

## نظریه‌ی مدیریت نوین دولتی و نقش آن در کارایی ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی در ایران؛ ۸۵-۱۳۸۳

صمد روحانی<sup>۱</sup> / ماریا رمضان‌نیا<sup>۲</sup>

چکیده

مقدمه: الگوی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی طیف گسترده‌ای ست از حالت کاملاً دولتی تا کاملاً خصوصی؛ ولی متخصصان معتقدند که هم بخش خصوصی مطلق و هم بخش دولتی صرف در تأمین و تدارک خدمات بهداشتی با شکست مواجه است. استفاده توأم از بخش دولتی و خصوصی به منظور رفع نقاط ضعف یکدیگر و تکمیل توان‌های متقابل به عنوان راهکار جانشین مطرح شده است. نظریه مدیریت نوین دولتی کاربرد گسترده‌ای در بخش‌های ارائه خدمات و از جمله خدمات بهداشتی و درمانی دارد. هدف این مطالعه بررسی و اعلام نتایج حاصل از اصلاحات در ارائه خدمات بهداشتی اولیه استان آذربایجان شرقی است که اولین تجربه در نوع خود در کشور ایران بوده است، و تغییر در کارایی این مراکز را هم با مراکز مشابه دولتی مقایسه می‌کند.

روش بررسی: این مطالعه از نوع شبه تجربی ست که گروهی از مراکز غیردولتی را با مراکز مشابه دولتی مقایسه کرده، و به بررسی تغییر در کارایی آنها پرداخته است. برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست و پرسشنامه استفاده شده است. یافته‌های این مقاله مبتنی بر اطلاعات موجود در واحدهای ارائه خدمات؛ و از آمار توصیفی و تحلیلی جهت ارائه داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها: این تحقیق نشان داد که مراکز بهداشتی و درمانی غیردولتی در مقایسه با مراکز مشابه دولتی توانسته‌اند در تأمین بسته خدمات تعریف شده و یکسان برای جمعیت معین تحت پوشش خود موفق‌تر عمل کنند، به گونه‌ای که بهبود کارایی را هم از طریق به کارگیری داده‌های کمتر و هم از طریق تولید باز داده‌های بیشتر در تدارک خدمات بهداشتی اولیه افزایش دهند. دولت توانسته خدمات بهداشتی اولیه را از طریق تنظیم قرارداد با بخش غیردولتی با هزینه‌ای حدود یک سوم هزینه مراکز دولتی فراهم کند. نتیجه‌گیری: بخش غیردولتی طرف قرار داد با دولت توانسته است در مقایسه با واحدهای مشابه در بخش دولتی، بسته خدمت بهداشتی مشابهی را تحت نظارت بخش دولتی هم با منابع کمتر (از نظر هزینه و مقدار منابع مصرف شده بر حسب جمعیت تحت پوشش و واحد ارائه خدمت) و هم با تولید بیشتر بر مبنای واحد منابع مصرف شده ارائه نماید. بنابراین با توجه به شکست بخش خصوصی در تدارک خدمات بهداشتی، و شکست بخش دولتی صرف در تأمین و ارائه خدمات؛ تنظیم قرارداد و بهره‌گیری از مشارکت بخش خصوصی به عنوان راه سوم در بازار ارائه خدمات بهداشتی اولیه ایران می‌تواند سبب بهبود در کارایی و استفاده بهتر از منابع بسیار محدود بهداشتی در بخش دولتی و خصوصی کشور در توسعه بهداشت ملی شود.

