

مطالعه مکانیزم‌های خصوصی سازی در نظام سلامت کشورهای مختلف و ارایه الگو برای ایران

حسین جباری بیرامی: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی و Ph.D مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

E-mail: hosseinhosseinj@yahoo.com

فریبا بخشیان: کارشناس ارشد مامایی-شاعل در حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و اهداف: خصوصی سازی و کوچک نمودن بخش دولتی، سیاست گذاران بخش سلامت ایران را با این سؤال که چه اشکال، مکانیزم‌ها، و فرآیندهایی از خصوصی سازی برای دستیابی به اهداف عدالت، کارایی، کیفیت خدمات، مناسب ترند مواجه می نماید. این پژوهش با هدف معرفی مکانیزم های معمول دنیا در بخش سلامت و ارایه الگویی کاربردی مناسب برای کشور انجام شده است.

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

یافته ها و نتیجه گیری: کشورهای مورد مطالعه با گسترش اختیارات مدیریتی، عقد قرارداد، شرکتی سازی و انتقال مالکیت به بخش خصوصی در راستای دستیابی به اهداف تلاش می کنند. نتایج نظر سنجی تخصصی الگوی پیشنهادی با آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معیار، ($P < 0.001$) بیانگر موافقت صاحب نظران بود. تشکیل مجتمع های سلامت و عقد قرارداد با آن ها همراه با جمعیت تعریف شده، تشویق رقابت بین شبکه های بهداشت و مجتمع های فوق، تلفیق بخش خصوصی و دولتی، نظام مند نمودن عقد قرارداد تشکیل کمیته ملی راهبری اعتبار بخشی بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می گردند.

کلید واژه ها: خصوصی سازی، نظام سلامت، مراقبت سلامت

مقدمه

تقویت مشارکت شهروندان و کاهش نقش دولت مرکزی و مداخلات خاص مرتبط با پیامد ها و ... به کار گرفته می شوند (۳).

اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی و سیاست کاهش تصدیگری دولت در امور اقتصادی و خدماتی تا حد ۲۰ درصد سیاست گزاران بخش سلامت را با مشکلات زیادی مواجه می سازد. وزارت بهداشت که سرمایه های مالی گسترش شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی را تماماً خود بر عهده دارد و مراقبت های سطح دوم و سوم را نیز به کمک سازمانهای بیمه گر عمدتاً از بودجه عمومی

نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می کند که این امر منجر به ظهور چالش های متعددی می گردد (۱). این نظام علی رغم توفیقات چشمگیر در ارائه خدمات بهداشتی اولیه به ویژه در روستاها، از نارسایی ها و عدم کارایی قابل توجه در بخش درمان و کارکردهای تولید و تامین مالی رنج می برد و انجام اصلاحات مداوم در آن همانند اکثر کشورهای جهان بسیار ضروری است (۲).

برای انجام اصلاحات در مراقبت سلامت، مکانیزم های تغییر دادن نقش استان ها، بازار مراقبت سلامت، تمرکز زدایی به سطوح پایین بخش دولتی و خصوصی سازی، اعطای آزادی بیشتر و

