت مشخصا همیشه روی نمی‌دهد: نارسایی و ناتوانی در ارائه هرگونه تحلیل تشخیصی نظام مند، احتمالا انعکاسی از ایده‌های اصلاحاتی است که طراحی نامناسب و سنجیدگی اندکی در پشت آنها نهفته بوده است. در حقیقت، یک برنامه اصلاحات پیچیده که برای بهبود عملکرد در چندین بعد طراحی شده است، نیازمند تحلیل بیشتر (و نه کمتر نسبت به برنامه‌های اصلاحات ساده‌تر و خفیف‌تر است، لازم است که عواقب بالقوه متعارض و مکمل برنامه‌های پیچیده اصلاحات به صورت دقیق و جزئی مورد تحلیل قرار گیرد.

**۳) تهیه یک درخت تشخیصی از نظام سلامت**

پیش از ارایه یک مثال خاص از نحوه انجام فرایند تشخیص، نیازمند آن هستیم که انتظارات مان را از اینکه چنین فرایندی احتمالا چه چیزهایی پیدا خواهد کرد، مشخص و درجه‌بندی کنیم. با در نظر گرفتن پیچیدگی بخش سلامت، ندرتا به‌این حالت بر می‌خوریم که مشکل الف، فقط و فقط به علت ب ایجاد شده باشد و دلیل بروز ب، فقط و فقط علتی مثل ج باشد. در عوض:

* احتمال دارد که چندین مرحله با مجموعه از علل وجود داشته باشد؛
* هر تأثير ممكن است به خاطر یک یا چند علت ایجاد شده باشد؛
* هر علت ممکن است تأثیرات متعددی داشته باشد؛
* علت‌ها و تأثيرات ممکن است با یکدیگر تعامل داشته باشند و اثر یکدیگر را به روش‌های مختلف، تشدید یا تضعیف کنند؛
* هر علتی را نمی‌توان با سیاستگذاری عمومی‌دستکاری کرد؛
* ایجاد تغییر ممکن است نیازمند اقدام هم زمان بر روی چند علت باشد؛ یعنی تغییر بیش از یک اهرم کنترل

با در نظر داشتن این جوانب احتیاط، اجازه بدهید به یک مثال عملی خاص از سفر تشخیصی نگاهی بیندازیم. برای انجام این کار، ما از یک ابزار تحلیلی به نام درخت تشخیصی نظام سلامت استفاده می‌کنیم که مشابه (اما متفاوت با دو نوع نمودار درختی دیگری است که خوانندگان ممکن است با آن آشنایی داشته باشند. یک نوع از آنها، درخت تصمیم‌گیری[[227]](#footnote-227) است که برای تحلیل تصمیم گیری‌ها در شرایط عدم قطعیت به کار گرفته می‌شود. در هر نقطه دو شاخه شدن در یک درخت تصمیم گیری، یک مجموعه از وقایع مانعة الجمع[[228]](#footnote-228) روی می‌دهند (یا به خاطر شانس و تصادف و یا به دلیل انتخاب تصمیم گیرندگان). البته در یک درخت تشخیصی نظام سلامت، یک تحلیل گر، علل احتمالی متعددی را برای یک وضعیت خاص در هر نقطه دو شاخه شدن مطرح می‌کند؛ این اتفاق ممکن است روی دهد که چندین علت مختلف به صورت همزمان در حال تأثیرگذاری و فعالیت باشند. برخلاف درخت تصمیم گیری، هیچ پیش فرضی وجود ندارد که مسیرهای موجود، مانعة الجمع هستند.

همچنین درخت تشخیصی بخش سلامت، با نمودار درختی تلویحی که در فرایند تشخیص در پزشکی بالینی وجود دارد نیز متفاوت است. علی رغم اینکه در نمودارهای درختی پزشکی بالینی نیز بحث علیت[[229]](#footnote-229) مطرح می‌شود، به صورت طبیعی در هر شاخه تنها یک مورد از مجموعه علل موجود و جایگزین را می‌توان انتخاب کرد. بیمار یا این بیماری را دارد یا به بیماری دیگر مبتلاست. در درخت تشخیصی بخش سلامت، عموما بیش از یک علت (یعنی بیش از یک بیماری به صورت همزمان مشغول به فعالیت هستند.

مثال زیر را در نظر بگیرید. تصور کنید که دولت یک کشور به‌این نتیجه رسیده است که در مقایسه با کشورهای مشابه، میزان مرگ‌ومیر مادران به صورت قابل توجهی (خصوصا در بین فقرای روستایی بالاتر است. همچنین تصور کنید که از هر دو دیدگاه سیاسی و فلسفی، دولت تصمیم گرفته است که بهبود این میزان را به عنوان اولویت خود قرار دهد. ما با ارایه مثال زیر نشان خواهیم داد که فرایندد تشخیص چگونه کار می‌کند. نخستین گام، در نظر گرفتن طبقه بندی‌های گسترده علت هاست. شکل ۱-۷، سه دلیل احتمالی را که غالبا در بروز چنین مشکلاتی در نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه دخیل هستند نشان می‌دهد: مراقبت سلامت ناکافی، رفتار پرخطر و وضعیت اقتصادی - اجتماعی ضعیف و نامطلوب. به عنوان جزئی از اصلاحات بخش سلامت، یک کشور قادر نخواهد بود که به علل مربوط به خارج از نظام مراقبت سلامت بپردازد. به هر حال، این مسأله را باید کماکان در تحليل مدنظر قرار داد تا بتوانیم دیدگاه واقع گرایانه‌ای از نقش اصلاحات بخش سلامت در حل کردن مشکلات به دست آوریم.

شکل ۱-۷) شروع به عملکرد واپس نگر در طول زنجيره على

\* در این شکل و شکل‌های بعدی، پیکانها، جهت و سمت و سوی علیت را نشان می‌دهند. اما در فرایند تشخیصی، ما تحليل مان را در جهت معکوس یعنی از پیامدها به سمت علل انجام می‌دهیم.

یکی از راه‌های تعیین اینکه چه ارتباطات و اتصالاتی مهم هستند، نگاه کردن به وضعیت کشور خود در مقایسه با کشورهای مشابهی است که بهتر عمل می‌کنند. یک علت احتمالی که تأثیر مشابهی در هر دو کشور گذاشته است، احتمالا توجیه کننده تفاوت‌های موجود از نظر عملکرد نخواهد بود. به عنوان مثال، چنانچه عوامل خطرزای رفتاری (مثل کار فیزیکی سنگین، سیگار) در مملکت ما با کشورهایی که عملکرد بهتری دارند مشابه باشد، احتمالا این عوامل، علت اصلی و واقعی مرگ‌ومیر بالاتر مادران در کشور ما نخواهند بود. دومین خط تحلیلی، استفاده از مزیت وجود هر نوع گوناگونی پیامدها در درون یک کشور است (مثلا گوناگونی برحسب منطقه و گروه اجتماعی - اقتصادی). آن وقت می‌توانیم مشاهده کنیم که‌ایا هیچ گونه تفاوت و گوناگونی در متغیرهای علی احتمالی که به موازات تغییرات و گوناگونی پیامدها باشد، در بین گروهها دیده می‌شود یا خیر. وجود چنین ارتباطی، اثبات نمی‌کند که یک ارتباط على حتما وجود دارد؛ اما می‌تواند فرد را به‌اندازه کافی به شک بیندازد که موضوع را بیشتر بررسی کند.

تصور کنید که سایر کشورها با شرایط اقتصادی - اجتماعی و الگوهای رفتاری مشابه، به سطوح بهتری از مرگ‌ومیر مادران دست یافته‌اند. این امر بیانگر آن است که نیاز به تمرکز بر خدمات سلامت به عنوان عامل بالقوه

شکل ۲-۷) دومین گام به عقب در طول زنجيره على

حیاتی وجود دارد. سؤال بعدی که در شکل ۲-۷ نشان داده شده عبارتست از اینکه چه جنبه‌هایی از خدمات سلامت ملی، «ناکافی» هستند. این مرحله دوم نشان می‌دهد که چگونه یک تحلیل علی، با حرکت واپس نگر به علل متوالی عملکرد ضعیف می رسد و سپس به علت‌های این علل). درخت تشخیصی نظام سلامت، فقط یک روش برای پیگیری، دنبال کردن و ترسیم زنجیره‌های علی دخیل در این امر است.

نخستین گام در رتبه‌بندی میزان مشارکت نسبی دو علت تشریح شده در شکل ۲-۷، نگاه کردن به میزان مصرف و بهره مندی است. شهروندان چه مراقبتی دریافت می‌کنند؟ به عنوان مثال، چنانچه تعداد سرانه مراجعات مراقبت پیش از زایمان و میزان زایمان‌های بیمارستانی ما مشابه کشورهایی باشد که عملکرد بهتری دارند، احتمالا کمیت مراقبت جزو مشکلات نخواهد بود. برعکس، میزان‌های پایین‌تر مصرف و بهره مندی، بیانگر وجود یک مسأله در کمیت است. به صورت مشابه، میزان مرگ‌ومیر در بین بیمارانی که در بیمارستان بستری شده‌اند (مجددا در مقایسه با استانداردهای بین المللی) می‌تواند اطلاعاتی درباره کیفیت بالینی ارایه کند. به دلیل اینکه میزان‌های مرگ‌ومیر مادران در بین فقرای روستایی، نگرانی عمده و اختصاصی محسوب می‌شود، مقایسه کمیت و کیفیت مراقبت برای این جمعیت خاص با آنچه در بقیه کشور وجود دارد، حائز اهمیت فراوان خواهد بود. به علاوه، همان گونه که در ابتدا اشاره کردیم، در هر نقطه تقاطع و شاخه

شکل ۳-۷) گام‌های بیشتری به عقب در طول زنجیره على.

درخت تشخیص، انتخاب‌های موجود مانعة الجمع نیستند. ممکن است در مناطق مختلف کشور، هر دو نوع مشکلات کمیتی و کیفیتی به درجات مختلف وجود داشته باشد.

تحلیل گران همان طور که در طول درخت علی به سمت عقب برمی‌گردند، باید به دنبال تعیین علت‌هایی باشند که با برنامه‌های سیاستی جدید بتوان آنها را تغییر داد. به عنوان مثال، تصور کنید که داده‌ها بیانگر این است که کیفیت بالینی پایین مراقبتها (خصوصا در مناطق روستایی)، در مرگ‌ومیر مادران دخیل است. این موضوع بیانگر آن است که یک نگاه عمیق‌تر به علل احتمالی کیفیت بالینی پایین (که در شکل ۳-۱ به تصویر کشیده شده است) لازم خواهد بود. دو شاخه اول این نمودار، مستقیم و سر راست هستند. نخست اینکه‌ایا مشکلی با ارایه کنندگان وجود دارد؟ همان گونه که در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفت، ارزشیابی مهارت‌ها و تصمیم گیری، در کل شامل بررسی پرونده‌های بالینی خواهد بود و ارزیابی مراقبت ارایه شده در نمونه‌ای از موارد مرگ‌ومیر مادران، یکی از روش‌هایی است که می‌توان برای جلو رفتن در پیش گرفت. چنانچه‌این مطالعه، وجود مسأله یا مسائلی را در کیفیت بالینی نشان دهد، این امر باید نیاز به بررسی بیشتر را تحریک کند. نخست، آیا تصمیمات صحیحی درباره‌اینکه چگونه از بیماران مراقبت به عمل آید صورت گرفته است؟ یا اینکه مشکل به‌این صورت است که در حالیکه افراد سعی کردند که اقدام صحیحی انجام دهند، به دلیل نبود در ونداده‌ای حیاتی مثل کارکنان، تسهیلات، تجهیزات، داروها یا سایر امکانات، نتوانستند این کار را صورت دهند و به نتیجه برسند؟

یک احتمال دیگر آن است که مشکلاتی را در سطح نظام پیدا کنیم مثل ارتباطات ضعیف، پرونده‌های گمشده و غیره. سومین شاخه از شکل ۳-۷ منعکس کننده‌این احتمال است. همان گونه که در بحث کیفیت بالینی مطرح کردیم، غالبا نحوه و شیره سازماندهی نظام مراقبت است که عامل نتایج نامطلوب است. همان گونه که در فصل ۱۰ در بحث سازماندهی خواهیم دید، بخش عمده‌ای از اهمیت جنبش مدیریت جامع کیفیت[[230]](#footnote-230)، با هدف ایجاد تغییر در چنین نظام‌هایی صورت می‌گیرد.

هریک از این علل، كما كان سؤالات دیگری را بر می انگیزند. تصور کنید که تصمیم گیری‌های اشتباهی صورت گرفته باشد. آیا علت این امر آن است که افراد، چیز بهتر و بیشتری نمی‌دانند (آموزش) یا اینکه به‌اندازه کافی تلاش نمی‌کنند (انگیزه و تشویق)؟ چنانچه در وندادها محدود هستند، آیا علت آن به خاطر محدودیت‌های منابع بودجه کلی است یا به خاطر نحوه خرید خدمت و تأمین کارکنان؟ اگر نظام‌ها و فرایندهای بالینی اشتباه هستند، آیا علت آن مدیریت ضعیف در درون سازمان‌ها است یا نحوه سازماندهی مراقبت در کل نظام و یا هردو؟ با حرکت واپس نگر در طول زنجیره علی، ما باید این ذهنیت را داشته باشیم که حتما مبنای کارمان را بر شواهد قرار دهیم نه فرضيات.

با حرکت بیشتر به سمت عقب، عواملی آشکار خواهند شد که زیر مجموعه اهرم‌های کنترل قرار می‌گیرند. اگر کارکنان انگیزه ندارند یا نظام‌های بالینی (به دلیل مدیریت ضعیف)، خوب ساختار نیافته‌اند، علت آن چیست؟ آیا علت آن این است که هیچ انگیزه‌ای برای سازمان وجود ندارد که

شکل ۴-۷) گام‌های بیشتر به عقب در طول زنجيره على

به تولید و ارایه کالای کیفی بپردازد یا اینکه مدیران هیچ انگیزه‌ای برای عملکرد بهتر ندارند؟ و یا اینکه‌این مدیران، از مهارت و اختیار کافی برای انجام عملکرد بهتر برخوردار نیستند؟ و در اینجاست که ما بروز مبانی اصولی را که در ابتدا به آن اشاره کردیم می‌بینیم؛ علت‌ها ممکن است بیش از یک تأثیر داشته باشند و تأثيرات ممکن است به خاطر بیش از یک علت به وجود آیند. واضح است که هریک از این نقاط انتهایی[[231]](#footnote-231)، به نوبه خود نیاز به تحلیل بیشتر را تحریک می‌کنند. به عنوان مثال چرا آموزش بهتر نمی‌شود یا چرا پزشکان انگیزه کافی ندارند؟

در حالت دیگر، ارزیابی را که در شکل ۲-۷ نمایش داده شده است تصور کنید؛ این ارزیابی نشان می‌دهد که کمیت ناکافی خدماتی که در مناطق روستایی مورد استفاده قرار می‌گیرد، یک علت حیاتی برای عملکرد ضعیف محسوب می‌شود. مطالعه بیشتری که پس از آن مورد نیاز خواهد بود، در شکل ۴-۷ نشان داده شده است.

چرا ممکن است کمیت مراقبت، ناکافی باشد؟ توضیح این پدیده ممکن است هم مربوط به عرضه و هم مربوط به تقاضا باشد. در بخش عرضه، مستقیم ترین توجيه ساده می‌تواند به صورت موجود بودن فیزیکی باشد. آیا درمانگاه‌ها یا بیمارستان‌هایی مجهز به کارکنان، تجهیزات و ظرفیت لازم برای ارایه خدمات بیشتر وجود دارد؟ اگر وجود دارد، پس با این بیماران هستند که از خدمات استفاده نمی‌کنند یا اینکه موانعی وجود دارد که باعث می‌شود موجود بودن فیزیکی نتواند به موجود بودن اثربخش تبدیل شود (همانگونه که ما این مفاهیم را در بحث راجع به «دسترسی» در فصل ۶ مطرح کردیم). چنانچه‌این خدمات از نظر فیزیکی موجود نباشند، پرسیدن علت آن، منجر به پاسخ‌های گوناگونی می‌شود (احتمالا اینکه بودجه انجام چنین فعالیت‌هایی بسیار پایین است. در حالت دیگر، اگر میزان صرف هزینه، قابل مقایسه با سایر مناطق یا سایر کشورهایی باشد که دارای میزان مصرف بالاتری هستند، پس آن وقت کمبود خدمات می‌تواند به علت ناکارایی فنی یعنی هزینه واحد بالا که منجر به ارایه حجم پایین‌تر می‌شود) یا ناکارایی تخصیصی باشد (یعنی از دیدگاه عملکرد هزینه - اثربخش، ترکیب اشتباهی از خدمات تولید می‌شود. چنانچه یکی از این موارد (یا همه آنها) صادق باشد، ما به تعیین علل احتمالی که می‌توان با استفاده از اهرم‌های کنترل مختلف، آنها را تغییر داد، نزدیک‌تر شده‌ایم.

از سوی دیگر، چنانچه خدمات از نظر فیزیکی موجود باشد ولی مورد استفاده قرار نگیرد، آنوقت مشکل در سمت تقاضا وجود دارد. نخست، ممکن است مشکل در عدم احساس نیاز یا درک از نیاز باشد؛ یعنی فرهنگ محلی ممکن است قوية مدافع ارایه خدمات به صورت غیررسمی‌و غیر سازمانی باشد. علت دیگر می‌تواند این باشد که «کیفیت‌های پایین) خدمات، از جذابیت خدمات کاسته باشد؛ همچنین دلایل زیر نیز ممکن است باعث چنین رویدادی شده باشند: وجود پرداخت از سوی مصرف کننده یا مستقیما به سازمان و مؤسسه مربوطه و یا به شکل پرداخت‌های غیر رسمی‌به ارایه کنندگان و یا نیاز به پرداخت برای داروها و وسایل. این مثال نشان می‌دهد که چگونه عرضه و تقاضا کاملا از یکدیگر قابل تفکیک نیستند چرا که تقاضای پایین ممکن است به خاطر ماهیت عرضه باشد..

شكل ۵-۷) گام‌های بیشتر به عقب در طول زنجیره على

برای مشاهده‌این پدیده، اجازه بدهید که مجموعه دیگری از ارتباطات علی را که در شکل ۵-۷ نشان داده شده است به تصویر بکشیم. تصور کنید که نظام از نظر فنی ناکارایی دارد (هزینه بالا). چرا باید چنین اتفاقی افتاده باشد؟ علت آن مدیریت ضعیف است یا عدم تلاش از سوی کارکنان یا نارسایی‌های نظام تولید؟ تصور کنید که به عنوان مثال، مطالعات نشان می‌دهند که در حالی که درمانگاه‌ها از نظر تئوری، کارکنان کافی در اختیار دارند، پزشکان در واقع تنها چند ساعت محدود را به کار در درمانگاه می‌پردازند و بعدازظهرهای خود را در مطب خصوصی سپری می‌کنند. بنابراین، بار موردی[[232]](#footnote-232) به ازای هر پزشک، پایین و هزینه‌های متوسط، بالاست. برای پیدا کردن دلایل چنین شرایطی، سفر تشخیصی باید به لایه‌های عمیق‌تری وارد شود و مسائل زیر را بررسی کند: انگیزه‌های کارکنان، فرهنگ سازمانی، وجود یا نبود سیستم‌های پاسخگویی، نحوه انتخاب و پاداش دهی به مدیران و سایر مسائل این چنین این تحلیل می‌تواند منتهی به پایان نهایی سفر تشخیصی شود یعنی تعیین

خصوصیات وضعیتی که به صورت بالقوه قابل تغییر است. البته همان گونه که قبلا گفتیم، فراموش نکنید که ممکن است چندین مورد هم زمان و دارای تعامل در حال تأثیرگذاری باشند و بنابراین، جهت دستیابی به نتایج بهتر، ممکن است سیاست‌های متعدد متعامل نیز مورد نیاز باشد.

توجه کنید که تا زمانی که‌این تحلیل را انجام داده‌ایم، تعداد چندی خصوصیات عملکردی حد واسط که در فصل ۶ تعریف کردیم، تاکنون پایان خودشان را نشان داده‌اند و جنبه‌های مختلف کارایی، دسترسی و کیفیت، در تمام زنجیره‌های بالقوه على نقش ایفا کرده‌اند. البته باید به‌این نکته نیز توجه کنیم که دسته بندی‌هایی مثل «کارایی فنی» و «کیفیت بالینی» در پایان شاخه‌های درخت تشخیصی ظاهر نمی‌شود. در عوض، به عنوان خصوصیات حد واسط، در میانه سفر تشخیصی ظاهر می‌شوند و ظهور آنها می‌شوند و ظهور آنها به خودی خود نیازمند توجیه و تفسیر بیشتر است.

همان گونه که ذکر شد، مسیرهای تصویر شده در این نمودار، مانعة الجمع نیستند. با بازگشت به شکل ۲-۷ می‌توانیم مشاهده کنیم که ممکن است هم مشکل کمیت و هم مشکل کیفیت وجود داشته باشد؛ نیروهای علی مشابهی می‌توانند هر دو نوع مشکل را ایجاد کرده باشند. به عنوان مثال، پرداخت به بیمارستان‌ها باید به شیوه‌ای صورت گیرد که هیچگونه انگیزه‌ای برای عملکردشان به وجود نیاورد؛ چرا که‌این انگیزه‌ها می‌توانند هم منجر به با کیفیت پایین مراقبت بالینی و هم کارایی فنی نامطلوب شود که هر دو مورد کمیت مراقبت را محدود می‌کند. به علاوه، چنانچه ما كل درخت را با تمام شاخه‌های آن نگاه کنیم، خواهیم دید که بسیاری از عواملی که باعث بروز کیفیت پایین می‌شوند، علل بالقوه ناکارایی فنی نیز هستند. دلیل این امر آن است که سازمانهای با عملکرد ضعیف، مشخصا در تولید هر محصولی ناکارا خواهند بود؛ چه از نظر کمی‌و چه از نظر کیفی. به علاوه، یک کمبود می‌تواند ناشی از چندین علت متعامل باشد. احتمالا بیمارستان‌های ما هم فاقد انگیزه برای کارکرد خوب هستند و هم تحت اداره مدیرانی هستند که قدرت و اختیارات اندکی جهت ارتقای شرایط دارند. هر یک از این عوامل، همراه با یکدیگر می‌توانند تأثیر دیگری را بیشتر نمایند.

همان طور که تحلیل علی را به صورت واپس نگر در طول زنجیره على ادامه می‌دهیم، علل اختصاصی‌تر بیشتری مشخص می‌شوند که به نوبه خود به ما اجازه می‌دهند که درمان‌ها و علاجهای خاص را نیز طرح ریزی کنیم. این فرایند تشخیص، در نهایت ما را به سمت اهرمهای کنترل نظام سلامت سوق می‌دهد

**۴) مرتبط ساختن تشخیص با اهرم‌های کنترل**

در تمام این مدت مطرح کرده‌ایم که زمانی که سفر تشخیصی را انجام دادیم و به پایان رساندیم، اهرم‌های کنترل» چارچوبی را برای مدنظر گرفتن مداخلات احتمالی که می‌توانند باعث بهبود عملکرد بخش سلامت شوند، فراهم می‌کنند. برای اینکه راه استفاده از آنها را نشان دهیم، در ذیل استفاده از این چارچوب را در یک گام عمیق‌تر برای مثال مرگ‌ومیر بالای مادران تشریح می‌کنیم.

* تأمین مالی: اگر ما در کمیت خدمات دچار مشکل هستیم، آیا می‌توانیم منابع جدید یا اضافه برای تأمین مالی فراهم کنیم تا بودجه‌این خدمات را افزایش دهیم؟ یا در حالت دیگر، آیا می‌توانیم نحوه صرف شدن اعتبارات موجود را تغییر دهیم تا کارایی تخصیصی افزایش یابد؟
* پرداخت: اگر مشابه کردیم که مشکل ما در قسمت انگیزه‌ای (چه در سطح فردی و چه در سطح سازمانی) است، آیا می‌توانیم نحوه پرداخت‌ها یا فاصله پرداخت‌ها را تغییر دهیم تا هم کمیت و هم کیفیت خدمات را بهبود بخشیده باشیم؟
* سازماندهی: اگر سازماندهی ما به گونه‌ای نیست که بتواند صرفه جویی مقیاس[[233]](#footnote-233) و هماهنگی را تسهیل کند و یا اگر مردم ما دچار موانع فرهنگی هستند و یا ترجیحات خاصی نسبت به انواع ویژه ارایه کنندگان دارند، چه تغییراتی می‌توانیم در افراد و کسانی که خدمات مختلف مراقبت سلامت مادران را ارایه می‌کنند به وجود آوریم تا بر این مشکلات غلبه کنیم؟ اگر مشکل در کارایی فنی و با کیفیت بالینی با کیفیت خدمات است، آیا می‌توانیم سازماندهی ارایه کنندگان را در سطوح فردی به گونه‌ای تغییر دهیم که عملکرد آنها را بهبود بخشد؟
* وضع مقررات: آیا قوانینی وجود دارد که بتوانیم از آنها جهت افزایش کیفیت و کمیت خدمات یا افزایش مصرف خدمات استفاده کنیم؟
* رفتار: اگر علل مهمی‌در سمت تقاضا مطرح هستند، آیا می‌توانیم بر مادران به گونه‌ای تأثیر بگذاریم که میزان استفاده از خدمات موجود را افزایش دهند؟

توجه کنید که برای آنکه بتوانیم تغییر قابل توجهی در عملکرد نظام سلامت در ارتباط با مرگ‌ومیر مادران ایجاد کنیم، احتمالا لازم است چندین اقدام را به صورت همزمان انجام دهیم. به طور مثال، تصور کنید که سازماندهی مجدد به‌این صورت انجام شود که به مدیران، اختیارات بیشتری برای ارتقای کارایی اعطا گردد. چنانچه‌این کار به تنهایی و بدون هیچ اقدام دیگری انجام گیرد، احتمالا تأثير بسیار کمتری خواهد داشت نسبت به‌اینکه همراه با تغییر و اصلاحات نظام پرداخت (مثلا قرار دادبندی انگیزه‌ای[[234]](#footnote-234) ) صورت گیرد؛ به گونه‌ای که در مدیران، انگیزه قوی‌تری برای بهبود عملکرد ایجاد کند. به صورت مشابه، جذب پول بیشتر از طریق تأمین مالی برای تزریق در نظام مراقبتی که عملکرد ضعیفی دارد، بدون تغییرات مکمل در پرداخت و سازماندهی، تأثیر اندکی خواهد داشت.

زمانی که بحث ایجاد تغییر در رفتار سمت تقاضا در این شکل مطرح می‌شود، انواع مشابهی از تأثیرات تعاملی احتمالا مشغول فعالیت هستند. تصور کنید که ما سعی در متقاعد کردن بیماران مظنون به نظام سلامت مان هستیم که مصرف و بهره مندی از خدمات را در نظام خدمات سلامت جديد مان که مجددا سازماندهی شده است، افزایش دهند. این سازماندهی مجدد باید تغییراتی را در کیفیت بالینی و کیفیت‌های خدماتی ایجاد کند که تجارب مثبت را برای کسانی که از این خدمات استفاده می‌کنند به همراه داشته باشد. به علاوه، برای اینکه بتوان تفاوت واقعی ایجاد کرد، ممکن است لازم باشد که پول بیشتری صرف کنیم (تأمین مالی) و این پول را از طریق برنامه‌های انگیزهای جدید پرداخت) بین ارایه کنندگان ساختار یافته توزیع کنیم (سازماندهی و در عین حال، به دنبال متقاعد کردن بیماران باشیم که خدمات جدید، ارزش حمایت از آنها را دارد (رفتار).

اهمیت و ارتباط نسبی و همچنین محتوای این مداخلات، وابسته به شرایط خاص یک کشور خواهد بود. به عنوان مثال، چنانچه خدمات تا حد زیادی در تسهیلات و اماکنی ارایه می‌شوند که مستقیما زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند، تأثیرگذاری بر سازماندهی داخلی آنها ساده‌تر از حالتی است که فعالیت آنها زیر نظر پزشکان مستقل و خصوصی انجام می‌شود. در مورد اخیر، احتمالا انگیزه‌های مربوط به پرداخت و یا محدودیت‌های قانونی نقش عمده‌تری خواهند داشت. به صورت مشابه، کشوری که یک نظام ارایه خدات عمومی مملو از کارکنان نسبتا با انگیزه دارد و با مشکل محدودیت بودجه و مدیریت ضعیف مواجه است، نیاز به تغییرات سازمانی متفاوتی نسبت به کشوری خواهد داشت که کارکنان نظام می‌شود. آن، بی تفاوت و بدون مشارکت هستند.

همچنین لازم است در نظر داشته باشیم که هر مجری اصلاحات بخش سلامت، درباره برنامه پیچیده اصلاحات که شامل تغییرات عمده متعدد باشد تصمیم نخواهد گرفت. ممکن است همه آنها اختیارات یا منابع لازم را نداشته باشند و یا ملاحظات مربوط به امکان پذیری سیاسی و اجرایی، جهت‌گیری را به سمت تلاش‌های کم اثرتر در اصلاحات سوق دهد. چنانچه وضعیت این طور باشد، ما معتقدیم که نتیجه‌گیری باید بر مبنای نوع تحلیل‌هایی که تاکنون تشریح کرده‌ایم، انجام شود.

**۵) فرایند تدوین سیاست**

پیش از آنکه درباره محتوای اصلاحات بخش سلامت بیشتر سخن بگوییم، باید اندکی درباره فرایند آن صحبت به میان آوریم. تجربه نشان می‌دهد که فرایند نیز به همان اندازه محتوا حائز اهمیت است و در واقع، این دو با یکدیگر عميقا پیوند خورده‌اند. به طور خاص، دخیل کردن گروه‌های ذینفع در فرایند تدوین سیاست، چهار کارکرد را برای ما به دنبال خواهد داشت.

نخست، مشارکت طرفین ذینفع به سیاستگذاران اجازه می‌دهد که نگرانی‌های آنان را بشنوند و در نظر بگیرند؛ این کار هم مقبولیت و هم اثربخشی برنامه‌های اصلاحات را افزایش می‌دهد. همان گونه که در فصل ۴ بحث کردیم، یکی از راه‌های ایجاد گروه‌های حمایتی این است که خصوصیاتی را که بیشتر مدنظر گروه‌های اصلی تشکیل دهنده هستند اما کمتر برای مجریان اصلاحات حائز اهمیت اند، مخدوش نشان دهیم. اجازه دادن به گروه‌های اصلی تشکیل دهنده جهت مشارکت در فرایند تدوین سیاست، یکی از راه‌های آموختن و مدنظر گرفتن این نگرانی‌ها است.

به علاوه، آگاهی یافتن از چنین نگرانی‌هایی می‌تواند یک سیاست را از دیدگاه قابلیت اجرای موفق نیز بهبود بخشد. به عنوان مثال، پذیرش نسبت به یک نظام مقرراتی جدید پیشنهاد شده ممکن است برای مؤسسات بسیار هزینه بر باشد و یا حتی پس از اینکه از نظر قانونی تحمیل و اجرا گردید. در برابر آن مقاومت شود. این امکان نیز هست که پذیرش، به سادگی و فقط به خاطر نظام‌های فعلی داده‌های بیمارستانی و ظرفیت اجرایی، قابل انجام و عملی نباشد. آموختن این مسائل در فرایند تدوین سیاست، اهمیت حیاتی در تدوین برنامه‌ای دارد که می‌خواهد طبق هدف تعیین شده‌ای به نتیجه برسد.

دوم، مشارکت می‌تواند مقبولیت یک برنامه را افزایش دهد چرا که باعث بالا رفتن معقولیت و منطقی بودن فلسفی و روانشناختی فرایند تدوین برنامه می‌شود. گوش شنوا بودن برای مشارکت کنندگان، «همکاری متقابل» آنها را به دنبال خواهد داشت چرا که آنوقت احساس می‌کنند که به نگرانی‌های آنان اهمیت داده شده است، حتی اگر همه آن چیزی را که می‌خواستند به دست نیاورده باشند. اما برعکس، خارج کردن و دور گردن، هم از نظر احساسی و هم از نظر عقلی، ایجاد ظن و تردید و بدبینی می‌کند. بعلاوه در جوامع دموکراتیک، فراهم‌سازی امکان شنیدن نگرانی‌ها و منافع، نه تنها معقولیت فرایند (و حاصل آن را در بین مشارکت کنندگان افزایش می‌دهد بلکه آن را در بین افراد دیگر نیز ارتقا می‌بخشد.

سوم، مشارکت می‌تواند به گروه‌های ذینفع، آموزش و نشان دهد که نگرانی‌های ذینفعان دیگر و فشارهای وارد شده از سوی این نگرانی‌ها بر مجریان اصلاحات چیست. به عنوان مثال، پزشکان می‌توانند ببینند که بیمارستانها، اتحادیه‌ها و مشتریان چه چیزهایی را تقاضا می‌کنند. چنین شرایطی به مجریان اصلاحات امکان می‌دهد که بتوانند هم پوزش و هم توجیهی ارایه کنند که چرا نمی‌توانند لزوما پاسخ مطلوبی به همه تقاضاهای گروههای ذینفع بدهند.

چهارم، مشارکت دادن، به همه مشارکت کنندگان درباره محتوای جزئی پروپوزال‌هایی که در نهایت شکل می‌گیرند، آموزش می‌دهد. چنانچه به عنوان مثال، دولت‌های محلی در فرایند تهیه یک پروپوزال تمرکززدایی بخش سلامت دخیل باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که با مسؤولیتهای خودشان در این حیطه آشنایی بیشتری پیدا کنند. این کار به گروه‌های مرتبط اجازه می‌دهد که درک صحیحی از هرگونه اصلاحات احتمالی پیدا کنند، بهتر بتوانند عواقبی را که به آنها معطوف می‌شود پیش بینی کنند و خود را برای عواقب احتمالی آماده سازند. این امر به نوبه خود می‌تواند اضطراب و بلاتکلیفی آنها را کمتر کند و بنابراین حداقل بخشی از مقاومت آنها در برابر تغییرات را کاهش دهد.

به طور همزمان باید به‌این حقیقت نیز توجه داشت که مشارکت می‌تواند بسیار دورتر از حد تصور تأثیر بگذارد حجم گسترده‌ای از شواهد موجود است مبنی بر اینکه مهارت و توانایی‌های گروه‌های ذینفع، در بحث تأثیرگذاری بر تدوین سیاست، بسیار با یکدیگر متفاوت است. گروه‌هایی که منابع و تجربه بیشتری در اختیار دارند، تأثیر عمده‌تری را نیز می‌گذارند. بنابراین، توازن نیروها در یک فرایند مشارکتی می‌تواند کاملا متفاوت از اهمیت نسبی باشد که توصیه گران اصلاحات برای نگرانی‌های گروه‌های ذینفع مختلف در نظر می‌گیرند.

همانطور که چندین بار مطرح کردیم، زمانی که بحث اصلاحات بخش سلامت مطرح می‌شود، این عدم توازن غالبا منجر به تورش[[235]](#footnote-235) محافظه کارانه نسبت به فرایند می‌شود. گروههای سازماندهی یافته (خصوصا ارایه کنندگان) می‌توانند گروه‌های کم تجربه و بدون سازماندهی را مغلوب و محو کنند.

به عنوان مثال، مصرف کنندگان روستایی فقیر، ندرتا منابعی در اختیار دارند که نظرات خود را به گونه‌ای اثر بخش در مباحثات اصلاحات (خصوصا در مسائل فنی تر) مطرح کنند. به علاوه، قواعد و اشکال سازماندهی که ممکن است به خاطر اصلاحات جدید ایجاد شود، هنوز موجود نیست که بتواند از منابع آنها پشتیبانی کند.

به علاوه، فرایند مشارکتی می‌تواند به سادگی به سمت نیاز و تقاضا به بی­حرکتی و سکون[[236]](#footnote-236)، اضمحلال یابد. این کار به منافع زیاده از حد امکان وتو می‌دهد تا بتواند هرگونه امید به‌ایجاد تغییر واقعی را از بین ببرد. همچنین این امر می‌تواند منتهی به گزارش‌ها یا زبان قانون گذاری شود که از قصد، مبهم و گنگ هستند؛ دقیقا به‌این مقصود که به گروه‌هایی که دارای دیدگاه‌های پراکنده‌ای هستند، اجازه دهند که به مصالحه برسند. این پیامد، فقط رسیدن به انتخاب‌های سخت در مرحله پیاده‌سازی و اجرا را به تعویق می اندازد؛ مرحله‌ای که مجددا ممکن است منافع گروه‌های با سازماندهی خوب در آن غالب شوند (همانگونه که در فصل ۱۱ درباره وضع مقررات بحث کرده‌ایم). به علاوه، گروه‌های دارای منافع قدرتمند بعضا به صورت راهبردی از بکارگیری زبان گنگ و مبهم حمایت می‌کنند تا مسائل مهم را به سوی فرایندی اجرایی سوق دهند که در نظر عموم کمتر مشهود است و انتظار این گروه‌ها نیز آن است که تأثیر بیشتری بر آن بگذارند.

تمام این مشاهدات بیانگر آن است که مشارکت از سوی گروه‌های ذینفع، نیاز به رهبری از سوی مجریان اصلاحات را افزایش می‌دهد نه کاهش.

مجریان اصلاحات می‌توانند با تعریف شرایط، اقدامات لازم و نحوه عضویت در یک فرایند مشارکت، سهم زیادی در شکل‌گیری آن داشته باشند؛ آنها می‌توانند سؤالاتی تدوین کنند، برنامه‌های کاری تنظیم کنند، روش‌های جایگزین را مشخص نمایند و به تحلیل تأثيرات احتمالی بپردازند؛ می‌توانند و باید با دقت و احترام، حد و حدود و خطوط مکالمات را معین کنند و مشخص نمایند که چه انتخاب‌های محتوایی برای اقدام، در دسترس هست یا نیست.

به علاوه، افرادی که مسؤولیت مدیریت یک فرایند تشخیصی یا تدوین سیاست را بر عهده می‌گیرند باید متوجه باشند که گروه‌های بزرگ ندرت قادر به انجام کارهای تحلیلی جدی هستند. افراد زمانی که پشت میز بحث قرار گرفتند، در قسمت ابتدایی می‌توانند به «بارش افکار[[237]](#footnote-237) و ارایه‌ایده‌های جدید بپردازند و در قسمت انتهایی، به نقد انتخابی بر روی پروپوزال‌ها مشغول شوند. اما کار سختی که در این میانه وجود دارد یعنی حرکت از سمت « بارش افکار» به تدوین یک سیاست منتخب (و هم زمان، تحلیل تأثیرات احتمالی آن)، کاری نیست که از عهده یک جمع بزرگ و با تعداد نفرات زیاد برآید. در عوض، این کار نیازمند منابع انسانی (کارکنان سازماندهی شده و منظم است. مدیران دقیق و باریک بین می‌دانند که پیش زمینه آموزش سیاست و تورشهای آنهایی که به کارهای کارمندی در این فرایند مشغول اند می‌تواند بر نتیجه حاصله تأثیر بگذارد. این امر خصوصا زمانی صحیح است که داده‌ها اندک و یا غیر نتیجه بخش هستند؛ مسأله‌ای که مکررا در اصلاحات بخش سلامت با آن مواجه می‌شویم (به‌این مسأله به صورت کوتاه و مختصر باز خواهیم گشت). این حقیقت، تنها تقویت کننده نیاز به مدیریت یک فرایند مشارکتی (و کارهای اجرایی مرتبط به آن به گونه‌ای منظم و دقیق است.

برای اینکه چنین کاری انجام شود، توصیه گران غالبا یک «گروه تغيير »[[238]](#footnote-238) را سازماندهی می‌کنند. تا فرایندهای طراحی سیاست و اتخاذ آن را مدیریت نمایند. این گروه‌ها مسؤول کار کردن با گروه‌های متنوع از درون و بیرون دولت هستند تا به مدیریت پیچیدگی‌های ترویج تغییرات سیاستی بپردازند. گروه تغییر نه فقط به ظرفیت فنی برای طراحی سیاست نیاز دارد بلکه به ظرفیت سیاسی برای بسیج نمودن گروه‌ها و افراد مرتبط نیز احتیاج خواهد داشت. جایگاه و موقعیت گروه تغییر، برحسب شرایط سازمانی و موقعیت خود توصیه گران اصلاحات، متفاوت خواهد بود. گروه تغيير ممكن است یک گروه مشاور در دفتر رئیس جمهور با نخست وزیر باشد یا کمیسیون قانونگذاری یا کمیته مشاوری باشد که به وزیر بهداشت مشاوره می‌دهد. همانگونه که در اصلاحات سیاستگذاری اقتصادی مشاهده شده است، ترکیب، موقعیت، انگیزه‌ها و قدرت گروه تغییر می‌تواند تفاوت‌های عمده و حیاتی در شانس موفقیت اصلاحات بخش سلامت ایجاد نماید.

تحلیلی بر روی گروه‌های تغییر در مورد اصلاحات سه کشور آمریکای لاتین (شیلی، کلمبیا، مکزیک)، خصوصیات مشترک چندی را نشان داد همبستگی ایدئولوژیک، مهارت‌های فنی بالا، کار انفرادی و استفاده از شبکه‌های سیاستگذاری. گروههای تغییر، در این کشورها با نهادها و وزارتخانه‌های مختلفی کار می‌کردند خصوصا وزارت اقتصاد و دارایی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، دفتر رئیس جمهور و بعضا نیروهای مسلح.

و در عین اینکه‌این گروه‌ها متشکل از افراد فنی بودند که می‌توانستند به تدوین یک سیاست جدید بپردازند، نیاز داشتند که در تعاملات بوروکراتیک با نهادهای دولتی نیز وارد شوند، فشارهای گروه‌های ذینفع را مدیریت نمایند، از فرایند قانونگذاری برای تصویب یک قانون جدید بگذرند و شروع به پیاده‌سازی و اجرای اصلاحات بنمایند. لذا در این موارد، ایجاد و خلق یک گروه تغییر، خود نمایانگر یک راهبرد سیاسی قابل توجه بود. اما گروه‌های راهبردهای سیاسی اضافه‌تری را نیز طرح ریزی کردند تا به‌این چالش‌های فرایند اصلاحات سلامت بپردازند و بعضا نیازمند حمایت از سوی بالاترین سطوح سیاسی بودند (مانند آنچه در کلمبیا و شیلی اتفاق افتاد) تا قادر به دستیابی به تغییرات مطلوب باشند.

در نهایت، باید چند کلامی هم راجع به فرایند تدوین راههای سیاستی جایگزین صحبت کنیم. اکثر تحقیقات انجام شده در زمینه موضوع شناخت در انسان و حل مسأله، از این تفکر حمایت می‌کنند که شکل‌گیری و خلق ایده‌های جدید، بسیار بسیار مشکل است. برای افراد، در کل بسیار مشکل است که خارج از چارچوب» مفاهیم و پارادایم‌های آشنای خود فکر کنند.

تمام اینها بیانگر درسی است که در ابتدای این فصل بیان کردیم: «تقلید و اقتباس کنید اما تطابق دهید».

تقلید می‌تواند اشکال مختلفی به خود بگیرد. ایده‌های مربوط به برنامه‌های بخش سلامت در کشورهای دیگر، یک منبع واضح به شمار می آیند. یک امکان دیگر، ایده‌هایی هستند که در سایر حوزه‌های سیاستی شکل می‌گیرند اما می‌توان آنها را با پیش زمینه سلامت تطابق داد. به عنوان مثال، چنانچه تمرکز زدایی تأثیر خوبی در بخش آموزش داشته است، احتمالا ایده‌های آن در خدمات سلامت نیز کاربرد پیدا می‌کند. اگر قرار دادبندی در بخش راه و ترابری باعث افزایش کیفیت کارها شده است، ممکن است برای خدمات غذا و رختشویخانه بیمارستانی نیز درس‌هایی به همراه داشته باشد.

مباحثات نظری کلی و عمومی‌نیز می‌توانند منبعی برای ایده‌های جدید باشند. ممکن است ایده‌هایی راجع به رقابت در اقتصاد یا ضرر ناشی از بدهی‌ها در حقوق، بتواند نکاتی راجع به برنامه‌های اصلاحات، در ذهن خطور دهند. البته در اینجا لازم است چند هشدار را مطرح کنیم. خصوصا اقتصاددانان، به راحتی نسبت به حل هر مشکلی با استفاده از سیاست

بازارهای خود را بسیار مشتاق نشان می‌دهند؛ این اشتیاق بیش از حد آنهاء مبتنی بر مدل‌ها و الگوهای نظری است که همیشه درباره بخش سلامت کاربرد ندارد. برای این موارد و سایر ایده‌های جدید از این دست، اهمیت دارد که به جمله دوم توصیه ما يعني «تطابق دهید» بیشتر توجه کنید.

برای خلاصه کردن این بخش از بحث باید گفت که فرایند، بر محتواء سیاست و قابلیت پیاده‌سازی و اجرا تأثیر می‌گذارد. مشارکت، فقط یک بازی و سرگرمی‌نیست بلکه یک ابزار یادگیری و آموزش است، می‌تواند به میزان قابل توجهی یک سیاست را بهبود بخشد و تأثیر بسیار عمده‌ای بر مقبولیت یک سیاست بگذارد. اما این امکان هم وجود دارد که از کنترل مجریان اصلاحات خارج شود و کارهای آنها را به شدت سخت کند. بنابراین، لازم است که فرایند تدوین سیاست، به صورت راهبردی مدیریت شود. به مشابه هر اتفاق دیگری که در اصلاحات بخش سلامت می افتد، آینده نگری، تحلیل دقیق و تفکر نقادانه از سوی خود، می‌تواند سهم عمده‌ای در دورنمای موفقیت یا شکست داشته باشد.

**۶) آزمون‌های غربالگری برای مداخلات سیاستگذاری**

زمانی که سیاست‌های توجیه‌پذیر مشخص شدند، مجریان اصلاحات لازم است که یک تحلیل جدی و گسترده از نظر امکانپذیری و قابلیت اجرا انجام دهند. این تحلیل، باید موارد زیر را در نظر بگیرد: سیاست‌های احتمالی قبل و بعد از اقتباس و اتخاذ برنامه؛ رسومات محلی، ظرفیت‌ها و قواعد؛ منابع مالی و انسانی موجود. این تحلیل باید منتهی به یک داستان معقول و قابل توجیه با این موضوع شود که مداخلات سیاستی چگونه باعث دستیابی به تغییرات مورد نظر در عملکرد می‌شوند. انجام چنین کاری همیشه ساده نیست. دانش ما درباره بخش سلامت و نظام‌های سیاسی و اقتصادی مرتبط با آن، فاصله زیادی تا دقیق و کامل شدن دارد. بنابراین غالبأ نمی‌توانیم پیش بینی کاملی از تأثیر تمام اصلاحات ممکن بر تمام پیامدهای ممکن به عمل آوریم.

البته خصوصیات خاصی در پروپوزال‌های اصلاحات وجود دارد که می‌تواند ارزش پیش بینی کنندگی کلی داشته باشد؛ خصوصیاتی که می‌توانیم برای آزمودن کارایی احتمالی یک پروپوزال خاص، به دنبال آنها باشیم.

**1-6) قابلیت پیاده‌سازی و اجرا[[239]](#footnote-239)**

تاکنون اینگونه گفته‌ایم که آنچه اهمیت دارد، آن چیزی است که واقعا پس از پیاده شدن و اجرای یک سیاست برای عملکرد نظام سلامت اتفاق می افتد. بنابراین مجریان اصلاحات باید به جستجوی این موضوع بپردازند که آیا کشورشان، پیش نیازهای سازمانی، اجتماعی و قواعدی را که برای حمایت از اصلاحات پیشنهادی مورد نیاز است، در اختیار دارد یا خیر. به عنوان مثال، آیا نهادهای دولتی که قرار است برنامه را انجام دهند و به اجرا درآورند، مهارت‌های فنی لازم و دقت و توان مدیریتی مورد نیاز را دارند؟ آیا نظام‌های فعلی جمع آوری داده ها، اطلاعاتی را که مورد نیاز خواهد بود حاصل می‌کنند؟ زمانی که نیاز به تقویت و حمایت از قوانین پیشنهادی وجود داشته باشد، آیا دادگاه‌ها و نیروهای پلیس قابل اعتماد هستند؟ همچنین بحث تأثير منافع یا گروههای ذینفع خاص نیز وجود دارد. در فرایند پیاده سازی، هریک از گروه‌های مختلف (از رهبران و احزاب سیاسی گرفته تا جامعه پزشکی) چه نقشی خواهند داشت؟ آیا این نقش و تأثیرگذاری، اثر واقعی برنامه را مخفی خواهد کرد و از بین خواهد برد؟ تمام این عوامل کمک می‌کنند تا مشخص شود که یک سیاست خاص، در نهایت چه حاصل واقعی خواهد داشت.

هنجارها و شرایط اجتماعی و فرهنگی نیز در فرایند پیاده‌سازی و اجرا تأثیر می‌گذارند. جمعیت در دید صاحب اختیاران تصمیم‌گیری چه جایگاهی دارد؟ دولت چقدر تمایل دارد که از اجبار برای طی کردن مسیر خود استفاده کند و این تلاش‌ها در نظر جمعیت کشور چقدر مطلوب و معقول به نظر می رسند؟ آیا وجدان کاری و مسؤولیت پذیری، عمیقا ارزش محسوب می‌شود یا آنکه اکثرا نسبت به آن بی تفاوت و بی احترام هستند؟

زمانی که از افراد درباره گزارش دادن رفتارشان سؤال می‌کنید، آیا راست و می‌گویند یا دروغ؟

که با محیط فرهنگی و همانگونه که در بحث مربوط به چرخه سیاستگذاری (فصل ۲) مطرح کردیم، طراحان هوشمند سیاست ها، به دقت این مسائل را در فرایند تدوین سیاست در نظر می‌گیرند. آنها قوانینی ارایه نمی‌کنند که برای پایش کردن و نظارت بر آنها، نیاز به داده‌هایی وجود داشته باشد که در اختیار نیستند. به علاوه، زمانی که ما به بررسی تک تک اهرم‌های کنترل می‌پردازیم، مسائل مربوط به قابلیت اجرا مکررا مطرح می‌شوند. مجریان اصلاحات فهمی‌ده، فرض نمی‌کنند که‌ایدهای مربوط به کشور دانمارک، قابل تکرار در کشور اوگاندا است یا اینکه برنامه‌ای که در ایالات متحده اثربخش واقع شده است، در بوسنی نیز مفید می افتد. در عوض به دنبال برنامه‌هایی می‌گردند که با محیط فرهنگی و ظرفیت سازمانی آن کشور، همخوانی و تناسب داشته باشد. بنابراین، قابلیت اجرا، نخستین «آزمون غربالگری» است که هرگونه پروپوزال اصلاحات باید از آن سربلند بیرون آید.

**2-6) امکانپذیری سیاسی[[240]](#footnote-240)**

باید از آن سربلند افرادی که به تدوین سیاست مبادرت می‌ورزند، لازم است علاوه بر نگرش آینده نگر از چرخه سیاستگذاری به سمت اجرا، پیش بینی فرایند تصمیم‌گیری سیاسی را نیز مدنظر قرار دهند. امکانپذیری سیاسی، هم مبتنی بر پیش زمینه و هم مرتبط با مجری آن است. اینکه چیزی واقعا امکانپذیر باشد، علاوه بر منابع، تعهد و مهارت‌های آنهایی که به دنبال اجرای یک برنامه هستند، بستگی به نیروهای فعال دیگر در فرایند سیاسی نیز دارد. در فصل ۴ به تشریح ایده‌های مربوط به تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی پرداختیم و نشان دادیم که چگونه می‌توانند بر امکانپذیری سیاسی تأثیر بگذارند. در این فصل تاکید کردیم که امکانپه فصل تأكید کردیم که امکانپذیری، یک قضاوت «بله» یا «خیر» نیست. این قضاوت نه تنها وابسته به‌این است که چه کسی به نفع یا به ضرر یک برنامه اقدام می‌کند بلکه به‌این هم بستگی دارد که چه کسی آماده است تا چه منابعی را صرف کند و چه خطراتی را بپذیرد تا یک برنامه، اتخاذ و پیاده شود. همچنین مهارت سیاسی مخالفان یک برنامه نیز بسیار اهمیت دارد. حتی پس از آن نیز پیامد حاصله، تقریبا در همه موارد غیر قطعی است. لذا بهترین توصیف از امکانپذیر بودن، یک احتمال است؛ مشروط به میزان کوششی که موافقان و مخالفان قصد دارند به خاطر تعهدشان به خرج دهند.

بنابراین مجریان اصلاحات باید از خود سؤال کنند که خود و همراهانشان چقدر آمادگی دارند تا برای اتخاذ و پیاده شدن یک برنامه خاص، مبارزه کنند. انتخاب واقعی آنها ممکن است بین این دو گزینه باشد: برنامه‌ای که گرفتن تأييد آن آسانتر است و برنامه‌ای که اتخاذ و پیاده شدن آن مشکل‌تر است ولی تأثیرات بیشتری را به دنبال دارد. به همین خاطر است که در مفهوم تلویحی «آزمون غربالگری»[[241]](#footnote-241) برای امکانپذیری سیاسی، محاسبات سیاسی هزینه - فایده بر مبنای وضعیت خاص توصیه گران اصلاحات (مثلا منابع، اهداف و فلسفه سیاسی)، نهفته است. همان گونه که در فصل ۴ مطرح کردیم، تاخت زدن‌های حیاتی ممکن است شامل هزینه‌های فردی مجری اصلاحات در برابر مزایای اجتماعی در کل باشد.

**3-6) قابلیت کنترل سیاسی[[242]](#footnote-242)**

ملاحظه آخری که در طراحی سیاست باید در نظر گرفت آن است که‌ایا ترتیبات و قواعد جدید، به شیوه‌ای اثر بخش تحت کنترل سیاسی دموکراتیک قرار می‌گیرند یا خیر. چنین کنترلی وابسته به بسیاری از خصوصیات شرایط حاکم است. نخست، آیا نتایج این سیاست قابل اطلاع رسانی به عموم خواهد بود؛ یعنی عواقب آن قابل سنجش و نتایج حاصله، شفاف هستند؟ دوم، زمانی که نتایج یک سیاست را دانستیم، آیا سازوکارهایی وجود دارد که بتوان آن را در پاسخ به اطلاعات حاصله از عملکرد تغییر داد؟ در نهایت، آیا آنهایی که قدرت ایجاد چنین تغییراتی را دارند، خود از نظر سیاسی پاسخگو هستند؟

یعنی اینکه اگر شهروندان ناخشنود هستند، آیا مجراهایی برای فعالیت سیاسی در اختیار دارند که بتوانند نارضایتی خود را به شیوه‌ای اثر بخش بیان کنند و از طریق آنها، نیاز به اصلاحات بیشتر را درخواست نمایند؟

توضیح و اشاره کلی به لزوم قابلیت کنترل، تا حدی به خاطر این است که در هر فرایند اصلاح، احتمال نا کامل بودن وجود دارد. همان گونه که در فصل ۲ بیان کردیم، اصلاحات سیاست‌ها در یک چرخه روی می‌دهند و احتمال با بروز مشکلات غیر قابل پیش بینی و غیر منتظره همیشه وجود دارد. بنابراین چنانچه ما قواعد و ترتیباتی را ایجاد کنیم که تغییر آنها مشکل باشد، تلاش‌های آغازین ما ممكن است به سادگی در دورهای بعدی اصلاحات، به مانعی بر سر راه پیشرفت تبدیل شود. ما معتقدیم که قابلیت کنترل سیاسی، در طول مدت، کلا پیامدهای بهتری نیز ایجاد خواهد کرد. مشتریان، بیماران و شهروندان که امکان مطرح کردن دیدگاه‌های سیاسی‌شان را دارند، به احتمال بیشتری، تقاضای بیشتری هم از نظام سلامت دارند و عملکرد بهتری هم از این نظام دریافت می‌کنند. به علاوه، بدون در نظر گرفتن نتایج (یعنی از دید لیبرال‌های مساوات طلب[[243]](#footnote-243))، ما معتقدیم که افراد باید قادر باشند که به سیاست‌های عمومی‌که تأثیر بزرگی بر آنها خواهد گذاشت، شکل دهند و بر آنها تأثیر بگذارند.

البته، انجام چنین آزمونی، مورد اختلاف نظر است و برخی افراد در درون بخش سلامت تمایل دارند که کنترل سیاسی بر محصول ناشی از اصلاحات را کنترل کنند. به عنوان مثال، در اقتصادهای در حال گذار اروپای شرقی، پزشکان غالبا به نفع تأسیس صندوق‌های بیمه اجتماعی به گونه‌ای مجزای از فرایند بودجه عمومی، عمل کرده‌اند. آنها نسبت به سازمان‌های سیاسی کشورشان (که تحت فشار تقاضاهای متعدد و رقیب یکدیگر قرار دارند) اعتماد ندارند که بتواند سطوح بودجه مورد نیاز برای مراقبت سلامت را که مطلوب پزشکان است، فراهم کند.

ما متوجه عواقب کنترل پذیری و پاسخگویی سیاسی هستیم چرا که پاسخگویی سیاسی می‌تواند در موارد خاص، عواقب نامطلوبی ایجاد کند. به عنوان مثال، به عنوان مثال، شفافیت می‌تواند قدرت تأثیرگذاری گروه‌های ذینفع را افزایش دهد چرا که‌این گروه‌ها می‌توانند از اطلاعات حاصله از آنچه در حال روی دادن است، جهت اعمال فشار بر فرایند قانونگذاری استفاده کنند. آن وقت چنین ترتیباتی، حمایت قانونگذاران از پروپوزال‌های پیشنهادی را که‌ فکر می‌کنند به نفع کشور است، با مشکل بیشتری مواجه خواهد ساخت وقتی که همین پروپوزال ها، منافع کوته بینانه تهیه کنندگانش را ندیده بگیرد.

دیکتاتورهای خیر خواه یا تکنوکراتهای قدرتمند، چنانچه اتفاقا یک نفر با ارزش‌های مادی خاص آنها توافق حاصل کند می‌توانند نتایج «خوبی» به دست آورند. اما این راهبرد، در دراز مدت خطرناک است. به علاوه، ناتوانی در پیش بینی عواقب كل پروپوزال‌های سیاستی یک فرد، عاملی قوی در رد تلاش برای پیشگیری از بازبینی هاست. بنابراین ما بر این نکته اصرار می‌ورزیم که سازوکارهای شفافی برای پاسخگویی سیاسی، به عنوان جزئی از اصلاحات بخش سلامت، در داخل قواعد گنجانده و لحاظ شوند.

**۷) جستجو به دنبال شواهد و استفاده از آنها برای تشخیص و درمان**

سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، نیازمند یک چیز است... شواهد! اما بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط، شواهد کافی در اختیار ندارند. جالب آن است که حتی در مواقعی که داده‌ها و اطلاعات موجود هستند نیز غالبا به خوبی از آنها استفاده به عمل نمی آید. بنابراین لازم است که هم نگران موجود بودن اطلاعات باشیم و هم استفاده اثربخش از آن. گزارش اخیر صندوق جهانی پژوهش سلامت این گونه مطرح کرد که: «مشابه سایر کالاهای عمومی جهانی، سلامت جهانی و پژوهش سلامت جهانی نیز از سرمایه گذاری ناکافی رنج می‌برد».

ما از چه نوع دانشی می‌توانیم برای تعیین علل و پیش بینی عواقب اصلاحات بخش سلامت استفاده کنیم؟ مطلوب ترین آنها، مطالعات با طراحی خوب هستند که نتایج آماری پایا و قابل اعتمادی فراهم کنند که سیاست را به عملکرد مرتبط سازد. البته تعداد چنین مطالعاتی در مورد کارکرد نظام‌های سلامت، بسیار کمتر از آن چیزی است که در پزشکی بالینی به چشم به چشم می‌خورد. نظام‌های مراقبت سلامت، پیچیده و گوناگون هستند و موارد اندکی (یعنی در واقع تعداد اندکی از کشورها برای مطالعه وجود دارد.

بنابراین مشکل است که حجم نمونه بزرگ و کافی به دست آورد که بتواند جوابگوی تعداد زیاد متغیرهای بالقوه مرتبط باشد. به علاوه، به دلیل اینکه جمع آوری داده‌ها مشکل است، غالبا این داده‌ها ناکامل یا غیر قابل اعتماد (غیر پایا) نیز هستند. مضافا اینکه انجام یک کارآزمایی شاهددار (مشابه آنچه برروی تعداد زیادی از بیماران قابل انجام است)، بر روی حتی یک نظام منفرد مراقبت سلامت غیر ممکن است چه رسد به تعداد بیشتری از نظام‌های سلامت.

یک منبع مطلوب دیگر از شواهد، مطالعات خوب طراحی شده‌ای از پروژه‌های آزمایشی هستند که هر دو نوع مکان‌های تجربی و غیر تجربی را پوشش می‌دهند تا به عنوان گروه‌های شاهد به کار روند) و داده‌های عملکردی مقایسه‌ای را ارایه می‌کنند. اما این مطالعات نیز بسیار نادر هستند. تحلیل‌های مقایسه‌ای از مداخلات مشابه در کشورهای مختلف، نسبتا شایع‌تر به چشم می‌خورند و می‌توانند در مطرح کردن الگوهای احتمالی علیت، مفید و کمک کننده باشند. به عنوان مثال فرض کنید که به بررسی منتخبی از برنامه‌های تأمین مالی جمعیت بپردازیم که برخی از آنها عملکرد خوب و برخی دیگر عملکرد نامناسب داشته‌اند. آنوقت ممکن است بتوانیم ایده‌هایی درباره پیش شرطهای لازم برای موفقیت چنین مداخلاتی مطرح کنیم. استفاده از گزارش‌های مربوط به اثرات یک تغییر سیاستی در یک کشور، مشکل‌تر خواهد بود اما به هر حال ارزش بیشتری هم خواهد داشت احتمالا این گزارش‌ها در شایع ترین حالت، خصوصا برای تغییرات در سطوح ملی به کار می روند. مشکل می‌توان علل موفقیت یا شکست را در چنین گزارش‌هایی به دقت مشخص کرد اما به هرحال این گزارش ها، روشنگر و تحریک کننده هستند.

علاوه بر انواع مختلف مطالعات، مباحثات نظری کلی درباره اثرات انگیزه‌های اقتصادی با نمادهای سیاسی را نیز می‌توان برای برخی موارد خاص به کار برد. به عنوان مثال، اگر چنانچه به پزشکان پول بیشتری پرداخت کنیم تا به جای X Y را انجام دهند، آنها غالبا X را بیشتر و Y را کمتر انجام خواهند داد. البته باید جانب احتیاط را رعایت کنیم چرا که مباحثات نظری ممکن است جزئیات محلی مهمی را مدنظر نگیرند مثلا اینکه‌ایا بیمارستانها به دقت گزارش دهی خود را انجام می‌دهند یا آیا بازارهای محلی، رقابتی هستند. این امر منجر به مبنای سوم تشخیص و پیش بینی می‌شود یعنی تجربه و قضاوت خود تحلیل گر که آگاه از دانش دقیق محلی است. این دانش می‌تواند به فرد کمک کند که ببیند چرا یک سیاست یا برنامه خاص، در یک کشور یا جامعه خاص، (خوب) کار نمی‌کند.

ارایه راهنمایی گسترده درباره جنبه‌های مختلف پژوهش نظامهای سلامت که می‌تواند پشتیبان سفرهای تشخیصی در اصلاحات سلامت باشد، فراتر از گستره‌این فصل است. اما برای کمک به شروع کار، چند توصیه خلاصه زیر مطرح می‌شود.

در دهه ۱۹۹۰، پیشرفت‌های مهمی‌در گردآوری و ذخیره‌سازی داده‌های مربوط به عملکرد نظام سلامت اتفاق افتاد. برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط، این داده‌ها شامل موارد زیر بوده است: گزارش‌های کمیسیون بین المللی پژوهش سلامت برای توسعه[[244]](#footnote-244) گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی تحت عنوان سرمایه گذاری در سلامت[[245]](#footnote-245) و جدیدتر از همه، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد[[246]](#footnote-246). سند سالیانه‌ای که تحت عنوان داده‌های سلامت[[247]](#footnote-247) از سوی سازمان همکاری اقتصادی و توسعه[[248]](#footnote-248) منتشر می‌شود، منبع بسیار ارزشمندی از داده‌های مربوط به کشورهای عضو این سازمان است. گزارش‌های ملی درباره کشورهای اروپای مرکزی و شرقی که توسط سازمان جهانی بهداشت و سازمان اروپایی نظارت بر نظام‌های مراقبت سلامت[[249]](#footnote-249) تهیه می‌شود نیز بسیار کمک کننده هستند. هریک از این گزارش‌های عمده، مقادیر قابل توجهی از اطلاعات را درباره خصوصیات و پیامدهای نظام سلامت در اختیار قرار می‌دهند.

البته، در دسترس بودن و کیفیت داده‌ها در این مراجع جهانی، بسیار غیریکنواخت و ناهمگن است. پاسخ بسیاری از کشورها به گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی و گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰، کاملا پراکنده و مختلط بوده است. نقدهای مختلف نشان داد که ارقام مربوط به کشورهای منفرد، بعضا از تعمیم میانگین‌های منطقه‌ای به دست آمده است. به علاوه، اطلاعات حاصل از صرف هزینه‌های ملی در امر سلامت، بعضا مبتنی بر

«پر کردن داده‌های خالی»[[250]](#footnote-250) بوده است. در جایی که منابع محلی خوبی در دسترس هستند اما برای گردآورندگان بین المللی شناخته شده نیستند، می‌توان به عنوان جایگزین قابل اعتمادتری از آنها استفاده کرد.

از سه معیار اصلی عملکرد، شواهد مربوط به وضعیت سلامت تاکنون مهم ترین آنها بوده است. سنجه‌های سنتی وضعیت سلامت مثل امید به زندگی و مرگ‌ومیر شیرخواران و زیر ۵ سال، با معرفی سنجه‌های ترکیبی جدید از بار بیماری مثل DALY[[251]](#footnote-251) و DALE[[252]](#footnote-252) تقویت شده‌اند. بسیاری از کشورها در حال حاضر اطلاعات قابل توجهی درباره وضعیت سلامت ملی جمع آوری می‌کنند؛ اینکار با استفاده از ابزارهای بررسی پیمایشی مثل بررسی‌های پیمایشی جمعیت شناختی و سلامت[[253]](#footnote-253) و بررسی‌های پیمایشی سنجش استانداردهای زندگی[[254]](#footnote-254) صورت می‌گیرد. این کار را می‌توان با داده‌های حاصل از مطالعات محلی کوچکتری که به خوبی انجام شده باشند، تکمیل کرد؛ این مطالعات، جزئیات بیشتری درباره مشکلات خاص سلامت و گروه‌های جمعیتی در اختیار قرار می‌دهند.

شواهد مربوط به حفاظت در برابر خطر مالی و رضایتمندی شهروندان، خصوصا در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط، محدودتر است. به عنوان مثال، شواهد مربوط به توزیع بار مالی مراقبت سلامت را می‌توان از حساب‌های ملی سلامت[[255]](#footnote-255) و یا بررسی‌های پیمایشی خانوار به دست آورد. اما مفهوم حفاظت بیانگر نگرانی درباره نتیجه بار مالی به صورت وضعیت مالی خانوار است. در اینجا، داده‌های کلی اندکی موجود است. همانگونه که پیشتر ذکر شد، چنین پیامدهایی نه تنها وابسته به نظام سلامت هستند بلکه به سایر عوامل اقتصادی - اجتماعی نیز بستگی دارند. سنجش رضایتمندی مشتریان از نظام‌های سلامت، به میزان گسترده‌ای در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه با استفاده از روش‌های رأی‌گیری انجام شده است اما شواهد اندکی در ارتباط با رضایتمندی مشتریان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط موجود است. تلاش‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ (تحت عنوان نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد)، کوشش ارزشمندی است اما اطلاعات حاصله غالية به‌اندازه کافی از جزئیات برخوردار نیستند تا برای مقاصد تشخیصی مورد استفاده قرار گیرند.

تک تک کشورها ممکن است شواهد چندی درباره حفاظت مالی و رضایتمندی مشتریان خود از بررسی‌های پیمایشی ملی و مطالعات خاص به دست آورده باشند: ما قويا تشخیص دهندگان را تشویق می‌کنیم که‌این اطلاعات را ترکیب و مرور کنند و در حد امکان، آن را بهبود و ارتقا بخشند.

زمانی که بحث درباره خصوصیات عملکردی حدواسط و سایر عوامل تعیین کننده عملکرد نظام سلامت مطرح شود، اخبار خوشی به گوش می رسد مبنی بر اینکه شواهد زیادی در دسترس هستند. برخی از منابع کلیدی داده‌ها شامل موارد زیر هستند:

* حساب‌های ملی سلامت، مطالعات تعیین هزینه مراقبت سلامت و گزارش‌های مالی بیمه گران و سایر پرداخت کنندگان، داده‌هایی درباره هزینه‌ها و بروندادها فراهم می‌کند که می‌توان برای ارزیابی کارایی از آن استفاده کرد؛
* بررسی‌های پیمایشی خانوار و گزارش‌های نظام اطلاعات سلامت که داده است که موضوع دسترسی و مصرف خدمات را روشن‌تر می‌کنند؛
* آمارهای دولت، آمارهای سازمان‌های حرفه‌ای و مطالعات مبتنی بر مراکز که داده‌هایی درباره در دسترس بودن تسهیلات، نیروی انسانی، تجهیزات، وسایل و همچنین درباره حجم خدمات ارایه می‌کنند؛
* داده‌های بازار دارویی بین المللی، آمارهای دولت و بازار خصوصی که اطلاعاتی درباره موجود بودن و استفاده از داروها ارایه می‌کنند.

تجارب به ما نشان داده است که اطلاعات مرتبط بسیار زیادی برای تحلیل نظام سلامت در تقریبا همه کشورها وجود دارد. اما این را هم می‌دانیم که‌این اطلاعات ممکن است به راحتی قابل دسترسی نباشد و غالبا لازم است با احتياط از آن استفاده شود. اکثر اطلاعاتی که کمک کننده است، منتشر نشده و به شکل مطالعاتی است که توسط نهادهای دولتی یا بین المللی، بنیادهای محلی یا خارجی و شرکت‌های مشاوره‌ای صورت گرفته است. بنابراین پیگیری و جستجو به دنبال اطلاعات مرتبط، نیازی حیاتی خواهد بود.

در ذیل به چندین روش اشاره می‌کنیم که مجریان اصلاحات می‌توانند استفاده کاراتری از شواهد موجود بنمایند:

* متون علمی را بشناسید: دسترسی به اطلاعات روزآمد از طریق انتشارات بین المللی و اینترنت، روز به روز راحت‌تر می‌شود. زمان صرف کنید تا متون علمی مرتبط را مشخص کنید و با آنها آشنا شوید. احتمال بسیار کمی‌وجود دارد که شما اولین کسی باشید که با مشکلی که سعی در حل آن دارید مواجهه پیدا کرده است یا به آن فکر می‌کند.
* از توصیه‌ها استفاده کنید: تجارب ملی و بین المللی غالبا موجود هستند که به شما در مرتب و منظم کردن متون علمی‌و تجارب کشورهای دیگر کمک کنند. سازمانهای بین المللی بزرگ می‌توانند در این میان کمک کننده باشند مثل شبکه‌های بین المللی همچون سازمان نظارت اروپا با اتحاد پژوهش نظام‌های سلامت[[256]](#footnote-256). اما حق تصمیم‌گیری با خریدار است. البته نسبت به توصیه‌ها هم با دید نقد و تحلیل بنگرید خصوصآ توصیه‌های کسانی که قصد فروش چیزی را دارند (مثلا فروش یک نظام گرانقیمت اطلاعات رایانه‌ای).
* سریعا ارزیابی کنید: بسیاری از سؤالات برای دریافت پاسخ توجیه‌پذیر، نیاز به پروژه‌های پژوهشی عمده و بزرگ ندارند. فقط به دلیل اینکه شواهد جزئی و دقیق درباره یک نکته مهم موجود نیست، به معنی این نیست که روش‌های ساده و نسبتا ارزانی برای دستیابی به تخمین‌های معقول هم وجود نداشته باشد. این تخمین‌ها ممکن است برای مقاصد سیاستگذاری کافی باشند.
* از پژوهش‌های خوب حمایت کنید: علی رغم اینکه نکته آخر را گفتیم، مشکلات جدی هم ممکن است در مطالعات و ارزیابی‌های سریع و بزن برو» وجود داشته باشد. پژوهش‌های کاربردی معقول و معنی دار، شواهد پایا‌تر و رواتری فراهم می‌کنند. هرچقدر کارها بزرگتر باشند، بروز اشتباهات، هزینه‌های بیشتری را به دنبال خواهد داشت. در تجربه ما، اکثر کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین، هزینه‌های بسیار کمتر از حدی را در پژوهش نظام سلامت صرف می‌کنند، اما به دلیل اینکه انجام چنین پژوهشی نیازمند صرف وقت، برنامه ریزی و منابع است، آینده نگری لازم خواهد بود تا بتوانید داده‌هایی را که واقعا لازم دارید، به دست آورید.

**۸) تشخیص و تدوین سیاست: چند مورد از مشاهدات نهایی**

برای انجام یک مرحله تشخیصی خوب در نظام سلامت ملی، مجریان اصلاحات نظام سلامت باید به خوبی آمادگی، اشتیاق، دقت و تمایل به یادگیری از تجارب صورت گرفته را داشته باشند. «علم» اصلاحات بخش سلامت، کماکان در مراحل آغازین رشد خود قرار دارد. در اینجا توجه شما را به چند نکته نهایی که بهتر است در ذهن داشته باشید، جلب می‌کنیم.

* به صورت واپس نگر در طول زنجیره على حرکت کنید تا جایی که بتوانید متغیرهای بالقوه قابل تغییر را مشخص کنید: کار تشخیص در بخش سلامت، از علایم به سمت علل و از عملکرد غیررضایت بخش از دیدگاه اهداف حیاتی به سمت آنچه باعث بروز چنین نتایجی شده است، حرکت می‌کند. این فرایند، همیشه واضح و روشن نیست. سیاست ممکن است عواقب غیر منتظره‌ای به همراه داشته و مدیریت آنها ممکن است بد باشد. افراد ممكن است ادعا کنند که یک کار را انجام می‌دهند اما در عمل کار دیگری را انجام دهند. غالبا یک ذهن باز و نقاد و درجه بالایی از انرژی کنجکاوی مورد نیاز خواهد بود.
* فورا به نتیجه‌گیری زودرس نبرید: این احتمال وجود دارد که زودتر از حد بر مبنای ایدئولوژی‌ها یا پیش قضاوت ها، تصمیم‌گیری شود که علت واقعی مشکل چیست. متأسفانه چنین چیزی برای یک فرد معتقد متعهد (نسبت به یک ایدئولوژی) نادر نیست که فرایند تشخیص را میانبر بزند. این کار ممکن است خوشایند نباشد چرا که تعیین علل اشتباه می‌تواند منجر به سیاست‌های با طراحی نامناسب شود. این کار نه تنها بخش عمده‌ای از انرژی ارزشمندی را که قرار است صرف شود و فرصت‌های مغتنمی را که به دست آمده به هدر می‌دهد بلکه کلا می‌تواند باعث سلب اعتبار اصلاحات شود.
* علمی‌برخورد کنید نه با پیش داروی: زمانی که قضاوت‌های ارزش گذارانه باعث تیره شدن تحلیلی‌های علمی می‌شوند، فرایند تشخیص ممکن است به بیراهه برود. چنانچه سازمان‌ها و افراد به شیوه‌هایی رفتار می‌کنند که مورد تأیید نیست، این احتمال وجود دارد که به نتیجه برسیم که خود آنها جزو مشکل هستند. در حقیقت، هر نقش آفرین بدی هم حائز اهمیت نیست و رفتار بد ممکن است نتیجه نیروهای بزرگتری باشد. بنابراین، بهتر است نسبت به فرایند تشخیصی، احساسات زیادی به خرج ندهیم. فرصت برای احساسات زیاد است؛ مثل زمانی که سعی دارید که حمایت سیاسی را برای یک سیاست خاص تجهیز و فراهم کنید. در عین حال، تحليل شفاف و خودنقادانه مورد نیاز خواهد بود.
* از اعداد و ارقام استفاده کنید: ما اعتقاد نداریم که هر کشوری می‌تواند تمام داده‌های با کیفیت خوب را که یک تحلیلگر ممکن است مورد نیازش باشد، فراهم کند. مسامحه و غفلت از مشکلاتی که نمی‌توان آنها را به صورت عددی ثبت کرد، بسیار نابخردانه به نظر می رسد. برنامه ریزان مبارزه با بلایای طبیعی می‌دانند که پس از زمین لرزه ها، نواحی خاموش که چیزی از آنها به گوش نمی رسد ممکن است به بدترین وجه درگیر شده باشند. مشابه‌این قضیه برای عملکرد نظام‌های سلامت نیز صادق است. ممکن است هیچ داده‌ای از فقیرترین و بدترین مناطق وجود نداشته باشد، اما علیرغم همه‌اینها، داده‌ها می‌توانند بسیار مفید باشند. داده‌ها می‌توانند تورشها و قضاوت‌های زودرس را حک و اصلاح نمایند. داده‌ها می‌توانند در اتخاذ یک رویکرد علمی‌کمک کننده باشند. داده‌ها - چه مربوط به DALY باشند و چه سایر شاخص‌های وضعیت سلامت، چه بر مبنای حسابهای ملی سلامت باشند و چه بر مبنای بررسی‌های پیمایشی مربوط به نگرش شهروندان می‌توانند در تعدیل پیش داوری‌ها بسیار مؤثر واقع شوند. برای استفاده آگاهانه از اطلاعات، مجریان اصلاحات باید منبع اطلاعات، محدودیت ها، موارد از قلم افتاده و پیش فرض‌های آنرا بدانند. این امر به نوبه خود نیاز به سرمایه گذاری‌های لازم برای دستیابی به چنین درکی را افزایش خواهد داد.

**8**

**تأمین مالی**

نخستین اهرم کنترل که به بحث درباره آن می‌پردازیم، تأمین مالی[[257]](#footnote-257) است؛ یعنی سازوکارهایی که پول از طریق آنها، بسیج و جابجا یا در واقع تجهیز می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار کند) و همچنین سازوکارهای نحوه استفاده از این پول (یعنی تخصيص). زمانی که پول (پس از گردآوری) پرداخت شد، تحت عنوان اهرم کنترل پرداخت قرار می‌گیرد که موضوع فصل بعدی است.

تأمین مالی، تأثیر بسیار مهمی‌بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد. تأمین مالی است که تعیین می‌کند چقدر پول موجود است، چه کسی بار مالی را تحمل می‌کند، چه کسی اعتبارات و اعتبارات را کنترل می‌کند، چگونه خطرات انباشت می‌شوند و آیا می‌توان هزینه‌های مراقبت سلامت را کنترل کرد یا خیر؟ این عوامل به نوبه خود کمک می‌کند تعیین کنیم که چه کسی به مراقبت سلامت دسترسی دارد؟ چه کسی در برابر تنگدستی ناشی از هزینه‌های کمرشکن پزشکی محافظت می‌شود و وضعیت سلامت جمعیت چگونه است. هیچ راه حل جادویی برای مشکلات مالی وجود ندارد. تمام پولی که از طریق هر شیوه تأمین مالی گردآوری می‌شود (به جز مشارکت‌های خارجی)، مستقیم یا غیر مستقیم از سوی شهروندان می آید. تصمیمی‌که هر ملتی باید برای خود بگیرد این است که از چه منابعی و تا چه حدی استفاده کند. این سؤالات، موضوع محتوایی این فصل را تشکیل می‌دهند.

بحث ما در این فصل به صورت زیر سازماندهی شده است: نخست به ارتباط بین تأمین مالی و اهداف نظام سلامت می‌پردازیم. بخش بعدی، معیارهای اصلی را مطرح می‌کند که یک کشور، برای مشخص کردن اینکه چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای او بهتر است، می‌تواند از آنها بهره بجوید. ما اینگونه مطرح کرده‌ایم که ترکیب این روش ها، وابستگی شدیدی به ارزش‌های اجتماعی و سیاست دارد و باید داشته باشد). سپس به تشریح روش‌های مختلف تأمین مالی و مزایا و معایب روش‌هایی می‌پردازیم که به نظر می رسد برای کشورهایی که در مراحل مختلف توسعه اجتماعی - اقتصادی قرار دارند، امکانپذیر هستند.

**1) تأمین مالی و پیامدهای نظام سلامت**

ما مکررا بیان کرده‌ایم که نظام سلامت، روشی برای رسیدن به اهداف اجتماعی است. تأمین مالی، هم بر خصوصیات عملکردی حد واسط و هم بر اهداف اصلی عملکرد که در فصل‌های ۵ و ۶ توصیف کردیم، تأثیر می‌گذارد.

**۲) ملاحظات مربوط به انتخاب یک راهبرد تأمین مالی**

چه به صورت تلویحی و چه به صورت صریح و دقیق، هر کشور باید درباره یک راهبرد تأمین مالی به تصمیم نهایی برسد؛ یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. پنج انتخاب ممکن در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند: درآمد عمومی[[258]](#footnote-258)، بیمه اجتماعی[[259]](#footnote-259)، بیمه خصوصی[[260]](#footnote-260)، پرداخت مستقیم توسط بیماران[[261]](#footnote-261) و تأمین مالی جامعه‌ای[[262]](#footnote-262). اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوهها استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، اکثر معتقدند که انگلستان، کشوری است که برای تأمین مالی نظام سلامت خود، قويا وابسته به درآمدهای عمومی است. البته در واقع، تنها 76% از اعتبارات سلامت این کشور از محل درآمدهای عمومی است؛ 12% نیز از سهم مشارکت بیمه اجتماعی، 10% از بیمه خصوصی و 2% از پرداخت‌های مستقیم مردم از جیب تأمین می‌شود. در مورد کشور هند نیز این دیدگاه وجود دارد که برای تأمین مالی مراقبت سلامت، عمدتا به درآمدهای عمومی‌خود متکی است. اما واقعیت آن است که در این کشور، فقط 30% از کل هزینه‌های سلامت، از درآمدهای عمومی‌تأمین می‌شود؛ حدود 60% از پرداخت‌های مستقیم بیماران از جیب و 10% از سایر منابع حاصل می‌شود.

زمانی که کشورها به جستجوی راهبردهای تأمین مالی بهتری برای بهبود عملکرد نظام سلامتشان می‌پردازند، چندین عامل ضروری را باید در نظر بگیرند.

1-2) توسعه اجتماعی - اقتصادی

تکرار واضحات است اگر بگوییم که ساختار یکسان و مشابهی برای تأمین مالی و ترتیبات سازمانی آن را نمی‌توان برای همه کشورها به کار گرفت. روشی که در انگلستان کارساز است، لزوما در کنیا مفید واقع نمی‌شود. از سوی دیگر، آیا لازم است با هر کشوری هم به صورت متفاوت برخورد کنیم؟ آیا می‌توانیم کشورها را گروه‌بندی کنیم و نتیجه گیری‌های کلی را برای کشورهای درون هر گروه صورت دهیم؟ ما به دلایل متعدد اعتقاد داریم که می‌توان این کار را بر مبنای سرانه تولید ناخالص داخلی[[263]](#footnote-263) انجام داد.

توانایی یک کشور در جابه جا کردن، بسیج و تجهیز[[264]](#footnote-264) منابع مالی، ارتباط عمیقی با درآمد سرانه کشور دارد. درآمد، تعیین کننده ظرفیت خانوارها برای پرداخت جهت دریافت مراقبت سلامت و تقاضای آنان برای خدمات است. سایر عوامل عمده‌ای که ارتباط عمیقی با درآمد دارند عبارتند از: مأخذ مالیات[[265]](#footnote-265) که یک کشور می‌تواند از محل آن، درآمدهای مالیاتی را گردآوری کند؛ تعداد کارگرانی که در بخش رسمی استخدام شده‌اند، که بر مقدار اعتباراتی که می‌توان از طریق بیمه اجتماعی گردآوری کرد تأثیر می‌گذارد؛ و همچنین تعداد خانوارهای فقیر که باید برای آنها یارانه پرداخت شود.

همچنین، روش‌های مختلف، فشار و تقاضای بیشتر یا کمتری بر زیر ساختار یک کشور و قابلیت آن کشور در مدیریت عمومی‌و خصوصی وارد می‌کنند. این عوامل نیز ارتباط زیادی با درآمد سرانه دارند. تفاوت دیگر کشورهای کم درآمدتر با کشورهای پردرآمد این است که در صدی از فعالیت‌های اقتصادی کشورهای کم درآمد که جزو اقتصاد ناپیداست[[266]](#footnote-266) (یعنی درآمد قانونی ثبت نشده و عایدات ناشی از فعالیت‌های غیر مجاز)، بسیار بالاتر از کشورهای پردرآمد است. اشنایدر[[267]](#footnote-267) در سال ۲۰۰۲ چنین دارد. تخمین زده است که اقتصادهای ناپیدا در مکزیک، فیلیپین، مصر و تایلند، بیش از 50% از تولید ناخالص داخلی رسمی آنها را تشکیل می‌دهند. اما این میزان در کشورهای پردرآمدی مثل ژاپن و ایالات متحده، کمتر از 10% از تولید ناخالص داخلی رسمی آنهاست. این موضوع، به انتخاب‌ها گزینه‌های تأمین مالی ربط پیدا می‌کند چرا که جمع آوری مالیات یا گرفتن حق بیمه اجتماعی، از درآمدهای حاصل از اقتصاد نا پیدا مقدور نیست. به همین دلیل است که ما از سرانه تولید ناخالص داخلی به عنوان روشی برای گروه‌بندی کشورها در دستجات خاص استفاده کرده‌ایم.

مرتب کردن کشورها بر حسب سطح درآمد در انجام موارد زیر به ما کمک می‌کند، تحلیل روش‌های تأمین مالی که در اختیار دارند، مقدار اعتباراتی که از طریق منابع مختلف می‌توانند گردآوری کنند و بنابراین توان بالقوه برای انباشت خطرات مالی ناشی از ناخوشی و سلامت نامطلوب. اولین دسته‌ای که تعیین کرده‌ایم، تمام کشورهای کم درآمد را شامل می‌شود. در این دسته اعتبارات مالیاتی معمولا 60%- 40% از کل هزینه‌های سلامت را تأمین می‌کنند و 15% - 10% از طریق بیمه اجتماعی (که بیش از همه، کارمندان دولت را پوشش می‌دهد) و 50% - 40% از پرداخت‌های مستقیم بیماران از جیب تأمین می‌شود. بیمه خصوصی در این کشورها با وجود ندارد یا بسیار کوچک و قابل چشم پوشی است چرا که خانوارهای اندکی هستند که توانایی خرید بیمه خصوصی را دارند؛ همچنین ضمانت اجرایی لازم برای پیشگیری از ادعاهای فریب آمیز بیمه‌ای وجود ندارد.

با صنعتی شدن کشور، رشد درآمد سرانه آن و تبدیل شدن به یک کشور با درآمد متوسط، معمولا بیمه اجتماعی وسیع‌تر می‌شود چرا که تعداد کارکنانی که در بخش رسمی اقتصاد کار می‌کنند، بالاتر می رود. بیمه خصوصی شروع به شکل‌گیری می‌کند اما کماکان نقش کوچکی را بر عهده دارد. بخش عمده‌ای از کل هزینه‌های ملی سلامت کماکان از طریق اعتبارات مالیاتی عمومی یا پرداخت‌های مستقیم بیماران از جیب تأمین می‌شود. این کشورها در دومین و دسته از طبقه‌بندی ما قرار می‌گیرند. تفاوت عمده بین کشورهای دسته اول و دوم عبارتست از سهم نسبی کل هزینه‌های سلامت که از منابع مختلف تأمین می‌شود چرا که تعداد می‌شود و اندازه یا گسترش خدمات بیمه خصوصی و بیمه اجتماعی، این خدمات معمولا زمانی ایجاد می‌شوند که منابع دیگر تأمین مالی و اعتبارات، موجود باشند؛ بیمه‌های مذکور، واضحة خدمات با کیفیت بالاتری را نسبت به آنچه از سوی تسهیلات و مراکز بخش عمومی (با عملیات اجرایی مستقیم می رود از سوی دولت) ارایه می‌شود، به مشتریان ارایه می‌کنند.

سومین دسته، تمام کشورهای پردرآمد را شامل می‌شود که همه آنها (به جز ایالات متحده)، نظامی‌برای تأمین مالی بنا نهاده‌اند که دسترسی عمومی‌به مراقبت سلامت را تضمین می‌کند.

**۲-۲) ظرفیت مالی[[268]](#footnote-268)**

سؤال اصلی درباره یک راهبرد تأمین مالی آن است که‌ایا این راهبرد می‌تواند اعتبارات کافی برای صرف هزینه به میزان مطلوب و دلخواه در بخش سلامت، جمع آوری و تجهیز کند؟ ظرفیت مالی، وابسته به زمینه، شرایط و بستر است. نتیجه هر راهبرد، به ساختار اقتصادی یک جامعه (مثلا که هدف و مشمول اینکه کارگران بسیاری در بخش رسمی‌وجود داشته باشند) و ظرفیت اجرایی دولت بستگی دارد. به علاوه، مقدار پولی که می‌توان گردآوری کرد، نه تنها وابسته به مأخذ مالیات است بلکه به‌این امر نیز بستگی دارد که کشور، برای افزایش هزینه‌های صرف شده در امر سلامت، چقدر حاضر است از سایر اهداف خود به نفع این بخش صرف نظر کند (مثلا در رقابت بین المللی از هزینه‌های بالاتر کار و یا از هزینه‌های صرف شده در آموزش چشم بپوشد). بنابراین، اندیشیدن درباره همخوانی یک راهبرد تأمین مالی با اهداف تأمین اعتبارات بخش سلامت یک کشور، مفید و کاربردی خواهد بود. زمانی که مجریان اصلاحات درباره «پایداری»[[269]](#footnote-269) نظام تأمین مالی سلامت یک ملت بحث می‌کنند، در واقع بر این پرسش متمرکز شده‌اند. اجازه دهید از این دیدگاه، نگاه اجمالی به هر یک از روش‌های تأمین مالی بیندازیم

ظرفیت گردآوری پول از محل مالیات‌های عمومی‌در یک کشور، وابسته به‌اندازه مأخذهای مالیاتی مختلف آن دارد؛ یعنی حجمی از فعالیت های اقتصادی که هدف و مشمول یک نوع مالیات خاص قرار می‌گیرند. در عین اینکه‌این ظرفیت، ارتباط و همبستگی نزدیکی با سطح کلی توسعه اقتصادی دارد، اما عوامل خاصی نیز ممکن است در این میان نقش ایفا نمایند (مثلا وجود منابع با مالیات آسان[[270]](#footnote-270) مثل نفت و یا نقش عمده‌ای برای بخش‌های با مالیات سخت[[271]](#footnote-271) مثل کشاورزان کوچک).

برای بیمه اجتماعی، ظرفیت مالی وابسته به توانایی جمع آوری سهم مشارکت ( کارفرمایان و حق بیمه کارمندان و کارگران خواهد بود. البته شرکت‌های کوچک ممکن است پرونده‌های مرتبط و متناسبی را برای این

کار در دستگاه مالی خود ثبت و حفظ نکنند؛ حتی در سطح مفهومی‌نیز تفکیک بین عایدی‌های یک کشاورز کو چک یا مالک یک کسب و کار (در آمد کار) از سودشان ( درآمد سرمایه) همواره آسان نیست. اما به هر حال فرض بر این است که درآمد کار مشمول مالیات می‌شود. برخی از کشورها برای حل این مشکل، متوسل به دریافت سهم مشارکتی استاندارد شده‌ای از خویش فرمایان[[272]](#footnote-272) شده‌اند. به عنوان مثال در مجارستان، این سهم بر مبنای درآمد شخصی که حداقل دستمزد را دارد تعیین می‌شود؛ این قانون برای بسیاری از صاحبان کسب و کارهای کوچک، مطلوب و پسندیده است.

در کل، هر چقدر که زیر ساختار اجرایی کشور، دقیق‌تر و پیشرفته‌تر و هر چقدر که همکاری شهروندان آن بیشتر باشد، نظام بیمه اجتماعی قادر خواهد بود به کسب و کارهای مقیاس کوچک‌تری هم احاطه پیدا کند. اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، سطح دسترسی این نظام، بسیار عمیق نخواهد بود. در این موارد، عموما بیمه اجتماعی را می‌توان به شیوه‌ای اثربخش تنها برای کسانی که در شرکت‌های بزرگ (مثلا با بیش از ۱۰ کارمند) استخدام شده‌اند یا آنهایی که در بخش رسمی‌کار می‌کنند، پیاده و اجرا کرد.

بیمه خصوصی این ظرفیت را دارد که اعتبارات را از سمت افرادی که قادر به پرداخت هستند و تمایل به بیمه شدن دارند، جابجا و تجهیز کند. افراد دارای درآمد بالاتر ممکن است تمایل بیشتری به خرید بیمه خصوصی داشته باشند تا بتوانند خدمات گسترده‌تر یا با کیفیت بالاتری را برای خود فراهم کنند؛ به عوض آنکه زیر بار پرداخت مالیاتی بروند که فوایدش به نفع دیگران است. اما اعتباراتی که از طریق بیمه خصوصی سلامت گردآوری و جابجا می‌شود، نمی‌تواند به سادگی برای تأمین مالی جهت فقرا به کار گرفته شود. در چنین نظامی، آنهایی که بیمه خصوصی ندارند (به دلیل آنکه از عهده پرداخت آن بر نمی آیند)، در تنگناهای مأیوس کننده‌ای گیر می افتند که هیچ دسترسی به خدمات سلامت ندارند.

تأمین مالی جامعه‌ای خصوصا در جوامع روستایی فقیر، فقط ظرفیت محدودی برای گردآوری اعتبارات مربوط به مراقبت سلامت دارد. البته، منابعی که به‌این شیوه گردآوری می‌شوند می‌توانند مزایای در حد متوسط اما مهمی‌در تأمین اعتبارات خدمات مراقبت اولیه سلامت و برخی از انواع مراقبت بیمارستانی داشته باشند.

در نهایت، پرداخت‌های مستقیم از جیب توسط بیماران، در اکثر کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط، شایع است. بررسی‌های اخیر با استفاده از حساب‌های ملی سلامت[[273]](#footnote-273) بیان می‌دارد که ممکن است تمایل قابل توجه و توان عمده‌ای برای صرف هزینه در مراقبت سرپایی وجود داشته باشد (حتی میان افراد نسبتا فقیر در کشورهای فقیر)؛ خصوصا زمانی که پرداخت‌های غیررسمی‌به پزشکان و پرستاران و پرداخت برای داروها و وسایلی که درمانگاه‌ها فراهم نمی‌کنند نیز در این محاسبات لحاظ شود. بررسی‌های حساب‌های ملی سلامت نشان می‌دهد که حتی در کشورهایی که تأمین اعتبار خدمات سلامت عمومی آنها به صورت گسترده‌ای از محل مالیات‌ها است، پزشکان خصوصی مستقل، نسبت عظیمی از مراقبت سرپایی را ارایه می‌کنند که بیماران به صورت مستقیم برای آنها پرداخت می‌کنند.

در کشورهای پردرآمد، ظرفیت به کارگیری و استفاده از پرداخت‌های مستقیم از جیب، حتی از این هم بالاتر است چرا که درآمدهای خانوار بیشتر است. در این کشورها، برخی خدمات منتخب ممکن است تحت پوشش بیمه قرار نگیرند (مثل برخی داروها یا خدمات دندانپزشکی). در سایر شرایطی بیماران ممکن است مجبور باشند سهمی را به صورت رسمی، حتی برای برخی از خدماتی که به صورت عمومی ارایه می‌شوند یا تحت پوشش بیمه هستند بپردازند (پرداخت‌های مصرف کنندگان[[274]](#footnote-274) یا فرانشیزها[[275]](#footnote-275). ممکن است شکاف‌هایی نیز در آنچه تحت پوشش بیمه قرار دارد وجود داشته باشد، چه از نظر فرانشیزهای ابتدایی[[276]](#footnote-276) (در انتهای جلویی) و یا حدود تعهدات[[277]](#footnote-277) در انتهای عقبی)

**3-2) قابلیت اجرا[[278]](#footnote-278)**

گردآوری اعتبارات، نیازمند صرف پول در جهت ایجاد و ثبت پرونده‌های تأسیس نظام‌های حسابداری، حسابرسی و ممیزی و همچنین نهادهای اجرایی سازمان یافته است. چنانچه شرکت‌های رقابتی بیمه خصوصی هم وجود داشته باشند، برای بازاریابی، فروش و سودآوری نیز هزینه خواهند کرد. بنابراین سؤال مهم در اینجا آن است که چه میزان از کل هزینه صرف شده، تحت ترتیبات خاص تأمین مالی برای مخارج و منابع اجرایی صرف می‌شود.