کلید واژه‌ها: نظریه مدیریت نوین دولتی، کارایی، ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی

• وصول مقاله: ۸۷/۸/۲۹ • اصلاح نهایی: ۸۷/۱۱/۱۳ • پذیرش نهایی: ۸۸/۱/۳۰

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران؛ نویسنده مسئول (sr485@yahoo.com)

۲. ام. بی. ای. در بهداشت، جمعیت و تغذیه از مرکز مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشتی، دانشگاه کیل انگلستان

## مقدمه

نقش بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای مختلف دنیا دارای الگوهای متفاوتی می‌باشد. عمدتاً سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ممکن است کاملاً دولتی، کاملاً خصوصی، و یا ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی باشند. علی‌رغم کارایی بالای بخش خصوصی در تولید کالا و خدمات، این بخش با شکست بازار در ارائه خدمات بهداشتی مواجه می‌باشد که عمدتاً به ویژگی‌های خاص خدمات بهداشتی نسبت داده می‌شود. از طرف دیگر بخش دولتی نیز اگر چه دارای پتانسیل لازم برای توسعه عدالت در تأمین خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یک حق برای آحاد جامعه می‌باشد، به دلیل عدم کارایی و بهره‌وری لازم در اغلب بخش‌ها از جمله بخش بهداشت با شکست در تأمین خدمات مورد نیاز مردم روبرو است. [۱،۲] علاوه بر موارد مذکور اطلاعات موجود نشان می‌دهند که بخش خصوصی در اغلب کشورهای دنیا و به ویژه در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران بیش از ۵۰ درصد از کل منابع بخش بهداشت را در اختیار دارد. [۳،۴] این در حالی است که بخش دولتی به عنوان تنها رکنی که مسئولیت مستقیم تأمین سلامت آحاد جامعه را از طریق تدارک مستقیم خدمات بهداشتی و درمانی و یا نظارت بر تأمین آن از طریق بخش خصوصی بعهده دارد، هم دچار کمبود شدید منابع در تأمین و توسعه سیاست‌های ملی بهداشت مواجه بوده و هم فاقد مکانیزم کارآمد و مؤثر در نظارت بر عملکرد بخش خصوصی و چگونگی بکارگیری این منابع عظیم در راستای سیاست‌های ملی بهداشت می‌باشد. [۵]

این واقعیات نشان می‌دهند که هرکدام از این دو بخش به تنهایی قادر به تأمین خدمات بهداشتی و درمانی جمعیت نبوده که زمینه را برای پیدایش نظریه‌هایی به عنوان راه سوم (Third Way) که تأکید بر مشارکت توأم هر دو بخش دارد را فراهم نموده است. یکی از این نظریه‌ها تئوری مدیریت نوین دولتی (New Public Management) (NPM) است. [۶،۷]

طراحی مجدد سازمان‌ها (Re-engineering) از

طریق ایجاد ارتباط بین بخش دولتی و بخش خصوصی و ایجاد یک وضعیت فازی یا هیبرید [۸] تضمین و تأمین خودگردانی و استقلال بیشتر برای واحدها و کارکنان دولتی و استفاده از مکانیزم‌های بازار برای ارتقاء رقابت در بخش دولتی، از ضروریات دکنترین NPM هستند. [۹]

تئوری مدیریت نوین دولتی که یکی از راهکارهای بهبود کارایی و استفاده مطلوب‌تر در منابع سازمان‌های ارائه خدمات می‌باشد، دارای کاربرد گسترده‌ای در بخش‌هایی چون اقتصاد، مدیریت، تجارت، بخش‌های عمومی و ارائه خدمات همچون بخش بهداشت می‌باشد. [۱۰] این تئوری تأکید بر بکارگیری مکانیزم و کارایی بازار در ارائه خدمات در راستای سیاست‌های بخش دولتی داشته و توصیه بر روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان در قالب مکانیزم‌های شفاف و بر اساس تنظیم قرارداد را دارد. این تئوری در واقع یک حالت هیبرید یا بینابینی از حالت‌های بازار یا بخش خصوصی مطلق و بخش دولتی صرف بوده و بر مشارکت این دو بخش به منظور حفظ مزایای هر یک از این دو ارکان و اجتناب از معایب آنها تأکید دارد. [۹-۱۱]