هستیم. زیرا رویکردهای به کار گرفته شده در کشورهای مختلف با مسائل و تلاش‌های متفاوت همیشه موفقیت آمیز نبوده است (۹). و اصلاحات نظام سلامت (کوچک یا بزرگ) نمی‌تواند از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه‌ای تبعیت کند (۱۰). این پژوهش با هدف معرفی مکانیزم‌های معمول دنیا در بخش بسیار حساس بهداشت و درمان در سالهای اخیر و آرایه الگویی کاربردی مناسب با تائید خبرگان امری برای کشور انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کاربردی می‌باشد که مکانیزم‌های خصوصی سازی را در کشورهای منتخب به صورت گذشته نگر و تطبیقی در مدت دو سال مطالعه نموده است. مکانیزم‌های رایج در غالب کشورها در الگوی پیشنهادی برای ایران طراحی و سپس با تکنیک دلفی آن را در معرض نظرسنجی تخصصی صاحب‌نظران قرارداده است. نظرات جمع‌آوری شده ۳۵ نفر از خبرگان در طیف لیکرت با آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معین تحلیل و مکانیزم‌های معنی‌دار آماری در الگوی نهایی آورده شده اند. جامعه پژوهش تمام کشورهای دارای تجارت خصوصی سازی در ۳۰ سال اخیر و نمونه پژوهش شامل ۱۰ کشور فرانسه، انگلستان، سوئد، ترکیه، مکزیک، شیلی، فیلیپین، تایلند، غنا، و زامبیا از گروه‌های کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه، و کمتر توسعه یافته بودند.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهند که تمام کشورها با مکانیزم‌های مختلف نسبت به گسترش بخش خصوصی در راستای دستیابی به اهداف تلاش می‌کنند. خودگردانی بیمارستانها و اداره آنها توسط هیأت مدیره و نیز عقد قرارداد برای خرید خدمات بویژه خدمات پشتیبانی توسط بیمارستان دیده می‌شود. تشکیل هیأت‌ها، انجمن‌ها، شوراها، دپارتمان‌های سلامت در سطح شهرستان و منطقه در راستای درگیرسازی و مشارکت دادن هر چه بیشتر بخش غیر دولتی در غالب کشورها صورت گرفته است. در برخی از کشورها کار در بخش دولتی و خصوصی برای متخصصان حرف سلامت رایج شده است (فرانسه، سوئد و حتی انگلستان). در تعدادی از کشورها ارائه خدمات اولیه با عقد قرارداد به شهرداری‌ها واگذار شده است مثل شیلی (۱۱) و سوئد (۱۲) و یا خدماتی مثل واکسیناسیون و مشاوره و مراقبت از مادر و کودک علاوه بر بخش دولتی در مطب‌های پزشکان خویش فرما هم ارائه می‌شوند مثل فرانسه (۱۳) و در کشور سوئد به غیر از ساختمان بیمارستانها بقیه امور به شرکت‌های خصوصی واگذار شده است. در ایران به خصوص در سالهای اخیر خدمات پشتیبانی و حتی در مواردی خدمات درمانی با استفاده از نیروهای باصلاح‌شرکتی و خدماتی توسط بخش خصوصی انجام می‌شوند. تشکیل تعاونی‌های بهداشتی و درمانی در برخی استانهای کشور و نیز واگذاری

تأمین می‌کند (۲) و بیش از ۷۵ درصد امکانات درمانی را در اختیار دارد اکنون حداقل با دو سؤال کلیدی مواجه است:

(۱) آیا خصوصی سازی عدالت، کارایی، کیفیت خدمات، پیامدهای سلامت و فرآیندهای مشارکت مردمی را بهبود خواهد داد؟ و در چنین صورتی

(۲) چه اشکال، مکانیزم‌ها، و فرآیندهایی از خصوصی سازی برای دستیابی به اهداف، پیامدها و خروجی‌ها مناسب‌ترند؟ (۴).

خصوصی سازی به معنی انتقال مسئولیت‌های اجرایی به شرکت‌های خصوصی است که اغلب در قالب یک قرارداد انتظارات متقابل از بخش عمومی و از صندوق عمومی دولت مشخص می‌گردد. مثلاً تبدیل بیمارستان‌های عمومی به مالکیت خصوصی به منظور ارائه خدمات خاص (۵). بیمارستانهای خصوصی شده کاملاً در مواجهه با بازار هستند و مالکان علاقمند به کسب درآمد، مدیریت را پایش می‌کنند (۶).