اختصاص بیمه خصوصی، هزینه‌های اجرایی بسیار بالایی را در بر دارد. شرکتهای بیمه‌ای در ایالات متحده غالبا 30% - 25% از کل درآمد خود را صرف هزینه‌هایی غیر از مراقبت بیماران می‌کنند (مثل فروش، اجرا و سودآوری). به علاوه، پزشکان و بیمارستان‌ها نیز هزینه‌های اجرایی به مراتب بالاتری در ایالات متحده نسبت به سایر کشورها دارند. مطالعات نشان می‌دهد که بیمارستان‌های پیشرفته آمریکایی، دو کارمند اجرایی تمام وقت به ازای هر تخت اشغال شده در اختیار دارند که‌این میزان در مقایسه با بیمارستان‌های آلمان، ۱۰ برابر بیشتر است.

وضع مقررات و نظارت صحیح (مثلا تعيين آشکال يكسان و مشابهی از شرایط بیمه نامه‌ها که توسط شرکت‌های بیمه مورد استفاده قرار گیرد) می‌تواند تا حدی باعث کاهش این هزینه‌ها شود. اما به هر حال، بار باقیمانده بسیار قابل توجه است. بازارهای بیمه خصوصی سلامت، نظام‌های بسیار پیچیده‌ای هستند. بنابراین کشورهایی که تصمیم به قدم گذاشتن در مسیر بیمه‌های خصوصی می‌گیرند، باید نه تنها برای پرداخت این هزینه‌های سنگین تعاملات آماده باشند، بلکه لازم است ظرفیت عمده‌ای را نیز جهت پایش، تحلیل و تنظیم این بازارها فراهم کرده باشند. در غیر این صورت احتمال اندکی وجود دارد که به اهداف مختلف اجتماعی دست یابند.

دومین جنبه حیاتی قابلیت اجرا، ظرفیت اجرایی یک کشور است. آیا این کشور، نظام‌های اجرایی و منابع انسانی مورد نیاز برای گرداندن یک برنامه تأمین مالی را (به شیوه‌ای اثربخش) در اختیار دارد؟ این نگرانی هاست که باعث می‌شود کشورهای دارای نظام‌های اجرایی ضعیف، خود را مبتنی بر مالیات‌هایی سازند که جمع آوری آنها از همه ساده‌تر است (مثلا تعرفه‌های وارداتی و مالیات بر ارزش افزوده)؛ هرچند که در شرایط کشورهای دیگر، این منابع درآمد جزو منابع مطلوب نباشند. به عنوان مثال، جمع آوری مالیات بر مصرف، غالبا ساده‌تر از جمع آوری مالیات بر درآمد است چرا که کسب و کارهای اندکی هستند که مالیات بر مصرف باید از آنها اخذ شود، نسبت به خانوارهایی که مالیات بر درآمد از آنها گرفته می‌شود؛ همچنین پرونده‌ها و دفاتر مالی در کسب و کارها، بهتر از آن چیزی است که ممکن است در خانوارها وجود داشته باشد. به علاوه، درآمدهای حاصل از منابع سیاه یا خاکستری نیز در صورت خرج شدن می‌تواند مشمول مالیات شود (از طریق مالیات بر مصرف) اما ممکن است وجود چنین منابعی اصلا به جمع کنندگان مالیات بر درآمد گزارش نشود. البته زمانی که فروشندگان کوچک بسیار زیادی در بخش غیررسمی‌وجود داشته باشند (شرایطی که در بسیاری از کشورهای فقیر صادق است)، اجرای هر دو نوع مالیات حقوق و دستمزد[[279]](#footnote-279) و مالیات بر مصرف، مشکل است. دموکراسی، تصمیمات

قابلیت اجرا همچنین به مقبولیت اجتماعی یک برنامه تأمین مالی هم بستگی دارد. آیا شهروندان، تقلب خواهند کرد یا خیر؟ گستره و دامنه هر نظام تأمین مالی، وابستگی عمده‌ای به نگرش‌های عمومی‌نسبت به دولت (به صورت کلی) و پرداخت مالیات (به صورت خاص) دارد. میزان پذیرش، داوطلبانه، به میزان قابل توجهی در بین کشورها و در داخل یک کشور، تغییر می‌کند؛ بنابراین استفاده از برنامه‌هایی که از دید مردم، معقول و منطقی هستند، احتمال موفقیت بیشتری را با خود به همراه دارد. بسیاری از این مسائل مربوط به اعمال پذیری[[280]](#footnote-280) را در بحث ارایه شده در فصل ۱۱ مجددا اجازه کنترل مناسب بر روی فرایندها را بررسی خواهیم کرد.

یک مثال خاص از این مسأله به‌این صورت است که قرار داد و پیمان اجتماعی[[281]](#footnote-281) که به صورت تلویحی در بسیاری از برنامه‌های بیمه اجتماعی وجود دارد، می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر مقبولیت این برنامه‌ها و به همین خاطر) بر توانایی گردآوری در آمد از سوی آنها داشته باشد. شهروندان غالبا احساس می‌کنند که زمانی که اعتبارات تفکیک شده باشند و زمانی که غیر مشارکت کنندگان، جزو صندوق انباشت منابع نباشند، احتمال بیشتری دارد که آنها (شهروندان، خدمات موردنیاز را به ازای سهم مشارکتی خود دریافت کنند. این موضوع دلیل آن است که چرا کشور کلمبیا، دو صندوق بیمه اجتماعی مجزا برای بخش رسمی‌و غیر رسمی‌تأسیس کرده است. اینکه‌ایا چنین ترتیباتی، جزو مهمترین منابع و علایق یک کشور قرار می‌گیرد یا خیر، قضاوت سیاسی پیچیده‌ای است که نیاز به تحلیل مورد به مورد دارد و بحث درباره آن، فراتر از گستره‌این فصل است.

**4-2) پاسخگویی سیاسی[[282]](#footnote-282)**

در یک نظام مبتنی بر دموکراسی، تصمیمات راجع به میزان و نحوه مصرف اعتبارات، تصویر و نمایش پایه‌ای از قدرت دولت است. از دیدگاه نظریه سیاسی دموکراتیک، این گزینه‌ها و انتخاب‌ها باید به گونه‌ای صورت گیرد که به شهروندان اجازه کنترل مناسب برروی فرایندها را بدهد. چندین ویژگی نظام تأمین مالی بر این پاسخگویی تأثیر می‌گذارد. آیا فردی که اختیار فرایند تأمین مالی را در دست دارد، مشمول انتخاب از سوی یک فرایند دموکراتیک قرار می‌گیرد یا خیر؟ چنانچه مدیر اجرایی، یک تکنوکرات انتصابی است، آیا زنجیره‌ای برای پاسخگویی وجود دارد که او را به فردی که اختیارش با تصمیم گیری‌های انتخاباتی تعیین می‌شود، متصل و مرتبط سازد؟

البته، شرایط ایده آل از نظر پاسخگویی سیاسی، در بسیاری از کشورها محل اختلاف نظر و بحث است. در شرایطی که بی اعتمادی وسیعی نسبت به فرایندهای سیاسی وجود دارد، برخی ترجیح می‌دهند که تصمیمات تأمین مالی سلامت توسط نهادهایی صورت گیرد که تا حد ممکن عاری و مصون از فرایندهای سیاسی باشند. چنین گرایش و تمایلی خصوصا در کشورهایی صادق است که محدودیت‌ها و فشارهای شدیدی در آنها بر روی بودجه‌های عمومی‌وجود دارد. گروههای ذینفع در این کشورها امیدوارند که جداسازی تأمین مالی سلامت از فرایند بودجه عمومی، جریان منابع به بخش سلامت (و نهایتا درآمد بیشتر برای ارایه کنندگان) را افزایش دهد. چنین امری توجیه می‌کند که چرا برنامه‌های جدید بیمه اجتماعی، در انواع گوناگونی از کشورها (مثلا هر دو کشور لهستان و کلمبیا)، قویا از سوی جوامع پزشکی مورد حمایت قرار گرفته‌اند.

**۳) معیارهای قضاوت درباره روش‌های تأمین مالی**

علاوه بر چهار مورد از ملاحظاتی که تا اینجا بررسی کردیم، چند معیار کلیدی دیگر نیز وجود دارد که در ارزشیابی یک روش تأمین مالی و ترتیبات سازمانی مرتبط با آن باید مد نظر قرار گیرد. این معیارها اختصاصا عبارتند از : عدالت[[283]](#footnote-283)، انباشت خطر[[284]](#footnote-284) و اثرات اقتصادی[[285]](#footnote-285) .

* عدالت: به دلیل اینکه تأمین مالی، مستقیما بر توزیع هزینه مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارد، یک سؤال بدیهی این است که چه کسی بار تأمین مالی را به دوش می‌کشد؟ از آنجایی که نحوه استفاده از اعتبارات مستقیما بر توزیع مراقبت سلامت مؤثر است، دومین سؤال بدیهی این است که چه کسی منفعت می‌برد؟ همانگونه که در فصل ۶ بحث شد، ارزیابی توزیع بار و منافع، دو بعد متفاوت دارد. عدالت عمودی[[286]](#footnote-286) به توزیع بار بین ثروتمندان و فقرا اشاره دارد. عدالت افقی[[287]](#footnote-287)، مربوط به برقراری موازنه و برابری بین افراد دارای سطح درآمد مشابه (از جمله افرادی که در نواحی مختلف زندگی می‌کنند) است.
* انباشت خطر: ناخوشی‌ها و هزینه‌های مراقبت سلامت مرتبط با آنها، توزیع برابر و یکسانی در کل جمعیت ندارند. سرطان برخی افراد را درگیر می‌کند و دیگران را مبتلا نمی‌کند، بیماری‌های اسهالی نیز در تعدادی از بچه‌ها به وجود می آید نه همه آنان. از سوی دیگر، گروه‌هایی از افراد جامعه، با خطرات سلامت بالاتری مواجه هستند. افراد مسن تر، ناخوش‌تر و ناتوان‌تر از جوانان هستند و دیابتی‌ها نیاز به مراقبت بیشتری نسبت به یک فرد معمولی دارند. عدم قطعیت ناشی از ناخوشی، نیاز به راهبرد تأمین مالی را پیش می‌کشد که به وسیله آن، خطرات، انباشت و پخش شوند. البته انجام این کار در شرایطی که گروه‌های کم خطر و پرخطر قابل تشخیص وجود دارد، به‌این سادگی‌ها نیست. گروههای کم خطر مانند جوانان و افراد سالم، نمی‌خواهند که با گروه‌های پرخطر سهیم شوند چرا که انباشت، هزینه‌های گروه کم خطر را بالاتر می‌برد. به عنوان مثال، در چین مشاهده شد که شرکت‌های سرمایه گذاری مشترک[[288]](#footnote-288) که گرایش به استخدام کارگران جوان‌تر دارند، قويا در مقابل تسهیم با کارکنان صنایع ثبت شده‌ای که گرایش به استخدام کارگران مسن‌تر داشتند، از خود مقاومت نشان می‌دادند.

توانایی تسهیم و انباشت خطرات سلامت، در پنج شیوه مختلف جابجایی و تجهیز اعتبارات، تفاوت بسیاری با یکدیگر دارند. اگر درآمدهای عمومی، برای خدمات سلامتی که در دسترس همه قرار دارند یا یارانه دهی جهت پیش پرداخت‌های گروه‌های پرخطر به کار روند، می‌توانند خطرات را انباشت نمایند. بیمه‌های اجباری اجتماعی، چنانچه پوشش کمابیش فراگیری داشته باشند می‌توانند انباشت قابل توجهی را فراهم کنند. بیمه‌های فراهم کنند. بیمه‌های خصوصی صرفأ خطرات سلامت را در یک گروه منتخب انباشت می‌کنند؛ مثلا برای کارگران یک شرکت خاص یا اعضای یک گروه شغلی. صد البته، پرداخت‌های مستقیم بیماران از جیب، هیچ انباشت خطری را به دنبال ندارد.

* اثرات اقتصادی: زمانی که دولت، یک شرکت یا یک فرد را وادار به پرداخت مالیات برای یک چیز خاص (مثلا دستمزد) می‌کند، این شرکت یا فرد ممکن است تصمیمات خود را درباره میزان کار کردن و عایدی داشتن، تغییر دهد. انتخاب‌ها و گزینه‌های مختلف، تأثیرات متفاوتی بر تشویق یا تضعیف سرمایه گذاری، فرصت‌های شغلی و عرضه نیروی کار می‌گذارند؛ بنابراین اثر آنها بر ترکیب و سطح فعالیت اقتصادی در کوتاه و بلندمدت نیز متفاوت خواهد بود.

**۴) گزینه‌های تأمین مالی[[289]](#footnote-289)**

روش مختلف را به نوع شناسی که ما از گزینه‌ها و انتخاب‌های تأمین مالی ارایه کرده‌ایم، مخلوطی از جنبه‌های مالی و سازمانی فرایند جمع آوری پول است. این نوع شناسی، انعکاسی از منابع اقتصادی مورد استفاده در روشهای مختلف و همچنین ترتیبات سازمانی است که تأمین مالی از طریق آنها انجام می‌شود. گزینه‌های ما در بهترین حالت، مجموعه‌ای از روش‌های ایده آل هستند؛ هر یک از گزینه ها، یک مورد خالص و بسیار روش مند است.

البته در عمل، اکثر نظام‌های تأمین مالی، خالص نیستند. در عوض، اکثر کشورها، رویکرد ترکیب و تطابق[[290]](#footnote-290) را بر می‌گزینند؛ یعنی در واقع، چندین روش مختلف را به شیوه‌های پیچیده ترکیب می‌کنند تا بتواند انعکاسی از تاخت زدن‌های[[291]](#footnote-291) اهدافی باشد که کشور قصد انجام آن را دارد. این تاخت زدن‌ها بر حسب تاریخ ملی، سیاسی و اقتصادی خاص آن کشور صورت می‌پذیرد. به عنوان مثال، نظام‌های درآمد عمومی‌در کشورهای با درآمد کم و متوسط غالبا از بیماران می‌خواهند که پرداخت داشته باشند و همچنین برخی از انواع هزینه‌های پزشکی (مثل داروها) را هم پوشش نمی‌دهند. به صورت مشابه، اکثر برنامه‌های بیمه خصوصی هم از بیماران می‌خواهد که پرداخت‌های قابل توجهی به صورت مستقیم از جیب داشته باشند.

هدف دسته بندی‌های ما این است که چارچوبی برای مشخص کردن و تحلیل نظام‌های واقعی تأمین مالی فراهم آورد. ما پنج روش عمده تأمین مالی را به نوبت بررسی خواهیم کرد

**1-4) در آمد عمومی[[292]](#footnote-292)**

در تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از انواع مالیات‌ها برای پشتیبانی از کل محدوده فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند. بنابراین لازم است که نظام سلامت برای کسب اعتبارات خود، با سایر برنامه‌های مبتنی بر تأمین مالی از سوی دولت رقابت کند و منابع خود را از طریق فرایند منظم بودجه ریزی دولتی دریافت نماید.

انواع مختلفی از مالیات‌ها در اختیار دولت قرار دارد از جمله مالیات بر درآمد، مالیات سود شرکت سهامی[[293]](#footnote-293)، مالیات بر ارزش افزوده[[294]](#footnote-294)، مالیات غیر مستقیم[[295]](#footnote-295)، تعرفه‌های واردات[[296]](#footnote-296) و مالیات بر منابع طبیعی مثل معادن[[297]](#footnote-297) یا تعرفه‌های عبور از کانال (چنانچه در کشور مصر یا پاناما باشید). هریک از این مالیات ها، بار را بر گروه‌های مختلفی از شهروندان وارد می‌کند. ترکیب مالیات‌هایی که یک کشور خاص از آن استفاده می‌کند، عموما وابسته به سطح رشد اقتصادی آن کشور است. کشورهای کم درآمد گرایش دارند که بیشتر از منابع درآمدی که جمع آوری‌شان راحت است (مثل مالیات‌های صادرات و واردات و مالیات غیر مستقیم استفاده کنند. استفاده از سایر منابع (مثل مالیات بر درآمد و مالیات بر ارزش افزوده) نیازمند نظام‌های داده‌ای گسترده‌تر و سطوح بالاتری از پذیرش داوطلبانه در شهروندان است.

با رشد اقتصادی طی زمان، مالیات‌هایی که پایه و مأخذ گسترده‌ای دارند، به صورت خودکار منابع بیشتری را برای سلامت تولید می‌کنند. از سوی دیگر، مقادیر جمع شده طی دوره کسب و کار، به صورت کوتاه مدت دچار افت و خیز می‌شوند. برخی از مالیات‌ها مانند مالیات‌های تصاعدی[[298]](#footnote-298) بر درآمد و مالیات بر منابع، حساسیت بیشتری در مقایسه با انواع دیگر نسبت به دورهای کوتاه مدت کسب و کار[[299]](#footnote-299) و رشد طولانی مدت دارند. رشد (اقتصادی)، افراد را به دستجات بالاتر مالیات بر درآمد سوق می‌دهد و دریافت‌های نهایی و میانگین را افزایش می‌دهد؛ در عین حال منافع نیز كما كان نسبت به دور کسب و کار حساس باقی می مانند. برعکس، مالیات

حقوق و مالیات بر فروش از نظر درصدی، مختصری کمتر از تولید ناخالص داخلی تغییر می‌کنند. زمانی که نوسان‌های بزرگی در درآمد ملی بوجود می آید (مانند بحران اقتصادی آسیا در سال ۱۹۹۷ یا مشکلات اخیر در آرژانتین)، دولتها متحمل فشار بسیار سنگینی برای نگهداری و حفظ هزینه‌های مربوط به بخش سلامت می‌شوند (بدون توجه به‌اینکه چه مجموعه‌ای از مالیات‌ها را به کار گرفته باشند)؛ خصوصا به‌این دلیل که در جريان رکود بحرانی، تقاضا از دولت برای سایر انواع صرف هزینه نیز افزایش می یابد.

تأمین مالی از محل مالیات عمومی، در نظام‌های سیاسی دموکراتیک، درجات بالایی از پاسخگویی سیاسی را به همراه دارد، چرا که تصمیم گیری‌های کلیدی مستقیما از مسیر فرایند قانونگذاری عبور می‌کنند. بنابراین، میزان تأمین اعتبارات را می‌توان کنترل کرد و تصمیم گیرندگان، پاسخگوی اقدامات خود خواهند بود. از سوی دیگر، پشتیبانی مالیاتی تلویحی از طریق سازوکارهایی مثل بخشودگی مالیات[[300]](#footnote-300) (مثلا فراهم آوردن این امکان که صرف هزینه در مراقبت سلامت، باعث کاهش دیون و بدهی مالیات بر درآمد یک فرد شود)، نه شفاف است و نه قابل کنترل. مشکل می‌توان فهمید که چقدر از درآمدها از طریق چنین برنامه‌هایی از دست می روند و کنترل افرادی که از این میان منفعت می‌برند نیز کار ساده‌ای نیست.

مسأله دیگری که مرتبط با ساختار مالیات است و در نتیجه تأمین مالی از درآمدهای عمومی مطرح می‌شود، پرسش راجع به توزیع بار مالی توسط سطوح مختلف اجرایی دولت است. همانگونه که بعدا به صورت مفصل بحث خواهیم کرد، کشورها بعضا مسؤولیت گرداندن نظام‌های مراقبت سلامت را به دولت‌های محلی و منطقه‌ای واگذار می‌کنند. بعضا این حالت اتفاق می افتد که دولت ملی که تحت فشار مالی شدید قرار دارد، دولتهای سطوح پایین‌تر را مجبور می‌کند تا برای حمایت از نظام توزیع، مالیات‌های خود را خودشان جمع آوری کنند.

به عنوان مثال، چندین سال پیش لهستان تلاش کرد به شهرهای بزرگش بقبولاند که مسؤولیت چرخاندن بیمارستان‌های محلی‌شان را تحت قانون شهرهای بزرگ[[301]](#footnote-301) بپذیرند. اکثر این شهرها زمانی که فهمیدند با چه الزامات و اجباراتی مواجه می‌شوند، این قوانین و قواعد جدید را به دولت ملی خود بازگرداندند. در کشورهای دیگر (مثل چین و هند)، بخش عمده بودجه سلامت، از محل درآمدهای استانی تأمین می‌شود. همانگونه که در بخش بعد بحث خواهیم کرد، چنین ترتیباتی می‌تواند مسائل عمده‌ای را در ارتباط با عدالت برانگیزد؛ خصوصا زمانی که گوناگونی‌های بین منطقه‌ای وسیعی از نظر ظرفیت مالی محلی وجود داشته باشد.

**1-1-4) عدالت عمودی و افقی در روش‌های مالیاتی جایگزین**

همانگونه که در فصل ۶ بحث کردیم، بار مالیات ممکن است فقط بر دوش آنهایی که باید مالیات بپردازند، نباشد. در عوض دولت‌ها ممکن است زمانی که پول بیشتری را به سلامت اختصاص می‌دهند، از سایر خدمات بکاهند. در این مورد، متقاضیان سایر خدمات که در حال حاضر، عرضه به آنها صورت نمی‌گیرد، کسانی خواهند بود که بار جبران هزینه‌های بالاتر بخش سلامت را به دوش می‌کشند. مشابه همین موضوع مربوط به زمانی است که دولت، از طریق بخشودگی مالیات، به برخی از فعالیت‌ها یارانه پرداخت می‌کند. جبران کنندگان این کاهش درآمد ممکن است آنهایی باشند که مالیات‌های افزایش یافته دیگر (برای جبران درآمد از دست رفته) را پرداخت می‌کنند یا کسانی که بالقوه متقاضی فعالیت‌هایی بوده‌اند که به خاطر کمبود پولی ناشی از بخشودگی مالیات، در حال حاضر خدمات ارایه شده به آنها محدود و کم شده است

به علاوه، آنهایی که مستقیما یک نوع مالیات پرداخت می‌کنند ممکن است (لزوما) افرادی نباشند که در نهایت، بار حاصله را به دوش بکشند. به عنوان مثال، کارفرمایان عموما بخشی از هزینه ناشی از افزایش مالیات حقوق و دستمزد را به شکل اعطای دستمزد و حقوق کمتر به کارگران منتقل می‌کنند. به صورت مشابه، مالیات بر دارایی زمین داران ممکن است به شکل اجاره‌های گرانتر، به مستأجران منتقل شود. اینکه‌ایا چنین جابجایی روی می‌دهد یا خیر (و به چه میزان)، بستگی به خصوصیات گوناگونی از بازارهای مربوطه دارد. متون علمی اقتصادی قابل توجهی درباره‌این مسائل وجود دارد.

* عدالت عمودی: ما تاکنون نقاط تمایز بین مالیاتهای تصاعدی، متناسب و نزولی را مطرح کرده‌ایم (فصل ۵ را ببینید). در اکثر کشورها، فقط مالیات‌های جامع بر درآمد از جمله مالیات بر درآمد سرانه می‌تواند حقیقتا تصاعدی باشد؛ چرا که فقط این نوع مالیات است که در سطوح بالاتر درآمدی افراد می‌تواند درصد بیشتری را به خود اختصاص دهد. برعکس، مالیات حقوق و دستمزد، اندکی نزولی است چرا که نسبت درآمد کلی که از محل حقوق حاصل می‌شود، در سطوح درآمدی بالاتر افت می‌کند. در صورتی که حد و مرزی برای سهم مالیات حقوق و دستمزد یک فرد در نظر گرفته شود، این برنامه‌های مالیاتی حتی از این هم که هست نزولی‌تر می‌شوند که بعضا این اتفاق می افتد). مالیات بر مصرف (فروش و مالیات بر ارزش افزوده) نیز به میزان متوسط، نزولی است چرا که درصدی از درآمد که صرف و مشمول مالیات می‌شود برخلاف درصدی که پس انداز میشود)، در سطوح درآمدی بالاتر، کمتر است. چنین پدیده‌ای است که باعث می‌شود برخی از برنامه‌های مالیات بر مصرف، کالاها و اجناسی را که درصد بیشتری از درآمد فقرا صرف آنها می‌شود (مثل غذا)، مشمول مالیات کمتری نمایند. به دلایل مشابه، غالبا میزان مالیات بیشتری برای کالاهای لوکس و تجملی در نظر گرفته می‌شود چرا که ثروتمندان، بخش بیشتری از درآمدشان را صرف آن می‌کنند.

برای درک عدالت عمودی یک نظام مالیاتی، باید نه تنها بر بارهای مالیاتی متمرکز شویم بلکه لازم است توزیع منافع را برحسب گروههای ذینفع بررسی کنیم. در تحلیل نهایی، عدالت عمودی منافع خالص (یعنی منافع منهای بار)[[302]](#footnote-302) ، از دیدگاه عدالت، بسیار جالب و جذاب خواهد بود. حتی مالیات‌های نزولی که فقرا در آن به صورت مطلق (اگر نه نسبی) پرداخت بیشتری دارند (مانند مالیات بر حقوق و دستمزد) می‌تواند از یک نظام توزیع مجدد حمایت کنند. چنانچه خدمات، به گستردگی موجود باشند، آنوقت احتمال دارد که فقرا به میزانی کمتر از هزینه خدماتی که دریافت می‌کنند بپردازند در حالی که ثروتمندان بیشتر می‌پردازند.

* عدالت افقی: عدالت افقی تأمین مالی مبتنی بر مالیات، برحسب نوع مالیات‌هایی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، متغیر است. مالیات‌های ملی با پایه وسیع، مسائل مربوط به عدالت افقی را بر نمی انگیزند. اما مالیات‌های جزئی‌تر (مثل مالیات بر سیگار یا الكل) ممکن است این کار را صورت دهند. آیا واقعا عادلانه است که از سیگاری‌ها بخواهیم که مالیات بیشتری پرداخت کنند؟

در سال‌های اخیر، بسیاری از کشورها، کنترل و مسؤولیت مالی مراقبت سلامت خود را به سطحی پایین‌تر از سطوح کشوری منتقل کرده‌اند . چنین برنامه هایی، مسائل جدی را در ارتباط با عدالت افقی با خود به دنبال دارند چرا که نواحی مرفه‌تر در مقایسه با نواحی فقیرتر، می‌توانند تأمین مالی خدمات مشابه را با میزان مالیات پایین‌تری صورت دهند یا با یک میزان مالیات یکسان و مشابه، خدمات بهتری دریافت کنند.

به همین دلیل، کشورهایی که در مسیر تمرکززدایی مالی[[303]](#footnote-303) حرکت کرده‌اند غالبا به‌این نتیجه رسیده‌اند که تاسیس صندوق‌های متوازن‌سازی، بین منطقه‌ای[[304]](#footnote-304)، ضروری و لازم است. کشورهایی مثل کلمبیا و کشورهای حوزه اسکاندیناوی که طولانی ترین سابقه حضور نظام‌هایی از این دست را دارند، در حال حاضر برای تکمیل منابع محلی شان، شديد متکی به مالیات‌های ملی هستند.

البته، بنا نهادن یک برنامه متوازن‌سازی ممکن است بسیار پیچیده باشد چرا که باید کاری بیش از در نظر گرفتن نیازها (جمعیت، ناخوشی و درآمد) را انجام دهد. همچنین لازم است این برنامه ها، پاداش‌ها و انگیزه‌هایی را ایجاد کنند که از تلاش مناطق فقیر در جهت پایین آوردن مالیات‌های خود، پیشگیری به عمل آورند و اجازه ندهند که (بار) این مناطق، بر تلاش‌های جمع آوری مالیات قسمت‌های مجاور خود، سوار شوند. تمرکز زدایی تصمیمات مالیاتی، این خطر را نیز به دنبال دارد که تلاش برای دستیابی به پایین ترین قیمت ممکن آغاز شود چرا که مناطق مختلف سعی می‌کنند که با پایین آوردن مالیات ها، سعی در جذب کسب و کارها و تجارت‌های موجود نمایند. مناطق ثروتمند‌تر (و از نظر سیاسی قویتر) غالبا هدف ایجاد و تأسیس یک نظام توزیع مجدد بين منطقه‌ای قرار می‌گیرند؛ دقیقا به‌این خاطر که نبود چنین نظامی ممکن است مزایا و منافع خود این مناطق را از بین ببرد.

در باب استفاده از مناطق کوچکتر به عنوان مأخذ مالیاتی برای تأمین مالی سلامت، مسائل اجرایی نیز وجود دارد. این پرسش که درآمد از کجا می آید و چگونه صرف می‌شود و در نهایت چه کسی عواید مالیات را دریافت می‌کند، به تدریج مشکل‌تر و پیچیده‌تر می‌گردد. این امر، از دلایلی است که باعث می‌شود دولت‌های محلی غالبا به اخذ مالیات از دارایی‌های غیر منقول مثل زمین بپردازند: حداقل هرکس می‌داند که در چه قلمرویی قرار گرفته است.

**۲-۱-۴) انباشت خطر**

تأثیرات درآمد حاصله از مالیات عمومی‌بر انباشت خطر، وابسته به‌این است که دولت چگونه‌این درآمد را بین برنامه‌های مختلف سلامت، توزیع و به آنها تخصیص می‌دهد. در کشورهای کم درآمد، بودجه سلامت دولت اکثر برای تأمین مالی بیمارستان‌های عمومی‌و درمانگاه‌ها صرف می‌شود تا مردم بتوانند در آنجا از مراقبت سلامت رایگان با یارانه‌ای بهره مند شود. این رویکرد در حقیقت باعث می‌شود که خطر هزینه‌ها برای بیمارانی که از بیمارستان‌های عمومی استفاده می‌کنند، انباشت شود. البته، بیمارستان‌های عمومی‌بهتر، غالبا در شهرهای بزرگتر واقع شده‌اند و ساکنین شهری غیر فقیر نیز عمدتا به میزان زیادتر و گسترده‌تری از خدمات آنها استفاده می‌کنند. در چنین شرایطی، خطرات برای آنهایی که دسترسی محدودتری دارند (مثل فقرای روستایی)، انباشت نمی‌شود.

**3-1-4) اثرات اقتصادی**

اثرات اقتصادی استفاده از درآمدهای مالیات عمومی‌برای تأمین مالی مراقبت سلامت، وابسته به نوع مالیات‌های خاص مورد استفاده و سطوح به کارگیری آنها است. به صورت نظری، میزان بالاتری از مالیات بر درآمد، باید تمایل افراد پردرآمد را به فعالیت و کار کردن، کاهش دهد. البته در حقیقت، مطالعات نشان داده‌اند که برای افراد با درآمد بالاتر، عرضه نیروی کار[[305]](#footnote-305) نسبت به میزان‌های نهایی مالیات بر درآمد، غیر حساس است. هزینه‌های بالاتر کار و نیروی کاری می‌تواند توان رقابتی بین المللی یک کشور را نیز کاهش دهد و روند سرمایه گذاری و رشد اقتصادی را کند نماید. به دلیل اینکه سرمایه گذاری جهانی به صورت فزاینده‌ای در حال تبدیل به شکل بین المللی است، اهمیت چنین ملاحظاتی نیز خودبخود بیشتر می‌شود.

در اینجا به مسأله‌ای نسبتا پوشیده‌تر درباره مالیات‌ها اشاره می‌کنیم که اهمیت زیادی برای برخی اقتصاددانان دارد؛ مفهوم بار بیش از حد[[306]](#footnote-306). زمانی که برای کالاها مالیات بسته می‌شود، خریداران قیمت بالاتری را نسبت به قبل پرداخت می‌کنند و فروشندگان عایدی کمتری دارند. مالیات، شکافی[[307]](#footnote-307) بین آنچه پرداخت و آنچه دریافت می‌شود، برقرار می‌کند. در نتیجه، خرید فروش کمتری نسبت به حالتی وجود خواهد داشت که در بازار کاملا رقابتی با مالیات صفر اتفاق می افتد. از دیدگاه اقتصادی، از دست رفتن این برونداد باعث ایجاد مشکل می‌شود چرا که مشتریان مجبور شده‌اند که مقداری بیش از هزینه تولید کالاهایی را که دیگر تولید نمی‌شوند، بپردازند، اما کماکان (مالیات این تأثیر مثبت را خواهد داشت که) آنها دیگر از منافع این فرصت نیز بهره مند می‌شوند. هر چقدر تعديل برونداد به خاطر مالیات بیشتر باشد، این میزان از دست رفتن بیشتر خواهد بود؛ این از دست رفتن، از طریق تفاوت میان تمایل به پرداخت[[308]](#footnote-308) مشتریان و هزینه تولید برونداد نهایی از دست رفته سنجیده می‌شود. این تفاوت تحت عنوان بار بیش از حد یک مالیات شناخته می‌شود.

در پاسخ به چنین مشکلی، برخی از اقتصاددانان انواعی از مالیات را مطرح می‌کنند که منجر به کمترین خدشه و به هم ریختگی[[309]](#footnote-309) در بروندادها شود. در این حالت، مالیات‌های بیشتری بر کالاهایی اعمال می‌شود که مشتریان بسیار خواهان آن هستند و حتی در صورت افزایش قیمت آنها نیز تقریبا به همان میزان به خریدشان ادامه می‌دهند. اقتصاددانان، چنین نوع تقاضایی «کشش ناپذير»[[310]](#footnote-310) می‌نامند. جالب آن است که چنین کالاهایی غالبا آنهایی هستند که افراد چون برایشان بسیار حائز اهمیت است مبادرت به خرید آنها می‌کنند (مثل مراقبت طبی و غذاهای اساسی). بنابراین، مالیات بستن بر کالاهایی که تقاضای آنها کشش ناپذیر است، احتمالا نگرانی ما را در باب عدالت عمودی بیشتر خواهد کرد؛ البته برانگیخته شدن چنین نگرانی باعث نمی‌شود که برخی از اقتصاددانان، از توصیه و پشتیبانی از این رویکرد دست بردارند.

**۴-۱-۴) خلاصه**

درآمدهای مالیات عمومی، منبع عمده‌ای برای تأمین مالی نظام های سلامت در هر دو گروه کشورهای فقیر و ثروتمند محسوب می‌شوند. تجارب بین المللی نشان می‌دهند که زمانی که یک کشور غنی‌تر می‌شود، مأخذ مالیاتی آن نیز بزرگتر می‌شود؛ همچنین با افزایش توان دولت در، جمع آوری مالیات ها، غالب سهم بیشتری از هزینه‌های صرف شده سلامت از محل درآمد عمومی‌تأمین می‌شود. تأمین مالی از درآمد عمومی از نظر سیاسی نیز قابل کنترل و پاسخگو هست. اگرچه اجباری نیست اما می‌توان این منبع تأمین مالی را به گونه‌ای تنظیم و هدایت کرد که نگرانی‌های مربوط به عدالت افقی و عمودی را لحاظ نماید. در نهایت، امکان رشد بالقوه آن در طولانی مدت و همچنین ظرفیت انباشت خطرات سلامت در یک جمعیت گسترده، در این منبع تأمین مالی بیشتر است.

از سوی دیگر، مشکلات کنترل پذیری درآمد عمومی‌در شرایطی که نظام سیاسی ضعیف است و احتمال فساد و پارتی بازی در آن وجود دارد، ممکن است از جذابیت آن بکاهد. زمانی که دولت کار کرد نامطلوبی دارد، ممکن است مشکلاتی از باب مقبولیت عمومی‌و بنابراین کنترل پذیری درآمد مالیاتی بروز نماید؛ این اتفاق خصوصا در کشورهایی که ظرفیت اجرا یا ضمانت اجرایی محدودتری دارند یا آنهایی که شهروندان‌شان فراری از مالیات یا منفی باف و بدبین[[311]](#footnote-311) هستند، با احتمال بیشتری رخ می‌دهد.

انواع خاصی از خدمات خدمات بهداشت عمومی‌و پیشگیرانه یا ارایه مراقبت به فقرا)، غالبا تحت حمایت مالیاتی قرار دارند حتی اگر سایر روش ها، در نظام تأمین مالی بخش سلامت غالب شده باشند. دلیل این امر آن است که مالیات‌ها را می‌توان مجددأ توزیع نمود و آنها را از مآخذ وسیع‌تری جمع آوری کرد. در کشورهایی که عملکرد اقتصادی خوب و توان اجرایی قوی دارند، تأمین مالی مالیاتی می‌تواند اعتبارات عمده‌ای را برای بخش سلامت تأمین نماید. اما چنین شرایطی در تمام کشورها وجود ندارد. به همین دلیل، علاقه گسترده‌ای به دومین گزینه تأمین مالی ایجاد شده است: بیمه اجتماعی

**2-4) بیمه اجتماعی**

سه ویژگی، بیمه اجتماعی را از بیمه خصوصی متمایز می‌کند. نخست، بیمه اجتماعی، اجباری[[312]](#footnote-312) است؛ هر یک از افراد گروه مشمول، باید مشارکت کند و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت (حق بیمه) غالبا به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود. وقتی که فردی، حداقل تعداد حق بیمه‌ها را پرداخت کرد، مشمول مزایای خاص و از پیش تعیین شده می‌شود.

سهم پیش پرداخت دوم، اکثر حق بیمه‌های بیمه اجتماعی، یک تعهد اجتماعی[[313]](#footnote-313) را نشان می‌دهند. طبق قانون، مقدار و میزان مشارکت و مزایای حاصله، به سادگی و صرفا از طریق اقدامات اجرایی صرف، قابل تغییر نیست. در عوض، این مقادير در قالب قوانین یا مقرراتی تعیین می‌شوند که تغییر آنها بسیار مشکل است. بنابراین بیمه اجتماعی، مبتنی بر یک قرار داد تلویحی بین نظام بیمه و افرادی است که تحت پوشش قرار می‌گیرند. شهروندان می‌پذیرند که مقدار خاصی را بپردازند و انتظار دارند که اعتبارات حاصله، به صورت عادلانه و اثربخش، در تأمین مالی مراقبت برای آنانی که متعلق به‌این نظام و تحت پوشش آن هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

سوم، در عین اینکه اکثر وزرای اقتصاد و دارایی به مالیات‌های تخصیص یافته[[314]](#footnote-314) اعتراض می‌کنند، برنامه‌های بیمه اجتماعی مشخصأ فقط متکی بر چنین درآمدهایی هستند. در نتیجه، این برنامه ها، مزیتی خاص به دنبال دارند. مزایای بیمه‌ای که تقاضای رأی دهندگان است، یک قیمت مشخص و واضح دارد: پول باید جایی برود که طرفداران آنجا هستند.

نظام‌های بیمه اجتماعی، لزوما همه افراد را تحت پوشش قرار می‌دهند و بسیاری از کشورها، دارای چندین نظام متعدد هستند. اکثر برنامه ها، فقط کارگران بخش رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند. وقتی کشوری تصمیم به ارایه پوشش همگانی می‌گیرد، دولت مشخصأ باید از درآمدهای مالیات عمومی‌برای پرداخت یارانه به مستمری بگیران، بیکاران، فقرا، کارگران بخش غیررسمی‌و حتی برخی از کسب و کارها و کشاورزان کوچک استفاده کند.

بیمه اجتماعی عموما به یکی از این دو شیوه سازماندهی می‌شود. در الگوی بیسمارکی، تدوین و مدیریت برنامه‌ها توسط سازمان‌های مختلف غیرانتفاعی صورت می‌گیرد که در گروه‌های صنعتی، جغرافیایی با شغلی خاص، پراکنده شده‌اند. غالبا این سازمانها تحت عنوان صندوق‌های ناخوشی[[315]](#footnote-315) (يا صندوق‌های بیماری) شناخته می‌شوند و فقط ظرفيت رقابتی محدودی در جذب مشترک دارند. اکثر برنامه‌های بیمه اجتماعی در اروپا و آمریکای لاتین از این نوع هستند. تعدد ترتیبات سازمانی در این الگو، اجازه ایجاد تنوع اندکی در بسته مزایا و کمی هم حق انتخاب از سوی مشتریان (البته‌ غالبا محدود) می‌دهد. اما خطر انتخاب معکوس[[316]](#footnote-316) و هزینه‌های اجرایی بالا نیز در این الگو وجود دارد. برای برطرف کردن این محدودیت ها، برخی از کشورها مثل تایوان، اجرای برنامه را به یک نهاد منفرد موازی دولت سپرده‌اند که خارج از کنترل سیاسی روز به روز است.

متون علمی اقتصادی غالبا اینگونه مطرح می‌کنند که تأمین مالی بیمه اجتماعی، غیر قابل تمایز از تأمین مالی از محل مالیات دولتی است. اما متخصصان امر بیمه اجتماعی، قويا با این دیدگاه مخالف هستند. اقتصاددانان عمدتا به‌این دلیل به بیمه اجتماعی به عنوان برنامه‌ای با تأمین مالی مالیاتی می‌نگرند که مشارکت در آن اجباری است. البته‌این دیدگاه، بسیاری از تفاوت‌های اجتماعی و سازمانی را که بین بیمه با تأمین مالی از محل مالیات عمومی (مثل سوئد) با بیمه اجتماعی وجود دارد (مثل آلمان، ژاپن و تایوان) ندیده می‌گیرد. نخست، حق بیمه‌هایی که برای برنامه‌های بیمه اجتماعی پرداخت می‌شود، برای همان برنامه‌ها تخصیص داده شده است و جدای از مالیات عمومی است. صندوق بیمه اجتماعی معمولا مورد نیاز خواهد بود تا این نظام) بتواند توانایی پرداخت دیون خود را حفظ کند؛ وجود این صندوق باعث می‌شود که شفافیت و پاسخگویی بیشتری در مراودات مالی نظام بیمه به وجود آید. به طور همزمان بیمه اجتماعی، حق همه شهروندان نیست بلکه فقط افراد مشمول را که حداقل الزامات مشارکتی خود را انجام داده باشند پوشش می‌دهد؛ مزایایی هم که افراد تحت پوشش دریافت می‌کنند، غالبا مرتبط با مشارکت آنهاست. در نتیجه، افراد اینگونه استنباط می‌کنند که حق بیمه و مشارکت خود را پرداخته‌اند و به ازای آن، حق دریافت مزایای از پیش تعیین شده‌ای را دریافت کرده‌اند. به عبارت دیگر، منافع آنها، رفاهی نیست که از سوی دولت به آنها اعطا شده باشد.

**1-2-4) عدالت در بارهای مالی و منافع مالی**

باشد، ممکن است اثرات برنامه‌های بیمه اجتماعی بر عدالت، وابسته به جزییات آنهاست که تفاوت عمده‌ای با یکدیگر دارد. عدالت عمودی مالیات حقوق و دستمزد، وابسته به‌این است که چقدر از درآمدهای ثروتمندان، به دلیل اینکه جزو سرمایه هاست از نظام مالیاتی مصون می ماند و اینکه‌ایا حد و مرزی برای برنامه‌ها مقدار و میزان مشارکت و حق بیمه وجود دارد یا خیر. عدالت افقی وابسته به آن است که‌ایا برخی از گروهها (مثل کسب و کارها با کشاورزان کوچک)، به دليل جهت گیری‌های نص قانون یا صرفا گریز ساده از مالیات، از پرداخت بار عادلانه مالیات، مصون می مانند یا خیر. در شرایطی که برنامه‌های متعدد بیمه اجتماعی وجود داشته باشد نیز ممکن است عدالت افقی دستخوش نقصان شود؛ چرا که ممکن است برخی از این برنامه‌ها (به دلیل وجود ترکیب مطلوب‌تری از اعضای تشکیل دهنده آنها)، بتوانند مراقبت ارزان‌تر و بهتری را با قیمت یکسان ارایه کنند. احتمال وجود این نوع بی عدالتی افقی وجود دارد چرا که برنامه‌هایی که کارگران با درآمد بالاتر را پوشش می‌دهند، نه تنها درآمد و عایدات بیشتری دارند بلکه به دلیل همبستگی سلامت و وضعیت اقتصادی، احتمالا از جمعیت ناخوش کمتری برخوردارند. بنابراین در آلمان تا زمانی که جابجایی و نقل و انتقال اعتبارات بین صندوق‌های ناخوشی[[317]](#footnote-317) در دهه ۱۹۹۰ اعمال شد، میزان مالیات حقوق در برنامه‌های پوشاننده کارکنان یقه سفید (اداری و دفتری کمتر از میزان آن در برنامه‌های کارگران يقه آبی (ساده) بود.

هم نظریه‌های اقتصادی و هم مشاهدات تجربی نشان می‌دهند که طی یک دوره میان مدت چندساله، کارگران بیشترین سهم حق بیمه سلامت را پرداخت می‌کنند ( یا به صورت مستقیم از طريق حق بیمه هایشان یا به صورت غیر مستقیم به شکل دستمزدهای پایین تر)؛ حتی اگر کارفرمایان به صورت اسمی، سهم قابل توجهی را متعهد شده باشند. از نظر اقتصادی، هزینه حق بیمه و مشارکت، به سمت عقب و بر دوش کارگران منتقل شده است. توان کارفرمایان در منتقل کردن هزینه‌ها بر دوش کارگران به عوض آن که هزینه‌ها را در قالب قیمت‌های بالاتر به سمت جلو منتقل کنند، بستگی به شرایط بازار کار دارد، از جمله‌اینکه اتحادیه‌های کارگری تا چه حد قوی هستند.

**2-2-4) انباشت خطر**

بیمه اجتماعی، فقط خطرات سلامت مشترکین خود را انباشت می‌کند. به دلیل اینکه اکثر برنامه ها، فقط کارگران بخش رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند، تنها خطرات سلامت آنها انباشت می‌شود. چنانچه دولت بخواهد خطرات کسانی را که تحت پوشش نیستند محدود نماید، باید به دنبال روش‌های تأمین مالی اضافه‌تر باشد (مانند استفاده از درآمدهای مالیاتی) تا پوشش بیمه‌ای را برای فقرا، سالمندان، جمعیت‌های روستایی و غیره فراهم کند.

**3-2-4) اثرات اقتصادی**

آیا هزینه‌های بیمه اجتماعی، تأثیری بر رشد اقتصادی دارد؟ اگر کل هزینه‌های کار به خاطر تغییرات حق بیمه‌ها تغییر قابل توجهی پیدا نکند، آن وقت پاسخ این سؤال چنین خواهد بود: نه خیلی زیاد. البته بازارهای واقعی کار، پر از تنگ نظری‌ها و نواقص است. در کشورهایی که اتحادیه‌های قوی و مالیات‌های حقوق بالایی دارند، هزینه واقعی کار، با دریافت حق بیمه‌های بالاتر برای بیمه اجتماعی، ممکن است افزایش پیدا کند. چنانچه بخشی از این هزینه، به شکل قیمت‌های بالاتر به سمت جلو منتقل شود، این امر می‌تواند ظرفیت یک کشور را در رقابت بین المللی کاهش دهد و شرکت‌های بین المللی را تشویق کند که سرمایه گذاری و تولید خود را در جایی صورت دهند که هزینه‌های کار پایین‌تر است. به علاوه، هزینه های بالاتر کار باعث می‌شود که کارفرمایان، کمتر به استخدام کارگران جديد حتی در شرایط توسعه کاری‌شان روی آورند و نهایتا در میان مدت و درازمدت، درصد بیکاری و عدم اشتغال افزایش یابد.

**۴-۲-۴) قابلیت اجرا**

اجتماعی است. قابلیت اجرا، یکی از جذابیت‌های برنامه‌های بیمه اجتماعی است. در بسیاری از اقتصادهای صنعتی، عرصه‌های بزرگ، سهم قابل توجهی از نیروی کار را به خدمت می‌گیرند و حتی کسب و کارهای کوچک نیز پرونده‌های استخدامی معقول و قابل قبولی دارند. به علاوه، ساختار پیمان اجتماعی بیمه اجتماعی می‌تواند تمایل مشتریان به پرداخت را بالا ببرد؛ چرا که به یک صندوق اختصاصی با مدیریت اجرایی مجزا، از باب ارایه یک خدمت ارزشمند برای اعضا، اعتماد بیشتری وجود دارد. شهروندان اینگونه استنباط می‌کنند که حداقل آن سیاستمداران فریبکار دست‌شان به پول «من» نرسد!

از سوی دیگر، امیدواری‌هایی که به بیمه اجتماعی وجود دارد، همیشه کاملا تأمین نمی‌شود. دیدگاه نسبت به نظام بیمه اجتماعی هم ممکن است صرفا به عنوان یک کارکرد دیگر دولت باشد و به رژیم‌های حکومتی غیرانسانی گذشته نسبت داده شود. به عنوان مثال، در برخی از کشورهای کمونیستی سابق، گریز از مالیات در نظام‌های بیمه اجتماعی، امری گسترده و شایع است.

در مجارستان، هر دو نوع کسب و کارها و تجارت‌های کوچک و بزرگ تلاش کرده‌اند که از پرداخت مالیات‌های حقوق، بگریزند. کسب و کارهای کوچک اینگونه ادعا کردند که فقط حداقل دستمزدها را پرداخت می‌کنند؛ کسب و کارهای بزرگ تا آنجایی که می‌توانستند، اجرت کارمندان خود را از حالت نقدی ( که مشمول مالیات بود) به حالت جنسی و کالایی (مثل ماشین، خانه) که مشمول مالیات نبود تبدیل کردند. به علاوه، دولت نسبت به تأمین اعتبار «سهم» خود برای مستمری بگیران و بقیه مقاومت نشان می‌داد. حاصل این امر، نظام بیمه اجتماعی بود که در هر دو زمینه ظرفیت مالی و مقبولیت عمومی (که اهداف مدافعان آن بود)، دچار مشکل و نقصان شده بود.

**3-4) بیمه خصوصی**

وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان، به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند؛ این فروشندگان، حق بیمه‌ها و سهم مشارکتی را مطالبه می‌کنند که منعکس کننده خطرات خریدار است به عوض آنکه توان پرداخت‌شان را مدنظر داشته باشد. خریدهای بیمه را می‌توان یا به شکل فردی و یا به شکل گروهی انجام داد.

در سال‌های اخیر، به دلیل دو محور بحث مطرح شده، تمایل فزاینده‌ای در سراسر جهان نسبت به اشکال مختلف بیمه خصوصی ایجاد شده است تا ساز و کار دیگری برای تأمین مالی بخش سلامت باشد. یکی از دو محور آن

است که بیمه خصوصی، منابع بیشتری را جابجا و تجهیز خواهد کرد. به دلیل ‌اینکه کسانی که پرداخت نمی‌کنند، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مشکلات ناشی از فرار از مالیات نیز به حداقل می رسد. مدافعان بیمه خصوصی این مسأله را نیز مطرح می‌کنند که زمانی که افراد یک برنامه و یک شغل را انتخاب می‌کنند، احساس توانمندی و قدرت بیشتری پیدا می‌کنند و تمایل افزون‌تری به پرداخت برای مراقبت سلامت از خود نشان می‌دهند.

دومین بحث آن است که افرادی که دیدگاه‌ها و ارزش‌های مختلفی دارند (از جمله آنهایی که در سطوح درآمدی متفاوتی قرار دارند)، برنامه‌های گوناگونی را هم برای بیمه سلامت طلب می‌کنند و ترویج می‌دهند. اینگونه مطرح شده است که بازار رقابتی برای بیمه خصوصی، از طریق ارایه محدوده متمایز و وسیع‌تری از خدمات و محصولات، به نیازهای موجود پاسخ خواهد داد؛ چیزی که نظام تک قطبی بیمه اجتماعی تحت کنترل دولت، نه انگیزه و نه گرایش و تمایل به انجام آن را دارد.

و بیمه خصوصی غالبا با رشد اقتصادی افزایش می یابد چرا که با منفعت شخصی[[318]](#footnote-318) خریداران بیمه، سازگاری دارد. کارفرمایان تمایل دارند که نیروی کار سالمی‌داشته باشند، تعهد و پایبندی بیشتری از جانب کارگران احساس و دریافت کنند و از درخواست‌های کارکنان خود مبنی بر کمک مالی در شرایطی که صورتحساب‌های پزشکی آنها قابل پرداخت نیست، اجتناب کنند. کارکنان غالبا از بیمه انتظار دارند که هزینه‌های مراقبت سلامت را از پیش پرداخت کند؛ حفاظت در برابر خطر مالی ایجاد نماید و مزایای مالی بیمه گروه خصوصی را نیز برایشان داشته باشد؛ مزایای بیمه خصوصی در قیاس با بیمه اجتماعی در همان سطح، به دلیل صرفه جویی مقیاس[[319]](#footnote-319) و انباشت خطر که فقط با سایر کارکنان سالم صورت می‌گیرد، هزینه‌های کمتری به دنبال دارد. به‌این دلایل، در برخی از کشورهای با درآمد متوسط، فشار قابل توجهی از سوی کارگرانی که تاکنون بهترین پرداخت را داشته‌اند به وجود آمده است که از برنامه‌های بیمه اجتماعی خارج شوند و به خاطر ارزش رقابت بازار آزاد، حق بیمه‌ها و سهم مشارکت خود را برای خرید بیمه خصوصی صرف کنند. نظام کشور شیلی، در حال حاضر چنین امکانی را فراهم ساخته است.

صورت می‌گیرد، خطرناک ترین نارسایی بیمه رقابتی خصوصی، مشکل انتخاب خطر[[320]](#footnote-320) است. در دنیایی که کلمه ناخوشی در آن، به شکل روزافزونی به معنی بیماری‌های مزمن به کار می رود، هزینه‌های مراقبت سلامت، قابلیت پیش بینی بیشتری بر مبنای سال به سال پیدا کرده‌اند. آنهایی که امسال بیمار هستند، احتمالا سال بعد نیز بیمار خواهند بود. حدود 10%-5% از افرادی که ناخوش ترین اعضای هر صندوق بیمه هستند، غالبا 70%- 60% از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. این حقایق، انگیزه‌های قابل توجهی برای شرکت‌های رقابتی بیمه‌ایجاد می‌کند که برنامه‌های خود را صرفا به افراد سالم بفروشند؛ و یا اگر هم به افراد بیمار می فروشند، مقادیر کافی از آنها دریافت کنند که برایشان سود داشته و به صرفه باشد.

البته، رفتار اخیر شرکت ها، انگیزه‌های قوی برای افراد بیمار ایجاد می‌کند که درباره وضعیت سلامت‌شان به شرکت‌های بیمه دروغ بگویند. چنانچه وضع کنندگان مقررات از شرکت‌های فروشنده بیمه بخواهند که از تمام مشتریان، یک قیمت ثابت را دریافت کنند، آن وقت افراد سالم احتمالا بیمه‌ای نخواهند خرید چرا که برایشان بسیار گران تمام می‌شود و به دلیل خطر پایین‌تر بروز بیماری در آنها، دریافت پوشش بیمه، ارزش هزینه بالای آن را نخواهد داشت، این اتفاق منجر به حادثه زیر می‌شود. تضمین حلقه مرگ[[321]](#footnote-321). با خروج خطرات مطلوب از صندوق انباشت، کاهش اعتبارات روی می‌دهد، میزان حق بیمه باید افزایش پیدا کند و به همین دلیل، باز هم افراد سالم‌تری خارج می‌شوند و فقط ناخوش‌ترین و گران قیمت‌ترین مشتریان در صندوق باقی می‌مانند.

مشکل به صورت معکوس نیز ممکن است روی دهد. شرکت‌های بیمه تلاش می‌کنند افرادی را که اختصاصأ سالم هستند تحت پوشش بگیرند و در عین حال، بیماران را از پوشش خارج کنند. آنها ممکن است از فروش به بیماران خودداری کنند، پوشش برای بیماری‌های موجود را حذف کنند، از پذیرش سیاست‌های موجود درباره کسانی که سالم هستند و بعد بیمار می‌شوند سرباز بزنند و یا مقادیر حق بیمه و سهم بالایی را طلب کنند. مجموعة این رفتارها تحت عنوان انتخاب خطر یا دست چین کردن شناخته می‌شود؛ یعنی آنهایی که بیشترین نیاز را به پوشش بیمه دارند، نهایتا در یک نظام بیمه خصوصی بدون پوشش می‌مانند.

**1-3-4) عدالت در تحمیل بارهای مالی و بهره‌مندی از منافع مالی**

مسائلی که در باب عدالت بیمه‌های خصوصی مطرح می‌شود، پیچیده، مختلط و در کل نامطلوب است. حق بیمه‌هایی که ثابت هستند و به هیچ وجه با درآمد تغییر نمی‌کنند، بسیار نزولی هستند. به علاوه با در نظر گرفتن ارتباط معکوس بین وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت، حق بیمه‌های مبتنی بر خطر مشخصأ باعث می‌شود که فقرا مبلغ بیشتری پرداخت کنند. حتی مقادیر یکسان تنظیم شده‌ای که بر حسب درآمد تغییر نمی‌کنند، نسبت به گزینه‌های دیگر تأمین اعتبارات، نزولی‌تر هستند. به صورت مشابه و از دیدگاه محافظت در برابر خطر مالی، بازارهای رقابتی بیمه خصوصی، منافع بسیاری را برآورده نساخته باقی می‌گذارند چرا که افراد کم درآمد نمی‌توانند برنامه بیمه را خریداری کنند. به طور خلاصه، کسانی که بیشترین خطر مالی را به خاطر ناخوشی‌های جدی‌شان دارند، از حداقل توانایی برای خرید بیمه خصوصی برخوردار هستند.

از دیدگاه عدالت افقی، این سؤال مطرح است که ما نگران (و به دنبال) چه مقایسه‌هایی هستیم؟ بازارهای بیمه خصوصی که دریافتی حق بیمه‌شان مبتنی بر خطر است، پرداخت بیشتری را از جانب گروه‌های پرخطر مطالبه می‌کنند. اینکه بر کدامیک از تفاوت‌های موجود در این شرایط دست بگذاریم تا هزینه‌های مراقبت سلامت افراد را تحت تأثیر قرار داده باشیم، موضوعی مرتبط با فلسفه و سیاستگذاری است.

**2-3-4) انباشت خطر**

به دلیل اینکه صندوق‌های بیمه خصوصی، خطرات را میان گروه‌های کوچکتری (در مقایسه با بیمه اجتماعی)، انباشت می‌کنند، این روش مشخصا انباشت کمتری را نسبت به بیمه اجتماعی صورت می‌دهد. به علاوه، گروه‌های دارای بالاترین میزان خطر و هزینه‌ها (خصوصا بیماران مزمن و بازنشستگان)، مشخصا از برنامه این نوع بیمه حذف می‌شوند. برای حل این مشکل، برخی از کشورها به وضع مقررات و تنظیم بازار‌های بیمه خصوصی پرداخته‌اند به گونه‌ای که یا میزان‌های دریافتی یکسانی را برای همه مطالبه کرده‌اند (نرخ بندی جامعه‌ای)[[322]](#footnote-322) و یا محدوده مجاز تفاوت قیمت را باریک‌تر ساخته‌اند[[323]](#footnote-323). البته همانگونه که در فصل ۱۱ اشاره خواهیم کرد، این رویکردها نیازمند ظرفیت‌های اجرایی عمده‌ای هستند و لازم است که شرکت‌های بیمه، از جانب خود، نگرش و رفتار قانونمند و پایبندی به مقررات را نشان دهند. این رویکردها ممکن است از نظر سیاسی نیز فاقد محبوبیت جلوه کنند چرا که قصد دارند بخشی از انباشت خطر را که خریداران بیمه‌های خصوصی قصد اجتناب از آن را دارند، مجددا تحمیل کنند (خصوصا در کشورهای با درآمد کم و متوسط).

**3-3-4) اثرات اقتصادی**

در یکی از محورهای مباحث مدافع بیمه خصوصی، چنین ادعا می‌شود که بازارهای رقابتی بیمه، می‌تواند هزینه‌های مراقبت سلامت را کاهش دهد. بیمه گرانی که مشتاق مشتری هستند، قیمت ها را کاهش می‌دهند و برای پول درآوردن، به ارایه‌کنندگان فشار می‌آورند تا دستمزدشان را پایین بیاورند. آن وقت ارایه کنندگانی که درآمدهایشان پایین‌تر آمده است، کارشان را به گونه‌ای سازماندهی می‌کنند که هزینه‌ها را کاهش دهند. فروپاشی کمونیسم، پرستیژ ایدئولوژی بازار و توصیه‌ها و دفاع متعصبان مرفه و برخوردار از حمایت، همه و همه گرایش به سوی دیدگاه‌های پیش برنده بازار را تقویت کرده است.

تنها بازار مراقبت سلامتی که تقریبا چیزی نزدیک به این دیدگاه اخير ارایه می‌کند، ایالات متحده است؛ این کشور در ۵۰ سال گذشته عمدتا متکی بر بیمه خصوصی گروهی رقابتی و با خرید از سوی کارفرما بوده است. در دهه ۱۹۹۰ (همانگونه که نظریه اقتصادی هم پیش بینی می‌کرد با افزایش رقابت بین برنامه‌های بیمه، تأثیرات چندی بر هزینه‌های مراقبت سلامت نیز مشاهده گردید. البته محدودیت‌هایی که بعدها بر توانایی دریافت (و خرید) مراقبت توسط مشتریان از برنامه‌های مراقبت مدیریت شده اعمال گردید، افراد را بسیار ناخشنود ساخت. در نتیجه، بیمه گران طی سالهای اخیر تلاش‌های خود را برای کنترل ارایه‌کنندگان کاهش داده‌اند و به همین خاطر، هزینه‌های سلامت در ایالات متحده با نرخ 15%-10% در سال درحال افزایش است. به علاوه، تا حدی به دلیل هزینه‌های بسیار بالای تعاملات در نظام غیر یکپارچه و قطعه قطعه بیمه خصوصی، ایالات متحده بالاترین هزینه‌های کل مراقبت سلامت را (با فاصله بسیار زیاد) با سایر کشورهای جهان دارد.

**4-3-4) قابلیت اجرا**

کشورها برای بنانهادن یک نظام تأمین مالی بیمه خصوصی، با مجموعه‌ای از مسائل حیاتی در طراحی آن مواجه می‌شوند. نخستین مسأله آن است که آیا قراردادها باید به صورت فردی بسته شود یا گروهی بازار ایالات متحده، قوية مبتنی بر گروه‌های کارفرمایان است. این کار به این دلیل صورت گرفته است که امکان و انگیزه ورود و خروج افراد در صندوق‌های خطر مختلف و نتیجتا ناپایدار شدن نظام را کم کند. حتی در جاهایی که گروه‌ها کوچکتر بوده‌اند نیز تجارب متعددی بر روی انواع مختلف خریدهای جمعی صورت گرفته است تا حداقل هزینه‌های تعاملات کاهش پیدا کند.

دومین مسأله در طراحی یک نظام بیمه خصوصی، ماهیت مؤسسات بیمه‌ای و خصوصا انتخاب بین انتفاعی یا غیرانتفاعی بودن آنهاست. اگر شرکت‌های بیمه، غیرانتفاعی هستند، آیا به شکل عرصه‌های حکومتی اند یا سازمان‌های غیردولتی مستقل، نوع خاصی از تعاونی‌های اتحادیه‌ای یا جمعیتی و یا اشکال دیگر؟

سومین مسأله، مرتبط با نقش دولت است. فروشندگان باید تابع چه اشکالی از مقررات و مجوزها باشند؟ به عنوان مثال، آیا دولت‌ها بر سطوح خاصی از ذخیره مالی تأکید می‌کنند، حق بیمه‌ها را تنظیم و بر آنها نظارت می‌نمایند یا حدود حداقل پوشش را مشخص می‌سازند؟

آخرین مسأله در باب طراحی، ارتباط بین شرکت‌های بیمه و ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت است. آیا دولت، هیچ کنترل نظارتی را بر ارتباط بین بیمه گران و ارایه‌کنندگان اعمال می‌کند؟ به عنوان مثال، آیا می‌توان ارایه‌کنندگان و بیمه گران را به شکلی مشابه سازمان‌های حفظ سلامت[[324]](#footnote-324) در آمریکا، با یکدیگر ترکیب کرد؟ آیا چنین گزینه‌هایی، ممنوع، مجاز یا اختیاری است؟ آیا دولت بر نحوه پرداخت برنامه‌های بیمه به ارایه‌کنندگان نظارت می‌کند؛ مثل دولت آلمان که به تنظیم ارتباط صندوق‌های ناخوشی و انجمنهای پزشکان منطقه‌ای طرف قراردادشان می‌پردازد؟

اگر بخواهیم در مقیاس گسترده‌تری بحث کنیم، دولت در شکل‌دهی به ساختار رقابتی این بازارها نقش خواهد داشت. بازارها چه تعداد از شرکت ها را می‌پذیرند یا از آنها پشتیبانی می‌کنند؟ هر شرکت رقابت کننده، به چه مناطق جغرافیایی می‌تواند دسترسی داشته باشد و در آنجا فعالیت کند؟

بنابراین، گزینه‌ای تحت عنوان بیمه خصوصی، دولت را از فعالیت در نظام تأمین مالی سلامت فارغ نمی‌کند. در عوض، دولت را با مجموعه پیچیده‌ای از مسائل مقرراتی، نظارتی و مدیریتی مواجه می‌کند که نسبتا جدید هم هستند و تفاوت عمده‌ای با مسائلی دارند که دولت قبلا در ارایه مستقیم مراقبت از جانب خودش و یا تأمین مالی از محل مالیات عمومی‌با آنها مواجه می‌شده است.

متأسفانه ممکن است دولت‌ها آمادگی و امکانات کافی برای پذیرش چنین مسؤولیت‌های جدیدی نداشته باشند. آیا دولت، ظرفیت تضمین و تحليل مالی را برای تعیین ملزومات مورد نیاز برای یک ذخیره معقول دارد؟ آیا دولت درباره تعاملات و پویایی بازارهای بیمه رقابتی اطلاعات کافی دارد پدیده‌ای که موقعی که شرکت ها برای جذب خطرات خوب تلاش می‌کنند، ممکن است اتفاقی جدید برای کشور باشد که بتواند به شیوه‌ای اثربخش، آنها را تأسیس و کنترل کند؟ آیا دولت می‌تواند رفتار انتخاب خطر یا دست چین کردن را بشناسد و بر آن نظارت کند؟ آیا مجبور به کنترل قیمت ها یا شرایط فروش برنامه‌ها و قراردادهای بیمه خواهد بود؟ تجارب نظارت و تنظیم بیمه در ایالات متحده نشان داده است که برای انجام موفقیت آمیز این وظایف، درجات بالایی از قابلیت تحلیلی و یکپارچگی سیاسی، چه در سطح ایالتی و چه در سطح فدرال مورد نیاز خواهد بود.

در نظام بیمه خصوصی، کمیت بیمه‌ای که خریداری می‌شود، تصمیم غیر متمرکزی است که در دست تک تک کسب و کارها و مشتریان قرار دارد. کاهش میزان پوشش بیمه خصوصی در ایالات متحده بیانگر آن است که با افزایش حق بیمه‌ها، بسیاری از مشتریان، از خرید بیمه امتناع می‌کنند. تلاش‌های دولت برای مقابله با چنین اتفاقی، دچار محدودیت‌هایی است. البته دولت می‌تواند برای ترویج و تشویق خریدهای بیمه خصوصی، یارانه پرداخت کند (مشابه آنچه در شیلی روی داد) اما دادن یارانه، معادل جابجایی از بیمه به سمت تأمین مالی مبتنی بر مالیات است. کنترل نرخ‌های بیمه نیز مشکلات خود را داراست. اگر نرخهای بسیار پایینی تصویب شده باشند، شرکت‌ها کسب و کارشان را رها می‌کنند؛ مانند بسیاری از بیمه گران ایالات متحده که دیگر سیاست‌های خاص برای شهروندان بازنشسته ارایه نمی‌کنند.

اگر نرخ‌های بسیار بالایی تصویب شوند، آن وقت بسیاری از افراد توان خرید بیمه را نخواهند داشت.

مدافعان بیمه خصوصی معتقدند که این شیوه، راه حلی برای مشکلات تأمین مالی بخش سلامت است. درخشش بازار و مبالغ هنگفتی که از سوی شرکت‌های بیمه خصوصی در ایالات متحده جمع آوری می‌شود، طرفداران پر و پا قرصی متشکل از گروههای ناهمسان و غیر هم شکل بوجود آورده است؛ از کارآفرینان بی ترحم و مدافعان بازار آزاد گرفته تا پزشکان پول پرست. اما این رویکرد، از دیدگاه عدالت و حفاظت در برابر خطر، مشکلات عمده‌ای را در باب هزینه‌های اجرایی بالا و عملکرد پایین به وجود می‌آورد. نیاز به نظارت دقیق و موشکافانه، چالش عمده‌ای است که بسیاری از کشورهایی که چنین برنامه‌هایی را مدنظر دارند، نمی‌توانند به صورت واقع گرایانه با آن برخورد نمایند.

**۴-۴) پرداخت‌های مستقیم از جیب[[325]](#footnote-325)**

چهارمین گزینه تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیما و از جیب خودشان به ارایه‌کنندگان پول بپردازند و این هزینه صرف شده از سوی آنها، قابل بازپرداخت از سوی یک نهاد یا شخص ثالث (مثل برنامه‌های بیمه نباشد. پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان[[326]](#footnote-326) زیر مجموعه‌ای از پرداخت‌های مستقیم از جیب است و اشاره به پرداخت‌هایی دارد که برای خدمات ارایه شده توسط بخش دولتی و عمومی صورت می‌گیرد.

مجریان اصلاحات بخش سلامت، به دو دلیل عمده علاقمند به چنین رویکردهای تأمین مالی بوده‌اند. نخست، پرداخت‌های مصرف‌کنندگان (خصوصا در کشورهای کم درآمد) غالبا به عنوان روشی آسان و امکانپذیر از نظر اجرایی برای گردآوری اعتبارات اضافه‌تر برای مؤسسات و فعالیت‌هایی محسوب می‌شود که در محیط قرار دارند. در واقع، ایده به این صورت است که پولی که به صورت محلی جمع آوری می‌شود، به صورت محلی هم صرف می‌شود. اعتقاد چنین است که این کار باعث کاهش کسری‌ها و نشتی[[327]](#footnote-327) ناشی از ساخت و پاخت[[328]](#footnote-328)، فساد و مخارج یا هزینه‌های بالاسری[[329]](#footnote-329) می‌شود؛ چرا که جمع آوری و پرداخت پول به صورت محلی، پاسخگویی و شفافیت را افزایش می‌دهد. این امید وجود دارد که چنین ترتیباتی، بیماران را ترغیب نماید که تمایل بیشتری به پرداخت برای مراقبت پیدا کنند؛ البته چنانچه پرداخت‌های آنها، منجر به کیفیت بهتر خدمات در تسهیلات محلی‌شان شود.

دومین دلیل که غالبا از سوی اقتصاددانان مطرح می‌شود آن است که ارایه خدمات سلامت به صورت رایگان، مشوق و ترویج دهنده سوء مصرف و استفاده بیش از حد از خدمات است که از نظر تخصیصی، ناکارا خواهد بود. تحلیل آنها، مبتنی بر مفروضات سودگرایان غیر عینی[[330]](#footnote-330) است مبنی براینکه هدف از نظام مراقبت سلامت، به حداکثر رساندن رضایت مشتریان است که از طریق تمایل آنها به پرداخت سنجیده می‌شود. اقتصاددانان معتقدند زمانی که قیمت خدمات صفر باشد، مشتریان حتی هنگامی‌که ارزش این خدمات برایشان کمتر از هزینه تولید خدمات است نیز از آنها استفاده خواهند کرد. در نتیجه، چنانچه این خدمات کم ارزش تولید نشوند، رضایتمندی بیشتری در مشتریان ایجاد خواهد شد و به دست خواهد آمد. آنوقت منابعی را که برای تولید این خدمات کم ارزش به کار می‌رفت می‌توان در جای دیگری در اقتصاد به کار گرفت و چیزی که بیشتر برای مشتریان ارزش دارد را تولید کرد. پرداخت‌های مصرف‌کنندگان و معادل آن برای بیمه شده که عنوان فرانشیز[[331]](#footnote-331) (برای آن به کار می‌رود)، مطلوب شناخته می‌شود چرا که با پیشگیری از مصرف خدماتی که کمترین ارزش را برای مشتریان دارند، از بدترین سوء تخصيصها جلوگیری به عمل می‌آورند.

توجه کنید که این دو دلیل، کاملا با یکدیگر همراستا نیستند. آنهایی که موافق استفاده از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان برای اهداف افزایش درآمد هستند می‌خواهند که قیمت ها را برای خدمات ارزشمندتر تعیین کنند و این طور بیان می‌کنند که مصرف این خدمات، زمانی که هزینه‌ای از مشتری بابت‌شان دریافت شود، تغییری نخواهد کرد. این مدافعان ممکن است از کمک به افراد کم درآمد جهت پرداخت چنین هزینه‌هایی نیز دفاع کنند؛ چرا که در غیر اینصورت مصرف این خدمات از سوی افراد کم درآمد، قوية تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

برعکس، مدافعان و توصیه‌کنندگان قیمت گذاری به منظور - کارایی[[332]](#footnote-332)، می‌خواهند قیمت خدماتی را که هم گران هستند و هم ارزش کمی‌برای مشتریان دارند، افزایش دهند. برای این افراد، کاهش مصرف در نتیجه اعمال پرداخت‌های مستقیم از سوی بیماران، مانعی برای برنامه‌شان محسوب نمی‌شود. این کاهش ها علامت آن است که اتفاقا تصمیم گیری برای دریافت هزینه از مشتری در همان مکان اولیه مراجعه، متناسب و صحیح بوده است.

پیچیدگی دیگری نیز در این میان وجود دارد. پدیده تقاضای القا شده از سوی عرضه‌کننده[[333]](#footnote-333) به معنی آن است که برخی از خدمات مراقبت سلامت ممکن است مصرف شوند که ارزشی برای خریداران ندارند. اگر پزشکان به گونه‌ای بر بیماران تأثیر بگذارند که آنها را به استفاده از خدماتی که از نظر طبی مفید نیست وادارد، ناکارایی تخصیصی[[334]](#footnote-334)، حتی با پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان نیز تداوم خواهد یافت. به علاوه، کاهش یا افزایش کارایی تخصیصی با اعمال پرداخت از سوی مصرف کنندگان، در عمل وابسته به دو اثر ایجاد شده‌ای است که یکدیگر را جبران و متوازن می‌کنند؛ تأثیر اول این است که پرداخت از سوی مصرف کنندگان، آنها را از خرید خدماتی که کم ارزش هستند، نهی می‌کند. دومین اثر، هر نوع انگیزه‌ای است که ارایه‌کنندگان را وا می‌دارد که در جهت افزایش مصرف نامتناسب از سوی مشتریان اقدام کنند. دامنه تأثیرگذاری اخیر وابسته به عوامل متعددی است از جمله هنجارهای حرفه‌ای ارایه کنندگان، آموزش آنها و روش‌هایی که درآمد حاصل از پرداخت مصرف کنندگان، از طریق آنها به تصمیم گیرندگان بالینی انتقال می‌یابد.

تعیین میزان پولی که فعلا در یک کشور از طریق پرداخت‌های مستقیم بیماران گردآوری می‌شود، غالبا مشکل است. هزینه جمع آوری داده‌های خوب در این شیوه ممکن است بسیار قابل توجه باشد چرا که احتمالا بررسی‌های پیمایشی دقیق هزینه‌های سلامت خانوار، تنها روش دستیابی به چنین داده‌هایی است. یکی از دلایل دیگر سختی کنترل این هزینه‌ها آن است که بخش وسیعی از بازار خصوصی، بدون نظارت و تنظیم است و پرداخت‌های غیررسمی (که تلویحا یا تحقيقا غیر قانونی هستند)، گسترش قابل توجهی در نظام‌های حکومتی پیدا کرده‌اند.

پرداخت‌های غیر رسمی غالبأ زمانی شکل می‌گیرند که حمایت بودجه‌ای از نظام مراقبت سلامت به دلیل شرایط سخت اقتصاد کلان، کاهش می‌یابد و ارایه‌کنندگان در این میان برای حفظ درآمدشان تلاش می‌کنند. سنتهای محلی نیز حائز اهمیت هستند. در برخی از کشورها، پرداخت این پولها به خاطر انتظار دریافت مراقبت بهتر از جانب پزشکان (و یا حتی پرستاران) صورت می‌گیرد. این پرداخت ها، برای ارایه کنندگانی که در حوزه‌های فعال‌تر یا قهرمانانه‌تر (مثل جراحی یا زنان و زایمان) فعالیت می‌کنند، بالاتر است. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی برای اینگونه پرداخت ها به کار می‌رود: «پول‌های زیر میزی»، «پول‌های سیاه»، «پولهای خاکستری» و پول چای»[[335]](#footnote-335). از دیدگاه اقتصادی، این پرداخت ها نیز شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند چرا که تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تأمین مالی (در مقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف کنندگان) می‌گذارند.

مطالعات اخیر با به کارگیری حساب‌های ملی سلامت نشان داده است که تمایل قابل توجهی به پرداخت (و توان پرداخت) برای مراقبت سرپایی، حتى میان افراد نسبتا فقیر جامعه در بسیاری از کشورهای کم درآمد وجود دارد؛ خصوصا چنانچه پرداخت‌های غیررسمی‌نیز در نظر گرفته شود. چنین یافته ای، امکان ایجاد نظام‌های پرداخت مرکب را افزایش می‌دهد یعنی نظام‌هایی که پرداخت مصرف‌کنندگان در آنها با شرایط خاص، نقش چشمگیری هم می‌تواند داشته باشد.

از سوی دیگر همانگونه که در فصل بعد بحث خواهیم کرد، کلا تقاضا برای مراقبت حاد، نسبت به تقاضا برای مراقبت روتین و پیشگیرانه، حساسیت کمتری به (تغییر) قیمت دارد و تأثیرات قیمت بر میزان استفاده افراد، برای افراد کم درآمد بیشتر است. این به معنی آن است که هزینه‌هایی که برای جلوگیری از مصارف کم ارزش دریافت می‌شود منجر به این نیز خواهد شد که مشتریان، استفاده از خدمات را به شیوه‌ای کاهش دهند که تأثیر منفی بر وضعیت سلامت‌شان بگذارد. بنابراین نیاز به یافتن روش‌هایی جهت ترویج مصرف و بهره‌مندی از خدمات بهداشت عمومی و پیشگیرانه به وجود می‌آید. متأسفانه، در دنیای بیماری‌های مزمن، بسیاری از چنین مراجعاتی را نمی‌توان از مراقبت‌های بالینی معمول، متمایز ساخت چرا که پیشگیری، پس از شکل گیری و به وجود آمدن بیماری اتفاق افتاده است. چنین فعالیت‌هایی تحت عنوان پیشگیری ثانویه شناخته می‌شود مثل درخواست ترک سیگار از فردی که دچار یک حمله قلبی شده است. اجرای سازوکارهایی برای ارایه یارانه به فقرا در جهت جبران این انگیزه‌های نامتناسب، کار آسانی نیست.

استفاده از پرداخت‌های مستقیم به عنوان مکمل اعتبارات مالیاتی و منبعی برای حمایت سازمانی، مفید خواهد بود. اما این تردید وجود دارد که پرداخت‌های مستقیم از جیب بتوانند (جز برای افراد بسیار ثروتمند) به عنوان مبنای مالی عمده برای ارایه مراقبت بستری پیشرفته به کار روند. چنین مراقبت‌هایی بسیار گرانقیمت هستند و تقاضا برای آنها، به حد کفایت پراکنده و اندک است؛ بنابراین کشورها با فشار قابل توجهی روبرو می‌شوند که تأمین مالی با امکان انباشت خطر (یعنی شکلی از بیمه) را تأسیس نمایند؛ خصوصا زمانی که کشور به سطح خاصی از رشد اقتصادی و سیاسی می‌رسد.

**1-4-4) عدالت و محافظت در برابر خطر مالی**

از هر دو دیدگاه محافظت در برابر خطر مالی و عدالت، پرداخت مستقیم از جیب، بدترین شکل ممکن تأمین مالی برای سلامت است. آنهایی که هم بیمار و هم فقير هستند با خطر درمان نشدن بیماری، تنگدستی یا ترکیبی از هر دوی اینها مواجه می‌شوند. از منظر عدالت عمودی، پرداخت‌های مستقیم، شدید نزولی هستند، خصوصا اگر همبستگی بین سلامت نامطلوب و درآمد پایین را در نظر بگیریم. پرداخت‌های مستقیم، حتی از بیمه خصوصی هم بدترند چرا که در بیمه خصوصی، چنانچه خرید به صورت گروهی انجام شود یا میزان حق بیمه آن تنظیم و نظارت شود، حداقل درجاتی از انباشت خطر را به دنبال خواهد داشت.

در بسیاری از کشورها، پزشکانی که از پرداخت به ازای دریافت خدمت یا کارانه[[336]](#footnote-336) استفاده می‌کنند، در ورطه تبعیض قیمت[[337]](#footnote-337) می‌افتند و از ثروتمندان مبلغ بیشتری نسبت به فقرا دریافت می‌کنند. اگر چه چنین رفتارهایی، عدالت را بهبود می‌بخشد اما به ارایه‌کنندگان هم کمک می‌کند که درآمد خود را به حداکثر برسانند. با دریافت مبالغ بیشتر از ثروتمندان و مقادیر کمتر از فقراء ارایه‌کنندگان فقرا را تشویق می‌کنند که خدمات کل بیشتری خریداری کنند و درآمد بیشتری را برای پزشکانی به ارمغان بیاورند که در غیر این صورت برایشان مهیا نبود. این امر، سود خالصی را برای همه فروشندگانی که وقت اضافه‌تری برایشان باقی مانده است و آنهایی که هزینه نهایی ارایه خدمات اضافه تر، برایشان کمتر از مبالغی است که از فقرا دریافت می‌کنند، به همراه دارد

**2-4-4) حساب‌های پس‌انداز طبی[[338]](#footnote-338)**

یکی از شیوه‌های خاص پرداخت مستقیم که تحت عنوان حسابهای پس‌انداز طبی شناخته می‌شود، در مباحث اصلاحات سلامت در سطح بین المللی، توجه خاصی را برانگیخته است. نمونه بارز آن در سنگاپور مشاهده می‌شود. برنامه مذکور دربرگیرنده یک راهبرد آگاهانه و هوشمند به این صورت بود که با آینده نگری در باب افزایش جمعیت مسن که مصرف مراقبت آنها بالاست، ذخیره‌ای برای آینده حفظ شود. در این سیاست خاص، پس‌انداز‌های اجباری اجرا می‌شد (بر مبنای درصدی از حقوق) که در حساب‌های پس‌انداز طبی فردی و مختص همین کار ذخیره می‌گردید و سپس فرد می‌توانست در آینده برای دریافت خدمات بستری، هزینه‌ها را از این حساب پرداخت کند.

خصوصیات چندی از این سیاست کشور سنگاپور نیازمند توضیح است. این نظام در ابتدای امر یک برنامه پس‌انداز است که هدف طراحی آن، وادار ساختن کارگران به ذخیره کردن پول در حال حاضر و در سال‌های بعد، پیش از فرارسیدن هزینه‌های طبی بسیار بالا است؛ یعنی در واقع درآمد فعلی‌شان به آینده منتقل شود. تا زمانی که تراز و موازنه[[339]](#footnote-339) قابل توجهی در حساب‌های فردی ایجاد نشود و در هنگامی‌که افراد هنوز جوان هستند، مشترکین قوية از به کار بردن حساب‌های خود برای پرداخت جهت مراقبت، منع می‌شوند. در عوض، تلاش زیادی صورت می‌گیرد که آنها با خانواده‌هایشان را تشویق کند که هزینه‌های طبی را به صورت مستقیم از جیب پرداخت کنند. به دلیل اینکه موازنه‌های موجود برای یک فرد یا خانواده، آنهایی است که خودشان پرداخت اش را صورت داده‌اند، انباشت خطر در سطح جمعیت (به عنوان یک كل)، بسیار اندک است.

دوم، برای اینکه افراد بتوانند مستقیم از جیب‌شان پرداخت کنند و کماکان امکان استفاده از خدمات بیمارستانی پایه را نیز داشته باشند، بیمارستان‌ها سطوح مختلفی از خدمات را به این شکل ارایه می‌کنند: از کلاس «C» یا بخش‌های چند تختی تا کلاس «A» یا اتاق‌های تک تختی. پایین‌ترین کلاس خدمات، یارانه سنگینی از محل درآمدهای مالیاتی دریافت می‌کند تا امکان دسترسی افراد دارای درآمد متوسط وجود داشته باشد قرار نیست که خدمات طبی ارایه شده به آنها متفاوت باشد بلکه فقط امکانات و تسهیلات متفاوت هستند. هدف از این کار، مقابله با جنبه‌های منفی عدالتی در برنامه‌های مبتنی بر پرداخت مستقیم از جیب بود. اما تجربه سنگاپور نشان داد که حتی در بخش‌هایی که یارانه دریافت می‌کنند، بسیاری از افراد قادر به پرداخت برای دریافت خدمات بستری نیستند. بنابراین در سال ۱۹۹۰، این کشور برنامه پس‌انداز فوق را بازبینی کرد و یک برنامه بیمه هزینه‌های کمرشکن[[340]](#footnote-340) را اضافه نمود؛ در این برنامه، کارگران حق بیمه‌ها را از برداشت‌هایی که از حساب پس‌انداز طبی خود انجام می‌دادند، پرداخت می‌کردند.

سوم، سنگاپور مجددا برای مقابله با مشکلات مربوط به عدالت و انباشت خطر، در جایی که کارگران مطرح می‌کردند که نه خودشان و نه خانواده‌شان قادر به پرداخت مقادیر لازم نیستند، نظامی‌متشکل از یارانه‌های مورد به مورد را نیز بنا نهاد.

با گذشت یک دهه، این برنامه پیچیده تعدیل شده است و برای پرداختن به مشکلات عدالتی ناشی از پرداخت مستقیم، تکامل پیدا کرده است. اکثریت بر این عقیده‌اند که شرایط منحصر به فرد اجتماعی - فرهنگی سنگاپور، نقش عمده‌ای در کارایی و سرپا ماندن این برنامه ایفا می‌کند. سنگاپور، یک جامعه کوچک از نظر جغرافیایی، نسبتا مرفه و تا حد زیادی چینی الاصل است که هر دو مفهوم صرفه جویی و مسؤولیت پذیری خانوادگی، ارزش‌هایی هستند که قويا در نهاد مردم این کشور، عجین شده‌اند. این کشور از نظام مالی دولتی توانا و دقیقی نیز بهره مند است. علی رغم اینکه توجه به این برنامه در سطوح بین المللی بسیار بالا بوده است، روشن نیست که چنین برنامه پیچیده‌ای را که قوية مبتنی بر هنجارهای فرهنگی خاص است بتوان به سایر بسترها و زمینه‌ها انتقال داد.

**3-4-4) قابلیت اجرا**

بزرگترین مزیت پرداخت‌های مستقیم از جیب، مربوط به قابلیت اجرای آن است. به دلیل اینکه فروشندگان می‌توانند از پذیرش کسانی که پرداخت نمی‌کنند امتناع ورزند، این امر خریداران را واقعا مجبور به پرداخت می‌کند. تعاملات در همان نقطه و محل اتفاق می‌افتد و می‌تواند با استفاده از فرایندهای تجاری معمول (مثل چک، پول نقد یا کارت اعتباری) صورت بگیرد و بنابراین هیچ بار اضافی به صورت نیاز به تشکیل و حفظ پرونده به وجود نیاورد. از دید دولت، این نظام پرداخت ضرورت قابل اجرا توسط خود افراد است و نیازی نیست که برای عملیات آن، منابع قابل توجهی از محل بودجه عمومی صرف شود. البته زمانی که میزان پرداخت‌های مصرف‌کنندگان بسیار بالاست و فروشندگان نمی‌توانند از پذیرش بیماران نیازمند سر باز زنند (مثلا در موارد ارایه درمان اورژانس در بیمارستان‌های آمریکا برای فردی که تحت پوشش بیمه نیست)، هزینه دریافت اعتبارات صرف شده از سوی فروشنده پس از پایان کار، ممکن است بسیار قابل توجه باشد.

پرداخت از سوی مصرف کنندگان، انگیزه‌هایی را نیز برای ارایه‌کنندگان ایجاد می‌کند که مصرف بیش از حد[[341]](#footnote-341) را ترویج نمایند؛ دولت نیز از آن طرف با اقدامات نظارتی قابل توجه‌تری سعی در جبران این قضیه می‌کند. این هزینه‌ها به درستی به عنوان بخشی از هزینه‌های برنامه پرداخت مستقیم محسوب می‌شوند. بسیاری از برنامه‌های کیفیت (مثلا نظارت بر ارایه‌کنندگان و اعطای گواهینامه به آنها و همچنین تلاش‌های کنترل قیمت، با این هدف به وجود آمده‌اند که به مشکلات انگیز‌های مربوط به نظام‌های تأمین مالی با پرداخت مستقیم بپردازند. همچنین همانگونه که در فصل ۱۲ بحث کرده ایم، تلاش‌هایی نیز صورت گرفته است تا با محدود کردن تعداد ارایه‌کنندگان و یا اعطای مجوز به مؤسسات بتواند امکان استفاده بیش از حد را محدود نماید.

**۴-۴-۴) خلاصه**

پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران از نظر اجرایی آسان هستند و منبع بالقوه اثربخشی برای کسب درآمد محسوب می‌شوند. البته مسائل جدی از دیدگاه عدالت عمودی و انباشت خطر در این شیوه تأمین مالی وجود دارد. پرداخت‌های مستقیم همچنین می‌تواند از طریق تأثیرات انگیزه‌ای بر پزشکان و سایر ارایه کنندگان، مصرف نامتناسب را ترویج دهد اما در عین حال از سوء مصرف بیش از حد و نامناسب از دید مشتریان نیز ممانعت به عمل می‌آورد.

ظرفیت تأمین مالی برای پوشش همگانی خدمات گران قیمت نیز در شیوه پرداخت‌های مستقیم وجود ندارد. البته واضحا پرداخت‌های مستقیم از سوی بیماران برای بسیاری از کشورها جذاب بوده است چرا که این امکان را به آنها می‌دهد که منابعی را تجهیز و جمع آوری نمایند که در غیر اینصورت در دسترس بخش سلامت قرار نمی‌گیرد.

**5-4) تأمین مالی جامعه‌ای**

در شیوه تأمین مالی جامعه‌ای، گروه‌های جمعیتی مختلف از طریق برنامه‌های پیش پرداخت محلی خود اقدام به ارایه و کنترل خدمات مراقبت اولیه مربوط به خودشان می‌نمایند. در برنامه‌های شاخص تأمین مالی جامعه‌ای، تأمین مالی و ارایه مراقبت اولیه به صورت یکپارچه است اما کماکان از خدمات سطوح ثانویه و ثالثیه مجزاست. ارایه کنندگان، یا افراد به خدمت گرفته شده از سوی جوامع و یا جزو سازمان‌های غیر دولتی و غیرانتفاعی هستند.

بسیاری از کشورهای کم درآمد دنیا، آرزوی یافتن راه‌هایی را داشته‌اند که بتوانند تأمین مالی خدمات سلامت روستایی را به گونه‌ای قابل اعتماد و پایا در سطح دهکده‌ها صورت دهند. غالبا مشکل می‌توان پزشکان را به استخدام درمانگاه‌های تحت مدیریت دولت درآورد؛ پزشکان معمولا از پذیرش این مسؤولیت می‌گریزند یا سر باز می زنند، منظم در سر کار خود حاضر نمی‌شوند و یا خدمات با کیفیت پایینی به مشتریانی ارایه می‌کنند که از نظر فرهنگی برایشان به حساب نمی آیند. به طور همزمان ساکنین روستاها غالبا اعتماد اندکی به خدمات و تسهیلات موجود دارند؛ در نتیجه به شدت به استفاده از خدمات شفادهندگان سنتی و درمانگران محلی برای دریافت مراقبت سرپایی روی می‌آورند و در مواقعی که شدید بیمار باشند، به بیمارستان‌های منطقه‌ای مراجعه می‌کنند.

در بسیاری از کشورهای فقیر این مشکل نیز وجود دارد که درآمد اضافه‌تری را نمی‌توان از محل مالیات عمومی‌به دست آورد. فساد و ناکارایی به صورت گسترده به چشم می‌خورد، ثبت پرونده‌ها بسیار ضعیف است و گریز از مالیات به وفور به چشم می‌خورد. وجود چنین شرایطی باعث شده است که تمایل روزافزونی در سال‌های اخیر به تأمین مالی جامعه‌ای به وجود آید. ایده اصلی به این صورت است که پول لازم برای مراقبت اولیه، به صورت محلی و در سطح روستا جمع آوری و مصرف شود. نظریه این شیوه بیان‌کننده آن است که کنترل محلی باعث ایجاد شفافیت و پاسخگویی می‌شود و به نوبه خود خدمات کارآمد، محترمانه و مقبول از نظر فرهنگی را تضمین می‌نماید.

امید آن است که چنین ترتیبات تأمین مالی و اجرایی، در نظر مردم محله جذاب و معتبر جلوه کند و تمایل آنها را به مشارکت مالی افزایش دهد. مدافعان این شیوه تأمین مالی به مجموع هزینه‌های قابل توجهی که توسط افراد محلی نسبتا فقیر صرف می‌شود اشاره می‌کنند که به جیب شفاگران سنتی، پزشکان غیر متعارف و پزشکان خصوصی غربی می‌روند. امکان دسترسی به این اعتبارات (که صرف افراد دیگر می‌شود) برای پشتیبانی از فعالیت‌های بهداشت عمومی و مراقبت اولیه پایه، برای مدافعان این روش جذابیت ایجاد کرده است.

یک برنامه نمونه از تأمین مالی جامعه‌ای، دربرگیرنده ترکیبی از پاسخگویی سیاسی محلی، مراقبت اولیه با اجرا توسط خود جامعه و همچنین پیش پرداخت‌های همگانی است. در واقع مفهوم آن به این صورت است که یک سازمان کوچک حفظ سلامت و مبتنی بر جامعه تشکیل شود که پزشکان آن حقوق دریافت می‌کنند. مراقبت ثانویه (بیمارستانی که برخی از این ساختارها با آن قرارداد بسته‌اند، مشخصا خارج از محدوده چنین برنامه‌هایی است چرا که این مراقبت ها بسیار گران قیمت هستند و منطقه پوشش آنها بسیار وسیع است که این امر در کنترل محلی اثربخش و پایداری اقتصادی، مشکل ایجاد می‌کند. عضویت همگانی (اجباری) به این هدف در نظر گرفته شده است که مشارکت مجانی از سوی افراد سالم و همچنین انتخاب معکوس افراد بیمار را از بین ببرد. منابع جامعه را می‌توان به شیوه‌های دیگر نیز تجهیز کرد مثلا به وسیله کار کردن، ساختمان‌هایی را بنا نهاد.

بسیاری از تجارب استفاده از اعتبارات محلی برای تأمین مالی مراقبت اولیه سلامت، تنها بخشی از شکل ایده آل برنامه‌ای را که پیش‌تر تشریح کردیم، پیاده‌سازی و اجرا کردند. عضویت و پرداخت به صورت داوطلبانه، ناشایع نیست؛ محدوده خدماتی که تحت پوشش قرار می‌گیرند ممکن است کاملا محدود باشد (مثلا صندوق داروهای ضروری با تأمین مالی محلی)؛ و تأمین مالی نیز ممکن است قوية به عوض پیش پرداخت به صورت کارانه باشد و یا بدون مشارکت محلی از محل منابع مالیات ملی تأمین شود.

خدمات اثربخش سلامت روستایی بعضا از سوی تسهیلات عمومی‌متمرکز و با تأمین مالی مالیاتی ارایه شده‌اند. سریلانکا، کوبا و منطقه کرالا در جنوب هند همگی وضعیت سلامت میانگین بالاتری نسبت به سطح درآمد خود دارند و نسبتا از شبکه متراکمی از ارایه‌کنندگان دولتی حتی در مناطق روستایی برخوردار هستند. مدافعان تأمین مالی جامعه‌ای اینگونه مطرح می‌کنند که این مثال ها نشان دهنده ملزومات تاریخی، سیاسی و فرهنگی بسیار خاصی است که برای موفقیت از طریق مجرای متمرکز حکومتی مورد نیاز هستند.

یکی از محدودیت‌های مآخذ مالی محلی آن است که حفظ آن در زمان‌های بروز مشکلات اقتصادی و رکود نسبتا مشکل است. یک منطقه روستایی منفرد مشخصا پراکندگی و تنوع اقتصادی کمتری نسبت به کل کشور دارد. به عنوان مثال کشور مالزی طی ۳۰ سال گذشته برای رشد خود به ترتیب متکی بر چای، روغن نارگیل، نفت و صادرات فناوری بالا بوده است. چرخه‌های قیمت کالاها که شدیدا برخی از بخش‌های این کشور را دچار آسیب کرده است در کل از طریق رشد مناطق دیگر جبران شده است. اما یک روستای منفرد معمولا از چنین مزیتی برای جبران کردن برخوردار نیست.

**1-5-4) عدالت و محافظت در برابر خطر مالی**

در جایی که تأمین مالی جامعه‌ای به هر دو صورت پیش پرداختی و اجباری است، درجاتی از محافظت در برابر خطر مالی را ارایه می‌کند. اما تا زمانی که یارانه از محل درآمدهای عمومی صرف نشود، برنامه‌های تأمین مالی جامعه‌ای تنها می‌توانند منابع را به میزان متوسط تجهیز و جابجا نمایند چرا که بسیاری از خانوارهای مشارکت‌کننده از دسته کم درآمد هستند. به علاوه، پوشش محدود و حذف مراقبت‌های ثانویه به معنای آن است که اگر قرار باشد شهروندان از خطرات مالی ناخوشی‌های جدی در امان بمانند، روش تأمین مالی جامعه‌ای را باید با سایر برنامه‌ها (مثلا بیمارستان‌های تحت حمایت مالیات) تکمیل نمود. برنامه‌های غیر اجباری که در آنها انتخاب معکوس توسط افراد بیمار به درون صندوق پوشش داده شده صورت می‌گیرد، محافظت به مراتب کمتری در برابر خطر ارایه می‌کنند. با در نظر گرفتن ماهیت نسبتا کوچک و از نظر جغرافیایی متمرکز جمعیت‌هایی که تحت پوشش چنین نظام‌هایی قرار دارند، این جوامع از ظرفیت کافی برای انباشت خطر و ارایه بیمه در برابر وقایع ناخواسته مانند همه گیری‌های محلی یا بلایای طبیعی برخوردار نیستند.

