

۲۲

ماهنامه

توسعه سلامت و پزشکی

نشریه تخصصی ویژه مدیران بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اصلاحات صحیح در نظام سلامت

ویراست سوم

دی ۱۳۸۲

سال ۲، دوره ۴، شماره ۴

صفحه ۴۵۰


سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
معاونت امور اجتماعی


مرکز تخصصی این سینا ایچ کی
برنامه توسعه سلامت و پزشکی


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
واحد کنونی اصلاحات نظام سلامت


دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی
دانشگاه شهید بهشتی


وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان امور بهداشتی

۵	کلیاتی درباره دگمه‌های کنترل
۵	(۱) مقدمه
۵	(۲) «دگمه کنترل» نظام سلامت، چیست؟
۹	(۳) استفاده از دگمه‌های کنترل برای ارتقای عملکرد نظام سلامت
۱۱	(۴) عوامل فراتر از دگمه‌های کنترل
۱۴	(۵) نتیجه‌گیری
۱۶	(۱) فراهم‌سازی مقدمات
۱۶	(۱) مقدمه
۲۵	(۲) زمینه و بستر جهانی در حال تغییر در اصلاحات نظام سلامت
۲۸	(۳) نیروهای محرکه اصلاحات بخش سلامت
۳۰	(۳-۱) نیروی اول: هزینه‌های بالارونده
۳۴	(۳-۲) نیروی دوم: انتظارات افزایش‌یافته
۳۶	(۳-۳) نیروی سوم: ظرفیت پایین پرداخت
۴۰	(۳-۴) نیروی چهارم: شکاکیت نسبت به رویکردهای سنتی
۴۲	(۴) خلاصه
۴۴	(۲) چرخه اصلاحات سلامت
۴۴	(۱) مقدمه
۴۶	(۲) چرخه سیاستگذاری
۴۶	(۲-۱) مرحله اول: تعریف مسأله
۵۰	(۲-۲) مرحله ۲: تشخیص علل مسایل بخش سلامت
۵۷	(۲-۳) مرحله سوم: تدوین سیاست
۶۱	(۲-۴) مرحله چهارم: تصمیم‌گیری سیاسی
۶۲	(۲-۵) مرحله پنجم: اجرا
۶۴	(۲-۶) مرحله ششم: ارزشیابی
۶۷	(۳) خلاصه
۶۷	مرحله ۱: تعریف مسأله
۶۷	مرحله ۲: تشخیص
۶۸	مرحله ۳: تدوین سیاست
۶۸	مرحله ۴: تصمیم‌گیری سیاسی
۶۹	(۳) قضاوت درباره عملکرد بخش سلامت: نظریه اخلاقی
۶۹	(۱) مقدمه
۷۰	(۲) نظریه اخلاقی اول: سودگرایی
۷۱	(۲-۱) سودگرایی غیرعینی
۷۵	(۲-۲) سودگرایی عینی
۷۹	(۲-۳) برخی پیچیدگی‌های سودگرایی: عدم قطعیت و زمان
۸۱	(۲) نظریه اخلاقی دوم: لیبرالیسم
۸۴	(۳-۱) لیبرالیسم و تأمین مالی مراقبت سلامت
۸۷	(۴) نظریه اخلاقی سوم: جامعه‌گرایی
۹۱	(۵) مسأله حقانیت
۹۳	(۶) اتخاذ یک موضع اخلاقی
۹۵	(۷) خلاصه و بحث
۹۸	(۴) تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی
۹۸	(۱) مقدمه
۹۹	(۲) تنظیم برنامه برای اصلاحات سلامت
۱۰۸	(۳) سیاست اصلاحات بخش سلامت
۱۱۱	(۴) تحلیل سیاسی
۱۱۵	(۴-۱) منابع قدرت و تأثیرگذاری
۱۲۰	(۴-۲) جایگاه و جبهه‌گیری و تعهد
۱۲۳	(۵) راهبردهای سیاسی برای اصلاحات
۱۲۳	(۵-۱) راهبردهای مبتنی بر جایگاه و جبهه‌گیری: چانه‌زنی برای تغییر موضع نقش‌آفرینان
۱۲۵	(۵-۲) راهبردهای مبتنی بر قدرت: توزیع منابع قدرت به‌منظور تقویت موافقان و تضعیف مخالفان
۱۲۶	(۵-۲) راهبردهای مبتنی بر نقش‌آفرینان: تغییر تعداد نقش‌آفرینان از راه ایجاد موافقان جدید و تضعیف روحیه مخالفان
۱۲۶	(۵-۴) راهبردهای مبتنی بر درک: تغییر درک نسبت به مشکل و راه حل آن
۱۳۲	(۶) مذاکره و راهبردهای سیاسی
۱۳۵	(۷) راهبردهای سیاسی و اخلاق
۱۴۰	(۵) اهداف ارزشیابی نظام‌های سلامت
۱۴۰	(۱) مقدمه
۱۴۱	(۲) انتخاب اهداف عملکردی و استفاده از آنها

۱۴۵	اهداف عملکردی بخش سلامت
۱۴۵	۳-۱ وضعیت سلامت
۱۴۸	۳-۲ رضایتمندی شهروندان
۱۵۰	۳-۳ محافظت در برابر خطرات مالی
۱۵۳	۴ عملکرد بخش سلامت در ارتباط با کل نظام اجتماعی و اقتصادی
۱۵۳	۴-۱ نقش هزینه در تعریف مشکل
۱۵۸	۴-۲ تحلیل توزیع هزینه‌ها
۱۶۱	۴-۳ زمینه فرهنگی و فرآیند سیاسی
۱۶۵	۵ خلاصه
۱۶۷	۶ ارزیابی عملکرد نظام سلامت
۱۶۷	۱ مقدمه
۱۶۹	۲ کارایی
۱۷۴	۳ دسترسی
۱۷۷	۴ کیفیت
۱۸۵	۵ ایجاد یک کانون راهبردی از مشکل عملکرد
۱۹۱	۷ از تشخیص تا اصلاحات بخش سلامت
۱۹۱	۱ مقدمه
۱۹۴	۲ شکل‌گیری تلاش‌های عمده اصلاحات بخش سلامت
۱۹۸	۳ تهیه یک درخت تشخیصی از نظام سلامت
۲۰۷	۴ مرتبط ساختن تشخیص با دکمه‌های کنترل
۲۰۹	۶ فرآیند تدوین سیاست
۲۱۴	۷ آزمون‌های غربالگری برای مداخلات سیاستگذاری
۲۱۴	۷-۱ قابلیت پیاده‌سازی و اجرا
۲۱۵	۷-۲ امکان‌پذیری سیاسی
۲۱۶	۷-۳ قابلیت کنترل سیاسی
۲۱۸	۸ جستجو به‌دنبال شواهد و استفاده از آنها برای تشخیص و درمان
۲۲۳	۹ تشخیص و تدوین سیاست: چند مورد از مشاهدات نهایی
۲۲۶	۸ تأمین مالی
۲۲۶	۱ مقدمه
۲۲۷	۲ ملاحظات مربوط به انتخاب یک راهبرد تأمین مالی
۲۲۷	۲-۱ توسعه اجتماعی - اقتصادی
۲۲۹	۲-۲ ظرفیت مالی
۲۳۲	۲-۳ قابلیت اجرا
۲۳۴	۲-۴ پاسخگویی سیاسی
۲۳۵	۳ معیارهای قضاوت درباره روش‌های تأمین مالی
۲۳۷	۴ گزینه‌ها و انتخاب‌های تأمین مالی
۲۳۷	۴-۱ درآمد عمومی
۲۴۵	۴-۲ بیمه اجتماعی
۲۴۹	۴-۳ بیمه خصوصی
۲۵۶	۴-۴ پرداخت‌های مستقیم از جیب
۲۶۳	۴-۵ تأمین مالی جمعیتی
۲۶۸	۴-۶ کمک خارجی به‌عنوان یک منبع تأمین مالی
۲۶۹	۴-۷ نقطه‌نظر نهایی درباره روش‌های تأمین مالی
۲۶۹	۵ تخصیص منابع و جیره‌بندی
۲۷۱	۵-۱ تعاریف
۲۷۱	۵-۲ روش‌های جایگزین برای تخصیص منابع و جیره‌بندی
۲۷۳	۵-۳ اصول و سیاست در تخصیص منابع
۲۷۵	۵-۴ تخصیص منابع و برابری
۲۷۷	۶ راهنمایی‌های شریطی
۲۷۸	۶-۱ توصیه‌های خاص
۲۸۰	۶-۲ تأمین مالی و عدالت
۲۸۱	۶-۳ خلاصه
۲۸۲	۹ نظام‌های پرداخت و انگیزش‌های آنها
۲۸۲	۱ مقدمه
۲۸۴	۲ تأثیرات پرداخت روی پیامدها
۲۸۸	۳ تصمیمات طراحی
۲۸۸	۳-۱ روش‌های پرداخت
۲۸۸	۳-۲ میزان‌های پرداخت
۲۹۳	۴ روش‌های پرداخت و انگیزش‌های آرایه‌کنندگان
۲۹۴	۴-۱ روش‌های پرداخت به پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت
۲۹۹	۴-۲ روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها و مؤسسات آرایه‌کننده خدمات
۳۰۳	۴-۳ نظام‌های پرداخت و بیماران
۳۰۷	۴ راهنمای شریطی

۳۰۹	.....	(۴-۱) انتخاب روش پرداخت.
۳۱۱	.....	(۴-۲) تعیین سطوح پرداخت.
۳۱۲	.....	(۴-۳) روش‌های پرداخت و عدالت.
۳۱۴	.....	(۴-۴) خلاصه.
۳۱۵	.....	(۱۰) سازماندهی.
۳۵۶	.....	(۱۱) وضع مقررات.
۳۵۶	.....	(۱) مقدمه.
۳۵۸	.....	(۲) وضع مقررات چیست و ما چرا به وضع مقررات می‌پردازیم؟.
۳۵۸	.....	(۲-۱) منظور از مقررات چیست؟.
۳۵۸	.....	(۲-۲) چرا به وضع مقررات می‌پردازیم؟.
۳۶۱	.....	(۳) وضع مقررات و اهداف نظام سلامت.
۳۶۲	.....	(۴) عوامل تعیین‌کننده موفقیت مقررات.
۳۶۳	.....	(۴-۱) نگرش‌های فرهنگی.
۳۶۴	.....	(۴-۲) ظرفیت دولت.
۳۶۷	.....	(۴-۳) پشتیبانی سیاسی.
۳۶۸	.....	(۴-۴) طراحی نهادها و فرآیندهای واضح مقررات.
۳۷۱	.....	(۵) انواع عمده مقررات در بخش سلامت.
۳۷۳	.....	(۵-۱) تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار.
۳۷۴	.....	(۵-۲) تقویت عدالت.
۳۷۵	.....	(۵-۳) اصلاح موارد نارسایی بازار و ارائه کالاهای عمومی و ارزشمند.
۳۷۷	.....	(ب) اعطای مجوز و اعتباربخشی.
۳۷۹	.....	(۲) وضع مقررات در مورد فرآیند.
۳۷۹	.....	(الف) راهکارهای طبابت.
۳۸۰	.....	(۳) وضع مقررات در مورد پیامدها.
۳۸۱	.....	(الف) استاندارد کردن کارت‌های گزارش.
۳۸۱	.....	(ب) ممیزی بالینی و مرور هم‌تایان.
۳۸۲	.....	(ج) بوردهای انضباطی.
۳۸۲	.....	(د) تعهد در قبال سوء طبابت.
۳۸۸	.....	(۵-۴) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار.
۳۸۹	.....	(۶) وضع مقررات بیمه‌ای.
۳۹۱	.....	(۶-۱) تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار.
۳۹۲	.....	(۶-۲) تقویت عدالت.
۳۹۳	.....	(۶-۳) اصلاح موارد نارسایی بازار.
۳۹۴	.....	(۶-۴) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار.
۳۹۵	.....	(۷) راهنمای شرایطی.
۳۹۸	.....	(۷-۱) وضع مقررات و عدالت.
۴۰۱	.....	(۷-۲) خلاصه.
۴۰۳	.....	(۱۲) رفتار.
۴۰۳	.....	(۱) مقدمه.
۴۰۸	.....	(۲) دسته‌بندی رفتار فردی.
۴۰۹	.....	(۱-۲) رفتارهای جستجوکننده درمان.
۴۱۰	.....	(۲-۲) رفتارهای متخصصان سلامت.
۴۱۲	.....	(۳-۲) رفتارهای پذیرش (کمپلیانس) بیمار.
۴۱۳	.....	(۴-۲) رفتارهای سبک زندگی و پیشگیرانه.
۴۱۴	.....	(۳) اجزای اصلی بازاریابی اجتماعی.
۴۱۴	.....	(۱-۳) محصول.
۴۱۸	.....	(۲-۳) مکان.
۴۲۰	.....	(۳-۳) قیمت.
۴۲۵	.....	(۴-۳) تبلیغات و ترویج.
۴۳۰	.....	(۴) راهنمایی شرایطی.
۴۳۲	.....	(۱-۴) محدودیت‌های تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار.
۴۳۳	.....	(۲-۴) اخلاق در برنامه‌های تغییر رفتار.
۴۳۶	.....	(۳-۴) تغییر رفتار و عدالت.
۴۳۷	.....	(۴-۴) خلاصه.
۴۳۸	.....	(۱۳) نتیجه‌گیری.
۴۴۲	.....	(۱) اهداف خود را مشخص کنید.
۴۴۳	.....	(۲) به یک تشخیص صحیح برسید.
۴۴۴	.....	(۳) طرحی تدوین کنید که بتوان از آن انتظار داشت در بیش‌زمینه کشور شما کارکرد داشته باشد.
۴۴۷	.....	(۴) به سیاست توجه داشته باشید.
۴۴۸	.....	(۵) بر اجرا متمرکز باشید.
۴۴۹	.....	(۶) از اشتباهات خود درس بگیرید.

کلیاتی درباره دگمه‌های کنترل

(۱) مقدمه

در بخش اول این مجموعه، به معرفی واژه جدیدی تحت عنوان «دگمه کنترل»^(۱) نظام سلامت پرداختیم. در پنج فصل آتی، تمرکز بیشتری بر هر یک از آنها خواهیم داشت: تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار. این مقدمه با سه هدف به نگارش درآمده است. نخست، مروری سریع بر معنای واژه «دگمه کنترل» ارائه کند؛ دوم، مشخص کند که چگونه می‌توان از دگمه‌های کنترل برای پرداختن به مشکلات عملکرد نظام سلامت (که در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفته است) استفاده کرد. ما این مضمون را در فصل مربوط به هر یک از دگمه‌های 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.

(۲) «دگمه کنترل» نظام سلامت، چیست؟

همانگونه که در فصل ۲ اشاره کردیم، ما از لغت دگمه کنترل به عنوان یک استعاره^(۲) استفاده می‌کنیم. هدف از این است که بتوانیم نما و تصویری از یک نظام پیچیده به دست آوریم: نظامی که 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 ارائه کردیم که با تغییر شرایط و مختصات مجموعه‌ای از عوامل، قادرند مشخص کنند نظام تحت مدیریت آنها، چه برنده و تولیدی دارد و نحوه عملکرد آن چقدر خوب و یا نامطلوب است. برای بازگویی خلاصه آنچه در فصل دوم ارائه شد، دگمه‌های 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

طبقه‌ای که تحت عنوان دگمه‌های کنترل معرفی و مشخص کرده‌ایم، 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 دگمه‌های 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 پیش‌زمینه‌ای از رویکرد خود ارائه کرده باشیم، مختصراً به مرور چند الگوی دیگر در تحلیل نظام‌های سلامت می‌پردازیم.

یکی از رویکردهایی که اخیراً ارائه 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 سنج‌ها و شاخص‌های مختلف استفاده نمود. این رتبه‌بندی و روش‌های مورد استفاده، محور بحث‌های عمومی داغی قرار گرفت و در افزایش توجه عمومی به 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^(۱) آن مانند تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد پزشکان و پرستاران یا انواع برنامه‌های دولت تعریف کرده‌اند و در کنار آن از شاخص‌های پیامد سلامت مانند میزان مرگ‌ومیر شیرخواران و امید به زندگی نیز بهره جسته‌اند. چنین تحلیل‌هایی غالباً حجم عظیمی از جزئیات توصیفی را درباره نظام سلامت یک کشور ارائه می‌کنند اما ندرتاً راهنمای کاربردی قابل استفاده درباره نحوه تغییر نظام سلامت، نحوه درک فرآیندهای 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^(۲) متمرکز شده است. در اوایل دهه ۱۹۹۰، جرمی هرست^(۳) به بررسی نظام‌های سلامت از

دگمه‌های 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.

1- capacity indicators

2- resource flows

3- Jeremy Hurst

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 برنده‌شان برابر باشد. بسط و توسعه این رویکرد در سال‌های اخیر به شکل حساب‌های ملی سلامت^(۱)، تصویر واضح‌تر، دقیق‌تر و غالباً کمک‌کننده‌ای از جریان‌های پول از منابع درآمد 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 انگیزش‌هایی 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 زیادی 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 بازاری هم موجود است، غالباً رقابت در آنها کامل نیست (یعنی کاملاً رقابتی نیستند) (فصل ۱۰). با در نظر گرفتن این پیچیدگی‌ها و فاصله موجود با رقابت ایده‌آل، تعجب‌برانگیز نخواهد بود اگر مشاهده کنیم که نظریه اقتصاد خرد^(۲)، 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.

جامعه‌شناسان مشخصاً
نظام‌های سلامت را با
استفاده از
شاخص‌های ظرفیت
آن مانند تعداد
تخت‌های
بیمارستانی، تعداد
پزشکان و پرستاران یا
انواع برنامه‌های
دولت تعریف کرده‌اند
و در کنار آن از
شاخص‌های پیامد
سلامت مانند میزان
مرگ‌ومیر شیرخواران
و امید به زندگی نیز
بهره جسته‌اند.

وجود چنین محدودیت‌هایی در رویکردهایی فعلی تحلیل‌کننده نظام‌های سلامت، ما را به تهیه و تدوین چارچوب مفهومی مان هدایت کرد که آن را تحت عنوان استعاره دگمه‌های کنترل ارایه کرده‌ایم. برخی از مسائل خاص اقتصاد خرد، بعضاً هدایت‌گر ما بوده است. ما به دنبال درک رفتار نقش‌آفرینان کلیدی و اصلی در پاسخ به انگیزش‌هایی هستیم که با آن مواجه می‌شوند؛ رفتاری که بر پایه ترجیحات آنها شکل می‌گیرد. در بحث انگیزش‌ها، ما به توضیح این مسأله 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 آن 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 انگیزش‌های غیر وابسته به بازار که به سبب تلاش‌های متعدد در وضع مقررات بخش سلامت ایجاد می‌شوند نگریده‌ایم. زمانی که درک نحوه پاسخ دادن نقش‌آفرینان مختلف به این انگیزش‌ها مطرح می‌شود، ما بر هر دو مسأله سازماندهی درونی ارایه‌کنندگان و رفتار ارایه‌کنندگان و بیماران متمرکز می‌شویم. در هر یک از فصول آتی، بحث‌های ارائه شده را طوری ساختار بندی کرده‌ایم که هم جزئیات نظری و هم کاربرد علمی آنها منظور شود. ما «شرایط» و «مقدمات» هر یک از دگمه‌های کنترل (یعنی انتخاب‌های مختلف سیاست‌گذاری) را به گونه‌ای مطرح کرده‌ایم که با ذهنیت خوانندگان عملگرها مطابق باشد. به عنوان مثال، هرچند 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^(۱) را تحت عنوان پرداخت‌های بیماران قرار داده‌ایم به عوض آنکه (مشابه آنچه غالباً در بحث‌ها مطرح شده

حساب‌های ملی سلامت، تصویر واضح‌تر، دقیق‌تر و غالباً کم‌کم‌کننده‌ای از جریان‌های پول از منابع درآمد به سمت سازمان‌های حد واسط و در نهایت به ارایه‌کنندگان، فراهم آورده است.

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^(۱) 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 کرده‌ایم 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 پیش زمینه سازمانی منفرد صورت گرفته است یا در میان دسته‌بندی‌های بازار^(۲). به عنوان مثال، ما از تمایز بین دو واژه «اجرت»^(۳) (پرداخت‌های درونی) و «بازپرداخت»^(۴) (پرداخت‌های بیرونی) استفاده نکرده‌ایم.

هدف ما در تدوین این طبقه‌بندی‌ها (هم دگمه‌های کنترل و هم انتخاب‌های درون آنها)، تمایز میان روش‌های جایگزین است که هم عواقب متفاوت معنی‌داری 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.

۳) استفاده از دگمه‌های کنترل برای ارتقای عملکرد نظام سلامت

هر یک از فصول آتی به تشریح این مسأله می‌پردازد که چگونه دگمه کنترل بر عملکرد نظام سلامت تأثیر می‌گذارد؛ همچنین، در هر یک از فصول، راهنمایی‌های موردی درباره نحوه استفاده از دگمه کنترل برای دست یافتن به اهداف اصلاحات ارایه می‌شود. در فصل نتیجه‌گیری، ما مجدداً چارچوب مان 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 دگمه‌های کنترل، ۳ هدف تعیین‌کننده را متذکر شویم:

● هرچند هر یک از دگمه‌های کنترل را می‌توان به تنهایی تنظیم و تعدیل کرد،

1- risk-spreading

2- market divide

3- remuneration

4- reimbursement

اصلاحات بخش سلامت غالباً برای بهبود عملکرد، بیش از یک دگمه کنترل را مورد استفاده قرار می‌دهد.

● دگمه‌های کنترل، فراتر از تأثیر مستقیم‌شان، ممکن است به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه، بر دیگر دگمه‌های تأثیر متقابل بر داشته باشند و به نوبه خود، به صورت غیرمستقیم بر عملکرد نظام سلامت تأثیر بگذارند.

● دولت‌ها قادرند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، مقدمات و زمینه‌های هر یک از دگمه‌های 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 نقش آفرینان غیردولتی مشارکت داده می‌شوند، دولت‌ها می‌توانند از طریق وضع مقررات، انگیزش‌ها یا تأثیرگذاری، اختیار دگمه 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 به‌کارگیری چندین دگمه 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 توان پرداخت^(۱) 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 انگیزش‌های ناشی از نظام تأمین مالی جدید، پاسخ دهند. بنابراین به خاطر بسپارید که در حالیکه بحث ما درباره هر دگمه 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 دگمه کنترلی صورت می‌پذیرند، غالباً شرایط و مقدمات سایر دگمه‌های کنترل را نیز تغییر می‌دهند. به عنوان مثال، نظام بیمه اجتماعی جدید، ترکیب روش‌های پرداختی را که ارایه‌کنندگان با آن مواجه

اقداماتی که جهت
تغییر از طریق یک
دگمه کنترلی صورت
می‌پذیرند، غالباً
شرایط و مقدمات سایر
دگمه‌های کنترل را نیز
تغییر می‌دهند.

می‌شوند دستخوش تغییر می‌کند و بنابراین، انگیزش‌های 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 و به این ترتیب، ساختار رقابت و ترکیب ارایه‌کنندگان را عوض کند. چنین تعاملاتی بعضاً اثرات جانبی ناخودآگاه حاصل از تعدیل و تنظیم یک دگمه کنترل هستند اما مجریان اصلاحات می‌توانند به صورت آگاهانه از چنین تعاملاتی بهره‌مند شوند. به عبارت دیگر، شرایط و پیش‌زمینه هر دگمه کنترل ممکن است به صورتی تغییر داده شود که باعث تنظیم شرایط دگمه دیگر شود؛ و بنابراین تغییرات مکمل یا تقویت‌کننده‌ای ایجاد نماید.

نکته سوم این است که دولت‌ها برای تأثیر بر شرایط و مقدمات دگمه‌های کنترل، به شیوه‌های مختلفی عمل می‌کنند؛ ممکن است با استفاده از انگیزش‌ها و وضع مقررات، بر بسیاری از قواعد و سازمان‌ها در نظام سلامت تأثیر بگذارند اما خودشان هم مستقیماً نقش‌آفرین این میدان هستند. نقش‌بندی دولت‌ها، خصوصاً در موارد استفاده از دگمه‌های 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 عمومی نیز بر رقابت تأثیر بگذارد (مثلاً از طریق سیاست‌های خرید خدمت). نکات مشابهی را می‌توان درباره سایر دگمه‌های 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 ۵ فصل آتی درباره دگمه‌های کنترل می‌پردازید، این مسائل تعیین‌کننده را مدنظر قرار دهید. چالش اصلی شما به عنوان مجریان اصلاحات، استفاده اثربخش از دگمه‌های کنترل برای ارتقای عملکرد نظام سلامت است. این امر غالباً نیازمند دست‌گذاشتن بر چندین دگمه کنترل به صورت همزمان است؛ کاری که به سادگی میسر نیست.

برای درک
چالش‌هایی که
دگمه‌های کنترل با آن
مواجهند، مجریان
اصلاحات باید که
عواملی مانند فرهنگ،
تاریخ و سنت را نیز که
کمتر قابل کنترل اند در
نظر بگیرند.

مجریان اصلاحات
باید از شرایط محلی
خودشان آگاهی و
درک صحیحی داشته
باشند تا تلاش‌های
اثربخشی را صورت
دهند.

عواملی فراتر از دگمه‌های کنترل وجود دارند که آنها نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می‌گذارند. همانگونه که در فصل ۳ بیان کردیم، ما به این علت دقیقاً بر دگمه‌های کنترل متمرکز می‌شویم که به صورت بالقوه قابل کنترل‌اند. با وجود این، برای درک چالش‌هایی که دگمه‌های کنترل با آن مواجهند، مجریان اصلاحات باید که عواملی مانند 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^(۱) خدمات مراقبت سلامت در کوبا در مقایسه با سایر ملل دریای کارائیب، تاحدی به خاطر تاریخ آن پس از انقلاب کوبا قابل توجیه است. در فصل ۵، 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 فصل‌های 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^(۲) 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 (فصل ۲ را ببینید) مدنظر قرار دهد.

● نگرش نسبت به حکومت و ظرفیت دولت: مقدرات اصلاح بخش سلامت، به شدت تحت تأثیر نگرش‌ها نسبت به حکومت و ظرفیت آن قرار دارد. در برخی از جوامع، سنت حرفه‌ای‌گری^(۳) در حکومت، بسیار قوی است و

1- egalitarian

2- reliable

۳- professionalism

فعالیت‌های دولت، قابل احترام و حتی شکیل و باشکوه 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 خود 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، زیر ساختار 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 اصلاح بخش سلامت تأثیر می‌گذارد. چرا باید برنامه‌هایی را پیشنهاد کرد که نیازمند جزئیات تکنیکی و فنی 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^(۱) 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 اینکه دیدگاه و نحوه برخورد با ارایه‌کنندگان چگونه است 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 پردازند، بدون توجه به اینکه توانایی پرداخت دارند یا خیر. در سایر جوامع، استانداردهای تجاری مورد استفاده قرار می‌گیرند. در برخی از کشورها، پرداخت‌های اضافی «غیر رسمی»،

«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^(۱)، گوناگونی زیادی به چشم می‌خورد. برخی از جوامع که نظام‌های طبابت سنتی 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، نسبت به همکاری متقاعد شوند؛ اقدامی که شاید در سایر زمینه‌ها مورد نیاز واقع نمی‌شد. این مثال، نکته 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 اصلاح طلبانه قرار گیرد؛ به همین خاطر است که ما دگمه کنترل رفتار را در این مجموعه گنجانده‌ایم. اما همانطور که به تفصیل در فصل ۱۲ 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.

(۵) نتیجه‌گیری

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

ایجاد تغییر واقعی، هرگز آسان نیست. این امر ممکن است واضح به نظر

موفقیت تضمینی نیست. اما همانطور که مریان فوتبال به بازیکنان خود می‌گویند: ۱۰۰٪ از شوت‌هایی که نزنید، گل نخواهد شد.

برسد اما غالباً نسبت به آن مسامحه می‌شود. ما غالباً با وضعیت‌هایی مواجه می‌شویم که در آن، نهادهای مربوط به تندی درباره بحث سلامت شکایت می‌کنند و کماکان پیشنهادهایی را که منجر به ایجاد تغییرات واقعی می‌شوند، و تو 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 مکرر تاکید 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: ۱۰۰٪ از شوت‌هایی که نزنید، گل نخواهد شد. ■

فراهم‌سازی مقدمات

۱) مقدمه

در سرتاسر جهان، دولت‌ها در فرایند اصلاحات بخش سلامت درگیر شده‌اند. اقتصادهای در حال گذار^(۱) اروپای شرقی، پر از طرح‌های جدید بیمه اجتماعی است. ملل آمریکای جنوبی در حال آزمودن روش‌هایی برای گسترش پوشش بیمه سلامت به هر دو گروه فقرا و شهری و روستایی هستند. در قاره آفریقا، تجارب مربوط به تمرکززدایی مالی^(۲)، از یک طرف درآمدهای اضافه برای بیمارستان‌ها و از طرف دیگر، نابرابری بیشتری را بین مناطق غنی و فقیر موجب شده است. برای بهبود کارآیی، بسیاری از کشورها به تجاری در ارتباط با نظام‌های جدید پرداخت و همچنین شیوه‌های نوین سازمان‌دهی ارایه مراقبت سلامت پرداخته‌اند.

اما بسیار اتفاق می‌افتد که محاسبات سیاسی بر 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 طبی را کاهش داد و در همان حال، بیمه اجتماعی را برای پوشاندن افراد فقیر، وسعت بخشید؟ آیا ما باید نظام مراکز عمومی 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؟

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 می‌تواند تفکر نظام‌مند درباره اصلاحات بخش سلامت را تسهیل کند. 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 انگیزش‌ها واکنش نشان می‌دهند، از جامعه‌شناسی، روانشناسی و نظریه سازمانی^(۱) کمک گرفته‌ایم. برای راهنمایی درباره نحوه اتخاذ و اجرای سیاست‌ها در دنیای واقعی تصمیم‌گیری‌های دولت، بر تحلیل سیاسی تکیه کرده‌ایم. به علاوه، برای کمک به اندیشیدن درباره نحوه تعریف کردن مشکلات، به فلسفه اخلاق 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 واقعی اصلاحات بخش سلامت کمک کند؟

صرف مطالعه یک مجموعه درباره نحوه انجام اصلاحات بخش سلامت، نمی‌تواند فرد را به اندازه کافی برای کار عملی آماده سازد. برعکس، آنچه موردنیاز است، تا حدی شبیه یک مهارت یا فن است مثل پختن غذا، فوتبال بازی کردن، راندن یک قایق کوچک یا نواختن ترومپت. بهترین راه برای رشد چنین مهارت‌هایی، تمرین همراه با نظارت است. بنابراین مطالبی که در اینجا ارائه می‌شود باید با مباحثات جدی و فعال درباره مثال‌های موردی و تجارب فردی تکمیل شود. به کارگیری 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 ارائه شده،

صرف مطالعه یک
مجموعه درباره نحوه
انجام اصلاحات بخش
سلامت، نمی‌تواند
فرد را به اندازه کافی
برای کار عملی آماده
سازد. برعکس، آنچه
موردنیاز است، تا
حدی شبیه یک
مهارت یا فن است مثل
پختن غذا، فوتبال
بازی کردن، راندن
یک قایق کوچک یا
نواختن ترومپت.
بهترین راه برای رشد
چنین مهارت‌هایی،
تمرین همراه با
نظارت است.

مبتنی بر مشارکت خود ما در فرآیند اصلاحات بخش سلامت در بسیاری از مناطق دنیا، در کشورهایی با انواع مختلف مسایل 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 دوره چند ساله، ما برای شفاف‌سازی ایده‌ها و تدوین بحث‌های کلی مرتبط با عملکرد واقعی، یکدیگر را به چالش کشیده‌ایم. نتیجه آن، مجموعه‌ای است که عمدتاً به درد دست‌اندرکاران^(۱) 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.

رویکرد ما به اصلاحات سلامت، مبتنی بر این نگرش است که نظام مراقبت سلامت، روشی برای رسیدن به هدف است. برای شناخت اینکه نظام مراقبت سلامت، خوب کار می‌کند یا بد و سپس تعیین 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 نیت مجریان اصلاحات، بلکه باید بر پایه تغییراتی که واقعاً از سوی اصلاحات روی می‌دهد صورت گیرد.

مواردی که توصیه‌گران 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 بیمه خصوصی. در بسیاری از موارد، مسایل اجرایی آنچه قصد بهبود آنها 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، فرآیندی دشوار

اصلاحات بخش سلامت، فرآیندی دشوار است.
سازمان‌ها و گروه‌های ذینفع موجود، غالباً دلایل و منابع کافی برای مخالفت جدی و شدید با بروز تغییر، در اختیار ندارند. در نتیجه، شروع فرآیند اصلاحات بخش سلامت، غالباً به شکل یک شوک سیاسی یا اقتصادی جلوه می‌کند.

است. همانطور که بحث خواهیم کرد (فصل ۴)، سازمان‌ها و گروه‌های ذینفع موجود، غالباً دلایل و منابع کافی برای مخالفت جدی و شدید با بروز تغییر، در اختیار دارند. در نتیجه، شروع فرآیند اصلاحات بخش سلامت، غالباً به شکل یک شوک سیاسی یا اقتصادی جلوه می‌کند: مانند بحران بودجه، تغییری در ائتلاف^(۱) 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 کم تجربه نیستیم 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 مسؤلیت‌های سازمان، همگی تأثیر وجود 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 اجرایی شرکت‌های داروسازی موافق نباشند. به همین دلیل است که تأکید می‌کنیم شفافیت در ارتباط با ارزش‌های زمینه‌ساز و اینکه چگونه این 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^(۲) کامل 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 علی در این نظام، پیچیده است. تغییر انگیزه‌های بیمارستان‌ها برای

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 کامل باشد.

کمک به 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 خصوصیتی از نظام سلامت (پیچیدگی آن، مقاومت در برابر تغییر و تنوع و پراکندگی دیدگاه‌های موجود در آن)، ماهیت اصلاحات بخش سلامت را به فرآیندی 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 فصل ۲ 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 راهکارهایند، از خوانندگان خود می‌خواهیم به ذهن خود بسپارند، سیاست‌هایی را که عملکرد خوبی در کشورهای دیگر داشته‌اند باید همواره با توجه به شرایط و پیش‌زمینه 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 مورد احترام 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 چشم‌انداز معقولی از موفقیت را در پیش‌زمینه ملی و کشوری خود مجریان اصلاحات، به تصویر می‌کشد.

بر مبنای چنین درکی از نحوه وقوع اصلاحات، رویکرد ما به اصلاحات

**تغییر انگیزه‌های
بیمارستان‌ها برای
کمک به کارایی، بدون
تغییر اختیارات
مدیران بیمارستان،
باعث می‌شود که
برنامه جدید پیشنهاد
شده، تغییرات اندکی
را به دنبال داشته
باشد.**

بخش سلامت، ۶ جزء مهم را در کنار یکدیگر جمع می‌کند.

- توصیفی از چرخه سیاست و تعیین وظایف کلیدی که مجریان اصلاحات باید آمادگی پرداختن به آنها را در هر مرحله از فرآیند داشته باشند (فصل ۲).
 - راهنمایی درباره نظریه اخلاقی برای کمک به اندیشیدن درباره اصول وجدانی و اخلاقی که مبنای اهداف و اولویت‌های سیاستگذاران و به تعیین دستور کار اصلاحات کمک می‌کنند (فصل ۳).
 - مقدمه‌ای بر تحلیل سیاسی نظام‌مند، 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 (فصل ۴).
 - مجموعه‌ای از اهداف اصلی عملکرد نظام سلامت و خصوصیات عملکردی حدواسط که به عنوان راهنما برای ارزشیابی عملکرد به کار می‌روند. ما این هدف را به نظریه اخلاقی ارتباط داده‌ایم (فصل ۵ و ۶).
 - رویکردی نظام‌مند به تشخیص نظام سلامت که می‌توان آن را به شیوه‌ای اثربخش، آموزش داد و تمرین کرد. این رویکرد مبتنی بر تفکر واپس‌نگر^(۱) است؛ از مشکلات مشخص شده در عملکرد به سمت علل و علل آنها با به‌کارگیری روشی که آن را درخت تشخیص می‌نامیم (فصل ۷).
 - چارچوبی از پنج «دگمه کنترل» نظام سلامت که انتخاب‌های موجود برای مجریان اصلاحات را برای تأثیرگذاری بر عملکرد نظام سلامت خلاصه می‌کند (پرداخت، تأمین مالی، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار). این طبقه‌بندی، قانونی برای فرایند تشخیصی و همچنین تدوین سیاست‌های دست یافتن به عملکرد بهتر فراهم می‌آورد (فصول ۸ تا ۱۲).
- 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 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 مجموعه واحد از راه‌حل‌های ارجح ارایه نمی‌شود؛ چرا که کشورهای مختلف اینقدر متنوع‌اند که

علی‌رغم اینکه تجارب

بین‌المللی، منبع

ارزشمندی از ایده‌ها

و راهکارها یابند، از

خوانندگان خود

می‌خواهیم به ذهن

خود بسپارند،

سیاست‌هایی را که

عملکرد خوبی در

کشورهای دیگر

داشته‌اند باید همواره

با توجه به شرایط و

پیش‌زمینه خاص کشور

خودشان ارزشیابی

کنند.

رویکردی واحد نمی‌تواند کاربردی همه‌گیر برای همه آنها داشته باشد. در عوض ما برای خوانندگان 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 بسیار دارند. درآمد سرانه کشورها از چندصد دلار در سال تا ۲۰,۰۰۰ دلار و بیشتر، متغیر است. در برخی کشورها، نیمی از کودکانی که متولد می‌شوند، پیش از سن ۵ سالگی فوت می‌کنند؛ در برخی کشورهای دیگر، چنین پدیده‌ای بسیار نادر است. کشورهای زیادی هستند که تعداد پزشکان آنها بسیار اندک در حد یک پزشک برای هر ۱۰ یا ۲۰ هزار نفر جمعیت است در حالی که کم نیستند کشورهایی که این نسبت، در آنها حدود ۱ 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 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 می‌گذارد.

به‌علاوه، کشورها در نظام‌های مراقبت سلامت خود، اهداف متفاوتی را دنبال می‌کنند. تفاوت‌های جدی بین کشورها از نظر مسائل زیر وجود دارد: اینکه

این حقیقت که

مشکلات و

راه‌حل‌های

اصلاحات بخش

سلامت در بین ملل
مختلف متفاوت است،

آنقدر واضح و آشکار

هست که نیازی به

تکرار ندارد؛ اما

کماکان بسیاری از

افراد این نکته حیاتی

را به فراموشی

می‌سپارند.

آیا به دنبال رایه مراقبت یکسان به فقرا و اغنیاء، شهری‌ها و روستایی‌ها و مراقبت موکد و مفید یا غیرموکدند؛ اینکه از نظر آنها اولویت‌های سلامت کدام است: به عنوان مثال بار مرگ و میر 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 اهداف و اخلاق نیز تفاوت پیدا می‌کند. بنابراین ما معتقدیم تدوین برنامه برای اصلاحات سلامت نیازمند مشارکت دادن مستقیم فلسفه و ارزش‌های اجتماعی است.

نه تنها مشکلات از کشوری به کشور دیگر فرق می‌کند بلکه ارزش‌ها، اهداف و اخلاق نیز تفاوت پیدا می‌کند.

در نهایت، نظام‌های سیاسی نیز در بین ملل مختلف متفاوت است. برخی از آنها، نظام‌های دموکراتیک انتخاباتی‌اند، برخی دیگر نظام‌های تک قطبی‌اند و گروهی دیگر، تحت فرمانروایی سلطنت‌های موروثی قرار دارند. در بین دموکراسی‌ها، برخی از تشکیلات، قدرت را متمرکز کرده‌اند در حالیکه برخی دیگر، به دنبال تمرکززدایی آن هستند. برخی از نظام‌های انتخاباتی، قطب‌های مخالف را تشویق می‌کنند در حالی که 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. به علاوه، 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 رایه کرده‌ایم، لزوماً مبتنی بر زمینه و بستر^(۱) است؛ هم مسائل و هم راه‌حل‌های آنها وابسته به شرایط خاص آن کشور است. هدف ما این است که این وابستگی را از طریق رایه ابزارهای مفهومی برای 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.

نه حدود مرز 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 محدوده نظام مراقبت سلامت شود. ما در زیر بیان خواهیم کرد. که تحلیل عمل‌گرایانه باید بر نتایج و عواقب این نظام یعنی بهزستی^(۱) 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، دربرگیرد.

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 ارائه می‌کنند: دولتی یا خصوصی، غربی 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 بیمار.
- فعالیت‌های کسانی که ورودی‌های 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 ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها را صورت می‌دهند: از جمله وزارت بهداشت، وزارت اقتصاد و دارایی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سازمان‌های بیمه اجتماعی و خصوصی و نهادهای ناظر.
- فعالیت‌های سازمان‌هایی که خدمات پیشگیرانه ارائه می‌کنند: مانند ایمن‌سازی، تنظیم خانواده، کنترل بیماری‌های عفونی و ارائه آموزش درباره تغذیه، سیگار و سوء‌مصرف موادمخدر. این سازمان‌ها ممکن است خصوصی یا دولتی، محلی، ملی یا بین‌المللی باشند.

**نه حدود مرز 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 محدوده
نظام مراقبت سلامت
شود.**

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:

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

اصلاحات شامل تلاش‌های قابل توجه هدف‌دار برای ارتقای عملکرد نظام مراقبت سلامت است.

اما همانگونه که دائم تکرار خواهیم کرد (خصوصاً زمانی که در نیمه دوم مجموعه به بحث درباره انتخاب‌های خاص می‌پردازیم)، اصلاحات موفقیت‌آمیز غالباً آرایه 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.

۲) 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 یک نگرانی عمده در مباحثات سیاستگذاری سلامت در سطح بین‌المللی بود. ترویج چنین اصلاحاتی با هدف حل مشکلات نظام‌های سلامت در کشورهایی که شرایط و زمینه‌های بسیار 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 به عنوان یک هدف مرکزی توسعه و هم به عنوان ابزاری برای بهبود سایر پیامدهای رفاه. از دیدگاه فلسفی، آمارتیا سن^(۱) می‌گوید سلامت، جزئی ضروری از توانمندی‌های انسان است که برای توسعه به آن نیاز داریم. از دیدگاه وسیع‌تر اقتصادی، سلامت جمعیت، ارتباط علی (به‌عنوان یک ورودی) با رشد اقتصادی در سطح ملی دارد. به‌علاوه، 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 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 سالم تر همراه با آموزش، نسبت داده‌اند. در حالی که بهبودی 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 توجه از ارتقای سلامت در کشورهای فقیر و کم‌درآمد است؛ همچنین توزیع بسته صحیح و مناسبی از خدمات پایه مراقبت سلامت باعث دستیابی به کاهش قابل توجه در مرگ‌ومیر و مورییدته قابل اجتناب می‌شود. این ارتباطات علی‌نشان 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 موردانتظار نمی‌شود. به علاوه، مشکلات اجرا، به صورت کامل مدنظر قرار نمی‌گیرد.

تجربه چین در این زمینه، آموزنده است. تغییرات اقتصادی عمیق در دهه ۱۹۸۰ باعث برجیده 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 کرد. پیش از اصلاحات اقتصادی قابل توجه چین، این کشور یکی از عمده‌ترین موارد موفق جهان در زمینه وضعیت سلامت به ازای سرانه تولید ناخالص داخلی^(۱) بود. در پاسخ به مشکلات اخیر در مراقبت

از دیدگاه فلسفی، سلامت، جزئی ضروری توانمندی‌های انسان است که برای توسعه به آن نیاز داریم. از دیدگاه وسیع‌تر اقتصادی، سلامت جمعیت، ارتباط علی با رشد اقتصادی در سطح ملی دارد. به علاوه، سلامت نامطلوب و ضعیف، مرتبط با فقر خانوار است.

سلامت، چنین مجموعه‌ای از تلاش‌های پراکنده را برای اصلاحات آغاز کرده است؛ اما همانگونه که در جاهای مختلف این مجموعه بحث کرده‌ایم، این تلاش‌ها تأثیر اندکی بر مشکلات فعلی نظام مراقبت سلامت آن گذاشته است.

در سال ۲۰۰۳ یعنی زمانی که این مجموعه به زیر چاپ می‌رود، گفتگوهای سیاستگذاری توسعه بین‌المللی بر دستیابی به اهداف توسعه هزاره^(۱) 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^(۲) پرداخته‌اند که راهنماهای جامع برای سرمایه‌گذاری‌های توسعه، از جمله برای بخش سلامت محسوب می‌شود. به علاوه، 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 کم‌توجهی (و غفلت) واقع شده است؛ کاری که به اعتقاد ما نابجا و بدفراجه می‌رسد.

علی‌رغم تکامل مباحثات سیاستگذاری، مشکلات زمینه‌ای کماکان برجاست. پرداختن به مسائل فوری سلامت که در حال حاضر، کانون توجه بین‌المللی هستند، عمدتاً نیازمند نوعی از نظام‌های مراقبت سلامت اثربخش است 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 سوء تغذیه، 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 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.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که موضوع این مجموعه، هم فوری و هم به‌هنگام است. سلامت نامطلوب، به‌گونه‌ای فزاینده، به‌عنوان علت و پیامد فقر و

1- Millennium Development Goals (MDGs)

2- Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)

سلامت نامطلوب، به
گونه‌ای فزاینده،
به‌عنوان علت و پیامد
فقر و همچنین جزء
کلیدی موضوع
تلاش‌هایی که برای
کاهش فقر صورت
می‌گیرد، شناخته
می‌شود.

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 ارائه 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.

تلاش دولت‌ها برای
حل تعارض بین آنچه
آنها قصد دارند برایش
هزینه صرف کنند و
آنچه خود یا
شهروندانشان
می‌خواهند، غالباً یکی
از دوراهی‌های عمده
در اصلاحات بخش
سلامت است.

۳) نیروهای محرکه اصلاحات بخش سلامت

چهار نیروی عمده، انجام اصلاحات سلامت را در کشورهای جهان تحریک می‌کنند. مورد اول، هزینه‌های بالارونده 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 افزایش‌یابنده شهروندان، به‌عنوان عامل دوم تحریک اصلاحات سلامت در بسیاری از کشورها مطرح می‌شود؛ چرا که تقاضای آنان از دولت به‌طور اعم و از نظام مراقبت سلامت به‌طور اخص، روبه فزونی است.

هزینه‌های بالارونده و انتظارات افزایش‌یابنده 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^(۱) نسبت به رویکردهای سنتی به بخش سلامت. این شک‌گرایی، بسیاری از جنبه‌ها را شامل می‌شود: نیاز به آشکال سازمانی نوین، هراس از حاکمیت ضعیف و عملکرد غیراثربخش بوروکراتیک؛ بررسی فسادها و ناکارآمدی‌ها و زیر سؤال بردن تفکرات بسته قدیمی.

برای هر مجری اصلاحات، این‌گونه زیر سؤال بردن‌ها 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 نسبت

به تغییر و نوآوری، با دید بازتری برخورد می‌شود.

گوناگونی‌هایی که بیشتر درباره شرایط و زمینه‌های کشوری و ملی مطرح گردید، به این معنی است که شیوه‌هایی که این نیروها، 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. به علاوه، 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.

هزینه صرف شده در
امر سلامت در
کشورهای غنی، از
میانگینی برابر ۵٪
درآمد ملی در سال
۱۹۷۰ به ۸/۱٪ در سال

۱۹۹۷ افزایش پیدا
کرده است (۶۰٪
افزایش) که بسیار بیشتر
از افزایش مناسب
طول عمر است.

سایر کشورهای کم درآمد، بسیار نگران توزیع نامناسب منابع محدود خود در مواجهه با فشار افزایش‌یابنده نیازهای سلامت‌اند. در این ملل، سطح خدمات و وضعیت سلامت ممکن است بین شهروندان متوسط شهری و فقرای روستایی، تفاوت عمده داشته باشد. به علاوه، غالباً تصور بر این است که بخش دولتی، خدمات سطح پایینی ارائه 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 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 یکی از دوراهی‌های عمده در اصلاحات بخش سلامت است (ما در فصل ۵ تحلیل گسترده‌تری از نحوه اندیشیدن به این دوراهی هزینه - عملکرد^(۱) ارائه 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 ملی فراهم می‌کنند، کماکان مفید و کاربردی خواهد بود.

۳-۱) نیروی اول: هزینه‌های بالارونده

در سرتاسر جهان، هزینه‌های مراقبت سلامت به خاطر تغییرات جمعیت‌شناختی (دموگرافیک)، الگوهای در حال شکل‌گیری بیماری‌ها و فناوری جدید و همچنین به دلیل انتظارات افزایش‌یابنده (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 ۵٪ درآمد ملی در سال ۱۹۷۰ به ۸/۱٪ در سال ۱۹۹۷ افزایش پیدا کرده است (۶۰٪ افزایش) که بسیار بیشتر از افزایش مناسب طول عمر است. جمعیت ثروتمندتر، مسن‌تر، و آگاه‌تر، مراقبت‌های 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 تحت تأثیر 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 ۶۵ سال و بالاتر، بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۵۰، در قاره آسیا از ۶٪ به ۱۸٪ و در آمریکای لاتین از ۵/۵٪ به ۱۸٪ برسد. 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. به علاوه، شهری شدن رفاه اقتصادی، دیدگاه‌ها نسبت به اندازه مطلوب خانواده را تغییر داده است.

البته حتی کشورهای فقیرتر جهان 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 افزایش‌اند 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 کل افراد مسن نیز غالباً در حال افزایش است. در نتیجه، چنین کشورهایی باید با همه طیفی از بیماری‌ها، از بیماری‌های اسهالی کودکان گرفته تا افزایش میزان بیماری‌های عروق کرونر، دست و پنجه 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

سازمان جهانی
بهداشت تخمین
می‌زند که عمدتاً به
دلیل مسن شدن
جمعیت، سهم
بیماری‌های
روانپزشکی و
نورولوژیک از بار کل
بیماری‌ها، بین
سال‌های ۱۹۹۰ تا
۲۰۲۰ از ۱۰٪ به ۱۵٪
خواهد رسید.

که دچار بیماری مزمن شوند. 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، مفاصل مان سفت می‌شود، کبد و کلیه‌ها کارایی کمتری پیدا می‌کنند، قلبمان روبه خستگی می‌رود و ذهنمان کارایی‌اش را به تدریج از دست می‌دهد. چنین تغییراتی باعث افزایش تقاضا بر نظام مراقبت سلامت می‌شود. انعکاس چنین «نارسایی‌های موفقیت»^(۱) در سطوح افزایش‌یابنده ناتوانی در بسیاری از کشورهای صنعتی و ملل با درآمد متوسط دیده می‌شود. به‌عنوان مثال، سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که عمدتاً به دلیل مسن شدن جمعیت، سهم بیماری‌های روانپزشکی و نورولوژیک از بار کل بیماری‌ها، بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ از ۱۰٪ به ۱۵٪ خواهد رسید. جالب آن است که کشورهایی که از سیاست‌های موفقیت‌آمیز تثبیت جمعیت بهره‌جسته‌اند و نظام مراقبت سلامت موفق‌تری نیز دارند، در این مسیر سریع‌تر پیش می‌روند. در واقع، موفقیت نظام‌های مراقبت سلامت در کاهش مرگ‌ومیر کودکان، تقاضا برای خدمات همان‌گروه سنی را افزایش می‌دهد.

امید به زندگی در بدو تولد از ۵۰/۲ سال در سال ۱۹۶۰ به حدود ۶۶/۷ سال در دوره بین سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۰۰ 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 و کاهش استرس و فشار فیزیکی می‌شود (به‌طور هم‌زمان، رشد اقتصادی باعث ایجاد آلودگی محیطی و تغییرات رژیم غذایی نیز می‌شود که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند). اقدامات بهداشت عمومی خصوصاً آب بهداشتی و سالم، دفع بهتر مواد زائد، واکسیناسیون و کنترل بیماری‌های عفونی نیز در این امر مشارکت داشته‌اند. اما علت هرچه باشد، یکی از نتایج 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 بالایی مراقبت در مسن‌ترین گروه‌های جمعیتی، مرتبط با بیماری‌های مرحله پایانی زندگی است. بنابراین زمانی که امید

امید به زندگی در بدو تولد از ۵۰/۲ سال در سال ۱۹۶۰ به حدود ۶۶/۷ سال در دوره بین سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۰۰ افزایش پیدا کرده و کماکان در بسیاری از مناطق دنیا در حال افزایش است.

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 مالیات بردرآمد دچار مخاطرات جدی می‌سازد. درصدهای 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 جایی که هزینه‌های بالارونده 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 به وجود آورده است: در روسیه و چند جمهوری تازه استقلال یافته شوروی سابق، امید به زندگی مردان در واقع ۱۰-۵ 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.

فروشنندگان کالاها و خدمات سلامت نیز با تلاش سخت و شدیدشان برای منفعت بردن از فرصت‌های بازار، در بالارفتن هزینه‌های مراقبت سلامت نقش ایفا می‌کنند. این یک تناقض است که بسیاری از کشورهای فقیر، بخش سلامت خصوصی کارانه‌ای^(۱) بسیار گسترده‌ای دارند؛ شکلی از سازماندهی که تمایل آن به بالابردن هزینه‌های خدمات است. شرکت‌های دارویی نیز به بازار پاسخ

در روسیه و چند
جمهوری تازه
استقلال یافته شوروی
سابق، امید به زندگی
مردان در واقع ۱۰-۵
سال در دوره پس از
فروپاشی کاهش یافت.

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 می‌کند و کارکرد جنسی را بهبود می‌بخشد. در حقیقت طبقه متوسط مردم در کشورهای صنعتی، در خطر تبدیل به یک کیک با رویه دارویی^(۱) است و تلاش برای بازاریابی این ترکیبات در سراسر جهان، قویاً و روزبه روز 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.

افزایش شیوع

بیماری‌های مزمن،
کارکرد بازارهای بیمه
سلامت را نیز مخدوش
می‌کند. بیمه برای

پوشش دادن خطرات
غیر قابل پیش‌بینی
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.

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 گرانتقیمت برای مسائل حل نشده به مخاطبینی حاصل می‌شود که توان پرداخت را دارند. به‌عنوان مثال هر قرص ویاگرا (سیلدنافیل)، ۱۰ دلار در ایالات متحده به فروش می‌رسد. پرستیژ 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، ۵۰,۰۰۰ دلار به ازای هر مورد هزینه دربرداشته باشد ممکن است نامزد دریافت جایزه نوبل شوید یا حداقل به درجه دکترا یک دانشگاه مشهور نایل آید. به‌عنوان مثال، پیشرفت فناوری می‌تواند هزینه واحد یک آزمایش روتین (معمول) را پایین بیاورد یا داروی جدید ارزانی را برای بیماری که فعلاً با جراحی گرانتقیمت، درمان‌پذیر است فراهم کند. اما حتی این هم ممکن است همیشه باعث کاهش هزینه‌های کل نشود مثلاً زمانی که این محصول جدید، تقاضای عظیم برطرف نشده‌ای را برانگیزد. به‌عنوان مثال، داروهای ضد رتروویروسی که در کشورهای پردرآمد، سالانه ۱۵,۰۰۰ دلار یا بیشتر به‌ازای هر بیمار، هزینه بر می‌دارند، ممکن است درحال حاضر برای کشورهای کم‌درآمد، با رقم ۳۵۰ دلار نیز در دسترس قرار گیرند. اما کمتر کسی انتظار دارد که این کاهش قابل توجه قیمت داروها در آفریقا، باعث کاهش کل هزینه شده برای این داروها شود.

افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، کارکرد بازارهای بیمه سلامت را نیز

مخدوش می‌کند. بیمه برای پوشش دادن خطرات غیرقابل پیش‌بینی به وجود 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 ایجاد 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، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. برعکس، آنهایی که می‌دانند سالم هستند، هرگونه انگیزشی 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 «تجمیع انباشت خطر»^(۱) در سیستم کاهش یابد.

۲-۳) نیروی دوم: انتظارات افزایش یابنده

افزایش انتظارات مردم از نظام مراقبت سلامت، از ۳ 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 کم‌درآمد 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 اثربخش در آمارهای رسمی محاسبه نمی‌شده‌اند. برعکس در چند سال اخیر، داده‌های بررسی خانوار، تخمین واقع‌گرایانه‌تر (و البته بالاتری) از این هزینه‌های صرف شده، ارائه 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. به علاوه، سهم چنین هزینه‌های صرف شده که به بخش دولتی مربوط می‌شود نیز غالباً افزایش می‌یابد و بنابراین فشار بیشتری برای

فیلم‌ها، تلویزیون و اینترنت، تصویری از زندگی در ملل پر درآمد دنیا را به شهروندان بسیاری از کشورها نمایانده است. چنین مواجهه‌ای، منجر به افزایش مادی‌گرایی (ماتریالیسم) و از دست دادن ارزش‌های سنتی شده است.

تأمین مالی از سوی دولت وارد می‌کند.

شگفت اینکه، رفاه جهانی اخیر، یکی از علت‌های 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 مراقبت و درمان است. در برخی از مناطق جهان مثل آسیای شرقی که تا سال‌های اخیر، از رشد ثابتی برخوردار بوده است، افزایش انتظارات بسیار قابل توجه بوده است.

توسعه اجتماعی جهانی نیز چنین تقاضاهایی را تقویت کرده است. فیلم‌ها، تلویزیون و اینترنت، 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 ارزن‌تر شدن هزینه سفرها، افراد بیشتری از کشورهای درحال توسعه با دوستان یا خویشاوندان خود روبه‌رو شوند که از سفر تفریحی یا کاری از اروپا یا آمریکای شمالی بازگشته‌اند. پذیرش این نکته از سوی افراد سراسر جهان به صورتی فزاینده در حال شکل‌گیری است که جوان و سالم ماندن تا هرچقدر که امکان دارد، شاد بودن تا حدامکان و مصرف کردن تاحد ممکن، خوب و مطلوب است. نظام‌های سلامت در بسیاری از کشورها، تحت فشار فزاینده‌ای قرار گرفته‌اند تا این هدف‌ها را برآورند.

افزایش انتظارات، نه تنها 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 دانشگاهی خود را با فشار تقاضاهایشان پر می‌کنند. در بسیاری از ملل کم‌درآمد، طبقه متوسط شهری به شدت درحال 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 گرانبه‌تر (از سی‌تی اسکن گرفته تا پیوند اعضا) را ارابه‌کند و سهم بیشتری از بودجه ملی مراقبت سلامت را به تعداد اندکی از مؤسسات

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).

برجسته اختصاص دهد.

توسعه‌های سیاسی، چنین فشارهایی را تقویت کرده است. با افزایش دموکراسی در بین جوامع، مقاومت در برابر تقاضاهای شهروندان برای رهبران سیاسی دشوارتر شده است. زمانی که شهروندان، تحت حاکمیت بسیار سازمان‌یافته و سلسله‌مراتبی 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 سازمان‌یافته استفاده کنند و بنابراین، به اصلاحات بخش سلامت، هم به‌عنوان فرصت و هم به‌عنوان مشکل می‌نگرند.

۳-۳) نیروی سوم: ظرفیت پایین پرداخت

تغییرات اخیر در رتبه اقتصادی جهانی، هم مشکلات و هم فرصت‌هایی را برای بسیاری از ملل فراهم کرده است. 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 که بیش از ۰.۲٪-۱٪ از تولید خالص داخلی خود را برای سلامت اختصاص دهند؛ فارغ از مشارکت‌های مربوط به کمک‌های بین‌المللی. هزینه‌های پایین‌تر حمل‌ونقل و ارتباطات، برای ملل مختلف این امکان را فراهم آورده است که کالاهای تولید خود را در بازارهای دیگر با راحتی غیرقابل‌تصور 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 ثابتي را دنبال می‌کند. کشورهایی که در گذشته، رادیوهای ارزان قیمت 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 سراسر جهان می‌توان همه شب در گزارش تجاری سی‌ان‌ان مشاهده کرد.

سرعت تغییر آنقدر سریع بوده است که فقط خوانندگان مسن‌تر این مجموعه هیچ‌کس در بخش خصوصی تمایل ندارد که مالیات بر درآمد بالاتری برای مقاصد سلامت یا رفاه اجتماعی بپردازد.

سرعت تغییر آنقدر سریع بوده است که فقط خوانندگان مسن‌تر این مجموعه به خاطر خواهند آورد که در دهه ۱۹۶۰، تماس تلفنی از دوطرف اقیانوس به یکدیگر، آنقدر گرانقیمت بود که کمتر کسی به سراغ آن می‌رفت و از چندین روز قبل هم باید رزرو می‌شد. تجار مسافر 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 سخن بگویند.

در سرتاسر جهان، نیمه دوم قرن بیستم به مراتب بهتر از نیمه نخست آن سپری شده است. جنگ‌های بسیار مخرب منطقه و شکست‌های اقتصادی قابل توجه در نقاطی از جهان وجود داشته است اما هیچ‌کدام به پای دو جنگ جهانی و رکود عظیم^(۱) جهانی در ۵۰ 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 سیاست 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 پروژه‌های بخش خصوصی نخواهند بود. از ملزومات وام‌های صندوق بین‌المللی پول^(۲) و بانک جهانی نیز این است که کشور، کسری موازنه خود را کاهش دهد، صرف هزینه در بخش دولتی را کنترل کند و پرداخت‌هایش 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، رتبه اقتصادی بین‌المللی فعلی، خطرات بسیاری را خصوصاً برای اقتصادهای کمتر پیشرفته به دنبال دارد. سقوط شدید قیمت کالا^(۱) 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، مشکلات در کنیا و اتیوپی سر به فلک می‌زند. چنانچه ارزش واحد پول برزیل کاهش پیدا کند، آنوقت صادرات آرژانتین به ۳ کشور دچار مشکل می‌شود چرا که کالاهای برزیل درحال حاضر نیز ارزان‌تر است. چنانچه بازار صادرات در کوالالمپور سقوط کند، آنوقت کشور مالزی صادرات کمتری خواهد داشت و صنایع آن در تلاش برای صادرات بیشتر، قیمت‌هایشان را کاهش خواهند داد؛ اقدامی که 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 می‌یابد. ترکیبی از رقابت بین‌المللی و ناپایداری اقتصادی باعث ایجاد انواع مختلفی از بحران‌های مراقبت سلامت می‌شود. به‌عنوان شروع، رقابت بین‌المللی باعث می‌شود که همه توجه 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 بردرآمد بالاتری برای مقاصد سلامت یا رفاه اجتماعی بپردازد. در همین زمان، 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 دولت‌ها، محدود است. نخست، در بسیاری از کشورهای

در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، توانایی افزایش منابع مالی حاصل از تولید داخلی، بسیار محدود است. کشورهای کم‌درآمد تنها حدود ۲۰٪ از تولید ناخالص داخلی خود را از راه مالیات به دست می‌آورند، در حالی که این میزان در کشورهای پردرآمد، ۴۲٪ است.

کم درآمد، توانایی افزایش منابع مالی حاصل از تولید داخلی، بسیار محدود است. کشورهای کم درآمد تنها حدود ۲۰٪ از تولید ناخالص داخلی خود را از راه مالیات به دست می آورند در حالی که این میزان در کشورهای پردرآمد، ۴۲٪ است. با وجود مقاومت عمومی در برابر افزایش مالیات ها، دولت ها چگونه می توانند پول بیشتری بابت مراقبت سلامت بپردازند؟ شهروندان همچنین خواستار جاده، مسکن و آموزش بهتر نیز هستند. سرمایه گذاری در زیر ساخت ها برای پشتیبانی از توسعه اقتصادی مورد نیاز خواهد بود. در همین زمان، شرکت های چند ملیتی، امتیاز بهره برداری های مالیاتی را از دولت های ملی طلب می کنند و تهدید می کنند که اگر این امتیازها و فراهم نشود و سرمایه های خود را به جایی دیگر انتقال خواهند داد. شرکت های داخلی نیز نیاز به محافظت در برابر رقبای بین المللی را طلب می کنند.

جابجایی و مهاجرت (داخلی و بین المللی)، محدوده های اجتماعی را تضعیف می کند. ملت ها از نظر فرهنگی ناهمگن تر می شوند و ثروتمندان، تعهد کمتری نسبت به فقرا احساس می کنند.

این فرایندهای اقتصادی با فشارهای سیاسی برخورد و تقاطع پیدا می کنند. هم مالیات پایه و هم نرخ مالیات، تعیین کننده ظرفیت مالی هر کشور است و این موارد از سوی قانونگذاران و وزارتخانه های دارایی تعیین می شود. در اینجا نیز ما با نشانه های تغییر مواجه هستیم. با رشد فردگرایی^(۱) در بسیاری از کشورها، وحدت اجتماعی^(۲) به عنوان یک نیروی سیاسی کاهش می یابد. جابجایی و مهاجرت (داخلی و بین المللی)، محدوده های اجتماعی را تضعیف می کند. ملت ها از نظر فرهنگی ناهمگن تر می شوند و ثروتمندان، تعهد کمتری نسبت به فقرا احساس می کنند.

در همین حال، ارایه کنندگان در درون نظام مراقبت سلامت تلاش می کنند تا درآمدهای خود را حفظ کنند و منافع شان را نگهدارند. در اروپای شرقی، نگهداری از نظام های 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 بین المللی، بسیار مشکل بود. همانطور که دولت ها برای کنترل هزینه های صرف شده و پیشگیری از تورم تلاش می کنند، تمایل دارند که هزینه های صرف شده در مراقبت سلامت را از طریق محدود ساختن پرداخت به پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان سلامت، پایین نگهدارند. این گروه ها نیز به نوبه خود تلاش می کنند تا درآمدهای در حال کاهش خود را بالا ببرند.

در سایر کشورها، سیاستمداران وعده های انتخاباتی درباره برنامه های

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 به وسیله 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 می‌دهند. این تغییرات وسیع، نمایانگر چهارمین نیروی محرک اصلاحات سلامت‌اند.

۳-۴) نیروی چهارم: شکایت نسبت به رویکردهای سنتی

چرخش و رویکرد جهانی به بازار، گرایش به سمت کاهش وحدت 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، سیاست‌های ضعیف و فساد گسترده باعث ایجاد محدودیت شدید در منابع اندک‌شان شده است.

از دهه ۱۹۸۰ به بعد، حامیان علاقمند به ارایه پیام‌های ضد دولت^(۱)، 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^(۲)، 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

چرخش و رویکرد جهانی به بازار، گرایش به سمت کاهش وحدت اجتماعی و چرخش موازی علیه اقدامات دولت در بسیاری از کشورها را به دنبال داشته است.

همگانی در نظام‌های دولتی ارایه مراقبت سلامت تبدیل شده است. این امر به تلاش در جهت «تجدید حیات دولت»^(۱) و همچنین آشکال جدیدی از صنف‌گرایی، شرکتی کردن^(۲) و خصوصی‌سازی در سرتاسر جهان منتهی شده است.

گسترش این الگو، بسیار فراتر از بخش سلامت بوده است. بوروکراسی‌های دولتی با کارآیی ضعیف و شرکت‌های ناکارآمد 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 خدمت‌رسانی برای عزل و نصب استفاده کنند و به عوض تولید برون‌ده، بر استخدام و اشتغال تأکید کنند تا بتوانند پایه و ریشه سیاسی محکمی برای 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 به‌وجود 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 به‌صورت کلی‌تر در حال شکل‌گیری است. برای شکستن ارتباط سیاست - استخدام، تلاش‌های چندی در جهت اصلاحات سازمانی صورت گرفته است که محدوده آن از ایجاد هیأت‌های عمومی نیمه خودمختار برای نظارت بر فعالیت‌های دولت تا خصوصی‌سازی متغیر بوده است. امروزه این ایده‌ها، در مباحثات مربوط به اصلاحات سلامت در سراسر جهان نفوذ کرده است.

اما باید در ذهن داشت که ترتیبات جدید نیز لزوماً به عملکرد بهتری نسبت به حال منتهی نمی‌شود. همان‌گونه که در سرتاسر این مجموعه ذکر کرده‌ایم، شیطان در جزئیات است؛ خصوصاً زمانی که نحوه مدیریت و حاکمیت سازمان‌ها مطرح می‌شود (فصل ۱۰ را ببینید). ایجاد اصلاحات اثربخش نیازمند تحلیل دقیق است نه شعار دادن صرف.

چنین‌گرایی 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

در حقیقت،

خصوصی‌سازی به

تنهایی، برای ایجاد

چنین رقابتی نه لازم و

نه کافی است.

متعدد در اختیار مشتریان قرار دارد. در حقیقت، خصوصی‌سازی به تنهایی، برای ایجاد چنین رقابتی 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، به اندازه کافی بزرگ و وسیع هست که از تعداد معقولی از رقبای کارآمد و مستقل، پشتیبانی کند؟ آیا مشتریان به اندازه کافی آگاه هستند (یا آگاهی به اندازه کافی به آنها داده می‌شود) که خود به انتخاب پردازند؟ آیا صرفه‌جویی‌هایی که به خاطر فشارهای رقابتی به سازمان‌ها برای کارآمدتر بودن وارد می‌شود، بیشتر از منابعی خواهد بود که به خاطر هزینه‌های بالاتر تعاملات مصرف می‌شوند (یعنی هزینه‌های ترتیب دادن نظام این خریدها و فروش‌ها)؟ اینها سؤالات تجربی هستند که مجریان اصلاحات سلامت باید پیش از پذیرش مباحثات روشنفکرانه طرفدار بازار، به آنها پاسخ دهند. به علاوه، الگوی مبتنی بر بازار، ملاحظات اخلاقی مهمی را نیز دربر دارد که در جای جای این مجموعه به آن اشاره خواهیم کرد.

۴) خلاصه

- اجازه بدهید نکات اصلی این فصل مقدماتی را خلاصه کنیم:
- 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 کوتاه‌مدت و فشارهای رقابتی طولانی‌مدت با دشواری و محدودیت مواجه می‌سازد.
 - 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 شکافی در قدرت تأمین مالی خود و آنچه دوست دارند در بخش سلامت ارایه کنند، مواجهند. با رشد اقتصادها، دموکراتیک‌تر شدن کشورها و انتشار الگوهای رفاه توسط رسانه‌ها در سرتاسر جهان، انتظارات نیز دائماً فزونی می‌یابند. 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 مجموعه‌ای 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 جاافتادن است. هر چقدر هم که پیچیده باشد، معتقدیم که ایده‌های این مجموعه ممکن است به تحلیل‌گران و تصمیم‌گیران در جهت فهم و مدیریت فرایندهای پیچ در پیچ اصلاحات سلامت، کمک کند. ما تحلیل خود را از فصل بعد با موضوع چرخه اصلاحات سلامت آغاز خواهیم کرد. ■

۲ چرخه اصلاحات سلامت

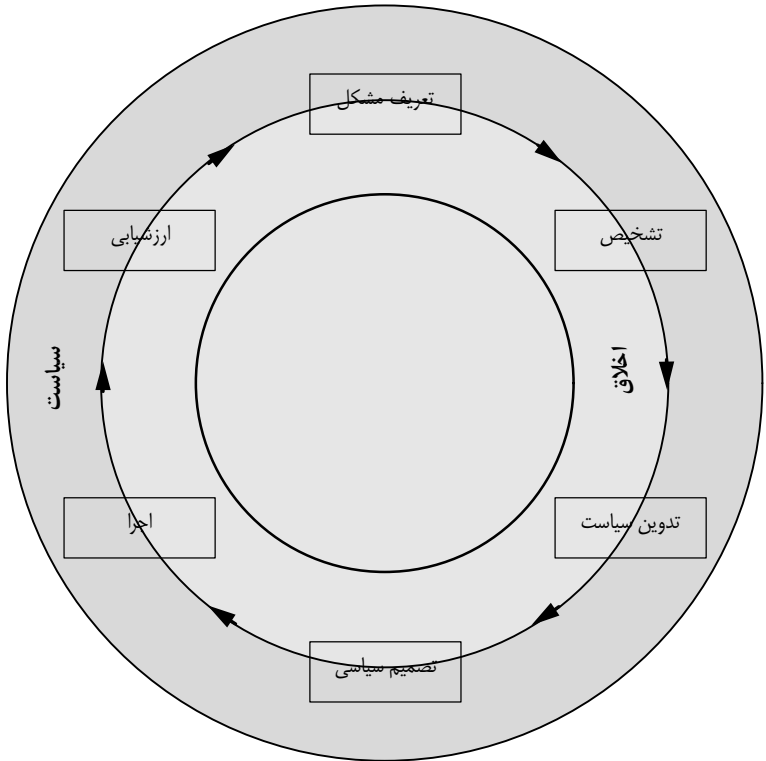
۱) مقدمه

در فصل ۱ این ایده مطرح شد که اصلاحات بخش سلامت را می توان به عنوان یک چرخه تلقی کرد. اکنون می خواهیم به صورتی جامع تر به تحلیل این چرخه پردازیم. فرآیند تغییر سیاست ها در حالت ایده آل خود، چرخه ای شامل ۶ مرحله را طی می کند: تعریف مسایل، تشخیص موجبات پدید آمدن آنها، تدوین طرح ها، گرفتن تصمیمی سیاسی در مورد برنامه های ابتکاری اصلاحات، سپس اجرای برنامه ها برای اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آنها. با شکل گیری مسائل جدید که سیاستگذاران باید به آنها پردازند، چرخه مجدداً آغاز می شود (شکل ۱-۲).

البته در دنیای واقعی، اصلاحات به ندرت به چنین سادگی اتفاق می افتد. برعکس تلاش ها در جهت اصلاحات ممکن است به جای ترتیبی که ذکر شد، از محل های متفاوتی در چرخه شروع شوند، از برخی مرحله ها نگذرند یا چند مرحله را به صورت همزمان طی کنند. به عنوان مثال ممکن است پیشگامان اصلاحات کار خود را با تشخیص مسأله شروع کنند و مثلاً اعلام دارند که «علت تمامی مسایل ما آن است که درمانگاه ها و بیمارستان های دولتی، منابع کافی برای ارائه خدمات مناسب در اختیار ندارند». یا اینکه طرفداران اصلاحات، چرخه را با راه حل مورد نظر خود شروع کنند: «چیزی که کشور ما به آن نیاز دارد، برنامه جدید بیمه اجتماعی ملی است». با این حال، فرآیند 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 فرآیند اصلاحات به آنها توجه داشته باشند.

شکل ۱-۲ به گونه ای طراحی شده که برخی از موضع های عمده مجموعه حاضر را مشخص کند. به ویژه، اجزای «اخلاق» و «سیاست» به ما یادآوری می کنند که تصمیم گیران در تمامی چرخه اصلاحات با مسائل اخلاقی و سیاسی

شکل ۱-۲ - چرخه سیاستگذاری.



سر و کار دارند. پرسش‌هایی از این دست که «اولویت‌های صحیح کدام است؟» و «چگونه می‌توان فشارهای سیاسی را اداره کرد؟» سؤال‌هایی هستند که بر تلاش‌ها در جهت اصلاحات بخش سلامت سایه می‌افکنند. رویکردهای ما بررسی صریح مبانی اخلاقی سیاست‌های سلامت را ایجاد می‌کند و با این تصور مخالف است که تمامی نظام‌های 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 در صدد آنست که ارزش‌ها و اهدافش صریح و روشن باشد. تعیین این نکته با خوانندگان خواهد بود که دیدگاه ما تا چه اندازه برای آنان مفید است. ما همچنین این دیدگاه را که می‌پندارد فرآیند اصلاحات بخش سلامت فرآیندی صرفاً فنی است، رد می‌کنیم. در عوض، ما خواستار مدنظر قرار دادن عوامل سیاسی به صورت مستقیم و جامع در تمامی مراحل فرآیند اصلاحات هستیم.

با وجود آنکه در شکل ۱-۲، شش مرحله شناسایی شده است، در این مجموعه بیشتر بر ۴ مرحله اول تمرکز می‌شود: تعریف مسأله، تشخیص، تدوین سیاست و تصمیم‌گیری سیاسی. البته در این فصل مروری اجمالی بر هر ۶ مرحله و چگونگی ارتباط آنها با رویکردها ارائه خواهد شد. سپس ۴ مرحله اول در فصل‌های بعدی به تفصیل بیشتری تشریح خواهد شد. هر یک از «دگمه‌های کنترل»^(۱) که برای تشخیص و تدوین سیاست، حیاتی‌اند در فصلی جداگانه در بخش دوم این مجموعه مورد بحث قرار می‌گیرند. علاوه بر این، با وجود آنکه در این مجموعه فصل مجزایی برای مرحله اجرا وجود ندارد، در فصل‌های مربوط به دگمه‌های کنترل، راهنمایی‌هایی عملی در هر مورد بر مبنای تجارب صورت گرفته در نقاط مختلف جهان ارائه 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.

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 نهایت ماهیت چرخه‌ای شکل ۱-۲ بر نکته‌ای که در فصل ۱ 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 فرآیند 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 بیاید با هم به هر مرحله از چرخه اصلاحات سلامت و وظایف ضروری مورد نیاز در هر مرحله، نگاهی جامع‌تر بیندازیم.

۲) چرخه سیاستگذاری

۱-۲) مرحله اول: تعریف مسأله

یکی از مهم‌ترین مراحل اصلاحات بخش سلامت که بیش از همه از آن غفلت می‌شود، تعریف 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؟ آنچه‌آنکه در فصل ۱ بیان کردیم، اغلب برخی انواع شوک یا بحران، آغازگر فرآیند اصلاحات است. اما حتی در این شرایط نیز منافع متضاد معمولاً درباره تعریف مسأله و اجزای تشکیل دهنده راه‌حل مناسب، نظرهای متفاوت دارند.

مسائل نظام مراقبت سلامت ندرتاً به صورت یکباره و برای همیشه قابل حل است.

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 آن است که بخش سلامت سهم زیادی از بودجه محدود دولت را مصرف می‌کند، در حالی که به نظر انجمن‌های پزشکان، «مسأله» 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 انجمن‌های مدیران بیمارستان‌ها هم این است که ناتوانی در تأمین سرمایه برای فناوری‌های جدید «مسأله واقعی» است. گروهی که بتواند تعریف خود از مسأله را به‌عنوان مبنای بحث اصلاحات بر کرسی بنشانند بر راه‌حل‌های متعاقب و سیاست‌های پذیرفته شده تأثیر بسیار خواهد گذاشت.

در اندیشیدن به تعریف مسأله می‌توان دو گونه پرسش مطرح کرد. نوع اول پرسش‌هایی هنجاری یا تجویزی^(۱) 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 فصل ۳ ارایه شده است.

نوع دوم، پرسش‌های تجربی یا توصیفی^(۲) است: کدام فرآیندهای اجتماعی، دریافت ما از مسائل را شکل می‌دهند؟ عوامل تعیین‌کننده تعریف مسأله که اصلاحات‌کنندگان با آنها مواجهند، کدام است؟ در فصل ۴ به چگونگی شکل‌گیری تعریف مسأله و چگونگی اداره ابعاد سیاسی اصلاحات بخش سلامت خواهیم پرداخت.

همچنان که پیش از این ذکر شد، رویکرد تجویزی به تعریف مسأله بر این دیدگاه استوار است که بخش سلامت را باید به عنوان یک وسیله دید و نه یک هدف؛ و مسایل را نیز به صورت پیامد تعریف کرد. آنچنانکه در فصل بعد توضیح داده خواهد شد نظریه های اخلاقی مختلف دیدگاه های متفاوتی در این زمینه ارائه می کنند که کدام پیامدها بیشترین اهمیت را دارند. با وجود این، در فصل ۵ در مورد مجموعه خاصی از اهداف عملکردی بحث خواهیم کرد که معتقدیم بازتاب دیدگاه های اخلاقی عمده مرتبط با اصلاحات بخش سلامت است. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت جامعه است. افراد چقدر عمر می کنند، چه ناتوانی هایی دارند و این ناتوانی ها در گروه های جمعیتی مختلف چه تفاوتی هایی دارند؟ دومین مجموعه از پیامدها میزان رضایتی است که مراقبت های سلامت در میان شهروندان جامعه به وجود می آورد. 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 بیماری ها 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 فرآیند اصلاحات را با راه حل مورد نظر خود شروع می کنند. به گفته یک ضرب المثل «برای کسی که چکشی به دست دارد، همه چیز شبیه میخ به نظر می رسد». این افراد طرفدار پذیرش اعتبارات رقابتی برای بیمه های سلامت، گسترش پزشکی خانواده، خودگردانی بیمارستان ها یا مواردی از این قبیل هستند، بدون آنکه توضیح بدهند این سیاست ها چگونه باعث ارتقای کارکرد نظام سلامت خواهد شد. علاوه بر این، بسیاری از افراد در حکومت عادت نکرده اند که عملکرد محور^(۱) باشند. در عوض تمرکز آنها بر هزینه کردن بودجه ها، دست یافتن به هدف های تولید یا تبعیت از قوانین است. برای این افراد، مسایل به صورت ناتوانی در عمل کردن به هنجارها یا قوانین خاص تعریف می شود و نه پیامدهای آنچه انجام شده یا انجام نشده است.

ما بر مبنای تجارب خود در سراسر جهان دریافته ایم که عادت های ذهنی

رویکرد تجویزی به تعریف مسأله بر این دیدگاه استوار است که بخش سلامت را باید به عنوان یک وسیله دید و نه یک هدف؛ و مسایل را نیز به صورت پیامد تعریف کرد.

قدیمی به سختی کنار گذارده می شوند. آنچنان که تی.اس.کان^(۱) متخصص تاریخ علم توضیح می دهد، عموماً این تصورات قالبی و پایه‌ای ما (که او آنها را الگو [پارادایم] می نامد) است که تفکرات ما را در مورد مسأله‌ای خاص شکل می دهد. تأکید ما بر تحلیل شفاف وسیله - هدف و تفکر نقادانه راهبردی، نشان‌دهنده یک «تغییر الگو»^(۲) 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 می کند که هدف‌های نهایی را مشخص کنند و اصلاحات پیشنهادی را با آن هدف‌ها پیوند دهند. در نتیجه احتمال بیشتر 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.

افرادى که تعهد قوی نسبت به سیاستى خاص دارند و طرفداران آن هستند، اغلب فرآیند اصلاحات را با راه حل مورد نظر خود شروع می کنند. به گفته یک ضرب‌المثل «برای کسی که چکشی به دست دارد، همه چیز شبیه میخ به نظر می رسد».

این دیدگاه به مشخص شدن نقش داده‌ها در تعریف مسایل و تعیین اولویت‌ها کمک می کند. برخی برنامه‌ریزان بخش سلامت چنین استدلال می کنند 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 دنیا چنین نیست بسیاری از اصلاحات دنیا، بدون داده‌های خوب و مناسب به پیش می رود. از بسیاری مسایل کاملاً مستند در برنامه‌های اصلاحات غفلت می شود. به عنوان مثال، تنگدستی مالی شدید کشاورزان خرده پای چینی که دچار بیماری‌های جدی می شوند امری کاملاً مشخص است، اما از سوی سیاست‌گذاران این کشور مورد توجه قرار نمی گیرد.