واگذاری برخی از فعالیت‌های بیمارستانی، عقد قراردادهای طولانی مدت با ارائه کنندگان غیردولتی مثل واگذاری نگهداری از تجهیزات پزشکی به بیرون در تایلند، خدمات مدیریتی در آفریقای جنوبی و خدمات تغذیه، رختشویی و نگهبانی در بمبئی، برنامه‌های کنترل مالاریا و تغذیه در سنگال و برنامه‌های بهداشت باروری در بنگلادش همراه با افزایش قابل توجه در خودگردانی و خصوصی سازی پزشکان عمومی، دندانپزشکان، داروسازان و سایر کارکنان مراقبت‌سریانی سلامت در اروپای مرکزی و شرقی از موارد بارز کاهش تصدی‌گری دولتی است.

کنیا، اوگاندا، اندونزی، تانزانیا و بسیاری از کشورهای دیگر، تجاربی از افزایش خودگردانی در بیمارستانهای عمومی خود را دارند. سیاستگذاران این نوع رفرم را به دلیل اینکه ریشه شدیدترین مشکلات کارائی و کیفیت را در فقدان فراگیری کنترل بر روی منابع و تولید می‌دانند انتخاب کرده‌اند (۵).

شرکتی سازی با نگرش تقلیدی از ساختار و کارائی شرکتهای خصوصی با حفظ مالکیت بالفعل بخش عمومی صورت گرفته است. جامع‌ترین اصلاحات شرکتی در سنگاپور، نیوزلند، استرالیا، انگلستان و هنگ کنگ اتفاق افتاده است. در سنگاپور، نیوزلند و مالزی، بیمارستانها به عنوان شرکتهایی براساس قانون شرکت‌های خصوصی تاسیس شده‌اند و قانون رقابت و سایر قوانین تجاری در مورد آنها نیز موضوعیت دارد. در هنگ کنگ تانزانیا و اندونزی و تغییرات سیاسی اخیر در انگلستان از ساختار مالی شرکتی به سوی رژیم هزینه سرمایه‌ای فاصله گرفته‌اند (۷). از اواخر دهه ۱۹۸۰ بسیاری از کشورهای آفریقای خودمختاری بیمارستانهای آموزشی عمده خود را با هدف بهبود کارایی تخصصی و عدالت، کارایی داخلی و بهبود پاسخگویی، جوابدهی و ایجادگزینه‌های متعدد افزایش داده‌اند (۸).

از آنجائیکه خصوصی سازی در کشور به سرعت در حال گسترش است نیازمند بررسی مکانیزم‌های بکار رفته در سایر کشورهای دنیا و طراحی الگو بر اساس شرایط کشوری

واگذار شده‌اند (۱۴). در غنا بیمارستانهای سطح دوم در ناحیه و سطح سوم در بعد ملی عمل می‌کنند (۱۵). در تایلند بیمارستانهای سطح دوم توسط هیئت‌های سلامت استان هدایت می‌شوند. جدول زیر مکانیزم‌های مربوطه در شکل خصوصی سازی را در کشورهای منتخب نشان می‌دهد.

ایستگاههای اورژانس بین جاده ای و شهری به نیروهای خدماتی (بخش خصوصی) نیز از جمله موارد خصوصی سازی می‌باشند. در شیلی شهرداری‌ها اختیار عقد قرارداد با بخش خصوصی را هم دارند و خدمات در قالب خدمات سلامت منطقه‌ای صورت می‌گیرد. در تایلند بیمارستانهای ناحیه و جامعه به شهرداری‌ها