در شرایط بازار واحدهای تولیدی و ارائه خدمات تحت مکانیزم عرضه و تقاضا فعالیت نموده و دارای انگیزه مالی کافی برای کاهش منابع و یا هزینه آنها و همچنین افزایش تولید یا سود حاصل از آن می‌باشند. [۱۲] حالتی که فقدان آن در بخش دولتی یا واحدهایی که با بودجه ثابت و حقوق و دستمزد ثابت اداره می‌شوند و رابطه‌ای بین عملکرد واحدها و کارکنان آنها و منافع شان وجود ندارد، منجر به افت کارایی و بهره‌وری در این واحدها گردیده است.

محدودیت منابع بخش بهداشت با توجه به نیازهای بهداشتی تأمین نشده آحاد جمعیت از یک طرف، افزایش انتظارات با توجه به توسعه دستاوردهای علوم بهداشتی از طرف دیگر، ضرورت استفاده هرچه بیشتر از منابع محدود بخش بهداشت را به ویژه به سیاست‌گذاران، دولتمردان و مدیران بخش بهداشت گوشزد می‌نمایند. [۱۳] این در حالی است که عدم کارایی به مفهوم عدم توانمندی سیستم‌های

مرکزی می‌باشد. [۱۹]

در کشور انگلستان بکارگیری بازار داخلی (Internal Market) عمدتاً در اصلاحات بخش بهداشت تجربه گردیده است ولی در بسیاری از کشورهای دیگر بکارگیری بخش خصوصی در غالب همکاری بخش دولتی و خصوصی (Public-Private Mix) مورد استفاده قرار گرفته است که همه آنها نوعی از تجربه بکارگیری بازار در تحول بخش دولتی محسوب می‌گردند. [۲۰]

تجربه ۱۰ سال همکاری با بخش تعاونی در تدارک خدمات بهداشتی بجای واحدهای دولتی در کشور کاستاریکا که مبتنی بر اصلاحات مشابه بازار بوده است، نشان داده است که این واحدها توانسته‌اند دستاوردهای قابل ملاحظه‌ای را هم از نظر تدارک خدمات، کیفیت آن و کاهش هزینه خدمات حاصل نمایند. [۲۱]

در سال‌های اخیر تحت دکترین NPM کشورهای مختلف هم در بخش بیمارستانی و هم در بخش خدمات بهداشتی اولیه اقدامات اصلاحی را تجربه نموده‌اند تا مهمترین عوامل مسبب عدم کارایی در بخش بهداشت خود را مرتفع نمایند. موفقیت یا عدم موفقیت این تجربیات تا درجه زیادی به فاکتورهای مختلف زمینه‌ای و شرایطی که این تجربیات در آن اتفاق افتاده است و یا شیوه‌ای که اصلاحات انجام شده است، دارد. [۲۲]

در کشور ایران به عنوان گامی در جهت بهبود ارائه خدمات و به منظور بکارگیری هر چه مطلوب‌تر از توان‌های بالقوه موجود در بخش خصوصی در قالب آئین‌نامه‌ها و برنامه‌های مختلف به دولت اجازه تغییر و اصلاحات در بخش‌های عمومی و از جمله بخش بهداشت داده شده است. در این راستا ما شاهد برخی اصلاحات در نقاط مختلف سیستم بهداشتی و درمانی کشور از جمله در بخش خدمات بهداشتی اولیه بوده ایم. از جمله این مداخلات، اصلاحات انجام شده در بخش خدمات بهداشتی اولیه در استان آذربایجان شرقی که اولین پروژه در نوع خود در کشور بوده است، می‌باشد. در این مقاله هدف این است تا با بهره‌گیری از تئوری مدیریت نوین دولتی نتیجه این پروژه از نقطه نظر تغییر در کارایی

موجود خدمات بهداشتی و درمانی کشورهای دنیا و به ویژه کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران در تأمین نیازهای بهداشتی جمعیتشان تا حد ممکن، چه در شکل دولتی و چه در شکل خصوصی آن یک بحث جدی و فوری می‌باشد. [۱۴]