علاوه بر این بر مبنای یک دیدگاه تجویزی، داده‌ها به تنهایی نمی توانند مسایل و اولویت‌های اصلاحات سلامت را به طور کامل مشخص و نمی کند. 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 ملل متحد^(۳)، سال ۲۰۰۰). این داده به تنهایی معرف بی‌عدالتی‌هایی که سیاست‌های عمومی باید در پی اصلاح آنها باشد نیست.

با این حال داده‌ها نقشی بسیار حیاتی ایفا می کنند. 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 اختلاف نظرها به درکی مشترک و قابل اعتمادتر از گزینه‌های موجود کمک نمایند. به همین دلیل ما معتقدیم که متخصصان، مسئولیت ویژه‌ای در کمک به درک فرآیند 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 فرآیند تعریف مسأله از طریق فرآیندی به نام «الگوبرداری مبنا یا مقایسه با ملاک‌ها»^(۱) 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 کشورهای است که درآمد و سطوح هزینه‌های مشابهی با کشور ما دارند، اما عملکرد نظام سلامت آنها اثربخش‌تر است. بر این مبنا، مجریان اصلاحات در تایلدن 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 مسایل خود استفاده کنند. کشورهای آمریکای لاتین نیز می‌توانند برای تعیین اهداف خود به آمارهای سلامت کوبا و کاستاریکا نظری بیفکنند^(۲). علی‌رغم وجود تفاوت میان کشورها، مبناها یا ملاک‌های بین‌المللی نقطه شروع مفید برای بحث در مورد مسایل عملکردی است (انواع دیگری از الگوبرداری مبنا هم وجود دارد؛ این مطلب به‌صورتی گسترده‌تر در پایان فصل ۶ مورد بحث قرار خواهد گرفت).

بسیاری از افراد در حکومت عادت نکرده‌اند که عملکرد محور باشند. در عوض تمرکز آنها بر هزینه کردن بودجه‌ها، دست یافتن به هدف‌های تولید یا تبعیت از قوانین است. برای این افراد، مسایل به‌صورت ناتوانی در عمل کردن به هنجارها یا قوانین خاص تعریف می‌شود و نه پیامدهای آنچه انجام شده یا انجام نشده است.

۲-۲) مرحله ۲: 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^(۳) انجام داد (به فصل ۷ مراجعه کنید). پس از تعریف مسایل بر مبنای پیامدهای نظام سلامت اقدام بعدی

1- benchmarking

2- PAHO

3- diagnostic journey

عبارت است از تلاشی واپس‌نگر برای شناسایی عوامل ایجادکننده 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 دگمه کنترل بخش سلامت می‌نامیم، به بررسی علل مسایل بپردازند.

این کار ساده نیست. یک متخصص 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 ۵ بار از خود بپرسد: «چرا؟». چالش پیش رو، جستجوی عمقی و عمقی‌تر برای فهم این مسأله است که چرا نظام این‌گونه رفتار می‌کند.

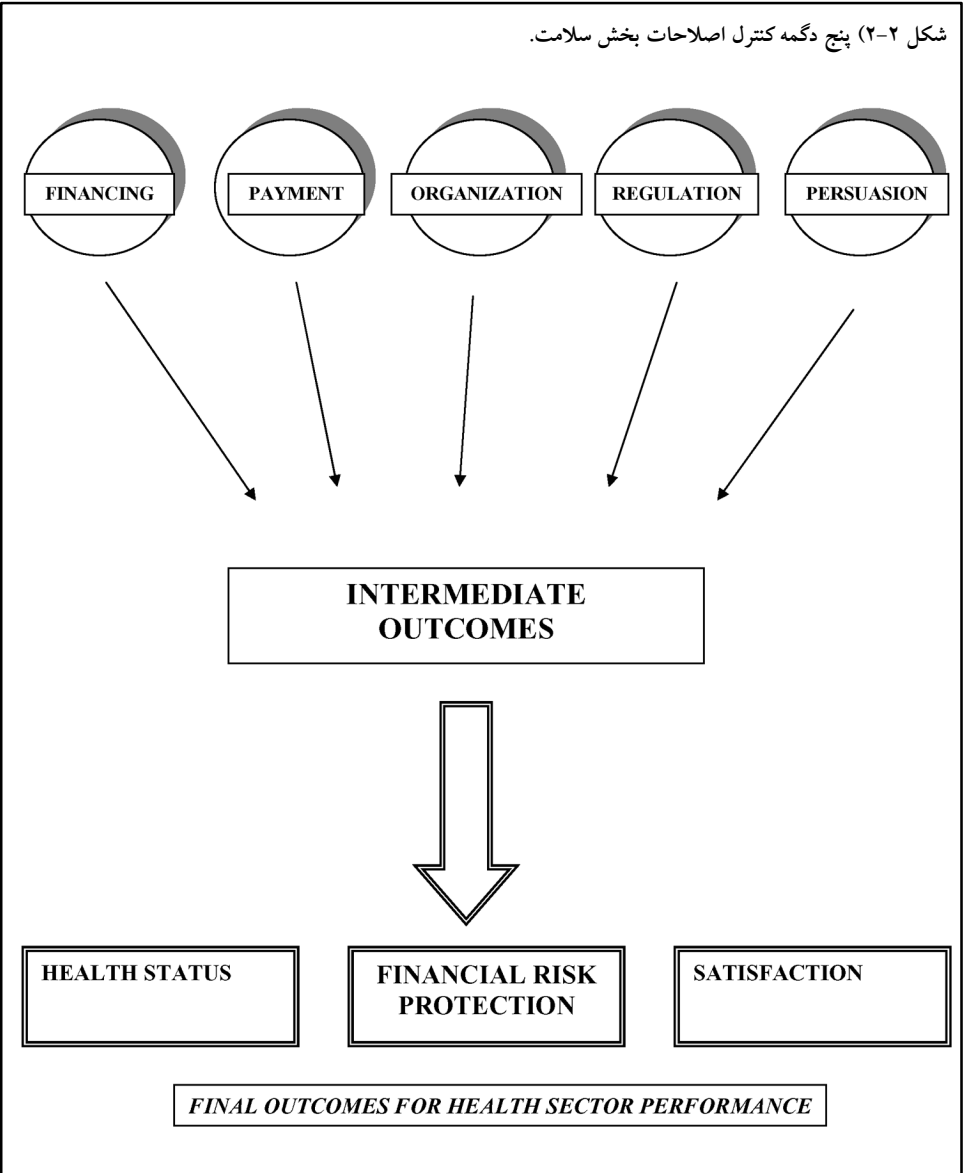
به‌عنوان مثال پژوهشگران علاقمند به توضیح مسأله هزینه‌های بیش از حد انتظار مراقبت سلامت در مناطق شهری چین، دریافتند که مصرف برخی داروهای خاص در این مناطق به‌صورتی غیرعادی بالاست. انجام «سفر تشخیصی» در این زمینه، موارد زیر را آشکار ساخت:

- دولت چین در پاسخ به فشارهای بودجه‌ای، پرداخت به بیمارستان‌ها را به‌صورتی قابل ملاحظه کاهش داده بود.
 - در نتیجه بیمارستان‌ها ناگزیر به پرداخت‌های بیماراران 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 اقدامی بسیار سودآور ساخته بود.
 - بر اساس روش طب سنتی چین، بیمارستان‌ها داروهای تجویز شده از سوی پزشکان را مستقیماً خود به بیماراران می‌فروختند. بیمارستان‌ها بیشترین حجم مراقبت‌های سرپایی را نیز بر عهده داشتند.
 - برای تأثیر گذاشتن بر پزشکان، بیمارستان‌ها بر مبنای میزان سودی که از نسخه‌نویسی پزشکان عایدشان می‌شد، شروع به دادن پاداش به پزشکان کردند.
- در نتیجه میزان تجویز پرسودترین داروها به‌صورتی قابل ملاحظه افزایش یافت. درک این فرآیند به خودی خود نمی‌تواند «درمانی» برای برطرف ساختن این «بیماری» تجویز کند و هرکس ممکن است تغییر در یکی از این موارد را پیشنهاد کند: اعتبارات بیمارستان‌ها، نظام بیمه، فهرست قیمت‌ها، برنامه‌های

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.

در اصلاحات بخش سلامت با الگوبرداری مینا به معنای نگاه کردن به کشورهای است که درآمد و سطوح هزینه‌های مشابهی با کشور ما دارند، اما عملکرد نظام سلامت آنها اثربخش‌تر است.

شکل ۲-۲) پنج دگمه کنترل اصلاحات بخش سلامت.



پاداشی به پزشکان یا مقررات دارویی. اما به هر حال تشخیص علل مسأله گامی ضروری برای ابداع پاسخی مؤثر است.

۱-۲-۲) پنج دگمه کنترل

برای تسهیل فرآیندهای تشخیص و تدوین سیاست در اصلاحات بخش سلامت، ما در سراسر این مجموعه به پنج دگمه کنترل اشاره کرده‌ایم. این ۵ مورد دربرگیرنده‌های سازوکارها و فرآیندهایی است که مجریان اصلاحات می‌توانند برای ارتقای عملکرد نظام به انطباق آنها با شرایط خود بپردازند. همه علت‌های مهم، جزئی از دگمه‌های کنترل نیستند، زیرا ممکن است با اصلاحات بخش سلامت قابل تغییر نباشند (شکل ۲-۲). ما در اینجا به صورتی مختصر این پنج دگمه کنترل را معرفی می‌کنیم؛ این عوامل در بخش دوم مجموعه به صورت تفصیلی بررسی خواهند شد.

«دگمه 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 مورد نظر 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 فرآیند تولید را کنترل می‌کنند: دمای کوره و هوایی که به آن وارد می‌شود و ترکیب مواد خامی که 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 دگمه کنترلی نظام سلامت چیزی است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در دگمه کنترل باید عامل تعیین‌کننده علی و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشند. به بیان دیگر دگمه‌های 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 دگمه کنترل نیست؛ چیزی که به عنوان جزئی از اصلاحات بخش سلامت نمی‌توان در آن تغییری ایجاد کرد، دگمه کنترلی نیست. از طرف دیگر هر چیزی هم که اصلاحات سلامت بتواند آن را تغییر دهد دگمه کنترل نیست؛ تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین‌کننده قابل ملاحظه‌ای داشته باشند، دگمه کنترل محسوب می‌شوند.

ایده دگمه‌های 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 مجزای می‌کند. به‌عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰^(۱) 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 دگمه کنترل) نشانگر قضاوت ما در مورد مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده پیامدهای نظام سلامت و عواملی است که می‌توان از آنها برای تغییر دلخواه پیامدها استفاده کرد.

این دگمه‌های کنترل به ناچار تا حدودی بر پایه قضاوت و ترجیح خود ما استوارند. راه‌های دیگری نیز برای صحبت 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 دگمه‌های کنترل مورد نظر ما همراه با توصیفی خلاصه برای هر کدام ذکر می‌شود:

تأمین مالی: 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 جمع‌آوری‌کننده پول (به‌عنوان مثال شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت‌های مختلف (فصل ۸) نیز بخشی از این دگمه کنترل است.

پرداخت: یعنی به روش‌های مربوط به انتقال پول به ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان‌ها و کارکنان بهداشت عمومی) از قبیل دستمزد ثابت^(۲)، کارانه، پرداخت سرانه^(۳) و بودجه. این روش‌ها به نوبه خود ایجاد انگیزه‌هایی می‌کنند که بر چگونگی رفتار ارایه‌کنندگان تأثیر می‌گذارد. پول پرداخت شده به‌صورت مستقیم توسط بیماران نیز در این دگمه کنترل می‌گنجد

دگمه کنترلی نظام سلامت چیزی است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در دگمه کنترل باید عامل تعیین‌کننده علی و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشند. به بیان دیگر دگمه‌های کنترل نشان‌دهنده جنبه‌های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به‌عنوان بخشی از اصلاحات سلامت در آنها تغییراتی ایجاد می‌شود.

۱- این مجموعه به همین عنوان به فارسی ترجمه و منتشر شده است.

(فصل ۹).

سازماندهی: سازوکارهایی که مجریان اصلاحات برای تأثیر گذاردن بر مجموعه‌ای مختلط از ارایه‌کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارایه‌کنندگان، از آنها استفاده می‌کنند. این سازوکارها عبارتند از اقدام‌هایی 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 (فصل ۱۰).

مقررات: یعنی استفاده از اقدامات و ادارکننده و الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارایه‌کنندگان مراقبت، 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 (فصل ۱۱).

رفتار: 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 دگمه کنترل موارد مختلفی را از برنامه‌های رسانه‌های گروهی در مورد سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از عفونت و 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 (فصل ۱۲).

«شرایط»^(۱) در این دگمه‌های 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. سازمان‌های 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 سازماندهی

تأمین مالی مشخص می‌کند که چه منابعی در دسترس است.
پرداخت مشخص می‌کند که این منابع به چه صورتی در اختیار ارایه‌کنندگان قرار می‌گیرد.
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 سازمانهای بخش سلامت تأثیر می‌گذارد که آن هم به نوبه خود فرصت‌هایی را که سازمان‌ها با آنها مواجه هستند شکل می‌دهد.

بخش سلامت تأثیر می‌گذارد که آن هم به نوبه خود فرصت‌هایی را که سازمان‌ها با آنها مواجه هستند شکل می‌دهد.

با این حال دگمه‌های کنترل همه چیزها را توضیح نمی‌دهند. سایر عوامل فرهنگی و ساختاری نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال درک علت عدم کارکرد مؤثر نهادهای واضع مقررات 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. به‌عنوان 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 طریق تغییرات محیطی که بر زیستگاه ناقلین بیماری‌های گرمسیری تأثیر می‌گذارند، در سلامت جمعیت مؤثر است. به‌عنوان مثال تأثیر احداث سد‌های جدید بر گسترش شیستوزومیاز امری است که بر اثر تجارب بین‌المللی در مصر، سودان، تانزانیا، زیمبابوه 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 ۱۹۸۰ 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 ما 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 می‌تواند به مجریان اصلاحات سلامت در زمینه فهم مسایلی که با آنها مواجهند کمک کند. مهندسانی که به طراحی اتومبیل می‌پردازند نمی‌توانند نیروی گرانش را تغییر دهند، اما مجبورند اثرات آن را در نظر داشته باشند. ما در

درک علت عدم کارکرد مؤثر نهادهای واضع مقررات 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.

آغاز بخش دوم مجموعه بار دیگر به این مبحث خواهیم پرداخت؛ جایی که به معرفی دگمه‌های کنترل می‌پردازیم و ذکر می‌کنیم که چه قسمت‌هایی را در برمی‌گیرند و از چه قسمت‌هایی غفلت می‌کنند.

۳-۲) مرحله سوم: تدوین سیاست

هنگامی که 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؟ فرآیند تدوین سیاست مسأله‌تر 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 مدنظر قرار می‌دهیم که چگونه فرآیند انتخاب هر سیاست بر آنچه در مراحل بعدی چرخه سیاست‌گذاری رخ می‌دهد، تأثیر می‌گذارد.

۱-۳-۲) ایده‌های جدید

تفکر انسانی قویاً تحت الشعاع 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 عمومی تا حد زیادی بر همه‌گیرشناسی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی که سازمان‌های قدرتمند الگویی خاص را در حیطه‌ای مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مسأله‌تر می‌شود. به‌عنوان مثال سازمان جهانی بهداشت ایده مراقبت‌های اولیه سلامت را برای چندین دهه ترویج کرده است و این کار به‌صورتی 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

ابتکارات و نوآوری

سیاست‌ها در خارج از

بخش سلامت منبعی

دیگر برای ایده‌های

جدید به شمار

می‌روند.

بخواید در مانگاه‌های بهداشتی شهری را توسعه دهد، منطقی خواهد بود اگر تجربه سایر کشورها در مورد این‌گونه درمانگاه‌ها و درس‌های فرا گرفته شده از موفقیت‌ها و شکست‌های آنها را بررسی کند. به‌طور 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 سراسر جهان در سال‌های اخیر قابل ملاحظه بوده است، تجارب بین‌المللی نقطه شروع مناسبی برای کار اصلاحات است.

ابتکارات 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^(۱) برنامه‌ای را برای تأمین مالی خرد^(۲) به کار گرفته که وام‌هایی را به گروه‌های کوچک خواستار شروع فعالیت‌های درآمدزا اعطا می‌کند. این پول‌ها در سطح جامعه و از طریق صندوق 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 به‌صورت مبتنی بر جامعه - که در فصل ۸ بیشتر مورد کنکاش قرار می‌گیرد - مدنظر است. همچنین، ما در بحث خود پیرامون بازاریابی اجتماعی در فصل ۱۲ به مرور این نکته خواهیم پرداخت که چگونه می‌توان ایده‌های ایجاد شده در پس‌زمینه 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»^(۳) و «تفکیک خریدار از ارایه‌کننده»^(۴) از نظریه‌های اقتصادی نشأت گرفته‌اند.

۲-۳-۲) آینده‌نگری

به‌منظور ایجاد طرحی مؤثر برای اصلاحات بخش سلامت، مجریان

مباحث نظری نیز منبع مفیدی برای انگیزش و الهام است، به شرطی که مباحث مربوط به اجرا به میزان کافی مدنظر باشد.

1- Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)

2- micro-finance

3- quasi-markets

4- purchaser-provider separation

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 فصل ۷ در بحث تشخیص، این نکته را تشریح خواهیم کرد).

بخشی از تفکر آینده‌نگر^(۱) به سیاست مربوط می‌شود (به فصل ۴ مراجعه کنید). مجریان اصلاحات فهیم 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. به عنوان مثال مجارستان از چندی پیش پرداخت مبلغی ثابت به بیمارستان‌ها را به ازای هر انواع 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 در مانگاه‌ها در تایلد 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 که نیازمند داده‌هایی گسترده‌تر خواهند بود، در اختیار مجریان اصلاحات سلامت قرار ندارند.

مقوله دیگر اجرایی این است که 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 عمومی بر 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

وظیفه طراحی
طرح‌های اصلاحات
به همان اندازه که
تحلیلی است، جنبه
سیاسی هم دارد. این
امر هم محتوای
ایده‌های اصلاحات و
هم فرآیند شکل‌گیری
این ایده‌ها را دربر
می‌گیرد. فرآیند
طراحی مرحله‌ای
کلیدی در جلب
حمایت‌ها برای

امتحان کنیم تا پیش از پذیرش آن در سطح ملی، مسایل اجرایی و نقایص منطقی طرح مشخص شود؟

نگاه کردن به نوآوری سیاست‌ها به‌عنوان 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 ۲ و سپس ۲۰ شهرستان در برنامه‌های تجربی مختلف وارد شدند. از سوی 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 مقیاسی بزرگ‌تر به مرحله اجرا در نمی‌آید و پروژه به‌عنوان تجربه‌ای محدود با تأثیر اندک به کل نظام سلامت خاتمه می‌یابد.

۳-۳-۲) فرآیند طراحی

وظیفه طراحی طرح‌های اصلاحات به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرآیند شکل‌گیری این ایده‌ها را در بر می‌گیرد. فرآیند طراحی مرحله‌ای کلیدی در جلب حمایت‌ها برای اصلاحات است باشد. از این رو فرآیند 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 فرآیند تدوین طرح کنار گذاشته شده بودند، در قبال آن مسؤلیتی 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 فصل ۷ توضیح خواهیم داد، مشارکت دادن گروه‌های با

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 فرآیند به حامیان

بالقوه می‌تواند به

تبدیل آنان به

پشتیبانان واقعی کمک

کند.

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 فرآیند 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 فرآیند 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 تشکیل شده، تعیین کنند. اداره دقیق فرآیند طراحی سیاست‌ها نیازمند داشتن مهارت و تجربه مناسب است و می‌تواند کلیدی برای موفقیت اصلاحات در طول زمان باشد.

۴-۲) مرحله چهارم: تصمیم‌گیری سیاسی

آنچنان که در شکل ۱-۲ نشان داده شد، هر مرحله در چرخه سیاستگذاری (از جمله تعریف 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 فصل ۴ رابطه شرایط سیاسی و اصلاحات سلامت با تفصیل بیشتری بررسی خواهد شد، در این قسمت تنها به صورت مختصر به این فرآیندها می‌پردازیم.

اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشوار مواجه است. گروه‌های ذینفع سازمان یافته که منافع زیادی در نظام فعلی دارند (به‌عنوان 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

همیشه در کشاکش
تصمیم‌گیری‌های
سیاسی، آینده سهم
کمتری نسبت به
گذشته دارد.

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 کاری 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 بوروکراتیک 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 می‌خواهد واقعا نتایج اصلاحات را بررسی کند، صرف نظر از نوع نظام حاکم، باید یاد بگیرد سیاسی بیندیشد و راهبردی عمل کند.

وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است. آنچنان که در فصل ۴ 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 طرح پایان نمی‌یابد، بلکه در اینکه آیا اصلاحات به صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شوند یا خیر نقش مهمی دارد؛ از اینجا به بعد است که وارد مرحله بعدی چرخه می‌شویم.

۵-۲) مرحله پنجم: اجرا

آرون ویلداوسکی^(۱) محقق آمریکایی علوم سیاسی معتقد است ایده‌های

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.

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 منافی داشته‌اند ممکن است خیلی ضرر کنند. علاوه بر این، کسانی که در نظام قدیمی بیشتر 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 آشنای 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 ما باشند. علاوه بر این الگوهای جاافتاده تعامل، اغلب قویاً توسط شبکه‌ای از انتظارات متقابل حمایت می‌شود. خود این انتظارات به‌عنوان مثال تحت تاثیر فرهنگ، طبقه، موقعیت و جنسیت قرار دارند. اگر پزشک بخواهد با پرستار به‌صورتی متفاوت رفتار کند یا بیماری بخواهد به‌صورتی 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) غیرمحسوس است. با این حال، اجرای اصلاحات سلامت به تغییر برخی از این الگوهای فرهنگی وابسته است؛ فرآیندی 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

مجریان اصلاحات
بخش سلامت اغلب
پزشک، سیاستمدار یا
اقتصاددان هستند.
عده کمی از آنها
تجربه مدیریت
اجرائی 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
مهارت‌هایی بهره‌اند.
آنها اغلب درک
نمی‌کنند که آرایه
توصیه کافی نیست و
اصلاحات نظام
سلامت با انجام عمل
جراحی در اتاق عمل
متفاوت است.

اجرائی 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 وظایف پایه سازمانی را دربرمی‌گیرد: تدوین طرح برای اجرا، سازماندهی گروه برای انجام طرح و تخصیص وظایفی به آنان، ایجاد و هماهنگی برنامه، و انگیزش و ارایه بازخورد به افرادی که در این فرآیند دخیل‌اند. با توجه به اینکه وزیرها اغلب کمتر از یک سال و عمدتاً کمتر از ۲ سال در سمت خود باقی می‌مانند، شگفت‌آور 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 باشند 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 قابل توجه 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 پردازد و اقدام بر ضد مقاومت و تقلب را تسهیل کند. وجود چنین نظامی، کلید اجرای مؤثر سیاست‌ها و نیز ارزشیابی اصلاحات سلامت به شمار می‌رود.

۶-۲) مرحله ششم: ارزشیابی

ارزشیابان با تجربه می‌دانند که ارزشیابی موفق باید حتی 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 فرآیند ارزشیابی مجموعه‌ای از تصمیمات

برقراری نظام گزارش‌دهی مناسب کلید موفقیت اجرای سیاست‌هاست. وظیفه کلیدی مجریان اصلاحات، طراحی نظام پایش است که به تعدیل هزینه‌ها در برابر کیفیت داده‌ها پردازد و اقدام بر ضد مقاومت و تقلب را تسهیل کند.

راهبردی گرفته شود.

ساده‌ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد^(۱) است. این روش، حتی ساده‌ترین 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 به 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»^(۲) 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 فرآیند ارزشیابی، به این مسائل دقیقاً توجه شود. اما حتی ساده‌ترین مقایسه وضعیت قبل و بعد برای سیاستی جدید نمی‌تواند 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 جمع‌آوری کنند.

با وجود اینکه ما در این مجموعه قادر به بررسی بسیاری از مسائل مرتبط با ارزشیابی اصلاحات بخش سلامت نیستیم، اما به خاطر سپردن چند درس اساسی در مورد نقش داده در ارزشیابی مبتنی بر شواهد برای مجریان اصلاحات الزامی است. اولاً جمع‌آوری داده‌ها رایگان نیست و معمولاً 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 عمده 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 به‌نظر 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 داده امکان‌پذیر است. جمع‌آوری بیش از حد داده منجر به ایجاد «گورستان‌های داده» می‌شود که در آنها توده‌هایی از داده‌های «مرد» 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، به‌بوته 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 به‌صورت بالقوه، با توجه به منابع قابل بررسی‌ها 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 تا ابتدا برنامه اجرا شود.

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؟»

داده‌های پایه‌ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شود و نظام‌های اجرایی باید طوری طراحی شود که ارزشیابی را مدنظر 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 به صورتی جدی انجام دهند تا چنین پیامدهایی شناسایی و برطرف شوند. نکته جالب آن است که مجریان، زمانی خوب انجام شدن ارزشیابی را درمی‌یابند که داده‌های گردآوری شده مسایل جدیدی را نشان دهد و لازم باشد کل چرخه سیاستگذاری از ابتدا آغاز شود.

۳) خلاصه

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 این فصل مقدمه‌ای در مورد چرخه سیاستگذاری اصلاحات بخش سلامت ارائه شد. در فصل‌های 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: تعریف مسأله

نظام‌های سلامت واکنش‌هایی اجتماعی به مسایل اجتماعی‌اند. تعریف مسأله و تعیین اولویت‌های اصلاحات سلامت همواره بر پایه انتخاب‌های ارزشی صورت می‌گیرد. ما معتقدیم این انتخاب‌ها باید به صورتی صریح و شفاف بیان و بررسی شود. رویکرد ما به این انتخاب‌ها، راهنمایی در مورد نظریه اخلاقی است که در فصل 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 مدنظر 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 فصل ۵ مطرح می‌کنیم و آنها را با نظریه اخلاقی که در فصل ۳ ارائه شدند مرتبط می‌سازیم.

مرحله ۲: 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 را برای تشخیص طراحی کرده‌ایم. این

رویکرد به تشخیص علل مسایل نظام سلامت، در فصل 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 مفهومی برای ۵ «دگمه کنترل» ارائه کرده‌ایم؛ این چارچوب‌ها عواملی علی هستند که ۲ معیار اساسی را در خود دارند: در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین کننده قابل ملاحظه‌ای دارند و از طریق اصلاحات سلامت و به‌کارگیری موثر، قابل دستکاری و تغییر هستند. در فصل‌های ۱۲-۸، بحثی مفصل در مورد این سازوکارها و فرآیندها ارائه خواهیم داد. در مورد هر دگمه کنترل، راهنمایی عملی برای طراحی و اجرای مداخلات و تاثیر قابل انتظار راهبردهای مختلف اصلاحات ارائه خواهد شد.

مرحله ۴: تصمیم‌گیری سیاسی

در اصلاحات بخش سلامت، شرایط سیاسی در سراسر چرخه از اهمیت خاصی برخوردار است. تأکید و تمرکز خود را بر اهمیت شرایط سیاسی در تمامی فصل‌های این مجموعه بیان کرده‌ایم. آن‌چنان که در فصل ۴ گفته خواهد شد، ما معتقدیم تحلیل سیاسی نظام‌مند و کاربرد این تحلیل برای تدوین راهبردهای سیاسی، برای اصلاحات مؤثر ضروری است. گنجاندن تحلیل سیاسی در این مجموعه منعکس کننده 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 دگمه‌های کنترل نظام سلامت و در نهایت تحلیل سیاسی - شالوده مطالب جدید و مفید در مجموعه حاضر را تشکیل می‌دهند. در فصل‌های بعدی ضمن بیان مفاد رویکردها به انجام صحیح اصلاحات بخش سلامت، به توضیح این نکات به صورتی جامع خواهیم پرداخت. ■

۳ قضاوت درباره عملکرد بخش سلامت: نظریه اخلاقی

۱) 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. به عنوان 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؟

کتاب 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 ۳ دیدگاه اخلاقی عمده به عنوان مبنای چنین قضاوت‌هایی می‌پردازیم که عبارتند از سودگرایی^(۱)، لیبرالیسم و جامعه‌گرایی^(۲). 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 که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی که در آن جامعه زندگی می‌کنند را 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 دربارهٔ این ۳ 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 فصل‌های 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 فرآیند اصلاحات کمک کند.

۲) نظریه اخلاقی اول: سودگرایی

پرطرفدارترین رویکرد به مشکل قضاوت اخلاقی در مورد عملکرد بخش سلامت، رویکرد مبتنی بر پیامدهاست. به‌طور کلی این رویکرد چنین می‌پندارد

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.

که «هدف وسیله را توجیه می‌کند». بر اساس این نظریه ما باید هنگام قضاوت در مورد یک سیاست از خود پرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آنوقت گزینه‌ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، مجموع کل تندرستی افراد را ارتقا بخشد. به منظور کمک بیشتر به تصمیم‌گیری در مورد اصلاحات سلامت، لازم است به چند سؤال اختصاصی‌تر پاسخ داده شود. تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چه قدر؟ 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^(۱) و سودگرایی غیرعینی^(۲) را پدید می‌آورد. هر دوی این رویکردها در پی استفاده‌کارا از منابع برای ایجاد «خیر» حداکثر هستند، اما تفاوت‌های مهمی در روش‌ها و کاربردهای آنها وجود دارد.

۱-۲) سودگرایی غیرعینی

این نظریه، از کارهای فیلسوف انگلیسی قرن نوزدهم جرمی بنتام^(۳) برگرفته شده است که اعتقاد داشت خود فرد بهتر از هر کس دیگری می‌تواند در مورد آنچه او را شاد می‌کند قضاوت نماید. اعتقاد او این بود که افراد بر حسب سلیقه‌ها و ترجیح‌های خاص خود، در موقعیت‌های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت^(۴) را تجربه می‌کنند. منظور بنتام از مطلوبیت، احساس‌های دورنی افراد در مورد شادی 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 می‌آید. به گفته بنتام عمل درست عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد دربر داشته باشد». بر اساس این رویکرد، راه ارزشیابی عملکرد نظام مراقبت سلامت تعیین این نکته است که این نظام تا چه حد هر فرد را شاد می‌کند. سپس باید این مقادیر را جمع زد و مطلوبیت نظام را مشخص کرد.

بنتام معتقد بود که سلیقه همه افراد به یک اندازه ارزشمند 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

1- objective utilitarianism

2- subjective utilitarianism

3- Jerem Bentham

4- utility

به گفته بنتام عمل درست عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد دربر داشته باشد». بر اساس این رویکرد، راه ارزشیابی عملکرد نظام مراقبت سلامت تعیین این نکته است که این نظام تا چه حد هر فرد را شاد می‌کند. سپس باید این مقادیر را جمع زد و مطلوبیت نظام را مشخص کرد.

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 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 تمامی کسانی که به صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می‌برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت^(۱) چه مبلغی دارند؟ 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 منفعی هستند که ما در جای دیگری از دست می‌دهیم تا بتوانیم این برنامه را اجرا کنیم. به این منافع از دست رفته، هزینه فرصت گفته می‌شود.

یک ورودی - مثل کار یا تجهیزات - توسط ارزش برونده‌هایی (خروجی‌هایی) تعیین می‌شود که آن ورودی قادر به تولید آنهاست. یک کارگر زمانی می‌تواند ۱۰ دلار در ساعت دستمزد بگیرد که بتواند با یک ساعت کار کردن اضافی کالاهایی را تولید کند که قابل فروش به قیمت ۱۰ دلار باشند. اگر برنامه‌ای به ارزش ۱۰۰,۰۰۰ دلار را 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 منفعی باشد که از دست می‌دهیم.

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 به‌عنوان راهکار استفاده کنیم، زیرا ممکن است هیچ چیزی نپردازند (مثلاً برای خدمات رایگان در یک درمانگاه عمومی). اگر از بررسی‌های

اقتصاددانان به خاطر این منافع را با هزینه‌ها مقایسه می‌کنند که در واقع هزینه‌های یک برنامه نشان‌دهنده منفعی هستند که ما در جای دیگری از دست می‌دهیم تا بتوانیم این برنامه را اجرا کنیم. به این منافع از دست رفته، هزینه فرصت گفته می‌شود.

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»^(۱) می‌شود که طی آن هیچ منفعت استحصال نشده‌ای در اقتصاد باقی نمی‌ماند (از تمامی منافع ممکن بهره گرفته می‌شود). در این وضعیت تنها راه برای افزایش مطلوبیت برای یک فرد، کاهش مطلوبیت برای دیگران است. در این صورت چنین مجموعه‌ای از بازارها، به صورتی ویژه در تخصیص منابع، کارایی خواهد داشت. این حالت با فرض قابل قبول در نظر گرفتن وضعیت نسبی تمامی شهروندان، باعث ایجاد حداکثر مطلوبیت ممکن خواهد شد.

متأسفانه اکثر بازارهای واقعی مراقبت سلامت، با دستیابی به پیش شرطهای رقابت کامل فاصله زیادی دارند و به همین جهت از وضعیت بهینه پارتو بسیار دور هستند. زیرا اولاً به‌طور معمول بیماران درمورد مراقبتی که باید دریافت کنند نظر به و گفته پزشکان اعتماد می‌کنند. وضعیت مذکور این امکان را برای پزشکان فراهم می‌آورد که به‌عنوان «نمایندگان» بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی به‌صورتی که برای منافع‌شان مناسب باشد، اعمال نفوذ کنند. به‌عنوان مثال پزشکانی که به‌صورت کارانه^(۲) حقوق می‌گیرند دلایل زیادی برای تشویق به مراقبت‌های غیرضروری یا غیرمناسب دارند (به این حالت «تقاضای تحریک شده توسط عرضه‌کننده»^(۳) گفته می‌شود). خریداران نیز برای قضاوت در مورد کیفیت بالینی خدماتی که دریافت می‌کنند با مشکلات زیادی مواجه هستند. آنها

پزشکانی که به‌صورت کارانه حقوق می‌گیرند دلایل زیادی برای تشویق به مراقبت‌های غیر ضروری یا غیر مناسب دارند (به این حالت «تقاضای تحریک شده توسط عرضه‌کننده» گفته می‌شود).

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 «شکست بازار»^(۱) 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. این بدان معنی است که به فقرا سهم کمتری - اغلب بسیار کمتر از ثروتمندان - می‌رسد. در واقع فقیرترین افراد، در غالب موارد، حتی توانایی خرید خدمات پایه را هم ندارند. در شرایط بازار، مصرف هر فرد با درآمد فردی دیگر مرتبط است. این بدان معنی است که به فقرا سهم کمتری - اغلب بسیار کمتر از ثروتمندان - می‌رسد. در واقع فقیرترین افراد، در غالب موارد، حتی توانایی خرید خدمات پایه را هم ندارند.

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 دهیم چون آنها قادر به پرداخت بهای آنها نیستند. چنین خدماتی نمی‌تواند آزمون تمایل به پرداخت برای منافع مازاد بر هزینه‌ها را که از سوی سودگرایان غیرعینی 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

در شرایط بازار،
مصرف هر فرد با
درآمد فردی دیگر
مرتبط است. این
بدان معنی است که به
فقرا سهم کمتری -
اغلب بسیار کمتر از
ثروتمندان - می‌رسد.
در واقع فقیرترین
افراد، در غالب موارد،
حتی توانایی خرید
خدمات پایه را هم
ندارند.

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 به‌عنوان یک جایگزین برای این افراد جالب توجه است.

۲-۲) سودگرایی عینی

شاید شما معتقد باشید که در مورد اصلاحات سلامت باید بر اساس پیامدهای آن قضاوت شود، اما تردید داشته باشد 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 آن 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^(۱) و روایی^(۲) انتخاب‌های فردی شک دارند، معتقدند تصمیم‌ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد اما این تندرستی باید به‌صورتی 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.

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 به‌صورت 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 برحسب ناتوانی) و QALY (سال‌های عمر تعدیل شده برحسب 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، دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی‌کند (برخلاف تحلیل هزینه - فایده).

در گستره وسیع‌تر تحلیل سیاست‌ها، سودگرایی عینی مبنایی برای تحلیل هزینه - اثربخشی فراهم می‌کند. این رویکرد در خارج از بخش سلامت به عنوان مختلف به صورتی گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. طی جنگ جهانی دوم ریاضیدانان انگلیسی که از چنین روش‌هایی برای محاسبه بهترین راه انجام عملیات‌های نظامی (به‌عنوان مثال جستجوی یک هواپیمای غرق شده در دریای مانش) استفاده می‌کردند، اصطلاح پژوهش عملیات^(۱) را به آنها اطلاق می‌نمودند. در دهه ۱۹۵۰ روش‌های مشابهی توسط شرکت راند^(۲) در ایالات متحده به منظور ارزشیابی کارایی مقایسه‌ای سیستم‌های تسلیحاتی متفاوت به کار رفت که به آنها نام تحلیل سیستم داده شد.

سودگرایان غیرعینی به متمرکز کردن آن چیزی می‌پردازند که بتنام سعی کرده بود آن را تمرکززدایی 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 گوناگونی‌هایی جایی ندارد.

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

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.

برای هر بیماری یا وضعیت 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 مسحوب می‌شود. از این رو ارزش افزایش زندگی، برحسب کیفیت عمر حفظ شده فرد ضرب در تعداد این سال‌ها محاسبه می‌شود. ارتقای کیفیت زندگی برحسب کسر دستاورد حاصله در زمینه کیفیت ضرب در تعداد سال‌های حفظ این کیفیت سنجیده می‌شود. از این رو افزودن ۵ سال به عمر یک فرد با سطح کیفیت 0.8 باعث ایجاد ۴ QALY می‌شود که از حاصلضرب ۵ در 0.8 حاصل می‌گردد. یک مشکل مهم در این رویکرد آن است که به‌نظر می‌رسد بسیاری از افراد، برای حفظ زندگی، بیشتر از تسکین ناتوانی‌ها ارزش قائل هستند. این نکته 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 کم درآمد) برحسب 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 به‌صورتی مؤثر تعدیل شد، چون به‌دلیل اینکه به‌نظر می‌رسید این طرح برای مداخلات حیات‌بخش ارزشی کمتر از حد قابل شده است، نارضایتی‌هایی 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 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 به‌عنوان منبعی ویژه برای عقل و خرد نگریده می‌شود) ناهمخوان باشد. از این رو استفاده‌کنندگان از این رویکرد باید این ایراد را تصدیق کنند که تمامی افراد یا جوامع به‌صورتی مشابه به پیامدهای سلامت بها نمی‌دهند. در عمل طرفداران این رویکرد از گروه‌هایی از متخصصان دعوت کرده‌اند و برای انتخاب یک

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؟

مجموعه منفرد از وزن‌دهی‌ها برای ارزشیابی دستاوردها و موارد از دست رفته در زمینه سلامت برای وضعیت‌های خاص بیماری، از روش‌های ایجاد اتفاق نظر استفاده نموده‌اند.

مجریان اصلاحات طرفدار سودگرایی عینی 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 بر حسب تعداد مورد انتظار 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 ارائه دهند. 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 مرده‌زایی. 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 گزارش شده مرگ‌ومیر شیرخواران، نشانگر تفاوت رسوم محلی در مورد موقعی که کودک واقعاً «به‌دنیا آمده است» یا تفاوت در توانمندی بورکراتیک در جمع‌آوری داده‌ها از دهکده‌های دور دست است تا تفاوت واقعی در میزان مرگ‌ومیر.

یک 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»، به‌سمت نظامی که در آن ایمن‌سازی در مراقبت‌های اولیه ادغام شده باشد حرکت کند. از نظر یک سودگرای عینی، هزینه صرف‌جویی شده مور 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؟

دو مشکل فنی در

مورد تحلیل

سودگرایانه وجود

دارد که نیازمند

بررسی اجمالی دیگر

است: عدم قطعیت و

زمان. پیامدهای

اصلاحات سلامت

همیشه تا حدی

غیر قطعی هستند و

برخی تا چند سال

مشخص نمی‌شوند.

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 تمامی تغییرات سیاسی پیشنهاد شده انجام دهد.

۲-۳) برخی پیچیدگی‌های سودگرایی: عدم قطعیت و زمان

دو مشکل فنی در مورد تحلیل سودگرایانه وجود دارد که نیازمند بررسی اجمالی دیگر 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 قایل هستند. اینکه آیا افراد ارزشیابی‌های پایدار و ثابتی از چنین پیامدهایی دارند یا نه، 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 منفعی که در آینده ایجاد می‌شوند نیز مسایل مشابهی را برمی‌انگیزد. در اینجا مباحثات بر آن چیزی متمرکز هستند که نرخ تنزیل^(۱) 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 ۷٪ به معنای آن است که سال بعد، فرد قرض گیرنده باید ۱/۰۷ برابر پولی را که امروز قرض گرفته است به قرض دهنده برگرداند. در چنین بازارهایی دلار سال بعد ارزش کمتری نسبت به دلار امسال دارد. دستاوردهایی که در آینده حاصل می‌شوند نیز

محاسبه کاهش ارزش دستاوردها در آینده، تنزیل و میزان بهروری 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 برحسب پول مقایسه نمایند.

وضعیت مشابهی دارند. محاسبه کاهش ارزش دستاوردها در آینده، تنزیل و میزان بهروری 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 برحسب پول مقایسه نمایند.

هنگام ارزشیابی اصلاحات سلامت آیا باید منافع سلامت در آینده را با احتساب تنزیل در نظر گرفت؟ اگر این طور است با چه نرخ؟ 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 ۱۰۰,۰۰۰ دلار از هزینه‌های فعلی سلامت برداریم و 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 ۱۰۰,۰۰۰ دلار ۱۰ 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 به دست می‌آیند. با نرخ تنزیل ۷٪ دستاوردهایی که ۱۰ سال پس از این به دست می‌آیند ارزشی نصف نسبت به امروز خواهند داشت و ارزش دستاوردهای ۴۰ سال بعد کمتر از ۶٪ 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 در کوتاه مدت را.

دو بحث عمده در مورد چگونگی تعیین نرخ تنزیل وجود دارد. یک مکتب 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.

دو بحث عمده در مورد چگونگی تعیین نرخ تنزیل وجود دارد. یک مکتب 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.

سایر تحلیل گران معتقدند که بازارهای سرمایه‌ای خصوصی عملکرد مناسبی ندارند و جامعه باید قضاوتی مستقل در مورد ارزش دستاوردهایی که در زمان‌های مختلف به دست می‌آیند داشته باشد. این افراد به استفاده از یک نرخ توزیل 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 مهمی بر 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 توزیل بالا استفاده شود، این سیاست‌ها (به‌عنوان مثال در مقایسه با دستاوردهای فوری ناشی از واکسیناسیون آنفلوآنزا) بسیار کم‌تر جالب توجه هستند.

آخرین مشکل برای آن دسته از مجریان اصلاحات سلامت که رویکرد سودگرایی را مدنظر دارند نوعی بی‌رحمی است که 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 بیماری‌هایی که حفظ جان آنها بسیار گران تمام خواهد شد بی‌اعتنا 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 هم‌مقطاران خود را بکشند و بخورند چون دستاوردهای این کار بیشتر از آن است که 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.

۲) 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. اما از نظر بسیاری از مجریان اصلاحات این نگرش اصلاً به منافع کسانی که قربانی می‌شوند توجهی ندارد. 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

بر اساس منطق

سودگرایی مسافرانی

که در یک قایق گرسنه

مانده‌اند می‌توانند

چند نفر از هم‌مقطاران

خود را بکشند و

بخورند چون

دستاوردهای این کار

بیشتر از آن است که

همه‌شان بمیرند.

کاربردهایی برای اصلاحات بخش سلامت خواهد داشت؟

با نفوذترین فیلسوف مرتبط با مفاهیم احترام و خودمختاری فردی، فیلسوف آلمانی قرن هیجدهم، ایمانوئل کانت است. بر اساس 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 دارا هستند. 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 تمامی نظام‌های 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 به‌عنوان 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^(۱) 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 حیظه 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 مساوات‌طلب^(۲) معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی‌معنی است. آنها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران به‌عنوان کنشگران اخلاقی نیازمند آن است که ما پیش شرط‌های لازم برای

مفهوم بنیادی از نظر لیبرال‌ها مسأله حقوق است - یعنی مطالباتی که تمامی افراد می‌توانند به خاطر انسان بودن خود از دیگران داشته باشند.

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 پیش شرط‌هایی از سوی دولت برای تضمین حقوق مثبت نیاز دارد؟ به ویژه، آیا افراد از حق مراقبت سلامت یا اصلاً حق سلامت برخوردار هستند یا خیر؟ این سؤال معانی مهمی برای مجریان اصلاحات بخش سلامت دارد.

مباحثات مربوط به حقوق مثبت عموماً به یک دیدگاه توزیع مجدد 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 زود هنگام 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 ظرفیت اخلاقی افراد، توزیع منصفانه درآمد و اجازه دادن به افراد برای خرید مراقبت‌های سلامتی (یا بیمه‌های سلامتی) 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 حتی 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 موفقیت‌آزایه 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 در مانگاه‌ها یا افزایش میانگین امید به زندگی افراد برآورد می‌شوند؟ دیدگاه دوم معتقد است که اگر قرار است جامعه طبیف 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

اگر قرار است جامعه طبیف 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.

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. سیگار کشیدن، 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 تأثیر گذاردن بر انتخاب‌های افراد در مورد چنین مسائلی را به عهده خواهد داشت.

از سوی دیگر اگر جامعه صرفاً مسؤول ارائه خدمات باشد و کاری به استفاده مردم از آنها نداشته باشد، آنگاه خود افراد مسؤولیتی بسیار بیشتر 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 که خود قادر به انتخاب هستند باشد (آنچه او آنها را «توانمندی‌ها» می‌نامد) و نه مسؤول انتخاب‌هایی که افراد می‌کنند.

قابل شدن حق سلامت هنوز هم پرسش‌های بسیاری را 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 - حداقل تا حدی - برای ارتقای وضعیت سلامت خود هستند، محدود است؟ با این همه، منابع جامعه محدود هستند و پول لازم برای ارائه چنین مراقبتی از سایر شهروندان به نحوی گرفته می‌شود که فرصت‌های آنها را به صورتی مؤثر کاهش می‌دهد. علاوه بر این، اگر بیماری افراد نتیجه رفتارهای خودشان باشد، باید چگونه مراقبتی دریافت کنند؟ در عمل، هر جامعه‌ای که به اهداف مساوات‌طلبانه در فرآیند اصلاحات بخش سلامت متعهد است، باید پاسخی 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؟

۱-۳) 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 دربرمی‌گیرد. از این رو، از نظر آنان مالیات نوعی 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 مشروع نیست، زیرا یک فرد (مالیات‌دهنده) را «وسيله» و فرد دیگری (دریافت‌کننده منافع) را «هدف» قرار می‌دهد.

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 دربرمی‌گیرد. از

این رو، از نظر آنان

مالیات نوعی دزدی

است.

از سوی دیگر لیبرال‌های مساوات‌طلب، مالیات در جهت توزیع مجدد منابع را تا حدودی تأیید می‌کنند، زیرا معتقدند که توزیع موجود 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 به دست آمده‌اند. برخی افراد به این دلیل درآمدهای زیادی کسب می‌کنند که تحصیلات بهتر یا روابط خانوادگی بهتری دارند، زیرا آن قدر خوش شانس بوده‌اند که در گروه‌های اجتماعی ممتاز متولد شده‌اند. چنین دستاوردهایی نتیجه یک بخت‌آزمایی اجتماعی^(۱) 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 صورتی 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.

حتی تفاوت در پاداش‌ها برحسب تفاوت در استعدادهای ذاتی امری مشروع نیست، زیرا هیچ کس 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^(۲) همانند دستاوردهای ناشی از بخت‌آزمایی اجتماعی از سوی دولت به منظور توزیع مجدد قابل مطالبه هستند. آنچنانکه در فصول ۵ و ۷ 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 این رو مالیات بر درآمد جامع 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 سرمایه‌گذاری به‌طور کلی وابسته به تلاش و زحمتی نیست و از این رو یک منبع اعتباری مناسب برای تأمین مالی توزیع مجدد به شمار می‌رود. بسیاری از لیبرال‌های مساوات‌طلب - از جمله نویسندگان این مقاله - به نظام سلامت ایالات متحده به‌عنوان نظامی به ویژه قابل اعتراض در زمینه عدالت (در مقایسه با نظام سلامت سایر کشورهای صنعتی) می‌نگرند. در ایالات متحده اکثر مراقبت‌های سلامت از طریق برنامه‌های بیمه خصوصی مبتنی بر پرداخت‌های حق بیمه تأمین مالی می‌شوند. 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: اغنیای 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.

هرگونه مطالبه در مورد «نامنصفانه بودن» توزیع سلامت یا مراقبت سلامت در یک جامعه احتمالاً - لاقلاً 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 حد اکثر 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

مصرف مراقبت‌های سلامت در ایالات متحده - مشابه مصرف سایر کالاهای مخصوص مصرف‌کنندگان پول‌دار مثل قایق‌های اختصاصی - توانایی پرداخت فرد را منعکس می‌کند: اغنیای صاحب قایق‌های اختصاصی بزرگ هستند، افراد طبقات متوسط قایق‌های کوچکی دارند و فقرا هم که باید شنا کنند.

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 صورتی 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 دانش‌آموزان دبیرستانی را در نظر بگیرید. این انتقادات از دیدگاه‌هایی اخلاقی نشأت می‌گیرند که بر تندرستی یا حقوق افراد مبتنی نیستند، بلکه به جای آن بر القای فضیلت و تربیت جامعه تأکید دارند و سومین گروه از نظریات اخلاق مربوط می‌شوند.

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 این رو «جامعه‌گرایی» نامیده می‌شود.

۴) نظریه اخلاقی سوم: جامعه‌گرایی

سومین رویکرد عمده به نظریه اخلاقی که ما قصد مورد آنرا 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 این رو «جامعه‌گرایی» نامیده می‌شود. این نظریه بر این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آنرا 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 سودگرایان (عینی و غیرعینی) و لیبرال‌ها (آزادی خواهان و مساوات‌طلبان) 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 تک‌خدایی که به تبلیغ مذهبی می‌پردازند (مثل مسیحیت) نمونه‌هایی از جامعه‌گرایی جهانی هستند. موضع فعالان محیط زیست نیز که 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 مائوئیست هم در همین طبقه جای می‌گیرند. آنچنانکه این مثال‌ها نشان می‌دهند موضع‌گیری‌های اخلاقی بنیادی که در این مقوله جای می‌گیرند بسیار متنوع هستند و بیش از دسته لیبرالیسم یا سودگرایی بین خودشان اختلاف دارند.

یک دیدگاه جامعه‌گرایانه در شرق آسیا که تناسب ویژه‌ای با اصلاحات بخش سلامت دارد، آموزه‌ای است که تحت عنوان کنفوسیوس‌سیسم نامیده می‌شود. این دیدگاه که توسط نوشته‌های کنفوسیوس (۴۷۹-۵۵۱ قبل از میلاد) و پیروان او تبیین شده است، از طریق «۵ رابطه» به توصیف این نکته می‌پردازد که مردم چه به صورت فردی و چه به صورت 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 دسته‌جمعی وجود دارد. منابع اصلی کنفوسیوس‌سیسم که روی هم‌رفته 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 دسته‌جمعی ارائه می‌دهد.

استدلالات کنفوسیوسی در مورد وظایف و مسئولیت‌ها و انجام نقش‌های اجتماعی، مشابه استدلال‌ات ارائه شده در کتاب مشهور فیلسوف بزرگ یونانی افلاطون یعنی «جمهور» است، اما تفاوت‌های مهمی با آن دارد. افلاطون به خانواده به‌عنوان یک نمونه کوچک شده از تعهدات اجتماعی شهروندی می‌نگریست. از سوی دیگر کنفوسیوس 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. به‌عنوان 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^(۱) و جرج هربرت

مید^(۱) در اوایل قرن بیستم قرار دارند. این 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 به‌عنوان یک مسأله ذاتاً وابسته به زمینه نگاه می‌کنند و جایگاهی جهانی را در بیرون از جامعه برای قضاوت در مورد سنت‌های فرهنگی خاص قایل نیستند.

جامعه‌گرایان به اخلاق به‌عنوان یک مسأله ذاتاً وابسته به زمینه نگاه می‌کنند و جایگاهی جهانی را در بیرون از جامعه برای قضاوت در مورد سنت‌های فرهنگی خاص قایل نیستند.

اقدامات خاص مثل ختنه کرده دختران، پذیرفته بودن هنجارهای جوامع محلی را به‌صورتی 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 جزئی 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 بلندمدت 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 تمامی شهروندان 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 همجنس‌بخواهند در کشوری که اکثریت افراد این امر را غیراخلاقی می‌دانند، 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 به‌عنوان یک سنت دفاع می‌کرد. چه کسی تصمیم می‌گیرد که آیا یک جامعه در این موارد محق است یا نه 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 به‌عنوان چالش‌هایی مهم مطرح خواهند بود. اعتقادات جامعه‌گرایانه در روند اصلاحات سلامت خود را به شیوه‌های گوناگون نشان می‌دهند. از نظر بعضی از افراد در بهداشت عمومی داشتن یک سبک زندگی سالم صرفاً یک فضیلت است و نه راهی برای ارتقای وضعیت سلامت. به‌عنوان مثال برخی طرفداران بهداشت عمومی به مصرف سیگار یا مواد مخدر تزریقی به‌عنوان شکل‌هایی قابل اعتراض از رفتار مخرب خود فرد می‌نگرند و نه به‌عنوان 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 غیرعینی (فرد سیگاری در جستجوی شادی است) یا یک لیبرال (فرد سیگاری حق دارد سیگار بکشد) قابل پذیرش هستند، اما جامعه‌گرایان در زمینه بهداشت عمومی با 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 کشور (برای نمونه ژاپن) تعریف مرگ به‌صورت پایان کار قلب، تعداد عضوها برای پیوند را محدود کرده است. آیا کارکنان بهداشت عمومی با زمینه‌های فکری سودگرایی عینی باید در پی تغییر چنین هنجارهای اجتماعی باشند؟ در بعضی از کشورها (مثل اتریش) فرض بر این است که تمامی کسانی که می‌میرند اهداکننده عضو هستند مگر اینکه خانواده آنها به‌صورتی فعالانه با این امر مخالفت کنند. این امر دستاوردهای بارزی در زمینه وضعیت سلامت داشته، اما همچنین مشکلاتی اخلاقی ایجاد کرده است. آیا سایر کشورها باید از این روش تبعیت کنند، حتی اگر این کار برخلاف 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 ارایه 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 حایز اهمیت هستند، ما بر این باوریم که در فرآیند تعیین اولویت‌های اصلاحات بخش سلامت شایسته است 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 جامعه گرایانه مختلف و ارتباط آنان با دیدگاه‌ای مبتنی بر پیامدها و مبتنی بر حقوق کمک کند.

(۵) مسأله حقانیت^(۱)

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

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.

شیوه بینادینی نمی‌توان برای اخلاق، حقانیت قائل شد. در عوض، پسامدرن گرایان 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 بنیادی تر استخراج کرد و نمی‌توان حقانیت عمیق تری برای آنها قایل 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.

ما هیچ چاره‌ای
نداریم جز اینکه بر
مبنای دیدگاه
خودمان از خوبی
عمل کنیم و به دنبال
متقاعد کردن دیگران
برای پذیرش
دیدگاه‌مان باشیم.

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 یا تمام اقدامات ممکن، از نظر اخلاقی یکسان و برابر هستند؟ ریچارد رورتنی که یک پسامدرن‌گرای برجسته آمریکایی است بیان می‌داد 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 رورتنی کماکان به ترویج جنبش حقوق بشر مبادرت می‌ورزد هرچند که نمی‌تواند اثبات کند که این موضع اخلاقی، با اتکا و ارجاع به یک اصل حقوقی یا پایه‌ای متعالی‌تر، صحیح است. در عوض رورتنی بر یک نسخه مدرن از آموزه عمل‌گرایی^(۱) که توسط جان دوی مطرح شده است، اصرار می‌ورزد. رورتنی پیشنهاد می‌کند که دیدگاه‌های اخلاقی را که باعث می‌شود دنیا به مکان بهتری تبدیل شود (البته تا آنجایی که می‌دانیم)، بپذیریم. انتخاب فردی رورتنی، خود شکلی از لیبرالیسم مساوات طلبانه است و او مشتاق آن است که این دیدگاه اخلاقی، مقبولیت وسیع تری با استفاده از روش‌های شاعرانه یا پیامبرانه پیدا کند چرا که بر این عقیده است که مباحثات منطقی صرف، کفایت نخواهد کرد.

۶) 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 مانعة‌الجمع^(۱) می‌رسند. اما این رویکرد خالص‌نگر، با شیوه‌های مختلف انجام وظایف که مجریان اصلاحات به آن مشغول هستند، تطابق ندارد. برای کمک به فرآیند اصلاحات سلامت، معتقدیم بهتر است به نظریه‌های مختلف به این دید نگریند که در واقع آنها بینش‌های مکمل یکدیگر هستند نه رقیب همدیگر. اگر این حالت را در نظر بگیریم، آن وقت 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 موضوع اخلاقی اتخاذ کند که برای سیاستگذاری عمومی مناسب باشد و در عین حال، با ارزش‌های فردی اش 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 پیش فرض‌های 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 آنها است. 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، تعدیل کرد؛ آنچه که فیلسوفان از آن به عنوان تعادل بازتابی^(۲) یاد می‌کنند. این فرآیند تکراری می‌تواند محدودیت‌های یک جایگاه نظری خاص را نشان دهد. به‌عنوان مثال، فردی که خود را متعهد به دیدگاه سودگرایی عینی می‌داند و به حداکثر رساندن سلامت را مطلوب می‌داند، ممکن است مشاهده کند که می‌تواند سطح فشار و تهدید مورد نیاز برای دستیابی به هدف را کاهش دهد. شاید این محدودیت‌ها، ریشه دو جانبه‌ی سودی ایده‌های لیبرال باشد که در جای خود برای او محترم است: پس از مدتی بازتاب درونی و در نظر گرفتن موارد

چگونه مجری جدی
اصلاحات می‌تواند
یک موضوع اخلاقی
اتخاذ کند که برای
سیاستگذاری عمومی
مناسب باشد و در عین
حال، با ارزش‌های
فردی اش 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؛

مختلف، وی ممکن است به جایگاه و موضع مرکبی برسد که تحت عنوان «سودگرایی محدود شده توسط حقوق»^(۱) شناخته می‌شود.

نگرش ما نسبت به جایگاه‌های اخلاقی مرکب، مبتنی بر دیدگاه کلی ترمان 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 آنکه 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 آنرا «اخلاق ویتیرینی»^(۲) 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 فانتری برای موضعی که قبلاً اتخاذ شده بدون آنکه هیچ پشتوانه تحلیلی داشته باشد.

انسجام و صراحت، به دلایل متعدد حایز اهمیت هستند. نخست آنکه باعث می‌شوند دیدگاه‌های بیشتر 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 غیرمرتبط با یکدیگر وجود دارد. صراحت همچنین به

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.

مجریان اصلاحات سلامت باید به دنبال ثبت و همبستگی بین دیدگاه‌های اخلاقی خودشان باشند.

شفافیت و پاسخگویی کمک می‌کند. برای مجریان اصلاحات بسیار مشکل‌تر خواهد بود اگر بخواهند پاسخگویی 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 ارائه یک منطق منسجم و هماهنگ برای انتخاب‌های خصوصی خود باشند. مثال قبلی ما را به خاطر آورد راجع به فردی که معتقد است دستیابی به یک سری از سودها باید توسط حقوق خاصی محدود شود. این شخص باید بتواند 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.

**توصیه‌گران و مدافعان
یک دیدگاه اخلاقی
مرکب و مختلط، باید
آمادگی ارائه یک
منطق منسجم و
هماهنگ برای
انتخاب‌های خصوصی
خود باشند.**

مهم است بدانیم که اتخاذ یک جایگاه اخلاقی برای اصلاحات سلامت، یک فرآیند 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 فرآیند کمک می‌کنند. 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.

۷) 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 اندازه‌گیری و سنجیده شود؟
- برای لیبرال‌ها، افراد چه حقوقی دارند؟
- برای جامعه‌گرایان، محدوده‌ها و ارزش‌های جامعه خوب کدامند؟

هر نظریه اخلاقی، بینش‌های مهمی ارائه 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 می‌یابند (جایی که افراد شروع می‌کنند)؛ و جامعه‌گرایان بر انواع افراد و جوامعی که سعی در خلق آنها داریم متمرکز می‌گردند.

چهار نویسنده این کتاب، 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 به‌عنوان 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 اهدافش با پایین‌ترین هزینه را ندیده بگیرد. البته اعتقاد نداریم که تمام مجریان 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 بیش‌های 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، نخست‌وزیر 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 فرآیندی باشد که باعث اتخاذ این تصمیم شده است. هرچقدر فرآیند اتفاق افتاده، پاسخگوتر، بازتر و دموکراتیک 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، بازهم ارزش صرف وقت بیشتر داشته باشد تا آنهایی که مبتنی بر مسایل فنی باریک و کوچک هستند. کماکان مجریان اصلاحات نمی‌توانند از

هریک 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.

فرآیند سیاسی، یک فرآیند انسانی است؛ برای انجام اصلاحات موفقیت‌آمیز در بخش سلامت باید درک، استنباط و مدیریت صحیحی برای آن صورت گیرد.

مسئولیتی که تجربه و حق تصمیم‌گیری آنها برایشان ایجاد می‌کند، دوری کنند. رهبران سیاسی غالباً نمی‌دانند که چه می‌خواهند. قانونگذاران ممکن است سیاست‌های گنگ، مبهم یا متضادی را تصویب کنند. فرآیند سیاسی، یک فرآیند 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 به بحث درباره درک و استنباطمان از این فرآیندها و نحوه تأثیرگذاری بر روی آنها می‌پردازیم. در فصول بعدی، ما به مشکلات تعیین اولویت‌های اصلاحات در بستری که هم اخلاق و هم سیاست در آن نقش مهمی بر عهده دارند، باز می‌گردیم. ■

تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی

۱) مقدمه

اصلاحات بخش سلامت، همانند تمام اصلاحات سیاستگذاری، فرایندی عمیقاً سیاسی است. همانگونه که در فصل ۲ تأکید کردیم، تدوین گران 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 سیاسی 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 به صورت همزمان انجام شود. تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی در هر مرحله از چرخه سیاستگذاری موردنیاز است و به حدودمرز «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 موردنیازشان 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 سرمایه‌گذاری‌های 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 پیچیده» اصلاحات بخش سلامت می‌خواند ایده‌های صریح و یا ویژه اندکی، ارائه کرده بود. فقط به سادگی به ذکر این جمله اکتفا شده

فرآیند سیاسی، یک
فرآیند انسانی است؛
برای انجام اصلاحات
موفقیت آمیز در بخش
سلامت باید درک،
استنباط و مدیریت
صحیحی برای آن
صورت‌گیرد.

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 ۲۰۰۰^(۱) در موضوع عملکرد و نظام سلامت با گنجاندن بندی درباره اهمیت بسیج طرف‌های ذینفع، برای محیط سیاسی اهمیت بیشتر قایل شد. اما گزارش سازمان جهانی بهداشت محیط سیاسی را درون کارکرد وسیع‌تر «تولیت»^(۲) به معنای مسؤلیت دولت در قبال رفاه اجتماعی و نگرانی از بابت اعتماد و مشروعیت قرار داد. گزارش سازمان جهانی بهداشت، توجه بسیار اندکی به مقوله تحلیل سیاسی و راهبردهای سیاسی نشان داد؛ مواردی که ما فکر می‌کنیم جزو اجزای ضرور تلاش‌هایی است که برای ارتقای عملکرد نظام سلامت صورت می‌گیرد.

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 می‌رود: در ابتدا به بررسی این مسأله می‌پردازیم که چگونه برنامه و دستور کار برای سیاستگذاری در کل و برای اصلاحات بخش سلامت به‌طور خاص، تنظیم می‌شود. سپس به بحث درباره نحوه مدیریت فرایند تنظیم برنامه از طریق استفاده از تحلیل ذینفعان^(۳) 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

۱- این کتاب با همین عنوان به زبان فارسی ترجمه و منتشر شده است.

2- stewardship

3- stakeholder analysis

مجریان اصلاحات
سلامت چگونه باید به
تدوین و اجرای
راهبردهای سیاسی
بپردازند تا بتوانند
احتمال پذیرفته شدن
و اجرای برنامه‌هاشان
را ارتقا دهند؟ رویکرد
ما، بر اهمیت تحلیل
سیاسی نظام‌مند و
مداوم، تأکید
می‌ورزد.

هستند؟ پاسخ سهل انگارانه 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 به‌عنوان مسائل مورد توجه عموم مطرح و تعریف می‌شود، ممکن است آن جنبه‌هایی نباشد که متخصصان به‌عنوان غیر قابل قبول یا به‌عنوان اولویت بالا می‌شناسند (الگوی 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، به‌صورت موضوع‌های عمومی و از طریق فرایندهای وسیع‌تر اجتماعی و سیاسی، مطرح می‌شوند. مسائل، در زندگی سیاسی به‌عنوان نمادی از توجه عمومی و در چارچوب آنچه چرخه مسأله - توجه^(۱) شناخته می‌شود می‌آیند و می‌روند. اجازه دهید به برخی از عوامل مهم که از نظر توجه عمومی به فرایند تنظیم برنامه تعیین‌کننده است اشاره کنیم.

رسانه‌های جمعی، در هر دو گروه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نقش مهمی در شکل دهی این چرخه از مسائل برای مباحثات عمومی ایفا می‌کنند. رسانه‌ها می‌توانند مشکلات خصوصی را به مسائل عمومی تبدیل کنند، در بین صاحب‌نظران سیاسی و عمومی آگاهی ایجاد کنند و محدوده و نشانه‌های مباحثات عمومی را طرح‌ریزی کنند. چرخه مسأله، تا حدی به‌وسیله انگیزش‌های اقتصادی شکل می‌گیرد. روزنامه‌ها، مجلات، رادیو و تلویزیون، به درآمدهای حاصل از انتشار و تیراژ خود وابسته‌اند (خواه به‌صورت فروش و عرضه مستقیم و خواه از طریق تبلیغات و آگهی‌ها). خوانندگان، شنوندگان و بینندگان، تا حدی به خاطر جدایی و سرگرمی، مشتری اخبار می‌شوند. به دلیل اینکه داستان‌ها و اخبار، با گذشت زمان تکراری و خسته‌کننده می‌شوند، رسانه‌ها

مسائلی که از سوی سیاستگذاران به‌عنوان مسائل مورد توجه عموم مطرح و تعریف می‌شود، ممکن است آن جنبه‌هایی نباشد که متخصصان به‌عنوان غیر قابل قبول یا به‌عنوان اولویت بالا می‌شناسند.

رسانه‌ها می‌توانند مشکلات خصوصی را به مسائل عمومی تبدیل کنند، در بین صاحب‌نظران سیاسی و عمومی آگاهی ایجاد کنند و محدوده و نشانه‌های مباحثات عمومی را طرح‌ریزی کنند. چرخه مسأله، تا حدی به‌وسیله انگیزش‌های اقتصادی شکل می‌گیرد.

انگیزش 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).

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 راه‌حل‌های پیشنهادی هم عاملی است که بر تعریف 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 سازمانی متعهد وابسته است که در جهت ارتقای راه‌حل تلاش می‌کند. به‌عنوان 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. به‌عنوان مثال، در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، یونیسف تلاش عمده‌ای برای ترویج راهبرد GOBI^(۱) (پایش رشد، مایع درمانی خوراکی، شیر مادر و ایمن‌سازی) به‌عنوان راه‌حلی برای کاهش میزان بالای مرگ‌ومیر شیرخواران صورت داد. نهادهای بین‌المللی، از روش‌های مختلف برای ترویج راه‌حل‌های سیاستی خود بهره می‌جویند (از جمله ایجاد انگیزش‌های قوی برای ذینفعان مختلف) تا بر تنظیم برنامه در نظام سیاسی وسیع‌تر تأثیر بگذارند؛ از طریق وام‌ها و جایزه‌ها، از طریق مشروط کردن^(۲) و از طریق فشار دیپلماتیک. در این شرایط، نهادهای بین‌المللی به کارآفرینان سیاستی^(۳) تبدیل می‌شوند؛ نقش آفرینانی 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 به‌عنوان 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 است که به بحث آنها

1- Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding, Immunization

2- conditionality

3- policy entrepreneurs

می‌پردازیم از جمله منابع خود این گروه‌ها، خصوصیات محیط وسیع‌تر اطراف‌شان و زمان‌بندی سیاسی. توصیه‌گران اصلاحات سلامت، چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی، غالباً به‌عنوان کارآفرینان سیاستی عمل می‌کنند. در این نقش، آنها نیاز به درک صحیح از چرخه سیاستگذاری (که در فصل ۲ ارایه 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 گران‌وارداتی جلب کند و زمینه را برای ارایه سیاست داروهای اساسی فراهم سازد. در برخی موارد، کارآفرینان سیاستی سال‌ها در صددند که سیاستی خاص را برای اصلاح 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 سیاستی یک کشور قرار گیرد، تأثیر می‌گذارند. با متمرکز ساختن توجه عمومی به 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 چرا 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 می‌رانند؛ 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^(۱)

در برخی موارد،
کارآفرینان سیاستی
سال‌ها در صددند که
سیاستی خاص را برای
اصلاح نظام سلامت
ارایه کنند ولی فقط
زمانی موفق می‌شوند
که ترکیب صحیح و به
موقعی از بحران و
شرایط سیاسی دور هم
جمع شود؛

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 نقش آفرینان 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 سمت خود و دریافت پاداش در هنگام پایان کار خویش است. باید 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 ۶ ماه تا یک سال است. اینکه وزیر مربوطه، برنامه سیاستگذاری را چگونه تعریف کند، از سوی انگیزش‌های 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 تصمیمی که 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. توصیه‌گران 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 کسب تجربه کنند. واکنش سیاستمداری که فردی از عزیزانش را در حادثه رانندگی از دست داده است ممکن است به صورت فشار وارد آوردن

**تغییرات برنامه‌های
سیاستی گاهی در
مواقعی ایجاد می‌شود
که نقش آفرینان 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.**

برای تصویب قانون اجباری شدن بستن کمر بند ایمنی و افزایش امنیت رانندگی بروز کند. ایدئولوژی و آموزش حرفه‌ای نیز از مواردی است که بر مسائلی که کارآفرین سیاسی انتخاب می‌کند، تأثیر می‌گذارد. به عنوان 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 پزشکی، 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 که از جانب گروه‌های طبی و بهداشت عمومی بر سر راه اصلاحات نظام سلامت دولت قرار می‌گرفت، غلبه کند اما اصلاحات به دلیل مقاومت‌های داخل و خارج از دولت نظامی کماکان 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 جلو برخی دیگر، به عنوان یا با برچسب تابو، گرفته شود. این ارزش‌ها و عقاید، به فرهنگ و سن 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 مرگ و میر 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 عمومی بسیاری 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 تبادل نظر چه در مصر و چه در سرتاسر جهان، باز کرد. این

فرهنگ عمومی

جامعه نیز بر فرایند

تنظیم برنامه تأثیر

می‌گذارد؛ زیرا سبب

می‌شود که برخی از

مباحثات به راحتی در

جامعه مطرح گردد و

جلو برخی دیگر،

به عنوان یا با برچسب

تابو، گرفته شود. این

ارزش‌ها و عقاید، به

فرهنگ و سن هر

کشور خاص (یا به

گروهی معین از

جمعیت کشور) در

دوره‌ای خاص از

زمان اختصاص دارد.

مورد نشان می‌دهد که موضوعاتی که زمانی تابو تلقی می‌شود ممکن است در مباحثات اصلاحات سلامت به‌عنوان 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، به‌صورتی که در زیر شرح خواهیم داد، یاری می‌دهد.

البته فرایندهای تنظیم برنامه ممکن است غیرقابل پیش‌بینی 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^(۱) دانشمند علوم سیاسی می‌گوید بهترین شانس برای تغییر موفقیت‌آمیز سیاست‌ها زمانی روی می‌دهد که سه جریان از رویدادها در کنار یکدیگر جمع شوند:

(۱) وضعیت عینی؛ جریان مشکل^(۲)

(۲) موجود بودن راه‌حل ممکن؛ جریان سیاست

(۳) 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. به‌طور 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 (فصل ۳) و اهداف اصلی عملکرد (فصل ۵) برای تعریف مشکلاتی که فکر می‌کنند باید به آنها پرداخته

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).

شود استفاده کنند. پس از آن باید از فرایندهای سیاسی برای توسعه و گسترش مقبولیت عمومی این تعاریف از مشکلات استفاده کنند تا بتوانند برنامه‌های سیاسی را شکل دهند.

بنابراین مجریان اصلاحات سلامت باید نگران امکان‌پذیری سیاسی^(۱) پروپوزال‌های سیاسی خاص باشند. آیا می‌توان این پروپوزال‌های سیاسی را پذیرفت و آیا می‌توان آن را اجرا کرد؟ اما مفهوم امکان‌پذیری، متغیر دوقسمتی بله/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^(۲) 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 امکان‌پذیری بودن هر سیاست، در واقع پرسش وجود درباره توصیه‌گران اصلاحات و خصوصاً خلاقیت، تعهد و مهارت‌های آنان (و البته مخالفان آنها) است. گذر از اصلاحات مراقبت سلامت، غالباً به معنی غلبه منافع قدرتمند یا کنار آمدن با منافی است که قویاً و با شدت از جایگاه‌های خود دفاع می‌کنند.

توصیه‌گران اصلاحات سلامت غالباً «تیم تغییر» را سازماندهی می‌کنند به مدیریت فرایندهای طراحی سیاست و به کارگیری آن بپردازند. این تیم‌ها مسؤولیت کارکردن و فعالیت با گروه‌های متنوع (از داخل و خارج دولت) را بر عهده دارند تا پیچیدگی‌های ترویج سیاست تغییر و تغییر سیاست‌ها را در مدیریت خود بگیرند. این تیم‌ها باید تعریف قابل قبول از مشکل و پیشنهادی امکان‌پذیر برای حل آن تهیه و ارائه کنند. تیم تغییر نه تنها نیازمند ظرفیت‌های

مجریان اصلاحات سلامت باید نگران امکان‌پذیری سیاسی پروپوزال‌های سیاسی خاص باشند. اما مفهوم امکان‌پذیری، متغیر دوقسمتی بله/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.

فنی برای طرح‌ریزی 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 به‌عنوان گروه مشاور برای دفتر رئیس‌جمهور فعالیت کند؛ یا به‌عنوان 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.

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.

تحلیل حاصل کار سه تیم تغییر در سه مورد از اصلاحات سلامت در کشورهای آمریکای لاتین (شیلی، کلمبیا و مکزیک)، چند خصوصیت^(۱) مشترک را نشان داد: همبستگی^(۲) ایدئولوژیک، مهارت‌های فنی بالا، کار کردن جدا و استفاده از شبکه‌های سیاستی. تیم‌های این کشورها با چندین وزارتخانه و نهاد خصوصاً وزارت اقتصاد و دارایی، وزارت برنامه‌ریزی و دفتر رئیس‌جمهور 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 کنند 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 دیگر 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. 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 هریک از بازیگران و نقش آفرینان داشته باشند و آن وقت به تهیه راهبردهایی اقدام ورزند که براین محاسبات تأثیر می‌گذارد و احتمالات را به نفع آنها سوق می‌دهد. این فرآیند نیازمند جمع‌آوری و تحلیل داده‌های سیاسی است از جمله واکنش‌های غیرعینی راجع به احتمال پاسخ نقش آفرینان 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 ارائه می‌کند: خصوصاً اینکه فرآیندهای سیاسی چگونه بر منشأ و اصل اصلاحات سلامت به‌عنوان یک مسأله، بر محتوای سیاست‌های اصلاحاتی و بر اجرای برنامه‌های پذیرفته شده تأثیر می‌گذارند. این چهار عامل عبارتند از:

- نقش آفرینان^(۱): مجموعه افراد و گروه‌هایی که در فرآیند اصلاحات دخیل اند و یا آنان که به سبب وابستگی به سرنوشت این سیاست، وارد معرکه می‌شوند؛
 - قدرت^(۲): قدرت نسبی هر نقش آفرین در بازی سیاسی (بر مبنای منافع سیاسی که هریک از آنها در اختیار دارد)؛
 - جایگاه و جبهه‌گیری^(۳): موقعیت و جایگاهی که هر نقش آفرین 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 نقش آفرین متمایل است برای ترویج یا مقابله با این سیاست، صرف کند)؛
 - درک^(۴): درک عمومی از سیاست از جمله تعریف مشکل و راه‌حل و عواقب مادی و نمادین برای نقش آفرینان خاص.
- این چهار عامل (نقش آفرینان، قدرت، جایگاه و جبهه‌گیری، 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 ارائه کند.

البته امکان‌پذیری سیاسی 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. به علاوه، 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 خود قواعد بازی را نیز تغییر دهند. در همان زمان، تغییر یا دستکاری برخی از عوامل از سوی مجریان اصلاحات سلامت، بسیار مشکل یا غیرممکن 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 منج 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 حرکات مختلف از سوی نقش‌آفرینان متفاوت، مقدور و امکان‌پذیر 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 دیگران غیرمحسوس و ناگهانی). امکان‌پذیری هر سیاست توسط قواعد و اینکه چه کسی آنها را کنترل می‌کند تعیین می‌شود؛ هیچ یک 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

هر نقش‌آفرین ممکن است تصمیماتی بگیرد که جایگاه و قدرت سایرین را عوض کند؛ بعضاً این تصمیمات ممکن است خود قواعد بازی را نیز تغییر دهند.

سیاستگذاری مثل بازی منج 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 حرکات مختلف از سوی نقش‌آفرینان متفاوت، مقدور و امکان‌پذیر است. اما یک تفاوت عمده هم وجود دارد: در سیاستگذاری، قواعد بازی ثابت نیست و ممکن است با جلو رفتن بازی، تغییر کند.

یک تفاوت عمده هم وجود دارد: در سیاستگذاری، قواعد بازی ثابت نیست و ممکن است با جلو رفتن بازی، تغییر کند.

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 احتمال ایجاد گیجی و سردرگمی 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 پر قدرت به گونه‌ای بسیج شوند که برای حفظ منافع‌شان، با روند اصلاحات مخالف 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 کم‌قدرت، برخورداری از پشتیبانی سیاسی قابل توجه از جانب آنها را با مشکل بیشتری مواجه می‌سازد.

ترکیبی از هزینه‌های متمرکز شده بر گروه‌های با سازماندهی خوب و مزایای پراکنده برای گروه‌های سازماندهی نشده است که مانکور اولسن^(۱) آن را دو راهی اقدام جمعی^(۲) 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.

ترکیبی از هزینه‌های متمرکز شده بر گروه‌های با سازماندهی خوب و مزایای پراکنده برای گروه‌های سازماندهی نشده است که مانکور اولسن آن را دو راهی اقدام جمعی می‌نامد.

شکل ۱-۴) نقش جایگاه نقش آفرینان عمده در اصلاحات سلامت در نظام سلامت جمهوری دومینیکن، سال ۱۹۹۵.

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

قدرت زیاد	
قدرت متوسط	
قدرت اندک	

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 سیاست پیشنهاد شده (از جمله شدت تعهد آنها) و منافع نهفته آنان. این تحلیل را می‌توان به صورت بصری (مشابه شکل ۱-۴) 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 نرم‌افزار 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^(۱) 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. بیانه‌های عمومی می‌تواند جایگاه عمومی نقش‌آفرینان 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

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، ارزیابی وضعیت و جایگاه فعلی آنها در ارتباط با سیاست پیشنهاد شده (از جمله شدت تهدید آنها) و منافع نهفته آنان.

سلامت، هر دو نوع نقش آفرینان را شامل می‌شوند؛ آنهایی که خارج از دولت هستند و آنهایی که داخل دولت‌اند. برای اصلاحات بخش سلامت در کشورهای جهان، یونسف و سازمان جهانی بهداشت نیز وجود دارد.

اصلاحات بخش سلامت مشخصاً دربرگیرنده 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 مصرف‌کننده محلی و منطقه‌ای، سازمان‌های زنان، اتحادیه‌های کارگران بیمه شده، بازنشستگان و گروه‌های نظامی و انتظامی؛
 - گروه‌های اقتصادی: کسب‌وکارهایی که برنامه‌های بیمه سلامت دارند، صناعی 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 سازمان‌های غیر دولتی توسعه.
- فهرست گروه‌های ذینفع، خود به اندازه 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 نقش آفرینان 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 مباحثات سیاستی، جایجا کرد.
- همچنین، هنگام بررسی گروه‌های بوروکراتیک، تحلیل‌گر سیاسی باید تصمیم بگیرد که کدام یک از بازیگران و نقش آفرینان را مدنظر داشته باشد و حد و مرزها را کجا قرار دهد. مثلاً آیا وزارت بهداشت، یک نقش آفرین منفرد است یا اینکه اجزای مختلف آن (مثلاً وزیر و کارکنان رتبه اول وی)، به‌عنوان

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.

گروه‌های مجزا، باید مدنظر 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 نقش آفرینان 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، نقش آفرینان 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، دربرگیرنده تغییراتی در تأمین مالی خدمات سلامت یا تغییراتی در بودجه وزارت بهداشت باشد؛
- سازمان تأمین 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 می‌رود پروپوزال اصلاحات دربرگیرنده تمرکززدایی^(۱) باشد؛

- وزارت خانه‌های 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 نقش آفرینان 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 نقش آفرینان سیاسی عمده را نیز مدنظر قرار دهد: افراد یا

انجام تحلیل سیاسی خوب، نه فقط علم، که هنر نیز هست. هدف، تعیین نقش آفرینان 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.

گروه‌هایی که قدرت خاصی در جهت سیاست مدنظر دارند. در برخی موارد، فردی بانفوذ و صاحب‌قدرت ممکن است قدرت و تو 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. نخست‌وزیر یا رئیس‌جمهور، 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.

وقتی که فهرست نقش‌آفرینان مشخص گردید (یعنی گروه‌ها و افرادی که با پروپوزال سیاستی پیشنهادی مربوط هستند)، گام بعدی، تخمین قدرت و میزان

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 هر یک از آنهاست. این امر نیازمند ارزیابی موارد زیر برای هر یک از نقش‌آفرینان است:

- منابع و جایگاه سیاسی نقش‌آفرین مربوط 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.

منابع سیاسی به دو شکل درمی‌آیند: 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 فرآیند 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 مربوطه را منتشر و پخش کنند، در

جدول ۱-۴) منابع قدرت سیاسی.

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

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 زیرساختار تشکل‌یافته‌ای در اختیار دارند (دفاتر، کارکنان، برق، تلفن، فاکس و رایانه)، مزیت عمده در فرآیند سیاستی خواهند داشت. این گروه‌ها، مرحله پرداخت هزینه تعاملات مربوط به سازماندهی خودشان را پشت سر گذاشته‌اند می‌توانند سرمایه‌گذاری خود را برای تأثیرگذاری بر موضوع و مسأله مدنظر 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، تقویت‌کننده تورش به سمت تغییر نکردن^(۱) و اینرسی است که در نظام‌های سیاسی دیده می‌شود، چراکه 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 عبارتند از مشهود بودن^(۲) و مشروع بودن^(۳). 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 صاحب‌نظر هستند و از دید سایر نقش‌آفرینان، منطقی و مشروع به نظر می‌رسند؛ بعلاوه، هر 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 بگنجانند و بر سیاست‌های بخش سلامت تأثیر بگذارد؛

منابع سیاسی به دو

شکل درمی‌آیند:

محسوس و نامحسوس.