از دید عدالت عمودی، سؤالی حیاتی درباره ماهیت نظام پیش پرداخت مطرح است. آیا حق بیمه اختصاصا با درآمد تغییر می‌کند؟ برنامه‌های مبتنی بر پرداخت‌های سرانه یا پرداخت‌های به ازای خانواده، فقیرترین فقرا را از پوشش خارج خواهند کرد مگر آنکه برخی از سازوکارهای اجباری یا یارانه‌ای در نظر گرفته شود. از دیدگاه ملی، مسائل جدی در باب عدالت در این شرایط مطرح می‌شود که افراد نسبتا فقیر محلی، مجبور به پرداخت برای دریافت مراقبت جهت خودشان باشند در حالی که یارانه همچنان به خدمات سلامت برای ثروتمندان کشور تخصیص یابد. از سوی دیگر، چنانچه برنامه‌ای بتواند خدماتی را که تاکنون در دسترس جوامع فقیر نبوده است در اختیار آنان قرار دهد، مشارکت‌کنندگان می‌توانند بیش از آن چیزی که پرداخت می‌کنند سود ببرند.

عدالت افقی در این شیوه، حالتی متناقض دارد. مناطقی که ظرفیت اجرایی و سازمانی محلی و همچنین رهبری جمعیتی در آنها قوی است، در ایجاد و اجرای چنین برنامه‌هایی بهتر عمل می‌کنند. به معنای دیگر، کسانی که بیشترین شکایت را از چنین نظام‌هایی دارند، افرادی هستند که در محل سکونتشان چنین برنامه‌هایی وجود ندارد یا در صورت وجود، کارکرد نامناسبی دارد و بنابراین خدمات کمتری به افراد ارایه می‌کند. در کشورهایی که تنوع فرهنگ و ظرفیت محلی‌شان قابل توجه است (مثلا در بین گروههای نژادی یا فرهنگی این تفاوت‌های برنامه‌ها می‌تواند به یک مشکل تبدیل شود، چرا که تأمین مالی جامعه‌ای در برخی از قسمت ها کارکرد اثربخشی دارد در حالی که در سایر جاها اینگونه نیست.

**2-5-4) قابلیت اجرا**

به مانند تمام برنامه‌های غیر متمرکز، قابلیت اجرا در این شیوه وابسته به ظرفیت و رهبری در سطح محلی است. این امر بیانگر آن است که نیاز به سرمایه گذاری در ظرفیت‌سازی برای سطوح محیطی وجود دارد. از سوی دیگر، زمانی که افراد محلی، به برنامه مبتنی بر جامعه خودشان اطمینان می‌کنند، جمع آوری حق بیمه‌ها نیز آسانتر می‌شود.

ممکن است برخی از مناطق محلی قادر به اتخاذ شیوه تأمین مالی جامعه‌ای نباشند. دهکده‌ها ممکن است مملو از نزاعهای درونی و شکاف‌های مربوط به خانواده، نژاد، مذهب و وضعیت اقتصادی باشند. در چنین شرایطی، ممکن است برقراری تلاشی گروهی در سطح جامعه مشکل یا حتی غیر ممکن باشد. بنابراین دولت‌های مرکزی در هنگام طراحی چنین برنامه‌هایی باید محدودیت‌های موجود در ظرفیت سازمانی و فنی محلی را مدنظر قرار دهند. ممکن است بر مبنای یک ارزیابی واقع گرایانه از هر شرایط خاص محلی، نیاز به تأمین تخصص‌های لازم و همچنین ارایه پشتیبانی سازمانی به صورت موقت یا دایمی، ضرورت پیدا کند.

**3-5-4) خلاصه**

مزایای اصلی تأمین مالی جامعه‌ای عبارتند از: اعتبار و تداوم برنامه‌ها و همچنین میزان متوسط (اما ارزشمند) محافظت در برابر خطر که از طریق آنها ارایه می‌شود. برخی از بزرگترین مزایای آن ممکن است در حوزه تأمین مالی نباشد اما به صورت افزایش کارایی و پاسخ‌دهی خدمات در شرایطی که ارایه‌کنندگان تحت کنترل محلی اثربخش قرار دارند، جلوه کند. یکی از نمونه‌های خوب خدمات سلامت که تأمین مالی مالیاتی و با کنترل در سطح جامعه دارد، روشی است که در جوامع بومی‌بخش‌هایی از استرالیا اجرا می‌شود و اهمیت این جنبه از برنامه را نشان می‌دهد.

اما یکبار دیگر باید تأکید کرد که مسائل خاص مربوط به اجرا بسیار حایز اهمیت است. باید توجه لازم به تأمین پیش نیازهای سازمانی ضروری چه از نظر فنی و چه از نظر سیاسی صورت گیرد؛ در غیر این صورت چنین برنامه‌هایی باعث می‌شوند که بار مشکلی که دولت مرکزی قادر به حل آن نبوده است به دوش افراد دارای رفاه و امکانات کمتر در سطح منطقه‌ای یا محلی تحمیل شود. باید توجه لازم به جوامعی نیز معطوف شود که پس از انجام برنامه‌های «پروژهای آزمایشی» دست تنها گذاشته می‌شوند. بسیار اتفاق می‌افتد که مناطق موفق آنهایی باشند که از شرایط سیاسی و اقتصادی بهتری برخوردارند در حالی که جاهایی که کمترین میزان توجه به آنها صورت می‌گیرد، از پایین‌ترین ظرفیت و بیشترین نیاز برخوردارند.

**6-4) کمک خارجی به عنوان یک منبع تأمین مالی**

بسیاری از کشورهای فقیر، اتکای قابل توجهی به کمک‌های خارجی به عنوان منبع تأمین مالی بخش سلامت خود می‌نمایند. همانگونه که در فصل 1 اشاره شد، چنین کمک‌هایی غالبا بهایی را نیز به دنبال دارد؛ توقع اهداکنندگان از نظر دستیابی به اهداف خاص. انگیزه چنین تعهداتی، مجموعه‌ای از نگرانی ها، ارزشها و سیاست اهداکنندگان است. به عنوان مثال نهادهای کمک رسانی ملی در قبال قانونگذاران ملی خودشان مسؤولند اما نهادهای اجرایی سازمان جهانی بهداشت، در قبال مجمع جهانی سلامت مسؤول هستند.

در سال‌های اخیر، اهدا‌کنندگان توجه کمتری به پشتیبانی اصلاحات بخش سلامت نشان داده‌اند و بیشتر بر پیشبرد اهداف برنامه‌ای خاص که پیامدهای آن قابل سنجش است تمرکز کرده‌اند (مثلا واکسیناسیون، ریشه کنی بیماری و زایمان بی خطر). گستره و میزان تغییر یا اختلال در سیاست‌های ملی به خاطر ترجیحات اهداکنندگان، قويا وابسته به ظرفیت مالی کشور مربوطه و میزان اتکای آن به اعتبارات اهدا‌کنندگان است. فقیر‌ترین ملل و جوامعی که شرایط پس از کشمکش را سپری می‌کنند، غالبا بیشترین حساسیت را به این موضوع دارند.

ما قویا از کشورهای دریافت‌کننده کمک می‌خواهیم که در برقراری ارتباط با اهداکنندگان دوبعدی و چندبعدی، نقش فعالی را ایفا نمایند. نظر ما درباره اهمیت در نظر گرفتن شرایط محلی چنین است که رهبران و متخصصان محلی باید مشارکت وسیعی در هرگونه مباحث مربوط به گزینه‌های سیاستی بنمایند. اشتیاق نامتناسب متخصصان بین المللی به «یک راه حل برای همه»، غالبا در تجارب گذشته نشان داده شده است. اما همچنین تجارب بین المللی می‌تواند منبع ارزشمندی برای هدایت و توصیه انتخاب‌های جایگزین اصلاحات باشد. مجریان محلی اصلاحات لازم است بدانند که هرگونه اشاره به تجارب بین المللی لزوما مطرح‌کننده نامتناسب بودن آنها و یا امپریالیسم مالکیتی‌شان نیست. اصلاحات بخش سلامت آنقدر پیچیده و مشکل است که داشتن ذهن باز و منتقد، ضرورتی است که برای همه کسانی که با جدیت در این فرایند مشارکت می‌کنند، ضرورت دارد.

**7-4) نقطه نظر نهایی درباره روش‌های تأمین مالی**

پیش از آنکه به ادامه بحث بپردازیم، توجه کنید که چه اجزایی جزو دسته بندی ما قرار نمی‌گیرد. به طور خاص ما تلاش کرده ایم که تأمین مالی را از سایر جنبه‌های نظام سلامت مجزا کنیم. به عنوان مثال در گروه درآمدهای عمومی، نوع شناسی ارایه شده توسط ما نیاز به ارایه مستقیم خدمات توسط نظام دولتی را مطرح نکرده است اگرچه غالبا چنین شرایطی وجود دارد. در عوض، این دسته بندی در برگیرنده شیوه‌های مختلفی از ارایه خدمات است: ارایه‌کنندگان خصوصی (کانادا)، ترکیبی از پزشکان خصوصی و بیمارستان‌های دولتی (سوئد) و همچنین نظام‌هایی که عمدتا خدمات را به صورت دولتی ارایه می‌کنند (انگلستان). به صورت مشابه، دسته بندی بیمه‌های خصوصی نیز دربرگیرنده هر دو نوع تسهیلات انتفاعی و غیرانتفاعی (مانند برنامه‌های صلیب آبی آمریکا) و بیمه گرانی است که با استفاده از تمام شیوه‌های ممکن به ارایه‌کنندگان پرداخت می‌کنند. بیمه گران می‌توانند به استخدام پزشکان و تأسیس بیمارستان ها نیز بپردازند تا مستقيمة مراقبت ارایه نمایند. به عنوان مثال برنامه سلامت کایزر که یکی از فروشندگان بیمه سلامت در ایالات متحده است، هم یک شرکت غیرانتفاعی و هم یک ارایه‌کننده مستقیم مراقبت است. اما ما کماکان این شرکت ها را تحت عنوان بیمه خصوصی طبقه بندی کرده ایم. دلیل اینکه ما طبقه بندی مان را به این صورت ارایه کرده ایم آن است که مسائل مربوط به پرداخت و سازماندهی را به عنوان تصمیمات مربوط به اهرم‌های کنترل خودشان مطرح کنیم. وسعت این دسته بندی‌ها نشان دهنده آن است که حتی پس از اتخاذ تصمیمات درباره تأمین مالی، محدوده گزینه‌های موجود درباره مسائل غیرمالی کماکان وسیع است.

**۵) تخصیص منابع و جیره‌بندی**

پس از آنکه اعتبارات جمع آوری شدند، چگونه قرار است مورد استفاده قرار گیرند و برای چه کسی اهمیت زیادی دارد که تعیین کند چه کسی به مراقبت سلامت دسترسی خواهد داشت، چه انواعی از مراقبت سلامت موجود و در دسترس هستند و کیفیت و کمیت این مراقبت چگونه است. اینکه یک کشور چه کار کردی در باب عوامل حد واسط دارد، به نوبه خود بر پیامدهای سلامت و حفاظت در برابر خطر مالی و همچنین بر کارایی تخصیصی نظام سلامت یک کشور و هزینه‌های کل مراقبت سلامت آنها تأثير می‌گذارد. در این بخش، به بحث درباره تخصیص منابع در درون نظام سلامت می‌پردازیم. مسائل وسیع‌تر مربوط به تخصیص منابع بین بخشی، پیچیده‌تر از آن است که در اینجا به آن پرداخته شود و فراتر از محدوده‌ای است که ما توان مطرح کردن آن را داریم.

نیاز به تخصیص منابع از یک حقیقت ناخوشایند منشأ می‌گیرد: نوع انسان می‌خواهد که فراتر از منابع موجود مصرف نماید. دولت‌ها، شرکت‌های خصوصی و تک تک خانوارها همگی باید انتخاب‌های ناخوشایندی برای تخصیص منابع محدود خود انجام دهند. ما باید مشخص کنیم که قصد داریم چه میزان پول برای مراقبت سلامت صرف کنیم و در عوض آن از سایر کالاهای مطلوبمان صرف نظر نماییم؛ و تصمیم گیری باید در این باره نیز صورت گیرد که چگونه پولمان را برای دستیابی به بهترین نتایج ممکن صرف نماییم. دولت‌ها این انتخاب ها را در دو سطح انجام می‌دهند. نخست، تاخت زدنی بین صرف هزینه در یک بخش یا صرف آن در بخشی دیگر صورت می‌گیرد. دوم، در درون یک بخش خاص، تاخت زدن بین یک برنامه با برنامه‌های دیگر انجام می‌شود. به عنوان مثال، اختصاص پول بیشتر به مراقبت اولیه به معنی ارایه پول کمتر به خدمات بستری بیمارستانی است.

البته تصمیمات مربوط به تخصیص منابع حتی اگر به درستی نیز اتخاذ شده باشند، به خودی خود پیامدهای مطلوب را به دنبال نخواهند داشت. پول هرگز نمی‌تواند خودش باعث تولید مراقبت سلامت شود. اعتبارات باید از طریق مجموعه پیچیده‌ای از فرایندهای تولید به شکل مراقبت سلامت درآیند و ارایه شوند. نحوه انجام این کار تحت تأثیر ساختارهای انگیزهای نظام، الگوهای سازمانی آن و همچنین فعالیت‌های تنظیمی و نظارتی آن است که در مقالات بعدی به توضیح آن خواهیم پرداخت. این نکته بسیار مطرح می‌شود که چنانچه منابع به خوبی تخصیص داده شوند، پیامدهای سلامت ارتقا و بهبود خواهد یافت. به عنوان مثال، گزارش توسعه جهانی سال ۱۹۹۳ فقط این نوع از رویکرد ساده به ارتقای سلامت را اتخاذ و مطرح کرده اما به هر حال علی رغم اینکه تخصیص متناسب منابع برای دستیابی به پیامدهای بهتر، کافی نیست اما کماکان در این میان بسیار کمک‌کننده است. اما چگونه می‌توان فهمید که آیا الگوی تخصیص منابع در یک کشور، متناسب و صحیح است؟ پاسخ به این سؤال موضوع بحث این بخش است.

**1-5) تعاریف**

تناسب بندی منابع سلامت در بسیاری از موارد یک فرایند چندسطحی است. دولت‌ها ابتدا تصمیم می‌گیرند که چگونه منابع را در میان گروهها یا دستجات وسیع مصرف (بر حسب منطقه یا نوع بیماری) توزیع کنند. سپس این اعتبارات بیشتر تقسیم می‌شود و به سازمان‌ها یا افراد تخصیص پیدا می‌کند. متون علمی اقتصادی درباره تخصیص منابع، غالبا به گونه‌ای از بحث تخصیص منابع سخن به میان می‌آورند که گویی یک فرایند واحدی[[342]](#footnote-342) است. این رویکرد می‌تواند در شرایطی که بازارها مستقیمأ كالاها و خدمات را به افراد تخصیص می‌دهند، معقول باشد. البته در نظام‌های ملی خدمات سلامت، اعتبارات مراقبت سلامت غالبا ابتدا از طریق فرمول‌هایی به جمعیت ها تخصیص داده می‌شود و سپس با شیوه‌هایی دیگر به مؤسسات و افراد تعلق می‌گیرد. بیمه سلامت نیز از یک رویکرد دوسطحی استفاده می‌کند. ابتدا برای تخصیص اعتبارات و انواع خدمات، طرح بسته خدمات[[343]](#footnote-343) مورد استفاده قرار می‌گیرد. سپس از روش‌های دیگر برای جیره‌بندی خدمات برای افراد خاص استفاده می‌شود. ما در این مجموعه مقالات بین تناسب بندی منابع برای یک گروه جمعیتی یا برای انواع خاص خدمات (مانند مراقبت اولیه و خدمات بیمارستانی) تمایز قایل شده ایم و این فرایند را به عنوان تخصیص منابع می‌شناسیم. برای توزیع مراقبت محدود سلامت بین افراد، واژه جیره‌بندی[[344]](#footnote-344) را به کار می‌بریم.

**2-5) روش‌های جایگزین برای تخصیص منابع و جیره‌بندی**

حتی اگر همه متفق القول باشند که منابع مراقبت سلامت باید تخصیص داده و جیره‌بندی شوند، توافق اندکی بر سر معیارهای لازم برای این کار وجود دارد. به هر حال برخی از کشورها در تنظیم مقررات و قوانین، دقیق‌تر و صریح‌تر از سایرین عمل کرده‌اند. کشورهای اروپایی غالبا درباره جیره‌بندی مراقبت سلامت بحث کرده‌اند در حالی که این کار در ایالات متحده تقریبا صورت نگرفته است.

از سوی دیگر، ارزش‌های متضاد و متناقض باعث شده است تا دستیابی به توافق درباره اصول جیره‌بندی خدمات سلامت دچار مشکل شود. یکی از دلایل این امر آن است که قوانین شفاف جیره‌بندی، اسما در برگیرنده تصمیمات مربوط به ارزشگذاری مرگ یا زندگی برای افراد کاملا مشخص

جامعه است. یکی از مشکلات دیگر در تعیین قوانین جیره‌بندی، عدم توافق درباره این است که ارزش‌های کدام گروه از ذینفعان باید غالب باشد: بیماران، پزشکان، پرداخت کنندگان، سیاستمداران، متخصصان بهداشت عمومی یا غیره.

معیارهای متعددی برای تخصیص اعتبارات از سطح جمعیت کل به جوامع کوچکتر یا به دستجات خدمات مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان مثال، انگلستان و کانادا اعتبارات را برحسب درآمد و وضعیت سلامت به جوامع اختصاص می‌دهند. سایر برنامه‌ها بر پیامدها متمرکز شده‌اند. به عنوان مثال، بانک جهانی چنین تقاضا می‌کند که انتخاب خدمات سلامت در بسته‌های خدمات بیمه ای، مبتنی بر هزینه - اثر بخشی نسبی آنها صورت گیرد.

زمانی که اعتبارات به گروه‌های جمعیتی با انواع خدمات تخصیص داده شد، مراقبت سلامت را می‌توان کماکان برای افراد جیره‌بندی کرد. هیچ کشوری نمی‌تواند نیازها و تقاضاهای مراقبت سلامت را تمام و کمال برای افراد تأمین نماید. در عوض از روش‌های مختلفی برای جیره‌بندی مراقبت یعنی محدود کردن مصرف آن استفاده می‌شود. قیمت، یکی از روش‌های شایع مورد استفاده برای جیره‌بندی مراقبت سلامت است اما اثرات جدی بر عدالت باقی می‌گذارد. به عنوان یک روش جایگزین، بسیاری از کشورها به صورت انتخابی برخی از خدمات سلامت را به شیوه رایگان (یا تقريبا رایگان ارایه می‌کنند و برای جیره‌بندی عرضه محدود آنها، متوسل به زمان و فهرست انتظار می‌شوند. مثال بارز این اتفاق، کشور انگلستان است. خدمات پیشگیرانه و مراقبت اولیه به میزان کافی تولید می‌شوند تا تقاضای بیماران را با قیمت رایگان برآورده نمایند، اما برخی از خدمات جراحی و آزمایشگاهی خاص و گرانقیمت اینگونه نیستند. جیره‌بندی این خدمات از طریق تشکیل فهرست انتظار برای بیماران غیر فوری صورت می‌گیرد که آنهایی که نیازشان کمتر است، مدت زمان بیشتری را برای دریافت مراقبت مربوطه صبر نمایند. روش‌های دیگری نیز (احتمالا غیر عمد) متناوبا برای جیره‌بندی خدمات محدود سلامت جهت تک تک بیماران مورد استفاده قرار گرفته‌اند؛ مثلا کاهش جذابیت برخی خدمات خاص و بنابراین پیشگیری از افزایش تقاضای افراد. از جمله این روش ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نبود حق انتخاب پزشک، ارایه تسهیلات نامطلوب در مراکز سلامت، ارایه مراقبت بدون رعایت جنبه‌های حرفه‌ای یا تناسب فرهنگی و یا همچنین عدم دسترسی فیزیکی که نیاز به صرف زمان طولانی جابجایی و مسافرت را از سوی بیماران طلب می‌کند.

روش‌های مختلف جیره‌بندی مشخصا تأثیر متفاوتی بر گروه‌های بیماران می‌گذارد. به عنوان مثال، جیره‌بندی به وسیله قیمت، دسترسی خانوارهای فقیر به مراقبت سلامت را بیش از خانوارهای ثروتمند دچار مشکل می‌کند. ارایه خدمات نامطلوب نیز احتمالا اثرات توزیعی مشابهی دارند چرا که افراد دارای درآمد بالاتر احتمالا از طریق پرداخت‌های غیررسمی، دسترسی بهتری به خدمات پیدا می‌کنند. زمان انتظار در درمانگاه‌ها دو تأثیر متوازن‌کننده دارد. کارگران با دستمزد بالا، نسبت به کارگران با دستمزد پایین، پول بیشتری بابت انتظار در درمانگاه‌ها از دست می‌دهند. اما کارگران با دستمزد پایین احتمالا کمتر می‌توانند کاهش درآمد ناشی از این امر را تحمل کنند.

**3-5) اصول و سیاست در تخصیص منابع**

بسیاری از دیدگاه‌های اخلاقی که در فصل ۳ بررسی کردیم، بیانگر آن است که دولت باید اولویت را بر ارایه خدمات سلامت پایه و برنامه‌های پیشگیری (خصوصا برای گروه‌های دارای وضعیت سلامت نامطلوب) قرار دهد. چنین خدماتی غالبا از دیدگاه سودگرایان عینی، هزینه - اثر بخش هستند و بهبود وضعیت مراقبت سلامت فقرا خصوصا برای لیبرال‌های مساوات طلب، جذاب و جالب است. به علاوه، برخی از سودگرایان غیر عینی از محدودیت‌های موجود در تصمیم گیری‌های دقیق افراد درباره گزینه‌های سلامت خود، آگاهند. این گروه افراد از تلاش‌های آموزشی پیشگیرانه و تأمین مالی دولتی برای واکسیناسیون، با هدف اصلاح نارسایی‌های بازار و بهبود حق انتخاب افراد، حمایت می‌کنند.

البته بسیاری از کشورها انتخاب‌های کاملا متفاوتی انجام می‌دهند. شهروندان زمانی که به خود واگذاشته شوند، هزینه زیادی صرف مراقبت‌های پیشگیرانه نمی‌کنند و در عوض غالبأ تمایل زیادی به پرداخت برای مراقبت بیمارستانی حاد (خصوصا در موارد بیماری‌های کشنده) از خود نشان می‌دهند. شهروندان آنوقت دولت‌ها را مجبور می‌کنند تا از طریق یارانه‌دهی به مراقبت بیمارستانی، آنها را از انتخاب هایشان حفظ کنند. این امر منجر به بروز مشکلات عمده در تناسب بندی منابع عمومی‌بین مراقبت اولیه و خدمات بیمارستانی می‌شود.

شکل ۱-۸) ارتباط بین ابزارها و اهداف تأمین مالی.

وضعیت سلامت

حفاظت در برابر خطر مالی

رضایت مشتریان

دسترسی

کیفیت

عدالت در تأمین مالی

کارایی تخصیصی

**تأمین مالی**

* شیوه­ها
* تخصیص اعتبارات
* جیره‌بندی

روش‌ها

اهداف حد واسط

اهداف نهایی (سطح و گوناگونی)

آنچه در چنین شرایطی به بحث گذاشته می‌شود، تاخت زدن‌هایی میان بهبود وضعیت سلامت و ارایه محافظت در برابر خطر مالی است. تخصيص منابع برای پرداخت جهت مراقبت اولیه، در ارتقای وضعیت سلامت، هزینه - اثربخش‌تر است اما محافظت در برابر خطر مالی ایجاد نمی‌کند. در عین حال، تخصیص منابع برای پرداخت جهت مراقبت‌های بستری بیمارستانی غالبا محافظت در برابر خطر مالی ایجاد می‌کند، اما در بهبود وضعیت سلامت از هزینه - اثربخشی کمتری برخوردار است. این موضوع برای کشورهای با درآمد کم و متوسط که از پول کافی برای پرداخت برای هر دو نوع این خدمات برخوردار نیستند، یک دوراهی عمده به شمار می‌آید.

بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت از دولت‌ها خواسته‌اند که برای تخصیص اعتبارات ملی و طراحی بسته‌های خدمات بیمه اجتماعی، از معیارهای هزینه - اثر بخشی استفاده کنند. اما عموم مردم واضحا نیازمند و متقاضی محافظت در برابر خطر مالی ناشی از خدمات طبی گرانقیمت هستند؛ در نتیجه اکثر کشورها توصیه‌های این سازمان‌های بین المللی را دنبال

جدول ۱-۸) سهم بودجه دولت در کشورهای منتخب که به بیمارستان‌ها اختصاص یافته است.

|  |  |
| --- | --- |
| کشور | سهم بیمارستان (%) |
| بنگلادش | 61 |
| بوروندی | 66 |
| چین | 61 |
| ساحل عاج | 46 |
| اتیوپی | 49 |
| جامائیکا | 72 |
| مکزیک | 58 |
| فیلیپین | 71 |
| سومالی | 70 |
| ترکیه | 63 |
| زیمبابوه | 54 |
| میانگین کشورهای OECD | 54 |

\* OECD : سازمان همکاری اقتصادی و توسعه

نکرده‌اند. در عوض زمانی که کشورها مشاهده می‌کنند که از منابع عمومی‌کافی برای تأمین مالی هر دو گروه خدمات مراقبت اولیه و بیمارستانی برخوردار نیستند، اکثرا تصمیم می‌گیرند که به پرداخت برای خدمات بیمارستانی ادامه دهند و این کار در سطوحی صورت می‌گیرد که از نظر ملاحظات هزینه - اثربخشی معقول به نظر نمی‌رسد. جدول ۱-۸ نشان دهنده سهم عظیم بودجه‌های بهداشت عمومی است که برای خدمات بیمارستانی در کشورهای منتخب مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرح ریزی سیاست تأمین مالی سلامت به مانند تمام تصمیمات سیاستگذاری دیگر، فرایندی عمیقا سیاسی است. این فرایند تحت تأثیر ذینفعان بسیار قوی در بخش سلامت است؛ پزشکان سازماندهی شده، اتحادیه‌های کاری و شرکت‌های بیمه‌ای و دارویی. هر یک از این ذینفعان از منابع سیاسی برخوردارند که همانگونه که در فصل ۴ بحث کردیم، قدرت نسبی آنها را در شکل‌دهی سیاست تأمین مالی سلامت مشخص می‌کند.

دانشمندان علوم سیاسی مانند مارمور، بار و ریچ، از مدت ها پیش اینگونه مطرح کرده‌اند که سیاست نقش حیاتی در این تصمیم گیری دارد که چه کسی هزینه‌های مراقبت سلامت را پرداخت می‌کند و چه کسی منافع آن را کسب می‌نماید. حتی در کشورهای فقیر نیز مرفهین اقتصادی و سیاسی غالبا از تأسیس بیمارستان‌های سطح سوم و با استانداردهای جهانی که از تجهیزات گرانقیمت (عمدتأ وارداتی) استفاده کند و نیازهایشان را تأمین نماید، حمایت می‌کنند. بسیار اتفاق می‌افتد که این مراکز ملی و منطقه‌ای (که غالبا جزو بیمارستان‌های آموزشی نیز هستند)، سهم عظیمی از کل بودجه سلامت کشور را به خود جذب کنند. به علاوه، سازمان‌هایی که از بیشترین پرستیژ برخوردارند، غالبا ارتباطات و تأثیرگذاری سیاسی قابل توجهی دارند که به آنها امکان دفاع اثر بخش از منافعشان را می‌دهد.

**4-5) تخصیص منابع و برابری**

علاوه بر تاخت زدن‌هایی که در فرایند کارایی تخصیصی بین فواید سلامت و محافظت در برابر خطر مالی صورت می‌گیرد، بسیاری از دولت‌ها به دنبال دستیابی به منافع عدالتی از طریق تصمیمات تأمین مالی سلامت نیز هستند. این دولت‌ها به دنبال پرداخت یارانه به افراد فقیر و افراد دارای بالاترین نیازهای سلامت هستند که از توان پرداخت کافی برخوردار نیستند. برای دستیابی به این اهداف، دولت می‌تواند منابع خود را از طریق روش‌های مختلفی به مشمولین هدفمند اختصاص دهد. دولت می‌تواند گروه هدف یارانه‌های خود را برحسب میزان درآمد، وضعیت سلامتی و اقتصادی - اجتماعی جمعیت، کلاس بخش بیمارستانی و همچنین انواع خدمات، تعیین کند. به صورت جایگزین، دولت می‌تواند مستقیما به ارایه خدمات رایگان (یا تقریبا رایگان) به جوامع فقیر یا گروه‌های بسیار آسیب پذیر جامعه مانند معلولین و سالمندان بپردازد.

در نتیجه فشارهای سیاسی که پیش‌تر بحث کردیم، بسیاری از کشورها در عمل منابع سلامت خود را به صورت عادلانه تخصیص نمی‌دهند. حتی خدمات عمومی اسم رایگان که با حمایت مالیاتی و با هدف اطمینان یافتن از دسترسی عادلانه برای فقرا و خانوارهای کم درآمد ارایه می‌شوند، غالبا منجر به نتایج غیرعادلانه می‌شود. خصوصا خدمات سلامت و تأمین مالی مالیاتی به صورتی غیر متناسب از سوی شهروندان کلاس‌های متوسط و بالای اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این امر خصوصا برای خدمات هزینه بر مانند اشکال پیچیده مراقبت بیمارستانی صادق است. تحلیل‌های میزان بروز بیانگر آن است که هزینه‌های عمومی صرف شده در امر سلامت به این سمت گرایش دارند که منافع بیشتری به صورت غیر متناسب به ثروتمندان برسد؛ نتایج این تحلیل ها در غنا، اندونزی، ویتنام، برزیل (جدول ۲-۸) و همچنین در هند به چشم می‌خورد.

این توزیع ناعادلانه منابع عمومی‌مراقبت سلامت، بیانگر مشکلات

جدول ۲-۸) میزان صرفه هزینه عمومی‌در سلامت کشورهای منتخب.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| کشور | سال | فقیرترین چارک | غنی‌ترین چارک |
| سری لانکا | ۱۹۷۹ | 30 | 9 |
| جامائیکا | ۱۹۸۹ | 30 | 9 |
| مالزی | ۱۹۸۹ | 29 | 11 |
| برزیل | ۱۹۸۵ | 17 | 42 |
| مصر | ۱۹۹۵ | 16 | 24 |
| کنیا | ۱۹۹۳ | 14 | 24 |
| ویتنام | ۱۹۹۲ | 12 | 29 |
| اندونزی | ۱۹۸۹ | 12 | 29 |
| غنا | ۱۹۹۲ | 11 | 34 |
| جامائیکا | ۱۹۸۹ | 30 | 9 |

بنیادینی است که بر سر راه تخصیص منطقی منابع در بخش سلامت وجود دارد. برخلاف برنامه‌های بهداشت عمومی، خدمات سلامت فردی، منافع مستقیم و فوری برای افراد مشخص به همراه دارد. انتظار می‌رود آنهایی که بیمار هستند گمانه زنی سختی برای دسترسی به خدمات انجام دهند و آنهایی که از وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمالا از مهارت، منابع و روابط کافی برخوردار باشند که ارزشمندترین مزایا را به خود اختصاص دهند. تاخت زدن‌های فردی این اشخاص بسیار متفاوت از محاسبات آماری نهادهای دولتی است که به دنبال به حداکثر رساندن مزایای سلامت کلی برای جمعیت هستند.

**۶) راهنمایی شرایطی**

سیاستگذاری تأمین مالی، امری پیچیده است چرا که اهداف متعددی که مشخصأ در نظام سلامت به دنبال آنها هستیم، نیازمند تاخت زدن‌های دردناکی هستند. بنابراین تصمیمات مربوط به تأمین مالی به ناچار وابسته به ارزش‌های اجتماعی هر کشور خواهد بود.

بررسی اهرم کنترل تأمین مالی و ۵ روش تأمین مالی سلامت ما را به ۳ نتیجه گیری اصلی هدایت می‌کند. نخست، هیچ روش بی نقصی برای تأمین مالی وجود ندارد؛ هر یک از روش ها نکات مثبت و منفی با خود به همراه دارند. برخی از روش‌ها نسبت به سایرین در یک بستر خاص، عادلانه تر، امکان پذیرتر یا پایدارتر هستند اما همیشه تاخت زدن ها وجود خواهند داشت. دوم، گزینه بهینه تأمین مالی برای هر کشور بستگی به این دارد که کشور چگونه به مجموعه‌ای از حقایق و مسائل ارزشی می‌پردازد؛ عدالت عمودی و تأمین مالی با توزیع مجدد چقدر برایش اهمیت دارد؛ و چقدر ظرفیت اجرایی برای مالیات‌های جمعی با مشارکت‌های بیمه اجتماعی وجود دارد؛ شهروندان زمانی که بحث برنامه‌های تأمین مالی جامعه‌ای مطرح است، چقدر راحت طلب و بدبین و منفی باف هستند. سوم، هر ترکیبی از شیوه‌های تأمین مالی انتخاب شود، جزییات و نحوه اجرای آن حایز اهمیت است. به عنوان مثال، برابری افقی یک نظام بیمه اجتماعی بستگی به این دارد که با تاجران و صاحبان کسب و کارهای کوچک چگونه برخورد می‌شود. عدالت عمودی نظامی‌که متکی بر مالیات‌های منطقه‌ای است، به نوع سازوکار موازنه بین منطقه‌ای بستگی دارد.

کشورهایی که قصد دارند در صد قابل توجهی از تولید ناخالص داخلی را به مراقبت سلامت اختصاص دهند، باید راهبرد تأمین مالی هماهنگ و منطقی را تدوین نمایند. ترکیب متناسب این راهبرد بستگی به زمینه و بستر خاص هر کشور دارد، از جمله ارزش‌های اجتماعی، شرایط اقتصادی، ساختار صنعتی و توانایی‌های اجرایی آن.

ظرفيت هر منبع در یک بستر خاص وابسته به بسیاری از خصوصیات محلی آن شرایط است اما این به آن معنی نیست که هر کاری که یک نفر انجام می‌دهد، متناسب است. امکان کارکرد بهتر یا بدتر نیز وجود دارد. این امکان فراهم است که با استفاده از تجارب بین المللی و بینش نظری، پیش بینی‌های معقولی درباره آنچه برای شرایط کشور خودتان متناسب است، انجام دهید. اگر قرار است اهرم کنترل تأمین مالی به بهترین شیوه تنظیم شود، چنین قضاوت‌هایی مورد نیاز خواهد بود.

**1-6) توصیه‌های خاص**

در اینجا به چند توصیه خاص بر مبنای بررسی هایمان بر روی تجارب بین المللی و نظریه‌های سیاسی و اقتصادی مرتبط اشاره می‌کنیم :

* فقر به خودی خود یک مانع مالی اولیه به حساب می‌آید. خانوارهای فقير نمی‌توانند از عهده پرداخت برای مراقبت سلامت برآیند. اگر قرار باشد که دسترسی به مراقبت داشته باشند، لازم است یارانه توسط دولت برای آنها پرداخت شود. بنابراین چنانچه هدفمان بهبود عدالت است، صرف هزینه‌های عمومی‌باید با هدف فقرا صورت گیرد؛ البته این شرایط در حال حاضر برای اکثر کشورهای با درآمد کم و متوسط وجود ندارد.
* برای حدود ۲ میلیارد نفر افراد فقیری که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، جایگزین کردن برنامه‌های تأمین مالی جامعه‌ای مبتنی بر پیش پرداخت به جای صرف هزینه خصوصی مستقیم از جیب، اهداف بسیاری را بهبود خواهد بخشید. این برنامه‌ها می‌توانند همین هزینه‌هایی را که در حال حاضر صرف می‌شود، به گونه‌ای کاراتر و اثربخش‌تر مصرف نمایند، کیفیت مراقبت سلامت را بهبود بخشند و برخی از خطرات را انباشت نمایند تا از تنگدستی ناشی از هزینه‌های طبی گزاف جلوگیری به عمل آید.
* پرداخت‌های مصرف کنندگان، اعتبارات اضافه‌ای را در برخی از کشورها برای تسهیلات و مراکز عمومی فراهم آورده و مشتریان را ترغیب کرده است که دقت بیشتری از بابت مصرف خدماتی که سابقا رایگان بودهاند، نشان دهند. البته به دلیل هزینه‌های اجرایی بالا، بسیاری از پرداخت‌های مصرف کنندگان، اعتبارات اضافه‌تر خالصی را برای مراقبت سلامت به ارمغان نیاورده‌اند؛ ضمنا در جایی که اعتبارات اضافه‌ای گردآوری شده است، لزوما منتهی به ارایه خدمات بهتر که برای بیماران مطلوب باشد نشده است. به علاوه، بسیاری از نظام‌های پرداخت مصرف‌کنندگان در تضمین دسترسی کافی فقرا به خدمات بهداشت عمومی‌موفقیتی حاصل نکرده‌اند گرچه هدف از طراحی آنها، مقابله با این مشکل بالقوه بوده است. به طور خلاصه، نظام‌های پرداخت مصرف‌کنندگان نیازمند طراحی دقیق و مدیریت اجرایی توانمندی است پیش از آنکه بتواند پیامدهای مطلوبی را ایجاد نماید.
* برنامه‌های بیمه اجتماعی تاحدی که قابل خرید باشند، بالاترین توان را در ارایه محافظت اثربخش در برابر خطر مالی دارند. در کشورهای کم درآمد چنین برنامه‌هایی احتمالا محدود به کارگران بخش رسمی هستند. با افزایش درآمد ملی، دولت‌ها می‌توانند از طریق ارایه یارانه از محل درآمدهای مالیات عمومی، چنین پوششی را گسترش دهند. در کشورهای پردرآمد، نظام‌های همگانی اجباری احتمالا هزينه - اثربخش هستند.
* بیمه‌های خصوصی، هزینه‌های اجرایی بالایی دارند و کاهش انباشت خطر در آنها به چشم می‌خورد. از دیدگاه عدالت، چنانچه کارکرد آنها نقش مکملی برای بیمه اجتماعی داشته باشد و خدماتی را که تحت پوشش نیستند ارایه کند و سطوح بالاتری از کیفیت خدمات را به همراه داشته باشد، اثرات نامطلوب به حداقل خواهد رسید. در کشورهای پردرآمد، افراد دارای سطوح درآمد بالاتر احتمالا متقاضی چنین پوششی هستند چرا که خواهان مراقبتی بهتر از آن چیزی هستند که مشخصأ در ترتیبات دولتی ارایه می‌شود.
* چنانچه کشوری خواهان الگویی هزینه - اثربخش برای تخصیص منابع از دیدگاه به حداکثر رساندن وضعیت سلامت باشد، عمدتأ لازم است خدمات بهداشت عمومی‌پایه و پیشگیرانه تحت حمایت مالیات قرار گیرند. از دیدگاه کارایی تخصیصی، پرداخت مستقیم از جیب یا برنامه‌های بیمه احتمالا این خدمات را به میزانی کمتر از حد ارایه می‌کنند.
* مشاهدات فوق به نوبه خود دیدگاهی را درباره راهبرد مناسب تأمین مالی برای کشورهایی که در سطوح مختلف درآمد هستند، ارایه می‌کند: کشورهای کم در آمد: بیمه اجتماعی برای بخش رسمی؛ تأمین مالی جامعه‌ای در مناطق روستایی با یارانه‌های متوسط از محل درآمد عمومی؛ خدمات دولتی برای فقرا، احتمالا پرداخت‌های مصرف‌کنندگان برای مراقبت بیمارستانی دولتی با استثنا کردن افراد کم درآمد، البته چنانچه اجرای آن به دقت صورت گیرد. کشورهای با درآمد متوسط: راهبرد کلی مشابه حالت فوق اما با یارانه‌های بیشتر برای توسعه نظام بیمه اجتماعی و گسترش تأمین مالی جامعه‌ای به مراقبت ثانویه. خدمات دولتی باید به گونه‌ای سازماندهی شوند که امکان دسترسی فقرا به آنها وجود داشته باشد. کشورهای پر در آمد: بیمه اجتماعی همگانی با یارانه‌هایی از محل درآمدهای مالیات عمومی‌برای گروه‌های کم درآمد. بیمه خصوصی احتمالا برای گروه‌های پر درآمد مفید خواهد بود.

**2-6) تأمین مالی و عدالت**

عدالت مفهوم زمینه‌ای تمام بحثهای ما درباره گزینه‌های تأمین مالی بوده است. نتیجه گیری‌های ما درباره پرداخت‌های مصرف کنندگان، بیمه خصوصی و تأمین مالی جامعه‌ای تا حدی تحت تأثیر نگرانی‌ها و تعهدات اخلاقی خودمان است. این موضوع، درباره بحثی که راجع به جنبه‌های عدالتی تخصیص منابع مطرح کردیم نیز صادق است.

از دیدگاه لیبرال‌های مساوات طلب، یک نقطه کلیدی تمایز آن است که سطوح بنیادینی از سلامت برای تندرستی و رفاه انسان ضروری است. توانایی ما در یادگیری، کار کردن، دستیابی به توانمندی‌های خود و لذت بردن از زندگی واضح تا حد زیادی به شرایط سلامتی ما بستگی دارد. بنابراین یک جامعه عادل باید اعتبارات کافی را تأمین نماید تا اطمینان یابد که هر یک از افراد جامعه برای برطرف کردن درد و رنج خود و رسیدن به سطح خاصی از کارکرد، به مراقبت سلامت دسترسی دارد. دولت‌ها باید مسؤولیت تجهیز و جابجایی اعتبارات لازم را به عهده بگیرند تا هر یک از شهروندان (فقیر یا غنی) به سطوح متناسبی از مراقبت سلامت دسترسی داشته باشد.

البته معتقدیم که دیدگاه‌های دیگری نیز وجود دارد. به عنوان مثال، سودگرایان عینی اعتقاد ندارند که شهروندان، حقوق مثبت نسبت به مراقبت سلامت یا هر چیز دیگری دارند. کشوری که بر مبنای اصول سودگرایی عینی اداره می‌شود، ممکن است اینگونه تصمیم بگیرد که آنچه واقعا باعث ارتقای تندرستی و رفاه می‌شود، به حداکثر رساندن رشد اقتصادی است. چنین دولتی اعتبارات را تنها برای خدماتی از مراقبت سلامت ارایه می‌کند که مشارکت و سهم بیشتری در چنین رشد اقتصادی داشته باشد. بنابراین دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت و وضعیت سلامت برابر، برای آنها اولویت محسوب نمی‌شود.

همانگونه که در مقالات ۳ و ۵ درباره معیارهای اخلاقی و عملکردی صحبت کردیم، هر کشور باید تصمیمات جدی درباره جایگاه و موضع خود در باب عدالت اتخاذ نماید. دیدگاه ما این است که بدون در نظر گرفتن اینگونه مسائل مربوط به عدالت به صورت مستقیم، تدوین راهبرد هماهنگی برای تخصیص منابع و تأمین مالی، مقدور نخواهد بود. گرایش اخیر جامعه بین الملل به کاهش فقر که در فصل ۱ به آن اشاره شد، مجموعه جدیدی از فشارها و فرصت ها را بر فرایندهای تصمیم‌سازی هر کشور اعمال می‌کند. اما اصلاحات بخش سلامت نمی‌تواند و نباید از مواجهه دقیق و صریح با این مسأله اجتناب کند.

**3-6) خلاصه**

به طور خلاصه ما معتقدیم که هر کشوری که به دنبال اصلاحات مراقبت سلامت است، باید بررسی نظام‌مندی از نحوه تأمین مالی مراقبت سلامت به عمل آورد و راهبرد هماهنگ و واقع گرایانه‌ای برای تأمین مالی تهیه نماید. این راهبرد، ناگزیر به استفاده از ترکیبی از شیوه‌های تأمین مالی برای بسیج کردن و تجهیز اعتبارات از گروه‌های مختلف جمعیتی است. از دیدگاه ما، چنانچه جامعه قصد پیشرفت در عدالت دسترسی و همچنین تخصیص هزینه - اثر بخش منابع برای ارتقای وضعیت سلامت دارد، راهبرد او باید نتیجه گیری‌هایی را که از تجارب بین المللی پیشین (که پیش‌تر بررسی شد) به دست آمده است، مدنظر قرار دهد. برای موفقیت راهبرد تأمین مالی، همانگونه که در مقالات بعدی خواهیم دید، تلاش‌های مکمل مهمی‌باید در حوزه پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار صورت گیرد. صرف جمع آوری اعتبارات بیشتر به تنهایی تضمین نمی‌کند که این اعتبارات به خوبی مصرف شوند؛ بنابراین تمرکز صرف بر گردآوری اعتبارات بدون توجه همزمان به نحوه کارکرد نظام توزیع، از ارزش پایینی برخوردار است.

در نهایت، کشورها و رهبران سیاسی و متخصصان فنی آنها باید در باب وضعیت مالی‌شان واقع گرا باشند. همانگونه که در ابتدا اشاره شد، تمام منابع به هر حال از جایی می آیند و همگی یک «هزینه فرصت»[[345]](#footnote-345) دارند. صرفا رهبران معتمد می‌توانند به کشورهای خود در مواجهه با گزینه‌های سختی که واقعیت منابع محدودمان بر همه ما اعمال کرده است، کمک کند. وعده‌های غیر واقعی یا پیروی نامحدود از منافع گروه‌های ذینفع اندک، صرف زمینه را برای تعارضات طولانی مدت و منفی نگری شهروندان فراهم خواهد کرد.

**9**

**نظام‌های پرداخت**

**۱) مقدمه**

نظام پرداخت[[346]](#footnote-346) دومین اهرم کنترل ماست. در فصل مربوط به تأمین مالی (فصل ۸)، راه‌های جمع آوری پول را مورد بحث قرار دادیم. اکنون می‌خواهیم به این مطلب بپردازیم که این پول چگونه باید پرداخت شود. تمام سازمان‌هایی که اعتباراتی را برای بخش سلامت، بسیج و تجهیز می‌کنند و به گردش در می‌آورند (دولت‌ها، برنامه‌های بیمه اجتماعی و خصوصی و برنامه‌های تأمین مالی جامعه‌ای) باید تصمیم بگیرند که قرار است پرداخت به چه سازمان‌هایی صورت گیرد، این پول به چه دلیل باید به آنها پرداخت شود و چقدر باید پرداخت گردد. این تصمیمات، انگیزه‌های قدرتمندی ایجاد می‌کنند که بر فعالیت‌های تمام سازمان ها و افراد در نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند. در این فصل، به انگیزه‌هایی که برنامه‌های پرداخت، هم برای خریداران و هم برای فروشندگان ایجاد می‌کنند، نظری می افکنیم و به این مطلب می‌پردازیم که برای پیشبرد اهداف اصلاحات بخش سلامت، این انگیزه‌ها چگونه باید تعديل گردند.

شواهد تجربی به طور قاطع نشان می‌دهند که انگیزه‌های مالی، از مهمترین عوامل مؤثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت هستند. بر خلاف وضع مقررات که متکی بر قدرت دولت برای مجبور کردن افراد به پیروی از طریق عامل تنبیهی مجازات احتمالی است، انگیزه‌های مالی از عامل مشوق پاداش پولی برای القای تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند.

این انگیزه‌ها آثار فراوانی روی نظام مراقبت سلامت دارند؛ هم بر کمیت و هم بر کیفیت خدمات تأثیر می‌گذارند. در صورتی که پرداخت بیشتری برای فناوری‌های جدید انجام شود، بیمارستان ها سریعا به دنبال تهیه دستگاه‌های ام.آر.آی خواهند بود. اگر مبلغ پرداختی به بیمارستان‌ها به ازای هرروز بستری افزایش یابد، طول مدت اقامت در بیمارستان بالا می‌رود. در صورتی که پرداخت برای زایمان به روش سزارین افزایش یابد، میزان انجام این عمل بالا می‌رود و میزان زایمان‌های طبیعی افت خواهد کرد. اگر پزشکان حقوق بگیر باشند، بیماران کمتری را ویزیت خواهند نمود درحالی که اگر برای هر ویزیت به آنها پرداخت گردد، بیماران بیشتری را می‌پذیرند. در واقع همان طور که در فصل ۱۰ در مورد سازماندهی به بحث خواهیم پرداخت، پرداخت تأثیر گسترده‌ای بر این امر می‌گذارد که کدام یک از انواع ارایه‌کنندگان در نظام حضور داشته باشند. پرداخت همچنین تأثیر مستقیمی‌بر روی هزینه‌های نظام سلامت دارد زیرا هزینه کلی مراقبت سلامت به صورت حاصل ضرب قیمت هر واحد خدمت در حجم خدمت است که برای تمام کشور محاسبه و جمع شده باشد.

نه تنها پرداخت بر روی سازماندهی نظام تأثیر می‌گذارد بلکه عکس این قضیه نیز صادق است (گزینه‌های پرداخت تحت تأثیر سازماندهی نظام قرار دارند. به عنوان مثال، وقتی سازمان‌های تأمین مالی (دولت‌ها یا برنامه‌های بیمه) خود مستقیما دارای ارایه‌کنندگان خدمات (بیمارستان ها و درمانگاه‌ها) هستند و آنها را اداره می‌کنند، استفاده از روش‌های پرداخت خاص مانند بودجه‌های کلی برای بیمارستان‌ها با پرداخت حقوق به پزشکان، مشخصا مناسب خواهد بود. در مواردی که سازمان‌های تأمین مالی و ارایه‌کنندگان خدمات، مستقل از یکدیگر هستند و ارتباط سست و دوری با هم دارند، آنگاه سایر روش‌های پرداخت (مانند کارانه[[347]](#footnote-347) یا سرانه[[348]](#footnote-348)) متناسب خواهند بود.

بحث ما در سراسر این فصل، ماهیت شدید سیاسی تصمیمات درباره پرداخت را مشخص می‌سازد (دقیقا به این دلیل که مقوله پرداخت از چنین آثار قدرتمندی برخوردار است). تعارضاتی که به وجود می آیند، همچنان ادامه خواهند داشت. پس از آن که یک روش پرداخت انتخاب شد، باید در مورد سطح پرداخت تصمیم گیری کرد و آن را به منظور منعکس ساختن تورم، تغییرات در هزینه‌های تولید، فشارهای بودجه‌ای و سایر عوامل، تعدیل نمود. تعیین سطوح پرداخت، موضوعی است که به طور معمول، بین خریداران و فروشندگان بحث‌های زیادی بر سر آن در می‌گیرد. ارایه‌کنندگان تمایل دارند که پرداخت ها تا حد امکان بالا باشند (تا درآمد آنها افزایش یابد). از سوی دیگر، پرداخت‌کنندگان تمایل دارند که سطوح پرداخت تا جایی که ممکن است در حد پایین حفظ شود تا هزینه‌های آنها بالا نرود.

این فصل که در مورد اهرم کنترل پرداخت است، در ۵ بخش سازمان یافته است. در بخش بعدی، به طور مختصر توضیح خواهیم داد که انگیزه‌های مالی چگونه بر نظام سلامت، پیامدهای اصلی و حد واسط عملکرد، تأثیر می‌گذارند. در بخش ۳، به بررسی ۴ عامل کلیدی که در هنگام طراحی یک نظام پرداخت باید به آنها توجه شود، خواهیم پرداخت. در بخش ۴ به توصیف و تحلیل روش‌های اصلی پرداخت می‌پردازیم؛ در نهایت راهنمایی‌های شرایطی به مجریان اصلاحات ارایه می‌کنیم تا بتوانند درباره انتخاب روش‌های پرداخت تصمیم گیری کنند.

**۲) تأثیرات پرداخت روی پیامدها**

آثار انگیزه‌ای نظام‌های پرداخت چه از جنبه تقاضا و چه از جنبه عرضه، تا حدودی وابسته به تأثیری هستند که اقتصاددانان آن را مخاطرات اخلاقی[[349]](#footnote-349) می‌نامند. به عنوان مثال از جنبه تقاضا، اگر بیماران مجبور نباشند برای خدمات سلامت پولی پرداخت کنند، حجم بالاتری از خدمات را تقاضا خواهند نمود. همچنین قیمت پرداختی توسط بیماران نیز بر زمان و مکان درخواست مراقبت از سوی آنها تأثیر می‌گذارد. حتی در شرایطی که هیچ ارایه‌کننده جایگزینی وجود نداشته باشد، حق ویزیت‌های بالا می‌تواند باعث شود که بیماران از مراجعه به پزشکان خودداری کنند و برای بیماری‌های خفیف به خوددرمانی بپردازند.

از جنبه عرضه، نظام پرداخت سبب ظهور پاسخ‌های پیچیده‌ای از سوی پزشکان و بیمارستان ها می‌گردد. انگیزه‌های ناشی از پرداخت می‌تواند پزشکان را تحریک نماید تا تعداد کل ساعت‌های کاری خود و شمار بیماران ویزیت شده در هر ساعت، محل کار خود (بخش عمومی، بخش خصوصی یا هر دو) و حتی نحوه درمان یک بیمار خاص (مثلا این که اقدام به جراحی کنند یا خیر) را تغییر دهند. پرداخت همچنین روی رفتار بیمارستان ها تأثیر می‌گذارد. مشخص شده است که بیمارستان‌ها در پاسخ به تغییرات پرداختی، طول مدت بستری در بیمارستان، تعداد موارد بستری و کیفیت خدماتی را که ارایه می‌کنند، تغییر می‌دهند.

تأثیر پرداخت روی حجم مراقبت، به این دلیل روی می‌دهد که پزشکان می‌توانند تقاضا برای خدمات خود را القا نمایند. پزشکان به دلیل برتری آشکاری که در زمینه دانش پزشکی نسبت به بیماران دارند، می‌توانند از طرقی همچون زمان مراجعه بعدی که به بیماران توصیه می‌کنند، نوع دارویی که برای آنها تجویز می‌کنند، متخصصانی که برای مراجعه به بیماران معرفی می‌نمایند و آزمون‌های آزمایشگاهی یا درمان‌های جراحی که برای آنها در نظر می‌گیرند، میزان تقاضا را در جهت مثبت یا منفی القا کنند. ارایه‌کنندگان می‌توانند از این قدرت برای افزایش درآمد، ارتقای جایگاه حرفه ای، کاهش بار کاری با رسیدن به هر چیزی که در جهت منافعشان است، استفاده کنند (با توجه به نظام پرداخت).

تغییراتی که در اثر پرداخت در رفتار خریداران و فروشندگان ایجاد می‌شود، بر روی هر دو دسته پیامدهای حد واسط و اصلی (که در مقالات ۵ و ۶ مورد بررسی قرار گرفتند) تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، قیمتی که توسط بیماران پرداخت می‌شود، بر حجم خدمات مورد استفاده این بیماران و این امر به نوبه خود، روی وضعیت سلامت آنها اثر می‌گذارد. این مطلب یکی از دلایل بد بودن وضعیت سلامت افراد فقیر در کشورهایی است که بیماران آنها مجبورند قیمت خدمات مراقبت را مستقیما از جیب بپردازند (زیرا این

شکل ۱-۹) ارتباط بین پرداخت و پیامدها.

جزییات پرداخت

پیامدهای حد واسط

پیامدهای نهایی

**روش**

پاداش مالی

تقبل خطر

**سطح پرداخت**

پاداش مالی

**قیمت نسبی**

پاداش مالی نسبی

حفاظت در برابر

خطر مالی

وضعیت سلامت

رضایت عمومی

افراد فاقد توان پرداخت برای مراقبت مورد نیاز هستند. از سوی دیگر، اگر مراقبت رایگان باشد، بیماران ممکن است داروها و درمان‌هایی را تقاضا کنند که هزینه - اثر بخش نیستند. در این حالت، برآورده ساختن تقاضای بیمار سبب کاهش کارایی فنی در تولید پیامدهای سلامت و افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت خواهد شد. در نهایت جامعه نیز ممکن است رضایت کمتری از نظام سلامت داشته باشد زیرا این نظام، بسیار هزینه بر است. بنابراین ارتباطات زیادی بین پرداخت و عملکرد بخش سلامت وجود دارد.

تأثیر پرداخت بر روی کیفیت مراقبت می‌تواند به همین اندازه عمیق باشد. اگر کیفیت را به صورت کمیت مراقبت تعریف کنیم (فصل ۶ را ببینید)، آنگاه نظام‌های پرداخت (مانند نظام کارانه[[350]](#footnote-350)) سبب افزایش کمیت و در نتیجه، کیفیت خواهند شد. برعکس، پرداخت یک حق ثابت به ازای هر بستری به بیمارستان ها، سبب می‌شود تا بیمارستان ها بیماران را سریع‌تر و ناسالم تر» مرخص کنند. استفاده از پرداخت برای اثر گذاشتن بر کیفیت بالینی (یعنی مهارت و قضاوت) با کیفیت خدمات (تسهیلات، در دسترس بودن و مراقبت) دشوارتر است. دانش پزشکی در کل محدود است و کاربرد آن برای یک مورد خاص، در اغلب موارد غیر قطعی است (زیرا بیماران، پاسخ‌های بسیار متفاوتی نسبت به یک درمان مفروض نشان می‌دهند). این امر سبب می‌شود که پرداخت هزینه برای کیفیت بالاتر، چه براساس تصمیم گیری و چه بر اساس نتایج به دست آمده، دشوار باشد (زیرا هر دو روش، غیر قابل پیش بینی و مورد اختلاف نظر هستند. از این گذشته، کیفیت خدمات شديدة چندبعدی است و اهمیت نسبی هریک از جنبه‌های یک خدمت (آن طور که توسط خود بیماران قضاوت می‌شود) احتمالا از فردی تا فرد دیگر، متفاوت است. بنابراین با وجود تمام بحث‌هایی که در مورد ایجاد ارتباط بین پرداخت و کیفیت وجود دارد، این مقوله هنوز در ابتدای راه خود است.

وجود میزان‌های پرداخت متفاوت برای پرداخت‌کنندگان مختلف، می‌تواند آثار چشمگیری بر دسترسی بیماران به مراقبت سلامت بگذارد. به عنوان مثال، برخی از کشورها دارای چند برنامه بیمه هستند که برای یک خدمت مشخص، میزان‌های پرداخت متفاوتی دارند. در این صورت، ارایه‌کنندگان به دلیل ذکر شده، از ارایه خدمات به بیماران تحت پوشش برنامه‌های بیمه‌ای که میزان پرداخت کمتری دارند، خودداری می‌کنند. در کشورهایی که پزشکان در استخدام دولت به صورت خصوصی مشغول به طبابت هستند، این پزشکان طبعا قیمت‌های بالایی را از بیماران مطالبه می‌کنند که خانوارهای با درآمد کمتر، توانایی پرداخت آن را ندارند. در این شرایط اگر پزشکان بخش عمومی، درمان‌های مطلوب‌تری را به بیماران خصوصی خود ارایه کنند، باز هم تفاوت‌های عمیقی در میزان دسترسی (حتی به خدمات عمومی) ایجاد می‌شود.

همچنین دسترسی به مراقبت به شدت تحت تأثیر قیمت‌های نسبی نیز خواهد بود که برای خدمات مختلف پرداخت می‌شود. اگر برخی از اقدامات نسبت به سایرین، سودآورتر باشند (بالابودن قیمت ها نسبت به هزینه‌ها) خدمات سودآور به احتمال بسیار بیشتری در دسترس قرار می‌گیرند. اگر میزان‌های پرداخت سرانه[[351]](#footnote-351) برای برخی از بیماران نسبت به سایرین، در سطحی بالاتر (نسبت به هزینه‌ها) تعیین گردد، ممکن است یافتن پزشکی که بیماران بدون سودآوری را بپذیرد، بسیار دشوار باشد (این تجربه شایع در مورد زنان فقیر تحت پوشش برنامه بیمه مدیکید در ایالات متحده و نیز اقلیت زنان اهل روما[[352]](#footnote-352) که در بلغارستان ساکن هستند، مشاهده شده است). تحقیقات انجام شده در زمینه واکنش پزشکان آلمانی به تغییر قیمت ها نشان می‌دهد که سودآوری تنها عامل تعیین‌کننده رفتار این پزشکان نیست. خطر تهدیدکننده بیمار نیز حائز اهمیت و منعکس‌کننده فصل مشترک بین عوامل اقتصادی با ارزش‌های حرفه‌ای پزشکان است. با این حال، آثار انگیزه‌ای قیمت‌های نسبی نیز به طور آشکار در این زمینه مشهود است.

در مجموع باید گفت که قیمت ها و سطوح پرداخت، حاوی پیام‌های حیاتی چه برای مصرف‌کنندگان و چه برای ارایه‌کنندگان است. از جنبه عرضه، تعداد ارایه کنندگانی که وارد بازار می‌شوند و نحوه تولید خدمات، تحت تأثير پرداخت قرار دارد. از چشم انداز تقاضا، بیماران بر اساس مبلغی که باید پرداخت کنند، در مورد این که کدام کالا را خریداری کنند و به چه میزان، تصمیم گیری می‌نمایند. پرداخت، یک سازوکار اساسی در جیره‌بندی منابع اندک اقتصادی است (یعنی تولید، توزیع و مصرف خدمات سلامت، مصرف داروها و الگوهای سرمایه گذاری‌های سرمایه‌ای را مشخص می‌کند. به این ترتیب، پرداخت و انگیزه‌های مرتبط با آن، نقشی حیاتی در تعیین عملکرد نظام سلامت ایفا می‌نمایند.

**۳) تصمیمات طراحی**

مجریان اصلاحات بخش سلامت، در طراحی یک نظام پرداخت، باید آثار قدرتمند انگیزه‌ها را بر رفتار خریداران و فروشندگان به خاطر داشته باشند. همچنین هم توزیع پاداش‌های مالی و هم سطوح پذیرش خطر باید مورد توجه قرار گیرد. دستیابی به سطوح مناسب پرداخت نسبی نیز موضوعی است که باید به طور مداوم مدنظر قرار گیرد. در این بخش، تمرکز خود را متوجه تصمیمات پایه‌ای می‌کنیم که باید در طراحی یک نظام پرداخت، اتخاذ گردند.

جدول ۱-۹) واحد پرداخت و روش‌های پرداختی که به طور شایع مورداستفاده قرار می‌گیرند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| روش پرداخت | واحد پرداخت | پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت | بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات ارایه کننده خدمات |
| کارانه | هریک از اقلام خدمات | \* | \* |
| حقوق | واحدهای زمان کاری | \* |  |
| حقوق به اضافه پاداش | زمان به اضافه عملکرد | \* |  |
| سرانه | به ازای هر فرد ثبت شده | \* | \* |
| روزانه | به ازای هر روز |  | \* |
| به ازای بستری | به ازای هر بستری |  | \* |
| بستری تعدیل شده برحسب ترکیب موارد | به ازای هر بستری بر اساس گروه درمانی |  | \* |
| بودجه خطی | به ازای هر ردیف بودجه |  | \* |
| بودجه كل | به ازای هر بیمارستان |  | \* |

**1-3) روش‌های پرداخت**

نخستین پرسش در طراحی یک نظام پرداخت آن است که چه روشی برای پرداخت مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر روش پرداخت، دارای یک واحد فعالیت[[353]](#footnote-353) مرتبط با خود است (جدول ۱-۹) که آن را مورد استفاده قرار می‌دهد. نحوه انتخاب واحد فعالیت برای پرداخت، بر عرضه، کارایی و کیفیت خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، هنگامی‌که خدماتی همچون آزمون ها، داروها و اقدامات در مورد یک بیماری به خصوص، با هم یکی شوند تا یک واحد منفرد برای پرداخت ایجاد نمایند (مثلا به ازای هر بستری یا به ازای هر روز)، بیمارستان‌ها دلیلی برای ارایه خدمات کمتر در اختیار دارند. این امر می‌تواند به کاهش هزینه‌ها منجر شود اما این خطر نیز وجود دارد که شاید برخی از خدمات، کمتر از حد ارایه شوند.

هشت گزینه از روش‌های پرداخت همراه با واحد خدمات مربوط به آنها در جدول ۱-۹ خلاصه شده است. انگیزه‌های ایجاد شده توسط هریک از روش‌های پرداخت و تأثیرات آنها در ادامه فصل (بخش ۴) ارایه شده است.

**2-3) میزان‌های پرداخت**

پس از انتخاب یک روش پرداخت، وظيفه بعدی، تعیین میزان با سطح پرداخت است. آثار یک الگوی پرداخت بر روی عملکرد بخش سلامت، به شدت تحت تأثیر نحوه تعیین سطوح پرداخت قرار دارد. میزان‌های پرداخت بالا می‌تواند به هزینه‌ها، درآمدها و سود بیشتر منجر گردد. میزان‌های پایین می‌تواند مانع از تأمین خدمات شود یا به کیفیت لطمه بزند. اکثر کشورها از ترکیبی از رویکردهای تعیین میزان پرداخت استفاده می‌کنند که این امر منعکس‌کننده پیچیدگی نظام‌های حقیقی تأمین مالی و پرداخت است. این کشورها معمولا از میان ۵ روش پایه، دست به انتخاب می زنند؛ این روش‌ها عبارتند از: مطالبات[[354]](#footnote-354)، هزینه‌ها، روال سابق[[355]](#footnote-355)، مذاکره[[356]](#footnote-356) و مناقصه[[357]](#footnote-357). در عمل، این تصمیمات منعکس‌کننده ملاحظات فنی و سیاسی هستند.

صریح‌ترین و ساده‌ترین روش از نظر فنی عبارت است از پرداخت به ارایه‌کنندگان بر اساس مطالباتی که ارسال نموده‌اند. زیرا معمولا تحت نظر گرفتن این مطالبات، کار ساده‌ای است. اقتصاددانان استدلال می‌کنند که اگر بازارها رقابتی باشند، این مطالبات منعکس‌کننده هزینه‌های تولید خواهند بود. علاوه براین، وجود رقابت، ارایه‌کنندگان خدمات را مجبور می‌کند که هزینه‌های خود را تا حد امکان در سطح پایین نگه دارند. با این حال از آنجا که اکثر بازارهای مراقبت سلامت به طور اختصاصی رقابتی نیستند و گرفتار نقایص مختلفی هستند، این استدلال قانع‌کننده نیست. به همین دلیل، اکثر دولت‌ها یا صندوق‌های بزرگ بیمه اجتماعی، پرداخت‌های خود را بر اساس مطالبات انجام نمی‌دهند. با این وجود در پاره‌ای از موارد، صندوق‌های بیمه خصوصی اقدام به پرداخت مطالبات می‌نمایند (شاید به این دلیل که فاقد ظرفیت فنی یا قدرت اقتصادی برای عمل به شیوه‌ای متفاوت هستند)؛ به علاوه، پرداخت مطالبات به آنها امکان می‌دهد تا از تعارضاتی که با جامعه ارایه‌کنندگان خدمات دارند، بکاهند.

زمانی که پرداخت‌کنندگان اقدام به پرداخت مطالبات می‌نمایند، باید انتخاب کنند که برای هر پزشک یا بیمارستان به خصوص، رقم خاص او را تعیین می‌کنند یا برای هر منطقه جغرافیایی یک رقم ثابت در نظر میگیرند. به عنوان مثال، نظام مدیکر در ایالات متحده در ابتدای کار از میزان های «معمول و متداول» برای خدمات پزشکان در هر منطقه استفاده نمود. در حقیقت، پرداخت‌کنندگان حتی می‌توانند به امید محدود کردن هزینه‌ها) از میزانی پایین‌تر از قیمت متوسط بازار استفاده کنند. این روش مشابه با همان شیوه‌ای است که برخی از نظام‌های پرداخت ملی برای محصولات دارویی (نظام‌های به اصطلاح «قیمت گذاری مرجع») به کار می‌بندند. افراطی‌ترین نمونه از این نظام ها در نیوزیلند به کار می‌رود که از پایین‌ترین قیمت موجود برای هر گروه از داروها استفاده می‌کند.

یک روش جایگزین برای مطالبات که برای اجتناب از سودرسانی بیش از حد به ارایه‌کننده طراحی شده، عبارت است از مبنا قرار دادن هزینه‌های هر خدمت برای تعیین میزان‌های پرداخت. در این مورد نیز می‌توان بین استفاده از هزینه‌هایی که خود ارایه‌کننده ذکر می‌کند و به کار بردن نوعی میانگین منطقه‌ای با گروهی، دست به انتخاب زد.

دو انتقاد بزرگی که نسبت به پرداخت مبتنی بر هزینه وجود دارد عبارتند از: دشواری فنی و آثار انگیزه‌ای آن. پزشکان و بیمارستان‌ها طیف وسیعی از خدمات را ارایه می‌کنند و مشکلات حسابرسی دخیل در تعیین هزینه‌های هریک از خدمات، سخت و دشوار است. به طور مطلوب، یک نظام پرداخت مبتنی بر هزینه، مستلزم برخورداری از نظام‌های حسابداری یکدست در هر بیمارستان و نیز قواعد یکسانی برای طبقه بندی اقدامات درمانی و وضعیت‌های بیماری است. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، تعداد بیمارستان‌هایی که به چنین نظام‌های دادهای پیچیده و پرهزینه دسترسی داشته باشند، انگشت شمار است.

از دیدگاه انگیزه‌ای نیز پرداخت مبتنی بر هزینه مشکل آفرین است زیرا ارایه کنندگانی که کارایی کمتر و هزینه‌های بالاتری دارند، اعتبارات بیشتری دریافت می‌کنند. این امر سبب می‌شود تا انگیزه‌ای قوی برای افزایش هزینه‌ها ایجاد گردد. نظام‌های مبتنی بر هزینه، اغلب تلاش می‌کنند تا این امکان را با پرداخت فقط هزینه‌های منطقی» محدود نمایند (مثلا با استفاده از نوعی میانگین منطقه‌ای یا گروهی به علاوه یک درجه مجاز تغییر به عنوان یک سقف).

از آنجایی که تعیین هزینه‌ها بسیار دشوار است و همچنین به منظور به حداقل رساندن انگیزه‌های موجود برای افزایش هزینه‌های کشورها گاهی از هزینه‌های یک سال مبنا (که هر سال با استفاده از ضریب تورم، تعدیل می‌شود) استفاده می‌کنند. در واقع به دلایل مربوط به کنترل هزینه‌ها، این تعدیل ها را می‌توان در حدی پایین‌تر از میزان تورم عمومی حفظ کرد شیوه‌ای که به صورت دوره‌ای در کانادا و استرالیا به اجرا در می‌آید).

یک روش دیگر برای محدود ساختن هزینه‌ها عبارت است از تعیین میزان‌های پرداخت مبتنی بر هزینه به صورت پیشاپیش (در این صورت، پرداخت لزوما کلیه هزینه‌های تقبل شده را پوشش نخواهد داد. این روش، قدرت پیش بینی بیشتری به دولت می‌دهد و از انگیزه‌های ارایه‌کنندگان برای ناکارا بودن می‌کاهد (به ویژه اگر «هزینه» مورد استفاده، یک نوع میانگین گروهی یا منطقه‌ای باشد). در غیر این صورت، اگر هزینه‌های سال جاری به عنوان مبنایی برای محاسبه میزان‌های پرداخت سال بعد در نظر گرفته شود، ارایه‌کنندگان می‌دانند که نهایتا هزینه‌های صرف شده آنها جبران خواهد شد البته با یکی دو سال تأخير).

سومین رویکرد عمده در تعیین میزان‌های پرداخت عبارت است از روال سابق (که معمولا با استفاده از نوعی ضریب تعديل سالانه، تصحیح می‌شود). کاربرد این رویکرد نیز نسبتا آسان است. با این حال، آثار انگیزه‌ای و توزیعی این رویکرد، کاملا وابسته به نحوه تعیین میزان‌های پرداخت سال مبنا است. به عنوان مثال، مفهوم تعیین این میزان ها بر اساس هزینه‌های سابق آن است که بیمارستان‌های ناکارای سابق به دلیل عملکرد ضعیف خود در گذشته، پاداش می‌گیرند. همچنین این رویکرد برای پاسخ به تغییرات ایجاد شده در هزینه‌ها، فناوری، بهره برداری یا تقاضای مصرف کنندگان، از قدرت کافی برخوردار نیست. این رویکرد بیش از همه، همراه با نظام‌های بودجه‌ای مختلف به کار می‌رود و در این موارد، تخصیص‌های سال جاری را به صورت مکانیکی از پرداخت‌های سال گذشته استخراج می‌کند.

در سه روشی که تاکنون مورد بررسی قرار دادیم، فرایند تعیین میزان پرداخت نسبتأ دستی بوده است. در مقابل، دو گزینه دیگر، بیشتر حالت تعاملی و فرایند - محوری[[358]](#footnote-358) دارند. این روش ها به ویژه در زمینه یک رویکرد پرداخت در قالب قرارداد برای خدمات (که در فصل ۱۰ مورد بررسی قرار گرفته است) کاربرد دارند. نخست تعدادی از پرداخت‌کنندگان معتبر و بزرگ با استفاده از مذاکره اقدام به تعیین میزان‌های پرداخت می‌کنند. این گفتگوها ممکن است به صورت انفرادی با هر یک از ارایه‌کنندگان و یا بین پرداخت‌کنندگان و جامعه پزشکی یا سایر عوامل ذینفع (مانند شیوه‌ای که در آلمان و ژاپن به اجرا در می‌آید) صورت گیرند (در هر مورد، فروشندگان عملا به صورت یک کارتل عمل می‌کنند). خریداران برای اجتناب از وقوع این حالت، اغلب سعی می‌کنند ابتدا با یک ارایه‌کننده کم هزینه گفتگو کنند تا یک میزان پرداخت تعیین گردد و سپس از این میزان به عنوان یک الگوی مبنا در مذاکرات بعدی استفاده کنند.

یک روش جایگزین برای مذاکره عبارت است از مناقصه رقابتی که بازهم تعاملی است. در حالی که مناقصه رقابتی از دیدگاه نظری می‌تواند منجر به تعیین میزان‌هایی نزدیک به هزینه‌های واقعی پیشنهاددهندگان گردد، ارایه‌کنندگان اغلب قوية به این رویکرد اعتراض می‌کنند زیرا ارایه کننده‌ای که کمترین کارایی را داشته باشد، از دور خارج خواهد شد. علاوه بر این، نتایج مناقصه رقابتی رضایت بخش نخواهد بود مگر آنکه طراحی این فرایند به خوبی صورت گرفته باشد و اطلاعات مناسب به کلیه پیشنهاددهندگان بالقوه در مناقصه، ارایه شده باشد. افزون بر این، وقتی اداره مناقصه رقابتی بر عهده دولت باشد، دخالت سیاست می‌تواند سبب گردد تا برخی از فروشندگان برای تأمین منافع خود در این فرایند دستکاری کنند.

به دلیل دشواری‌های ذکر شده، بسیاری از کشورها تلاش کرده‌اند به نظام‌های پرداختی دست پیدا کنند که تعیین تعداد کمتری از میزان‌های پرداخت را به آنها تحمیل کند. به طور خاص، بسیاری از کشورها روش پرداخت کارانه را به دلیل بالا بودن تعداد اقلام خدمات متفاوت، کنار گذاشته‌اند. به عنوان مثال، برنامه‌های بیمه در ایالات متحده، بیش از ۹ هزار قلم خدمت را به طور رسمی‌شناسایی کرده‌اند که باید برای آنها پرداخت صورت گیرد. در مقابل، روش‌های سرانه برای پرداخت خدمات پزشکان و روش‌های پرداخت به ازای بستری در مورد خدمات بیمارستان ها، مستلزم تعیین تعداد بسیار کمتری از میزان‌های پرداخت هستند

دشواري يافتن یک مبنای عینی برای حل عدم توافقات غیر قابل اجتناب، مسأله تعیین میزان پرداخت را بیش از پیش پیچیده می‌کند. اقتصاددانان معمولا ذکر می‌کنند که سطح مناسب پرداخت برای مثلا پزشکان، سطحی است که بتواند بین عرضه و تقاضا توازن ایجاد کند. اما از آنجا که بازارهای مراقبت سلامت بسیار ناقص هستند، کاربرد این نظریه در عمل دشوار است. به عنوان مثال، شرایط کشوری را در نظر بگیرید که مازاد بر نیاز، پزشک دارد اغلب به دلیل رایگان بودن آموزش پزشکی). تعیین میزان‌های پرداخت بر اساس بازار آزاد، احتمالا سبب افت درآمد پزشکان خواهد شد که کاملا برای جامعه ارایه کنندگان، غیر قابل پذیرش است.

یک گزینه ممکن آن است که مسؤولیت تعیین میزان‌های پرداخت برعهده یک نهاد مستقل (که تا حد امکان تحت نفوذ تأثيرات سیاسی قرار ندارد) گذارده شود. البته حتی در این شرایط نیز سیاست تقریبا همیشه نقش مهمی ایفا می‌کند. از این رو، توصیه ما به مجریان اصلاحات بخش سلامت آن است که پیش از انتخاب یک برنامه پرداخت، در مورد اجرا و نقش سیاست به دقت بیندیشند. آیا برای پیاده‌سازی الگوی پرداخت پیشنهاد شده، از مهارت فنی و حمایت سیاسی برخوردار هستید؟ استفاده طولانی مدت از روش پرداختی که در تضاد با سیاست است، دشوار می‌نماید زیرا عوامل ذینفع در جهت براندازی آن تلاش خواهند نمود.

**۴) روش‌های پرداخت و انگیزه‌های ارایه کنندگان**

در این بخش به بررسی ساختارهای انگیزه‌ای می‌پردازیم که نظام‌های پرداخت برای ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت و بیماران ایجاد می‌کنند. روش‌های پرداختی که به طور شایع در نقاط مختلف جهان مورد استفاده قرار می‌گیرند، بررسی می‌شوند و نحوه اثرگذاری هر روش بر رفتار سازمان‌های ارایه‌کننده و متخصصان بخش سلامت به طور خلاصه مطرح می‌گردد. نحوه تأثیر هر روش بر کارایی فنی و کیفیت خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفته، شواهد تجربی اخیر در مورد قدرت این انگیزه‌ها به طور خلاصه ارایه می‌شود. در بخش بعدی، همین بررسی‌ها در مورد انگیزه‌های مالی که بر بیماران تأثیر می‌گذارند، انجام خواهد شد.

ما ساختار انگیزه‌ای مربوط به هشت روش پرداخت را که در جدول ۱-۹ ارایه شده‌اند، مورد تحلیل قرار می‌دهیم. جوامع مختلف در عمل به ندرت از یک روش پرداخت منفرد به تنهایی استفاده می‌کنند. در عوض، دو یا چند روش پرداخت با هم ترکیب شده، متناسب با وضعیت و نیازهای یک نظام مراقبت سلامت به خصوص به کار می‌رود.

در این مبحث باید به خاطر داشته باشیم که نظام‌های پرداخت چگونه سبب ایجاد انواع متفاوت خطر مالی و تقسیم آنها بین پرداخت‌کنندگان و ارایه‌کنندگان می‌شوند. به عنوان مثال، اگر پرداخت به پزشکان بر مبنای سرانه باشد (یک حق ویزیت ثابت به ازای هر بیماری که وارد می‌شود، در صورتی که بیماران از آنچه که پیش بینی می‌شود، بیمارتر باشند، خطر مالی متوجه پزشک خواهد بود. در مقابل، وقتی پرداخت به پزشکان به صورت کارانه انجام شود، پرداخت‌کنندگان خطر مالی را تحمل می‌کنند.

**1-4) روش‌های پرداخت به پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت**

طی دهه گذشته، گرایش روبه رشدی در زمینه نقش انگیزه‌های مالی در سازمان‌های مراقبت سلامت به وجود آمده است. مدیران مراقبت سلامت با الهام گرفتن از سایر صنایع، اقدام به طراحی انگیزه‌های مالی در جهت القای رفتار کاهنده هزینه در پزشکان نموده‌اند (با این حال، این انگیزه‌های مالی اغلب در تضاد با سایر محدودیت‌های حرفه‌ای و قانونی هستند). تحقیقات اخیر در مورد خدمات سلامت و نظریه سازمانی، بر اهمیت سه عامل در این انگیزه‌ها تأکید نموده‌اند: نزدیکی[[359]](#footnote-359)، شدت و تعامل.

نزدیکی به میزان مستقیم بودن ارتباط بین تصمیمات یک پزشک برای بیمار با پاداش‌های اقتصادی این تصمیمات اشاره دارد. به عنوان مثال، سرانه، یک ساختار انگیزه‌ای بسیار مستقیم است. درآمد پزشکان مستقیما با شیوه طبابت آنها ارتباط دارد. شدت نشان دهنده بزرگی انگیزه‌های پیش روی هریک از پزشکان است. به عنوان مثال، هرچه گستره خدمات گنجانده شده در میزان پرداخت به صورت سرانه بیشتر باشد، حداکثر فایده یا زیانی که نصیب پزشک می‌گردد، بیشتر خواهد بود. عامل آخر یا تعامل به دینامیک رفتاری در میان پزشکان اشاره دارد. پرداخت‌های من تا چه حد به تصمیمات سایرین وابسته خواهد بود؟

**1-1-4) کارانه[[360]](#footnote-360)**

در نظام کارانه، واحد پرداخت، هریک از ویزیت ها یا اقدامات بالینی مانند تزریقات، آزمونهای آزمایشگاهی و تصویربرداری را شامل می‌شود. این روش پرداخت، انگیزه‌ای برای انجام خدمات بیشتر به ارایه‌کنندگان می‌دهد. این روش، تنها شکل پرداخت است که ارایه‌کننده در آن، انگیزه‌ای برای انتخاب بیماران «سالم تر» ندارد؛ و در واقع، عکس این مطلب صادق است. در نظام پرداخت کارانه، ارایه‌کننده هیچ خطری از نظر هزینه درمان متحمل نمی‌شود. پرداخت‌کننده (بیمه گر یا بیمار کاملا در معرض خطر هزینه مراقبت قرار دارد. از دیدگاه نظری، بیماران و پرداخت‌کنندگان شخص ثالث

حق دارند در مورد نیاز به خدمات اضافی سؤال کنند و برای دست یافتن به پرداخت‌های پایین تر، به مذاکره بپردازند. با این حال در دنیای واقعی، بیماران و پرداخت‌کنندگان شخص ثالث به دلیل قدرت حرفه‌ای پزشکان، به ندرت می‌توانند مذاکرات مؤثری داشته باشند.

مطالعات در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نشان داده است که نظام پرداخت کارانه باعث ترویج (ارایه خدمات بیش از حد و افزایش هزینه‌ها می‌شود. مطالعات انجام شده در کشورهای آفریقایی به این نتیجه رسیده‌اند که جابه جایی از نظام بودجه‌ای به نظام کارانه، حجم خدمات و هزینه آنها را به‌اندازه 50% افزایش داده است. پیپ[[361]](#footnote-361) و همکاران، با مقایسه میزان مصرف با بهره‌مندی از منابع در دو روش پرداخت به ارایه‌کننده ( کارانه و سرانه) در تایلند، به وجود تفاوت معنی داری در میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان، هزینه‌های دارویی به ازای هر بستری و هزینه‌های آزمایشگاهی به ازای هر بیمار، پی بردند. در نظام کارانه، مصرف منابع توسط ارایه کنندگان، به طور قاطع بیشتر بود. یک مطالعه که در ایالات متحده انجام شد، به نتایج مشابهی دست یافت. هزینه‌های مربوط به شیوه‌های طبابت در گروهی که پرداخت به آنها به صورت سرانه انجام می‌گرفت، به طور معنی داری پایین‌تر از گروهی بود که پرداخت به آنها تحت نظام کارانه انجام می‌شد.

اگرچه هم دیدگاه نظری وهم شواهد تجربی به تأثیر روش‌های پرداخت به صورت کارانه در افزایش هزینه‌ها اشاره می‌کنند، این نظام همچنان گسترده‌ترین کاربرد را در کشورهای در حال توسعه برای پرداخت به پزشکان و بیمارستان‌های بخش خصوصی، داراست. این مطلب را می‌توان با ذکر این واقعیت توجيه نمود که اکثر دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه، توجه کافی به ارایه‌کنندگان بخش خصوصی مبذول نمی‌دارند. بنابراین، ارایه کنندگان، واحد و سطح پرداخت مورد نظر خود را مقرر می‌نمایند و نظام کارانه را بر می‌گزینند؛ زیرا کارانه، ساده ترین، سودآورترین و انعطاف پذیرترین روش است.

**2-1-4) سرانه[[362]](#footnote-362)**

در نظام سرانه، واحد پرداخت بر مبنای «به ازای هر فرد» تعریف می‌گردد. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلا یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می‌شود. شایع‌ترین شکل پرداخت سرانه زمانی است که یک پزشک عمومی‌به ازای هر بیماری که در آن ماه به نام وی ثبت شده است (صرف نظر از خدمات مورد نیاز بیمار یا خدماتی که به او ارایه شده است)، میزان ثابتی دریافت کند. این پرداخت ممکن است بر اساس سن، جنس و وضعیت سلامت بیمار، متفاوت باشد. از نظام سرانه برای پرداخت در موارد مراقبت اولیه (سرانه مراجعه‌کنندگان به پزشکان عمومی)، خدمات تخصصی (سرانه مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های چند تخصصی) و خدمات بستری (سرانه مراجعه‌کنندگان به بیمارستان ها استفاده شده است. امکان تلفيق خدمات مراقبت اولیه، تخصصی و بستری و تعیین یک میزان سرانه واحد نیز وجود دارد که در این صورت به یک مرجع منفرد که مسؤولیت کلیه خدمات را بر عهده می‌گیرد، پرداخت می‌شود.

پرداخت‌های سرانه، بیشترین خطر مالی را متوجه ارایه‌کنندگان می‌کند. این خطرها بسته به مواد اختصاصی ذکر شده در قرارداد یا ترتیبات سازمانی، متغیر هستند. به عنوان مثال، بسیاری از برنامه‌های بیمه در کلمبیا با پزشکان عمومی از جهت ارایه خدمات مراقبت اولیه قرارداد می‌بندند و بر اساس نظام سرانه به آنها پرداخت می‌کنند. در مقایسه با این برنامه‌ها، برنامه‌های بیمه اجتماعی در تایلند برای کلیه مراقبت‌های اولیه، خدمات تخصصی و سرپایی، با بیمارستان ها قرارداد منعقد و یک میزان سرانه به آنها پرداخت می‌کنند. سپس این بیمارستان‌ها با پزشکان عمومی، قراردادی از جهت ارایه مراقبت‌های اولیه براساس نظام پرداخت سرانه منعقد می‌کنند. در روش پرداخت سرانه، انگیزه‌ها بسته به خدمات تخصصی که پوشش داده می‌شود، متفاوت هستند. در مثال مربوط به تایلند، بیمارستان‌ها برای حفظ توان مالی پرداخت دیون یا به دست آوردن یک سود مازاد در انتهای سال، از انگیزه‌ای برای محدود ساختن نه تنها مراقبت‌های اولیه و داروها، بلکه خدمات تشخیصی، تخصصی و بستری برخوردارند.

مطالعات متعددی به بررسی نحوه تأثیر انگیزه‌های نظام پرداخت سرانه بر روی رفتار ارایه‌کننده پرداخته‌اند. ایورسن[[363]](#footnote-363) و همکاران، تأثیر پرداخت سرانه را بر تصمیمات پزشکان عمومی‌نروژ برای ارجاع بیماران، مورد ارزیابی قرار دادند. این پژوهشگران دریافتند که پس از راه‌اندازی یک نظام پرداخت آزمایشی جدید در نروژ که با پزشکان عمومی فقط از جهت مراقبت اولیه قرارداد می‌بندد و پرداخت را به صورت سرانه انجام می‌دهد، میزان ارجاع بیماران از سوی پزشکان عمومی‌به متخصصان به‌اندازه 42% افزایش داشته است. در این شرایط، پزشکان عمومی‌نروژ بیماران بیشتری را به متخصصان ارجاع می‌کردند، از متوسط تعداد ویزیت ها به ازای هر بیمار ثبت شده می‌کاستند و شمار بیماران ثبت شده در فهرست بیماران مربوط به خود را افزایش می‌دادند. در یک مطالعه جدید دیگر، بیتران[[364]](#footnote-364) دریافت که برنامه‌های بیمه اجتماعی در آرژانتین در پاسخ به بالا رفتن هزینه‌های مراقبت سلامت، از روش ارایه مستقیم فاصله گرفته و به سمت خرید خدمات سلامت به روش سرانه، گرایش پیدا کرده‌اند. یک برنامه بیمه پس از تغییر به نظام پرداخت سرانه در سال ۱۹۹۷، افتی را در تعداد موارد بستری تجربه نمود به طوری که این میزان، از 83/2 مورد در سال ۱۹۹۷ به ازای هر ۱۰۰ نفر بیمه شده به 6/2 مورد در سال ۱۹۹۸ کاهش یافت.

در نظام سرانه، ارایه‌کنندگان ممکن است تمایل داشته باشند تنها بیماران سالم و با پیچیدگی کمتر را به منظور به حداقل رساندن مواجهه با خطر بپذیرند که این حالت تحت عنوان انتخاب خطر[[365]](#footnote-365) نامی‌ده می‌شود. وقتی ارایه‌کنندگان میزان پرداخت ثابتی را به ازای هر بیمار ثبت شده دریافت نمایند، تمایل دارند بیماران سالم‌تر را انتخاب کنند تا احتمال مواجهه با خطر را به حداقل برسانند. نیوهاوس[[366]](#footnote-366) به بررسی برنامه‌های مراقبت مدیریت شده[[367]](#footnote-367) در ایالات متحده پرداخت و نتیجه گرفت که پرداخت سرانه، ارایه‌کنندگان را برای استفاده کاراتر از منابع ترغیب می‌کند اما در عین حال، مشکلاتی در زمینه انتخاب خطر هم ایجاد می‌نماید.

**3-1-4) حقوق[[368]](#footnote-368)**

این واحد پرداخت بر اساس دوره زمانی که پزشکان استخدام شده مشغول به کار هستند و صرف نظر از تعداد بیماران ویزیت شده، حجم خدمات یا هزینه خدمات ارایه شده، تعیین می‌گردد. پزشکانی که درآمد خود را بر اساس نظام حقوق کسب می‌کنند، خطر مالی اندکی را متحمل می‌شوند اما ممکن است تغییراتی در روش‌های تصمیم گیری خود ایجاد نمایند تا زمان و تلاشی را که در هنگام کار صرف می‌کنند، به حداقل برسانند. در کشورهای در حال توسعه، استخدام‌کننده (اغلب دولت) خطر مالی را متحمل می‌شود و ممکن است به منظور به حداکثر رساندن کارایی، از هریک از پزشکان بخواهد که در هر ساعت، تعداد معینی بیمار را ویزیت نمایند.

یک مطالعه جدید به مرور ۲۳ فصل منتشر شده در مورد پرداخت‌های مبتنی بر حقوق و آثار آنها بر رفتار ارایه‌کنندگان در کشورهای توسعه یافته پرداخته است. مؤلفان به شواهدی تجربی و غیر قطعی دست یافتند که نشان میداد پرداخت مبتنی بر حقوق در مقایسه با نظام‌های پرداخت کارانه و سرانه، با بهره وری کمتری همراه است. آنها به خصوص دریافتند که بین پرداخت‌های مبتنی بر حقوق و ۱) کاهش تعداد خدمات به ازای هر بیمار، ۲) کاهش حجم بیماران به ازای هر پزشک، ۳) طولانی شدن زمان هر ویزیت و ۴) درجات بالاتری از مراقبت پیشگیرانه در مقایسه با پرداخت کارانه، ارتباط وجود دارد. شواهد شفاهی دیگر حکایت از آن دارند که پرداخت به روش حقوق، پزشکان را برای پاسخگو بودن ترغیب نمی‌کند؛ نداشتن انگیزه‌های مالی از اشتیاق آنها برای برطرف ساختن نگرانی‌های بیماران و پزشکان همکار می‌کاهد.

**۴-۱-۴) حقوق و پاداش[[369]](#footnote-369)**

از آنجا که یک نظام پرداخت حقوق مستقیم، انگیزه‌های بهره وری بسیار کمی‌به همراه دارد، بسیاری از سازمان‌های مراقبت سلامت که این نظام پرداخت را به کار می‌برند، برای تکمیل آن از انواع مختلف پاداش استفاده می‌کنند. به عنوان مثال در چین، پزشکان مستقر در بیمارستان ممکن است بر اساس تعداد بیمارانی که ویزیت کرده‌اند یا سودی که با رفتار درخواست

جدول ۲-۹) خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت به پزشکان: خطرها و انگیزه‌های مالی.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| روش پرداخت | سبد خدمات مورد پرداخت | متحمل شدن خطر توسط: | | انگیزه‌های ارایه‌کننده برای: | | | |
| پرداخت کننده | ارایه کننده | افزایش تعداد بیماران درمان شده یا ثبت شده | کاهش تعداد خدمات به ازای مراکز مشاوره یا مراقبت قابل مطالبه | افزایش شدت بیماری گزارش | انتخاب بیماران سالم تر |
| کارانه | هر مورد از خدمت يا مشاوره | تمام خطر بر دوش پرداخت کننده | هیچ خطری بر دوش ارایه کننده نیست | بلی | خیر | بلی | خیر |
| حقوق | کار به مدت یک هفته یا یک ماه | تمام خطرها | پزشک هیچ خطری را متحمل نمی‌شود |  | - | - | خیر |
| حقوق و پاداش | پاداش بر اساس تعداد بیماران | بخش حقوق | بخش پاداش | بلی | - | - | بلی |
| سرانه | تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی معین | در تعداد بالاتر از اسقف «توقف زیان» \* | تا یک سقف معین (توقف زيان) تمام خطرها توسط ارایه‌کننده تقبل میشود | بلی | - | خیر | بلی |

\* stop-loss

آزمایش یا تجویز نسخه خود برای بیمارستان به ارمغان آورده‌اند، پاداش دریافت کنند. در ایالات متحده، برنامه‌های سلامتی که اقدام به استخدام پزشکان می‌کنند، دارای الگوهای مختلف پاداش بر اساس عواملی همچون بهره وری فردی، رضایت بیمار با نتایج مالی (حاصل از اقدام خاص یا کل برنامه هستند.

برنامه‌های پاداش سبب افزایش سطح هزینه‌های اداری می‌شوند و جنبش پرداخت برای عملکرد[[370]](#footnote-370) در صنایع سازمان‌های مراقبت سلامت، قطعا منتقدانی دارد. با این حال، بسیاری از سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات در نقاط مختلف جهان در حال افزودن یک جزء پاداش به نظام‌های مبتنی بر حقوق هستند.

**5-1-4) خلاصه**

هریک از روش‌های پرداخت به پزشکان و متخصصان بخش سلامت، مجموعه خاصی از خطرها و انگیزه‌ها را برای ارایه‌کنندگان به همراه دارد. جدول ۲-۹، این روش‌های پرداخت را به طور خلاصه فهرست کرده است؛ این جدول، نحوه ایجاد یک پاداش یا خطر مالی توسط هر یک از روش ها را برای پزشکان و پاسخ احتمالی آنها را به روش‌های پرداخت مختلف، نشان می‌دهد.

**2-4) روش‌های پرداخت به بیمارستان ها و مؤسسات ارایه‌کننده خدمات**

**1-2-4) پرداخت به ازای بستری[[371]](#footnote-371)**

اولین روش پرداخت به بیمارستان ها و مؤسسات ارایه‌کننده خدمات، از هر مورد بستری به عنوان واحد خدمات استفاده می‌کند. مقدار ثابتی برای پوشش دادن تمام خدماتی که در طول یک دوره مشخص بستری در بیمارستان انجام می‌شوند (صرف نظر از خدماتی که عملا ارایه شده‌اند) پرداخت می‌گردد. این روش، بخشی از خطر مالی را بر عهده ارایه‌کننده قرار می‌دهد. عموما وقتی تعداد خدماتی که با هم تلفیق می‌شوند، افزایش می‌یابد، خطر مالی تهدیدآمیز برای ارایه‌کننده نیز زیاد می‌شود. در این نظام، بیمارستان دارای انگیزه‌ای برای کاستن از طول مدت بستری و میزان مراقبت ارایه شده به هر بیمار است. روش به ازای بستری، این انگیزه را نیز برای بیمارستان فراهم می‌کند تا دست به انتخاب بیمارانی بزند که بیماری خفیف‌تری دارند و تا حد امکان و تا زمانی که می‌تواند بیمارانی را پیدا کند که هزینه مراقبت‌های تحمیل شده از جانب آنها به بیمارستان، کمتر از میزان پرداختی است که برای هر بیمار دریافت می‌کند، اقدام به بستری نماید.

**2-2-4) پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد[[372]](#footnote-372)**

به منظور مرتفع ساختن برخی از معایب نظام پرداخت به ازای بستری، روش پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد، بیماران را در گروه‌های بیماری و درمانی مختلف دسته بندی می‌کند و برای بیمارانی که درمانشان هزینه بیشتری در بر دارد، میزان بیشتری پرداخت می‌نماید. در این روش، بیمارانی که در دستجاتی قرار دارند که هزینه بیشتری را تحمیل میکنند، سود بیشتری هم برای بیمارستان در پی خواهند داشت. روش گروه بندی مرتبط با تشخیص[[373]](#footnote-373) به پرکاربردترین رویکرد برای اجرای این نوع پرداخت به ازای بستری با تعديل از نظر ترکیب موارد تبدیل شده است.