جدول ۱: مکانیزم‌های تمرکز زدایی به شکل خصوصی سازی در نظام سلامت کشورهای منتخب

ردیف	کشور	مکانیزم
۱	انگلستان	اغلب پرسنل پزشکی و پیراپزشکی کارمند NHS بوده و به شکل قراردادی مبتنی بر عملکرد کار می‌کنند. پزشکان و سایر پرسنل به صورت شرکی و در قالب گروه‌های مراقبت اولیه ارائه خدمات می‌نمایند. گروه‌های مراقبت اولیه با بیمارستان‌ها عقد قرارداد می‌کنند. ادارات سلامت خریدار خدمت از NHS می‌باشند.
۲	تایلند	آژانس‌های خصوصی و بیمارستان‌های خصوصی به شدت در حال گسترش هستند
۳	ترکیه	تلاش‌ها برای تلفیق بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات آغاز شده است. کاربرد تکنولوژی و تجهیزات توسط بخش خصوصی گسترش زیادی یافته است. دانشکده پزشکی خصوصی تشکیل شده است (۱۶).
۴	زامبیا	بیمارستان‌های کلیسا با وزارت دارایی قرارداد عقد نموده‌اند. بخش خصوصی با عقد قرارداد خدمات پشتیبانی را ارائه می‌کند (۱۷).
۵	سوئد	بسیاری از بیمارستان‌ها به غیر از ساختمان آن به شرکت‌های خصوصی با عقد قرارداد واگذار شدند. پزشکان خصوصی به شکل قراردادی با بخش دولتی کار می‌کنند.
۶	شیلی	سازمان خدمات سلامت و شهرداری‌ها مجاز به عقد قرارداد با بخش خصوصی جهت خرید خدمت می‌باشند. بیمه سلامت خصوصی ISAPRES گسترش یافته و ۲۸٪ مردم را پوشش می‌دهد.
۷	غنا	تلاش برای ادغام ارائه خدمات در دست اقدام است. (ادغام بخش خصوصی در ارائه خدمات)
۸	فرانسه	اغلب بیمارستان‌های محلی دارای پزشکان خصوصی خویش فرما می‌باشند. مراقبت‌های سطح اول و دوم اغلب توسط افراد خویش فرما و نیز در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت انجام می‌شود. واکسن‌های اجباری به طور رایگان و سایر واکسن‌ها در مطب‌های خصوصی با دریافت هزینه انجام می‌شود. پیش سلامت کودکان، مشاوره و مداخلات اجتماعی، مراقبت‌های مادران و نوزادان در مراکز بهداشت و مطب‌ها انجام و به وسیله بیمه باز پرداخت می‌شوند. خدمات سرپایی توسط مشاغل خویش فرما طبق تعرفه صندوق بیمه، دولت و مشتریان محاسبه و مستقلاً از بیمار دریافت و سپس توسط بیمه بازپرداخت می‌شوند. کار در هر دو بخش خصوصی و دولتی برای یک نفر رایج است. بخش خصوصی با دولت‌های محلی برای ارائه خدمات عقد قراردادی نماید.
۹	ایران	بخش خصوصی و غیر دولتی در جنبه‌های مختلف تولید بدون ضوابط دقیق و مشخص گسترش یافته است. در سال‌های اخیر مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات پشتیبانی از طریق عقد قرارداد گسترش یافته است. تعاونی‌های خدمات بهداشتی و درمانی در برخی مناطق تشکیل شده‌اند.

جدول ۲: توزیع فروانی موافقت اعضای جامعه پژوهش با مکانیزم‌های پیشنهادی برای خصوصی سازی

نظرات پاسخ‌دهندگان						
آزمون Z	املاً	خالف	ی‌نظر	واقف	گزینه (مکانیزم‌های پیشنهادی برای خصوصی سازی در نظام سلامت)	
	املاً	خالف	واقف	واقف		
۳/۴۲				۳	۲	واگذاری ارائه خدمات سلامت شامل طراحی ساختار داخلی، عقد قرارداد با بخش‌های خصوصی و دولتی، تدوین برنامه و تعیین اولویت‌ها در سطح اول و دوم به شهرستان و در سطح سوم به استان و دانشگاه‌های علوم پزشکی
-۰/۴۸				۴	۱	تلفیق بخش‌های دولتی و خصوصی در ارائه خدمات
۲/۲۵	۱	۱	۱	۱۶	۱۶	اداره بیمارستانها به صورت خودگردان و با هیئت مدیره
۱/۸۵	-	۲	۲	۲۰	۱۱	تشکیل مجتمع‌های سلامت)
۱/۴۶	-	۱	۴	۱۳	۱۷	انجام برنامه‌ریزی استراتژیک و منطقه‌ای برای بیمارستانها
۱/۰۷	-	۲	۳	۱۶	۱۳	انجام برنامه‌ریزی استراتژیک و منطقه‌ای مجتمع‌های سلامت
۱/۴۶	۲	۱	۲	۱۸	۱۲	توسعه اعتبار بخشی موسسات آموزشی، خدماتی، پژوهشی