منابع محسوس

عبارتند از پول،

سازمان، افراد، رأی‌ها،

تجهیزات و دفاتر؛

1- anti-change bias

2- Visibility

3- legitimacy

خصوصاً آنهایی که ارتباط مستقیم با منافع خودشان دارند (مانند پرداخت به ارایه‌کنندگان). شرکت‌های دارویی بین‌المللی غالباً به سبب منابع مالی و ارتباطات سیاسی شان 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. به‌طور خلاصه باید گفت که 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.

دومین مهم
نامحسوس دیگر
عبارتند از مشهود
بودن و شروع بودن.
گروه‌هایی که اعضای
آن به تصمیم‌گیرندگان
اصلی دسترسی دارند
(چه از طریق
تماس‌های فردی یا از
طریق مرادوات
قبلی)، بهتر از آنهایی
عمل می‌کنند که
ارتباطاتی با صاحبان
قدرت برقرار
نکرده‌اند.

ارزش انواع مختلف منابع سیاسی، تا حدی وابسته به ماهیت نظام سیاسی است. درجه دموکراسی در یک کشور که خود را به‌صورت آزادی بیان و آزادی اجتماعات نشان می‌دهد می‌تواند به‌گونه‌ای بنیادین، فعالیت‌های گروه را محدود سازد. این عوامل، توزیع قدرت را در جامعه و همچنین انواع مشارکتی را که در فرآیند سیاست‌گذاری روی می‌دهد، شکل می‌دهند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گروه‌های ذینفع به خوبی سازماندهی نشده‌اند و آگاهان سیاسی در دولت، بر فرآیندهای مربوط به تصمیم‌گیری غلبه پیدا می‌کنند (به دلایل ساختاری و ایدئولوژیک). کماکان برای سیاست‌گذاری سلامت، انجمن‌های پزشکان، اتحادیه‌های تجاری و انجمن‌های تولیدکنندگان دارویی، تأثیر عمیق 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 سیاسی شان از گفت‌وگوهای مربوط به سیاست‌ها، فهرستی^(۱) از منابع سیاسی که نقش آفرینان مختلف در اختیار دارند، تهیه کنند. تمایز بین منابع محسوس و نامحسوس، مفید

خواهد بود چرا که نقش آفرینان، راهبردهای خود را بر مبنای منابع شان پایه‌ریزی می‌کنند. این به معنی آن است که نقش آفرینانی 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 (به‌عنوان مثال، اقدامات مخالفت‌ورزانه یا چالش‌هایی نسبت به مشروع بودن سیاست). شما باید منابع سیاسی خودتان را بشناسید و راهبردهای خود را طبق آن طرح‌ریزی 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 سیاسی، (جایگاه) شما را به میزان قابل توجهی ارتقا دهد. از سوی دیگر، نقش آفرینان 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^(۱) گروه‌های اجتماعی مختلف مؤثر است. به‌عنوان 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^(۲) از نمایندگان هر گروه رهبران سیاسی را مجبور می‌کنند که توجه بیشتری به اقلیت‌ها صورت دهند نسبت به آن زمانی که قانونگذاری‌ها با ترکیب تک عضو برنده^(۳) صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، نظام‌های ترکیب تک‌عضوی، این مزیت را برای گروه‌های متمرکز از نظر جغرافیایی به همراه دارد که می‌تواند

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 سیاسی، (جایگاه) شما را به میزان قابل توجهی ارتقا دهد.

1- leverage

2- proportional

3- winner-take-all single member constituencies

پراکندگی آراء^(۱) را کنترل کند. اما چنین نظام‌هایی، موانعی نیز بر سر راه تأثیرگذاری گروه‌های پراکنده متشکل از معتقدان متعهد^(۲) (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 مواج^(۳) و گروه پایه^(۴)، تمایز صورت گیرد. گروه مواج، 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 طرف 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 حالی از عدم قطعیت باشد تا احزاب و طرف‌های رقیب را به حمایت و پشتیبانی از گروه تحریک کند. به‌عنوان 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 عقب‌نشینی کند. یکی از مثال‌های این امر، تلاش نخست وزیر هند آنال بهاری واجپایی^(۵) در مارس سال ۲۰۰۲ بود که سعی داشت هندوهای ناسیونالیست را که پایه حزب او به نام بهارایتا جاناتامی^(۶) بودند، او در موضوع ساختن یک معبد هندو در محل قبلی یک مسجد در آیودهی^(۷) با دادن امتیازات و وعده‌هایی آرام کند و به‌طور 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 به‌عنوان منبعی برای

1- swing seats

3- swing

5- Atal Behari Vajpayee

7- Ayodhya

2- committed believers

4- base

6- Bharatiya Janata Party

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 دعوای مدوام 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.

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.

۲-۴) جایگاه و جبهه‌گیری 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 منافع خودش را دنبال نکند. اما در بسیاری از موارد، منافع، جایگاه سیاستی را شکل می‌دهند. به‌عنوان 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 مخالف 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 نقش‌آفرین 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 پیش‌می‌روند 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. به‌عنوان 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^(۱) و مصالحه^(۲) و هم دربرگیرنده ارزش‌هاست. به‌عنوان 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.

به‌عنوان بخشی از این تحلیل، ما همچنین نیاز داریم که توصیفی از شدت و قوت جایگاه فعلی هر گروه درباره سیاست موردنظر در اختیار داشته باشیم. گروه تمایل دارد که چه میزان از منابع موجود خود را برای ترویج این جایگاه و جبهه‌گیری صرف کند؟ به‌عنوان مثال، رهبر گروه چقدر زمان صرف این مسأله می‌کند؟ آیا این گروه، بخش عمده‌ای از منابع مالی‌اش را بر روی این مسأله هزینه می‌کند؟ آیا این مسأله، موردی است که گروه تماماً به مبارزه برای آن (به‌عنوان 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 اثربخش 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 تمایل کلی خود، دست به مخالفت می‌زند، تفاوت دارد با وزیری که قویاً متعهد و پیگیر جایگزین و برنامه‌ای دیگر است. در مثال دوم، تصور کنید که انجمن پزشکی، قویاً به مخالفت با برنامه جدید تعرفه‌های پزشکی در برنامه ملی

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 خودگروه
هم واضح و شفاف
نباشد و گروه نیز لزوماً
ممکن است منافع
خودش را دنبال نکند.

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 جبهه‌گیری 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 بر عهده 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 جایجایی^(۱) 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 جایجایی عمده و قابل توجه می‌شود. به‌عنوان مثال، سیاست دولت مبنی بر محدودسازی واردات داروهای گرانقیمت به واسطه سیاست داروهای اساسی، احتمالاً منجر به مخالفت جدی از سوی شرکت‌های دارویی چند ملیتی و انجمن‌های صنایع مربوطه خواهد شد. از طرف دیگر، تصمیماتی که تصور می‌رود تأثیرات حاشیه‌ای و لب‌مرزی بر اعضای گروه‌های دارای سازماندهی ضعیف دارند ممکن است منجر به چنین جایجایی‌هایی نشود. به‌عنوان مثال، سیاست افزایش پرداخت‌های مصرف‌کنندگان^(۲) 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 فرآیند تهیه و تدوین برنامه‌ها و جایگاه‌ها خواهد بود. چنانچه حزبی، اصلاحات بخش سلامت را به‌عنوان 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 مدنظر 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؟ بیشتر اشاره کردیم که امکان‌پذیری سیاسی اصلاحات بخش سلامت (و به صورت کلی‌تر اصلاحات سیاستی)، با عوامل زیر شکل می‌گیرد: جایگاه نقش آفرینان، قدرت هر نقش آفرین، تعداد نقش آفرینان 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 جبهه‌گیری: چانه‌زنی برای تغییر موضع

نقش آفرینان

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

یکی از رویکردهای چانه‌زنی ممکن است پیشنهاد تغییر جزء خاصی از محتوای سیاست باشد تا انگیزشی برای جابجایی نقش آفرینان و بازیگران خاص به نفع سیاست مذکور، برای تعویض موضع آنان یا ابراز مخالفت کمتر از سوی آنان باشد. مثلاً ممکن است، چنانچه فقط بخشی از درآمد حاصل از مالیات افزون‌تر دختانیات 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 به 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 مورد نظر همکاری کند به شرط آنکه طرف مقابل درباره مسأله‌ای دیگر وعده‌هایی را بر عهده گیرد. چنین زد و بند 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 شمار پزشکانی که در نواحی شلوغ (یعنی مطلوب) طبابت می‌کنند موافقت کند. یا مثلاً تصور کنید استان‌ها، از دولت مرکزی می‌خواهند که مسئولیت 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، سرباز 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.

۲-۵) 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 نقش آفرینان 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 که 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 عمومی به مهارت، بی‌طرفی^(۱)، وفاداری ملی و دیگر ارزش‌های مثبت اجتماعی آنان جلب شود.
- راهبرد سیاسی قدرتمند، عکس این اقدامات را نسبت به مخالفان انجام می‌دهد:
- با تحریک افراد جهت مشارکت نکردن و 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 ارائه نکردن اطلاعات) امتناع کنید؛ آنان

را بی‌خبر و خارج از گود نگه دارید؛

- دسترسی مخالفان به تصمیم‌گیرندگان اصلی را کاهش دهید؛
 - رسانه‌ها را وادارید که دیدگاه‌های مخالفان را پوشش ندهند؛ آنها را غیر متخصص، در بند منافع خود، بر عهد و غیره بنمایانید.
- راهبردهای قدرت، ممکن است در تمام موارد، اثربخش یا اخلاقی نباشند. فهرست بالا، نشان‌دهنده چند مثال از انواع جنش‌ها و جابه‌جایی‌های مبتنی بر قدرت است که هر استراتژیست 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.

۲-۵) 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 در صددند نقش‌آفرینانی را که تاکنون سازماندهی نشده‌اند به خود جلب کنند و از جابه‌جایی آنهایی که سازماندهی شده‌اند، جلوگیری به عمل آورند. این کار به معنی تغییر توازن نقش‌آفرینان جابه‌جا شده از طریق به‌کارگیری 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 نه‌چندان اندک دخیل شدن در مسأله‌ای را که تاکنون از آن غافل بوده‌اند، پردازند؛ 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 پروپوزان مطرح شده و عواقب آن ممکن است برای جابه‌جا شدن آنان به‌عنوان 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 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. به‌عنوان مثال، کارگران ممکن است نگران عواقب برنامه جدید بیمه سلامت خصوصی رقابتی باشند؛ اما اگر به‌صورت اتحادیه کارگری سازماندهی نشده باشند، رسیدن به دیدگاه جمعی نسبت به سیاست پیشنهاد شده (و تأثیرات احتمالی آن بر پیش پرداخت و فرانشیزها) و اقدام به‌عنوان یک گروه و حفاظت از منابع‌شان، مشکل خواهد بود.

جلوگیری از جابه‌جایی و حرکت کردن گروهی هم که موضع خود را اعلام داشته است 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 به‌صورت 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 به اندازه بحث‌های مبتنی بر منافع سیاسی بر قدرت است. به مثال زیر توجه کنید: «سناتور! می‌دانم که طرفداران‌تان از شما می‌خواهند که این کار را انجام دهید اما

آنها کوتاه‌بین هستند. این سیاست، به دلایل زیر تأثیر منفی بر ملت خواهد گذاشت... بنابراین احتمالاً لازم است که یک یا چند بار دربارهٔ این موضوع برای مردم منطقه خود سخنرانی کنید اما همزمان لزومی ندارد 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 منسحب می‌شود.

راه آخر تغییر تعداد و توازن نقش‌آفرینان جابه‌جا شده، به مدافعان اصلاحات امکان دهد که گروه‌های جدید را از سیاستمداران را جابه‌جا کنند و یا برخی از موانع موجود بر سر راه اصلاحات را دور بزنند. توانست 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 پیش شرط 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 ضد‌ایدز، 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 جبهه‌گیری 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 عمومی باعث جلوگیری از حل مسأله آنها در حوزه کاملاً قانونی می‌شود.

بنابراین می‌توان از راهبردهای سیاسی برای تغییر تعداد نقش‌آفرینان جابه‌جا

شده و تأثیر گذاردن بر امکان‌پذیری سیاسی اصلاحات سلامت استفاده کرد. نقش آفرینان جدید می‌توانند وارد گفتمان و گویای سیاسی شوند و کنترل جایگاه‌ها را به دست بگیرند و نقش آفرینان 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 نقش آفرینان جابه‌جا شده را در جهت تغییر دهند که به نفع برنامه خود آنان باشد.

۴-۵) راهبردهای مبتنی بر درک: تغییر درک نسبت به مشکل و راه حل آن

تاکنون، ما درباره راهبردهای سیاسی با تمرکز بر ذینفعان صحبت کرده‌ایم: نقش آفرینان، 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 سازمان یافته و بازیگران بوروکراتیک مشخص صورت می‌گیرد و در خلال فرآیندهای 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 عمومی نسبت به مسأله را تغییر دهد. این رویکرد راهبرد سیاسی اثربخشی برای تأثیرگذاری بر رهبران بوروکراتیک و سیاسی و همچنین مخاطبان عمومی خواهد بود. حتی در نظام‌های سیاسی نسبتاً بسته، قالب‌بندی مجدد^(۱) مسأله جایگاه‌ها، جبهه‌گیری‌ها و قدرت نقش آفرینان 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 بر تعارض‌اند. همه این موارد دربارهٔ 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. اینکه 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 می‌دهد که سهم مشارکت‌هایشان را از نظام بیمه تک‌قطبی ملی خارج کنند. مخالفان، این پروپوزال را به عنوان «خصوصی‌سازی» معرفی می‌کنند و کاهش ناهنجاری 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. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که قالب بندی 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 مثل 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^(۱) 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 ضد دولتی و هراس از دست دادن استانداردهای زندگی، سر و کار یافت.

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. به‌عنوان مثال، این پروپوزال مؤسسات جدید را برای رقابت مدیریت شده در نظر گرفته بود که در ابتدا تحت عنوان «تعاونی‌های خریدار بیمه سلامت»^(۲) شناخته می‌شدند؛ واژه‌ای که تعداد اندکی از مردم قادر به درک، تلفظ یا به خاطر سپردن آن بودند. سپس نام آنها به

1- Harry and Louise

2- health insurance purchasing cooperatives

«اتحادیه‌های سلامت»^(۱) تغییر یافت که اندکی قابل فهم‌تر به نظر می‌رسید اما کماکان برای بسیاری از افراد، گنگ بود. درکل حامیان اصلاحات نتوانستند نمادهای اثربخشی پیداکنند 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 که یکی از تکنوکرات‌ها بعداً بیان کرد: «بسیاری از افراد نمی‌توانستند درک کنند که پیشنهاد ما چیست. بخش‌های بسیار متعدد و ایده‌های بسیار مختلف ارائه شده بود که حتی بسیاری از صاحب‌نظران سیاستی نیز نمی‌توانستند کاملاً قضیه را پیگیری کنند».

مجریان اصلاحات سلامت که از نظر مهارت‌های فنی آموزش دیده باشند، غالباً در طراحی راهبردهای سیاسی برای شکل‌دهی دیدگاه‌های عمومی با 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 فرآیند مذاکره^(۲) است. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های نظام‌مند متعدد درباره این فرآیندها، 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 خواهند بود که از دیدگاه بُرد-بُرد مطرح شوند نه از دیدگاه بُرد-باخت. چالش کلیدی در مذاکره این است که به دنبال راه‌حل‌های ارزش‌زا^(۳) 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 راه حل‌های ارزش‌زدا^(۴) پیش ببریم؛ این امر باعث بیشتر شدن تفاوت‌ها و مشکل‌تر شدن دستیابی به توافق می‌شود. در بحث ما راجع به راهبردهای چانه‌زنی که

1- health alliances

2- negotiation

3- value-creating

4- value-dividing

بیشتر مطرح گردید، مثال‌های چندی ارائه کردیم که مدافعان اصلاحات در آنها به ارتقای وضعیت موجود پرداختند و مخالفان احتمالی نیز در این میان به منافع دست یافتند. به عنوان مثال زمانی که برنامه اصلاحات، منابع درآمدی جدیدی 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 پرو پوزال پیشنهادی نزد 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 - ساخت 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 مسؤلیت بودجه را قبول نخواهند 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 مسؤلیت‌پذیری بابت بودجه، 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^(۱) به جای مقابله‌های^(۲) موردی خاص

است. در مذاکره مبتنی بر اصول، طرفین تلاش می‌کنند که قویاً دربارهٔ مجموعه‌ای از اصول که موقع حل و فصل مناقشات از آنها استفاده می‌کنند، به توافق برسند؛ پیش از آنکه وارد جزئیات مشکلات شوند. به‌عنوان 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 نه در جهت منفی؛ یا اینکه حداقل محیطی خنثی و حرفه‌ای به‌وجود آورند. مذاکره و گمانه‌زنی، فرآیندی 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، مدنظر داشت.

لحن و آهنگ مذاکرات، بسیار حائز اهمیت است چرا که اصلاحات، ندرتاً فرآیندی یک‌باره و تک‌زمانی است. در عوض اصلاحات معمولاً فرآیندی 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 مجموعهٔ مذاکرات، توافقات موفق، دستیابی به توافقات‌های ارزنده را ممکن می‌سازد؛ عکس این موضوع نیز صحیح است. بعد حیاتی و اساسی، اعتماد میان بازیگران و نقش آفرینان است. به‌عنوان 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 دربارهٔ فرآیند 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 و 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 شناسید، 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)^(۱). هرچقدر 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 فرآیندی 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 به سیاست اقتصاد سلامت نباید صرفاً به‌عنوان مشکلی ابزاری یا ماکیاولیایی 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 فصول پیشین تأکید کرده‌ایم، ارزش‌ها شکل دهنده محتوای اصلاحات است؛ اما همین ارزش‌هاست که فرآیندهای ترویج و بهبود اتخاذ برنامه اصلاحات را شکل می‌دهند. در این صورت، چگونه مجریان اصلاحات سلامت می‌توانند مسائل اخلاقی مربوط به فرآیند سیاسی اصلاحات را ارزیابی کنند؟

بحث این فصل تاکنون مبتنی بر شرایطی بوده است که مجریان اصلاحات سلامت می‌توانند و باید مشارکت‌کنندگان فعال در فرآیند سیاسی (که جامعه از آن در تصمیم‌گیری درباره سیاستگذاری دولت استفاده می‌کند) باشند و تقریباً همیشه هم این شرایط را خواهند داشت. این امر بیان می‌دارد که دیدگاه کلاسیک مدیریت عمومی نسبت 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، آن وقت دنبال کردن تهاجمی 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، طرح ریزی 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 سؤالاتی 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 پایداری 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 درون‌نگرایی (نگرش به درون) و هم برون‌نگرایی داشته باشند تا بتوانند چالش‌های فردی‌شان را با تغییر و تبدیل‌های وسیع‌تر اجتماعی مرتبط سازند.

یکی دیگر از جنبه‌های اخلاق در فرآیندهای اصلاحات، از دیدگاه‌های اخلاقی خود ما درباره اهمیت افزایش شفافیت و تلقی اجباری بودن گفت‌وگو با مردم توسط کارشناسان فنی ناشی می‌شود. در درون فرآیند 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 محدود 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 فرآیند اجتماعی دست و پنجه نرم کردن با آنچه برای جامعه‌ای خاص ارزش دارد مشارکت می‌ورزد 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 فرآیند 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 به‌طور دایم از خود درباره ارزش‌هایی که برای خود آنان مطرح است بپرسند و پاسخ دهند، اینکه معتقدات اخلاقی شخص آنها تا چه اندازه 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^(۱) 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 فرآیند اجرا نیز مواجه هستند؛ خصوصاً 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 مهمی بین 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 فرآیندی که در ابتدا باعث تدوین سیاست شده است. اپل بوم^(۲) 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 غیر دقیق 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 مربوط 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 مسئولیت‌هایی 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 مدنظر نخواهد شد، همیشه کار ساده‌ای نیست. اما معتقدیم که از مجریان اصلاحات هوشمند اصلاحات می‌توان انتظار داشت که این نقش را در سرتاسر چرخه اصلاحات ایفا کنند.

این چالش‌ها باعث شده است که اصلاحات بخش سلامت، چیزی فراتر از یک فرآیند 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 عمومی برخورد نمایند. ■

اهداف ارزشیابی نظام‌های سلامت

۱) مقدمه

چگونه می‌توان از بحث فلسفی فصل ۳ 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: (۱) وضعیت سلامت جمعیت، (۲) رضایتمندی شهروندان از نظام [سلامت]، و (۳) 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. به صورت خاص این بحث را مطرح خواهیم کرد که اولاً ملاحظات هزینه‌ای و ثانیاً ارزش‌های اجتماعی و فرآیندهای 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 وسط»^(۱) 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 فرآیند 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 آنرا صریحاً اعلام کنیم تا دیدگاه‌های مختلف همچنان بتوانند از چارچوب تدوین شده حاضر برای طرح سؤالات ارزشیابی به‌صورتی شفاف و مشخص استفاده کنند.

۲) 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 ۲۰۰۰ اخیر 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 کتاب متفاوت است. ما می‌خواهیم مشکلات عملکردی را که در فرآیند 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 ۲ 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»^(۱) (به فصل ۷ مراجعه کنید) پردازد 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^(۲) 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 به‌صورتی که ما توصیه می‌کنیم تدوین و تنظیم نمی‌کنند. زمانی که پرسیده می‌شود «مشکل کشور شما چیست؟» آنها برخی ویژگی‌های نظام‌های خود را به‌عنوان پاسخ ارائه 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 به‌نظر 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؟ به‌طور 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. به‌عنوان مثال عملکرد ضعیف یک کشور در مقایسه با همسایگان آن یا نسبت به عملکرد قبلی خود آن کشور می‌تواند به بسیج شدن حمایت‌های عمومی برای اصلاحات کمک کند. همچنین

مقایسه‌های بین گروهی 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 عمومی نامرتبط 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 عده اندکی سنجه‌های نوسان، مثل انحراف معیار، دامنه میان چارکی یا ضریب جینی را درک می‌کنند. بنابراین ما وقت زیادی را برای پیگیری بحث در مورد این جایگزین‌های آماری صرف نمی‌کنیم.

همچنین عدالت^(۱) 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 ۳ در ۲ را مدنظر داشته باشند: ۳ هدف عملکردی و ۲ آزمون اخلاقی برای کاربرد هر کدام. با این حال، به‌طور 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 به‌عنوان 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 اهمیتی بیشتر نسبت به دیگر شاخص‌ها بدهند. به‌عنوان 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 سراسر جهان همکاری داشتیم، مدام مسائل سیاسی خاصی را شاهد بودیم. همان‌گونه که در فصل ۴ ذکر شد، از آنجا که ما به حقانیت و اهمیت سیاست در فرآیند اصلاحات اعتقاد داریم، از نظر ما هرگونه هدف عملکردی باید نشان‌دهنده و مجسم‌کننده این 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 ۳ 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 سنجها باید مسائل اخلاقی مهمی را که بر اثر فرآیند 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 علی آنهاست. ما خواهان سنجه‌های عملکردی هستیم که سیاست‌های مختلف بر آنها اثر واضح داشته باشند. به‌عنوان 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 علی را در برمی‌گیرد، در حالی که نشاط به‌عنوان معیار کلی چنین خصوصیتی را ندارد.

آنچنان که در بخش‌های بعدی خواهیم دید، تبدیل سنجه‌های عملکردی 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.

۳) اهداف عملکردی بخش سلامت

۳-۱) وضعیت سلامت

وضعیت سلامت^(۱) 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 علی 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 ۱-۵ 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 تمامی کشورها 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 سنجش‌های آنان برای سنجش تفضیلی آن چه خواهد بود - شروع کنند.

جدول ۱-۵) تصمیم‌گیری‌های مورد نیاز برای تهیه یک شاخص وضعیت

سلامت

هنگام تصمیم‌گیری در این مورد که 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 سنج‌های منطقی و مناسب بار بیماری مثل سال‌های زندگی تعدیل شده برحسب کیفیت (QALY)^(۱) یا سال‌های زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی (DALY)^(۲) در دسترس نباشد می‌توان بیماری‌هایی را هدف قرار داد 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).

مجریان اصلاحاتی که به عدالت توزیع وضعیت سلامت اهمیت می‌دهند، به اطلاعاتی درباره تنوع پیامدهای سلامت در جمعیت نیاز خواهند داشت. به‌عنوان مثال آیا مناطق، گروه‌های قومی یا طبقات اجتماعی - اقتصادی خاصی وجود دارند که میزان امید به زندگی یا مرگ‌ومیر مادران در آنها بدتر از بقیه باشد (به‌عنوان مثال جمعیت‌های قبیله‌ای در هند یا استان‌های جزیره‌ای در مالزی)؟ در واقع این فرآیند از میانگین عملکرد خود کشور به‌عنوان معیار سنجش برای شناسایی آن دسته از مشکلات عملکردی که نیازمند توجهند استفاده می‌کند (در قسمت‌های بعدی هنگامی که به‌طور 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؟ به‌عنوان 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 ۵ سال (یا بیشتر) زیر میانگین ملی و میزان‌های مرگ‌ومیر مادران و شیرخواران آنها ۲ برابر میانگین ملی است، تا چه اندازه باید اهمیت قابل شونده. پاسخ به چنین سؤالاتی به ناچار بر اساس ارزش‌ها و فرآیندهای 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 هزینه‌اثربخش باشند. در واقع برخی کشورها که در آنها نابرابری توزیع خدمات در مناطق مختلف جغرافیایی بیشتر از دیگر کشورهاست (مثل ترکیه) میانگین وضعیت سلامت کمتر از کشورهای مشابه (به‌عنوان 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 دور دست باشند یا با طیف گوناگونی از نارسایی‌های اجتماعی و اقتصادی دست به‌گریبان باشند. به‌عنوان 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 به‌منظور 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 هزینه‌اثربخش 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.

۲-۳) رضایتمندی شهروندان

دومین معیار اصلی عملکرد، میزان رضایت شهروندان از خدمات ارائه 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. به علاوه، این هدف به ما امکان می‌دهد که خصوصیات مختلف نظام سلامت را جدا از تأثیر آن بر وضعیت سلامت بررسی کنیم. به عنوان مثال فرآیند مراقبت تا چه اندازه 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 بازهم 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 ارزشیابی 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 ضعیف 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 عادات‌ها رضایتمندی آنها را افزایش می‌دهد. تصمیم گرفتن درباره سرکوب یا اجتناب از چنین تعارض‌هایی (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^(۱) افراد برای انواع مختلف منافع است. به‌عنوان مثال برای ارزش‌گذاری زندگی انسان از افراد سؤالاتی نظری در مورد تمایل‌شان به قبول خطرات خاص در ازای پرداخت‌های مختلف می‌شود - که به این مطالعات، «مطالعات ارزش‌گذاری محتمل»^(۲) گفته می‌شود. این مطالعات نشان داده‌اند که میان آنچه نظریه تصمیم‌گیری آن را منطقی می‌داند و الگوهای رفتاری مردم در تصمیم‌گیری، همخوانی وجود ندارد. به‌عنوان 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^(۳) 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 به‌طور 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 دهند. 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.

1- willingness to pay

2- contingent valuation study

3- consumer survey

قضاوت در مورد عملکرد یک کشور در زمینه رضایتمندی، ملاحظات مربوط به عدالت را نیز در برمی‌گیرد. 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 به‌صورتی خاص به ارتقای وضعیت این گروه‌های ناراضی در جامعه علاقمند باشند.

به‌طور 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 به‌عنوان 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 هنگامی که این هدف با دیگر اهداف در تعارض قرار گیرد یا زمانی که واکنش‌های شهروندان به لحاظ اخلاقی مشکل‌زا باشد، این مسائل باید به‌طور مستقیم توسط مجریان اصلاحات سلامت که در تلاش برای انجام قضاوت‌های اولویت‌دار یا ارزشیابی عملکرد کشورند بررسی شود.

۳-۳) 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 به اندازه پیشگیری از ناتوانی و مرگ زود هنگام اهمیت دارد. به‌طور 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 به‌صورت 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 به‌صورت مستقیم پرداخت نکنند، این کار به‌صورت 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 خطرناک می‌شوند، 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. هرچه فرد به سطح 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، 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 به‌صورت 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 پایه 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 مصرف‌کنندگان به بخش دولتی اعتماد کامل نداشته باشند ممکن است در زمان بیماری ناگزیر خدمات

موردنیاز در بخش خصوصی 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 هستند 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 غیر هزینه-اثر بخش 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. 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.

۴) 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 فعالیت‌ها را «نظام سیاستگذاری اجتماعی و اقتصادی» می‌نامیم. شکل ۱-۵ 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 ۱-۵ 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 مشخصات عملکردی واسطه‌های 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 ۱-۵ آنها را تحت عنوان «محیط سیاسی، فرهنگ، تاریخ و نهادها» مشخص کرده‌ایم.

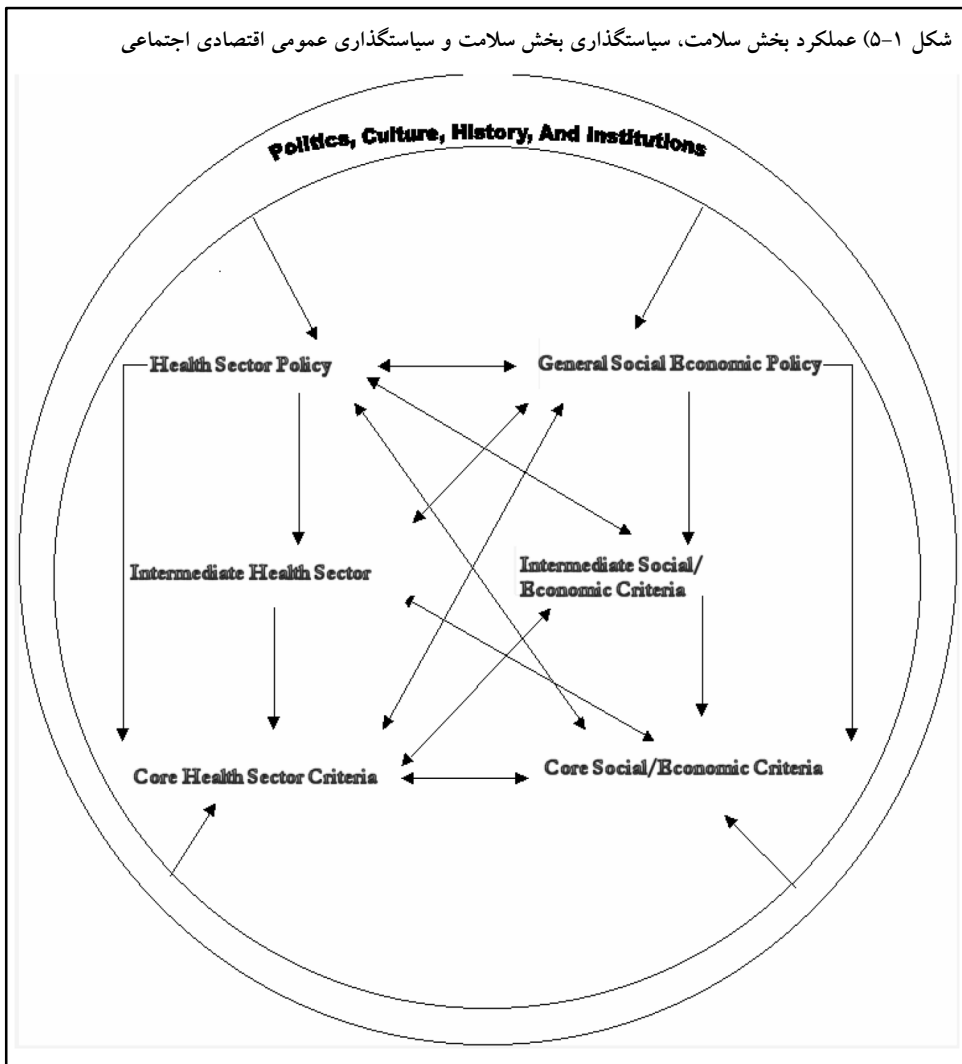
این تعامل‌ها دوسویه‌اند. به عنوان مثال مالیات سیگار منجر به کاهش سیگار کشیدن می‌شود، اما از طرف دیگر در مناطق کشت توتون بر رشد اقتصادی تأثیر سوء می‌گذارد. تصمیم‌گیری‌های کلی اجتماعی و اقتصادی (به عنوان مثال تعهد دولت برای منطقه‌ای سازی) به نوبه خود ممکن است به تغییراتی در بخش سلامت منجر شود. از این رو،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

۱-۴) نقش هزینه در تعریف مشکل

در فصل ۱ ذکر شد که زمینه جهانی اصلاحات بخش سلامت، غالباً تضاد میان افزایش هزینه‌ها و افزایش توقعات از یک سو و محدودیت ظرفیت

شکل ۱-۵) عملکرد بخش سلامت، سیاستگذاری بخش سلامت و سیاستگذاری عمومی اقتصادی اجتماعی



پرداخت از سوی دیگر را در بر می‌گیرد. در واقع اغلب نه سطح هزینه‌هاست، بلکه تغییر ناگهانی هزینه‌ها یا حتی تغییر در سرعت رشد هزینه‌ها که باعث جلب توجه سیاسی می‌شود. نتیجه چنین توجهی ایجاد حالتی است که ما آن را دوراهی هزینه - عملکرد می‌نامیم.

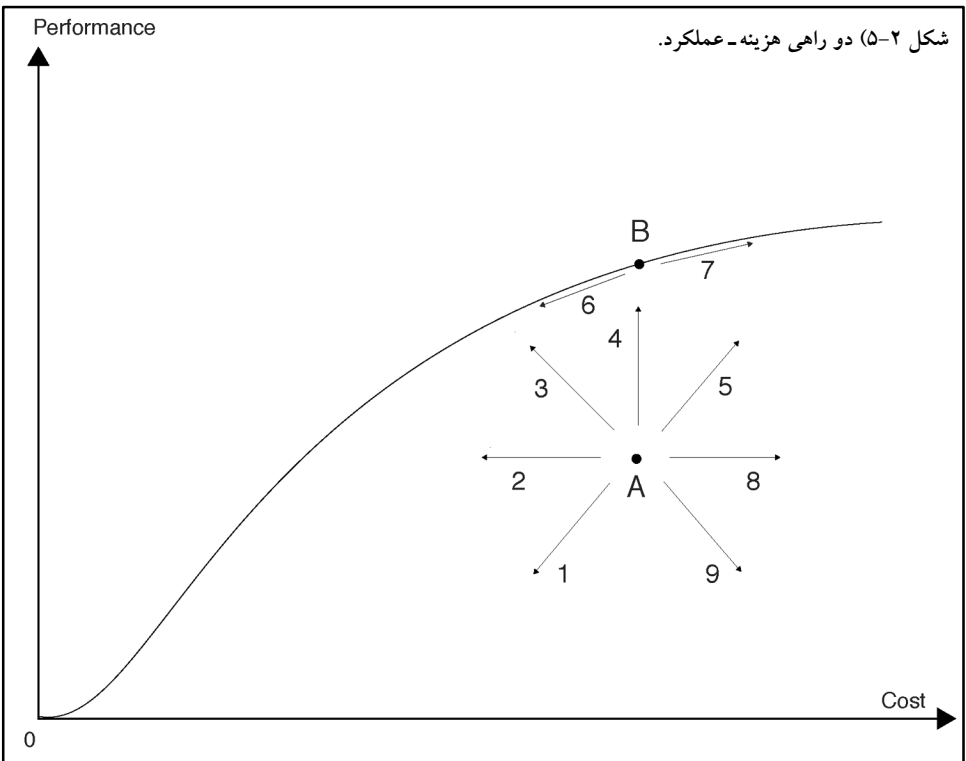
داده‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که در کشورهای مختلف هزینه‌های مشابه برای تأمین سلامت به نتایج بسیار مختلف منجر می‌شود. برخی کشورها با صرف

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. به‌عنوان 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 یک 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 هرگونه 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 ۲-۵ قرار می‌گیرند که پیکان‌هایی در اطراف آن واقع شده است؛ در چنین شرایطی عملکرد بهتر با هزینه‌های موجود امکان‌پذیر است. این کشورها برای چگونگی تغییر ارتباط میان هزینه و عملکرد پنج گزینه را پیش رو دارند:

- (۱) پذیرفتن عملکرد تاحدی کمتر به منظور کاهش قابل ملاحظه هزینه‌ها
- (۲) صرفه‌جویی هرچه بیشتر بدون کاهش پیامدها
- (۳) ارتقای کارایی به هر دو منظور کاهش هزینه‌ها و افزایش عملکرد
- (۴) به حداکثر رساندن عملکرد با بودجه کنونی
- (۵) ارتقای عملکرد به میزانی که نیازمند صرف پول بیشتر باشد.



بیاید 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 ۱ یا ۲ در شکل ۲-۵ 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 ۴ یا ۵ در شکل ۲-۵ نشان داده شده است.

علاوه بر این شکل ۲-۵ 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 ۶ و ۷ در شکل ۲-۵).

علاوه بر این در دنیای واقعی گاهی تغییراتی مثل پیکان ۸ نیز رخ می‌دهد. در این موارد هزینه‌ها افزایش می‌یابد بدون اینکه عملکرد ارتقا پیدا کند، به‌عنوان مثال زمانی که فشاری سیاسی برای افزایش استخدام خویشتان‌اندان یا دوستان وجود داشته باشد. حتی چنان که می‌دانیم تغییراتی مثل پیکان ۹ یعنی افزایش

هزینه‌ها و کاهش عملکرد، نیز رخ می‌دهد. شواهد تاریخی نشان‌دهنده آن است که کنترل‌های نظارتی جدید در نظام مدیگر ایالات متحده در سال‌های اخیر کارکردی این‌گونه داشته است.

نقش آفرینان مختلف در عرصه مباحثات اصلاحات سلامت، اغلب در مورد ماهیت دو راهی هزینه - عملکردی که کشور با آن مواجه است اختلاف‌نظر دارند. وزرای اقتصاد اغلب معتقدند که کشور در نقطه A قرار دارد و نیازمند تغییراتی مثل پیکان ۳ - عملکرد بیشتر و هزینه کمتر - است. وزیر بهداشت در مقابل به این استدلال گرایش دارد که نظام در نقطه B قرار دارد و پیکان ۷ - 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 مسئولیت‌های خود را به صورت کامل انجام نداده است.

در زمینه‌های مختلف، جنبه‌های مختلف هزینه به کانون توجه تبدیل می‌شود. دولت‌ها اغلب تنها به هزینه‌های بودجه‌ای خود توجه دارند. از سوی دیگر حتی در کشورهای فقیر بخش قابل توجهی 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) بخش 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 پرسند که آیا افزایشی که بر اثر پرداخت‌های بیشتر در سطح سلامت پدید می‌آید در قیاس با زبانی که از هزینه کمتر برای سایر برنامه‌ها ناشی می‌شود (مثلاً آموزش یا حفاظت از محیط زیست) می‌ارزد یا خیر.

صرف‌نظر از روش مورد استفاده، هرچه 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 به‌صورت تصاعدی پاسخ می‌دهند. به این صورت که در جستجوی تعادلی معقول و منطقی، سطوح پرداخت‌ها و ترتیبات مالی را به‌صورت 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 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 مسؤول، در گفتن حقیقت به شهروندان در مورد انتخاب‌های پیش‌رو و همچنین در شکل دهی به پاسخ‌های اجتماعی مؤثر پیشقدم شوند. در دنیایی که منابع و دانش در آنها همیشه محدود است، نمی‌توان به حل تمامی مشکلات پرداخت.

۲-۴) 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 چه اندازه 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. به‌عنوان 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»^(۱) 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 به انداختن مسئولیت 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 درخواهد آمد؟ با این حال اغلب برای مجریان اصلاحات نظام سلامت، هرچه سؤال حاشیه‌ای بیشتر قابل مهار و حل باشد، متناسب‌تر است. با وجود این، اثرات تصاعدی هرگونه تغییر در نظام مالی احتمالاً پاسخ سیاسی محکمی را بر می‌انگیزد. 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»^(۲) 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 «نسبتی»^(۱) گفته می‌شود. مالیاتی که با افزایش درآمد بیشتر شود، که عمده‌ی بار آن بر دوش ثروتمندان خواهد بود، مالیات پیش‌رونده یا صعودی^(۲) نام دارد. در صورتی که درصد بیشتری از درآمد فقرا را شامل گردد، مالیات «نزولی»^(۳) 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 بسیار سنگین‌تر بر فقرا تحمیل می‌شود. (البته باید توجه داشت که ممکن است ثروتمندان در مقایسه با فقرا 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 از راه مالیات بر حقوق و دستمزد تأمین مالی می‌شوند، 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) صعودی 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 پردازند.

برای در نظر گرفتن چنین امکاناتی لازم است مجریان اصلاحات هنگام ارزشیابی توزیع هزینه‌های مراقبت سلامت، به‌طور هم‌زمان توزیع منابع را نیز در نظر داشته باشند. به‌عنوان 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»^(۱) 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 جهت 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 برابری 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.

۳-۴) زمینه فرهنگی و فرآیند 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 مطرح باشند که در درازمدت قابل تعدیل اند. چنین تعامل‌هایی احتمالاً در ۳ زمینه مختلف پیش می‌آید: (۱) در تعریف اهداف عملکردی - و اهمیت نسبی اختصاص یافته به آنها - که به نوبه خود اولویت‌های اصلاحات را تعیین می‌کنند، (۲) در راهبردهای اصلاحات که هر کشور بر می‌گزیند و (۳) 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 ۴ تشریح شد، فرآیند تعیین اولویت‌های اصلاحات همواره فرآیندی سیاسی و دربرگیرنده کشمکش کارآفرینان مختلف، تابوهای فرهنگی و گروه‌های ذینفع اقتصادی و سیاسی است.

فرمولاسیون زیر می‌تواند برای افراد دارای پس زمینه‌های اقتصادی یا ریاضی کمک‌کننده باشد. به سنجش‌های عملکرد می‌توان به‌عنوان محورهای یک نمودار که «فضای عملکرد بخش سلامت» را مشخص می‌کند، نگاه کرد. برای انجام قضاوتی درست میان پیامدهای جایگزین، به یک «تابع چندگانه»^(۱) 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 فرآیند تعیین اهداف و اولویت‌های اصلاحات دارند (و باید هم چنین باشد).

راه دوم نفوذ فرهنگ و سیاست در فرآیند اصلاحات، از طریق راهبردهای گسترده‌ای است که کشورها در فرآیند 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 به اندازه کافی بزرگ باشد ممکن است سبب زیر سؤال رفتن پنداره‌ها یا تجدید نظر در قوانین قدیمی شود. 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. به‌عنوان مثال خصوصی‌سازی نظام مراقبت سرپایی سابقاً دولتی در اسلوواکی 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 متعددی جوامع که مستقیماً بر بخش سلامت تأثیر می‌گذارد ناشی می‌شود. فهرست هنجارهای فرهنگی بالقوه مرتبط، طولانی‌تر از آن است که به‌طور 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 کوکائین 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. به‌عنوان 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 می‌گذارد؛ 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 هرگونه 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 بحث‌انگیز شود. اقدامات اخلاقانه در زمینه بازاریابی اجتماعی (آنچه‌آن که در فصل ۱۲ مورد بحث قرار خواهد گرفت) نگرش‌ها 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 چه اندازه به آداب و رسوم محلی احترام بگذارند، احتمالاً به دیدگاه اخلاقی خاص آنها بستگی دارد. برای کمونیست‌های نسبی، رسوم و ارزش‌های محلی محور تعیین هرگونه 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 - محورند 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 تصمیم‌گرفتن بیماران و رضایت آگاهانه است. این سنت‌ها ایجاب می‌کند که تمامی تصمیم‌های 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 کمونیست‌های نسبی این هنجارها را سنت فرهنگی خاص می‌دانند و معتقدند این سنت‌ها تنها باید در همان کشورهایی به کار گرفته شود که پذیرش عمومی نسبت 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 وسط احتمالی این خواهد بود که به انتخاب بیمار احترام گزارده 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 بیسندند، 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.

۵) خلاصه

ما در این فصل، چارچوب قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت برحسب ۳ هدف عملکردی - وضعیت سلامت، رضایتمندی و محافظت در برابر خطرات مالی - را ارائه کردیم. علاوه بر این، در این مورد بحث کردیم که برای ارزشیابی دستاوردهای کشور در هر یک از این حیطه‌ها باید از ۲ 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 ۲ مورد از چنین ارتباطاتی تأکید کردیم: هزینه‌بر بودن سلامت و تأثیر فرآیندهای اجتماعی و سیاسی بر اصلاحات بخش سلامت. گفتیم که هرگونه 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 فرآیندهای تعریف مشکل و تعیین اولویت‌ها و انواع گزینه‌هایی که هر کشور ممکن است به صورتی واقع‌بینانه مدنظر 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 فرآیند 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. ■

۶ ارزیابی عملکرد نظام سلامت

۱) مقدمه

تجربه به ما آموخته است که زمانی که مجریان اصلاحات بخش سلامت، به دنبال درک علل پیامدهای غیررضایت بخش هستند، برخی خصوصیات نظام در این میان نقش مهمی ایفا می کنند. این خصوصیات، به خودی خود، نه علل ریشه‌ای مشکلات عملکردی هستند و نه تظاهرات و نمودهای این مشکلات در سطح پیامدهای نهایی. ما این عوامل را خصوصیات عملکردی حد واسط^(۱) می نامیم چرا که در واقع، رابط‌های مهمی در زنجیره‌هایی هستند که اتصال علل ریشه‌ای با اهداف نهایی عملکرد را برقرار می کنند. در فصل بعد، به طرح گوشه‌ای از جزئیات ایده «سفر تشخیصی»^(۲) خواهیم پرداخت؛ مفهومی که ابتدا در فصل ۲ آن را معرفی کردیم. این سفر تشخیصی، با تعیین یک مشکل عملکردی خاص آغاز می شود و سپس به سمت تشریح علل این مشکلات از طریق چند مرحله پشت سر هم پیش می رود. ما معتقدیم که این فرآیند، غالباً منتهی به این قضیه می شود 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 می کند 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 بی بهره بوده‌اند یا اینکه خدمات موجود، کیفیت بالینی بسیار ضعیفی داشته‌اند. بدیهی است که پیدا کردن این مشکلات، پایان ماجرا نخواهد بود.

1- intermediary performance characteristics

2- diagnostic journey

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 فرآیند تشخیصی باشد؛ چرا که 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 دیدگاه‌ها و 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 فرآیند تشخیصی صورت گیرد؟ به دلیل اینکه هر فهرستی که در اینجا تهیه شود به عنوان یک «چک لیست» به کار خواهد رفت، ما قصد داریم خصوصیتی را مشخص کنیم که علل مهمی (به نسبت اهداف عملکردی) هستند. دوم، ما خصوصیتی 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 فرآیند تشخیصی خود صورت دهند. سوم، خصوصیات عملکردی حدواسطی 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»^(۱) اثربخشی را بین سیاست و پیامد آن بازی کنند، باید هم پاسخده^(۲) و هم تأثیرگذار^(۳) باشند.

با به کارگیری این معیارها، ما سه خصوصیت عملکردی حد واسط را که

به صورت گسترده مورد بحث قرار گرفته‌اند، مشخص کرده‌ایم و معتقدیم باید تک تک 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 فرآیند تشخیصی استفاده کنند، باید شفافیت مفهومی این اصطلاحات را به خوبی مدنظر قرار دهیم.

پس از بررسی هر یک از این اصطلاحات، مجدداً به سؤالمان تحت عنوان «تعریف راهبردی مشکل» باز می‌گردیم. چگونه مجریان اصطلاحات 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 اصطلاحات بخش سلامت استفاده می‌کنند؟

۲) کارایی^(۱)

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 محدودیت 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 مفهومی خود 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 «کارآمد» 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 Pareto Optimal خوانده می‌شود.

- مهندسان صنایع، یک کارخانه را «کارا» می‌دانند چنانچه کارکرد و عملیات آن با حداقل هزینه به ازای هر واحد خروجی 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 می‌دهد؛ 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^(۱) است. 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 خروجی، با در نظر گرفتن میزان هزینه صرف شده حاصل شود. به‌عنوان مثال، آیا هزینه بیمارستان در روز^(۲)، در پایین‌ترین حد ممکن است یا اینکه آیا با بودجه موجود، حداکثر تعداد بیماران ممکن تحت درمان قرار می‌گیرند؟ بنابراین در چنین مفهومی، سؤالاتی راجع به (وجود) ترکیب صحیح کارکنان، تجهیزات، وسایل و تسهیلات، نهفته است. به‌طور خلاصه باید گفت از آنجایی که کارایی فنی، به نحوه تولید یک چیز اشاره دارد، اصولاً در حوزه مسئولیت 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، اقتصاددانان شرایط را با عنوان «مرز امکان تولید»^(۳) توصیف می‌کنند. معنی این امر آن است که تنها راه افزایش یک برون‌ده، کاهش برون‌ده دیگر است.

دومین مفهوم در کارایی، تحت عنوان کارایی تخصیصی^(۴) شناخته می‌شود؛ کارایی تخصیصی به این امر اشاره دارد که آیا یک کشور، مجموعه صحیحی از

1- technical efficiency

2- cost-per-day

3- production possibility frontier

4- allocative efficiency

برونده را برای دستیابی به اهداف کلی اش تولید و ارایه می‌کند یا خیر. به عبارت دیگر، این کشور در نقطه صحیحی از مرز امکان تولید قرار گرفته است؟ همانگونه که پیشتر ذکر شد، اقتصاددانان معمولاً از کارایی تخصیصی برای مجموعه‌ای از برونده‌ها استفاده می‌کنند که رضایتمندی مشتریان را به حداکثر خود می‌رساند. به صورت مشابه، برنامه‌ریزان سلامت زمانی از کارایی تخصیصی سخن به میان می‌آورند که این موضوع مدنظرشان باشد که آیا یک مجموعه خاص از خدمات، فواید و مزایای وضعیت سلامت را به حداکثر خود می‌رساند یا خیر (مفهومی که بعضاً تحت عنوان «اثربخشی»^(۱) از آن یاد می‌شود). بنابراین، بهبود و ارتقای کارایی تخصیصی، سؤال تلویحی است که تمام کسانی که در جهت تغییر ترکیب برونده 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. کشورهای 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 هیپاتیت 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 این بیماری (سرخک) پایین است، فواید حاصل از واکسیناسیون اندک است و هزینه‌های قابل توجهی هم به همراه دارد. تصمیم‌گیری درباره صرف وجوهات محدود در چنین برنامه‌ای، اصولاً موضوعی در ارتباط با کارایی تخصیصی است. به دلیل اینه 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 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 تاختم زدن‌هایی^(۲) 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 برونده‌ها، غالباً می‌تواند موضوعی مرتبط با شدت و درجه (برونده‌ها) باشد. خصوصیات بسیاری از خدمات طبی، آن چیزی است که اقتصاددانان تحت عنوان «بازگشت نهایی کاهش یابنده»^(۱) 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 (هرچند 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. برعکس، 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 فرآیند تولید و مصرف برونده‌هایی 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^(۱) و QALY^(۲) 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. به‌عنوان 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 شود (از طریق کاهش هزینه‌های دستیابی به اهداف عدالت).

به‌طور خلاصه، هر دو نوع کارایی ذکر شده، به ارتباط میان ورودی‌ها با نتایج مطلوب اشاره دارند. کارایی فنی به معنی تولید برونده‌ها «به شیوه صحیح» و با حداقل هزینه است و کارایی تخصیصی، به معنی تولید «برونده‌های 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 انگیزش‌ها یا سازماندهی نظام، حداقل چنانچه به صورت صحیح انجام شود، می‌تواند بر کارایی آن تأثیر بگذارد. ما انتظار داریم که بسیاری از سفرهای تشخیصی به‌عنوان راهی برای شفاف‌سازی ناتوانی یک کشور در دستیابی به اهداف عملکردی، با شروع از پیامدهای نامطلوب و حرکت به عقب، به کارایی

نامطلوب و سپس با بررسی عمیق‌تر به سرمنشأهای این کارایی نامطلوب منتهی شود.

(۳) دسترسی (۱)

در مباحثات مربوط به اصلاحات بخش سلامت، دسترسی غالباً یک نگرانی عمده است. نبود دسترسی، عمدتاً به‌عنوان 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 به‌عنوان 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 ارائه می‌شوند یا خیر. در اینجا سؤال به‌صورت موجود بودن فیزیکی (۲) است که می‌توان به وسیله توزیع ورودی‌های 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 (۳) 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 ارزیابی مستقیم موجود بودن اثربخش، جمع‌آوری داده‌های کافی درباره قیمت‌ها، سطوح خدمات، زمان‌های انتظار و مقبولیت فرهنگی، همیشه کار ساده‌ای نیست. در نتیجه، لغت «دستی» غالباً برای ارجاع به مفهوم مصرف (بهره‌مندی) (۴) مورد استفاده قرار می‌گیرد. سنجش‌های سرانه بستری‌های بیمارستانی یا ویزیت‌های سرپایی برای گروه‌های مختلف جمعیتی محاسبه می‌شود و آنهایی که استفاده کمتری دارند، چنین گفته می‌شود که دسترسی کمتری 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

1- access

2- physical availability

3- effective availability

4- utilization

این احتمال را ندیده بگیریم که استفاده اندک 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 نمی توان آن را به صورت مجزای از مصرف (بهره مندی) مورد سنجش قرار داد. در نگاه اول که دسترسی به عنوان موجود بودن اثربخش تعریف می شود، در واقع یک خصوصیت عملکردی حد واسط واضح و مبرهن به نظر می رسد؛ چرا که هم بر وضعیت سلامت و هم بر رضایتمندی مشتریان تأثیر می گذارد. به علاوه، موجود بودن اثربخش به وضوح تحت تأثیر موارد زیر است: چه خدماتی، در چه مناطقی و با چه قیمتی ارائه می شوند. تأمین مالی، پرداخت ها و سازماندهی نظام نیز بر آنچه قرار است ارائه شود و نحوه ارائه آن تأثیر می گذارد. بنابراین، متغیری به نام موجود بودن اثربخش، هم نتیجه سیاستگذاری است و هم علت عملکرد نظام سلامت.

البته برخی چنین مطرح می کنند که به موجود بودن اثر بخش باید به عنوان یک هدف عملکردی نهایی نگریست نه یک هدف حد واسط، برخی از مساوات طلبان (مثل آمارتیا سن^(۱)) 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 کمونیست ها، بر توزیع خدمات سلامت به عنوان مسأله ای در ارتباط با عدالت در بین جوامع محلی مختلف، متمرکز شده اند. 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 اختلاف نظرها و مباحثات سیاسی جدی و گسترده تبدیل شده است. به علاوه، در کشورهای توسعه یافته، تغییراتی که با درخواست های بسیار بالا و متعدد در موجود بودن فیزیکی صورت می گیرد، غالباً تأثیر مشهود اندکی بر وضعیت سلامت دارد چرا که سطوح خدمات احتمالاً در هر مورد، بالا خواهد ماند.

به عنوان دیدگاهی 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، اختلاف نظرهای مربوط به موجود بودن فیزیکی را می‌توان از دید تأثیرات آن بر رضایتمندی مشتریان نگریست که مورد اخیر، یک مزیت 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»^(۱) می‌نامند؛ یعنی برای شهروندان ارزش محسوب می‌شود که چیزی برایشان موجود باشد، حتی اگر آن را مورد استفاده قرار ندهند).

ما می‌دانیم که 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، لزومی ندارد 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 (چون 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 رضایت بخش 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 تلاش تحلیلی بیشتر در مکالمات و مباحثات مربوط به اولویت‌های اصلاحات بخش سلامت خواهد بود.

۴) کیفیت

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. بعضاً این واژه برای درمان یک مورد خاص یا مراقبت ارائه 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.

ساده‌ترین راه اندیشیدن به مفهوم «کیفیت» درحد و 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 و وضعیت مختلف اشاره دارد (جدول ۱-۶). در بحث‌هایی که از این به بعد خواهد آمد، سعی می‌کنیم که جنبه‌های گوناگون و قابل‌سنجشی از کیفیت را با نتیجه‌گیری از این دید که چه کسی قضاوت را (درباره کیفیت) انجام می‌دهد، تعیین و ارائه 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.

جدول (۱-۶) معانی مختلف واژه «کیفیت» در مراقبت سلامت.

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

تجربه ما نشان می‌دهد که سه استفاده عمده از واژه «کیفیت» صورت گرفته است که دو مورد از آن، زیر جزء^(۱) محسوب می‌شود. نخست، همانگونه که جدول نشان می‌دهد، «کیفیت» می‌تواند صرفاً در معنی کمی^(۲) مراقبت ارایه شده به یک بیمار مورد استفاده قرار گیرد؛ مثلاً «عمه 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^(۳) دارد. این معنی دربرگیرنده هم مهارت ارایه‌کنندگان مراقبت (مثلاً تکنیک جراح) و هم صحت تصمیمات تشخیصی و درمانی است. این موضوع همچنین وابسته به این است که آیا ورودی‌های صحیح (مثلاً داروها یا تجهیزات) برای انجام و ارایه مراقبت مناسب، موجود هستند یا خیر. کیفیت بالینی، به نظام تولید نیز وابسته است؛ نظامی که بتواند این ورودی‌ها 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^(۴) است. زیرگروه‌های این تعریف، به خودی خود چندبُعدی هستند. خدمات اسکان و اقامت، شامل غذا، پاکیزگی و وضعیت کلی و ماهیت اتاق‌های بیمارستانی و سالن‌های انتظار است. آسودگی (convenience) 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 مؤدب 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

1- subcomponent

2- quantity

3- clinical quality

4- service quality

مسائل را در انتهای فصل پایانی مورد بحث قرار خواهیم داد و در این فصل نیز مختصراً به آن می‌پردازیم.

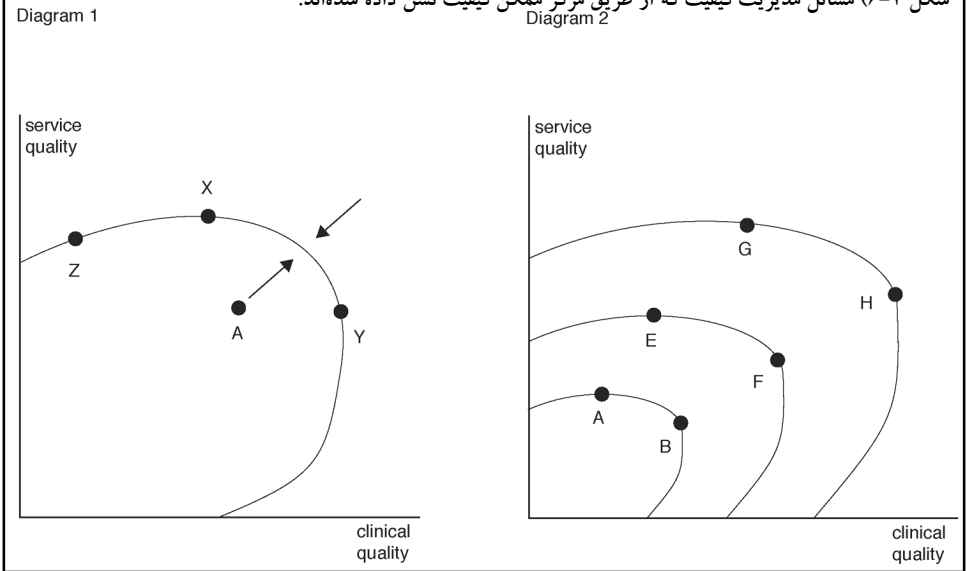
سنجش کیفیت معمولاً نیازمند داده‌های جزئی است. خصوصاً کیفیت خدمات را می‌توان به شیوه‌های مختلف سنجید. به‌عنوان مثال، نظام‌های اجرایی می‌توانند داده‌هایی درباره متغیرهایی مانند زمان‌های انتظار و تأخیر دریافت یک قرار ملاقات، تهیه و ارایه کنند. همچنین می‌توان نظام پایش کیفیت^(۱) با مقصود خاص، ایجاد نمود. به‌عنوان 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 تأخیرها 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 بسیار عظیمی درباره آن به نگارش درآمده است. مقایسه مراقبت بالینی (به‌عنوان 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، گرانبه‌تر و زمان‌بر است. کیفیت را می‌توان با داده‌های مربوط به پیامد (مثل میزان عفونت، مرگ و میر ناشی از عمل و غیره) نیز به صورت 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 (TQM)^(۲) 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 ورودی‌ها (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 مقررات، بررسی خواهیم کرد). به‌علاوه، نگرستن به ورودی‌ها (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 و عملکرد نظام سلامت، نه تنها میانگین کیفیت مهم است بلکه توزیع آن نیز (یعنی اینکه چه کسی در خطر کیفیت پایین و نامطلوب قرار دارد) حائز اهمیت است. به‌عنوان 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 کمیت خدمات موجود) در سطح محلی است. چنانچه کیفیت در حوزه‌های محلی ضعیف باشد، آن وقت پیشگیری از «دور زدن» بیماران، مشکل‌تر خواهد بود. به‌علاوه، 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 رفت‌وآمد به مناطق دورتر برای دریافت مراقبت نیستند. به‌عنوان مثال، در نظر بگیرید که وضعیت استفاده بیش از حد از بیمارستان‌های شهرهای بزرگ در سری‌لانکا، به‌عنوان 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 اختصاص سِمَت‌های (پُست‌های) سلامت و بهداشتی به پزشکان، وابسته به عملکرد آنهاست و پزشکانی که بهترین عملکرد را از خود نشان می‌دهند، عموماً از رفتن به اکثر مناطق روستایی خودداری می‌کنند. بنابراین برخورد با این وضعیت، قطعاً نیازمند تلاش‌هایی جهت بهبود کیفیت بالینی در بخش محلی است.

تصمیم‌گیری 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 برحسب ارزش‌های شخصی که راجع به آن قضاوت می‌کند، ارزش هزینه‌ای را که صرف آن می‌شود نداشته

شکل ۱-۶) مسائل مدیریت کیفیت که از طریق مرکز ممکن کیفیت نشن داده شده‌اند.



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 از کارایی فنی است. آیا هر یک از خدمات، به گونه‌ای تولید و ارائه 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 ناکارآمد محسوب می‌شوند.

برای مشهود شدن این وضعیت، نمودار ۱ شکل ۱-۶ را در نظر بگیرید که «مرز امکان کیفیت» را برای یک خدمت خاص مراقبت سلامت به تصویر کشیده است. برای اینکه ترسیم این نمودار ممکن شود، ما فرض کرده‌ایم که کیفیت «بالینی» و «خدمات»، هر کدام، یک شدت^(۱) واحد دارند؛ هر چند که در حقیقت، «مرز» ذکر شده، یک فضای چندبُعدی دارد. در یک سطح خاص از صرف هزینه به ازای واحد خدمت، هر نظام مراقبت سلامت تنها می‌تواند سطح محدودی از کیفیت بالینی یا کیفیت خدمات را تولید و ارائه کند. ما این نمودار را رسم کرده‌ایم

1- magnitude

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 مدنظر، از نظر فنی کارآیی داشته باشد، باید به‌گونه‌ای سازماندهی شود که برونده 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 ملاک‌های دیگران^(۱) نیاز خواهند داشت. به‌عنوان مثال، می‌توان هر عملیات خاص را با آنچه در سایر کشورها (یا مناطق مختلف یک کشور) اتفاق می‌افتد مقایسه کرد تا تسهیلاتی را یافت که با همان سطح هزینه فعالیت می‌کنند. آن وقت می‌توانیم به ارزیابی زمان‌های انتظار نسبی و پانگیزی تسهیلات یا گزارش بیماران از مراقبت‌شان بپردازیم تا امکان ارزشیابی کیفیت خدمات فراهم شود. از دید بالینی، می‌توانیم بر موجود بودن ورودی‌ها (آیا داروها موجود هستند، آیا دستگاه‌های تصویربرداری کار می‌کنند) یا شاخص‌های برونده (عفونت زخم‌ها، میزان مرگ حین عمل) متمرکز شویم. برای مجریان اصلاحات، سؤال به این صورت خواهد بود که آیا ما با درنظر 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 بودجه اندک یا هر دو.

سؤال دومی نیز درباره کیفیت مطرح است. حتی اگر یک خدمت بر روی مرز ممکن کیفیت قرار داشته باشد، آیا تولیدکنندگان آن ترکیب متناسبی از کیفیت‌ها را ارائه 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 درنظر گرفتن روشی که این مرز را ترسیم کرده‌ایم، هیچ دلیلی وجود ندارد که در نقطه Z باشیم مگر آنکه امکان عملکرد بهتر در هر دو بعد فراهم باشد).

هنوز مسأله سومی درباره کیفیت باقی مانده است. همانطور که در نمودار ۲

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 تعیین‌کننده آن است که چه سطوح کیفیتی را می‌توان برای آن خدمت حاصل آورد. این موضوع، جنبه کمی 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 قراردادن روی مرز ممکن کیفیت در نقطه‌ای مثل X در نمودار ۱). 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 دارد 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 این‌طور 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 در مانگاه‌های 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، مدافع به‌کارگیری 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 می‌دهند 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، هر دو 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 نظامی با 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.

به‌طور خلاصه باید گفت که کیفیت، یک خصوصیت مهم عملکردی حدواسط است که هم بر وضعیت سلامت و هم بر رضایتمندی مشتریان تاثیر می‌گذارد اما سه مسأله مهم اما مجزا درباره کیفیت 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 ارائه می‌کند؟ سوم، سؤال مرتبط با کمیت است. آیا سطوح بودجه‌طوری 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 تخصصی.

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 ترکیب 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 تنظیم‌کننده، تعیین‌کننده انگیزش‌هایی 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 «هرچه بیشتر بهتر!» منابع همیشه محدود هستند؛ هم برای کشور و هم برای بخش سلامت. حتی برای نظامی که در تولید و ارایه کیفیت، کارایی دارد، سؤالی 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^(۱)

در دو فصل پایانی، ما 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. عصاره توصیه ما عبارتست از اینکه: راهبردی فکر کنیم! انتخاب

یک تعریف (دقیق) از مشکل، نخستین گام از فرآیند طولانی اصلاحات بخش سلامت است و این کار باید با نگاهی به تأثیرات وسیع تر انجام این تعریف، صورت گیرد.

همانگونه که در فصل ۱ مورد بحث قرار گرفت، فرآیند 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 فرآیند تدوین سیاست، غلبه کند.

برای شفاف‌سازی اولویت‌ها، مجریان اصلاحات می‌توانند سه سؤال را از خود پرسند 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 برنامه‌ای وجود دارد که به مسائل مهم اخلاقی پردازد 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 وجوهات و بودجه موجود، عامل کلیدی برای انجام چنین تحلیلی است. سؤال سوم، مطرح‌کننده در نظر داشتن عواقب سیاسی است. از یک نگاه، سیاست و امکان‌پذیری را می‌توان به عنوان «حجاب»^(۱) یا «محدودیت»^(۲) 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 آن وقت ببینید که آیا روشی برای دستیابی به آن وجود دارد که از نظر فنی امکان‌پذیر و از نظر سیاسی مقبول باشد.

همان‌گونه که شکل ۱-۵ به تصویر کشیده است، دگمه‌های 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؛ عمدتاً به این دلیل که این توجه آنها، برطرف شدن نگرانی سیاسی را به دنبال دارد. در این مورد، مثال «مبارزه با داروها»^(۱) 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 مدنظر 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 فرآیند تعریف راهبردی مشکل، باید «متناسب با مجری»^(۲) 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 وجوهات برنامه جدید بیمه اجتماعی، از بین می‌رود، مسئولیت‌پذیری 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 جذب

مشارکت و حمایت کشاورزان هستند؛ اما برعکس برای افرادی که 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»^(۱) می‌نامد. در عوض، انتخاب یک تعریف خاص برای مشکل را باید به‌عنوان پاسخی به شرایط خاص فردی یا گروهی در نظر گرفت.

زمانی که مجریان اصلاحات درباره تعریف یک مشکل تصمیم می‌گیرند، غالباً سؤالی درباره گستره^(۲) 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؛ به‌عنوان مثال، تدوین سازوکارهای جدید بازپرداخت یا سرمایه‌گذاری انتخابی در 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 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 پزشکان و بیمارستان‌ها تدوین کند و اشکال جدیدی از سازماندهی بیمارستانی را طرح‌ریزی کند؛ همه با هم. در تصمیم‌گیری درباره گستره مشکلاتی که باید با آنها مقابله کرد، به مجریان اصلاحات توصیه می‌شود که به دقت درباره امکان‌پذیری اجرایی و سیاسی برنامه‌های کم و بیش وسیع‌تر اصلاحات، بیندیشند.

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

- مقایسه اخلاقی: مقایسه عملکرد با هنجارهای اخلاقی کلی و عمومی؛
- مقایسه داخلی: مقایسه عملکرد در بین گروه‌ها و نواحی یک کشور؛
- مقایسه تاریخچه‌ای: 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، این امر بیانگر وجود مسأله‌ای است که باید به آن پرداخته شود. گوناگونی‌ها داخلی عمده نیز فوراً نگرانی‌های اخلاقی را بر می‌انگیزد؛ 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.

درچنین بستری، باید به این نکته اشاره کنیم که لازم است قضاوت درباره سیاست‌ها، نه تنها بر مبنای اثربخشی آنها بلکه برحسب هزینه - اثربخشی آنها باشد. همانگونه که در یکی از فصل‌های پیشین اشاره کردیم، هزینه‌ها همواره یکی از اجزای تعریف مشکل هستند؛ چه به صورت کلی و تلویحی و چه دقیق و جزئی. 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 آیدز 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 راه حل مشکل باشند).

در فرآیند انتخاب اولویت‌ها، طرفداران نظریه‌های اخلاقی مختلف، تمایل به تأکید بر نگرانی‌های متفاوتی دارند. سودگرایان عینی بر ارتقای هزینه - اثربخش وضعیت کلی سلامت تأکید 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؛ هرچند که کمونیست‌های نسبی، 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 فرآیند ارایه مراقبت نمی‌دهد. دقیقاً به همین دلیل است که تصمیم‌گیری درباره این که اولویت بر چه مشکلات عملکردی گذاشته شود، یک انتخاب^(۱) است؛ انتخابی که باید هم عاقلانه و هم با تفکر کامل صورت گیرد.

پس به‌طور 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 این که چه قضاوتی درباره 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^(۲) و آینده‌نگر، اتخاذ شوند. چه راه دیگری جز این وجود دارد که یک مجری اصلاحات بتواند بهترین پایه و مبنای ممکن را برای کار طاقت فرسای انجام اصلاحات به‌صورت واقعی، پایه‌ریزی کند؛ مبنایی که گذشته از همه اینها، نقطه اتکای کل فرآیند اصلاحات است. ■

از تشخیص تا اصلاحات بخش سلامت



۱) مقدمه

زمانی که مجریان اصلاحات بخش سلامت تصمیم گرفتند که بر چه مشکلات عملکردی متمرکز شوند (یعنی زمانی که درباره اولویت راهبردی شان 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 فرآیند را «تشخیص»^(۱) می‌نامیم. سپس مجریان اصلاحات باید تصمیم بگیرند که با وضعیت حاضر، چه کار کنند؛ فرآیندی که تحت عنوان «تدوین سیاست» از آن نام می‌بریم. در این فصل، ما به بحث درباره این فعالیت‌ها می‌پردازیم و توصیه‌هایی درباره نحوه انجام آنها ارائه می‌کنیم تا بتوان اصلاحات اثربخش‌تری در بخش سلامت انجام داد.

در ارتباط با تشخیص، راهبرد بنیادین عبارتست از: «به‌صورت واپس‌نگر کار کنیم». به پرسیدن «چرا» هایتان به‌صورت واپس‌نگر ادامه دهید تا وقتی که علل عملکرد ضعیف را که می‌خواهید (آن را) ارتقا دهید، پیدا کنید. هدف از این فرآیند که تحت عنوان «سفر تشخیصی»^(۲) نامیده می‌شود، تهیه و ترسیم یک «درخت تشخیصی» است؛ درخت تشخیصی در واقع یک ابزار تحلیلی است (به‌صورت جزئی آن را در ذیل تشریح خواهیم کرد) که جنبه‌های عملکرد ضعیف را به عوامل علیّی 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 راهکار ساده توجه نمایند. نخستین راهکار این است که «فرآیند، بسیار مهم است». نحوه انجام کارهای مختلف در اصلاحات سلامت می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر آنچه واقعاً اتفاق خواهد افتاد داشته باشد. به‌عنوان مثال، اینکه نقش آفرینان و گروه‌های ذینفع خاصی احساس کنند که مورد مشورت قرار گرفته‌اند یا خیر، قویاً بر نگرش آنها نسبت به هرگونه برنامه اصلاحات تأثیر خواهد گذاشت. به نوبه خود، چنین نگرشی بر اتخاذ سیاست، پذیرش سنج‌ها 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 موفقیت‌آمیز، شامل تطبیق 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 عظیمی در طبابت، با حرکت از سوی طبابت بالینی مبتنی بر تجربه به سمت «طبابت مبتنی بر شواهد»^(۱) صورت گرفته است؛ در طبابت مبتنی بر شواهد، تصمیم‌گیری‌ها به دنبال بررسی و مطالعه دقیق متون علمی مرتبط با موضوع، صورت می‌گیرد. توصیه‌گران این نوع طبابت اخیر اینگونه مطرح می‌کنند که پزشکان غالباً الگوهای طبابتی برای خود ایجاد می‌کنند که همیشه از نظر علمی، پذیرفته و معقول نیست. به‌عنوان مثال، برخی از پزشکان، به‌صورت روتین به اعمال جراحی برداشتن لوزه‌ها یا رحم در مواردی که هیچ دلیل 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 تحلیل دقیق راجع به اینکه مداخله مدنظرشان باعث ارتقا و بهبود آن عملکرد (ضعیف) خواهد شد یا خیر، به‌صورت روتین یک راه‌حل یا علاج مطلوب (از نظر خودشان) را (مثلاً

«خصوصی سازی» یا «تمرکززدایی» توصیه می‌کند و بر آن اصرار می‌ورزند. برای مقابله با چنین علاقمندی‌های غیر ضروری، ما بر «اصلاحات مبتنی بر شواهد»^(۱) 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 اولویت‌دار در نظر گرفته است. همچنین تصور کنید که برخی از مجریان اصلاحات به این کشور فشار می‌آورند 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 توصیه‌گران 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 فرآیندهای تشخیص و تدوین سیاست، ما به مجریان اصلاحات توصیه می‌کنیم تا از چارچوبی که در فصل ۲ تحت عنوان پنج «دگمه کنترلی»^(۲) مطرح کردیم، استفاده کنند. هر یک از دگمه‌های 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 کتاب، ما به مرور جزئی‌تر این مجموعه از انتخاب‌های سیاستی موجود می‌پردازیم و اثرات و عواقب احتمالی رویکردهای مختلف را به بحث می‌گذاریم.

همچنین چارچوب دگمه‌های کنترل می‌تواند ابزار سازمان‌دهنده 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 دگمه‌های کنترل، یک فهرست و منوی انتخابی در اختیار ما خواهد گذاشت؛ مجموعه‌ای از نقاط پایانی احتمالی در نتیجه سفر تشخیصی که به نوبه خود این موارد می‌توانند مبنای اقدامات بالقوه اثربخش دولت قرار

گیرند.

اجازه بدهید به موضوع از زاویه دیگری بنگریم. تعیین تغییرات بالقوه اثربخش در یک یا چند دگمه کنترلی، پایان وظیفه تشخیصی و آغاز کار تدوین سیاست است. تحلیل در ابتدا با حرکت واپس‌نگر به علت‌ها رسید؛ سپس به سیاست‌هایی نگریست که باعث تغییر این علت‌ها می‌شوند؛ و آن‌وقت باید با حرکت به جلو، از علل به پیش‌بینی‌های مربوط به ارتقای عملکرد بخش سلامت در آینده (در نتیجه تغییرات سیاستی مختلف) پردازد.

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 دگمه‌های کنترل می‌پردازیم. البته پیش از مطرح کردن تحلیل «تک مسأله‌ای»، ما به تشریح شرایطی می‌پردازیم که مجریان اصلاحات در این شرایط احتمالاً به این نتیجه می‌رسند که تلاش‌های چند جانبه و گسترده‌تری (یعنی اصلاحات عمده‌تری در بخش سلامت) در واقع مورد نیاز خواهد بود.

در نیمه این فصل، تمرکز خود را بر تدوین سیاست خواهیم گذاشت. ما ابتدا به بحث درباره برخی نگرانی‌های مربوط به فرآیند 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 فرآیند خواهیم پرداخت و با ارایه چند هشدار نهایی و مشاهدات نمونه، نتیجه‌گیری بحث را صورت خواهیم داد.

۲) شکل‌گیری تلاش‌های عمده اصلاحات بخش سلامت

تاکنون به بحث درباره فرآیند تشخیص نظام سلامت و تدوین سیاست به گونه‌ای پرداخته‌ایم که قرار است در یک زمان، صرفاً بر یک مشکل عملکردی خاص متمرکز باشد. چنین رویکردی احتمالاً منجر به تدوین برنامه‌های زمان‌بندی شده و جزئی‌تر می‌شود؛ مثلاً یک برنامه جدید سلامت مادر - کودک یا یک تلاش گسترده‌تر برای واکسیناسیون کودکان. اما همان‌گونه که پیشتر اشاره کردیم، کشورها غالباً با مشکلات عملکردی متعدد و مرتبط با یکدیگر مواجه هستند. فرآیند تشخیص در هر یک از این مشکلات خاص ممکن است برخی خصوصیات مشترک نظام مراقبت سلامت را به‌عنوان عوامل مهم زمینه‌ساز و علل اصلی مطرح نماید. برای مقابله اثربخش با این مشکلات متعدد، ممکن است مداخلات متعددی هم مورد نیاز باشد. آن‌وقت است که این نوع تحلیل،

یکی از راه‌هایی خواهد بود که کشور را به سمت تلاش‌های عمده اصلاحات بخش سلامت هدایت می‌کند.

همان‌گونه که در فصل ۵ مطرح کردیم، در چنین ارتباطی، مجبور هستیم که مجدداً 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، غالباً 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 انگیزش‌های ضعیف ناشی از نظام پرداخت و مدیریت نامناسب به‌خاطر سازماندهی ناصحیح)، کارایی تخصیصی (به دلیل تخصیص نامناسب منابع از نظام تأمین مالی)، کیفیت پایین و دسترسی محدود. همچنین اختصاص وجوهات به‌صورت برنامه - به - برنامه ممکن نخواهد بود، دقیقاً به این خاطر که پول کافی برای پرداخت به کل مجموعه برنامه‌های جدید و هماهنگ نشده اصلاحات وجود ندارد. دوباره باید تأکید کرد که اصلاحات چندجانبه که طی آن، تغییرات عمده در چند دگمه کنترل در تلاش برای ایجاد تغییر بنیادین در نظام صورت می‌گیرد، احتمالاً پاسخ مناسبی خواهد بود.

مسئله‌ای هماهنگی و همخوانی^(۱) نیز جزو مواردی است که در اینجا باید به آن توجه کرد. تعدد برنامه‌ها این خطر را به همراه دارد که ناهماهنگی یا حتی عدم تطابق با یکدیگر در این میان بروز کند. یک برنامه ممکن است بر تمرکززدایی مراقبت اولیه تا سطح استانی تأکید کند در حالی که برنامه دیگر، انجام یک برنامه واکسیناسیون کشوری را به‌صورت تمرکزگرا 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.

مسئله محدودیت منابع سیاسی و فنی، مشخصاً برای همه مجریان اصلاحات وجود دارد. مقابله با تعداد زیادی از مشکلات عملکردی به‌صورت 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 به‌صورت بالقوه باعث استفاده هزینه - اثربخش از انرژی و

توان محدود مجریان اصلاحات شود؛ البته با فرض اینکه انجام چنین تغییراتی مقدور و امکان‌پذیر است.

در نهایت اینکه، تلاش یکپارچه و گسترده در اصلاحات، می‌تواند ارزش سیاسی نیز داشته باشد؛ چراکه غالباً نسبت به مجموعه‌ای از برنامه‌های کوچک و محدود، عظمت و جلب توجه بیشتری را برمی‌انگیزد. با دادن وعده‌های بیشتر به جمعیت یک کشور، اصلاحات وسیع می‌توانند به مثابه یک راهبرد سیاسی اثربخش عمل کند؛ خصوصاً 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. فرآیند تشخیص که به دنبال علل این مشکلات است، احتمالاً به نتایج مشابهی دست خواهد یافت. کیفیت پایین خدمات و عدم مصرف (بهره‌مندی) احتمالاً مکرراً و مکرراً به چشم خواهند آمد. به دلیل اینکه یک نظام یکسان عمومی مبتنی بر بودجه، به ارایه مراقبت در هر دوی این حوزه‌ها می‌پردازد، یک پاسخ مناسب به چنین وضعیتی می‌تواند به صورت برنامه‌ریزی و تلاشی چندوجهی باشد که از چند دگمه کنترل برای بهبود خدمات و افزایش مصرف (بهره‌مندی) 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.

به‌عنوان مثال اختیارات قابل توجهی را می‌توان به جوامع محلی تزریق کرد و به آنها اجازه داد که برنامه‌های بیمه محلی (تأمین مالی جمعیتی)، تنظیم کنند و وجوه اضافی دریافت نمایند. همچنین می‌توان به این جمعیت‌ها اجازه داد که با سازمان‌های غیردولتی یا پزشکان خصوصی، بر مبنای سرانه یا پاداشی قرارداد ببندند تا مراکز بهداشت محلی را راه‌اندازی کنند؛ درواقع یعنی 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 تأثیر آن به اندازه 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 هماهنگ برخورد 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 دارای کار (self-employed) آزاد هستند و یا در بخش غیر رسمی کار می‌کنند، نگران است. سفر تشخیصی برای هر یک از این مشکلات احتمالاً 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 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 غیر رسمی به مراقبت شود و محافظت در برابر خطر مالی را که در حال حاضر فاقد آن هستند، برایشان ارزانی دارد. این کار همچنین می‌تواند تلاش‌های فوق را با برقرار ساختن امکان قراردادی با صندوق بیمه جدید، پیوند بزند و همزمان، اصلاحات خود بیمارستان‌ها را نیز (برای اعطای خودمختاری 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، به این 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 امکان‌پذیری سیاسی^(۱) و قابلیت پیاده‌سازی و اجرای مدیریتی^(۲) نیز که در ادامه این فصل به بحث راجع به آن می‌پردازیم، باید بر تصمیمات مجریان اصلاحات تأثیر بگذارد تا به این شیوه پیش بروند.