تئوری مدیریت نوین دولتی در عرصه‌های مختلف و از جمله در بخش بهداشت کشورهای متعددی نظیر نیوزلند، انگلستان، کانادا، کره جنوبی، سوئد و غیره به عنوان یک استراتژی اصلاحات در بخش بهداشت مورد استفاده گسترده‌ای قرار گرفته و دارای نتایج مثبتی بوده است. [۱۶-۱۴]

تجربه نیوزلند در اجرای اصلاحات بخش دولتی مبتنی بر تنظیم قرارداد، اغلب توسط محققین به عنوان یک تجربه موفق که محتوی عناصر ویژه و اصول کلی است که می‌تواند حتی برای کشورهای در حال توسعه‌ای که به دنبال بهبود در کیفیت، کارایی، هزینه اثر بخشی و بهبود عملکرد بخش خصوصی خود می‌باشند، ذکر می‌گردد. [۱۷]

بکارگیری تئوری NPM در کشورهای پیشرفته و اروپای غربی مثل انگلستان، آلمان، سوئیس، فرانسه، ایتالیا و غیره در جهت بهبود در خدمات بهداشتی با حداقل منابع سبب شد که رقابت و بهینه‌سازی تدارک خدمات بهداشتی و نهایتاً عملکرد سازمان‌های بهداشتی بهبود یابد. اگر چه اغلب جنبه‌های تئوری NPM در اصلاحات بخش بهداشت کشورهای اتحادیه اروپا قابل کاربرد است، ولی این تئوری به عنوان یک نوشدارو برای بخش بهداشت تمام کشورها نبوده است. بگونه‌ای که دستاوردهای آن برای کشورهای مختلف متفاوت بوده است. آن منتهی به گسترش نابرابری، و بوروکراسی بیشتر در برخی موارد و بهبود دستاوردهای بهداشتی، افزایش تعداد فراهم کنندگان خدمات بهداشتی (مثل بیمه‌گران و بیمارستان‌ها) و مستحکم باقی ماندن قوانین شده است. [۱۸]

نحوه اجرای برنامه‌های مرتبط با اصلاحات مبتنی بر تئوری NPM در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد. به گونه‌ای که در برخی از کشورها نظیر سوئد اغلب به شکل غیرمتمرکز، در صورتی که در نیوزلند آن بیشتر در سطح

مراکز بهداشتی و درمانی در مقایسه با مراکز مشابه دولتی موجود در این منطقه ارائه گردد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعه شبه تجربی می‌باشد. مطالعات شبه تجربی مطالعاتی هستند که از گروه‌های موجود در سطح جامعه استفاده نموده و به چگونگی تأثیر یک فاکتور در گروه‌های متفاوت می‌پردازند. در این مطالعه گروهی از مراکز بهداشتی و درمانی که در قالب پروژه اصلاحات در خدمات بهداشتی اولیه در سطح مراکز بهداشتی و درمانی شهری استان آذربایجان شرقی بکار گرفته شده‌اند، با تعدادی مساوی از مراکز بهداشتی و درمانی شهری دولتی در سطح همان شهرستان‌ها مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفته‌اند. کلیه مراکز بهداشتی و درمانی غیردولتی که به وسیله بخش خصوصی با تنظیم قرارداد با معاونت بهداشتی استان ایجاد و راه‌اندازی شده بودند (تعداد ۹ مرکز بهداشتی و درمانی شهری) در سطح سه شهرستان شامل تبریز، مراغه و اسکو فعال بوده‌اند که همه آنها در مطالعه وارد شده‌اند. بنابراین تعداد مساوی از مراکز دولتی (تعداد ۹ مرکز بهداشتی و درمانی شهری) در سطح همین شهرستان‌ها به عنوان گروه مقایسه میبایستی انتخاب می‌شده‌اند. انتخاب تصادفی دارای مزیت‌هایی نسبت به سایر روش‌های نمونه‌گیری است. ولی در این مطالعه از آنجایی که تعداد ۹ مرکز بهداشتی و درمانی دولتی از بین کل ۱۶۱ مرکز بهداشتی و درمانی شهری این استان باید به گونه‌ای که از نظر برخی از فاکتورهای مهم که احتمال مداخله آنها در متغیرهای مورد بررسی بیشتر می‌باشند، کنترل شوند، لذا با توجه به ویژگی‌های مراکز غیردولتی معیارهایی نظیر شهری بودن مرکز، گذشت حداقل سه سال از تأسیس مرکز، قرار داشتن در همان شهرهایی که مراکز غیردولتی قرار دارند، و قضاوت مدیران و کارشناسان خبره مرکز بهداشت شهرستان مورد نظر از لحاظ وضعیت اجتماعی و اقتصادی جمعیت تحت پوشش مراکز مورد استفاده قرار گرفت. مضافاً اینکه همه این مراکز از سطح نسبتاً یکسان نیروی انسانی، تعرفه