یافته های فوق نشان دهنده پر رنگ شدن بخش خصوصی در کارکردها و اجزای مختلف نظام سلامت می باشد. در برخی از کشورها کارکنان از حالت استخدام رسمی دولت مرکزی بصورت قراردادی با شرکت های مختلف کار می کنند از جمله انگلستان، سوئد، فیلیپین، شیلی.

با توجه به یافته های پژوهش، مکانیزم‌های بکار گرفته شده در کشورهای منتخب، ظرفیت موجود در نظام سلامت کشورومهیا شدن شرایط جامعه (انتخابات شوراهای اسلامی، گسترش خصوصی سازی در برنامه های توسعه)، مکانیزم‌هایی برای ایران بر اساس مستندات پیشنهادگردید سپس الگوی فوق در معرض قضاوت خبرگان قرار داده شد. جدول زیر میزان موافقت خبرگان را نشان می دهد.

یافته‌های جدول فوق و نیز نتیجه آزمون آماری نشان می‌دهد که صاحب‌نظران با گزینه‌های الگوی پیشنهادی در تمام موارد با $(P < 0.05)$ موافق هستند و بنابراین الگوی پیشنهادی را می‌توان مناسب و قابل اجرا دانست. توسعه اعتباربخشی و انجام برنامه ریزی استراتژیک منطقه ای با Z کمتری در محدوده قابل قبول قرار گرفته است که بیانگر دقت خبرگان شرکت کننده در پژوهش از نظر زودهنگام بودن موضوع و نیاز به ایجاد ظرفیت می‌باشد.

تلفیق بخش‌های دولتی و خصوصی در تدارک خدمات ($Z = -0.48, P < 0.05$) مورد موافقت اکثریت صاحب نظران قرار نگرفت که دلیل آن نیازمند بررسی‌های بیشتر و اختصاصی است چرا که از سال‌های پیش در برخی بیمارستانها امکان داشتن تخت خصوصی برای پزشکان فراهم شده است. شاید یکی از دلایل این مخالفت ترکیب پاسخ‌دهندگان می‌باشد که متأسفانه بدلیل نبود بخش خصوصی سازمان یافته در این رابطه چاره‌ای جز این نبوده و در هر حال موضوع نیازمند بررسی جداگانه می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

سیاست خصوصی سازی و کاهش تصدی گری دولت که با تاکید رهبری و طبق برنامه های سوم و چهارم توسعه، شدت در حال گسترش و اجرایی شدن است نظام سلامت و بویژه اجزای اصلی آن یعنی بیمارستانها و واحدهای بهداشتی را با چالش های جدی مواجه ساخته است. سوال اصلی این است که این واحدها چگونه به بخش خصوصی واگذار شوند؟ چه ترکیبی از بخش های دولتی و خصوصی و چگونه می تواند شکل گیرد؟

یافته های پژوهش از ده کشور مختلف دنیا نشان داد که واگذاری واحدهای دولتی به بخش خصوصی، افزایش اختیارات مدیریتی (خود گردانی)، شرکتهای سازی و عقد قرارداد مابین سازمان دولتی و ارائه کنندگان خدمات بخش خصوصی مکانیم هایی هستند که در دهه اخیر در آنها بکار گرفته شده اند. یافته های این پژوهش با تجارب متعدد موجود در دنیا مطابقت دارد که در زیر مواردی از آنها آورده می شوند.