این امکان وجود دارد که این 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 مشخصاً همیشه روی نمی‌دهد: نارسایی و ناتوانی در ارایه هرگونه تحلیل تشخیصی نظام‌مند، احتمالاً 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 فرآیند تشخیص، نیازمند آن هستیم که انتظارات مان را از اینکه چنین فرآیندی احتمالاً چه چیزهایی پیدا خواهد کرد، مشخص و درجه‌بندی کنیم. با در نظر گرفتن پیچیدگی بخش سلامت، ندرتاً به این 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 یا مجموعه از علل وجود داشته باشد؛
- هر تأثیر ممکن است به خاطر یک یا چند علت ایجاد شده باشد؛
- هر علت ممکن است تأثیرات متعددی داشته باشد؛
- علت‌ها و تأثیرات ممکن است با یکدیگر تعامل داشته باشند و اثر یکدیگر را به روش‌های مختلف، تشدید و تقویت کنند؛
- هر علتی را نمی‌توان با سیاستگذاری عمومی دستکاری کرد؛
- ایجاد تغییر ممکن است نیازمند اقدام هم‌زمان بر روی چند علت باشد؛ یعنی تغییر بیش از یک دگمه 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^(۱) است که برای تحلیل تصمیم‌گیری‌ها در شرایط عدم قطعیت به کار گرفته می‌شود. در هر نقطه دو شاخه شدن در یک درخت تصمیم‌گیری، یک مجموعه از وقایع مانع‌الجمع^(۲) روی می‌دهند (یا به خاطر شانس و تصادف و یا به دلیل انتخاب تصمیم‌گیرندگان). البته در یک درخت تشخیصی نظام سلامت، یک تحلیل‌گر 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 تصمیم‌گیری، هیچ پیش فرضی وجود ندارد که مسیرهای موجود، مانع‌الجمع هستند.

همچنین درخت تشخیصی بخش سلامت، با نمودار درختی تلویحی که در فرآیند تشخیص در پزشکی بالینی وجود دارد نیز متفاوت است. علی‌رغم اینکه در نمودارهای درختی پزشکی بالینی نیز بحث علت^(۱) 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، عموماً 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 به این نتیجه رسیده است که در مقایسه با کشورهای مشابه، میزان مرگ‌ومیر مادران به صورت قابل توجهی (خصوصاً در بین فقرا و 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 فرآیند تشخیص چگونه کار می‌کند.

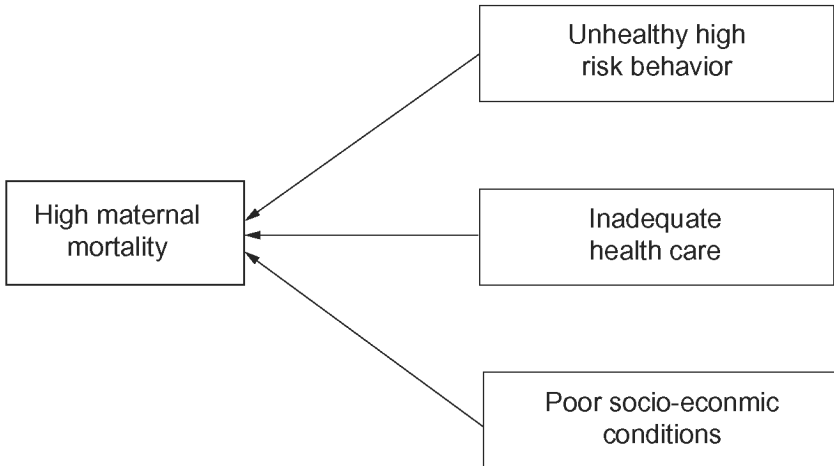
نخستین گام، در نظر گرفتن طبقه‌بندی‌های گسترده علت‌هاست. شکل ۱-۷، سه دلیل احتمالی را که غالباً در بروز چنین مشکلاتی در نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه دخیل هستند نشان می‌دهد: مراقبت سلامت ناکافی، رفتار پرخطر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف و نامطلوب. به عنوان جزئی از اصلاحات بخش سلامت، یک کشور قادر نخواهد بود که به علل مربوط به خارج از نظام مراقبت سلامت بپردازد. به هر حال، این مسأله را باید کماکان در تحلیل مدنظر قرار داد تا بتوانیم دیدگاه واقع‌گرایانه‌ای از نقش اصلاحات بخش سلامت در حل کردن مشکلات به دست آوریم.

یکی از راه‌های تعیین اینکه چه ارتباطاتی 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 دوز کشور گذاشته است، احتمالاً توجیه‌کننده تفاوت‌های موجود از نظر عملکرد نخواهد بود. به عنوان مثال، چنانچه عوامل خطرزای رفتاری (مثل کار فیزیکی سنگین، سیگار) در

شکل ۱-۷) شروع به عملکرد واپس نگر در طول زنجیره علی.

Performance Outcome

Broad Categories of Causes

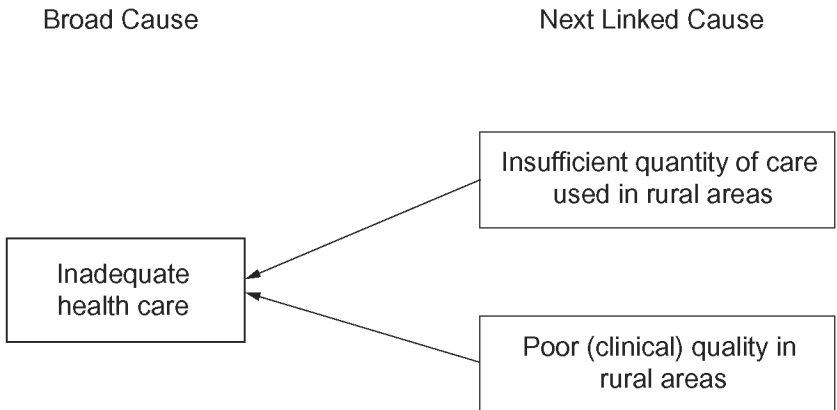


* در این شکل و شکل‌های بعدی، پیکان‌ها، جهت و سمت و سوی علیت را نشان می‌دهند. اما در فرایند تشخیصی، ما تحلیل مان را در جهت معکوس یعنی از پیامدها به سمت علل انجام می‌دهیم.

مملکت ما با کشورهایی که عملکرد بهتری دارند مشابه باشد، احتمالاً 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 (مثلاً گوناگونی برحسب منطقه و گروه اجتماعی - اقتصادی). آن وقت می‌توانیم مشاهده کنیم که آیا هیچ‌گونه 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 علی حتماً وجود دارد؛ اما می‌تواند فرد را به اندازه 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 به‌عنوان عامل بالقوه حیاتی وجود

شکل ۲-۷) دومین گام به عقب در طول زنجیره علی.



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 واپس‌نگر به علل متوالی عملکرد ضعیف می‌رسد (و 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 مصرف (بهره‌مندی) است. شهروندان چه مراقبتی دریافت می‌کنند؟ به‌عنوان مثال، چنانچه تعداد سرانه مراجعات مراقبت پیش از زایمان و میزان زایمان‌های بیمارستانی ما مشابه کشورهای باشد که عملکرد بهتری دارند، احتمالاً کمیت مراقبت جزو مشکلات نخواهد بود. برعکس، میزان‌های پایین‌تر مصرف (بهره‌مندی) بیانگر وجود یک مسأله در کمیت است. به‌صورت مشابه، میزان مرگ‌ومیر در بین بیمارانی که در بیمارستان بستری شده‌اند (مجدداً در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی) می‌تواند اطلاعاتی درباره کیفیت بالینی ارائه 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. به‌علاوه، همان‌گونه که در ابتدا اشاره کردیم، در هر نقطه تقاطع و شاخه درخت تشخیص، انتخاب‌های موجود مانع‌الجمع نیستند. ممکن

است در مناطق مختلف کشور، هر دو نوع مشکلات کمیّتی و کیفیتی به درجات مختلف وجود داشته باشد.

تحلیل گران همان طور که در طول درخت علیّی به سمت عقب برمی گردند، باید به دنبال تعیین علت هایی باشند که با برنامه های سیاستی جدید بتوان آنها را تغییر داد. به عنوان مثال، تصور کنید که داده ها بیانگر این است که کیفیت بالینی پایین مراقبت ها (خصوصاً در مناطق روستایی)، در مرگ و میر مادران دخیل است. این موضوع بیانگر آن است که یک نگاه عمیق تر به علل احتمالی کیفیت بالینی پایین (که در شکل ۳-۷ به تصویر کشیده شده است) لازم خواهد بود. دو شاخه اول این نمودار، مستقیم و سر راست هستند. نخست اینکه آیا مشکلی با رایه کنندگان وجود دارد؟ همان گونه که در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفت، ارزیابی مهارت ها و تصمیم گیری، در کل شامل بررسی پرونده های بالینی خواهد بود و ارزیابی مراقبت رایه شده در نمونه ای از موارد مرگ و میر مادران، یکی از روش هایی است که می توان برای جلو رفتن در پیش گرفت. چنانچه این 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 درباره اینکه چگونه از بیماران مراقبت به عمل آید صورت گرفته است؟ یا اینکه مشکل به این صورت است که در حالیکه افراد سعی کردند که اقدام صحیحی انجام دهند، به دلیل نبود ورودی های 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، پرونده های گمشده و غیره. سومین شاخه از شکل ۳-۷، منعکس کننده این احتمال است. همان گونه که در بحث کیفیت بالینی مطرح کردیم، غالباً نحوه و شیوه سازماندهی نظام مراقبت است که عامل نتایج نامطلوب می باشد. همان گونه که در فصل ۱۰ (سازماندهی) خواهیم دید، بخش عمده ای از اهمیت جنبش مدیریت جامع کیفیت (TQM)^(۱)، با هدف ایجاد تغییر در چنین نظام هایی صورت می گیرد.

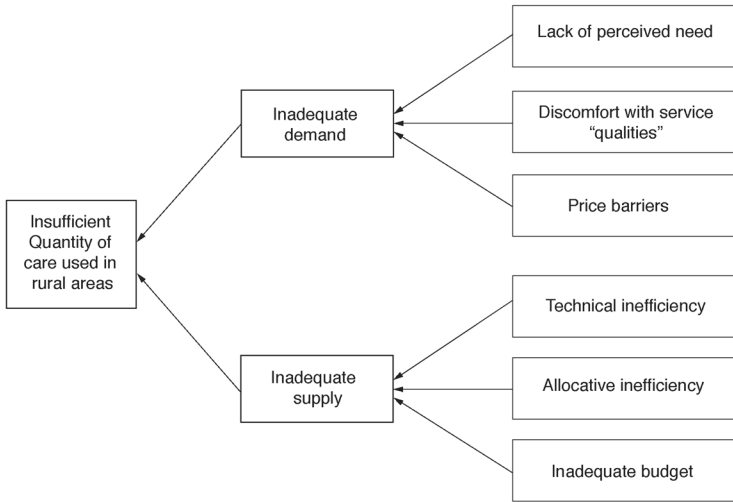
هریک از این علل، کماکان سؤالات دیگری را برمی‌انگیزند. تصور کنید که تصمیم‌گیری‌های اشتباهی صورت گرفته باشد. آیا علت این امر آن است که افراد، چیز بهتر و بیشتری نمی‌دانند (آموزش) یا اینکه به اندازه کافی تلاش نمی‌کنند (انگیزه و تشویق)؟ چنانچه ورودی‌ها محدود هستند، آیا علت آن به خاطر محدودیت‌های منابع بودجه کلی است یا به خاطر نحوه خرید خدمت و تأمین کارکنان؟ اگر نظام‌ها و فرآیندهای بالینی اشتباه هستند، آیا علت آن مدیریت ضعیف در درون سازمان‌ها است یا نحوه سازماندهی مراقبت در کل نظام و یا هر دو؟ با حرکت واپس‌نگر در طول زنجیره علی، ما باید این ذهنیت را داشته باشیم که حتماً مبنای کارمان را بر شواهد قرار دهیم نه فرضیات.

با حرکت بیشتر به سمت عقب، عواملی آشکار خواهند شد که زیرمجموعه دگمه‌های 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 انگیزشی برای سازمان وجود ندارد که به تولید و ارایه کالای کیفی بپردازد یا اینکه مدیران هیچ انگیزشی برای عملکرد بهتر ندارند؟ و یا اینکه این مدیران، از مهارت و اختیار کافی برای انجام عملکرد بهتر برخوردار نیستند؟ و در اینجا است که ما بروز مبانی اصولی را که در ابتدا به آن اشاره کردیم می‌بینیم؛ علت‌ها ممکن است بیش از یک تأثیر داشته باشند و تأثیرات ممکن است به خاطر بیش از یک علت به وجود آیند. واضح است که هریک از این نقاط انتهایی^(۱)، به نوبه خود نیاز به تحلیل بیشتر را تحریک می‌کنند. به‌عنوان مثال چرا آموزش بهتر نمی‌شود یا چرا پزشکان انگیزش 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، مستقیم‌ترین توجیه ساده می‌تواند به صورت موجود بودن فیزیکی باشد. آیا درمانگاه‌ها یا بیمارستان‌هایی مجهز به کارکنان، تجهیزات و ظرفیت لازم برای

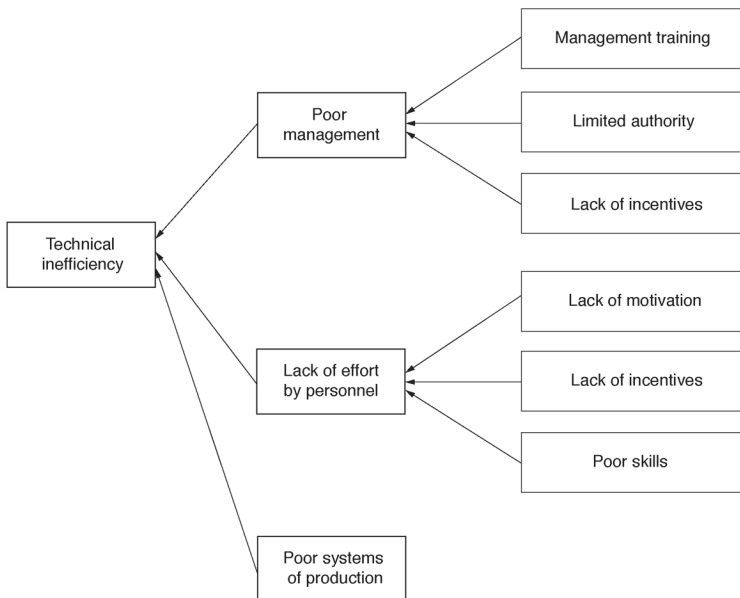
شکل ۴-۷) عنوان مورد نیاز برای شکل ۴-۷.



ارایه خدمات بیشتر وجود دارد؟ اگر وجود دارد، پس یا 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). چنانچه این خدمات از نظر فیزیکی موجود نباشند، پرسیدن علت آن، منجر به پاسخ‌های گوناگونی می‌شود (احتمالاً 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 (بهره‌مندی) بالاتری هستند، پس آن‌وقت 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). و چنانچه یکی از این موارد (یا همه آنها) صادق باشد، ما به تعیین علل احتمالی که می‌توان با استفاده از دگمه‌های 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

شکل ۵-۷) عنوان مورد نیاز برای شکل ۵-۷.



ممکن است قویاً مدافع ارایه خدمات به صورت غیررسمی و غیرسازمانی باشد. علت دیگر می تواند این باشد که «کیفیت های» (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 مستقیماً به سازمان و مؤسسه مربوطه و یا به شکل پرداخت های غیررسمی به ارایه کنندگان و یا نیاز به پرداخت برای داروها و وسایل. این مثال نشان می دهد که چگونه عرضه و تقاضا کاملاً از یکدیگر قابل تفکیک نیستند چرا که تقاضای پایین ممکن است به خاطر ماهیت عرضه باشد.

برای مشاهده این پدیده، اجازه بدهید که مجموعه دیگری از ارتباطات علی را که در شکل ۷-۵ 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 نارسایی های نظام تولید؟ تصور کنید که به عنوان مثال، مطالعات نشان می دهند 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 می پردازند و بعد از ظهرهای خود را در مطب

خصوصی سپری می‌کنند. بنابراین، بار موردی^(۱) 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: انگیزش‌های کارکنان، فرهنگ سازمانی، سیستم‌های پاسخ‌گویی (یا نبود آنها)، نحوه انتخاب و پاداش دهی به مدیران و سایر مسائل این چنین. این تحلیل می‌توان منتهی به پایان نهایی سفر تشخیصی شود یعنی تعیین خصوصیات وضعیتی که به صورت بالقوه قابل تغییر است. البته همان‌گونه که قبلاً گفتیم، فراموش نکنید که ممکن است چندین مورد هم‌زمان و دارای تعامل در حال تأثیرگذاری باشند و بنابراین، جهت دستیابی به نتایج بهتر، ممکن است سیاست‌های متعدد تعامل نیز مورد نیاز باشد.

توجه کنید که تا زمانی که این تحلیل را انجام داده‌ایم، تعداد چندی از خصوصیات عملکردی حد واسط که در فصل ۶ تعریف کردیم، تاکنون خودشان را نشان داده‌اند و جنبه‌های مختلف کارایی، دسترسی و کیفیت، در تمام زنجیره‌های بالقوه علی نقش ایفا کرده‌اند. البته باید به این نکته نیز توجه کنیم که دسته‌بندی‌هایی 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 به خودی خود نیازمند توجیه و تفسیر بیشتر است.

همان‌گونه که ذکر شد، مسیرهای تصویر شده در این نمودار، مانع‌الجمع 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 انگیزشی برای عملکردشان به وجود نیآورد؛ چرا که این انگیزش‌ها می‌توانند هم منجر به کیفیت پایین مراقبت بالینی و هم کارایی فنی نامطلوب شود که هر دو مورد کمیت مراقبت را محدود می‌کند. به علاوه، چنانچه ما کل 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، مشخصاً در تولید هر محصولی، ناکارا خواهند

بود؛ چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی. به علاوه، یک کمبود می تواند ناشی از چندین علت متعامل باشد.

همان طور که تحلیل علی را به صورت واپس نگر در طول زنجیره علی ادامه می دهیم، علل اختصاصی تر بیشتری مشخص می شوند که به نوبه خود به ما اجازه می دهند که درمان ها و علاج های خاص را نیز طرح ریزی کنیم. این فرآیند تشخیص، در نهایت ما را به سمت دگمه های کنترل نظام سلامت سوق می دهد.

۴) مرتبط ساختن تشخیص با دگمه های کنترل

در تمام این مدت مطرح کرده ایم که زمانی که سفر تشخیصی را انجام دادیم و به پایان رساندیم، «دگمه های کنترل» چارچوبی را برای مدنظر گرفتن مداخلات احتمالی که می توانند باعث بهبود عملکرد بخش سلامت شوند، فراهم می کند. برای اینکه راه استفاده از آنها را نشان دهیم، در ذیل استفاده از این چارچوب را در یک گام عمیق تر برای مثال مرگ و میر بالای مادران تشریح می کنیم.

- **تأمین مالی:** اگر ما در کمیت خدمات دچار مشکل هستیم، آیا می توانیم منابع جدید یا اضافه برای تأمین مالی فراهم کنیم تا بودجه این خدمات را افزایش دهیم؟ یا در حالت دیگر، آیا می توانیم نحوه صرف شدن وجوه موجود را تغییر دهیم تا کارایی تخصیصی افزایش یابد؟
- **پرداخت:** اگر پیدا کردیم که مشکل ما در قسمت انگیزشی (چه در سطح فردی و چه در سطح سازمانی است)، آیا می توانیم نحوه پرداخت ها یا فاصله پرداخت ها را تغییر دهیم تا هم کمیت و هم کیفیت خدمات را بهبود بخشیده باشیم؟
- **سازمان دهی:** اگر سازمان دهی ما به گونه ای نیست که بتواند صرفه جویی مقیاس^(۱) 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 می توانیم در افراد و کسانی که خدمات مختلف مراقبت سلامت مادران را ارایه می کنند به وجود آوریم تا بر این مشکلات غلبه کنیم؟ اگر مشکل در کارایی فنی و یا کیفیت بالینی یا کیفیت خدمات است، آیا می توانیم سازماندهی ارایه کنندگان را در سطوح فرد به گونه ای تغییر دهیم که عملکرد

آنها را بهبود بخشد؟

- **مقررات:** آیا قوانین تنظیمی وجود دارد که بتوانیم از آنها جهت افزایش کیفیت و کمیت خدمات یا افزایش مصرف (بهره‌مندی) استفاده کنیم؟
- **رفتار:** اگر علل مهمی در 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 بتوان تغییر قابل توجهی در عملکرد نظام سلامت‌مان در ارتباط با مرگ‌ومیر مادران ایجاد نمود، احتمالاً لازم است چندین اقدام را به صورت همزمان انجام دهیم. به طور مثال، تصور کنید که سازماندهی مجدد به این صورت انجام شود که به مدیران، اختیارات بیشتری برای ارتقای کارایی اعطا گردد. چنانچه این کار به تنهایی و بدون هیچ اقدام دیگری انجام گیرد، احتمالاً تأثیر بسیار کمتری خواهد داشت نسبت به اینکه همراه با تغییر و اصلاحات نظام پرداخت (مثلاً قراردادبندی انگیزشی^(۱)) 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 احتمالاً مشغول فعالیت هستند. تصور کنید که ما سعی در متقاعد کردن بیمارانِ مظنون به نظام سلامت‌مان هستیم که مصرف (بهره‌مندی) خدمات را در نظام خدمات سلامت جدیدمان که مجدداً 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 انگیزشی جدید (پرداخت) بین ارایه‌کنندگان 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 می شوند که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می کنند، تأثیرگذاری بر سازماندهی داخلی آنها ساده تر از حالتی است که فعالیت آنها زیر نظر پزشکان مستقل و خصوصی انجام می شود. در مورد اخیر، احتمالاً انگیزش های مربوط به پرداخت و یا محدودیت های قانونی نقش عمده تری خواهند داشت. به صورت مشابه، کشوری که یک نظام ارایه خدمات عمومی مملو از کارکنان نسبتاً 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 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، جهت گیری را به سمت تلاش های کم اثرتر در اصلاحات سوق دهد. چنانچه وضعیت این طور باشد، ما معتقدیم که نتیجه گیری باید بر مبنای نوع تحلیل هایی که تاکنون تشریح کرده ایم، انجام شود.

۶) فرآیند تدوین سیاست

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

نخست، مشارکت طرفین ذینفع به سیاستگذاران اجازه می دهد که نگرانی های آنان را بشنوند و در نظر بگیرند؛ این کار هم مقبولیت و هم اثربخشی برنامه های اصلاحات را افزایش می دهد. همان گونه که در فصل ۴ بحث کردیم، یکی از راه های ایجاد گروه های حمایتی این است که خصوصیات را که بیشتر مدنظر گروه های اصلی تشکیل دهنده هستند اما کمتر برای مجریان اصلاحات حائز اهمیت اند، مخدوش نشان دهیم. اجازه دادن به گروه های اصلی تشکیل دهنده جهت مشارکت در فرآیند تدوین سیاست، یکی از راه های آموختن و مدنظر گرفتن این نگرانی ها است.

به علاوه، آگاهی یافتن از چنین نگرانی‌هایی می‌تواند یک سیاست را از دیدگاه قابلیت اجرای موفق نیز بهبود بخشد. به عنوان مثال، پذیرش (کمپلیانس) یک نظام تنظیمی جدید پیشنهاد شده ممکن است به سادگی و فقط به خاطر نظام‌های فعلی داده‌های بیمارستانی و ظرفیت اجرایی، قابل انجام و عملی نباشد. آموختن این مسائل در فرآیند 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 فرآیند تدوین برنامه می‌شود. گوش شنوا بودن برای مشارکت‌کنندگان، «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 کردن، 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 فرآیند (و حاصل آن را) در بین مشارکت‌کنندگان افزایش می‌دهد بلکه 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 ارائه کنند که چرا نمی‌توانند لزوماً پاسخ مطلوبی به همه تقاضاهای گروه‌های ذینفع بدهند.

چهارم، مشارکت دادن، به همه مشارکت‌کنندگان درباره محتوای جزئی پروپوزال‌هایی که در نهایت شکل می‌گیرند، آموزش می‌دهد. چنانچه به عنوان مثال، دولت‌های محلی در فرآیند تهیه یک پروپوزال تمرکززدایی بخش سلامت دخیل باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که با مسئولیت‌های 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 پیش‌بینی کنند و خود را برای عواقب احتمالی آماده سازند. این امر به نوبه خود می‌تواند اضطراب و بلا تکلیفی آنها را کمتر کند و

بنابراین حداقل بخشی از مقاومت آنها در برابر تغییرات را کاهش دهد. به‌طور همزمان باید به این 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 فرآیند مشارکتی می‌تواند کاملاً متفاوت از اهمیت نسبی باشد که توصیه‌گران 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 غالباً منجر به تورش^(۱) محافظه‌کارانه نسبت به فرآیند می‌شود. گروه‌های سازماندهی‌یافته (خصوصاً آرایه‌کنندگان) می‌توانند گروه‌های کم‌تجربه و بدون سازماندهی را مغلوب و محو کنند. به‌عنوان مثال، مصرف‌کنندگان روستایی فقیر، ندرتاً منابعی در اختیار دارند که نظرات خود را به گونه‌ای اثربخش در مباحثات اصلاحات (خصوصاً در مسائل فنی‌تر) مطرح کنند. به‌علاوه، قواعد و اشکال سازماندهی که ممکن است به‌خاطر اصلاحات جدید ایجاد شود، هنوز موجود نیست که بتواند از منابع آنها پشتیبانی کند.

به‌علاوه، فرآیند مشارکتی می‌تواند به سادگی به سمت نیاز و تقاضا به بی‌حرکتی و سکون^(۲)، اضمحلال یابد. این کار به منافع زیاده از حد امکان و تو می‌دهد تا بتواند هرگونه امید به ایجاد تغییر واقعی را از بین ببرد. همچنین این امر می‌تواند منتهی به گزارش‌ها یا زبان قانون‌گذاری شود که از قصد، مبهم و گنگ هستند؛ دقیقاً به این 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 می‌اندازد؛ مرحله‌ای که مجدداً ممکن است منافع گروه‌های با سازماندهی خوب در آن غالب شوند (همان‌گونه که در فصل ۱۱ درباره مقررات بحث کرده‌ایم). به‌علاوه، گروه‌های دارای منافع قدرتمند بعضاً به‌صورت راهبردی از بکارگیری زبان گنگ و مبهم حمایت می‌کنند تا مسائل مهم را به سوی فرآیندی اجرایی سوق دهند که در نظر عموم

کتر 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 فرآیند 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 تأثیرات 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.

به‌علاوه، افرادی که مسئولیت مدیریت یک فرآیند تشخیصی یا تدوین سیاست را بر عهده می‌گیرند باید متوجه باشند که گروه‌های بزرگ ندرتاً قادر به انجام کارهای تحلیلی جدی هستند. افراد زمانی که پشت میز بحث قرار گرفتند، در قسمت ابتدایی می‌توانند به «بارش افکار»^(۱) و ارزیابی ایده‌های جدید بپردازند و در قسمت انتهایی، به نقد انتخابی بر روی پروپوزال‌ها مشغول شوند. اما کار سختی که در این میان وجود دارد یعنی حرکت از سمت «بارش افکار» به تدوین یک سیاست منتخب (و هم‌زمان، 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 باریک‌بین می‌دانند که پیش‌زمینه آموزش، سیاست و تورش‌های آنهایی که به کارهای کارمندی در این فرآیند مشغول‌اند می‌تواند بر نتیجه حاصله تأثیر بگذارد. این امر خصوصاً زمانی صحیح است که داده‌ها اندک و یا غیرنتیجه بخش هستند؛ مسأله‌ای که مکرراً در اصلاحات بخش سلامت با آن مواجه می‌شویم (به این مسأله به‌صورت کوتاه و مختصر باز خواهیم گشت). این حقیقت، تنها تقویت‌کننده نیاز به مدیریت یک فرآیند مشارکتی (و کارهای اجرایی مرتبط به آن) به گونه‌ای منظم و دقیق است.

در نهایت، باید چند کلامی هم راجع به فرآیند 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 می‌آیند. یک امکان دیگر، ایده‌هایی هستند که در سایر حوزه‌های سیاستی شکل می‌گیرند اما می‌توان آنها را با پیش‌زمینه سلامت تطابق داد. به عنوان مثال، چنانچه تمرکززدایی تأثیر خوبی در بخش آموزش داشته است، احتمالاً ایده‌های آن در خدمات سلامت نیز کاربرد پیدا می‌کند. اگر قراردادبندی 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 عمومی نیز 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 خطوط دهند. البته در اینجا لازم است چند هشدار را مطرح کنیم. خصوصاً اقتصاددانان، به راحتی نسبت به حل هر مشکلی با استفاده از سیاست «بازارها» خود را بسیار مشتاق نشان می‌دهند؛ این اشتیاق بیش از حد آنها، 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 یعنی «تطابق دهید» بیشتر توجه کنید.

برای خلاصه کردن این بخش از بحث باید گفت که فرایند، بر محتوا، سیاست و قابلیت پیاده‌سازی و اجرا تأثیر می‌گذارد. مشارکت، فقط یک بازی و سرگرمی نیست 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 می‌افتد، آینده‌نگری، تحلیل دقیق و تفکر نقادانه از سوی خود، می‌تواند سهم عمده‌ای در دورنمای موفقیت یا شکست داشته باشد.

۷) 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 موردنظر 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 غالباً نمی‌توانیم پیش‌بینی کاملی از تأثیر تمام اصلاحات ممکن بر تمام پیامدهای ممکن به عمل آوریم. البته خصوصیات خاصی در پروپوزال‌های اصلاحات وجود دارد که می‌تواند ارزش پیش‌بینی‌کنندگی کلی داشته باشد؛ خصوصیتی که می‌توانیم برای آزمودن کارآمدی احتمالی یک پروپوزال خاص، به دنبال آنها باشیم.

۷-۱) قابلیت پیاده‌سازی و اجرا^(۱)

تاکنون اینگونه گفته‌ایم که آنچه اهمیت دارد، آن چیزی است که واقعاً پس از پیاده‌شدن و اجرای یک سیاست برای عملکرد نظام سلامت اتفاق می‌افتد. بنابراین مجریان اصلاحات باید به جستجوی این موضوع بپردازند که آیا کشورشان، پیش‌نیازهای سازمانی، اجتماعی و قواعدی را که برای حمایت از اصلاحات پیشنهادی موردنیاز است، در اختیار دارد یا خیر. به‌عنوان مثال، آیا نهادهای دولتی که قرار است برنامه را انجام دهند، مهارت‌های فنی لازم و دقت و توان مدیریتی موردنیاز را دارند؟ آیا نظام‌های فعلی جمع‌آوری داده‌ها، 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 تأثیر منافع یا گروه‌های ذینفع خاص نیز وجود دارد. در فرایند پیاده‌سازی، 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 همگرایی (coercion) برای طی کردن مسیر خود استفاده کند و این تلاش‌ها در نظر جمعیت کشور چقدر مطلوب و معقول به نظر می‌رسند؟ آیا وجدان کاری و مسؤولیت‌پذیری، عمیقاً ارزش محسوب می‌شود یا آنکه اکثراً نسبت به آن بی‌تفاوت و بی‌احترام هستند؟ زمانی که از افراد درباره گزارش دادن رفتارشان سؤال می‌کنید، آیا راست می‌گویند یا دروغ؟

همان‌گونه که در بحث مربوط به چرخه سیاستگذاری (فصل ۲) مطرح کردیم، طراحان هوشمند سیاست‌ها، به دقت این مسائل را در فرایند تدوین سیاست در نظر می‌گیرند. آنها نظام‌های پرداختی پیشنهاد نمی‌کنند که... و یا قوانینی ارائه نمی‌کنند که برای پایش (مونیتور) کردن‌شان، نیاز به داده‌هایی وجود داشته باشند که در اختیار نیستند. مجریان اصلاحات فهمیده، فرض نمی‌کنند که یک ایده مربوط به کشور دانمارک، قابل تکرار در کشور اوگاندا است. در عوض به دنبال برنامه‌هایی می‌گردند که با محیط فرهنگی و ظرفیت سازمانی آن کشور، همخوانی و تناسب داشته باشد.

۲-۷) امکان‌پذیری سیاسی^(۱)

افرادی که به تدوین سیاست مبادرت می‌ورزند، لازم است پیش‌بینی فرایند تصمیم‌گیری سیاسی را نیز مدنظر قرار دهند. 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 تأکید کردیم که امکان‌پذیری، یک قضاوت «بله» یا «خیر» نیست. این قضاوت نه تنها وابسته به این است که چه کسی به نفع یا به ضرر یک برنامه اقدام می‌کند بلکه به این 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، تقریباً در همه موارد غیرقطعی است.

بنابراین مجریان اصلاحات باید از خود سؤال کنند که خود و همراهانشان چقدر آمادگی دارند تا برای اتخاذ و پیاده‌شدن یک برنامه خاص، مبارزه کنند. انتخاب واقعی آنها ممکن است بین این دو گزینه باشد: برنامه‌ای که گرفتن تأیید آن آسانتر است و برنامه‌ای که اتخاذ و پیاده‌شدن آن مشکل‌تر است ولی تأثیرات بیشتری را به دنبال دارد. به همین خاطر است که در مفهوم تلویحی «آزمون غربالگری»^(۱) برای امکان‌پذیری سیاسی، محاسبات سیاسی هزینه - فایده بر مبنای وضعیت خاص توصیه‌گران اصلاحات (مثلاً منابع، اهداف و فلسفه سیاسی)، نهفته است. همان‌گونه که در فصل ۴ مطرح کردیم، تاخت‌زدن‌های حیاتی ممکن است شامل هزینه‌های فردی مجری اصلاحات در برابر مزایای اجتماعی در کل باشد.

۳-۷) قابلیت کنترل سیاسی^(۲)

ملاحظه آخری که در طراحی سیاست باید در نظر گرفت آن است که آیا ترتیبات و قواعد جدید، به شیوه‌ای اثربخش تحت کنترل سیاسی دموکراتیک قرار می‌گیرند یا خیر. چنین کنترلی وابسته به بسیاری از خصوصیات شرایط حاکم است. نخست، آیا نتایج این سیاست قابل اطلاع‌رسانی 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 اثربخش 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 ناکامل بودن وجود دارد. همان‌گونه که در فصل ۲ بیان کردیم، اصلاحات سیاست‌ها در یک چرخه روی می‌دهند و احتمال بروز مشکلات غیرقابل پیش‌بینی و غیرمنتظره همیشه وجود دارد. بنابراین چنانچه ما قواعد و ترتیباتی را ایجاد کنیم که تغییر آنها مشکل باشد، تلاش‌های آغازین ما ممکن است به سادگی در دوره‌های (راندهای) بعدی اصلاحات، به مانعی برس

راه پیشرفت تبدیل شود. ما معتقدیم که قابلیت کنترل سیاسی، در طول مدت، کلاً 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)^(۱)، ما معتقدیم که افراد باید قادر باشند که به سیاست‌های عمومی که 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 غالباً 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 بتوانند سطوح بودجه مورد نیاز برای مراقبت سلامت را که مطلوب پزشکان است، فراهم کند.

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

دیکتاتورهای خیرخواه یا تکنوکرات‌های قدرتمند، چنانچه اتفاقاً یک نفر با ارزش‌های مادی خاص آنها توافق حاصل کند می‌توانند نتایج «خوبی» به دست آورند. اما این راهبرد، در درازمدت خطرناک است. به علاوه، ناتوانی در پیش‌بینی عواقب کل پروپوزال‌های سیاستی یک فرد، عاملی قوی در ردّ تلاش برای پیشگیری از بازبینی‌هاست. بنابراین ما بر این نکته اصرار می‌ورزیم که سازوکارهای شفاف برای پاسخگویی سیاسی، به عنوان جزئی از اصلاحات

بخش سلامت، در داخل قواعد گنجانده و لحاظ شوند.

۸) 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 غالباً به خوبی از آنها استفاده به عمل نمی‌آید. بنابراین لازم است که هم نگران موجود بودن اطلاعات باشیم و هم استفاده اثربخش از آن. گزارش اخیر صندوق جهانی پژوهش سلامت این‌گونه مطرح کرد که: «مشابه سایر کالاهای عمومی جهانی، سلامت جهانی و پژوهش سلامت جهانی نیز از سرمایه‌گذاری ناکافی رنج می‌برد».

ما از چه نوع دانشی می‌توانیم برای تعیین علل و پیش‌بینی عواقب اصلاحات بخش سلامت استفاده کنیم؟ مطلوب‌ترین 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 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 جمع‌آوری داده‌ها مشکل است، غالباً این داده‌ها ناکامل یا غیرقابل اعتماد (غیرپایا) نیز هستند. مضافاً اینکه انجام یک کارآزمایی شاهددار (مشابه آنچه بر روی تعداد زیادی از بیماران قابل انجام است)، بر روی حتی یک نظام منفرد مراقبت سلامت غیرممکن 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 غیرتجربی را پوشش می‌دهند (تا به عنوان گروه‌های شاهد به کار روند) و داده‌های عملکردی مقایسه‌ای را ارائه می‌کنند. اما این مطالعات نیز بسیار نادر هستند. تحلیل‌های مقایسه‌ای از مداخلات مشابه در کشورهای مختلف، نسبتاً شایع‌تر به چشم می‌خورند و می‌توانند در مطرح کردن الگوهای احتمالی علیت، مفید و کمک‌کننده 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 (احتمالاً این گزارش‌ها در شایع‌ترین حالت، خصوصاً برای تغییرات در سطوح ملی به کار می‌روند). مشکل می‌توان علل موفقیت یا شکست را در چنین گزارش‌هایی به دقت مشخص کرد اما به هر حال این گزارش‌ها، روشنگر و تحریک‌کننده هستند.

علاوه بر انواع مختلف مطالعات، مباحثات نظری کلی (درباره اثرات انگیزش‌های اقتصادی یا 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 Y ، X را انجام دهند، آنها غالباً 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 نگینند مثلاً اینکه آیا بیمارستان‌ها به دقت گزارش‌دهی خود را انجام می‌دهند یا آیا بازارهای محلی، رقابتی هستند. این امر منجر به مبنای سوم تشخیص و پیش‌بینی می‌شود یعنی تجربه و قضاوت خود تحلیل‌گر 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 گستره این فصل است. اما برای کمک به شروع کار، چند توصیه خلاصه زیر مطرح می‌شود.

در دهه ۱۹۹۰، پیشرفت‌های مهمی در 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 بین‌المللی پژوهش سلامت برای توسعه^(۱)، گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی تحت عنوان سرمایه‌گذاری در سلامت^(۲) و جدیدتر از همه، گزارش جهانی سلامت سال

1- International Commission on Health Research for Development

2- Investing in Health

۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد^(۱) سند سالیانه‌ای که تحت عنوان داده‌های سلامت^(۲) از سوی سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)^(۳) 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^(۴) تهیه می‌شود نیز بسیار کمک‌کننده هستند. هر یک 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، کاملاً پراکنده و مختلط بوده است. نقدهای مختلف نشان داد که ارقام مربوط به کشورهای منفرد، بعضاً از تعمیم میانگین‌های منطقه‌ای به دست آمده است. به علاوه، اطلاعات حاصل از صرف هزینه‌های ملی در امر سلامت، بعضاً مبتنی بر «پرکردن داده‌های خالی»^(۵) بوده است. درجایی که منابع محلی خوبی در دسترس هستند اما برای گردآورندگان بین‌المللی شناخته شده نیستند، می‌توان به‌عنوان جایگزین قابل اعتمادتری از آنها استفاده کرد.

از سه معیار اصلی عملکرد، شواهد مربوط به وضعیت سلامت تاکنون مهم‌ترین 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^(۶) و DALE^(۷)، تقویت شده‌اند. بسیاری از کشورها در حال حاضر اطلاعات قابل توجهی درباره وضعیت سلامت ملی جمع‌آوری می‌کنند؛ اینکار با استفاده از ابزارهای بررسی پیمایشی مثل بررسی‌های پیمایشی جمعیت‌شناختی و سلامت (DHS)^(۸) و بررسی‌های پیمایشی سنجش استانداردهای زندگی (LSMS)^(۹) صورت می‌گیرد. این کار را می‌توان با داده‌های

۱- این کتاب به زبان فارسی منتشر و ترجمه شده است.

2- health data

3- Organization for Economic Cooperation and Development

4- European Observatory on Health Care Systems

(مجموعه‌ای تحت‌عنوان «نظام‌های مراقبت سلامت درحال گذار» یا HIT منتشر می‌کند).

5- data-filling

6- disability adjusted life year

7- disability adjusted life expectancy

8- Demographic and Health surveys

9- Living Standards Measurement Surveys

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، خصوصاً 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^(۱) 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 همکاری‌های 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 غالباً به اندازه کافی از جزئیات برخوردار نیستند تا برای مقاصد تشخیصی مورد استفاده قرار گیرند.

تک‌تک کشورها ممکن است شواهد چندی درباره حفاظت مالی و رضایتمندی مشتریان خود از بررسی‌های پیمایشی ملی و مطالعات خاص به دست آورده باشند: ما قویاً تشخیص‌دهندگان را تشویق می‌کنیم که این 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 تعیین‌کننده عملکرد نظام سلامت مطرح شود، اخبار خوشی به گوش می‌رسد مبنی بر اینکه شواهد زیادی در دسترس هستند. برخی از منابع کلیدی داده‌ها شامل موارد زیر هستند:

- حساب‌های ملی سلامت، مطالعات هزینه‌بندی مراقبت سلامت و گزارش‌های مالی بیمه‌گران و سایر پرداخت‌کنندگان، داده‌هایی درباره هزینه‌ها و خروجی‌ها (برونده‌ها) فراهم می‌کند که می‌توان برای ارزیابی

کارایی از آن استفاده کرد؛

- بررسی‌های پیمایشی خانوار و گزارش‌های نظام اطلاعات سلامت که موضوع دسترسی و مصرف (بهره‌مندی) را روشن‌تر می‌کنند؛
 - آمارهای دولت، آمارهای سازمان‌های حرفه‌ای و مطالعات مبتنی بر تسهیلات که داده‌هایی درباره در دسترس بودن تسهیلات، نیروی انسانی، تجهیزات، وسایل و همچنین درباره حجم خدمات ارائه می‌کنند؛
 - داده‌های بازار دارویی بین‌المللی، آمارهای دولت و بازار خصوصی که اطلاعاتی درباره موجود بودن و استفاده از داروها ارائه می‌کنند.
- تجارب به ما نشان داده است که اطلاعات مرتبط بسیار زیادی برای تحلیل نظام سلامت در تقریباً همه کشورها وجود دارد. اما این را هم می‌دانیم که این اطلاعات ممکن است به راحتی قابل دسترسی نباشد و غالباً لازم است با احتیاط از آن استفاده شود. اکثر اطلاعاتی که کمک‌کننده است، منتشر نشده و به شکل مطالعاتی است که توسط نهادهای دولتی یا بین‌المللی، بنیادهای محلی یا خارجی و شرکت‌های مشاوره‌ای صورت گرفته است. بنابراین «کارآفرینی» داده‌ها، در 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 بین‌المللی و اینترنت، روزبه‌روز راحت‌تر می‌شود. زمان صرف کنید تا متون علمی مرتبط را مشخص کنید و با آنها آشنا شوید. احتمال بسیار کمی وجود 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 بین‌المللی غالباً موجود هستند که به شما در مرتب و منظم کردن متون علمی و تجارب کشورهای دیگر کمک کنند. سازمان‌های بین‌المللی بزرگ می‌توانند در این میان کمک‌کننده باشند مثل شبکه‌های بین‌المللی همچون سازمان نظارت اروپا یا اتحاد پژوهش نظام‌های سلامت^(۱). اما حق تصمیم‌گیری با خریدار است. البته نسبت به توصیه‌ها هم باید نقد و تحلیل بنگرید خصوصاً توصیه‌های کسانی که قصد فروش چیزی را دارند (مثلاً فروش یک نظام گرانقیمت اطلاعات رایانه‌ای).

- سریعاً 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 نسبتاً ارزانی برای دستیابی به تخمین‌های معقول هم وجود نداشته باشد. این تخمین‌ها ممکن است برای مقاصد سیاستگذاری کافی باشند.
- از پژوهش‌های خوب حمایت کنید: علی‌رغم اینکه نکته آخر را گفتیم، مشکلات جدی هم ممکن است در مطالعات و ارزیابی‌های «سریع و بزَن - برو» وجود داشته باشد. پژوهش‌های کاربردی معقول و معنی‌دار، شواهد پایاتر و رواتر می‌فرهیم 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، برنامه‌ریزی و منابع است، آینده‌نگری لازم خواهد بود تا بتوانید داده‌هایی را که واقعاً لازم دارید، به دست آورید.

۹) 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 واپس‌نگر در طول زنجیره علی 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 غیررضایت‌بخش 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 غیرمنتظره‌ای به همراه داشته و مدیریت آنها ممکن است بد باشد. افراد ممکن است ادعا کنند که یک کار را انجام می‌دهند اما در عمل کار دیگری را انجام دهند. غالباً یک ذهن باز و نقاد و درجه بالایی از انرژی و کنجکاوی موردنیاز خواهد بود.

- فوراً به نتیجه گیری زودرس نپردازید: این احتمال وجود دارد که زودتر از حد و بر مبنای ایدئولوژی‌ها یا پیش قضاوت‌ها، 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 کلاً می‌تواند باعث کسب اعتبار اصلاحات شود.
- علمی برخورد کنید نه با پیش‌داری: زمانی که قضاوت‌های ارزش‌گذارانه باعث تیره‌شدن 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 نقش‌آفرین 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 جابجا کنید. در عین حال، تحلیل 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 می‌رسد. برنامه‌ریزان مبارزه با بلایای طبیعی می‌دانند که پس از زمین‌لرزه‌ها، نواحی خاموش که چیزی از آنها به گوش نمی‌رسد ممکن است به بدترین وجه درگیر شده باشند. مشابه این قضیه برای عملکرد نظام‌های سلامت نیز صادق است. ممکن است هیچ داده‌ای از فقیرترین و بدترین مناطق وجود نداشته باشد، اما علی‌رغم همه اینها، داده‌ها می‌توانند بسیار مفید باشند. داده‌ها می‌توانند تورش‌ها و قضاوت‌های زودرس را حک و اصلاح نمایند. داده‌ها می‌توانند در اتخاذ یک رویکرد علمی کمک‌کننده 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 پیش‌داوری‌ها بسیار مؤثر واقع شوند. برای استفاده آگاهانه از اطلاعات، مجریان اصلاحات باید منبع اطلاعات، محدودیت‌ها، موارد از قلم افتاده و پیش‌فرض‌های آنرا بدانند. این امر به نوبه خود نیاز به سرمایه‌گذاری‌های لازم برای دستیابی به چنین درکی را افزایش خواهد داد. ■

تأمین مالی

۱) مقدمه

نخستین دگمه کنترلی که به بحث درباره آن می‌پردازیم، تأمین مالی^(۱) است؛ یعنی سازوکارهایی که پول از طریق آنها، بسیج و جابجا می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار کند و همچنین سازوکارهای نحوه استفاده از این پول (یعنی تخصیص). زمانی که پول (پس از گردآوری) پرداخت شد، تحت عنوان دگمه کنترل پرداخت قرار می‌گیرد که موضوع فصل بعدی است.

تأمین مالی، تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد. تأمین مالی است که تعیین می‌کند چقدر پول موجود است، چه کسی بار مالی را تحمل می‌کند، چه کسی وجوهات 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 دسترسی دارد، چه کسی در برابر تنگدستی ناشی از هزینه‌های کمرشکن طبی محافظت می‌شود و وضعیت سلامت جمعیت چگونه است. هیچ راه‌حل جادویی برای مشکلات مالی وجود ندارد. تمام پولی که از طریق هر شیوه تأمین مالی گردآوری می‌شود (به جز مشارکت‌های خارجی)، مستقیم یا غیرمستقیم از سوی شهروندان می‌آید. تصمیمی که 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. 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 بهره‌جوید. ما اینگونه مطرح کرده‌ایم که ترکیبی از این روش‌ها، 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 می‌رسد برای کشورهایی که در مراحل مختلف توسعه اجتماعی - اقتصادی، امکان‌پذیر هستند.

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 تصمیم‌نهایی برسد؛ یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین وجوهات نظام سلامت خود استفاده کند. پنج انتخاب ممکن در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند: درآمد عمومی^(۱)، بیمه اجتماعی^(۲)، بیمه خصوصی^(۳)، پرداخت مستقیم توسط بیماران^(۴) و تأمین مالی جمعیتی^(۵). اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، اکثراً معتقدند که انگلستان، کشوری است که برای تأمین مالی نظام سلامت خود، قویاً وابسته به درآمدهای عمومی است. البته در واقع، تنها ۷۶٪ از وجوهات سلامت این کشور از محل درآمدهای عمومی است؛ ۱۲٪ نیز از سهم مشارکت بیمه اجتماعی، ۱۰٪ از بیمه خصوصی و ۲٪ از پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم تأمین می‌شود. در مورد کشور هند نیز این دیدگاه وجود دارد که عمدتاً به درآمدهای عمومی خود برای تأمین مالی مراقبت سلامت، متکی است. اما واقعیت آن است که در این کشور، فقط ۳۰٪ از کل هزینه‌های سلامت از درآمدهای عمومی تأمین می‌شود؛ حدود ۶۰٪ از پرداخت‌های مستقیم بیماران از جیب و ۱۰٪ 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.

۱-۲) توسعه اجتماعی - اقتصادی

تکرار واضح است اگر بگوئیم که ساختار یکسان و مشابهی برای تأمین مالی و ترتیبات سازمانی آن را نمی‌توان برای همه کشورها به کار گرفت. روشی

1- general revenue

2- social insurance

3- private insurance

4- direct payments

5- community financing

که در انگلستان به درد می خورد، لزوماً در کنیا مفید واقع نمی شود. از سوی دیگر، آیا لازم است با هر کشوری هم به صورت متفاوت برخورد کنیم؟ آیا می توانیم کشورها را گروه بندی کنیم و نتیجه گیری های کلی را برای کشورهای درون هر گروه صورت دهیم؟ ما به دلایل متعدد اعتقاد داریم که می توان این کار را (گروه بندی را) بر مبنای سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP)^(۱) انجام داد.

توانایی یک کشور در جابه جا کردن و بسیج^(۲) وجوهات، 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 عمده ای که ارتباط عمیقی با درآمد دارند عبارتند از: مأخذ مالیات^(۳) که یک کشور می تواند از محل آن، درآمدهای مالیاتی را گردآوری کند؛ تعداد کارگرانی که در بخش رسمی استخدام شده اند، که بر مقدار وجوهاتی که می توان از طریق بیمه اجتماعی گردآوری کرد تأثیر می گذارد؛ و همچنین تعداد خانوارهای فقیر که باید برای آنها یارانه پرداخت شود.

همچنین، روش های مختلف، فشار و تقاضای بیشتر یا کمتری بر زیرساختار یک کشور و قابلیت آن کشور در مدیریت عمومی و خصوصی وارد می کنند. این عوامل نیز ارتباط زیادی با درآمد سرانه دارند. تفاوت دیگر کشورهای کم درآمدتر با کشورهای پردرآمد این است که درصدی از فعالیت های اقتصادی کشورهای کم درآمد که جزو اقتصاد ناپیداست^(۴) (یعنی درآمد قانونی ثبت نشده و عایدات ناشی از فعالیت های غیرمجاز)، بسیار بالاتر از کشورهای پردرآمد است. شنایدر^(۵) در سال ۲۰۰۲ چنین تخمین زده است که اقتصادهای ناپیدا در مکزیک، فیلیپین، مصر و تایلند، بیش از ۵۰٪ از تولید ناخالص داخلی رسمی آنها را تشکیل می دهند. اما این میزان در کشورهای پردرآمدی مثل ژاپن و ایالات متحده، کمتر از ۱۰٪ از تولید ناخالص داخلی رسمی آنهاست. این موضوع، به انتخاب ها و گزینه های تأمین مالی مرتبط است چرا که جمع آوری مالیات یا گرفتن حق بیمه اجتماعی، از درآمدهای حاصل از اقتصاد ناپیدا مقدور نیست. به همین دلیل است که ما از سرانه تولید ناخالص داخلی به عنوان روشی برای گروه بندی کشورها در دستجات خاص استفاده کرده ایم.

مرتب کردن کشورها برحسب سطح درآمد در انجام موارد زیر به ما کمک

1- gross domestic product

2- mobilization

3- tax base

4- shadow economy

5- Schneider

می‌کند: تحلیل روش‌های تأمین مالی که در اختیار دارند، مقدار وجوهاتی که از طریق منابع مختلف می‌توانند گردآوری کنند و بنابراین توان بالقوه برای انباشت خطرات مالی ناشی از سلامت نامطلوب. اولین دسته‌ای که تعیین کرده‌ایم، تمام کشورهای کم‌درآمد را شامل می‌شود. در این دسته، وجوهات مالیاتی معمولاً ۶۰٪-۴۰٪ از کل هزینه‌های سلامت را تأمین می‌کنند و ۱۵٪-۱۰٪ از طریق بیمه اجتماعی (که بیش از همه، کارمندان دولت را پوشش می‌دهد) و ۵۰٪-۴۰٪ از پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران تأمین می‌شود. بیمه خصوصی در این کشورها یا وجود ندارد یا بسیار کوچک و قابل چشم‌پوشی است چرا که خانوارهای اندکی هستند که توانایی اتباع بیمه خصوصی را دارند؛ همچنین محافظ‌اجرائی لازم برای پیشگیری از ادعاهای فریب‌آمیز بیمه‌ای وجود ندارد.

با صنعتی شدن کشور، رشد درآمد سرانه آن و تبدیل شدن به یک کشور با درآمد متوسط، معمولاً بیمه اجتماعی وسیع‌تر می‌شود چرا که تعداد کارکنانی که در بخش رسمی اقتصاد کار می‌کنند، بالاتر می‌رود. بیمه خصوصی شروع به شکل‌گیری می‌کند اما کماکان نقش کوچکی را بر عهده دارد. بخش عمده‌ای از کل هزینه‌های ملی سلامت کماکان از طریق وجوهات مالیاتی عمومی یا پرداخت‌های مستقیم بیماران تأمین می‌شود. این کشورها در دومین 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 و اندازه یا گسترش خدمات بیمه خصوصی و بیمه اجتماعی. این خدمات معمولاً زمانی ایجاد می‌شوند که منابع دیگر تأمین مالی و وجوهات، موجود باشند؛ بیمه‌های مذکور، واضحاً خدمات با کیفیت بالاتری را نسبت به آنچه از سوی تسهیلات بخش عمومی (با عملیات مستقیم از سوی دولت) ارائه می‌شود، به مشتریان ارائه می‌کنند.

سومین دسته، تمام کشورهای پردرآمد را در نظر می‌گیرد که همه آنها (به جز ایالات متحده)، نظامی برای تأمین مالی بنا نهاده‌اند که اطمینان از دسترسی عمومی به مراقبت سلامت را ایجاد می‌کند.

۲-۲) ظرفیت مالی^(۱)

سؤال اصلی درباره یک راهبرد تأمین مالی آن است که آیا این راهبرد

می‌تواند پول کافی برای صرف هزینه به میزان مطلوب و دلخواه در بخش سلامت، جمع‌آوری و بسیج‌کنند؟ ظرفیت مالی، وابسته به زمینه، شرایط و بستر است. نتیجه هر راهبرد، به ساختار اقتصادی یک جامعه (مثلاً اینکه کارگران بسیاری در بخش رسمی وجود داشته باشند) و ظرفیت اجرایی دولت بستگی دارد. به علاوه، مقدار پولی که می‌توان گردآوری کرد، نه تنها وابسته به مآخذ مالیات است بلکه به این امر نیز بستگی دارد که کشور، برای افزایش هزینه‌های صرف شده در سلامت، چقدر حاضر است از سایر اهداف خود به نفع این بخش صرف نظر کند (مثلاً در رقابت بین‌المللی از هزینه‌های بالاتر کار و یا از هزینه‌های صرف شده در آموزش چشم‌پوشد). بنابراین، اندیشیدن درباره همخوانی یک راهبرد تأمین مالی با اهداف تأمین وجوه بخش سلامت یک کشور، مفید و کاربردی خواهد بود. زمانی که مجریان اصلاحات درباره «پایداری»^(۱) نظام تأمین مالی سلامت یک ملت بحث می‌کنند، در واقع بر این پرسش متمرکز شده‌اند. اجازه دهید از این دیدگاه، نگاه سریعی به هر یک از روش‌های تأمین مالی بیندازیم.

ظرفیت گردآوری پول از محل مالیات‌های عمومی در یک کشور، وابسته به اندازه (حجم) مأخذهای مالیاتی مختلف آن دارد؛ یعنی حجمی از فعالیت‌های اقتصادی که هدف و مشمول یک نوع مالیات خاص قرار می‌گیرند. در عین اینکه این ظرفیت، ارتباط و همبستگی نزدیکی با سطح کلی توسعه اقتصادی دارد، اما عوامل خاصی نیز ممکن است در این میان نقش ایفا نمایند (مثلاً وجود منابع با مالیات آسان^(۲) مثل نفت و یا نقش عمده‌ای برای بخش‌های با مالیات سخت^(۳) مثل کشاورزان کوچک).

برای بیمه اجتماعی، ظرفیت مالی وابسته به توانایی جمع‌آوری سهم مشارکت 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 مفهومی نیز تفکیک بین عایدی‌های یک کشاورز کوچک یا مالک یک کسب و کار (درآمد 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

1- sustainability

2- easy-to-tax

3- hard-to-tax

دریافت سهم مشارکتی استاندارد شده‌ای از شاغلان کار آزاد^(۱) 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 زیرساختار اجرایی کشور، دقیق‌تر و پیشرفته‌تر باشد و هر چقدر که همکاری شهروندان آن بیشتر باشد، نظام بیمه اجتماعی قادر خواهد بود به کسب و کارهای مقیاس کوچک‌تری هم دست پیدا کند. اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، سطح دسترسی این نظام، بسیار عمیق نخواهد بود. در این موارد، عموماً بیمه اجتماعی را می‌توان به شیوه‌ای اثربخش تنها برای کسانی که در شرکت‌های بزرگ (مثلاً با بیش از ۱۰ کارمند) استخدام شده‌اند یا آنهایی که در بخش رسمی کار می‌کنند، پیاده و اجرا کرد.

بیمه خصوصی این ظرفیت را دارد که وجوهات را از سمت افرادی که قادر به پرداخت هستند و تمایل به بیمه شدن دارند، جابجا و بسیج 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 وجوهاتی 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 نمی‌آیند)، در تنگناهای یأس‌آوری گیر می‌افتند که هیچ دسترسی به خدمات سلامت ندارند.

تأمین مالی جمعیتی خصوصاً در جوامع روستایی فقیر، فقط ظرفیت محدودی برای گردآوری وجوهات مربوط به مراقبت سلامت دارد. البته، منابعی که به این شیوه گردآوری می‌شوند می‌توانند مزایای در حد متوسط (اما مهمی) در تأمین وجوهات 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 (NHAS)^(۲) بیان می‌دارد که ممکن است تمایل

قابل توجه و توان عمده‌ای برای صرف هزینه در مراقبت سرپایی وجود داشته باشد (حتی میان افراد نسبتاً فقیر در کشورهای فقیر)؛ خصوصاً زمانی که پرداخت‌های غیررسمی به 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 ارائه می‌کنند که بیماران به صورت مستقیم برای آنها پرداخت می‌کنند.

در کشورهای پردرآمد، ظرفیت به‌کارگیری 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 شرایط، بیماران ممکن است مجبور باشند سهمی را به صورت رسمی، حتی برای برخی از خدماتی که به صورت عمومی ارائه می‌شوند یا تحت پوشش بیمه هستند بپردازند (پرداخت‌های مصرف‌کنندگان^(۱) یا فرانشیزها^(۲)). ممکن است شکاف‌هایی نیز در آنچه تحت پوشش بیمه قرار دارد وجود داشته باشد، چه از نظر کسورات^(۳) (در انتهای جلویی) و یا حدود ارائه خدمت^(۴) (در انتهای عقبی).

۳-۲) قابلیت اجرا^(۵)

گردآوری وجوهات، نیازمند صرف پول در جهت ایجاد و ثبت پرونده‌ها، تأسیس نظام‌های حسابداری 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.

اختصاصاً بیمه خصوصی، هزینه‌های اجرایی بسیار بالایی را دربر دارد. شرکت‌های بیمه‌ای در ایالات متحده غالباً ۳۰٪-۲۵٪ از کل درآمد خود را صرف هزینه‌هایی غیر از مراقبت بیماران می‌کنند (مثل فروش، اجرا و سودآوری).

1- user fees

2- co-payments

3- deductibles

4- limits

5- implementability

به‌علاوه، 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 که این میزان در مقایسه با بیمارستان‌های آلمان، ۱۰ برابر بیشتر است.

وضع مقررات و نظارت صحیح (مثلاً تعیین اشکال یکسان و مشابهی از ادعایانها 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 کشورهایایی که تصمیم به قدم گذاشتن در مسیر بیمه‌های خصوصی می‌گیرند، باید نه تنها برای پرداخت این هزینه‌های سنگین تعاملات آماده باشند، بلکه ظرفیت عمده‌ای را نیز جهت پایش (مونیتورینگ)، 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 موردنیاز برای گرداندن یک برنامه تأمین مالی را (به شیوه‌ای اثربخش) در اختیار دارد؟ این نگرانی‌هاست که باعث می‌شود کشورهای دارای نظام‌های اجرایی ضعیف، خود را مبتنی بر مالیات‌هایی سازند که جمع‌آوری آنها از همه ساده‌تر است (مثلاً تعرفه‌های وارداتی و مالیات بر ارزش افزوده)؛ هرچند که در شرایط کشورهای دیگر، این منابع درآمد جزو منابع مطلوب نباشند. به‌عنوان مثال، جمع‌آوری مالیات بر مصرف، غالباً ساده‌تر از جمع‌آوری 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. به‌علاوه، 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 اصلاً به جمع‌کنندگان مالیات بر درآمد گزارش نشود. البته زمانی که فروشندگان کوچک بسیار زیادی در بخش غیررسمی وجود داشته باشند (شرایطی که در بسیاری از کشورهای فقیر صادق است)، اجرای هر دو نوع

مالیات حقوق^(۱) و مالیات بر مصرف، مشکل است.

قابلیت اجرا همچنين به مقبولیت اجتماعی یک برنامه تأمین مالی هم بستگی دارد. آیا شهروندان، ثقل خواهند کرد یا خیر؟ گستره و دامنه هر نظام تأمین مالی، وابستگی عمده‌ای به نگرش‌های عمومی نسبت به دولت (به صورت کلی) و پرداخت مالیات (به صورت خاص) دارد. میزان پذیرش (کمپلیانس) 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 اعمال‌پذیری^(۲) را در بحث ارائه شده در فصل ۱۱ مجدداً بررسی خواهیم کرد. یک مثال خاص از این مسأله به این صورت است که پیمان اجتماعی^(۳) 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 درآمد از سوی آنها داشته باشد. شهروندان غالباً احساس می‌کنند که زمانی که وجوه تفکیک شده باشند و زمانی که غیرمشارکت‌کنندگان، 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 رسمی و غیررسمی تأسیس کرده است. اینکه آیا 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 گستره این فصل است.

۴-۲) پاسخگویی سیاسی^(۴)

در یک نظام مبتنی بر دموکراسی، تصمیمات راجع به میزان و نحوه مصرف پول، 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 بر روی 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

1- payroll tax

2- enforceability

3- social contract

4- political accountability

زنجیره‌ای برای پاسخگویی وجود دارد که او را به فردی که اختیارش با تصمیم‌گیری‌های انتخاباتی تعیین می‌شود، متصل و مرتبط سازد؟ البته، شرایط ایده‌آل از نظر پاسخگویی سیاسی، در بسیاری از کشورها محل اختلاف نظر و بحث است. در شرایطی که بی‌اعتمادی وسیعی نسبت به فرایندهای سیاسی وجود دارد، برخی ترجیح می‌دهند که تصمیمات تأمین مالی سلامت توسط نهادهایی صورت گیرد که (حتی‌الامکان) عاری و مصون از فرایندهای سیاسی باشند. چنین گرایش و تمایلی خصوصاً در کشورهایی صادق است که محدودیت‌ها و فشارهای شدیدی بر روی بودجه‌های عمومی وجود دارد. گروه‌های ذینفع در این کشورها امیدوارند که جداسازی تأمین مالی سلامت از فرایند بودجه عمومی، جریان منابع به بخش سلامت (و نهایتاً به جیب آنها) را افزایش دهد. چنین امری توجیه می‌کند که چرا برنامه‌های جدید بیمه اجتماعی، در انواع گوناگونی از کشورها (مثلاً هر دو کشور لهستان و کلمبیا)، قویاً از سوی جوامع پزشکی مورد حمایت قرار گرفته‌اند.

۳) معیارهای قضاوت درباره روش‌های تأمین مالی

علاوه بر چهار مورد از ملاحظات 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 مدنظر قرار گیرد. این معیارها اختصاصاً عبارتند از: عدالت^(۱)، انباشت خطر^(۲) و اثرات اقتصادی^(۳).

عدالت: به دلیل اینکه تأمین مالی، مستقیماً 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 وجوهات مستقیماً 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 بُعد متفاوت دارد. عدالت عمودی^(۴) به توزیع بار بین ثروتمندان و فقرا اشاره دارد. عدالت افقی^(۵)، 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

1- equity

2- risk pooling

3- economic effects

4- vertical equity

5- horizontal equity

برابر و یکسانی درکل جمعیت ندارند. سرطان برخی افراد را درگیر می‌کند و دیگران را مبتلا نمی‌کند؛ بیماری‌های اسهالی نیز در تعدادی از بچه‌ها به وجود می‌آید نه همه آنان. از سوی دیگر، گروه‌هایی از افراد جامعه، با خطرات سلامت بالاتری مواجه هستند. افراد مسن‌تر، ناخوش‌تر و ناتوان‌تر از جوانان هستند و دیابتی‌ها نیاز به مراقبت بیشتر و متعددی 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 کم‌خطر و پرخطر قابل تشخیص وجود دارد، به این سادگی‌ها نیست. گروه‌های کم‌خطر مانند جوانان و افراد سالم، نمی‌خواهند که با گروه‌های پرخطر سهیم شوند چرا که انباشت، هزینه‌های گروه کم‌خطر را بالاتر می‌برد. به عنوان مثال، در چین مشاهده شد که شرکت‌های سرمایه‌گذاری مشترک^(۱) که گرایش به استخدام کارگران جوان‌تر دارند، قویاً 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 بسیج وجوهات، تفاوت بسیاری با یکدیگر دارند. اگر درآمدهای عمومی برای خدمات سلامتی که در دسترس همه قرار دارند یا برای یارانه‌دهی جهت پیش پرداخت‌های گروه‌های پرخطر به کار روند، می‌تواند خطرات را انباشت کنند. بیمه‌های اجباری اجتماعی، چنانچه پوشش کمابیش فراگیری داشته باشند می‌توانند انباشت قابل توجهی را فراهم کنند. بیمه‌های خصوصی صرفاً خطرات سلامت را در یک گروه منتخب انباشت می‌کنند؛ مثلاً 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 (مثلاً دستمزد) می‌کند، این شرکت یا فرد ممکن است تصمیمات خود را درباره میزان کارکردن و عایدی داشتن، تغییر دهد. انتخاب‌ها و گزینه‌های مختلف، تأثیرات متفاوتی بر تشویق یا تضعیف سرمایه‌گذاری، فرصت‌های شغلی و عرضه کار می‌گذارند؛ بنابراین اثر آنها بر ترکیب و سطح فعالیت اقتصادی در کوتاه و بلندمدت نیز متفاوت خواهد بود.

۴) گزینه‌ها و انتخاب‌های تأمین مالی^(۱)

نوع‌شناسی که ما از گزینه‌ها و انتخاب‌های تأمین مالی ارایه کرده‌ایم، مخلوطی از جنبه‌های مالی و سازمانی فرایند جمع‌آوری پول است. این نوع‌شناسی، انعکاسی از منابع اقتصادی مورداستفاده در روش‌های مختلف و همچنین ترتیبات سازمانی است که تأمین مالی از طریق آنها انجام می‌شود. گزینه‌های ما در بهترین حالت، مجموعه‌ای از «روش‌های ایده‌آل» هستند؛ هر یک از گزینه‌ها، یک مورد خالص و بسیار با سبک است.

البته در عمل، اکثر نظام‌های تأمین مالی، خالص نیستند. در عوض، اکثر کشورها، رویکرد ترکیب و تطابق^(۲) را برمی‌گزینند؛ یعنی در واقع، چندین روش مختلف را به شیوه‌های پیچیده ترکیب می‌کنند تا بتواند انعکاسی از تاخت‌زدن‌های^(۳) اهدافی باشد که کشور قصد انجام آن را دارد. این تاخت‌زدن‌ها برحسب تاریخ ملی، سیاسی و اقتصادی خاص آن کشور صورت می‌پذیرد. به‌عنوان مثال، نظام‌های درآمد عمومی غالباً از بیماران می‌خواهند که پرداخت داشته باشند و همچنین برخی از انواع هزینه‌های پزشکی (مثل داروها) را هم پوشش نمی‌دهند. به‌صورت مشابه، اکثر برنامه‌های بیمه خصوصی هم از بیماران می‌خواهد که پرداخت‌های قابل توجهی به‌صورت مستقیم از جیب داشته باشند. هدف دسته‌بندی‌های 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.

۱-۴) درآمد عمومی^(۴)

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 دولتی دریافت نماید.

انواع مختلفی از مالیات‌ها در اختیار دولت قرار دارد از جمله مالیات بر درآمد، مالیات سود شرکت سهامی^(۵)، مالیات بر ارزش افزوده^(۶)، مالیات

1- financing options

2- mix-and-match

3- trade-offs

4- general revenue

5- corporate profit tax

غیرمستقیم^(۷)، تعرفه‌های واردات^(۸)، مالیات بر منابع طبیعی مثل معادن^(۹)، هریک از این مالیات‌ها، بار را بر گروه‌های مختلفی از شهروندان وارد می‌کند. ترکیب مالیات‌هایی که یک کشور خاص از آن استفاده می‌کند، عموماً وابسته به سطح رشد اقتصادی آن کشور است. کشورهای کم‌درآمد گرایش دارند که بیشتر از منابع درآمدی که جمع‌آوری‌شان راحت است (مثل مالیات‌های صادرات و واردات و مالیات غیرمستقیم) استفاده کنند. استفاده از سایر منابع (مثل مالیات بردرآمد و مالیات بر ارزش افزوده) نیازمند نظام‌های داده‌ای گسترده‌تر و سطوح بالاتری از پذیرش (کمپلیانس) 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 کوتاه‌مدت دچار افت و خیز می‌شوند. برخی از مالیات‌ها مانند مالیات‌های تصاعدی^(۱۰) بردرآمد و مالیات بر منابع، حساسیت بیشتری در مقایسه با انواع دیگر نسبت به دوره‌های کوتاه‌مدت کسب و کار^(۱۱) و رشد طولانی‌مدت دارند. رشد (اقتصادی)، افراد را به دستجات بالاتر مالیات بردرآمد سوق می‌دهد و دریافت‌های نهایی و میانگین را افزایش می‌دهد؛ در عین حال منافع نیز کماکان نسبت به دور کسب و کار حساس باقی می‌مانند. 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 می‌آید (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 به اینکه چه مجموعه‌ای از مالیات‌ها را به کار گرفته باشند)؛ خصوصاً به این دلیل که در جریان رکود بحرانی، تقاضا از دولت برای سایر انواع صرف هزینه نیز افزایش می‌یابد.

تأمین مالی از محل مالیات عمومی، در نظام‌های سیاسی دموکراتیک، درجات بالایی از پاسخگویی سیاسی را به همراه دارند، چرا که تصمیم‌گیری‌های کلیدی مستقیماً از مسیر فرایند قانونگذاری عبور می‌کنند. بنابراین، میزان تأمین اعتبارات را می‌توان کنترل کرد و تصمیم‌گیرندگان، پاسخگویی اقدامات خود خواهند بود. از سوی دیگر، پشتیبانی مالیاتی تلویحی از طریق سازوکارهایی مثل

6- value-added

8- import duties

10- progressive

7- excise taxes

9- severance taxes

11- short-run business cycles

واگذاری مالیات^(۱) (مثلاً فراهم آوردن این امکان که صرف هزینه در مراقبت سلامت، باعث کاهش دیون و بدهی مالیات بردرآمد یک فرد شود)، نه شفاف است و نه قابل کنترل. مشکل می‌توان فهمید که چقدر از درآمدها از طریق چنین برنامه‌هایی از دست می‌روند و کنترل افرادی که از این میان دچار منفعت می‌شوند نیز کار ساده‌ای نیست.

مسئله 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 بعداً به صورت مفصل ذکر خواهیم کرد (فصل ۱۰ مبحث سازماندهی)، کشورها بعضاً مسؤولیت گرداندن نظام‌های مراقبت سلامت را به دولت‌های محلی و منطقه‌ای واگذار می‌کنند. بعضاً این حالت اتفاق می‌افتد 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 جمع‌آوری کنند.

به عنوان مثال، چندین سال پیش لهستان تلاش کرد به شهرهای بزرگش بقبولاند که مسؤولیت چرخاندن بیمارستان‌های محلی‌شان را تحت قانون شهرهای بزرگ^(۲) 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 حکومت یا استانی تأمین می‌شود. همانگونه که در بخش بعد بحث خواهیم کرد، چنین ترتیباتی می‌تواند مسائل عمده‌ای را در ارتباط با عدالت برانگیزد؛ خصوصاً زمانی که گوناگونی‌های بین منطقه‌ای وسیعی از نظر ظرفیت مالی محلی وجود داشته باشد.

۱-۴) عدالت عمومی و افقی در روش‌های مالیاتی جایگزین

همانگونه که در فصل ۶ بحث کردیم، بار مالیات ممکن است فقط بر دوش آنهایی که باید مالیات پردازند، 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 واگذاری مالیات، به برخی از فعالیت‌ها یارانه پرداخت می‌کند. جبران‌کنندگان این کاهش درآمد ممکن است آنهایی باشند که مالیات‌های افزایش یافته دیگر (برای جبران درآمد از دست رفته) را پرداخت می‌کنند یا آنهایی باشند که متقاضیان بالقوه فعالیت‌هایی بوده‌اند که به خاطر کمبود پولی ناشی از واگذاری مالیات، در حال حاضر خدمات ارابه شده به آنها محدود و کم شده است.

به‌علاوه، آنهایی که مستقیماً یک نوع مالیات پرداخت می‌کنند ممکن است (لزوماً) افرادی نباشند که در نهایت، بار حاصله را به دوش بکشند. به‌عنوان مثال، کارفرمایان عموماً بخشی از هزینه ناشی از افزایش مالیات حقوق را به شکل اعطای دستمزد و حقوق کمتر به کارگران منتقل می‌کنند. به‌صورت مشابه، مالیات بر دارایی زمین‌داران ممکن است به شکل اجاره‌های گرانتر، به مستأجران منتقل شود. اینکه آیا چنین جابجایی روی می‌دهد یا خیر (و به چه میزان)، بستگی به خصوصیات گوناگونی از بازارهای مربوطه دارد. متون علمی اقتصادی قابل توجهی درباره این مسائل وجود دارد.

عدالت عمودی: ما تاکنون نقاط تمایز بین مالیات‌های تصاعدی، متناسب و قهقرایی (نزولی) را مطرح کرده‌ایم (فصل ۵ را ببینید). در اکثر کشورها، فقط مالیات‌های جامع بر درآمد از جمله مالیات بر درآمد سرانه می‌تواند حقیقتاً 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، اندکی قهقرایی (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 یک فرد در نظر گرفته شود، این برنامه‌های مالیاتی حتی از این هم که هست قهقرایی (نزولی) تر می‌شوند (که بعضاً این اتفاق می‌افتد). مالیات بر مصرف (فروش و مالیات بر ارزش افزوده) نیز به میزان متوسط، قهقرایی (نزولی) است چرا که درصدی از درآمد که صرف و مشمول مالیات می‌شود (برخلاف درصدی که پس‌انداز 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 کرده‌اند. به دلایل مشابه، غالباً میزان مالیات بیشتری برای کالاهای لوکس و تجملی در نظر گرفته می‌شود چرا که ثروتمندان، بخش بیشتری از درآمدها 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)^(۱)، از دیدگاه عدالت، بسیار جالب و جذاب خواهد بود.

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 نمی‌انگیزند. اما مالیات‌های باریک‌تر و جزئی‌تر (مثل مالیات بر سیگار یا الکل) ممکن است این کار را صورت دهند. آیا واقعاً عادلانه است که از سیگاری‌ها بخواهیم که مالیات بیشتری پرداخت کنند؟ در سال‌های اخیر، بسیاری از کشورها، کنترل و مسئولیت مالی مراقبت سلامت خود را به سطحی پایین‌تر از سطوح کشوری منتقل کرده‌اند. چنین برنامه‌هایی، 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^(۲) حرکت کرده‌اند غالباً به این نتیجه رسیده‌اند که تأسیس صندوق‌های یکسان‌سازی (متوازن‌سازی) بین منطقه‌ای^(۳)، ضروری و لازم است. کشورهایی مثل کلمبیا و کشورهای حوزه اسکاندیناوی که طولانی‌ترین سابقه حضور نظام‌هایی از این دست را دارند، در حال حاضر برای تکمیل منابع محلی‌شان، شدیداً متکی به مالیات‌های ملی هستند.

البته، بنا نهادن یک برنامه یکسان‌سازی (متوازن‌سازی) ممکن است بسیار پیچیده باشد چراکه باید کاری بیش از در نظر گرفتن نیازها (جمعیت، ناخوشی و درآمد) را انجام دهد. همچنین لازم است این برنامه‌ها، انگیزش‌هایی را ایجاد کنند که از تلاش مناطق فقیر در جهت پایین آوردن مالیات‌های خود، پیشگیری به‌عمل آورند و اجازه ندهند که (بار) این مناطق، بر تلاش‌های جمع‌آوری مالیات قسمت‌های مجاور خود، سوار شوند. تمرکززدایی تصمیمات مالیاتی، این خطر را نیز به دنبال دارد که تلاش برای دستیابی به پایین‌ترین قیمت ممکن آغاز شود چرا که مناطق مختلف سعی می‌کنند که با پایین آوردن مالیات‌ها، سعی

1- benefits minus burden

2- fiscal decentralization

3- interregional equalization funds

در جذب کسب و کارها و تجارت‌های موجود نمایند. مناطق ثروتمندتر (و از نظر سیاسی قویتر) غالباً هدف ایجاد و تأسیس یک نظام توزیع مجدد بین منطقه‌ای قرار می‌گیرند؛ دقیقاً به این 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 می‌آید 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 غالباً به اخذ مالیات از داری‌های غیرمنقول مثل زمین بپردازند: حداقل هرکس می‌داند که در چه قلمرویی قرار گرفته است.

۲-۱-۴) انباشت خطر

تأثیرات درآمد حاصله از مالیات عمومی بر انباشت خطر، وابسته به این است که دولت چگونه این درآمد را بین برنامه‌های مختلف سلامت توزیع و به آنها تخصیص می‌دهد. در کشورهای کم‌درآمد، بودجه سلامت دولت اکثراً برای تأمین مالی بیمارستان‌های عمومی و درمانگاه‌ها صرف می‌شود تا مردم بتوانند در آنجا از مراقبت سلامت رایگان یا یارانه‌ای بهره‌مند شوند. این رویکرد در حقیقت باعث می‌شود که هزینه‌ها برای بیمارانی که از بیمارستان‌های عمومی استفاده می‌کنند، انباشت شود. البته، بیمارستان‌های عمومی بهتر، غالباً در شهرهای بزرگتر واقع شده‌اند و ساکنین شهری غیرفقیر نیز عمدتاً 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.

۳-۱-۴) اثرات اقتصادی

اثرات اقتصادی استفاده از درآمدهای مالیات عمومی برای تأمین مالی مراقبت سلامت، وابسته به نوع مالیات‌های خاص مورد استفاده و سطوح به‌کارگیری آنها است. به صورت نظری، میزان بالاتری از مالیات بر درآمد باید تمایل افراد پر درآمد را به فعالیت و کار کردن، کاهش دهد. البته در حقیقت، مطالعات نشان داده‌اند که برای افراد با درآمد بالاتر، عرضه کار^(۱) نسبت به

میزان‌های نهایی مالیات بردرآمد، غیرحساس است. هزینه‌های بالاتر کار و نیروی کاری می‌تواند توان رقابتی بین‌المللی یک کشور را نیز کاهش دهد و روند سرمایه‌گذاری و رشد اقتصادی را کند نماید. به دلیل اینکه سرمایه‌گذاری جهانی به صورت فزاینده‌ای در حال تبدیل به شکل بین‌المللی است، اهمیت چنین ملاحظاتی نیز خودبخود بیشتر می‌شود.

در اینجا به مسأله‌ای نسبتاً پوشیده‌تر درباره مالیات‌ها اشاره می‌کنیم که اهمیت زیادی برای برخی اقتصاددانان دارد؛ مفهوم بار بیش از حد^(۱). زمانی که برای کالاها مالیات بسته می‌شود، خریداران قیمت بالاتری را نسبت به قبل پرداخت می‌کنند و فروشندگان عایدی کمتری دارند. مالیات، شکافی^(۲) بین آنچه پرداخت و آنچه دریافت می‌شود، برقرار می‌کند. در نتیجه، خرید و فروش کمتری نسبت به حالتی وجود خواهد داشت که در بازار کاملاً رقابتی با مالیات صفر اتفاق می‌افتد. از دیدگاه اقتصادی، از دست رفتن این برونده (خروجی) باعث ایجاد مشکل می‌شود چرا که مشتریان مجبور شده‌اند که مقداری بیش از هزینه تولید کالاهایی را که دیگر تولید نمی‌شوند، پردازند. اما کماکان (از مالیات متشکریم که) آنها دیگر از منافع این فرصت نیز بهره‌مند نمی‌شوند. هر چقدر تعدیل برونده (خروجی) به خاطر مالیات بیشتر باشد، این میزان از دست رفتن بیشتر خواهد بود؛ این از دست رفتن، از طریق تفاوت میان تمایل به پرداخت^(۳) مشتریان و هزینه تولید برونده (خروجی) 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 هم‌ریختگی^(۴) در برونده‌ها (خروجی‌ها) شود. در این حالت، مالیات‌های بیشتری بر کالاهایی اعمال می‌شود که مشتریان بسیار خواهان آن هستند و حتی در صورت افزایش قیمت آنها نیز تقریباً به همان میزان به خرید آنها ادامه می‌دهند. اقتصاددانان، چنین نوع تقاضایی را «کشش ناپذیر»^(۵) می‌نامند. جالب آن است که چنین کالاهایی غالباً آنهایی هستند که افراد مبادرت به خرید آنها می‌کنند چون برایشان بسیار حائز اهمیت است (مثل مراقبت طبی و غذاهای پایه). بنابراین، مالیات بستن بر کالاهایی که تقاضای آنها کشش ناپذیر است، احتمالاً نگرانی ما را در باب عدالت عمودی بیشتر

1- excess burden

2- wedge

3- willingness-to-pay

4- distortion

5- inelastic

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 نظام‌های سلامت در هر دو گروه کشورهای فقیر و ثروتمند محسوب می‌شوند. تجارب بین‌المللی نشان می‌دهند که زمانی که یک کشور غنی‌تر می‌شود، مأخذ مالیاتی آن نیز بزرگتر می‌شود؛ همچنین با افزایش توان دولت در جمع‌آوری مالیات‌ها، غالباً سهم بیشتری از هزینه‌های صرف شده سلامت از محل درآمد عمومی تأمین می‌شود. تأمین مالی از درآمد عمومی از نظر سیاسی قابل کنترل و پاسخگو نیز 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 طولانی‌مدت و همچنین ظرفیت انباشت خطرات سلامت در یک جمعیت گسترده، در این منبع تأمین مالی بیشتر است. از سوی دیگر، مشکلات کنترل‌پذیری درآمد عمومی در شرایطی که نظام سیاسی ضعیف است و احتمال فساد و پارتی‌بازی^(۱) در آن وجود دارد، ممکن است از جدایی آن بکاهد. زمانی که دولت کارکرد نامطلوبی دارد، ممکن است مشکلاتی از باب مقبولیت عمومی و بنابراین کنترل‌پذیری درآمد مالیاتی بروز نماید؛ این اتفاق خصوصاً در کشورهایی که ظرفیت اجرا یا ضمانت اجرایی محدودتری دارند یا آنهایی که شهروندان‌شان فراری از مالیات یا منفی‌باف و بدبین^(۲) هستند، با احتمال بیشتری رخ می‌دهد.