یکسان خدمات قابل فروش، و بسته خدمت مشابه را ارائه می‌نمودند. بدین منظور از نقطه نظرات کارشناسان و خبرگان حوزه معاونت بهداشتی استان و شهرستان‌های مورد مطالعه جهت انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی دولتی بهره گرفته شده است.

مطابق قرارداد کلیه مراکز بهداشتی و درمانی غیردولتی در قبال دریافت سرانه از حوزه معاونت بهداشتی استان و از محل فروش خدمات که مطابق قوانین و تعرفه مراکز بهداشتی و درمانی دولتی می‌باشد، موظف به تأمین خدمات تعریف شده که عیناً مشابه بسته خدمات بخش دولتی است بوده‌اند. بنابراین کارکنان این نوع مراکز در سود و زیان عملکرد خود کاملاً سهیم بوده و انگیزه کافی هم برای کاهش هزینه و هم برای افزایش عملکرد و در نتیجه سود حاصل از آن را داشته‌اند. در بخش دولتی مراکز مطابق روال جاری کشور تحت مکانیزم بودجه ثابت و حقوق و دستمزد ثابت کارکنان فعالیت می‌نموده‌اند.

مراکز غیردولتی مطابق با قرارداد ملزم به رعایت حداقل استانداردها از نقطه نظر نیروی انسانی، فضای فیزیکی، لوازم مصرفی و غیره بوده و مانند مراکز دولتی تحت نظارت مستقیم کارشناسان حوزه معاونت بهداشتی فعالیت می‌نموده‌اند.

مراکز بهداشتی و درمانی در هر دو بخش دارای جمعیت تعریف شده در شعاع جغرافیایی مشخص برای تأمین خدمات می‌باشند.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ها و چک لیست که محتوی متغیرهای مورد نظر بوده‌اند بهره گرفته شده است. از آنجایی که در این بخش از تحقیق اطلاعات مربوط به سال قبل از مطالعه مورد نظر بوده است، لذا از سوابق موجود در مراکز بهداشتی و درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان و استان، اطلاعات مالی و پرسنلی مربوط به تک تک مراکز با استفاده از ابزار فوق استخراج شده است.

این مطالعه یک تحقیق چند روشی بوده که ترکیبی از داده‌های کمی و کیفی، اولیه و ثانویه را استفاده نموده است، ولی در این مقاله فقط اطلاعات کمی حاصل از

عنوان گران‌ترین منابع سازمان‌های بهداشتی و درمانی به طور کل و واحدهای خدمات بهداشتی اولیه به طور ویژه و شاخص کارایی هزینه در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که از جدول ۲ پیداست، مادامی که مراکز دولتی در مقایسه با مراکز غیردولتی از یک کاهش حدود ۴۰ درصدی از حیث شاخص کارایی نیروی کار مواجه بوده‌اند، ولی از لحاظ هزینه بر مبنای خدمات ارائه شده یا جمعیت پوشش داده شده نزدیک به دو برابر مراکز غیردولتی دارای افزایش هزینه بوده‌اند.