در استرالیا دولت فدرال و دولت‌های ایالتی در بیش از پنجاه بیمارستان مشارکت بخش خصوصی را به اشکال مختلف شروع کردند. در پانزده مورد شرکتهای خصوصی ایجاد شد، در چهار مورد بیمارستانها فروخته شدند، در چهار مورد مدیریت بیمارستان با حفظ مالکیت دولتی به بخش خصوصی واگذار شد و در نهایت در سی مورد مدیریت خصوصی در داخل و یا کنار مدیریت دولتی قرار گرفتند. در سال ۱۹۹۹ شهردار استکهلم در سوئد بیمارستان ۲۴۰ تختخوابی دولتی « گورانس » را به بخش خصوصی بر اساس قراردادی که طی آن بجای پول بخش خصوصی می بایست خدمات ارائه نماید، واگذار نمود بدنبال آن هزینه های بیمارستانی ۳۰ درصد کاهش یافت (۱۸).

در انگلستان در طی دهه گذشته دولت مشارکتهای دولتی - خصوصی را در تأمین مالی، ترکیب و ساختار مدیریت بسیاری از بیمارستانها بکار گرفت. در این برنامه مسئولیت سلامت یک ناحیه از طریق مناقصه به یک شرکت خصوصی واگذار شد تا شرکت بیمارستان جدیدی را احداث و ضمن نگهداری تسهیلات بالینی، خدمات غیر کلینیکی مثل لندری، حفاظت، پارکینگ و باغبانی را عهده دار شود. اپراتور سالانه مبلغی را به مدت پانزده تا بیست و پنج سال به عنوان جبران هزینه های سرمایه ای و جاری دریافت می کرد و این مدل مشارکت خصوصی - دولتی در سوئد، برزیل، استرالیا نیز بکار گرفته شد (۱۹).

در نیوزلند فرآیندهای عقد قرارداد، با تمرکز بر روی هزینه، حجم خدمات را ارتقاء بخشید ولی باعث شفافیت بیشتر ویژگی های خدمات شده است و ارائه کننده را بر روی ارتقای کیفیت خدمات تشویق نموده و او را قادر می سازد تا روش های جدیدی را برای ارائه خدمات جستجو نماید. وضعیت فوق در ارائه کنندگان سنتی که بودجه دولتی برای ارائه خدمات دریافت می کردند اتفاق نمی افتد (۲۰).

در یکی از ایالات هندوستان بمنظور بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه و افزایش سود، باز گذاشتن دست دولت برای خدمات بهداشتی اولیه تعداد ۲۲ بیمارستان خصوصی شدند. که برخی از آنها به بانک راجستان و تعدادی به خیریه ها و شرکتهای واگذار شدند (۲۱).

بخاطر آزاد سازی اقتصادی در چین و ویتنام مراقبتهای بهداشتی اولیه از کنترل های سلسله مراتبی و بروکراتیک خارج و درعین حال تا حد زیادی وابسته به دریافتی ها از خدمت گیرندگان شده است. این قضیه آینده مراقبتها را با سئوالات اساسی از نظر دسترسی مواجه می سازد (۲۲).

با توجه به فشارهای بیرون بخش بهداشت در راستای گسترش خصوصی سازی در کشور مطابق با برنامه های توسعه کشور و نظر به حساسیت موضوع سلامت و لزوم پرهیز از شتاب زدگی در خصوصی سازی این بخش، موارد زیر بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می گردند:

- ۳- تلفیق بخش خصوصی و دولتی در غا لب هیاتهای امن و هیاتهای مدیره مجتمع های سلامت و بیمارستان ها و مشارکت آن ها در برنامه ریزی، اجرا و پایش هر دو بخش.
- ۴- نظام مند نمودن عقد قرارداد در راستای واگذاری امور خدماتی و پشتیبانی به بخش خصوصی.
- ۵- تشکیل کمیته ملی راهبری ممیزی و اعتبار بخشی موسسات بهداشتی و درمانی کشور و ظرفیت سازی و حرکت به سوی تشکیل موسسه مستقل اعتباربخشی
- ۱- تشکیل مجتمع های سلامت که مجموعه ای از واحدهای خصوصی موجود خواهد بود و عقد قرارداد با آن ها همراه با واگذاری سلامت کلی جمعیت معینی به آن ها در مناطقی که برای بخش خصوصی جاذبه دارد. (این قسمت با سیاست های تعاون در کشور واز همه مهمتر طرح پزشک خانواده و تجمیع صندوق های بیمه سازگاری دارد).
- ۲- تقویت و ادامه کار شبکه های بهداشت و درمان در مناطقی که مجتمعهای سلامت تشکیل نگردیده اند. در حدی که دو بخش فوق از نظر عملکرد به رقابت تشویق گردند.