انواع خاصی از خدمات (خدمات بهداشت عمومی و پیشگیرانه یا ارایه مراقبت به فقرا)، غالباً تحت حمایت مالیاتی قرار دارند حتی اگر سایر روش‌ها، در نظام تأمین مالی بخش سلامت غالب شده باشند. دلیل این امر آن است که مالیات‌ها را می‌توان مجدداً توزیع نمود و آنها را از مأخذ وسیع‌تری جمع‌آوری 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.

۴-۲) بیمه اجتماعی

سه ویژگی، بیمه اجتماعی را از بیمه خصوصی متمایز می‌کند. نخست، بیمه اجتماعی، اجباری^(۱) است؛ هریک از افراد گروه مشمول، باید مشارکت کند و سهم پیش پرداخت خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت (پیش‌پرداخت) غالباً به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود. وقتی که فردی، حداقل تعدادی پیش پرداخت‌ها را پرداخت کرد، مشمول مزایای خاص و از پیش تعیین شده می‌شود.

دوم، اکثر پیش‌پرداخت‌های بیمه اجتماعی، یک تعهد اجتماعی^(۲) را نشان می‌دهند. طبق قانون، مقدار و میزان مشارکت و مزایای حاصله، به سادگی و صرفاً از طریق اقدامات اجرایی صرف، قابل تغییر نیست. در عوض، این مقادیر در قالب قوانین یا مقرراتی تعیین می‌شوند که تغییر آنها بسیار مشکل است. بنابراین بیمه اجتماعی، مبتنی بر یک قرارداد تلویحی بین نظام بیمه و افرادی است که تحت پوشش قرار می‌گیرند. شهروندان می‌پذیرند که مقدار خاصی را بپردازند و انتظار دارند که وجوهات حاصله، به صورت عادلانه و اثربخش، در تأمین مالی مراقبت برای آنهایی که متعلق به این نظام و تحت پوشش آن هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

سوم، در عین اینکه اکثر وزرای اقتصاد و دارایی به مالیات‌های تخصیص یافته اعتراض می‌کنند، برنامه‌های بیمه اجتماعی مشخصاً فقط متکی بر چنین درآمدهایی هستند. در نتیجه، این برنامه‌ها، مزیتی خاص به دنبال دارند. مزایای بیمه‌ای که تقاضای رأی‌دهندگان است، یک قیمت مشخص و واضح دارد: پول باید جایی برود که طرفداران آنجا هستند.

نظام‌های بیمه اجتماعی، لزوماً همه افراد را تحت پوشش قرار می‌دهند و بسیاری از کشورها، دارای چندین نظام متعدد هستند. اکثر برنامه‌ها، فقط کارگران بخش رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند. وقتی کشوری تصمیم به ارایه پوشش همگانی می‌گیرد، دولت مشخصاً باید از درآمدهای مالیات عمومی برای پرداخت یارانه به مستمری‌بگیران، بیکاران، فقرا، کارگران بخش غیررسمی و حتی برخی از کسب و کارها و کشاورزان کوچک استفاده کند.

بیمه اجتماعی عموماً 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 یا شغلی خاص، پراکنده شده‌اند. غالباً این سازمان‌ها تحت عنوان صندوق‌های ناخوشی^(۱) شناخته می‌شوند و فقط ظرفیت 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 غالباً محدود) می‌دهد. اما خطر انتخاب معکوس^(۲) و هزینه‌های اجرایی بالا نیز در این الگو وجود دارد. برای برطرف کردن این محدودیت‌ها، 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 اقتصاد غالباً اینگونه مطرح می‌کنند که تأمین مالی بیمه اجتماعی، غیرقابل تمایز از تأمین مالی از محل مالیات دولتی است. اما متخصصان امر بیمه اجتماعی، قویاً با این دیدگاه مخالف هستند. اقتصاددانان عمدتاً به این دلیل به بیمه اجتماعی به‌عنوان برنامه‌ای با تأمین مالی مالیاتی می‌نگرند که مشارکت در آن اجباری است. البته این 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، پیش‌پرداخت‌ها و 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 معمولاً 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. به‌طور 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، غالباً 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. به‌عبارت دیگر، منافع آنها، رفاهی نیست که از سوی دولت به آنها اعطا شده باشد.

۱-۲-۴) عدالت در بارهای مالی و منافع مالی

اثرات برنامه‌های بیمه اجتماعی بر عدالت، وابسته به جزییات آنهاست که تفاوت عمده‌ای با یکدیگر دارد. عدالت عمودی مالیات حقوق، وابسته به این است که چقدر از درآمدهای ثروتمندان، به دلیل اینکه جزو سرمایه‌هاست از نظام مالیاتی مصون می‌ماند و اینکه آیا حد و مرزی برای مقدار و میزان مشارکت و حق بیمه وجود دارد یا خیر. عدالت افقی وابسته به آن است که آیا برخی از گروه‌ها (مثل کسب و کارها یا کشاورزان کوچک)، به دلیل جهت‌گیری‌های نصّ قانون یا صرفاً گریز ساده از مالیات، از پرداخت بار عادلانه مالیات، مصون می‌مانند 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 تشکیل‌دهنده آنها)، بتوانند مراقبت ارزان‌تر و بهتری را با قیمت یکسان ارائه کنند. احتمال وجود این نوع بی‌عدالتی 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، احتمالاً از جمعیت ناخوش کمتری برخوردارند. بنابراین در آلمان تا زمانی که جابجایی و نقل و انتقال اعتبارات بین صندوق‌های ناخوشی^(۱) در دهه ۱۹۹۰ اعمال شد، میزان مالیات حقوق در برنامه‌های پوشاننده کارکنان یقه سفید (اداری و دفتری) کمتر از میزان آن در برنامه‌های کارگران یقه آبی (ساده) بود.

هم نظریه‌های اقتصادی و هم مشاهدات تجربی نشان می‌دهند که طی یک دوره میان‌مدت چندساله، کارگران بیشترین سهم پیش‌پرداخت‌های بیمه سلامت را پرداخت می‌کنند (یا به صورت مستقیم از طریق حق بیمه‌های شان یا به صورت غیرمستقیم به شکل دستمزدهای پایین‌تر)؛ 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 آنها را به شکل قیمت‌های بالاتر به سمت جلو منتقل کنند، وابسته به شرایط بازار کار دارد، از جمله اینکه اتحادیه‌های کارگری تا چه حد قوی هستند.

۲-۲-۴) انباشت خطر

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

۲-۲-۳) اثرات اقتصادی

آیا هزینه‌های بیمه اجتماعی، تأثیری بر رشد اقتصادی دارد؟ اگر کل هزینه‌های کار به خاطر تغییرات پیش‌پرداخت‌ها تغییر قابل توجهی پیدا نکند؟ آن وقت پاسخ این سؤال چنین خواهد بود: نه خیلی زیاد. البته بازارهای واقعی کار، پر از تنگ‌نظری‌ها 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 بین‌المللی کاهش دهد و شرکت‌های بین‌المللی را تشویق کند که سرمایه‌گذاری و تولید خود را در جایی صورت دهند که هزینه‌های کار پایین‌تر است. به علاوه، هزینه‌های بالاتر کار باعث می‌شود که کارفرمایان، کمتر به استخدام کارگران جدید حتی در شرایط توسعه کاری‌شان روی آورند و نهایتاً در میان مدت و درازمدت، درصد بیکاری و عدم اشتغال افزایش یابد.

۲-۲-۴) قابلیت اجرا

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 آرایه 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 کاملاً تأمین نمی‌شود. دیدگاه نسبت به نظام بیمه اجتماعی هم ممکن است صرفاً به‌عنوان یک کارکرد دیگر دولت باشد و به رژیم‌های حکومتی غیرانسانی گذشته نسبت داده شود. به‌عنوان 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. به‌علاوه، دولت نسبت به تأمین اعتبار «سهم» خود برای مستمری‌بگیران 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.

۳-۴) بیمه خصوصی

وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان، به‌صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند؛ این فروشندگان، حق بیمه‌ها و سهم مشارکتی را مطالبه می‌کنند که منعکس‌کننده خطرات خریدار است به‌عوض 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 سازوکار دیگری برای تأمین مالی بخش سلامت باشد. یکی از دو محور آن است که بیمه خصوصی، منابع بیشتری را جابجا و بسیج خواهد کرد. به دلیل اینکه کسانی که پرداخت نمی‌کنند، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مشکلات ناشی از فرار از مالیات نیز به حداقل می‌رسد. 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 ارائه 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 انگیزش و نه گرایش و تمایل به انجام آن را دارد.

بیمه خصوصی غالباً با رشد اقتصادی افزایش می‌یابد چرا که با منفعت شخصی^(۱) خریداران بیمه، سازگاری دارد. کارفرمایان تمایل دارند که نیروی کاری سالمی داشته باشند، تعهد و پایداری بیشتری از جانب کارگران احساس و دریافت کنند و از درخواست‌های کارکنان خود مبنی بر کمک مالی در شرایطی که صورت حساب‌های طبی آنها قابل پرداخت نیست، اجتناب کنند. کارکنان غالباً 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 صرفه‌جویی مقیاس^(۲) و انباشت خطر که فقط با سایر کارکنان سالم صورت می‌گیرد، هزینه‌های کمتری به دنبال دارد. به این 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.

خطرناک‌ترین نارسایی بیمه رقابتی خصوصی، مشکل انتخاب خطر^(۳) است. در دنیایی که کلمه ناخوشی در آن، به شکل روزافزونی به معنی بیماری‌های مزمن به کار می‌رود، هزینه‌های مراقبت سلامت، قابلیت پیش‌بینی بیشتری بر مبنای سال به سال پیدا کرده‌اند. آنهایی که امسال بیمار هستند، احتمالاً سال بعد نیز بیمار خواهند بود. حدود ۱۰٪-۵٪ از افرادی که ناخوش‌ترین اعضای هر صندوق بیمه هستند، غالباً ۷۰٪-۶۰٪ از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. این حقایق، انگیزش‌های عظیمی برای شرکت‌های رقابتی بیمه ایجاد می‌کند که برنامه‌های خود را صرفاً به افراد سالم بفروشند؛ و یا اگر هم به افراد

1- self-interest

2- economies of scale

3- risk selection

بیمار می‌فروشند، مقادیر کافی از آنها دریافت کنند که برایشان سود داشته و به صرفه باشد.

البته، رفتار اخیر شرکت‌ها، انگیزش‌های قوی برای افراد بیمار ایجاد می‌کند که درباره وضعیت سلامت‌شان به شرکت‌های بیمه دروغ بگویند. چنانچه وضع‌کنندگان مقررات از شرکت‌های فروشنده بیمه بخواهند که از تمام مشتریان، یک قیمت ثابت را دریافت کنند، آن وقت افراد سالم احتمالاً 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^(۱). با خروج خطرات مطلوب از صندوق انباشت، کاهش وجوهات روی می‌دهد، میزان حق بیمه باید افزایش پیدا کند و به همین دلیل، باز هم افراد سالم‌تری خارج می‌شوند و فقط ناخوش‌ترین و گران‌قیمت‌ترین مشتریان در صندوق باقی می‌مانند.

مشکل به صورت معکوس نیز ممکن است روی دهد. شرکت‌های بیمه تلاش می‌کنند افرادی را که اختصاصاً 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 بعداً بیمار می‌شوند سر باز بزنند و یا مقادیر حق بیمه و سهم بالایی را طلب کنند. مجموعاً این رفتارها تحت عنوان انتخاب خطر یا cream skimming شناخته می‌شود؛ یعنی آنهایی که بیشترین نیاز را به پوشش بیمه دارند، نهایتاً بدون پوشش می‌مانند.

۱-۳-۴) عدالت در بارهای مالی و منافع مالی

مسائلی که در باب عدالت بیمه‌های خصوصی مطرح می‌شود، پیچیده و مرکب است. حق بیمه‌هایی که ثابت هستند و به هیچ وجه با درآمد تغییر نمی‌کنند، بسیار قهقرایی (نزولی) هستند. به علاوه با در نظر گرفتن ارتباط معکوس بین وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت، حق بیمه‌ها و پیش-پرداخت‌های مبتنی بر خطر مشخصاً باعث می‌شود که فقرا مبلغ بیشتری پرداخت کنند. حتی مقادیر یکسان تنظیم شده‌ای که برحسب درآمد تغییر نمی‌کنند، نسبت به گزینه‌های دیگر تأمین وجوهات، قهقرایی‌تر (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 ابتیاع کنند. به طور خلاصه، آنهایی که بیشترین خطر مالی را به خاطر ناخوشی‌های جدی‌شان دارند، از حداقل توانایی برای ابتیاع 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 است مرتبط با فلسفه و سیاستگذاری.

۲-۳-۴) انباشت خطر

به دلیل اینکه صندوق‌های بیمه خصوصی، خطرات را میان گروه‌های کوچکتری (در مقایسه با بیمه اجتماعی)، انباشت می‌کنند، این روش مشخصاً انباشت کمتری را نسبت به بیمه اجتماعی صورت می‌دهد. به علاوه، گروه‌های دارای بالاترین میزان خطر و هزینه‌ها (خصوصاً بیماران مزمن و بازنشستگان)، مشخصاً از برنامه بیمه حذف می‌شوند. در پاسخ به 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 (نرخ‌بندی جمعیتی)^(۱) و یا محدوده مجاز تفاوت قیمت را باریک‌تر ساخته‌اند (rating bands). 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، مجدداً تحمیل کنند (خصوصاً در کشورهای با درآمد کم و متوسط).

۳-۳-۴) اثرات اقتصادی

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

تتها بازار مراقبت سلامتی که تقریباً چیزی نزدیک به این ادعای اخیر ارایه می‌کند، ایالات متحده است؛ این کشور در ۵۰ سال گذشته عمدتاً متکی بر بیمه خصوصی گروهی رقابتی و با خرید از سوی کارفرما بوده است. در دهه ۱۹۹۰ (همانگونه که نظریه اقتصادی هم پیش‌بینی 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، بیمه‌گران طی سال‌های اخیر تلاش‌های خود را برای کنترل ارایه‌کنندگان کاهش داده‌اند و به همین خاطر، هزینه‌ها در ایالات متحده با نرخ ۱۵٪-۱۰٪ در سال در حال افزایش است. به‌علاوه، تا حدی به دلیل هزینه‌های بسیار بالای تعاملات در نظام غیریکپارچه و قطعه قطعه بیمه خصوصی، ایالات متحده بالاترین هزینه‌های کل مراقبت سلامت را (با فاصله بسیار زیاد) با سایر کشورهای جهان دارد.

۴-۳-۴) قابلیت اجرا

کشورها برای بنانهادن یک نظام تأمین مالی بیمه خصوصی، با مجموعه‌ای از مسائل حیاتی در طراحی آن مواجه می‌شوند. نخستین مسئله آن است که آیا قراردادهای باید به صورت فردی بسته شود یا گروهی. بازار ایالات متحده، قویاً مبتنی بر گروه‌های کارفرمایان است. این کار به این دلیل صورت گرفته است که امکان و انگیزش ورود و خروج افراد در صندوق‌های خطر مختلف و نتیجتاً ناپایدار شدن نظام را کم کند. حتی در جاهایی که گروه‌ها کوچکتر بوده‌اند نیز تجارت 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 است؛ خصوصاً انتخاب بین انتفاعی یا غیرانتفاعی بودن. 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 گواهینامه‌ها باشند؟ به‌عنوان 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 بیمه‌گران و ارایه‌کنندگان اعمال می‌کند؟ به‌عنوان مثال، آیا می‌توان ارایه‌کنندگان و بیمه‌گران را به شکلی مشابه سازمان‌های حفظ سلامت (HMOs)^(۱) 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 شرکت‌ها را می‌پذیرند یا از آنها پشتیبانی می‌کنند؟ هر شرکت رقابت‌کننده، به چه مناطق جغرافیایی می‌تواند دسترسی داشته باشد و در آنجا فعالیت کند؟

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

متأسفانه دولت‌ها ممکن است آمادگی و امکانات کافی برای پذیرش چنین مسؤولیت‌های جدیدی نداشته باشند. آیا دولت، ظرفیت تضمین و تحلیل مالی را برای تعیین ملزومات موردنیاز برای یک ذخیره معقول دارد؟ آیا دولت درباره

تعاملات و پویایی بازارهای بیمه رقابتی اطلاعات کافی دارد (پدیده‌ای که موقعی که شرکت‌ها 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 cream-skimming را بشناسد و بر آن نظارت کند؟ آیا مجبور به کنترل قیمت‌ها یا شرایط فروش برنامه‌ها و سیاست‌ها خواهد بود؟ تجارب نظارت و تنظیم بیمه در ایالات متحده نشان داده است که برای انجام موفقیت‌آمیز این وظایف، درجات بالایی از قابلیت تحلیلی و یکپارچگی سیاسی، چه در سطح ایالتی و چه در سطح فدرال موردنیاز خواهد بود.

در نظام بیمه خصوصی، کمیت بیمه‌ای که خریداری می‌شود، تصمیم تمرکززدا شده‌ای است که در دست تک‌تک 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 بیمه‌گران 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، راه‌حلی برای مشکلات تأمین مالی بخش سلامت است. درخشش بازار و مبالغ هنگفتی که از سوی شرکت‌های بیمه خصوصی در ایالات متحده جمع‌آوری می‌شود، طرفداران پر و پا قرصی متشکل از گروه‌های ناهمسان و غیر هم شکل بوجود آورده است؛ از کارآفرینان بی‌ترحم و مدافعان بازار آزاد گرفته تا پزشکان پول‌پرست. اما این رویکرد، از دیدگاه عدالت، 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 صوت واقع‌گرایانه با آن برخورد نمایند.

۴-۴) پرداخت‌های مستقیم از جیب^(۱)

چهارمین گزینه تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیماً از جیب خودشان به ارایه‌کنندگان پول بپردازند و این هزینه صرف‌شده از سوی آنها، قابل بازپرداخت از سوی یک نهاد یا شخص ثالث (مثل برنامه‌های بیمه) نباشد. پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان^(۲)، زیرمجموعه‌ای 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 (خصوصاً در کشورهای کم‌درآمد) غالباً به‌عنوان روشی آسان و امکان‌پذیر از نظر اجرایی برای گردآوری وجوهات اضافه‌تر برای مؤسسات و فعالیت‌هایی محسوب می‌شود که در محیط قرار دارند. در واقع، ایده به این صورت است که پولی که به‌صورت محلی جمع‌آوری می‌شود، به‌صورت محلی هم صرف می‌شود. اعتقاد چنین است که این کار باعث کاهش کسری‌ها و نشت^(۳) ناشی از ساخت و پاخت^(۴)، فساد و مخارج بالاسری^(۵) می‌شود؛ چرا که جمع‌آوری و پرداخت پول به‌صورت 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؛ اگر چنانچه پرداخت‌های آنها، منجر به کیفیت بهتر خدمات در تسهیلات محلی‌شان شود.

دومین دلیل که غالباً از سوی اقتصاددانان مطرح می‌شود آن است که ارایه خدمات سلامت به‌صورت رایگان، مشوق و ترویج‌دهنده سوء مصرف و استفاده بیش از حد از خدمات است که از نظر تخصیصی، ناکارا خواهد بود. تحلیل آنها، مبتنی بر مفروضات سودگرایان غیرعینی^(۶) است مبنی بر اینکه هدف از نظام مراقبت سلامت، به حداکثر رساندن رضایت مشتریان است که از طریق تمایل به پرداخت آنها سنجیده می‌شود. اقتصاددانان معتقدند زمانی که قیمت خدمات صفر باشد، مشتریان حتی هنگامی که ارزش این خدمات برایشان کمتر از هزینه تولید خدمات است نیز از آنها استفاده خواهند کرد. در نتیجه، چنانچه این خدمات کم‌ارزش تولید نشوند، رضایتمندی بیشتری در مشتریان ایجاد خواهد

1- out-of-pocket payments

2- user fees

3- leakage

4- graft

5- overhead

6- subjective utilitarians

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^(۱) 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 تخصیص‌ها جلوگیری به عمل می‌آورند.

توجه کنید که این دو دلیل، کاملاً با یکدیگر هم‌راستا نیستند. آنهایی که موافق استفاده از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان برای اهداف افزایش درآمد هستند می‌خواهند که قیمت‌ها را برای خدمات ارزشمندتر تعیین کنند و این‌طور 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 کم‌درآمد جهت پرداخت چنین هزینه‌هایی نیز دفاع کنند؛ چرا که در غیر اینصورت مصرف این خدمات از سوی افراد کم‌درآمد، قویاً تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

برعکس، مدافعان و توصیه‌کنندگان قیمت‌گذاری - به ازای - کارآیی^(۲)، می‌خواهند قیمت خدماتی را که هم‌گران هستند و هم ارزش کمی برای مشتریان دارند، افزایش دهند. برای این افراد، کاهش مصرف در نتیجه اعمال پرداخت‌های مستقیم از سوی بیماران، مانعی برای برنامه‌شان محسوب نمی‌شود. این کاهش‌ها علامت آن است که اتفاقاً تصمیم‌گیری برای دریافت هزینه در همان مکان اولیه مراجعه از مشتری، متناسب و صحیح بوده است.

پیچیدگی دیگری نیز در این میان وجود دارد. پدیده تقاضای القا شده توسط عرضه‌کننده^(۳) 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^(۴)، حتی با پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان نیز تداوم خواهد یافت. به علاوه، کاهش یا افزایش کارایی تخصیصی با اعمال پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان، در عمل وابسته به دو اثر ایجاد شده‌ای است که یکدیگر را جبران و متوازن می‌کنند، تأثیر اول این است که پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان، آنها را از خرید خدماتی که کم‌ارزش هستند، نهی می‌کند. دومین اثر، هر نوع انگیزشی است که ارائه‌کنندگان را وادار می‌دارد که در جهت افزایش

1- co-payment

2- pricing-for-efficiency

3- supplier-induced demand

4- allocative inefficiency

مصرف نامتناسب از سوی مشتریان اقدام کنند. دامنه تأثیرگذاری اخیر وابسته به عوامل متعددی است از جمله هنجارهای حرفه‌ای ارایه‌کنندگان، آموزش آنها و روش‌هایی که درآمد حاصل از پرداخت مصرف‌کنندگان، از طریق آنها به تصمیم‌گیرندگان بالینی انتقال می‌یابد.

تعیین میزان پولی که فعلاً در یک کشور از طریق پرداخت‌های مستقیم بیماران گردآوری می‌شود، غالباً مشکل است. هزینه جمع‌آوری داده‌های خوب در این شیوه ممکن است بسیار قابل توجه باشد چرا که احتمالاً 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 تلویحاً یا تحقیقاً غیرقانونی هستند)، گسترش قابل توجهی در نظام‌های حکومتی پیدا کرده‌اند.

پرداخت‌های غیررسمی غالباً 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 پرداخت‌ها، برای ارایه‌کنندگانی که در حوزه‌های فعال‌تر یا قهرمانانه‌تر (مثل جراحی یا زنان و زایمان) فعالیت می‌کنند، بالاتر است. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی برای اینگونه پرداخت‌ها به کار می‌رود: «پول‌های زیرمیزی»، «پول‌های سیاه»، «پول‌های خاکستری» و «پول‌چای»^(۱). از دیدگاه اقتصادی، این پرداخت‌ها 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 مصرف‌کنندگان) می‌گذارند.

مطالعات اخیر با به‌کارگیری حساب‌های ملی سلامت نشان داده است که تمایل قابل توجهی به پرداخت (و توان پرداخت) برای مراقبت سرپایی، حتی میان افراد نسبتاً فقیر جامعه در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد وجود دارد؛ خصوصاً چنانچه پرداخت‌های غیررسمی نیز در نظر گرفته شود. چنین یافته‌ای، 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، کلاً 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 کم‌درآمد بیشتر است. این به معنی آن است که هزینه‌هایی که برای جلوگیری از مصارف کم‌ارزش 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 به‌وجود می‌آید. متأسفانه، در دنیای بیماری‌های مزمن، بسیاری از چنین مراجعاتی را نمی‌توان از مراقبت‌های بالینی معمول، متمایز ساخت چرا که پیشگیری، پس از شکل‌گیری و به‌وجود آمدن بیماری اتفاق افتاده است. چنین فعالیت‌هایی تحت‌عنوان 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 انگیزش‌های نامتناسب، کار آسانی نیست.

استفاده از پرداخت‌های مستقیم به‌عنوان مکمل وجوهات 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) به‌عنوان مبنای مالی عمده برای ارایه مراقبت بستری پیشرفته به کار روند. چنین مراقبت‌هایی بسیار گرانقیمت هستند و تقاضا برای آنها، به‌حد 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؛ خصوصاً زمانی که کشور به سطح خاصی از رشد اقتصادی و سیاسی می‌رسد.

۱-۴-۴) 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 فقیر هستند با خطر درمان نشدن بیماری، تنگدستی یا ترکیبی از هر دوی اینها مواجه می‌شوند. از منظر عدالت عمودی، پرداخت‌های مستقیم، شدیداً قهقرایی (نزولی) هستند، خصوصاً اگر همبستگی بین سلامت نامطلوب و درآمد پایین را

در نظر بگیریم. پرداخت‌های مستقیم، حتی از بیمه خصوصی هم بدترند چرا که مورد اخیر، 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 به‌ازای دریافت خدمت یا کارانه^(۱) استفاده می‌کنند، در ورطه تبعیض قیمت^(۲) 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 به‌حد اکثر برسانند. با دریافت مبالغ بیشتر از ثروتمندان و مقادیر کمتر از فقرا، ارایه‌کنندگان فقرا را تشویق می‌کند 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 هزینه‌هایی ارایه خدمات اضافه‌تر، برایشان کمتر از مبالغی است که از فقرا دریافت می‌کنند، به همراه دارد.

۲-۴-۴) حساب‌های پس‌انداز طبی^(۳)

یکی از شیوه‌های خاص پرداخت مستقیم که تحت عنوان حساب‌های پس‌انداز طبی شناخته می‌شود، در مباحثات اصلاحات سلامت در سطح بین‌المللی، 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 آینده‌نگری درباب 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

1- fee-for-service

2- price discrimination

3- medical savings accounts

آینده منتقل شود. تا زمانی که تراز و موازنه^(۱) قابل توجهی در حساب‌های فردی ایجاد نشود و در هنگامی که افراد هنوز جوان هستند، مشترکین قویاً از به‌کار بردن حساب‌های خود برای پرداخت جهت مراقبت، منع می‌شوند. در عوض، تلاش زیادی صورت می‌گیرد که آنها یا 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 پرداخت‌اش را صورت داده‌اند، انباشت خطر در سطح جمعیت (به عنوان یک کل)، 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 ارائه 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 ارائه 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^(۲) را اضافه نمود؛ در این برنامه، کارگران حق بیمه‌ها را از برداشت‌هایی که از حساب پس‌انداز طبی خود انجام می‌دادند، پرداخت می‌کردند.

سوم، سنگاپور مجدداً 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، نظامی متشکل 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، نسبتاً مرفه و تا حد زیادی چینی‌الاصل است که هر دو مفهوم صرفه‌جویی و مسئولیت‌پذیری خانوادگی، ارزش‌هایی هستند که قویاً در نهاد مردم این کشور، عجین شده است. این کشور از نظام مالی دولتی قابل و دقیقی نیز بهره‌مند است. علی‌رغم اینکه توجه به این برنامه در سطوح بین‌المللی بسیار بالا بوده است، روشن نیست که چنین برنامه پیچیده‌ای را که قویاً مبتنی بر هنجارهای فرهنگی خاص است بتوان به سایر بسترها و زمینه‌ها انتقال داد.

۳-۴-۴) 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 واقعاً 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 نیآورد. از دید دولت، این نظام پرداخت ضرورتاً 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 (مثلاً در موارد ارایه درمان اورژانس در بیمارستان‌های آمریکا برای فردی که تحت پوشش بیمه نیست)، هزینه دریافت وجوه صرف شده از سوی فروشنده پس از پایان کار، می‌تواند بسیار قابل توجه باشد.

پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان، انگیزش‌هایی را هم برای ارایه‌کنندگان ایجاد می‌کند که مصرف‌بیش از حد^(۱) 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 (مثلاً نظارت بر ارایه‌کنندگان و اعطای گواهینامه به آنها) و همچنین تلاش‌های کنترل قیمت، با این هدف به وجود آمده‌اند که به مشکلات انگیزشی مربوط به نظام‌های تأمین مالی با پرداخت مستقیم پردازند.

همچنین همانگونه که در فصل ۱۲ بحث کرده‌ایم، تلاش‌هایی نیز صورت گرفته است تا تعداد ارایه‌کنندگان را محدود سازد و به مؤسسات گواهینامه اعطا نماید تا بتواند استفاده بالقوه 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 می‌شود. البته مسائل جدی از دیدگاه عدالت عمودی و انباشت خطر در این شیوه تأمین مالی وجود دارد. پرداخت‌های مستقیم همچنین می‌تواند از طریق تأثیرات انگیزشی بر پزشکان و سایر ارایه‌کنندگان، 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 گران‌قیمت نیز در شیوه پرداخت‌های مستقیم وجود ندارد. البته واضحاً پرداخت‌های مستقیم از سوی بیماران برای بسیاری از کشورها جذاب بوده است چرا که این امکان را به آنها می‌دهد که منابعی را بسیج و جمع‌آوری نمایند که در غیر اینصورت در دسترس بخش سلامت قرار نمی‌گیرد.

۴-۵) تأمین مالی جمعیتی

در این شیوه تأمین مالی، جمعیت‌های مختلف از طریق برنامه‌های پیش‌پرداخت محلی خود اقدام به ارایه و کنترل خدمات مراقبت اولیه مربوط به خودشان می‌نمایند. در برنامه‌های شاخص تأمین مالی جمعیتی، تأمین مالی و ارایه مراقبت اولیه به صورت یکپارچه است اما کماکان از خدمات سطوح ثانویه و ثالثیه مجزاست. ارایه‌کنندگان یا افراد به خدمت گرفته شده از سوی جوامع هستند و یا جزو سازمان‌های غیردولتی و غیرانتفاعی می‌باشند.

بسیاری از کشورهای کم‌درآمد 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. غالباً مشکل می‌توان پزشکان را به استخدام درمانگاه‌های تحت مدیریت دولت درآورد؛ پزشکان معمولاً از پذیرش این مسؤولیت می‌گریزند یا سر باز می‌زنند، منظم در سر کار خود حاضر نمی‌شوند و یا خدمات با کیفیت پایینی به مشتریانی ارایه می‌کنند که از نظر فرهنگی برایشان به حساب نمی‌آیند. به‌طور هم‌زمان ساکنین روستاها غالباً اعتماد اندکی به

خدمات و تسهیلات موجود دارند؛ در نتیجه به شدت به استفاده از خدمات شفا دهندگان سنتی و درمانگران محلی برای دریافت مراقبت سرپایی روی می آورند و در مواقعی که شدیداً 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 عمومی به 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 جمعیتی به وجود آید. ایده اصلی به این صورت است که پول لازم برای مراقبت اولیه، به صورت محلی و در سطح روستا جمع‌آوری 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 نسبتاً فقیر صرف می‌شود اشاره می‌کنند که به جیب شفاگران سنتی، پزشکان غیرمتعارف و پزشکان خصوصی غربی می‌روند. امکان دسترسی به این وجوهات (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 الگو از تأمین مالی جمعیتی، دربرگیرنده ترکیبی از پاسخگویی سیاسی محلی، مراقبت اولیه با اجرا توسط خود جامعه و همچنین پیش‌پرداخت‌های 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) مشخصاً خارج از محدوده چنین برنامه‌هایی است چرا که این مراقبت‌ها بسیار گران‌قیمت هستند و منطقه پوشش آنها بسیار وسیع است که این امر در کنترل محلی اثربخش، 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 بسیج و جابجا کرد مثلاً به وسیله کار کردن، ساختمان‌هایی را بنا نهاد.

بسیاری از تجارب استفاده از وجوهای محلی برای تأمین مالی مراقبت اولیه سلامت تنها بخشی از شکل ایده‌آل برنامه‌ای را که پیش‌تر تشریح کردیم، پیاده‌سازی و اجرا کردند. عضویت و پرداخت به‌صورت داوطلبانه، ناشایع نیست؛ محدوده خدماتی که تحت پوشش قرار می‌گیرند ممکن است کاملاً محدود باشد (مثلاً یک صندوق داروهای ضروری با تأمین مالی محلی)؛ و تأمین مالی نیز ممکن است قویاً به عوض پیش‌پرداخت به‌صورت کارانه باشد و یا بدون مشارکت محلی از محل منابع مالیات ملی تأمین شود.

خدمات اثربخش سلامت روستایی بعضاً از سوی تسهیلات عمومی مرکزگرا و با تأمین مالی مالیاتی ارائه شده‌اند. سریلانکا، کوبا و منطقه کرالا در جنوب هند همگی وضعیت سلامت میانگین بالاتری نسبت به سطح درآمد خود دارند و نسبتاً از شبکه متراکمی از ارائه‌کنندگان دولتی حتی در مناطق روستایی برخوردار هستند. مدافعان تأمین مالی جمعیتی اینگونه مطرح می‌کنند که این مثال‌ها نشان‌دهنده ملزومات تاریخی، سیاسی و فرهنگی بسیار خاصی است که برای موفقیت از طریق مجرای تمرکزگرای حکومتی مورد نیاز هستند.

یکی از محدودیت‌های مآخذ مالی محلی آن است که حفظ آن در زمان‌های بروز مشکلات اقتصادی و رکود نسبتاً مشکل است. یک منطقه روستایی منفرد مشخصاً پراکندگی و تنوع اقتصادی کمتری نسبت به کل کشور دارد. به‌عنوان مثال کشور مالزی طی ۳۰ سال گذشته برای رشد خود به ترتیب متکی بر چای، روغن نارگیل، نفت و صادرات فن‌آوری بالا بوده است. چرخه‌های قیمت کالاها که شدیداً برخی از بخش‌های این کشور را دچار آسیب کرده است در کل از طریق رشد مناطق دیگر جبران شده است. اما یک روستای منفرد معمولاً از چنین مزیتی برای جبران کردن برخوردار نیست.

۱-۵-۴) عدالت و محافظت در برابر خطر مالی

در جایی که تأمین مالی جمعیتی به هر دو صورت پیش‌پرداختی و اجباری است، درجاتی از محافظت در برابر خطر مالی را ارائه می‌کند. اما تا زمانی که یارانه از محل درآمدهای عمومی صرف نشود، برنامه‌های تأمین مالی جمعیتی تنها می‌توانند منابع را به میزان متوسط بسیج و جابجا نمایند چرا که بسیاری از خانوارهای مشارکت‌کننده از دسته کم‌درآمد هستند. به علاوه حذف مراقبت‌های ثانویه به معنای آن است که اگر قرار باشد شهروندان از خطرات مالی ناخوشی‌های جدی در امان بمانند، روش تأمین مالی جمعیتی را باید با سایر

برنامه‌ها (مثلاً بیمارستان‌های تحت حمایت مالیات) تکمیل نمود. برنامه‌های غیراجباری که در آنها انتخاب معکوس توسط افراد بیمار به درون صندوق پوشش داده شده صورت می‌گیرد، محافظت به مراتب کمتری در برابر خطر ارایه می‌کند. با در نظر گرفتن ماهیت نسبتاً 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 همه‌گیری‌های محلی یا بلایای طبیعی برخوردار نیستند.

از دید عدالت عمودی، سؤالی حیاتی درباره ماهیت نظام پیش‌پرداخت مطرح است. آیا پیش‌پرداخت اختصاصاً 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 نسبتاً فقیر محلی، مجبور به پرداخت برای دریافت مراقبت جهت خودشان باشند و در عین حال به اعطای یارانه به خدمات سلامت برای ثروتمندان کشور هم ادامه 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، آنهایی 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 کشورهای که تنوع فرهنگ و ظرفیت محلی‌شان قابل توجه است (مثلاً در بین گروه‌های نژادی یا فرهنگی) این تفاوت‌های برنامه‌ها می‌تواند به یک مشکل تبدیل شود، چرا که تأمین مالی جمعیتی در برخی از قسمت‌ها کارکرد اثربخشی دارد در حالی که در سایر جاها اینگونه نیست.

۲-۵-۴) قابلیت اجرا

به مانند تمام برنامه‌های تمرکززدا، قابلیت اجرا در این شیوه وابسته به

ظرفیت و رهبری در سطح محلی است. این امر بیانگر آن است که نیاز به سرمایه‌گذاری در ظرفیت‌سازی برای سطوح محیطی وجود دارد. از سوی دیگر، زمانی که افراد محلی، به برنامه مبتنی بر جامعه خودشان اطمینان می‌کنند، جمع‌آوری پیش‌پرداخت‌ها نیز آسانتر می‌شود.

ممکن است برخی از مناطق محلی قادر به اتخاذ شیوه تأمین مالی جمعیتی نباشند. دهکده‌ها ممکن است مملو از نزاع‌های درونی و شکاف‌های مربوط به خانواده، نژاد، مذهب و وضعیت اقتصادی باشند. در چنین شرایطی، برقراری تلاشی گروهی در سطح جامعه ممکن است مشکل یا حتی غیرممکن 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 واقع‌گرایانه از هر شرایط خاص محلی، نیاز به تأمین تخصص‌های لازم و همچنین ارایه پشتیبانی سازمانی به‌صورت موقت یا دائمی، ضرورت پیدا کند.

۳-۵-۴) خلاصه

مزایای اصلی تأمین مالی جمعیتی 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 به‌صورت 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 بومی بخش‌هایی 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 پیش‌نیازهای سازمانی ضروری چه از نظر فنی و چه از نظر سیاسی صورت گیرد در غیر این صورت چنین برنامه‌هایی باعث می‌شود 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. توجه لازم باید به جوامعی نیز صورت گیرد 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.

۶-۴) 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 ۱ اشاره شد، چنین کمک‌هایی غالباً قیمتی را نیز به دنبال دارد؛ تعهد اهداکنندگان به دستیابی به اهداف خاص. انگیزه چنین تعهداتی، مجموعه‌ای از نگرانی‌ها، ارزش‌ها و سیاست اهداکنندگان است. به عنوان مثال نهادهای کمک‌رسانی ملی در قبال قانونگذاران ملی خودشان مسئولند اما نهادهای اجرایی سازمان جهانی بهداشت، در قبال مجمع جهانی سلامت مسئول هستند.

در سال‌های اخیر، اهداکنندگان تمرکز کمتری بر پشتیبانی اصلاحات بخش سلامت نشان داده‌اند و بیشتر بر پیشبرد اهداف برنامه‌ای خاص که پیامدهای آن قابل سنجش است تمرکز کرده‌اند (مثلاً واکسیناسیون، ریشه‌کنی بیماری و زایمان بی خطر). گستره و میزان تغییر یا اختلال در سیاست‌های ملی به خاطر ترجیحات اهداکنندگان، قویاً وابسته به ظرفیت مالی کشور مربوطه و میزان اتکای آن به وجوهات اهداکنندگان است. فقیرترین ملل و جوامعی که شرایط پس از کشمکش را سپری می‌کنند، غالباً بیشترین حساسیت را به این موضوع دارند.

ما قویاً 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 بیانگر آن است که رهبران و متخصصان محلی باید مشارکت وسیعی در هرگونه مباحثات مربوط به گزینه‌های سیاستی بنمایند. اشتیاق نامتناسب متخصصان بین‌المللی به «یک راه‌حل برای همه»، غالباً در تجارب گذشته نشان داده شده است. اما همچنین تجارب بین‌المللی می‌تواند منبع ارزشمندی برای هدایت و توصیه انتخاب‌های جایگزین اصلاحات باشد. مجریان محلی اصلاحات لازم است بدانند که هرگونه اشاره به تجارب بین‌المللی لزوماً 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.

۴-۷) نقطه نظر نهایی درباره روش های تأمین مالی

پیش از آنکه به ادامه بحث پردازیم، توجه کنید که چه اجزایی جزو دسته بندی ما قرار نمی گیرد. به طور خاص ما تلاش کرده ایم که تأمین مالی را از سایر جنبه های 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 غالباً چنین شرایطی وجود دارد. در عوض، این دسته بندی دربرگیرنده شیوه های مختلفی از ارایه خدمات است: ارایه کنندگان خصوصی (کانادا)، ترکیبی از پزشکان خصوصی و بیمارستان های دولتی (سوئد) و همچنین نظام هایی که عمدتاً خدمات را به صورت دولتی ارایه می کنند (انگلستان). به صورت مشابه، دسته بندی بیمه های خصوصی نیز دربرگیرنده هر دو نوع تسهیلات انتفاعی و غیرانتفاعی (مانند برنامه های صلیب آبی آمریکا) و بیمه گرانی است که با استفاده از تمام شیوه های ممکن به ارایه کنندگان پرداخت می کنند. بیمه گران می توانند به استخدام پزشکان و تأسیس بیمارستان ها نیز پردازند تا مستقیماً 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 ارایه کننده 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 دگمه های کنترل خودشان مطرح کنیم. وسعت این دسته بندی ها نشان دهنده آن است که حتی پس از اتخاذ تصمیمات درباره تأمین مالی، محدوده گزینه های موجود درباره مسائل غیرمالی کماکان وسیع است.

۵) تخصیص منابع و جیره بندی

پس از آنکه وجوهات 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 نوعی از مراقبت سلامت موجود و در دسترس هستند و کیفیت و کمیت آنها چگونه است. این عوامل حد واسطه به نوبه خود بر پیامدهای سلامت و حفاظت در برابر خطر مالی و همچنین بر کارایی تخصیصی نظام سلامت یک کشور و هزینه های کل مراقبت سلامت آنها تأثیر می گذارد. در این بخش، به بحث درباره تخصیص منابع در درون نظام سلامت

می پردازیم. مسائل وسیع تر مربوط به تخصیص منابع بین بخشی، پیچیده تر 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 تک‌تک 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 تصمیم‌گیری باید در این باره نیز صورت گیرد که چگونه پولمان را برای دستیابی به بهترین نتایج ممکن صرف نماییم. دولت‌ها این انتخاب‌ها را در دو سطح انجام می‌دهند. نخست، تاخت‌زدنی بین صرف هزینه در یک بخش یا صرف آن در بخشی دیگر صورت می‌گیرد. دوم، در درون یک بخش خاص، تاخت‌زدن بین یک برنامه با برنامه‌های دیگر انجام می‌شود. به‌عنوان 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 خود باعث تولید مراقبت سلامت شود. وجوهات باید از طریق مجموعه پیچیده‌ای از فرایندهای تولید به شکل مراقبت سلامت درآیند و ارایه شوند. نحوه انجام این کار تحت تأثیر ساختارهای انگیزشی نظام، الگوهای سازمانی آن و همچنین فعالیت‌های تنظیمی و نظارتی آن است که در فصل‌های 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. به‌عنوان مثال، گزارش توسعه جهانی سال ۱۹۹۳ فقط این نوع از رویکرد ساده به ارتقای سلامت را اتخاذ و مطرح کرده اما به هر حال علی‌رغم 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.

۱-۵) تعاریف

تناسب‌بندی 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 (برحسب منطقه یا نوع بیماری) توزیع کنند. سپس این وجوهات بیشتر تقسیم می‌شود و به سازمان‌ها یا افراد تخصیص پیدا می‌کند. متون علمی اقتصادی درباره تخصیص منابع، غالباً به گونه‌ای از بحث تخصیص منابع سخن به میان می‌آورند که گویی یک فرایند واحدی^(۱) است. این رویکرد می‌تواند در شرایطی که بازارها مستقیماً کالاها و خدمات را به افراد تخصیص می‌دهند، معقول باشد. البته در نظام‌های ملی خدمات سلامت، وجوهات مراقبت سلامت غالباً ابتدا از طریق فرمول‌هایی به جمعیت‌ها 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 وجوهات و انواع خدمات^(۲)، طرح بسته خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد. سپس از روش‌های دیگر برای جیره‌بندی خدمات برای افراد خاص استفاده می‌شود. ما در این کتاب بین تناسب‌بندی منابع برای یک گروه جمعیتی یا برای انواع خاص خدمات (مانند مراقبت اولیه و خدمات بیمارستانی) تمایز قابل شده‌ایم و این فرایند را به‌عنوان تخصیص منابع می‌شناسیم. برای توزیع مراقبت محدود سلامت بین افراد، واژه جیره‌بندی (یا سهمیه‌بندی)^(۳) را به کار می‌بریم.

۲-۵) روش‌های جایگزین برای تخصیص منابع و جیره‌بندی

حتی اگر همه متفق‌القول 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 غالباً درباره جیره‌بندی مراقبت سلامت بحث کرده‌اند در حالی که این کار در ایالات متحده تقریباً 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، اسماً دربرگیرنده تصمیمات مربوط

به (ارزشگذاری) مرگ یا زندگی برای افراد کاملاً 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، پرداخت‌کنندگان، سیاستمداران، متخصصان بهداشت عمومی یا غیره.

معیارهای متعددی برای تخصیص وجوهات از سطح جمعیت کل به جوامع کوچکتر یا به دستجات خدمات مورد استفاده قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، انگلستان و کانادا وجوهات را برحسب درآمد و وضعیت سلامت به جوامع اختصاص می‌دهند. سایر برنامه‌ها بر پیامدها متمرکز شده‌اند. به‌عنوان مثال، بانک جهانی چنین تقاضا می‌کند که انتخاب خدمات سلامت در بسته‌های خدمات بیمه‌ای، مبتنی بر هزینه - اثربخشی نسبی آنها صورت گیرد.

زمانی که وجوهات به گروه‌های جمعیتی یا 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. به‌عنوان یک روش جایگزین، بسیاری از کشورها به‌صورت انتخابی برخی از خدمات سلامت را به شیوه رایگان (یا تقریباً رایگان) ارائه 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 غیرفوری صورت می‌گیرد که آنهایی که نیازشان کمتر است، مدت زمان بیشتری را برای دریافت مراقبت مربوطه صبر نمایند. روش‌های دیگری نیز متناوباً برای جیره‌بندی خدمات محدود سلامت جهت تک‌تک بیماران مورد استفاده قرار گرفته‌اند؛ مثلاً کاهش جذابیت برخی خدمات خاص و بنابراین پیشگیری از افزایش تقاضای افراد. از جمله این روش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نبود حق انتخاب پزشک، ارائه تسهیلات نامطلوب در مراکز سلامت، ارائه 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 مشخصاً تأثیر متفاوتی بر گروه‌های بیماران می‌گذارد. به‌عنوان مثال، جیره‌بندی به وسیله قیمت، دسترسی خانوارهای فقیر به مراقبت سلامت را بیش از خانوارهای ثروتمند دچار مشکل می‌کند. ارایه خدمات نامطلوب نیز احتمالاً اثرات توزیعی مشابهی دارند چرا که افراد دارای درآمد بالاتر احتمالاً 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 احتمالاً کمتر می‌توانند کاهش درآمد ناشی از این امر را تحمل کنند.

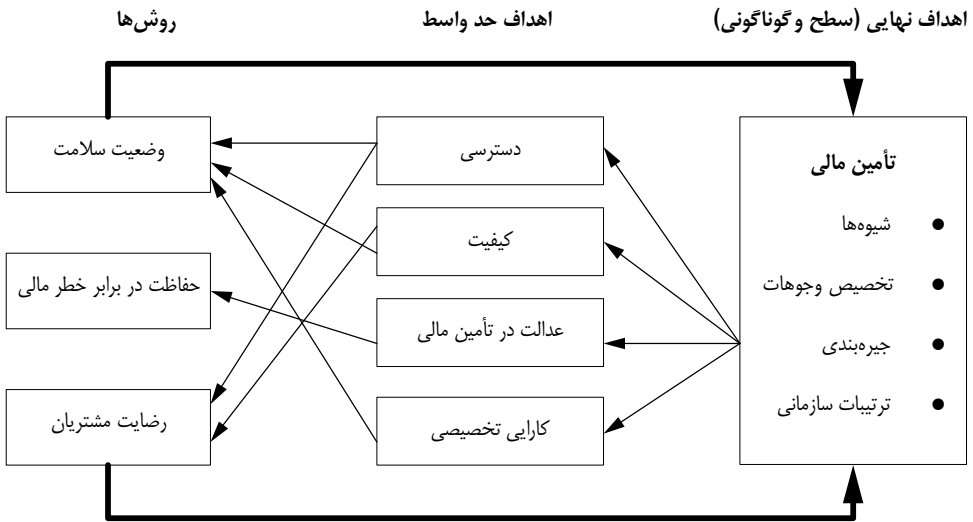
۳-۵) اصول و سیاست در تخصیص منابع

بسیاری از دیدگاه‌های اخلاقی که در فصل ۳ بررسی کردیم، بیانگر آن است که دولت باید اولویت را بر ارایه خدمات بهداشتی پایه و برنامه‌های پیشگیری (خصوصاً برای گروه‌های دارای وضعیت سلامت نامطلوب) قرار دهد. چنین خدماتی غالباً از دیدگاه سودگرایان عینی، هزینه - اثربخش هستند و بهبود وضعیت مراقبت سلامت فقرا خصوصاً برای لیبیرال‌های مساوات‌طلب جذاب و جالب است. به‌علاوه، برخی از سودگرایان غیرعینی از محدودیت‌های موجود در تصمیم‌گیری‌های 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 می‌کند.

البته بسیاری از کشورها انتخاب‌های کاملاً متفاوتی انجام می‌دهند. شهروندان زمانی که به خود واگذاشته شوند، هزینه زیادی صرف مراقبت‌های پیشگیرانه نمی‌کنند و در عوض غالباً تمایل زیادی به پرداخت برای مراقبت بیمارستانی حاد (خصوصاً در موارد بیماری‌های کشنده) از خود نشان می‌دهند. این امر منجر به بروز مشکلات عمده در تناسب‌بندی منابع عمومی بین مراقبت اولیه و خدمات بیمارستانی می‌شود.

آنچه در چنین شرایطی به بحث گذاشته می‌شود، تاخت‌زدن‌هایی میان بهبود وضعیت سلامت و ارایه محافظت در برابر خطر مالی است. تخصیص 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

شکل ۱-۸) ارتباط بین ابزارها و اهداف تأمین مالی.



منابع برای پرداخت جهت مراقبت‌های بستری بیمارستانی غالباً 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 جهت هر دو نوع این خدمات برخوردار نیستند، یک دوراهی عمده به‌شمار می‌آید.

بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت از دولت‌ها خواسته‌اند که برای تخصیص وجوهات ملی و طراحی بسته‌های خدمات بیمه اجتماعی، از معیارهای هزینه - اثربخشی استفاده کنند. اما عموم مردم واضحاً نیازمند و متقاضی محافظت در برابر خطر مالی ناشی از خدمات طبی گرانقیمت هستند؛ در نتیجه اکثر کشورها توصیه‌های این سازمان‌های بین‌المللی را دنبال نکرده‌اند. در عوض زمانی که کشورها مشاهده می‌کنند که از منابع عمومی کافی برای تأمین مالی هر دو گروه خدمات مراقبت اولیه و بیمارستانی برخوردار نیستند، اکثراً 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 نشان‌دهنده سهم عظیم بودجه‌های بهداشت عمومی است که برای خدمات بیمارستانی در کشورهای منتخب مورد استفاده قرار می‌گیرد.

جدول ۱-۸) سهم بودجه دولت در کشورهای منتخب که به بیمارستان‌ها اختصاص یافته است.

کشور	سهم بیمارستان (%)
بنگلادش	۶۱
بوروندی	۶۶
چین	۶۱
ساحل عاج	۴۶
اتیوپی	۴۹
جامائیکا	۷۲
مکزیک	۵۸
فیلیپین	۷۱
سومالی	۷۰
ترکیه	۶۳
زیمبابوه	۵۴
میانگین کشورهای OECD*	۵۴

* OECD: سازمان همکاری اقتصادی و توسعه

طرح‌ریزی سیاست تأمین مالی سلامت به مانند تمام تصمیمات سیاست‌گذاری دیگر، فرایندی عمیقاً سیاسی است. این فرایند تحت تأثیر دینفعان بسیار قوی در بخش سلامت است؛ پزشکان سازماندهی شده، اتحادیه‌های کاری و شرکت‌های بیمه‌ای و دارویی. هر یک از این دینفعان 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، مدت‌های زیادی است که اینگونه مطرح کرده‌اند که سیاست نقش حیاتی در این تصمیم‌گیری 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 غالباً از تأسیس بیمارستان‌های ثالثیه و با استانداردهای جهانی که از

تجهیزات گرانقیمت (عمدتاً وارداتی) استفاده کند و نیازهایشان را تأمین نماید، حمایت می‌کنند. بسیار اتفاق می‌افتد که این مراکز ملی و منطقه‌ای (که غالباً 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، غالباً ارتباطات و تأثیرگذاری سیاسی قابل توجهی دارند که به آنها امکان دفاع اثربخش از منافعشان را می‌دهد.

۴-۵) تخصیص منابع و برابری

علاوه بر تاخت‌زدن‌هایی 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 نیز از طریق تصمیمات تأمین مالی سلامت 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 به مشمولین هدفمند از طریق روش‌های مختلفی 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 می تواند مستقیماً به ارایه خدمات رایگان (یا تقریباً رایگان) به جوامع فقیر یا گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر 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 اسماً رایگان که با حمایت مالیاتی و با هدف اطمینان یافتن از دسترسی عادلانه برای فقرا و خانوارهای کم‌درآمد ارایه می‌شوند، غالباً منجر به نتایج غیرعادلانه می‌شود. خصوصاً خدمات سلامت و تأمین مالی مالیاتی به صورتی غیرمتناسب از سوی شهروندان کلاس‌های متوسط و بالای اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این امر خصوصاً برای خدمات هزینه‌بر 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 غیرمتناسب به ثروتمندان برسد؛ نتایج این تحلیل‌ها در غنا، اندونزی، ویتنام، برزیل (جدول ۲-۸) و همچنین در هند به چشم می‌خورد. این توضیح ناعادلانه منابع عمومی مراقبت سلامت، بیانگر مشکلات 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 گمانه‌زنی سختی برای دسترسی به خدمات انجام دهند و آنهایی که از وضعیت

اقتصادی - اجتماعی بالاتری برخوردارند، احتمالاً از مهارت، منابع و روابط کافی برخوردار هستند که ارزشمندترین مزایا را به خود اختصاص دهند. ساخت‌زدن‌های فردی این اشخاص بسیار متفاوت از محاسبات آماری نهادهای دولتی است که به دنبال به حداکثر رساندن مزایای سلامت کلی برای جمعیت هستند.

جدول ۲-۸) میزان صرفه هزینه عمومی در سلامت کشورهای

منتخب.

کشور	سال	فقیرترین چارک	غنی‌ترین چارک
سری‌لانکا	۱۹۷۹	۳۰	۹
جامائیکا	۱۹۸۹	۳۰	۹
مالزی	۱۹۸۹	۲۹	۱۱
برزیل	۱۹۸۵	۱۷	۴۲
مصر	۱۹۹۵	۱۶	۲۴
کنیا	۱۹۹۳	۱۴	۲۴
ویتنام	۱۹۹۲	۱۲	۲۹
اندونزی	۱۹۸۹	۱۲	۲۹
غنا	۱۹۹۲	۱۱	۳۴
جامائیکا	۱۹۸۹	۳۰	۹

۶) راهنمایی شرایطی

سیاستگذاری تأمین مالی، امری پیچیده است چرا که اهداف متعددی که مشخصاً در نظام سلامت به دنبال آنها هستیم، نیازمند تاخت‌زدهای دردناکی هستند. بنابراین تصمیمات مربوط به تأمین مالی به ناچار وابسته به ارزش‌های اجتماعی هر کشور خواهد بود.

بررسی دگمه کنترل تأمین مالی و ۵ روش تأمین مالی سلامت ما را به ۳ نتیجه‌گیری اصلی هدایت می‌کند. نخست، هیچ روش بی‌نقصی برای تأمین مالی وجود ندارد؛ هر یک از روش‌ها نکات مثبت و منفی با خود به همراه دارند. برخی از روش‌ها نسبت به سایرین در یک بستر خاص، عادلانه‌تر، امکان‌پذیرتر یا پایدارتر هستند اما همیشه تاخت‌زدها وجود خواهند داشت. دوم، گزینه بهینه 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؛ چقدر ظرفیت اجرایی برای مالیات‌های جمعی یا مشارکت‌های بیمه اجتماعی وجود دارد؛ شهروندان زمانی که بحث برنامه‌های تأمین مالی جمعیتی مطرح است، چقدر راحت طلب و، بدبین و منفی‌باف هستند. سوم، هر ترکیبی از شیوه‌های تأمین مالی انتخاب شود، جزئیات و نحوه اجرای آن حایز اهمیت است. به‌عنوان مثال، برابری افقی یک نظام بیمه اجتماعی بستگی به این دارد که با تاجران و صاحبان کسب‌وکارهای کوچک چگونه برخورد می‌شود. عدالت عمودی نظامی که متکی بر مالیات‌های منطقه‌ای است، به نوع سازوکار موازنه بین منطقه‌ای بستگی دارد.

کشورهایی که قصد دارند درصد 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.

ظرفیت 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 بین‌المللی و پیش‌نظری، پیش‌بینی‌های معقولی درباره آنچه برای شرایط کشور خودتان متناسب است، انجام دهید. اگر قرار است دگمه کنترل تأمین مالی به بهترین شیوه تنظیم شود، چنین قضاوت‌هایی مورد نیاز

خواهد بود.

۱-۶) توصیه‌های خاص

- در اینجا به چند توصیه خاص بر مبنای بررسی‌هایمان بر روی تجارب بین‌المللی و نظریه‌های سیاسی و اقتصادی مرتبط اشاره می‌کنیم:
- فقر به خودی خود یک مانع مالی اولیه به حساب می‌آید. خانوارهای فقیر 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 عمومی باید 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 جمعیتی مبتنی بر پیش‌پرداخت 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 کارا تر و اثربخش تر مصرف نمایند، کیفیت مراقبت سلامت بهبود یابد و برخی از خطرات، انباشت شوند تا از تنگدستی ناشی از هزینه‌های طبی گزاف جلوگیری به عمل آید.
 - پرداخت‌های مصرف‌کنندگان، وجوهات اضافه‌ای را در برخی از کشورها برای تسهیلات عمومی فراهم آورده و مشتریان را ترغیب کرده است که دقت بیشتری از بابت مصرف خدماتی که سابقاً رایگان بوده‌اند، نشان دهند. البته به دلیل هزینه‌های اجرایی بالا، بسیاری از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان، وجوهات اضافه‌تر خالصی را برای مراقبت سلامت به ارمغان نیاورده‌اند؛ ضمناً در جایی که وجوهات اضافه‌ای گردآوری شده است، لزوماً 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 عمومی موفقیتی حاصل نکرده‌اند گرچه هدف از طراحی آنها، مقابله با این مشکل بالقوه بوده است. به‌طور 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

۲-۶) تأمین مالی و عدالت

عدالت مفهوم زمینه‌ای تمام بحث‌های ما درباره گزینه‌های تأمین مالی بوده است. نتیجه‌گیری‌های ما درباره پرداخت‌های مصرف‌کنندگان، بیمه خصوصی و تأمین مالی جمعیتی تاحدی 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 مساوات‌طلب، 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 واضحاً تا حد زیادی به شرایط سلامتی ما بستگی دارد. بنابراین یک جامعه عادل باید وجوهات 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 مسئولیت بسیج کردن و جابجایی وجوهات 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. به‌عنوان 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 واقعاً باعث ارتقای تندرستی و رفاه می‌شود، به حداکثر رساندن رشد اقتصادی است. چنین دولتی وجوهات 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 فصول 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 بین‌الملل به کاهش فقر که در فصل ۱ اشاره شد، مجموعه جدیدی از فشارها و فرصت‌ها را بر فرایندهای تصمیم‌سازی هر کشور اعمال می‌کند. اما اصلاحات بخش سلامت

نمی تواند و نباید از مواجهه دقیق و صریح با این مسأله اجتناب کند.

۳-۶) خلاصه

به طور خلاصه ما معتقدیم که هر کشوری که به دنبال اصلاحات مراقبت سلامت است، باید بررسی نظام مندی 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 جابجایی وجوهات 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 نتیجه‌گیری‌هایی را که از تجارب بین‌المللی پیشین (که پیش‌تر بررسی شد) به دست آمده است، مدنظر قرار دهد. برای موفقیت راهبرد تأمین مالی، همانگونه که در فصول بعدی خواهیم دید، تلاش‌های مکمل مهمی باید در حوزه پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار صورت گیرد. صرفاً جمع‌آوری وجوهات بیشتر به تنهایی تضمین نمی‌کند که این وجوهات به خوبی مصرف شوند؛ بنابراین تمرکز صرف بر گردآوری وجوهات 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 مالی شان واقع‌گرا باشند. همانگونه که در ابتدا اشاره شد، تمام منابع به هر حال از جایی می‌آیند و همگی یک «هزینه فرصت»^(۱) دارند. صرفاً رهبران معتمد می‌توانند به کشورهای خود در مواجهه با گزینه‌های سختی که واقعیت منابع محدودمان بر همه ما اعمال کرده است، کمک کند. وعده‌های غیرواقعی یا پیروی نامحدود از منافع گروه‌های ذینفع اندک، صرفاً زمینه را برای تعارضات طولانی مدت و منفی‌نگری شهروندان فراهم خواهد کرد. ■

۹ نظام‌های پرداخت و انگیزش‌های آنها

۱) مقدمه

نظام پرداخت^(۱) دومین دگمه کنترل ماست. در فصل مربوط به تأمین مالی (فصل ۸)، راه‌های جمع‌آوری پول را مورد بحث قرار دادیم. اکنون می‌خواهیم به این مطلب بپردازیم که این پول چگونه باید پرداخت شود. تمام سازمان‌هایی که وجوهی را برای بخش سلامت، بسیج 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، انگیزش‌های قدرتمندی ایجاد می‌کنند که بر فعالیت‌های تمام سازمان‌ها و افراد در نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند. در این فصل، به انگیزش‌هایی که برنامه‌های پرداخت هم برای خریداران و هم برای فروشندگان ایجاد می‌کنند، نظری می‌افکنیم و به این مطلب می‌پردازیم که برای پیشبرد اهداف اصلاحات بخش سلامت، این انگیزش‌ها چگونه باید تعدیل گردند.

شواهد تجربی به‌طور قاطع نشان می‌دهند که انگیزش‌های 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، انگیزش‌های مالی از عامل مشوق پاداش پولی برای القای تغییرات رفتاری استفاده می‌کنند.

این انگیزش‌ها 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، بیمارستان‌ها سریعاً به دنبال تهیه دستگاه‌های ام.آر.آی خواهند بود. اگر مبلغ پرداختی به بیمارستان‌ها به ازای هر روز 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 حقوق‌بگیر باشند، بیماران کمتری را ویزیت خواهند نمود درحالی که اگر برای هر ویزیت به آنها پرداخت گردد، بیماران بیشتری را می‌پذیرند. در واقع همان‌طور که در فصل ۱۰ در مورد سازمان‌دهی به بحث خواهیم پرداخت، پرداخت تأثیر گسترده‌ای بر این امر می‌گذارد که کدام‌یک از انواع ارایه‌کنندگان در نظام حضور داشته باشند. پرداخت همچنین تأثیر مستقیمی بر روی هزینه‌های نظام سلامت دارد زیرا هزینه کلی مراقبت سلامت به‌صورت حاصل ضرب قیمت هر واحد خدمات در حجم خدمات 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 مستقیماً دارای ارایه‌کنندگان خدمات (بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها) هستند و آنها را اداره می‌کنند، استفاده از روش‌های پرداخت خاص مانند بودجه‌های کلی برای بیمارستان‌ها یا پرداخت حقوق به پزشکان، مشخصاً مناسب خواهد بود. در مواردی که سازمان‌های تأمین مالی و ارایه‌کنندگان خدمات، مستقل هستند و ارتباط سست و دوری با هم دارند، آنگاه سایر روش‌های پرداخت (مانند کارانه^(۱) یا سرانه^(۲)) متناسب خواهند بود.

بحث ما در سراسر این فصل به شناسایی ماهیت شدیداً سیاسی تصمیمات درباره پرداخت منجر می‌شود (دقیقاً به این دلیل که مقوله پرداخت از چنین آثار قدرتمندی برخوردار است). تعارضاتی که به وجود می‌آیند، همچنان ادامه خواهند داشت. پس از آن که یک روش پرداخت انتخاب شد، باید در مورد سطح پرداخت تصمیم‌گیری 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 به‌طور معمول، بین خریداران و فروشندگان

بحث‌های زیادی بر سر آن در می‌گیرد. ارایه‌کنندگان تمایل دارند که پرداخت‌ها 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 دگمه کنترل پرداخت است، در ۵ بخش سازمان یافته است. در بخش بعدی، به‌طور مختصر توضیح خواهیم داد که انگیزش‌های مالی چگونه بر پیامدهای عملکرد اصلی و حد اوسط، 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 تعدادی راهنمای مشروط به مجریان اصلاحات ارایه می‌گردد تا بتوانند درباره انتخاب روش‌های پرداخت تصمیم‌گیری کنند.

۲) تأثیرات پرداخت روی پیامدها

آثار انگیزشی نظام‌های پرداخت چه از جنبه تقاضا و چه از جنبه عرضه، تا حدودی وابسته به تأثیری هستند که اقتصاددانان آن را زیان اخلاقی^(۱) می‌نامند. به‌عنوان 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 دیدگاه عرضه، نظام پرداخت سبب ظهور پاسخ‌ها پیچیده در پزشکان و بیمارستان‌ها می‌گردد. انگیزش‌های 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 (مثلاً این که اقدام به جراحی کنند یا خیر) را تغییر دهند. پرداخت همچنین روی رفتار بیمارستان‌ها تأثیر می‌گذارد. مشخص شده است که بیمارستان‌ها در پاسخ به تغییرات پرداختی، طول مدت بستری در بیمارستان، میزان‌های بستری و کیفیت خدماتی را که ارایه می‌کنند، تغییر

می دهند.

تأثیر پرداخت روی حجم مراقبت، به این دلیل روی می دهد که پزشکان می توانند تقاضا برای خدمات خود را تحریک نمایند. پزشکان به دلیل برتری آشکاری که در زمینه دانش پزشکی نسبت به بیماران دارند، می توانند از طرقی همچون زمان مراجعه بعدی که به بیماران توصیه می کنند، نوع دارویی که برای آنها تجویز می کنند، متخصصانی که برای مراجعه به بیماران معرفی می نمایند و آزمون های آزمایشگاهی یا درمان های جراحی که برای آنها در نظر می گیرند، میزان تقاضا را در جهت مثبت یا منفی القا کنند. ارزیه کنندگان می توانند از این قدرت برای افزایش درآمد، ارتقای جایگاه حرفه ای، کاهش بار کاری یا 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 می شود، بر روی هر ۲ دسته پیامدهای حد اوسط و اصلی (که در فصول ۵ و ۶ مورد بررسی قرار گرفتند) تأثیر می گذارد. به عنوان مثال، قیمتی که توسط بیماران پرداخت می شود، بر حجم خدمات مورد استفاده این بیماران و این امر به نوبه خود، روی وضعیت سلامت آنها اثر می گذارد. این مطلب یکی از دلایل بد بودن وضعیت سلامت افراد فقیر در کشورهایی است که بیماران آنها مجبورند قیمت خدمات مراقبت را مستقیماً از جیب بپردازند (زیرا این افراد فاقد توان پرداخت برای مراقبت مورد نیاز هستند). از سوی دیگر، اگر مراقبت رایگان باشد، بیماران ممکن است داروها و درمان هایی را تقاضا کنند که هزینه - اثربخش نیستند. در این حالت، برآورده ساختن تقاضای بیمار سبب کاهش کارایی فنی در تولید پیامدهای سلامت و افزایش هزینه های 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 می تواند به همین اندازه عمیق باشد. اگر کیفیت را به صورت کمیّت مراقبت تعریف کنیم (فصل ۶ را ببینید)، آنگاه نظام های پرداخت (مانند نظام کارانه^(۱)) سبب افزایش کمیّت و در نتیجه، کیفیت خواهند شد. برعکس، پرداخت یک حق ثابت به ازای هر بستری به

بیمارستان‌ها، سبب می‌شود تا بیمارستان‌ها بیماران را «سریع‌تر و ناسالم‌تر» مرخص کنند. استفاده از پرداخت برای اثر گذاشتن بر کیفیت بالینی (یعنی مهارت و قضاوت) یا 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 بر اساس تصمیم‌گیری و چه بر اساس نتایج به دست آمده، دشوار باشد (زیرا هر دو روش، غیر قابل پیش‌بینی و مورد اختلاف نظر هستند). از این گذشته، کیفیت خدمات شدیداً چند بعدی است و اهمیت نسبی هر یک از جنبه‌های یک خدمت (آن‌طور که توسط خود بیماران قضاوت می‌شود) احتمالاً 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 طبعاً 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 (بالا بودن قیمت‌ها نسبت به هزینه‌ها) خدمات سودآور به احتمال بسیار بیشتری در دسترس قرار می‌گیرند. اگر میزان‌های پرداخت سرانه^(۱) برای برخی از بیماران نسبت به سایرین، در سطحی

بالتر (نسبت به هزینه‌ها) تعیین گردد، ممکن است یافتن پزشکی که بیماران فاقد 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 رومانی^(۱) در بلغارستان ساکن هستند، مشاهده شده است). تحقیقات انجام شده در زمینه واکنش پزشکان آلمانی به تغییر قیمت‌ها نشان می‌دهد که سودآوری تنها عامل تعیین‌کننده رفتار این پزشکان نیست. خطر تهدیدکننده بیمار نیز حایز اهمیت و منعکس‌کننده فصل مشترک بین عوامل اقتصادی با ارزش‌های حرفه‌ای پزشکان است. با این حال، آثار انگیزشی قیمت‌های نسبی نیز به‌طور آشکار در این زمینه مشهود است.

در مجموع باید گفت که قیمت‌ها و سطوح پرداخت، حاوی پیام‌های حیاتی چه برای مصرف‌کنندگان و چه برای ارائه‌کنندگان است. از دیدگاه عرضه، تعداد ارائه‌کنندگانی که وارد بازار می‌شوند و نحوه تولید خدمات، تحت تأثیر پرداخت قرار دارد. از چشم‌انداز تقاضا، بیماران بر اساس مبلغی که باید پرداخت کنند، در مورد این که کدام کالا را خریداری کنند و به چه میزان، تصمیم‌گیری می‌نمایند. پرداخت، یک سازوکار اساسی در جیره‌بندی منابع اندک اقتصادی است (یعنی تولید، توزیع و مصرف خدمات سلامت، مصرف داروها و الگوهای سرمایه‌گذاری‌های سرمایه‌ای را مشخص می‌کند). به این ترتیب، پرداخت و انگیزش‌های 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 انگیزش‌ها 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 به‌طور مداوم مدنظر قرار گیرد. در این بخش، تمرکز خود را متوجه تصمیمات پایه‌ای می‌کنیم که باید در طراحی یک نظام پرداخت، اتخاذ گردند.

۳-۱) 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^(۱) 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، هنگامی که خدماتی همچون آزمون‌ها، داروها و اقدامات در مورد یک بیماری به خصوص، با هم یکی شوند تا یک واحد منفرد برای پرداخت ایجاد نمایند (مثلاً به ازای هر بستری یا به ازای هر روز)، بیمارستان‌ها دلیلی برای ارائه 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 آرایه شوند.

جدول ۱-۹، هشت گزینه از روش‌های پرداخت همراه با واحد خدمات مربوط به آنها را خلاصه کرده است. انگیزش‌های ایجاد شده توسط هر یک از روش‌های پرداخت و تأثیرات آنها در ادامه مقاله (بخش ۴) آرایه شده است.

۳-۲) میزان‌های پرداخت

پس از انتخاب یک روش پرداخت، عمل بعدی عبارت است از تعیین میزان یا سطح پرداخت. آثار یک الگوی پرداخت بر روی عملکرد بخش سلامت، به شدت تحت تأثیر نحوه تعیین سطوح پرداخت قرار دارد. میزان‌های پرداخت بالا می‌توانند به هزینه‌ها، درآمدها و سود بیشتر منجر گردند. میزان‌های پایین می‌توانند مانع از تأمین خدمات شوند یا به کیفیت لطمه بزنند. 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 معمولاً از میان ۵ روش پایه، دست به انتخاب می‌زنند؛ این روش‌ها عبارتند از: مطالبات^(۲)، هزینه‌ها، روال سابق^(۳)، مذاکره^(۴) و مناقصه^(۵). در عمل، این تصمیمات منعکس‌کننده ملاحظات فنی و سیاسی هستند.

صریح‌ترین و ساده‌ترین روش از نظر فنی عبارت است از پرداخت به آرایه‌کنندگان بر اساس مطالباتی که ارسال نموده‌اند. زیرا معمولاً تحت نظر گرفتن

جدول ۱-۹) واحد پرداخت و روش های پرداختی که به طور شایع مورد استفاده قرار می گیرند.

روش پرداخت	واحد پرداخت	پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت	بیمارستان ها و سایر مؤسسات ارایه کننده خدمات
کارانه	هریک از اقلام خدمات	×	×
حقوق	واحدهای زمان کاری	×	
سرانه	به ازای هر فرد ثبت شده	×	×
روزانه	به ازای هر روز		×
به ازای بستری	به ازای هر بستری		×
بستری تعدیل شده برای ترکیب موارد	به ازای هر بستری بر اساس گروه درمانی		×
بودجه خطی	به ازای هر ردیف بودجه		×
بودجه کل	به ازای هر بیمارستان		×

این مطالبات، کار ساده‌ای است. اقتصاددانان استدلال می‌کنند که اگر بازارها رقابتی باشند، این مطالبات منعکس‌کننده هزینه‌های تولید خواهند بود. علاوه بر این، 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 نبوده، 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 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 مدیر در ایالات متحده در ابتدای کار از میزان‌های «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 «قیمت‌گذاری مرجع») به کار می‌بندند. افراطی‌ترین نمونه از این نظام‌ها 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 مینا قراردادن 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 یا گروهی، دست به انتخاب زد.

دو انتقاد بزرگی که نسبت به پرداخت مبتنی بر هزینه وجود دارد عبارتند از: دشواری فنی و آثار انگیزشی آن. پزشکان و بیمارستان‌ها طیف وسیعی از خدمات را ارایه می‌کنند و مشکلات حساسی دخیل در تعیین هزینه‌های هر یک از خدمات، سخت و دشوار است. به‌طور مطلوب، یک نظام پرداخت مبتنی بر هزینه، مستلزم برخورداری از نظام‌های حسابداری یکدست در هر بیمارستان و نیز قواعد یکسانی برای طبقه‌بندی از اقدامات درمانی و وضعیت‌های بیماری است. در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط، تعداد بیمارستان‌هایی که به چنین نظام‌های داده‌ای پیچیده و پرهزینه دسترسی داشته باشند، انگشت شمار است.

از دیدگاه انگیزشی نیز پرداخت مبتنی بر هزینه مشکل‌آفرین است زیرا ارایه‌کنندگانی که کارایی کمتر و هزینه‌های بالاتری دارند، وجوه بیشتری دریافت می‌کنند. این امر سبب می‌شود تا انگیزشی قوی برای افزایش هزینه‌ها ایجاد گردد. نظام‌های مبتنی بر هزینه، اغلب تلاش می‌کنند تا این امکان را با پرداخت فقط هزینه‌های «منطقی» محدود نمایند (مثلاً با استفاده از نوعی میانگین منطقه‌ای یا گروهی [به‌علاوه یک درجه مجاز تغییر] به عنوان یک سقف).

از آنجایی که تعیین هزینه‌ها بسیار دشوار است و همچنین به منظور به حداقل رساندن انگیزش‌های موجود برای افزایش هزینه‌ها، کشورها گاهی از هزینه‌های یک سال مینا (که هر سال با استفاده از ضریب تورم، تعدیل می‌شود) استفاده می‌کنند. در واقع به دلایل مربوط به کنترل هزینه‌ها، این تعدیل‌ها را می‌توان در حدی پایین‌تر از میزان تورم عمومی حفظ کرد (شیوه‌ای که به‌صورت 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 به‌صورت پیشاپیش (در این صورت، پرداخت

لزوماً کلیه هزینه‌های تقبل شده را پوشش نخواهد داد). این روش، قدرت پیش‌بینی بیشتری به دولت می‌دهد و از انگیزش‌های ارایه‌کنندگان برای ناکارای بودن می‌کاهد (به‌ویژه 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 نهایتاً هزینه‌های صرف شده آنها جبران خواهد شد (البته با یکی دو سال تأخیر).

سومین رویکرد عمده در تعیین میزان‌های پرداخت عبارت است از روال سابق (که معمولاً با استفاده از نوعی ضریب تعدیل سالانه، تصحیح می‌شود). کاربرد این رویکرد نیز نسبتاً آسان است. با این حال، آثار انگیزشی و توزیعی این رویکرد، کاملاً وابسته به نحوه تعیین میزان‌های پرداخت سال مبنای است. به‌عنوان مثال، مفهوم تعیین این میزان‌ها 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، بهره‌برداری یا تقاضای مصرف‌کنندگان، 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 به‌صورت مکانیکی از پرداخت‌های سال گذشته استخراج می‌کند.

در ۳ روشی که تاکنون مورد بررسی قرار دادیم، فرآیند تعیین میزان پرداخت نسبتاً دستی بوده است. در مقابل، ۲ گزینه دیگر، بیشتر حالت تعاملی و فرآیند محوری^(۱) دارند. این روش‌ها به ویژه در زمینه یک رویکرد قراردادی به پرداخت 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 به‌صورت 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 عملاً به‌صورت یک کارتل^(۲) 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 قویاً به این رویکرد اعتراض می‌کنند زیرا ارایه‌کننده‌ای که کمترین کارایی را داشته باشد، از دور خارج خواهد شد. علاوه براین، نتایج مناقصه رقابتی رضایت‌بخش نخواهد بود مگر آنکه طراحی این فرآیند به خوبی صورت گرفته باشد و اطلاعات مناسب به کلیه پیشنهاددهندگان بالقوه در مناقصه، ارایه شده باشد. افزون براین، وقتی اداره مناقصه رقابتی برعهده دولت باشد، دخالت سیاست می‌تواند سبب گردد تا برخی از فروشندگان برای تأمین منافع خود در این فرآیند 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. به‌طور 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 به‌طور رسمی شناسایی کرده‌اند که باید برای آنها پرداخت صورت گیرد. در مقابل، روش‌های سرانه برای پرداخت خدمات پزشکی و روش‌های پرداخت به ازای بستری در مورد خدمات بیمارستان‌ها، مستلزم تعیین تعداد بسیار کمتری از میزان پرداخت هستند.

دشواری یافتن یک مبنای عینی برای حل عدم توافقات غیرقابل اجتناب، مسأله تعیین میزان پرداخت را بیش از پیش پیچیده می‌کند. اقتصاددانان معمولاً ذکر می‌کنند که سطح مناسب پرداخت برای مثلاً 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، احتمالاً سبب افت درآمد پزشکان خواهد شد که کاملاً برای جامعه ارایه‌کنندگان غیرقابل پذیرش است.

یک گزینه ممکن آن است که مسؤولیت تعیین میزان‌های پرداخت برعهده یک نهاد مستقل (که تا حد امکان تحت نفوذ تأثیرات سیاسی قرار ندارد) گذارده

شود. البته حتی در این شرایط نیز سیاست تقریباً 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 ببیندیشند. آیا برای پیاده‌سازی الگوی پرداخت پیشنهاد شده، از مهارت فنی و حمایت سیاسی برخوردار هستید؟ استفاده طولانی مدت روش پرداختی که در تضاد با سیاست است، دشوار است زیرا عوامل ذینفع در جهت براندازی آن تلاش خواهند نمود.

۴) روش‌های پرداخت و انگیزش‌های ارایه‌کنندگان

در این بخش به بررسی ساختارهای انگیزشی می‌پردازیم که نظام‌های پرداخت برای ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت و بیماران ایجاد می‌کنند. روش‌های پرداختی که به‌طور شایع در نقاط مختلف جهان مورد استفاده قرار می‌گیرند، بررسی می‌شوند و نحوه اثرگذاری هر روش بر رفتار سازمان‌های ارایه‌کننده و متخصصان بخش سلامت به‌طور 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 انگیزش‌ها به‌طور خلاصه ارایه می‌شود. در بخش بعدی، همین بررسی‌ها در مورد انگیزش‌های مالی که بر بیماران تأثیر می‌گذارد، انجام خواهد شد.

ما ساختار انگیزشی مربوط به ۸ 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، ۲ یا چند روش پرداخت با هم ترکیب شده، متناسب با وضعیت و نیازهای یک نظام مراقبت سلامت به‌خصوص به‌کار 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 پیش‌بینی 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.

۴-۱) روش‌های پرداخت به پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت

طی دهه گذشته، گرایش روبه رشدی در زمینه نقش انگیزش‌های مالی در سازمان‌های مراقبت سلامت به وجود آمده است. مدیران مراقبت سلامت با الهام گرفتن از سایر صنایع، اقدام به طراحی انگیزش‌های مالی در جهت القای رفتار کاهنده هزینه در پزشکان نموده‌اند (با این حال، این انگیزش‌های مالی اغلب در تضاد با سایر محدودیت‌های حرفه‌ای و قانونی هستند). تحقیقات اخیر در مورد خدمات سلامت و نظریه سازمانی، پراهمیت ۳ عامل در این انگیزش‌ها تأکید نموده‌اند: نزدیکی^(۱)، شدت و تعامل.