در این قبیل نظام ها، بیمارستان ها برای کوتاه نمودن طول دوره بستری، ارایه مراقبت کمتر و بستری تعداد بیشتری بیمار، انگیزه دارند. همچنین انگیزه‌ای برای تمرکز بر بیمارانی دارند که سودآورترند؛ آنها، بیمارانی سالم‌تر از هر گروه و نیز بیمارانی از گروه‌هایی هستند که میزان‌های میانگین پرداخت برای آنها در مقایسه با هزینه‌های مراقبت آنها خیلی بالا است.

لوییس و همکاران در یک مطالعه جدید که به ارزیابی تأثیر روش پرداخت مبتنی بر گروه بندی مرتبط با تشخیص در ایتالیا می‌پرداخت، افتی به میزان 1/21% را در میزان تخت - روزهای بیمارستان پس از راه‌اندازی این نظام پرداخت گزارش کرده‌اند. یک مطالعه دیگر در ایالات متحده به شواهدی دست یافت که نشان می‌داد بیمارستان ها، بیماران سالم‌تر و سودآورتر را برای درمان انتخاب می‌کنند. این یافته‌ها، با یافته‌های یک مطالعه ترکیبی قبلی درباره آثار پرداخت مبتنی بر گروه بندی مرتبط با تشخیص، سازگاری دارند.

**3-2-4) پرداخت روزانه[[374]](#footnote-374)**

پرداخت بر مبنای روزانه، به طور شایع برای بیمارستان ها به کار می‌رود. به ازای هر روز بستری و صرف نظر از خدماتی که عملا ارایه می‌شوند و یا هزینه‌های آنها، پرداخت ثابتی صورت می‌گیرد. این میزان ثابت روزانه برای بیمارستان‌ها انگیزه‌ای ایجاد می‌کند تا از هزینه‌ها و نیز آزمایش ها و اقدامات بکاهند. بیمارستان ها همچنین از انگیزه برای نگهداشتن بیمار به مدتی طولانی‌تر در بیمارستان برخوردار هستند (به خصوص با توجه به این نکته که هر چه به سمت انتهای یک دوره بستری پیش می‌رویم، روزهای مراقبت، هزینه کمتری در بر خواهند داشت. به این ترتیب، پرداخت‌های روزانه بیمارستان‌ها را ترغیب می‌نمایند که میزان اشغال تخت بالایی داشته باشند و

ظرفیت تختی خود را گسترش دهند. پرداخت‌کنندگان حسابگر، انجام بررسی‌های مصرف خدمات را برای کنترل بستری‌های طولانی بی مورد در بیمارستان ها، ضروری می‌دانند.

چندین مطالعه به یک همبستگی آماری قوی بین پرداخت روزانه و متوسط طول اقامت در بیمارستان دست یافته‌اند. به عنوان مثال، رادوين[[375]](#footnote-375) و اوکاموتو[[376]](#footnote-376) تأثیر پرداخت‌های روزانه را که توسط مراجع ذی صلاح در ژاپن به اجرا در آمده بود، مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که متوسط مدت اقامت در بیمارستان در ژاپن برای هر یک از گروه‌های تشخیصی، سه بار طولانی‌تر از این مدت در ایالات متحده است. در مورد آپاندیسیت، متوسط مدت اقامت در بیمارستان در ژاپن 8/9 روز بود در حالی که این مدت در ایالات متحده ( که در آنجا پرداخت به بیمارستان ها اکثرا بر اساس مورد انجام می‌شود) سه روز محاسبه شد. به طور مشابه، لانگن برونر[[377]](#footnote-377) و ویلی[[378]](#footnote-378) در مطالعه‌ای از اسلواکی گزارش کردند که متوسط مدت اقامت در بیمارستان برای زایمان در چارچوب یک نظام ملی پرداخت روزانه، 5/7 روز بوده است که با رقم حدود دو روز در ایالات متحده (در چارچوب نظام گروه بندی مرتبط با تشخیص) قابل مقایسه است.

**۴-۲-۴) بودجه خطی[[379]](#footnote-379)**

در این روش پرداخت که کاربرد گسترده‌ای دارد، واحد پرداخت عبارت است از یک گروه هزینه (مثل حقوق، تجهیزات، حمل و نقل، داروها) برای یک سازمان. میزان بودجه به طور معمول بر اساس ترکیبی از عوامل بار بیماری در آن مرکز، تعداد کارکنان و بودجه‌های قبلی تعیین می‌گردد. پس از آن که این بودجه خطی توسط نهاد تأمین مالی (مثلا سازمان مدیریت و برنامه ریزی) مورد تأیید قرار گرفت، ارایه‌کننده (یعنی بیمارستان یا درمانگاه) اختیار اندکی برای جابه جایی اعتبارات تخصیصی بین گروههای بودجه‌ای دارد. این نظام بودجه بندی، انگیزه‌ای برای مدیران بیمارستان‌ها فراهم می‌سازد تا نیازهای بودجه‌ای را بیش از حد برآورد کنند و سپس، كل بودجه را خرج نمایند. بیمارستان‌ها انگیزه کمی‌برای پذیرش بیماران بیشتر دارند (مگر آن که شاخص بستری، نقش عمده‌ای در فرایند تصویب بودجه ایفا نماید. نتیجه این نظام، اغلب بروز سطح بالایی از ناکارایی فنی است به ویژه هنگامی‌که گروه‌های بودجه، طیف بسیار باریکی را پوشش دهند به طوری که مدیران نتوانند در پاسخ به تغییر شرایط، منابع را جابه جا کنند.

لانگن برونر و ویلی، تأثیر نظام‌های پرداخت مبتنی بر بودجه خطی را در اروپای شرقی مورد بررسی قرار دارند در حال حاضر، این نظام در سراسر منطقه در حال متوقف شدن است. آنها به نتایج زیر دست یافتند

۱) انگیزه‌اندکی برای مدیران مراکز از نظر خلاقیت و اطلاع از هزینه‌ها وجود داشت؛

۲) مراكز تمایل داشتند خدمات سلامت را کمتر از حد مناسب ارایه کنند؛

۳) توجه‌اندکی به پیامدهای سلامت و رضایت بیمار معطوف می‌شد؛

۴) هیچ انگیزه واقعی برای کاستن از سطح منابع ثابت (یعنی کارکنان و تسهیلات) وجود نداشت.

**5-2-4) بودجه کلی[[380]](#footnote-380)**

در یک نظام بودجه کلی، مدیران از انگیزه‌ای برای کنترل هزینه‌ها و در عین حال، دستیابی به اهداف تولیدی خود برخوردار هستند. هر چند همیشه این امکان وجود دارد که تصمیمات اتخاذ شده برای رسیدن به این اهداف، منحرف گردند. به عنوان مثال، بیمارستان‌های آلمان در چارچوب نظام پرداخت بودجه کلی، مشغول ارایه خدمات هستند و هدف تولیدی آنها، تعداد تخت - روز است. در نتیجه، آلمان در میان تمام کشورهای صنعتی، طولانی‌ترین مدت اقامت در بیمارستان را داراست.

بسیاری از نظام‌های بودجه کلی، هنگامی‌که یک بیمارستان از هدف تولیدی خود فراتر می‌رود، مبلغ بیشتری به آن پرداخت می‌کنند و در صورتی که نتواند به این هدف دست یابد، آن را جریمه می‌نمایند. در صورتی که این پرداخت ها بر اساس هزینه‌های متوسط صورت پذیرد، بیمارستان می‌تواند با افزایش تعداد روزهای بستری، سود بیشتری را به دست آورد زیرا هزینه‌های نهایی[[381]](#footnote-381) آن کمتر از هزینه‌های متوسط خواهد بود. پرداخت به بیمارستان یا جریمه نمودن آن بر اساس هزینه‌های نهایی، می‌تواند به رفع این مسأله کمک کند و این روش، در واقع همان شیوه‌ای است که نظام پرداخت آلمان در اوایل دهه ۱۹۹۰ به کار گرفت.

جدول ۳-۹، روش‌های پرداخت به بیمارستان ها را به طور خلاصه فهرست کرده است و ساختارهای انگیزه‌ای ایجاد شده برای پرداخت‌کنندگان و بیمارستان ها و نیز واکنش احتمالی بیمارستان ها به انواع مختلف روش‌های پرداخت را نشان می‌دهد.

**3-4) نظام‌های پرداخت و بیماران**

نظام‌های پرداخت، با تعیین سهم پرداختی بیماران برای خدمات، بر بیماران نیز همانند ارایه‌کنندگان تأثیر می‌گذارند. دو حالت را باید در نظر گرفت؛ نظام‌هایی که در آنها دولت مستقیم نظام مراقبت را می‌گرداند و نظام‌هایی که در آنها دولت به طور غیر مستقیم روی قیمت ها اعمال اثر می‌نماید (مثلا از طریق اداره نظام‌های بیمه با وضع مقررات برای آنها). با این حال، تقریبا تمام ملاحظات مربوط به انگیزه‌های بیماران، در زمینه پرداخت کارانه ظاهر می‌شود زیرا پرداخت هزینه مراقبت از سوی بیماران به طور عمده در این روش صورت می‌گیرند.

جدول ۳-۹) خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها: خطرها و انگیزه‌های مالی.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| روش پرداخت | سبد خدمات | متحمل شدن خطر توسط: | | انگیزه‌های ارایه‌کننده برای: | | | |
| پرداخت‌کننده | ارایه‌کننده | افزایش تعداد بیماران درمان با ثبت شده | کاهش تعداد خدمات به ازای واحدهای پرداخت | افزایش شدت بیماری گزارش شده | انتخاب بیماران سالم‌تر |
| کارانه | هر مورد از خدمت یا مشاوره | پرداخت‌کننده تمام خطرها را متحمل می‌شود | ارایه‌کننده هیچ خطری را متحمل نمی‌شود | بلی | خیر | بلی | خیر |
| پرداخت به ازای بستری با تعديل از نظر ترکیب موارد | میزان‌های پرداخت بسته به مورد فرق میکنند | خطر تعداد موارد و طبقه­بندی شدت مورد | خطر هزینه درمان در یک مورد معين | بلى | بلى | بلى | بلى |
| پرداخت به ازای بستری | هر مورد بستری | خطر تعداد موارد بستری | خطر تعداد خدمات به ازای هر بستری | بلى | بلى | خیر | بلى |
| پرداخت روزانه | هر روز - بیمار | خطر تعداد روزهای اقامت در بیمارستان | خطر هزینه مراقبتها در یک روز معین | بلی | بلی | خیر | خیر |
| سرانه | تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی مشخص | مقادیر بالای سقف «توقف زیان» \* | تمام خطرها تا یک سقف مشخص (توقف زیان) برعهده ارایه‌کننده است | بلى | بلى | - | بلى |
| بودجه کلی | تمام خدماتی که توسط یک مؤسسه ارایه‌کننده در یک دوره زمانی مشخص ارایه می‌گردد | هیچ خطری متوجه پرداخت‌کننده نیست | ارایه‌کننده تمام خطرها را متحمل می‌شود |  |  |  |  |

\* stop-loss

اکثر کشورهایی که مستقیما به اداره نظام‌های مراقبت سلامت می‌پردازند، برای تخصیص یارانه به هزینه‌های مراقبت سلامت ارایه شده در مراکز عمومی، از درآمد مالیاتی استفاده می‌کنند. این اقدام سبب می‌شود که هزینه‌های ارایه شده به بیماران کاهش یابد و در نتیجه، تقاضا زیاد شود. همان طور که در فصل آخر ذکر خواهیم کرد، این حالت ممکن است از دیدگاه سودگرایان غیر عینی، به ناکارایی در تخصیص منابع و «بار اضافی» ختم گردد. اگر مراقبت به طور رایگان ارایه شود، بیماران حتی در مواردی که ارزش حاصل از مراقبت کمتر از هزینه آن است، از مراقبت استفاده می‌کنند. به همین دلیل، برخی از کشورها به منظور کاستن از مصرف نامتناسب خدمات (و ایجاد سودآوری بیشتر)، برای خدمات عمومی‌خود، سهم پرداخت از سوی مصرف‌کننده در نظر گرفته‌اند.

با این همه، بسیاری از نظام‌های عمومی‌به ظاهر رایگان، در عمل به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار نمی‌گیرند. اغلب، بیماران باید خود اقدام به تهیه تجهیزات و دارو نمایند (یعنی از بازار خریداری کنند) و ارایه‌کنندگان انتظار دارند انواع مختلفی از رشوه[[382]](#footnote-382)، پول چای[[383]](#footnote-383) و پرداخت‌های غیر رسمی از بیماران دریافت کنند. به علاوه، هزینه‌های زمان صرف شده و جابجایی نیز می‌تواند چشمگیر باشد. تمام این هزینه‌ها می‌توانند از نقایص ایجاد شده در کارایی توسط مراقبت رایگان بکاهند.

در مواردی که دولت‌ها مستقیما به ارایه مراقبت عمومی‌گسترده نمی‌پردازند، حضور بیمه بر سهم پرداختی توسط بیماران و بنابراین، انگیزه‌ها و رفتارهای آنها تأثیر می‌گذارد. در این مورد، دو پدیده وجود دارد که با هم در ارتباط متقابل هستند. نخست آن که تمام برنامه‌های بیمه عملا قیمتی را که مشتریان باید در زمان بیمار شدن پرداخت نمایند، کاهش می‌دهند. در نتیجه این قبیل برنامه‌ها، همان مشکلات مربوط به کارایی در زمینه تخصیص منابع که در مورد ارایه مستقیم مراقبت و تحت حمایت یارانه) ذکر شد، ایجاد می‌شود.

به علاوه در اکثر نقاط دنیا، بیمه سلامت به صورت فردی خریداری

جدول ۴-۹) خطرهای مالی و انگیزه‌های مؤثر بر بیمار و بیمه گر در شرایط مراقبت رایگان یا مزایای تحت پوشش بیمه.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | تحميل خطر بر: | | انگیزه برای بیمار |
| پرداخت‌کننده (بیمه با دولت) | بیمار |
| رایگان | همه خطرها | هیچ | افزایش تقاضا |
| پرداخت کامل از سوی مصرف‌کننده | هیچ | همه خطرها | کاهش تقاضا |
| فرانشیزهای ابتدایی | مقادیر بالاتر از فرانشيز ابتدایی | مقادیر تا سقف فرانشیز ابتدایی | کاهش تقاضا تا قبل از رسیدن به سقف فرانشیز ابتدایی و افزایش تقاضا پس از آن |
| فرانشیز ثابت برای هر ویزیت | كل مبلغ منهای فرانشيز | فرانشيز | کاهش تقاضا برای مراجعه به پزشک |
| بیمه اتکایی (درصد مبلغ) | (1-x)% از مبلغ | x٪ از مبلغ | کاهش تقاضا (وابسته به درصد بیمه اتکایی) |

نمی‌شود بلکه از طریق برنامه‌های بیمه اجتماعی تحت حمایت مالیات فراهم می‌گردد. این برنامه‌ها معمولا دربرگیرنده یک جزء قابل توجه توزیع مجدد یا تخصیص یارانه متقابل[[384]](#footnote-384) از سود کلی هستند. این تمهیدات، شهروندان را ترغیب می‌نماید که مصرانه به دنبال پوشش بیمه باشند؛ پوششی که نسبت به حالتی که افراد باید پرداخت به صورت مستقیم از جیب خود[[385]](#footnote-385) انجام دهد، سخاوتمندانه‌تر عمل می‌کند. یارانه‌های دولت برای خرید بیمه‌های خصوصی نیز تأثیرات مشابهی دارند. در نتیجه، کشورهایی که از طریق بیمه اقدام به تأمین مالی مراقبت سلامت می‌نمایند، اغلب تمهیداتی همچون فرانشیزهای ابتدایی[[386]](#footnote-386)، فرانشیز[[387]](#footnote-387)، بیمه اتکایی[[388]](#footnote-388) و سقف پرداخت[[389]](#footnote-389) را به کار می‌برند. هدف از تمام این سازوکارها، ایجاد انگیزه‌هایی برای بیماران به منظور کاهش استفاده نامتناسب آنها از خدمات مراقبتی است.

* فرانشیزهای ابتدایی عبارتند از پرداخت‌هایی که بیمار پیش از آغاز بيمه، برای پوشش هزینه‌های ایجاد شده می‌پردازد. سطح فرانشیزهای ابتدایی برای افراد با خانواده‌ها و گاهی نیز بر پایه درآمد أفراد تعیین می‌گردد.
* فرانشیز (سهم بیمار) هزینه ثابتی است که بیمار به ازای هر ویزیت پزشک یا هر روز بستری در بیمارستان پرداخت می‌کند.
* بیمه اتکایی اشاره به این مطلب دارد که بیماران مسؤول پرداخت درصد معینی از هزینه‌های خود هستند.
* سقف پرداخت عبارت است از حداکثر مبلغی که بیمه گر به ازای هر بیمار در هر سال ملزم به پرداخت آن است.

جدول ۴-۹ به طور خلاصه ساختارهای انگیزه‌ای مؤثر بر بیماران و برنامه‌های بیمه را در شرایط مراقبت رایگان، پرداخت از سوی مصرف‌کننده و انواع برنامه‌های مزایای بیمه، فهرست کرده است. همان طور که در این

جدول مشاهده می‌کنید، در شرایط مراقبت رایگان، بیمه گر تمام خطرها را متحمل می‌شود در حالی که در شرایط پرداخت از سوی مصرف کننده، عکس مطلب فوق صادق است. سایر برنامه‌های کمکی، خطر را تقسیم می‌کنند و عموما تمایل دارند از میزان مراقبت سلامت مورد تقاضای بیمار بکاهند. فرانشیزهای ابتدایی بیش از همه بر مراقبت‌های معمول تأثیر می‌گذارند در حالی که بیمه مشترک و سقف پرداخت می‌توانند روی مراقبت‌های بیمارستانی گسترده‌تر مؤثر باشند. سقف پراخت به طور خاص، در صورتی که یک بیماری فاجعه آمیز بروز کرده باشد، خطر قابل ملاحظه‌ای را به بیماران تحمیل می‌کند.

بررسی اهمیت تجربی آثار قیمت بر بیماران، مستلزم ارزیابی کشش تقاضا (جدول ۵-۹) است. نوسان ناشی از قیمت در تقاضا، به درصد تغییر ایجاد شده در تقاضا برای یک کالا یا خدمت در واکنش به بروز درصدی از تغییر در قیمت آن کالا یا خدمت، گفته می‌شود. به طور متوسط، نوسان ناشی از قیمت در تقاضا چندان زیاد نیست و این بدان معناست که تغییرات حاصله ممکن است چندان جدی نباشد. به عبارت دیگر، تغییر در قیمت ها لزوما همیشه منجر به تغییرات شدید در تقاضا برای مراقبت سلامت نمی‌گردد. با این حال،

جدول ۵-۹) کشش تقاضا برای خدمات سلامت (کلی، بر اساس چارک در آمد و براساس سن)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مطالعه (سال انتشار) | محل (سال جمع آوری داده­ها) | نتایج | | |
| جیمنز (۱۹۸۹) | اتیوپی (۱۹۸۵) | کلی 05/0- تا 15/0- | | |
| جیمتر (۱۹۸۹) | سودان (۱۹۸۵) | کلی: 37/0- | | |
| پودر (۱۹۸۹) | سویس (۱۹۸۵) | کلی: 32/0- | | |
| گرتلر و فان در گاگ (۱۹۸۹) | بیمارستان‌های مناطق روستایی ساحل عاج (۱۹۸۵) | چارک درآمد  پایین‌ترین چارک  چارک دوم  چارک سوم  بالاترین چارک | بزرگسالان  47/0- تا 34/1-  44/0- تا 27/1-  41/0 تا 18/1-  29/0- تا 71/0 | کودکان  65/0 تا 32/2-  58/0- تا 98/1-  49/0- تا 6/1-  12/0- تا 48/0- |
| گرتر و فان در گاگ (۱۹۸۹) | بیمارستان‌های مناطق روستایی پرو (۱۹۸۵) | کلی: | بزرگسالان  57/0- تا 5/0- | کودکان  41/0- تا 81/0- |
|  |  | چارک درآمد  پایین‌ترین چارک  چارک دوم  چارک سوم  بالاترین چارک | 57/0- تا 36/1-  38/0- تا 91/0-  16/0- تا 37/0-  01/0- تا 04/0- | 67/0- تا 72/1-  48/0- تا 2/1-  22/0- تا 54/0-  03/0- تا 09/0- |
| سوئربورن و همکاران | بوركينا فاسو (۱۹۸۵) | کلی:  گروه سنی  زیر یک سال 14-1 سال  ۱۵ سال به بالا  چارک درآمد  پایین‌ترین چارک  چارک دوم  چارک سوم  بالاترین چارک | 79/0-  64/3-  73/1-  27/0-  44/1-  21/1-  39/1-  12/0- |  |

این نوسان در مورد خانوارهای کم درآمد، شدت بسیار بیشتری دارد. نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه، قاطعانه نشان می‌دهد که میزان نوسان در مورد خانوارهای کم درآمدتر و کودکان بیشتر است. این مقادیر نوسان حکایت از آن دارند که درخواست از بیماران برای پرداخت مستقیم از جیب (مثلا به صورت پرداخت از سوی مصرف کننده) از طریق

جدول ۶-۹) آثار انگیزه‌های مالی.

|  |  |
| --- | --- |
| سازوکار پرداخت | تأثیر بر هزینه‌ها و تصمیمات طبی |
| کارانه | ارایه‌کنندگان از این روش طرفداری می‌کنند؛ کمیت خدمات به ازای هر بیمار و ارایه کلی خدمات، افزایش می‌یابد؛ تورم زا است؛ ممکن است به دلیل درمان بیش از حد و استفاده بیش از حد داروها، کیفیت کاهش یابد. |
| موردی\* | کارایی خدمات بیمارستانی را ارتقا می‌دهد؛ تا حدی سبب افزایش موارد بستری میگردد؛ ممکن است به دلیل اقامت بسیار کوتاه در هر بستری و استفاده کمتر از حد از آزمونهای کیفیت کاهش یابد. |
| پرداخت روزانه | نسبت به کاراته، خاصیت تورم زایی کمتری دارد، طول مدت بستری در بیمارستان را به طور قابل توجه افزایش می‌دهد؛ ممکن است کمیت خدمات در هر روز کاهش یابد. |
| سرانه | خدمات بی مورد را به طور قابل توجه کاهش می‌دهد؛ کارایی را ارتقا میبخشد؛ ممکن است بیماران به طور کامل درمان نشوند؛ امکان انتخاب خطر توسط ارایه‌کنندگان وجود دارد. |
| بودجه کلی | سبب ارتقای کارایی می‌شود؛ اثربخش‌ترین روش در کنترل هزینه‌های تورمی‌سلامت است؛ امکان کاهش کیفیت وجود دارد؛ در صورتی که اعطای بودجه مستلزم یک استاندارد حجمی‌باشد، احتمال افزایش کمیت وجود دارد. |
| حقوق | انگیزه برای درمان بیش از حد بیماران را حذف میکند؛ کمیت برونده در هر ساعت، ممکن است کاهش یابد؛ احتمال کاهش کیفیت مراقبت وجود دارد؛ ارایه کنندگان، بیماران را به مطب‌های خصوصی خود ارجاع می‌نمایند. |

\* per case

کاهش مصرف خدمات، آثار نامطلوب شدیدتری روی طبقه بی بضاعت و کودکان می‌گذارد.

**۵) راهنمایی شرایطی**

جدول ۶-۹، تأثیر هر یک از روش‌های پرداخت را بر روی هزینه‌های مراقبت سلامت و کمیت و کیفیت خدمات نشان می‌دهد. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که سازوکارهای پرداخت، آثار قابل سنجشی روی تعداد زیادی ز متغیرها دارند که می‌توان به انواع زیر اشاره کرد:

۱) انواع مراقبت طبی ارایه شده به بیمار (مثلا درمان طبی آنژین صدری در برابر درمان جراحی آن)؛ ۲) انواع و میزان داروهای تجویز شده؛ ۳) میزان خدمات ارایه شده به ازای هر ویزیت یا هر روز بستری در بیمارستان؛ ۴) طول مدت اقامت در بیمارستان به ازای هر مورد بستری؛ ۵) نسبت بیماران درمان شده به صورت سرپایی در مقایسه با درمان به صورت بستری در مورد یک بیماری معین؛ ۶) نحوه تعیین عنوان گروه بیماری و شدت آن؛ ۷) فراوانی و فاصله بین دفعات ارجاع بیماران به متخصصان و ارجاع برای انجام آزمونهای آزمایشگاهی. این آثار نشان می‌دهند که انتخاب روش پرداخت از تصمیمات بسیار مهمی است که بر عهده مجریان اصلاحات بخش سلامت قرار دارد.

**1-5) انتخاب روش پرداخت**

جدول ۶-۹ نشان می‌دهد که هیچ یک از روش‌های پرداخت، کامل نیست هر کدام از روش ها، هم خصوصیات مثبت و هم خصوصیات منفی دارد). با توجه به این مطلب که کشورهای مختلف، دارای شرایط و اهداف خاص خودشان برای نظام سلامت هستند:

* تصمیم گیری برای انتخاب روش پرداخت باید با توجه به زمینه‌ای که نظام در آن سازماندهی شده است، انجام گیرد؛ روش پرداخت و سازماندهی باید مکمل یکدیگر باشند.
* روش پرداخت به صورت کارانه، سبب تورم سریع در هزینه‌های سلامت می‌شود. کشورها باید از به کار بردن این روش ها خودداری کنند مگر آن که دلایل آشکار و مستحکمی‌برای توجیه نمودن آن در دست داشته باشند.
* روش پرداخت حقوق و پاداش نسبت به پرداخت حقوق به تنهایی، برتری دارد. روش اول می‌تواند متخصصان بخش سلامت را برای افزایش بهره وری و ارتقای کیفیت خدمات برانگیزاند. این مزیت به طور خاص در مورد متخصصان بارز است (به شرطی که در استخدام سازمان‌هایی همچون بیمارستان‌ها با برنامه‌های بیمه باشند).
* روش پرداخت سرانه برای مراقبت اولیه، آن قدر مزیت دارد که قابل توصیه باشد (به خصوص در صورت حضور گروه‌های خدماتی رقیب در همان جامعه).
* در مورد کشورهای با درآمد متوسط تا بالا، پرداخت به ازای بستری و روش ساده شده گروه بندی مرتبط با تشخیص برای پرداخت به بیمارستان ها، آثار انگیزه‌ای مطلوبی دارد اما پیچیدگی‌های اداری نیز ایجاد می‌نماید. در مورد بیمارستان‌های کشورهای کم درآمد، بودجه‌های کلی ترجیح داده می‌شوند که دلیل این امر، ملزومات اداری محدودتر آنهاست.

تا چه حدی باید با در نظر گرفتن آثار پرداخت روی تصمیم‌های خریداری این نتیجه گیری‌ها را تعدیل نمود (به خصوص وقتی از روش پرداخت کارانه استفاده می‌شود)؟ از آنجا که میزان متوسط نوسان ناشی از قیمت در تقاضا برای خدمات طبی، چندان زیاد نیست، کاهش کارایی اقتصادی به دلیل پایین آمدن قیمت ها آن قدرها قابل ملاحظه نخواهد بود (به خصوص اگر تمام هزینه‌هایی را که خریداران باید به طور معمول متقبل شوند، در نظر بگیریم). از سوی دیگر، در صورتی که نوسان تقاضا در میان بیماران خیلی بالا باشد، درخواست از آنها برای پرداخت سهمی از هزینه‌های مصرف کننده، می‌تواند سبب کاهش اتلاف ]محصولات[ شود. به عنوان مثال، ارایه داروها به صورت رایگان به بیماران، ممکن است سبب افزایش اتلاف آنها گردد (احتمال بردن داروها به منزل و عدم مصرف آنها افزایش می‌یابد). در مورد برنامه‌های بیمه، از بین تمام روش‌هایی که برای کنترل مصرف خدمات ابداع شده‌اند، اجرای روش فرانشیزهای ابتدایی از همه راحت‌تر است زیرا در این صورت، برنامه بیمه مجبور نیست هزاران صورتحساب کوچک را به بیماران بازپرداخت نماید.

**2-5) تعیین سطوح پرداخت**

تعیین سطوح پرداخت مستلزم آن است که مجری اصلاحات، مجموعه‌ای پیچیده از عوامل مقرراتی و نظارتی و عوامل مربوط به بازار را مدنظر قرار دهد. اگر سطح پرداخت در حدی بسیار پایین تعیین شود، ارایه‌کنندگان از برنامه‌های بیمه تحت حمایت مالی دولت صرف نظر خواهند نمود یا هزینه اضافی از بیماران مطالبه خواهند کرد و با هزینه‌های زیر میزی به آنها تحمیل می‌کنند (بسته به حدود اجازه قانون). از سوی دیگر، اگر سطوح پرداخت در حد بسیار بالا تعیین گردد، نتیجه امر، حق بیمه یا مالیات‌های بالاتر خواهد بود و پول کمتری برای سایر مقاصد عمومی‌باقی می‌ماند.

تعیین سطح پرداخت مناسب، اقدامی حساس و بحث برانگیز است. مناقصه به صورت رقابتی، در شرایطی که چند گروه ارایه‌کننده رقیب وجود داشته باشند و امکان ترکیب این فرایند با قراردادهای انتخابی فراهم باشد

این مطلب در فصل بعدی مورد بررسی قرار خواهد گرفت، مزایای زیادی دارد. اما ممکن است شرایط مذکور مهیا نباشد و یا ارایه‌کنندگان به صورت گروهی در مقابل چنین روشی مقاومت نمایند. تلاش در جهت تعیین یک سطح پرداخت منطقی بر اساس داده‌های مربوط به هزینه نیز احتمالا به اختلاف نظر می انجامد؛ پرداخت‌کنندگان و ارایه‌کنندگان به ندرت حاضر به پذیرش یک مجوعه داده معمولی به عنوان داده‌هایی واقع عینی هستند. حتی اگر آنها بر روی این واقعیت ها به توافق برسند، احتمالا اختلافات مربوط به مباحث ارزشی (مانند مناسب بودن سطح درآمد ارایه‌کننده از نظر اجتماعی) قابل توجه خواهند بود. ایک تنش بنیادی در نظام‌های پرداخت وجود دارد؛ پرداخت‌کنندگان تمایل دارند که سطح پرداخت را تا حد امکان پایین بیاورند و ارایه‌کنندگان می‌خواهند تا حد امکان، این سطح را بالا ببرند. تجارب بین المللی نشان می‌دهد که مذاکرات دو طرفه می‌تواند در شرایط خاص، به نتایج مورد قبول دو طرف منجر گردد. اما هنگامی‌که دولت در این مسایل وارد شود و اوضاع حالت سیاسی به خود بگیرد، دولت احتمالا از سوی گروه‌های ارایه‌کننده کاملا سازمان یافته تحت فشار قابل ملاحظه‌ای قرار می‌گیرد تا منابع اضافی را برای حقوق کارکنان بخش مراقبت سلامت اختصاص دهد. بنابراین، مجریان اصلاحات باید از قبل، پیامدهای سیاسی و نیز اقتصادی نظام‌های پرداخت برای هزینه‌های کلی را در نظر بگیرند و تصمیم‌های خود را دقیق اتخاذ نمایند).

**3-5) روش‌های پرداخت و عدالت[[390]](#footnote-390)**

پرداخت، به دو روش متفاوت با عدالت در ارتباط است (بسته به اینکه آیا بیماران صورتحساب‌های خود را می‌پردازند یا خیر، اگر بیماران صورتحساب‌های خود را نپردازند، این خطر وجود خواهد داشت که نظام پرداخت نتواند هزینه‌های متغیر بیماران متفاوت را منعکس سازد. در این شرایط، بیماران پرهزینه از نظر اقتصادی، جذابیت کمتری برای ارایه خدمات خواهند داشت و در نتیجه، این افراد با موانعی بر سر راه دسترسی مواجه خواهند شد. این موانع ممکن است از نامحسوس تا آشکار و از خدمات نامتناسب یا غیر حساس از نظر فرهنگی تا عدم پذیرش کامل برای ارایه مراقبت متغیر باشند. این الگو، آثار عدالت حایز اهمیتی دارد زیرا بیماران متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین و گروه‌های اجتماعی حاشیه ای، اغلب از سلامت کمتری برخوردار بوده، پذیرش کمتری نسبت به رژیم‌های درمانی دارند و برقراری ارتباط میان آنها و پزشکان طبقات ممتاز، از نظر روان شناختی دشوارتر است. بنابراین مجریان اصلاحات هنگام طراحی نظام‌های پرداخت، باید از این خطرها آگاهی داشته باشند (مسایل ویژه مربوط به ارایه خدمات به مناطق روستایی آیکی از شواهد این نگرانی ] در فصل ۱۰ مورد بررسی قرار گرفته‌اند).

در مواردی که پرداخت‌های مربوط به خدمات ویژه (که جمعیت‌های حاشیه‌ای به صورت نامتناسب از آنها استفاده می‌کنند) در سطحی پایین‌تر نسبت به هزینه‌شان تعیین گردد، یک مسأله موازی نمود پیدا می‌کند. این شیوه نیز می‌تواند به انصراف ارایه‌کنندگان منجر شود. حتی در ایالات متحده که از میزان‌های پرداخت بسیار بالایی برخوردار است، پرداخت‌های پایین در مورد برخی مراقبت‌های اورژانس و خدمات سلامت روانی، سبب شده است تا بیمارستان‌ها اقدام به تعطیل نمودن مراکز تروما و بخش‌های روانی خود کنند (این حالت، مشکلاتی در زمینه دسترسی ایجاد می‌کند که نگرانی‌های جدی در زمینه عدالت پیش می‌کشد).

اهمیت این دو نگرانی پرداخت بسیار پایین برای گروه خاصی از بیماران و نیز انواع خاصی از مراقبت ها) تا حدودی وابسته به سازماندهی نظام ارایه است. همان طور که در فصل ۱۰ مورد بررسی قرار گرفته است، دو ویژگی اساسی در این میان با یکدیگر در ارتباط هستند. نخست آنکه، بخش ارایه‌کنندگان تا چه حد رقابتی عمل می‌کند؟ دوم آنکه، ارایه‌کنندگان تا چه حدودی براساس اصول سودآوری سازماندهی شده‌اند؟ ارایه‌کنندگان سودآوری که رقابتی عمل می‌کنند، احتمالا حساسیت ویژه‌ای نسبت به تفاوت‌های قیمت – هزینه[[391]](#footnote-391) دارند و از این رو، دولت‌ها باید در این شرایط، توجه خاصی را به تعیین سطوح پرداخت حساس به عدالت مبذول دارند.

دومین نگرانی در زمینه عدالت که در نظام‌های پرداخت بروز می‌کند، هنگامی‌روی می‌دهد که بیماران، صورتحساب‌های خود را پرداخت می‌نمایند. همان طور که در بخش «تأمین مالی به صورت مستقیم از جیب» در فصل ۸ ذکر کردیم، نوسان ناشی از قیمت در تقاضا، در مورد خانوارهای کم درآمد به طور معنی داری بالاتر است. بنابراین، به دلایل مربوط به عدالت، برنامه‌های پرداخت از سوی مصرف‌کننده باید شامل معافیت‌های مبتنی بر نیاز[[392]](#footnote-392) باشند (علی رغم هزینه‌های اجرایی و احتمال فساد این نوع ترتيبات). به دلیل مشابه، در مورد خدماتی که به طور خاص از سوی مجریان اصلاحات مورد ترویج قرار می‌گیرند (مانند واکسیناسیون و خدمات پیشگیرانه) احتمالا نباید پرداخت از سوی مصرف‌کننده در نظر گرفت. این خدمات در مقایسه با مراقبت‌های درمانی، احتمالا برای تمام گروه‌های درآمدی، دچار نوسان ناشی از قیمت شدیدتری در تقاضا می‌شوند. در نهایت باید ذکر کرد که با در نظر گرفتن هزینه‌های زمان و جابجایی، درآمد صرف نظر شده، پرداخت مبالغی به صورت رشوه و نیاز به خرید داروها و تجهیزات، حتى خدمات رایگان» نیز به ندرت حقیقتا رایگان هستند (به خصوص برای افراد بی بضاعت ساکن کشورهای فقیر). در حقیقت، از آنجا که بخش عمده پیشگیری عملا طی مراقبت طبی روی می‌دهد، معافیت‌های مبتنی بر درآمد در مورد پرداخت از سوی مصرف کنندگان، می‌تواند تنها راه اثربخش برای ارایه این نوع خدمات به طبقات محروم باشد.

**4-5) خلاصه**

اقتصاددانان گاهی آثار انگیزه‌ای نظام‌های پرداخت را بیش از حد مورد تأكيد قرار می‌دهند (حتی اگر افراد غیر اقتصاددان، این آثار را کم اهمیت تلقی نمایند. همان طور که در این فصل ذکر شد، تأثیر الگوهای پرداخت بر عملکرد بخش سلامت، هم به چگونگی تأثیر این الگوها بر فرصت‌های ارایه‌کنندگان و هم به ارزش ها و نگرش‌هایی که ارایه‌کنندگان در واکنش به آنها اتخاذ می‌نمایند، بستگی دارد. برخی از پزشکان و بیمارستان‌ها به بیماران فاقد سودآوری»، فراتر از حس مسؤولیت پذیری اجتماعی، خدمات ارایه می‌کنند. در نقاط مختلف جهان، ضوابط حرفه ای، تمایل پزشکان را برای ایجاد تقاضای تحریک شده توسط ارایه کننده، محدود می‌سازد (البته به درجات مختلف در مکان‌های متفاوت).

از سوی دیگر، لزوما تمام ابعاد عملکرد را که مورد توجه مجریان اصلاحات است، نمی‌توان به سادگی و سهولت اندازه گیری نمود و از این رو، به راحتی نمی‌توان برای همه آنها پرداخت کرد. خطرهای مربوط به انحراف و نادرستی همیشه وجود دارند. نظام‌های پرداخت همچنان یکی از قوی‌ترین ابزارهای کنترل در دسترس مجریان اصلاحات بخش سلامت هستند. عبارت «بدانید برای چه چیزی پرداخت می‌کنید، بهترین نقطه برای شروع درک اقتصاد تمام نظام‌های ملی مراقبت سلامت است. مجریان اصلاحات دست کم باید آن قدر آگاه باشند که از استقرار نظام‌های پرداختی که انگیزه‌هایی متضاد با اهداف اولویت دار خود ایجاد می‌کنند، اجتناب نمایند.

**10**

**سازماندهی**

**۱) مقدمه**

در مقالات ۸ و ۹ در مورد گزینه‌های مربوط به اینکه چه میزان پول می‌توان برای نظام مراقبت سلامت جمع آوری و بسیج کرد (تأمین مالی) و گزینه‌های مربوط به سازوکارهای مختلف برای توزیع این اعتبارات

پرداخت) بحث شد. اکنون این نکته مدنظر قرار می‌گیرد که دولت چگونه می‌تواند بر سازماندهی نظام ارایه مراقبت سلامت تأثیر بگذارد. هر یک از ۵ اهرم کنترل، دارای جنبه‌هایی مربوط به سازماندهی هستند. برای مثال، چگونه باید یک نظام بیمه اجتماعی را سازماندهی کرد یا چگونه می‌توان مسؤولیت نظم‌دهی به پزشکان را به جامعه پزشکی سپرد؟ در این فصل، بر مسأله دقیق‌تر سازماندهی ارایه مراقبت سلامت تمرکز کرده ایم.

اصطلاح «سازمان»، هم به ساختار کلی نظام مراقبت سلامت و هم به تک تک مؤسساتی که خدمات مراقبت سلامت را ارایه می‌کنند، اطلاق می‌گردد. از منظری دیگر، سازماندهی» عبارت است از یک مفهوم مجزا که از دروندادها (افراد، ساختمان ها، تجهیزات استفاده می‌کند و یک ساختار قدرت تعریف شده دارد تا کالاها و خدمات مختلف را تولید کند. برخی سازمان‌های مراقبت سلامت مثل یک بیمارستان خصوصی مستقل، دقیقا با این مفهوم مطابق هستند. از این لحاظ یک شفاگر سنتی نیز که در منزل خودش کار می‌کند، یک «سازمان» است. برای سایر ارایه‌کنندگان نیز مسائلی واقعی در باب تعریف حوزه‌شان وجود دارد. آیا یک مرکز مراقبت سلامت اولیه که توسط وزارت بهداشت اداره می‌شود، یک سازمان» است یا این اصطلاح را باید برای کل نظام ارایه خدمات عمومی‌ملی کنار گذاشت؟ حدود بسیاری از این سازمان‌های خاص، واضح نیستند و تمام آنچه می‌توانیم انجام دهیم این است که همان گونه که پیش می‌رویم، معانی و تعاریف را شفاف کنیم.

مجری اصلاحاتی که می‌خواهد اهرم کنترل سازماندهی را تنظیم کند باید به چهار مشخصه اصلی نظام مراقبت سلامت توجه کند:

* مجموعه سازمان‌هایی که خدمات مراقبت سلامت را ارایه می‌کنند؛
* تقسیم فعالیت ها میان این سازمان ها؛
* تعاملات میان این سازمان ها و ارتباط آنها با سایر اجزای نظام سیاسی و اقتصادی (به ویژه اینکه چگونه منابع مورد نیاز برای بقای خود را به دست می‌آورند)؛
* ساختارهای اجرایی درونی این سازمان‌ها.

در برخی موارد، دولت می‌تواند مستقیما عمل کرده، این ویژگی‌های نظام را تغییر دهد: برای مثال، با ایجاد نظامی جدید برای کارکنان بخش سلامت یا با سازماندهی مجدد حاکمیت بیمارستان ها برای افزایش خودمختاری و خودگردانی آنها. در سایر موارد، دولت‌ها ممکن است از طریق سایر اهرم‌های کنترل و به صورت غیر مستقیم عمل کنند. برای مثال، دولت‌ها می‌توانند پرداخت‌های جدیدی در اختیار سرمایه گذاران خصوصی قرار دهند تا ایجاد بیمارستان‌های خصوصی را تشویق کنند. همچنین ممکن است از وضع مقررات برای ملزم کردن ارایه‌کنندگان خصوصی به ارایه خدمات خاص (مثل ایمن‌سازی استفاده کنند. همان گونه که در مقدمه بخش دوم این مجموعه ذکر شد، غالب ارتباطاتی بین اهرم‌های کنترل وجود دارد و اعمال هر یک، نیاز مند ( یا مؤثر بر اعمال دیگری است. اما چنین مواردی به ویژه در این قسمت مهم هستند زیرا سازماندهی مراقبت سلامت تحت تأثیر انواع مختلف و فراوانی از مداخلات مربوط به سیاستگذاری قرار دارد. همزمان، بسیاری از اثرات انگیز‌های اصلاحات و اثرات وادارنده وضع مقررات، اگر قرار باشد اثر مطلوبی داشته باشند، به تحریک یا ایجاد تغییرات سازمانی به ویژه از نوع مدیریتی وابسته‌اند.

**۱-۱) راهبردهای جایگزین**

درک سازماندهی نظام مراقبت سلامت از این طریق ما را به شناسایی سه نوع مداخله در اهرم کنترل سازماندهی رهنمون می‌سازد:

* راهبردهای «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد»: اولین مجموعه مداخلات، بر دو مشخصه شناسایی شده در قسمت قبل تمرکز می‌کند: یعنی بر تغییر مجموعه سازمان‌ها یا تقسیم وظایف میان آنها. این مداخلات ممکن است منجر به تغییراتی در ترکیب دولتی - خصوصی در مالکیت یا مقیاس و حوزه سازمان‌های جدید یا از قبل موجود گردند. اما مانند همیشه، علاقه ما نه به خود مشخصات سازمانی، بلکه به اثرات آنها بر عملکرد نظام است.
* راهبردهای انگیزه ای: دومین گزینه، کار کردن بر روی سومین مشخصه فوق الذکر است، یعنی انگیزه‌های ایجاد شده به وسیله ارتباطات بین سازمان‌های مراقبت سلامت و سایر اجزای نظام. در اینجا دو رویکرد طراحی شده برای تغییر این انگیزه مورد بررسی قرار می‌گیرند تلاش‌های مربوط به افزایش رقابت و تلاش‌های مربوط به استفاده از قرارداد بستن برای تأثیرگذاری بر ارایه خدمات مراقبت سلامت
* راهبردهای مدیریتی: این مداخلات چهارمین ویژگی ذکر شده را در بر می‌گیرند، یعنی تغییر آنچه درون سازمان‌ها رخ می‌دهد. اگر دولت، گرداننده نظام ارایه خدمات باشد، به سادگی می‌تواند چنین تغییراتی را أعمال کند. در غیر این صورت، برای ایجاد چنین تغییراتی باید بر سایر اهرم‌های کنترل تکیه کند. شرکتی سازی[[393]](#footnote-393)، مدیریت جامع کیفیت[[394]](#footnote-394) و اقدامات در جهت ارتقای مدیریت دولتی، مثال‌هایی هستند که مورد بحث قرار خواهند گرفت. راهبردهای تمرکز زدایی در این دسته قرار می‌گیرند زیرا در برگیرنده تغییراتی در نحوه برقراری ارتباط بین بخش‌های مختلف دولت هستند که بسیار شبیه تغییراتی هستند که در سازماندهی درونی یک شرکت چند ملیتی بزرگ رخ می‌دهد.

همان گونه که ذکر شد، مجریان اصلاحات می‌توانند ساز و کارهای مختلفی را برای دستیابی به این تغییرات اتخاذ کنند. برای مثال، دولت می‌تواند از سازوکار پرداخت برای ایجاد تغییر کارکردها بین انواع مختلف ارایه‌کنندگان استفاده کند؛ می‌تواند از وضع مقررات استفاده کند تا با افزایش رقابت (از طریق سیاست ضد تراست و ضدانحصاری) بر انگیزه‌ها تأثیر بگذارد یا تغییراتی را در مدیریت بیمارستان‌های خصوصی الزامی‌کند؛ یا می‌تواند از قدرت مستقیم خود برای اعمال چنین تغییراتی در بیمارستان‌های دولتی استفاده نماید. البته نه خود سازوکارها بلکه تغییراتی که این سازوکارها در سازماندهی ایجاد می‌کند، مداخلات مورد نظر ما را تشکیل می‌دهند.

خدمات مراقبت سلامت، توسط «کارکنان خط مقدم»[[395]](#footnote-395) متفاوتی ارایه می‌گردند: پزشکان، پرستاران، تکنسین ها و غیره، بیماران را ویزیت می‌کنند، با دستگاه‌های رادیوگرافی کار می‌کنند و واکسیناسیون انجام می‌دهند. نحوه کارکرد این افراد، عاملی است که در نهایت، چگونگی ارایه مراقبت سلامت را تعیین می‌کند. لذا همواره باید ببینیم که چگونه تغییرات سازمانی، بر انگیزه‌ها، فرصتها و الزاماتی که این کارکنان با آنها مواجه می‌شوند و نیز مهارت ها و نگرش‌های آنان تأثیر می‌گذارد. در نهایت، نقش مدیران در تعیین این ویژگی‌های محیط کارکنان خط مقدم، بسیار کلیدی است؛ چرا که این مدیران هستند که تجهیزات را خریداری می‌کنند، امور را سازماندهی می‌نمایند و کارکنان را استخدام یا اخراج می‌کنند.

نقش‌های اصلی کارکنان و مدیران، به ما امکان می‌دهد روابط میان سه دسته گسترده از راهبردهایی را که مطرح کردیم، شفاف نماییم. راهبردهای انگیزه‌ای بر این باور استوار هستند که اگر فشار کافی بر سازمان‌ها وارد گردد، تغییرات مدیریتی لازم برای ارتقای عملکرد را در خود ایجاد خواهند کرد. یک دیدگاه داروینی دیگر نیز وجود دارد مبنی بر اینکه سازمان‌هایی که بدون تغییر باقی می‌مانند، کوچک می‌شوند یا از بین می‌روند؛ اما سازمان‌هایی که تغییر و تطابق می‌یابند، نجات پیدا می‌کنند و به رشد و تعالی می‌رسند.

تلاش‌هایی که با هدف تغيير «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» انجام می‌گیرند، چنین فرض می‌کنند که سازمان‌هایی که کارکردهای جدیدی به دست می‌آورند، ظرفیت مدیریتی برای ارایه خدمات با کیفیت بالاتر و هزینه کمتر خواهند داشت. این مورد، نمونه‌ای از آن چیزی است که مدافعان بخش خصوصی ادعا می‌کنند. بنابراین برای موفقیت هرگونه مداخله غیر مدیریتی، تغییر در سطح مدیریتی نیز لازم است.

متأسفانه، غالبا جنبه‌های اصلی مدیریتی اصلاحات پیشنهاد شده در باب سازماندهی، نامعلوم باقی می‌مانند به طوری که پیش بینی عواقب آنها دشوار می‌شود. آیا بیمارستان‌های شرکتی شده»، هزینه‌های کمتری نسبت به نظام دولتی فعلی در بر خواهند داشت؟ آیا تمرکز زدایی کنترل و نظارت بر مراکز سلامت و تفویض آن به سطح روستا، کیفیت خدمات را بهبود خواهد بخشید؟ به بیان دیگر، آیا این تغییرات، مدیرانی لایق‌تر و مسؤول‌تر خواهند ساخت؟ آیا این مدیران باعث کاهش عزل و نصب و فساد خواهند شد؟ پاسخ به این پرسش ها، به چگونگی انجام اصلاحات بستگی دارد. لذا در کل این فصل، بر این نکته تأکید می‌کنیم که در پیش بینی اثر تغییرات سازمانی بر عملکرد نظام سلامت، «شیطان در جزئیات است یعنی نباید وارد جزئیات شد»[[396]](#footnote-396).

تغيير انگیزه‌های بیرونی و مدیریت درونی، عمیقا مکمل یکدیگر هستند. دادن انگیزه به مدیران بدون اعطای مهارت ها، قدرت و منابع موردنیاز برای پاسخ به این انگیزه‌ها، به احتمال زیاد نتیجه بخش نخواهد بود. عکس این موضوع نیز صحیح است. اگر انگیزه‌ای برای ارتقای مراقبت وجود نداشته باشد، افزایش قدرت مدیریتی به درد ارتقای مراقبت نمی‌خورد. به این دلیل است که صاحب نظران مختلف در باب اصلاحات سازمانی در مراقبت سلامت، نیاز به تغییر « پیوسته» را مطرح کرده‌اند. چنین نیازی، مربوط به ظاهرسازی با زیبایی کار نیست بلکه نیاز به یکی کردن دلایل کارکرد بهتر با ظرفیت کارکرد بهتر است در همان بسته اصلاحات).

برخی از اصلاحات، انگیزه‌های بیرونی و تغییرات مدیریتی درونی را ترکیب می‌کنند (مثلا بسیاری از تلاش‌های مربوط به تمرکز زدایی یا خصوصی سازی). اما برای شفافیت تحلیلی، جنبه‌های گوناگون این تلاش‌های ترکیبی در زمینه اصلاحات، به صورت جداگانه در نظر گرفته می‌شوند.

برای نشان دادن ارتباط تمام تلاش‌های اصلاحات با سطح مدیریتی، مکررا این موضوع را تکرار خواهیم کرد که چگونه اصلاحات بر آنچه «شش کلید عملکرد سازمانی» خوانده می‌شود، تأثیر می‌گذارد (جدول ۱-۱۰ را ببینید). این شش عامل تعیین می‌کنند که چرا و چگونه انگیزه‌های وارد شده بر سازمان، بر ذهن مدیران و کارکنان نقش می‌بندد. همچنین این عوامل به ما می‌گویند که بر مهارت ها و نگرش‌هایی تمرکز کنیم که کارکنان و مدیران، برای پاسخ به انگیزه‌ها، بر آنها تکیه می‌کنند.

**2-1) اثرات راهبردهای جایگزین**

مجریان اصلاحات، با تغییر اهرم کنترل سازماندهی، به بروز چه تغییرات و دستاوردهایی می‌توانند امید ببندند؟ این تغییرات، چگونه از لحاظ دستجاتی که در مقالات ۵ و ۶ مطرح کردیم، بر عملکرد نظام تأثیر می‌گذارند؟

مجریان اصلاحات برای ارتقای دسترسی و محافظت در برابر خطر مالی، می‌تواند از طريق تغيير «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» عمل کنند. برای مثال، کشورهای مختلف برای ارتقای دسترسی و عدالت در نواحی روستایی، تربیت کارکنان سلامت مبتنی بر جامعه را مدنظر قرار داده‌اند. برای مثال، در دهه ۱۹۸۰ در کشور اندونزی مشخص شد که مراکز ارایه خدمات سطح پایین‌تر و پراکنده‌تر (مراکز محیطی تر)، در پوشش دادن به مردم فقیر روستایی، مؤثرتر از مراکز سلامت بزرگتر و دارای کارکنان بیشتر هستند. راهبردهای انگیزه‌ای مثل رقابت، می‌تواند هزینه‌ها را کاهش دهد (کارایی فنی را ارتقا دهد) و کیفیت خدمات و رضایت مشتری را بهبود بخشد. از قرار دادبندی نیز می‌توان برای افزایش کارایی و ارتقای کیفیت استفاده کرد. مدافعان تمرکززدایی نیز امیدوارند که این کار، اثرات مشابهی داشته باشد. برنامه‌ها و ابتکارات مدیریتی نیز بر کاهش هزینه‌ها و بهبود کیفیت تمرکز می‌کنند. اگر هر یک از این مداخلات، مفید واقع شوند، هم وضعیت سلامت و هم رضایتمندی را می‌توان ارتقا داد (اینکه آیا صرفه جویی‌های صورت گرفته در هزینه، منجر به ارایه خدمات بیشتر و بنابراین وضعیت سلامت بهتر می‌شود آیا برای بهبود منافع غیر سلامتی استفاده می‌شود، به نظام سیاسی بستگی دارد.

البته خواهیم دید که چگونه این تغییرات، خطرات و تاخت زدن های[[397]](#footnote-397) خاص خود را به همراه دارند. رقابت بیش از حد می‌تواند منجر به تقاضای القا شده از سوی عرضه‌کننده[[398]](#footnote-398)، ناکارایی تخصیصی و کاهش وضعیت سلامت شود. همچنین ممکن است باعث شود ارایه‌کنندگان تمایلی به یارانه دادن به فقرا نداشته باشند و لذا دسترسی و وضعیت سلامت آنها کاهش یابد. به همین ترتیب، راهبرد «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» برای به وجود آوردن شبکه‌ای متراکم از ارایه‌کنندگان بدون تخصص به اسم ارتقای دسترسی، می‌تواند کاهش کیفیت فنی را به همراه داشته باشد.

همچنین مشاهده خواهیم کرد که این راهبردها، خودبه خود اجرا نمی‌شوند. نتایج تمرکززدایی کنترل و نظارت به سطوح محلی، به ظرفیت اجرایی و سیاسی محلی بستگی خواهد داشت. از قراردادبندی نه تنها برای ارتقای کارایی بلکه برای پیشگیری از عزل و نصب سیاسی می‌توان استفاده کرد. شاید تنوع پیامدها در هریک از راهبردهای این اهرم کنترل (که به جزئیات طراحی و اجرا بستگی دارد)، بیشتر از سایر اهرم‌های کنترل دیگر باشد. لذا از این منظر، چه راهبردهایی در دسترس مجریان اصلاحاتی است که قصد دارند اهرم کنترل سازماندهی را تغییر دهند؟

**۲) راهبردهای تغییر «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد»[[399]](#footnote-399)**

اولین راهبرد عبارت است از تغییر ترکیب سازمان‌ها و چگونگی تقسیم وظایف میان آنها. چنین تغییراتی، غالبا جزو اولین مواردی هستند که افراد برای اصلاحات سازمانی، در نظر میگیرند. آنچه مجریان اصلاحات، در همه موارد به دقت در نظر نمی‌گیرند این است که چگونه تغییر نقش ارایه کنندگان، بر عملکرد بخش سلامت تأثیر می‌گذارد. برای مثال، آیا فرقی می‌کند که خدمات جدید با فناوری بالا، توسط بیمارستان‌های دولتی ارایه شود یا کارآفرینان خصوصی؟ آیا بهتر است مراقبت‌های اولیه، توسط پزشکان عمومی‌مستقل (همانند انگلیس) ارایه شود یا توسط درمانگاه‌های دارای چندین متخصص ( آنطور که تا چندی پیش، در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی بود)؟ آیا بهتر است برنامه‌های ایمن سازی، جداگانه سازماندهی شوند یا به عنوان بخشی از کل نظام مراقبت اولیه؟ در طراحی سازمانی، سه خصوصیت کلی باید مورد توجه قرار گیرند: مالكيت[[400]](#footnote-400)، مقیاس[[401]](#footnote-401) و حیطه[[402]](#footnote-402). ما همچنین درباره مشکلات سازمانی خاص ارایه خدمات در نواحی روستایی بحث خواهیم کرد. همواره توجه داشته باشید که تغییر چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» می‌تواند از طریق اثرات جانبی بر عرضه و تقاضا، (برای مثال از طریق هزینه‌های خدمات و یا جذابیت مراقبت برای بیماران مختلف) عملکرد را دستخوش تغییر کند.

طی سال ها، سبک ها و شیوه‌های سازمانی مختلفی در مباحثات بین المللی مربوط به اصلاحات سلامت شکل گرفته‌اند: مانند مراقبت‌های اولیه جامع یا برنامه‌های سلامت باروری فراگیر. قصد داریم به مجریان اصلاحات بخش سلامت هشدار دهیم که بیش از حد، بر چنین راهبردهایی متمرکز نشوند بسیاری از اوقات، چنین سازماندهی‌های مجددی باعث بروز تغییر اندکی در ظرفیت ها و انگیزه‌ها کارکنان خط مقدم (یا مدیران آنها می‌شود. در نتیجه، ممکن است چنین تغییراتی، تأثیری کمتر از آنچه حامیان آن امید داشتند، بگذارند. در واقع، سازماندهی مجدد درست به این دلیل ممکن است جذاب به نظر برسد که از مشکل دشوار ایجاد تغییرات انگیزه‌ای با مدیریتی معنی دار، اجتناب می‌کنند و در عوض، بازآرایی مجدد چارت سازمانی وزارت بهداشت با ترکیب نقش آفرینان بخش خصوصی را (که به گونه‌ای فریبنده آسان است) جایگزین می‌کند.

**1-2) خصوصی سازی[[403]](#footnote-403)**

یکی از راهبردهای ایجاد اصلاحات در سازماندهی که طرفداران گسترده‌ای دارد، عبارتست از انتقال ارایه خدمات به ارایه‌کنندگان بخش خصوصی. البته، نمونه‌های عملکرد خوب و بد، چه در بخش‌های عمومی و چه خصوصی، بسیار است. بنابر یافته‌های یک مطالعه در مالزی، مراقبتهای پیشگیرانه‌ای که توسط پزشکان خصوصی ارایه می‌شد، کیفیت پایین‌تر و محدودیت بیشتری نسبت به همین مراقبت ها در درمانگاه‌های عمومی‌داشت. برعکس، در گامبیا نشان داده شد که تسهیلات خصوصی ارایه خدمات سلامت، مراقبت‌های باکیفیت‌تری ارایه می‌کردند که منجر به تقاضا و پوشش جغرافیایی بیشتری شده بود. لذا برای طرح ریزی اصلاحات اثربخش، نیاز به درک بهتری از نحوه تأثير مالکیت بر رفتار سازمان‌های مراقبت سلامت داریم.

چرا غالبا بيمارستانها یا درمانگاه‌های عمومی و خصوصی، رفتار متفاوتی دارند؟ اجازه دهید به بحث شش عامل کلیدی برگردیم (جدول 1-10). اولین مورد، انگیزه‌ها است. بخش خصوصی، وابستگی زیادی به بازارها دارد. فروشندگان رقیب، برای کسب منافع بیشتر باید از طریق ارایه کیفیت بالا و هزینه معقول، رضایت مشتریان را جلب کنند و البته، علاقه‌ای هم به ارایه مراقبت به افرادی که توانایی پرداخت ندارند (مثل فقرا) نشان نمی‌دهند.

سازمان‌های دولتی که اعتبارات خود را از بودجه دولت تأمین می‌کنند، می‌توانند تلاش نمایند تا خدمات بهتری ارایه کنند و امیداور باشند که مشتریان آنها، از طریق رایزنی با دولت، بودجه آنها را افزایش دهند. راهبرد «عزل و نصب[[404]](#footnote-404)» دیگر عبارت است از تکیه کردن بر کارمندان به عنوان یک گروه فشار یا یک منبع سیاسی برای دولت. از آنجا که شناسایی، تأثیرگذاری و سازماندهی کارمندان، به مراتب ساده‌تر از مشتریان است، راهبرد عزل و نصب تاکنون شایع‌ترین الگوی مورد استفاده بوده است. نتیجه این راهبردی غالبا به شکل کارکنان اضافی، هزینه‌های بالا، درگیری سیاسی در استخدام و فروش خدمات و همچنین خدمات باکیفیت متوسط تا ضعیف برای مشتریان بوده است.

از نظر انگیزه‌های مدیران نیز تفاوت‌هایی بین بخش‌های دولتی و خصوصی وجود دارد. مدیران بخش خصوصی غالبا متوجه می‌شوند که پاداش ها و استخدام‌های آنان، بستگی به سود[[405]](#footnote-405) دارد. شرکت‌های خصوصی ممکن است به مدیران خود اختیارات خرید سهام[[406]](#footnote-406) بدهند تا مدیران بتوانند قابلیت سوددهی شرکت خود را افزایش دهند. در واقع، برخی از مدیران، خود مالک هستند و سود و منفعت مستقیم به دست می‌آورند. برعکس، مدیران دولتي غالبا اهل سیاست یا کارمند هستند و با انگیزه‌های اندکی که مبتنی بر عملکرد باشد، روبه رو می‌شوند.

همچنین مدیران دولتی، معمولا قدرت و اختیارات کمتری نسبت به مدیران خصوصی دارند. غالبأ نظام‌های خرید و استخدامی‌محدود و بسته‌ای در بخش دولتی وجود دارند که اجازه نمی‌دهند مدیران از قدرت خود با مقاصد سیاسی استفاده کنند. اما نتیجه اینطور می‌شود که مدیران عمدتا نمی‌توانند نظام‌های انگیزه‌ای قوی نیز برای کارکنان خود ایجاد کنند. برای مثال، بنا بر یافته‌های مطالعه‌ای در تانزانیا و زیمبابوه، مدیران بیمارستان‌های بخش خصوصی، از انعطاف پذیری بیشتری در استخدام و اخراج کارکنان و نیز جابجایی اعتبارات بین بندهای مختلف بودجه بهره مند بودند در حالی که مدیران دولتی، تحت حصار قوانین و مقررات بوروکراتیک و وقت گیری قرار داشتند.

مهارت ها و ارزش‌های مدیران دولتی و خصوصی نیز غالبا با یکدیگر متفاوت است. سازمان‌های خصوصی قوی، معمولا مدیرانی را استخدام می‌کنند که آموزش، خلق و علاقه جدی به کار مدیریتی دارند. بسیاری از مدیران بخش دولتی سلامت، پزشکانی بدون دانش و مهارت مدیریتی هستند که علاقه خاصی به شغل مدیریت ندارند. این پزشکان، سمت مدیریت خود را نوعی دور شدن و انحراف از «وظیفه واقعی‌شان می‌دانند و غالبا حتی متوجه نیستند که نمی‌دانند چگونه باید یک مدیر مؤثر باشند (جهل مرکب). به عنوان مثال، مدیران پزشک در هند تشویق می‌شوند که جایگاه‌های اجرایی را در سطوح محیطی و منطقه‌ای اتخاذ کنند و از آنها انتظار می‌رود (بدون هیچگونه آموزش خاص مدیریتی)، بر کارکنان شیفتی و مداخلات مراقبت‌های اولیه نظارت کنند.

در نهایت، ممکن است تفاوتهایی بین کارمندان بخش دولتی و خصوصی وجود داشته باشد. در برخی موارد، بخش دولتی افراد متعهد به اهداف اجتماعی را جذب می‌کند در حالی که بخش خصوصی، به افرادی تکیه می‌کند که دنبال نفع اقتصادی خودشان هستند. از سوی دیگر، بخش دولتی با ارایه مشاغل ایمن هرچند غیرجذاب، افرادی را جذب می‌کند که نسبتا انعطاف ناپذیر و جدی و گریزان از خطر هستند؛ در عوض شرکت‌های خصوصی که از طریق کارآفرینی پاداش می‌دهند، عمدتا کسانی را جلب می‌کنند که عدم اطمینان و فرصت طلبی را بیشتر می‌پسندند.

همچنین لازم به ذکر است که گزینه‌های مالکیت مراقبت سلامت، پیچیده‌تر از آن چیزی است که صرفا تقسیم بندی کلاسیک دوبخشی (یعنی دولتی۔ خصوصی) مطرح می‌کند. غالبا یک «راه سوم» هم به شکل سازمان‌های غیرانتفاعی – غیر دولتی[[407]](#footnote-407) وجود دارد. این سازمان‌های غیردولتی، غالبا انگیزه‌ها و پاسخگویی مدیران را به یک هیأت امنا مرتبط می‌کنند که صرفا به مسأله منافع نمی اندیشد. این سازمان‌های غیردولتی در بهترین حالت می‌توانند «کارایی فنی» بیشتری (از جمله کارایی در تولید کیفیت) نسبت به سازمان‌های انعطاف ناپذیر دولتی داشته باشند. به علاوه، این سازمان ها می‌توانند در مقایسه با شرکت‌های انتفاعی یا نهادهای دولتی با بوروکراسی کلاسیک، کارکنان دارای مهارت ها و انگیزه‌های متفاوتی را استخدام کنند.

به طور خلاصه، بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی، غالبا هزینه بیشتر و پاسخدهی کمتری را در برابر مشتری از خود نشان می‌دهد؛ اما بخش خصوصی، غالبا انعطاف پذیرتر، کم ترحم‌تر و دارای مسؤولیت پذیری اجتماعی پایین‌تری است. در نهایت، مالکیت خصوصی تنها زمانی کارایی و کیفیت ایجاد می‌کند که بازارهای رقابتی، مدیران را وادار به چنین تلاش‌هایی کنند. اما به طور همزمان، تنوع عملکرد در هر گروه نیز قابل توجه است. نهادهای عمومی‌دارای عملکرد بالا و شرکت‌های خصوصی با مدیریت ضعیف نیز وجود دارند. هیچ دلیل نظری وجود ندارد که ارایه‌کنندگان دولتی با مدیریت خوب، نتوانند خدمات مناسب و هزینه‌اندک داشته باشند. تفاوت‌های قابل مشاهده، عمدتا ناشی از ساختارها و رفتارهای خاص است تا صرفا نوع مالکیت ارایه کنندگان. جزئیات و اجرا، حیاتی هستند. پس مجریان اصلاحات سلامت، چگونه می‌توانند برای ارایه خدمات سلامت، بین بخش‌های دولتی و خصوصی یکی را برگزینند؟

ما بر این عقیده ایم که این تصمیم گیری، بستگی به ویژگی‌های متعدد شرایط یک کشور و فعالیت خاص مورد نظر دارد.

* ظرفیت مقرراتی و نظارتی[[408]](#footnote-408): دولتی که تخصص فنی بالا، شهروندانی نسبتا تابع قانون و دستگاه حقوقی و اداری با کارکرد خوب در اختیار دارد، راحت‌تر می‌تواند تعدد ارایه‌کنندگان بخش خصوصی را کنترل کند. و اولویت‌های اصلاحات: کارکرد بازارها از لحاظ کارایی بهتر ولی از لحاظ عدالت نامناسب‌تر است. ممکن است انتخاب نوع مالکیت، وابسته به اهمیت نسبی این اهداف باشد.
* ظرفیت مدیریتی بخش دولتی: هرچه بخش دولتی، مدیریت خبره تر، بهتر و با عزل و نصب کمتری داشته باشد، خصوصی‌سازی کمتر شایان توجه خواهد بود. در بخش‌های مختلف دولت، ممکن است این موضوع کاملا متفاوت باشد.
* دقت نظر و فرهیختگی مشتری[[409]](#footnote-409): هرچه مشتریان فرهیخته‌تر و دقیق تر باشند، تکیه بر بازارهای خصوصی راحت‌تر است. این امر نیز ممکن است متغیر و متنوع باشد. مشتریان در مورد یک دندانپزشک، راحت‌تر از یک جراح مغز می‌توانند قضاوت کنند.
* انضباط حرفه‌ای[[410]](#footnote-410): بازارهای مراقبت سلامت، وقتی می‌توانند کارکرد بهتری داشته باشند که فروشندگان، هنجارهای شغلی را (که استثمار بیماران را محدود می‌کنند) بپذیرند و نظام انضباطی رسمی‌مؤثری برای تقویت چنین رفتارهایی وجود داشته باشد.

تا اینجا به نتیجه رسیدیم که کشورها غالبا خواهان ترکیبی از ارایه خدمات به شیوه خصوصی و دولتی هستند (بسته به اهداف آنها در یک حوزه خاص، فرهیختگی و دقت نظر خریدار، رفتار حرفه‌ای و سایر عوامل). دوم، مرور مطالب مطرح شده تا اینجا، واقعیت عمیقی را نشان می‌دهد که کشورهایی که کمترین آمادگی و تجهیزات را برای اثربخش کردن کارکرد بخش دولتی خود دارا هستند، غالبا کمترین توانایی را نیز در نظم‌دهی به بازارهای خصوصی برای حصول مقاصد عمومی‌دارند. این امر باید هشداری برای مجریان اصلاحاتی باشد که ناکارایی سازمان‌های دولتی کنونی را می‌بینند ولی هنوز این موضوع را هم تحليل نکرده‌اند که اگر ارایه‌کنندگان انتفاعی خصوصی جای آنها را بگیرند، چه پیش خواهد آمد.

**۲-۲) مقیاس و عملکرد بخش سلامت**

انتخاب دوم برای طراحی سیستم که مجریان اصلاحات با آن مواجه می‌شوند، مقیاس یا اشل سازمان‌های مختلف ارایه‌کننده است. مقیاس، به طرق متعدد بر عملکرد تأثیر می‌گذارد نخست، مقیاس وسیع‌تر می‌تواند هزینه‌ها را کاهش دهد. برای مثال، بیمارستان‌های بزرگتر می‌توانند به طور کامل از تجهیزات و کارکنان تخصصی (دستگاه‌های رادیوگرافی یا آزمایشگاهی پیشرفته و تکنسین‌های هریک از آنها استفاده کنند. هزینه‌های اجرایی (مثل حقوق مدیر) نیز می‌تواند بین (مأخذ) بیماران بیشتری پخش شود. چنین مزایایی، در فعالیت‌های مختلف مربوط به مراقبت سلامت، متفاوت هستند. به نظر می‌رسد بیمارستان ها، تا حداکثر حدود ۴۰۰-۳۰۰ تخت، می‌توانند از منفعت کاهش یافتن هزینه‌ها بهره ببرند. در مراقبت‌های اولیه، اینکه پزشکان متعددی با هم در یک محل ارایه خدمات سلامت کار کنند، احتمالا سود اندکی حاصل می‌کند یا اصلا سودی به همراه ندارد.

مقیاس وسیع‌تر می‌تواند دستیابی به کیفیت بالینی بهتر را تسهیل کند. هرچه کاری بیشتر انجام شود، انجام آن برای شخص (حداقل به صورت بالقوه) راحت‌تر می‌گردد. این «اثرات تمرینی[[411]](#footnote-411)» هم در سطح فردی و هم در سطح گروهی صادق است. مهارت بالینی، هم به «حداکثر ظرفیت» کنونی تعداد موارد ویزیت شده در هر ماه) و هم به كل تجربه تجمعی در مورد نوع خاصی از بیماری بستگی دارد. با رشد دانش پزشکی و تخصصی‌تر شدن تجهیزات و روش‌های طبی، این فواید در سال‌های اخیر بیشتر شده‌اند. از آنجا که بسیاری از بیماری‌ها شایع نیستند، برای کمک به یک واحد مراقبت برای حرفه‌ای و تخصصی شدن یا تربیت پزشکی با تخصص بسیار بالا، جمعیت عظیمی‌موردنیاز است تا تعداد کافی از موارد بیماری، فراهم شود.

مشکل اینجاست که در اختیار داشتن تعداد محدودی مرکز ارجاعی بزرگ، منجر به بروز موانعی در دسترسی افراد خصوصا افراد خارج از مراکز شهری بزرگ، مردم فقیر و روستایی و همچنین گروه‌های حاشیه‌ای می‌گردد. لذا، تلاش برای دستیابی به کیفیت بالینی بالاتر ممکن است منجر به دسترسی پایین‌تر و وضعیت سلامت بدتر برای گروه‌هایی شود که نامطلوب‌ترین وضعیت سلامت را دارا بوده‌اند. چنین مراکزی، بدون تحت فشار قرار گرفتن از سوی رقبا، به فواید بالقوه صرفه جویی هزینه‌ها دست پیدا نمی‌کنند و به‌اندازه کافی برای چنین کاری تلاش هم نخواهند کرد. همچنین فشارهای سیاسی بر ضد منطقه‌ای‌سازی[[412]](#footnote-412) در جریان است. مشخص شده است که ارایه‌کنندگان و رهبران سیاسي شهرهایی که به عنوان مرکز منطقه‌ای انتخاب نشده‌اند، در برابر چنین ترتیباتی شدید مقاومت خواهند کرد.

به علاوه، ممکن است عدم صرفه جویی مقیاس[[413]](#footnote-413) نیز وجود داشته باشد به صورتی که با افزایش اندازه و وسعت، هزینه‌ها بالاتر برود. مؤسسات بزرگ غالبا از عدم هماهنگی رنج می‌برند و انگیزه دادن به کارکنان را مشکل می‌یابند. کارمندان احساس بی اهمیتی می‌کنند و لذا در مقابل پیامدهای واقعی، مسؤولیت پذیر نیستند. به علاوه، در سیستمی‌که مراکز بزرگ کمتری دارد، کارکنان مجبورند رفت و آمد بیشتری را صورت دهند و لذا هزینه‌های نیروی کار[[414]](#footnote-414) ممکن است افزایش یابد.

در سطح مراقبت‌های اولیه نیز مسایل مشابهی ایجاد می‌شود. انتخاب بین طیفی از پزشکان خانواده منفرد، درمانگاه‌های کوچک دارای ۵-۳ پزشک تا درمانگاه‌های بزرگتر با حدود ۲۰ پزشک نیز موضوعی مرتبط با مقیاس است. سرانجام، تاخت زنی‌های مشابهی نیز بین کیفیت بالینی، کیفیت خدمات و موجود بودن اثربخش صورت می‌گیرد.

هیچ توصیه ساده و واحدی درباره مقیاس تسهیلاتی که قرار است ایجاد شوند، وجود ندارد. مزایا و معایب مقیاس بزرگ و وسیع، به وضعیت خاص هر کشور بستگی دارد. محیط‌های متراکم شهری، جمعیت کافی برای حمایت از شکل گیری چند ارایه‌کننده رقابتی با مقیاس بزرگ را فراهم کنند. در نواحی روستایی و حتی شهر‌های نه چندان بزرگ، این موضوع صادق نیست. شرایط اوروگوئه با ازبکستان فرق دارد. موجود بودن خدمات حمل ونقل، میزان دقت نظر و فرهیختگی در افراد روستایی، بار بیماری در یک کشور و سطح کلی توسعه اقتصادی آن، همگی بر عواقب خدمات متمرکز در مقابل خدمات پراکنده تأثیر خواهند گذاشت. عامل سیاست نیز متفاوت خواهد بود. این مسأله تا حدی بستگی دارد به اینکه کدام معیار عملکرد وضعیت سلامت در برابر رضایتمندی) اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا مقیاس بزرگتر ممکن است کیفیت بالینی را افزایش دهد ولی عدالت دسترسی و رضایتمندی را با کاهش مواجه سازد.

به علاوه، دستاوردهای بالقوه حاصل از مقیاس بزرگتر، به صورت خودکار بالفعل و قابل مشاهده نخواهد شد. آنچه واقعا رخ می‌دهد، (مانند همیشه به چگونگی واکنش مدیران بستگی خواهد داشت. بنابراین لازم است اثرات منفی احتمالی مقیاس بزرگتر بر رقابت بازار انگیزه‌های سازمانی را به خاطر بسپاریم. البته به عقیده ما، در کشورهای دارای بودجه محدود، باید مزایای مقیاس بزرگتر را برای هزینه و کیفیت بالینی، جدأ در نظر داشت.

**3-2) «حیطه[[415]](#footnote-415)»: تأثیر خط تولید یک سازمان**

دولت‌ها غالبا مجموعه فعالیت‌هایی را که هر ارایه‌کننده انجام می‌دهد، دستکاری می‌کنند. میزان تنوع (یعنی انجام دادن کارهای متفاوت) در برابر تخصصی بودن خط تولید آنها چقدر است؟ برای مثال، آیا جامعه باید از زایشگاهها یا بیمارستان‌های مخصوص سرطان حمایت کند یا بیمارستان‌های عمومی‌را که از تمام انواع بیماران مراقبت به عمل می‌آورند ترویج دهد؟ برنامه‌های تخصصی عمودی» پیشگیری از بیماریها یا نظام یکپارچه «افقی» مراقبت‌های اولیه؟ پزشکان خانواده یا گروههای چند تخصصی مراقبت‌های اولیه؟

تنوع بخشیدن[[416]](#footnote-416) و پراکندگی اگر (برای مثال) امکان استفاده از تجهیزات رادیوگرافی و آزمایشگاه و اتاق عمل بیشتری را برای مراقبت از بیماران به بیمارستان بدهد، می‌تواند هزینه‌ها را پایین بیاورد. به همین ترتیب، یک مرکز مراقبت اولیه که تسهیلات، امکانات و پرستاران خود را در اختیار دارد، می‌تواند ایمن‌سازی را با هزینه کمتری (به عنوان کاری اضافی برای خط تولید فعلی اش نسبت به مرکزی که خدمات رسانی کاملا جداگانه‌ای (با هزینه‌های مربوط به خود دارد، انجام دهد.

همچنین حیطه وسیع تر، مأخذ و مبنای جمعیتی لازم برای یک ارایه‌کننده را کاهش می‌دهد و لذا این امکان را فراهم می‌کند که مجموعه بیشتر، متراکم‌تر و در دسترس‌تری از ارایه کنندگان، شکل بگیرند. یک شهر کوچک ممکن است حجم کافی بیمار برای یک متخصص زنان فراهم نکند ولی ممکن است بتواند یک پزشک خانواده را که زایمان نیز انجام می‌دهد، تأمین نماید. گذار اپیدمیولوژیک[[417]](#footnote-417) به سمت بیماری‌های مزمن، اهمیت این مطلب را بیشتر می‌کند زیرا اداره مؤثر بیماری‌های مزمن، مستلزم تماس‌های مکرر با بیمار است.

از سوی دیگر، تنوع بخشیدن، خطر از دست دادن برخی از مزایای تخصصی‌سازی[[418]](#footnote-418) را دربردارد. تجربه صنایع حاکی از آن است که شرکت‌های دارای محصولات متنوع نهایتا ممکن است بدون آنکه هیچ کاری را کامل و درست انجام داده باشند، تعطیل شوند. در عوض، سازمانی که خط تولیدش باریک و محدود است، می‌تواند کارکنان دارای علاقمندی خاص و تعهد به یک فعالیت ویژه را جذب کند. سازمان می‌تواند «روح همبستگی[[419]](#footnote-419)» و اهداف عملکردی کاملا مشخص را بر اساس رسالتی شفاف و مشخصا به وجود آورد. یک مؤسسه تخصصی با برنامه کنترل یک بیماری خاص که مدیریت قوی داشته باشد می‌تواند به گونه‌ای از این مزیت بهره بگیرد که یک بیمارستان عمومی یا نظام مراقبت اولیه عمومی غالبا نمی‌تواند.

در مورد انتخاب حیطه مناسب از ارایه‌کنندگان مختلف، چه توصیه‌ای می‌توان به برنامه ریزان نظام سلامت مطرح کرد؟ در مورد مراقبت‌های اولیه، که دسترسی خصوصیت حیاتی آن است، می‌توان حيطه وسیع‌تر (و لذا مأخذ و مبنای جمعیتی کوچکتر) را کاملا پیشنهاد کرد. در نواحی روستایی، انتخاب حیطه وسیع‌تر تنها گزینه موجود در سطح اولیه است. از سوی دیگر، هدفی تحت عنوان ارتقای کیفیت بالینی از طریق افزایش تخصصی‌سازی است که توجیه می‌کند چرا بسیاری از کشورها، برای موارد مشکل تر، مؤسسات و سازمان‌های ارجاعی منطقه‌ای با کشوری در اختیار دارند. اما هر کشوری باید با توجه به الگوی وضعیتی، نظام حمل و نقل و اولویت‌های خود، این تاخت زنی‌ها را انجام دهد. منطقی به نظر می‌رسد که برای مناطق با خدمات مختلف، تصمیمات متفاوتی اتخاذ گردد.

البته مجریان اصلاحات باید به یاد داشته باشند که ایجاد تغییر در حيطه، آنچه را ممکن است تغییر می‌دهد نه آنچه را در واقع رخ می‌دهد، اگر حيطه خدماتی وسیع تر، موارد مراجعه کافی برای بهره برداری کامل از یک دستگاه رادیوگرافی را تأمین کند، هزینه واحد[[420]](#footnote-420) آن دستگاه کاهش می‌یابد. اما در صورتی که از دستگاه خوب نگهداری نشود یا فیلم‌های رادیوگرافی بیمارستان تمام شوند یا تکنسین مربوطه فاقد صلاحیت‌های لازم باشد یا غالبا سر کار خود حاضر نباشد، این امر رخ نخواهد داد. لذا برای بالفعل کردن فواید بالقوه اصلاحات، اثربخشی مدیریتی ضروری است

**4-2) ارایه خدمات به نواحی روستایی**

در بسیاری از کشورها، در ارایه خدمات در نواحی روستایی، مشکل خاص چه کسی چه کاری انجام دهد»، ایجاد می‌گردد. غالبا وزارت بهداشت، شبکه‌ای از مراکز بهداشت (با چند تخت بستری و پزشک) و خانه بهداشت (بدون پزشک و تخت بستری) را اداره می‌کند. با این وجود، مشکلات مشابهی همچنان به وفور به چشم می‌خورند. پزشکان تمایلی به رفتن با اقامت در نواحی دور دست ندارند و اگر مجبور شوند، مسؤولیت‌های خود را به درستی انجام نمی‌دهند. کمبود دارو وجود دارد و از تجهیزات نگهداری به عمل نمی‌آید و کیفیت نامناسب حاصله مانع از مصرف و بهره‌مندی از خدمات می‌گردد.

دلایل تمام این مشکلات، واضح هستند. غالبا پزشکان بخش دولتی رسمی یا غیر رسمی)، درآمد خود را با طبابت خصوصی‌شان تکمیل می‌کنند. برای مثال در اندونزی، طبابت خصوصی باعث می‌شود درآمد پزشکان شهری، 3/1 برابر پزشکان مأمور در نواحی روستایی باشد. حتی در مواردی که حقوق ارایه‌کنندگان روستایی در بخش دولتی بسیار بالا باشد نیز این تفاوت وجود دارد. در نواحی روستایی فقیر، چنین فرصت‌هایی اندک اند و نیز امکانات و فرصت‌های آموزشی و اجتماعی کمتری در اختیار پزشکان و خانواده آنها قرار می‌گیرد. ناظران به ندرت مکان‌های دوردست را مورد بررسی قرار می‌دهند و پایش کیفیت مراقبت در این مراکز، پایین است. ساختن تسهیلات بیشتر (که همچنان دچار مشکل کمبود کارکنان، تجهیزات و استفاده کمتر از حد خواهند بود) به ندرت می‌تواند پاسخ مؤثری باشد. در کشورهایی مثل سریلانکا و کوبا، وزارت بهداشت قادر به ارایه خدمات در نواحی روستایی هست؛ اما این کشورها استثنا هستند، چرا که کشورهایی با جمعیت کم، با جمعیت‌های روستایی نسبتا متراکم و انگیزه‌های ایدئولوژیک بالا در بخش دولتی هستند.

بخش خصوصی، غالبا شکاف[[421]](#footnote-421) حاصل در خدمات را پر می‌کند. بسیاری از پزشکان بخش خصوصی، با توجه به استانداردهای غربی، کاملا مورد تأیید نیستند. برخی نیز شفاگران سنتی هستند و در بهترین حالت ممکن است در برنامه‌های رسمی همانند آنچه در چین و هند وجود دارد، آموزش دیده باشند؛ اما مابقی‌شان تنها یک پیش زمینه کارآموزی دارند. با این وجود، سایرین (مثل دارو سازن، پرستاران درمانگر یا بهیاران تحت درجاتی از آموزش‌های غربی قرار گرفته‌اند. از آنجا که این پزشکان و درمانگران تحت نظارت اندک و بر مبنای نظام پرداخت کارانه[[422]](#footnote-422) فعالیت می‌کنند، حفاظت از شهروندان محلی در برابر کیفیت نامناسب یا خطر مالی، در هنگام استفاده از چنین خدماتی، اندک است یا اصلا وجود ندارد.

بسیاری از دولت‌ها، در پاسخ، انگیزه‌هایی را به پزشکان ارایه می‌کنند تا در نواحی روستایی کار کنند. برخی از ایالت‌های هند، برای این گونه پزشکان، سهمیه‌هایی را جهت قبولی در آزمون تخصصی در نظر میگیرند و پاداش های «دوری راه» یا «محرومیت از مطب[[423]](#footnote-423)» ارایه می‌کنند که مستلزم تغییر پایه حقوق یکنواخت رسمی‌نیست. کشورهایی به وسعت کانادا (برای جوامع مناطق قطبی) و ازبکستان، سطوح پرداخت متفاوتی را برای جذب پزشکان به نواحی روستایی تعیین کرده‌اند (در ازبکستان از طریق پرداخت بیش از یک حقوق به پزشک). در نواحی روستایی کرالا واقع در جنوب هند، دولت‌های محلی اجازه دارند برای جذب پزشکان، پایه حقوق ایالتی را اضافه کنند.

راه جایگزین برای این امر، تغيير نوع ارایه‌کننده است. این گزینه، مبتنی بر این نظریه است که اقامت و کار کردن افراد دارای تحصیلات و وضعیت پایین‌تر اما دارای زمینه فرهنگی مشابه، در نواحی روستایی راحت‌تر خواهد بود. کشورهای فقیر، در چنین شرایطی به پرستاران با کارکنان محلی سلامت تکیه می‌کنند. در بسیاری از کشورهای کمونیستی سابق، مراقبت در نواحی روستایی توسط "feldshers" ارایه می‌شد. این ارایه‌کنندگان (هم وزن پزشکیاران[[424]](#footnote-424) در ایالات متحده)، آموزش بسیار کمتری نسبت به پزشکان کاملا دوره دیده دریافت کرده‌اند ولی غالبا در آمار برخی کشورها، به عنوان پزشک» محسوب می‌شوند.

البته مشکلات سیاسی ناشی از تعطیل کردن مراکز یا خدمات ممکن است به این معنی باشد که برنامه‌هایی که به عنوان جایگزین شروع شده بودند (با هدف کاهش هزینه‌ها)، ممکن است به عنوان مکمل پایان یابند؛ به طوری که صرفه جویی مورد انتظار در بودجه، به وقوع نپیوندد. آنوقت ممکن است برنامه جدید شکست بخورد چرا که در یک محیط مالی رقابتی، اعتبارات مالی کافی به دست نمی‌آورد. به عنوان مثال، برای کارکنان محلی سلامت در برخی از برنامه‌ها، چنین سرنوشتی رقم خورده است.

بعضی از کشورها (مثل مکزیک)، بازدیدهای هفتگی یا دوهفتگی توسط کارکنان مجرب با استفاده از اتومبیل را در نظر گرفته‌اند تا مراقبت معمول ارایه شده توسط کارکنان پرستار محلی، با این بازدیدها تکمیل گردد. هر دو کشور استرالیا و بوتسوانا، در نواحی دوردست، مراقبت (ارایه شده توسط یک پرستار مقیم) را با خدمات پزشک پروازی»[[425]](#footnote-425) تکمیل می‌کنند که هم یک نظام تخلیه محسوب می‌شود و هم سازوکاری برای جابجایی پزشکان جهت گرداندن درمانگاهای دوره‌ای در نواحی دوردست است.

راه جایگزین دیگر، قراردادبندی با سازمان‌های غیر دولتی برای ارایه مراقبت است. در ایالت آندرا پرادش و سایر ایالت‌های هند، دولت‌های محلی به طور گزینشی با سازمان‌های غیردولتی برای ارایه خدمات سلامت روستایی، قرارداد بسته‌اند. در بسیاری از کشورهای شرق آفریقا، سازمان‌های منسوب به کلیسا، اعتبارات دولتی دریافت می‌کنند تا بیمارستان‌هایی را بگردانند که جایگزین بیمارستان‌های دولتی منطقه‌ای هستند. در جوامع بومی استرالیا، اعتبارات عمومی‌که زمانی از آنها برای گرداندن و ارایه خدمات طبی زیر نظر ایالت استفاده می‌شد، اینک بعضا به سازمان‌های غیر دولتی محلی (تحت نظارت هیأت‌های محلی) معطوف شده‌اند تا آنها بتوانند خدمات طبی با کنترل محلی ارایه کنند.

مجریان اصلاحات، برای بهره گیری از این گزینه‌ها، باید آگاه باشند که در یک جامعه غیر همگن از لحاظ اجتماعی و جغرافیایی، ممکن است استفاده از یک نظام همگن و یکنواخت، بهترین رویکرد نباشد. هنگامی‌که رویکرد، در عمل مراقبتی ناعادلانه ارایه می‌کند دفاع از همگن و یکنواخت بودن از باب عدالت، صرفا آمیختن لفظ پردازی با واقعیت موجود است.

**5-2) رویکرد «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» و عرضه دروندادها**

برای تغییر «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» در نظام ارایه خدمات، ممکن است دولت تغییر در وندادهای سیستم را مناسب و حتی لازم بداند. برای مثال تصمیم به تکیه بر پزشکان خانواده سرانه[[426]](#footnote-426) احتمالا اجرا نخواهد شد مگر اینکه دولت، پزشکان خانواده بیشتری تولید کند. برعکس، محدود کردن دسترسی به تجهیزات سرمایه‌ای حیاتی نیز می‌تواند راهی مؤثر برای ایجاد تغییر در سیستم باشد.

در جایی که پزشکان و پرستاران، در دانشکده‌های دولتی آموزش داده می‌شوند، می‌توان تعداد و ترکیب افراد آموزش دیده را با تدابیر اجرایی تغییر داد. برای مثال، در استرالیا جهت افزایش تعداد پزشکان در نواحی روستایی، مکان‌های دانشکده‌های پزشکی به مؤسسه جدیدی تخصیص داده شد که بر آماده‌سازی پزشکان برای چنین نقش‌هایی متمرکز شده بود. در سایر شرایط، دانشکده‌های پزشکی و پرستاری خصوصی ممکن است از دولت گواهی اعتبار بگیرند یا اینکه خودشان و یا دانشجویان شان، متکی بر کمک مالی دولت باشند، می‌توان از این ساز و کارها به عنوان ابزاری جهت تغییر ترکیب فارغ التحصیلان استفاده کرد.

آموزش پزشکان بیشتر، ممکن است منجر به افزایش رقابت بر سر قیمت یا تقاضای القاشده از سوی عرضه‌کننده شود. عرضه بیش از حد پزشکان می‌تواند منجر به فشارهای سیاسی زیادی به خاطر وجود کارکنان بیش از حد در نظام دولتی شود که همین اتفاق، در اواسط دهه ۱۹۹۰ در مصر رخ داد. متأسفانه، وقتی دولت‌ها در مورد ظرفیت پذیرش و آموزش تصمیم می‌گیرند، به خاطر فشارهای سیاسی حول و حوش چنین تصمیماتی، عواقب نظام سلامت غالب قابل توجه نخواهد بود.

دولت‌ها می‌توانند این حوزه را نیز تغییر دهند که کدام ارایه کننده، به انواع خاص تجهیزات سرمایه ای، دسترسی داشته باشد. دولت‌ها می‌توانند این قوانین را مستقیما در تسهیلات و مراکز خود اجرا کنند. به علاوه، در برخی از کشورها، دولت منبع عمده سرمایه حتی برای ارایه‌کنندگان خصوصی است.

در آلمان، تقریبا تمام سرمایه گذاری‌های سرمایه‌ای در بیمارستان‌ها (حتی برای بیمارستان‌های مستقل)، از سوی دولت‌های ایالتی صورت می‌گیرد و آنها هستند که مشخص می‌کنند کدام مؤسسات در چه زمینه‌های بالینی رشد کنند. در برخی از کشورهای دارای درآمد متوسط مثل تایلند، کلمبیا و فیلیپین، دولت‌ها برنامه‌های اجاره یارانه‌ای را آغاز کرده‌اند تا توسعه تسهیلات و مراکز ارایه خدمات سلامت خصوصی را تشویق کنند. در جایی که تأمین مالی بخش خصوصی از سوی خودش انجام می‌شود، انواع گوناگونی از ابزارهای مقرراتی، نظارتی و پرداختی در دسترس قرار دارند. به عنوان نمونه در کانادا، خرید تجهیزات جدید توسط بیمارستان ها نیازمند تأیید از سوی استان است و تجهیزات با فناوری بالا مثال ام. آر. ای عمدتا محدود به مؤسسات پزشکی آکادمیک است. برای مثال، برخی از ایالتهای آمریکا، استفاده از فناوری‌های خاصی را به بیمارستان‌ها محدود کرده‌اند؛ لذا اطمینان حاصل کرده‌اند که گروه‌های مستقل پزشکان نمی‌توانند خدمات خاصی (مثل پرتودرمانی) را ارایه کنند.

**۳) راهبردهای انگیزه ای**

راهبردهای انگیزه‌ای از این مزیت استفاده می‌کنند که هر سازمانی برای ادامه کار خود باید منابعی در اختیار داشته باشد. لذا مجریان اصلاحات می‌توانند برای تغییر رفتار سازمان ها، چیزی را تغییر دهند که برای به دست آوردن منابع باید انجام شود. سازمان‌های بخش سلامت، عموما منابع خود را از سه طریق یعنی بازارها، فرایندهای بودجه‌ای و اهدا به دست می‌آورند. رقابت، که اولین راهبرد مورد بررسی ما است، در بستر بازارها مفهوم عملی پیدا می‌کند. قرار دادبندی که دومین راهبرد است، می‌تواند در هریک از این بسترها کارکرد داشته باشد. این راهبردها مانعة الجمع نیستند. برای مثال قرار دادبندی می‌تواند ابزاری برای افزایش رقابت یا تغییر ترکیب ارایه‌کنندگان باشد. در ادامه بحث، ارتباطات بین این دو راهبرد را شناسایی و تحلیل خواهیم کرد.

**1-3) ترویج رقابت بازار**

همان گونه که در فصل ۲ مطرح شد، در سال‌های اخیر علاقه فزاینده‌ای به استفاده از بازارها در ارایه خدمات مراقبت سلامت شکل گرفته است. مشکل مجریان اصلاحات این است که اطمینان حاصل کنند چنین بازارهایی انگیزه‌های مناسب ایجاد می‌کنند (یعنی اطمینان یافتن از این بابت که رقابت منطقی وجود داشته باشد).

در یک بازار کلاسیک، مشتریان یعنی بیماران هستند که انتخاب می‌کنند چه چیزی را از چه کسی بخرند و برای خریدشان، خود مبلغی پرداخت می‌کنند. این امر، در بخش‌های مراقبت سرپایی خصوصی و بزرگ بسیاری از کشورها رخ می‌دهد. سایر ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت، با وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که برخی از ویژگی‌های یک بازار کلاسیک (ولی نه همه) را دارا هستند. برای مثال، بیمارستان‌های دولتی در بسیاری از کشورها، تحت حمایت بودجه قرار دارند، ولی درآمد کلانی نیز از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان[[427]](#footnote-427) و پرداخت‌های غیر رسمی‌کسب می‌کنند. چنین حالتی، آنها را مشمول برخی از انگیزه‌های بازار می‌کند. به علاوه، چنین پرداخت هایی، درآمد اصلی برخی از بیمارستان‌های دولتی (همانند چین امروزی و بیشتر بیمارستان‌های دولتی ایالات متحده را تشکیل می‌دهند) به طوری که شرایط آنها بیشتر به حالت وابسته به بازار تبدیل می‌شود.

رقابت از این نظر مطلوب است که فروشندگان را وادار می‌کند هزینه‌ها و قیمت ها را کاهش دهند و برای جذب اعتبار بیشتر، نسبت به مشتریان پاسخده باشند. مدیران شرکت‌هایی که ممکن است دوام نداشته باشند، انگیزه‌ای قوی برای تلاش جدی و خطر کردن دارند. در واقع، شرکت‌هایی که توسط مالکان خود اداره می‌شوند، موفق‌تر هستند و خطرات بزرگتری را تقبل می‌کنند، دقیقا به این خاطر که مدیران، از موقعیت یا شکست شرکت خود، منفعت یا زیان بسیار زیادی می‌بینند.