References

- World Health Organization (WHO). Management Effectiveness Program: MEP Guide; Geneva. 2001; 2-4
- واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۱. نشریه شماره ۱، سال اول، ۲۳ - ۷.
- Bosser T, Decentralization of Health systems: Sharing Resources and Responsibilities. International Health systems Group. Harvard school of public health; 2000:46
- Alkinson S, Medeiros RL, HenriqueP, Oliveira L, Almedia R. Going down to the local :incorporating social organization and political culture into assessments of decentralized health care .*J Social science and Medicine* 2000;51:619-639
- سازمان جهانی بهداشت . گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ . چاپ اول، تهران، موسسه فرهنگی ابن سینای تهران ۱۳۸۲ ، ۹۵-۱۰۰
- Harding, A, Preker A. *Understanding Organizational Reforms : The corporatisation of public Hospitals*. 1st. New York, World Bank, 2001:72-85
- چاولا، گ. خودگردانی بیمارستان ها. آموختنی هایی از تجارب کشورهای در حال توسعه. ترجمه علیرضا احمدوند. ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی ۱۳۸۱، دوره اول، شماره ۴، ص ۳۳۰
- Mcpake B, Public autonomous hospitals in sub Saharan Africa: Trends and issues .*J Health Policy* 1999; 35:155-177
- Bossert T ,Beauvais J. Decentralization of health systems in Ghana , Zambia , Uganda and Philippines :A comparative analysis of decision space .*JHealth Policy and Planning* 2002 ;17(1):14-31
- RobertsM. HsiaoW. Getting Health Reform Right "Oxford university press 2002 :178-201
- Pan American Health Organization . *Chile Profile of the health services system*. PAHO/WHO1999;6-9
- JorstbergH, CatharinaC, GhathekarO. *Health care in transition. Sweden* . 1st ed. Copenhagen European observatory on Health care systems. 2001:80-91.
- SandierS. ParisV. PoltonD . *Health care systems in transition; France* . 1st ed. Copenhagen ,European observatory on Health care systems, 2004;p8
- Thailand, Ministry of public Health, Bureau of Health Policy *Country Health Profile* 2000; 561-598
- DolvoD. *Staff Performance Management in Reforming Health systems*. Ministry of health Ghana .Funded Research Project with European Union 1998;16-20
- SerdarS, Karahan,O , Omar S. *Turkey Health systems in transition*. 1st ed. Copenhagen European observatory on Health care systems. 2002:61-72.
- FelixP. TienM. *Zambia National Health Accounts 2002 Main findings* :Zambia Ministry of health plus partners for health reform, 2004; 1-20
- Lundin M, Skedinger P. Decentralization of active labor market policy: The case of Swedish .*J Public Economics* 2005;47:214-219
- RobinsonR, DixonA, MossialosE. *Health care systems in transition: United Kingdom*. 1st ed. Copenhagen European observatory on Health care systems. 1999;31-43.
- Jakab M, Paker, A .The introduction of market forces in the public hospital sector. 1st. New york, World Bank, 2001;pp:40

21.Sharma SD,HotchK.Developing financial
Autonomy in public hospitals in India :
Rajasthan's Model. *Health Policy*2001; 35:1-
18

22.-Bloom G. Primary health care meets the
market in China and Vietnam.*Health
policy*1998; 44:233-252