نزدیکی به میزان مستقیم بودن ارتباط بین تصمیمات یک پزشک برای بیمار با پاداش‌های اقتصادی این تصمیمات اشاره دارد. به‌عنوان مثال، سرانه یک ساختار انگیزشی بسیار مستقیم است. درآمد پزشکان مستقیماً با شیوه طبابت آنها ارتباط دارد. شدت نشان‌دهنده بزرگی انگیزش‌های پیش‌روی هریک از پزشکان است. به‌عنوان مثال، هرچه گستره خدمات گنجانده شده در میزان پرداخت به‌صورت 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؟

۴-۱-۱) کارانه^(۲)

در این نظام، واحد پرداخت، هریک از ویزیت‌ها یا اقدامات بالینی مانند تزریقات، آزمون‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری را شامل می‌شود. این روش پرداخت، انگیزشی برای انجام خدمات بیشتر به ارایه‌کنندگان می‌دهد. این روش، تنها شکل پرداخت است که ارایه‌کننده در آن، انگیزشی برای انتخاب بیماران «سالم‌تر» ندارد؛ و در واقع، عکس این مطلب صادق است. در نظام پرداخت کارانه، ارایه‌کننده هیچ خطری از نظر هزینه درمان متحمل نمی‌شود. پرداخت‌کننده (بیمه‌گر یا بیمار) کاملاً 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 دست‌یافتن به پرداخت‌های پایین‌تر، 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 انجام شده در کشورهای آفریقایی به این نتیجه رسیده‌اند که جابه‌جایی از نظام بودجه‌ای به نظام کارانه، حجم خدمات و هزینه آنها را به اندازه ۵۰٪ افزایش داده است. ییپ^(۱) و همکاران، با مقایسه مصرف (بهره‌مندی از) منابع در دوروش پرداخت به ارایه‌کننده (کارانه و سرانه) در تایلند، به وجود تفاوت معنی‌داری 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 (بهره‌مندی از) منابع توسط ارایه‌کنندگان، به‌طور 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 به‌صورت سرانه انجام می‌گرفت، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروهی بود که پرداخت به آنها تحت نظام کارانه انجام می‌شد.

اگرچه هم دیدگاه نظری و هم شواهد تجربی به تأثیر روش‌های پرداخت به‌صورت 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 توجیه نمود که اکثر دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه، توجه کافی به ارایه‌کنندگان بخش خصوصی مبذول نمی‌دارند. بنابراین، ارایه‌کنندگان، واحد و سطح پرداخت موردنظر خود را مقرر می‌نمایند و نظام کارانه را بر می‌گزینند؛ زیرا کارانه، ساده‌ترین و انعطاف‌پذیرترین روش است.

۲-۱-۴) سرانه^(۲)

در نظام سرانه، واحد پرداخت بر مبنای «به ازای هر فرد» تعریف می‌گردد. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلاً یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می‌شود. شایع‌ترین شکل پرداخت سرانه زمانی مشاهده می‌شود که یک پزشک عمومی به ازای هر بیماری که در آن ماه به نام وی ثبت شده است (صرف‌نظر از خدمات موردنیاز 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 چندتخصصی) و خدمات بستری (سرانه مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها) استفاده شده است. امکان تلفیق 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 برعهده 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 بیمارستان‌ها 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، انگیزش‌ها 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 انگیزشی برای محدود ساختن نه تنها مراقبت‌های اولیه و داروها، بلکه خدمات تشخیصی، تخصصی و بستری برخوردارند.

مطالعات متعددی به بررسی نحوه تأثیر انگیزش‌های نظام پرداخت سرانه بر روی رفتار ارایه‌کننده پرداخته‌اند. ایورسن^(۱) و همکاران، تأثیر پرداخت سرانه را بر تصمیمات پزشکان عمومی نروژ 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 عمومی به متخصصان به اندازه ۴۲٪ افزایش داشته است. در این شرایط، پزشکان عمومی نروژ بیماران بیشتری را به متخصصان ارجاع می‌کردند، از متوسط تعداد ویزیت‌ها 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^(۱) دریافت که برنامه‌های بیمه اجتماعی در آرژانتین در پاسخ به بالا رفتن هزینه‌های مراقبت سلامت، از روش ارزیه 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، اقسامی را در تعداد موارد بستری تجربه نمود به طوری که این میزان، از ۲/۸۳ در سال ۱۹۹۷ به ازای هر ۱۰۰ نفر بیمه شده به ۲/۶ در سال ۱۹۹۸ کاهش یافت.

در نظام سرانه، ارزیه‌کنندگان ممکن است تمایل داشته باشند تنها بیماران سالم و با پیچیدگی کمتر را بپذیرند که این حالت تحت عنوان انتخاب خطر^(۲) نامیده می‌شود. وقتی ارزیه‌کنندگان 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^(۳) به بررسی برنامه‌های مراقبت مدیریت شده^(۴) در ایالات متحده پرداخت و نتیجه گرفت که پرداخت سرانه، ارزیه‌کنندگان را برای استفاده کاراتر از منابع ترغیب می‌کند اما در عین حال، مشکلاتی در زمینه انتخاب خطر هم ایجاد می‌نماید.

۳-۱-۴) حقوق^(۵)

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 ارزیه شده، تعیین می‌گردد. پزشکیانی که درآمد خود را بر اساس نظام حقوق کسب می‌کنند، خطر مالی اندکی را متحمل می‌شوند اما ممکن است تغییراتی در روش‌های تصمیم‌گیری 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 هر یک از پزشکان بخواهد که در هر ساعت، تعداد معینی بیمار را ویزیت نمایند.

یک مطالعه جدید به مرور ۲۳ مقاله منتشر شده در مورد پرداخت‌های مبتنی بر حقوق و آثار آنها بر رفتار ارزیه‌کنندگان در کشورهای توسعه یافته پرداخته است. مؤلفان به شواهدی تجربی و غیرقطعی دست یافتند که نشان می‌داد

1- Bitran

2- risk selection

3- New house

4- managed care

5- salary

پرداخت مبتنی بر حقوق در مقایسه با نظام‌های پرداخت کارانه و سرانه، با بهره‌وری 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 انگیزش‌های مالی از اشتیاق آنها برای برطرف ساختن نگرانی‌های بیماران و پزشکان همکار می‌کاهد.

۴-۱-۴) حقوق و پاداش^(۱)

از آنجا که یک نظام پرداخت حقوق مستقیم، انگیزش‌های بهره‌وری بسیار کمی 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 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 بهره‌وری فردی، رضایت بیمار یا نتایج مالی (حاصل از اقدام خاص یا کل برنامه) هستند.

برنامه‌های پاداش سبب افزایش سطح هزینه‌های اداری می‌شوند و جنبش پرداخت برای عملکرد^(۲) در صنایع [سازمان‌های] مراقبت سلامت، قطعاً 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.

۴-۱-۵) خلاصه

هریک از روش‌های پرداخت به پزشکان و متخصصان بخش سلامت، مجموعه خاصی از خطرها و انگیزش‌ها را برای ارایه‌کنندگان به همراه دارد. جدول ۲-۹، این روش‌های پرداخت را به‌طور خلاصه فهرست کرده است؛ این جدول، نحوه ایجاد یک پاداش یا خطر مالی توسط هر یک از روش‌ها را برای

جدول ۲-۹) خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت به پزشکان: خطر‌ها و انگیزش‌های مالی.

انگیزش‌های ارایه‌کننده برای:				متحمل شدن خطر توسط:		سبد خدمات	روش پرداخت
انتخاب بیماران سالم‌تر	افزایش شدت بیماری گزارش شده	کاهش تعداد خدمات به ازای مراکز مشاوره یا مراقبت قابل مطالبه	افزایش تعداد بیماران درمان شده یا ثبت شده	ارایه‌کننده	پرداخت‌کننده	مورد پرداخت	
خیر	بلی	خیر	بلی	هیچ خطری بر دوش ارایه‌کننده نیست	تمام خطر بر دوش پرداخت‌کننده	هر مورد از خدمت یا مشاوره	کارانه
خیر	-	-	خیر	پزشک هیچ خطری را متحمل نمی‌شود	تمام خطر‌ها	کار به مدت یک هفته یا یک ماه	حقوق
بلی	-	-	بلی	بخش پاداش	بخش حقوق	پاداش بر اساس تعداد بیماران	حقوق و پاداش
بلی	خیر	-	بلی	تا یک سقف معین (توقف زیان) تمام خطر‌ها توسط ارایه‌کننده تقبل می‌شود	در تعداد بالاتر از سقف «توقف زیان»* ^۱	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی معین	سرانه

* stop-loss

پزشکان و پاسخ احتمالی آنها را به روش‌های پرداخت مختلف، نشان می‌دهد.

۲-۴) روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها و مؤسسات ارایه‌کننده خدمات

۱-۲-۴) پرداخت به ازای بستری^(۱)

اولین روش پرداخت به بیمارستان‌ها 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 (صرف‌نظر از خدماتی که عملاً ارایه شده‌اند) پرداخت می‌گردد. این روش، بخشی از خطر مالی را برعهده ارایه‌کننده قرار می‌دهد. عموماً وقتی تعداد خدماتی که با هم تلفیق می‌شوند، افزایش می‌یابد، خطر مالی تهدیدآمیز برای ارایه‌کننده نیز زیاد می‌شود. در این نظام، بیمارستان دارای انگیزشی برای کاستن از طول مدت بستری و میزان مراقبت ارایه شده به هر بیمار است. روش به ازای بستری، این انگیزش 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.

۲-۲-۴) پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد^(۱)

به منظور مرتفع ساختن برخی از معایب نظام پرداخت به ازای بستری، روش پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد، بیمارانی را در گروه‌های بیماری و درمانی مختلف دسته‌بندی می‌کند و برای بیمارانی که در مانده‌ها هزینه بیشتری دربر دارد، میزان بیشتری پرداخت می‌نماید. در این روش، بیمارانی که هزینه بیشتری را تحمیل می‌کنند، سود بیشتری هم برای بیمارستان در پی خواهند داشت. روش گروه‌بندی مرتبط با تشخیص^(۲) به پرکاربردترین رویکرد برای اجرای این نوع پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد تبدیل شده است.

در این قبیل نظام‌ها، بیمارستان‌ها برای کوتاه نمودن طول دوره بستری، ارایه مراقبت کمتر و بستری تعداد بیشتری بیمار، انگیزش دارند. همچنین انگیزشی برای تمرکز بر بیمارانی سالم‌تر از هر گروه و نیز جستجو به دنبال بیمارانی از گروه‌هایی که میزان‌های پرداخت برای آنها در مقایسه با هزینه‌ها خیلی بالا است، وجود دارد.

لوییس و همکاران در یک مطالعه جدید که به ارزیابی تأثیر روش پرداخت مبتنی بر گروه‌بندی مرتبط با تشخیص در ایتالیا می‌پرداخت، اکتی به میزان ۲۱/۱٪ را در میزان تخت - روزهای بیمارستان پس از راه‌اندازی این نظام پرداخت

1- case-mix adjusted per admission

2- diagnostic related grouping (DRG)

گزارش کرده‌اند. یک مطالعه دیگر در ایالات متحده به شواهدی دست یافت که نشان می‌داد بیمارستان‌ها، بیماران سالم‌تر را برای درمان انتخاب می‌کنند. این یافته‌ها، با یافته‌های یک مطالعه ترکیبی قبلی درباره آثار پرداخت مبتنی بر گروهبندی مرتبط با تشخیص، سازگاری دارند.

۳-۲-۴) پرداخت روزانه^(۱)

پرداخت بر مبنای روزانه، به‌طور شایع برای بیمارستان‌ها به‌کار می‌رود. به ازای هر روز بستری و صرف‌نظر از خدماتی که عملاً رایج می‌شوند و یا هزینه‌های آنها، پرداخت ثابتی صورت می‌گیرد. این میزان ثابت روزانه برای بیمارستان‌ها انگیزشی ایجاد می‌کند تا از هزینه‌ها و نیز آزمایش‌ها و اقدامات بکاهند. بیمارستان‌ها همچنین از انگیزش برای نگهداشتن بیمار به مدتی طولانی‌تر در بیمارستان برخوردار هستند (به‌خصوص با توجه به این نکته که هرچه به سمت انتهای یک دوره بستری پیش می‌رویم، روزهای مراقبت، هزینه کمتری دربر 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 مصرفی (بهره‌مندی) را برای کنترل بستری‌های طولانی‌بی‌مورد در بیمارستان‌ها، ضروری می‌دانند.

چندین مطالعه به یک همبستگی آماری قوی بین پرداخت روزانه و متوسط طول اقامت در بیمارستان دست یافته‌اند. به‌عنوان مثال، رادوین^(۲) و اوکاموتو^(۳) تأثیر پرداخت‌های روزانه را که توسط مراجع ذی‌صلاح 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، ۳ بار طولانی‌تر از این مدت در ایالات متحده است. در مورد آپاندیسیت، متوسط مدت اقامت در بیمارستان در ژاپن ۹/۸ روز بود در حالی که این مدت در ایالات متحده (که در آنجا پرداخت به بیمارستان‌ها اکثراً بر اساس مورد انجام می‌شود) ۳ روز محاسبه شد. به‌طور مشابه، لانگن برورنر^(۴) و ویلی^(۵) در مطالعه‌ای از اسلواکی گزارش کردند که متوسط مدت اقامت در بیمارستان برای زایمان در چارچوب یک نظام ملی

1- per diem

2- Rodwin

3- Okamoto

4- Langenbrunner

5- Wiley

پرداخت روزانه، ۷/۵ روز بوده است که با رقم حدود ۲ روز در ایالات متحده (در چارچوب نظام گروه‌بندی مرتبط با تشخیص) قابل مقایسه است.

۴-۲-۴) بودجه خطی^(۱)

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 به‌طور معمول بر اساس ترکیبی از عوامل بار بیمار در آن مرکز، تعداد کارکنان و بودجه‌های قبلی تعیین می‌گردد. پس از آن که این بودجه توسط نهاد تأمین مالی (مثلاً سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی) مورد تأیید قرار گرفت، ارایه‌کننده (یعنی بیمارستان یا درمانگاه) اختیار اندکی برای جابجایی وجوه تخصیصی بین گروه‌های بودجه‌ای دارد. این نظام بودجه‌بندی، انگیزشی برای مدیران بیمارسان‌ها فراهم می‌سازد تا نیازهای بودجه‌ای را بیش از حد برآورد کنند و سپس، کل بودجه را خرج نمایند. بیمارستان‌ها انگیزش کمی برای پذیرش بیماران بیشتر دارند (مگر آن که شاخص بستری، نقش عمده‌ای در فرآیند تصویب بودجه ایفا نماید). نتیجه این نظام، اغلب بروز سطح بالایی از ناکارایی فنی است به ویژه هنگامی که گروه‌های بودجه، طیف بسیار باریکی را پوشش دهند به‌طوری که مدیران نتوانند در پاسخ به تغییر شرایط، منابع را جابه‌جا 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) انگیزش اندکی برای مدیران مراکز از نظر خلاقیت و اطلاع از هزینه‌ها وجود داشت؛
- ۲) مراکز تمایل داشتند خدمات سلامت را کمتر از حد مناسب ارایه کنند؛
- ۳) توجه اندکی به پیامدهای سلامت و رضایت بیمار معطوف می‌شد؛
- ۴) هیچ انگیزش واقعی برای کاستن از سطح منابع ثابت (یعنی کارکنان و تسهیلات) وجود نداشت.

۵-۲-۴) بودجه کلی^(۱)

در یک نظام بودجه کلی، مدیران از انگیزشی برای کنترل هزینه‌ها و در عین حال، دستیابی به اهداف تولیدی خود برخوردار هستند. هرچند 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 ارائه 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، هنگامی که 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 پرداخت‌ها بر اساس هزینه‌های متوسط صورت پذیرد، بیمارستان می‌تواند با افزایش تعداد روزهای بستری، سود بیشتری را به دست آورد زیرا هزینه‌های تمام شده^(۲) 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 بیمارستان‌ها را به‌طور خلاصه فهرست کرده است و ساختارهای انگیزشی ایجاد شده برای پرداخت‌کنندگان و بیمارستان‌ها و نیز واکنش احتمالی بیمارستان‌ها به انواع مختلف روش‌های پرداخت را نشان می‌دهد.

۳-۴) نظام‌های پرداخت و بیماران

نظام‌های پرداخت، با تعیین سهم پرداختی بیماران برای خدمات، بر بیماران نیز همانند ارائه‌کنندگان تأثیر می‌گذارند. دو حالت را باید در نظر گرفت؛ نظام‌هایی که در آنها دولت مستقیماً نظام مراقبت را می‌گرداند و نظام‌هایی که در آنها دولت به‌طور غیرمستقیم روی قیمت‌ها اعمال اثر می‌نماید (مثلاً از طریق اداره نظام‌های بیمه یا وضع مقررات برای آنها). با این حال، تقریباً تمام ملاحظات مربوط به انگیزش‌های بیماران، در زمینه پرداخت کارانه ظاهر می‌شود

زیرا پرداخت هزینه مراقبت از سوی بیماران به‌طور عمده در این روش صورت می‌گیرند.

اکثر کشورهایی که مستقیماً 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. همان‌طور که در فصل آخر ذکر خواهیم کرد، این حالت ممکن است از دیدگاه سودگرایان غیرعینی، به ناکارایی در تخصیص منابع و «بار اضافی» ختم گردد. اگر مراقبت به‌طور 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 به‌منظور کاستن از مصرف (بهره‌مندی) نامتناسب (و ایجاد سودآوری بیشتر)، برای خدمات عمومی خود، سهم پرداخت از سوی مصرف‌کننده در نظر گرفته‌اند.

با این همه، بسیاری از نظام‌های عمومی به ظاهر رایگان، در عمل به‌صورت 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^(۱)، پول چای^(۲) و پرداخت‌های غیررسمی از بیماران دریافت کنند. به‌علاوه، هزینه‌های زمان صرف شده جابجایی نیز می‌تواند چشمگیر باشد. تمام این هزینه‌ها می‌توانند از نقایص ایجاد شده در کارایی توسط مراقبت رایگان بکاهند.

در مواردی که دولت‌ها مستقیماً به ارایه مراقبت عمومی گسترده نمی‌پردازند، حضور بیمه بر سهم پرداختی توسط بیماران و بنابراین، انگیزش‌ها و رفتارهای آنها تأثیر می‌گذارد. در این مورد، ۲ پدیده وجود دارد که با هم در ارتباط متقابل هستند. نخست آن که تمام برنامه‌های بیمه عملاً 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.

به‌علاوه در اکثر نقاط دنیا، بیمه سلامت به‌صورت فردی خریداری نمی‌شود بلکه از طریق برنامه‌های بیمه اجتماعی تحت حمایت مالیات فراهم می‌گردد. این برنامه‌ها معمولاً دربرگیرنده یک جزء قابل توجه توزیع مجدد یا تخصیص

جدول ۳-۹) خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها: خطر‌ها و انگیزش‌های مالی.

انگیزش‌های ارایه‌کننده برای:				متحمل شدن خطر توسط:		سبد خدمات	روش پرداخت
انتخاب بیماران سالم‌تر	افزایش شدت بیماری گزارش شده	کاهش تعداد خدمات‌به‌ازای واحدهای پرداخت	افزایش تعداد بیماران درمان یا ثبت شده	ارایه‌کننده	پرداخت‌کننده		
خیر	بلی	خیر	بلی	ارایه‌کننده هیچ خطری را متحمل نمی‌شود	پرداخت‌کننده تمام خطر‌ها را متحمل می‌شود	هر مورد از خدمت یا مشاوره	کارانه
بلی	بلی	بلی	بلی	خطر هزینه درمان در یک مورد معین	خطر تعداد موارد و طبقه‌بندی شدت مورد	میزان‌های پرداخت بسته به مورد فرق می‌کنند	پرداخت به‌ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد
بلی	خیر	بلی	بلی	خطر تعداد خدمات به‌ازای هر بستری	خطر تعداد موارد بستری	هر مورد بستری	پرداخت به‌ازای بستری
خیر	خیر	بلی	بلی	خطر هزینه مراقبت‌ها در یک روز معین	خطر تعداد روزهای اقامت در بیمارستان	هر روز - بیمار	پرداخت روزانه
بلی	-	بلی	بلی	تمام خطر‌ها تا یک سقف مشخص (توقف زیان) برعهده ارایه‌کننده است	مقادیر بالای سقف «توقف زیان» [*]	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی مشخص	سرانه
بلی	-	-	خیر	ارایه‌کننده تمام خطر‌ها را متحمل می‌شود	هیچ خطری متوجه پرداخت‌کننده نیست	تمام خدماتی که توسط یک مؤسسه ارایه‌کننده در یک دوره‌زمانی مشخص ارایه می‌گردد	بودجه کلی

* stop-loss

یارانه متقابل^(۱) 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 به‌صورت مستقیم از جیب خود^(۲) 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 کسورات^(۱)، فرانشیز^(۲)، بیمه اتکایی^(۳) و سقف پرداخت^(۴) را به کار می‌برند. هدف از تمام این سازوکارها، ایجاد انگیزش‌هایی برای بیماران به منظور کاهش استفاده نامتناسب آنها از خدمات مراقبتی است.

کسورات عبارتند از پرداخت‌هایی که بیمار پیش از آغاز بیمه، برای پوشش هزینه‌های ایجاد شده می‌پردازد. سطح کسورات برای افراد یا خانواده‌ها و گاهی نیز بر پایه درآمد افراد 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 مسؤوّل پرداخت درصد معینی از هزینه‌های خود هستند.

سقف پرداخت عبارت است از حداکثر مبلغی که بیمه‌گر به ازای هر بیمار در هر سال ملزم به پرداخت آن است.

جدول ۴-۹ به‌طور خلاصه ساختارهای انگیزشی مؤثر بر بیماران و برنامه‌های بیمه را در شرایط مراقبت رایگان، پرداخت از سوی مصرف‌کننده و انواع برنامه‌های مزایای بیمه، فهرست کرده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌کنید، در شرایط مراقبت رایگان، بیمه‌گر تمام خطرها را متحمل می‌شود در حالی که در شرایط پرداخت از سوی مصرف‌کننده، عکس مطلب فوق صادق است. سایر برنامه‌های کمکی، خطر را تقسیم می‌کنند و عموماً تمایل دارند از میزان مراقبت سلامت مورد تقاضای بیمار بکاهند. کسورات و فرانشیز بیش از همه بر مراقبت‌های معمول تأثیر می‌گذارند در حالی که بیمه مشترک و سقف پرداخت می‌توانند روی مراقبت‌های بیمارستانی گسترده‌تر مؤثر باشند. سقف پرداخت به‌طور خاص، در صورتی که یک بیماری فاجعه‌آمیز 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

1- deductible

2- co-payment

3- co-insurance

4- payment ceilings

جدول ۴-۹) خطرهای مالی و انگیزش‌های مؤثر بر بیمار و بیمه‌گر در شرایط مراقبت رایگان یا مزایای تحت پوشش بیمه

انگیزش برای: بیمار	تحمیل خطر بر:		
	بیمار	پرداخت‌کننده (بیمه یا دولت)	
افزایش تقاضا	هیچ	همه خطرها	رایگان
کاهش تقاضا	همه خطرها	هیچ	پرداخت کامل از سوی مصرف‌کننده
کاهش تقاضا تا قبل از رسیدن به سقف کسورات و افزایش تقاضا پس از آن	مقادیر تا سقف کسورات	مقادیر بالاتر از کسورات	کسورات
کاهش تقاضا برای مراجعه به پزشک	فرانشیز	کل مبلغ منهای فرانشیز	فرانشیز ثابت برای هر ویزیت
کاهش تقاضا (وابسته به درصد بیمه اتکایی)	x٪ از مبلغ	(1-x)٪ از مبلغ	بیمه اتکایی (درصد مبلغ)

آن کالا یا خدمت، گفته می‌شود. به‌طور 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 قیمت‌ها لزوماً همیشه منجر به تغییرات شدید در تقاضا برای مراقبت سلامت نمی‌گردد. با این حال، این نوسان در مورد خانوارهای کم‌درآمد، شدت بسیار بیشتری دارد. نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه، قاطعانه نشان می‌دهد که میزان نوسان در مورد خانوارهای کم‌درآمدتر و کودکان بیشتر است. این مقادیر نوسان حکایت از آن دارند که درخواست از بیماران برای پرداخت مستقیم از جیب (مثلاً به‌صورت پرداخت از سوی مصرف‌کننده) از طریق کاهش مصرف (بهره‌مندی)، آثار نامطلوب شدیدتری روی طبقه بی‌بضاعت و کودکان می‌گذارد.

۴) راهنمای 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 قابل‌سنجشی روی تعداد زیادی از

جدول ۵-۹) کشش تقاضا برای خدمات سلامت (کلی، بر اساس چارک درآمد و براساس سن).

مطالعه (سال انتشار)		محل (سال جمع‌آوری داده‌ها)	نتایج
جیمز (۱۹۸۹)		اتیوپی (۱۹۸۵)	کلی: ۰/۰۵ تا ۰/۱۵ -
جیمز (۱۹۸۹)		سودان (۱۹۸۵)	کلی: ۰/۳۷ -
بودر (۱۹۸۹)		سوئیس (۱۹۸۵)	کلی: ۰/۳۲ -
گرتلر و فان در گاگ (۱۹۸۹)	بیمارستان‌های مناطق روستایی ساحل عاج (۱۹۸۵)	چارک درآمد پایین‌ترین چارک چارک دوم چارک سوم بالا‌ترین چارک	بزرگسالان ۰/۴۷ تا ۰/۳۴ -
			کودکان ۰/۶۵ تا ۰/۳۲ -
گرتلر و فان در گاگ (۱۹۸۹)	بیمارستان‌های مناطق روستایی پرو (۱۹۸۵)	کلی:	بزرگسالان ۰/۵۷ تا ۰/۵ -
			کودکان ۰/۴۱ تا ۰/۸۱ -
سوتربورن و همکاران (۱۹۹۴)	بورکینافاسو (۱۹۸۵)	کلی: گروه سنی زیر یک سال ۱-۱۴ سال ۱۵ سال به بالا چارک درآمد پایین‌ترین چارک چارک دوم چارک سوم بالا‌ترین چارک	بزرگسالان ۰/۵۷ تا ۰/۳۶ -
			کودکان ۰/۶۷ تا ۰/۷۲ -
سوتربورن و همکاران (۱۹۹۴)	بورکینافاسو (۱۹۸۵)	کلی: گروه سنی زیر یک سال ۱-۱۴ سال ۱۵ سال به بالا چارک درآمد پایین‌ترین چارک چارک دوم چارک سوم بالا‌ترین چارک	بزرگسالان ۰/۷۹ -
			کودکان ۰/۶۴ تا ۰/۷۳ -
سوتربورن و همکاران (۱۹۹۴)	بورکینافاسو (۱۹۸۵)	کلی: گروه سنی زیر یک سال ۱-۱۴ سال ۱۵ سال به بالا چارک درآمد پایین‌ترین چارک چارک دوم چارک سوم بالا‌ترین چارک	بزرگسالان ۰/۲۷ -
			کودکان ۰/۴۴ تا ۰/۲۱ -
سوتربورن و همکاران (۱۹۹۴)	بورکینافاسو (۱۹۸۵)	کلی: گروه سنی زیر یک سال ۱-۱۴ سال ۱۵ سال به بالا چارک درآمد پایین‌ترین چارک چارک دوم چارک سوم بالا‌ترین چارک	بزرگسالان ۰/۲۱ تا ۰/۳۹ -
			کودکان ۰/۱۲ تا ۰/۰۳ -

متغیرها دارند که می‌توان به انواع زیر اشاره کرد:

۱) انواع مراقبت طبی ارایه شده به بیمار (مثلاً درمان طبی آئزین صدی 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.

۱-۴) انتخاب روش پرداخت

جدول ۶-۹ نشان می‌دهد که هیچ‌یک از روش‌های پرداخت، کامل نیست (هر کدام از روش‌ها، 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:

- تصمیم‌گیری 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 به‌صورت کارانه، سبب تورم سریع در هزینه‌های سلامت می‌شود. کشورها باید از به‌کار بردن این روش‌ها خودداری کنند مگر آن که دلایل آشکار و مستحکمی برای توجیه نمودن آن در دست داشته باشند.
 - روش پرداخت حقوق و پاداش نسبت به پرداخت حقوق به‌تنهایی، برتری دارد. روش اول می‌تواند متخصصان بخش سلامت را برای افزایش بهره‌وری و ارتقای کیفیت خدمات برانگیزاند. این مزیت به‌طور خاص در مورد متخصصان بارز است (به شرطی که در استخدام سازمان‌هایی همچون بیمارستان‌ها یا برنامه‌های بیمه باشند).
 - روش پرداخت سرانه برای مراقبت اولیه، آن قدر مزیت دارد که قابل توصیه باشد (به‌خصوص در صورت حضور گروه‌های خدماتی رقیب در همان جامعه).
 - در مورد کشورهای با درآمد متوسط تا بالا، پرداخت به‌ازای بستری و روش ساده شده گروه‌بندی مرتبط با تشخیص برای پرداخت به بیمارستان‌ها، آثار انگیزشی مطلوبی دارد اما پیچیدگی‌های اداری نیز ایجاد می‌نماید. در مورد بیمارستان‌های کشورهای کم‌درآمد، 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 خریدار، این نتیجه‌گیری‌ها را تعدیل نمود (به‌خصوص وقتی از روش پرداخت کارانه استفاده می‌شود)؟ از آنجا که میزان متوسط نوسان ناشی از قیمت در تقاضا برای

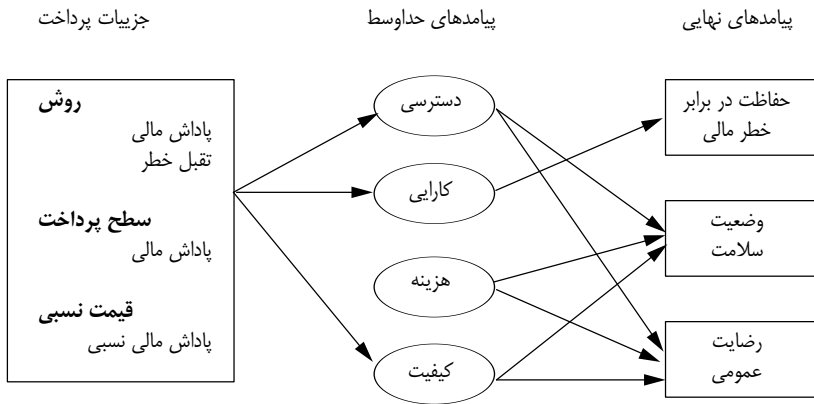
جدول ۶-۹) آثار انگیزش‌های مالی.

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؛ تورم‌زا 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 آزمون‌ها، کیفیت کاهش یابد.
پرداخت روزانه	نسبت به کارانه، خاصیت تورمزایی کمتری دارد؛ طول مدت بستری در بیمارستان را به‌طور قابل توجه افزایش می‌دهد؛ ممکن است کمیت خدمات در هر روز کاهش یابد.
سرانه	خدمات بی‌مورد را به‌طور قابل توجه کاهش می‌دهد؛ کارایی را ارتقا می‌بخشد؛ ممکن است بیماران به‌طور کامل درمان نشوند؛ امکان انتخاب خطر توسط ارایه‌کنندگان وجود دارد.
بودجه کلی	سبب ارتقای کارایی می‌شود؛ اثربخش‌ترین روش در کنترل هزینه‌های توری سلامت است؛ امکان کاهش کیفیت وجود دارد؛ در صورتی که اعطای بودجه مستلزم یک استاندارد حجمی باشد، احتمال افزایش کمیت وجود دارد.
حقوق	انگیزش برای درمان بیش از حد بیماران را حذف می‌کند؛ کمیت برون‌ده در هر ساعت، ممکن است کاهش یابد؛ احتمال کاهش کیفیت مراقبت وجود دارد؛ ارایه‌کنندگان، بیماران را به مطب‌های خصوصی خود ارجاع می‌نمایند.

* per case

خدمات طبی، چندان زیاد نیست، کاهش کارایی اقتصادی به دلیل پایین آمدن قیمت‌ها آن‌قدرها قابل ملاحظه نخواهد بود (به‌خصوص اگر تمام هزینه‌هایی را که خریداران باید به‌طور معمول متقبل شوند، در نظر بگیریم). از سوی دیگر، در صورتی که ه نوسان تقاضا در میان بیماران خیلی بالا باشد، درخواست از آنها برای پرداخت سهمی از هزینه‌های مصرف‌کننده، می‌تواند سبب کاهش اتلاف [محصولات] شود. به‌عنوان مثال، ارایه داروها به‌صورت 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 (بهره‌مندی) ابداع شده‌اند، اجرای روش کسورات از همه راحت‌تر است زیرا در این صورت، برنامه بیمه مجبور نیست هزاران صورت حساب کوچک را به بیماران بازپرداخت نماید.

شکل ۱-۹- ارتباط بین پرداخت و پیامدها



۲-۴) تعیین سطوح پرداخت

تعیین سطوح پرداخت مستلزم آن است که مجری اصلاحات، مجموعه‌ای پیچیده از عوامل تنظیمی 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 صرف‌نظر خواهند نمود یا هزینه اضافی از بیماران مطالبه خواهند کرد و یا هزینه‌های زیرمیزی 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 عمومی باقی 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 فرآیند 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 احتمالاً به اختلاف نظر می‌انجامد؛ پرداخت‌کنندگان و ارایه‌کنندگان به ندرت حاضر به پذیرش یک مجموعه داده

معمولی به‌عنوان داده‌هایی واقعاً عینی هستند. حتی اگر آنها بر روی این واقعیت‌ها به توافق برسند، احتمالاً اختلافات مربوط به مباحث ارزشی (مانند مناسب بودن سطح درآمد ارایه‌کننده از نظر اجتماعی) قابل توجه خواهند بود. یک 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 بین‌المللی نشان می‌دهد که مذاکرات دوطرفه می‌تواند در شرایط خاص، به نتایج مورد قبول دو طرف منجر گردد. اما هنگامی که دولت در این مسایل وارد شود و اوضاع حالت سیاسی به خود بگیرد، دولت احتمالاً از سوی گروه‌های ارایه‌کننده کاملاً 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).

۳-۴) روش‌های پرداخت و عدالت

پرداخت به ۲ 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 غیرحساس از نظر فرهنگی تا عدم پذیرش کامل برای ارایه مراقبت متغیر باشند. این الگو، آثار عدالت‌حایز اهمیتی دارد زیرا بیماران متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین و گروه‌های اجتماعی حاشیه‌ای، اغلب از سلامت کمتری برخوردار بوده، پذیرش کمتری نسبت به رژیم‌های درمانی دارند و برقراری ارتباط میان آنها و پزشکان طبقات ممتاز، از نظر روان‌شناختی 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

[یکی 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 مراقبت‌ها) تا حدودی وابسته به سازماندهی نظام ارایه است. همان‌طور که در فصل ۱۰ مورد بررسی قرار گرفته است، ۲ 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 بر اساس اصول سودآوری سازماندهی شده‌اند؟ ارایه‌کنندگان سودآوری که رقابتی عمل می‌کنند، احتمالاً حساسیت ویژه‌ای نسبت به تفاوت‌های قیمت - هزینه^(۱) 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، هنگامی روی می‌دهد که بیماران، صورتحساب‌های خود را پرداخت می‌نمایند. همان‌طور که در بخش «تأمین مالی به صورت مستقیم از جیب» در فصل ۸ ذکر کردیم، نوسان ناشی از قیمت در تقاضا، در مورد خانوارهای کم‌درآمد به طور معنی‌داری بالاتر است. بنابراین، به دلایل مربوط به عدالت، برنامه‌های پرداخت از سوی مصرف‌کننده باید شامل معافیت‌های مبتنی بر نیاز^(۲) باشند (علی‌رغم هزینه‌های اجرایی و احتمال فساد این نوع ترتیبات). به دلیل مشابه، در مورد خدماتی که به طور خاص از سوی مجریان اصلاحات مورد ترویج قرار می‌گیرند (مانند واکسیناسیون و خدمات پیشگیرانه) احتمالاً نباید پرداخت از سوی مصرف‌کننده در نظر گرفت. این خدمات در مقایسه با مراقبت‌های درمانی،

احتمالاً 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، حتی خدمات «رایگان» نیز به ندرت حقیقتاً رایگان هستند (به خصوص برای افراد بی‌بضاعت ساکن کشورهای فقیر). در حقیقت، از آنجا که بخش عمده پیشگیری عملاً طی مراقبت طبی روی می‌دهد، معافیت‌های مبتنی بر درآمد در مورد پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان، می‌تواند تنها راه اثربخش برای ارایه این نوع خدمات به طبقات محروم باشد.

۴-۴ خلاصه

اقتصاددانان گاهی آثار انگیزشی نظام‌های پرداخت را بیش از حد مورد تأکید قرار می‌دهند (حتی اگر افراد غیر اقتصاددان، این آثار را کم‌اهمیت تلقی نمایند). همان‌طور 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 ارزش‌ها و نگرش‌هایی که ارایه‌کنندگان در واکنش به آنها اتخاذ می‌نمایند، بستگی دارد. برخی از پزشکان و بیمارستان‌ها به بیماران «فاقد سودآوری» فراتر از حس مسؤولیت‌پذیری اجتماعی، خدمات ارایه می‌کنند. در نقاط مختلف جهان، ضوابط حرفه‌ای، تمایل پزشکان را برای ایجاد تقاضای تحریک شده توسط ارایه‌کننده، محدود می‌سازد (البته به درجات مختلف در مکان‌های متفاوت).

از سوی دیگر، لزوماً تمام ابعاد عملکرد را که مورد توجه مجریان اصلاحات است، نمی‌توان به سادگی و سهولت اندازه‌گیری نمود و از این رو، به راحتی نمی‌توان برای همه آنها پرداخت کرد. خطرهای مربوط به انحراف و نادراستی 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 آن‌قدر آگاه باشند که از استقرار نظام‌های پرداختی که انگیزش‌هایی متضاد با اهداف اولویت‌دار خود ایجاد می‌کنند، اجتناب نمایند.

سازماندهی

(۱) مقدمه

در مقالات ۸ و ۹ در مورد گزینه‌های مربوط به اینکه چه میزان پول می‌توان برای نظام مراقبت سلامت جمع‌آوری 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 مسئولیت نظم‌دهی به پزشکان را به جامعه پزشکی سپرد؟ در این فصل، بر مسأله دقیق‌تر سازماندهی ارایه مراقبت سلامت تمرکز کرده‌ایم.

اصطلاح «سازمان»، هم به ساختار کلی نظام مراقبت سلامت و هم به تک‌تک مؤسساتی که خدمات مراقبت سلامت را ارایه می‌کند، اطلاق می‌گردد. از منظری دیگر، «سازماندهی» عبارت است از یک مفهوم مجزا که از درونداها (افراد، ساختمان‌ها، 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، دقیقاً 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 عمومی ملی کنار گذاشت؟ حدود بسیاری از این «سازمان‌های» خاص، واضح نیستند و تمام آنچه می‌توانیم انجام دهیم این است که همان‌گونه 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 فعالیت‌ها میان این سازمان‌ها؛
- تعاملات میان این سازمان‌ها 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 مستقیماً عمل کرده، این ویژگی‌های نظام را تغییر دهد: برای مثال، با ایجاد نظامی جدید برای کارکنان بخش سلامت یا با سازماندهی مجدد حاکمیت بیمارستان‌ها برای افزایش خودمختاری و خودگردانی آنها. در سایر موارد، دولت‌ها ممکن است از طریق سایر اهرم‌های کنترل و به صورت غیرمستقیم عمل کنند. برای مثال، دولت‌ها می‌توانند پرداخت‌های جدیدی در اختیار سرمایه‌گذاران 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. همان‌گونه که در مقدمه بخش دوم این مجموعه ذکر شد، غالباً ارتباطاتی بین اهرم‌های کنترل وجود دارد و اعمال هر یک، نیازمند (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

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
دروندها (افراد،
ساختمان‌ها،
تجهیزات) استفاده
کرده، یک ساختار
قدرت تعریف شده
دارد تا کالاهای و
خدمات مختلف را
تولید کند.

(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 انگیزه‌ای:** دومین گزینه، کار کردن بر روی سومین مشخصه فوق‌الذکر 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 برمی‌گیرند، یعنی تغییر آنچه درون سازمان‌ها رخ می‌دهد. اگر دولت، گرداننده نظام ارایه خدمات باشد، به سادگی می‌تواند چنین تغییراتی را اعمال کند. در غیر این صورت، برای ایجاد چنین تغییراتی باید بر سایر اهرم‌های کنترل تکیه کند. شرکتی سازی^(۱)، مدیریت جامع کیفیت^(۲) و اقدامات در جهت ارتقای مدیریت دولتی، مثال‌هایی هستند که مورد بحث قرار خواهند گرفت. راهبردهای تمرکززدایی در این دسته قرار می‌گیرند زیرا دربرگیرنده تغییراتی در نحوه برقراری ارتباط بین بخش‌های مختلف دولت هستند که بسیار شبیه تغییراتی هستند که در

1) corporatization

2) total quality management

سازماندهی درونی یک شرکت چندملیتی بزرگ رخ می‌دهد.

همان‌گونه که ذکر شد، مجریان اصلاحات می‌توانند سازوکارهای 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 ضدتراست و ضدانحصاری) بر انگیزه‌ها تأثیر بگذارد یا تغییراتی را در مدیریت بیمارستان‌های خصوصی الزامی کند؛ 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 موردنظر ما را تشکیل می‌دهند.

خدمات مراقبت سلامت، توسط «کارکنان خط مقدم»^(۱) متفاوتی ارایه می‌گردند: پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها 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 مهارت‌ها 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 دارویی 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.

همواره باید ببینیم که چگونه تغییرات سازمانی، بر انگیزه‌ها، فرصت‌ها و الزاماتی که کارکنان با آنها مواجه می‌شوند و نیز مهارت‌ها و نگرش‌های آنان تأثیر می‌گذارد.

1) front-line workers

تلاش‌هایی که با هدف تغییر «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.

دادن انگیزه به مدیران بدون اعطای مهارت‌ها، قدرت و منابع مورد نیاز 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.

متأسفانه، غالباً جنبه‌های اصلی مدیریتی اصلاحات پیشنهاد شده در باب سازماندهی، نامعلوم باقی می‌ماند به طوری که پیش‌بینی عواقب آنها دشوار می‌شود. آیا بیمارستان‌های «شرکتی شده»، هزینه‌های کمتری نسبت به نظام دولتی فعلی در بر خواهند داشت؟ آیا تمرکززدایی 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 پرسش‌ها، به چگونگی انجام اصلاحات بستگی دارد. لذا در کل این فصل، بر این نکته تأکید می‌کنیم که در پیش‌بینی اثر تغییرات سازمانی بر عملکرد نظام سلامت، «شیطان در جزئیات است یعنی نباید وارد جزئیات شد»^(۱).

تغییر انگیزه‌های بیرونی و مدیریت درونی، عمیقاً مکمل یکدیگر هستند. دادن انگیزه به مدیران بدون اعطای مهارت‌ها، قدرت و منابع مورد نیاز برای پاسخ به این انگیزه‌ها، به احتمال زیاد نتیجه‌بخش 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 صاحب‌نظران مختلف در باب اصلاحات سازمانی در مراقبت سلامت، نیاز به تغییر «پیوسته» را مطرح کرده‌اند. چنین نیازی، مربوط به ظاهر سازی یا 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

1) the devil is in the details

ترکیب می‌کنند (مثلاً بسیاری از تلاش‌های مربوط به تمرکززدایی یا خصوصی‌سازی). 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، مکرراً 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 می‌کند که چرا و چگونه انگیزه‌های وارد شده بر سازمان، بر ذهن مدیران و کارکنان نقش می‌بندد. همچنین این عوامل به ما می‌گویند که بر مهارت‌ها و نگرش‌هایی تمرکز کنیم که کارکنان و مدیران، برای پاسخ به انگیزه‌ها، بر آنها تکیه می‌کنند.

رقابت بیش از حد
می‌تواند منجر به
تقاضای القاشده از
سوی عرضه‌کننده،
ناکارایی تخصیصی و
کاهش وضعیت
سلامت شود.

۲-۱) 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 طریق تغییر «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 ارائه خدمات سطح پایین‌تر و پراکنده‌تر (مراکز محیطی‌تر)، 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 قراردادن 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 صرفه‌جویی‌های صورت گرفته در هزینه، منجر به ارایه خدمات بیشتر و بنابراین وضعیت سلامت بهتر می‌شود [یا برای بهبود منافع غیرسلامتی استفاده می‌شود]، به نظام سیاسی بستگی دارد.

البته خواهیم دید که چگونه این تغییرات، خطرات و تاخ‌ت‌زدن‌های^(۱) خاص خود را به همراه دارند. رقابت بیش از حد می‌تواند منجر به تقاضای القاشده از سوی عرضه‌کننده^(۲)، ناکارایی تخصیصی و کاهش وضعیت سلامت شود. همچنین ممکن است باعث شود ارایه‌کنندگان تمایلی به یارانه‌دادن به فقرا نداشته باشند و لذا دسترسی و وضعیت سلامت آنها کاهش یابد. به همین ترتیب، راهبرد «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» برای به‌وجود 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، خودبه‌خود اجرا نمی‌شوند. نتایج تمرکززدایی کنترل و نظارت به سطوح محلی، به ظرفیت اجرایی و سیاسی محلی بستگی خواهد داشت. از قراردادی 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»^(۳)

اولین راهبرد عبارت است از تغییر ترکیب سازمان‌ها و چگونگی تقسیم وظایف میان آنها. چنین تغییراتی، غالباً 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 ارایه‌کنندگان،

1- trade-offs

2) supplier-induced demand

3) Who-Does-What

بر عملکرد بخش سلامت تأثیر می‌گذارد. برای مثال، آیا فرقی می‌کند که خدمات جدید با فناوری بالا، توسط بیمارستان‌های دولتی ارائه شود یا کارآفرینان خصوصی؟ آیا بهتر است مراقبت‌های اولیه، توسط پزشکان عمومی مستقل (همانند انگلیس) ارائه شود یا توسط درمانگاه‌های دارای چندین متخصص (آنطور که تا چندی پیش، در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی بود)؟ آیا بهتر است برنامه‌های ایمن‌سازی، جداگانه سازماندهی شوند یا به عنوان بخشی از کل نظام مراقبت اولیه؟ در طراحی سازمانی، سه خصوصیت کلی باید مورد توجه قرار گیرند: مالکیت، مقیاس و حیطه.^(۱) ما همچنین درباره مشکلات سازمانی خاص ارائه 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 سال‌ها، سبک‌ها و شیوه‌های سازمانی مختلفی در مباحثات بین‌المللی 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 ظرفیت‌ها 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 یا مدیریتی معنی‌دار، اجتناب می‌کند و در عوض، بازآرایی مجدد چارت سازمانی وزارت بهداشت یا ترکیب نقش آفرینان بخش خصوصی را (که به گونه‌ای فریبنده آسان است) جایگزین می‌کند.

در طراحی سازمانی، سه خصوصیت کلی باید مورد توجه قرار گیرند: مالکیت، مقیاس و حیطه.

1) ownership

2) scale

3) scope

۱-۲) خصوصی سازی (۱)

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 مراقبت‌ها در درمانگاه‌های عمومی داشت. 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 طرح‌ریزی اصلاحات اثربخش، نیاز به درک بهتری از نحوه تأثیر مالکیت بر رفتار سازمان‌های مراقبت سلامت داریم.

چرا غالباً بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌های عمومی و خصوصی، رفتار متفاوتی دارند؟ اجازه دهید به بحث شش عامل کلیدی برگردیم (جدول ۱-۱۰). 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 امیدوار باشند که مشتریان آنها، از طریق رایزنی با دولت، بودجه آنها را افزایش دهند. راهبرد «عزل و نصب»^(۲) دیگر عبارت است از تکیه کردن بر کارمندان به‌عنوان 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 راهبرد، غالباً به شکل کارکنان اضافی، هزینه‌های بالا، درگیری سیاسی در استخدام و

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
راهبرد، غالباً به شکل
کارکنان اضافی،
هزینه‌های بالا،
درگیری سیاسی در
استخدام و فروش
خدمات و همچنین
خدمات باکیفیت
متوسط تا ضعیف برای
مشتریان بوده است.

1) privatization

2) patronage

فروش خدمات و همچنین خدمات با کیفیت متوسط تا ضعیف برای مشتریان بوده است.

از نظر انگیزه‌های مدیران نیز تفاوت‌هایی بین بخش‌های دولتی و خصوصی وجود دارد. مدیران بخش خصوصی غالباً متوجه می‌شوند که پاداش‌ها و استخدام‌های آنان، بستگی به سود^(۱) دارد. شرکت‌های خصوصی ممکن است به مدیران خود اختیارات خرید سهام^(۲) 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 دولتی غالباً اهل سیاست یا کارمند هستند و با انگیزه‌های اندکی که مبتنی بر عملکرد باشد، روبه‌رو می‌شوند.

همچنین مدیران دولتی، معمولاً قدرت و اختیارات کمتری نسبت به مدیران خصوصی دارند. غالباً نظام‌های خرید و استخدامی محدود 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 عمدتاً 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 انعطاف‌پذیری بیشتری در استخدام و اخراج کارکنان و نیز جابجایی اعتبارات بین بندهای مختلف بودجه بهره‌مند بودند در حالی که مدیران دولتی، تحت حصار قوانین و مقررات بوروکراتیک و وقت‌گیری قرار داشتند.

مهارت‌ها و ارزش‌های مدیران دولتی و خصوصی نیز غالباً با یکدیگر متفاوت است. سازمان‌های خصوصی قوی، معمولاً مدیرانی را استخدام می‌کنند که آموزش، خُلق و علاقه جدی به کار مدیریتی دارند. بسیاری از مدیران بخش دولتی سلامت، پزشکی بدون دانش و مهارت مدیریتی هستند که علاقه خاصی به شغل مدیریت ندارند. این پزشکان، سِمَتِ مدیریت خود را نوعی دور شدن و انحراف از «وظیفه واقعی» شان می‌دانند و غالباً حتی متوجه نیستند که نمی‌دانند چگونه باید یک مدیر مؤثر باشند (جهل

مدیران دولتی، معمولاً قدرت و اختیارات کمتری نسبت به مدیران خصوصی دارند. غالباً نظام‌های خرید و استخدامی محدود 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 عمدتاً نمی‌توانند نظام‌های انگیزه‌ای قوی نیز برای کارکنان خود ایجاد کنند.

1) profit

2) stock options

مركب). به عنوان مثال، مديران پزشك در هند تشويق مي شوند كه جاياگاه‌هاي اجرائي را در سطوح محيطي و منطقه‌اي اتخاذ كنند و از آنها انتظار مي رود (بدون هيچگونه آموزش خاص مدبريتي)، بر كاركنان شيفتي و مداخلات مراقبت‌هاي اوليه نظارت كنند.

بخش دولتي نسبت به

بخش خصوصي، غالباً

هزينه بيشتر و

پاسخدهي كمترى را

در برابر مشتري از

خود نشان مي دهد؛ اما

بخش خصوصي، غالباً

انعطاف پذير تر،

كم تر حرم تر و داراي

مسئوليت پذيري

اجتماعي پايين تري

است.

در نهايت، ممكن است تفاوت‌هايي بين كارمندان بخش دولتي و خصوصي وجود داشته باشد. در برخي موارد، بخش دولتي افراد متعهد به اهداف اجتماعي را جذب مي كند در حالي كه بخش خصوصي، به افراذي تكيه مي كند كه دنبال نفع اقتصادي خودشان هستند. از سوي ديگر، بخش دولتي با ارايه مشاغل ايمن هرچند غيرجذاب، افراذي را جذب مي كند كه نسبتاً انعطاف ناپذير و جدي و گريزان از خطر هستند؛ در عوض شركت‌هاي خصوصي كه از طريق كارآفريني پاداش مي دهند، عمدتاً كساني را جلب مي كنند كه عدم اطمينان و فرصت طلبي را بيشتر مي پسندند.

همچنين لازم به ذكر است كه گزينه‌هاي مالكييت مراقبت سلامت، پيچيده تر از آن چيزي است كه صرفاً تقسيم‌بندي كلاسيك دوبخشي (يعني دولتي - خصوصي) مطرح مي كند. غالباً يك «راه سوم» هم به شكل سازمان‌هاي غيرانتفاعي - غيردولتي^(۱) وجود دارد. اين سازمان‌هاي غيردولتي، غالباً انگيزه‌ها و پاسخگويي مديران را به يك هيأت امنا مرتبط مي كنند كه صرفاً به مسأله منافع نمي انديشد. اين سازمان‌هاي غيردولتي در بهترين حالت مي توانند «كارايي فني» بيشترى (از جمله كارايي در توليد كيفيت) نسبت به سازمان‌هاي انعطاف ناپذير دولتي داشته باشند. به علاوه، اين سازمان‌ها مي توانند در مقايسه با شركت‌هاي انتفاعي يا نهادهاي دولتي با بوروكراسي كلاسيك، كاركنان داراي مهارت‌ها و انگيزه‌هاي متفاوتي را استخدام كنند.

به طور خلاصه، بخش دولتي نسبت به بخش خصوصي، غالباً هزينه بيشتر و پاسخدهي كمترى را در برابر مشتري از خود نشان مي دهد؛ اما بخش خصوصي، غالباً انعطاف پذيرتر، كم تر حرم تر و داراي مسئوليت پذيري اجتماعي پايين تري است. در نهايت، مالكييت خصوصي تنها زماني كارايي و

1) non-profit, non-governmental

کیفیت ایجاد می‌کند که بازارهای رقابتی، مدیران را وادار به چنین تلاش‌هایی کند. اما به‌طور همزمان، تنوع عملکرد در هر گروه نیز قابل توجه است. نهادهای عمومی دارای 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، عمدتاً ناشی از ساختارها و رفتارهای خاص است تا صرفاً نوع مالکیت ارایه‌کنندگان. جزئیات و اجرا، حیاتی هستند. پس مجریان اصلاحات سلامت، چگونه می‌توانند برای ارایه خدمات سلامت، بین بخش‌های دولتی و خصوصی یکی را برگزینند؟

هرچه بخش دولتی، مدیریت خبره‌تر، بهتر و با عزل و نصب کمتری داشته باشد، خصوصی‌سازی کمتر شایان توجه خواهد بود.

ما بر این عقیده‌ایم که این تصمیم‌گیری، بستگی به ویژگی‌های متعدد شرایط یک کشور و فعالیت خاص مورد نظر دارد.

- **ظرفیت مقرراتی و نظارتی**^(۱): دولتی که تخصص فنی بالا، شهروندانی نسبتاً تابع قانون و دستگاه حقوقی و اداری با کارکرد خوب در اختیار دارد، راحت‌تر می‌تواند تعدد ارایه‌کنندگان بخش خصوصی را کنترل کند.
- **اولویت‌های اصلاحات**: کارکرد بازارها از لحاظ کارایی بهتری 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 خبره‌تر، بهتر و با عزل و نصب کمتری داشته باشد، خصوصی‌سازی کمتر شایان توجه خواهد بود. در بخش‌های مختلف دولت، ممکن است این موضوع کاملاً متفاوت باشد.
- **دقت نظر و فرهیختگی مشتری**^(۲): هرچه مشتریان فرهیخته‌تر و دقیق‌تر 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**^(۳): بازارهای مراقبت سلامت، وقتی می‌توانند کارکرد بهتری داشته باشند که فروشندگان، هنجارهای شغلی را (که است شمار

1) regulatory capacity

2) costumer sophistication

3) professional self-discipline

بیماران را محدود می‌کنند) بپذیرند و نظام انضباطی رسمی مؤثری برای تقویت چنین رفتارهایی وجود داشته باشد.

تا اینجا به نتیجه رسیدیم که کشورها غالباً 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، غالباً کمترین توانایی را نیز در نظم‌دهی به بازارهای خصوصی برای حصول مقاصد عمومی دارند. این امر باید هشداری برای مجریان اصلاحاتی باشد که ناکارایی سازمان‌های دولتی کنونی را می‌بینند ولی هنوز این موضوع را هم تحلیل 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 اِشِل 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 بیمارستان‌ها، 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، احتمالاً سود اندکی حاصل می‌کند یا اصلاً 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

کشورهایی که کمترین آمادگی و تجهیزات را برای اثربخش کردن کارکرد بخش دولتی خود دارا هستند، غالباً کمترین توانایی را نیز در نظم‌دهی به بازارهای خصوصی برای حصول مقاصد عمومی دارند. این امر باید هشداری برای مجریان اصلاحاتی باشد که ناکارایی سازمان‌های دولتی کنونی را می‌بینند ولی هنوز این موضوع را هم تحلیل نکرده‌اند که اگر ارایه‌کنندگان انتفاعی خصوصی جای آنها را بگیرند، چه پیش خواهد آمد.

بالقوه) راحت تر می‌گردد. این «اثرات تمرینی»^(۱) 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 کل تجربه تجمعی در مورد نوع خاصی از بیماری بستگی دارد. با رشد دانش پزشکی و تخصصی تر 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 عظیمی مورد نیاز 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 خصوصاً 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 پایین تر و وضعیت سلامت بدتر برای گروه‌هایی شود که نامطلوب‌ترین وضعیت سلامت را دارا بوده‌اند. چنین مراکزی، بدون تحت فشار قرار گرفتن از سوی رقبای، به فواید بالقوه صرفه‌جویی هزینه‌ها دست پیدا نمی‌کنند و به اندازه کافی برای چنین کاری تلاش هم نخواهند کرد. همچنین فشارهای سیاسی بر ضد منطقه‌ای‌سازی^(۲) در جریان است. مشخص شده است که ارایه‌کنندگان و رهبران سیاسی شهرهایی که به عنوان مرکز منطقه‌ای انتخاب نشده‌اند، در برابر چنین ترتیباتی شدیداً مقاومت خواهند کرد.

به‌علاوه، ممکن است عدم صرفه‌جویی مقیاس^(۳) نیز وجود داشته باشد به صورتی که با افزایش اندازه و وسعت، هزینه‌ها بالاتر برود. مؤسسات بزرگ غالباً از عدم هماهنگی رنج می‌برند و انگیزه دادن به کارکنان را مشکل می‌یابند. کارمندان احساس بی‌اهمیتی می‌کنند و لذا در مقابل پیامدهای واقعی، مسئولیت‌پذیر نیستند. به‌علاوه، در سیستمی که مراکز بزرگ کمتری دارد، کارکنان مجبورند رفت‌وآمد بیشتری را صورت دهند و لذا هزینه‌های نیروی کار^(۴) ممکن است افزایش یابد.

در سطح مراقبت‌های اولیه نیز مسائلی مشابهی ایجاد می‌شود. انتخاب بین

تلاش برای دستیابی به کیفیت بالینی بالاتر ممکن است منجر به دسترسی پایین تر و وضعیت سلامت بدتر برای گروه‌هایی شود که نامطلوب‌ترین وضعیت سلامت را دارا بوده‌اند.

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.

1) practice effects
3) diseconomies of scale

2) regionalization
4) labor costs

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، تاخت‌زنی‌های 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 مترکم شهری، جمعیت کافی برای حمایت از شکل‌گیری چند ارایه‌کننده رقابتی با مقیاس بزرگ را فراهم کنند. در نواحی روستایی و حتی شهرهای نه‌چندان بزرگ، این موضوع صادق نیست. شرایط اوروگوئه با ازبکستان فرق دارد. موجود بودن خدمات حمل و نقل، 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 واقعاً 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، جداً در نظر داشت.

۳-۲) «حیطه»^(۱): تأثیر «خط تولید» یک سازمان

دولت‌ها غالباً مجموعه فعالیت‌هایی را که هر ارایه‌کننده انجام می‌دهد، دستکاری می‌کنند. میزان تنوع (یعنی انجام دادن کارهای متفاوت) در برابر

1) scope

تخصصی بودن خط تولید آنها چقدر است؟ برای مثال، آیا جامعه باید از زایشگاه‌ها یا بیمارستان‌های مخصوص سرطان حمایت کند یا بیمارستان‌های عمومی را 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 چندتخصصی مراقبت‌های اولیه؟

تنوع بخشیدن^(۱) 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 (به‌عنوان کاری اضافی برای خط تولید فعلی‌اش) نسبت به مرکزی که خدمات‌رسانی کاملاً جداگانه‌ای (با هزینه‌های مربوط به خود) دارد، انجام دهد.

همچنین حیطه وسیع‌تر، مأخذ و مبنای جمعیتی لازم برای یک ارائه‌کننده را کاهش می‌دهد و لذا این امکان را فراهم می‌کند که مجموعه بیشتر، متراکم‌تر و در دسترس‌تری از ارائه‌کنندگان، 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^(۲) 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 دست‌دادن برخی از مزایای تخصصی‌سازی^(۳) را دربردارد. تجربه صنایع حاکی از آن است که شرکت‌های دارای محصولات متنوع نهایتاً ممکن است بدون آنکه هیچ‌کاری 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

حیطه وسیع‌تر، مأخذ و مبنای جمعیتی لازم برای یک ارائه‌کننده را کاهش می‌دهد و لذا این امکان را فراهم می‌کند که مجموعه بیشتر و متراکم‌تر (و در دسترس‌تری) از ارائه‌کنندگان، شکل بگیرند.

1) diversification

2) epidemiologic transition

3) specialization

تعهد به یک فعالیت ویژه را جذب کند. سازمان می‌تواند «روح همبستگی»^(۱) و اهداف عملکردی کاملاً مشخص را بر اساس رسالتی شفاف و مشخص، به وجود آورد. یک مؤسسه تخصصی یا 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 غالباً نمی‌تواند.

در مورد مراقبت‌های اولیه، که دسترسی خصوصیت حیاتی آن است، می‌توان حیطه وسیع‌تر (ولذا مآخذ و مبنای جمعیتی کوچکتر) را کاملاً پیشنهاد کرد.

در مورد انتخاب حیطه مناسب از ارایه‌کنندگان مختلف، چه توصیه‌ای می‌توان به برنامه‌ریزان نظام سلامت مطرح کرد؟ در مورد مراقبت‌های اولیه، که دسترسی خصوصیت حیاتی آن است، می‌توان حیطه وسیع‌تر (ولذا مآخذ و مبنای جمعیتی کوچکتر) را کاملاً 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 مشکل‌تر، مؤسسات و سازمان‌های ارجاعی منطقه‌ای یا کشوری در اختیار دارند. اما هر کشوری باید با توجه به الگوی وضعیتی، نظام حمل‌ونقل و اولویت‌های خود، این تاخترزنی‌ها را انجام دهد. منطقی به نظر می‌رسد که برای مناطق یا خدمات مختلف، تصمیمات متفاوتی اتخاذ گردد.

البته مجریان اصلاحات باید به یاد داشته باشند که ایجاد تغییر در حیطه، آنچه را ممکن است تغییر می‌دهد نه آنچه را در واقع رخ می‌دهد. اگر حیطه خدماتی وسیع‌تر، موارد مراجعه کافی برای بهره‌برداری کامل از یک دستگاه رادیوگرافی را تأمین کند، هزینه واحد^(۲) 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 غالباً سرکار خود حاضر نباشد، این امر رخ نخواهد داد. لذا برای بالفعل کردن فواید بالقوه اصلاحات، اثربخشی مدیریتی ضروری است.

۴-۲) ارایه خدمات به نواحی روستایی

در بسیاری از کشورها، در ارایه خدمات در نواحی روستایی، مشکل

1) esprit de corps

2) unit cost

خاص «چه کسی چه کاری انجام دهد»، ایجاد می‌گردد. غالباً 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 یا اقامت در نواحی دور دست ندارند و اگر مجبور شوند، مسئولیت‌های 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. غالباً پزشکان بخش دولتی (رسمی یا غیررسمی)، درآمد خود را با طبابت خصوصی شان تکمیل می‌کنند. برای مثال در اندونزی، طبابت خصوصی باعث می‌شود درآمد پزشکان شهری، ۱/۳ 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 اندک‌اند و نیز امکانات و فرصت‌های آموزشی و اجتماعی کمتری در اختیار پزشکان و خانواده آنها قرار می‌گیرد. ناظران به ندرت مکان‌های دور دست 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 کشورهای 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 نسبتاً متراکم و انگیزه‌های ایدئولوژیک بالا در بخش دولتی هستند.

بخش خصوصی، غالباً شکاف^(۱) حاصل در خدمات را پر می‌کند. بسیاری از پزشکان بخش خصوصی، با توجه به استانداردهای غربی، کاملاً 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

1) gap

باشند؛ اما مابقی شان تنها یک پیش‌زمینه کارآموزی دارند. با این وجود، سایرین (مثل داروسازان، 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^(۱) فعالیت می‌کنند، حفاظت از شهروندان محلی در برابر کیفیت نامناسب یا خطر مالی، در هنگام استفاده از چنین خدماتی، اندک است یا اصلاً وجود ندارد.

بسیاری از دولت‌ها، در پاسخ، انگیزه‌هایی را به پزشکان ارایه می‌کنند تا در نواحی روستایی کار کنند. برخی از ایالت‌های هند، برای این‌گونه پزشکان، سهمیه‌هایی را جهت قبولی در آزمون تخصصی در نظر می‌گیرند و پاداش‌های «دوری راه» یا «محرومیت از مطب^(۲)» ارایه می‌کنند که مستلزم تغییر پایه حقوق یکنواخت رسمی نیست. 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، تغییر 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 یا کارکنان محلی سلامت تکیه می‌کنند. در بسیاری از کشورهای کمونیستی سابق، مراقبت در نواحی روستایی توسط "feldshers" ارایه می‌شد. این ارایه‌کنندگان (هم‌وزن پزشکیاران^(۳) در ایالات متحده)، آموزش بسیار کمتری نسبت به پزشکان کاملاً دوره دیده دریافت کرده‌اند ولی غالباً در آمار برخی کشورها، به‌عنوان «پزشک» محسوب می‌شوند.

البته مشکلات سیاسی ناشی از تعطیل کردن مراکز یا خدمات ممکن است به این معنی باشد که برنامه‌هایی که به‌عنوان جایگزین شروع شده بودند (با

1) fee-for-service

2) "location" or "non-practice" bonuses

3) physician assistants

هدف کاهش هزینه‌ها)، ممکن است به عنوان مکمل پایان یابند؛ به طوری که صرفه‌جویی 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»^(۱) تکمیل می‌کنند که هم یک نظام تخلیه محسوب می‌شود و هم سازوکاری برای جابجایی پزشکان جهت گرداندن درمانگاه‌های دوره‌ای در نواحی دوردست است.

راه جایگزین دیگر، قراردادبندی با سازمان‌های غیردولتی برای ارایه مراقبت است. در ایالت آندراپرادش و سایر ایالت‌های هند، دولت‌های محلی به‌طور 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 عمومی که زمانی از آنها برای گرداندن و ارایه خدمات طبی زیر نظر ایالت استفاده می‌شد، اینک بعضاً به سازمان‌های غیردولتی محلی (تحت نظارت هیأت‌های محلی) معطوف شده‌اند تا آنها بتوانند خدمات طبی با کنترل محلی ارایه کنند.

مجریان اصلاحات، برای بهره‌گیری از این گزینه‌ها، باید آگاه باشند که در یک جامعه غیرهمگن از لحاظ اجتماعی و جغرافیایی، ممکن است استفاده از یک نظام همگن و یکنواخت، بهترین رویکرد نباشد. هنگامی که رویکرد، در عمل مراقبتی ناعادلانه ارایه می‌کند دفاع از همگن و یکنواخت بودن از باب عدالت، صرفاً آمیختن لفظ پردازی با واقعیت موجود است.

در یک جامعه
غیرهمگن از لحاظ
اجتماعی و
جغرافیایی، ممکن
است استفاده از یک
نظام همگن و
یکنواخت، بهترین
رویکرد نباشد.

1) Flying Doctor

۲-۵) رویکرد «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» و عرضه درونداها

برای تغییر «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد» در نظام ارایه خدمات، ممکن است دولت تغییر درونداهای سیستم را مناسب و حتی لازم بداند. برای مثال تصمیم به تکیه بر پزشکان خانواده سرانه^(۱) احتمالاً اجرا نخواهد شد مگر اینکه دولت، پزشکان خانواده بیشتری تولید کند. برعکس، محدودکردن 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 دانشجویان‌شان، متکی بر کمک مالی دولت باشند. می‌توان از این سازوکارها به عنوان ابزاری جهت تغییر ترکیب فارغ‌التحصیلان استفاده کرد.

آموزش پزشکان بیشتر، ممکن است منجر به افزایش رقابت برسر 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 وحوش چنین تصمیماتی، عواقب نظام سلامت غالباً قابل توجه نخواهد بود.

دولت‌ها می‌توانند این حوزه را نیز تغییر دهند که کدام ارایه‌کننده، به انواع خاص تجهیزات سرمایه‌ای، دسترسی داشته باشد. دولت‌ها می‌توانند این قوانین را مستقیماً در تسهیلات و مراکز خود اجرا کنند. به علاوه، در برخی از کشورها، دولت منبع عمده سرمایه حتی برای ارایه‌کنندگان خصوصی است.

1) capitated

آموزش پزشکان بیشتر، ممکن است منجر به افزایش رقابت برسر 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.

در آلمان، تقریباً تمام سرمایه‌گذاری‌های 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 ارائه 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. به‌عنوان نمونه در کانادا، خرید تجهیزات جدید توسط بیمارستان‌ها نیازمند تأیید از سوی استان است و تجهیزات با فناوری بالا مثال ام. آر. ای عمدتاً 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 ارائه کنند.

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 سازمان‌ها،
 چیزی را تغییر دهند
 که برای به دست
 آوردن منابع باید
 انجام شود.

۳) راهبردهای انگیزه‌ای

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 سازمان‌ها، چیزی را تغییر دهند که برای به دست آوردن منابع باید انجام شود. سازمان‌های بخش سلامت، عموماً 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. قراردادبندی که دومین راهبرد است، می‌تواند در هریک از این بسترها کارکرد داشته باشد. این راهبردها مانعة‌الجمع نیستند. برای مثال قراردادبندی می‌تواند ابزاری برای افزایش رقابت یا تغییر ترکیب ارائه‌کنندگان باشد. در ادامه بحث، ارتباطات بین این دو راهبرد را شناسایی و تحلیل خواهیم کرد.

۱-۳) ترویج رقابت بازار

همان‌گونه که در فصل ۲ مطرح شد، در سال‌های اخیر علاقه فزاینده‌ای به استفاده از بازارها در ارائه 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).

رقابت از این نظر
مطلوب است که
فروشنده‌گان را وادار
می‌کند هزینه‌ها و
قیمت‌ها را کاهش
دهند و برای جذب
اعتبار بیشتر، نسبت به
مشتریان پاسخده
باشند.

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^(۱) و پرداخت‌های غیررسمی کسب می‌کنند. چنین حالتی، آنها را مشمول برخی از انگیزه‌های بازار می‌کند. به‌علاوه، چنین پرداخت‌هایی، 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 فروشنده‌گان را وادار می‌کند هزینه‌ها و قیمت‌ها 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)، دقیقاً به این خاطر که مدیران، از موقعیت یا شکست شرکت خود، منفعت یا زیان بسیار زیادی می‌بینند.

رقابت، انگیزه‌هایی نیز برای کارکنان ایجاد می‌کند. همان‌گونه که مقاله‌نویس انگلیسی ساموئل جانسون نوشته است: «انتظار اعدام شدن،

1) user fees

به گونه‌ای شگفت‌آور، 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 طرح‌ریزی شده برای بهبود چشم‌اندازهای شرکت را بپذیرند.

همان‌گونه که در فصل ۳ ذکر شد، اقتصاددانان غالباً بازارهای رقابتی را به این دلیل دوست دارند که از لحاظ نظری، خواص مطلوبی برای ترغیب کارایی تخصیصی و بهینگی پارتو^(۱) 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 ارائه خدمات) تشویق می‌کند.

حتی زمانی که بیماران مستقیماً بهای مراقبت را نمی‌پردازند، انگیزه‌های رقابتی می‌تواند از ترتیبات تأمین مالی و پرداخت حاصل شود. بیمارستان‌ها ممکن است برای خدمت‌رسانی به بیماران تحت پوشش بیمه، با یکدیگر رقابت کنند. پزشکان عمومی ممکن 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 ارائه شده باشند، حتی بیمارستان‌های تحت حمایت بودجه نیز با برخی از فشارهای مربوط به بازار مواجه خواهند شد. کلید تأثیر انگیزه‌ای بازار این است که آیا خریداران حق انتخاب دارند و آیا پول به دنبال بیمار (یا مشتری) می‌آید یا خیر (بدون توجه به این که پول از کجا می‌آید).

بسیاری از بازارهای مراقبت سلامت به گونه‌ای هستند که اقتصاددانان آنها را «انحصار چندقطبی»^(۲) می‌نامند یعنی تنها تعداد اندکی فروشنده دارند که می‌توانند رفتار خود را هماهنگ کنند تا قیمت‌ها را افزایش داده، رقابت را محدود سازند. در انتهای دیگر طیف، ممکن است تنها یک فروشنده وجود داشته باشد (انحصار تک‌قطبی) که از فشارهای بازار برای کنترل قیمت‌ها یا ارائه خدمات مطلوب می‌گریزد چون بیماران، منبع مراقبت دیگری ندارند.

1) Pareto Optimality

2) oligopolies

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 غیررسمی (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 فروش‌اش را تضمین می‌کند («تمایز کالا»)^(۱) 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 کمی شرکت حفاظت شده وجود داشته باشد، به احتمال بیشتری می‌تواند تباری موفقیت‌آمیز 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 یا 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 جدید:** دولت‌ها می‌توانند از وام، کمک هزینه، سرمایه‌گذاری مستقیم یا قراردادهای طولانی مدت استفاده کرده، به رقبای جدید کمک کنند تا سرمایه کسب نمایند یا از داشتن مشتری

1) product differentiation

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 رقابت‌زا دارند که مشخصاً مانع تبانی بر سر قیمت می‌گردد و ترتیبات آشکار برای تقسیم بازار را بی‌اعتبار 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 رقابت‌زا، میزان مراقبت نامناسب را افزایش دهند. آسان گرفتن قوانین مربوط به اعطای گواهینامه نیز در صورتی که ارایه‌کنندگانی با آموزش کمتر وارد بازار گردند، نگرانی‌هایی را در مورد کیفیت بالینی ایجاد می‌کند. به علاوه، همان‌گونه که پیشتر ذکر شد، ممکن است بین رقابت و مزایای صرفه‌جویی مقیاس نیز تنش وجود داشته باشد.

۲-۳) قراردادبندی^(۱)

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 کاملاً رقابتی نباشند، می‌توان از قراردادبندی انتخابی

1) contracting

برای ارایه خدمات جهت ایجاد انگیزه استفاده کرد (هرچند افزایش رقابت می تواند یک راهبرد تکمیلی باشد).

«قرارداد»، توافقی مکتوب بین خریدار و فروشنده است. فروشنده تعهد

می کند که کالاها و خدمات معینی را فراهم کند و در مقابل خریدار می پذیرد که مبلغ معینی را به فروشنده بپردازد. قرارداد، جنبه های آن توافق را مشخص می کند: آنچه فروشنده فراهم می کند، آنچه خریدار می پردازد، تاریخ تحویل و پرداخت، مدت زمان توافق، شرایط تمدید (در صورت وجود)، جرایم عدم اجرای مفاد و فرایندهایی برای حل اختلافات. یک قرارداد می تواند مجموعه مفصل تر و انعطاف پذیرتری از انگیزه ها را نسبت به یک نظام پرداخت فراهم کند. در واقع، برخی از ویژگی های اجبارانه یک برنامه مقرراتی را با اثرات انگیزه ای یک نظام پرداخت تلفیق می کند.

برای مثال وزارت بهداشت می تواند با بیمارستان ها جهت پرداخت یک بهای ثابت (هزینه های ثابت معینی را شامل می شوند) یا همچنین مبتنی بر حجم^(۱) (برای پوشش هزینه های متغیر)، قرارداد ببندد. میزان هر پرداخت می تواند بر اساس وضعیت مالی خاص هر بیمارستان استوار باشد. این ترکیب هم انگیزه های تولیدی ایجاد می کند و هم در صورت کاهش حجم، بیمارستان را در برابر خطرات مالی تا حدی محافظت می کند. 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 بیمارستان ها بازپرداخت انجام می شد و بر اساس تشخیص بدو مراجعه، تعدیل هایی صورت می گرفت (معادل سازوکار گروه مرتبط با تشخیص^(۲) که در فصل ۹ مورد بحث قرار گرفت).

قراردادبندی می تواند به ویژه در صورتی مفید باشد که بیمارستان های دولتی، خودگردانی و استقلال قابل ملاحظه ای داشته باشند. انگیزه های حاصل از قراردادها می توانند به پر کردن شکاف ایجاد شده در اثر کاهش نظارت مستقیم کمک کنند. برای مثال، قرارداد می تواند معین کند که یک بیمارستان باید حجم معینی از مراقبت های رایگان را به بیماران فقیر ارایه

1) volume-based

2) diagnosis-related group (DRG)

کند. لذا مقررات در فیلیپین، بیمارستان‌های خصوصی را ملزم می‌کنند که حداقل ۱۰٪ از ظرفیت تخت خود را برای بیماران نیازمند نگه دارند. برودادهای مشخص شده در قرارداد می‌توانند باعث حصول اطمینان بیشتری از این موضوع گردند که بیمارستان‌ها 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 ارائه نمی‌کنند و خدمات خود به فقرا 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 ارائه‌کنندگان (مثل بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها) به دیگری (مثل پزشکان خانواده) از قراردادبندی استفاده کند.

از قراردادبندی می‌توان برای تغییر رفتارهای مدیریتی نیز استفاده کرد: برای مثال برای مجبور کردن بیمارستان‌ها به استخدام مدیرانی با مدارک علمی خاص 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 یا تشکیل یک هیأت 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 کند (تنها در صورت تمایل به پرهیز از شرمندگی بابت تصمیم‌گیری‌های 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

از قراردادبندی می‌توان برای تغییر رفتارهای مدیریتی نیز استفاده کرد: برای مثال برای مجبور کردن بیمارستان‌ها به استخدام مدیرانی با مدارک علمی خاص یا تأمین سطوح خاصی از کارکنان.

مبلغ معینی را دریافت کند. همچنین توافق می‌تواند دربرگیرنده مجموعه پیچیده‌ای از خطرات و مسؤولیت‌ها باشد (مثلاً وقتی سازمانی غیردولتی 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).

پیامدهای قراردادی به سطح رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی

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 وضعیتی، عبارات مکتوب با تعریف محدود و باریک نمی‌توانند تمام احتمالات پیش‌بینی نشده را که ممکن است اتفاق بیفتند، پوشش دهند. برخورد با پیشامدهای پیش‌بینی نشده (مثلاً 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 قراردادی 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 پیشنهاددهندگان بالقوه شرایط خود را اعلام می‌دارند و تنها در صورت تأیید، اجازه پیشنهاد دادن را می‌یابند. گاهی مذاکراتی به عنوان فرایندهای «نمره منفرد»^(۱) انجام می‌گیرد (یا شاید همراه با ۲ یا ۳ طرف قرارداد بالقوه در یک رقابت غیررسمی). تجربه حاکی از آن است که اقدامات رسمی در مورد پرونده‌های 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 پارتی‌بازی یا ارتشای بیشتر همراه هستند، بهتر است با ابزارهایی چون هیأت بررسی و ممیزی بیرونی همراه باشند تا هم ظاهر و هم باطن انصاف حفظ شود.

پیامدهای قراردادی به سطح رقابت در بازار بستگی دارند. رقابت باعث می‌شود کارکرد قراردادی اثربخش‌تر شود زیرا خریداران می‌توانند

1) sole score

تهدید کنند که به جای دیگری بروند. لذا ترغیب رقابت می تواند به حمایت از راهبرد قراردادبندی کمک کند. به علاوه هرچقدر خریداران بیشتر باشند، می توانند 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» می خوانند)، پیش بینی پیامد دشوار می شود. در این صورت همان قدر که فروشنده محتاج خریدار (تنها خریدار خدمات) است، خریدار نیز محتاج فروشنده است (مثلاً تنها بیمارستان موجود در یک منطقه).

مسأله رقابت به ویژه هنگامی مطرح است که دولت ها از نوعی قرارداد استفاده کنند که گاهی تحت عنوان «نیمه بازار»^(۱) یا «جدایی خریدار-ارایه کننده»^(۲) خوانده می شود. در این راهبرد، یک نهاد عمومی که قبلاً هم تأمین مالی و هم ارایه مراقبت را بر عهده داشته است، به دو جزء تقسیم می گردد. به طور خلاصه، تأمین مالی از ارایه جدا می شود. یک نهاد خریدار ایجاد می گردد و قدرت قرارداد بستن با فروشندگان مختلف (از جمله واحدهای ارایه کننده خدمات در ساختار واحد پیشین) پیدا می کند. وقتی فروشنده جدید یک بازار انحصاری دارد، می تواند مقاومت مؤثری در برابر تلاش های خریدار جهت کنترل هزینه داشته باشد. در زلاندنو وقتی که هیأت های سلامت منطقه ای که تازه تشکیل شده بودند شروع به مذاکره با بیمارستان های عمومی جدیداً مستقل (ولی از لحاظ محلی انحصارگرایانه) کردند، این امر رخ داد.

کشورهایی که برای استفاده از قراردادبندی برنامه ریزی می کنند، باید

کشورهایی که برای استفاده از قراردادبندی برنامه ریزی می کنند، باید ظرفیت های لازم برای اجرای موفقیت آمیز آن را در نظر بگیرند. آیا این کشورها، تخصص لازم جهت تبیین مشخصات، گرفتن تصمیم های مربوط به قراردادبندی، نوشتن قرارداد و نظارت بر ظرفیت پذیری را دارند؟

1) quasi-markets

2) purchase-provider separation

ظرفیت‌های لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز آن را در نظر بگیرند. آیا این کشورها، تخصص لازم جهت تبیین مشخصات، گرفتن تصمیم‌های مربوط به قراردادبندی، نوشتن قرارداد و نظارت بر ظرفیت‌پذیری را دارند؟ قراردادبندی به نقش وزارت بهداشت خاتمه نمی‌دهد ولی باعث تغییر قابل ملاحظه نقش آن نهاد (و نیازهای همراه آن از جمله مهارت‌ها و کارکنان) می‌شود.

قراردادبندی 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.

وقتی «موارد قابل تحویل»^(۱) 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، احتمالاً 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 یا تهدید به عدم تمدید قرارداد، منجر شود که طور دیگری عمل کنند.

زامبیا 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 قراردادبندی 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. قراردادبندی 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 احتیاط موجود، خطر عزل و نصب و ارتشا را دربر دارد. لذا قابلیت کاربری

1) deliverables

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 انگیزه‌ای: خلاصه

به‌طور 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 صرفه‌جویی ایجاد شده در هزینه چه تصمیمی بگیرد. 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. قراردادبندی 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 اندازه‌گیری باشد) بشود. می‌توان از قراردادبندی برای ارتقای دسترسی از طریق الزامی کردن حجمی از مراقبت‌های رایگان نیز استفاده کرد (و لذا عدالت عملکرد نظام را افزایش داد). همان‌گونه که اشاره شد، قراردادبندی هزینه‌های تعامل (هزینه‌های تدوین، پاداش دادن و اجرای قراردادها) را افزایش می‌دهد که این هزینه‌ها را

نظام‌های ملی متمرکز
به ویژه در یک کشور
بزرگ و وسیع
نمی‌توانند نظارت
مؤثری بر ارایه
خدمات محلی داشته
باشند (یا حداقل غالباً
این کار را نمی‌کنند).