رقابت، انگیزه‌هایی نیز برای کارکنان ایجاد می‌کند. همان گونه که مقاله نویس انگلیسی ساموئل جانسون نوشته است: «انتظار اعدام شدن، به گونه‌ای شگفت آور، ذهن را متمرکز می‌کند». کارکنان می‌دانند که شکست در تطابق با شرایط بازار رقابتی، به معنی از دست دادن شغل‌شان است. این امر ممکن است باعث شود که سخت‌تر کار کنند و تغییرات طرح ریزی شده برای بهبود چشم انداز‌های شرکت را بپذیرند.

همان گونه که در فصل ۳ ذکر شد، اقتصاددانان غالبا بازارهای رقابتی را به این دلیل دوست دارند که از لحاظ نظری، خواص مطلوبی برای ترغیب کارایی تخصصی و بهینگی پارتو[[428]](#footnote-428) دارند. اما در دنیای واقعی، ممکن است والاترین ارزش رقابت، پایین نگهداشتن هزینه‌ها و ارتقای کیفیت خدمات باشد. رقابت، در میان مدت، خلاقیت را نیز به شکل انواع جدید مراقبت‌های پزشکی مثل داروهای جدید و الگوهای نوین ارایه خدمات) تشویق می‌کند.

حتی زمانی که بیماران مستقیما بهای مراقبت را نمی‌پردازند، انگیزه‌های رقابتی می‌تواند از ترتیبات تأمین مالی و پرداخت حاصل شود. بیمارستان‌ها ممکن است برای خدمت رسانی به بیماران تحت پوشش بیمه، با یکدیگر رقابت کنند. پزشکان عمومی‌ممکن است موقعی که دولت، پرداخت سرانه به ازای بیمار به آنها انجام دهد، به رقابت برای جلب بیماران دست زنند. اگر بودجه‌ها به طریقی تنظیم شوند که انعکاسی از حجم مراقبت‌های ارایه شده باشند، حتی بیمارستان‌های تحت حمایت بودجه نیز با برخی از فشارهای مربوط به بازار مواجه خواهند شد. کلید تأثير انگیزه‌ای بازار این است که آیا خریداران حق انتخاب دارند و آیا پول به دنبال بیمار (یا مشتری می‌آید یا خير (بدون توجه به این که پول از کجا می‌آید).

بسیاری از بازارهای مراقبت سلامت به گونه‌ای هستند که اقتصاددانان آنها را «انحصار چندقطبی»[[429]](#footnote-429) می‌نامند یعنی تنها تعداد اندکی فروشنده دارند که می‌توانند رفتار خود را هماهنگ کنند تا قیمت ها را افزایش داده، رقابت را محدود سازند. در انتهای دیگر طیف، ممکن است تنها یک فروشنده وجود داشته باشد (انحصار تک قطبی) که از فشارهای بازار برای کنترل قیمت ها یا ارایه خدمات مطلوب می‌گریزد چون بیماران، منبع مراقبت دیگری ندارند.

بسیاری از مقررات مربوط به کیفیت در مراقبت سلامت از جمله ملزومات مربوط به آموزش یا اعطای گواهی، این عارضه جانبی ناخوشایند را دارند که رقابت را محدود می‌کنند. ارتباطات حرفه‌ای می‌تواند هم به صورت رسمی (از طریق توافق بر سر قیمت) و هم به صورت غیر رسمی (از طریق فشار اجتماعی) عمل کند و رقابت را محدود نماید. در برخی موارد، دولت‌ها اجازه محدود کردن ورود پزشکان جدید را به جوامع پزشکی دارند که این اقدام با مسایل آشکار ضدرقابتی همراه است.

اقتصاددانان، نحوه تأثیرگذاری ساختار صنعت را بر سطح رقابت در یک بازار خاص بررسی کرده‌اند. ساختار، به تعداد فروشندگان و توزیع حجمی آنها و وجود یا نبود «موانع بر سر راه ورود» اطلاق می‌گردد. این موانع عبارتند از محدودیت‌های قانونی (مثل امتیاز انحصاری)، کنترل بر روی منابع محدود (مانند در اختیار داشتن تنها دستگاه رادیوگرافی در یک شهر)، شهرت فروشنده که فروش اش را تضمین می‌کند («تمایز کالا»)[[430]](#footnote-430) و مشکلاتی که رقیبان آینده در به دست آوردن سرمایه دارند. پاسخ کلی این است که وقتی فروشندگان بیشتری وجود دارند و ورود به یک بازار برای فروشندگان جدید راحت‌تر است، پیامدهای رقابتی محتمل‌تر هستند. وقتی تنها تعداد کمی‌شرکت حفاظت شده وجود داشته باشد، به احتمال بیشتری می‌توانند تبانی موفقیت آمیز صورت دهند. لذا دولت برای غلبه بر موانع ورود، افزایش تعداد فروشندگان و همچنین افزایش رقابت می‌تواند راهبردهای متعددی اتخاذ کند:

* کاهش موانع مقرراتی: دولت‌ها می‌توانند قوانین مربوط به اعطای گواهینامه با حق انحصاری را آسان بگیرند؛ جوازهای بیشتری برای مراکز و تجهیزات صادر کنند یا جوامع حرفه‌ای را از قدرت انحصاری خود محروم کنند.
* حمایت از تولیدکنندگان جديد: دولت‌ها می‌توانند از وام، کمک هزینه سرمایه گذاری مستقیم یا قراردادهای طولانی مدت استفاده کرده، به رقبای جدید کمک کنند تا سرمایه کسب نمایند یا از داشتن مشتری اطمینان حاصل کنند. برای مثال، یک تولیدکننده محلی واکسن که با وام دولت شروع به کار کرده است، می‌تواند باعث تعدیل مناسب قیمت عرضه‌کنندگان خارجی گردد.
* تقویت و اجرای قوانین ضد انحصار: بسیاری از کشورها، مقررات ضد انحصار یا رقابت را دارند که مشخص مانع تبانی بر سر قیمت می‌گردد و ترتیبات آشکار برای تقسیم بازار را بی اعتبار می‌کند. در برخی موارد، این قوانین، ادغامهای ضد رقابتی را محدود می‌کنند. اطمینان از اجرای این قوانین و به کار گرفته شدن آنها برای جوامع حرفه‌ای می‌تواند رقابت را افزایش دهد.

البته این که دولت‌ها در افزایش رقابت در مراقبت سلامت، تا چه حد باید پیش روند، به خاطر برخی ویژگی‌های این بخش، پیچیده‌تر می‌شود. اول آن که وقتی ارایه‌کنندگان به صورت کارانه مزد می‌گیرند، افزایش رقابت می‌تواند منجر به این شود که از غفلت بیماران سوء استفاده شود و تقاضای القا شده از سوی عرضه‌کننده ایجاد گردد. بنابراین، این خطر حقیقی وجود دارد که سیاست‌های رقابت زا، میزان مراقبت نامناسب را افزایش دهند. آسان گرفتن قوانین مربوط به اعطای گواهینامه نیز در صورتی که ارایه کنندگانی با آموزش کمتر وارد بازار گردند، نگرانی‌هایی را در مور کیفیت بالینی ایجاد می‌کند. به علاوه، همانگونه که پیشتر ذکر شد، ممکن است بین رقابت و مزایای صرفه جویی مقیاس نیز تنشی وجود داشته باشد.

**2-3) قراردادبندی[[431]](#footnote-431)**

برخی نهادهای دولتی (مثل وزارت بهداشت یا صندوق بیمه اجتماعی)، تحت نظام‌های پرداختی که در فصل قبل مورد بحث قرار گرفت، یک برنامه قیمتی را تثبیت می‌کنند تا طبق آن به تمام تولیدکنندگان تأیید شده، پرداخت صورت گیرد. در حالی که این رویکرد، شایع‌ترین رویکرد برای پرداخت در قبال دریافت مراقبت سلامت است، یک رویکرد جایگزین دیگر نیز وجود دارد. حتی اگر بازارها کاملا رقابتی نباشند، می‌توان از قراردادبندی انتخابی برای ارایه خدمات جهت ایجاد انگیزه استفاده کرد (هرچند افزایش رقابت می‌تواند یک راهبرد تکمیلی باشد).

قرار داد»، توافقی مکتوب بین خریدار و فروشنده است. فروشنده تعهد می‌کند که کالاها و خدمات معینی را فراهم کند و در مقابل خریدار می‌پذیرد که مبلغ معینی را به فروشنده بپردازد. قرارداد، جنبه‌های آن توافق را مشخص می‌کند: آنچه فروشنده فراهم می‌کند، آنچه خریدار می‌پردازد، تاریخ تحویل و پرداخت، مدت زمان توافق، شرایط تمدید (در صورت وجود)، جرایم عدم اجرای مفاد و فرایندهایی برای حل اختلافات. یک قرارداد می‌تواند مجموعه مفصل‌تر و انعطاف پذیرتری از انگیزه‌ها را نسبت به یک نظام پرداخت فراهم کند. در واقع، برخی از ویژگی‌های اجبارانه یک برنامه مقرراتی را با اثرات انگیزه‌ای یک نظام پرداخت تلفیق می‌کند.

برای مثال وزارت بهداشت می‌تواند با بیمارستان ها جهت پرداخت یک بهای ثابت (هزینه‌های ثابت معینی را شامل می‌شوند) یا همچنین مبتنی بر حجم[[432]](#footnote-432) (برای پوشش هزینه‌های متغیر)، قرارداد ببندد. میزان هر پرداخت می‌تواند بر اساس وضعیت مالی خاص هر بیمارستان استوار باشد. این ترکیب هم انگیزه‌های تولیدی ایجاد می‌کند و هم در صورت کاهش حجم، بیمارستان را در برابر خطرات مالی تا حدی محافظت می‌کند. این فلسفه مبتنی بر هزینه سمت عرضه و تقسیم خطرات، دولت جمهوری قرقیزستان را به سمت قرارداد بستن با بیمارستان ها هدایت کرد که در آنجا به ازای هر بیمار به بیمارستان‌ها بازپرداخت انجام می‌شد و بر اساس تشخیص بدو مراجعه، تعدیل‌هایی صورت می‌گرفت (معادل سازوکار گروه مرتبط با تشخیص[[433]](#footnote-433) که در فصل ۹ مورد بحث قرار گرفت).

قرارداد بندی می‌تواند به ویژه در صورتی مفید باشد که بیمارستان‌های دولتی، خودگردانی و استقلال قابل ملاحظه‌ای داشته باشند. انگیزه‌های حاصل از قراردادها می‌توانند به پر کردن شکاف ایجاد شده در اثر کاهش نظارت مستقیم کمک کنند. برای مثال، قرارداد می‌تواند معین کند که یک بیمارستان باید حجم معینی از مراقبت‌های رایگان را به بیماران فقیر ارایه کند. لذا مقررات در فیلیپین، بیمارستان‌های خصوصی را ملزم می‌کنند که حداقل 10% از ظرفیت تخت خود را برای بیماران نیازمند نگه دارند. برونداد‌های مشخص شده در قرارداد می‌توانند باعث حصول اطمینان بیشتری از این موضوع گردند که بیمارستان ها در جهت اهداف بخش دولتی عمل می‌کنند و آنها را ندیده نمی‌گیرند. برای مثال بیمارستان‌های ملی و خودگردان کنیاتا در کنیا، از زمانی که آزادی بیشتری پیدا کرده‌اند، هزینه‌های بیشتری نسبت به قبل متحمل می‌شوند؛ آشکارا خدمات بیشتری ارایه نمی‌کنند و خدمات خود به فقرای شهر را کاهش می‌دهند. مشکل بتوان مشخص کرد که این بیمارستان‌ها اهداف دولت را برآورده کرده‌اند یا خیر زیرا هیچ نقش مشخصی با توجه به قرارداد دولتی ندارند.

می‌توان از قراردادبندی برای ایجاد تغییرات «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» نیز استفاده کرد. برای مثال صندوق بیمه اجتماعی می‌تواند تصمیم بگیرد خدمات خاصی را تنها در مراکز عالی منطقه‌ای گزینش شده پوشش دهد (و تنها با آن مراکز قرارداد ببندد). همچنین یک وزارتخانه می‌تواند برای انتقال مراقبت از یک مجموعه ارایه‌کنندگان (مثل بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها) به دیگری (مثل پزشکان خانواده) از قراردادبندی استفاده کند.

از قرار دادبندی می‌توان برای تغییر رفتارهای مدیریتی نیز استفاده کردن برای مثال برای مجبور کردن بیمارستان ها به استخدام مدیرانی با مدارک علمی‌خاص یا تأمین سطوح خاصی از کارکنان. به همین ترتیب به عنوان بخشی از قرارداد ممکن است یک بیمارستان مجبور باشد فرایندهایی را برای بررسی تمام موارد مرگ بیماران با تشکیل یک هیات بررسی برای حصول اطمینان از این که تمام طرح‌های تحقیقاتی حایز استانداردهای خاصی هستند، تنظیم کند. این امیدواری وجود دارد که چنین فرایندهای بررسی، انگیزه‌های جدید برای پزشکان ایجاد کنند (تنها در صورت تمایل به پرهیز از شرمندگی بابت تصمیم گیری‌های غلط نزد همکاران خود).

ارتباط حاصل از یک قرارداد ممکن است محدود یا گسترده باشد. یک قرارداد ساده ممکن است معین کند که فروشنده چندین دوز واکسن با قدرت مشخص را در تاریخ معین به یک مکان خاص تحویل دهد و هنگام تحویل مبلغ معینی را دریافت کند. همچنین توافق می‌تواند در برگیرنده مجموعه پیچیده‌ای از خطرات و مسؤوليتها باشد (مثلا وقتی سازمانی غیر دولتی تقبل می‌کند که تعدادی از مراکز سلامت را با برخی کارکنان دولتی راه بیندازد و دولت مسؤول برخی از کارکردها (مثل نگهداری ساختمان) ولی نه همه آنها (مثل عرضه دارو) باشد).

قراردادهای پیچیده مستلزم درجاتی از اعتماد متقابل بین خریداران و فروشندگان است. این دو گروه باید اطلاعات و کار را با یکدیگر مبادله کنند تا در زمینه یک ارتباط مداوم، مشکلات را حل کنند. در چنین وضعیت هایی، عبارات مكتوب با تعریف محدود و باریک نمی‌توانند تمام احتمالات پیش بینی نشده را که ممکن است اتفاق بیفتند، پوشش دهند. برخورد با پیشامدهای پیش بینی نشده (مثلا مراکز سلامت تحت قرارداد در اثر سیل صدمه ببینند)، مستلزم اندکی تقابل بر اساس تعهد طرفین است تا هریک، منافع گروه دیگر را لحاظ کند.

فرایندهای مربوط به قراردادبندی بسیار متفاوت هستند. گاهی یک فرایند «مناقصه» رقابتی رسمی وجود دارد که پیشنهاد کمتر در آن برنده است. گاهی پیشنهادها از نظر کیفیت و نیز قیمت ارزیابی شده‌اند و «نمره‌ای به آنها تعلق می‌گیرد. گاهی پیشنهاد دهندگان بالقوه شرایط خود را اعلام می‌دارند و تنها در صورت تأیید، اجازه پیشنهاد دادن را می‌یابند. گاهی مذاکراتی به عنوان فرایندهای «نمره منفرد[[434]](#footnote-434)» انجام می‌گیرد (یا شاید همراه با ۲ یا ۳ طرف قرارداد بالقوه در یک رقابت غیر رسمی). تجربه حاکی از آن است که اقدامات رسمی‌در مورد بروندادهای استاندارد شده (با توصیف آسان) بهتر هستند. فرایندهای محتاطانه‌تر ممکن است تنها راه برخورد با وضعیت‌های پیچیده یا منحصر به فرد باشند. از آنجا که این فرایندها با خطر پارتی بازی با ارتشای بیشتر همراه هستند، بهتر است با ابزارهایی چون هیات بررسی و ممیزی بیرونی همراه باشند تا هم ظاهر و هم باطن انصاف حفظ شود.

پیامدهای قراردادبندی به سطح رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قرار دادبندی اثربخش‌تر شود زیرا خریداران می‌توانند تهدید کنند که به جای دیگری بروند. لذا ترغيب رقابت می‌تواند به حمایت از راهبرد قرار دادبندی کمک کند. به علاوه هرچقدر خریداران بیشتر باشند، می‌توانند موارد مطلوب بیشتری را از فروشنده انتظار داشته باشند.

اگر یک خریدار تنها مشتری باشد (برای مثال یک صندوق بیمه ملی)، دینامیک موضوع ممکن است متفاوت شود. در این صورت اگر خریدار تقاضاهای بیش از حدی داشته باشد، فروشنده ممکن است ورشکسته شود. فروشندگان در مواجهه با چنین دیدگاهی، آمادگی سیاسی کسب خواهند کرد تا خود را محافظت کنند و از تهدید ورشکستگی استفاده خواهند کرد تا در مورد قراردادهای سفت و سخت، مذاکرات تجدید شوند. وقتی هم خریداران و هم فروشندگان انحصاری باشند (آنچه اقتصاددانان آن را انحصار دو طرفه» می‌خوانند)، پیش بینی پیامد دشوار می‌شود. در این صورت همان قدر که فروشنده محتاج خریدار (تنها خریدار خدمات) است، خریدار نیز محتاج فروشنده است (مثلا تنها بیمارستان موجود در یک منطقه).

مسأله رقابت به ویژه هنگامی‌مطرح است که دولت‌ها از نوعی قرارداد استفاده کنند که گاهی تحت عنوان «نیمه بازار[[435]](#footnote-435) یا «جدایی خریدار - ارایه کننده»[[436]](#footnote-436) خوانده می‌شود. در این راهبرد، یک نهاد عمومی‌که قبلا هم تأمین مالی و هم ارائه مراقبت را بر عهده داشته است، به دو جزء تقسیم می‌گردد. به طور خلاصه، تأمین مالی از ارایه جدا می‌شود. یک نهاد خریدار ایجاد می‌گردد و قدرت قرارداد بستن با فروشندگان مختلف از جمله واحدهای ارایه‌کننده خدمات در ساختار واحد پیشین) پیدا می‌کند. وقتی. فروشنده جدید یک بازار انحصاری دارد، می‌تواند مقاومت مؤثری در برابر تلاش‌های خریدار جهت کنترل هزینه داشته باشد. در زلاندنو وقتی که هیأت‌های سلامت منطقه‌ای که تازه تشکیل شده بودند شروع به مذاکره با بیمارستان‌های عمومی جدید، مستقل (ولی از لحاظ محلی انحصارگرایانه) کردند، این امر رخ داد.

کشورهایی که برای استفاده از قرار دادبندی برنامه ریزی می‌کنند، باید ظرفیت‌های لازم برای اجرای موفقیت آمیز آن را در نظر بگیرند. آیا این کشورها، تخصص لازم جهت تبیین مشخصات، گرفتن تصمیم‌های مربوط به قراردادبندی، نوشتن قرار داد و نظارت بر ظرفیت پذیری را دارند؟ قرارداد بندی به نقش وزارت بهداشت خاتمه نمی‌دهد ولی باعث تغییر قابل ملاحظه نقش آن نهاد (و نیازهای همراه آن از جمله مهارت ها و کارکنان) می‌شود.

وقتی «موارد قابل تحویل[[437]](#footnote-437)» در قرارداد پیچیده باشند، این وظایف می‌توانند به ویژه چالش برانگیز باشند. لذا فرایندهای مذاکره و اجرای قرارداد تفصیلی، به ویژه برای پیامدها مهم هستند. گاهی یک نهاد به طرز نامناسبی بر فرایند پاداش دادن به قرارداد به کسی که می‌برد») تمرکز می‌کند. با این وجود آنچه برنده می‌برد (مفاد قرارداد) و چگونگی کنار آمدن با برنده در طول زمان، احتمالا از نظر اثری که بر بستن قرارداد دارد، حیاتی است. به یاد داشته باشید که طرف قراردادهای انتفاعی از هر انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌ها (و خدمات)، افزایش قیمت و کاهش کیفیت برخوردار هستند مگر آن که ملزومات قرارداد با تهدید به عدم تمدید قرارداد، منجر شود که طور دیگری عمل کنند.

زامبيا و غنا هر دو با تقسیم کردن وزارت بهداشت به یک نهاد تأمین مالی و یک سازمان ارایه مراقبت سلامت، سعی کردند اجزای رویکرد نیمه بازار به قراردادبندی را اجرا کنند. هر دو کشور متوجه شده‌اند که این تغییر مستلزم ظرفیت مدیریتی بیشتری نسبت به بخش دولتی سنتی مبتنی بر بودجه است. به همین ترتیب ارزیابی قرار دادبندی در مورد اداره بیمارستان‌های روستایی در آفریقای جنوبی، نتایج مختلفی را نشان داد که تا حد زیادی به این خاطر بود که دولت در نوشتن، پاداش دادن و اجرای قرارداد ضعیف عمل کرده بود.

قرار دادبندی غیر از نگرانی‌های عملکردی، معایب دیگری نیز دارد. کار چشمگیر موجود در فرایندهای قراردادبندی، هزینه‌های اجرایی بیشتری نسبت به یک نظام پرداخت ساده و متحدالشکل ایجاد می‌کند. به علاوه احتياط موجود، خطر عزل و نصب و ارتشا را در بر دارد. لذا قابلیت کاربری این راهبرد تا حدی به مهارت و درستکاری نهادهای مربوطه بستگی دارد. علاوه بر این اگر مدیران سازمان‌های طرف قرارداد، اختیار، انگیزه و مهارت‌های لازم برای پاسخ به انگیزه‌های ایجاد شده در اثر قراردادبندی را نداشته باشند، فواید بالقوه آن در مورد اهرم کنترل سازماندهی نمی‌تواند بالفعل شود.

**۳-۳) راهبردهای انگیزه ای: خلاصه**

به طور خلاصه، چگونه راهبردهای انگیزه‌ای بررسی شده، بر عملکرد نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند؟

رقابت ابتدا باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش پاسخدهی به تمایلات مشتریان می‌گردد زیرا همان چیزی است که برای موفقیت رقبا لازم است. این تغییرات باید رضایت از نظام مراقبت سلامت را افزایش دهند. البته افزایش وضعیت سلامت بستگی دارد به اینکه ارایه‌کنندگان چه واکنشی نشان دهند و دولت برای استفاده از صرفه جویی ایجاد شده در هزینه چه تصمیمی‌بگیرد. برای مثال رقابتی که باعث استفاده بیش از حد و نامناسب گردد، کیفیت بالینی را کاهش و هزینه‌ها را افزایش خواهد داد. ممکن است هزینه‌های مربوط به بازاریابی یا مراقبت که بیماران آنها را مطلوب توصیف می‌کنند ولی نقشی در ارتقای وضعیت سلامت ندارند، نیز افزایش یابد. فشاری که برای پرهیز از اتلاف مالی وارد می‌شود، ممکن است دسترسی فقرا و حفاظت از آنها در برابر خطر را نیز کاهش دهد.

اثرات قراردادبندی به چگونگی اجرای آن بستگی دارد. قرار دادبندی می‌تواند بالقوه باعث ارتقای کارایی فنی (با کنترل هزینه)، کارایی تخصیصی با هدایت مجدد منابع و کیفیت بالینی و کیفیت خدمات (در صورتی که قرارداد شامل اهداف عملکردی قابل اندازه گیری باشد) بشود. می‌توان از قراردادبندی برای ارتقای دسترسی از طریق الزامی‌کردن حجمی از مراقبت‌های رایگان نیز استفاده کرد (و لذا عدالت عملکرد نظام را افزایش داد). همان گونه که اشاره شد، قرارداد بندی هزینه‌های تعامل (هزینه‌های تدوین، پاداش دادن و اجرای قراردادها) را افزایش می‌دهد که این هزینه‌ها را باید در نظر گرفت. منابع این فعالیت ها بسیار مهم هستند زیرا با قرار دادبندی بد نمی‌توان به دستاوردهای بالقوه آن دست یافت.

**۴) مداخلات مدیریتی**

عواقب تغيير انگیزه‌های بیرونی یا «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد»، به چگونگی تأثیرگذاری این مداخلات بر ارائه مراقبت سلامت و خود این امر وابستگی حایز اهمیتی به مدیران سازمان‌های مراقبت سلامت دارد. این بخش از فصل تغییرات سیاستی را که رفتارهای مدیریتی را هدف قرار می‌دهند، (به عنوان سومین مجموعه از راهبردهای اهرم کنترل سازماندهی) مدنظر قرار می‌دهد.

ابتدا دو مداخله در برگیرنده «ساختاربندی مجدد» بخش عمومی هستند مورد بررسی قرار می‌گیرند: تمرکززدایی و شرکتی سازی. سپس تغییر رفتارهای مدیریتی بدون ساختاربندی مجدد و کاربرد مدیریت جامع کیفیت و قرار دادبندی با بیرون ( پیمانکاری) به عنوان روش‌هایی برای پیش بردن اهداف اصلاحات بخش سلامت بررسی می‌شوند.

**1-4) ساختاربندی مجدد بخش دولتی: تمرکززدایی[[438]](#footnote-438)**

تاکنون انگیزه‌های مربوط به ارایه‌کنندگان خصوصی و نیمه خصوصی مورد بحث قرار گرفته‌اند. برای مجریان اصلاحاتی که می‌خواهند مسؤوليت ارایه‌کنندگان را افزایش و عملکرد آنها را ارتقا دهند ولی آنها را در بخش دولتی باقی بگذارند، چه گزینه‌هایی در دست است؟ پاسخی که محبوبیت آن در سراسر جهان رو به افزایش است، تمرکززدایی است.

بحث زمینه‌ای این است که نظام‌های ملی متمرکز به ویژه در یک کشور بزرگ و وسیع نمی‌توانند نظارت مؤثری بر ارایه خدمات محلی داشته باشند (یا حداقل غالبا این کار را نمی‌کنند). شهروندان ناراضی، در بیان شکایات خود غالبا به موانع بوروکراتیک زیادی بر می‌خورند. مدیران واقع در مرکز با توجه به مکان‌های ارایه خدمات سلامتی که باید پایش شوند، نمی‌توانند (یا دلیل زیادی برای علاقه به این کار ندارند) نقایص عملکردی موجود در بیمارستان ها و درمانگاه‌های مختلف را پیگیری کنند. به علاوه مديران بخشی یا منطقه‌ای به ندرت برای کیفیت خدمات در ناحیه خود مسؤول شمرده می‌شوند ( تا حدی به این خاطر که غالبا عملکرد آنها پایش نمی‌گردد). پس مدیر محلی هم کنترل مؤثری ارایه نمی‌کند.

تمرکززدایی مورد نظر ما در اینجا گاهی واگذاری به سایر بخش‌های دولتی[[439]](#footnote-439) خوانده می‌شود و شامل انتقال اختیار به واحدهای پایین‌تر از سطح ملی است. در مورد مراقبت‌های اولیه این امر غالبا به معنی انتقال اختیار به سطح محلی است. واحدهای جغرافیایی بزرگتر مثل بخش ها[[440]](#footnote-440) بیشتر مسؤولیت مراقبت‌های بیمارستانی را برعهده می‌گیرند. تغییراتی که تنها اختیار بیشتری به ادارات منطقه‌ای یک ساختار متمرکز می‌دهند و غالبة

تراکم زدایی»[[441]](#footnote-441) خوانده می‌شوند، در حقیقت نوع متفاوتی از اصلاحات مدیریتی به شمار می‌روند.

طرفداران تمرکززدایی استدلال می‌کنند که با کنترل محلی، ارایه خدمات ارتقا می‌یابد، عملکرد نامناسب مشهودتر خواهد بود، مدیران فشار بیشتری را برای پاسخ‌دهی حس می‌کنند، عزل و نصب و ارتشا مشهودتر خواهد شد و قیمتی که به دست می‌آورند (به شکل عملکرد نامناسب)، کمتر قابل قبول خواهد بود. شهروندان فردی معتبر خواهند داشت که شکایات آنها را دریافت کند و دلیلی موفقیت انتخاباتی برای پاسخ به نگرانی‌های آنها داشته باشد. در عوض مدیران به وسیله مؤسسات سیاسی محلی یا منطقه‌ای از نظر عملکردشان، معتبر شمرده می‌شوند. چنین ادعا می‌شود که تمام این موارد منجر به کاهش هزینه‌ها و نیز بهبود کیفیت بالینی و کیفیت خدمات می‌گردد.

در اصل بوروکراسی‌های ملی می‌توانند به شرایط محلی متغیر پاسخ دهند. البته تمرکززدایی از این ادعا حمایت می‌کند که در عمل بوروکراسی‌ها غالب مناطق محیطی را مورد غفلت قرار می‌دهند. در مقابل، تمرکز زدایی، پاسخ‌دهی به شرایط و تمایلات محلی را افزایش می‌دهد. برای مثال، در نواحی مالاریا خیز پول بیشتری صرف کنترل مالاریا خواهد شد یا ترکیب خدمات برای متناسب شدن با ترجیحات افراد محلی تعدیل خواهد گشت.

بخش عمده‌ای از تمرکز زدایی شامل ترکیبی از اصلاحات انگیزه‌ای و مدیریتی است. برای مثال مدیران به جهت این که هیأت مدیره‌های محلی بر اساس عملکرد، آنها را استخدام، اخراج یا تشویق می‌کنند، با مسؤولیت بیشتری مواجه خواهند گشت. به علاوه به مدیران قدرت بیشتری در مورد کارکنان، قرار دادبندی و خرید داده می‌شود ( آنچه بوسرت آن را «فضای تصمیم گیری[[442]](#footnote-442)، آنها می‌خواند). دیدگاه ما این است که این تغییرات باید با هم صورت پذیرند. در صورت عدم وجود ظرفیت پاسخ دهی، انگیزه‌ها مؤثر نخواهند بود. اما درخواست از سطوح مرکزی برای صرف نظر کردن از کنترل، آسان نیست. در واقع دولت شیلی تحت فشار اتحادیه‌های بخش دولتی مجبور شد شرایط حقوقی را پس از تمرکززدایی، مجددأ متمرکز نماید.

تمرکززدایی بخش سلامت می‌تواند اهداف بخش‌های دیگر را نیز برآورده کند. این اهداف می‌توانند شامل تقویت دولت‌ها با اعطای مسؤولیت بیشتر به آنها یا خارج کردن مسوولیت‌های مالی از دست یک دولت ملی شدیدا تحت فشار باشد. در چنین مواردی ممکن است دولت‌ها عملکرد ضعیف‌تر بخش سلامت را در ازای حصول به این اهداف دیگر بپذیرند. تمرکز زدایی مراقبت سلامت می‌تواند مشکلاتی جدی را در ارتباط با عدالت ایجاد کند. مناطق ثروتمند‌تر می‌توانند نسبت به همتایان فقیرتر خود، با مالیات کمتری خدمات مشابه را تأمین کنند (یا خدمات بیشتر با مالیات مشابه). اگر یک سازوکار توزیع مجدد بين منطقه‌ای تثبیت نگردد، مناطق فقیر‌تر ممکن است قربانی این تمرکززدایی گردند (همانگونه که در بوسنی رخ داد). از سوی دیگر وقتی تلاش‌هایی به‌اندازه کافی قوی برای توزیع مجدد صورت می‌پذیرند، مناطق فقیر در واقع از تمرکز زدایی بهره می‌برند. همان گونه که شواهد حاصل از شیلی و کلمبیا نشان می‌دهند، توزیع مجدد مبتنی بر فرمول ممکن است فایده بیشتری برای مناطق فقیر نسبت به فرایندهای بودجه‌ای سیاست محور پیشین داشته باشند. در این زمینه، همان گونه که در فصل ۷ بحث شد، تأمین مالی جامعه‌ای می‌تواند نوعی تمرکز زدایی تلقی گردد که اختیار در مورد ارایه مراقبت‌های اولیه و مسؤولیت‌های مالی را در یک سطح کاملا محلی ترکیب می‌کند).

مجریان اصلاحات نظام‌های سلامت که در مورد تمرکززدایی نظر می‌دهند، باید در نظر بگیرند که ظرفیت فنی و اداری موجود در محیط چقدر است و با چه سرعتی می‌توان این ظرفیت را افزایش داد. در کشورهایی که فرایندهای سیاسی محلی شفاف نیستند، غلبه با مرفهین است و فساد و پارتی بازی حاکم است، پاسخگویی مطلوب و مزایای مربوط به کارایی ناشی از تمرکززدایی، احتمالا بالفعل نمی‌شوند. به علاوه، در کشورهایی که تعارض میان گروه‌های جامعه قابل ملاحظه باشد، گروه‌های حاشیه‌ای ممکن است متوجه شوند که تصمیم گیری محلی به ضرر آنها تمام شده است.

در برخی شرایط ظرفیت‌سازی محلی با موفقیت قابل حصول است. مثال کرالا در جنوب هند را در نظر بگیرید که سطح سواد بالا است و اخیرا تجارب زیادی در مورد دولت محلی مؤثر وجود داشته است. مشاهده گران آگاه، با تسهیل تمرکززدایی موفقیت آمیز اختیارات بودجه‌ای بخش سلامت به سطح محلی در دهه ۱۹۹۰، تلاش زیادی برای آموزش رهبران محلی اعمال کردند.

از سوی دیگر، آموزش فنی لزوما بر نقص موجود در سرمایه اجتماعی (یعنی تمایل شهروندان به همکاری در پیگیری منافع جمعی خوب به روش‌هایی که مستلزم اعتماد و احترام متقابل است) فایق نخواهد شد. تعلیم حسابداری بسیار راحت‌تر از آموزش نگرش‌های موردنیاز برای شهروندان دموکراتیک موفق است. البته به تأخیر انداختن اجرای تمرکززدایی تا زمانی که آموزش کاملا تمام شود»، نیز می‌تواند اشتباه باشد. ممکن است چنین روزی هرگز نرسد. به علاوه فشار اجرای تمرکززدایی می‌تواند «لحظات قابل آموزش ایجاد کند. به عبارت دیگر نیاز به عملکرد می‌تواند پذیرش کارمندان محلی و منطقه‌ای برای کسب مهارت ها و مفاهیم جدید را افزایش دهد.

این مشاهدات در مورد اختیارات، توزیع مجدد و ظرفیت‌سازی محلی نشانگر این بحث عمومی هستند که پیامد تغییر سیاست، به جزییات طراحی و اجرای آن بستگی دارد. برای بالفعل کردن فواید بالقوه باید انتخاب‌های متعدد موجود در تمرکز زدایی را در نظر گرفت و با روشی پایدار و متناسب در مورد آنها تصمیم گرفت. برای مثال برای ارتقای کارایی با تولید خدماتی که ارتباط تنگاتنگ‌تری با شرایط محلی داشته باشند، تصمیم گیران محلی باید اختیاراتی درباره کارکنان و بودجه داشته باشند. در غیر این صورت چگونه می‌توانند امیدوار باشند نتایج دلخواه را به دست آورند؟

پس از شروع یک برنامه تمرکززدایی، نقش بوروکراسی مرکزی تغییر می‌کند. به این صورت که مرکز باید به جای کنترل، توصیه کند و به جای دستور، آموزش بدهد. ممکن است برای حرکت دادن سیاست محلی به سمت اهداف ملی، ابزارها، مقررات یا انگیزه‌هایی لازم باشند. برای مثال، می‌توان انتقال اعتبار به سطوح پایین‌تر دولت را بر اساس حصول اهداف ملی تنظیم کرد. برای مثال در هند، دولت ملی جایزه‌های نقدی قابل ملاحظه‌ای را برای ایالاتی تعیین کرده است که بهترین عملکرد کنترل جمعیت را داشته باشند. پایش عملکرد، به ویژه حایز اهمیت می‌گردد. در غیر این صورت اثرات اقدامات جدید آشکار نخواهد شد. لازم به یادآوری نیست که بسیاری از واحدهای دولت مرکزی به سختی این انتقال را قبول می‌کنند.

نکته آخر مربوط به تفاوت‌های موجود در شرایط و ظرفیت‌های محلی است که در مناطق مختلف به ویژه در کشورهای بزرگ ایجاد می‌شوند. در نتیجه، ممکن است تلاش‌های مربوط به تمرکز زدایی، بسته به منطقه متفاوت باشند. حتی در ایالات متحده که دولت‌های ایالتی همگی شایستگی قابل قبولی دارند، دولت فدرال بر اساس تفاوت‌های موجود در شایستگی فنی تعیین می‌کند که کدام وظایف فنی و مقرراتی به کدام ایالت محول شود.

**2-4) ساختاربندی مجدد بخش دولتی: خودگردانی[[443]](#footnote-443) و شرکتی‌سازی[[444]](#footnote-444)**

مداخله مدیریتی دیگر مربوط به ساختاربندی مجدد ارایه‌کنندگان دولتی مراقبت سلامت (البته معمولا منحصرا برای بیمارستان ها از طریق اصلاحاتی است که گاه «خودگردانی» و «شرکتی سازی» خوانده می‌شوند.

قبلا برخی از ویژگی‌های ساختاری بخش دولتی که در عملکرد ضعیف نقش دارند، مورد بررسی قرار گرفتند. این اصلاحات سعی دارند که این ویژگی‌های ساختاری را تغییر دهند تا عملکرد ارتقا یابد. این دیدگاه منجر به ایجاد سازمان‌های جدید شده است که جنبه‌های مدیریت بخش خصوصی را وارد بخش دولتی می‌کنند. این اجزای جدید، انیمه دولتی» یا «وابسته به دولت» خوانده شده‌اند یا دچار خودمختاری» و با تغییرات کامل‌تر به صورت «شرکتی‌سازی شده‌اند. در این اصلاحات، به مدیران اختیار داده می‌شود و در عوض در برابر یک ساختار مدیریتی جدید (مثل یک هیأت مدیره) مسؤول هستند که صرفا بخشی از وزارت بهداشت نیست. این سازمان می‌تواند به طور نسبی یا کامل از بودجه بندی، کارکنان و قوانین خرید دولت جدا باشد و می‌تواند به روش‌های مختلف جدیدی کسب درآمد کند (بر اساس حجم بیمار یا قراردادهای انگیزه ای).

این نوع ساختار بندی مجدد، غالبا از دیدگاه دسته بندی حقوقی یا رسمی‌مثل «مالکیت» یا «حكومت» مورد بحث قرار می‌گیرند که جزئیات عملیاتی حیاتی را پوشش نمی‌دهد. برای مثال اگر یک هیأت مدیره جدید ایجاد کنیم، آیا اعضا به طریقی انتخاب خواهند شد که هیأت را تشویق کنند که به دنبال مدیران لایق باشد یا آنها نیز به بازی سیاسی و عزل و نصب خواهند پرداخت؟

یک راه برای فهم چگونگی تأثیرگذاری ساختار بندی مجدد بر پیامدهای عملکرد این است که پرسیده شود تغییرات چگونه بر «شش کلید عملکرد سازمانی» تأثیر می‌گذارند (جدول ۱-۱۰). نکته این است که تصمیم‌های هیأت مدیره انگیزه‌هایی برای مدیران و کارکنان ایجاد می‌کنند که می‌توانند پیش بینی کنند این اقدامات در عمل چگونه کار خواهند کرد.

* انگیزه‌های وارد بر سازمان: اصلاحات مؤثر، انگیزه‌هایی مبتنی بر عملکرد و قوی ایجاد می‌کند به طوری که بیماران (در بازارهای حقیقی) یا سایر نهادهای دولتی (در نیمه بازارها») قادر خواهند بود ارایه‌کنندگان را بر اساس عملکرد هزینه - کیفیت خود انتخاب کنند. برای تشویق سازمان به پاسخ به این انگیزه‌ها نوعا به آن اجازه داده می‌شود که بخشی یا حتی همه منافعی را که حاصل می‌آورد، حفظ کند. این مغایر با واگذاری مازاد به وزارت دارایی است که در بسیاری بوروکراسی‌ها شایع است.
* انگیزه‌های مربوط به مدیران اصلاحات مؤثر، انگیزه‌هایی قوی بر مدیران وارد می‌کند تا عملکرد را ارتقا دهند. یک گزینه، اعطای قدرت استخدام، اخراج و تشویق مدیران به هیأت مدیره‌ای است که به نوبه خود به گونه‌ای تعیین می‌شود که اعضای خود را عملکرد محور کند. برای وقوع این امر، جزئیات ساختارهای «حاکمیت»، بسیار مهم هستند. اصلاحاتی که اجازه تداوم تأثیرگذاری سیاسی بر گماشتن مدیران را می‌دهند، انگیزه‌های مدیران را تضعیف می‌کنند.
* اختیار مدیران: مدیران برای پاسخ به انگیزه‌های خود باید نسبت به کارکنان، خرید، قیمت گذاری و سایر زمینه‌های مهم اختیارات داشته باشند. البته اختیار مدیران غالبا تحت فشار حاصل از سوی واحدهایی که مشتاق محافظت از کارمندان هستند یا مشتریانی که علاقمند به حفظ قیمت های پایینی هستند، محدود می‌گردد.
* مهارتها و نگرش‌های مدیران ارتقای مهارت ها و نگرش‌های مدیران نوعا (بدون فكر) به ساختارهای حکومت جدید محول شده است. تنها کشورهای اندکی در این مورد فکر کرده‌اند که دولت برای ایجاد ترکیبی از کارآفرینی و مسؤولیت پذیری اجتماعی در مدیرانی که اصلاحات را پیش خواهند برد، چه می‌تواند بکند.
* انگیزه‌های کارکنان: ارتقای عملکرد کارکنان عمدتا در دست مدیران قرار دارد. وقتی مدیران بتوانند استخدام و اخراج کنند و مبناهای پرداختی را تغییر دهند، خواهند توانست انگیزه‌های مبتنی بر عملکرد برای کارکنان ایجاد کنند. از سوی دیگر، گاهی نظام کارکنان قدیمی و انگیزه‌های ضعیفی که ایجاد می‌شود، سر جای خود باقی می‌ماند.
* مهارت ها و نگرش‌های کارکنان: مجریان اصلاحات نوعا با مهارت ها و نگرش‌های کارکنان را مورد توجه قرار نداده‌اند یا این موضوعات را به عهده مدیران جدید گذاشته‌اند (با این امید که مدیران از ترکیب رهبری و اختیار برای تغییر نیروی کار استفاده خواهند کرد).

به طور خلاصه، ساختار بندی مجدد و موفقیت آمیز یک بیمارستان مستلزم کادری از مدیران توانمند و کاملا آموزش دیده بیمارستان است که اختیاری قابل قبول داشته باشند و به خاطر عملکرد خود پاداش بگیرند. این امر نیازمند توجه به آموزش چنین افرادی، تلاش برای افزایش احترام به کار آنها در میان پزشکان و ترغیب جوامع پزشکی است. تنها ملل کمی (مثل مجارستان) شروع به ایجاد زیرساختار آموزشی و اعتباری لازم برای حصول به این هدف کرده‌اند.

شواهد بین المللی حاکی از آن هستند که تغییرات خرد خرد که جنبه‌های کلیدی ساختار بیمارستان را اصلاح نمی‌کنند، نتایج عمده‌ای ایجاد نمی‌کنند. افزایش انگیزه‌های مربوط به سازماندهی، بدون دادن اختیار و مهارت لازم برای پاسخ‌دهی به مدیران، رویکرد آتیه داری نیست. به همین ترتیب دادن اختیار به مدیران و قرار دادن آنها در معرض انگیزه‌های بازار (بدون اعطای مسؤولیت خارجی احتمالا آنها را در سرمایه گذاری‌های منفعت طلبانه وارد می‌کند که ارزش‌های اجتماعی اندکی دارند.

تغییرات عمده متعدد می‌تواند اثر تعاملی با داشته، فرهنگ و کارکرد سازمان را تغییر دهد. در جایی که استخدام بر مبنای ارشدیت و عزل و نصب تداوم دارد، بیمارستان ها کارکنانی را جذب خواهند کرد که چنین شرایطی را دوست دارند. از سوی دیگر مدیران جدید (با اختیار جدید) می‌توانند محیطی جدید ایجاد کرده، کارکنان با انگیزه‌تری را جذب کنند که به طرز مؤثری از عهده ارتقای بهره وری و خدمات برآیند.

هرچه فشارهای بازار بر بیمارستان‌های خودگردان بیشتر باشد، بیشتر شبیه اجزای انتفاعی عمل خواهند کرد. لذا هرچه اصلاحات وسیع‌تر و مؤثر باشند، این بیمارستان‌های مجدد، سازماندهی شده احتیاج بیشتری به قرار گرفتن تحت مقررات خواهند داشت. باز هم مشاهده می‌شود که رقابت و وضع مقررات، مکمل و نه جایگزین هستند.

متأسفانه عزل و نصب، سیاست و اتحادیه‌های قدرتمند ممکن است اعطای تصمیم‌های حیاتی مربوط به کارکنان به مدیران را با مشکل روبه رو سازند. سیاستمداران نیز ممکن است مایل نباشند جهت فعالیت‌هایی بها بپردازند که قبلا از طریق یارانه‌های متقاطع در مورد آنها تحت حمایت قرار داشتند. لذا مجریان اصلاحاتی که در مورد خودگردانی فکر می‌کنند، باید امکانپذیری سیاسی آن را در اوایل فرایند اصلاحات ارزیابی کنند تا از اتلاف زمان و تلاش در رویکردی که نمی‌تواند به طرز مؤثری انجام پذیرد، خودداری شود.

اجرا در اینجا بسیار مهم است چرا که سازماندهی مجدد بیمارستان مانند یک آنتی بیوتیک قوی نیست که در کوتاه مدت برخی وضعیت‌های غیر مطلوب را علاج کند، بلکه بیشتر شبیه یک دوره درمان فیزیکی است: کار سخت و دردناکی که برای ارتقای عملکرد بخش سلامت، باید هر روز و در مدت زمانی قابل ملاحظه انجام گیرد یا با سایر مداخلات درمانی ترکیب شود.

**3-4) ارتقای عملکرد بخش عمومی**

در صورتی که مخالفت سیاسی، تمرکز زدایی یا خودگردانی را غیر عملی سازد، این پرسش ایجاد می‌شود که آیا می‌توان عملکرد بخش دولتی را بدون چنین تغییرات ساختاری ارتقا داد. پاسخ باید یک «شاید» تأیید شده باشد؛ تا حدی به این خاطر که ارتقای عملکرد بخش دولتی به تغییراتی وابسته است که درست مثل هرگونه اصلاحات مالکیت یا کنترل، در مورد آن اختلاف نظر وجود دارد.

تغییرات مورد نیاز چنان آشکار هستند که تنها مشکلات سیاسی گسترده و عدم تخصص وزارتخانه می‌تواند دلیلی برای عدم اجرای گسترده‌تر آن باشد. ممکن است یک دلیل این باشد که اصلاحات درون بخش دولتی می‌تواند وزرا را از معذرت معمولی «این کار را نکردم» محروم کند که اگر بخش‌های خصوصی یا خودگردان در مقابل منافع قدرتمند قرار گرفته باشند، قابل استفاده است. به علاوه خود وزرا غالبأ فاقد تجربه مدیریتی و حوصله لازم برای تلاش دراز مدت و سخت از لحاظ سیاسی هستند که اصلاحات مدیریتی به آن نیاز دارد. مجددا از دسته بندی حاصل از «شش کلید» برای سازماندهی بحث خود استفاده می‌کنیم.

* انگیزه‌های تأمین اعتبار: سرمایه گذاری می‌تواند به طرق مختلف با عملکرد مرتبط باشد. برای مثال بودجه‌ها ممکن است براساس کیفیت و کمیت خدمات، متفاوت باشند. انگیزه‌ها (مثل پاداش ها) می‌توانند به مناطق و نهادهایی داده شوند که در مورد اهداف عملکردی سنجیده شده، بهتر عمل می‌کنند. می‌توان گزارش ها و رتبه بندی‌های مربوط به عملکرد را به اطلاع عموم رساند و سازمان‌های دارای عملکرد بالا را مورد تأیید قرار داد.
* انگیزه‌های مدیران: می‌توان نقش سیاست و عزل و نصب را محدود کرد و مدیران را براساس مهارت و عملکرد مدیریتی آنها، انتخاب، تحریک و تشویق کرد. می‌توان آن دسته از نظام‌های گزارش و نظارت را که مسؤولیت حقیقی ایجاد می‌کنند، تثبیت کرد؛ نظام‌هایی که اگر قرار است اختیار مدیران را افزایش دهیم، به ویژه حائز اهمیت هستند.
* مهارت ها و نگرش‌های مدیران: می‌توان برنامه‌های رسمی آموزش مدیریت را گسترش داد و برای شغل‌های خاص پیش شرط تعیین کرد. می‌توان اثرات حرفه مدیریت را توسعه داد. شخصیت نقش‌های مدیریتی را می‌توان با پاداش‌های مختلف و تلاش‌هایی برای مشهور کردن مدیران افزایش داد. می‌توان نامزدهای توانا را تشویق کرد که حرفه‌های مدیریتی را در پیش بگیرند.
* اختیار مدیران: می‌توان به مدیران اجازه داد در مورد روش های بودجه بندی، خرید، قیمت گذاری، استخدام کارکنان و تولید، تصمیم های بیشتری بگیرند. و انگیزه‌های کارکنان می‌توان نظام‌های استخدامی‌را تغییر داد تا به عملکرد پاداش داده شود و تأثیر سیاست و انتصاب محدود گردد.
* ظرفیت ها و نگرش‌های کارکنان: می‌توان الگوهای استخدامی، نظام‌های آموزش و رفتارهای کارکنان را اصلاح کرد تا کارمندان با انگیزه جذب و حفظ شوند.

این تغییرات می‌توانند باعث ارتقای قابل ملاحظه عملکرد بسیاری از نهادهای بخش دولتی شوند. کشورهایی که در مقابل چنین اقداماتی مقاومت می‌کنند و به مدیران اختیار کمی‌می‌دهند، بودجه‌ها را براساس سابقه پیشین اختصاص می‌دهند و برای استخدام به انتصاب متکی هستند، نباید متعجب شوند اگر عمکرد بد نظام سلامت آنها در بخش دولتی تداوم یابد.

**۴-۴) سایر ابتکارات مدیریتی خاص: مدیریت جامع کیفیت**

گزینه‌های موجود برای ارتقای عملکرد سازمانی که مدیران دارای قدرت در مجموعه‌ای باید آنها را در نظر بگیرند، چه هستند؟ اولین گزینه، مدیریت جامع کیفیت» (TOM)[[445]](#footnote-445) یا «ارتقای مداوم کیفیت» (CQI)[[446]](#footnote-446) خوانده می‌شود. در سال‌های اخیر، جذابیت این رویکرد برای مدیران مراقبت سلامت در سراسر دنیا رو به افزایش بوده است.

این نظرات کاملا با چارچوب مورد استفاده، سازگار هستند. متخصصان (TQM-CQI) همگی طرفدار سنجش عملکرد، مسؤولیت پذیری مدیریتی، دخیل بودن کارکنان، توجه به خدمات ارایه شده به مشتری و رهبری از بالا هستند. آنها بر این نظر تأکید دارند که کلید هزینه کمتر و کیفیت بالاتر، طراحی جدید و دقیق نظام‌های تولید است. آنها بر اهمیت تحلیل عینی نظام مند (درست همان گونه که در سطح نظام سلامت عمل می‌کنیم) نیز به عنوان کلید اصلاحات مؤثر تأکید می‌کنند.

یک بینش کلیدی حاصل از TQM-CQI این است که بهبود کیفیت نمی‌تواند در اثر ترس یا اجبار حاصل گردد. ارتقا باید از نظامی ظهور کند که خوب انجام دادن کارها را آسان و بد انجام دادن آنها را مشکل سازد. تلاش‌های هدف دار برای ارتقای کیفیت در بخش سلامت برای ارتقای تجویز دارو یا مدیریت مداخله ای) غالبا بر اساس این رویکرد استوار هستند. در نهایت نیاز شدیدی به آنها وجود دارد. علت این است که در بخش سلامت اقدامات عملیاتی می‌تواند منعکس‌کننده تلاش‌های گروه‌ها، اتحادیه‌ها یا کارکنان کنترل - محور برای پیشبرد اهداف خودشان باشد (در خلاف جهت به حداکثر رساندن عملکرد نظام). آنها می‌توانند بدون مقاومت باقی بمانند زیرا سازمان‌ها و مدیران آنها فاقد انگیزه‌ها با ظرفیت لازم برای تغییر مؤسسه بوده‌اند.

در اینجا نمی‌توان رئوس مطالب مقالات مربوط به روش‌های ارتقای کیفیت را مرور کرد. دیدگاه این است که چنین برنامه‌هایی نمی‌توانند جایگزین مدیریت خوب شوند. برعکس بیشترین تأثیر مثبت این رویکرد در سازمان‌هایی بوده است که از مدیریت خوبی برخوردار بوده‌اند. لذا مدیریت جامع، جایگزین انواع اصلاحات مدیریتی مورد بحث در این فصل به شمار نمی‌رود. برعکس روش‌های کیفیت زمانی مثمر ثمر‌تر هستند که ظرفیت مدیریت برای اجرای مؤثرتر این روش‌ها به قدر کافی ارتقا یافته باشد.

دیگر رفتار خاص مدیریت که در سال‌های اخیر غالبا مدنظر مجریان اصلاحات مراقبت سلامت قرار داشته است، بستن قراردادهایی با شرکت‌های بخش خصوصی جهت ارایه خدمات خاصی به بخش دولتی است. شایع‌ترین زمینه برای این رویکرد، خدمات غیر سلامت مثل غذا، نظافت یا خشک شویی است. اما در زمینه‌های بالینی نیز از آن استفاده می‌شود (برای مثال قراردادهایی برای انجام آزمون‌های آزمایشگاهی خاص یا ارایه خدمات تخصصی).

نکته جذاب پیمانکاری[[447]](#footnote-447) (که به این اقدامات اطلاق می‌گردد). این است که عرضه‌کنندگان تخصصی می‌توانند مزیت صرفه جویی مقیاس در یک کارکرد خاص (مثل خشک شویی) را داشته باشند که یک بیمارستان خصوصی نمی‌تواند به آن دست یابد. به علاوه عرضه‌کنندگان می‌توانند بر فعالیتی (مثل نظافت) تمرکز کنند که معمولا در بیمارستانی با محوریت خدمات طبی، به آن توجه نمی‌شود. علاوه بر این، امیدواری وجود دارد که فرایند پیشنهاد شده منجر خواهد شد شرکت‌هایی که در پی بستن قرارداد هستند، خدمات خوب را با قیمتی پایین پیشنهاد دهند. در کشورهایی که بخش دولتی‌شان ناکارا و اصلاح آن مشکل است، ممکن است پیمانکاری،

گزینه‌ای جایگزین به نظر برسد. این امیدواریها زمانی تکمیل می‌شوند که مجموعه مجربی از عرضه‌کنندگان رقیب در پی قرارداد بستن باشند. در مقابل، بستن قرارداد با یک مجری انحصارگرا، احتمالا دستاوردهای دلخواه مربوط به هزینه و خدمات را حاصل نمی‌کند.

بیمارستان ها برای بستن قراردادهای موفق باید بتوانند شرایط را بنویسند، پیشنهادها را ارزیابی کنند، طرح مقدماتی قراردادها را بنویسند و عملکرد را پایش کنند. به علاوه اگر خود بیمارستان ها برای ارتقای عملکرد خود تحت فشار نباشند، نسبت به آنچه باید به صورت رسمی‌در هنگام تحویل مستقیم خدمات به خوبی انجام می‌دادند، انگیزه‌های بیشتری برای بستن قرارداد نخواهند داشت. لذا بیمارستان ها و مدیران آنها برای اجرای مؤثر پیمانکاری به افزایش انگیزه‌های مبتنی بر عملکرد و مسؤولیت نیاز دارند.

**5-4) خلاصه مداخلات مدیریتی**

مداخلات مدیریتی در زمینه عملکرد کلی بخش سلامت، تا حدی مشخص هستند. آنها عموما مستقیما دسترسی با حفاظت در برابر خطر را لحاظ نمی‌کنند. به ندرت پاسخی به مشکلات ناکارایی تخصیصی وجود دارد (یعنی آنچه تولید می‌شود. در عوض این اصلاحات بر چگونگی تولید توجه می‌کنند (به کارایی فنی و ارتقای کیفیت خدمات و کیفیت بالینی). این امر منطقی است زیرا آنچه سازمان‌ها تولید می‌کنند، در اصل توسط انگیزه‌های بیرونی آنها معین می‌شود در حالی که تغییرات مدیریتی اساسا یک مسأله درونی به شمار می‌روند.

سیاست چنین اصلاحاتی نوعا منعکس‌کننده فشارهای متعارض و تعارض زا است. نارضایتی شهروندان از خدمات نامناسب ممکن است از چنین تغییراتی حمایت کند حتی اگر سیاستمداران و کارکنان صاحب منصب مخالف آنها باشند. نگرانی‌های بخش‌های غیر سلامت (مثل تقویت دولت‌های محلی) نیز می‌تواند نقش بازی کند. اگر این اصلاحات موفق شوند، آنگاه باید هزینه‌ها کمتر یا وضعیت سلامت و رضایتمندی بیشتر باشد. البته اینکه دستاوردهای بالقوه چگونه در میان این اهداف پخش می‌شوند، به سایر تصمیم‌های اتخاذ شده در حوزه‌های تأمین مالی و پرداخت بستگی خواهد داشت.

**۵) راهنمایی شرایطی**

برای بالفعل کردن دستاوردهای بالقوه حاصل از سایر ابتکارات اصلاح طلبانه، توجه به اهرم کنترل سازماندهی غالبا ضروری است. تغییر تأمین مالی و پرداخت می‌تواند سرمایه‌های در دسترس ارایه‌کنندگان و انگیزه‌های مورد مواجهه آنها را تغییر دهد. اما چنین تغییراتی به تنهایی ظرفيت نظام سلامت را برای ارایه مراقبت‌های بهتر افزایش نمی‌دهند. سرانجام اگر ظرفیت افزایش نیابد، کارایی، کیفیت و دسترسی ارتقا نخواهند یافت (عملکرد کلی نظام نیز چنین نخواهد شد).

در اصلاحات بخش سلامت غالبا این نتیجه گیری نادیده گرفته می‌شود. ممکن است تا حدی این موضوع به خاطر مسامحه باشد. مجریان اصلاحات به طرز نامناسبی، اقتصاددان یا پزشک هستند. اقتصاددانان غالبأ اعتقاد دارند که تغییر گردش پول به تنهایی باعث ارتقای عملکرد خواهد شد. پزشکان غالبا بر مسایل بالینی تمرکز می‌کنند و برای آنچه به عنوان دخالت «بوروکراتها» (که نگرانی مسایل سازمانی هستند) در کار خود می‌دانند، ارزشی قایل نمی‌شوند. این امر، مسألهای سیاسی نیز به شمار می‌رود. تغییر نظام ارایه همواره با مخالفت افرادی رو به رو می‌گردد که کارکردها و منابع را از دست خواهند داد. تلاش‌های مربوط به ارتقای کارکرد بخش سلامت ممکن است با مخالفت سیاسی جدی از سوی سیاستمداران مبتنی بر انتصاب یا اتحادیه‌ها روبه رو گردند.

علی رغم این مشکلات، مجریان اصلاحات باید با یک حقیقت اساسی در مورد نظام ارائه مراقبت مواجه شوند که در آغاز این فصل به آن اشاره شد. سازمان‌های ارایه‌کننده کارکرد مؤثری نخواهد داشت مگر آن که مدیران، هم انگیزه برای ارتقای کارکرد و هم ظرفیت برای پاسخ به این انگیزه‌ها را داشته باشند. اگر مجریان اصلاحات نخواهند یا نتوانند تغییرات لازم برای فراهم آوردن این امر را اعمال کنند، نباید شگفت زده شوند اگر ناامید‌کننده بودن عملکرد نظام سلامت تداوم داشته باشد.

از لحاظ انگیزه‌ها این موضوع را بررسی کردیم که چگونه می‌توان از رقابت و بستن قرارداد استفاده کرد و هم بر ارایه‌کنندگان خصوصی انتفاعی و هم بر ارایه‌کنندگان بخش دولتی که درجاتی از اختیار مدیریتی دارند (همانند نیمه بازارها) تأثیر گذاشت. همچنین تمرکززدایی درون بخش دولتی به عنوان راهی برای افزایش انگیزه‌ها و مسؤولیت مدنظر قرار گرفت.

از لحاظ افزایش ظرفیت، گزینه‌های مختلفی برای ساختار بندی مجدد (خودگردانی و شرکتی‌سازی و امکانات افزایش ظرفیت مدیریتی در درون بخش دولتی بدون سازماندهی مجدد مورد بررسی قرار گرفت. همچنین اشاره شد که موفقیت دو ابتکار مدیریتی مدیریت جامع کیفیت و پیمانکاری، به افزایش ظرفیت مدیریتی وابسته است. آنها مكمل و نه جایگزین مدیران دارای مهارت، اختیار و انگیزه برای ارتقای عملکرد سازمانی هستند.

این بینش باید برای تلاش‌های مشابه در زمینه «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» در نظام ارایه خدمات نیز به کار رود. چنین تلاش‌هایی همانند انتقال فعالیت ها به بخش خصوصی به انجام تغییرات در انگیزه و ظرفیت نیز تکیه می‌کند. سایر تغییرات مثل تغییر مقیاس و حیطه ارایه کنندگان، برای ایجاد مزایای بالقوه شان، وابسته به اقدامات مدیریتی هستند و ممکن است بر دسترسی یا عدالت تأثیر بگذارند. اما مجریان اصلاحات غالبا فکر نکرده‌اند که چنین تغییراتی چگونه در سطح مدیریتی حاصل خواهند شد.

**1-5) انتخاب از بین گزینه‌های اصلاح**

مجریان اصلاحات در تصمیم گیری در مورد این که چه کاری را انجام دهند، باید بدانند که با یک نظام انتصاب گسترده، تنها اصلاحات ساختاری قابل ملاحظه منجر به ارتقای قابل ملاحظه عملکرد خواهد شد. اصلاحات خفیف‌تر بیشتر در جایی مناسب هستند که شایستگی مدیریتی و انگیزه کارکنان نسبتا خوب باشد. متأسفانه دقیقا در جایی اصلاحات جدی بیشتر مورد نیاز است که از لحاظ سیاسی با بیشترین مشکل مواجه است.

ترکیبی از تمرکز زدایی و شرکتی‌سازی که کشور باید در نظر بگیرد، به برخی متغیرها وابسته است. آیا ارتشا و ناکارایی در سطح محلی، بهتر یا بدتر هستند؟ چقدر احتمال دارد که بتوان تأیید سیاسی لازم را برای انواع جدید اداره بیمارستان که منجر به ارتقای واقعی مدیریتی خواهد شد، به دست آورد؟ اثربخشی نظام‌های پرداخت و وضع مقررات در ایجاد انگیزه‌ها و کنترل‌هایی که می‌خواهیم بر رفتار ارایه‌کنندگان اثر بگذارند، چقدر است؟

ریشه‌ای‌ترین راهبردهای ساختاربندی مجدد شامل خصوصی‌سازی و تکیه کامل بر بازار هستند. همانگونه که ذکر شد، درست بودن این کار برای یک کشور به مسایل متعددی بستگی دارد. بازارهای حاصل چقدر رقابتی خواهند بود؟ بازاری‌های انحصارگر خصوصی، احتمالا نتایج دلخواه را حاصل نمی‌کنند. مسأله دوم فرهیختگی و دقت نظر خریداران است. هرچه خریداران قضاوت بهتری در مورد گزینه‌ها داشته باشند، کارکرد بازار بهتر خواهد شد. مسأله سوم این است که اهداف مجریان اصلاحات چیستند؟ نگرانی‌های مربوط به عدالت، استفاده کمتر از بازار را ایجاب می‌کنند. توجه به رضایت مشتری، باعث می‌شود بازار مناسب‌تر عمل کند. متأسفانه اینجا نیز با یک تناقض دشوار دیگر مواجه می‌شویم. دولت‌هایی که نظام ارایه دولتی آنها ضعیف است، غالبأ فاقد مهارت‌های عادی و اداری برای خرید مؤثر از ارایه‌کنندگان خصوصی یا وضع مقررات برای آنها هستند.

در برخورد با این مسایل، مجریان اصلاحات باید اهمیت حفظ هنجارهای حرفه‌ای را در نظام ارائه مراقبت سلامت نیز در نظر بگیرند. مشکل «نمایندگی» بدان معنی است که پزشکان اگر بخواهند، به آسانی می‌توانند بیماران را استثمار کنند. سازماندهی رقابت بازار به آسانی می‌تواند هنجارهای شغلی محدود‌کننده چنين استثماری را از بین ببرد. در واقع، هرچه بازار رقابتی‌تر باشد، فشار بیشتری بر ارایه‌کنندگان برای به حداکثر رساندن درآمدهای خود وارد می‌گردد.

**2-5) تغییر سازمانی و عدالت**

تغییرات سازمانی می‌توانند مسایل عمده‌ای از لحاظ عدالت به همراه داشته باشند. همانگونه که قبلا ذکر شد، تغییر گروه ارایه‌کنندگان پرستاران در مقابل پزشکان) یا محل طبابت (درمانگاه محلی در برابر بیمارستان ها) می‌تواند بر موجود بودن فیزیکی یا موجود بودن اثربخش گروه‌های فقیر یا گروه‌های حاشیه‌ای اجتماعی تأثیر بگذارد. لذا نحوه پرداخت برای ارایه مراقبت به افراد فقیر است که تعیین می‌کند آیا ارایه چنین مراقبتی برای ارایه‌کنندگان رقابتی جذاب خواهد بود یا خیر. هرچه ارایه‌کنندگان رقابتی‌تر و بازار محورتر باشند، پاسخ بیشتری حتی به تغییرات کوچک در علایم قیمتی خواهند داد.

ارتباط آخر بین عدالت و سازماندهی در زمینه تمرکززدایی ایجاد می‌گردد. خطر آن است که اختلاف موجود در سطح توسعه محلی اجتماعی و اقتصادی در اثر چنین اصلاحاتی بدتر شود. جوامع پیشرفته‌تر بهتر قادر خواهند بود از عهده چنین خدماتی برآیند و اگر اقدامات قوی متوازن‌سازی انجام نگیرند، خدمات بهتر یا میزان مالیات کمتر (یا حتی هر دو) را ارایه خواهند کرد.

**3-5) خلاصه**

این فصل را با تعریف آنچه به عنوان یک سازمان (به عنوان ارایه‌کننده خدمات مراقبت سلامت و سازماندهی نظام می‌دانستیم، آغاز کردیم. ما سه نوع مداخله را شرح دادیم: تغيير «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد، تغییر در انگیزه‌ها و تغییرات مدیریتی. همچنین بحث کردیم که این مداخلات چگونه می‌توانند عملکرد کلی را ارتقا بخشند.

بر این موضوع تأکید شد که این سه مداخله باید با یکدیگر عمل کنند. تغییرات انگیزه‌ای همانند تمرکز زدایی یا بستن قرارداد اگر با تغییراتی در سطح مدیریتی همراه نباشند، پیامدها را تغییر نخواهند داد. به همین ترتیب صرفه جویی در هزینه و دستاوردهای بالینی بالقوه حاصل از تغییر مقیاس و حیطه، تنها در صورتی بالفعل خواهد شد که مدیران فرصت‌های خود را غنیمت بشمرند. سرانجام رفتار کارکنان خط مقدم و مدیران آنها باید تغيير کند تا ارتقای واقعی حاصل شود.

ملاحظه شده است که تغییرات سازمانی غالبة مستلزم استفاده از سایر اهرم‌های کنترل هستند به ویژه وقتی که سازمان‌های هدف کاملا تحت اختیار وزارت بهداشت نیستند، تأمین مالی، پرداخت و وضع مقررات و نظارت به ویژه مهم هستند. برای مثال کره و ژاپن از وضع مقررات برای جدا کردن توزیع از تجویز داروها توسط پزشکان استفاده کرده‌اند. دولت‌ها برای کمک به رشد برخی از ارایه‌کنندگان می‌توانند مبلغ بیشتری به آنها پرداخت کنند یا به طور گزینشی با آنها قرار داد ببندند یا به آنها وام بدهند یا پرداخت بدهی‌های آنها را تضمین کنند. تمام این موارد می‌توانند سازماندهی نظام را تغییر دهند.

از آنجا که جزئیات واقعا مهم هستند و غالبا، در سطح سیاست به طور کامل حاصل نمی‌شوند، برای استفاده مؤثر از اهرم‌های کنترل سازماندهی، اجرا بسیار مهم است. توجه به جزئیات و تمرکز بر دنبال کردن تا به آخر، الزامی است. مجریان اصلاحات باید کاملا این نکته را لحاظ کنند که در صورت ایجاد اعتراضات غیر قابل اجتناب، از حمایت سیاسی مداومی‌برخوردار خواهند بود یا خیر. تغییر سازماندهی، عرصه‌ای برای افراد کم حوصله یا افرادی که قلب ضعیفی دارند، نیست. با این وجود اگر قرار است سایر اصلاحات، دستاوردهای موردنظر خود را در عملکرد بخش سلامت به دست آورند، ممکن است کاملا ضروری باشد.

**11**

**وضع مقررات و نظارت**

**۱) مقدمه**

در این فصل ما به بررسی چهارمین اهرم کنترل یعنی وضع مقررات می‌پردازیم. منظور ما از وضع مقررات، استفاده از قوه قهریه دولت برای تغییر رفتار افراد و سازمان‌ها در بخش سلامت است. وضع مقررات فقط برای کسانی که به ارایه و تأمین مالی مراقبت سلامت می‌پردازند مصداق ندارد، بلکه کسانی که به تولید در وندادها می‌پردازند (مثل صنایع داروسازی و کسانی که به کارکنان سلامت آموزش می‌دهند) را هم شامل می‌شود.

یک راه برای فهم نقش وضع مقررات، بررسی چگونگی ارتباط آن با علاقه اقتصاددانان پیرو مكاتب غربی به استفاده از بازار به عنوان راهی برای تخصیص منابع است. اقتصاددانان بر مبنای مجموعه‌ای از باورهای قوی چنین استدلال می‌کنند که نظام بازارهای کاملا رقابتی، منجر به وضعیت بهینه پارتو» خواهد شد (به فصل ۶ مراجعه کنید). در چنین وضعیتی، افزایش مطلوبیت[[448]](#footnote-448) یک فرد جز با کم کردن از مطلوبیت فردی دیگر میسر نخواهد بود. دولت‌هایی که می‌خواهند از بازارها به این صورت استفاده کنند، از وضع مقررات، برای استقرار قوانین حاکم بر حقوق مالکیت و تضمین مبادلات آزاد و درستکارانه استفاده می‌کنند. در غیر این صورت، آنکه از همه قوی‌تر و متقلب‌تر باشد حق همه را خواهد بلعید. با این حال، حتی در صورتی که بازارها کارکردی مناسب داشته باشند، ممکن است توزیع رفاه و تندرستی به وجود آمده توسط آنها، بر حسب چارچوب‌های اخلاقی مختلف قابل قبول نباشد و از این رو، برای دستیابی به پیامدهای عادلانه تر، از وضع مقررات استفاده می‌شود. سوم، بسیاری از بازارها به خودی خود عملکرد مناسبی ندارند و از این رو دولت‌ها برای ارتقای عملکرد آنها به وضع مقررات روی می‌آورند. هدف چهارم از وضع مقررات از آنجا ناشی می‌شود که دولت‌ها ممکن است از آن برای پیشبرد (و تغيير) آن دسته از هنجارهای اخلاقی استفاده کنند که بازارها نمی‌توانند برای رشد خود به آنها تکیه کنند.

تمامی این مسایل، در بخش سلامت بسیار پیش می آیند. در نتیجه، وضع مقررات، اقدامی اصلی در تمامی‌نظام‌های سلامت و یک اهرم کنترل عمده برای کسانی است که می‌خواهند عملکرد نظام سلامت را ارتقا بخشند.. به عنوان نمونه استفاده از قوانین برای مشخص کردن خدمات سلامتی که باید در بسته‌های خدمات بیمه‌ای وجود داشته باشد، می‌تواند مستقیم باعث ارتقای وضعیت سلامت و رضایتمندی شود. قوانینی که از مصرف‌کنندگان در برابر کیفیت نامناسب داروها با پزشکان غیرصلاحیت دار محافظت می‌کنند نیز می‌توانند اثرات مشابهی داشته باشند.

وضع مقررات اغلب ارتباط متقابل مهمی‌با سایر اهرم‌های کنترل دارد. برای اثربخش بودن سایر اهرم‌های کنترل، اغلب باید آنها را با وضع مقررات مناسب همراه کرد. به عنوان مثال یک کشور می‌تواند یک برنامه بیمه اجتماعی را برقرار کند، اما این برنامه ورشکسته خواهد شد مگر اینکه وضع مقررات اثربخش، افراد مورد نظر را متقاعد نماید که در این برنامه‌ها شرکت کنند و حق بیمه بپردازند. به همین دلیل، مقررات اغلب زمانی اثربخش‌تر هستند که انگیزه‌ها و تلاش‌های مناسب برای تأثیر بر رفتار افراد، مکمل برنامه‌های وضع مقررات باشند.

با این حال مقررات به خودی خود اجرا نمی‌شوند. وظایف اجرایی و سیاسی که لازم است انجام شوند تا مقررات به صورتی مؤثر اجرا گردد، می‌تواند بسیار قابل توجه باشد. علاوه بر این، مقررات در صورتی که طراحی مناسبی نداشته باشند باعث خواهند شد که عملکرد نظام‌های سلامت، به جای بهتر شدن بدتر شود. از این رو سیاستگذاران باید نقاط قوت و محدودیت‌های وضع مقررات را درک کنند و اگر قرار است از این ابزار به صورتی موفقیت آمیز استفاده کنند، باید بدانند که چه عواملی باعث اجرای برنامه‌های نظارتی می‌شوند.

این فصل حول پنج سؤال اصلی سازمان یافته است: وضع مقررات چیست و ما چرا به وضع مقررات می‌پردازیم؟ وضع مقررات چگونه بر عملکرد نظام‌های سلامت تأثیر می‌گذارد؟ عوامل تعیین‌کننده عمده موفقیت مقررات چیستند؟ انواع عمده مقررات در بخش سلامت کدامند؟ و در نهایت ما چه راهنمایی در مورد چگونگی استفاده اثربخش از وضع مقررات ارایه می‌کنیم؟ توصیف انواع عمده مقررات بحثی نسبتا طولانی است زیرا انواع بسیار فراوانی از مقررات وجود دارند که در کشورهای کم درآمد و پر درآمد بسیار متفاوت هستند. خوانندگان می‌توانند برای درک بیشتر در مورد موارد خاص و جایگزین وضع مقررات بر حسب علاقه خود به صورت گزینشی به مطالبی در این مورد مراجعه کنند.

**۲) وضع مقررات چیست و ما چرا به وضع مقررات می‌پردازیم؟**

**1-2) منظور از مقررات چیست؟**

ما از عبارت وضع مقررات برای نشان دادن استفاده دولت از قوه قهریه و اجبار خود جهت اعمال محدودیت‌هایی برای سازمان ها و افراد استفاده می‌کنیم. بنابر این تعریف، تنها قوانین رسمی و مشروع و نه پاداش ها با تغییر رفتارها به فصل ۱۰ مراجعه کنید) تحت عنوان مقررات قرار می‌گیرند. از این رو وضع مقررات، طیف کاملی از ابزارهای قانونی (به عنوان مثال قوانین، فرمان ها، دستورات، نظام نامه‌ها، قوانین اجرایی و راهکارها را از قوانین اعلام شده از سوی دولت یا نهادهای غیردولتی (مثلا سازمان‌های نظارت بر خود گرفته تا سایر نهادهایی که دولت قدرت وضع مقررات را به آنها تفویض کرده است. در بر می‌گیرد.

تعريف ما از وضع مقررات، قوانین و پیش نیازهای تحمیل شده بر فروشندگان از سوی خریداران بیمه‌های سلامت را یا خدمات مراقبت سلامت را در بر نمی‌گیرد. به عنوان مثال، برنامه‌های بیمه اجتماعی و خصوصی، اغلب از طریق محدود کردن چگونگی پرداخت برای مراقبت و اینکه این پرداخت به چه کسی تعلق می‌گیرد، ارایه‌کنندگان را با محدودیت مواجه می‌کنند. این قبیل موارد را نمی‌توان مقررات نامید، زیرا قوانین رسمی و مشروع تحمیل شده توسط دولت‌ها نیستند، بلکه بیشتر قراردادهایی به شمار می‌روند که مذاکره میان خریدار و فروشنده را بیان می‌کنند. این مسأله حتی در مواردی که خود دولت به عنوان خریدار ایفای نقش می‌کند، صادق است.

**۲-۲) چرا به وضع مقررات می‌پردازیم؟**

پیش از این ذکر شد که اهداف وضع مقررات، به جهات مختلف با تکمیل یا اصلاح نتایج حاصل شده توسط بازارهای اقتصادی مرتبط است. نخست، هر جامعه‌ای که بر سازوکارهای مبادلات بازار اتکا داشته باشد باید اطمینان حاصل کند که مبادلات و معاملات به صورتی درستکارانه و آزاد صورت می‌گیرند. در این زمینه به یک مجموعه پایه‌ای از قوانین نیاز است که الزامات قانونی نقش آفرینان مختلف در معاملات بازار را تعریف کند و قدرت، پاسخگویی و مسؤولیت هر یک از آنها را تعیین نماید. به عنوان مثال در بخش سلامت، دولت‌ها از وضع مقررات به منظور برقراری الزامات و مسؤولیت‌هایی هم برای خریداران بیماران و مصرف‌کنندگان و هم برای فروشندگان (پزشکان، داروسازان، بیمارستان ها و بیمه گران استفاده میکنند تا اطمینان حاصل نمایند که معاملات مورد توافق، درستکارانه و شفاف هستند و به صورتی قابل اتکا اجرا می‌شوند.

دومین دلیل برای وضع مقررات حتی در شرایطی که بازارها عملکرد خوبی دارند، از یک دیدگاه اقتصاددانان نشأت می‌گیرد. به طور خاص، بازارها نمی‌توانند به توزیع نابرابر درآمد و نیازهای مختلف سلامت رسیدگی کنند. به عنوان مثال شهروندان فقیر خدمات اندکی را از بیمارستان‌های سازماندهی شده بر اساس اصول بازار دریافت می‌کنند، به ویژه به این دلیل که آنها فقیر هستند و استطاعت پرداخت ندارند. به همین دلیل پزشکان اندکی در نواحی روستایی محروم ساکن می‌شوند، زیرا این نواحی، فرصت‌های اقتصادی محدودی در اختیار آنها قرار می‌دهد. بازارهای بیمه نیز می‌توانند از منظر عدالت، نتایج قابل اعتراضی ایجاد کنند. به عنوان نمونه بدون وجود مقررات، چنین بازارهایی، اغلب افراد دچار بیماری‌های مزمن را پوشش نمی‌دهند زیرا استطاعات پرداخت حق بیمه را ندارند. تمامی این موقعیت ها می‌توانند اقداماتی در جهت استفاده از وضع مقررات را برانگیزند (و تا کنون نیز به چنین اقداماتی دامن زده‌اند تا دسترسی برابر به مراقبت سلامت تقویت شود و توزیع وضعیت سلامت ارتقا یابد.

سومین دلیل وضع مقررات این است که بازارهای بخش سلامت اغلب شرایط پیش نیاز برای رقابتی منطقا اثربخش را دارا نیستند. این نارسایی بازار چندین نوع مختلف دارد. اول آنکه مصرف‌کنندگان ممکن است قادر به قضاوت در مورد کیفیت کالاها یا خدماتی که مصرف می‌کنند نباشند. به خاطر چنین مشکلاتی آنها ممکن است قربانی پزشکان بدون مجوز و تأیید نشده شوند یا نتوانند داروهای حاوی ناخالصی را تشخیص بدهند. دولت‌ها می‌توانند به طریقه‌های مختلف نسبت به چنین موقعیت‌هایی واکنش نشان دهند. آنها ممکن است برای ارتقای انتخاب‌های خریداران، اطلاعاتی را مثلا از طريق الزامات مربوط به برچسب کالاها در اختیار آنها قرار دهند. به عنوان یک روش جایگزین آنها ممکن است از طریق اعطای مجوز به پزشکان یا محدود کردن داروهای قابل فروش، به محدود کردن آنچه در بازار عرضه می‌شود بپردازند. در زمینه بهداشت عمومی حتی می‌توان رفتارهای مصرف‌کنندگان را در زمینه‌هایی که مورد غفلت آنهاست تغییر دهیم؛ مثلا استفاده از کلاه ایمنی را برای موتورسواران الزامی‌کنیم. یک شکل کاملا مرتبط از غفلت بیماران ( که در فصل ۳ در مورد آن صحبت کردیم خطر القای مصرف بیش از حد به بیماران از سوی پزشکان در جهت افزایش درآمد پزشکان است. بسیاری از کشورها از مقرراتی برای رسیدگی به این مشکل از طریق محدود کردن تعداد کل پزشکان با تخت‌های بیمارستانی استفاده کرده‌اند

نوع دوم نارسایی بازار به همان چیزی مربوط می‌شود که اقتصاددانان آن را اثرات خارجی می‌نامند. طی این پدیده، تصمیمات مصرف‌کنندگان بر سایر افراد تأثیر می‌گذارد، اما مصرف‌کنندگان در تصمیم گیری‌های خود این منافع یا هزینه‌ها را در نظر نمی‌گیرند. مثال‌های کلاسیک در این مورد، واکسیناسیون (که طی آن ایمن‌سازی یک فرد باعث ایجاد منفعت برای دیگران می‌شود) و آلودگی هوا (دودهای خارج شده از کارخانه یک فرد به افراد دیگری که در آن نزدیکی زندگی می‌کنند زیان می‌رساند) هستند. بسیاری از دولت‌ها به اقدامات دارای دستاوردهای مثبت، یارانه می‌دهند یا آنها را الزامی‌می‌دانند و بر اقداماتی که برای دیگران هزینه در بر دارند مالیات می‌بندند یا آنها را ممنوع می‌کنند. به عنوان مثال اجبار وسایل نقلیه موتوری به داشتن چراغ ترمز و تحمیل محدودیت سرعت، همگی راههایی برای افزایش منافع خارجی و کاهش هزینه‌های خارجی برای سایر رانندگان هستند.

یک نوع خاص از اثرات خارجی به چیزهایی مربوط می‌شود که اقتصاددانان به آنها کالاهای ارزشمند[[449]](#footnote-449) میگویند. کالاهای ارزشمند کالاهایی دارای اثرات خارجی گسترده هستند که تعیین مقدار اثرات خارجی آنها دشوار است (مثل سواد پایه و آموزش‌های مدنی و ارایه آنها اغلب توسط دولت‌ها و در خارج از حیطه بازار صورت می‌گیرد. دولت‌ها اغلب به منظور تحت نظر گرفتن وقوع چنین فعالیت هایی، از وضع مقررات و نظارت استفاده می‌کنند.

نوع سوم نارسایی بازار، وجود انحصار یعنی وجود تنها یک فروشنده یا انحصار چند قطبی یعنی وجود تعداد اندکی از فروشندگان (که با هم همکاری دارند) را شامل می‌شود. در چنین موقعیت‌هایی رقابت باعث نمی‌شود که تولیدکنندگان، هزینه‌ها و قیمت ها را پایین بیاورند. در نتیجه برخی دولت‌ها برای کنترل رفتارهای ضدرقابتی (مثلا ثابت نگه داشتن قیمت) یا محدود کردن ادغام شرکت‌های بزرگ به منظور پیشگیری از ایجاد انحصار، مجبور به مداخله می‌شوند. در نهایت، وضع مقررات از سوی بعضی از افراد با دیدگاههای فلسفی خاص - به ویژه برخی از جامعه گرایان و سودگرایان عینی - که به دلایل اخلاقی خاص و گوناگون منتقد نتایج بازار هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال مصرف‌کنندگان ممکن است به صورت داوطلبانه، خدمات پیشگیرانه هزینه - اثربخش را خریداری نکنند و از این رو نظام بازار، باعث به حداکثر رسیدن وضعیت سلامت نشود. سودگرایان عینی گاهی با تحمیل مقررات بر رفتارهای فردی به منظور ارتقای پیامدهای سلامت به این وضعیت پاسخ می‌دهند (به عنوان مثال افراد مبتلا به موارد مقاوم ویروس نقص ایمنی انسانی را که به روابط جنسی غیرایمن می‌پردازند قرنطینه و از دیگران جدا می‌کنند. در مقابل، جامعه گرایان اغلب در پی آن هستند که از وضع مقررات برای محدود کردن رفتارهایی که در تعارض با احساسات اخلاقی آنها قرار دارند (سقط جنین، تجارت جنسی، فروش اعضای بدن استفاده کنند.

در مجموع تحليل ما از وضع مقررات این نیست که نظام بازار همیشه بهترین گزینه است یا اینکه نظر اقتصاددانان در مورد اهداف جامعه، تنها راه برای نگریستن به اصلاحات بخش سلامت به شمار می‌رود. در عوض ما می‌خواهیم چارچوبی ارایه دهیم که دیدگاه‌های اخلاقی مختلف زمینه ساز موارد وضع مقررات در سراسر جهان را در بر بگیرد. اینکه یک کشور چگونه راه خود را بر می‌گزیند و چه اهدافی را می‌پذیرد، به باورهای اخلاقی آن کشور به فصل ۳ مراجعه کنید) بستگی دارد که خود منبعی از ارزش‌های اجتماعی خاص آن کشور است و از طریق فرایندهای سیاسی بیان می‌شود (به فصل ۴ مراجعه کنید). فهرستی از توجيهات اخلاقی این چهار نوع وضع مقررات در جدول ۱-۱۱ ذکر شده است.

**۳) وضع مقررات و اهداف نظام سلامت**

انواع مختلف وضع مقررات چگونه با جنبه‌های مختلف عملکرد نظام سلامت که در مقالات ۵ و ۶ ارایه شده‌اند، مرتبط می‌شوند؟ نخست، آن دسته از مقررات که بر سلامت جمعیت با ارایه محافظت در برابر خطرات مالی تأثیر دارند می‌تواند مستقیما برای اهداف محوری عملکرد که پیش از این آنها را مشخص کردیم - اثر بگذارند. به عنوان مثال تضمین بی خطری و

جدول ۱-۱۱) انواع وضع مقررات و دیدگاه اخلاقی مرتبط با آنها.

|  |  |
| --- | --- |
| نوع مقررات | دیدگاه اخلاقی مرتبط |
| * تعیین شرایطی پایه برای مبادلات درستکارانه * تکمیل آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند (از قبيل تضمين دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت پایه) * اصلاح نارسایی‌های بازار و تأمین کالاهای عمومی و ارزشمند * اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار | * سودگرایی غیرعینی، سودگرایی عینی * لیبرال‌های مساوات طلب، جامعه گرایی * سودگرایی غیرعینی * سودگرایی عینی، جامعه گرایی |

ناخالصی نداشتن آب، غذا و داروها بر وضعیت سلامت به طور کلی، تأثیر خواهد گذاشت. به صورتی مشابه ثبت نام اجباری در برنامه‌های بیمه اجتماعی می‌تواند تضمین‌کننده محافظت تمامی افراد مستحق در برابر خطرات مالی باشد.

با این حال، اکثر مقررات بیشتر بر خصوصیات عملکردی حدواسط تأثیر می‌گذارند تا بر اهداف محوری. به عنوان مثال، مقررات با هدف ارتقای کیفیت خدمات سلامت در صورت موفق بودن می‌توانند به ارتقای پیامدهای سلامت و افزایش رضایتمندی عمومی‌منجر شوند. مقررات برای اصلاح نارسایی‌های بازار می‌توانند باعث ارتقای کارایی شوند که این کار به نوبه خود می‌تواند هزینه‌های سلامت را کاهش دهد و خدمات سلامت را بیش از پیش قابل خرید نماید. این کار می‌تواند هم باعث تشویق دولت‌ها و افراد به افزایش استفاده از خدمات شود و هم به نوبه خود وضعیت سلامت را ارتقا بخشد. به صورتی مشابه، وضع مقررات در مورد قیمت گذاری انحصاری می‌تواند باعث پایین آمدن قیمت خدمات سلامت شود. همچنین می‌تواند تأثیری مثبت بر فراهمی (دسترسی اثربخش خدمات و در نتیجه بر پیامدهای سلامت و رضایتمندی بیماران داشته باشد.

**۴) عوامل تعیین‌کننده موفقیت مقررات**

وضع مؤثر مقررات، یک فرایند پیچیده و دشوار است. نخست، لازم است یک راهبرد مناسب برای وضع مقررات تدوین شود (یعنی تصمیمات مبنی بر اینکه مقررات برای چه مواردی و چگونه وضع شود). سپس باید فعالیت‌هایی از جمله استخدام کارکنان و جمع آوری داده‌ها صورت گیرد.

پس از آن، قوانین باید به صورتی جامع نوشته شوند. سپس باید این قوانین را برای موارد خاص به کار برد. لازم است فرایندهایی برای پایش تعیین شوند تا تخطی‌کنندگان شناسایی گردند. این افراد باید یا به تغییر رفتار خود متقاعد شده و یا در غیر این صورت جریمه شوند. تمامی این موارد باید با در نظر گرفتن این نکته انجام شوند که افراد تحت نظارت این مقررات به اعتراض خواهند پرداخت یا در پی تأثیر گذاردن بر نهادهای نظارتی برای رفتاری ارفاق آمیزتر با آنها برخواهند آمد. از این رو وضع مؤثر مقررات نیازمند ترکیبی پیچیده از مهارت فنی، ظرفیت اجرایی و حمایت سیاسی است که تأمین آن برای کشورها همیشه چندان آسان نیست.

وضع مقررات همچنین نیازمند تعدیل برحسب شرایط محلی است. به عنوان مثال از آنجا که کشورهای پردرآمد و کم درآمد عموما با موقعیت‌های مختلفی در نظام‌های سلامت خود مواجه هستند، اقدامات آنها در جهت وضع مقررات نیز اغلب متوجه حل مشکلاتی متفاوت است. اکثر کشورهای پر درآمد از عرضه کافی یا حتی اضافی پزشک برخوردار هستند از این رو وضع مقررات در این کشورها اغلب در جهت محدود کردن عرضه پزشک برای مقابله با تقاضاهای ایجاد شده توسط عرضه‌کننده هستند. در مقابل، بسیاری از کشورهای کم درآمد دچار کمبود پزشکان تأیید شده هستند و تلاش‌های آنان در جهت وضع مقررات، اغلب بر تأثیر گذاشتن بر پزشکان برای خدمت در مناطق دچار کمبود پزشک متمرکز است.

علاوه بر مواجهه با مشکلات مختلف، کشورها دارای مجموعه‌های متفاوتی از توانمندی‌ها و نگرش ها برای وضع مقررات هستند. تجربه مداخلات مرتبط با وضع مقررات در سراسر جهان نشان دهنده آن است که موفقیت اقدامات در این زمینه به سه جنبه کلیدی موقعیت یک کشور یعنی نگرش‌های فرهنگی، صلاحیت دولت و پشتیبانی سیاسی بستگی دارد. به اعتقاد ما لازم است تمامی این موارد در طراحی نهادهای وضع مقررات در نظر گرفته شوند.

**4-1) نگرش‌های فرهنگی**

برای موفقیت کوششها در جهت وضع مقررات، دو نوع نگرش فرهنگی عمومی و اختصاصی اهمیت زیادی دارند. نگرش‌های عمومی، دیدگاه‌های شهروندان در مورد دولت و الگوی کلی واکنش آنان به اقدامات دولتی را شامل می‌شود. چنین نگرش‌هایی در سراسر جهان تفاوتهای گسترده‌ای دارند. کشورهای مختلفی مثل دانمارک و سنگاپور، شهروندانی بسیار مطيع قانون دارند که دولت خود را مشروع می‌دانند، به انصاف و صلاحیت آن اعتماد دارند و کم و بیش از قوانین و قواعد به صورت خودکار پیروی می‌کنند. در مقابل، شهروندان جوامع مختلفی مثل مجارستان و چین با احتمال بیشتری به دنبال یافتن راهی برای فرار از مقررات هستند تا پیروی از آنها. آنان دولت را غیر منصف و نامشروع می‌دانند و از آنجا که تخطی از قوانین در این کشورها امری همه گیر و گسترده است، پیروی داوطلبانه از قانون، حماقت تلقی می‌شود. به صورتی مشابه، برخی دولت‌ها تمایل بیشتری به اعمال جریمه‌های شدید برای خاطیان دارند؛ در نتیجه خاطیان می‌دانند که اگر شناسایی یا دستگیر شوند، مجازات‌های سختی در انتظار آنان خواهد بود. در طراحی یک برنامه مقرراتی، این عوامل فرهنگی را باید در نظر گرفت.

مجریان اصلاحات همچنین باید بدانند که هنجارهای فرهنگی و باورهای اجتماعی خاص بر اثربخشی مقررات تأثیر می‌گذارند. وضع‌کنندگان مقررات و افراد تحت نظارت مقررات بسته به موافقتشان با هدف بیان شده توسط مقررات، واکنش‌های متفاوتی نسبت به آن نشان می‌دهند. زمانی که محدودیت‌های قانونی با باورهای اجتماعی سازگار باشند، شهروندان با احتمال بیشتری از آن اطاعت خواهند کرد؛ در غیراین صورت افراد تحت نظارت مقررات ممکن است در جهت شانه خالی کردن از آن تلاش کنند. تلاش ها برای کنترل مصرف مواد مخدر و الکل در بسیاری از کشورها با شکست مواجه شده‌اند، زیرا با اعتقادات فرهنگی آن جوامع همخوانی نداشته‌اند. به دلیل چنین اعتقاداتی، ممکن است لازم باشد وضع مقررات با اقدامات بازاریابی اجتماعی (به فصل ۱۲ مراجعه کنید) همراه شوند. این اقدامات باعث همراستایی بیشتر رفتارهای فرد با خواسته‌های وضع‌کنندگان مقررات می‌گردد.

**2-4) ظرفیت دولت**

آنچنان که پیش از این ذکر شد، وظایف مربوط به وضع مقررات معمولا مسایل اجرایی و فنی دشواری را پیش می‌کشند. برای این کار ممکن است طیف وسیعی از متخصصان (از پزشکی، زیست شناسی و شیمی‌گرفته تا حقوق، اقتصاد و حسابداری) مورد نیاز باشند. ممکن است لازم باشد نظام‌های گسترده‌ای برای جمع آوری داده‌ها و گزارش‌دهی ایجاد شوند. لازم است بازرسانی برای این کار تربیت و به کار گرفته شوند. همچنین باید قوانین کلی برای موارد اختصاصی به کار روند. تعیین و اجرای مقررات می‌تواند بار و مسؤولیت سنگینی را بر دوش نهادهای مرتبط بگذارد. قوانین و قواعد به این دلیل که می‌کوشند تا مشخص کنند چه کاری مجاز است و چه کاری نیست، تمایل به مجسم کردن واقعیت به صورتی سیاه و سفید دارند. با این حال بسیاری از وضعیت‌های زندگی واقعی طیفی از رنگ خاکستری هستند و در نتیجه، به کار بردن مقررات در این موارد دشوار خواهد شد. این نکته به این معنی است که مجریان مقررات در آینده، از تمایز قابل توجهی در فرایند اعمال پذیری[[450]](#footnote-450) برخوردارند.

موفقیت یک کشور در انجام این فرایندها تا حدودی به ظرفیت سازمانی دولت بستگی دارد. در کشورهایی که از خدمات مدنی با کیفیت، نظام‌های قضایی و پلیس با عملکرد مناسب، گزارش‌دهی مالیاتی اثربخش و مواردی از این قبیل برخوردار هستند، برقراری یک نهاد کارآمد برای وضع مقررات بسیار آسان‌تر است.

فعالیت‌های نهاد وضع‌کننده مقررات اغلب کانون اختلاف نظرهای فراوان است. از آنجا که وضع‌کنندگان مقررات می‌کوشند رفتار گروههای خاص را تغییر دهند، افرادی که تحت نظارت این مقررات قرار دارند، دلایل فراوانی برای تأثیر گذاشتن بر نهادهای واضع مقررات و کاهش یا به حداقل رساندن اثربخشی آنها به منظور پذیرش رفتارهایی که در جهت منافع آنهاست، دارند. چنین اقداماتی احتمالا با تلاش برای طراحی و تدوین قوانین و تصمیمات اجرایی شروع می‌شوند و در تمامی جنبه‌های اجرای مقررات ادامه می‌یابند. در نتیجه، چنین اقداماتی از متقاعد کردن و تأثیر گذاشتن تا فشار سیاسی و فساد و تحریف واضح متغیر هستند. القای خواسته‌ها می‌تواند شکل‌های متفاوتی داشته باشد، از رشوه گرفتن تا هدیه دادن، وعده اعطای یک شغل سود آور پس از پایان دوره خدمات دولتی و لطف‌هایی در حق بستگان و دوستان وضع‌کنندگان مقررات، چگونگی پاسخ صاحب منصبان وضع‌کننده مقررات به فشار، متقاعد کردن و ارتشا، تا حدی به ساختار سیاسی و حرفه‌ای گری دیوانسالاران بستگی دارد. تفاوت‌های گسترده‌ای در ماهیت و شدت فساد مالی در کشورهای مختلف وجود دارد. فرهنگ سیاسی در نقاط مختلف متفاوت است. در برخی از جوامع ناتوانی کارمندان در کمک به اعضای خانواده و طایفه، «درستکار نبودن» محسوب می‌شود؛ حتی در یک کشور نیز تفاوت‌های بین منطقه‌ای یا بین بخشی قابل توجهی می‌تواند وجود داشته باشد. به عنوان مثال در هند وضعیت ایالات بیهار با ایالات ماهاراشترا کاملا متفاوت است. در ایالات متحده وضعیت می‌سی سی پی با مینه سوتا فرق دارد. در هر دو مورد ایالت دوم نسبت به ایالت اول در درستکاری شهرت بسیاری بیشتری دارد. برحسب شاخص دریافت فساد مالی (مبتنی بر گرفتن رشوه)، کانادا که همیشه جزو کشورهای با کمترین فساد مالی بوده است نمره 2/9 می‌گیرد؛ نمره ایالات متحده 8/7 است و بسیاری از کشورهای کم درآمد نمراتی برابر 5/3 یا کمتر دارند که در این میان نیجریه پایین‌ترین جایگاه را داراست. فساد مالی در کشورهای پردرآمد اغلب شکل‌هایی مخفی‌تر به خود می‌گیرد (یا به عنوان مثال به صورت مشارکت در مبارزات سیاسی یا فرصت‌های تجاری مساعد برای رهبران سیاسی). رسوایی‌های اخیر پیرامون کمکها به مبارزات انتخاباتی در آلمان و فرانسه نشان دهنده آن است که فساد مالی همچنان حتی در کشورهای پردرآمد مسألهای جدی است.