باید در نظر گرفت. منابع این فعالیت‌ها بسیار مهم هستند زیرا با قراردادبندی بد نمی‌توان به دستاوردهای بالقوه آن دست یافت.

۴) مداخلات مدیریتی

عواقب تغییر انگیزه‌های بیرونی یا «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد»، به چگونگی تأثیرگذاری این مداخلات بر ارایه 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، (به‌عنوان 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 شرکتی‌سازی. سپس تغییر رفتارهای مدیریتی بدون ساختاربندی مجدد و کاربرد مدیریت جامع کیفیت و قراردادبندی با بیرون (پیمانکاری) به عنوان روش‌هایی برای پیش بردن اهداف اصلاحات بخش سلامت بررسی می‌شوند.

۱-۴) ساختاربندی مجدد بخش دولتی: تمرکززدایی^(۱)

تاکنون انگیزه‌های مربوط به ارایه‌کنندگان خصوصی و نیمه خصوصی مورد بحث قرار گرفته‌اند. برای مجریان اصلاحاتی که می‌خواهند مسؤولیت 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 غالباً این کار را نمی‌کنند). شهروندان ناراضی، در بیان شکایات خود غالباً به موانع بوروکراتیک زیادی برمی‌خورند. مدیران واقع در مرکز با توجه به مکان‌های ارایه خدمات سلامتی که باید پایش شوند، نمی‌توانند (یا

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.

1) decentralization

دلیل زیادی برای علاقه به این کار ندارند) نقایص عملکردی موجود در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مختلف را پیگیری کنند. به علاوه مدیران بخشی یا منطقه‌ای به ندرت برای کیفیت خدمات در ناحیه خود مسؤول شمرده می‌شوند (تا حدی به این خاطر که غالباً عملکرد آنها پایش نمی‌گردد). پس مدیر محلی هم کنترل مؤثری ارایه نمی‌کند.

تمرکززدایی مورد نظر ما در اینجا گاهی واگذاری به سایر بخش‌های دولتی^(۱) خوانده می‌شود و شامل انتقال اختیار به واحدهای پایین‌تر از سطح ملی است. در مورد مراقبت‌های اولیه این امر غالباً به معنی انتقال اختیار به سطح محلی است. واحدهای جغرافیایی بزرگتر مثل بخش‌ها^(۲) بیشتر مسؤولیت مراقبت‌های بیمارستانی را برعهده می‌گیرند. تغییراتی که تنها اختیار بیشتری به ادارات منطقه‌ای یک ساختار متمرکز می‌دهند و غالباً «تراکم‌زدایی»^(۳) 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 غالباً مناطق محیطی را مورد غفلت قرار می‌دهند. در مقابل، تمرکززدایی، پاسخ‌دهی به شرایط و تمایلات محلی را افزایش می‌دهد. برای مثال، در نواحی مالاریا خیز پول بیشتری صرف کنترل مالاریا خواهد شد یا ترکیب

1) devolution

2) districts

3) deconcentration

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، قراردادبندی و خرید داده می‌شود (آنچه بوسرت آن را «فضای تصمیم‌گیری»^(۱) آنها می‌خواند). دیدگاه ما این است که این تغییرات باید با هم صورت پذیرند. در صورت عدم وجود ظرفیت پاسخ‌دهی، 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، مجدداً 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 مسؤولیت‌های مالی از دست یک دولت ملی شدیداً تحت فشار باشد. در چنین مواردی ممکن است دولت‌ها عملکرد ضعیف‌تر بخش سلامت را در ازای حصول به این اهداف دیگر بپذیرند. تمرکززدایی 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 بین منطقه‌ای تثبیت نگردد، مناطق فقیرتر ممکن است قربانی این تمرکززدایی گردند (همان‌گونه که در بوسنی رخ داد). از سوی دیگر وقتی تلاش‌هایی (به اندازه کافی) قوی برای توزیع مجدد صورت می‌پذیرند، مناطق فقیر در واقع از تمرکززدایی بهره می‌برند. همان‌گونه 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

1) decision space

گونه که در فصل ۷ بحث شد، تأمین مالی جامعه‌ای می‌تواند نوعی تمرکززدایی تلقی گردد که اختیار در مورد ارزیابی مراقبت‌های اولیه و مسؤولیت‌های مالی را در یک سطح کاملاً 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 پارتی‌بازی حاکم است، پاسخگویی مطلوب و مزایای مربوط به کارایی ناشی از تمرکززدایی، احتمالاً بالفعل نمی‌شوند. به علاوه، در کشورهایی که تعارض میان گروه‌های جامعه قابل ملاحظه باشد، گروه‌های حاشیه‌ای ممکن است متوجه شوند که تصمیم‌گیری محلی به ضرر آنها تمام شده است.

در برخی شرایط ظرفیت‌سازی محلی با موفقیت قابل حصول است. مثال کراالا در جنوب هند را در نظر بگیرید که سطح سواد بالا است و اخیراً تجارب زیادی در مورد دولت محلی مؤثر وجود داشته است. مشاهده‌گران آگاه، با تسهیل تمرکززدایی موفقیت‌آمیز اختیارات بودجه‌ای بخش سلامت به سطح محلی در دهه ۱۹۹۰، تلاش زیادی برای آموزش رهبران محلی اعمال کردند. از سوی دیگر، آموزش فنی لزوماً 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 کاملاً «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 مهارت‌ها 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

آموزش فنی لزوماً 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.

و اجرای آن بستگی دارد. برای بالفعل کردن فواید بالقوه باید انتخاب‌های متعدد موجود در تمرکززدایی را در نظر گرفت و با روشی پایدار و متناسب در مورد آنها تصمیم گرفت. برای مثال برای ارتقای کارایی یا تولید خدماتی که ارتباط تنگاتنگ‌تری با شرایط محلی داشته باشند، تصمیم‌گیران 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 تمرکززدایی، 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.

۲-۴) ساختار بندی مجدد بخش دولتی: خودگردانی^(۱) و شرکتی سازی^(۲)

مداخله مدیریتی دیگر مربوط به ساختار بندی مجدد ارایه کنندگان دولتی مراقبت سلامت (البته معمولاً منحصرأً برای بیمارستان‌ها) از طریق اصلاحاتی است که گاه «خودگردانی» و «شرکتی سازی» خوانده می‌شوند.

1) outonomization

2) corporatization

قبلاً 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، «نیمه 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) مسئول هستند که صرفاً بخشی از وزارت بهداشت نیست. این سازمان می‌تواند به طور نسبی یا کامل از بودجه‌بندی، کارکنان و قوانین خرید دولت جدا باشد و می‌تواند به روش‌های مختلف جدیدی کسب درآمد کند (بر اساس حجم بیمار یا قراردادهای انگیزه‌ای).

این نوع ساختاربندی مجدد، غالباً از دیدگاه دسته‌بندی حقوقی یا رسمی مثل «مالکیت» یا «حکومت» 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 ساختاربندی 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 می‌کند که می‌توانند پیش‌بینی 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 نوعاً به آن اجازه داده می‌شود که بخشی یا حتی همه منافعی را که حاصل می‌آورد، حفظ کند. این مغایر با واگذاری مازاد به

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.

- 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، قیمت‌گذاری و سایر زمینه‌های مهم اختیارات داشته باشند. البته اختیار مدیران غالباً تحت فشار حاصل از سوی واحدهایی که مشتاق محافظت از کارمندان هستند یا مشتریانی که علاقمند به حفظ قیمت‌های پایینی هستند، محدود می‌گردد.
 - مهارت‌ها و نگرش‌های مدیران: ارتقای مهارت‌ها و نگرش‌های مدیران نوعاً (بدون فکر) به ساختارهای حکومت جدید محول شده است. تنها کشورهای اندکی در این مورد فکر کرده‌اند که دولت برای ایجاد ترکیبی از کارآفرینی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در مدیرانی که اصلاحات را پیش خواهند برد، چه می‌تواند بکند.
 - انگیزه‌های کارکنان: ارتقای عملکرد کارکنان عمدتاً در دست مدیران قرار دارد. وقتی مدیران بتوانند استخدام و اخراج کنند و مبنای 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.
 - مهارت‌ها و نگرش‌های کارکنان: مجریان اصلاحات نوعاً یا مهارت‌ها 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).
- به‌طور خلاصه، ساختاربندهی مجدد و موفقیت‌آمیز یک بیمارستان

مستلزم کادری از مدیران توانمند و کاملاً 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 بین‌المللی حاکی از آن هستند که تغییرات خردخرد 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 آتیه‌داری نیست. به همین ترتیب دادن اختیار به مدیران و قرار دادن آنها در معرض انگیزه‌های بازار (بدون اعطای مسؤلیت خارجی) احتمالاً آنها را در سرمایه‌گذاری‌های منفعت‌طلبانه وارد می‌کند که ارزش‌های اجتماعی اندکی دارند.

تغییرات عمده متعدد می‌تواند اثر تعاملی یا داشته، فرهنگ و کارکرد سازمان را تغییر دهد. در جایی که استخدام بر مبنای ارشدیت و عزل و نصب تداوم دارد، بیمارستان‌ها 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 به‌طرز مؤثری از عهده ارتقای بهره‌وری 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 مجدداً 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 روبه‌رو سازند. سیاستمداران نیز ممکن است مایل نباشند جهت فعالیت‌هایی بها پردازند که قبلاً از طریق یارانه‌های متقاطع در مورد آنها تحت حمایت قرار

افزایش انگیزه‌های
مربوط به سازماندهی،
بدون دادن اختیار و
مهارت لازم برای
پاسخ‌دهی به مدیران،
رویکرد آتیه‌داری
نیست. به همین ترتیب
دادن اختیار به
مدیران و قرار دادن
آنها در معرض
انگیزه‌های بازار
(بدون اعطای
مسؤلیت خارجی)
احتمالاً آنها را در
سرمایه‌گذاری‌های
منفعت‌طلبانه وارد
می‌کند که ارزش‌های
اجتماعی اندکی
دارند.

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 آنتی‌بیوتیک قوی نیست که در کوتاه‌مدت برخی وضعیت‌های غیرمطلوب 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.

۳-۴) ارتقای عملکرد بخش عمومی

در صورتی که مخالفت سیاسی، تمرکز زدایی یا خودگردانی را غیرعملی 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 غالباً فاقد تجربه مدیریتی و حوصله لازم برای تلاش درازمدت و سخت از لحاظ سیاسی هستند که اصلاحات مدیریتی به آن نیاز دارد. مجدداً از دسته‌بندی حاصل از «شش کلید» برای سازماندهی بحث خود استفاده می‌کنیم.

● انگیزه‌های تأمین اعتبار: سرمایه‌گذاری می‌تواند به طرق مختلف با عملکرد

مرتبط باشد. برای مثال بودجه‌ها ممکن است براساس کیفیت و کمیت خدمات، متفاوت باشند. انگیزه‌ها (مثل پاداش‌ها) می‌توانند به مناطق و نهادهایی داده شوند که در مورد اهداف عملکردی سنجیده شده، بهتر عمل می‌کنند. می‌توان گزارش‌ها و رتبه‌بندی‌های 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 مسؤلیت حقیقی ایجاد می‌کنند، تثبیت کرد؛ نظام‌هایی که اگر قرار است اختیار مدیران را افزایش دهیم، به ویژه حائز اهمیت هستند.
- مهارت‌ها 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 روش‌های بودجه‌بندی، خرید، قیمت‌گذاری، استخدام کارکنان و تولید، تصمیم‌های بیشتری بگیرند.
- انگیزه‌های کارکنان: می‌توان نظام‌های استخدامی را تغییر داد تا به عملکرد پاداش داده شود و تأثیر سیاست و انتصاب محدود گردد.
- ظرفیت‌ها 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 کمی می‌دهند، بودجه‌ها را براساس سابقه پیشین

اختصاص می‌دهند و برای استخدام به انتصاب متکی هستند)، نباید متعجب شوند اگر عملکرد 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» یا «ارتقای
مداوم کیفیت»
خوانده می‌شود.

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» (TQM)^(۱) یا «ارتقای مداوم کیفیت» (CQI)^(۲) خوانده می‌شود. در سال‌های اخیر، جذابیت این رویکرد برای مدیران مراقبت سلامت در سراسر دنیا رو به افزایش بوده است.

این نظرات کاملاً با چارچوب مورد استفاده، سازگار هستند. متخصصان (TQM-CQI) همگی طرفدار سنجش عملکرد، مسؤلیت‌پذیری مدیریتی، دخیل بودن کارکنان، توجه به خدمات ارائه 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 نظام‌مند (درست همان‌گونه که در سطح نظام سلامت عمل می‌کنیم) نیز به‌عنوان 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 هدف‌دار برای ارتقای کیفیت در بخش سلامت (برای ارتقای تجویز دارو یا مدیریت مداخله‌ای) غالباً 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 یا ظرفیت لازم برای تغییر مؤسسه بوده‌اند.

1) Total Quality Management

2) Continuous Quality Improvement

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 به‌شمار نمی‌رود. برعکس روش‌های کیفیت زمانی مثمرتر هستند که ظرفیت مدیریت برای اجرای مؤثرتر این روش‌ها به قدر کافی ارتقا یافته باشد.

دیگر رفتار خاص مدیریت که در سال‌های اخیر غالباً مدنظر مدیران اصلاحات مراقبت سلامت قرار داشته است، بستن قراردادهایی با شرکت‌های بخش خصوصی جهت ارائه خدمات خاصی به بخش دولتی است. شایع‌ترین زمینه برای این رویکرد، خدمات غیرسلامت مثل غذا، نظافت یا خشک‌شویی است. اما در زمینه‌های بالینی نیز از آن استفاده می‌شود (برای مثال قراردادهایی برای انجام آزمون‌های آزمایشگاهی خاص یا ارائه خدمات تخصصی).

نکته جذاب پیمانکاری^(۱) (که به این اقدامات اطلاق می‌گردد) این است که عرضه‌کنندگان تخصصی می‌توانند مزیت صرفه‌جویی مقیاس در یک کارکرد خاص (مثل خشک‌شویی) را داشته باشند که یک بیمارستان خصوصی نمی‌تواند به آن دست یابد. به‌علاوه عرضه‌کنندگان می‌توانند بر فعالیتی (مثل نظافت) تمرکز کنند که معمولاً 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 دولتی شان 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، احتمالاً دستاوردهای دلخواه

نکته جذاب پیمانکاری
این است که
عرضه‌کنندگان
تخصصی می‌توانند
مزیت صرفه‌جویی
مقیاس در یک کارکرد
خاص (مثل
خشک‌شویی) را
داشته باشند که یک
بیمارستان خصوصی
نمی‌تواند به آن دست
یابد.

مربوط به هزینه و خدمات را حاصل نمی‌کند.

بیمارستان‌ها 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 بیمارستان‌ها برای ارتقای عملکرد خود تحت فشار نباشند، نسبت به آنچه باید به صورت رسمی در هنگام تحویل مستقیم خدمات به خوبی انجام می‌دادند، انگیزه‌های بیشتری برای بستن قرارداد نخواهند داشت. لذا بیمارستان‌ها و مدیران آنها برای اجرای مؤثر پیمانکاری به افزایش انگیزه‌های مبتنی بر عملکرد و مسئولیت نیاز دارند.

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).

۵-۴) خلاصه مداخلات مدیریتی

مداخلات مدیریتی در زمینه عملکرد کلی بخش سلامت، تا حدی مشخص هستند. آنها عموماً مستقیماً دسترسی یا 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 اساساً یک مسأله درونی به شمار می‌روند.

سیاست چنین اصلاحاتی نوعاً منعکس کننده فشارهای متعارض و تعارض‌زا 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 شرايطی

برای بالفعل کردن دستاوردهای بالقوه حاصل از سایر ابتکارات اصلاح طلبانه، توجه به اهرم کنترل سازماندهی غالباً ضروری است. تغییر تأمین مالی و پرداخت می تواند سرمایه های در دسترس ارایه کنندگان و انگیزه های مورد مواجهه آنها را تغییر دهد. اما چنین تغییراتی به تنهایی ظرفیت نظام سلامت را برای ارایه مراقبت های بهتر افزایش نمی دهند. سرانجام اگر ظرفیت افزایش نیابد، کارایی، کیفیت و دسترسی ارتقا نخواهند یافت (عملکرد کلی نظام نیز چنین نخواهد شد).

در اصلاحات بخش سلامت غالباً این نتیجه گیری نادیده گرفته می شود. ممکن است تا حدی این موضوع به خاطر مسامحه باشد. مجریان اصلاحات به طرز نامناسبی، اقتصاددانان یا پزشک هستند. اقتصاددانان غالباً اعتقاد دارند که تغییر گردش پول به تنهایی باعث ارتقای عملکرد خواهد شد. پزشکان غالباً بر مسایل بالینی تمرکز می کنند و برای آنچه به عنوان دخالت «بوروکرات ها» (که نگرانی مسایل سازمانی هستند) در کار خود می دانند، ارزشی قایل نمی شوند. این امر، مسأله ای سیاسی نیز به شمار می رود. تغییر نظام ارایه همواره با مخالفت افرادی رو به رو می گردد که کارکردها و منابع را از دست خواهند داد. تلاش های مربوط به ارتقای کارکرد بخش سلامت ممکن است با مخالفت سیاسی جدی از سوی سیاستمداران مبتنی بر انتصاب یا اتحادیه ها روبه رو گردند.

علی رغم این مشکلات، مجریان اصلاحات باید با یک حقیقت اساسی در مورد نظام ارایه مراقبت مواجه شوند که در آغاز این فصل به آن اشاره شد. سازمان های ارایه کننده کارکرد مؤثری نخواهد داشت مگر آن که مدیران، هم انگیزه برای ارتقای کارکرد و هم ظرفیت برای پاسخ به این انگیزه ها را داشته باشند. اگر مجریان اصلاحات نخواهند یا نتوانند تغییرات لازم برای فراهم آوردن این امر را اعمال کنند، نباید شگفت زده شوند اگر ناامید کننده بودن عملکرد نظام سلامت تداوم داشته باشد.

از لحاظ انگیزه ها این موضوع را بررسی کردیم که چگونه می توان از رقابت و بستن قرارداد استفاده کرد و هم بر ارایه کنندگان خصوصی انتفاعی و

سازمان های
ارایه کننده کارکرد
مؤثری نخواهد
داشت مگر آن که
مدیران، هم انگیزه
برای ارتقای کارکرد و
هم ظرفیت برای
پاسخ به این انگیزه ها
را داشته باشند.

هم برارایه کنندگان بخش دولتی که در جاتی 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 شرکتی سازی) 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 مکمل 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 فعالیت‌ها به بخش خصوصی) به انجام تغییرات در انگیزه و ظرفیت نیز تکیه می‌کنند. سایر تغییرات مثل تغییر مقیاس و حیطه ارایه‌کنندگان، برای ایجاد مزایای بالقوه‌شان، وابسته به اقدامات مدیریتی هستند و ممکن است بر دسترسی یا عدالت تأثیر بگذارند. اما مجریان اصلاحات غالباً فکر نکرده‌اند که چنین تغییراتی چگونه در سطح مدیریتی حاصل خواهند شد.

۱-۵) انتخاب از بین گزینه‌های اصلاح

مجریان اصلاحات در تصمیم‌گیری 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 نسبتاً خوب باشد. متأسفانه دقیقاً در جایی اصلاحات جدی بیشتر مورد نیاز است که از لحاظ سیاسی با بیشترین مشکل مواجه است.

ترکیبی از تمرکززدایی و شرکتی سازی 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

ریشه‌ای‌ترین
راهبردهای
ساختار بندی مجدد
شامل خصوصی سازی
و تکیه کامل بر بازار
هستند.

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، احتمالاً 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، غالباً 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 ارایه 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 چنین استثماری را از بین ببرد. در واقع، هرچه بازار رقابتی‌تر باشد، فشار بیشتری بر ارایه‌کنندگان برای به حداکثر رساندن درآمدهای خود وارد می‌گردد.

۲-۵) تغییر سازمانی و عدالت

تغییرات سازمانی می‌توانند مسایل عمده‌ای از لحاظ عدالت به همراه داشته باشند. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، تغییر گروه ارایه‌کنندگان (پرستاران در مقابل پزشکان) یا محل طبابت (درمانگاه محلی در برابر بیمارستان‌ها) 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 رقابتی تر و بازار محورتر باشند، پاسخ بیشتری حتی به تغییرات کوچک در علایم قیمتی خواهند داد.

تغییرات سازمانی

می‌تواند مسایل

عمده‌ای از لحاظ

عدالت به همراه

داشته باشند.

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.

۳-۵) خلاصه

این فصل را با تعریف آنچه به‌عنوان یک سازمان (به‌عنوان ارایه‌کننده خدمات مراقبت سلامت) و سازماندهی نظام می‌دانستیم، آغاز کردیم. ما سه نوع مداخله را شرح دادیم: تغییر «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 تمرکززدایی یا بستن قرارداد اگر با تغییراتی در سطح مدیریتی همراه نباشند، پیامدها را تغییر نخواهند داد. به همین ترتیب صرفه‌جویی 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 تغییر کند تا ارتقای واقعی حاصل شود.

ملاحظه شده است که تغییرات سازمانی غالباً مستلزم استفاده از سایر اهرم‌های کنترل هستند به ویژه وقتی که سازمان‌های هدف کاملاً تحت اختیار وزارت بهداشت نیستند. تأمین مالی، پرداخت و وضع مقررات و نظارت به‌ویژه 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 ارابه‌کنندگان می‌توانند مبلغ بیشتری به آنها پرداخت کنند یا به‌طور 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 واقعاً مهم هستند و غالباً، در سطح سیاست به‌طور 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 کاملاً این نکته را لحاظ کنند که در صورت ایجاد اعتراضات غیرقابل اجتناب، از حمایت سیاسی مداومی برخوردار خواهند بود یا خیر. تغییر سازماندهی، عرصه‌ای برای افراد کم‌حوصله یا افرادی که قلب ضعیفی دارند، نیست. با این وجود اگر قرار است سایر اصلاحات، دستاوردهای موردنظر خود را در عملکرد بخش سلامت به‌دست آورند، ممکن است کاملاً ضروری باشد. ■

۱۱ وضع مقررات

۱) مقدمه

در این فصل ما به بررسی چهارمین دگمه 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 ورودی‌ها 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 مکاتب غربی به استفاده از بازار به‌عنوان راهی برای تخصیص منابع است. اقتصاددانان بر مبنای مجموعه‌ای از باورهای قوی چنین استدلال می‌کنند که نظام بازارهای کاملاً رقابتی، منجر به وضعیت «بهینه پارتو» خواهد شد (به فصل ۶ مراجعه کنید). در چنین وضعیتی، افزایش مطلوبیت^(۱) 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 به‌وجود آمده توسط آنها، بر حسب چارچوب‌های اخلاقی مختلف قابل قبول نباشد و از این رو، برای دستیابی به پیامدهای عادلانه‌تر، از وضع مقررات استفاده می‌شود. ثالثاً بسیاری از بازارها به خودی خود عملکرد مناسبی ندارد 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 تغییر) 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 می‌آیند. در نتیجه وضع مقررات، یک اقدام اصلی در تمامی نظام‌های سلامت و یک دگمه کنترل عمده برای کسانی است که می‌خواهند عملکرد نظام سلامت را ارتقا بخشند. به‌عنوان نمونه استفاده از قوانین برای مشخص کردن خدمات سلامتی که باید در بسته‌های خدمات بیمه‌ای وجود داشته باشد، می‌تواند مستقیماً باعث ارتقای وضعیت سلامت و رضایتمندی شود. قوانینی که از مصرف‌کنندگان در برابر کیفیت نامناسب داروها یا پزشکان غیرصلاحیت‌دار محافظت می‌کنند نیز می‌تواند اثرات مشابهی داشته باشد.

وضع مقررات اغلب ارتباط متقابل مهمی با سایر دگمه‌های کنترل دارد. برای اثربخش بودن سایر دگمه‌های کنترلی، اغلب باید آنها را با وضع مقررات مناسب همراه کرد. به‌عنوان 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 موفقیت‌آمیز استفاده کنند، باید بدانند که چه عواملی باعث اجرای برنامه‌های نظارتی می‌شوند.

این فصل حول ۵ 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 مشروطی در مورد چگونگی استفاده اثربخش از وضع مقررات ارایه می‌کنیم؟ توصیف انواع عمده مقررات بحثی نسبتاً طولانی است زیرا انواع بسیار فراوانی

از مقررات وجود دارند که در کشورهای کم درآمد و پردرآمد 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؟

۱-۲) منظور از مقررات چیست؟

ما از عبارت وضع مقررات برای نشان دادن استفاده دولت از قوه قهریه و اجبار خود جهت اعمال محدودیت‌هایی برای سازمان‌ها و افراد استفاده می‌کنیم. بنابراین این تعریف، تنها قوانین رسمی و مشروع و نه پاداش‌ها یا تغییر رفتارها (به فصل ۱۰ مراجعه کنید) تحت عنوان مقررات قرار می‌گیرند. از این رو وضع مقررات طیف کاملی از ابزارهای قانونی (به‌عنوان مثال قوانین، فرمان‌ها، دستورات، نظام‌نامه‌ها، قوانین اجرایی و راهکارها) را - از قوانین اعلام شده از سوی دولت یا نهادهای غیردولتی (مثلاً سازمان‌های نظارت بر خود) گرفته تا سایر نهادهایی که دولت قدرت وضع مقررات را به آنها تفویض کرده است - دربر می‌گیرد.

تعریف ما از وضع مقررات، قوانین و پیش‌نیازهای تحمیل شده بر فروشندگان از سوی خریداران بیمه‌های سلامت را یا خدمات مراقبت سلامت را دربر نمی‌گیرد. به‌عنوان 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 به‌عنوان 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. اولاً 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 نقش‌آفرینان

مختلف در معاملات بازار را تعریف کند و قدرت، پاسخگویی و مسؤلیت هر یک از آنها را تعیین نماید. به‌عنوان مثال در بخش سلامت، دولت‌ها از وضع مقررات به منظور برقراری الزامات و مسؤلیت‌هایی هم برای خریداران (بیماران و مصرف‌کنندگان) و هم برای فروشندگان (پزشکان، داروسازان، بیمارستان‌ها و بیمه‌گران) 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. به‌طور خاص، بازارها نمی‌توانند به توزیع نابرابر درآمد و نیازهای مختلف سلامت رسیدگی کنند. به‌عنوان 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. به‌عنوان نمونه بدون وجود مقررات، چنین بازارهایی اغلب افراد دچار بیماری‌های مزمن را پوشش نمی‌دهند زیرا استطاعت پرداخت حق بیمه را ندارند. تمامی این موقعیت‌ها می‌توانند اقداماتی در جهت استفاده از وضع مقررات را برانگیزند (و تاکنون نیز به چنین اقداماتی دامن زده‌اند) تا دسترسی برابر به مراقبت سلامت تقویت شود و توزیع وضعیت سلامت ارتقا یابد.

ثالثاً یک دلیل دیگر وضع مقررات این است که بازارهای بخش سلامت اغلب شرایط پیش‌نیاز برای رقابتی منطقاً اثربخش را دارا نیستند. این نارسایی بازار چندین نوع مختلف دارد. نخست آنکه مصرف‌کنندگان ممکن است قادر به قضاوت در مورد کیفیت کالاها یا خدماتی که مصرف می‌کنند نباشند. به‌خاطر 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 بدهند. آنها ممکن است برای ارتقای انتخاب‌های خریداران، اطلاعاتی را مثلاً از طریق الزامات مربوط به برچسب کالاها در اختیار آنها قرار دهند. به‌عنوان 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؛ مثلاً استفاده از کلاه ایمنی را برای موتورسواران الزامی کنیم. یک شکل کاملاً 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 یا 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 تصمیم‌گیری‌های 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 الزامی می‌دانند و بر اقداماتی که برای دیگران هزینه دربر دارند مالیات می‌بندند یا آنها را ممنوع می‌کنند. به عنوان مثال اجبار و 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^(۱) می‌گویند. کالاهای ارزشمند کالاهایی دارای اثرات خارجی گسترده هستند که تعیین مقدار اثرات خارجی آنها دشوار است (مثل سواد پایه و آموزش‌های مدنی) و آرایه آنها اغلب توسط دولت‌ها و در خارج از حیطه بازار صورت می‌گیرد. دولت‌ها اغلب به منظور تحت نظر گرفتن وقوع چنین فعالیت‌هایی، 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 قیمت‌ها را پایین بیاورند. در نتیجه برخی دولت‌ها برای کنترل رفتارهای ضد رقابتی (مثلاً 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 جامعه‌گرایان و سودگرایان عینی - که به دلایل اخلاقی خاص و گوناگون منتقد نتایج بازار هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. به‌عنوان 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 (به‌عنوان مثال افراد مبتلا به موارد مقاوم و ویروس نقص ایمنی انسانی را که به روابط جنسی غیرایمن می‌پردازند قرنطینه و از دیگران جدا می‌کنند). در مقابل، جامعه‌گرایان 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 تحلیل ما از وضع مقررات این نیست که نظام بازار همیشه بهترین گزینه است یا اینکه نظر اقتصاددانان در مورد اهداف جامعه، تنها راه برای نگرستن به اصلاحات بخش سلامت به شمار می‌رود. در عوض ما می‌خواهیم چارچوبی ارائه دهیم که دیدگاه‌های اخلاقی مختلف زمینه‌ساز موارد وضع مقررات در سراسر جهان را دربر بگیرد. اینکه یک کشور چگونه راه خود را برمی‌گزیند 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 فرآیندهای سیاسی بیان می‌شود (به فصل ۴ مراجعه کنید). فهرستی از توجیهات 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 فصل‌های ۵ و ۶ ارائه شده‌اند، مرتبط می‌شوند؟ اولاً آن دسته از مقررات که بر سلامت جمعیت یا ارائه محافظت در برابر خطرات مالی تأثیر دارند می‌تواند مستقیماً برای اهداف محوری عملکرد - که پیش از این آنها را مشخص کردیم - اثر بگذارد. به‌عنوان مثال تضمین بی‌خطری و ناخالصی نداشتن آب، غذا و داروها بر وضعیت سلامت به‌طور کلی، تأثیر خواهد گذاشت.

جدول ۱-۱۱) انواع وضع مقررات و دیدگاه اخلاقی مرتبط با آنها.

دیدگاه اخلاقی مرتبط	نوع مقررات
سودگرایی غیرعینی، سودگرایی عینی لیبرال‌های مساوات طلب، جامعه‌گرایی	تعیین شرایطی پایه برای مبادلات درستکارانه تکمیل آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند (از قبیل تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت پایه)
سودگرایی غیرعینی سودگرایی عینی، جامعه‌گرایی	اصلاح نارسایی‌های بازار و تأمین کالاهای عمومی و ارزشمند اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار

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 عمومی منجر 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 قیمت‌گذاری 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 فرآیند پیچیده و دشوار است. اولاً 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 جمع‌آوری 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 فرآیندهایی برای پایش تعیین شوند تا تحطی‌کنندگان 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 ارفاق‌آمیزتر با آنها برخوانند 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. به‌عنوان مثال از آنجا که کشورهای پردرآمد و کم درآمد عموماً با موفقیت‌های مختلفی در نظام‌های سلامت خود مواجه هستند، اقدامات آنها در جهت وضع مقررات نیز اغلب متوجه حل مشکلاتی متفاوت است. اکثر کشورهای پردرآمد 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 نگرش‌ها برای وضع مقررات هستند. تجربه مداخلات مرتبط با وضع مقررات در سراسر جهان نشان‌دهنده آن است که موفقیت اقدامات در این زمینه به ۳ 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.

۱-۴) نگرش‌های فرهنگی

برای موفقیت کوشش‌ها در جهت وضع مقررات، ۲ 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 مطیع 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. آنها دولت را غیرمنصف و نامشروع می‌دانند و از آنجا که تخطی از قوانین در این کشورها امری همه‌گیر 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. تلاش‌ها 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.

۲-۴) ظرفیت دولت

آنچنان که پیش از این ذکر شد، وظایف مربوط به وضع مقررات معمولاً مسایل اجرایی و فنی دشواری را پیش می‌کشند. برای این کار ممکن است طیف وسیعی از متخصصان (از پزشکی، زیست‌شناسی و شیمی گرفته تا حقوق، اقتصاد و حسابداری) مورد نیاز باشند. ممکن است لازم باشد نظام‌های گسترده‌ای برای جمع‌آوری 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، تمایز قابل توجهی در فرایند اعمال‌پذیری^(۱) برخوردارند.

موفقیت یک کشور در انجام این فرآیندها 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 به منظور پذیرش رفتارهایی که در جهت منافع آنهاست، دارند. چنین اقداماتی احتمالاً 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 گرفته تا هدیه دادن، وعده اعطای یک شغل سودآور 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 حرفه‌ای‌گری 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. به‌عنوان مثال در هند وضعیت ایالات بیهار با ایالات ماهاراشترا کاملاً متفاوت است. در ایالات متحده وضعیت می‌سی‌سی‌پی با مینه‌سوتا 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 ۹/۲ می‌گیرد؛ نمره ایالات متحده ۷/۸ است و بسیاری از کشورهای کم درآمد نمراتی برابر ۳/۵ یا کمتر دارند که در این میان نیجریه پایین‌ترین جایگاه را داراست. فساد مالی در کشورهای پردرآمد اغلب شکل‌هایی مخفی‌تر به خود می‌گیرد یا به‌عنوان 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 نشان‌دهنده آن هستند که فساد مالی همچنان حتی در کشورهای پردرآمد مسأله‌ای جدی است.

تلاش‌های افراد تحت نظارت مقررات برای محافظت از خود می‌تواند کاملاً ظریف و مخفیانه باشد، مانند زمانی که نهاد وضع‌کننده مقررات اصطلاحاً توسط کسانی که قرار بوده آنها را تحت نظارت درآورد، «گرفتار» می‌شود. غیرمعمول نیست که فردی برای رهبری یک نهاد وضع مقررات منصوب شود که پیش از این در صناعی که حالا مسؤول نظارت بر آنها است، کار کرده باشد. گاهی علت این پدیده آن است که صناع، 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 کم‌درآمد وجود دارند و مقررات موجود نیز اغلب بر وضعیت‌های کاملاً بارز و مشخصی که در آنها رفتار نامناسب می‌تواند مستقیماً امنیت عمومی را مختل کند، متمرکز هستند. حتی در همین موارد نیز اجرای مقررات غالباً حالتی غیریکنواخت دارد و بر اثر فساد مالی و پارتی‌بازی 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 طریق وضع مقررات هستند، لازم است در این مورد که آیا از ظرفیت فنی و اجرایی لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز آن برخوردار هستند یا خیر، واقع‌بین باشند.

در مقابل، کشورهای پردرآمد عموماً از زیرساخت‌های فنی و قانونی برای وضع مقررات اثربخش برای بسیاری از جنبه‌های نظام سلامت از جمله کیفیت داروها، سرمایه‌گذاری 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 قیمت‌ها توسط ارایه‌کنندگان خصوصی تعیین شده باشند و خواه توسط شرکت‌های داروسازی) می‌توانند از وضع مقررات استفاده کنند (و این کار را می‌کنند). بیمه‌گران نیز تحت نظارت مقررات قرار می‌گیرند تا نسبت به توانایی آنها در پرداخت بدهی‌هایشان و کاهش انتخاب افراد برمبنای سطح خطرات سلامت اطمینان حاصل شود.

ظرفیت دولت صرفاً 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 حامی دولت‌هایشان 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 برمبنای آن تنظیم نماید.

۳-۴) پشتیبانی سیاسی

مقررات - چه جنبه قانونی داشته باشند و چه بر یک بخشنامه اجرایی مبتنی باشند - از طریق فرآیندهای سیاسی تصویب می‌شوند. در تمامی کشورها گروه‌های ذینفع چه به صورت رسمی و چه غیررسمی سازماندهی شده‌اند. خواه کشور حاکمیتی تک‌حزبی 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 تصمیم‌گیری 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 مخالفت‌ها 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 فرآیند 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 بعداً در شرایطی که توجه عمومی و سیاسی کمتری به این تصمیمات معطوف هستند (و به اصطلاح آب‌ها از آسیاب افتاده است) بتوانند بر نهادهای اجرایی تأثیر بگذارند، تداوم پشتیبانی از رهبران سیاسی برای پیشگیری از تسخیر نهادهای وضع مقررات^(۱) و به دنبال آن تضعیف شدن کل تلاش‌ها بسیار ضروری است. این امر به ویژه به این دلیل است که مقررات اغلب زمانی که برای موارد خاص به کار می‌روند مبهم 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 فرآیندهای وضع مقررات

پیامد یک برنامه وضع مقررات، به طرح جزئی نهادها و فرآیندهای وضع مقررات و چگونگی واکنش مجریان اصلاحات به نگرش‌ها، ظرفیت‌ها 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 به‌دقت تهیه و بیان شود، جریمه‌ها باید با میزان شدت زیان‌ها یا خسارات وارد شده توسط خاطیان متناسب شوند و پاداش‌ها یا مجازات‌ها با مهارت با هم ترکیب شوند تا پایبندی به مقررات افزایش یابد. در غیراین صورت، اثربخش بودن مقررات

نامحتمل خواهد بود.

از این رو، پیامدهای وضع مقررات تاحد زیادی به فرآیند اجرا و به ویژه به توانایی وضع‌کنندگان مقررات در شناسایی، جریمه و ممانعت از خاطیان بستگی دارد. از آنجا که نهادهای وضع‌کننده مقررات معمولاً 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، نسبتاً همه‌گیر و تخطی از مقررات، نسبتاً 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 فارغ‌التحصیلان جدید پزشکی در مورد آناتومی را 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 تاخت‌زدن میان تناسب داده‌ها و هزینه کسب آنها مواجه هستند. در این مورد ارزیابی مهارت فنی و ظرفیت جمع‌آوری داده‌ها توسط دولت باید نقش مهمی را در تدوین یک راهبرد اصلاحات ایفا نماید.

هنگامی که خاطیان شناسایی شدند باید مجازات در موردشان اجرا شود. با این حال اگر فرآیند 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. هنگامی که پلیس، دادخواهان یا قاضیان در این فرآیند مشارکت داده شوند، مجالی برای استفاده از آزادی عمل خود در مورد چگونگی اجرای مقررات پیدا می‌کنند. اگر قوانین از نظر آنها غیرمنصفانه یا نامناسب باشند، 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 - اثربخشی انجام می‌دهد آسان نیست. مسئولیت و قدرت ممکن است به یک نهاد دولتی، یک سازمان موازی دولت^(۱) یا یک سازمان خصوصی تفویض شود. سازمان‌های موازی دولت اغلب به این دلیل مورد استفاده قرار می‌گیرند که از تأثیرات 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 برکنار بودن بیشتر از سیاست‌ها، شرایط غیرکارمندی 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 فرآیند 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، همان‌طور که جمع‌آوری‌کنندگان مالیات به اظهارنامه‌های مالیاتی افراد و شرکت‌ها اعتماد دارند. به عنوان مثال میزان عوارض جراحی یا 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 جمع‌آوری کرده‌اند ارایه کنند. استفاده از چنین داده‌هایی هزینه گزارش‌دهی را برای افراد تحت نظارت مقررات

جدول ۲-۱۱) سازمان‌های مختلف وضع مقررات در ارتباط با سازمان‌هایی که قرار است تحت نظارت مقررات قرار بگیرند.

بخش خصوصی	بخش موازی دولت	دولت	تحت نظارت مقررات وضع کننده مقررات
وضع مقررات دولتی برای شرکت‌های خصوص	وضع مقررات در مورد برنامه‌های بیمه اجتماعی از قبیل صندوق‌های بیماری	×	دولت
صندوق‌های بیماری که به وضع مقررات برای ارایه کنندگان خصوصی می‌پردازند؛ کمیسیون مشترک برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها که مقررات بیمارستان‌ها را وضع می‌کند	×	×	بخش موازی دولت
نظارت بر خود از سوی انجمن‌های پزشکی	×	×	بخش خصوصی

کاهش می‌دهد و در نتیجه احتمال گزارش‌دهی را بالا می‌برد. علاوه بر این وضع کنندگان مقررات این امکان را دارند که صحت گزارش‌های دریافت شده را بررسی نمایند. به منظور تشویق گزارش‌دهی صحیح توسط خود افراد، وضع کنندگان مقررات باید از تحمیل جریمه‌های سنگین به خاطر موارد کوچک تخطی از قانون اجتناب کنند. اگر این سازمان‌ها بیش از حد سختگیر و ستمگر باشند، تنها گزارش‌دهی ناصحیح را تشویق خواهند کرد که این امر منجر به داده‌های غیر قابل اعتماد می‌شود.

جدول ۲-۱۲ 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 فعالیت‌ها در جهت وضع مقررات را به دو حیطة مجزا تقسیم می‌کنیم: مقررات بخش مراقبت سلامت و مقررات نظام بیمه سلامت. سپس براساس ۴ هدف که پیش از این توضیح داده شدند، اقدامات در جهت وضع مقررات را به ۴ دسته تقسیم می‌نماییم. در جدول ۳-۱۱، مقررات بخش سلامت به‌طور 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.

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
۱ - تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار	(a) تعریف حقوق مالکیت و امتیازات انحصاری و محافظت از آنها (b) رسیدگی به عدم پرداخت بدهی‌ها و ورشکستگی مؤسسات خدمات سلامت (c) محافظت از حقوق بیماران	(a) مشابه، اما کمتر اجرا می‌شود. (b) مشابه (c) مقررات رسمی بسیار اندک هستند.
۲ - تکمیل آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند (از قبیل تضمین دسترسی عادلانه)	(a) تخصیص فارغ‌التحصیلان جدید پزشکی برای خدمت در مناطق محروم (b) تضمین حقوق بیماران در مورد خدمات اورژانس	(a) مشابه، غالباً انجام می‌شود. (b) بیمارستان‌های دولتی خدمات اورژانس را ارائه می‌دهند.
۳ - اصلاح موارد نارسایی بازار (A) توجه به اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند	(a) ارائه مستقیم برنامه‌های رایگان یا با یارانه‌های بالا از قبیل آموزش بهداشت و ایمن‌سازی از سوی دولت	(a) مشابه
(B) کمک به مصرف‌کنندگان برای انجام انتخاب‌های 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) محدودیت‌های اندک
(C) محافظت از خریداران که قادر به قضاوت در مورد کیفیت نیستند:		
(i) وضع مقررات در مورد ورودی‌ها	(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 می‌شود. (b) مشابه، اما ممکن است تأیید دوره‌ای مجوز ضروری نباشد. (c) یکسان، اما ممکن است اعتباربخشی دوره‌ای ضروری نباشد.
(ii) وضع مقررات در مورد فرایند	(a) راهکارهای طبابت (b) گزارش‌دهی بیماران	(a) وجود ندارد (b) کشورهای اندکی از آن برخوردار هستند؛ بیمارستان‌های دولتی بر قوانین اداری متکی هستند.
(iii) وضع مقررات در مورد برون‌داده‌ها	(a) تعیین کارت‌های استاندارد گزارش کیفیت (b) تعهد (c) هیأت‌های انضباطی (d) سوءطبابت (e) ممیزی بالینی	(a) وجود ندارد. (d) اکثر کشورها قوانین خاصی در مورد سوءطبابت ندارند، اما تحت قوانین رایج دیگر پوشش داده می‌شود.
(D) کنترل تقاضای تحریک شده توسط عرضه‌کننده؛		

ادامه جدول ۳-۱۱) مقایسه مقررات مربوط به بهداشت عمومی و خدمات سلامت در کشورهای پردرآمد و کشورهای با درآمد متوسط و کم

<p>(a) بسیاری از کشورها دچار کمبود پزشک هستند، بنابراین سیاست این کشورها مخالف کشورهای توسعه یافته است. (b) تشویق فارغ‌التحصیلان از خارج از کشور (c) تعداد اندکی از کشورها دارای آن هستند.</p>	<p>(a) محدودکردن تربیت نیروها و استخدام آنها (b) محدودکردن فارغ‌التحصیلان پزشکی از خارج از کشور (c) مشخص کردن موارد تضاد منافع</p>	<p>(i) وضع مقررات در مورد نیروی انسانی</p>
<p>(a) اکثر کشورها سرمایه‌گذاری خصوصی را تشویق می‌کنند. (b) برخی کشورها واردات را تشویق می‌کنند.</p>	<p>(a) محدودکردن فناوری‌های جدید و ساخت تسهیلات جدید (b) محدودکردن واردات تجهیزات</p>	<p>(ii) وضع مقررات در مورد سرمایه‌گذاری‌ها</p>
<p>(E) مقابله با انحصار</p>		
<p>(a) تعداد محدودی از کشورها دارای این قوانین هستند. (b) تعیین سهم پرداخت استفاده‌کنندگان برای تسهیلات دولتی و نه خصوصی (c) بسیار اندک</p>	<p>(a) وضع قوانین ضد تراست و محدودکردن اعمال چپاولگرانه (b) تعیین برنامه‌ای برای قیمت‌ها (c) تعیین قیمت‌های مرجع برای داروها</p>	<p>(i) محدودکردن انحصارات (ii) وضع مقررات در مورد قیمت‌های انحصاری</p>
<p>(a) تا حدودی، اما دقیقاً اجرا نمی‌شود. (b) بسیار اندک</p>	<p>(a) ممنوعیت فروش سیگار به افراد کمتر از سن قانونی (زیر ۱۸ سال) (b) ممنوعیت خودکشی کمک شده (کشتن از روی ترحم)</p>	<p>(۴) اصلاح نتایج غیرقابل قبول بازار</p>

۱-۵) 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 قراردادهای 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 مسئولیت 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 مسؤلیت در قبال نهادهای انتفاعی و غیرانتفاعی، نقش هیأت‌های مدیران و حقوق سهام‌داران را شامل می‌شود. همچنین نیاز به تعریف حقوق مالکیت (شامل مالکیت معنوی از جمله محافظت از امتیازات انحصاری و کپی‌رایت) وجود دارد. برخلاف مؤسسات قانونی کلی‌تر، این قوانین توجه‌ها را از مجریان اصلاحات بخش سلامت دور می‌کنند - به‌ویژه در کشورهای بعد از کمونیسیم که در آنها ترتیبات بازار در زمینه سلامت نمی‌تواند به‌طور 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).

اختصاصاً 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 به‌عنوان یک هدف (لیبرالی)، 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. غالباً بسیاری از انواع خاص مقررات (برای مثال مقررات مربوط به حقوق بیماران) در این کشورها وجود ندارند.

۲-۵) 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 مساوات‌طلبانه همخوانی ندارد. از این رو کشورها ممکن است از وضع مقررات برای تقویت دسترسی عادلانه به خدمات سلامت استفاده کنند. به‌عنوان مثال بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و کم تلاش کرده‌اند از وضع مقررات به‌منظور مستقاع‌کردن فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و پرستاری به‌خدمت در مناطق محروم برای یک دوره زمانی استفاده کنند. به‌عنوان مثال، مصر، اکوادور، نیجریه و مالزی از فارغ‌التحصیلان جدید دانشکده‌های پزشکی می‌خواهند به‌مدت یک یا دو سال در نواحی دچار کمبود پزشک خدمت کنند. به‌دلایل مشابهی از تمام بیمارستان‌های ایالات متحده خواسته شده است کلیه بیماران اورژانس را صرف‌نظر از توانایی پرداخت‌شان، تحت درمان قرار دهند.

۳-۵) اصلاح موارد نارسایی بازار و ارایه کالاهای عمومی و ارزشمند

این مقوله، کل 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 وضعیت‌ها طراحی شده‌اند به در واقع به طیف بسیار وسیعی از چنین اقداماتی موجود هستند.

۱-۳-۵) اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند

هدف اکثر مقررات، کاهش اثرات خارجی منفی و گسترش ارایه کالاهای ارزشمند است. این مقررات حیطه بسیار گسترده‌ای از پیش‌نیازهای مربوط به فاضلاب و قوانین کیفیت آب آشامیدنی تا قرنطینه و ایمن‌سازی، 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 تأثیر حتی یک تصمیم (مثلاً کنترل آلودگی هوا) قرار می‌گیرند یا اینکه خریداران به‌طور کامل تمامی پیامدهای تصمیم خود در مورد مصرف یک کالا (به‌عنوان مثال واکسیناسیون) را مدنظر قرار نمی‌دهند. از این‌رو دولت باید در این موارد مداخله کند.

۲-۳-۵) کمک به مصرف‌کنندگان برای انجام انتخاب‌های آگاهانه

در غالب موارد، خریداران قادر به ارزیابی محتوای فرآورده‌های غذایی یا دارویی نیستند یا نمی‌توانند اثرات زیست‌شناختی آنها را متوجه شوند. در این مورد به ۲ منظور نیاز به وضع مقررات وجود دارد: به منظور آگاهی دادن به خریداران و همچنین برای اطمینان حاصل کردن از اینکه فرآورده‌ها واقعاً حاوی همان اجزایی هستند که تولیدکننده ادعا کرده است. بسیاری از کشورها، تولیدکنندگان را به مشخص کردن اجزای اصلی موجود در یک کالا روی بسته‌بندی آن ملزم نمایند. کشورهای پردرآمد، منابع قابل ملاحظه‌ای را برای اطمینان حاصل کردن از اینکه فرآورده‌ها واقعاً 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 کاملاً آسان‌گیر و سست هستند.

به‌صورتی مشابه از آنجا که اکثر بیماران از دانش لازم برای قضاوت در مورد تناسب و کیفیت فنی خدمات پزشکی و داروها برخوردار نیستند، به‌صورتی خاص نسبت به گمراه شدن توسط تبلیغات گول‌زننده یا ناصحیح آسیب‌پذیر هستند. در نتیجه، اکثر کشورها تبلیغات توسط پزشکان، شرکت‌های داروسازی و بیمارستان‌ها 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.

۳-۵) 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 اثربخشی نظارت بر خود، توسط خود حرفه‌ها در سراسر جهان زیرسؤال رفته است، دولت‌های کشورهای پردرآمد به‌صورتی روزافزون در حال پذیرش نقشی فعال در وضع مقررات راجع به کیفیت خدمات پزشکی هستند.

با استفاده از دسته‌بندی دونابدیان^(۱) در مورد شکل‌های کنترل کیفیت، می‌توان دولت را وضع‌کننده مقررات در مورد ورودی‌ها، فرآیندها یا پیامدهای خدمات سلامت تصور کرد. وضع مقررات برای ورودی‌ها هم از نظر تعیین و هم از نظر اجرا، ساده‌ترین و در نتیجه شایع‌ترین نوع وضع مقررات است. با این حال این روش لزوماً پیامدهای بهتر را تضمین نمی‌کند. وضع مقررات برای فرآیندهای مراقبت بسیار مشکل‌تر است و مسؤلیت انجام آن اغلب به حرفه پزشکی سپرده می‌شود. وضع مقررات برای پیامدها ممکن است به‌نظر ایده‌آل 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 به‌صورتی متفاوت به درمان پاسخ بدهند، احتمالاً به نمونه‌گیری‌های پیشرفته و پیچیده و تعدیل از نظر شدت بیماری نیاز خواهد بود؛ کاری که به لحاظ فنی بسیار چالش‌برانگیز است. علاوه بر این، حرفه پزشکی عموماً 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 موفقیت‌آمیز باشند، باید از نظر حرفه پزشکی قابل قبول باشند. از آنجا که طیف این فعالیت‌ها بسیار گسترده است، آنها را با تفصیل بیشتر مرور می‌کنیم:

۱) وضع مقررات در مورد ورودی‌ها

الف) تأیید داروها

نگرانی‌ها در مورد بی‌خطری و کارآمدی، عوامل انگیزاننده برای وضع مقررات دارو به‌شمار می‌روند. به دلیل احتمال بالقوه عوارض جانبی، امروزه تقریباً تمام کشورها دارای مقرراتی برای عدم ورود داروها به بازار تا زمان اثبات بی‌خطری آنها هستند. نهادهای وضع مقررات همچنین ممکن است تولیدکنندگان داروها را به اثبات کارآمدی (یعنی اثبات اینکه دارو عملکردی مشابه آنچه گفته می‌شود دارد) و (در برخی کشورها) هزینه-اثربخشی داروها ملزم کنند. تولیدکنندگان همچنین باید اطلاعاتی در مورد عوارض جانبی و کتراندیکاسیون‌های احتمالی و واکنش‌های بالقوه هنگام مصرف دارو با سایر داروها ارائه می‌دهند.

به‌طور 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 غالباً 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 اعتباربخشی متکی بوده است؛ این امر تا حدی به دلیل دشواری اعمال و اجرای سایر رویکردها است. کشورهای پردرآمد علاوه بر این، پیش‌نیازهایی 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 فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی معتبر برای گرفتن

مجوز طبابت، از نظر تکمیل رضایت‌بخش دوره‌های مورد نیاز و شواهد مربوط به شخصیت مناسب، در یک مورد دولتی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اما هنگامی که 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 اعتباربخشی به پزشکان می‌تواند ۲ فرآیند مستقل از یکدیگر باشد. یک نهاد دولتی مسؤول اعطای مجوز است، در حالی که اعتباربخشی اغلب از طریق یک نظام حرفه‌ای مرور هم‌تایان صورت می‌گیرد. به‌عنوان مثال در کانادا اعتباربخشی از طریق یک مورد مستقل و خودمختار صورت می‌گیرد که در آن نمایندگان حرفه پزشکی کمتر از ۵۰٪ از اعضای مورد را تشکیل می‌دهند. این ساختار سازمانی به تأکید بیشتر بر آموزش و پیشرفت القا شده توسط خود افراد، منجر شده است.

اعطای مجوز و اعتباربخشی به مراکز سلامت عموماً بر قوانین «به‌راحتی قابل مشاهده» در مورد تجهیزات یا ساختارها تمرکز دارد. گاهی مراکز درمانی باید از جهات خاص دیگری نیز تأیید شوند. به‌عنوان 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 غیرمسکونی واقع شده باشد و وضعیت مناسبی از نظر مرمت داشته باشد.

اعتباربخشی سازمانی معمولاً به یکی از این دو شکل صورت می‌گیرد. یا دولت نقش مستقیمی در تعیین استانداردها و استفاده از آنها به‌عنوان 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 برمی‌گزینند، خود مورد پایش (مونیتورینگ) قرار می‌دهد. به‌عنوان مثال در انگلستان ساختارهای وضع مقررات برای بخش‌های خصوصی و عمومی مراقبت سلامت از هم جدا هستند. صندوق بیمارستان کینگ ادوارد، یک بنیاد مستقل در لندن با هدف ارتقای کیفیت مدیریت در نظام ملی خدمات سلامت (NHS)^(۱) انگلستان است که یک نظام اعتباربخشی جزئی را ایجاد کرده است.

ایالات متحده، بر برنامه‌های نظارت بر خود که توسط سازمان‌های ارایه مراقبت سلامت و حرفه پزشکی متکی است. کمیسیون مشترک اعتباربخشی

سازمان‌های مراقبت سلامت (JCAHO)^(۱) یک سازمان غیرانتفاعی مستقل است که به ارزشیابی و اعتباربخشی به بیش از ۱۸,۰۰۰ سازمان و برنامه مراقبت سلامت می‌پردازد و مقررات ایالتی و فدرال تا حد زیادی بر استانداردهای آن متکی هستند. با این حال این کمیسیون به رد اعتبار، جز در مواردی که نقصی آشکار و جدی وجود داشته باشد، رغبتی ندارد، زیرا طرح‌های بیمه تنها بازپرداخت 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 ورودی‌ها تمرکز دارند (از آموزش گرفته تا سرمایه‌گذاری) تضمین نمی‌کنند که ورودی‌های مورد نظر به طور مناسب مورد استفاده قرار بگیرند. این وظیفه آن‌طور که در بخش بعدی خواهیم دید، بسیار دشوارتر است.

۲) وضع مقررات در مورد فرآیند

الف) راهکارهای طبابت^(۲)

راهکارهای طبابت، ابزارهایی برای وضع مقررات هستند که برای تأثیرگذاری بر تصمیم‌گیری‌های بالینی طراحی شده‌اند. به لحاظ نظری راهکارها باید مبتنی بر مرور نظام‌مند شواهد و قضاوت خبرگان بالینی باشند. راهکارهای طبابت می‌توانند در ایجاد استاندارد 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 نشان‌دهنده آن هستند که مشارکت دادن گروه‌های پزشکان در تدوین راهکارها می‌تواند پایداری آنها به این راهکارها را افزایش دهد. در حقیقت بسیاری از استانداردهای راهکارهای طبابت دقیقاً در تعریف ما از مقررات نمی‌گنجد، زیرا این راهکارها توسط سازمان‌ارایه‌کننده 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

1- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

2- practice guidelines

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 سوءطبابت در این زمینه مقصر شناخته نمی‌شدند. در 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 یک معاینه خاص پیش از گذاشتن تشخیص انجام شده است یا خیر، یا اینکه آیا پیگیری به‌وسیله 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 به‌صورتی قابل ملاحظه افزایش پیدا کرده است. با ارایه این بازخورد به پزشکان و سایر کارکنان سلامت، مدیریت نظام به‌صورتی موفقیت‌آمیز از ارزیابی‌های بیماران برای ارتقای کیفیت خدمات استفاده کرده است. با این حال اکثر تجارب در این حیطه - همانند مورد راهکارها - وضع مقررات به‌صورت رسمی را شامل نمی‌شود.

۳) وضع مقررات در مورد پیامدها

مطالعات نشان‌دهنده آن هستند که تضمین کیفیت زمانی بیشترین اثربخشی را دارد که پیامدها مورد پایش قرار بگیرند. با این حال نظام‌های اثربخش مدیریت پیامدها به‌لحاظ اجرایی بسیار پیچیده و دشوار هستند و از این رو اجرای آنها برای کشورهای با درآمد متوسط و کم آسان نیست. این نظام‌ها نیازمند یک وضع‌کننده مقررات برای تعیین سنج‌های 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 اکثراً در کشورهای پردرآمد صورت گرفته‌اند. علاوه بر این، در بسیاری از کشورهایی که داده‌های

مربوط به پیامدها جمع‌آوری می‌شوند، به‌خاطر 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. به‌عنوان مثال انتشار داده‌های نیویورک در مورد میزان مرگ‌های ناشی از جراحی بای‌پس عروق کرونر در هر بیمارستان، با ۴۱٪ کاهش در مرگ‌ومیر جراحی در ۴ سال بعد همراه بود. گزارش‌هایی وجود دارد مبنی بر اینکه برخی از بیمارستان‌ها در واکنش به انتشار این داده‌ها، برای کاهش میزان مرگ‌ومیر اقدامات مستقیمی انجام داده‌اند.

وزارت اسکاتلند نیز داده‌هایی را در مورد پیامدهای مربوط به بستری‌های مجدد اورژانس، مرگ‌ومیر پس از بستری به‌خاطر سکته مغزی، مرگ‌ومیر سرطان گردن رحم و میزان بروز سرخک در کودکان منتشر ساخته است. اگرچه همراه با انتشار این داده‌ها، هشدار به این صورت اعلام شده است که نمی‌توان و نباید هیچ‌گونه نتیجه‌گیری در مورد کیفیت مراقبت در بیمارستان‌های خاص صورت گیرد، برخی خریداران، 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 بیمارستان‌ها در سطح ملی یا منطقه‌ای تهیه می‌کنند. طرح‌های بیمه سلامت تحت پوشش نظام گزارش‌دهی «مجموعه داده‌ها و اطلاعات کارفرمایان طرح‌های سلامت»^(۱) قرار دارند. مدیران ایالت پنجم هند بیمارستان‌های خود را تحت یک نظام ممیزی داخلی درجه‌بندی کرده‌اند. اگرچه این نتایج علنی نمی‌شوند، اما باعث تشویق ارتقای کیفیت به صورت رقابتی می‌گردند. یک مزیت گزارش‌دهی این است که بدون هیچ‌گونه هزینه اجرایی و خصوصیت ناشی از مقررات مبتنی بر جریمه، می‌تواند باعث انتخاب مشتری یا ابتکارات مدیریتی شود.

ب) ممیزی بالینی و مرور همتابان

انگلستان، عمدتاً برای تضمین کیفیت فنی خدمات پزشکی به نظام ممیزی

بالینی متکی است. اکثر بیمارستان‌های ایالات متحده فرآیندهای مرور توسط هم‌تایانی موسوم به نشست‌های موربیدیته و مرگ‌ومیر 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 ندارند، این سازوکارها تأثیری ناهمگون و غیرثابت خواهند داشت.

ج) بوردهای انضباطی

بسیاری از کشورها برای تنبیه پزشکان به خود حرفه پزشکی متکی هستند: به‌عنوان مثال شورای نظام پزشکی انگلستان^(۱) که یک سازمان قانونی و کیفی حرفه‌ای است، مسؤول اعطای مجوز به پزشکان و دریافت و رسیدگی به شکایات‌ها 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، به‌ندرت اعمال می‌شود. جریمه‌های سبک‌تر (شامل غرامت، تعلیق و نامه‌های توبیخ) ممکن است اثرات انگیزاننده چندانی نداشته باشد. در نتیجه، شواهد نشان‌دهنده آن هستند که اکثر برنامه‌های وضع مقررات و نظارت حرفه‌ای، برای موارد سوء رفتار غیراثربخش 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 خروجی‌ها تأکید دارد. تعهد در قبال سوء طبابت، به‌عنوان یک راهبرد وضع مقررات و نظارت، مخالفان

بسیاری دارد. مطالعات نشان‌دهنده 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 ۴۰٪) از کل مبلغ واگذاری، به اقامه دعوی به صورت قمارآمیز و وابسته به حدسیات پردازند. هیأت‌های بررسی که صرفاً به همدردی می‌پردازند و غیرمنطقی عمل می‌کنند، اغلب حتی در موارد آسیب‌های غیرقابل اجتناب غرامت‌های 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 مصرف‌کنندگان^(۱) در هند است.

۴-۳-۵) کنترل تقاضاهای ایجاد شده توسط عرضه‌کننده

مطالعات تجربی نشان داده‌اند که پزشکان، بیمارستان‌ها و داروسازان از قدرت فروش 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 سرمایه‌گذاری 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 ۳ 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 طریق وضع مقررات بر تعداد فرصت‌های آموزشی در دانشکده پزشکی و برنامه‌های دستکاری تخصصی کنترل کنند. به‌عنوان مثال وزارت سلامت انگلستان، میزان کلی سالانه پذیرش دانشجوی پزشکی را تعیین می‌کند. از دهه ۱۹۴۰ کمیته‌هایی به‌ارایه 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^(۱) تخصص‌های گوناگون به کل جمعیت انجام داده است. گزارش نهایی این مطالعه با کمک ورودی‌های قابل توجهی از دانشکده‌های پزشکی تدوین شده است. بر اساس یافته‌های این گزارش از دانشکده‌های پزشکی خواسته شده بود تعداد جایگاه‌های آموزش تخصصی ارائه شده را تعدیل کنند و بر انتخاب‌های دانشجویان پزشکی در مورد تخصص و مکان جغرافیایی طبابت خود تأثیر بگذارند. سنگاپور با محدود کردن متخصصان به ۴۰٪ از پزشکان تازه فارغ‌التحصیل و تربیت پزشکان باقیمانده برای مراقبت‌های اولیه، به محدود کردن عرضه پرداخته است. سنگاپور همچنین اعطای مجوز به فارغ‌التحصیلان پزشکی از خارج از کشور را به تعداد بسیار اندکی در هر سال محدود نموده است. همچنین انواع گوناگونی از روش‌های غیرمستقیم 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 پیش‌بینی 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 استخدامی داشته باشند. در آلمان جوامع پزشکی محلی می‌توانند تعداد پزشکان شاغل در بخش سرپایی را محدود کنند. در کشورهایی که تولید پزشک با موقعیت‌های شغلی موجود هماهنگ نیست، عرضه اضافی قابل توجه می‌تواند منجر به آن شود که فارغ‌التحصیلان جدید 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 مورد تخصصی مشتمل بر پزشکان دارای همان تخصص وضع می‌شوند. 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 می‌زنند که باعث می‌شود درآمد افراد در آن تخصص بالا برود.

هم در کشورهای پردرآمد و هم در کشورهای کم درآمد، اغلب 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 پزشکی است که مورد استفاده هستند. این امر حتی در کشورهایی که اکثر پزشکان آنها در دانشکده‌های دولتی تربیت می‌شوند (از قبیل مصر، ایتالیا و یمن) 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 وضعیتی‌هایی نیاز به پشتیبانی سیاسی پیش از هرگونه مداخله موفقیت‌آمیز در زمینه وضع مقررات را نشان می‌دهند.

۲) وضع مقررات در مورد سرمایه‌گذاری سرمایه‌ای^(۱)

با افزایش سرمایه‌گذاری 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 سرمایه‌گذاری‌های 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 سرمایه‌گذاری سرمایه‌ای نیازمند ارزیابی فناوری است. این امر فرآیندی 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 زمان‌بر 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 معمولاً 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 (به‌عنوان 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 سرمایه‌ای جدید، کسب فناوری و تأیید داروهای جدید می‌تواند با فرآیندهای برنامه و بودجه مرتبط شود تا دستیابی به اهداف کلی نظام سلامت تضمین گردد. از سوی دیگر نظام‌های مبتنی بر بازار از چنین فرآیندهایی برای برنامه‌ریزی برخوردار نیستند. و از این رو باید بر نیروهای رقابتی بازار و نهادهای دولتی وضع مقررات برای تعیین تصمیمات در مورد سرمایه‌گذاری وابسته باشند. با توجه به ضعف‌های سیاسی و فنی در بسیاری از کشورها، چنین مقرراتی اغلب یا وجود ندارند یا غیراثربخش هستند.

۵-۳-۵) مقابله با انحصار

۱) وضع مقررات در مورد انحصارات

هم انحصارات دولتی و هم انحصارات خصوصی می‌توانند باعث بهره‌کشی از بیماران شوند - اولی با برآوردن منافع پزشکان بخش دولتی به روش‌های مختلف و دومی به دلیل انتفاعی بودن. بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های تخصصی و

آزمایشگاه‌های انحصاری می‌توانند باعث افت کیفیت خدمات و تحمیل قیمت‌های انحصاری شوند. از این رو، اکثر کشورهای پردرآمد مقررات ضد تراسه 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 غیراثربخش 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^(۱) و نگالانده - باندا^(۲) 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 به‌طور معمول این کار از طریق خرید خدمات صورت می‌گیرد و نه وضع مقررات. به‌عنوان مثال طرح‌های بیمه اجتماعی در آلمان و ژاپن در مورد برنامه قیمت‌ها با سازمان‌های مدافع و نماینده پزشکان به مذاکره می‌پردازند. با این حال تا زمانی که طرح‌های بیمه اجتماعی و خصوصی به‌عنوان 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 زیرمیزی می‌پردازند. این واکنش‌ها، 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 زیرمیزی 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 قیمت‌گذاری مرجع^(۱) 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.

۴-۵) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار

نتایج ایجاد شده توسط بازارهای رقابتی برای آن دسته از مجریان اصلاحات که به انواعی از دیدگاه‌های اخلاقی به‌طور جدی پایبند هستند، لزومی 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 آسیب‌ها هستند؛ حتی اگر این موارد با یک بازار کاملاً 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 جامعه‌گرایانه عبارتند از انتقال خون، فروش اعضا برای پیوند، سقط جنین، خودکشی کمک شده (کشتن از روی ترحم)، روسپیگری و استفاده از مواد و داروهای خاص.

۶) وضع مقررات بیمه‌ای

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^(۱) خاص می‌پردازد که اگر اتفاقی غیرقابل پیش‌بینی در آینده رخ دهد آن را دریافت نماید. وضعیت‌ها، الزامات، پیشامدهای غیر مترقبه و موارد استثنای مشخص‌کننده این قرارداد، در بیمه‌نامه 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 بهره‌کشی واقع شوند. در کشورهایی که بیمه خصوصی در آنها فراگیر است، دولت‌ها اغلب برای پیشگیری از چنین بهره‌کشی‌هایی به روش‌های مختلف به وضع مقررات برای صنعت بیمه می‌پردازند.

بیمه سلامت می‌تواند توسط ۳ نوع سازمان ارائه شود: مؤسسات دولتی، سازمان‌های موازی دولت و شرکت‌های خصوصی. از آنجا که دولت به‌طور معمول به وضع مقررات برای خودش نمی‌پردازد، بحث ما در مورد وضع مقررات، ۲ مورد آخر را شامل می‌شود. اکثر مقررات بیمه به ۳ هدف وضع مقررات مربوط می‌شوند: تعیین قواعدی برای مبادلات درستکارانه، انجام آنچه بازارها قادر به انجام آن نیستند مثلاً 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، غالباً دولت نگران مسایل

جدول ۴-۱۱) وضع مقررات بیمه‌ای.

نوع مقررات	کشورهای پردرآمد	کشورهای با درآمد متوسط و کم
۱ - تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار (A) توانایی پرداخت بدهی طرح‌های بیمه‌ای (B) فعالیت‌های مربوط به فروش و بازاریابی	(a) تعیین استانداردهای مربوط به حداقل سرمایه کافی و سرمایه مازاد (b) محدود کردن گزینه‌های سرمایه‌گذاری (c) تعیین پیش‌نیازهای گزارش‌دهی مالی (d) تعیین استانداردهای صحت آماری بیمه‌های خصوصی و اجتماعی در طولانی مدت (a) تبلیغات (b) مشخص کردن میزان کارمزد، محدود کردن قیمت‌های حداکثر برای فروش و بازاریابی (c) محتوا و شکل بیمه‌نامه	مقررات اندک در مورد بیمه‌های خصوصی سلامت با اجرای ضعیف، معمولاً شرکت‌هایی که قادر به کسب مجوز فروش شوند، سودهای هنگفتی می‌برند. برخی مقررات وجود دارند، اما به صورتی ضعیف اعمال می‌شوند
۲ - تکمیل آنچه بازار نمی‌تواند انجام بدهد، مثل توزیع عادلانه (A) تجمع خطر (B) عدالت در تأمین مالی و منابع	(a) لازم است حق بیمه از سوی شرکت‌های بیمه بر مبنای کل جامعه تعیین شود. (b) متقاعد کردن خانوارهای مناسب برای ثبت‌نام در طرح‌های بیمه اجتماعی (c) حق بیمه مبتنی بر درصد دستمزدها در بیمه اجتماعی	قوانین مشابهی در مورد بیمه‌های اجتماعی وجود دارد، اما به صورتی ضعیف اعمال می‌شوند.
۳- اصلاح موارد نارسایی بازار (A) انتخاب خطر (B) انتخاب معکوس (C) قیمت‌گذاری انحصاری	(a) نیازمند ثبت‌نام آزاد است، از بیمه کردن مبتنی بر وضعیت پزشکی ممانعت به عمل می‌آید (b) حق بیمه با تعدیل برحسب خطر تعیین می‌شود. (c) بیمه مجدد افراد پرخطر با انتقال اعتبارات به صورت گذشته‌نگر از بیمه‌گران با خطرات به‌طور میانگین پایین‌تر به کسانی که خطرت بالاتری را پوشش می‌دهند، صورت می‌گیرد. (d) نیازمندان است که شرکت‌های بیمه حق بیمه را بر مبنای کل جامعه تعیین کنند (a) ثبت‌نام‌کننده سوابق طبی و بیماری‌هایش را فاش می‌کند. (a) نیازمند نسبت خسارت حداقل است، یعنی حداقل درصدی از حق بیمه‌ها که باید برای منافع خدمات سلامت پرداخت شود.	مقررات بسیار اندکی وجود دارند. کشورهای بسیار کمی در این مورد به وضع مقررات می‌پردازند
۴- اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار (A) سوءاستفاده از خدمات رایگان (B) هزینه - اثربخشی	(a) متقاعد کردن تمام جمعیت واجد شرایط برای ثبت‌نام در بیمه اجتماعی (a) وضع مقررات در مورد بسته منفعت بیمه‌های اجباری	یکسان، اما اعمال آن اثربخشی کمتری دارد.

مربوط به عدالت، غیر منصفانه بودن قیمت‌ها و فعالیت‌های تجاری متقلبانه است. در مورد بیمه‌های خصوصی اختیاری، وضع مقررات معمولاً 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 پیش‌نیازهای مربوط به وضع مؤثر مقررات که پیش از این در همین فصل ذکر شدند، وجود ندارد. این عدم وجود پیش‌نیازها به نوبه خود باعث جذابیت بیمه‌های خصوصی به‌عنوان 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.

۱-۶) تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار

۱-۱-۶) مقررات مربوط به توانایی پرداخت بدهی طرح‌های بیمه‌ای

مشکلات مربوط به توانایی پرداخت بدهی‌ها در بیمه‌های خصوصی فراوان‌تر از نظام‌های بیمه اجتماعی هستند. در بیمه‌های اجتماعی اعتبارات ناکافی معمولاً 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 عمدتاً 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 قیمت‌ها در مقایسه با مطالبات پرداخت شده، سرمایه‌گذاری‌های نامناسب صندوق‌های ذخیره بیمه‌ای و تقلب است. پس از تجارب مربوط به چندین مورد ورشکستگی (که طی آن بیمه‌گر نمی‌تواند به تعهدات خود در قرارداد عمل کند)، دولت فدرال بر ایالت‌ها که مسئول وضع مقررات بیمه‌های خصوصی هستند فشار آورد که پیش‌نیازهای مالی خود را جدی‌تر کنند. در نتیجه در حال حاضر ایالت‌ها معمولاً از بیمه‌گران می‌خواهند که استانداردهای خاصی در مورد حداقل سرمایه و سرمایه مازاد را برآورده سازند، گزینه‌های خود را برای سرمایه‌گذاری محدود کنند و از استانداردهای گزارش‌دهی مالی تعیین شده پیروی نمایند. قوانین گوناگونی به کنترل قیمت‌گذاری، 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 (به‌عنوان مثال جمهوری چک)، شاهد موارد قابل

ملاحظه‌ای از ورشکستگی به‌خاطر فعالیت‌های تجاری نامناسب بوده‌اند. دولت‌ها باید استانداردهای حداقلی برای تأیید کسانی که کارهای فنی کلیدی را در صنعت بیمه انجام می‌دهند تعیین نمایند. به‌عنوان مثال، مأموران احصائیه‌ای که میزان‌های حق بیمه و ذخایر را تعیین می‌کنند، اغلب تحت نظارت مقررات دولت یا جامعه حرفه‌ای خود قرار دارند. ابزار اولیه‌ی پایش توانایی پرداخت بدهی‌های یک شرکت، مرور اظهارنامه‌های مالی آن است.

۲-۱-۶) وضع مقررات برای فعالیت‌های فروش و بازاریابی

اکثر بیمه‌های خصوصی از طریق عواملی فروخته می‌شوند که به‌ازای هر مورد فروش کارمزد دریافت می‌کنند. به دلیل پیچیدگی قراردادهای بیمه‌ای 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 بیمه‌ای، موارد بالقوه فریبکاری را تحت نظارت مقررات در می‌آورند. طرح‌های بیمه باید فرم بیمه‌نامه‌های خود را برای تأیید به نهادهای وضع 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 پیش‌نیازهای 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.

۲-۶) تقویت عدالت

۱-۲-۶) وضع مقررات در مورد تجمیع خطر

در یک بازار بیمه کاملاً 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 کم‌خطر را با هم در یک جامعه کلی تجمیع می‌کنند (تعیین حق بیمه جامعه‌ای)، به جای آنکه حق بیمه‌های متفاوتی از گروه‌ها یا افراد مختلف دریافت کنند. به‌عنوان مثال در استرالیا از این رویکرد استفاده می‌شود. بیمه مجدد نیز به‌عنوان سازوکاری برای تجمیع خطرات در یک جمعیت بزرگ‌تر به کار می‌رود. در سال‌های اخیر در

آلمان الزامی شده 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 ایالت‌ها از «صلیب آبی»^(۱) - یک طرح بیمه سلامت غیرانتفاعی - خواسته‌اند حق بیمه‌های خود را بر مبنای کل جامعه تعیین کند.

۲-۲-۶) پرداخت حق بیمه سلامت بر مبنای توانایی پرداخت

حتی زمانی که در یک کشور برای تجمیع 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 دلایل 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، غیر انتفاعی و انتفاعی در کار هستند، اغلب از آنها خواسته می‌شود حق بیمه‌های خود را به این طریق تعیین کنند (مثلاً شبلی). کلمبیا از این هم گاهی 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.

۳-۶) اصلاح موارد نارسایی بازار

۱-۳-۶) وضع مقررات در مورد انتخاب برحسب خطرات

آنچنان که در فصل ۸ در مورد تأمین مالی گفته شد، طرح‌های بیمه برای انتخاب خطر^(۲) (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 بیمه‌گران به عدم ابطال بیمه‌نامه کسانی که بیمار می‌شوند، انتخاب خطر را کاهش دهند. در ایالات متحده انتخاب برحسب خطرات همچنان در بسیاری از بازارها یک مشکل جدی به‌شمار می‌رود، زیرا بیمه‌گران 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 گذشته‌نگر از بیمه‌گران برخوردار از خطرات کم به شرکت‌های مواجه شده با خطرات زیاد، یک سازوکار بیمه مجدد ابداع کرده است.

۲-۳-۶) وضع مقررات در مورد انتخاب معکوس^(۱)

مصرف‌کنندگان آگاه و مطلعی که می‌دانند نسبتاً 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 شدیداً مشتاق خواهند بود. این انتخاب معکوس (آنچنان که در فصل ۸ در مورد آن به بحث پرداختیم) امکان تجمع هزینه‌های پوشش افراد سالم با افراد ناسالم را از بیمه‌گران می‌گیرد. در این صورت حق بیمه‌ها - که بر مبنای هزینه‌های پوشش افراد ناسالم تعیین شده‌اند - برای اکثر افراد غیرقابل 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.

۴-۶) اصلاح نتایج غیر قابل قبول بازار

۱-۴-۶) 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 ارائه 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 تجمع می‌شود که این امر یکی از مزایای عمده بیمه اجتماعی است.

۲-۴-۶) 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) راهنمای شرايطی

درست همان‌طور که سایر دگمه‌های کنترل ممکن است برای اثربخش بودن به اقدامات در جهت وضع مقررات نیاز داشته باشند، وضع مقررات نیز اغلب به‌عنوان مکمل به سایر دگمه‌های 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 آرایه‌کننده به‌وسیله انواع پاداش‌ها، راهی برای تقویت پایبندی و پذیرش داوطلبانه است.

اغلب به‌نظر می‌رسد که این ملاحظات، در فشارهای فعلی از سوی سازمان‌های بین‌المللی بر وزارتخانه‌های بهداشت برای دست‌کشیدن از نقش‌شان در زمینه تأمین مالی و اتکا به اعمال مقررات به جای آن، نادیده گرفته شده باشند. دست‌کشیدن 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 پاداش‌ها می‌تواند سبب انعطاف‌پذیرتر شدن قوانین و افزایش پذیرش داوطلبانه شود.

در کشورهای با درآمد متوسط و کم‌درآمد، تمایل زیادی به استفاده از مقررات کشورهای پردرآمد بدو هیچ‌گونه تغییری وجود دارد. این رویکرد راهی سریع و ارزان‌قیمت برای ایجاد یک برنامه ملی به‌نظر 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 عمومی به نهاد رسمی بیشتر، دیوان‌سالاری دارای عملکرد بهتر و نظام‌های قضایی و پلیس اثربخش‌تر باشند. اعمال موفقیت‌آمیز مقررات به طراحی نهادها و فرآیندهای وضع مقررات وابسته خواهد بود: انواعی مختلفی از ویژگی‌های عملی با این فرآیندهای شناسایی خطایان و مجازات آنها و میزان پذیرش داوطلبانه. هر چه وضعیت یک کشور از این نظرها بهتر باشد، احتمال عملکرد اثربخش نظام وضع مقررات و نظارت و اصلاح واقعی رفتارها بیشتر خواهد بود. مسلماً وظایف وضع‌کنندگان مقررات در سویس و سوازیلند مثل هم نباید باشد.

مجریان اصلاحات به‌عنوان بخشی از تدوین یک راهبرد وضع مقررات باید تحلیلی دقیق برای ارزیابی هزینه‌ها و منافع سیاسی و امکان‌پذیری فنی و اجرایی مقررات موردنظر انجام دهند. از آنجا که منابع سیاسی و سازمانی مورد نیاز برای قانونگذاری و اجرای مقررات محدود هستند به تصمیم‌گیری در این مورد که بیشترین دستاوردها احتمالاً در کجا حاصل می‌شوند و تدوین طرحی کلی برای حرکت به آن سمت، نیاز خواهد بود. این طرح باید موارد زیر را به صورت اجزایی یکپارچه شامل شود: ارزیابی امکان‌پذیری 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 ۴ دسته مقررات که پیش از این بیان شد متفاوت هستند. قوانینی که شرایط پایه مبادلات بازار را تعریف می‌کنند از قبیل مشخص کردن حقوق مالکیت و قوانین مربوط به خرید و فروش، ساده‌تر از سایر انواع مقررات پذیرفته می‌شوند. قربانیان موارد تخطی از این قوانین، اغلب نقش‌آفرینان اقتصادی چیره‌دست و کارکشته هستند و لذا احتمالاً شکایت خواهند کرد و دست به اقدامات جبرانی خواهند زد. از سوی دیگر وضع مقررات برای پیشبرد عدالت با احتمال کمتری اثربخش خواهند بود. به‌عنوان مثال خواستن از درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های خصوصی برای ارزیابی

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 در مانگه توجهی ندارند، بیماران را به صورتی ابتدایی و بدون دقت درمان می‌کنند، از منابع مهم بهره‌مند نیستند و گاهی به مناطق دیگر منتقل می‌شوند. مشکلات مربوط به پایش و اجراء در چنین مواردی بسیار زیاد و جدی هستند. از این رو دولت ممکن است مجبور شود به یک دگمه کنترلی دیگر از قبیل تأمین مالی یا سازماندهی متوسل شود تا بتواند به اهداف مربوط به عدالت دست پیدا کند (به فصل‌های ۷ و ۱۰ مراجعه کنید).

وضع مقررات برای اصلاح موارد نارسایی بازار (به‌عنوان مثال تضمین کیفیت و سالم بودن آب، غذا و فرآورده‌های دارویی) معمولاً در کشورهای پردرآمد از مقبولیت اجتماعی و پشتیبانی عمومی بالایی 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 کم‌درآمد برقراری چنین فعالیت‌هایی در زمینه وضع مقررات بسیار دشوار است. ممکن است توجه عمومی در 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 فرآیندهای طبابت. در اینجا نیز رویکردها، پیچیده‌تر و فراتر از ظرفیت برخی کشورهای کم‌درآمد هستند. اما برخی اقدامات برای ارتقای ارایه خدمات - به‌عنوان مثال انتشار رتبه‌بندی‌ها و گزارش‌ها در مورد بیمارستان‌ها - می‌توانند در همه یا حداقل اکثر شرایط محدودیت منابع تأثیرگذار باشند. در حالی که زبان‌های ناشی از برخی موارد نارسایی بازار (به‌عنوان نمونه تقلب در پرداخت در بازارهای بیمه

خصوصی) عمدتاً مالی هستند و ممکن است به گروه‌های با درآمد بالاتر محدود باشند، سایر موارد نارسایی‌های کیفی تأثیراتی مستقیم بر وضعیت سلامت خواهند داشت.

۱-۷) 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 ارائه کنیم و اختصاصاً چگونگی ارتباط اقدامات در جهت وضع مقررات با موارد مربوط به عدالت را مورد توجه قرار دهیم. نخستین نکته آن است که افراد فقیر، فاقد تحصیلات و به لحاظ اجتماعی به حاشیه رانده شده اغلب جمعیت‌هایی هستند که بیش از همه نسبت به بهره‌کشی نظام بازار آسیب‌پذیر هستند. با این حال، آنها همچنین جمعیت‌هایی هستند که به احتمال کمتری از ابتکارات خاص در جهت وضع مقررات سود می‌برند - به‌ویژه آن دسته از مقررات که بر راهبردهای اطلاعاتی مثل برچسب‌زدن برای فرآورده‌های تولیدی، کارت‌های گزارش و آشکار ساختن قوانین متمرکز هستند. کم‌تجربگی و پایین بودن احساس کارآمدی شخصی می‌تواند استفاده اثربخش از چنین اطلاعاتی را برای افراد محروم دشوارتر سازد. نباید کلاً چنین برنامه‌هایی را کنار گذاشت، اما لازم است مجریان اصلاحات نسبت به اثربخشی متفاوت رویکردهای وضع مقررات برای جمعیت‌های محروم کاملاً هوشیار باشند.

به همین دلیل تلاش‌ها برای محدود کردن طیف فرآورده‌ها یا خدمات در دسترس در بازار (به‌عنوان مثال با کنترل داروهای غیرایمن یا ارائه‌کنندگان غیرصلاحیت‌دار) 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 احتمالاً عرضه کالاها و خدمات ارزان قیمت‌تر موجود برای خانوارهای کم‌درآمد را نیز محدود خواهند کرد. از این‌رو لازم است وضع‌کنندگان مقررات تعادلی دقیق میان محافظت خریداران از انتخاب‌های کاملاً زیانبار و استفاده از توانایی آنان در وضع مقررات به روش‌هایی که موقعیت انحصاری گروه‌های حرفه‌ای سازمان‌دهی شده و منافع مشخص شرکت‌ها را تقویت می‌کنند، برقرار نمایند.

علاوه بر این، خانوارهای فقیر اغلب نه تنها بر بازار بلکه همچنین بر بخش دولتی برای دریافت خدمات متکی هستند. از این‌رو مهم‌ترین برنامه‌ها برای

ارتقای هم کیفیت خدمات و هم کیفیت بالینی برای این خانوارها، اغلب در حیطة دگمه کنترل «سازماندهی» می‌گنجد (که در فصل قبل در مورد آن صحبت شد). در واقع خدمات بهتر در بخش دولتی به محافظت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر در برابر بهره‌کشی 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 روش‌ها 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 عمدتاً فقیری که دست به چنین اقداماتی می‌زنند، منجر می‌گردند. مسائل مشابهی نیز در مورد کارآزمایی‌های مربوط به داروهای جدید مطرح هستند.

یک حیطة 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، قهقرايي یا «نزولی»^(۱) هستند. آنها 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 همین دلایل، ما به‌طور کلی با چنین برنامه‌هایی برای تأمین مالی موافق نیستیم - تا حدی به این دلیل که آنها بار سنگینی را بر ظرفیت غالباً محدود دولت‌ها برای وضع مقررات تحمیل می‌کنند. با این حال ما معتقدیم هر جا که از این روش‌ها استفاده می‌شود، باید مقررات موردنیاز را اعمال کرد؛ اگرچه چنین تلاش‌هایی عموماً به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا که خریداران عمده چنین بیمه‌هایی خواهند بود؛ سود می‌رسانند.

یک فرصت دیگر برای حرکت به سمت عدالت در حیطة وضع مقررات، وضع مقررات برای صنعت داروسازی به منظور تضمین فراهم بودن داروهای قابل خرید، بی‌خطر و اثربخش را دربرمی‌گیرد. در حال حاضر بی‌عدالتی‌های جهانی عمده در زمینه دسترسی به داروهای بسیاری از بیماری‌های مهم کشورهای غنی و ثروتمند، به‌صورتی گسترده شناخته شده است. وضع مقررات

نقشی مهم در تعیین این بی‌عدالتی‌ها در دسترسی و شکل‌گیری راه‌حل‌های سیاسی برای آنها دارد.

اولاً بسیاری از دولت‌ها در سراسر جهان به وضع مقررات در مورد قیمت داروها به طرق مختلف می‌پردازند. برخی از کشورها قیمت‌هایی را در سطح خرده‌فروشی براساس دسته‌های مختلف فرآورده‌ها تعیین می‌کنند (مثلاً هند). سایر کشورها از قبیل ژاپن میزان‌های بازپرداختی 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 بیمه‌گر تکمیلی، تفاوت قیمت را می‌پردازند. چنین نظام‌هایی عمده‌تاً 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 موردنیاز برای بیماران می‌پردازد ولی هزینه‌هایی برای دولت و سایر پرداخت‌کنندگان دربر دارد.

رویکرد اصلی سوم به‌وضع 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 بین‌المللی با عرضه امتیاز انحصاری فرآورده‌ها به شرکت‌های داروسازی در سراسر جهان (با کمی تأخیر در اجرا برای فقیرترین کشورها) تحت موافقت‌نامه جنبه‌های مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی (TRIPS)^(۱) موافقت کرد. تفسیر چندین عبارت کلیدی در موافقت‌نامه مذکور (که سیاست‌های مربوط به فرآورده‌های دارویی را پوشش می‌دهد) به منبعی عمده برای اختلاف نظرهای بین‌المللی با کاربردهای مهم اخلاقی، سیاسی، اقتصادی و بهداشتی عمومی تبدیل 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 داروهای پیردازند 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؛ درحالی 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 قیمت‌ها، فرمول‌ها و امتیازات انحصاری، با موارد بسیار جنجالی درمان ضد رترو ویروسی برای عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی به حیطه تجارت بین‌المللی کشیده شدند. در این مورد، مسائل مربوط به عدالت کاملاً بارز و در معرض دید همگان بودند: مرگ‌ومیر ناشی از ایدز با در دسترس قرار گرفتن درمان سه دارویی به صورتی گسترده در کشورهای غنی به سرعت کاهش پیدا کرد، درحالی که بخش عمده بیماران مبتلا به ایدز در جهان که در کشورهای فقیر می‌زیستند، همچنان به دلیل عدم دسترسی به داروهای ضد رترو ویروسی 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 مورد نیاز 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 لنگاو صورت گرفته است. در حالی که این اقدامات می‌توانند در کشورهای دریافت‌کننده برای جمعیت‌های خاص بسیار کمک‌کننده باشند، اما این برنامه‌ها راه‌حلی طولانی مدت برای تأمین داروها در کشورهای فقیر نخواهند بود.

متأسفانه ما نمی‌توانیم تمامی مسائل پیچیده موجود را با این مثال‌ها 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 شده‌ایم.

۲-۲) خلاصه

در مجموع دگمه‌کنترلی وضع مقررات می‌تواند ابزاری اثربخش برای ارتقای عملکرد نظام سلامت باشد، به‌ویژه زمانی که به صورتی مناسب با پاداش‌ها،

تغییر رفتار و ترتیبات سازماندهی مناسب ترکیب شود. در حالی که تعیین چنین مقرراتی به نظر نسبتاً ساده می‌رسد، چالش‌های فنی مربوط به انجام درست این کار می‌تواند بسیار دشوار شد و موانع سازمانی و سیاسی بر سر راه اجرای این مقررات ممکن است حتی دشوارتر از این باشد. وضع مقررات می‌تواند در برخی موقعیت‌ها 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 فرآیند احتمالی اجرا، منابع موجود، ظرفیت قانونی، پشتیبانی سیاسی، نظام‌های جمع‌آوری داده و پایش و انگیزه‌های ایجاد شده توسط مقررات فکر کنند.

با وجود آنکه ما مکرراً به خوانندگان در مورد امکان شکست وضع مقررات هشدار دادیم، همچنین تأکید می‌کنیم که بدون وضع مقررات کافی و مناسب، ناکارایی‌ها و بی‌عدالتی‌های 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 امکان‌پذیر است، مواجه هستند. ■

۱۲ 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 مرگ‌ومیر شیرخواران مؤثر است. عادات نسخه‌نویسی پزشکان در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها، بر هزینه و اثربخشی برنامه‌های کنترل بیماری‌های اسهالی و شکل‌گیری مقاومت میکروبی اثر می‌گذارد. عادات رانندگی و استفاده از کمربند ایمنی، بر میزان مرگ ناشی از تصادفات مؤثر است. به‌طور 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 غیره، به محرک‌های متعددی پاسخ می‌دهند. برخی از این محرک‌ها، از دگمه‌های کنترل دیگری ناشی می‌شوند: نظام‌های تأمین مالی و پرداخت و ساختارهای سازمان‌دهی و مقرراتی و نظارتی. اما رفتارکنندگان نیز در بستری متشکل از فرهنگ و ساختار اجتماعی، عادات، ارزش‌ها، تصورات، باورها و ایده‌های خود، عمل می‌کنند. این فصل، پنجمین دگمه 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 دگمه 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 ۴ دسته از رفتارهای فردی که برای این عملکرد مهم هستند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. سپس از طریق بحث در مورد اجزای اصلی بازاربایی اجتماعی، 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، نتیجه‌گیری مطرح خواهد شد.

دگمه 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 (IEC)^(۱) و بازاریابی اجتماعی، همگی مرتبط هستند. خصوصاً واژه بازاریابی اجتماعی، به یک چارچوب مفهومی برای 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، غالباً با کاربرد هماهنگ یک یا چند دگمه‌های از ۴ دگمه کنترل دیگر، می‌توان حصول به آن کمک کرد. برای مثال، یک برنامه تغییر رفتار می‌خواهد با انگیزش‌های پولی (پرداخت) برای ارایه‌کنندگان یا وضع قوانین حاکم بر رفتار آنها، یک برنامه آموزشی را تکمیل کند. به‌طور مشابه می‌توان سازمان‌دهی نظام مراقبت سلامت را تغییر داد تا بر مصرف (بهره‌مندی) بیماران از تسهیلات خاص سلامت اثر بگذارد. در بحث در مورد دگمه کنترل رفتار، قصد بر این است که هر جا مناسب باشد، به ۴ دگمه 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 دگمه 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 و سیدنی جی. لیوای (۱۹۶۹) 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 یا 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 عمومی را به پیش می‌برد؛ هرچند برخی از بازاریابی‌های تجاری (مثلاً برای کاندوم) می‌توانند به اهداف سلامت عمومی نیز کمک نمایند. چنین بازاریابی‌های تجاری می‌توانند نتایج قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد نظام سلامت بگذارند که مواردی از آنها عبارتند از: بازاریابی برای غذای آماده^(۱)، شیر خشک و محصولات دخیانی، کشورهای که در گذار از نظام دولتی - سوسیالیستی به نظام مبتنی بر بازار هستند، با افزایش ناگهانی بازاریابی تجاری مواجه شده‌اند که با تغییراتی ناگهانی در الگوها و مقادیر هزینه‌های سلامت شخصی و عمومی همراه بوده است. برای مثال، فروش محصولات دارویی در دهه ۱۹۹۰ در بازار کاملاً بدون تنظیم و نظارت و در حال گذار ویتنام، ناگهان افزایش یافت. بازاریابی از سوی پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی نیز به هزینه‌های عمومی مربوط 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 ثالثیه گردد که در کشور کره، همین‌طور هم شده است.

دگمه کنترل رفتار، راهی فراروی سیاستگذاران سلامت می‌نهد تا عواقب منفی تمام این بازاریابی‌های تجاری بر سلامت را متوازن کنند و رفتارهای فردی را به طرقتی مجدداً جهت دهند که اهداف سلامت عمومی را 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 موفقیت‌آمیز 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 خواست‌ها و نیازهای خریدار

است. مجریان اصلاحات سلامت لازم است با این ارزش‌ها، 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 از ارزش‌های عمیقاً 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، بالا است (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»^(۱) رفتارها یا نظرات خاص در مردم برآیند؛ در عوض باید راه‌هایی برای «درآوردن»^(۲) مفاهیم جدید و مطلوب در مورد ارزش‌های موجود افراد پیدا کنند.

جدول ۱-۱۲) انواع رویکرد به تغییر رفتار فردی.

اطلاعات	اختیاری‌تر
بازاریابی	
انگیزش‌ها	
محدودیت	
تلقین	
ممنوعیت	اجباری‌تر

رویکردهای مربوط به تغییر رفتار فردی، از رویکردهای نسبتاً کم‌اجبار^(۳) مثل ارائه ساده اطلاعات تا تلاش‌های نسبتاً پراجبار مثل وضع مقررات و ممنوعیت‌ها متفاوت است (جدول ۱-۱۲). راهبردهای تحت پوشش این دگمه کنترل، جایی در حد وسط را اشغال می‌کنند. بازاریابی اجتماعی ممکن است اجباری‌تر از ارائه ساده اطلاعات باشد؛ زیرا پیام‌هایی را به قصد ایجاد تغییرات رفتاری، آماده، بسته‌بندی و ارائه می‌کند. بر خلاف ارائه ساده اطلاعات، بازاریابی اجتماعی از تأثیرگذاری و استدلال بر اساس

احساس و نمادگرایی استفاده می‌کند (توجه کنید که کمی اجبار در ارائه هدف‌دار اطلاعات دچار تورش^(۴) یا ناکافی وجود دارد). میزان اجبار موجود در مداخلات تغییر رفتار می‌تواند نگرانی‌های اخلاقی مهمی را برانگیزد که بعداً در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند.

مجریان اصلاحات سلامت در طراحی راهبردهای تغییر رفتار، با ۳ 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 غیرمحسوس (مثل نظرات و باورها) را دربربگیرد. دوم، لازم است ارتباط محصول را با مصرف‌کنندگان خاص موجود در نظام سلامت مدنظر

1- push

2- pull

3- low-coercion

4- bias

قرار دهند. انواع مختلف مصرف‌کنندگان باید لحاظ شوند: خریداران (یا مشتریان مستقیم محصول)، تصمیم‌گیرندگان (یا سیاستگذاران نظام سلامت)، ذینفعان اصلی (که منافع خاصی در محصول مربوطه دارند) و عموم مردم (تمام افرادی که نگرش‌ها 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^(۱) مناسب و قرار دادن آن در مکان^(۲) مناسب با قیمت^(۳) 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 بین‌المللی 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^(۴) بود که به وسیله دولت هند و با کمک بنیاد فورد اجرا شد. این پروژه‌ها معمولاً 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 شکل‌گیری 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 ۵۴/۵ میلیون دوره قرص جلوگیری از بارداری به فروش رساندند و افزایشی به میزان ۱۳٪ را در تعداد زوج‌های خدمت‌گیرنده نسبت به سال قبل گزارش کردند (پيامدهایی که به کاربرد موفقیت‌آمیز روش‌های بازاریابی اجتماعی نسبت داده شده‌اند).

تاکنون به‌طور کامل، رویکردهای تغییر رفتار، برای ارتقای عملکرد نظام سلامت اقتباس نشده است. هدف این رویکردها، عمدتاً بهبود به‌کارگیری

1- Promotion

2- Place

3- Price

4- Nirodh

محصولات خاص مرتبط با سلامت بوده است: روش‌های بارداری، شیر مادر، دخانیات، پشه‌بندها، ایمن‌سازی و محلول‌های خوراکی جایگزینی آب بدن. 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»^(۱) رفتارهای پرخطر (از جمله سیگار کشیدن و رفتارهای جنسی خاص) تعداد محصولات خوب جایگزین، محدود است. در مواردی که چنین محصولاتی واقعاً وجود دارند (از جمله آدامس‌های ترک سیگار و کاندوم‌ها)، غالباً در برآوردن نیازهای مشتریان، کم‌اثرتر از محصولاتی هستند که قرار است جایگزین آنها شوند.

مشکل دیگری که اثربخشی تغییر رفتار را محدود کرده است، این است که تک‌تک مداخلات مشکل به مشکل، به‌طور نظام‌مند به موضوعات گسترده‌تر عملکرد نظام سلامت ربط داده نشده‌اند. گاهی تلاش‌های صورت گرفته برای اصلاحات سلامت، شامل تدوین «برنامه‌های ارتباطاتی» بوده‌اند ولی این تلاش‌ها، معمولاً در جهت فرآیندهای اتخاذ یک پروپوزال اصلاحاتی (فرآیندهایی که در فصل ۴ در بحث سیاست مطرح شده‌اند) و نه به‌عنوان 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؛ و لازم است که تغییر رفتار، یک دگمه کنترل پایه برای اصلاحات سلامت در نظر گرفته شود تا عملکرد کلی نظام سلامت ارتقا یابد و دستیابی به رسیدن به معیارهای اصلی، راحت‌تر صورت گیرد.

(۲) دسته‌بندی رفتار فردی

در چه مواقعی می‌توان دگمه کنترل تغییر رفتار را در تلاش‌های مربوط به اصلاحات سلامت به کار گرفت؟ لازم است که ۴ دسته‌بندی مهم برای رفتار فردی در نظر گرفته شود:

- رفتارهای جستجوکننده درمان؛
- رفتارهای متخصصان سلامت؛

- رفتارهای پذیرش (کمپلیانس) بیمار؛
 - رفتارهای سبک زندگی و پیشگیری.
- هر دسته از این رفتارها می‌تواند با اهداف مهمی از اصلاحات بخش سلامت (از جمله معیارهای اصلی و معیارهای حد واسط) مرتبط باشد.

۱-۲) رفتارهای جستجوکننده درمان

تصمیمات 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 امر سلامت (مثلاً 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 مصرف‌کنندگان، غالباً در برگیرنده تعامل بین یک متخصص امر 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 منطقه‌ای، در نظر بگیرید. هدف این برنامه، عبارت خواهد بود از افزایش کارایی نظام ارجاع، کاهش ازدحام بیش از حد در مراکز منطقه‌ای و آرایه 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 مذکور. تصور کنید پژوهش‌ها 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 دگمه کنترل سازمان‌دهی). واداشتن مردم به رفتن به این مراکز (تنها برای رفع توهم آنها در مورد آنچه که در آنجا مواجه می‌شوند)، آنها را متقاعد نخواهد کرد که پیشنهاد شما، نیازهای ابتدایی آنها را برآورده خواهد کرد. البته قانع کردن، به تنهایی مفید واقع نمی‌شود؛ بلکه باید با محرک‌های اجباری‌تر ترکیب شود. برای مثال، با افزایش فرانشیز در محل ارایه مراقبت‌های ثالثیه و ارایه درمان رایگان در محل ارایه مراقبت‌های اولیه، می‌توان از دگمه کنترل پرداخت استفاده کرد. با به‌کارگیری سازوکار سنگربان^(۱) (مثالی از دگمه کنترل وضع مقررات) نیز می‌توان بیماران را واداشت که قبل از ویزیت شدن در محل ارایه مراقبت‌های ثالثیه، 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 دگمه 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 عمومی در مقابل مطب شخصی ارایه‌کننده) و ارجاع بیماران به سایر ارایه‌کنندگان. دولت، در اینجا تنها نقش‌آفرین بالقوه نیست؛ زیرا به مسائل اخلاق حرفه‌ای می‌توان از طریق برنامه‌های تغییر رفتار 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 غالباً تغییر رفتار ارایه‌کنندگان را در برمی‌گیرند. 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، یک «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 است.

این برنامه بر مبنای درک این موضوع استوار است که دینامیک (پویایی) بین فردی روابط ارایه‌کننده - بیمار می‌تواند عامل تعیین‌کننده مهمی از استنباط درباره کیفیت خدمات باشد و بر رفتار جستجوی سلامت و از آن طریق، لذا بر وضعیت سلامت و رضایت مصرف‌کننده تأثیر بگذارد. بنابراین تغییر نگرش‌ها و رفتارهای ارایه‌کنندگان سلامت می‌تواند تفاوت عمده‌ای در چگونگی جست‌وجوی مراقبت از سوی بیماران و پاسخ آنها به درمان ایجاد کند.

هدف بسیاری از راهبردهای تغییر رفتار، الگوهای نسخه‌نویسی 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»^(۱) برای ارایه اطلاعات به پزشکان با استفاده از یک رویکرد بازاریابی اجتماعی ابداع شده است تا رفتار نسخه‌نویسی 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 نسخه‌نویسی پزشکان و نیز داروخانه‌های تجاری، به ویژه در محیط‌هایی بوده است که محصولات، بدون نسخه پزشک و غالباً 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 آنتی‌بیوتیک‌ها 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 تلاش‌ها، 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 یا 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 موفقیت‌آمیز مربوط به بازاریابی اجتماعی که بیماران و پزشکان را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به کاهش این تنش بالقوه ضرربخش کمک کنند.

۲-۳) رفتارهای پذیرش (کمپلیانس) بیمار

دسته سوم رفتارهای فردی، تصمیمات بیمار در مورد رعایت دستورالعمل‌های درمانی متخصصان سلامت را در برمی‌گیرد. 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 (کمپلیانس) بیمار، داروها را هدف قرار داده‌اند. نمونه‌هایی از راهبردهای تغییر رفتار در این عرصه عبارتند از: تلاش‌هایی جهت تشویق بیماران برای مصرف کامل دوره‌های آنتی‌بیوتیک (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^(۱) خوانده می‌شود، از پذیرش (کمپلیانس) 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 سنی 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 ۶ ماه حاصل گردد. این مطالعه به این نتیجه غالب دست یافت که رفتارهایی چون شیردهی، از یک شبکه اجتماعی پیچیده ناشی می‌شود. لذا هرگونه تلاش جهت تغییر عادات شیردهی مادران، باید نگرش‌ها و تأثیرات

شوهران و افراد مسن تر و به ویژه مادر بزرگ‌ها را در نظر بگیرید. این مطلب، درسی مهم برای طراحان برنامه‌ها است که باید آن را به خاطر بسپارند (به ویژه هنگام فعالیت در جوامع نسبتاً به هم پیوسته که غالباً در نواحی روستایی کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد).

۲-۴) 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 بیماری‌ها، 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 لزوماً دربرگیرنده تعامل با یک متخصص سلامت یا تسهیلات سلامت نیستند؛ در واقع، این رفتارها غالباً تحت نظر شبکه پیچیده‌ای از تأثیرات، از بازاریابی تجاری پیشرفته گرفته تا فشار ناشی از انتظارات فرهنگی سنتی قرار دارند.

نمونه‌ای از یک برنامه موفقیت‌آمیز برای تغییر رفتارهای سبک زندگی، زیر برنامه رانندگان از پروژه هاروارد، روشی برای تغییر رفتار اجتماعی رانندگی پس از نوشیدن مشروبات الکلی بود. این برنامه، نویسندگان تلویزیون هالیوود را ترغیب کرد در برنامه‌های تلویزیونی پر بیننده، اشاراتی به رانندگان الکلی داشته باشند. این پیام‌های کوتاه در درون برنامه‌های محبوب تلویزیونی، بر تصورات مردم نسبت به رفتارهای مناسب تأثیر گذاشتند و الگوهای اجتماعی در مورد نحوه رفتار در وضعیت‌های اختصاصی ارائه کردند. همچنین بنا بر یافته‌های این پروژه، دوستان و همسالان، اثر صادقی بر رفتار نوجوانان می‌گذارند؛ لذا این برنامه پیام‌هایی برای برقراری ارتباط با ارزش‌های نوجوانان ترتیب داد با این مضمون که «دوستان خوب نمی‌گذارند دوستشان در حالت مستی رانندگی کند».

در زمینه کنترل دخانیات، نمونه‌های متعددی از بازاریابی اجتماعی با هدف تغییر رفتارهای سبک زندگی وجود دارد. ارزیابی‌ها، عوامل متعددی را نشان داده‌اند که اثربخشی این برنامه‌های ضد مصرف سیگار را افزایش می‌دهند. «تبلیغاتی انجام دهید که مستقیماً به صنعت دخانیات به عنوان منشأ مشکل دخانیات حمله می‌کنند؛ روش‌هایی را فاش کنید که این صنعت، از طریق 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 روش‌ها در به چالش کشیدن مشروعیت و اعتبار این صنعت، مؤثر هستند. تجارب حاصل از برنامه‌های ضدسیگار 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، به‌طور گسترده‌ای قابل استفاده باشند.

۳) اجزای اصلی بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی، یک چارچوب مفهومی مناسب را برای اندیشیدن درباره تغییر رفتار و تدوین راهبردهای عملی، فراروی مجریان اصلاحات سلامت می‌نهد. دو دگمه کنترل دیگر، دو رویکرد اصلی دیگر را برای تغییر رفتار در نظر می‌گیرند: انگیزش‌ها (توسط دگمه کنترل پرداخت) و محدودیت و ممنوعیت (توسط دگمه 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 تأکید می‌شود که مجریان اصلاحات سلامت، برای اینکه حداکثر 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 توصیه کرد تلاش‌های خود را برای تغییر رفتار، بر اساس این نتیجه‌گیری 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 خواست‌ها و نیازهای همان جمعیت خاص طراحی کنید. با تعیین خواست‌های جمعیت و سپس پیروی از چهار P بازاریابی می‌توان به این هدف دست یافت.

۳-۱) محصول

اولین گام در بازاریابی اجتماعی، تعریف محصول برای مخاطبان اختصاصی

است. این فرآیند، از آنچه به نظر می‌رسد پیچیده‌تر است زیرا نیازمند تحلیل قابل توجه از مخاطبان بالقوهٔ مختلف است. اصول ذیل به تعریف و طراحی محصول کمک می‌کنند.

اصل اول، شناخت از مصرف‌کننده^(۱) 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 مصرف‌کننده، برای طراحی محصول و پیام و نیز ابداع راهبردهای توزیعی و ارتباطاتی لازم هستند. این نوع پژوهش تکوینی^(۲) به تعریف محصول و مخاطبین تلاش‌های بازاریابی اجتماعی کمک می‌کند.

اصل شناخت از مصرف‌کننده، اساس راهبردهای تغییر رفتار را تشکیل می‌دهد. برای اثربخش بودن تلاش‌هایی که برای تغییر رفتار فردی صورت می‌گیرند، این تلاش‌ها باید مبتنی بر درک چندبُعدی از خواست‌ها و نیازهای دریافت‌کنندگان باشند؛ محصول مربوطه نیز باید برای برآوردن (نه تغییر دادن) آن خواست‌ها و نیازهای اساسی طراحی شود.

اصل دوم در تعریف محصول، بخش‌بخش کردن مخاطبین^(۳) است. بازاریابان فراگرفته‌اند که جمعیت‌ها غالباً ناهمگن‌اند؛ بنابراین یک بیان و پیام نمی‌تواند پاسخگوی خواست‌ها 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، مخاطبین بالقوه زیاد تغییر رفتار را باید به بخش‌هایی تقسیم کرد و برای علایق، خواست‌ها 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، (۳) بیمارستان، (۴) صنایع شیرخشک‌سازی، (۵) صنعت (به‌طور 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، نوعاً بر اساس وضعیت روانی - اجتماعی یک جمعیت استوار است (که بازاریابان آن را «ترسیم خصوصیات روانی»^(۱)) می خوانند). این کار مستلزم شناسایی ارزش های اصلی از طریق تحلیل سبک زندگی، شخصیت، عادات ارتباطی، آمادگی برای تغییر و استنباط از نیازها است. این مشخصات روانی - اجتماعی می توانند با عوامل دیگری از جمله «جغرافیا (منطقه، استان)، جمعیت شناسی (سن، جنس، تعداد افراد خانواده، شغل، نژاد، طبقه اجتماعی) و ساختار اجتماعی (محل های کار، کلیساها، نهادهای داوطلبانه، خانواده ها، مراجع قانون گذار)» نیز مرتبط باشند که برای بخش بخش کردن مخاطبین مفید هستند.

می توان از پژوهش های کیفی و کمی، جهت تبیین خصوصیات نمای^(۲) انواع شخصیتی بخش های جمعیتی خاص استفاده کرد. سپس می توان از این نماهای خصوصیات (برای مثال «مرد سنت گرا در یک جامعه کم درآمد فیلیپینی») در طراحی پیام های بازاریابی اجتماعی برای تنظیم خانواده استفاده کرد. مجریان اصلاحات سلامت برای تعریف گروه مخاطب هدف، شناسایی بخش های جمعیتی خاص و توصیف ارزش های اصلی مخاطب، می توانند از روش های مختلفی برای تحلیل مصرف کننده استفاده کنند. پژوهش های بازار و گروه های متمرکز، روش های مهمی برای درک تصور و احساس مردم در مورد نیازهای سلامت خود و نظام سلامت، و همچنین تعریف زیرگروه های مناسب در جمعیت به شمار می روند. برای تعریف محصولات و پیام ها برای هر مخاطب هدف و برای ارایه روش های خاص برای هر گروه، شناسایی بخش های سلامت درست مخاطبین، حیاتی است.

سومین اصل اساسی طراحی محصول عبارت ست از برآوردن نیازهای اساسی^(۳) و نه تنها ارایه یک محصول مادی یا خدمت خاص. این اصل، از یک عقیده بازاریابی تجاری نیز پیروی می کند 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 یا امیدواری نیز هست؛ یک شرکت انتشاراتی، محصولش نه تنها کتاب بلکه اطلاعات نیز هست.

جدول ۲-۱۲) محصول، فایده و ارزش‌های اصلی برای عمل مطلوب در بین یک گروه مخاطب هدف.

ارزش‌های اصلی	محصول/ فایده	اقدام موردنظر
آزادی	رهایی از اعتیاد به نیکوتین	پیشگیری از شیوع سیگار کشیدن
عدم وابستگی کنترل	عدم وابستگی به دستمایه قرار گرفتن از سوی صنعت دخانیات	
طغیان	طغیان علیه صنعت که قصد دارد شما را گول بزند، فریب دهد، معنادار کند و بکشد	
آزادی	رهایی از ایدز	رفتار جنسی بی‌خطر
عدم وابستگی کنترل طغیان	عدم وابستگی به ویروسی که دوستان و جامعه شما را مبتلا می‌کند کنترل سرنوشت خود	
عدم وابستگی آزادی	شناخته شدن به عنوان شخصی قوی از لحاظ فیزیکی و جذب با کنترل ظاهر	ورزش بیشتر

به‌طور 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. برای یک نمونه پیشگیری از ایدز، محصول نه فقط رفتارهای جنسی بی‌خطر، بلکه فقدان بیماری و داشتن کنترل بر تقدیر خود فرد نیز هست. لذا دگمه 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 بی‌خطر یا تغییر تصورات مربوط به کیفیت زندگی) است. به‌طور 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 ارائه شده است که چگونه محصولات سلامت عمومی می‌توانند برای بخش‌های خاص جمعیت، با ارزش‌های اصلی مرتبط شوند. برای مثال، در مورد شروع سیگار کشیدن توسط نوجوانان در کشورهای در حال توسعه، طغیان به‌عنوان ارزش اصلی ممکن است با تصمیماتی برای شروع سیگار کشیدن در ارتباط باشد (چون که نوجوانان علیه والدین و هنجارهای اجتماعی آنها طغیان 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 ارزش‌ها در زیرجمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشند. یک چالش بزرگ عبارت است از مرتبط ساختن تغییرات مطلوب با ارزش‌های موجود در مخاطبین خاص.

۲-۳) مکان

بعد از تعریف تولیدات و مخاطبین، بازاریاب اجتماعی بر روی چگونگی رساندن محصول به مخاطب کار می‌کند. در چه مکانی می‌توان محصول را به دست مخاطبین رساند؟ تصمیم‌گیری 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. همان‌گونه که لفور 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، کلیساها، مطب‌های پزشکان و نهادهای غیرانتفاعی مختلف، همگی می‌توانند به‌عنوان مجاری بالقوه برقراری ارتباط در نظر گرفته شوند. شناسایی «نقاط مسیر زندگی» (مثل خشکشویی‌های عمومی، خواربار فروشی‌ها، رستوران‌ها و ایستگاه‌های اتوبوس) نیز می‌تواند مجاری بالقوه دسترسی به مخاطبین خاص را آشکار سازد.

به‌ویژه اگر گروه دچار محدودیت اجتماعی باشد (که معمولاً در مورد برنامه‌های سلامت عمومی برای ایمن‌سازی، 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، معمولاً در ۳ دسته وسیع جای می‌گیرند: مجاری بین فردی شامل خانواده، دوستان و آرایه‌کنندگان مراقبت سلامت؛ مجاری گروهی شامل سازمان‌های جابجایی و بسیج‌کننده و سازمان‌های کارمندی؛ و در نهایت مجرای رسانه‌های جمعی شامل نشریات، رادیو و تلویزیون. پژوهش‌ها 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 تی‌شرت‌هایی 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، ۸۳٪ 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 اخلاقانه، محصول و مخاطب را به یکدیگر مرتبط سازیم. 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 می‌گذارد. برای مثال،

جدول ۳-۱۲) مجاری رسیدن به گروه مخاطب هدف.

تبلیغات
رسانه‌های رایگان (مثل دادن امضا)
وقایع
گروه‌های سازمان‌دهی شده
تماس‌های شخصی
سرگرمی‌ها

برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی غالباً 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 معمولاً 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 مخاطبین محلول‌های خوراکی مایع درمانی، مکان‌های دیگر از جمله داروخانه‌های شخصی (در مصر و اندونزی) و مغازه‌های عمومی کوچک (در نواحی روستایی هندوراس) را برای تبلیغ محصول، اثربخش‌تر دانسته‌اند (زیرا در واقع جمعیت هدف از این اماکن به صورت منظم استفاده می‌کند).

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 خانواده اندونزی (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 تصمیم‌گیری 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، مشروب‌فروشی‌ها، سالن‌های زیبایی، آرایشگاه‌ها، سالن‌های خالکوبی، خشکشویی‌ها و مسافرخانه‌های ارزان، در بیش از ۱۰۰۰ محل کسب‌وکار خصوصی در نواحی دارای میزان بالای بیماری‌های 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) قیمت

تعیین قیمت برای مداخلات تغییر رفتار گامی مهم است که بر پذیرش و استفاده از محصول اثر خواهد گذاشت. تصمیم‌گیری در مورد قیمت، مستلزم محاسبه هزینه‌های مالی و غیرمالی 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 به‌عنوان 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 کم‌ارزش بودن، منجر به پرهیز استفاده‌کنندگان بالقوه از محصول گردد. صفر کردن قیمت پولی (به‌عنوان یک محصول رایگان) می‌تواند موانع مالی دسترسی را از سر راه بردارد ولی ممکن است منجر به استفاده غیرضروری و هدر رفتن شود. همان‌گونه که در بحث در مورد دگمه 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، ممکن 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 بی‌بضاعتی کنند (مثل دریافت‌کنندگان صدقه). اما در جایگاه خریدار، تحت کنترل تعاملات هستند ارتباط متفاوتی با پزشک دارند. شواهد شفاهی حاکی از آن هستند که این احساس بی‌بضاعتی در کنار واقعیت پایین بودن کیفیت خدمات، ممکن است در برخی از کشورها، حتی تمایل افراد فقیر را به استفاده از درمانگاه‌های عمومی کاهش دهد.

بازاریابان اجتماعی، در تصمیم‌گیری در مورد قیمت یک محصول باید در مورد اهداف خود و زمینه بازاری که خود را در آن می‌بینند، بیندیشند. برای تعیین قیمت، ۳ 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 قیمت‌گذاری 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 ۵ 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.

۳-۳-۱) به حداکثر رساندن تعداد پذیرندگان^(۱) 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 معمولاً 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. همین‌طور، 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 خرده‌فروشان، محصول را با قیمت طبیعی آن فروخته، تخفیف را به‌عنوان بخشی از سود خود به جیب بزنند. همچنین همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، وقتی هزینه‌های زمان و رفت‌وآمد، نیاز به تهیه تجهیزات توسط بیمار و پرداخت‌های زیرمیزی لحاظ می‌شوند، ممکن است خدمات اسماً رایگان، واقعاً رایگان نباشند. لذا اگر یکی از اهداف، به حداکثر رساندن استفاده باشد، ممکن است مجریان اصلاحات نتوانند قیمت‌ها را آن قدر که تمایل دارند، کاهش دهند.

۳-۳-۲) عدالت اجتماعی

اگر یک برنامه تغییر رفتار بخواهد به توزیع عادلانه دست یابد، آنگاه مجریان اصلاحات می‌توانند از یک ساختار مدرج قیمت^(۲) برای محصول مشابه استفاده کنند، به طوری که گروه‌های پردرآمدتر، بیشتر و گروه‌های کم درآمدتر، کمتر بپردازند. نمونه‌های این راهبرد قیمت‌گذاری 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. همان‌طور که در فصل ۸ ذکر شد، این نوع تبعیض قیمت^(۳) غالباً توسط پزشکانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که در محیطی مبتنی بر کارانه (پرداخت به‌ازای دریافت

1- graduated price structure

2- graduated price structure

3- price discrimination

خدمت)^(۱) 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 ارائه‌کنندگان می‌گردند).

می‌توان بدون ارائه یارانه به بیماران ثروتمندی که می‌توانند بهای مراقبت راپردازند، از این راهبرد قیمت‌گذاری 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 هزینه‌بر باشد و دچار پارتی‌بازی یا رشوه‌خواری شود. گاهی می‌توان این مشکلات را با راهبردهای خلاقانه جهت هدف قرار دادن محصول مثل ارائه محصولات کم قیمت در بخش‌های جغرافیایی خاص که بعید است مصرف‌کنندگان ثروتمند به آنجا بروند، از پیش‌رو برداشت (همان‌گونه که در مورد محصولات غذایی یارانه‌دار این‌گونه 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 یارانه‌دار استفاده نکنند (در سنگاپور با متفاوت کردن سطوح اتاق‌های بیمارستان‌ها این‌گونه عمل شد).

۳-۳-۳) جبران هزینه‌ها^(۲)

اگر جبران هزینه از مصرف‌کنندگان از اولویت بالایی برخوردار باشد، آنگاه می‌توان یک قیمت ثابت را برای پرداخت بخش مناسبی از هزینه‌ها انتخاب کرد. مثالی از این راهبرد قیمت‌گذاری، بهای ثابت برای ویزیت ارائه‌کننده در بیمارستان بدون توجه به سطح درآمد بیمار است چرا که قصد بر این است که پرداخت مصرف‌کننده، بخشی از هزینه‌های اجرایی را جبران کند. در بسیاری از اصلاحات بخش سلامت، پرداخت مصرف‌کنندگان انتخاب شده است تا تسهیلات ارائه خدمات سلامت بتوانند بخشی از هزینه‌های خود را مستقیماً از بیماران تأمین کنند (علاوه بر منابع دولتی). تنشی که غالباً رخ می‌دهد، بین 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 مصرف‌کنندگان، تردیدهای عمده‌ای را در مورد

عدالت عواقب برای بیماران فقیر برمی‌انگیزد که ممکن است از مصرف خدمات سلامت منع شوند (این امر منعکس‌کننده کشش تقاضا به‌خاطر قیمت برای گروه‌های درآمدی مختلف است). برای مثال، دریافت پول برای آغشته کردن پشه‌بندها به حشره‌کش (برای پیشگیری از مالاریا) در گامبیا، میزان استفاده را کاهش و میزان مرگ‌ومیر را به سطوح قبل از موقعی که پشه‌بندهای رایگان در دسترس قرار داشتند، افزایش داد. اگر عدالت مورد نظر باشد، در تلاش‌های مربوط به بازاریابی اجتماعی باید مواظب بود که قیمت‌ها طوری تعیین نشوند که منجر به کاهش دسترسی برای بیماران فقیرتر گردند.

۳-۳-۴) کساد کردن بازار^(۱)

برای انواع خاصی از محصولات (مثل دخانیات و الکل)، بازاریابان اجتماعی، عمداً قیمت‌های بالایی وضع می‌کنند تا از میزان استفاده نامطلوب که با توجه به دیدگاه سودگرایی عینی یا جامعه‌گرایی، منفی است، کاسته شود. برای مثال، هنگامی از این راهبرد قیمت‌گذاری استفاده می‌گردد 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. بازهم اگر استفاده از کالای گران در گروه‌های کم درآمدتر، 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.

۳-۳-۵) به حداکثر رساندن سود^(۲)

در حالی که معمولاً در مورد محصولات اجتماعی، از راهبرد قیمت‌گذاری به‌خاطر به حداکثر رساندن سود استفاده نمی‌شود، اما می‌توان سازمانی را تصور کرد که محصولی اجتماعی مثل بازتوانی سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر را ارایه می‌کند و همچنین قصد دارد سود آن را به حداکثر برساند. راهبرد نهایی

تک‌قطبی کلاسیک که در چنین مواردی قابل اتخاذ است، تبعیض قیمت است. قیمت‌های مختلفی برای بخش‌های مختلف بازار وضع می‌گردد (بر اساس کشش به خاطر قیمت) و هرچه یک بخش از بازار، حساسیت کمتری به افزایش قیمت داشته باشد؛ با قیمت بالاتری مواجه خواهد شد. شرکت‌های خصوصی هرچا بتوانند این کار را با موفقیت انجام دهند، غالباً 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.

۳-۴) تبلیغات و ترویج

مجریان اصلاحات سلامت پس از انتخاب محصول، مکان و قیمت باید تبلیغات و 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 مصرف‌کنندگان. برنامه تبلیغاتی، فعالیت‌های خاصی را شناسایی می‌کند که به حصول اهداف کلی برنامه کمک خواهند کرد.

مهم‌ترین وظایف در طراحی برنامه تبلیغاتی عبارتند از تصمیم‌گیری در مورد محتوای پیام، چگونگی ارائه 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 ۳ تصمیم کلیدی مورد بحث قرار می‌گیرند.

بازاریابان اجتماعی نوعاً پیام‌های متعددی را در مورد یک محصول اجتماعی خاص ابداع می‌کنند تا در مؤثرترین راه‌ها به مخاطبین مختلف برسد. محتوای پیام می‌تواند متکی به اطلاعات مربوط به ۴ وجه متفاوت محصول باشد:

- ویژگی‌های فیزیکی - فنی (مثل اندازه، وزن، شکل و سایر خصوصیات قابل مشاهده)؛
- ویژگی‌های حسی (مثل خصوصیاتی که افراد می‌توانند بوییند، ببینند، بشنوند یا بچشند)؛
- فواید کارکردی (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 تصمیم‌گیری 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 پیام‌ها، راهبرد احساس و سپس منطق یا شروع با فواید محصول برای مصرف‌کننده و آنگاه حرکت به سمت ویژگی‌های محصول را توصیه می‌کنند. ساختار بندی 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 پیام‌ها باید قابل باور و توأم با همدردی باشند تا مردم را وادارند خطرات تغییر رفتار را بپذیرند. یک پیام اثربخش، با ترکیب احساسات و واقعیت‌ها می‌تواند عواقب تغییر رفتار را نشان دهد. برخی از اثربخش‌ترین 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 مجدداً 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 تصمیم‌گیری 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 مخاطبین). بیشتر برنامه‌های بازاریابی اجتماعی از ترکیبی از این رویکردها استفاده می‌کنند. از آنجا که این دو متقابلاً تقویت‌کننده یکدیگرند، معمولاً اگر با هم استفاده شوند، اثربخش‌ترند. رویکرد سوم برقراری ارتباط که ارتباط‌گزینشی خوانده می‌شود، عبارت است از نامه فرستادن مستقیم و به صورت بازاریابی از راه دور. در بیشتر کشورهای کم‌درآمد، این رویکرد کمتر

برای اصلاحات بخش سلامت، مناسب است. میزان اندک سواد، اندک بودن خدمات پستی و دسترسی محدود به تلفن، به‌ویژه در نواحی فقیر روستایی، همگی مقبولیت چنین راهبردهایی را محدود می‌سازند.

۳-۴-۱) ارتباط جمعی^(۱)

مجریان اصلاحات سلامت در استفاده از ارتباط جمعی، با ۲ 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^(۲) 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 نوعاً 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 تلاش‌ها 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 به‌دست آوردن پوشش رسانه‌ای، سازمان‌دهی یک واقعه اجتماعی است که بتواند «قلبی» را برای در اختیار گرفتن گزارشگران بیندازد تا مقاله‌ای بنویسند و لذا توجه عمومی را به یک پیام ویژه جلب کنند. از برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی نیز می‌توان برای تحویل پیام‌های سلامت در ارتباط با تغییر رفتار استفاده کرد که مثالی از آن تحت عنوان برنامه راننده الکلی در ایالات متحده بود که در بسیاری از برنامه‌های تلویزیونی هالیوود به آن اشاره شد.

۳-۴-۲) ارتباط شخصی^(۱)

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 پیام‌رسان است که بر گروهی که قصد دارید به آن برسید، اثر داشته باشد.

برای مثال فرض کنید کاهش انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) را به‌عنوان یک اولویت کلیدی در اصلاحات سلامت شناسایی کرده‌ایم و می‌خواهیم رفتارهای جنسی بی‌خطر 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 کاندوم‌ها و اطلاعات مربوط به رفتارهای جنسی بی‌خطر را در یک مسابقه فوتبال عرضه کرد. حتی می‌توان یک گام فراتر نهاد و از بازیکنان خواست که قبل از شروع مسابقه، کاندوم‌ها را توزیع کنند (مثلاً 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 پرتوان و مرد باقی ماند، چه شخصی را بهتر از 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^(۲) 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 سرگرمی‌ها) می‌توان برای آرایه پیام سلامت به گروه‌های خاص استفاده کرد که مثالی از آن، نمایش‌های خیمه‌شب‌بازی است که در سفر به روستاهای هند، در مورد خطرات مصرف دخانیات صحبت می‌کنند. از گروه‌های اجتماعی نیز می‌توان برای آرایه سازوکاری 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 یا روش‌های ضدبارداری را تبلیغ می‌کنند و نیز الکی‌های گمنام^(۱). یک نمونه از برنامه تبلیغاتی تفریحی، برنامه چند رسانه‌ای سال ۱۹۹۳ برای تبلیغ تنظیم خانواده در مالی بود. این طرح از انواع سنتی تئاتر و موسیقی در کنار ضرب‌المثل‌های قدیمی به زبان‌های محلی و در شرایط آشنا، از طریق 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 مسؤلیت‌پذیری 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، ارائه 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 نتیجه‌گیری کردند که اثر را «می‌توان به‌طور منطقی، هم مثبت و هم قابل ملاحظه تلقی کرد».

۳-۴-۳) محرک‌ها

آخرین گام در برنامه تبلیغاتی، تصمیم‌گیری در مورد فعالیت‌هایی است که پذیرش محصول را تحریک خواهند کرد. این فعالیت‌های محرک شامل انواع مختلف محرک‌ها برای واداشتن مصرف‌کننده به پذیرش محصول هستند و می‌توانند دگمه‌های کنترلی پرداخت و نیز سازماندهی را دربر بگیرند. برای مثال، محرک‌ها می‌توانند مالی (پرداخت نقدی)، وضعیت اجتماعی (یک جایزه یا مهر تأیید) یا مادی (رادیو یا یک جایزه دیگر). یک روش محرک، ارائه 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 شرط‌بندی‌هایی را سازمان‌دهی کرد. روش محرک سوم عبارت است از ابداع برنامه‌های زنجیره‌ای که طی آن پذیرندگان هر بار که از یک محصول یا خدمات استفاده می‌کنند، کوین‌هایی را می‌گیرند و بعد از جمع کردن تعداد معینی کوین، جایزه‌ای دریافت می‌کنند.

۴) راهنمایی شرايطی

دگمه کنترل رفتار این توان را دارد که با ایجاد تغییر در رفتارهای فردی، با مشکلات دشوار سلامت عمومی مقابله کند. الگوهای رفتار فردی به استفاده از خدمات سلامت شکل می‌دهند؛ به‌عنوان مثال: در مورد مراجعه مستقیم به بیمارستان‌های منطقه‌ای به جای استفاده از مراکز سلامت محلی، تصمیماتی در مورد متکی بودن به داروها یا داروفروش‌های سنتی به جای درخواست مراقبت از پزشکان صلاحیت‌دار و تصمیماتی در مورد پرهیز از درخواست مراقبت‌های سرپایی تا وقتی که یک بیماری طبی کاملاً جدی شود. این تصمیمات بر استفاده (یا استفاده کم) از خدمات مهمی چون ایمن‌سازی، مراقبت پیش از زایمان برای زنان باردار و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و نیز مزمن هم اثر زیادی دارند. این دگمه 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 دگمه کنترل، چیزی فراتر از تنها فروش یک محصول یا طراحی مجدد یک محصول برای فروش است. دگمه کنترل رفتار مستلزم یک فرآیند مداوم برای کشف ارزش‌های گروه مخاطب هدف، تولید کالاها و خدمات سازگار با آن ارزش‌ها و ارزشیابی اثر اجرای راهبردهای طراحی شده برای افزایش مقبولیت محصولات است. مثال انگیختن نوجوانان به تبدیل شدن به رانندگان غیرمست 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 تحویل خدمات ارتقایافته سلامت (DISH)^(۱) 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، به‌ویژه 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 توفقی^(۲) در یک رویکرد مشتری محور و برگزاری وقایع کم‌خرج در جامعه شامل برنامه‌های رادیویی ضبط شده و زنده، عملکرد را ارتقا دهد تا مخاطبین بیشتری برای پیام‌های خود ایجاد کند. در حالی که این

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 سنج‌های معتبر و قابل اعتماد از متغیرهای خاموش مشکل دارند.
در مرتب کردن تأثیر 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

بازاریابان اجتماعی:

به ویژه اگر بخش بخش کردن منجر به توجه کردن به بخش‌های خاص گردد، در برابر بخش بخش کردن مخاطبین تحت فشار قرار می‌گیرند.
غالباً داده‌های رفتاری دقیقی برای استفاده در شناسایی بخش‌ها ندارند.
غالباً مصرف‌کنندگانی را هدف قرار می‌دهند که از تغییرات پیشنهاد شده تأثیر منفی می‌گیرند.

مشکلات مربوط به راهبرد محصول

بازاریابان اجتماعی:

تمایل دارند انعطاف‌پذیری محدودی در شکل‌دهی به محصولات یا پیشنهادهای خود داشته باشند.
در شکل‌دهی به مفاهیم محصول مشکل دارند.
در گزینش و اجرای راهبردهای وضعیت‌دهی درازمدت مشکل دارند.

مشکلات مربوط به راهبرد قیمت‌گذاری

بازاریابان اجتماعی:

متوجه می‌شوند که تبیین یک راهبرد قیمت‌گذاری ابتدا مستلزم تلاش برای کاهش هزینه مالی، روانی، انرژی و زمانی دارد که مصرف‌کنندگان، 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:

معمولاً متوجه می‌شوند که استفاده از تبلیغات غیررایگان غیرممکن است.
غالباً با فشارهایی برای عدم استفاده از جاذبه‌های خاص در پیام‌های خود مواجه می‌شوند.
معمولاً باید در پیام خود اطلاعات زیادی وارد کنند.
در اداره کردن اعتراض‌های مهم در مورد پیام‌ها مشکل دارند.

طرح، تمام نظام سلامت را در اهداف خود دربر نمی‌گیرد، نمونه‌های متعددی در این مورد ارایه می‌کند که چگونه برای حصول به ارتقای واقعی، به‌ویژه در معیارهای اصلی وضعیت سلامت و رضایت خریدار، می‌توان با موفقیت رویکردهای تغییر رفتار را به کار برد.

البته تغییر رفتار، یک عصای جادویی نیست. روش‌های بازاریابی اجتماعی،

به‌ویژه در مقایسه با بازاریابی تجاری مرسوم، مشکلات و چالش‌ها را نشان می‌دهند. فهرستی از برخی مشکلات در جدول ۴-۱۲ آمده است.

۴-۱) محدودیت‌های تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار

پژوهش‌های مربوط به تغییر رفتار به‌طور فزاینده‌ای نشان می‌دهند که محیط‌های اجتماعی و فرهنگی، بر تصمیمات فردی، به‌ویژه 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 واقفیت 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 عمومی باید بدانند که استفاده از دگمه 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 اثربخشی 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، غالباً در مواقع تغییرات تاریخی متعددی رخ می‌دهند که این امر برقراری ارتباط واضح بین علل و تفاوت‌های موجود در رفتارهای فردی خاص را دشوار می‌سازد.

متخصصان سلامت حتی وقتی واقعاً بر رفتار تمرکز می‌کنند، تمایل دارند از دیدگاه متخصص یا محصول به تغییر رفتار نگاه کنند («ما می‌دانیم آنها به چه نیاز دارند») نه این که سعی کنند نیازهای مصرف‌کننده را بفهمند و به آنها پاسخ دهند. این الگو، تورش فرهنگ پزشکی سنتی را با تأکید کم آن بر روان‌شناسی و تمایل به تکبر حرفه‌ای منعکس می‌کند. رویکرد متخصصان به تغییر رفتار در ارتباط با طرح‌های یاری بین‌المللی نیز می‌توانند منجر به ایجاد هزینه‌های امپریالیسم فرهنگی گردند 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 تولید برنامه‌هایی گردد که عملاً 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.

تلاش‌های متخصصان غالباً به روش بازاریابی اجتماعی با محور مصرف‌کننده توجه نمی‌کنند و غالباً برای طراحی یک برنامه اثربخش جهت تغییر رفتار، بر روی مصرف‌کنندگان پژوهش کافی به عمل نمی‌آورند. این دیدگاه تمایل به تخمین کمتر از حد اهمیت «پیش‌آزمودن... نظرات، پیام‌ها و روش‌ها در مورد 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.

۴-۲) اخلاق در برنامه‌های تغییر رفتار

استفاده از دگمه 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 یک هدف آشکار برای یک برنامه بازاریابی اجتماعی به نظر برسد. اما این موضوع مستلزم برخورد بالقوه بین نگرانی‌های سودگرایان عینی در مورد اثربخشی و احترام جامعه‌گرایان نسبی 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 لیبرال‌های مساوات‌طلب، ملاحظه می‌کنیم که حفظ سطح حداقلی از فرصت، مهم‌تر از حفظ رفتارهای اجتماعی گذشته 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 دگمه کنترل، ممکن است با مخالفت‌های درونی جدی در مورد چنین تردیدهایی مواجه شوند.

این مسایل اخلاقی از یک لحاظ همانند تمام تلاش‌های مربوط به اصلاحات، تردیدهایی اساسی در مورد فرایند ایجاد می‌کنند. هریک از

بحث‌های عاقبت‌گرایان^(۱) این خطر را به همراه دارد که بر مبنای دانش ضعیف استوار باشد یا عوارض جانبی غیرمنتظره نامطلوب رخ دهند. برای مثال، برخی برنامه‌های تبلیغ سلامت ممکن است شواهد علمی کافی را برای حمایت از تغییرات پیشنهاد شده در سبک زندگی (مثل تغییرات خاص در رژیم غذایی) ندارند. در سایر موارد، برنامه‌های بازاریابی اجتماعی ممکن است ناخودآگاه ارزش‌های خاص را تداوم بخشند که در درازمدت، اهداف سلامت عمومی را زایل می‌کنند. برای مثال، استفاده از نمونه‌های جنسیتی^(۲) برای فروش کاندوم (براساس انواع مردانه) می‌تواند روابط نامتوازن قدرت بین مردان و زنان را تقویت کرده، لذا به خدشه‌دار شدن برنامه‌های پیشگیری از ایدز کمک کند. این تلاش‌ها، سؤالاتی جدی در این مورد برمی‌انگیزد که چه کسانی تصمیم بگیرند کدام رفتارها مطلوب یا مشروع است و کدام رفتارها این گونه نیستند و چگونه این تصمیمات با ارزش‌های اجتماعی وسیع‌تر در مورد فرایندهای دموکراتیک و کنترل جامعه تناسب پیدا کنند.

مسئله اخلاقی دوم این است که این وضعیت تا کجا می‌تواند پیش رود و بعد از شناسایی رفتارهایی که باور داریم باید تغییر یابند، 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 HIV - مثبت است)، ضرر به خود (برای مثال، تصمیم یک موتور سوار که از کلاه ایمنی استفاده نکند) یا وارد کردن هزینه مالی به جامعه (مثلاً هزینه‌های بیماری در اثر مصرف دخانیات) هستند، اجبار ممکن است قابل قبول‌تر باشد. همانند یک موضوع تجربی، با رفتارهایی که نارضایتی فرهنگی را بر می‌انگیزند (برای مثال همجنس‌بازی یا 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 اصلاح‌گرایان باید صادقانه با آنها برخورد کنند.

استفاده از انگیزش‌هایی برای پیشبرد تغییر رفتارهای خاص نیز تردیدهای اخلاقی چندی را در مورد اجبار ایجاد می‌کند. به‌ویژه چه سطحی از انگیزش در

برنامه تبلیغاتی، اجباری تلقی می‌گردد؟ برخی افراد بیان کرده‌اند که هرگونه استفاده از محرک‌ها اجباری است. سایرین مدعی هستند که اگر محرکی سعی کند فرد را وادارد که رفتاری را (مثل وازکنومی برای دریافت رادیو) برگزیند، که در غیر این صورت انجام نمی‌داد آنگاه آن پیشنهاد، اجباری و اخلاقاً نامناسب است. استدلال عکس آن (از سوی سودگرایان غیرعینی) 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 واقعاً آزادانه است یا خیر، محصور 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 رفتارها، سطح بالایی از اجبار، قابل تأیید تلقی می‌گردد. به‌طور 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 افراد متمدن 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، مادامی که 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 آب یا تصمیمات مربوط به داروها) مؤثر نیست. یک جامعه‌گرا در مقایسه با لیبرال‌ها، 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 بی‌حرمت می‌سازند، تأیید می‌کند.

این تفاوت‌ها در نقش اجبار با توجه به وضعیت فلسفی، یکی از اساسی‌ترین پرسش‌های اخلاقی را در سلامت عمومی شکل 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 دگمه کنترل رفتار استفاده می‌کنند، نشان می‌دهد.

۴-۳) 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 انگیزش‌هاست که قبلاً در مورد آن بحث شد. در کل، افراد فقیر بیش از افراد پردرآمد تحت تأثیر انگیزش‌ها 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 انگیزش‌هایی که به اعطا یا تضييع حقوق اساسی یک فرد وابسته هستند، به‌طور نامشروعی 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 انگیزش‌های مالی قابل ملاحظه برای افرادی وجود دارد که سطح اقتصادی پایه آنها نمی‌گذارد فرصت‌های کافی داشته باشند. چنین انگیزش‌هایی نیز اجباری هستند. پیشنهادی ارایه می‌شود که فرد از لحاظ واقع‌گرایی نمی‌تواند آن را رد کند. لذا انگیزش‌های 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، آسیب‌پذیری افرادی که از لحاظ فرهنگی در حاشیه قرار دارند نسبت به تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار است. مجدداً در بالا ذکر شد که جامعه‌گرایانه نسبی‌گرا نگران آن هستند که تلاش‌های سلامت عمومی متخصصان، به رفتارهای سنتی اعتنا نمی‌کنند. در سراسر جهان گروه‌های حاشیه‌ای به ویژه در برابر چنین تلاش‌هایی آسیب‌پذیر به نظر می‌رسند زیرا قدرت سیاسی لازم برای حفظ فرهنگ خود را ندارند (مثلاً در اروپای شرقی یا مایا در مکزیک). مشکل در اینجا است که چنین گروه‌هایی ممکن است رفتارهایی فرهنگی نیز داشته باشند که عواقب نامطلوب قابل ملاحظه‌ای برای سلامت داشته باشند و لذا پرسش‌های اخلاقی جدی در مورد محدودیت‌های مداخلات تغییر رفتار ایجاد گردد.

۴-۴) خلاصه

در خاتمه این فصل، ۳ نکته یادآوری می‌شود. اول این که تغییر رفتار فردی برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های اصلاحات سلامت، حیاتی است. البته اثربخشی دگمه 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 دگمه کنترل سعی می‌کند تغییراتی را در رفتار فردی ایجاد کند ولی قصد ندارد ساختار اجتماعی یا دینامیک قدرت سیاستگذاری سلامت عمومی را تغییر دهد. البته روش‌های بازاریابی در مباحثات مربوط به سیاست عمومی، شکل‌دهی به تصورات عمومی در مورد ماهیت مشکلات اجتماعی و راه‌حل‌های 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 باشند.

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 برانگیزند. 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 می‌آیند 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. ■

۱۳ نتیجه گیری

در فصول پیشین، مجموعه‌ای از ابزارها و مفاهیمی که می‌توانند به مجریان اصلاحات سلامت کمک کنند در کشورهای خود مؤثرتر باشند، مطرح شد. سعی شده از رویکرد «توصیه‌های کتاب آشپزی» خودداری شود. در عوض راهنمایی‌های عمومی‌تری در مورد هنر و علم آشپزی ارایه شده است به طوری که خوانندگان بتوانند دستورالعمل‌های خاص خود را که به درد شرایط محلی و ترجیحات غذایی آنها بخورد، تدوین و امتحان کنند. همچنین سعی کرده‌ایم در مورد دیدگاه‌های فلسفی و علمی خود شفاف باشیم به طوری که خوانندگان بتوانند پیشنهادهای ما را تعدیل نمایند و هر جا که لازم بدانند نمک آن را اضافه کنند.

ما به طور صریح و مستقیم مشکلات انجام صحیح اصلاح سلامت را مورد توجه قرار داده‌ایم. گروه‌های ذینفع، احزاب سیاسی و مؤسسات اداری، اولویت‌های متفاوتی دارند و موافق سیاست‌های متفاوتی هستند. نیروهایی قدرتمند و رخنه‌ناپذیر از هر سو در برابر تغییر مقاومت خواهند کرد. پیچیدگی‌های نظام‌های سلامت بدان معنی است که تقریباً هر گونه سیاست‌گذاری عواقب ناخواسته‌ای را دربر خواهد داشت. به علاوه وقایع موجود در دنیای واقعی، از بی‌ثباتی 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 اصلاح 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 خود نقادانه 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 دگمه‌های کنترل) برای کمک به ارتقای تحلیل و نتایج، طراحی شده‌اند. آنها باید به گونه‌ای مرتبط با وضعیت زمینه‌ای به کار روند. با این حال آنها همچنین چارچوبی را برای سازمان‌دهی کار، 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 کتاب، مستقیم یا غیرمستقیم، به مجموعه‌ای از گزاره‌های بسیار مهم در مورد ساختار و کارکرد نظام‌های مراقبت سلامت، چگونگی کارکرد فرایندهای اصلاحات سلامت به‌طور معمول و این که مجریان اصلاحات باید چگونه به مسئولیت‌های خود نگاه کنند، بستگی دارد. در این فصل نتیجه‌گیری 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. در سال‌های اخیر پژوهش 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 دگمه کنترل خود خلاصه کرده‌ایم. شواهد گسترده در حال پیدایش، اساس علمی اصلاحات (پیشنهاد‌های ما برای) بخش سلامت را تشکیل می‌دهند.

- ویژگی‌های مختلف نظام‌های سلامت، تکامل می‌یابند و به اهداف مناسب متفاوت و غالباً متعارضی تبدیل می‌شوند. نقش بستن پیچیده و تاریخی ترتیبات بخش سلامت غالباً سیاست‌هایی ناسازگار و ساختارهایی متناقض با خود ایجاد می‌کند. دوران‌های مختلف اقدامات سیاسی، همانند لایه‌های سنگی مختلف در جریان فرایندهای زمین‌شناسی، غالباً محصول ترکیبات مختلف نیروهای سیاسی بوده‌اند که نظام سلامت را به جهت‌های مختلف رانده‌اند. گروه‌های ذینفع مؤسسات و قسمت‌های نظام سلامت را «گرفتار و آنها را به سمت مقاصد خود متمایل و منحرف کرده‌اند. لذا تعجب‌آور نیست که این نظام نتواند بخشی از کارکردهای خاص و ساده موردنظر را به میزان حداکثر انجام دهد.

● اگر مجریان اصلاحات بتوانند اهداف و مقاصد مورد نظر خود را مشخص کنند، فرصت بهتری برای اجرای مؤثر فرآیند 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 اولویت‌ها، نقش حیاتی ارزش‌ها را شناسایی کنند. برای مثال این امر مستلزم تصمیم‌گیری در مورد اهمیت نسبی نجات شهروندان در سنین مختلف است. اصلاحات همواره فرآیندی مرتبط با ارزش‌هاست.

● تغییر یک نظام مراقبت سلامت به‌طور اجتناب‌ناپذیری یک فرآیند سیاسی است. در حالی که تحلیل منطقی می‌تواند بهترین راه رسیدن به اهداف را به زبانی فنی به مجریان اصلاحات نشان بدهد، آنها به چیزهای بیشتری برای ایجاد تغییر در نظامی نیاز دارند که ریشه‌ها و ساختار آن عمیقاً سیاسی هستند. دولت چه دموکراتیک باشد، چه پادشاهی و چه تک‌حزبی، مجریان اصلاحات باید برای پیشبرد اصلاحات، از طریق چرخه سیاستگذاری، گروه‌ها را بسیج کنند. و این فرآیند بسیج کردن اساساً سیاسی است.

● طراحی یک بسته اصلاحات اثربخش مستلزم فهم عمیقی از نظام و تمایل به عمل بر اساس آن فهم است. مکرراً تأکید کرده‌ایم که هر نظام سلامتی را می‌توان از طریق ترکیب انواع مختلف تحلیل‌ها درک نمود. اما دستیابی به این درک آسان نیست و تصمیم‌گیری 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 غالباً منابع قابل ملاحظه‌ای نیز برای این کار در اختیار دارند. فرآیند تشخیصی که آن را شرح داده‌ایم، برای موفقیت برنامه‌های اصلاحات بسیار مهم است.

البته ما نمی‌خواهیم این‌گونه برداشت شود که «همه چیز بستگی دارد». زیرا این اظهار 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 دگمه‌های کنترل نشأت گرفته‌اند.

● هیچ نظام تأمین مالی نمی‌تواند بیش از کل نظام اقتصادی یک کشور منابع تولید کند. کشورها می‌خواهند - و باید - ترتیبات تأمین مالی خود را برحسب سطح توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی‌شان تعدیل کنند. اما کشورها باید پذیرند 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 فنی و تخصیصی پرداخت، سازمان‌دهی و وضع مقررات خود را تعدیل کنند. هم‌انگیزه‌های سازمان‌ها برای پاسخ‌دهی و هم‌ظرفیت آنها برای پاسخ‌دهی لازم است به صورتی ثابت و یکنواخت تعدیل شود. این تلاش‌ها باید در جهت به حداکثر رساندن کیفیت بالینی و کیفیت خدمات و اطمینان از ترکیب صحیح خروجی صورت گیرند. اگر جامعه‌ای بخواهد هم وضعیت سلامت و هم رضایتمندی را به حداکثر برساند، باید تمایل داشته باشد شرایطی را در مورد این دگمه‌های کنترل جهت حصول این نتایج فراهم کند. این به معنی افزایش انگیزه‌ها و مسئولیت سازمان‌ها (از طریق دگمه‌های کنترل پرداخت و وضع مقررات) و افزایش ظرفیت آنها برای پاسخ‌دهی به این انگیزه‌ها (از طریق دگمه کنترل سازمان‌دهی) است.
 - عدم توانایی در ایجاد اصلاحاتی با هدف ارتقای پیامدها، هرچند از لحاظ سیاسی قابل فهم است، تنها عملکرد ضعیف را همیشه خواهد کرد. بسیاری 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، یا منافع سیاسی را به حداکثر برسانند یا دستاوردهایی را برای رأی‌دهندگان 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 همیشگی کردن نظامی کمک می‌کنند که بر اساس معیارهای عملکرد به توان بالقوه خود دست نمی‌یابد.
 - 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 مورد استفاده قرار گیرند، باید به گونه‌ای سازمان‌دهی و قیمت‌گذاری 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 ایده‌آل‌های دیوانسالارانه یا تکنوکراتی، تمرکز کنند.
- در نهایت قصد داریم به‌عنوان ۶ راهنمایی مشروط را به مجریان اصلاحات

گوشزد کنیم تا آنها را به‌خاطر بسپارند. این نتیجه‌گیری‌ها 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 دخیل خواهند بود. به‌علاوه مثل همیشه نتیجه‌گیری‌ها باید با شرایط خاص مجریان اصلاحات مطابقت داده شوند.

(۱) اهداف خود را مشخص کنید

اصلاحات بخش سلامت به حل یک مجموعه واحد و کاملاً مشخص از مشکلات نمی‌پردازد بلکه یک فرآیند غامض و پیچیده است که غالباً 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 کتاب این مسأله را مورد تأکید قرار داده‌ایم که نظام سلامت باید وسیله‌ای برای یک هدف تلقی گردد و از این رو، معیارهای عملکردی میانی و اصلی (فصول ۵ و ۶) را به عنوان راهی برای توصیف این اهداف ارایه کرده‌ایم. همچنین این موضوع را مورد تأکید قرار داده‌ایم که نظریه‌های اخلاقی مختلف (مطرح شده در 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 آزادخواهانه گرایش دارد. به همین ترتیب بر اساس تحلیل انجام شده توسط متخصصان از عوامل ارتقادهنده 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 صرفه‌جویی در مقیاس^(۱) را داشته باشد (ولی رقابت را نیز کاهش خواهد داد). گرفتن سهم پرداختی از مصرف‌کنندگان برای استفاده از بیمارستان‌ها در اوگاندا با منصرف کردن افراد از

موارد استفاده کم ارزش، کارایی را ارتقا خواهد داد (ولی فقرا در نظر نمی‌گیرند 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 طُرُقی در تغییر رفتار مؤثر باشد (یا نباشد) که گسترش ویروس نقص ایمنی انسانی را کاهش دهند (ولی آزادی فردی را نیز محدود می‌کند).

از آنجا که چرخه اصلاحات سلامت غالباً در پاسخ به یک شوک خارجی آغاز می‌گردد، مجریان اصلاحات باید آگاه باشند که «مشکل» در عرصه‌های عمومی به ویژه از سوی رسانه‌ها و محافل سیاسی چگونه تعریف می‌گردد. غالباً علایق و منافع اقتصادی یا دیوانسالارانه 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 و ناکارایی موجود توجه خواهد داشت.

البته مجریان اصلاحات به جای پذیرش هر یک از این تعاریف، باید بر اساس اولویت‌ها و اهدافی که تعیین می‌کنند، تعریف خود را از مشکل داشته باشند. آنها باید در دنیای سیاسی پیچیده اختلافات مربوط به سیاست‌گذاری‌ها، دیدگاه خود را تبیین کرده، به پیش ببرند. ما معتقدیم که آنها با مرتبط ساختن صریح اهداف عملکردی پیشنهادی با وضعیت اخلاقی خود خواهند توانست این کار را به بهترین نحو - توأم با شفافیت و انسجام - انجام دهند.

بهتر است انتخاب اولویت‌ها به نحوی راهبردی صورت گیرد. مشکلاتی که از ارزیابی نگرانی‌های اخلاقی حاصل می‌شوند، باید هدف تحلیل سیاسی متمرکز بر امکان‌پذیری 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 اولویت‌ها و توصیف مشکلات عملکردی، مجریان اصلاحات باید به یک تشخیص صحیح برسند. ما قویاً 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 گزارش‌ها و مباحثات رسمی، اغلب مواجهه با برخی جنبه‌های «تابو» ای نظام را مشکل می‌دانند. پرداخت‌های غیررسمی گسترده به پزشکان، استخدام بومی پزشکان دارای ارتباطات سیاسی خوب، خالی ماندن موقعیت‌های کاری پزشکی در نواحی روستایی، دزدی‌های گسترده از منابع بیمارستانی، پرودن 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 مستقیماً توجه کرد. بحث در مورد این الگوها مستلزم انتخاب دقیق آن دسته از متخصصان داخلی و بین‌المللی است که می‌توانند به مبارزه با پدایش‌های 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، تلاش‌ها 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 بی‌ثبات اصلاحات بخش سلامت، فرصت اقدام تنها برای مدت محدودی فراهم است و ممکن است این فرصت به‌صورتی ناگهانی به اتمام برسد.

یکی از جنبه‌های کلیدی توصیه ما در مورد تشخیص این است که کار را با راه‌حل موردنظر خود (یا با آنچه «به‌نظر شما» منشأ سوءاستفاده 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 پیش‌تصورات متکی باشد.

۳) طرحی تدوین کنید که بتوان از آن انتظار داشت در پیش‌زمینه کشور شما کارکرد داشته باشد

راه‌حل‌های مشکلات ملی باید با زمینه‌های محلی متناسب باشند. لذا طراحی راه‌حل‌های مؤثر مستلزم تناسب با عوامل فرهنگی، سیاسی و سازمانی و نیز سطح توسعه اقتصادی است. اگر احتمال دارد دیوانسالاران از صندوق‌های بیمه اجتماعی پول بدزدند (اتفاقی که در قزاقستان افتاده است) یا اگر احتمال دارد

شرکت‌ها از طریق حرکت به سمت پرداخت غیرنقدی به کارکنان خود، از مالیات مبتنی بر لیست‌های حقوقی فرار کنند (موردی که در مجارستان شاهد آن بوده‌ایم)، 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 دگمه‌های کنترل به‌صورتی مجزا توجه داشته‌اند ولی مکرراً تأکید کرده‌ایم که سیاست‌گذاری مؤثر غالباً مستلزم اقداماتی هماهنگ و فراتر از این مرزهای مفهومی خواهد بود. تغییر نظام‌های پرداخت به بیمارستان‌ها جهت ایجاد انگیزه‌هایی برای کارایی فایده‌اندکی خواهد داشت اگر مدیران بیمارستان‌ها از مهارت، انگیزش و قدرت کافی برای پاسخ‌برخوردار نباشند. 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 دگمه کنترلی ممکن است لازم باشد برای تعدادی از مداخلات مختلف از یک سیاست ثابت و یکنواخت استفاده کنیم. برای مثال کشورهای کمی صرفاً به یک سازوکار تأمین مالی متکی هستند. اگر خواهان استفاده از طرح‌های پرداخت برای ایجاد انگیزه‌هایی جهت کاهش مراقبت‌های ناکارا هستیم، ممکن است همچنین لازم باشد چگونگی پرداخت به پزشکان و چگونگی پرداخت از سوی بیمه را نیز اصلاح کنیم.

مجریان اصلاحات در طراحی سیاست‌ها لازم است در مورد آنچه امکانپذیر است، واقع‌گرا باشند. برای مثال، افراد دارای درآمد متوسط، به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم، هزینه‌های مشخصی را برای مراقبت سلامت پرداخت خواهند کرد. لذا یک نظام تأمین مالی خوب باید، به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر، بر محافظت در برابر خطرات و نه هدف غیرقابل حصول اجتناب کامل از بار هزینه‌ها تمرکز کند. به‌همین ترتیب، اگر رهبران سیاسی محلی سابقه طولانی مدتی در استفاده از منابع و قدرت برای پارتی‌بازی و به‌کار گماردن آشنایان داشته باشند، نمی‌توان چنین پنداشت که تمرکززدایی 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 بی‌نقص (که سعی کند تمام احتمالات و مشکلات را موردتوجه قرار دهد) احتمالاً بسیار طول خواهد کشید و به‌خاطر پیچیدگی نظام 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 تدریجاً اصلاح کرد (همان کاری که سنگاپور در مورد نظام حساب‌های پس‌انداز پزشکی خود انجام داده است). تمرکز بر موانع و مشکلات می‌توان منجر به آن شود که مجریان اصلاحات تلاش بسیار کمی به خرج دهند. دست به کار شدن و پذیرفتن خطرات (البته به صورتی سنجیده) غالباً راهبرد بهتری 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 بین‌المللی چیزهای ارزشمندی را یاد بگیرند. فصل‌های مربوط به دگمه‌های کنترل پر از مثال‌های مثبت و منفی هستند. اما در استفاده از چنین تجاربی باید هشیار و محتاط بود. این شرایط، مبتنی بر شواهد عمل کنید نه برآمده از ایدئولوژی. پس‌زمینه‌های کشورهای خود و اهمیت ارزش‌های اجتماعی، امکان‌پذیری سیاسی و ظرفیت فنی 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 ورودی ارزشمندی ایجاد کند و میزان تأثیر مخالفان بالقوه را کاهش دهد.

از سوی دیگر برنامه‌های اصلاحات مستلزم حمایت متفق‌القول نیستند. اصلاحات حقیقی به مذاق همه خوش نمی‌آید. بنا بر یک مثل قدیمی: «مذاکره؟ بله؛ ولی مرغانی را در اختیار روباه‌ها گذاشتن؟ خیر».

مجریان اصلاحات باید در نظر داشته باشند که در صورت اجرای برنامه، روباه‌ها چه واکنشی نشان خواهند داد. این ارزیابی برای تغییر 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، احتمالاً مقاومت خواهند کرد. سیاست‌ها باید با استفاده از داده‌های ارزان و قابل اعتماد، کاهش هزینه‌های جمع‌آوری و اعمال، و سازمان‌دهی سازمان‌های مرتبط به طوری که مهارت‌ها و انگیزه‌های لازم را داشته باشند، طوری طراحی شوند که مشروع به نظر برسند. به طور خلاصه سیاست‌ها 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 به‌شمار 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 به‌خاطر تفاوت‌های موجود در اخلاق و ارزش‌ها (و نیز تفاوت‌های موجود در علایق و باورها در مورد چگونگی کارکرد دنیای اطراف) نمی‌توانند انتظار داشته باشند که همه با آنها موافقت کنند. به‌ناچار، برای حل این اختلافات از فرایندهای سیاسی از هر نوعی، استفاده خواهد شد.

به‌خاطر 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 برخوردار خواهد آمد. شوک‌های خارجی جدیدی رخ خواهند داد و جامعه را وادار به تغییر تعریف و درک خود از مشکل خواهند کرد. درست همان‌طور 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 واقع‌گرایی نسبت به چشم‌اندازهای اصلاحات را لازم دانسته‌ایم (ولی از این امر نیز آگاه هستیم که مجریان اصلاحات می‌توانند به‌راحتی به این نتیجه‌گیری برسند که تغییر غیرممکن یا حداقل بعید است. نیروهای مدافع وضعیت موجود غالباً به‌خوبی سازمان‌دهی، فعال و متعهد شده‌اند. اما باز هم اصلاحات رخ می‌دهد. کلمبیا یک نظام بیمه جدید دارد؛ کره در حال جداکردن نقش پزشکان و داروسازان است و مجارستان به بیمارستان‌ها به روش‌های مختلفی پرداخت می‌کند. این موفقیت‌ها توسط آن دسته از مجریان اصلاحات حاصل شده‌اند که می‌خواهند از فرآیندهای سیاسی به زیرکی و به‌طور مستمر جهت پیشبرد سیاست‌های خود استفاده کنند.

۵) بر اجرا متمرکز باشید

اجرای موفقیت‌آمیز غالباً مستلزم رهبری و توجه به جزئیات است. اگر مقامات محلی قرار است مسؤولیت بیشتری جهت تصمیمات خود برعهده بگیرند، ممکن است ابتدا به آموزش بیشتری نیاز داشته باشند (همان کاری که در کرالای هند انجام شد). اگر قرار است تمرکززدایی مالی عدالت میان مناطق را ارتقا بخشد (مثل شیلی) [در مقابل تضعیف کردن آن (مثل بوسنی)]، لازم است نظام‌های تخصیص مجدد میان مناطق، به‌دقت تعریف شوند.

اجرای موفقیت‌آمیز مستلزم سنجش عملکرد است. در اینجا نیز واقع‌گرایی، ضروری است. برخی بخش‌ها در هند، پوشش ایمن‌سازی را ۱۲۰٪ اعلام کرده‌اند (براساس دوزهای ارایه شده تقسیم بر جمعیت واجد شرایط). بررسی دقیق‌تر مشخص کرد که تنها ۴۰٪ از کودکان، به‌طور 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 موفقیت‌ها به ما نیاز به تمرکز بر عملکرد و نه گزارش، توجه به پیامدها و نه ورودی‌ها، و تأکید بر نتایج و نه فقط تلاش‌های انجام شده، را یادآوری می‌کنند. مؤسسات (و افراد) هم به خاطر منافع و دلبستگی‌هایشان از روی علاقه و هم از روی نگرانی، در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند. مدیران می‌توانند با کاهش تردیدها و عدم قطعیت‌ها، برخی از مقاومت‌ها را کاهش دهند که این امر به‌وسیله پژوهش‌ها در مجارستان نشان داده شده است (این نکته در فصل ۱۰ مورد بحث قرار گرفته است). لازم است در طی فرآیند اصلاحات، توسط رهبرانی که هم معتبر و هم متعهد هستند و دینامیک تغییر سازمانی را می‌فهمند، به کارکنان کمک شود.

اجرا خودبه‌خود رخ نمی‌دهد؛ لازم است آن را برنامه‌ریزی و هدایت کرد. باید وظایف پراهمیت را شناسایی و موانع احتمالی را پیش‌بینی کرد (البته همه این کارها امکان‌پذیر نیستند). با افزایش تجارب، مدیران باید خود را با وضعیت جدید سازگار کنند. بسیاری از مجریان اصلاحات، به‌ویژه در سطوح بالا (وزارتی) به سرعت عوض می‌شوند و سِمَت 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 می‌تواند تلاش‌های انجام شده برای ارتقای سنجیده شده در عملکرد بخش سلامت را بی‌اثر کند.

۶) از اشتباهات خود درس بگیرید

حتی اصلاحات موفقیت‌آمیز نیز غالباً منجر به مشکلات جدیدی می‌شود. لذا مجریان اصلاحات باید برای درس گرفتن از اشتباهات خود آماده باشند. باید در جریان فرآیند طراحی سیاست‌ها، نظام‌های ارزیابی نیز ایجاد شوند. مجریان اصلاحات باید برای آرایه‌کنندگان و بیمه‌گران انگیزه‌هایی ایجاد کنند تا داده‌ها را به‌درستی گزارش کنند. آنها باید قبل از شروع اجرا یک طرح تجربی را برای مداخلات در نظر بگیرند و اطلاعات پایه را جمع‌آوری کنند. مجریان اصلاحات باید انتظار داشته باشند که برخی از جزئیات (و شاید حتی برخی از ویژگی‌های اصلی) نظام در بار اول، به غلط مشخص خواهند شد. انجام تمام این موارد دشوار است.

اجتناب‌ناپذیر بودن برخی اشتباهات به توجیه چرخه‌ای بودن چرخ سیاستگذاری کمک می‌کند. اصلاحات یک تلاش یک مرحله‌ای یا یک‌باره نیست. همان‌گونه که در فصل ۱ گفته شد، و همچنان به فعالیت خود ادامه خواهند داد. پیشرفت فناوری ادامه خواهد یافت. انتظارات بیشتر خواهند شد. هزینه‌ها بالا خواهند رفت. آشوب‌های اقتصادی رخ خواهند داد. و ائتلاف‌های سیاسی گسسته شده، مجدداً شکل خواهند گرفت.

امید ما آن است که مجریان اصلاحات خود را برای درازمدت به فرآیند اصلاحات متعهد کنند، 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.