تلاش‌های افراد تحت نظارت مقررات برای محافظت از خود می‌تواند کاملا ظریف و مخفیانه باشد، مانند زمانی که نهاد وضع‌کننده مقررات اصطلاحا توسط کسانی که قرار بوده آنها را تحت نظارت درآورد، گر فتارة می‌شود. غیر معمول نیست که فردی برای رهبری یک نهاد وضع مقررات منصوب شود که پیش از این در صنایعی که حالا مسؤول نظارت بر آنها است کار کرده باشد. گاهی علت این پدیده آن است که صنایع، تنها منبع مهارت در حیطه خود هستند. در سایر موارد فشارهایی آشکارتر در کار هستند. در نتیجه وضع‌کنندگان مقررات به آن شهرت دارند که بیشتر با کسانی که تحت نظارت آنها هستند احساس همدلی می‌کنند تا با عموم مردم و منافع این گروه را پیش می‌برند.

بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و کم، از مهارت فنی، ظرافت اجرایی و نظام‌های اطلاعاتی لازم برای آگاهی دادن در مورد مقررات برخوردار نیستند. در نتیجه انواع کمتری از مقررات در کشورهای کم درآمد وجود دارند و مقررات موجود نیز اغلب بر وضعیت‌های کاملا بارز و مشخصی که در آنها رفتار نامناسب می‌تواند مستقیما امنیت عمومی‌را مختل کند، متمرکز هستند. حتی در همین موارد نیز اجرای مقررات غالبا حالتی غیر یکنواخت دارد و بر اثر فساد مالی و پارتی بازی دچار مشکل می‌شود. به ویژه اکثر کشورهای با درآمد متوسط و کم، اقدامات اندکی در جهت وضع مقررات برای مراقبت‌های خصوصی سلامت یا بازار‌های بیمه خصوصی انجام می‌دهند. این گونه سیاست‌های عدم دخالت و به حال خود گذاشتن، بسیاری از بیماران را به دلسوزی پزشکان محلی، داروسازان، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های خصوصی که تحت نظارت هیچ مقرراتی قرار ندارند محتاج می‌کند. با این حال کشورهایی که در پی اصلاح این وضعیت از طريق وضع مقررات هستند، لازم است در این مورد که آیا از ظرفیت فنی و اجرایی لازم برای اجرای موفقیت آمیز آن برخوردار هستند یا خیر، واقع بین باشند.

در مقابل، کشورهای پردرآمد عموما از زیرساخت‌های فنی و قانونی برای وضع مقررات اثربخش برای بسیاری از جنبه‌های نظام سلامت از جمله کیفیت داروها، سرمایه گذاری توسط مراکز سلامت و انتشار فناوری پزشکی برخوردار هستند. علاوه بر این، در مواردی هم که به بخش خصوصی اعتماد می‌کنند، اغلب در تلاش برای کنترل قیمت‌های انحصاری (خواه این قیمت ها توسط ارایه‌کنندگان خصوصی تعیین شده باشند و خواه توسط شرکت‌های داروسازی) می‌توانند از وضع مقررات استفاده کنند (و این کار را می‌کنند). بیمه گران نیز تحت نظارت مقررات قرار می‌گیرند تا نسبت به توانایی آنها در پرداخت بدهی هایشان و کاهش انتخاب افراد بر مبنای سطح خطرات سلامت اطمینان حاصل شود.

ظرفیت دولت صرفا به سطح توسعه اقتصادی بستگی ندارد. از این رو گزینه‌های موجود مربوط به وضع مقررات برای مجریان اصلاحات نظام سلامت نیز به سطح توسعه اقتصادی وابسته نخواهد بود. در عوض ظرفیت وضع مقررات، رابطهای تعاملی با نخستین متغیر مورد نظر ما یعنی نگرش‌های فرهنگی دارد. کشورهایی که شهروندان آنها حامی‌دولت‌هایشان هستند، به احتمال بیشتری مؤسسات دولتی توانمندی خواهند داشت (و برعکس). هر کشوری که می‌خواهد از وضع مقررات استفاده کند باید ابتدا هم عوامل فرهنگی و هم ظرفیت وضع مقررات را بسنجد و سپس راهبرد خود برای وضع مقررات را بر مبنای آن تنظیم نماید.

**3-4) پشتیبانی سیاسی**

مقررات، چه جنبه قانونی داشته باشند و چه مبتنی بر یک بخشنامه اجرایی باشند، از طریق فرایندهای سیاسی تصویب می‌شوند. در تمامی‌کشورها گروه‌های ذینفع چه به صورت رسمی و چه غیر رسمی‌سازماندهی شده‌اند. خواه کشور حاکمیتی تک حزبی داشته باشد یا توسط دموکراسی پارلمانی اداره شود، خواه حاکمیتی موروثی داشته باشد یا توسط یک دیکتاتور نظامی اداره شود، این گروه‌ها به هر حال وجود دارند. این گروه‌های ذینفع می‌توانند نقش‌های بسیار قدرتمندی در تصمیم گیری در مورد مقررات داشته باشند. از این رو در طراحی مقررات، مهارت‌های سیاسی از اهمیت بسیاری برخوردار است. این مهارت‌های سیاسی موارد زیر را شامل می‌شوند: دانستن اینکه چه کسی ممکن است از این مقررات حمایت و چه کسی با آن مخالفت کند، کدام ائتلاف‌های سیاسی را می‌توان تشکیل داد، کدام مخالفت ها را می‌توان سرکوب کرد، کدام راهبردهای سیاسی ممکن است عملکرد مناسبی داشته باشند و چگونه می‌توان مقررات را به صورتی قابل قبول از نظر سیاسی طراحی کرد (این مهارت‌های سیاسی در فصل ۴ تشریح شده‌اند).

علاوه بر این، پشتیبانی سیاسی هم برای آغاز کردن فرایند وضع مقررات و هم برای تضمین اجرای اثربخش آن مورد نیاز است. گاهی کسانی که تحت نظارت مقررات قرار دارند در پی آن هستند که تصمیمات مهم مربوط به مرحله اجرا را به تأخیر بیندازند با این امید که بعدا در شرایطی که توجه عمومی و سیاسی کمتری به این تصمیمات معطوف می‌شود و به اصطلاح آبها از آسیاب افتاده است بتوانند بر نهادهای اجرایی تأثیر بگذارند. تداوم پشتیبانی از رهبران سیاسی برای پیشگیری از تسخیر نهادهای واضع مقررات[[451]](#footnote-451) و به دنبال آن تضعیف شدن کلن تلاش ها بسیار ضروری است. این امر به ویژه به آن دلیل است که مقررات اغلب زمانی که برای موارد خاص به کار می‌روند مهم هستند و بنابراین وضع‌کنندگان مقررات، آزادی عمل قابل ملاحظه‌ای دارند. علاوه بر این، کسانی که تحت نظارت مقررات قرار دارند همیشه برای گرفتن تخفیف و امتیاز به اعمال فشار می‌پردازند. از این رو اگر قرار باشد نهادهای نظارت‌کننده در برابر این قبیل فشارها مقاومت کنند، به حمایت کامل نیاز خواهند داشت.

**۴-۴) طراحی نهادها و فرایندهای واضع مقررات**

پیامد یک برنامه وضع مقررات، به طرح جزئی نهادها و فرایندهای واضع مقررات و چگونگی واکنش مجریان اصلاحات به نگرش ها، ظرفیت ها و خصوصیات سیاسی آن کشور خاص بستگی دارد. برای این منظور، هم به صلاحیت فنی و هم به قضاوت صحیح نیاز است. مفاد مقررات باید به دقت تهیه و بیان شود، جریمه‌ها باید با میزان شدت زیانها یا خسارات وارد شده توسط خاطيان متناسب شوند و پاداش ها یا مجازات ها با مهارت با هم ترکیب شوند تا پایبندی به مقررات افزایش یابد. در غیر این صورت، اثربخش بودن مقررات نامحتمل خواهد بود.

از این رو، پیامدهای وضع مقررات تاحد زیادی به فرایند اجرا و به ویژه به توانایی وضع‌کنندگان مقررات در شناسایی، جریمه و ممانعت از خاطیان بستگی دارد. از آنجا که نهادهای وضع‌کننده مقررات معمولا تنها دارای منابع اجرایی محدودی هستند، فقط می‌توانند تعداد محدودی از خاطیان را شناسایی، دستگیر و پیگیری کنند. تنها در صورتی که پایبندی داوطلبانه به مقررات، نسبتا همه گیر و تخطی از مقررات، نسبتا ناشایع باشد، این منابع محدود می‌تواند برای دستگیری خاطیان کافی باشد و بنابراین احتمال شناسایی و پیگیری آنقدر بالا برود که از موارد بالقوه تخطی ممانعت به عمل آید. در مجموع این بدان معنی است که قوانین و مجازات‌هایی که در یک فرهنگ خاص از نظر اجتماعی قابل قبول باشند، بسیار ساده‌تر اجرا خواهند شد.

برای شناسایی موارد تخطی، وضع‌کنندگان مقررات به داده نیاز دارند که خود این امر، مسأله را پیچیده‌تر می‌کند. داده‌هایی که به راحتی و به صورت ارزان در دسترس هستند، اغلب داده‌هایی نیستند که وضع‌کنندگان مقررات به داشتن آنها علاقه زیادی داشته باشند. به عنوان مثال کشوری که می‌خواهد به وضع مقررات در مورد کیفیت بپردازد، می‌تواند به راحتی دانش فارغ التحصیلان جدید پزشکی در مورد آناتومی‌را مورد آزمون قرار دهد. اما ارزیابی اینکه پزشکان چگونه از دانش خود در درمان روزمره بیماران استفاده می‌کنند بسیار مشکل‌تر است. از این رو وضع‌کنندگان مقررات اغلب با یک نوع تاخت زدن میان تناسب داده‌ها و هزینه کسب آنها مواجه هستند. در این مورد ارزیابی مهارت فنی و ظرفیت جمع آوری داده‌ها توسط دولت باید نقش مهمی‌را در تدوین یک راهبرد اصلاحات ایفا نماید.

هنگامی‌که خاطیان شناسایی شدند باید مجازات در موردشان اجرا شود. با این حال اگر فرایند جریمه کردن نیازمند اقدامات قضایی طولانی و پیچیده باشد، اجرا‌کنندگان ممکن است از منابع کافی برای پیگیری تعداد زیادی از خاطیان برخوردار نباشند. از سوی دیگر اگر اجراکنندگان بتوانند بدون اقدامات قضایی طولانی مدت جریمه‌هایی را اعمال کنند، ممکن است از این قدرت خود سوءاستفاده نمایند. هنگامی‌که پلیس، دادخواهان یا قاضیان در این فرایند مشارکت داده شوند، مجالی برای استفاده از آزادی عمل خود در مورد چگونگی اجرای مقررات پیدا می‌کنند. اگر قوانین از نظر آنها غیر منصفانه یا نامناسب باشد، آنها راهی برای اجتناب از اجرای قوانین پیدا خواهند کرد. از این رو نگرش‌های فرهنگی نه فقط بر افراد تحت نظارت مقررات بلکه همچنین بر وضع‌کنندگان مقررات تأثیر می‌گذارد.

پاسخ به این سؤال که چه کسی این وظایف را با حداکثر هزینه - اثر بخشی انجام می‌دهد آسان نیست. مسؤولیت و قدرت ممکن است به یک نهاد دولتی، یک سازمان موازی دولت یا یک سازمان خصوصی تفویض شود. سازمان‌های موازی دولت[[452]](#footnote-452) اغلب به این دلیل مورد استفاده قرار می‌گیرند که از تأثيرات سیاسی مستقیم به صورتی نسبی برکنار هستند، به ویژه زمانی که دولت غیر مؤثر، فاسد یا تابع گروههای ذینفع باشد. یک سازمان موازی دولت نسبت به نهادهای دولتی از مزایای بر کنار بودن بیشتر از سیاست ها، شرایط غیر کارمندی برای کارکنان خود و پاسخگویی مستقیم بیشتر نسبت به عموم برخوردار است.

اینکه کدام گزینه، حداکثر اثربخشی و کارایی را دارد تا حد زیادی به توانمندی مدیریتی نسبی سازمان‌های خاص و وضعیت سیاسی آن کشور بستگی دارد. به عنوان مثال بسیاری از کشورها برای تنبیه پزشکان از خود

جامعه پزشکی استفاده می‌کنند زیرا این امر برای شاغلان در این حرفه پذیرفته‌تر است. از سوی دیگر این ترتیبات، خطر اجرای ناکامل قوانین را بالا می‌برند زیرا این فرایند در دست خود پزشکان گرفتار شده است در حالی که قرار است خود این افراد را تحت نظارت مقررات قرار دهد. در پاسخ به این مسأله دولت می‌تواند با تعیین قوانینی از سوی جامعه در مورد هیأتهای بازنگری، شفافیت فرایند بازنگری و پاسخگویی این حرفه نسبت به عموم، خود وضع‌کنندگان مقررات را تحت نظارت مقررات قرار دهد.

نظارت بر خود تاکنون در بخش سلامت به منظور تضمین کیفیت (که سنجش و بیان آن دشوار است) به کار می‌رفته است. در واقع وضع‌کنندگان مقررات مراقبت سلامت اغلب به گزارش‌های افراد تحت نظارت مقررات در مورد رفتارهایشان اعتماد می‌کنند، همان طور که جمع آوری‌کنندگان مالیات به اظهارنامه‌های مالیاتی افراد و شرکت ها اعتماد دارند. به عنوان مثال

جدول ۲-۱۱) سازمان‌های مختلف واضع مقررات در ارتباط با سازمان‌هایی که قرار است تحت نظارت مقررات قرار بگیرند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تحت نظارت مقررات  وضع‌کننده مقررات | دولت | بخش موازی دولت | بخش خصوصی |
| دولت | \* | وضع مقررات در مورد برنامه‌های بیمه اجتماعی از قبيل صندوق‌های بیماری | وضع مقررات دولتی برای شرکت‌های خصوصی |
| بخش موازی دولت | \* | \* | صندوق‌های بیماری که به وضع مقررات برای ارایه‌کنندگان خصوصی می‌پردازند؛ کمیسیون مشترک برای اعتبار بخشی بیمارستان‌ها که مقررات بیمارستان ها را وضع می‌کند |
| بخش خصوصی | \* | \* | نظارت بر خود از سوی انجمن‌های پزشکی |

میزان عوارض جراحی با میزان عفونت در یک بیمارستان چقدر است؟ در چنین مواردی وضع‌کننده مقررات از افراد تحت نظارت مقررات می‌خواهد گزارش‌هایی را بر مبنای داده‌هایی که برای مقاصد مورد نظر خود جمع آوری کرده‌اند ارایه کنند. استفاده از چنین داده‌هایی هزینه گزارش‌دهی را برای افراد تحت نظارت مقررات کاهش می‌دهد و در نتیجه احتمال گزارش‌دهی را بالا می‌برد. علاوه براین وضع‌کنندگان مقررات این امکان را دارند که صحت گزارش‌های دریافت شده را بررسی نمایند. به منظور تشویق گزارش‌دهی صحیح توسط خود افراد، وضع‌کنندگان مقررات باید از تحمیل جریمه‌های سنگین به خاطر موارد کوچک تخطی از قانون اجتناب کنند. اگر این سازمان ها بیش از حد سختگیر باشند، تنها گزارش‌دهی ناصحیح را تشویق خواهند کرد که این امر منجر به داده‌های غیر قابل اعتماد می‌شود.

جدول ۲-۱۱ ماتریسی از جایگزین‌های سازمانی که می‌توانند مقررات را اجرا کنند و مثال‌هایی از این مقررات ارایه می‌کند.

**۵) انواع عمده مقررات در بخش سلامت**

ما فعالیت در جهت وضع مقررات را به دو حیطه مجزا تقسیم می‌کنیم مقررات بخش مراقبت سلامت و مقررات نظام بیمه سلامت. سپس براساس چهار هدف که پیش از این توضیح داده شدند، اقدامات در جهت وضع مقررات را به چهار دسته تقسیم می‌نماییم. در جدول ۳-۱۱، مقررات بخش سلامت به طور خلاصه ذکر شده است. در بخش بعدی و در جدول ۴-۱۱ ما به توصیف اقدامات در جهت وضع مقررات با هدف بیمه‌های سلامت و توجه به تفاوت‌های میان کشورهای پردرآمد و کشورهای با درآمد متوسط و کم خواهیم پرداخت.

**5-1) تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار**

آنچنانکه پیش از این ذکر شد، دولت‌ها باید یک چارچوب قانونی و نظارتی برای تعیین شرایط پایه مبادلات بازار ایجاد کنند. این چارچوب، یک نظام قراردادها و قوانین تجاری و قوانین مربوط به اوراق مالکیت و نیز هیأت‌هایی اجرایی برای اجرای این موارد را شامل می‌شود. چنین قوانینی تقلب، نداشتن عملکرد و تعهد و مسؤولیت نظام در شرایط ورشکستگی را پوشش می‌دهند. این قوانین و اجرای آنها بخشی از زیرساخت‌های سازمانی ضروری برای یک اقتصاد بازار مدرن هستند. با وجود آنکه نبود این قوانین می‌تواند مانعی برای توسعه بازارهای مراقبت سلامت باشد، اغلب در برنامه‌های تخصصی اصلاحات بخش سلامت آنها را در نظر نمی‌گیرند.

یک مجموعه دیگر از قوانین پایه به تعریف ساختار داخلی سازمان‌های مراقبت سلامت می‌پردازد (در این مورد در فصل ۱۰ بحث شده است. این قوانین مسائل مربوط به حاکمیت، دسترسی و مسؤولیت در قبال نهادهای انتفاعی و غیرانتفاعی، نقش هیات‌های مدیران و حقوق سهام داران را شامل می‌شود. همچنین نیاز به تعریف حقوق مالکیت (شامل مالکیت معنوی از جمله محافظت از امتیازات انحصاری و کپی رایت) وجود دارد. برخلاف مؤسسات قانونی کلی تر، این قوانین توجه‌ها را از مجریان اصلاحات بخش سلامت دور می‌کنند - به ویژه در کشورهای بعد از کمونیسم که ترتیبات بازار در زمینه سلامت نمی‌تواند در آنها به طور کامل ایجاد شود تا زمانی که چنین مسائلی در مورد طراحی سازمانی برطرف شوند (ما پیش از این در مورد محتوای چنین موضوعاتی در فصل سازماندهی به بحث پرداختیم).

جدول ۳-۱۱) مقایسه مقررات مربوط به بهداشت عمومی و خدمات سلامت در کشورهای پردرآمد و کشورهای با درآمد متوسط و کم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع مقررات | کشورهای پردرآمد | کشورهای با درآمد متوسط و کم |
| 1- تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار | a) تعریف حقوق مالکیت و امتیازات انحصاری و محافظت از آنها b) رسیدگی به عدم پرداخت بدهی ها و ورشکستگی مؤسسات خدمات سلامت c) محافظت از حقوق بیماران | a) مشابه، اما کمتر اجرا می شود. b) مشابه c) مقررات رسمی بسیار اندک هستند |
| ۲- تکمیل آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند (از قبيل تضمین دسترسی عادلانه) | a) تخصیص فارغ التحصیلان جدید پزشکی برای خدمت در مناطق محروم b) تضمین حقوق بیماران در مورد خدمات اورژانس | a) مشابه، غالبا انجام می شود. b) بیمارستان های دولتی خدمات اورژانس را ارایه می دهند. |
| ۳- اصلاح موارد نارسایی بازار A) توجه به اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند | a) ارایه مستقیم برنامه های رایگان یا با یارانه های بالا از قبیل آموزش بهداشت و ایمن سازی از سوی دولت | a) مشابه |
| B) کمک به مصرف کنندگان برای انجام انتخاب های آگاهانه | a) برچسب زدن b) وضع مقررات و نظارت بر راستگویی در تبلیغات c) محدودکردن تبلیغات توسط پزشکان | a) بسیار کمتر تحت نظارت مقررات قرار دارد b) بسیار کمتر تحت نظارت مقررات قرار دارد. c) محدودیت های اندک |
| C) محافظت از خریداران که قادر به قضاوت در مورد کیفیت نیستند |  |  |
| i) وضع مقررات در مورد دروندادها | a) استانداردهایی برای بهداشت مواد غذایی و خالص بودن داروها b) اعطای مجوز به پزشکان، پرستاران و داروسازان c) اعتباربخشی به آزمایشگاهها و بیمارستانها | a) مشابه، اما کمتر اجرا می شود. b) مشابه، اما ممکن است تأیید دوره ای مجوز ضروری نباشد.c ) یکسان، اما ممکن است اعتباربخشی دوره ای ضروری نباشد |
| (ii) وضع مقررات در مورد فرایند | a) راهکارهای طبابت b) گزارش دهی بیماران | a) وجود ندارد b) کشورهای اندکی از آن برخوردار هستند؛ بیمارستان های دولتی بر قوانین اداری متکی هستند. |

ادامه جدول ۳-۱۱) مقایسه مقررات مربوط به بهداشت عمومی و خدمات سلامت در کشورهای پر در آمد و کشورهای با درآمد متوسط و کم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع مقررات | کشورهای پردرآمد | کشورهای با درآمد متوسط و کم |
| (iii) وضع مقررات در مورد بروندادها | a) تعیین کارت های استاندارد گزارش کیفیت b) تعهد c) هیأتهای انضباطی d) سوء طبابت e) ممیزی بالینی | a) وجود ندارد. d) اکثر کشورها قوانین خاصی در مورد سوء طبابت ندارند، اما تحت قوانین رایج دیگر پوشش داده میشود |
| D) کنترل تقاضای تحریک شده توسط عرضه کننده؛ |  |  |
| i) وضع مقررات در مورد نیروی انسانی | a) محدود کردن تربیت نیروها و استخدام آنها b) محدود کردن فارغ التحصیلان پزشکی از خارج از کشورc) مشخص کردن موارد تضاد منافع | a) بسیاری از کشورها دچار کمبود پزشک هستند، بنابراین سیاست این کشورها مخالف کشورهای توسعه یافته است b) تشویق فارغ التحصیلان از خارج از کشور c) تعداد اندکی از کشورها دارای آن هستند. |
| (ii) وضع مقررات در مورد سرمایه گذاری ها | a) محدود کردن فناوری های جدید و ساخت تسهیلات جدید b) محدودکردن واردات تجهیزات | a) اکثر کشورها سرمایه گذاری خصوصی را تشویق می کنند. b) برخی کشورها واردات را تشویق می کنند. |
| E) مقايه با انحصار |  |  |
| (i) محدود کردن انحصارات (ii) وضع مقررات در مورد قیمت های انحصاری | a) وضع قوانین ضد تراست و محدود کردن اعمال چپاولگرانه b) تعیین برنامه ای برای قیمتها c) تعیین قیمت های مرجع برای داروها | a) تعداد محدودی از کشورها دارای این قوانین هستند. b) تعیین سهم پرداخت استفاده کنندگان برای تسهیلات دولتی و نه خصوصیc) بسیار اندک |
| ۴) اصلاح نتایج غیرقابل قبول بازار | a) ممنوعیت فروش سیگار به افراد کمتر از سن قانونی (زیر ۱۸ سال) b) ممنوعیت خودکشی کمک شده (کشتن از روی ترحم) | a) تاحدودی، اما دقيقا اجرا نمی شود. b) بسیار اندک |

اختصاصا در نظام مراقبت سلامت سؤالاتی خاص در مورد حقوق بیماران و الزامات پزشکان مطرح هستند. این مسأله هم از منظر ارتقای بازار و هم از نظر احترام به حقوق به عنوان یک هدف (ليبرالی)، حیطهای بسیار مورد توجه در کشورهای پیشرفته در سالهای اخیر به شمار می‌رود.

در کشورهای با درآمد متوسط و کم، حتی اجرای قوانین پایه تجارت ممکن است دشوار و غیریکنواخت باشد. غالبا بسیاری از انواع خاص مقررات (برای مثال مقررات مربوط به حقوق بیماران در این کشورها وجود ندارند.

**2-5) تقویت عدالت**

از آنجا که بازارهای آزاد، مراقبت‌های سلامت را بر مبنای آنچه افراد می‌توانند بپردازند و تمایل به پرداخت آن دارند، توزیع می‌کنند، پیامدهای آنها اغلب با اهداف مساوات طلبانه همخوانی ندارد. از این رو کشورها ممکن است از وضع مقررات برای تقویت دسترسی عادلانه به خدمات سلامت استفاده کنند. به عنوان مثال بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و کم تلاش کرده‌اند از وضع مقررات به منظور متقاعد کردن فارغ التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و پرستاری به خدمت در مناطق محروم برای یک دوره زمانی استفاده کنند. به عنوان مثال، مصر، اکوادور، نیجریه و مالزی از فارغ التحصیلان جدید دانشکده‌های پزشکی می‌خواهند به مدت یک یا دو سال در نواحی دچار کمبود پزشک خدمت کنند. به دلایل مشابهی از تمام بیمارستان‌های ایالات متحده خواسته شده است کلیه بیماران اورژانس را صرف نظر از توانایی پرداخت شان، تحت درمان قرار دهند.

**3-5) اصلاح موارد نارسایی بازار و ارایه کالاهای عمومی و ارزشمند**

این مقوله، كل مداخلات دولتی را که به دلیل عدم کارکرد مناسب بازار صورت می‌گیرند، شامل می‌شود. بازارهای خدمات سلامت به صورتی ویژه اغلب با نارسایی بازار مواجه می‌گردند که دلیل آن، مشکلات مربوط به اطلاعات بیماران (ناتوانی آنها در قضاوت و در مورد تناسب و کیفیت خدمات پزشکی و قدرت انحصاری ارایه‌کنندگان است. مداخلات در جهت وضع مقررات برای مقابله با بسیاری از این وضعیت ها طراحی شده‌اند به در واقع به طیف بسیار وسیعی از چنین اقداماتی موجود هستند.

**1-3-5) اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند**

هدف اكثر مقررات، کاهش اثرات خارجی منفی یعنی اثرات نامطلوب تصمیمات یک فرد بر دیگران است. یک هدف موازی، گسترش ارایه کالاهای ارزشمند است. این مقررات حيطه بسیار گسترده‌ای از پیش نیازهای مربوط به فاضلاب و قوانین کیفیت آب آشامیدنی تا قرنطینه و ایمن سازی، کنترل سلاحهای گرم و آموزش بهداشت را دربر می‌گیرند. در هر مورد، فرض بر این است که سازماندهی بازار بسیار دشوار است زیرا بسیاری از خریداران بالقوه تحت تأثير حتی یک تصمیم (مثلا کنترل آلودگی هوا) قرار می‌گیرند یا اینکه خریداران به طور کامل تمامی‌پیامدهای تصمیم خود در مورد مصرف یک کالا (به عنوان مثال واکسیناسیون) را مدنظر قرار نمی‌دهند. از این رو دولت باید در این موارد مداخله کند.

**2-3-5) کمک به مصرف‌کنندگان برای انجام انتخاب‌های آگاهانه**

در غالب موارد، خریداران قادر به ارزیابی محتوای فرآورده‌های غذایی یا دارویی نیستند یا نمی‌توانند اثرات زیست شناختی آنها را متوجه شوند. در این مورد به دو منظور نیاز به وضع مقررات وجود دارد: به منظور آگاهی دادن به خریداران و همچنین برای اطمینان حاصل کردن از اینکه فرآورده‌ها واقعا حاوی همان اجزایی هستند که تولیدکننده ادعا کرده است. بسیاری از کشورها، تولیدکنندگان را به مشخص کردن اجزای اصلی موجود در یک کالا روی بسته بندی آن ملزم می‌نمایند. کشورهای پردرآمد، منابع قابل ملاحظه‌ای را برای اطمینان حاصل کردن از اینکه فرآورده‌ها واقعأ حاوی همان اجزای ادعا شده هستند و تضمین ناخالصی نداشتن آنها، تخصیص می‌دهند. در اکثر کشورهای با درآمد متوسط و کم به دلیل کمبود منابع و توانمندی اجرایی ناکافی، چنین مقرراتی کام آسان گیر و سست هستند.

به صورتی مشابه از آنجا که اکثر بیماران از دانش لازم برای قضاوت در مورد تناسب و کیفیت فنی خدمات پزشکی و داروها برخوردار نیستند، به صورتی خاص نسبت به گمراه شدن توسط تبلیغات گول زننده یا ناصحیح آسیب پذیر هستند. در نتیجه، اکثر کشورها تبلیغات توسط پزشکان، شرکت‌های داروسازی و بیمارستان ها را تحت نظارت مقررات قرار می‌دهند. برخی از دولت‌ها همچنین در این مورد به وضع مقررات می‌پردازند که کدام اطلاعات را باید برای بیماران آشکار ساخت تا به ارتقای ظرفیت انتخاب آنها در چنین مواردی کمک شود.

**3-3-5) محافظت از خریداران در برابر کیفیت نامناسب**

یک اقدام جایگزین برای ارایه یا کنترل اطلاعات، محدود کردن چیزهایی است که فروخته می‌شوند. از آنجا که اثر بخشی نظارت بر خود، توسط خود حرفه‌ها در سراسر جهان زیر سؤال رفته است، دولت‌های کشورهای پردرآمد به صورتی روزافزون در حال پذیرش نقشی فعال در وضع مقررات راجع به کیفیت خدمات پزشکی هستند.

با استفاده از دسته بندی دو نابدیان[[453]](#footnote-453) در مورد شکل‌های کنترل کیفیت، می‌توان دولت را وضع‌کننده مقررات در مورد درو ندادها، فرایندها یا پیامدهای خدمات سلامت تصور کرد. وضع مقررات برای در وندادها هم از نظر تعیین و هم از نظر اجرا، ساده‌ترین و در نتیجه شایع‌ترین نوع وضع مقررات است. با این حال این روش لزوما پیامدهای بهتر را تضمین نمی‌کند. وضع مقررات برای فرایندهای مراقبت بسیار مشکل‌تر است و مسؤولیت انجام آن اغلب به حرفه پزشکی سپرده می‌شود. وضع مقررات برای پیامدها ممکن است به نظر ایده آل برسد زیرا پیامدها آن چیزی هستند که جامعه باید بیشترین توجه را به آن داشته باشد. با این حال، از آنجا که ممکن است بیماران مختلف، بسته به شدت بیماری و فیزیولوژی خاص خود به صورتی متفاوت به درمان پاسخ بدهند، احتمالا به نمونه گیری‌های پیشرفته و پیچیده و تعديل از نظر شدت بیماری نیاز خواهد بود؛ کاری که به لحاظ فنی بسیار چالش برانگیز است.

علاوه براین، حرفه پزشکی عموما در برابر وضع مقررات بر مبنای پیامدها مقاومت می‌کند و آنرا تجاوز به خودمختاری بالینی پزشکی می‌داند. این مقاومت بسیار مهم است، زیرا مقررات در مورد کیفیت اگر بخواهند موفقیت آمیز باشند، باید از نظر حرفه پزشکی قابل قبول باشند. از آنجا که طیف این فعالیت ها بسیار گسترده است، آنها را با تفصیل بیشتر مرور می‌کنیم.

**۱) وضع مقررات در مورد در وندادها**

**الف) تأیید داروها**

نگرانی‌ها در مورد بی خطری و کارامدی، عوامل انگیزاننده برای وضع مقررات دارو به شمار می‌روند. به دلیل احتمال بالقوه عوارض جانبی، امروزه تقریبا تمام کشورها دارای مقرراتی برای عدم ورود داروها به بازار تا زمان اثبات بی خطری آنها هستند. نهادهای واضع مقررات همچنین ممکن است تولیدکنندگان داروها را به اثبات کارامدی (یعنی اثبات اینکه دار و عملکردی مشابه آنچه گفته می‌شود دارد) و هزینه - اثربخشی داروها در برخی کشورها) ملزم کنند. تولیدکنندگان همچنین باید اطلاعاتی در مورد عوارض جانبی و موارد منع مصرف و واکنش‌های بالقوه هنگام مصرف دارو با سایر داروها ارایه می‌دهند.

به طور کلی، کشورهای پردرآمد استانداردهای سختگیرانه‌تری از این نظرها دارند و بازنگری گسترده‌تری بر روی انواع مختلف داده‌ها از مطالعات حیوانی گرفته تا کارآزمایی‌های شاهددار و پیگیری تجارب بالینی پس از ورود داروها به بازار انجام می‌دهند. کشورهای با درآمد کم تا متوسط اغلب برای چنین تحلیل‌هایی به کشورهای دیگر متکی هستند. همچنین این کشورها غالبا انواع گوناگونی از داروهای سنتی و داروهای گیاهی را در وضع مقررات گیاهی دارویی خود در نظر نمی‌گیرند.

**ب) اعطای مجوز و اعتباربخشی**

راهبرد اصلی برای تضمین کیفیت خدمات سلامت در کشورهای با درآمد متوسط و کم، همیشه بر اعطای مجوز و اعتبار بخشی متکی بوده است؛ این امر تا حدی به دلیل دشواری اعمال و اجرای سایر رویکردها است. کشورهای پردرآمد علاوه بر این، پیش نیازهایی را برای آموزش مداوم یا صدور پروانه مجدد به صورت منظم طلب می‌کنند.

هند، مصر و نیجریه مثال‌هایی شاخص از اقدامات اعطای مجوز به پزشکان هستند. در این کشورها فارغ التحصیلان دانشکده‌های پزشکی معتبر برای گرفتن مجوز طبابت، از نظر تکمیل رضایت بخش دوره‌های مورد نیاز و شواهد مربوط به شخصیت مناسب، در یک مورد دولتی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اما هنگامی‌که به فردی مجوز طبابت داده می‌شود، دیگر به تجدید این مجوز نیاز نیست. قدرت و مسؤولیت مقررات جاری و پایش در این کشورها به عهده هیأت‌های پزشکی است.

در کشورهای پردرآمد، اعطای مجوز و اعتبار بخشی به پزشکان می‌تواند دو فرایند مستقل از یکدیگر باشد. یک نهاد دولتی مسؤول اعطای مجوز است، در حالی که اعتبار بخشی اغلب از طریق یک نظام حرفه‌ای مرور همتایان[[454]](#footnote-454) صورت می‌گیرد. به عنوان مثال در کانادا اعتبار بخشی از طریق یک بورد مستقل و خودمختار صورت می‌گیرد که در آن نمایندگان حرفه پزشکی کمتر از 50% از اعضای بورد را تشکیل می‌دهند. این ساختار سازمانی به تأكيد بیشتر بر آموزش و پیشرفت القا شده توسط خود افراد، منجر شده است.

اعطای مجوز و اعتبار بخشی به مراکز سلامت عموما بر قوانین «به راحتی قابل مشاهده» در مورد تجهیزات با ساختارها تمرکز دارد. گاهی مراکز درمانی باید از جهات خاص دیگری نیز تأیید شوند. به عنوان مثال در کنیا، یک درمانگاه دارای مجوز باید داروهای اساسی را در انبار خود داشته باشد، ثبت صحیحی در مورد کل داروها صورت دهد، در ساختمانی غیر مسکونی واقع شده باشد و وضعیت مناسبی از نظر مرمت داشته باشد.

اعتباربخشی سازمانی معمولا به یکی از این دو شکل صورت می‌گیرد. یا دولت نقش مستقیمی‌در تعیین استاندارها و استفاده از آنها به عنوان پیش شرط ادامه کار و تأمین اعتبار دارد؛ و یا نهاد نظارتی یک صنعت، استانداردها را تعریف می‌کند و مؤسساتی را که داوطلبانه، مشارکت در این برنامه را بر می‌گزینند، خود مورد پایش قرار می‌دهد. به عنوان مثال در انگلستان ساختارهای وضع مقررات برای بخش‌های خصوصی و عمومی‌مراقبت سلامت از هم جدا هستند. صندوق بیمارستان کینگ ادوارد، یک بنیاد مستقل در لندن با هدف ارتقای کیفیت مدیریت در سازمان ملی خدمات سلامت[[455]](#footnote-455) انگلستان است که یک نظام اعتباربخشی جزئی را ایجاد کرده است.

برنامه‌های نظارت ایالات متحده، بر سازمان‌های ارایه مراقبت سلامت و حرفه پزشکی متکی است. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت[[456]](#footnote-456) یک سازمان غیرانتفاعی مستقل است که به ارزشیابی و اعتبار بخشی به بیش از 18000 سازمان و برنامه مراقبت سلامت می‌پردازد و مقررات ایالتی و فدرال تا حد زیادی بر استانداردهای آن متکی هستند. با این حال این کمسیون به رد اعتبار، جز در مواردی که نقصی آشکار و جدی وجود داشته باشد، رغبتی ندارد، زیرا طرح‌های بیمه تنها باز پرداخت خدماتی را به عهده می‌گیرند که توسط مراکز سلامت دارای اعتبار عرضه شده باشند. هر سازمانی که اعتبار خود را از دست بدهد به صورت بالقوه با فروپاشی و ورشکستگی مالی مواجه می‌شود.

به طور کلی اعطای مجوز و اعتباربخشی تنها می‌تواند سطح پایه‌ای از کیفیت را تضمین کند. چنین مقرراتی که بر در وندادها تمرکز دارند (از آموزش گرفته تا سرمایه گذاری) تضمین نمی‌کنند که در وندادهای موردنظر به طور مناسب مورد استفاده قرار بگیرند. این وظیفه آن طور که در بخش بعدی خواهیم دید، بسیار دشوارتر است.

**۲) وضع مقررات در مورد فرایند**

**الف) راهکارهای طبابت[[457]](#footnote-457)**

راهکارهای طبابت، ابزارهایی برای وضع مقررات هستند که برای تأثیرگذاری بر تصمیم گیری‌های بالینی طراحی شده‌اند. به لحاظ نظری راهکارها باید مبتنی بر مرور نظام مند شواهد و قضاوت خبرگان بالینی باشند. راهکارهای طبابت می‌توانند در ایجاد استانداردی برای مراقبت مؤثر باشند، به طوری که پزشکان آنها را از نظر بالینی معتبر بدانند و با انگیزه‌هایی موافق از نظر پرداخت مواجه شوند. شواهد نشان دهنده آن هستند که مشارکت دادن گروه‌های پزشکان در تدوین راهکارها می‌تواند پایبندی آنها به این راهکارها را افزایش دهد. در حقیقت بسیاری از استانداردهای راهکارهای طبابت دقیقا در تعریف ما از مقررات نمیگنجد، زیرا این راهکارها توسط سازمان ارایه‌کننده و بدون پشتیبانی قوه قهریه دولت اجرا می‌شوند.

زمانی که راهکارها با پاداش‌های مناسب تکمیل شوند، می‌توانند اثربخشی بیشتری در تغییر طبابت داشته باشند. به عنوان مثال ایالت ماساچوست در پی کاهش آسیب‌های هیپوکسیک مغزی در اثر بیهوشی بود. برای این منظور، این ایالت مقرراتی را اعلام کرد که طی آن اگر متخصصان بیهوشی از راهکارهای ارایه شده توسط جامعه متخصصان بیهوشی آمریکا تبعیت می‌کردند، در شکایات مربوط به سوء طبابت در این زمینه مقصر شناخته نمی‌شدند. دو سال پس از اجرای این مقررات جدید، موارد آسیب‌های هیپوکسیک مغزی به کمتر از نصف کاهش پیدا کرد.

کیفیت مراقبت‌های پزشکی دو جنبه دارد: کیفیت بالینی و کیفیت خدمات به فصل ۶ مراجعه کنید). در کشورهای پردرآمد، رضایتمندی بیماران به یک جنبه کلیدی ارزشیابی کیفیت تبدیل شده است، اگرچه ارزیابی‌های بیماران بیشتر بر خود خدمات متمرکز است تا بر جزء بالینی خدمات سلامت. با وجود این، بیماران می‌توانند اطلاعاتی در مورد آنچه به لحاظ بالینی انجام شده است نیز ارایه کنند. به عنوان مثال بیماران می‌توانند گزارش دهند که آیا ایک معاینه خاص پیش از گذاشتن تشخیص انجام شده است یا خیر، یا اینکه آیا پیگیری به وسیله آزمونهای آزمایشگاهی صورت گرفته است یا خیر. در ایالات متحده طی سال‌های اخیر، مشارکت بیماران و جامعه در ارزیابی کیفیت خدمات و کیفیت بالینی مراقبت سلامت به صورتی قابل ملاحظه افزایش پیدا کرده است، با ارایه این بازخورد به پزشکان و سایر کارکنان سلامت، مدیریت نظام به صورتی موفقیت آمیز از ارزیابی‌های بیماران برای ارتقای کیفیت خدمات استفاده کرده است. با این حال اكثر تجارب در این حیطه - همانند مورد راهکارها - وضع مقررات به صورت رسمی‌را شامل نمی‌شود.

**۳) وضع مقررات در مورد پیامدها**

مطالعات نشان دهنده آن هستند که تضمین کیفیت زمانی بیشترین اثربخشی را دارد که پیامدها مورد پایش قرار بگیرند. با این حال نظام‌های اثربخش مدیریت پیامدها به لحاظ اجرایی بسیار پیچیده و دشوار هستند و از این رو اجرای آنها برای کشورهای با درآمد متوسط و کم آسان نیست. این نظام ها نیازمند یک وضع‌کننده مقررات برای تعیین سنجه‌های پیامد پایا و قابل اعتماد (به عنوان مثال میزان عوارض و میزان بستری مجدد بدون برنامه)، تعیین استانداردهای عملکرد برای هر اقدام طبی و فراهم کردن بانک‌های اطلاعاتی جامع و قابل اعتماد هستند. حتی با وجود این موارد نیز، تحلیل‌های لازم به الگوریتم‌های پیچیده و پیشرفته نیاز خواهد داشت. در نتیجه تاکنون چنین اقداماتی اکثرا در کشورهای پردرآمد صورت گرفته‌اند. علاوه براین، در بسیاری از کشورهایی که داده‌های مربوط به پیامدها جمع آوری می‌شوند، به خاطر مخالفت‌های قدرتمند پزشکان، گزارش‌های مربوط به نتایج منتشر نشده‌اند.

**الف) استاندارد کردن کارت‌های گزارش**

صرف انتشار نتایج مربوط به پیامدها گاهی می‌تواند به ارتقای کیفیت منجر شود. به عنوان مثال انتشار داده‌های نیویورک در مورد میزان مرگ‌های ناشی از جراحی بای پس عروق کرونر در هر بیمارستان، با ۴۱٪ کاهش در مرگ و میر جراحی در چهار سال بعد همراه بود. گزارش‌هایی وجود دارد مبنی بر اینکه برخی از بیمارستان ها در واکنش به انتشار این داده‌ها، برای کاهش میزان مرگ و میر اقدامات مستقیمی انجام داده‌اند.

وزارت اسکاتلند نیز داده‌هایی را در مورد پیامدهای مربوط به بستری‌های مجدد اورژانس، مرگ و میر پس از بستری به خاطر سکته مغزی، مرگ و میر سرطان گردن رحم و میزان بروز سرخک در کودکان منتشر ساخته است. اگرچه همراه با انتشار این داده‌ها، هشداری به این صورت اعلام شده است که نمی‌توان و نباید هیچ گونه نتیجه گیری در مورد کیفیت مراقبت در بیمارستان‌های خاص صورت گیرد، برخی خریدران، تغییر قراردادها در نتیجه انتشار این داده‌ها را گزارش کرده‌اند.

در ایالات متحده، تعداد قابل توجهی از اقدامات غیر از «کارت‌های گزارش» وجود دارد. بعضی از مجلات فهرستهایی از بهترین پزشکان یا بیمارستان ها در سطح ملی یا منطقه‌ای تهیه می‌کنند. طرح‌های بیمه سلامت تحت پوشش نظام گزارش‌دهی مجموعه داده‌ها و اطلاعات کارفرمایان طرح‌های سلامت»[[458]](#footnote-458) قرار دارند. مدیران ایالت پنجاب هند بیمارستان‌های خود را تحت یک نظام ممیزی داخلی درجه بندی کرده‌اند. اگرچه این نتایج علنی نمی‌شوند، اما باعث تشویق ارتقای کیفیت به صورت رقابتی می‌گردند. یک مزیت گزارش‌دهی این است که بدون هیچ گونه هزینه اجرایی و خصومت ناشی از مقررات مبتنی بر جریمه، می‌تواند باعث انتخاب مشتری یا ابتکارات مدیریتی شود.

**ب) ممیزی بالینی و مرور همتایان**

انگلستان، عمدتا برای تضمین کیفیت فنی خدمات پزشکی به نظام ممیزی بالینی متکی است. اکثر بیمارستان‌های ایالات متحده فرایندهای مرور توسط همتایانی موسوم به نشست‌های موربیدیته و مرگ و میر را سازماندهی کرده‌اند که در آن گروه‌هایی از پزشکان در موارد نیاز به منظور بازنگری مراقبت از بیمارانی که دچار عوارض جدی یا مرگ در بیمارستان شده‌اند، دور هم جمع می‌شوند. این سازوکارها تا حد زیادی به رسوم و نگرش‌های حرفه‌ای یعنی به تمایل پزشکان برای اینکه نقدکننده یکدیگر باشند، بستگی دارد. از آنجا که در غالب موارد چنین نگرش‌هایی وجود ندارد، این ساز و کارها تأثیری ناهمگون و غیرثابت خواهند داشت.

**ج) بوردهای انضباطی**

بسیاری از کشورها برای تنبیه پزشکان به خود حرفه پزشکی متکی هستند. به عنوان مثال شورای نظام پزشکی انگلستان[[459]](#footnote-459) که یک سازمان قانونی و کیفری حرفه‌ای است، مسؤول اعطای مجوز به پزشکان و دریافت و رسیدگی به شکایت ها بر ضد حرفه پزشکی به شمار می‌رود. سایر کشورها نیز بوردهایی دولتی برای اعطای مجوز پزشکی و مسایل انضباطی ایجاد کرده‌اند که رسیدگی به شکایات بر ضد پزشکان و تنبیه آنها به این بوردها تفویض شده است. اقدامات قانونی انضباطی برای سوء رفتار حرفه‌ای توسط پزشکان حتی می‌تواند اشد مجازات (یعنی ابطال مجوز طبابت) را به دنبال داشته باشد. اما این جریمه که توانایی پزشک در امرار معاش از طریق طبابت را انکار می‌کند، به ندرت اعمال می‌شود. جریمه‌های سبک‌تر (شامل غرامت، تعليق و نامه‌های توبیخ) ممکن است اثرات انگیزاننده چندانی نداشته باشد. در نتیجه، شواهد نشان دهنده آن هستند که اکثر برنامه‌های وضع مقررات و نظارت حرفه ای، برای موارد سوء رفتار غیرائر بخش بوده‌اند که این امر تا حدی به خاطر غلبه حرفه پزشکی بر این بوردها است.

**د) تعهد در قبال سوء طبابت**

در میان تمام کشورهای جهان، ایالات متحده بیش از همه بر تعهد از جانب پزشکان در قبال سوء طبابت به منظور کنترل کیفیت بروندادها تأکید دارد. تعهد در قبال سوء طبابت، به عنوان یک راهبرد وضع مقررات و نظارت، مخالفان بسیاری دارد. مطالعات نشان دهنده آن است که اکثریت کسانی که آسیبی می‌رسانند به محاکمه کشانده نمی‌شوند و اکثریت آنهایی که به محاکمه کشانده می‌شوند، آسیبی نرسانده‌اند. استفاده از پرداخت‌های وابسته به پیشامد باعث می‌شود که وکلا به امید بردن سهمی (تا 40%) از کل مبلغ واگذاری، به اقامه دعوی به صورت قمار آمیز و وابسته به حدسیات بپردازند. هیأت‌های بررسی که صرفا به همدردی می‌پردازند و غیر منطقی عمل می‌کنند، اغلب حتی در موارد آسیب‌های غیر قابل اجتناب غرامت های سنگینی را اعمال می‌کنند. با این حال برخی کشورهای دیگر نیز شروع به اعطای بعضی حقوق به بیماران برای جبران خسارت در موارد آسیب دیدن کرده‌اند که یک نمونه از آن قانون جدید محافظت از مصرف کنندگان[[460]](#footnote-460) در هند است.

**4-3-5) کنترل تقاضاهای ایجاد شده از سوی عرضه‌کننده**

مطالعات تجربی نشان داده‌اند که پزشکان، بیمارستان ها و داروسازان از قدرت خوبی برای القای تقاضا در بیماران جهت درخواست واحدهای بیشتری از کالاها یا خدمات ایشان، برخوردار هستند. این تقاضای بیشتر، منفعت اندکی برای بیماران دارد ولی کل هزینه‌های صرف شده برای سلامت را افزایش می‌دهد. از این رو بسیاری از کشورهای پردرآمد به وضع مقررات برای نیروی انسانی پزشکی و سرمایه گذاری در تسهیلات و تجهیزات پزشکی جدید می‌پردازند، با این فرض که این کار می‌تواند با کنترل عرضه، استفاده نامناسب را محدود نماید.

**۱) وضع مقررات برای نیروی انسانی**

اقدامات برای کنترل عرضه پزشک می‌تواند در سه مقطع اعمال شود: در ورود به دانشکده پزشکی، در ورود به برنامه‌های تربیت دستیار و در ورود به طبابت دولت‌های ملی می‌توانند میزان عرضه پزشک (هم تعداد و هم ترکیب تخصصی پزشکان) را از طريق وضع مقررات بر تعداد فرصت‌های آموزشی در دانشکده پزشکی و برنامه‌های دستیاری تخصصی کنترل کنند. به عنوان مثال وزارت سلامت انگلستان، میزان کلی سالانه پذیرش دانشجوی پزشکی را تعیین می‌کند. از دهه ۱۹۴۰ کمیته‌هایی به ارایه مشاوره در مورد تعداد پزشکانی که باید تربیت شوند پرداخته‌اند. در این مدت گاهی به دلیل نگرانی در مورد بیکاری شاغلان به حرفه پزشکی، میزان پذیرش کاهش پیدا کرده و گاهی به منظور استفاده از ظرفیت دانشکده‌های پزشکی، افزایش یافته است.

کانادا مطالعه‌ای ملی در مورد نیاز به نیروی انسانی پزشکی بر مبنای نسبت‌های نیاز[[461]](#footnote-461) تخصص‌های گوناگون به کل جمعیت انجام داده است. گزارش نهایی این مطالعه با کمک در وندادهای قابل توجهی از دانشکده‌های پزشکی تدوین شده است. بر اساس یافته‌های این گزارش، از دانشکده‌های پزشکی خواسته شده بود تعداد جایگاه‌های آموزش تخصصی ارایه شده را تعدیل کنند و بر انتخاب‌های دانشجویان پزشکی در مورد تخصص و مكان جغرافیایی طبابت خود تأثیر بگذارند. سنگاپور با محدود کردن متخصصان به 40% از پزشکان تازه فارغ التحصیل و تربیت پزشکان باقیمانده برای مراقبت‌های اولیه، به محدود کردن عرضه پرداخته است. سنگاپور همچنین اعطای مجوز به فارغ التحصیلان پزشکی از خارج از کشور را به تعداد بسیار اندکی در هر سال محدود نموده است. همچنین انواع گوناگونی از روش‌های غیر مستقیم برای دستیابی به این اهداف وجود دارند از جمله تغییر در بودجه دانشکده‌های پزشکی و میزان بورس‌های اعطا شده به دانشجویان پزشکی کشورهای پردرآمد همچنین از وضع مقررات برای توزیع مجدد منابع انسانی استفاده می‌کنند، به عنوان مثال زمانی که کانادا پیش بینی کرد با مازاد پزشک روبرو خواهد شد، مقامات فدرال محدودیت‌هایی را برای مهاجرت پزشکان خارجی تعیین کردند و آنها را به پذیرفتن خدمات در مناطق دچار کمبود پزشک ملزم نمودند.

سایر کشورهای پردرآمد از طریق محدود کردن تعداد کسانی که در کل کشور یا یک منطقه خاص می‌توانند به طبابت بپردازند، در جهت محدود کردن تعداد پزشکان حرکت کرده‌اند. در استرالیا پزشکان برای پرداخت از سوی نظام بیمه ملی، لازم است یک شماره استخدامی‌داشته باشند. در آلمان جوامع پزشکی محلی می‌توانند تعداد پزشکان شاغل در بخش سرپایی را محدود کنند. در کشورهایی که میزان تربیت پزشک با موقعیت‌های شغلی موجود هماهنگ نیست، عرضه اضافی قابل توجه می‌تواند منجر به آن شود که فارغ التحصیلان جديد مجبور باشند چندین سال برای استخدام در نظام سلامت منتظر بمانند. در حال حاضر این امر در چندین کشور اروپایی صادق است.

با این حال محدود کردن عرضه می‌تواند رقابت را کاهش دهد. در ایالات متحده، مقررات در مورد پذیرش برای طبابت در هر تخصص توسط یک بورد تخصصی مشتمل بر پزشکان دارای همان تخصص وضع می‌شود. در برخی موارد این نهادها، تعداد افراد تربیت شده برای طبابت در یک تخصص خاص از قبیل بیهوشی را محدود می‌کنند و به کمبود پزشک دامن می زنند که باعث می‌شود درآمد افراد در آن تخصص بالا برود.

هم در کشورهای پردرآمد و هم در کشورهای کم درآمد، أغلب فشار سیاسی زیادی برای گسترش تعداد جایگاه‌های آموزشی در دانشکده‌های پزشکی وجود دارد، زیرا این کار راهی اثربخش برای جابجایی اجتماعی و اقتصادی پزشکان تلقی می‌شود. در نتیجه در بسیاری از کشورها تعداد پزشکان تربیت شده بیش از تعداد پزشکانی است که مورد استفاده هستند. این امر حتی در کشورهایی که اکثر پزشکان آنها در دانشکده‌های دولتی تربیت می‌شوند (از قبیل مصر، ایتالیا و يمن) صدق می‌کند. در سایر کشورها تعدادی از دانشکده‌های خصوصی که تحت نظارت مقررات قرار ندارند در ایجاد چنین وضعیتی دخیل هستند (کشورهایی مثل ژاپن، لبنان و هند). چنین وضعیت‌هایی نیاز به پشتیبانی سیاسی پیش از هرگونه مداخله موفقیت آمیز در زمینه وضع مقررات را نشان می‌دهند.

**۲) وضع مقررات در مورد سرمایه گذاری سرمایه‌ای[[462]](#footnote-462)**

با افزایش سرمایه گذاری سرمایه‌ای و کسب فناوری، کشورها اغلب منابع بیشتری را برای مراقبت‌های تخصصی و منابع کمتری را برای پیشگیری و مراقبت‌های اولیه اختصاص می‌دهند. برای افرادی که به هزینه - اثربخشی خدمات سلامت اهمیت می‌دهند (یعنی کسانی که دیدگاه‌های جدی سودگرایی عینی دارند، این وضعیت مستلزم وضع مقررات در مورد سرمایه گذاری‌های سرمایه‌ای به ویژه در فناوری‌های جدید پزشکی است تا نسبت به استفاده هزینه - اثربخش نظام سلامت از منابع اطمینان حاصل شود.

وضع مقررات در مورد سرمایه گذاری سرمایه‌ای نیازمند ارزیابی فناوری است. این امر فرایندی برای ارزشیابی فناوری‌های جدید (در مقایسه با موارد موجود) به منظور تعیین هزینه‌ها و منافع تصاعدی را شامل می‌شود. انجام این تحلیل برای فناوری‌های جدید ممکن است دشوار باشد، زیرا انجام مطالعات مناسب و مرتبط امری زمان بر است. در همین حین، تجارب در مورد این فناوری‌ها اغلب به سرعت انباشته شده و به الگوهای گسترش یافته مصرف منجر می‌گردد. علاوه بر این، فناوری‌های جدید معمولا طرفدارانی قدرتمند دارند (شامل پزشکانی که از وسایل جدید استفاده می‌کنند و تولیدکنندگانی که این وسایل را تولید می‌نمایند. این گروه‌ها پیش از آنکه مطالعات دقیق بتوانند به نتیجه‌ای برسند، فشارهای بسیار زیادی برای پذیرش فناوری‌های جدید اعمال می‌کنند.

کسب فناوری، ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با ملاحظات مربوط به نیروی انسانی دارد. از نظر مالی، هزینه سرمایه‌ای سالانه یک دستگاه جدید ممکن است بسیار کمتر از هزینه‌های مربوط به نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای راه‌اندازی آن باشد (که گاهی نسبت این هزینه‌ها ۱۰-۷ به ۱ است). بسیاری از بیمارستان‌های ایالات متحده از پزشکان می‌خواهند که پیش از استفاده از وسایل با فناوری بالا (به عنوان مثال لیزر یا آندوسکوپی) آموزش‌هایی اختصاصی در این موارد کسب کنند. جوامع پزشکی و حرفه‌ای در برخی از کشورها نقش ارزیابی و تضمین استفاده مناسب از فناوری را نیز به عهده گرفته‌اند.

تحت نظام‌های خدمات سلامت ملی، تصمیمات در مورد هزینه - اثربخشی، صرف هزینه به صورت جایگزین برای تسهیلات سرمایه ای جدید، کسب فناوری و تأیید داروهای جدید می‌تواند با فرایندهای برنامه و بودجه مرتبط شود تا دستیابی به اهداف کلی نظام سلامت تضمین گردد. از سوی دیگر نظام‌های مبتنی بر بازار از چنین فرایندهایی برای برنامه ریزی برخوردار نیستند و از این رو باید بر نیروهای رقابتی بازار و نهادهای دولتی وضع مقررات برای تعیین تصمیمات در مورد سرمایه گذاری وابسته باشند با توجه به ضعف‌های سیاسی و فنی در بسیاری از کشورها، چنین مقرراتی اغلب یا وجود ندارند یا غیراثر بخش هستند.

**۵-۳-۵) مقابله با انحصار**

**۱) وضع مقررات در مورد انحصارات**

هم انحصارات دولتی و هم انحصارات خصوصی می‌توانند باعث بهره کشی از بیماران شوند. اولی با برآوردن منافع پزشکان بخش دولتی به روش‌های مختلف و دومی‌به دلیل انتفاعی بودن. بیمارستان ها، درمانگاه‌های تخصصی و آزمایشگاه‌های انحصاری می‌توانند باعث افت کیفیت خدمات و تحميل قیمت‌های انحصاری شوند. از این رو، اکثر کشورهای پردرآمد مقررات ضد تراست را برای مهار کردن انحصارات خصوصی تعیین و اجرا می‌کنند. آنچنانکه در فصل قبلی ذکر شد راهبردهایی برای مهار کردن انحصارات دولتی در دهه گذشته ایجاد شده‌اند و بستن قراردادهای انتخابی به اضافه ایجاد بازارهای داخلی را شامل می‌شوند.

در کشورهای با درآمد متوسط و کم، هم انحصارات دولتی و هم انحصارات خصوصی به صورتی گسترده وجود دارند زیرا تسهیلات سلامت و متخصصان در خارج از شهرهای بزرگ بسیار اندک هستند. وضع مقررات در این موارد به دلیل محدودیت‌های اجرایی و سیاسی، تا حد زیادی در مهار اقدامات انحصاری مؤسسات خصوصی انتفاعی غیر اثربخش بوده است.

**۲) وضع مقررات در مورد قیمت‌های انحصاری**

حتی با وجود آنکه قدرت پزشکان در تحمیل قیمت‌های انحصاری به صورتی گسترده به اثبات رسیده است، اکثر کشورها وضع مقررات و نظارت مستقیم بر چنین تصمیماتی را هم به دلایل فنی و هم به دلایل سیاسی، دشوار یا حتی غیرممکن می‌یابند. از این رو وضع مقررات و نظارت بر وجوه پرداختی بسیار پیچیده است و به اطلاعات تفصیلی در مورد هر معامله نیاز دارد. بنت[[463]](#footnote-463) و نگالانده - باند[[464]](#footnote-464) نشان داده‌اند که هیچ یک از دولت‌های آفریقایی مقرراتی در مورد قیمت‌های تعیین شده از سوی پزشکان خصوصی ندارند و بر این موارد نظارتی نمی‌کنند و ما می‌دانیم که چنین وضع مقررات و نظارتی در هیچ یک از کشورهای با درآمد متوسط یا کم وجود ندارد.

حتی در کشورهای پردرآمد نیز کنترل قیمت‌های تعیین شده از سوی پزشکان دشوار است و به طور معمول این کار از طریق خرید خدمات صورت می‌گیرد و نه وضع مقررات. به عنوان مثال طرح‌های بیمه اجتماعی در آلمان و ژاپن در مورد برنامه قیمت ها با سازمان‌های مدافع و نماینده پزشکان به مذاکره می‌پردازند. با این حال تا زمانی که طرح‌های بیمه اجتماعی و خصوصی به عنوان خریدار خدمات می‌توانند قیمت‌هایی را که قرار است بپردازند تعیین کنند، نمی‌توانند به صورتی مؤثر مانع از گرفتن هزینه‌های اضافی از بیماران توسط پزشکان در کشورهای با درآمد متوسط و کم شوند.

در مورد کشورهای با درآمد متوسط و کم، یک مسأله بسیار مهم، ناپایداری بخش دولتی به دلیل درآمدهای بیشتر پزشکان خصوصی است. پزشکان دولتی به چندین طریق نسبت به چنین درآمدهای بیشتری واکنش نشان می‌دهند. برخی از آنها کار دولتی را برای طبابت تمام وقت در بخش خصوصی رها می‌کنند. برخی در هر دو بخش به طبابت می‌پردازند و بیماران ثروتمندتر را از درمانگاه‌های دولتی به درمانگاه‌های خصوصی خود هدایت می‌نمایند. دسته سوم به گرفتن پول‌های زیر میزی می‌پردازند. این واکنش ها، ارایه‌کنندگان بخش دولتی را تضعیف یا فاسد می‌کند. در همین حین، کشورهای با درآمد متوسط و کم به سختی استطاعت پرداخت دستمزدهایی قابل رقابت با درآمدهای بخش خصوصی را دارا هستند. در نتیجه بعضی از کشورهای با درآمد متوسط و کم سعی کرده‌اند با فرستادن پزشکان بخش دولتی به مناطق دچار کمبود پزشک، طبابت خصوصی را محدود کنند. حتی در جاهایی که گرفتن پول‌های زیر میزی غیرقانونی به شمار می‌رود، این قوانین به ندرت اعمال می‌شوند.

یکی از حیطه‌هایی که اکثر کشورهای پردرآمد به وضع مقررات در مورد قیمت‌های انحصاری آن می‌پردازند، صنایع داروسازی هستند. این مقررات اغلب از طریق مشخص کردن مقداری که نظام‌های بیمه اجتماعی برای داروها خواهند پرداخت، قابل دستیابی خواهند بود. متداول‌ترین نظام در این زمینه قیمت گذاری مرجع[[465]](#footnote-465) است که ترکیبات را به دسته‌هایی تقسیم می‌کند که به لحاظ درمانی معادل یکدیگر» به شمار می‌روند. سپس بعضی از پارامترهای توزیع قیمت‌های مشاهده شده (از قبیل میانگین آن برای کل آن دسته مورد استفاده قرار می‌گیرد. اجرای این برنامه‌ها به ظرفیت فنی قابل ملاحظه‌ای نیاز دارد. در حال حاضر این برنامه‌ها در بسیاری از اقتصادهای در حال گذار در اروپای مرکزی و شرقی و سایر کشورهای با درآمد متوسط در حال ظهور هستند.

**4-5) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار**

نتایج ایجاد شده توسط بازارهای رقابتی برای آن دسته از مجریان اصلاحات که به انواعی از دیدگاه‌های اخلاقی به طور جدی پایبند هستند، لزوم قابل قبول نخواهند بود. کسانی که می‌خواهند وضعیت سلامت را به حداکثر برسانند، موافق وضع مقررات در مورد مصرف سیگار و سایر کالاهایی که ممکن است به سلامت افراد آسیب بزنند و اجباری ساختن استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی برای کاهش آسیب ها هستند؛ حتی اگر این موارد با یک بازار کاملا آزاد همخوانی نداشته باشند. سایرین ممکن است انواعی از معاملات را مغایر با ارزش‌های جامعه بدانند و از این رو به وضع مقررات بپردازند. مثال‌هایی از این نگرانی‌های جامعه گرایانه عبارتند از انتقال خون، فروش اعضا برای پیوند، سقط جنین، خودکشی کمک شده[[466]](#footnote-466) (کشتن از روی ترحم)، روسپیگری و استفاده از مواد مخدر و داروهای خاص.

**۶) وضع مقررات بیمه ای**

اینک از وضع مقررات برای خدمات مراقبت سلامت به سراغ وضع مقررات برای بیمه‌های سلامت می‌رویم. بیمه‌های خصوصی سلامت قراردادهایی پیچیده برای آینده هستند که طی آنها فرد بیمه شده یک حق بیمه را در ازای نوعی اجرت و پاداش[[467]](#footnote-467) خاص می‌پردازد که اگر اتفاقی غیرقابل پیش بینی در آینده رخ دهد آن را دریافت نماید. وضعیت ها، الزامات، پیشامدهای غیر مترقبه و موارد استثنای مشخص‌کننده این قرارداد، در بیمه نامه به دقت توضیح داده می‌شوند. از آنجا که این قراردادها به زبانی فنی نوشته می‌شوند، فهم آنها دشوار است و مصرف‌کنندگان ممکن است به آسانی مورد بهره کشی واقع شوند. در کشورهایی که بیمه خصوصی در آنها فراگیر است، دولت‌ها اغلب برای پیشگیری از چنین بهره کشی‌هایی به روش‌های مختلف به وضع مقررات برای صنعت بیمه می‌پردازند

بیمه سلامت می‌تواند توسط سه نوع سازمان ارایه شود: مؤسسات دولتی، سازمان‌های موازی دولت و شرکت‌های خصوصی. از آنجا که دولت به طور معمول به وضع مقررات برای خودش نمی‌پردازد، بحث ما در مورد وضع مقررات، دو مورد آخر را شامل می‌شود. اکثر مقررات بیمه به سه هدف وضع مقررات مربوط می‌شوند: تعیین قواعدی برای مبادلات درستکارانه، انجام آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند (مثلا پیشبرد عدالت و اصلاح موارد نارسایی بازار.

مقررات مربوط به بیمه‌های سلامت، بسته به اجباری یا اختیاری بودن آنها متفاوت هستند. در مورد بیمه‌های اجتماعی اجباری، غالبا دولت نگران مسایل مربوط به عدالت، غیر منصفانه بودن قیمت ها و فعالیت‌های تجاری متقلبانه است. در مورد بیمه‌های خصوصی اختیاری، وضع مقررات معمولا جدی‌تر و گسترده‌تر است. زیرا شانس بیشتری برای تقلب و نیرنگ وجود دارد. با این حال در اکثر کشورهای در حال توسعه، شرکت‌های خصوصی بیمه اختیاری با مقررات اندکی مواجه هستند، به این دلیل که پیش نیازهای مربوط به وضع مؤثر مقررات که پیش از این در همین فصل ذکر شدند، وجود ندارد. این عدم وجود پیش نیازها به نوبه خود باعث جذابیت بیمه‌های خصوصی به عنوان یک راهبرد تأمین مالی در چنین موقعیت‌هایی می‌شود.

در جدول ۴-۱۱ انواع مختلف مقررات بیمه‌ای به صورت خلاصه ذکر شده‌اند. از آنجا که بیمه به ندرت اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند را شامل می‌شود، این موارد حذف شده‌اند.

جدول ۴-۱۱) وضع مقررات بیمه ای.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع مقررات | کشور های پردرآمد | کشورهای با درآمد متوسط و کم |
| ۱- تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار A) توانایی پرداخت بدهی طرح های بیمه ای B) فعالیت های مربوط به فروش و بازاریابی | a) تعیین استانداردهای مربوط به حداقل سرمایه کافی و سرمایه مازاد b) محدود کردن گزینه های سرمایه گذاری c) تعیین پیش نیاز های گزارش دهی مالی d) تعیین استانداردهای صحت أماری بیمه های خصوصی و اجتماعی در طولانی مدت a) تبلیغات b) مشخص کردن میزان کارمزد، محدود کردن قیمت های حداکثر برای فروش و بازاریابی c) محتوا و شکل بیمه نامه | مقررات اندک در مورد بیمه های خصوصی سلامت با اجرای ضعیف. معمولا شرکتهایی که قادر به کسب مجوز فروش شوند، سودهای هنگفتی می برند. برخی مقررات وجود دارند، اما به صورتی ضعیف اعمال می شوند |
| 2- تکمیل آنچه بازار نمی تواند انجام بدهد، مثل توزیع عادلانه A) انباشت خطر B) عدالت در تأمین مالی و منابع | a) لازم است حق بیمه از سوی شرکت های بیمه بر مبنای کل جامعه تعیین شود b) متقاعد کردن خانوارهای مناسب برای ثبت نام در طرح های بیمه اجتماعی C) حق بیمه مبتنی بر درصد دستمزدها در بیمه اجتماعی | قوانین مشابهی در مورد بیمه های اجتماعی وجود دارد، اما به صورتی ضعیف اعمال می شوند |
| ۳- اصلاح موارد نارسایی بازار A) انتخاب خطر B) انتخاب معکوس C) قیمت گذاری انحصاری | a) نیازمند ثبت نام آزاد است، از بیمه کردن مبتنی بر وضعیت پزشکی ممانعت به عمل می اید b) حق بیمه با تعدیل برحسب خطر تعیین می شود. c) بیمه مجدد افراد پرخطر با انتقال اعتبارات به صورت گذشته نگر از بیمه گران با خطرات به طور میانگین پایین تر به کسانی که خطرت بالاتری را پوشش می دهند، صورت می گیرد. d) نیازمندان است که شرکتهای بیمه حق بیمه را بر مبنای کل جامعه تعیین کنند a) ثبت نام کننده سوابق طبی و بیماری هایش را فاش می کند. a) نیازمند نسبت خسارت حداقل است، یعنی حداقل درصدی از حق بیمه ها که باید برای منافع خدمات سلامت پرداخت شود. | مقررات بسیار اندکی وجود دارند. کشورهای بسیار کمی در این مورد به وضع مقررات می پردازند |
| ۴- اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار A) سوءاستفاده از خدمات رایگان B) هزینه - اثربخشی | a) متقاعد کردن تمام جمعیت واجد شرایط برای ثبت نام در بیمه اجتماعی a) وضع مقررات در مورد بسته منفعت بیمه های اجباری | یکسان، اما اعمال آن اثربخشی کمتری دارد. |

**1-6) تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار**

**1-1-6) مقررات مربوط به توانایی پراخت بدهی طرح‌های بیمه‌ای**

مشکلات مربوط به توانایی پرداخت بدهی‌ها در بیمه‌های خصوصی فراوان‌تر از نظام‌های بیمه اجتماعی هستند. در بیمه‌های اجتماعی اعتبارات ناکافی معمولا از طریق یارانه‌های دولتی، افزایش میزان حق مشارکت یا کاهش منافع برطرف می‌شوند. در مورد بیمه‌های خصوصی، دولت‌ها برای پیشگیری از عدم توانایی پرداخت بدهی‌ها به وضع مقررات می‌پردازند.

ایالات متحده تنها کشور پردرآمدی است که برای تأمین اعتبار مراقبت‌های سلامت عمدتأ به بیمه‌های خصوصی داوطلبانه متکی است. از این رو این کشور دارای بیشترین تجربه وضع مقررات در این مورد است. اکثر موارد عدم توانایی پرداخت بدهی‌های شرکت‌های بیمه خصوصی به خاطر اشتباهات در تعیین قیمت ها در مقایسه با مطالبات پرداخت شده، سرمایه گذاری‌های نامناسب صندوق‌های ذخیره بیمه‌ای و تقلب است. پس از تجارب مربوط به چندین مورد ورشکستگی (که طی آن بیمه گر نمی‌تواند به تعهدات خود در قرارداد عمل کند)، دولت فدرال بر ایالت ها که مسؤول وضع مقررات بیمه‌های خصوصی هستند فشار آورد که پیش نیازهای مالی خود را جدی‌تر کنند. در نتیجه در حال حاضر ایالت ها معمولا از بیمه گران می‌خواهند که استانداردهای خاصی در مورد حداقل سرمایه و سرمایه مازاد را برآورده سازند، گزینه‌های خود را برای سرمایه گذاری محدود کنند و از استانداردهای گزارش‌دهی مالی تعیین شده پیروی نمایند. قوانین گوناگونی به کنترل قیمت گذاری، بیمه مجدد، ذخایر، تطابق دادن دارایی با تعهد، معاملات با شعب وابسته و مدیریت و گزارش‌دهی در اظهارنامه‌های مالی می‌پردازند. کشورهایی که بیمه‌های خصوصی در آنها مستقر شده‌اند، اما چنین کنترل‌هایی در آنها وجود ندارد (به عنوان مثال جمهوری چک)، شاهد موارد قابل ملاحظه‌ای از ورشکستگی به خاطر فعالیت‌های تجاری نامناسب بوده‌اند.

دولت‌ها باید استانداردهای حداقلی برای تأیید کسانی که کارهای فنی کلیدی را در صنعت بیمه انجام می‌دهند تعیین نمایند. به عنوان مثال، مأموران احصائیه‌ای که میزانهای حق بیمه و ذخایر را تعیین می‌کنند، اغلب تحت نظارت مقررات دولت یا جامعه حرفه‌ای خود قرار دارند. ابزار اوليه پایش توانایی پرداخت بدهی‌های یک شرکت، مرور اظهارنامه‌های مالی آن است.

**2-1-6) وضع مقررات برای فعالیت‌های فروش و بازاریابی**

اکثر بیمه‌های خصوصی از طریق عواملی فروخته می‌شوند که به ازای هر مورد فروش کارمزد دریافت می‌کنند. به دلیل پیچیدگی قراردادهای بیمه ای، طرح‌های بیمه خصوصی و عوامل آنها می‌توانند از اقدامات فریبکارانه برای فروش محصولات خود استفاده کنند. کشورهای پردرآمد با وضع مقررات و نظارت بر شکل و محتوای قراردادهای بیمه ای، موارد بالقوه فریبکاری را تحت نظارت مقررات در می‌آورند. طرح‌های بیمه باید فرم بیمه نامه‌های خود را برای تأیید به نهادهای واضع مقررات تسلیم کنند. در غالب موارد، بروشورها و تبلیغات فروش هم تحت نظارت مقررات قرار دارند. علاوه بر این، برای جلوگیری از پرداخت بیش از حد کارمزد توسط طرح‌های بیمه خصوصی به عوامل فروش یا کارکنان خود به منظور ارتقای فروش، کشورهای پردرآمد پیش نیاز‌های مربوط به نسبت خسارت را تعیین کرده‌اند که درصد بیمه‌ای را که می‌توان از آن برای اجرا، هزینه‌های فروش و منافع استفاده کرد، محدود می‌نماید.

**۶-۲) تقویت عدالت**

**1-2-6) وضع مقررات در مورد انباشت خطر**

در یک بازار بیمه کاملا رقابتی، قیمت تعادلی منعکس‌کننده مبلغ پرداختی (یعنی خطر) مورد انتظار برای هر فرد خواهد بود. این امر به معنی آن است که افراد سالم باید حق بیمه کمتر و افراد ناسالم باید حق بیمه بیشتری بپردازند. با این حال برای پیشبرد عدالت، بسیاری از کشورها، افراد پرخطر و کم خطر را با هم در یک جامعه کلی انباشت می‌کنند (تعیین حق بیمه جامعه‌ای)، به جای آنکه حق بیمه‌های متفاوتی از گروهها یا افراد مختلف دریافت کنند. به عنوان مثال در استرالیا از این رویکرد استفاده می‌شود. بیمه مجدد نیز به عنوان ساز و کاری برای انباشت خطرات در یک جمعیت بزرگ‌تر به کار می‌رود. در سالهای اخیر در آلمان الزامی‌شده است که میزان مالیات حقوق بگیران برای هر صندوق بیماری باید برای تمامی اعضا یکسان باشد و در کنار آن ترتیبی برای بیمه مجدد در نظر گرفته شود تا میزان خطرات بین صندوق‌های مختلف بیماری به صورت یکنواخت پخش گردد. در ایالات متحده بسیاری از ایالت ها از «صلیب آبی»[[468]](#footnote-468) - یک طرح بیمه سلامت غیرانتفاعی - خواسته‌اند حق بیمه‌های خود را بر مبنای کل جامعه تعیین کند.

**2-2-6) پرداخت حق بیمه سلامت بر مبنای توانایی پرداخت**

حتی زمانی که در یک کشور برای انباشت خطرات از تعیین میزان حق بیمه بر مبنای کل جامعه استفاده می‌شود، میزان‌های ثابت و یکسان حق بیمه مستلزم آن هستند که یک کارگر با دستمزد کم، سهم بیشتری از درآمدهای خود را نسبت به افراد با دستمزد بیشتر برای بیمه سلامت بپردازد. بنا به دلايل مربوط به عدالت، بسیاری از کشورهای پردرآمد برنامه‌های بیمه اجتماعی ایجاد کرده‌اند که در آنها حق بیمه به جای اینکه یک مقدار ثابت باشد، بر یک درصد ثابت از دستمزد افراد مبتنی است. زمانی که چندین صندوق موازی دولت، غیرانتفاعی و انتفاعی در کار هستند، اغلب از آنها خواسته می‌شود حق بیمه‌های خود را به این طریق تعیین کنند (مثلا شیلی). کلمبیا گاهی از این هم فراتر رفته است. در این کشور در کنار یک حق بیمه مبتنی بر دستمزد، پرداختی اضافه بر سهم کارگران از بیمه اجتماعی در نظر گرفته شده و از عایدات آن برای یارانه دادن به بیمه فقرا استفاده شده است.

**3-6) اصلاح موارد نارسایی بازار**

**1-3-6) وضع مقررات در مورد انتخاب برحسب خطرات**

آنچنان که در فصل ۸ در مورد تأمین مالی گفته شد، طرح‌های بیمه برای انتخاب خطر[[469]](#footnote-469) (یعنی بیمه کردن افراد سالم و نپذیرفتن افراد دارای سلامت نامناسب از انگیزه کافی برخوردار هستند. برای مقابله با این اقدامات دولت‌ها گاهی بیمه‌ها را ملزم می‌سازند تا هر کسی را که در طی یک دوره ثبت نام آزاد قصد ثبت نام دارد، بپذیرند. علاوه بر این، دولت‌ها می‌توانند با ممنوعیت بیمه کردن برحسب وضعیت طبی، محدودیت محروم کردن افراد دارای بیماری‌های قبلی و ملزم کردن بیمه گران به عدم ابطال بیمه نامه کسانی که بیمار می‌شوند، انتخاب خطر را کاهش دهند. در ایالات متحده انتخاب برحسب خطرات همچنان در بسیاری از بازارها، مشکلی جدی به شمار می‌رود، زیرا بیمه گران راه‌های مخفیانه بسیاری برای تشویق افراد ناسالم به ترک این طرح و ثبت در یک طرح بیمه دیگر دارند. ایالت نیویورک برای برطرف کردن چنین مشکلاتی، با انتقال اعتبارات به صورت گذشته نگر از بیمه گران برخوردار از خطرات کم به شرکت‌های مواجه شده با خطرات زیادی یک سازوکار بیمه مجدد ابداع کرده است.

**2-3-6) وضع مقررات در مورد انتخاب معکوس[[470]](#footnote-470)**

مصرف‌کنندگان آگاه و مطلعی که می‌دانند نسبتا سالم هستند، ممکن است با محاسبات هزینه‌ها و منافع طرح‌های بیمه برای خود، قانع نشوند. اگر میزان حق بیمه‌ای که به آنها پیشنهاد می‌شود منعکس‌کننده میانگین خطرات باشد، آنها ممکن است نسبت به خرید بیمه اقدام نکنند. در همین حین، آنهایی که می‌دانند بیمار هستند برای تحت پوشش قرار گرفتن شدید مشتاق خواهند بود. این انتخاب معکوس (آنچنان که در فصل ۸ در مورد آن به بحث پرداختیم) امکان انباشت هزینه‌های پوشش افراد سالم با افراد ناسالم را از بیمه گران می‌گیرد. در این صورت حق بیمه‌ها - که بر مبنای هزینه‌های پوشش افراد ناسالم تعیین شده‌اند. برای اکثر افراد غیر قابل خرید خواهند بود. اغلب برای ممانعت از انتخاب موارد نامساعد و انباشت خطرات میان پیر و جوان و سالم و ناسالم، از بیمه‌های اجباری استفاده می‌شود.

**4-6) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار**

**1-4-6) وضع مقررات در مورد سوء استفاده از خدمات رایگان**

بسیاری از کشورها برای افرادی که بیمه نشده‌اند و استطاعت پرداخت برای خدمات را ندارند، به ارایه خدمات سلامت دولتی یارانه‌ای می‌پردازند. این ترتیبات ممکن است افرادی را که واجد شرایط پوشش بیمه هستند اما باید حق بیمه را بپردازند، تشویق کند که برای بیمه شدن اقدام نکنند. برای جلوگیری از این مشکلات مربوط به سوء استفاده از خدمات رایگان، بسیاری از کشورها از تمامی افراد واجد شرایط پرداخت می‌خواهند که در برنامه‌های بیمه‌ای ثبت نام کنند. در این صورت خطرات در یک جمعیت بزرگ انباشت می‌شود که این امر یکی از مزایای عمده بیمه اجتماعی است.

**2-4-6) وضع مقررات در مورد هزینه - اثربخشی**

با وجود اقدامات در جهت آموزش همگانی، خریداران بیمه ممکن است درک درستی از منافع بعضی خدمات پیشگیرانه خاص نداشته باشند. در نتیجه آنها ممکن است بیمه‌هایی را که چنین خدماتی را پوشش می‌دهند نخرند. از این رو دولت‌ها اغلب از وضع مقررات برای مشخص کردن حداقل خدمات سلامتی که باید در یک بسته منفعت وجود داشته باشد، استفاده می‌کنند.

**۷) راهنمایی شرایطی**

درست همان طور که سایر اهرم‌های کنترل ممکن است برای اثربخش بودن به اقدامات در جهت وضع مقررات نیاز داشته باشند، وضع مقررات نیز اغلب به عنوان مکمل به سایر اهرم‌های کنترل نیاز دارد. یک دلیل این امر به ماهیت وضع مقررات برمی‌گردد. اکثر مقررات، آنچه سازمان‌ها و افراد می‌خواهند انجام بدهند را محدود یا ممنوع می‌کنند. با این حال وضع مقررات قدرت محدودی دارد زیرا به قوه قهریه دولت برای ایجاد پذیرش متکی است و خود این قوه قهریه با محدودیت روبرو است. تلاش‌های ترکیبی برای تأثیرگذاری بر رفتار مشتری و ارایه‌کننده به وسیله انواع پاداش ها، راهی برای تقویت پایبندی و پذیرش داوطلبانه است.

اغلب به نظر می‌رسد که این ملاحظات، در فشارهای فعلی از سوی سازمان‌های بین المللی بر وزارتخانه‌های بهداشت برای دست کشیدن از نقش‌شان در زمینه تأمین مالی و اتکا به اعمال مقررات به جای آن، نادیده گرفته شده باشند. دست کشیدن از توانایی بالقوه برای پاداش‌دهی از طریق نظام‌های پرداخت و تأمین مالی، می‌تواند یک اشتباه راهبردی بزرگ برای مجریان اصلاحات بخش سلامت باشد. از سوی دیگر ترکیب وضع مقررات با پاداش ها می‌تواند سبب انعطاف پذیر‌تر شدن قوانین و افزایش پذیرش داوطلبانه شود.

در کشورهای با درآمد متوسط و کم، تمایل زیادی به استفاده از مقررات کشورهای پردرآمد بدون هیچگونه تغییری وجود دارد. این رویکرد راهی سریع و ارزان قیمت برای ایجاد یک برنامه ملی به نظر می‌رسد، متأسفانه نامحتمل است که این کشورها بتوانند به این صورت در وضع مقررات موفق شوند، مگر اینکه وضعیت‌های خاص خود را نیز در نظر بگیرند.

ما در ابتدای این فصل تأکید کردیم که موفقیت در وضع مقررات، به نگرش‌های فرهنگی، ظرفیت‌های دولت و پشتیبانی سیاسی بستگی دارد. احتمال موفقیت در وضع مقررات در کشورهایی بیشتر است که فساد مالی

در آنها کمتر، احترام عمومی‌به نهاد رسمی‌بیشتر، دیوانسالاری دارای عملکرد بهتر و نظام‌های قضایی و پلیس اثربخش‌تر باشند. اعمال موفقیت آمیز مقررات به طراحی نهادها و فرایندهای وضع مقررات وابسته خواهد بود: انواعی مختلفی از ویژگی‌های عملی با این فرایندهای شناسایی خاطیان و مجازات آنها و میزان پذیرش داوطلبانه. هر چه وضعیت یک کشور از این نظر ها بهتر باشد، احتمال عملکرد اثربخش نظام وضع مقررات و نظارت و اصلاح واقعی رفتارها بیشتر خواهد بود. مسلما وظایف وضع‌کنندگان مقررات در سوییس و سوازیلند مثل هم نباید باشد.

مجریان اصلاحات به عنوان بخشی از تدوین یک راهبرد وضع مقررات باید تحلیلی دقیق برای ارزیابی هزینه‌ها و منافع سیاسی و امکان پذیری فنی و اجرایی مقررات مورد نظر انجام دهند. از آنجا که منابع سیاسی و سازمانی مورد نیاز برای قانونگذاری و اجرای مقررات محدود هستند به تصمیم گیری در این مورد که بیشترین دستاوردها احتمالا در کجا حاصل می‌شوند و تدوین طرحی کلی برای حرکت به آن سمت، نیاز خواهد بود. این طرح باید موارد زیر را به صورت اجرایی یکپارچه شامل شود: ارزیابی امکان پذیری سیاسی مداخلات مختلف، ارزیابی راهبردهای سیاسی برای تصویب مقررات، تعیین نهادهای مناسب برای وضع مقررات و اجرای قوانین جدید.

مجریان اصلاحات در جریان ایجاد تحلیل راهبردی خود باید مسائل اجرایی را به دقت مدنظر قرار دهند. مشکلات اجرایی اغلب برحسب چهار دسته مقررات که پیش از این بیان شد متفاوت هستند. قوانینی که شرایط پایه قوانین مربوط به خرید و فروش، ساده‌تر از سایر انواع مقررات پذیرفته می‌شوند. قربانیان موارد تخطی از این قوانین، اغلب نقش آفرینان اقتصادی چیره دست و کار کشته هستند و لذا احتمالا شکایت خواهند کرد و دست به اقدامات جبرانی خواهند زد. از سوی دیگر وضع مقررات برای پیشبرد عدالت با احتمال کمتری اثربخش خواهد بود. به عنوان مثال خواستن از درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های خصوصی برای ارایه خدمات رایگان به فقرا اغلب با مقاومت روبرو خواهد شد؛ قربانیان این موارد اغلب به لحاظ اجتماعی یا اقتصادی به حاشیه رانده شده و محروم هستند و نمی‌توانند به صورتی مؤثر به اعتراض بپردازند. به صورتی مشابه، استفاده از وضع مقررات برای فرستادن پزشکان به نقاط محروم، دشوار خواهد بود. پزشکانی که این کار از آنها خواسته شود، اغلب به ساعت‌های درمانگاه توجهی ندارند، بیماران را به صورتی ابتدایی و بدون دقت درمان می‌کنند، از منابع مهم بهره مند نیستند و گاهی به مناطق دیگر منتقل می‌شوند. مشکلات مربوط به پایش و اجرا در چنین مواردی بسیار زیاد و جدی هستند. از این رو دولت ممکن است مجبور شود به یک اهرم کنترلی دیگر از قبیل تأمین مالی یا سازماندهی متوسل شود تا بتواند به اهداف مربوط به عدالت دست پیدا کند به مقالات ۷ و ۱۰ مراجعه کنید).

وضع مقررات برای اصلاح موارد نارسایی بازار (به عنوان مثال تضمین کیفیت و سالم بودن آب، غذا و فرآورده‌های دارویی معمولا در کشورهای پر درآمد از مقبولیت اجتماعی و پشتیبانی عمومی‌بالایی برخوردار خواهد بود. در این حیطه‌ها جایگزین‌های اندکی برای اقدامات دولتی وجود دارد و دولت‌های چنین کشورهایی اغلب از ظرفیت فنی و اجرایی مورد نیاز برای عملکرد اثربخش برخوردار هستند. این مورد یک مثال خوب از این اصل است که نگرش‌های فرهنگی تأثیر عمده‌ای بر قابلیت اجرای مقررات دارند. از سوی دیگر در بسیاری از کشورهای کم درآمد، برقراری چنین فعالیت‌هایی در زمینه وضع مقررات بسیار دشوار است. ممکن است توجه عمومی‌در این کشورها متوجه مسائل دیگری باشد و پشتیبانی سیاسی و ظرفیت اجرایی لازم نیز وجود نداشته باشد.

مقررات طراحی شده برای اصلاح موارد نارسایی بازار می‌توانند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت و کارایی خدمات سلامت و دلیل این اتکا بستگی دارد. پیش از این دیدیم که انواع بسیار زیادی از مداخلات در این زمینه وجود دارند؛ از (ارایه) اطلاعات گرفته تا تأیید، اعطای مجوز و کنترل فرایندهای طبابت. در اینجا نیز رویکردها، پیچیده‌تر و فراتر از ظرفیت برخی کشورهای کم درآمد هستند. اما برخی اقدامات برای ارتقای ارایه خدمات - به عنوان مثال انتشار رتبه بندی‌ها و گزارش ها در مورد بیمارستان ها می‌توانند در همه یا حداقل أكثر شرایط محدودیت منابع تأثیرگذار باشند. در حالی که زیان‌های ناشی از برخی موارد نارسایی بازار (به عنوان نمونه تقلب در پرداخت در بازارهای بیمه خصوصی) عمدتا مالی هستند و ممکن است به گروه‌های با درآمد بالاتر محدود باشند، سایر موارد نارسایی‌های کیفی تأثیراتی مستقیم بر وضعیت سلامت خواهند داشت.

**1-7) وضع مقررات و عدالت**

از آنجا که خود ما مساوات طلب هستیم، قصد داریم در پایان رهنمودهایی برای آن دسته از مجریان اصلاحات که در ارزش‌های خود با ما اشتراک دارند ارایه کنیم و اختصاصا چگونگی ارتباط اقدامات در جهت وضع مقررات با موارد مربوط به عدالت را مورد توجه قرار دهیم. نخستین نکته آن است که افراد فقير، فاقد تحصیلات و به لحاظ اجتماعی به حاشیه رانده شده اغلب جمعیت‌هایی هستند که بیش از همه نسبت به بهره کشی نظام بازار آسیب پذیر هستند. با این حال، این افراد جزو جمعیت‌هایی هستند که به احتمال کمتری از ابتکارات خاص در جهت وضع مقررات سود می‌برند - به ویژه آن دسته از مقررات که بر راهبردهای اطلاعاتی مثل برچسب زدن برای فرآورده‌های تولیدی، کارت‌های گزارش و آشکار ساختن قوانین متمرکز هستند. کم تجربگی و پایین بودن احساس کارایی شخصی می‌تواند استفاده اثربخش از چنین اطلاعاتی را برای افراد محروم دشوار‌تر سازد. نباید کلا چنین برنامه‌هایی را کنار گذاشت، اما لازم است مجریان اصلاحات نسبت به اثربخشی متفاوت رویکردهای وضع مقررات برای جمعیت‌های محروم کاملا هوشیار باشند.

به همین دلیل تلاش ها برای محدود کردن طیف فرآورده‌ها یا خدمات در دسترس در بازار (به عنوان مثال با کنترل داروهای غیر ایمن یا ارایه‌کنندگان غیر صلاحیت دار) به احتمال زیاد به خریدارانی که کمتر فرهیخته و خبره هستند نفع می‌رساند. زیرا چنین افرادی کمتر قادر به دفاع از خود از طریق تصمیمات شخصی در مورد خرید هستند. در همین زمان، چنین محدودیت‌هایی احتمالا عرضه کالاها و خدمات ارزان قیمت‌تر موجود برای خانوارهای کم درآمد را نیز محدود خواهند کرد. از این رو لازم است وضع‌کنندگان مقررات تعادلی دقیق میان محافظت خریداران از انتخاب‌های کاملا زیانبار و استفاده از توانایی آنان در وضع مقررات به روش‌هایی که موقعیت انحصاری گروه‌های حرفه‌ای سازماندهی شده و منافع مشخص شرکت ها را تقویت می‌کنند، برقرار نمایند.

علاوه براین، خانوارهای فقیر اغلب نه تنها بر بازار بلکه همچنین بر بخش دولتی برای دریافت خدمات متكی هستند. از این رو مهم‌ترین برنامه‌ها برای ارتقای هم کیفیت خدمات و هم کیفیت بالینی برای این خانوارها، اغلب در حیطه اهرم کنترل سازماندهی می‌گنجد (که در فصل قبل در مورد آن صحبت شد). در واقع خدمات بهتر در بخش دولتی به محافظت از جمعیت‌های آسیب پذیر در برابر بهره کشی بازار کمک خواهد کرد، زیرا تصمیمات این افراد در مورد مصرف را از عرضه‌کنندگان خصوصی به سمت بخش دولتی منحرف می‌سازد.

خانوارهای فقیر همچنین ممکن است به محافظت به سایر روش ها نیز احتیاج داشته باشند. یک مطالعه اخیر در مورد فروش کلیه در هند نشان داد که چنین فروش‌هایی منافع اقتصادی طولانی مدتی را برای فروشندگان تأمین نمی‌کنند و به کاهش سطح وضعیت سلامت در افراد عمدتا فقیری که دست به چنین اقداماتی می زنند، منجر می‌گردند. مسائل مشابهی نیز در مورد کارآزمایی‌های مربوط به داروهای جدید مطرح هستند.

یک حیطه دیگر برای وضع مقررات که ممکن است در برخی زمینه‌ها ضروری باشد ولی کار زیادی در زمینه عدالت انجام ندهد، وضع مقررات در مورد بیمه‌های خصوصی را شامل می‌شود. آنچنانکه در فصل مربوط به تأمین مالی و قسمت‌های قبلی همین فصل گفته شد، چنین برنامه‌هایی برای تأمین مالی از نظر اقتصادی، «نزولی»[[471]](#footnote-471) هستند. این برنامه‌ها همچنین به مداخلات قابل توجه در زمینه وضع مقررات برای تضمین بقای مالی و کمک به پیشبرد نوعی از تقسیم خطرات که به محافظت واقعی در برابر خطرات منجر می‌شود، نیاز دارند. به همين دلايل، ما به طور کلی با چنین برنامه‌هایی برای تأمین مالی موافق نیستیم - تا حدی به این دلیل که آنها بار سنگینی را بر ظرفیت غالبا محدود دولت‌ها برای وضع مقررات تحمیل می‌کنند. با این حال ما معتقدیم هر جا که از این روش ها استفاده می‌شود، باید مقررات مورد نیاز را اعمال کرد؛ اگرچه چنین تلاش‌هایی عموما به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا که خریداران عمده چنین بیمه‌هایی خواهند بود، سود می‌رسانند.

فرصت دیگر برای حرکت به سمت عدالت، وضع مقررات برای صنعت داروسازی به منظور تضمین فراهم بودن داروهای قابل خرید، بی خطر و اثربخش را در بر می‌گیرد. در حال حاضر بی عدالتی‌های جهانی عمده در زمینه دسترسی به داروهای بسیاری از بیماری‌های مهم کشورهای غنی و ثروتمند، به صورتی گسترده شناخته شده است. وضع مقررات نقشی مهم در تعیین این بی عدالتی‌ها در دسترسی و شکل گیری راه حل‌های سیاسی برای آنها دارد.

نخست، بسیاری از دولت‌ها در سراسر جهان به وضع مقررات در مورد قیمت داروها به طرق مختلف می‌پردازند. برخی از کشورها قیمت‌هایی را در سطح خرده فروشی براساس دسته‌های مختلف فرآورده‌ها تعیین می‌کنند (مثلا هند). سایر کشورها از قبیل ژاپن میزان‌های باز پرداختی را برای هریک از فرآورده‌ها، برای پرداخت به پزشکان و مراکز سلامت توزیع‌کننده آنها تعیین می‌کنند. در اروپا یک نظام متداول قیمت‌های مرجع» است که طی آنها دولت یک قیمت خرید را برای هر دسته دارویی بر مبنای قیمت‌های بازار تعیین می‌کند و اگر دارویی گران‌تر از آن تجویز شود، خود بیمار یا بیمه گر تکمیلی، تفاوت قیمت را می‌پردازند. چنین نظام‌هایی عمدتا در زمینه آن دسته از برنامه‌های بیمه اجتماعی به کار می‌روند که سهم قابل توجهی از هزینه خرید داروها را می‌پردازند. وضع مقررات در مورد قیمت داروها به تضمین فراهم بودن داروهای مورد نیاز برای بیماران می‌پردازد ولی هزینه‌هایی برای دولت و سایر پرداخت‌کنندگان در بر دارد.

رویکرد اصلی سوم به وضع مقررات در مورد داروها، تولید داخلی یا واردات جایگزین‌های ژنریک ارزان قیمت داروهای دارای امتیاز انحصاری را شامل می‌شود. این رویکرد در گذشته برای بسیاری از کشورها به قوانین ملی بستگی داشتند که امتیازات انحصاری تولیدات دارویی را به رسمیت نمی‌شناختند. با این حال دور اخیر مذاکرات تجاری بین المللی با عرضه امتیاز انحصاری فرآورده‌ها به شرکت‌های داروسازی در سراسر جهان با کمی‌تأخیر در اجرا برای فقیر‌ترین کشورها تحت موافقت نامه جنبه‌های مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی[[472]](#footnote-472) موافقت کرد. تفسیر چندین عبارت کلیدی در موافقت نامه مذکور (که سیاست‌های مربوط به فرآورده‌های دارویی را پوشش می‌دهد) به منبعی عمده برای اختلاف نظرهای بین المللی با کاربردهای مهم اخلاقی، سیاسی، اقتصادی و بهداشتی عمومی‌تبدیل شده است.

یک سؤال کلیدی آن است که کدام بیماری‌ها باید تحت پوشش قوانینی قرار بگیرند که محدودیت‌های مربوط به امتیازات انحصاری را ساده‌تر می‌کنند و به فقیر‌ترین کشورهای جهان اجازه می‌دهند که در صورت مواجهه با یک بحران بهداشت عمومی، به تولید یا واردات انواع ژنریک داروهایی بپردازند که هنوز در کشورهای توسعه یافته تحت حمایت امتیازات انحصاری قرار دارند. ایالات متحده که در پی محدود کردن حیطه این مجوز به بیماریهای عفونی از قبیل ویروس نقص ایمنی انسانی/ ایدز، مالاریا و سل) است، این مذاکرات را به این بن بست کشانیده است؛ در حالی که سایر کشورها همچنین خواهان شامل شدن بیماری‌های غیر عفونی (از قبیل آسم، بیماری‌های قلبی - عروقی و چاقی) هستند.

این مسائل مقرراتی و نظارتی مربوط به قیمت ها، فرمولها و امتیازات انحصاری، با موارد بسیار جنجالی درمان ضد رتروویروسی برای عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی به حیطه تجارت بین المللی کشیده شدند. در این مورد، مسائل مربوط به عدالت کاملا بارز و در معرض دید همگان بودند مرگ و میر ناشی از ایدز با در دسترس قرارگرفتن درمان سه دارویی به صورتی گسترده در کشورهای غنی به سرعت کاهش پیدا کرد، در حالی که بخش عمده بیماران مبتلا به ایدز در جهان که در کشورهای فقیر می زیستند، همچنان به دلیل عدم دسترسی به داروهای ضدرتروویروسی مشابه فوت می‌کردند. پس از اعمال فشارهای عمومی و سیاسی قابل توجه، تعدادی از شرکت‌های دارویی تصمیم گرفتند قیمت‌های خود را در فقیر‌ترین کشورها کاهش دهند، ولی باز هم میزان دسترسی بسیار کمتر از میزان موردنیاز بود. در مورد سایر بیماری‌ها نیز اقداماتی مشابه از طریق مشارکت‌های بخش دولتی و خصوصی برای گسترش دسترسی به داروهای جدید برای بیماری‌هایی مثل اونکوسرکیاز، تراخم و فیلاریاز لنفاوی صورت گرفته است. در حالی که این اقدامات می‌توانند در کشورهای دریافت‌کننده برای جمعیت‌های خاص بسیار کمک‌کننده باشند، اما این برنامه‌ها راه حلی طولانی مدت برای تأمین داروها در کشورهای فقیر نخواهند بود.

متأسفانه ما نمی‌توانیم تمامی‌مسائل پیچیده موجود را با این مثال ها در مورد گزینه‌های وضع مقررات برای داروها بررسی کنیم. با این حال اگر به پیوندهای بالقوه مهم میان وضع مقررات و عدالت اشاره نکنیم، قصوری جدی مرتکب شده ایم.

**2-7) خلاصه**

در مجموع اهرم کنترل وضع مقررات و نظارت می‌تواند ابزاری اثربخش برای ارتقای عملکرد نظام سلامت باشد، به ویژه زمانی که به صورتی مناسب با پاداش ها، تغییر رفتار و ترتیبات سازماندهی مناسب ترکیب شود. در حالی که تعیین چنین مقرراتی به نظر نسبتا ساده می‌رسد، چالش‌های فنی مربوط به انجام درست این کار می‌تواند بسیار دشوار و موانع سازمانی و سیاسی بر سر راه اجرای این مقررات ممکن است حتی دشوارتر از این باشد. وضع مقررات می‌تواند در برخی موقعیت ها رفتارها را به صورتی قابل ملاحظه تغییر دهد، اما تأثیر آن در سایر موارد ممکن است چندان قابل توجه نباشد. آن دسته از مجریان اصلاحات بخش سلامت که می‌خواهند تفاوتی واقعی ایجاد کنند، لازم است پیش از استفاده از وضع مقررات به دقت در مورد فرایند احتمالی اجرا، منابع موجود، ظرفیت قانونی، پشتیبانی سیاسی، نظام‌های جمع آوری داده‌ها و پایش و انگیزه‌های ایجاد شده توسط مقررات فکر کنند.

با وجود آنکه ما مکررا به خوانندگان در مورد امکان شکست وضع مقررات هشدار دادیم، همچنین تأکید می‌کنیم که بدون وضع مقررات کافی و مناسب، ناکارایی‌ها و بی عدالتی‌های عمده‌ای توسط نظام‌های مبتنی بر بازار ایجاد خواهد شد. از این رو، مجریان اصلاحات در تدوین بهترین رویکرد راهبردی برای وضع مقررات، با یک اقدام تعادلی پیچیده میان آنچه مطلوب است و آنچه امکان پذیر است، مواجه هستند.

**12**

**رفتار**

**۱) مقدمه**

عملکرد نظام سلامت و وضعیت سلامت، به طرق گوناگون تحت تأثیر رفتار فردی قرار دارند. رفتارهای جنسی و استفاده از سوزن مشترک، اثرات عمده‌ای بر عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی و ایدز می‌گذارند. استفاده صحیح افراد از داروهای خود، بر موفقیت برنامه‌های کنترل سل تأثیر می‌گذارد. میزان واکسیناسیون بر مرگ و میر شیرخواران مؤثر است. عادات نسخه نویسی پزشکان در مورد آنتی بیوتیک ها، بر هزینه و اثربخشی برنامه‌های کنترل بیماری‌های اسهالی و شکل گیری مقاومت میکروبی اثر می‌گذارد. عادات رانندگی و استفاده از کمربند ایمنی، بر میزان مرگ ناشی از تصادفات مؤثر است. به طور خلاصه، تغییر دادن رفتار فردی می‌تواند اثر عمده‌ای بر وضعیت سلامت فرد و عملکرد نظام سلامت داشته باشد.

افراد، به عنوان ارایه‌کننده و بیمار، خورنده و نوشنده، راننده و معشوق و غيره، به انگیزه‌های متعددی پاسخ می‌دهند. برخی از این انگیزه‌ها، از اهرم‌های کنترل دیگری ناشی می‌شوند: نظام‌های تأمین مالی و پرداخت و ساختارهای سازماندهی، وضع مقررات و نظارت. اما رفتار‌کنندگان نیز در بستری متشکل از فرهنگ و ساختار اجتماعی، عادات، ارزش ها، تصورات، باورها و ایده‌های خود، عمل می‌کنند. این فصل، پنجمین اهرم کنترل را شرح می‌دهد: روش‌های تغییر رفتار فردی از طریق مداخلات مبتنی بر جمعیت. عمده‌ترین هدف مورد توجه ما این است که چگونه می‌توان از اهرم کنترل رفتار، برای بهبود عملکرد نظام سلامت و پیشبرد اهداف سلامت عمومی استفاده کرد.

در این فصل ابتدا مفاهیم پایه تغییر رفتار در ارتباط با عملکرد نظام سلامت معرفی می‌شود و سپس چهار دسته از رفتارهای فردی که برای این عملکرد مهم هستند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. سپس از طریق بحث در مورد اجزای اصلی بازاریابی اجتماعی[[473]](#footnote-473) ، توصیه‌هایی در مورد چگونگی دستیابی به تغییر رفتار ارایه می‌شود. با بحث در مورد نکات قوت و ضعف راهبردهای تغییر رفتار در زمینه اصلاحات بخش سلامت، نتیجه گیری مطرح خواهد شد.

اهرم کنترل رفتار شامل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌هایی به قصد تغییر رفتار فردی برای بهبود عملکرد نظام سلامت است. رویکردهای مختلف در حوزه‌های اطلاعات، آموزش و ارتباطات[[474]](#footnote-474) و بازاریابی اجتماعی، همگی مرتبط با این حوزه هستند. خصوصا واژه بازاریابی اجتماعی، به یک چارچوب مفهومی‌برای طراحی مداخلات بر اساس اصول بازاریابی اطلاق می‌گردد. این چارچوب موضوع اصلی بحث بعدی خواهد بود.

علاوه بر این که تغییر رفتار فردی پیام‌هایی برای افراد دارد، غالبا با کاربرد هماهنگ یک یا چند اهرم از چهار اهرم کنترل دیگر، می‌توان به حصول آن کمک کرد. برای مثال، یک برنامه تغییر رفتار می‌خواهد با انگیزه‌های پولی پرداخت برای ارایه‌کنندگان یا وضع قوانین حاکم بر رفتار آنها، یک برنامه آموزشی را تکمیل کند. به طور مشابه می‌توان سازماندهی نظام مراقبت سلامت را تغییر داد تا بر بهره‌مندی بیماران از تسهیلات و مراکز خاص سلامت اثر بگذارد. در بحث در مورد اهرم کنترل رفتار، قصد بر این است که هرجا مناسب باشد، به چهار اهرم کنترل دیگر نیز اشاره شود. البته این فصل، استفاده از راهبردهای تغییر رفتار را برای اثر گذاشتن بر مقبولیت سیاسی پروپوزال‌های سیاستگذاری سلامت مدنظر قرار نمی‌دهد و این موضوعات در فصل ۴ مورد توجه قرار گرفته‌اند.

فهم ما از گزینه‌های درون اهرم کنترل رفتار، تا حد زیادی به حوزه بازاریابی اجتماعی متکی است که در این فصل، بسیاری از مفاهیم آن مورد استفاده قرار می‌گیرند. حوزه بازاریابی، در سال ۱۹۶۹ با یک پژوهش ارزشمند توسط فیلیپ کوتلر وسیدنی جی. لیوای آغاز شد؛ آنها مشاهده کردند در سراسر جامعه آمریکا از روش‌های بازاریابی برای فروش هر چیزی از صابون گرفته تا کالج) به سیاستمداران، استفاده می‌شود. آنها اظهار کردند که تمام سازمان‌هایی که با چالش‌های بازاریابی مواجه می‌شوند می‌توانند از رویکردهای بازاریابی بهره ببرند؛ خواه آن سازمان یک محصول تجاری محسوس را به فروش برساند با یک ایده اجتماعی نامحسوس. در این فصل رویکرد کوتلر و لیوای به بازاریابی اجتماعی، در مورد مباحث اصلاحات سلامت به کار گرفته شده است.

تلاش‌هایی برای تغییر رفتار فردی جهت تحقق اهداف سلامت عمومی، در زمینه بازاریابی اجتماعی فراگیر رخ می‌دهد که به دنبال شکل‌دهی به رفتار، برای مقاصد سود شخصی هستند. بازاریابی تجاری، تمام جنبه‌های زندگی پیشرفته یعنی فروش هر چیزی از سیگار تا قهوه، رایانه، کاندوم یا شربت سرفه را در بر می‌گیرد. بازاریابی به وضوح اهداف تجاری و نه علایق عمومی‌را به پیش می‌برد؛ هر چند برخی از بازاریابی‌های تجاری (مثلا برای کاندوم) می‌توانند به اهداف سلامت عمومی‌نیز کمک نمایند. چنین بازاریابی‌های تجاری می‌توانند نتایج قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد نظام سلامت بگذارند که مواردی از آنها عبارتند از: بازاریابی برای غذاهای آماده[[475]](#footnote-475)، شیر خشک و محصولات دخانیاتی کشورهایی که در گذار از نظام دولتی - سوسیالیستی به نظام مبتنی بر بازار به سر می‌برند، با افزایش ناگهانی بازاریابی تجاری مواجه شده‌اند که با تغییراتی ناگهانی در الگوها و مقادیر هزینه‌های سلامت شخصی و عمومی صرف شده همراه بوده است. برای مثال، فروش محصولات دارویی در دهه ۱۹۹۰ در بازار کاملا بدون تنظیم و نظارت و در حال گذار ويتنام، ناگهان افزایش یافت. بازاریابی از سوی پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی نیز به هزینه‌های عمومی‌مربوط به خدمات پزشکی شکل می‌دهد و می‌تواند منجر به گسترش استفاده از تجهیزات و خدمات پزشکی دارای فناوری بالا (مثل دستگاه‌های سی تی اسکن) و گسترش تقاضا برای بیمارستان‌های سطح سوم گردد که در کشور کره، همین طور هم شده است.

اهرم کنترل رفتار، راهی فراروی سیاستگذاران سلامت می‌نهد تا عواقب منفی تمام این بازاریابی‌های تجاری بر سلامت را متوازن کنند و رفتارهای فردی را به طرقی مجددا جهت دهند که اهداف سلامت عمومی‌را به پیش ببرد. فراگیری بازاریابی تجاری منجر به ایجاد رفتارهایی می‌گردد که مجریان اصلاحات بخش سلامت تمایل به تغییر آن دارند؛ هرچند چالش‌های سیاسی و عملی را نیز در برابر استفاده موفقیت آمیز از آن ایجاد می‌کند.

تلاش‌هایی که جهت ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تغییر رفتار فردی صورت می‌گیرند، می‌توانند از درس‌های بازاریابی تجاری بهره بگیرند. تلاش‌هایی که برای تغییر رفتار صورت می‌پذیرند، همانند بازاریابی تجاری، باید نقش مرکزی خریدار را به رسمیت بشناسند و متوجه این موضوع باشند که آسان‌ترین راه برای تغییر رفتار، کمک به برآوردن خواست ها و نیازهای خریدار است. مجریان اصلاحات سلامت لازم است با این ارزش ها، باورها و تصورات خریداران کار کنند زیرا در نهایت، اینها عواملی هستند که به نگرش، دانش و رفتار آنها در ارتباط با سلامت شکل می‌دهند. شانس موفقیت مداخلاتی که ارزش‌های عمیقا فرهنگی را مورد تأیید قرار می‌دهند یا با آنها همراه هستند، بیشتر است؛ در حالی که خطر شکست مداخلاتی که با چنین ارزش‌هایی به چالش برمی‌خیزند، بالاست (همانگونه که در فصل ۱۰ نیز مطلب مشابهی ذکر شد).

مجریان اصلاحات سلامت برای آنکه بتوانند اثربخش باشند، باید انواع مختلف رویکردهای تغییر رفتار را ترکیب کنند. در کل مجریان اصلاحات نباید در صدد «با زور وارد کردن»[[476]](#footnote-476) رفتارها یا نظرات خاص در مردم برآیند؛ در عوض باید راه‌هایی برای داخل کردن»[[477]](#footnote-477) مفاهیم جدید و مطلوب در ارزش‌های موجود افراد پیدا کنند.

رویکردهای مربوط به تغییر رفتار فردی، از رویکردهای نسبتا

جدول ۱-۱۲) انواع رویکرد به تغییر رفتار فردی.

|  |  |
| --- | --- |
| اطلاعات  بازاریابی  انگیزه‌ها  محدودیت  تلقین  ممنوعیت | اختیاری تر  اجباری تر |

کم اجبار[[478]](#footnote-478) مثل ارایه ساده اطلاعات تا تلاش‌های نسبتا پراجبار مثل وضع مقررات و ممنوعیت ها متفاوت است

(جدول ۱-۱۲). راهبردهای تحت پوشش این اهرم کنترل، جایی در حد وسط را اشغال می‌کنند. بازاریابی اجتماعی ممکن است اجباری‌تر از ارایه ساده اطلاعات باشد؛ زیرا پیام‌هایی را به قصد ایجاد تغییرات رفتاری،

آماده، بسته بندی و ارایه می‌کند. بر خلاف ارایه ساده اطلاعات، بازاریابی اجتماعی از تأثیرگذاری و استدلال بر اساس احساس و نمادگرایی استفاده می‌کند (توجه کنید که کمی اجبار در ارایه هدف دار اطلاعات دچار تورش[[479]](#footnote-479) (۲) یا ناکافی وجود دارد. میزان اجبار موجود در مداخلات تغییر رفتار می‌تواند نگرانی‌های اخلاقی مهمی‌را برانگیزد که بعدا در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند.. مجریان اصلاحات سلامت در طراحی راهبردهای تغییر رفتار، با سه چالش شایع در بازاریابی مواجه می‌شوند. نخست، آنها به یک تعریف واضح

از محصول نیاز دارند که هم محصولات محسوس (از جمله کالاها و خدمات) ، و هم محصولات غیر محسوس (مثل نظرات و باورها) را در بر بگیرد. دوم، لازم است ارتباط محصول را با مصرف‌کنندگان خاص موجود در نظام سلامت مدنظر قرار دهند. انواع مختلف مصرف‌کنندگان باید لحاظ شوند: خریداران (یا مشتریان مستقیم محصول)، تصمیم گیرندگان (یا سیاستگذاران نظام سلامت)، ذینفعان اصلی (که منافع خاصی در محصول مربوطه دارند) و عموم مردم (تمام افرادی که نگرش آنها ممکن است به طریقی بر استفاده از محصول اثر بگذارد). سوم، مجریان اصلاحات سلامت باید ابزارهایی را مشخص کنند که می‌تواند مقبولیت محصول را از سوی مصرف‌کنندگان افزایش دهد. در این فصل، ابزارهای لازم برای تغییر رفتار‌های سلامت، در ارتباط با چهار P بازاریابی بررسی می‌گردد: تولید «محصول» مناسب با حمایت تبلیغاتی[[480]](#footnote-480) مناسب و قرار دادن آن در مکان[[481]](#footnote-481) مناسب با قیمت[[482]](#footnote-482) مناسب».

اولین کاربردهای گسترده بازاریابی اجتماعی، در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰، دربرگیرنده سازمان‌های تنظیم خانواده در کشورهای در حال توسعه بود. در آن زمان، گسترش و ترویج روش‌های جلوگیری از بارداری در کشورهای در حال توسعه، برای آژانس توسعه بین الملل ایالات متحده و برای سازمان‌های خصوصی، از اولویت بالایی برخوردار شد و آنها، روش‌های جدیدی برای بازاریابی اجتماعی تدوین و گسترش دادند. اولین تلاش‌های ملی برای بازاریابی اجتماعی، پروژه کاندوم نیرود[[483]](#footnote-483) بود که به وسیله دولت هند و با کمک بنیاد فورد اجرا شد. این پروژه‌ها معمولا از مجاری و کانال‌های تجاری توزیع و پخش استفاده می‌کردند و سعی می‌کردند با حمایت دولت و راهبردهای بازاریابی اجتماعی، میزان تقاضای مصرف‌کننده را افزایش دهند. این پروژه‌ها، منجر به شکل گیری بسیاری از سازمان‌های مشاور در زمینه بازاریابی اجتماعی گردید که برای تنظیم خانواده و سلامت، به صورت تخصصی مشغول به فعالیت شدند. در سال ۱۹۹۷، در سراسر جهان ۶۰ پروژه بازاریابی اجتماعی با مقیاس بزرگ برای روش‌های جلوگیری از بارداری در حال اجرا بودند. این پروژه‌ها در سال ۱۹۹۷ در کل ۹۳۷ میلیون کاندوم و 5/54 میلیون دوره قرص جلوگیری از بارداری به فروش رساندند و افزایشی به میزان 13% را در تعداد زوج‌های خدمت گیرنده نسبت به سال قبل گزارش کردند (پیامدهایی که به کاربرد موفقیت آمیز روش‌های بازاریابی اجتماعی نسبت داده شده‌اند).

تاکنون به طور کامل، رویکردهای تغییر رفتار، برای ارتقای عملکرد نظام سلامت اقتباس نشده‌اند. هدف این رویکردها، عمدتا بهبود به کارگیری محصولات خاص مرتبط با سلامت بوده است: روش‌های کنترل بارداری، شیر مادر، دخانیات، پشه بندها، ایمن‌سازی و محلول‌های مایع درمانی خوراکی. آن دسته از تلاش‌های صورت گرفته برای تغییر رفتار که بر واداشتن مردم به کاهش استفاده از چیزی متمرکز بوده‌اند، گستردگی و موفقیت کمتری داشته‌اند. این امر تا حدی منعکس‌کننده دیدگاه قبلی در مورد این نکته است که بازاریابی، در مواقع مواجهه با نیازهای عمیق مردم، چگونه می‌تواند به بهترین وجه کار کند. متأسفانه برای فراهم کردن امکان «کساد کردن بازار[[484]](#footnote-484) رفتارهای پرخطر (از جمله سیگار کشیدن و رفتارهای جنسی خاص)، تعداد محصولات خوب جایگزین، محدود است. در مواردی که چنین محصولاتی واقعا وجود دارند (از جمله آدامس‌های ترک سیگار و کاندوم ها)، غالبا در برآوردن نیازهای مشتریان، کم اثر‌تر از محصولاتی هستند که قرار است جایگزین آنها شوند.

مشکل دیگری که اثربخشی تغییر رفتار را محدود کرده است، این است که تک تک مداخلات به ازای هر مشکل، به طور نظام مند به موضوعات گسترده‌تر عملکرد نظام سلامت ربط داده نشده‌اند. گاهی تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاحات سلامت، شامل تدوین برنامه‌های ارتباطاتی» بوده‌اند ولی این تلاش ها، معمولا در جهت فرایندهای اتخاذ یک پروپوزال اصلاحاتی فرایندهایی که در فصل ۴ در بحث سیاست مطرح شده‌اند و نه به عنوان بخشی از خود اصلاحات سلامت بوده‌اند. این فصل، به بحث در این مورد می‌پردازد که درون برنامه‌های اصلاحات سلامت، فرصت‌های زیادی برای اثرگذاری بر رفتارهای فردی وجود دارد؛ لازم است که تغییر رفتار، یک اهرم کنترل پایه برای اصلاحات سلامت در نظر گرفته شود تا عملکرد کلی نظام سلامت ارتقا یابد و دستیابی به معیارهای اصلی، راحت‌تر صورت گیرد.

**۲) دسته بندی رفتار فردی**

در چه مواقعی می‌توان اهرم کنترل تغییر رفتار را در تلاش‌های مربوط به اصلاحات سلامت به کار گرفت؟ لازم است که چهار دسته بندی مهم برای رفتار فردی در نظر گرفته شود:

* رفتارهای جستجو‌کننده درمان؛
* رفتارهای متخصصان سلامت؛
* رفتارهای پذیرش بیمار؛
* رفتارهای سبک زندگی و پیشگیرانه

هر دسته از این رفتارها می‌تواند با اهداف مهمی از اصلاحات بخش سلامت (از جمله معیارهای اصلی و معیارهای حد واسط) مرتبط باشد.

**1-2) رفتارهای جستجو‌کننده درمان[[485]](#footnote-485)**

تصميمات مصرف‌کنندگان در مورد زمان، مکان و چگونگی جستجوی درمان، معرف یک حوزه مهم برای ارتقای عملکرد نظام سلامت است. تصمیمات مربوط به جستجوی درمان شامل این موارد هستند: نوع متخصص آمر سلامت (مثلا پزشک متخصص در مقابل پزشک عمومی)، سطح تسهیلات سلامت (مراقبت‌های اولیه در مقابل بیمارستان آموزشی)، زمان و مکان درمان و استفاده از طب سنتی در برابر طب غربی. این رفتارهای مصرف کنندگان، غالبا در بر گیرنده تعامل بین یک متخصص آمر سلامت از جمله پزشکان، ماماها، شفاگران سنتی و داروفروشان خصوصی هستند. رفتارهای مربوط به جستجوی درمان، برای مشکلات حاد سلامت (مثل تروما و تب) و نیز مشکلات مزمن آن (مثل دیابت و بیماری قلبی) مهم هستند.

از آنجا که تجربه زیادی در این حوزه وجود ندارد، از یک مثال فرضی برای نشان دادن توان بالقوه آن استفاده می‌کنیم. برای مثال، برنامه‌ای را برای تشویق بیماران جهت مراجعه به درمانگاه‌های محلی قبل از جستجوی مراقبت در یک بیمارستان منطقه ای، در نظر بگیرید. هدف این برنامه، عبارت خواهد بود از افزایش کارایی نظام ارجاع، کاهش ازدحام بیش از حد در مراکز منطقه‌ای و ارایه مراقبت با هزینه کمتر در جاهای ممکن. تمام این موارد، کارایی فنی نظام را در کل افزایش خواهند داد. موفقیت این برنامه، مستلزم پژوهش در مورد دلایلی است که بیماران از درمانگاه مراقبت‌های اولیه محلی اجتناب می‌کنند که عبارتند از تصورات و مشکلات حقیقی در کیفیت خدمات، هزینه و همچنین دسترسی به آنها در اماکن مذكور. تصور کنید پژوهش ها اینگونه مشخص کنند که مزایای مراکز محلی از نظر بیماران عبارت بوده‌اند از در دسترس بودن آنها (زمان جابجایی و زمان انتظار کمتر) و ساختار بوروکراتیک با حجم و سختی کمتر. همچنین معایب عبارت بوده‌اند از عدم حضور کارکنان در ساعات کاری درمانگاه و نگرانی‌هایی در مورد کیفیت. سپس می‌توانید یک برنامه بازاریابی اجتماعی را در نظر بگیرید که شامل شعارهایی مثل این باشد. ابتدا به مرکز سلامت محل خود بروید؛ پزشکان خوب در نزدیکی شما هستند» یا «به جایی بروید که شما را می‌شناسند؛ ابتدا از مرکز سلامت محل خود استفاده کنید. اما تلاش‌هایی نیز برای ارتقای کیفیت خدمات در درمانگاه‌های مراقبت‌های اولیه لازم هستند (از طریق اهرم کنترل سازماندهی). واداشتن مردم به رفتن به این مراکز (تنها برای رفع توهم آنها در مورد آنچه که در آنجا با آن مواجه می‌شوند)، آنها را متقاعد نخواهد کرد که پیشنهاد شما، نیازهای ابتدایی آنها را برآورده خواهد

البته قانع کردن، به تنهایی مفید واقع نمی‌شود، بلکه باید با انگیزه‌های اجباری در ترکیب شود. برای مثال، با افزایش فرانشیز در محل ارایه مراقبت‌های سطح بالاتر و ارایه درمان رایگان در محل ارایه مراقبت‌های اولیه، می‌توان از اهرم کنترل پرداخت استفاده کرد. با به کارگیری سازوکار سنگربان[[486]](#footnote-486) (مثالی از اهرم کنترل وضع مقررات) نیز می‌توان بیماران را واداشت که قبل از ویزیت شدن در محل ارایه مراقبت‌های سطح سوم، از یک پزشک مراقبت‌های اولیه گواهی بگیرند..

**۲-۲) رفتارهای متخصصان سلامت**

تصمیمات ارایه‌کنندگان در مورد درمان، معرف دومین دسته مهم رفتار فردی است که از طریق این اهرم کنترل مورد بررسی قرار می‌گیرد. تصمیمات مهم ارایه‌کنندگان عبارتند از: ماهیت درمان از جمله رعایت راهکارهای طبابت، میزان توجهی که به مراقبت‌های پیشگیرانه می‌شود، محل درمان بیمارستان عمومی‌در مقابل مطب شخصی ارایه کننده) و ارجاع بیماران به سایر ارایه کنندگان، دولت، در اینجا تنها نقش آفرين بالقوه نیست؛ زیرا می‌توان از طریق برنامه‌های تغییر رفتار به مسائل اخلاق حرفه‌ای پرداخت که این برنامه‌ها از سوی جوامع تخصصی برای اعضای‌شان ارایه شوند.

حجم زیادی از مقالات در مورد ارتقای کیفیت برای خدمات سلامت وجود دارد که غالبا تغییر رفتار ارایه‌کنندگان را در بر می‌گیرند. مثالی از کشورهای در حال توسعه، پروژه PROQUALI است که سعی دارد کیفیت خدمات سلامت باروری را در دو ایالت برزیل ارتقا دهد. این طرح، فراتر از ملاحظات مرسوم کیفیت بالینی عمل کرده، «الگوی جدید مشتری محور» را برای ارتقای کیفیت در نظر گرفته است. رویکرد PROQUALI شامل تغییرات سازمانی در درون درمانگاه همراه با ارزیابی بیرونی برای اعتباربخشی است که به دنبال آن، شناسایی در سطح جامعه از طریق مراسم اهدای جایزه انجام می‌گیرد. این طرح شامل بسیج جمعیتی برای بالا بردن تقاضای محلی در جهت عملکرد کیفیت نیز هست.

این برنامه بر مبنای درک این موضوع استوار است که دینامیک یا پویایی بين فردي روابط ارایه‌کننده - بیمار می‌تواند عامل تعیین‌کننده مهمی از استنباط درباره کیفیت خدمات باشد و بر رفتار جستجوی سلامت و از آن طريق، بر وضعیت سلامت و رضایت مصرف‌کننده تأثیر بگذارد. بنابراین تغییر نگرش ها و رفتارهای ارایه‌کنندگان سلامت می‌تواند تفاوت عمده‌ای در چگونگی جست و جوی مراقبت از سوی بیماران و پاسخ آنها به درمان ایجاد کند.

هدف بسیاری از راهبردهای تغییر رفتار، الگوهای نسخه نویسی پزشکان و داروخانه‌ها بوده است. تجویز‌کنندگان دارو، هدف‌های اصلی بازاریابی دارویی تجاری در بخش سلامت به شمار می‌روند، تا حدی برای پاسخ، روند

تفصیل دانشگاهی»[[487]](#footnote-487) برای ارایه اطلاعات به پزشکان با استفاده از یک رویکرد بازاریابی اجتماعی ابداع شده است تا رفتار نسخه نویسی آنها تغییر یافته، کیفیت و اثربخشی داروهای انتخاب شده ارتقا یابد.

در کشورهای در حال توسعه، راهبردهای افزایش استفاده منطقی از داروها، شامل تلاش‌هایی برای تغییر رفتارهای نسخه نویسی پزشکان و نیز داروخانه‌های تجاری، به ویژه در محیط‌هایی بوده است که محصولات، بدون نسخه پزشک و غالبا بدون مشاوره با یک داروساز ماهر به فروش می‌رسند. برای مثال، برنامه‌هایی داروفروشان را هدف قرار داده‌اند تا فروش محلول‌های مایع درمانی خوراکی مورد تشویق قرار گیرد و فروش آنتی بیوتیک ها برای موارد اسهال منع شود. سایر برنامه‌ها سعی کرده‌اند استفاده از داروهای تزریقی را منع کنند هرچند ممکن است بیماران بخواهند و انتظار داشته باشند این نوع درمان، بخشی از ویزیت پزشکی آنها باشد.

این تلاش ها، تعارضاتی را نشان می‌دهند که ممکن است بین اهداف افزایش رضایت مصرف‌کننده و ارتقای وضعیت سلامت ایجاد شود. داروهای تزریقی ممکن است درمانی باشد که مصرف‌کنندگان ترجیح می‌دهند ولی ضروری با هزینه - اثربخش نباشد؛ حتی درمان‌های تزریقی ممکن است از طریق استفاده مجدد از سوزن‌های آلوده ناقل بیماریهای عفونی مثل هپاتیت و ایدز، مشکلاتی را در ارتباط با سلامت ایجاد کنند. تلاش‌های موفقیت آمیز مربوط به بازاریابی اجتماعی که بیماران و پزشکان را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به کاهش این تنش بالقوه ضرر بخش کمک کنند.

**3-2) رفتارهای پذیرش بیمار[[488]](#footnote-488)**

دسته سوم رفتارهای فردی، تصمیمات بیمار در مورد رعایت دستورالعمل‌های درمانی متخصصان سلامت را در بر می‌گیرد. این رفتارها عبارتند از: استفاده از نسخه‌های دارویی، پذیرفتن ارجاع به سایر ارایه‌کنندگان سلامت و سایر انواع رفتارهای پیروی از درمان.

بسیاری از راهبردهای تغییر رفتارهای پذیرش بیمار، داروها را هدف قرار داده‌اند. نمونه‌هایی از راهبردهای تغییر رفتار در این عرصه عبارتند از: تلاش‌هایی جهت تشویق بیماران برای مصرف کامل دوره‌های آنتی بیوتیک

برای کاهش ایجاد مقاومت ضد میکروبی) و تلاش‌هایی جهت تشویق بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (مثل اسکیزوفرنی، فشار خون بالا و دیابت) برای مصرف داروها به صورت منظم و به موقع. در برخی موارد، ممکن است راهبردهای تغییر رفتار، با وضع مقررات مستقیم برای رفتار فردی ترکیب شود تا همانند مثال درمان با مشاهده مستقیم و طول مدت کوتاه در بیماری سل که DOTS[[489]](#footnote-489) خوانده می‌شود، از پذیرش اطمینان حاصل شود. در درمان با مشاهده مستقیم، کارکنان بخش مراقبت سلامت، مصرف دارو توسط بیماران را مشاهده می‌کنند تا مطمئن شوند که در دوره مناسب، ترکیب درستی از داروها مصرف می‌گردد.

راهبردهای تغییر رفتار، ترغیب مادران به پیروی از اقدامات خاص در شیردهی را نیز هدف قرار داده‌اند. برای مثال، یک برنامه بازاریابی اجتماعی در جوامع روستایی سنتی گامبیا اجرا شد تا باورهای سنتی و دانش مدرن را با روش‌هایی ترکیب کند که رفتارهای بهینه شیردهی از جمله زود آغاز کردن شیردهی، دادن کلستروم (آغوز) به شیرخوار و شیردهی انحصاری از مادر به مدت شش ماه، حاصل گردد. این مطالعه به این نتیجه جالب دست یافت که رفتارهایی چون شیردهی، از یک شبکه اجتماعی پیچیده ناشی می‌شود. لذا هرگونه تلاش جهت تغییر عادات شیردهی مادران، باید نگرش ها و تأثيرات شوهران و افراد مسن‌تر و به ویژه مادربزرگ ها را در نظر بگیرد. این مطلب، درسی مهم برای طراحان برنامه‌ها است که باید آن را به خاطر بسپارند (به ویژه هنگام فعالیت در جوامع نسبت به هم پیوسته که غالبا در نواحی روستایی کشورهای دارای درآمد کم و متوسط زندگی میکنند).

**4-2) رفتارهای سبک زندگی و پیشگیرانه**

چهارمین دسته از رفتارهای فردی، عبارت است از تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد عادات سبک زندگی که به ویژه در باب پیشگیری از بیماری ها، اثرات عمده‌ای بر وضعیت سلامت دارند. نمونه‌های این رفتارها عبارتند از تصمیمات فردی در مورد الگوهای ورزش، مصرف غذا، سیگار کشیدن، روابط جنسی و استفاده از روش‌های ضدبارداری. این رفتارها لزوما در برگیرنده تعامل با یک متخصص سلامت یا مرکز سلامت نیستند؛ در واقع، این رفتارها غالبا تحت پوشش شبکه پیچیده‌ای از تأثیرات، از بازاریابی تجاری پیشرفته گرفته تا فشار ناشی از انتظارات فرهنگی سنتی قرار دارند.

نمونه‌ای از یک برنامه موفقیت آمیز برای تغییر رفتارهای سبک زندگی، زیر برنامه رانندگان از پروژه‌هاروارد، روشی برای تغییر رفتار اجتماعی رانندگی پس از نوشیدن مشروبات الکلی بود. این برنامه، نویسندگان تلویزیون هالیوود را ترغیب کرد در برنامه‌های تلویزیونی پربیننده، اشاراتی به رانندگان الکلی داشته باشند. این پیام‌های کوتاه در درون برنامه‌های محبوب تلویزیونی، بر تصورات مردم نسبت به رفتارهای مناسب تأثیر گذاشتند و الگوهایی اجتماعی در مورد نحوه رفتار در وضعیت‌های اختصاصی ارایه کردند. همچنین بنا بر یافته‌های این پروژه، دوستان و همسالان، اثر حیاتی بر رفتار نوجوانان می‌گذارند؛ لذا این برنامه پیام‌هایی برای برقراری ارتباط با ارزش‌های نوجوانان ترتیب داد با این مضمون که «دوستان خوب نمی‌گذارند دوستان در حالت مستی رانندگی کند».

در زمینه کنترل دخانیات، نمونه‌های متعددی از بازاریابی اجتماعی با هدف تغییر رفتار‌های سبک زندگی وجود دارد. ارزیابی ها، عوامل متعددی را نشان داده‌اند که اثربخشی برنامه‌های ضد مصرف سیگار را افزایش می‌دهند. «تبلیغاتی انجام دهید که مستقیما به صنعت دخانیات به عنوان منشأ مشکل دخانیات حمله می‌کنند؛ روش‌هایی را فاش کنید که این صنعت، از طريق آن کودکان و نوجوانان را دستمایه قرار داده، فریب می‌دهد و معتاد می‌کند؛ روش‌هایی را نشان دهید که این صنعت، از طریق آن برای سود بردن سیگاری‌های بزرگسال را در تمام عمر معتاد نگه می‌دارد»؛ این روش ها در به چالش کشیدن مشروعیت و اعتبار این صنعت، مؤثر هستند. تجارب حاصل از برنامه‌های ضد سیگار نشان می‌دهند که چگونه می‌توان از بازاریابی اجتماعی، در کنار وضع مقررات، پرداخت و تأمین مالی برای پیشبرد تغییر رفتار استفاده کرد و چگونه پژوهش‌های ارزشیابی‌کننده می‌توانند به تدوین راهبردهای اثربخشی کمک کنند که در شرایط مختلف، به طور گسترده‌ای قابل استفاده باشند.

**۳) اجزای اصلی بازاریابی اجتماعی**

بازاریابی اجتماعی، یک چارچوب مفهومی‌مناسب را برای اندیشیدن درباره تغییر رفتار و تدوین راهبردهای عملی، فراروی مجریان اصلاحات سلامت می‌نهد. دو اهرم کنترل دیگر، دو رویکرد اصلی دیگر را برای تغییر رفتار در نظر میگیرند: انگیزه‌ها (توسط اهرم کنترل پرداخت) و محدودیت و ممنوعیت (توسط اهرم کنترل وضع مقررات). در این بخش، اجزای پایه بازاریابی اجتماعی (که با چهار P بازاریابی یعنی محصول، تبلیغات، مکان و قیمت مشخص می‌شوند)، به عنوان ابعاد حیاتی مورد بررسی قرار می‌گیرند که هر برنامه تغییر رفتار فردی باید آنها را شامل شود. همچنین بر این نکته تأكيد می‌شود که مجریان اصلاحات سلامت، برای اینکه حداكثر تأثیر را بر رفتار فردی داشته باشند، باید مداخلات را جدای از رویکردهای رسانه‌ای از جمله مداخلات گروهی و سایر رویکردهای خلاقانه در نظر بگیرند.

این باور وجود دارد که بهتر است به مجریان اصلاحات سلامت توصيه کرد تلاش‌های خود را برای تغییر رفتار، بر اساس این نتیجه گیری حیاتی از بازاریابی اجتماعی طراحی کنند: این که تغییر ارزش‌های اصلی و مبنایی، بسیار مشکل است. بنابراین، راهبردهای تغییر رفتار زمانی بهترین کارکرد را خواهند داشت که بر مبنای ارزش‌های موجود شکل بگیرند. این رویکرد، به عنوان مبنایی برای بازاریابی اجتماعی نیز عمل می‌کند؛ وادار کردن یک جمعیت به پذیرفتن محصولات شما، مستلزم آن است که محصول را برای برآوردن خواست ها و نیازهای همان جمعیت خاص طراحی کنید. با تعيين خواست‌های جمعیت و سپس پیروی از چهار P بازاریابی می‌توان به این هدف دست یافت.

**1-3) محصول**

اولین گام در بازاریابی اجتماعی، تعریف محصول برای مخاطبان اختصاصی است. این فرایند، از آنچه به نظر می‌رسد پیچیده‌تر است زیرا نیازمند تحلیل قابل توجه از مخاطبان بالقوه مختلف است. اصول ذیل به تعریف و طراحی محصول کمک می‌کنند.

اصل اول، شناخت از مصرف کننده[[490]](#footnote-490) است. بازاریاب برای طراحی یک محصول اثربخش، باید مصرف‌کننده را بشناسد. هم روش‌های کمی (مثل بررسی‌های پیمایشی مبتنی بر جمعیت) و هم روش‌های کیفی (مثل گروههای متمرکز) را می‌توان به کار برد. اطلاعات مربوط به مصرف کننده، برای طراحی محصول و پیام و نیز ابداع راهبردهای توزیعی و ارتباطاتی لازم هستند. این نوع پژوهش تکوینی[[491]](#footnote-491) به تعریف محصول و مخاطبین تلاش‌های بازاریابی اجتماعی کمک می‌کند.

اصل شناخت از مصرف کننده، اساس راهبردهای تغییر رفتار را تشکیل می‌دهد. برای اثربخش بودن تلاش‌هایی که برای تغییر رفتار فردی صورت می‌گیرند، این تلاش ها باید مبتنی بر درک چندبعدی از خواست ها و نیازهای دریافت‌کنندگان باشند، محصول مربوطه نیز باید برای برآوردن (نه تغییر دادن آن خواست ها و نیازهای اساسی طراحی شود.

اصل دوم در تعریف محصول، بخش بخش کردن مخاطبین[[492]](#footnote-492) است. بازاریابان فرا گرفته‌اند که جمعیت ها غالبا ناهمگن اند؛ بنابراین یک بیان و پیام نمی‌تواند پاسخگوی خواست ها و نیازهای مختلف تمام گروه‌های هدف بالقوه باشد. در عوض هر محصول را باید برای یک گروه جمعیتی خاص طراحی کرد. این بدان معنی است که برای رسیدن به مقصود، مخاطبين بالقوه زیاد تغییر رفتار را باید به بخش‌هایی تقسیم کرد و برای علایق، خواست ها و نیازهای هر بخش، ارزیابی جداگانه‌ای به عمل آورد. سپس باید برای هر بخش از بازار، محصول جداگانه‌ای طراحی کرد. برای مثال، یک برنامه ترغیب شیردهی با شیر مادر در برزیل، ۸ گروه مخاطب هدف را شناسایی کرد: ۱) پزشک، ۲) خدمات سلامت، 3) بیمارستان، ۴) صنایع شیرخشکسازی، ۵) صنعت (به طور کلی، ۶) جامعه، ۷ کارکنان دولت و ۸ مادران. برای هر مخاطب، محصولات مختلفی طراحی شد. برای مثال به پزشکان در مورد مزایای طبی شیر مادر اطلاعات ارایه شد و از آن طرف، جامعه تشویق شد تا حمایت روانی از خانواده به عمل آورد و تسهیلات را برای مادران شیرده فراهم کند.

بخش بخش کردن مخاطبین، نوعا بر اساس وضعیت روانی – اجتماعی یک جمعیت استوار است که بازاریابان آن را «ترسیم خصوصیات روانی[[493]](#footnote-493) می‌خوانند. این کار مستلزم شناسایی ارزش‌های اصلی از طریق تحلیل سبک زندگی، شخصیت، عادات ارتباطی، آمادگی برای تغییر و استنباط از نیازها است. این مشخصات روانی - اجتماعی می‌توانند با عوامل دیگری از جمله جغرافيا (منطقه، استان)، جمعیت شناسی (سن، جنس، تعداد افراد خانواده، شغل، نژاد، طبقه اجتماعی) و ساختار اجتماعی (محل‌های کار، کلیساهای نهادهای داوطلبانه، خانواده‌ها، مراجع قانونگذار )» نیز مرتبط باشند که برای بخش بخش کردن مخاطبین مفید هستند.

می‌توان از پژوهش‌های کیفی و کمی، جهت تبیین خصوصیات انواع نماهای شخصیتی بخش‌های جمعیتی خاص استفاده کرد. سپس می‌توان از این نماهای خصوصیات (برای مثال «مرد سنت گرا در یک جامعه کم درآمد فیلیپینی»[[494]](#footnote-494) در طراحی پیام‌های بازاریابی اجتماعی برای تنظیم خانواده استفاده کرد. مجریان اصلاحات سلامت برای تعریف گروه مخاطب هدف، شناسایی بخش‌های جمعیتی خاص و توصیف ارزش‌های اصلی مخاطب، می‌توانند از روش‌های مختلفی برای تحلیل مصرف‌کننده استفاده کنند. پژوهش‌های بازار و گروه‌های متمرکز، روش‌های مهمی‌برای درک تصور و احساس مردم در مورد نیاز‌های سلامت خود و نظام سلامت و همچنین تعریف زیرگروه‌های مناسب در جمعیت به شمار می‌روند. برای تعریف محصولات و پیام ها برای هر مخاطب هدف و برای ارایه روش‌های خاص برای هر گروه، شناسایی بخش‌های درست مخاطبین، حیاتی است.

سومین اصل اساسی طراحی محصول عبارت است از برآوردن نیازهای اساسی[[495]](#footnote-495) و نه تنها ارایه یک محصول مادی یا خدمت خاص. این اصل، از یک عقیده بازاریابی تجاری نیز پیروی می‌کند که کوتلر و لیوای در مقایسه کلاسیک خود در مورد بازاریابی اجتماعی آن را مطرح کردند. برای یک شرکت صابون سازی، محصول فقط یک صابون نیست بلکه پاک کردن هم هست؛ محصول یک شرکت تولید لوازم آرایشی، نه تنها آرایش و روژ لب است بلکه زیبایی با امیدواری نیز هست؛ یک شرکت انتشاراتی، محصولش نه تنها کتاب بلکه اطلاعات نیز هست.

به طور مشابه، مجریان اصلاحات سلامت برای این که اثربخش باشند باید به محصول خود از دید کارکردی بنگرند که قرار است نیازها و ارزش‌های اساسی را برآورده کند. محصول یک سازمان تنظیم خانواده، تنها کاندوم یا قرص‌های ضدبارداری نیست، بلکه کیفیت زندگی و کنترل باروری نیز جزو محصولات آن حساب می‌شود. به عنوان نمونه، پیشگیری از ایدز، محصول نه فقط رفتارهای جنسی بی خطر، بلکه فقدان بیماری و داشتن کنترل بر تقدیر خود فرد نیز هست. لذا اهرم کنترل تغییر رفتار، هم نگران محصولات محسوس (مثل کاندوم برای پیشگیری از بارداری یا دارو برای بیماری‌های مزمن) و هم نگران محصولات غیر محسوس (مثل تغییر دیدگاه‌های موجود در اعمال جنسی بی خطر یا تغییر تصورات مربوط به کیفیت زندگی) است. به طور خلاصه، مجریان اصلاحات سلامت باید بدانند که چگونه هر دو نوع محصول را به گونه‌ای تعریف کنند که در ارتباط با ارزش‌های اصلی یک بخش جمعیتی در یک جامعه خاص باشد.

در جدول ۲-۱۲ مثال‌هایی ارایه شده است که چگونه محصولات سلامت عمومی‌می‌توانند برای بخش‌های خاص جمعیت، با ارزش‌های اصلی مرتبط شوند. برای مثال، در مورد شروع سیگار کشیدن توسط نوجوانان در کشورهای در حال توسعه، طغیان به عنوان ارزش اصلی ممکن است با تصمیماتی برای شروع سیگار کشیدن در ارتباط باشد (چون که نوجوانان عليه والدین و هنجارهای اجتماعی آنها طغيان می‌کنند). چالش مربوط به بازاریابی اجتماعی عبارت است از ارتباط دادن همان ارزش اصلی طغیان در نوجوانان به نپذیرفتن سیگار (تلاش برای طغیان علیه صنعت دخانیات و علیه تمایل این صنعت برای کشاندن نوجوانان به سیگار). باید این ارزش‌های اصلی برای بخش‌های جمعیتی در کشورهای خاص شناسایی گردند زیرا ممکن است ارزش ها در زیر جمعیت ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشند. یک چالش بزرگ عبارت است از مرتبط ساختن تغییرات مطلوب با ارزش‌های موجود در مخاطبین خاص.

**2-3) مکان**

بعد از تعریف محصولات و مخاطبین، بازاریاب اجتماعی بر روی

جدول ۲-۱۲) محصول، فایده و ارزش‌های اصلی برای عمل مطلوب در بین یک گروه مخاطب هدف.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اقدام مورد نظر | محصول/ فایده | ارزش‌های اصلی |
| پیشگیری از شیوع سیگار کشیدن | رهایی از اعتیاد به نیکوتین | آزادی |
|  | عدم وابستگی به دستمایه قرار گرفتن از سوی صنعت دخانیات | عدم وابستگی کنترل |
|  | طغیان علیه صنعت که قصد دارد شما را گول بزند، فریب دهد، معتاد کند و بکشد | طغیان |
| رفتار جنسی بی خطر | رهایی از ایدز | آزادی |
|  | عدم وابستگی به ویروسی که دوستان و جامعه شما را مبتلا می‌کند کنترل سرنوشت خود | عدم وابستگی کنترل طغیان |
| ورزش بیشتر | شناخته شدن به عنوان شخصی قوی از لحاظ فیزیکی و جذاب با کنترل ظاهر | عدم وابستگی آزادی |

چگونگی رساندن محصول به مخاطب کار می‌کند. در چه مکانی می‌توان محصول را به دست مخاطبین رساند؟ تصمیم گیری در مورد مکان مستلزم انتخاب مجاری کانال‌های مناسب است که از طریق آنها بتوان محصول را به مخاطبین تحویل یا در دسترس آنها قرار داد. همان گونه که لفوره و فلورا متذکر شده‌اند: هر شخص، سازمان یا نهادی که به یک جمعیت قابل تعریف دسترسی دارد، یک مجرای بالقوه برای برقراری ارتباطات راجع به سلامت به شمار می‌رود. لذا مدارس، محل‌های کار، سازمان‌های اجتماعی، کلیساهای مطب‌های پزشکان و نهادهای غیرانتفاعی مختلف، همگی می‌توانند به عنوان مجارى بالقوه برقراری ارتباط در نظر گرفته شوند. شناسایی نقاط مسیر زندگی» (مثل خشکشویی‌های عمومی، خواربار فروشی ها، رستوران ها و ایستگاه‌های اتوبوس) نیز می‌تواند مجاری بالقوه دسترسی به مخاطبین خاص را آشکار سازد.

به ویژه اگر گروه دچار محدودیت اجتماعی باشد که معمولا در مورد برنامه‌های سلامت عمومی‌برای ایمن سازی، ایدز یا سل در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد) مجریان اصلاحات سلامت باید در مورد مجاری رسیدن به گروه مخاطب هدف به شیوه‌ای خلاقانه بیندیشند.

مجاری برقراری ارتباط، معمولا در سه دسته وسیع جای می‌گیرند مجاری بین فردی شامل خانواده، دوستان و ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت مجاری گروهی شامل سازمان‌های جابجایی و بسیج‌کننده و سازمان‌های کارمندی؛ و در نهایت مجرای رسانه‌های جمعی شامل نشریات، رادیو و تلویزیون. پژوهش ها نشان داده‌اند که با تکرار و تقویت پیام‌های کلیدی از طریق ترکیب انواع مختلف مجاری، می‌توان اثر بیشتری را اعمال کرد.

برای مثال، یک برنامه در کنیا شعار Haki Yado (این حق شماست) را طراحی کرد تا بر حق انسانی و اساسی زنان و مردان برای کنترل باروری خود تأکید کند؛ سپس از مجاری مختلف برای انتشار آن پیام استفاده کرد: «پیام‌های کوتاه رادیویی و مجموعه‌های نمایشی رادیویی برای رساندن شعار به اطلاع عموم؛ مراجعه در سطوح جامعه توسط کارکنان میدانی برای رفتن به نواحی روستایی؛ پوسترها و تابلوهای تبلیغاتی برای ایجاد یک نمای بصری از زندگی مردان و زنانی که با یکدیگر صحبت می‌کنند؛ و همچنین تی شرت‌هایی برای تحریک ارتباط بین فردی بیشتر و تشویق استفاده‌کنندگان راضی به حمایت از آن ). بنابر یافته‌های یک بررسی پیمایشی پیگیرانه، هیچ مجرای واحدی به بیش از نیمی از جمعیت نرسید ولی میزان مواجهه با مجموع هر ۵ مجرا، 83% در یک بررسی پیمایشی بر روی نمونه ملی بود. هدف مجریان اصلاحات باید این باشد که از طریق مجاری مختلف به گروه‌های هدف در مکان‌های مختلف دسترسی پیدا کنند تا شانس تغییر نگرش، دانش و رفتار در آنها افزایش یابد.

در دسترس بودن مجاری متنوع، اجازه می‌دهد که بتوانیم با رویکردهای خلاقانه، محصول و مخاطب را به یکدیگر مرتبط سازيم. مجریان اصلاحات سلامت باید روش‌هایی فراتر از رویکردهای رسانه‌ای مرسوم (مثل رادیو) از جمله تبلیغات، تماس‌های فردی، گروه‌های اجتماعی و تغییرات محیطی را مدنظر قرار دهند (به جدول ۳-۱۲ مراجعه کنید). بخش‌های خاص مخاطبین، خصوصیات و عادات متفاوتی دارند که بر مکانی که می‌توان به آنها دسترسی پیدا کرد، تأثیر می‌گذارند. برای مثال، برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی غالبا از مراکز سلامت برای در دسترس قرار دادن خدمات و محصولات مربوط به بقای کودک استفاده می‌کنند. اما اگر مشکلاتی در دسترسی و بهره‌مندی از مراکز سلامت وجود داشته باشد (که معمولا در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این گونه است)، آنگاه استفاده از مراکز سلامت برای توزیع محصول چندان اثربخش نخواهد بود. پژوهش‌های صورت گرفته در مورد مخاطبين محلولهای مایع درمانی خوراکی، مکان‌های دیگر از جمله داروخانه‌های شخصی در مصر و اندونزی) و مغازه‌های عمومی‌کوچک (در نواحی روستایی هندوراس) را برای تبلیغ محصول، اثربخش‌تر دانسته‌اند (زیرا در واقع جمعیت هدف از این اماکن به صورت منظم استفاده می‌کند).

جدول ۳-۱۲) مجاری رسیدن به کروه مخاطب هدف

|  |
| --- |
| تبلیغات  رسانه‌های رایگان (مثل دادن امضا)  وقایع  گروه‌های سازماندهی شده  تماس‌های شخصی  سرگرمیها |

در برخی موارد، برای رساندن یک محصول یا پیام، می‌توان وقایع خاص را طوری سازماندهی کرد که یک گروه جمعیتی خاص را جلب کند. می‌توان برای پیشبرد و حفظ تغییرات رفتاری، از گروه‌های اجتماعی نیز استفاده کرد. برای مثال، برنامه تنظیم خانواده‌اندونزی (BKKBN) از گروه‌های زنان روستایی برای تبلیغ روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده کرد و باشگاه‌های روستایی پذیرنده را برای حمایت از طریق برنامه‌های اجتماعی و اقتصادی، سازماندهی کرد.

در ایالات متحده، اولین برنامه ایالتی توزیع کاندوم، از روش‌های بازاریابی اجتماعی برای تصمیم گیری در مورد مکان‌های ارایه کاندوم استفاده کرد. این برنامه، مکان‌های ارایه خدمات سلامت (درمانگاه‌های سلامت عمومی، مراکز سلامت روانی جمعیتی و مکان‌های درمان سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر را برای اعطای قدرت و اعتبار به نقش کاندوم در پیشگیری از بیماری، از طریق توزیع توسط «یک ارایه‌کننده معتمد» انتخاب کرد. به علاوه، این برنامه با تمرکز بر دستشویی‌های همگانی، کافه‌ها، باشگاه‌های شبانه، مشروب فروشی ها، سالن‌های زیبایی، آرایشگاه‌ها، سالن‌های خالکوبی، خشکشویی‌ها و مسافرخانه‌های ارزان، در بیش از ۱۰۰۰ محل کسب و کار خصوصی در نواحی دارای میزان بالای بیماری های آمیزشی، کاندوم رایگان ارایه کرد. در ارزشیابی، افزایش موارد گزارش استفاده از کاندوم توسط خود افراد، بدون همراهی با افزایش تعداد شرکای جنسی یا کاهش فروش خصوصی کاندوم، مشخص شد.

**۳-۳) قيمت**

تعیین قیمت برای مداخلات تغییر رفتار گامی‌مهم است که بر پذیرش و استفاده از محصول اثر خواهد گذاشت. تصمیم گیری در مورد قیمت، مستلزم محاسبه هزینه‌های مالی و غیر مالی پذیرش محصول (شامل هزینه‌های اجتماعی، هزینه‌های زمانی و هزینه‌های فیزیکی است. این هزینه‌های متفاوت می‌توانند با یکدیگر جمع شده، موانع عمده‌ای بر سر راه استفاده از محصول یا خدمات یا پذیرش یک ایده یا ارزش جدید، ایجاد کنند. برای شناسایی و محاسبه این هزینه‌های متفاوت به ازای هر محصول و گروه مخاطب و همچنین برای یافتن راه‌هایی جهت غلبه بر این هزینه‌ها با هدف افزایش مقبولیت محصول، می‌توان از پژوهش‌های کاربردی استفاده کرد.

قیمت می‌تواند به عنوان نمادی از ارزش برای استفاده‌کنندگان بالقوه تلقی گردد. در برخی موارد، قیمت بالا در مقایسه با محصولات مشابه، می‌تواند خریداران را که آن قیمت را انعکاسی از ارزش بالاتر می‌دانند، جذب کند. به همین ترتیب، قیمت پایین می‌تواند با ایجاد نگرانی در مورد کم ارزش بودن، منجر به پرهیز استفاده‌کنندگان بالقوه از محصول گردد. صفر کردن قیمت پولی (به عنوان یک محصول رایگان می‌تواند موانع مالی دسترسی را از سر راه بردارد ولی ممکن است منجر به استفاده غیر ضروری و هدر رفتن شود. همان گونه که در بحث در مورد اهرم کنترل تأمین مالی (فصل ۸) ذکر شد، اقتصاددانان از این بابت نگران هستند که محصولات رایگان می‌توانند استفاده بیش از حد و بدون کارایی تخصیصی را ترویج دهند. به بیان دیگر، ممكن است مصرف‌کنندگان حتی در مواردی که ارزش خدمات رایگان سلامت کمتر از هزینه تولید است، از آنها استفاده کنند؛ این بدان معنی است که اگر از این منابع برای تولید کالاها یا خدمات دیگر در اقتصاد استفاده می‌شد، ارزش بیشتری حاصل می‌گشت.

قیمت، کارکرد دیگری نیز دارد. قیمت بر ماهیت ارتباط بین بیمار و ارایه‌کننده تأثیر می‌گذارد. بیماران ممکن است در استفاده از خدمات رایگان احساس بی بضاعتی کنند (مثل دریافت‌کنندگان صدقه). اما در جایگاه خریدار، تحت کنترل تعاملات هستند و ارتباط متفاوتی با پزشک دارند. شواهد شفاهی حاکی از آن هستند که این احساس بی بضاعتی در کنار واقعیت پایین بودن کیفیت خدمات، ممکن است در برخی از کشورها، حتى تمایل افراد فقیر را به استفاده از درمانگاه‌های عمومی‌کاهش دهد.

بازاریابان اجتماعی، در تصمیم گیری در مورد قیمت یک محصول باید در مورد اهداف خود و زمینه بازاری که خود را در آن می‌بینند، بیندیشند. برای تعیین قیمت، سه منبع اطلاعاتی مناسب هستند: ارزیابی هزینه‌های موجود، قیمت محصولات مشابه رقیبان و حساسیت گروه مخاطب هدف به قیمت. هر یک از این انواع داده‌ها، به پژوهش نیاز دارد؛ سپس باید به طریقی نتایج را ترکیب کرد که اهداف قیمت گذاری کلی و اهداف کوشش برای تغییر رفتار را منعکس کنند.

در تعیین قیمت برای یک تلاش بازاریابی اجتماعی، مجریان اصلاحات باید اهداف گسترده‌تر خط مشی تعیین قیمت را در نظر بگیرند. نیگل پنج هدف تعیین قیمت را شناسایی کرده است که همگی برای انواع مختلف کوشش‌هایی که برای تغییر رفتار انجام می‌گیرند، مناسب هستند و هر یک از آنها منجر به راهبردهای مختلفی برای تعیین قیمت می‌شوند.

**1-3-3) به حداکثر رساندن تعداد پذیرندگان محصول**

اگر هدف، به حداکثر رساندن تعداد افراد پذیرنده یک محصول اجتماعی باشد، آنگاه می‌توان محصولات و خدمات را با قیمت‌های کم یا رایگان عرضه کرد. نمونه‌های آن عبارتند از ایمن‌سازی کودکان که معمولا در برنامه‌های ایمن‌سازی انجام می‌گردد و مراقبت‌های رایگان پیش از زایمان برای زنان باردار که دولت جدید آفریقای جنوبی در سال ۱۹۹۴ آن را آغاز کرد.

البته همانگونه که پیشتر ذکر شد، محصولات یا خدمات رایگان گاهی می‌توانند باعث ایجاد تصور مبنی بر پایین بودن کیفیت گردند و این امر خود می‌تواند مانع از استفاده شده، سطح پذیرش محصول را کاهش دهد. همین طور، قیمت کم می‌تواند باعث استفاده بیش از حد و هدر رفتن و در نتیجه ناکارایی شود. مجریان اصلاحات سلامت باید در مورد قیمت نهایی برای مصرف‌کنندگان نیز فکر کنند. تخفیف‌های یارانه‌ای بر روی قیمت، ممکن است به مصرف‌کنندگان نرسد چون احتمال دارد که واسطه‌ها و خرده فروشان، محصول را با قیمت طبیعی آن فروخته، تخفیف را به عنوان بخشی از سود خود به جیب بزنند. همچنین همانگونه که قبلا ذکر شد، وقتی هزینه‌های زمان و رفت و آمد، نیاز به تهیه تجهیزات توسط بیمار و پرداخت‌های زیر میزی لحاظ می‌شوند، ممکن است خدمات اسما رایگان، واقعا رایگان نباشند. لذا اگر یکی از اهداف، به حداکثر رساندن استفاده باشد، ممکن است مجریان اصلاحات نتوانند قیمت ها را آن قدر که تمایل دارند، کاهش دهند.

**2-3-3) عدالت اجتماعی**

اگر یک برنامه تغییر رفتار بخواهد به توزیع عادلانه دست یابد، آنگاه مجریان اصلاحات می‌توانند از یک ساختار مدرج قیمت[[496]](#footnote-496) برای محصول مشابه استفاده کنند، به طوری که گروه‌های پردرآمدتر، بیشتر و گروههای کم درآمدتر، کمتر بپردازند. نمونه‌های این راهبرد قیمت گذاری عبارتند از اقدامات جراحی و استفاده از حق بیمه بر اساس سطح درآمد. برخی از طرح‌های تأمین مالی در جامعه نیز تخفیف‌هایی را برای فقیر‌ترین افراد جامعه قایل می‌شوند. همان طور که در فصل ۸ ذکر شد، این نوع تبعیض قیمت[[497]](#footnote-497) غالبا توسط پزشکانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که در محیطی مبتنی بر کارانه پرداخت به ازای دریافت خدمت)[[498]](#footnote-498) کار می‌کنند و برای بیماران ثروتمند، قیمت‌های بالا و برای بیماران فقیر، قیمت‌های پایین قائل می‌شوند (لذا باعث دسترسی بیشتر به بیماران فقیر و افزایش درآمد برای ارایه کنندگان می‌گردند).

می‌توان بدون ارایه یارانه به بیماران ثروتمندی که می‌توانند بهای مراقبت را بپردازند، از این راهبرد قیمت گذاری برای کاهش موانع مالی بر سر راه بیماران فقیر استفاده کرد. البته یک ساختار مدرج قیمت، به روشی برای تعیین وضعیت اقتصادی خریداران احتیاج دارد اما این شیوه ممکن است از لحاظ اجرایی هزینه بر باشد و دچار مشکل پارتی بازی با ارتشا شود. گاهی می‌توان این مشکلات را با راهبردهای خلاقانه جهت هدف قرار دادن محصول مثل ارایه محصولات کم قیمت در بخش‌های جغرافیایی خاص که بعید است مصرف‌کنندگان ثروتمند به آنجا بروند، از پیش رو برداشت همانگونه که در مورد محصولات غذایی یارانه دار این گونه عمل شده است)، یک راه دیگر این است که قیمت با توجه به کیفیت تغییر کند و اجازه داده شود تمایل افراد پردرآمدتر به کیفیت بالا باعث گردد از خدمات یارانه دار استفاده نکنند (در سنگاپور با ایجاد تفاوت در سطوح اتاق‌های بیمارستان ها این گونه عمل شد).

**۳-۳-۳) جبران هزینه‌ها[[499]](#footnote-499)**

اگر جبران هزینه از مصرف‌کنندگان از اولویت بالایی برخوردار باشد، آنگاه می‌توان یک قيمت ثابت را برای پرداخت بخش مناسبی از هزینه‌ها انتخاب کرد. مثالی از این راهبرد قیمت گذاری، بهای ثابت برای ویزیت ارایه‌کننده در بیمارستان بدون توجه به سطح درآمد بیمار است چرا که قصد بر این است که پرداخت مصرف کننده، بخشی از هزینه‌های اجرایی را جبران کند. در بسیاری از اصلاحات بخش سلامت، پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان به این دلیل انتخاب شده است تا مراکز ارایه خدمات سلامت بتوانند بخشی از هزینه‌های خود را مستقیما از بیماران تأمین کنند (علاوه بر منابع دولتی)، تنشی که غالبا رخ می‌دهد، بين جبران هزینه بالاتر (که قصد دارد پایداری برنامه را افزایش دهد) و جبران هزینه پایین‌تر (حتی صفر) رخ می‌دهد که برای پذیرش بیشتر محصول از طرف مصرف‌کنندگان طراحی شده است.

البته پرداخت از سوی مصرف کنندگان، تردیدهای عمده‌ای را در مورد عواقب عدالت برای بیماران فقیر بر می انگیزد که ممکن است از مصرف خدمات سلامت منع شوند (این امر منعکس‌کننده کشش تقاضا برحسب قیمت برای گروه‌های درآمدی مختلف است. برای مثال، دریافت پول برای آغشته کردن پشه بندها به حشره کش (برای پیشگیری از مالاریا) در گامبیا، میزان استفاده را کاهش و میزان مرگ و میر را به سطوح قبل از موقعی که پشه بندهای رایگان در دسترس قرار داشتند، افزایش داد. اگر عدالت مورد نظر باشد، در تلاش‌های مربوط به بازاریابی اجتماعی باید مواظب بود که قیمت ها طوری تعیین نشوند که منجر به کاهش دسترسی برای بیماران فقیرتر گردند.

**4-3-3) کساد کردن بازار[[500]](#footnote-500)**

برای انواع خاصی از محصولات (مثل دخانیات و الكل)، بازاریابان اجتماعی، عمدا قیمت‌های بالایی وضع می‌کنند تا از میزان استفاده نامطلوب که با توجه به دیدگاه سودگرایی عینی یا جامعه گرایی، منفی است، کاسته شود. برای مثال، هنگامی از این راهبرد قیمت گذاری استفاده می‌شود که دولت با هدف کاهش مصرف، به ویژه در مورد گروه‌های حساس به قیمت مثل نوجوانان، مالیات‌های بالایی برای الکل و سیگار وضع می‌کند. برای کاهش تقاضا برای آن دسته از خدمات پزشکی که نقشی در هدف به حداکثر رساندن سلامت ندارند (از جمله جراحی زیبایی) نیز می‌توان از قیمت‌های بالا استفاده کرد. باز هم اگر استفاده از کالای گران در گروه‌های کم درآمد تر، بیشتر باشد، نگرانی‌های مربوط به عدالت می‌تواند وجود داشته باشد. برنامه‌ای برای مالیات سیگار در چین قصد داشت با وضع مالیات‌های متفاوت با توجه به قیمت سیگار (چرا که قیمت انواع سیگار تفاوت زیادی داشت)، به جای تعیین یک مالیات ثابت برای هر سیگار، با این مشکل برخورد کند.

**3-3-5) به حداکثر رساندن سود[[501]](#footnote-501)**

در حالی که معمولا در مورد محصولات اجتماعی، از راهبرد قیمت گذاری به خاطر به حداکثر رساندن سود استفاده نمی‌شود، اما می‌توان سازمانی را تصور کرد که محصولی اجتماعی مثل بازتوانی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر را ارایه می‌کند و همچنین قصد دارد سود آن را به حداکثر برساند. راهبرد نهایی تک قطبی کلاسیک که در چنین مواردی قابل اتخاذ است، تبعیض قیمت[[502]](#footnote-502) است. قیمت‌های مختلفی برای بخش‌های مختلف بازار وضع می‌گردد (طبق کشش تقاضا بر حسب قیمت) و هرچه یک بخش از بازار، حساسیت کمتری به افزایش قیمت داشته باشد، با قیمت بالاتری مواجه خواهد شد. شرکت‌های خصوصی هرجا بتوانند این کار را با موفقیت انجام دهند، غالبا از این رویکرد پیروی خواهند کرد. برای مثال شرکت‌های چند ملیتی دارویی، در کشورهای مختلف با توجه به شرایط بازار و سطوح درآمد، قیمت‌های متفاوتی برای یک محصول مشابه وضع می‌کنند تا سود کلی را به حداکثر برسانند.

**4-3) تبلیغات و ترویج**

مجریان اصلاحات سلامت پس از انتخاب محصول، مکان و قیمت باید آن را ترویج کنند (رساندن پیام خود به بخش‌های هدف بازار). این مجریان به یک برنامه تبلیغاتی صریح و دقیق احتیاج دارند. هدف تلاش‌های تبلیغاتی و ترویجی عبارت است از افزایش احتمال پذیرش محصول توسط مصرف کنندگان. برنامه تبلیغاتی، فعالیت‌های خاصی را شناسایی می‌کند که به حصول اهداف کلی برنامه کمک خواهند کرد.

مهم‌ترین وظایف در طراحی برنامه تبلیغاتی عبارتند از تصمیم گیری در مورد محتوای پیام، چگونگی ارایه پیام و انتخاب مجاری برقراری ارتباط مجریان اصلاحات سلامت برای تعیین یک راهبرد مؤثر برای برقراری ارتباط که به گروه مخاطب هدف برسد و تغییر مورد نظر را در رفتار ایجاد کند، باید تصمیمات پیشین در مورد محصول و مخاطب، مکان رسیدن به مخاطب و قیمت محصول را با هم در نظر بگیرند. در اینجا برخی از اجزای مهم این سه تصمیم کلیدی مورد بحث قرار می‌گیرند.

بازاریابان اجتماعی نوع پیام‌های متعددی را در مورد یک محصول اجتماعی خاص ابداع می‌کنند تا در مؤثرترین راه‌ها به مخاطبین مختلف و بخش‌های مختلف بازار برسد. محتوای پیام می‌تواند متکی به اطلاعات مربوط به چهار وجه متفاوت محصول باشد

* ویژگی‌های فیزیکی - فنی (مثل اندازه، وزن، شکل و سایر خصوصیات قابل مشاهده)؛
* ویژگی‌های حسی (مثل خصوصیاتی که افراد می‌توانند ببویند، ببینند، بشنوند یا بچشند)؛
* فواید کار کردی (محصول چگونه به گروه مخاطب هدف کمک خواهد کرد)
* فواید روحی - روانی (گروه مخاطب هدف چه احساسی در مورد سود محصول برای خود دارد).

اقدام بعدی در تدوین یک برنامه تبلیغاتی عبارت است از تصمیم گیری در مورد چگونگی ارایه پیام. در اینجا شناخت از مصرف‌کننده مهم است. مجریان اصلاحات سلامت باید قاعده اساسی فروشندگی را یاد بگیرند

آنچه را می‌خواهید، نفروشید بلکه آنچه را می‌خواهند، بفروشید». بازاریابان در طراحی پیام ها، راهبرد احساس و سپس منطق یا شروع با فواید محصول برای مصرف‌کننده و آنگاه حرکت به سمت ویژگی‌های محصول را توصیه می‌کنند. ساختاربندی ترتیب اطلاعات در پیام، به گروه هدف خاص و پاسخ آنها به انواع مختلف اطلاعات بستگی خواهد داشت. لذا مجریان اصلاحات سلامت باید مصرف‌کنندگان را بشناسند و بدانند که چه واکنشی در برابر اطلاعات، تصاویر و احساسات می‌دهند.

تجارب به دست آمده از برنامه‌های ضد مصرف سیگار نشان می‌دهند که پیام ها باید قابل باور و توأم با همدردی باشند تا مردم را وادارند خطرات و ناراحتی ناشی از تغییر رفتار را بپذیرند. یک پیام اثربخش، با ترکیب احساسات و واقعیت ها می‌تواند عواقب تغییر رفتار را نشان دهد. برخی از اثر بخش‌ترین پیام‌های ضد مصرف سیگار از طریق تمرکز بر عواقب سیگار کشیدن، احساسات منفی قوی (ترس و غم) را برانگیختند: «یک سیگاری که مرده بود؛ دو نفر که طناب‌های صوتی خود را در اثر سرطان حلق از دست داده بودند و یک مورد که در آن کودکی که در معرض سیگار قرار دارد، سرفه‌های سختی می‌کند». این مثال مجددا اهمیت پژوهش در مورد گروه‌های هدف مصرف‌کننده را در طراحی اقدامات مربوط به تغییر رفتار و ارزیابی اثرات مداخلات مختلف نشان می‌دهد.

سومین گام در برنامه تبلیغاتی عبارت است از تصمیم گیری در مورد مجرای برقراری ارتباط. دو راهبرد اصلی عبارتند از ارتباطات جمعی برای رسیدن به مخاطبین هدف بزرگ) و ارتباطات شخصی (برای رسیدن به افراد و گروه‌های کوچک مخاطبين). بیشتر برنامه‌های بازاریابی اجتماعی از ترکیبی از این رویکردها استفاده می‌کنند. از آنجا که این دو متقابلا تقویت‌کننده یکدیگرند، معمولا اگر با هم استفاده شوند، اثربخش ترند. رویکرد سوم برقراری ارتباط که ارتباط گزینشی خوانده می‌شود، عبارت است از نامه فرستادن مستقیم و به صورت بازاریابی از راه دور، در بیشتر کشورهای کم درآمد، این رویکرد کمتر برای اصلاحات بخش سلامت، مناسب است. میزان اندک سواد، اندک بودن خدمات پستی و دسترسی محدود به تلفن، به ویژه در نواحی فقیر روستایی، همگی مقبولیت چنین راهبردهایی را محدود می‌سازند.

**1-4-3) ارتباط جمعی[[503]](#footnote-503)**

مجریان اصلاحات سلامت در استفاده از ارتباط جمعی، با دو انتخاب اساسی، یعنی پوشش غیررایگان یا رایگان مواجه می‌شوند. پوشش غیر رایگان یعنی تبلیغات به مجریان اصلاحات اجازه می‌دهد محتوا و زمان رساندن پیام را کنترل کنند. محدودیت‌های بودجه‌ای می‌تواند اثربخشی این رویکرد را کاهش دهد؛ هرچند در برخی موارد امکان استفاده از آگهی‌های رایگان خدمات عمومی وجود دارد. نوع معمول‌تر رسانه‌های رایگان، پوشش رسانه‌ای پیام مربوط به بازاریابی اجتماعی به شکل داستان‌های خبری است. این نوع، نسبت به تبلیغات، کمتر قابل اعتماد و قابل کنترل است و هدف تحریف یا تورش[[504]](#footnote-504) بالقوه توسط رسانه حامل قرار دارد (برای مثال در روزنامه‌ای که تحت کنترل جناح سیاسی مخالف قرار دارد. اما همچنین ممکن است معتبر‌تر از تبلیغات برای خوانندگان باشد و نوع ارزان‌تر است.

در کار ارتباطات جمعی، ایجاد روابط رسانه‌ای خوب مهم است. مجریان اصلاحات سلامت می‌توانند با آماده کردن مفاد و مصاحبه با گزارشگران، محتوای گزارش‌های رسانه‌ای را شکل دهند. این تلاش ها عبارتند از آماده کردن محصولات مطبوعاتی (کتبی، سمعی و بصری)، سازماندهی نشست‌های مطبوعاتی و برگزاری جلسات کوتاه نفر به نفر با گزارشگران کلیدی. یک راه برای به دست آوردن پوشش رسانه ای، سازماندهی یک واقعه اجتماعی است که بتواند «قلابی» را برای در اختیار گرفتن گزارشگران بیندازد تا مقاله‌ای بنویسند و لذا توجه عمومی‌را به یک پیام ویژه جلب کنند. از برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی نیز می‌توان برای تحویل پیام‌های س لامت در ارتباط با تغیر رفتار استفاده کرد که مثالی از آن تحت عنوان برنامه راننده الكلی در ایالات متحده بود که در بسیاری از برنامه‌های تلویزیونی هالیوود به آن اشاره شد.

**2-4-3) ارتباط شخصی[[505]](#footnote-505)**

قسمت اصلی ارتباط شخصی عبارت است از تحویل پیام به افراد هدف به روش‌هایی که اعتبار و مقبولیت آن را افزایش دهد. این امر به معنی انتخاب یک مکان و یک پیام رسان است که بر گروهی که قصد دارید به آن برسید، اثر داشته باشد.

برای مثال فرض کنید کاهش انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی را به عنوان یک اولویت کلیدی در اصلاحات سلامت شناسایی کرده ایم و می‌خواهیم رفتارهای جنسی بی خطر را در مردان جوان ترویج دهیم. همچنین فرض کنید پژوهش ما نشان می‌دهد که آنها از این نگرانند که چنین اقداماتی، آنها را به نوعی ناتوان می‌سازد. وقایع اجتماعی مثل یک واقعه ورزشی که بتواند پوشش رسانه‌ای را جلب کند، می‌تواند فرصت خوبی برای رسیدن به این مخاطبین هدف خاص فراهم کند. برای مثال، می‌توان کاندوم ها و اطلاعات مربوط به رفتارهای جنسی بی خطر را در یک مسابقه فوتبال عرضه کرد. حتی می‌توان یک گام فراتر نهاد و از بازیکنان خواست که قبل از شروع مسابقه، کاندوم ها را توزیع کنند (مثلا با انداختن بسته‌ها به درون جمعیت). همچنین یک بازیکن ستاره می‌تواند بیانیه‌ای را برای جمعیت بخواند و استفاده از کاندوم را تأیید کند. سرانجام اگر قصد دارید مردان جوان را متقاعد کنید که در عین استفاده از کاندوم، باز می‌توان پر توان و مرد باقی ماند، چه شخصی را بهتر از خود وی برای تحویل آن پیام سراغ دارید.

ممکن است یک همتا یا یک شخصیت محترم، در رسیدن به مخاطبین خاص اثربخش‌تر باشد (رویکردی که فروش فردی[[506]](#footnote-506) خوانده می‌شود. برای مثال بهتر است از یک نوجوان خواست که در مورد خشونت و راهبردهای گفتگو سخنرانی کند تا این که یک معلم مدرسه را به این کار واداشت. از سرگرمی‌ها نیز از جمله انواع سنتی سرگرمی ها) می‌توان برای ارایه پیام سلامت به گروه‌های خاص استفاده کرد که مثالی از آن، نمایش‌های خیمه شب بازی است که در سفر به روستاهای هند، در مورد خطرات مصرف دخانیات صحبت می‌کنند. از گروه‌های اجتماعی نیز می‌توان برای ارایه ساز و کاری جهت معرفی و تقویت برنامه‌های جدید و کمک به افراد برای گذار به سمت عادات جدید استفاده کرد. نمونه‌های این رویکرد عبارتند از سازمان‌های زنان (که مایع درمانی خوراکی با روش‌های ضد بارداری را تبلیغ می‌کنند و نیز الکلی‌های گمنام.[[507]](#footnote-507)

یک نمونه از برنامه تبلیغاتی تفریحی، برنامه چندرسانه‌ای سال ۱۹۹۳ برای تبلیغ تنظیم خانواده در کشور مالی بود. این طرح از انواع سنتی تئاتر و موسیقی در کنار ضرب المثل‌های قدیمی‌به زبان‌های محلی و در محیط آشنا، از رادیو و تلویزیون استفاده می‌کرد. هدف عبارت بود از تغییر دانش، نگرش و رفتارهای مرتبط با پیشگیری از بارداری برای مرتبط کردن ارزش‌های اجتماعی سنتی با روش‌های جدید ضدبارداری). پیام‌های اختصاصی، اطلاعاتی را در مورد روش‌های پیشرفته ضدبارداری، لزوم مسؤولیت پذیری جنسی مردان، مزایای تنظیم خانواده برای سلامت و اقتصاد، لزوم برقراری ارتباط بین زوجین و این که اسلام (دین اصلی مالی) مخالفتی با تنظیم خانواده ندارد، ارایه کردند. مقایسه وضعیت قبل و بعد از این مداخله نشانگر افزایش دانش، نگرش و رفتارهای گزارش شده مورد نظر توسط خود افراد و همچنین مقاصد بازاریابان اجتماعی بود. نویسندگان نتیجه گیری کردند که اثر را می‌توان به طور منطقی، هم مثبت و هم قابل ملاحظه تلقی کرد».

**۳-۴-۳) انگیزه‌ها**

آخرین گام در برنامه تبلیغاتی، تصمیم گیری در مورد فعالیت‌هایی است که پذیرش محصول را تحریک خواهند کرد. این فعالیت‌های انگیزه‌ای شامل انواع مختلف انگیزه‌ها برای واداشتن مصرف‌کننده به پذیرش محصول هستند و می‌توانند اهرم‌های کنترل پرداخت و نیز سازماندهی را در بر بگیرند. برای مثال، انگیزه‌ها می‌توانند مالی (پرداخت نقدی، وضعیت اجتماعی (یک جایزه یا مهر تأیید) یا مادی (رادیو یا یک جایزه دیگر). یک روش ایجاد انگیزه، ارایه یک نمونه رایگان محصول یا خدمات برای القای خریدار به امتحان کردن محصول است. روش دیگر این است که با پیشنهاد جوایزی مثل پول، کالا یا خدمات رایگان برای افرادی که محصول را می‌پذیرند، مسابقات و شرط بندی‌هایی را سازماندهی کرد. روش انگیزه‌ای سوم عبارت است از ابداع برنامه‌های زنجیره‌ای که طی آن پذیرندگان هر بار که از یک محصول یا خدمات استفاده می‌کنند، کوپن‌هایی را می‌گیرند و بعد از جمع کردن تعداد معینی کوپن، جایزه‌ای دریافت می‌کنند.

**۴) راهنمایی شرایطی**

اهرم کنترل رفتار این توان را دارد که با ایجاد تغییر در رفتارهای فردی، با مشکلات دشوار سلامت عمومی‌مقابله کند. الگوهای رفتار فردی به استفاده از خدمات سلامت شکل می‌دهند؛ به عنوان مثال، در مورد مراجعه مستقیم به بیمارستان‌های منطقه‌ای به جای استفاده از مراکز سلامت محلی، در مورد متکی بودن به داروها یا دار و فروش‌های سنتی به جای درخواست مراقبت از پزشکان صلاحیت دار و در مورد پرهیز از درخواست مراقبت‌های سرپایی تا وقتی که یک بیماری طبی کاملا جدی شود. این تصمیمات بر استفاده ( یا عدم استفاده از خدمات مهمی چون ایمن سازی، مراقبت پیش از زایمان برای زنان باردار و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و نیز مزمن هم اثر زیادی دارند. این اهرم کنترل، امیدواری ایجاد می‌کند که بتوان رفتارهای فردی پرخطر مثل سیگار کشیدن و رانندگی در حال مستی را کاهش داد و رفتارهای حفاظتی را (از شستشوی دست توسط پزشکان گرفته تا گذاشتن کلاه ایمنی) تبلیغ کرد. مثال‌های مربوط به تغییر رفتار در این فصل نشان می‌دهند که این اهرم کنترل، چیزی فراتر از تنها فروش یک محصول یا طراحی مجدد یک محصول برای فروش است. اهرم کنترل رفتار مستلزم فرایند مداومی‌برای کشف ارزش‌های گروه مخاطب هدف، تولید کالاها و خدمات سازگار با آن ارزش ها و ارزشیابی اثر اجرای راهبردهای طراحی شده برای افزایش مقبولیت محصولات است. مثال انگیختن نوجوانان به تبدیل شدن به رانندگان غیر مست با تشویق روستاییان به استفاده از پشه بندهای آغشته به حشره کش برای پیشگیری از مالاریا در مناطق روستایی تانزانیا نشان می‌دهد که چگونه این رویکرد می‌تواند در عمل کاربرد مؤثری داشت باشد.

مثالی که در آن از رویکردهای تغییر رفتار برای ارتقای عملکرد نظام سلامت استفاده شده است، پروژه ارایه خدمات ارتقا یافته سلامت[[508]](#footnote-508) در اوگاندا است. این پروژه از بسیاری از روش‌های بحث شده در این فصل استفاده کرده است تا رفتارهایی را تغییر دهد که در ارتقای عملکرد نظام سلامت، به ویژه برای سلامت زنان و کودکان، نقش دارند. این طرح سعی دارد از طریق مجموعه‌ای از بهترین اقدامات شامل معرفی خدمات یکپارچه مربوط به سلامت باروری، ارایه خرید تک توقفی[[509]](#footnote-509) در یک رویکرد مشتری محور و برگزاری وقایع کم خرج در جامعه شامل برنامه‌های رادیویی ضبط شده و زنده، عملکرد را ارتقا دهد تا مخاطبین بیشتری برای پیام‌های خود

جدول ۴-۱۲) مشکلات و چالش‌های بازاریابی اجتماعی

|  |
| --- |
| **مشکلات تحلیل بازار**  بازاریابان اجتماعی:  داده‌های اولیه محدودی در مورد مصرف‌کنندگان هدف خود دارند.  در به دست آوردن سنجه‌های معتبر و قابل اعتماد از متغیرهای خاموش مشکل دارند.  در مرتب کردن تأثير نسبی عوامل تعیین‌کننده شناسایی شده در مورد رفتار مصرف‌کننده مشکل دارند  در تأمین اعتبار، تأیید و اجرای مطالعات پژوهش در مورد مصرف‌کننده در زمان مناسب مشکل دارند.  **مشکلات بخش بخش کردن بازار**  بازاریان اجتماعی:  به ویژه اگر بخش پخش کردن منجر به توجه کردن به بخش‌های خاص گردد، در برابر بخش بخش کردن مخاطبین تحت فشار قرار میگیرند.  غالبا داده‌های رفتاری دقیقی برای استفاده در شناسایی بخش ها ندارند.  غالبا مصرف کنندگانی را هدف قرار می‌دهند که از تغییرات پیشنهاد شده تأثیر منفی می‌گیرند.  **مشکلات مربوط به راهبرد محصول**  بازاریابان اجتماعی:  تمایل دارند انعطاف پذیری محدودی در شکل‌دهی به محصولات یا پیشنهادهای خود داشته باشند.  در شکل‌دهی به مفاهیم محصول مشکل دارند.  در گزینش و اجرای راهبردهای جبهه گیری درازمدت مشکل دارند.  **مشکلات مربوط به راهبرد قیمت گذاری**  بازاریابان اجتماعی:  متوجه می‌شوند که تبیین یک راهبرد قیمت گذاری ابتدا مستلزم تلاش برای کاهش هزینه مالی، روانی، انرژی و  زمانی دارد که مصرف کنندگان، در هنگام عمل کردن به یک رفتار اجتماعی مطلوب به دوش میکشند.  در محاسبه قیمت‌های خود مشکل دارند.  تمایل دارند کنترل محدودی بر هزینه‌های مصرف‌کننده داشته باشند.  **مشکلات مربوط به راهبرد مجرا**  بازاریابان اجتماعی در استفاده و کنترل واسطه‌های مطلوب مشکل دارند.  **مشکلات مربوط به راهبرد برقراری ارتباط**  بازاریابان اجتماعی:  معمولا متوجه می‌شوند که استفاده از تبلیغات غیررایگان غیرممکن است.  غالبا با فشارهایی برای عدم استفاده از جاذبه‌های خاص در پیام‌های خود مواجه می‌شوند.  معمولا باید در پیام خود اطلاعات زیادی وارد‌کنند.  در اداره کردن اعتراض‌های مهم در مورد پیام ها مشکل دارند. |

ایجاد کند. در حالی که این طرح، تمام نظام سلامت را در اهداف خود در بر نمی‌گیرد، نمونه‌های متعددی در این مورد ارایه می‌کند که چگونه برای حصول به ارتقای واقعی، به ویژه در معیارهای اصلی وضعیت سلامت و رضایت خریدار، می‌توان با موفقیت رویکردهای تغییر رفتار را به کار برد.

البته تغییر رفتار، عصای جادویی نیست. روش‌های بازاریابی اجتماعی، به ویژه در مقایسه با بازاریابی تجاری مرسوم، مشکلات و چالش ها را نشان می‌دهند. فهرستی از برخی مشکلات در جدول ۴-۱۳ آمده است.

**1-4) محدودیت‌های تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار**

پژوهش‌های مربوط به تغییر رفتار به طور فزاینده‌ای نشان می‌دهند که محیط‌های اجتماعی و فرهنگی، بر تصمیمات فردی، به ویژه در مورد رفتارهای پیچیده سلامت از جمله مسایل خصوصی مثل روابط جنسی، تأثیر می‌گذارند. تلاش‌های مربوط به تدوین برنامه‌های مؤثر پیشگیری از ایدز، با تأکید بر اهمیت طراحی مداخلات دارای تناسب فرهنگی که توسط جوامع خاص مورد قبول و حمایت قرار گیرند، به این واقعیت پاسخ داده‌اند. اما این مسأله فرهنگی، مشکلاتی جدی را در مورد محدودیت‌های تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار ایجاد می‌کند که مجریان اصلاحات بخش سلامت باید آنها را بشناسند. سیاستگذاران سلامت عمومی‌باید بدانند که استفاده از اهرم کنترل رفتار برای تغییر ارزش‌های اساسی یک جمعیت هدف به جای تغییر رفتار آن جمعیت، بسیار مشکل است. تبلیغ‌کنندگان خصوصی دریافته‌اند که تغییر ارزش‌های اساسی افراد چقدر مشکل است و لذا بازاریابان خصوصی بر شناسایی ترجیحات و طراحی محصولات برای برقراری ارتباط با ارزش‌های موجود تمرکز می‌کنند. در واقع، تلاش برای تغییر ارزش‌های اساسی می‌تواند اثر بخشی نهایی یک برنامه بازاریابی اجتماعی را زایل کند. امکان دارد پذیرش محصولات جدید منجر به تغییر اجتماعی گسترده‌تری شود که در مورد قرص‌های ضدبارداری در جامعه آمریکا نیز همین بحث مطرح شد. البته تغییرات اجتماعی گسترده، غالبا در مواقع تغییرات تاریخی متعددی رخ می‌دهند که این امر برقراری ارتباط واضح بين علل و تفاوت‌های موجود در رفتارهای فردی خاص را دشوار می‌سازد.

متخصصان سلامت حتی وقتی واقعا بر رفتار تمرکز می‌کنند، تمایل دارند از دیدگاه متخصص یا محصول به تغییر رفتار نگاه کنند اما می‌دانیم آنها به چه نیاز دارند، نه این که سعی کنند نیازهای مصرف‌کننده را بفهمند و به آنها پاسخ دهند. این الگو، گرایش ناصحیح فرهنگ پزشکی سنتی را با تأكید کم آن بر روانشناسی و تمایل به تكبر حرفه‌ای منعکس می‌کند. رویکرد متخصصان به تغییر رفتار در ارتباط با طرح‌های اهدای کمک بین المللی نیز می‌تواند منجر به ایجاد هزینه‌های امپریالیسم فرهنگی گردد که در آن اینگونه تصور می‌شود، طرح‌های خارجی» قصد تغییر رفتارهای محلی» را دارند. این امر می‌تواند مقبولیت اصلاحات را کاهش دهد و به خاطر عدم آگاهی از شرایط محلی، منجر به شکل گیری برنامه‌هایی گردد که عملا رفاه گروه هدف را بهبود نمی‌بخشند. به ویژه برنامه‌های کنترل جمعیت به خاطر این مشکلات مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال عقیم‌سازی پس از زایمان برای زنانی تبلیغ شد که کمتر قادر به یک انتخاب حقیقی بودند و بسیاری از زنان، پس از آن از تصمیم خود منصرف شدند.

متخصصان غالبا به روش بازاریابی اجتماعی با محور مصرف‌کننده توجه نمی‌کنند و غالبا برای طراحی یک برنامه اثربخش جهت تغییر رفتار، پژوهش کافی بر روی مصرف‌کنندگان به عمل نمی‌آورند. این دیدگاه تمایل به تخمین کمتر از حد اهمیت «پیش آزمودن... نظرات، پیام ها و روش ها در نظر نمایندگان گروه(های) هدف قبل از اجرا» نیز دارد. در تلاش برای استفاده از تغییر رفتار در اصلاحات سلامت، نیاز به شناخت مصرف‌کننده را هم با روش‌های کمی و هم با روش‌های کیفی) نمی‌توان بیش از حد برآورد کرد.

**2-4) اخلاق در برنامه‌های تغییر رفتار**

استفاده از اهرم کنترل رفتار، برخی مسایل اخلاقی را ایجاد می‌کند. اولین آنها مربوط به تعادل میان الزامات اخلاقی مختلف است. فرض کنید یک رفتار فرهنگی سنتی باعث کاستی‌هایی در وضعیت سلامت گردد (برای مثال عدم حضور دختران در مدرسه). این امر ممکن است هدفی آشکار برای یک برنامه بازاریابی اجتماعی به نظر برسد. اما این موضوع مستلزم برخورد بالقوه بین نگرانی‌های سودگرایان عینی در مورد اثربخشی و احترام جامعه گرایان نسبی گرا به سنت است. همین موضوع در مورد الگوهای تغذیه وجود دارد که برای پسر بودن کودک یا جراحی تناسلی دختران ترجیح ایجاد می‌کند. به عنوان ليبرالهای مساوات طلب، ملاحظه می‌کنیم که حفظ سطح حداقلی از فرصت، مهم‌تر از حفظ رفتارهای اجتماعی گذاشته است اما این تنها دیدگاه ما است. ما متوجه هستیم که در اینجا مسایلی حقیقی وجود دارد و مجریان اصلاحات بخش سلامت هنگام استفاده از این اهرم کنترل، ممکن است با مخالفت‌های درونی جدی در مورد چنین تردیدهای اخلاقی مواجه شوند.

این مسایل اخلاقی از یک لحاظ همانند تمام تلاش‌های مربوط به اصلاحات، تردیدهایی اساسی در مورد فرایند ایجاد می‌کنند. هریک از بحث‌های عاقبت گرایان[[510]](#footnote-510) این خطر را به همراه دارد که بر مبنای دانش ضعیف استوار باشد یا عوارض جانبی غیر منتظره و نامطلوب رخ دهند. برای مثال، برخی برنامه‌های تبلیغ سلامت ممکن است شواهد علمی‌کافی را برای حمایت از تغییرات پیشنهاد شده در سبک زندگی (مثل تغييرات خاص در رژیم غذایی نداشته باشند. در سایر موارد، برنامه‌های بازاریابی اجتماعی ممکن است ناخودآگاه ارزش‌های خاص را تداوم بخشند که در دراز مدت، اهداف سلامت عمومی‌را زایل می‌کنند. برای مثال، استفاده از نمونه‌های جنسیتی[[511]](#footnote-511) برای فروش کاندوم (بر اساس انواع مردانه) می‌تواند روابط نامتوازن قدرت بین مردان و زنان را تقویت کرده، لذا به خدشه دار شدن برنامه‌های پیشگیری از ایدز کمک کند. این تلاش ها، سؤالاتی جدی در این مورد بر می انگیزد که چه کسانی تصمیم بگیرند کدام رفتارها مطلوب یا مشروع هستند و کدام رفتارها این گونه نیستند و چگونه این تصمیمات با ارزش‌های اجتماعی وسیع‌تر در مورد فرایندهای دموکراتیک و کنترل جامعه تناسب پیدا کنند.

مسأله اخلاقی دوم این است که این وضعیت تا کجا می‌تواند پیش رود و بعد از شناسایی رفتارهایی که باور داریم باید تغییر یابند، تغییر چقدر می‌تواند اجباری باشد. این باور وجود دارد که میزان اجبار قابل تأیید، تا حدی به ماهیت مشکل و ارزش‌های جامعه بستگی دارد. برای رفتارهایی که مستلزم ضرر به دیگران (برای مثال رفتار جنسی حفاظت شده از سوی شخصی که می‌داند مبتلا به عفونت ایدز است)، ضرر به خود (برای مثال، تصمیم یک موتور سوار که از کلاه ایمنی استفاده نکند) یا وارد کردن هزینه مالی به جامعه (مثلا هزینه‌های بیماری در اثر مصرف دخانیات) هستند اجبار ممکن است قابل قبول‌تر باشد. همانند یک موضوع تجربی، با رفتارهایی که نارضایتی فرهنگی را بر می انگیزند ( برای مثال همجنس بازی با نوشیدن مشروبات الکلی در برخی جوامع) نیز می‌توان اجبارانه‌تر برخورد کرد. برخی جوامع نیز دوست ندارند در مورد رفتارهای خصوصی (مثل استفاده از کاندوم در مقایسه با رفتارهای عمومی (مثل استفاده از کمربند ایمنی) از روش‌های اجباری استفاده کنند. در اینجا نیز مجموعه‌ای از مسایل وجود دارد که مجریان اصلاحات باید صادقانه با آنها برخورد کنند.

استفاده از انگیزه‌هایی برای پیشبرد تغییر رفتارهای خاص نیز تردیدهای اخلاقی چندی را در مورد اجبار ایجاد می‌کند. به ویژه چه سطحی از انگیزه در برنامه تبلیغاتی، اجباری تلقی می‌گردد؟ برخی افراد بیان کرده‌اند که هرگونه استفاده از انگیزه‌ها اجباری است. سایرین مدعی هستند که اگر انگیزهای سعی کند فرد را وادارد که رفتاری را (مثل وازکتومی‌برای دریافت رادیو) برگزیند، که در غیر این صورت انجام نمی‌داد آنگاه آن پیشنهاد، اجباری و اخلاق نامناسب است. استدلال عکس آن از سوی سودگرایان غیر عینی) این است که هیچ کس مجبور به پذیرش رادیو نیست. اگر معامله مورد علاقه دریافت‌کنندگان نباشد، آن را قبول نخواهند کرد. البته این سؤال که آیا این انتخاب واقعا آزادانه است یا خیر، حاصل اصلی این دیدگاه است.

در کل میزان اجباری که قابل تأیید تلقی می‌گردد، به دیدگاه فلسفی مجری اصلاحات بستگی دارد. جبری‌ترین دیدگاه، سودگرایی عینی است. اگر رفتارهای افراد برای وضعیت سلامت مضر باشند، آنگاه برای تغییر آن رفتارهای سطح بالایی از اجبار، قابل تأیید تلقی می‌گردد. به طور خلاصه، هدف (سلامت بهتر) وسیله (اجبار به تغییر رفتار) را توجیه می‌کند. یک سودگرای عینی مادام که رویکرد سلامت کلی را ارتقا دهد، مایل است از مداخلات اجباری‌تر مثل وضع مقررات و ممنوعیت رفتارهای خاص و نیز قرنطینه (یا محبوس کردن افرد متمرد استفاده کند.

از سوی دیگر یک لیبرال حتی اگر احترام به افراد منجر به رفتارهای ناسالم گردد، با تلاش‌های محدود‌کننده اختیار فردی مخالفت خواهد کرد. اما لیبرالها، مادامی‌که اختیار انتخاب فردی محترم باشد، به ارایه اطلاعات اعتراض نخواهند کرد. مشکل این است که ارایه اطلاعات به تنهایی در تغییر رفتارهای شخصی درونی شده و مهم برای سلامت عمومی (مثل رفتارهای جنسی، انتخاب ارایه‌کنندگان سلامت، عادات استفاده از خدمات یا تصمیمات مربوط به داروها مؤثر نیست. یک جامعه گرا در مقایسه با لیبرال ها، رویکردهای تغییر رفتار را برای واداشتن ارایه‌کنندگان و بیماران به عمل به ارزش‌های جامعه می‌پذیرد و استفاده از روش‌های اجباری‌تر را برای رفتارهایی که انتظارات فرهنگی را بی حرمت می‌سازند، تأیید می‌کند.

این تفاوت ها در نقش اجبار با توجه به وضعیت فلسفی، یکی از اساسی‌ترین پرسش‌های اخلاقی را در سلامت عمومی‌شکل می‌دهد: برای تغییر رفتار فردی جهت اهداف مشترک، چه میزان و چه انواعی از جبر تأیید می‌شوند؟ این بحث در مورد تغییر رفتار، اهمیت انعکاس و تحلیل اخلاقی را برای مجریان اصلاحات سلامت که از اهرم کنترل رفتار استفاده می‌کنند، نشان می‌دهد.

**3-4) تغییر رفتار و عدالت**

از نگرانی‌های خاص مربوط به اخلاق در تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار، جنبه‌های عدالت چنین تلاش‌هایی است. در اینجا دو مسأله اصلی مطرح می‌شود. اولی مربوط به اخلاق در بحث انگیزه‌هاست که قبلا در مورد آن بحث شد. در کل، افراد فقیر بیش از افراد پردرآمد تحت تأثیر انگیزه‌ها قرار می‌گیرند. یک زن قبیلهای فقیر در هند بیش از همتای طبقه متوسط خود احتمال دارد که در ازای یک پیراهن، تحت عقیم‌سازی قرار بگیرد؛ حتی اگر هر دو با انتخاب‌های «رایگان» مواجه باشند. چگونه می‌توان در این باره فکر کرد؟

یک بحث جالب این است که انگیزه‌هایی که به اعطا یا تضییع حقوق اساسی یک فرد وابسته هستند، به گونه‌ای نامشروع، اجباری هستند. اگر کسی بگوید «می‌توانید بین عقیم شدن یا بردگی یکی را انتخاب کنید»، آنگاه به وضوح شما را مجبور کرده است. عقیده بر این است که در اینجا، تشابه با انگیزه‌های مالی قابل ملاحظه برای افرادی وجود دارد که سطح اقتصادی پایه آنها نمی‌گذارد فرصت‌های کافی داشته باشند. چنین انگیزه‌هایی نیز اجباری هستند. در واقع در این حالت، پیشنهادی ارایه می‌شود که فرد به واقع توان رد و عدم پذیرش آن را ندارد. لذا انگیزه‌های مربوط به افراد فقیر باید آنقدر کوچک باشند تا اگر آنها بخواهند از شکل اجباری آن دوری کنند و از لحاظ اخلاقی برایشان قابل قبول باشد، بتوانند آن را نپذیرند. البته مسأله عمیق‌تر مربوط به عدالت، فقر گروه هدفی است که قرار است کار با آن آغاز شود. اما در زمینه اصلاحات بخش سلامت به راحتی نمی‌توان به این مشکل پرداخت.

دومین مسأله اخلاقی، آسیب پذیری افراد حاشیه‌ای از لحاظ فرهنگی نسبت به تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار است. مجددا ذکر شد که جامعه گرایان نسبی گرا نگران آن هستند که تلاش‌های سلامت عمومی‌متخصصان، به رفتارهای سنتی اعتنا نمی‌کنند. در سراسر جهان گروه‌های حاشیه‌ای به ویژه در برابر چنین تلاش‌هایی آسیب پذیر به نظر می‌رسند (مثلا در اروپای شرقی یا مایا در مکزیک) زیرا قدرت سیاسی لازم برای حفظ

رفتارهایی فرهنگی نیز داشته باشند که عواقب نامطلوب قابل ملاحظه‌ای برای سلامت دارد، لذا پرسش‌های اخلاقی جدی در مورد محدودیت‌های مداخلات تغییر رفتار ایجاد می‌گردد.

**۴-۴) خلاصه**

در خاتمه این فصل، سه نکته یادآوری می‌شود. نخست تغییر رفتار فردی برای اجرای موفقیت آمیز برنامه‌های اصلاحات سلامت، حیاتی است. البته اثر بخشی اهرم کنترل رفتار، محدودیت‌هایی دارد و لذا باید در کنار سایر تغییرات مربوط به تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی و وضع مقررات در نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد تا ارتقای مطلوب در عملکرد نظام سلامت حاصل گردد.

نکته دوم این است که این اهرم کنترل سعی می‌کند تغییراتی را در رفتار فردی ایجاد کند ولی قصد ندارد ساختار اجتماعی با دینامیک قدرت سیاستگذاری سلامت عمومی‌را تغییر دهد. البته استفاده از روش‌های بازاریابی در مباحثات مربوط به سیاست عمومی، شکل‌دهی به تصورات عمومی‌در مورد ماهیت مشکلات اجتماعی و راه حل‌های سیاسی مناسب و تأثیرگذاری بر مقبولیت سیاست‌های پیشنهاد شده، ضروری است. در فصل ۴ در بحث راهبردهای سیاسی به این موضوع اشاره شد. اما بسیاری از درس‌هایی که در این فصل مورد بحث قرار گرفت، می‌تواند در مدیریت زمینه سیاسی نیز برای مجریان اصلاحات مفید باشد.

نکته سوم این است که تلاش برای تغییر رفتار مستلزم آن است که مجریان اصلاحات سلامت سطح بالایی از تعهد و همچنین درجات بالایی از بازاریابی تخصصی را در نظر بگیرند. شرایطی که بازاریابی اجتماعی به وسیله آن باعث تغییر رفتار مربوط به سلامت شود، به قدر کافی مشخص نشده‌اند. به ویژه مطالعات دیگری در مورد انواع رویکردهای تغییر رفتار که بیشتر به کار اصلاحات سلامت می آیند و شرایطی که این رویکردها تحت آن احتمال موفقیت بیشتری دارند، لازم هستند. البته شواهد کافی دال بر این نکته وجود دارد که تلاش‌هایی که تفکر خوبی پشت آنها نیست یا بد اجرا شده‌اند و درس‌های مرور شده در این فصل را مورد توجه قرار نداده‌اند، چندان نقشی در موفقیت اصلاحات بخش سلامت ندارند.

**13**

**نتیجه گیری**

در مقالات پیشین، مجموعه‌ای از ابزارها و مفاهیمی‌که می‌توانند به مجریان اصلاحات سلامت کمک کنند تا در کشورهای خود مؤثرتر باشند، مطرح شد. سعی بر آن بود تا از رویکرد «توصیه‌های کتاب آشپزی» و تعیین یک گروه مخاطب خاص خودداری شود. در عوض راهنمایی‌های عمومی‌تری ارایه شده است به طوری که خوانندگان بتوانند دستورالعمل‌های خاص خود را که به درد شرایط محلی، تعهدات اخلاقی خاص و ترجیحات آنها بخورد، تدوین و امتحان کنند. همچنین سعی کرده ایم در مورد دیدگاه‌های فلسفی و علمی‌خود شفاف باشیم به طوری که خوانندگان بتوانند پیشنهادهای ما را تعدیل نمایند و هر جا که لازم بدانند چیزی به آن اضافه کنند.

ما به طور صریح و مستقیم مشکلات انجام صحیح اصلاحات سلامت را مورد توجه قرار داده ایم. گروههای ذینفع، احزاب سیاسی و مؤسسات، اولویت‌های مختلفی دارند و موافق سیاست‌های متفاوتی هستند. نیروهایی قدرتمند و رخنه ناپذیر از هر سو در برابر تغییر مقاومت خواهند کرد. پیچیدگی‌های نظام‌های سلامت بدان معنی است که تقریبا هر گونه سیاستگذاری، عواقب ناخواسته‌ای را در بر خواهد داشت. به علاوه، وقایع موجود در دنیای واقعی، از بی ثباتی اقتصادی و آشوب سیاسی گرفته تا توسعه اجتماعی و فرهنگی و چرخه‌های آب و هوایی نیز بر آنچه ممکن یا لازم به نظر می‌رسد، تأثیر خواهند گذاشت. در واقع هیچ راه منفردی برای انجام صحیح اصلاحات سلامت وجود ندارد؛ در نتیجه راهنمایی ما همواره مشروط به بسیاری از عوامل مختلف بوده است.

با وجود این ما همچنین معتقدیم که این امکان وجود دارد که کارها را به گونه‌ای متفاوت و بهتر نسبت به آنچه به طور معمول انجام می‌گیرد، انجام دهیم. تحلیل صادقانه و خودنقادانه می‌تواند به مجریان اصلاحات کمک کند که نتایج اصلاحات بخش سلامت را ارتقا بخشند. مفاهیم مورد اشاره ما چرخه سیاستگذاری، چارچوب اخلاقی، معیارهای عملکرد، تحلیل سیاسی، درخت‌های تشخیصی و اهرم‌های کنترل) برای کمک به ارتقای تحلیل و نتایج، طراحی شده‌اند. آنها باید به گونه‌ای مرتبط با وضعیت زمینه‌ای به کار روند. با این حال این مفاهیم همچنین چارچوبی را برای سازماندهی کار، بررسی علل، انجام تحلیل و ایجاد و ارزیابی گزینه‌ها فراهم می‌کنند. مشخص است که آنها خودکار نیستند و خود به خود اجرا نمی‌شوند، اما ما بر این باور هستیم که می‌توانند مفید باشند.

تحلیل ارایه شده در این مجموعه مقالات، مستقیم یا غیر مستقیم، به مجموعه‌ای از گزاره‌های بسیار مهم در مورد ساختار و کارکرد نظام‌های مراقبت سلامت، چگونگی کارکرد فرایندهای اصلاحات سلامت به طور معمول و این که مجریان اصلاحات باید چگونه به مسؤولیت‌های خود نگاه کنند، بستگی دارد. در این فصل نتیجه گیری، ابتدا این گزاره‌ها معرفی شده، سپس کاربردهای آنها برای فرایند اصلاحات مورد بحث قرار می‌گیرند.

* نظام‌های سلامت، مقوله‌های اجتماعی - اقتصادی پیچیده‌ای هستند ولی ساختار و کارکرد آنها را می‌توان با اقدامات منطقی تحت تأثیر قرار داد. نظام سلامت در هر کشور، در نتیجه ترکیبی از سیاست‌های عمومی، فعالیت‌های خصوصی، تاریخ و فرهنگ در طول زمان تکامل یافته‌اند. پژوهش در سال‌های اخیر به روشن شدن این مطلب کمک کرده است که چگونه می‌توان از طریق اقدامات ارادی و اثرات احتمالی تغییرات مختلف، ساختار نظام سلامت را تغییر داد. ما این متغیرها را تحت عنوان ۵ اهرم کنترل خلاصه کرده ایم. شواهد گسترده در حال پیدایش، اساس علمی اصلاحات پیشنهاد ما برای بخش سلامت را تشکیل می‌دهند.
* ویژگی‌های مختلف نظام‌های سلامت، تکامل می‌یابند و به اهداف مناسب متفاوت و غالبا متعارضی تبدیل می‌شوند. نقش بستن پیچیده و تاریخی ترتیبات بخش سلامت، غالبا سیاست‌هایی ناسازگار و ساختار‌هایی متناقض با خود ایجاد می‌کند. دوران‌های مختلف اقدامات سیاسی، همانند لایه‌های سنگی مختلف در جریان فرایندهای زمین شناسی، غالبا محصول ترکیبات مختلف نیروهای سیاسی بوده‌اند که نظام سلامت را به جهت‌های مختلف رانده‌اند. گروههای ذینفع، سازمان‌ها و قسمت‌های مختلف نظام سلامت را «گرفتار» و آنها را به سمت مقاصد خود متمایل و منحرف کرده‌اند. لذا تعجب آور نیست که این نظام نتواند بخشی از کارکردهای خاص و ساده مورد نظر را به میزان حداکثر انجام دهد.
* علی رغم این پیچیدگی، نتایج حاصل از نظام سلامت یک کشور را می‌توان با طراحی و اجرای مناسب سیاستگذاری عمومی‌تغییر داد. در سال‌های اخیر، پژوهش ها در روشن شدن این امر کمک کرده است که ساختار نظام سلامت را چگونه می‌توان از طریق اقدامات هدفمند و تأثیرات احتمالی که هر کدام از این تغییرات خواهند داشت، عوض کرد. ما این متغیرها را تحت عناوین پنج اهرم کنترل مان خلاصه کرده ایم و بدنه در حال تکامل شواهد، پایه علمی‌برای اصلاحات بخش سلامت را شکل خواهد داد. اما کماکان، جزئیات هر گونه پروپوزال اصلاحات و نحوه به عمل درآوردن آن، بر نتایجی که از آن حاصل می‌شود تأثیر می‌گذارد.
* اگر مجریان اصلاحات بتوانند اهداف و مقاصد مورد نظر خود را مشخص کنند، فرصت بهتری برای اجرای مؤثر فرایند اصلاحات خواهند داشت. از آنجا که اهداف هر نظام سلامتی، متعدد و مورد اختلاف نظر است، مجریان اصلاحات تنها به عنوان تکنوکرات عمل نمی‌کنند. آنها باید به منظور حل حتی پایه‌ای‌ترین مشکلات فنی مثل تعیین اولویت ها، نقش حیاتی ارزش ها را شناسایی کنند. برای مثال این امر مستلزم تصمیم گیری در مورد اهمیت نسبی نجات شهروندان در سنین مختلف است. اصلاحات همواره فرایندی مرتبط با ارزش هاست.
* تغییر یک نظام مراقبت سلامت، به گونه‌ای اجتناب ناپذیر، یک فرایند سیاسی است. در حالی که تحلیل منطقی می‌تواند بهترین راه رسیدن به اهداف را به زبانی فنی به مجریان اصلاحات نشان بدهد، مجریان اصلاحات به چیزهای بیشتری برای ایجاد تغییر در نظامی‌نیاز دارند که ریشه‌ها و ساختار آن عمیقا سیاسی هستند. دولت چه دموکراتیک باشد، چه پادشاهی و چه تک حزبی، مجریان اصلاحات باید برای پیشبرد اصلاحات، از طریق چرخه سیاستگذاری، گروه‌ها را بسیج کنند و این فرایند بسیج کردن اساس سیاسی است.
* طراحی یک بسته اصلاحات اثربخش مستلزم فهم عمیقی از نظام و تمایل به عمل بر اساس آن فهم است. مکررا تأکید کرده ایم که هر نظام سلامتی را می‌توان از طریق ترکیب انواع مختلف تحلیل ها درک نمود. اما دستیابی به این درک آسان نیست و تصمیم گیری در مورد نحوه عمل بر اساس چنین بینشی، می‌تواند حتی سخت‌تر از این باشد. آنهایی که با اثرات سوئی مواجه می‌شوند، در برابر تغییر مقاومت خواهند کرد و غالبا منابع قابل ملاحظه‌ای نیز برای این کار در اختیار دارند. فرایند تشخیصی که آن را شرح داده ایم، برای موفقیت برنامه‌های اصلاحات بسیار مهم است. چنین فرایندی اگر بخواهد ساختار واقعی یک وضعیت را نشان دهد باید تابوهای موجود و شیوه‌های تفکر آیینی را بشکند. همچنین علیرغم اینکه تجربه بین المللی می‌تواند کمک‌کننده باشد، دانش درباره وضعیت‌های محلی، سنت ها، ظرفیت ها و نگرش ها نیز به همین میزان ضروری است. البته ما نمی‌خواهیم این گونه برداشت شود که همه چیز بستگی دارد». زیرا این نظر به توضیح این مسأله کمکی نمی‌کند که چه چیزی به چیزی بستگی دارد. لذا تنها ۴ نکته خلاصه را توصیه می‌کنیم که از بحث ما در مورد اهرم‌های کنترل نشأت گرفته‌اند.
* هیچ نظام تأمین مالی نمی‌تواند بیش از کل نظام اقتصادی یک کشور منابع تولید کند. کشورها می‌خواهند و باید به ترتیبات تأمین مالی خود را بر حسب سطح توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی‌شان تعدیل کنند. اما کشورها باید بپذیرند که منابعی که می‌توانند صرف مراقبت سلامت کنند، برحسب سطح توسعه کشور محدود می‌شوند.
* از آنجا که منابع همواره محدود هستند، لازم است کشورها برای افزایش کارایی فني و تخصیصی پرداخت، سازماندهی و وضع مقررات خود را تعدیل کنند. لازم است هم انگیزه‌های سازمان ها برای پاسخ‌دهی و هم ظرفیت آنها برای پاسخ‌دهی به صورتی ثابت و یکنواخت تعديل شود. این تلاش ها باید در جهت به حداکثر رساندن کیفیت بالینی و کیفیت خدمات و اطمینان از ترکیب صحیح برونداد صورت گیرند. اگر جامعه‌ای بخواهد هم وضعیت سلامت و هم رضایتمندی را به حداکثر برساند، باید تمایل داشته باشد شرایطی را در مورد این اهرم‌های کنترل جهت حصول این نتایج فراهم کند. این به معنی افزایش انگیزه‌ها و مسؤولیت سازمان ها از طریق اهرم‌های کنترل پرداخت و وضع مقررات و افزایش ظرفیت آنها برای پاسخ‌دهی به این انگیزه‌ها (از طریق اهرم کنترل سازماندهی) است.
* عدم توانایی در ایجاد اصلاحاتی با هدف ارتقای پیامدها، هرچند از لحاظ سیاسی قابل فهم است، اما فقط عملکرد ضعیف را همیشگی و پایدار خواهد کرد. بسیاری از افراد در نظام مراقبت سلامت در واقع قصد ندارند نظام را به خاطر ارتقای عملکرد آن تغییر دهند. در عوض قصد دارند درآمد خود را حفظ کرده، منافع سیاسی را به حداکثر برسانند یا دستاوردهایی را برای رأی دهندگان محلی خود ایجاد کنند (به بیان دیگر قصد حفاظت از منافع خود را دارند. در حالی که چنین انگیزه‌هایی ممکن است قابل فهم باشند، به ایستایی نظامی‌کمک می‌کنند که بر اساس معیارهای عملکرد، به توان بالقوه خود دست نمی‌یابد. با در نظر گرفتن این مخالفتها، حامیان تغییر در نظام سلامت اگر می‌خواهند در فرایند اصلاحات موفق شوند، غالبا باید آماده باشند تا تلاش زیادی را از خود به خرج دهند و خطرات فردی و حرفه‌ای قابل توجهی را بپذیرند.
* همواره هم به عرضه و هم به تقاضا فکر کنید. محدودیت‌هایی در این مورد وجود دارد که یک دولت تا چه حد می‌تواند شهروندان را به استفاده از آن دسته از خدمات سلامت که به نظر‌شان نامطلوب یا غیرجذاب هستند، مجبور کند. عرضه خدمات (اگر قرار است این خدمات مورد استفاده قرار گیرند. باید به گونه‌ای سازماندهی و قیمت گذاری شود که استفاده را تشویق نماید. به همین صورت تلاش‌های تکمیلی برای تأثیرگذاری بر رفتار فردی باید بر پاسخ‌دهی و برآوردن نیازهای زمینه‌ای شهروندان و نه تلاش برای شکل‌دهی مجدد و تغییر آن نیازها جهت متناسب کردن آنها با برخی ایده آل‌های بوروکراتیک یا تکنوکراتی، تمرکز کنند.

در نهایت قصد داریم شش راهنمایی شرایطی را به مجریان اصلاحات گوشزد کنیم تا آنها را به خاطر بسپارند. این نتیجه گیری‌ها که همواره با هدف ما در سراسر این سلسله مقالات مبنی بر ارایه توصیه‌های عملی همسو هستند، افرادی را هدف قرار می‌دهند که در اصلاحات بخش سلامت دخيل خواهند بود. به علاوه مثل همیشه نتیجه گیری‌ها باید با شرایط خاص مجریان اصلاحات مطابقت داده شوند.

**وظایف حیاتی**

بنابراین مجریان اصلاحات باید چگونه در راه ایجاد اصلاحات اثربخش قدم بردارند؟ توصیه ما، ریشه در چرخه اصلاحات سلامت دارد که در ابتدای این مجموعه مقالات اشاره کردیم. این چرخه، راهی برای تعیین وظایف حیاتی که مجریان اصلاحات باید انجام دهند و ارایه راهنمایی‌های چندی درباره ارتباط آنها با یکدیگر، پیش رو می‌گذارد.

**۱) اهداف خود را مشخص کنید**

اصلاحات بخش سلامت به حل یک مجموعه واحد و کاملا مشخص از مشکلات نمی‌پردازد بلکه فرایندی غامض و پیچیده است که غالبا در پاسخ به یک شوک خارجی آغاز می‌گردد که در مورد آن اختلاف نظر‌های بسیاری وجود دارد. لذا اگر مجریان اصلاحات به گونه‌ای قصد ارتقای عملکرد نظام سلامت خود را دارند، به آنها توصیه می‌شود کار را با مشخص کردن اهداف خود شروع کنند.

در سراسر این مجموعه، این مسأله را مورد تأکید قرار داده ایم که نظام سلامت باید وسیله‌ای برای رسیدن به هدف تلقی گردد و از این رو، معیارهای عملکردی حد واسط و اصلی مقالات ۵ و ۶) را به عنوان راهی برای توصیف این اهداف ارایه کرده ایم. همچنین این موضوع را مورد تأكيد قرار داده ایم که نظریه‌های اخلاقی مختلف (فصل ۳) به اهداف متفاوتی خواهند انجامید. حفظ خدمات برای فقرا برای جوامع لیبرال مساوات طلب مثل سوئد یا دانمارک بسیار مهم‌تر از ایالات متحده است که بسیار بیشتر به لیبرالیسم آزادیخواهانه گرایش دارد. به همین ترتیب بر اساس تحلیل انجام شده توسط متخصصان از عوامل ارتقا دهنده سلامت، سنگاپور نسبت به آنچه در آمریکا یا اتحادیه اروپا قابل قبول است، تمایل بسیار بیشتری برای اجبار شهروندان خود دارد.

مشخص کردن اهداف به ویژه از آن جهت مهم است که اهداف ممکن است با هم تعارض داشته باشند و همچنین اهداف مختلف می‌توانند به معنی سیاست‌های مختلف باشند. تمرکز خدمات دارای فناوری بالا در یک مرکز ملی (مثل مؤسسه ملی قلب در کوالالامپور) می‌تواند مزیت صرفه جویی مقیاس[[512]](#footnote-512) را داشته باشد ولی رقابت را نیز کاهش خواهد داد. گرفتن سهم پرداختی از مصرف‌کنندگان برای استفاده در بیمارستان ها در اوگاندا با منصرف کردن افراد از مصرف خدمات کم ارزش، کارایی را ارتقا خواهد داد ولی فقرا در نظر نمی‌گیرد و پرسش‌هایی را در مورد عدالت پیش می‌کشد. تلاش برای کاهش استفاده از مواد مخدر تزریقی از طریق اعمال روش‌های پلیسی شدید ممکن است به طرقی در تغییر رفتار مؤثر باشد (یا نباشد) که گسترش ویروس نقص ایمنی انسانی را کاهش دهد ولی آزادی فردی را نیز محدود می‌کند.

از آنجا که چرخه اصلاحات سلامت غالبا در پاسخ به یک شوک خارجی آغاز می‌گردد، مجریان اصلاحات باید آگاه باشند که مشکل» در عرصه‌های عمومی‌به ویژه از سوی رسانه‌ها و محافل سیاسی چگونه تعریف می‌گردد. غالبا علایق و منافع اقتصادی یا بوروکراتیک منجر به تعاریف متفاوتی خواهد شد. پزشکان نگران درآمد بالاتر خواهند بود؛ صندوق‌های بیمه اجتماعی تقاضای افزایش یارانه‌ها را خواهند کرد؛ و وزارت دارایی به اتلاف البته مجریان اصلاحات به جای پذیرش هر یک از این تعاریف، باید بر اساس اولویت ها و اهدافی که تعیین می‌کنند، تعریف خود را از مشکل داشته باشند. آنها باید در دنیای سیاسی پیچیده اختلافات مربوط به سیاستگذاری ها، دیدگاه خود را تبیین کرده، به پیش ببرند. ما معتقدیم که مجریان اصلاحات، با مرتبط ساختن صریح اهداف عملکردی پیشنهادی با وضعیت اخلاقی خود خواهند توانست این کار را به بهترین نحو - توأم با شفافیت و انسجام به انجام دهند. شفاف‌سازی اهداف خصوصا حائز اهمیت است چرا که اهداف مختلف احتمالا سیاست‌های مختلفی را موجب خواهند شد.

بهتر است انتخاب اولویت ها به نحوی راهبردی صورت گیرد. مشکلاتی که از ارزیابی نگرانی‌های اخلاقی حاصل می‌شوند، باید هدف تحلیل سیاسی متمرکز بر امکان پذیری وارد کردن یک مسأله در دستور کار یا وادار کردن افراد به پذیرش یک سیاست و تحلیل فنی در مورد چگونگی تأثیر مثبت مداخلات مربوط به سیاستگذاری بر عملکرد، قرار گیرند. در اجرای این امر استانداردهای مختلفی می‌توانند به تعیین مجموعه‌ای از تمایلات جهت ارتقا کمک کنند.

**۲) به یک تشخیص صحیح برسید**

بعد از شناسایی اولویت ها و توصیف مشکلات عملکردی، مجریان اصلاحات باید به یک تشخیص صحیح برسند. ما قوية ترسیم چندین «درخت تشخیصی» را برای شناسایی الگوهای علیت و نقاط دارای اهمیت بحرانی برای نظام لازم می‌دانیم. روشی عملی برای اجرای این توصیه آن است که ۵ بار از خود بپرسیم «چرا؟»

ما به این دلیل بر نیاز به تشخیص صحیح تأکید داریم که گزارش ها و مباحثات رسمی، اغلب مواجهه با برخی جنبه‌های متابو»ای نظام را مشکل می‌دانند. پرداخت‌های غیررسمی و زیر میزی گسترده به پزشکان، استخدام بومی‌پزشکان دارای ارتباطات سیاسی خوب، خالی ماندن موقعیت‌های کاری پزشکی در نواحی روستایی، دزدی‌های گسترده از منابع بیمارستانی، پر بودن گزارش‌های عملکردی از اعداد ساختگی، وضعیت نامناسب سلامت در گروه‌های محروم و به حاشیه رانده شده، همگی نمونه‌هایی از مسائلی هستند که در جریان «سفر تشخیصی» باید به آنها مستقیما توجه کرد. بحث در مورد این الگوها مستلزم انتخاب دقیق آن دسته از متخصصان داخلی و بین المللی است که می‌توانند به مبارزه با پنداشت‌های موجود و شناسایی فرض‌های زمینه‌ای کمک کنند.

البته ما این را نیز می‌دانیم که صرف وقت و منابع بیش از حد برای تحلیل می‌تواند اقدام سیاسی را به تأخیر انداخته، تلاش ها در جهت اصلاحات را فلج کند. مجریان اصلاحات برای تسریع این فرایند می‌توانند از مطالعات و داده‌های موجود استفاده کنند تا لازم نباشد که همه کارها را دوباره انجام دهند. مجریان اصلاحات باید زمان خاتمه مرحله تحلیل را نیز بدانند. در دنیای واقعی، دادهها همواره ناقص هستند و از این رو لازم است مجریان اصلاحات در زمینه هنر تعادل برقرار کردن میان نتایج بهتر در برابر هزینه‌های اضافی استاد باشند. با توجه به ماهیت متزلزل و بی ثبات اصلاحات بخش سلامت، فرصت اقدام تنها برای مدت محدودی فراهم است و ممکن است این فرصت به صورتی ناگهانی به اتمام برسد.

یکی از جنبه‌های کلیدی توصیه ما در مورد تشخیص این است که کار را با راه حل موردنظر خود (یا با آنچه «به نظر شما» منشأ سوء استفاده است آغاز نکنید. در عوض ما لازم می‌دانیم که تشخیص در نتیجه یک رویکرد مبتنی بر شواهد حاصل شود که بر داده‌ها و علم و نه شعارها یا پیش تصورات متکی باشد. به عنوان مثال، در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، مطالعات حساب‌های ملی سلامت نشان می‌دهند که بخش خصوصی، قسمت عمده مراقبت سلامت سرپایی را ارایه می‌کند؛ علل وضعیت سلامت نامطلوب در چنین کشورهایی نمی‌تواند و نباید این اشتباه را مرتکب شود.

**۳) طرحی تدوین کنید که بتوان از آن انتظار داشت در پیش زمینه کشور شما کارکرد داشته باشد**

راه حل‌های مشکلات ملی باید با زمینه‌های محلی متناسب باشند. لذا طراحی راه حل‌های مؤثر مستلزم تناسب با عوامل فرهنگی، سیاسی و سازمانی و نیز سطح توسعه اقتصادی است. اگر احتمال دارد بوروکرات ها از صندوق‌های بیمه اجتماعی پول بدزدند (اتفاقی که در قزاقستان افتاده است) یا اگر احتمال دارد شرکت ها از طریق حرکت به سمت پرداخت غیر نقدی به کارکنان خود، از مالیات مبتنی بر لیست‌های حقوقی فرار کنند (موردی که در مجارستان شاهد آن بوده ایم)، آنگاه لازم است در هنگام طراحی برنامه‌ها، از طریق ابزار‌های خاص، رفع چنین احتمالاتی را مورد توجه قرار داد.

بحث‌های ما در مورد مداخلات، به اهرم‌های کنترل به صورتی مجزا توجه داشته‌اند ولی مکررا تأکید کرده ایم که سیاستگذاری مؤثر غالبأ مستلزم اقداماتی هماهنگ و فراتر از این مرزهای مفهومی‌خواهد بود. تغییر نظام‌های پرداخت به بیمارستان ها جهت ایجاد انگیزه‌هایی برای کارایی اگر مدیران بیمارستان ها از مهارت، انگیزه و قدرت کافی برای پاسخ برخوردار نباشند، فایده‌اندکی خواهد داشت. یک برنامه بازاریابی اجتماعی برای تشویق استفاده از مراکز مراقبت سلامت اولیه محلی از موفقیت کمتری برخوردار خواهد بود اگر همزمان فرانشیزهای بیماران به ازای خدمات در این مراکز را بالا ببریم.

حتی در داخل یک اهرم کنترل ممکن است لازم باشد برای تعدادی از مداخلات مختلف از یک سیاست ثابت و یکنواخت استفاده کنیم یا سیاست ها را با یکدیگر هماهنگ کنیم. برای مثال کشورهای کمی صرفا به یک ساز و کار تأمین مالی متکی هستند لذا برای دستیابی به اهداف کلی تأمین مالی، ممکن است لازم شود اطمینان حاصل کنیم که از منابع مختلفی به شیوه مکمل یکدیگر استفاده می‌شود. به همین نحو، اگر خواهان استفاده از طرح‌های پرداخت برای ایجاد انگیزه‌هایی جهت کاهش مراقبت‌های ناکارا هستیم، ممکن است لازم باشد چگونگی پرداخت به پزشکان و چگونگی پرداخت از سوی بیمه را نیز اصلاح یا مجددا طراحی کنیم.

مجریان اصلاحات لازم است در طراحی سیاست ها در مورد آنچه امکانپذیر است، واقع گرا باشند. برای مثال، واقع گرایی به ما می‌گوید که تمام هزینه‌های مراقبت سلامت به هر حال باید توسط یک کسی پرداخت شود. مثلا افراد دارای درآمد متوسط، به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، هزینه‌های مشخصی را برای مراقبت سلامت پرداخت خواهند کرد. لذا یک نظام تأمین مالی خوب باید، به ویژه برای گروه‌های آسیب پذیر، بر محافظت در برابر خطرات و نه هدف غير قابل حصول اجتناب کامل از بار هزینه‌ها تمرکز کنند. به همین ترتیب، اگر رهبران سیاسی محلی سابقه طولانی مدتی در استفاده از منابع و قدرت برای پارتی بازی و به کار گماردن آشنایان داشته باشند، نمی‌توان چنین پنداشت که تمرکز زدایی بخش سلامت باعث ارتقای خدمات به مشتریان خواهد شد.

هنر اصلاحات مؤثر نیازمند تعادل بین اشتیاق بیش از حد و بدبینی بیش از حد است. هر دو نوع اشتباه ممکن هستند. تلاش برای طراحی یک برنامه کامل و بی نقص (که سعی کند تمام احتمالات و مشکلات را مورد توجه قرار دهد، احتمالا بسیار طول خواهد کشید و بسیار پیچیده خواهد بود و به خاطر پیچیدگی نظام یا عواقب غیر قابل پیش بینی موفق نخواهد شد. در عوض ممکن است بهتر باشد وقتی فرصت برای تغییر وجود دارد، برخی اصلاحات را به سرعت انجام داد و جزئیات را تدریجا اصلاح کرد (همان کاری که سنگاپور در مورد نظام حساب‌های پس‌انداز طبی خود انجام داده است). تمرکز بر موانع و مشکلات می‌توان منجر به آن شود که مجریان اصلاحات تلاش بسیار کمی‌به خرج دهند. دست به کار شدن و پذیرفتن خطرات (البته به صورتی سنجیده) غالبا راهبرد ضروری‌تری برای ایجاد تغییر به شمار می‌رود (باز هم شانس رفع اشتباهات و تعدیل در مراحل بعدی چرخه سیاستگذاری وجود دارد).

مجریان اصلاحات می‌توانند با استفاده از تجربیات بین المللی چیز‌های ارزشمندی را یاد بگیرند. مقالات مربوط به اهرم‌های کنترل پر از مثال‌های مثبت و منفی هستند. اما در استفاده از چنین تجاربی باید هوشیار و محتاط بود؛ در این شرایط، مبتنی بر شواهد عمل کنید نه ایدئولوژی. پس زمینه‌های کشورهای خود و اهمیت ارزش‌های اجتماعی، امکان پذیری سیاسی و ظرفیت فنی و اجرایی را در نظر بگیرید.

سرانجام مجریان اصلاحات باید بدانند که فرایند مورد استفاده برای تدوین برنامه‌های اصلاحات، میزان مقبولیت آنها را مشخص می‌کند.

مشارکت نقش آفرینان و گروه‌های ذینفع کلیدی می‌تواند در ونداد ارزشمندی ایجاد کند، مقبولیت به وجود آورد و میزان تأثير مخالفان بالقوه را کاهش دهد. از سوی دیگر برنامه‌های اصلاحات مستلزم حمایت متفق القول (که چیز خوبی است) نیستند. اصلاحات حقیقی به مذاق همه خوش نمی‌آید. بنا بر یک مثل قدیمی: «مذاکره؟ بله؛ ولی گوشت را دست گربه دادن؟ خير».

مجریان اصلاحات باید در نظر داشته باشند که در صورت اجرای برنامه گربه‌ها چه واکنشی نشان خواهند داد. آنها ممکن است تلاش کنند تا از پرداخت مالیات طفره بروند، به قوانین احترام نگذارند، ترتیبات بازپرداخت جدید را به بازی بگیرند و در برابر سازماندهی مجدد مقاومت کنند. این ارزیابی برای ایجاد در تأمین مالی و وضع مقررات مهم است زیرا این موارد از قوه قهریه دولت استفاده می‌کنند. در این شرایط، افراد تحت این قوه قهریه، احتمالا مقاومت خواهند کرد. سیاست ها باید با استفاده از داده‌های ارزان و قابل اعتماد، کاهش هزینه‌های جمع آوری و اعمال، و سازماندهی سازمان‌های مرتبط به طوری که مهارت ها و انگیزه‌های لازم را داشته باشند، طوری طراحی شوند که مشروع به نظر برسند. به طور خلاصه سیاست ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که شانس اجرا شدن را افزایش دهند.

**۴) به سیاست توجه داشته باشید**

اصلاحات تنها یک فرایند فنی نیست بلکه یک موضوع سیاسی نیز به شمار می‌رود. سیاست در تمام مراحل چرخه اصلاحات نقش دارد. این بدان معنی است که مجریان اصلاحات باید به سیاست توجه داشته باشند نه این که از آن اجتناب کنند. آنها نیازمند همان تحلیل سیاسی صریح و تدوین راهبردهای بحث شده در فصل ۴ هستند. مجریان اصلاحات به خاطر تفاوت‌های موجود در اخلاق و ارزش ها (و نیز تفاوت‌های موجود در علایق و باورها که ناگزیر باعث شکل گیری دیدگاه‌های مختلفی در مورد چگونگی کارکرد دنیای اطراف می‌شود) نمی‌توانند انتظار داشته باشند که همه با آنها موافقت کنند. به ناچار، برای حل این اختلافات از فرایندهای سیاسی از هر نوعی، استفاده خواهد شد؛ حال ساختار دولت یک کشور هرچه می‌خواهد باشد.

به خاطر ماهیت چرخهای اصلاح، تکامل سیاست اصلاحات ادامه خواهد داشت. اصلاحات برخی گروه‌های ذینفع را تقویت و برخی دیگر را تضعیف خواهد کرد و هر گروه، در صدد تأثیرگذاری بر اجرا و طراحی مجدد سیاست‌های اصلاحات برخواهد آمد. شوکهای خارجی جدیدی رخ خواهند داد و جامعه را وادار به تغییر تعریف و درک خود از مشکل خواهند کرد. درست همان طور که مجریان اصلاحات نیاز به ارزیابی مجدد تحلیل‌های فنی خود دارند، باید با پیشرفت فرایند اصلاحات، تحلیل‌های سیاسی خود را نیز تکرار کنند.

لذا اصلاحات موفق تنها مسأله ارزشمندی یک استدلال نیست، بلکه مسأله نمادگرایی و زبان، مهارت سیاسی و تعهد فردی نیز هست. ما واقع گرایی نسبت به چشم اندازهای اصلاحات را لازم دانسته ایم ولی از این امر نیز آگاه هستیم که مجریان اصلاحات می‌توانند به راحتی به این نتیجه گیری برسند که تغییر غیر ممکن یا حداقل بعید است. نیروهای مدافع وضعیت موجود غالبا به خوبی سازماندهی، فعال و متعهد شده‌اند. اما باز هم اصلاحات رخ می‌دهد. کلمبیا یک نظام بیمه جدید دارد؛ کره در حال جدا کردن نقش پزشکان و داروسازان است و مجارستان به بیمارستان ها به روش‌های مختلفی پرداخت می‌کند. این موفقیت ها توسط آن دسته از مجریان اصلاحات حاصل شده‌اند که می‌خواهند از فرایندهای سیاسی به زیرکی و به طور مستمر جهت پیشبرد سیاست‌های خود استفاده کنند.

**۵) بر اجرا متمرکز باشید**

اجرای موفقیت آمیز غالبا مستلزم رهبری و توجه به جزئیات است. اگر مقامات محلی قرار است مسؤولیت بیشتری جهت تصمیمات خود بر عهده بگیرند، ممکن است ابتدا به آموزش بیشتری نیاز داشته باشند (همان کاری که در کرالای هند انجام شد. اگر قرار است تمرکز زدایی مالی، عدالت میان مناطق را ارتقا بخشد (مثل شیلی) (در مقابل تضعیف کردن آن (مثل بوسنی))، لازم است نظام‌های تخصیص مجدد میان مناطق، به دقت تعریف شوند.

اجرای موفقیت آمیز مستلزم سنجش عملکرد است. در اینجا نیز واقع گرایی، ضروری است. برخی بخش ها در هند، پوشش ایمن‌سازی را 120% اعلام کرده‌اند (براساس دوزهای ارایه شده تقسیم بر جمعیت واجد شرایط). بررسی دقیق‌تر مشخص کرد که تنها 40% از کودکان، به طور متوسط هر نفر ۳ دوز واکسن دریافت کرده بودند. در صورت تکیه کردن بیش از حد به یک نظام سنجش، خطر عدم صداقت در گزارش‌دهی یا تحریف‌های ناخواسته رفتارها وجود دارد. در ایالات متحده، درمانگاه‌هایی که بارورسازی آزمایشگاهی را انجام می‌دهند، میزان موفقیت خود را به روشی استاندارد شده و قابل اعتماد گزارش می‌کنند (ولی تعداد اندکی از آنها موارد دشوار و پیچیده ناباروری را برای بارورسازی می‌پذیرند زیرا این موارد باعث افت پیامدهای گزارش شده خواهند شد). این موفقیت ها به ما نیاز به تمرکز بر عملکرد و نه گزارش، توجه به پیامدها و نه در وندادها و تأکید بر نتایج و نه فقط تلاش‌های انجام شده، را یادآوری می‌کنند.

مؤسسات (و افراد) هم به خاطر منافع و دلبستگی هایشان از روی علاقه و هم از روی نگرانی، در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند. مدیران می‌توانند با کاهش تردیدها و عدم قطعیت ها، برخی از مقاومت ها را کاهش دهند که این امر به وسیله پژوهش ها در مجارستان نشان داده شده است (این نکته در فصل ۱۰ مورد بحث قرار گرفته است. لازم است). در طی فرایند اصلاحات، رهبرانی که هم معتبر و هم متعهد هستند و دینامیک تغییر سازمانی را می فهمند، به کارکنان کمک نمایند.

اجرا خودبه خود رخ نمی‌دهد؛ لازم است آن را برنامه ریزی و هدایت کرد. باید وظایف پراهمیت را شناسایی و موانع احتمالی را پیش بینی کرد (البته همه این کارها امکان پذیر نیستند). با افزایش تجارب، مدیران باید خود را با وضعیت جدید سازگار کنند. بسیاری از مجریان اصلاحات، به ویژه در سطوح بالا (وزارتی) به سرعت عوض می‌شوند و سمت خود را از دست می‌دهند. در نتیجه افرادی که اصلاحات را طراحی می‌کنند، ممکن است به قدر کافی بر سر کار نباشند که بر اجرا نظارت کنند. این شکاف بین طراحان و اجرا‌کنندگان اصلاحات (چنانچه طراحان یک برنامه جدید آنقدر جلوتر را ندیده باشند که چالش‌های عملی بر سر راه به واقعیت پیوستن ایده‌های نوین خود را در نظر بگیرند) می‌تواند تلاش‌های انجام شده برای ارتقای قابل سنجش در عملکرد بخش سلامت را بی اثر کند.

**۶) از اشتباهات خود درس بگیرید**

حتی اصلاحات موفقیت آمیز نیز غالبا منجر به مشکلات جدیدی می‌شود. لذا مجریان اصلاحات باید برای درس گرفتن از اشتباهات خود آماده باشند. باید در جریان فرایند طراحی سیاست ها، نظام‌های ارزیابی نیز ایجاد شوند. مجریان اصلاحات باید برای ارایه‌کنندگان و بیمه گران انگیزه‌هایی ایجاد کنند تا داده‌ها را به درستی گزارش کنند. آنها باید قبل از شروع اجرا، یک طرح تجربی را برای مداخلات در نظر بگیرند و اطلاعات پایه را جمع آوری کنند. مجریان اصلاحات باید انتظار داشته باشند که برخی از جزئیات نظام در بار اول (و شاید حتی برخی از ویژگی‌های اصلی)، به غلط مشخص شوند، انجام تمام این موارد دشوار است.

اجتناب ناپذیر بودن برخی اشتباهات به توجيه چرخه‌ای بودن چرخه سیاستگذاری کمک می‌کند. اصلاحات، تلاشی یک مرحله‌ای با یک باره نیست (همان گونه که در فصل ۱ گفته شد و همچنان به فعالیت خود ادامه خواهد داد؛ پیشرفت فناوری ادامه خواهد یافت؛ انتظارات بیشتر خواهند شد؛ هزینه‌ها بالا خواهند رفت؛ آشوب‌های اقتصادی رخ خواهند داد و ائتلاف‌های سیاسی گسسته شده، مجددا شکل خواهند گرفت.

امید ما آن است که مجریان اصلاحات خود را برای دراز مدت به فرایند اصلاحات متعهد کنند چرا که تنها در درازمدت است که موفقیت یا شکست تلاش‌های اصلاحات بخش سلامت مشخص خواهد شد و صرفا در دراز مدت است که درس‌های آموخته از کسانی را که درگیر اصلاحات هستند می‌توان برای تعدیل و بهبود برنامه‌های اصلاحات ابتدایی به کار گرفت)، تفکری نقادانه و سیاسی داشته باشند، از لحاظ اخلاقی اندیشمند و از لحاظ سازمانی خلاق باشند و بر عملکرد و جزئیات سیاستگذاری تأکید کنند. می‌دانیم که تمام این موارد، مستلزم تلاش بسیار است. اما بهتر کردن انجام صحیح اصلاحات بخش سلامت، امری لازم است.

**۷) درس­هایی از اهرم‌های کنترل**

در انتهای هر فصل از اهرم‌های کنترل، نقطه نظرات متنوعی را تحت عنوان «راهنمایی شرایطی» مطرح کردیم. محرک انجام چنین کاری این بود که متوجه شده ایم صرفا بیان «بستگی دارد به خطاب به مجریان اصلاحات آتی ناکافی است. در عوض، الزام ما خواهد بود که مطالبی نیز درباره این موضوع بیان کنیم که یک سیاست، چگونه به وضعیت خاص هر کشور بستگی خواهد داشت؛ چه جوانبی از وضعیت کشور نیاز به روشن شدن دارد و چگونه. هرچند معتقدیم که وضعیت حقیقی یک کشور و تعهد آن به ارزش ها، باید بر انتخاب‌های سیاستگذاری تأثیر بگذارد، اما اعتقاد نداریم که تمام گزینه‌های سیاستی، به شیوه یکسان شکل می‌گیرند. تجارب بین المللی طی چندین سال، نکات خوبی را به ما آموخته است.

در این بخش از فصل نتیجه گیری، قصد داریم بخشی از نتیجه گیری‌هایی را که معتقدیم باید گرفته شود، برای خوانندگان مجددا تأکید کنیم و توجه خاص آنها را به شرایطی که مسائل مربوط به عدالت، جدا در آنها مطرح است جلب نماییم.

**1-7) تأمین مالی**

نکته کلیدی در بحث ما درباره تأمین مالی در این حقیقت نهفته است که توانایی یک کشور در تأمین مالی بخش سلامت خود، محدود به سطح توسعه اقتصادی آن کشور است. حتی در نظام تأمین مالی که طراحی بهینه‌ای داشته باشد، یک شهروند سالم با درآمد متوسط، مجبور است (مستقیم یا غیر مستقیم) هزینه‌های مراقبت معمول خود را بپردازد و بخشی از درآمد خود را نیز برای انباشت خطر و همچنین توزیع مجدد به نفع فقرا، بپردازد. اینکه یک نفر تا چه حدی بتواند بپردازد و تمایل به پرداخت داشته باشد، به وضوح محدود به شرایط اقتصادی اش است.

در کل مشاهده کرده ایم که چنانچه حقیقتا قرار است محافظت در برابر خطر ارایه شود، یک نظام فراگیر مبتنی بر توان پرداخت، نظامی است که اجازه یارانه متقاطع از ثروتمندان به فقرا و از افراد سالم به افراد بیمار را فراهم می‌کند. بنابر این تعجب برانگیز نخواهد بود که کشورهای با درآمد متوسط و بالا، برای تأمین مالی نظام مراقبت سلامت شان، عمدتا متکی بر بیمه اجتماعی یا درآمد عمومی هستند. با پیشرفت کشورها در پله‌های نردبان توسعه، بیمه اجتماعی غالبا جذابیت خاصی پیدا می‌کند چرا که پیمان اجتماعی مستتر در این نظام، عموما باعث بهبود تبعیت مالیاتی می‌شود.

در کشورهای فقیر، بررسی‌های خانوار نشان داده است که حتی افراد فقیر، پرداخت برای میزان قابل توجهی از مراقبت مورد نیاز خود را به صورت مستقیم از جیب انجام می‌دهند (یا به ارایه‌کنندگان خصوصی یا برای دستمزدها، داروها و پول چایی» در بخش دولتی). برای مصرف اثربخش‌تر این اعتبارات، معتقدیم که تأمین مالی جامعه‌ای و سایر اشکال تمرکززدایی، دستاوردهای زیادی به همراه خواهد داشت. اما به همین نحوه معتقدیم که صرفا بهبود مدیریت در بخش عمومی و بهبود کیفیت مراقبت باعث می‌شود که شهروندان تمایل بیشتری به مشارکت مالی در نظام تأمین مالی بخش سلامت بنمایند تا این نظام، حداقل روشی برای محافظت از خطر برای آنها باشد.

در نهایت ما به رشد بیمه خصوصی در کشورهای با درآمد متوسط به بالا، با اندکی تردید می‌نگریم. چنین نظام هایی، هزینه‌های تعاملات بسیار بالایی دارند، نیازمند مقررات و نظارت دقیق و جدی هستند و صرفا درجات تسهیم خطر محدودی را ارایه می‌کنند خصوصا زمانی که به افراد اجازه می‌دهند که از صندوق‌های بیمه اجتماعی خارج شوند. ما متوجه این مسأله هستیم که بسیاری از کشورها، از جانب افراد ثروتمند جمعیت خود تحت فشار قرار می‌گیرند تا اجازه تأسیس چنین برنامه‌هایی داده شود چرا که این برنامه‌هاست که امکان دسترسی ثروتمندان به مراقبتی بهتر از آنچه توسط بخش دولتی ارایه می‌شود را فراهم می‌کند. ما همچنین می‌دانیم که بسیج (و به کارگیری) تمایل به پرداخت در افراد با درآمد بالا جهت افزایش اعتبارات اضافه برای نظام مراقبت سلامت، بسیار مشکل است. برای کشورهایی که مسیر بیمه خصوصی را دنبال می‌کنند (مانند شیلی)، مجریان اصلاحات ممکن است تمایل داشته باشند که رویکرد استرالیایی را در پیش بگیرند به صورتی که بیمه خصوصی، علاوه بر بیمه عمومی حضور دارد نه به عنوان جایگزین آن.

**2-7) پرداخت**

بحث ما درباره پرداخت، بر قدرت انگیزه‌های ناشی از نظام‌های پرداخت تأكيد ورزیده است. هیچ نظام پرداختی کامل نیست و تمام آنها، به نحوی رفتار ارایه‌کنندگان را تغییر می‌دهند؛ بنابراین مجریان اصلاحات باید در نظر بگیرند که با کدام یک از این تغییرات راحت‌تر هستند. توصیه کلی ما به مجریان اصلاحات این است که سعی کنند از پرداخت کارانه به ازای خدمات ارایه شده توسط پزشکان اجتناب کنند تا تأثیر تورم زای ناشی از تقاضای القا شده از سوی عرضه‌کننده را به حداقل برسانند. به صورت مشابه، پرداخت‌های روزانه برای مراقبت بیمارستانی، اقامت طولانی‌تر در بیمارستان را تشویق می‌کند و نظام‌های بودجه سنتی نیز انگیزه‌های اندکی برای بهبود کیفیت به وجود می‌آورند. ما به مشکلات و سختی‌های سیاسی و فنی روش‌های پیچیده‌تر و جایگزین) مثل پرداخت سرانه یا به ازای بستری (که در این روش ها، پول به دنبال بیمار می‌آید) واقف هستیم؛ اما اعتقاد داریم که این روش ها در بسیاری از شرایط، از نقطه نظر انگیزه‌ای ارجح هستند.

هر چقدر ارایه کنندگان، پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر بشوند، روش‌های پرداخت نیز مهم‌تر می‌شوند چرا که این ارایه کنندگان، با شدت بیشتری به سیگنال ها و پیام‌های ناشی از قیمت ها و همچنین نوسان‌های مرز قیمت ۔ هزینه خود پاسخ می‌دهند. بنابراین، قیمت‌های نسبی برای ارایه خدمات مختلف یا درمان بیماران گوناگون، نیازمند توجه و دقت نظر جدی است. در غیر این صورت، بیمار‌ترین و مشکل دار‌ترین افراد، با موانع فزاینده‌ای در سر راه مراقبت خود مواجه می‌شوند؛ پیامدی که از نظر عدالت، مسائل جدی را به همراه دارد.

سؤال بعدی مربوط به سطح پرداخت است. تجارب بین المللی بیانگر آن است که ارایه کنندگان، هیچ وقت از سطوح پرداخت خود راضی نیستند؛ خواه هر چقدر و به هر شکل که باشد. بنابراین، مجریان اصلاحات باید انتظار و پیش بینی تعارضات بر سر سطوح پرداخت را داشته باشند و آن را در طرح ریزی سازمانی فرایند تعیین سطوح پرداخت، لحاظ نمایند.

توجه نسبتا خوبی در متون علمی اقتصاد نسبت به مسأله استفاده بیش از حد از خدمات در شرایط پایین بودن پرداخت از سوی بیماران صورت گرفته است. علی رغم اینکه این موضوع ممکن است در بعضی شرایط (مانند پرداخت برای داروها) نگران‌کننده باشد، در کشورهای کم درآمد، هزینه فرصت جستجوی مراقبت و هزینه‌های جانبی ناشی از داروها، رشوهها و غيره، به‌اندازه کافی بالاست که استفاده بیش از حد را ترویج ندهد. بنابراین ما نیز بر توجه جدی به اثرات احتمالی کاهش دهنده مصرف ناشی از پرداخت‌های بالای مستقیم از جیب (خصوصا برای فقرا) تأکید می ورزیم؛ چرا که این تأثيرات مستقیما در تضاد با اهداف حفاظت خطر وضعیت سلامت است.

**3-7) سازماندهی**

تحلیل ما از سازماندهی بخش سلامت منجر به بحث‌هایی شد که تحت عنوان شش کلید عملکرد سازمانی مطرح گردید. اصلاحات موفقیت آمیز باید هم دلایلی به مدیران ارایه کند تا کارکرد اثربخش‌تری داشته باشند و هم اختیار، قدرت و مهارت مورد نیاز برای پاسخدهی به این انگیزه‌ها را برای آنان فراهم کند. بنابراین هرگونه پیشنهادی برای ساختار بندی مجدد بخش عمومی (مثل خودگردانی، شرکتی‌سازی یا تمرکز زدایی) باید مورد تحلیل قرار گیرد تا مشخص شود چه تفاوت‌هایی برای کارکنان و مدیران ایجاد خواهد کرد. به همین دلیل است که ضرب المثل «شیطان در جزییات است خصوصا مرتبط با چنین پروپوزال‌هایی است.

زمانی که مجریان اصلاحات، در صدد تغییر کار و وظیفه‌ای هستند که هر کس در نظام ارایه خدمات انجام می‌دهند، لازم است از تأثیر تصمیمات خود بر هر دو مقوله کارایی و دسترسی آگاه باشند. مقیاس وسیع‌تر می‌تواند هم هزینه‌ها را پایین بیاورد و هم باعث بهبود کیفیت بالینی شود؛ هرچند که موجود بودن اثربخش خدمات را نیز کاهش می‌دهد. این موضوع خصوصا برای فقرا و گروههای حاشیه‌ای جامعه حائز اهمیت است چرا که برای این افراد است که هزینه رفت و آمد، هزینه مستقیم از جیب و بوروکراسی موجود بر سر راه خدمات مرکزی، یک مانع جدی برای مصرف خدمات به حساب می‌آید.

بحث ما درباره استفاده از ارایه‌کنندگان خصوصی و بازارهای خصوصی، متمرکز بر لزوم اطمینان یافتن از رقابت است؛ البته در صورتی که قرار است منافع بالقوه چنین رویکردی در نظر گرفته شود. ما اینگونه بیان کرده ایم که وقتی خریداران کاملتر و پیچیده‌تر هستند و هدف دولت، رضایت مشتریان است، بازارهای رقابتی به احتمال بیشتری مناسب‌تر خواهند بود. اما نظارت قابل توجهی نیز از سوی دولت غالبأ مورد نیاز خواهد بود تا این بازارها کارکرد مناسبی در بخش سلامت داشته باشند. بنابراین، ظرفیت انجام چنین نظارتی باید وجود داشته باشد تا مزایای بالقوه این بازارها به طور کامل

حاصل شود. به علاوه، مجریان اصلاحات باید درک کرده باشند که هرچقدر فروشندگان خصوصی، رقابتی‌تر باشند، پاسخدهی کمتری به اولویت‌های اجتماعی (مثلا مراقبت از فقرا) خواهند داشت مگر اینکه به ازای این کار، پرداخت به آنها صورت گیرد یا مجبور به انجام آن باشند.

بسیاری از پروپوزال‌های سازماندهی مجدد مانند خودگردانی، تمرکززدایی یا تفکیک خریدار - ارایه کننده، چالش‌های مجزایی برای نهادهای اجرایی مرکزی به وجود می‌آورند. کارکردهای آنها پایان نخواهد یافت بلکه تغییر شکل پیدا خواهد کرد. مهارت ها و نگرش‌های جدیدی نیز مورد نیاز است که غالبا شکل‌دهی به آنها برای وزارتخانه‌ها چندان راحت نیز نخواهد بود. مشابه همین موضوع درباره تغییرات در سطوح سازمانی صادق است که برای بهبود کارکرد نوع معمول مؤسسات بخش دولتی موردنیاز است. بدون مدیریت اثربخش‌تر در سطح سازمان‌های ارایه کننده، رویکردهایی مثل مدیریت جامع کیفیت با قراردادبندی، تأثیر زیادی نخواهند داشت. |

**4-7) وضع مقررات و نظارت**

اجرای این وظیفه از جانب دولت و حکومت غالبا مشکل است دقیقا به خاطر اینکه قرار است از قدرت اجبار استفاده شود تا افراد وادار به انجام کارهایی شوند که نمی‌توانند انجام دهند. در عوض، افراد به دنبال آن هستند که در برابر چیزهایی که نمی‌خواهند، مقاومت کنند یا این فرایند را تحت سلطه خویش درآورند یا دچار فساد و اضمحلال نمایند. بنابراین وضع مقررات و نظارت زمانی در بهترین حالت خود قرار خواهد داشت که اکثریت جامعه (هم ناظران و هم نظارت شوندگان)، هدف فرایند نظارت را در کل، منطقی و معقول بیابند. این امر قوية مشارکت داوطلبانه و اختیاری را تسهیل می‌نماید که به نوبه خود، تأثیر تلاش‌هایی تشویق‌کننده و هدایتگر را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد. به دلیل مشابه، حمایت سیاسی مداوم احتمالا مورد نیاز خواهد بود تا اثر بخشی یک نهاد مقرراتی و نظارتی حفظ شود.

ما وضع مقررات و نظارت در مراقبت سلامت را از نظر بنا نهادن بازارهای تکمیل نمودن آنها و انجام دادن آنچه بازارها نمی‌توانند انجام دهند، تحلیل کردیم. ما تا کنون اشاره کرده ایم که راهبردهای اطلاعاتی و اعطای گواهی به احتمال بیشتر برای آنهایی مفید خواهد بود که از آموزش، مهارتهای تصمیم گیری، وضعیت اجتماعی و احساس کارامدی شخصی که برای به کارگیری چنین داده‌هایی مورد نیاز است برخوردار باشند. بنابراین، احتمال مفید بودن آنها برای گروه‌های حاشیه‌ای نسبت به گروه‌های متوسط و بالای جامعه، کمتر است. البته به این تناقض نیز اشاره کرده ایم که نظارت مبتنی بر کیفیت که برای محدود کردن فعالیت ارایه‌کنندگان کمتر آموزش یافته طراحی شده است، می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر دسترسی خدمات به همین گروه‌های آسیب پذیر جامعه نیز داشته باشند.

بسیاری از اشکال وضع مقررات و نظارت نیازمند تجربه و مهارت قابل توجه علمی، قانونی و اقتصادی است. بنابراین مجریان اصلاحات در تصمیم گیری راجع به اینکه چه برنامه‌های نظارتی باید اتخاذ کنند، باید راهبردی عمل نمایند و ظرفیت‌های اجرایی، الزامات داده‌ای و اطلاع رسانی، فرایندهای تقویت‌کننده و منابع بازرسی را در نظر بگیرند. همچنین لازم است استفاده از جوامع و انجمن‌های حرفه ای، سازمان‌های غیر دولتی یا فرایندهای اعطای گواهی به عوض وضع مقررات و نظارت مدنظر قرار گیرد تا منابع مورد نیاز و مخالفت (از جانب آنهایی که مقررات برایشان وضع شده است) به حداقل برسد.

**5-7) رفتار**

مجریان اصلاحات بخش سلامت از دیدگان ما غالب نقش بالقوه‌ای را که تلاش‌های تغییر دهنده رفتار افراد می‌تواند در فرایند اصلاحات بازی کند، هم کمتر و هم بیشتر از حد تخمین می زنند. تخمین‌های بیش از حد خود را به شکل برنامه‌های غیر واقع گرایانه برای تأثیرگذاری بر ارزش ها و نگرش‌های پایه شهروندان نشان می‌دهند؛ چیزی که در حقیقت، تغییر آن بسیار مشکل است. تخمین‌های کمتر از حد از آنجا ناشی می‌شوند که توجهی به همین امکانات (یعنی ارزش ها و نگرش ها) صورت نمی‌گیرد.

ما در سراسر این بحث، نیاز به رویکرد متمرکز بر مشتری را برای تغییر رفتار ذکر کردیم. مجریان اصلاحات لازم است ایده‌های خود را به شیوه‌هایی بازاریابی نمایند که با نیازها و ارزش‌های مشتریان، تطابق داشته باشد یا آنها را تقویت نماید. این امر به معنی آن است که مجریان اصلاحات باید با پژوهش تجربی بر روی این مشتریان آغاز نمایند و یاد بگیرند که چگونه این مشتریان رفتار خود را تغییر می‌دهند تا آنوقت بخش‌های متناسب بازار مشخص شود. آنوقت برنامه‌ای می‌توان تدوین نمود که چهار عامل مکان، محصول، قیمت و ترویج را یکی نماید. تدوین چنین برنامه‌هایی نیازمند مهارت و دقت است؛ خواه با هدف تک تک افراد صورت پذیرد یا با هدف ارایه‌کنندگان درون نظام مراقبت سلامت.

**۸) ایده‌ها و تفکرات نهایی**

چنانچه اصلاحات بخش سلامت بسیار مشکل و تقاضا از مجریان اصلاحات بسیار زیاد باشد، خوانندگانی که تا اینجا در این سفر با ما همراه بوده‌اند ممکن است از خود بپرسند که پس چرا با این چالش مواجه شویم؟ ما این نکته را با شرکت‌کنندگان بسیاری در دوره‌ها و کارگاه‌های مختلف در سراسر جهان طی پنج سال گذشته مطرح کرده ایم. البته پاسخ به این سؤال، بستگی به ارزش‌های فردی دارد که در فرایند اصلاحات مشارکت کرده است.

اما قصد داریم تفکرات و ایده‌های چندی را مطرح کنیم که مکررا در مکالماتی که درباره این موضوع داشته ایم، عنوان شده‌اند نخست، سلامت واقعا جزء بسیار مهمی از هر دو عامل تندرستی و فرصت برای تمام افراد یک جامعه است. لذا آنهایی که در جهت بهبود وضعیت سلامت کار می‌کنند، واقعا از هر دیدگاه اخلاقی، وظیفه مهمی‌را انجام می‌دهند. همین امر درباره تلاش‌هایی صادق است که برای حفاظت از افراد عليه خطرات مالی ناخوشی و بیماری صورت می‌گیرد؛ خطراتی که می‌تواند اضطراب و تنگدستی قابل توجهی برای آنهایی که از این حفاظت و حمایت محروم اند به وجود آورد.

دوم، ارایه چنین مزایایی به آنهایی که آسیب پذیر‌ترین اقشار یک جامعه هستند (از منظر دیدگاه اخلاقی ما)، وظیفه‌ای فوری و اختصاص ارزشمند است. بهبود دسترسی به پیشرفت‌های خارق العاده علوم طبی مدرن امروز، می‌تواند تفاوت قابل توجهی در زندگی میلیونها (اگر نگوییم میلیاردها نفر از همنوعانمان داشته باشد، امیداوریم اینکه ما نویسندگان این مجموعه مقالات، اهل یک کشور صنعتی در دنیایی هستیم که کارکرد فوق العاده ضعیفی از دیدگاه عدالت دارد، اعتبار ما را در طرح نکات اینچنین، خدشه دار کند؛ چرا که ما نیز به سختی می‌توانیم از نظام کشور آمریکا دفاع کنیم؛ تا حدی به خاطر اینکه عملکرد آن از بابت عدالت، ضعیف بوده است.

سوم، على رغم همه سختی‌ها و کوفتگی‌هایی که در اصلاحات بخش سلامت نهفته است، معتقدیم این حوزه، حیطه‌ای است که هوش، انرژی، تفکر نقادانه و دلسوز می‌تواند تفاوت قابل توجهی ایجاد کند. در این حوزه، بسیاری از جنبه‌های یک فرد (تحلیلی، درون فردی، خلاقیت و هدفمندی) به کار گرفته می‌شود. در فرایند اصلاحات، بسیاری از جوانب انسانی باید به کار گرفته شوند؛ از سیاست و اقتصاد گرفته تا فرهنگ، فرایندهای بیولوژیک و فلسفه. فرصت‌هایی در این فرایند برای رهبری فراهم است و برای انجام کارهایی که واقعا ارزش انجام دادن دارد. امیدواریم برای آنهایی که تصمیم به مشارکت در فرایند اصلاحات می‌گیرند، این مجموعه به عنوان راهنما و ابزار مفیدی برای طراحی مورد استفاده قرار گیرد و روش ها و مشاهدات ارایه شده باعث بهبود شانس‌های موفقیت شود.

1. Control knob [↑](#footnote-ref-1)
2. metaphor [↑](#footnote-ref-2)
3. Capacity indicators [↑](#footnote-ref-3)
4. Resource flows [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeremy Hurst [↑](#footnote-ref-5)
6. National Health Accounts (NHAs) [↑](#footnote-ref-6)
7. Microeconomic theory [↑](#footnote-ref-7)
8. Singapore’s Medical Savings Account [↑](#footnote-ref-8)
9. Risk-spreading [↑](#footnote-ref-9)
10. Market divide [↑](#footnote-ref-10)
11. remuneration [↑](#footnote-ref-11)
12. reimbursement [↑](#footnote-ref-12)
13. solvency [↑](#footnote-ref-13)
14. egalitarian [↑](#footnote-ref-14)
15. reliable [↑](#footnote-ref-15)
16. professionalism [↑](#footnote-ref-16)
17. nepotism [↑](#footnote-ref-17)
18. Alternative medicine [↑](#footnote-ref-18)
19. Transitional economies [↑](#footnote-ref-19)
20. Fiscal decentralization [↑](#footnote-ref-20)
21. Organizational theory [↑](#footnote-ref-21)
22. compliance [↑](#footnote-ref-22)
23. Amartya Sen [↑](#footnote-ref-23)
24. Gross Domestic Product (GDP) [↑](#footnote-ref-24)
25. Millennium Development Goals (MDGs) [↑](#footnote-ref-25)
26. Poverty Reduction Strateg Papers (PRSPs) [↑](#footnote-ref-26)
27. Systematic political analysis [↑](#footnote-ref-27)
28. Working backwards [↑](#footnote-ref-28)
29. contextual [↑](#footnote-ref-29)
30. Well-being [↑](#footnote-ref-30)
31. Health Sector [↑](#footnote-ref-31)
32. Health Sector Reform [↑](#footnote-ref-32)
33. skepticism [↑](#footnote-ref-33)
34. Cost-performance dilemma [↑](#footnote-ref-34)
35. Pharmacological layer cake [↑](#footnote-ref-35)
36. Risk pooling [↑](#footnote-ref-36)
37. Great Depression [↑](#footnote-ref-37)
38. Commodity price [↑](#footnote-ref-38)
39. individualism [↑](#footnote-ref-39)
40. Social solidarity [↑](#footnote-ref-40)
41. Anti-government message [↑](#footnote-ref-41)
42. Pro-market approach [↑](#footnote-ref-42)
43. Reinventing goverment [↑](#footnote-ref-43)
44. corporatization [↑](#footnote-ref-44)
45. 1 control knobs [↑](#footnote-ref-45)
46. normative or prescriptive [↑](#footnote-ref-46)
47. empirical or descriptive [↑](#footnote-ref-47)
48. performance-oriented [↑](#footnote-ref-48)
49. Kuhn [↑](#footnote-ref-49)
50. paradigm shift [↑](#footnote-ref-50)
51. United Nations Development Program (UNDP) [↑](#footnote-ref-51)
52. benchmarking [↑](#footnote-ref-52)
53. diagnostic journey [↑](#footnote-ref-53)
54. گزارش جهانی سلامت سال 200 توسط مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ به فارسی ترجمه و منتشر شده است. [↑](#footnote-ref-54)
55. finance [↑](#footnote-ref-55)
56. payment [↑](#footnote-ref-56)
57. fees [↑](#footnote-ref-57)
58. capitation [↑](#footnote-ref-58)
59. organization [↑](#footnote-ref-59)
60. regulation [↑](#footnote-ref-60)
61. behaviour [↑](#footnote-ref-61)
62. Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) [↑](#footnote-ref-62)
63. Micro-finance [↑](#footnote-ref-63)
64. Quasi-markets [↑](#footnote-ref-64)
65. Purchaser-provider separation [↑](#footnote-ref-65)
66. Forward thinking [↑](#footnote-ref-66)
67. Aron Wildavsky [↑](#footnote-ref-67)
68. Before-and-after comparison [↑](#footnote-ref-68)
69. “difference in differences” approach [↑](#footnote-ref-69)
70. utilitarianism [↑](#footnote-ref-70)
71. communitarianism [↑](#footnote-ref-71)
72. Objective utilitarianism [↑](#footnote-ref-72)
73. Subjective utilitarianism [↑](#footnote-ref-73)
74. Jeremy Bentham [↑](#footnote-ref-74)
75. happy [↑](#footnote-ref-75)
76. utility [↑](#footnote-ref-76)
77. Happiness [↑](#footnote-ref-77)
78. Willingness-to-pay [↑](#footnote-ref-78)
79. Opportunity costs [↑](#footnote-ref-79)
80. Pareto Optimal [↑](#footnote-ref-80)
81. Free-for-service [↑](#footnote-ref-81)
82. Supplier-induced demand [↑](#footnote-ref-82)
83. Market failure [↑](#footnote-ref-83)
84. bias [↑](#footnote-ref-84)
85. reliability [↑](#footnote-ref-85)
86. validity [↑](#footnote-ref-86)
87. Operation resaerch [↑](#footnote-ref-87)
88. Rand corporation [↑](#footnote-ref-88)
89. Discount rate [↑](#footnote-ref-89)
90. rights [↑](#footnote-ref-90)
91. Egalitarian liberals [↑](#footnote-ref-91)
92. redistribution [↑](#footnote-ref-92)
93. Social lottery [↑](#footnote-ref-93)
94. Effort sensitive [↑](#footnote-ref-94)
95. Endowment intsensitive [↑](#footnote-ref-95)
96. Natural lottery [↑](#footnote-ref-96)
97. Frantez Boas [↑](#footnote-ref-97)
98. George Herbert Mead [↑](#footnote-ref-98)
99. justification [↑](#footnote-ref-99)
100. pragmatism [↑](#footnote-ref-100)
101. Mutually exclusive [↑](#footnote-ref-101)
102. Reflective equilibrium [↑](#footnote-ref-102)
103. Rights-constrained utilitarianism [↑](#footnote-ref-103)
104. Buffet ethics [↑](#footnote-ref-104)
105. این کتاب با همین نام و به زبان فارسی توسط مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ ترجمه و منتشر شده است. [↑](#footnote-ref-105)
106. -stewardship [↑](#footnote-ref-106)
107. Stakeholder analysis [↑](#footnote-ref-107)
108. Issue-attention cycle [↑](#footnote-ref-108)
109. Growth monitoring, oral rehydration, Breast-feeding, Immunization [↑](#footnote-ref-109)
110. conditionality [↑](#footnote-ref-110)
111. Policy enterprencurs [↑](#footnote-ref-111)
112. Window of opportunity [↑](#footnote-ref-112)
113. John Kingdon [↑](#footnote-ref-113)
114. Problem stream [↑](#footnote-ref-114)
115. Political feasibility [↑](#footnote-ref-115)
116. leadership [↑](#footnote-ref-116)
117. trait [↑](#footnote-ref-117)
118. cohesiveness [↑](#footnote-ref-118)
119. players [↑](#footnote-ref-119)
120. power [↑](#footnote-ref-120)
121. position [↑](#footnote-ref-121)
122. perception [↑](#footnote-ref-122)
123. Mancor olson [↑](#footnote-ref-123)
124. Collective action dillemma [↑](#footnote-ref-124)
125. reliable [↑](#footnote-ref-125)
126. decentralization [↑](#footnote-ref-126)
127. Anti-change bias [↑](#footnote-ref-127)
128. Expertise and visibility [↑](#footnote-ref-128)
129. legitimacy [↑](#footnote-ref-129)
130. inventory [↑](#footnote-ref-130)
131. leverage [↑](#footnote-ref-131)
132. proportional [↑](#footnote-ref-132)
133. Winner-take-all single member constituencies [↑](#footnote-ref-133)
134. Swing seats [↑](#footnote-ref-134)
135. Committed believers [↑](#footnote-ref-135)
136. swing [↑](#footnote-ref-136)
137. base [↑](#footnote-ref-137)
138. Atal Behari Vajpayee [↑](#footnote-ref-138)
139. Bharatya Janata Party [↑](#footnote-ref-139)
140. Ayodhya [↑](#footnote-ref-140)
141. bargain [↑](#footnote-ref-141)
142. compromise [↑](#footnote-ref-142)
143. mobilization [↑](#footnote-ref-143)
144. User fees [↑](#footnote-ref-144)
145. impartiality [↑](#footnote-ref-145)
146. reframing [↑](#footnote-ref-146)
147. Harry and Louise [↑](#footnote-ref-147)
148. Health insurance purchasing cooperatives [↑](#footnote-ref-148)
149. Health alliances [↑](#footnote-ref-149)
150. negotiation [↑](#footnote-ref-150)
151. Value-creating [↑](#footnote-ref-151)
152. Value-dividing [↑](#footnote-ref-152)
153. Principle-based [↑](#footnote-ref-153)
154. confrontations [↑](#footnote-ref-154)
155. Best Alternative To Negotiated Agreement [↑](#footnote-ref-155)
156. Public transparency [↑](#footnote-ref-156)
157. Applbaum [↑](#footnote-ref-157)
158. Intermediate performance characteristics [↑](#footnote-ref-158)
159. این گزارش با همین عنوان توسط مؤسسه فرهنگی ابن­سینای بزرگ ترجمه و منتشر شده است. [↑](#footnote-ref-159)
160. Diagnostic journey [↑](#footnote-ref-160)
161. problem [↑](#footnote-ref-161)
162. equity [↑](#footnote-ref-162)
163. Health status [↑](#footnote-ref-163)
164. Quality-adjusted life year [↑](#footnote-ref-164)
165. Disability-adjusted life year [↑](#footnote-ref-165)
166. Willingness to pay [↑](#footnote-ref-166)
167. Contingent valuation study [↑](#footnote-ref-167)
168. Contingent valuation study [↑](#footnote-ref-168)
169. Cost-permance dilemma [↑](#footnote-ref-169)
170. shift [↑](#footnote-ref-170)
171. Vertical equity [↑](#footnote-ref-171)
172. proportional [↑](#footnote-ref-172)
173. progressive [↑](#footnote-ref-173)
174. regressive [↑](#footnote-ref-174)
175. Horizontal equity [↑](#footnote-ref-175)
176. Objective function [↑](#footnote-ref-176)
177. Intermediary performance characteristics [↑](#footnote-ref-177)
178. Diagnostic journey [↑](#footnote-ref-178)
179. transmission [↑](#footnote-ref-179)
180. responsive [↑](#footnote-ref-180)
181. influential [↑](#footnote-ref-181)
182. efficiency [↑](#footnote-ref-182)
183. Pareto optimal [↑](#footnote-ref-183)
184. Technical efficiency [↑](#footnote-ref-184)
185. Production dfficiency [↑](#footnote-ref-185)
186. Cost-per-day [↑](#footnote-ref-186)
187. Production possibility frontier [↑](#footnote-ref-187)
188. Allocative efficiency [↑](#footnote-ref-188)
189. effectiveness [↑](#footnote-ref-189)
190. Trade-offs [↑](#footnote-ref-190)
191. Diminishing marginal returns [↑](#footnote-ref-191)
192. Disability-adjust life year [↑](#footnote-ref-192)
193. Quality-adjust life year [↑](#footnote-ref-193)
194. access [↑](#footnote-ref-194)
195. Physical availability [↑](#footnote-ref-195)
196. Effective availability [↑](#footnote-ref-196)
197. utilization [↑](#footnote-ref-197)
198. Amartya Sen [↑](#footnote-ref-198)
199. Option demand [↑](#footnote-ref-199)
200. quality [↑](#footnote-ref-200)
201. subcomponent [↑](#footnote-ref-201)
202. quantity [↑](#footnote-ref-202)
203. Clinical quality [↑](#footnote-ref-203)
204. Service quality [↑](#footnote-ref-204)
205. convenience [↑](#footnote-ref-205)
206. Quality monitoring [↑](#footnote-ref-206)
207. Total quality management (TQM) [↑](#footnote-ref-207)
208. magnitude [↑](#footnote-ref-208)
209. benchmarking [↑](#footnote-ref-209)
210. Strategic performance problem focus [↑](#footnote-ref-210)
211. screens [↑](#footnote-ref-211)
212. constraints [↑](#footnote-ref-212)
213. War on drugs [↑](#footnote-ref-213)
214. Agent relative [↑](#footnote-ref-214)
215. View from nowhere [↑](#footnote-ref-215)
216. scope [↑](#footnote-ref-216)
217. choice [↑](#footnote-ref-217)
218. Self-transparent [↑](#footnote-ref-218)
219. diagnosis [↑](#footnote-ref-219)
220. diagnostic journey [↑](#footnote-ref-220)
221. evidence-based medicine [↑](#footnote-ref-221)
222. evidence-based reform [↑](#footnote-ref-222)
223. coherence [↑](#footnote-ref-223)
224. self-employed [↑](#footnote-ref-224)
225. political feasibility [↑](#footnote-ref-225)
226. administrative implementability [↑](#footnote-ref-226)
227. decision tree [↑](#footnote-ref-227)
228. mutually exclusive [↑](#footnote-ref-228)
229. causality [↑](#footnote-ref-229)
230. total quality management (TQM) [↑](#footnote-ref-230)
231. end points [↑](#footnote-ref-231)
232. caseloads [↑](#footnote-ref-232)
233. economies of scale [↑](#footnote-ref-233)
234. incentive contracting [↑](#footnote-ref-234)
235. bias [↑](#footnote-ref-235)
236. unanimity [↑](#footnote-ref-236)
237. change team [↑](#footnote-ref-237)
238. brainstorming [↑](#footnote-ref-238)
239. implementability [↑](#footnote-ref-239)
240. political feasibility [↑](#footnote-ref-240)
241. screening test [↑](#footnote-ref-241)
242. political controllability [↑](#footnote-ref-242)
243. egalitarian liberals [↑](#footnote-ref-243)
244. International Commission on Health Research for Development [↑](#footnote-ref-244)
245. Investing in Health [↑](#footnote-ref-245)
246. این کتاب به زبان فارسی منتشر و ترجمه شده است. [↑](#footnote-ref-246)
247. Health Data [↑](#footnote-ref-247)
248. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) [↑](#footnote-ref-248)
249. European Observatory on Health Care Systems

     (مجموعه‌ای تحت عنوان «نظام‌های مراقبت سلامت در حال گذار» یا HIT منتشر میکند). [↑](#footnote-ref-249)
250. data-filling [↑](#footnote-ref-250)
251. disability adjusted life year [↑](#footnote-ref-251)
252. disability adjusted life expectancy [↑](#footnote-ref-252)
253. Demographic and Health Surveys (DHS) [↑](#footnote-ref-253)
254. Living Standards Measurement Surveys (LSMS) [↑](#footnote-ref-254)
255. national health accounts [↑](#footnote-ref-255)
256. Alliance for Health System Research [↑](#footnote-ref-256)
257. financing [↑](#footnote-ref-257)
258. general revenue [↑](#footnote-ref-258)
259. social insurance [↑](#footnote-ref-259)
260. private insurance [↑](#footnote-ref-260)
261. direct payments [↑](#footnote-ref-261)
262. community financing [↑](#footnote-ref-262)
263. gross domestic product (GDP) [↑](#footnote-ref-263)
264. mobilization [↑](#footnote-ref-264)
265. tax base [↑](#footnote-ref-265)
266. shadow economy [↑](#footnote-ref-266)
267. Schneider [↑](#footnote-ref-267)
268. fiscal capacity [↑](#footnote-ref-268)
269. sustainability [↑](#footnote-ref-269)
270. sy-10-tax [↑](#footnote-ref-270)
271. hard-to-talk [↑](#footnote-ref-271)
272. self-employed [↑](#footnote-ref-272)
273. national health accounts (NHAS) [↑](#footnote-ref-273)
274. user fees [↑](#footnote-ref-274)
275. co-payments [↑](#footnote-ref-275)
276. deductibles [↑](#footnote-ref-276)
277. limits [↑](#footnote-ref-277)
278. implementability [↑](#footnote-ref-278)
279. payroll tax [↑](#footnote-ref-279)
280. enforceability [↑](#footnote-ref-280)
281. social contract [↑](#footnote-ref-281)
282. political accountability [↑](#footnote-ref-282)
283. equity [↑](#footnote-ref-283)
284. risk pooling [↑](#footnote-ref-284)
285. economic effects [↑](#footnote-ref-285)
286. vertical equity [↑](#footnote-ref-286)
287. horizontal equity [↑](#footnote-ref-287)
288. joint-venture [↑](#footnote-ref-288)
289. financing options [↑](#footnote-ref-289)
290. mix-and-match [↑](#footnote-ref-290)
291. trade-offs [↑](#footnote-ref-291)
292. general revenue [↑](#footnote-ref-292)
293. corporate profit tax [↑](#footnote-ref-293)
294. value-added [↑](#footnote-ref-294)
295. excise taxes [↑](#footnote-ref-295)
296. import duties [↑](#footnote-ref-296)
297. severance taxes [↑](#footnote-ref-297)
298. progressive [↑](#footnote-ref-298)
299. short-run business cycles [↑](#footnote-ref-299)
300. tax concessions [↑](#footnote-ref-300)
301. Large Cities Law [↑](#footnote-ref-301)
302. benfits minus burden [↑](#footnote-ref-302)
303. fiscal decentralization [↑](#footnote-ref-303)
304. interregional equalization funds [↑](#footnote-ref-304)
305. labor supply [↑](#footnote-ref-305)
306. excess burden [↑](#footnote-ref-306)
307. wedge [↑](#footnote-ref-307)
308. willingness-to-pay [↑](#footnote-ref-308)
309. distortion [↑](#footnote-ref-309)
310. inelastic [↑](#footnote-ref-310)
311. cynical [↑](#footnote-ref-311)
312. compulsory [↑](#footnote-ref-312)
313. social compact [↑](#footnote-ref-313)
314. carmarked [↑](#footnote-ref-314)
315. sickness funds [↑](#footnote-ref-315)
316. adverse selection [↑](#footnote-ref-316)
317. inter-sickness fund transfers [↑](#footnote-ref-317)
318. self-interest [↑](#footnote-ref-318)
319. economies of scale [↑](#footnote-ref-319)
320. risk selection [↑](#footnote-ref-320)
321. underwriting death spiral [↑](#footnote-ref-321)
322. community rating [↑](#footnote-ref-322)
323. rating bands [↑](#footnote-ref-323)
324. health maintenance organizations (HMOs) [↑](#footnote-ref-324)
325. out-of-pocket payments [↑](#footnote-ref-325)
326. user fees [↑](#footnote-ref-326)
327. leakage [↑](#footnote-ref-327)
328. graft [↑](#footnote-ref-328)
329. overhead [↑](#footnote-ref-329)
330. subjective utilitarians [↑](#footnote-ref-330)
331. co-payment [↑](#footnote-ref-331)
332. pricing-for-efficiency [↑](#footnote-ref-332)
333. supplier-induced demand [↑](#footnote-ref-333)
334. allocative inefficiency [↑](#footnote-ref-334)
335. gratuities [↑](#footnote-ref-335)
336. fee-for-service [↑](#footnote-ref-336)
337. price discrimination [↑](#footnote-ref-337)
338. medical savings accounts [↑](#footnote-ref-338)
339. balance [↑](#footnote-ref-339)
340. catastrophic insurance plan [↑](#footnote-ref-340)
341. overuse [↑](#footnote-ref-341)
342. unitary [↑](#footnote-ref-342)
343. benefit package [↑](#footnote-ref-343)
344. rationing [↑](#footnote-ref-344)
345. opportunity cost [↑](#footnote-ref-345)
346. payment system [↑](#footnote-ref-346)
347. fee-for-service [↑](#footnote-ref-347)
348. capitation [↑](#footnote-ref-348)
349. moral hazard [↑](#footnote-ref-349)
350. fee-for-service [↑](#footnote-ref-350)
351. capitation [↑](#footnote-ref-351)
352. Roma: شهری در ایالت کویینزلند استراليا (م). [↑](#footnote-ref-352)
353. activity unit [↑](#footnote-ref-353)
354. charges [↑](#footnote-ref-354)
355. past practice [↑](#footnote-ref-355)
356. negotiation [↑](#footnote-ref-356)
357. bidding [↑](#footnote-ref-357)
358. process-oriented [↑](#footnote-ref-358)
359. proximity [↑](#footnote-ref-359)
360. fee-for-service [↑](#footnote-ref-360)
361. Yip [↑](#footnote-ref-361)
362. capitation [↑](#footnote-ref-362)
363. Iversen [↑](#footnote-ref-363)
364. Bitran [↑](#footnote-ref-364)
365. risk selection [↑](#footnote-ref-365)
366. New house [↑](#footnote-ref-366)
367. managed care [↑](#footnote-ref-367)
368. salary [↑](#footnote-ref-368)
369. salary plus bonus [↑](#footnote-ref-369)
370. pay-for-performance [↑](#footnote-ref-370)
371. per admission [↑](#footnote-ref-371)
372. case-mix adjusted per admission [↑](#footnote-ref-372)
373. diagnostic related grouping (DRG) [↑](#footnote-ref-373)
374. per diem [↑](#footnote-ref-374)
375. Rodlwin [↑](#footnote-ref-375)
376. Okamoto [↑](#footnote-ref-376)
377. Langenbrunner [↑](#footnote-ref-377)
378. Wiley [↑](#footnote-ref-378)
379. line-item budget [↑](#footnote-ref-379)
380. global budget [↑](#footnote-ref-380)
381. marginal costs [↑](#footnote-ref-381)
382. bribes [↑](#footnote-ref-382)
383. gratuities [↑](#footnote-ref-383)
384. cross-subsidy [↑](#footnote-ref-384)
385. out of pocket [↑](#footnote-ref-385)
386. deductible [↑](#footnote-ref-386)
387. co-payment [↑](#footnote-ref-387)
388. co-insurance [↑](#footnote-ref-388)
389. payment ceilings [↑](#footnote-ref-389)
390. equity [↑](#footnote-ref-390)
391. price-cost margins [↑](#footnote-ref-391)
392. needs-based exemptions [↑](#footnote-ref-392)
393. corporatization [↑](#footnote-ref-393)
394. total quality management [↑](#footnote-ref-394)
395. front-line workers [↑](#footnote-ref-395)
396. the devil is in the details [↑](#footnote-ref-396)
397. trade-offs [↑](#footnote-ref-397)
398. supplier-induced demand [↑](#footnote-ref-398)
399. Who-Does-What [↑](#footnote-ref-399)
400. ownership [↑](#footnote-ref-400)
401. scale [↑](#footnote-ref-401)
402. scope [↑](#footnote-ref-402)
403. privatization [↑](#footnote-ref-403)
404. patronage [↑](#footnote-ref-404)
405. profit [↑](#footnote-ref-405)
406. stock options [↑](#footnote-ref-406)
407. non-profit, non-governmental [↑](#footnote-ref-407)
408. regulatory capacity [↑](#footnote-ref-408)
409. costumer sophistication [↑](#footnote-ref-409)
410. professional self-discipline [↑](#footnote-ref-410)
411. practice effects [↑](#footnote-ref-411)
412. regionalization [↑](#footnote-ref-412)
413. diseconomies of scale [↑](#footnote-ref-413)
414. labor costs [↑](#footnote-ref-414)
415. scope [↑](#footnote-ref-415)
416. diversification [↑](#footnote-ref-416)
417. epidemiologic transition [↑](#footnote-ref-417)
418. specialization [↑](#footnote-ref-418)
419. esprit de corps [↑](#footnote-ref-419)
420. unit cost [↑](#footnote-ref-420)
421. Pap [↑](#footnote-ref-421)
422. fee-for-service [↑](#footnote-ref-422)
423. "location" or "non-practice" bonuses [↑](#footnote-ref-423)
424. physician assistants [↑](#footnote-ref-424)
425. Flying Doctor [↑](#footnote-ref-425)
426. capitated [↑](#footnote-ref-426)
427. user fees [↑](#footnote-ref-427)
428. Pareto Optimality [↑](#footnote-ref-428)
429. oligopolies [↑](#footnote-ref-429)
430. product differentiation [↑](#footnote-ref-430)
431. contracting [↑](#footnote-ref-431)
432. volume-based [↑](#footnote-ref-432)
433. diagnosis-related group (DRG) [↑](#footnote-ref-433)
434. sole score [↑](#footnote-ref-434)
435. quasi-markets [↑](#footnote-ref-435)
436. purchase-provider seperation [↑](#footnote-ref-436)
437. deliverables [↑](#footnote-ref-437)
438. decentralization [↑](#footnote-ref-438)
439. devolution [↑](#footnote-ref-439)
440. districts [↑](#footnote-ref-440)
441. deconcentration [↑](#footnote-ref-441)
442. decision space [↑](#footnote-ref-442)
443. outonomization [↑](#footnote-ref-443)
444. corporatization [↑](#footnote-ref-444)
445. Total Quality Management [↑](#footnote-ref-445)
446. Continuous Quality Improvement [↑](#footnote-ref-446)
447. contracting out [↑](#footnote-ref-447)
448. utility [↑](#footnote-ref-448)
449. merit goods [↑](#footnote-ref-449)
450. enforcement [↑](#footnote-ref-450)
451. regulatory capture [↑](#footnote-ref-451)
452. parastatal [↑](#footnote-ref-452)
453. Doniabedian [↑](#footnote-ref-453)
454. peer review [↑](#footnote-ref-454)
455. National Health Services (NHS) [↑](#footnote-ref-455)
456. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) [↑](#footnote-ref-456)
457. practice guidelines [↑](#footnote-ref-457)
458. Health Plan Employer Data and Information Set [↑](#footnote-ref-458)
459. British General Medical Council [↑](#footnote-ref-459)
460. Consumer Protection Act [↑](#footnote-ref-460)
461. need ratios [↑](#footnote-ref-461)
462. capital investment [↑](#footnote-ref-462)
463. Bennett [↑](#footnote-ref-463)
464. Ngalande-Banda [↑](#footnote-ref-464)
465. reference pricing [↑](#footnote-ref-465)
466. euthanasia [↑](#footnote-ref-466)
467. compensation [↑](#footnote-ref-467)
468. Blue Cross [↑](#footnote-ref-468)
469. risk selection [↑](#footnote-ref-469)
470. adverse selection [↑](#footnote-ref-470)
471. regressive [↑](#footnote-ref-471)
472. Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) [↑](#footnote-ref-472)
473. social marketing [↑](#footnote-ref-473)
474. information, education, and communication (IEC) [↑](#footnote-ref-474)
475. fast food [↑](#footnote-ref-475)
476. push [↑](#footnote-ref-476)
477. pull [↑](#footnote-ref-477)
478. low-coercion [↑](#footnote-ref-478)
479. bias [↑](#footnote-ref-479)
480. Promotion [↑](#footnote-ref-480)
481. Place [↑](#footnote-ref-481)
482. Price [↑](#footnote-ref-482)
483. Nirodh [↑](#footnote-ref-483)
484. demarketing [↑](#footnote-ref-484)
485. treatment-seeking behavior [↑](#footnote-ref-485)
486. gatekeeper [↑](#footnote-ref-486)
487. academic detailing [↑](#footnote-ref-487)
488. compliance [↑](#footnote-ref-488)
489. directly observed treatment, short-course [↑](#footnote-ref-489)
490. consumer orientation [↑](#footnote-ref-490)
491. formative [↑](#footnote-ref-491)
492. audience segmentation [↑](#footnote-ref-492)
493. psychographics [↑](#footnote-ref-493)
494. profiles [↑](#footnote-ref-494)
495. meet basic needs [↑](#footnote-ref-495)
496. graduated price structure [↑](#footnote-ref-496)
497. price discrimination [↑](#footnote-ref-497)
498. fee-for-service [↑](#footnote-ref-498)
499. cost recovery [↑](#footnote-ref-499)
500. demarketing [↑](#footnote-ref-500)
501. profit maximization [↑](#footnote-ref-501)
502. price discrimination [↑](#footnote-ref-502)
503. mass communication [↑](#footnote-ref-503)
504. bias [↑](#footnote-ref-504)
505. personal communication [↑](#footnote-ref-505)
506. personal selling [↑](#footnote-ref-506)
507. Alcoholics Anonymous [↑](#footnote-ref-507)
508. Delivering Improved Services for Health [↑](#footnote-ref-508)
509. one-stop [↑](#footnote-ref-509)
510. consequentialist [↑](#footnote-ref-510)
511. gender stereotypes [↑](#footnote-ref-511)
512. economies of scale [↑](#footnote-ref-512)