موارد و یافته‌های ارائه شده در این مقاله بر مبنای تئوری‌های مختلف به ویژه تئوری‌های با رویکرد مکانیزم بازار قابل بحث و نتیجه‌گیری می‌باشند که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

کارایی در تولید و افزایش بهره‌وری می‌تواند هم از طریق کاهش در منابع مصروفه برای تولید معین و هم از طریق افزایش در تولید با منابع معین و یا هر دو طریق امکان‌پذیر گردد. مطالعات متعدد نشان داده است که بخش‌هایی که مبتنی بر مکانیزم بازار اداره می‌شوند دارای انگیزه مادی برای افزایش کارایی و بهره‌وری از طریق کاهش هزینه و افزایش تولید و سود هستند. در صورتی که در بخش‌هایی که تحت مکانیزم بودجه ثابت و حقوق ثابت افراد به فعالیت می‌پردازند ایجاد انگیزه برای بهره‌وری کاری مشکل و خود هزینه بر می‌باشد. [۱۰، ۱۲] مکانیزم بازار یا به عبارت دیگر اداره امور واحدهای تولیدی یا ارائه خدمات مبتنی بر مکانیزم‌های عرضه و تقاضا می‌تواند موجبات بهبودی در کارایی و بهره‌وری را منجر شوند. اگرچه سپردن واحدهای ارائه خدمات بهداشتی یا به عبارت دیگر سلامتی مردم جامعه به بازار کاملاً آزاد و واگذاری ارائه خدمات بهداشتی مبتنی بر نظام عرضه و تقاضای صرف از دیدگاه متخصصین غیرقابل قبول می‌باشد، ولی بکارگیری شبه بازار یا بازار داخلی (Quasi market or Internal market)، ارائه خدمات در واحدهای نیمه دولتی (Public-Private mix)، ارائه خدمات در قالب

داده‌ها و ستاده‌های مراکز مطالعه شده گزارش می‌گردد. نتایج مطالعه با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیلی Independent t-test مورد ارزیابی قرار گرفته و ضریب ۹۵ درصد اطمینان به عنوان سطح معنی‌داری آزمون مورد قضاوت قرار گرفته است. داده‌ها بر مبنای کل و متوسط هر گروه ارائه شده و نتیجه آزمون بر مبنای معنی‌دار بودن متغیرهای مورد نظر بر مبنای میانگین دو گروه نتیجه‌گیری شده است.

### یافته‌ها

اطلاعات مربوط به داده‌ها شامل نیروی کار و سرمایه و هزینه‌های مربوطه، و بازده‌ها شامل خدمات ارائه شده به تفکیک خدمات درمانی و پیشگیری و کل خدمات مربوط به فعالیت‌های یکساله ۱۸ مرکز بهداشتی و درمانی (۹ مرکز دولتی و ۹ مرکز غیردولتی) در طول سال ۱۳۸۵ با همدیگر مقایسه شده که در جداول ۱ و ۲ در ادامه ارائه می‌گردند.

همان‌گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است مراکز بهداشتی و درمانی غیردولتی که در قرارداد با معاونت بهداشتی استان آذربایجان شرقی بوده‌اند با رعایت استانداردها و حداقل‌های تعیین شده از سوی معاونت بهداشتی استان نه تنها توانسته‌اند از نیروی کار و فضای کمتر و به همین شکل هزینه‌های کمتر مربوط به این داده‌ها و نهایتاً هزینه‌های جاری و هزینه‌های کل کمتر نسبت به مراکز بهداشتی و درمانی مورد مقایسه در بخش دولتی با راه‌اندازی مراکز مورد قرارداد به تأمین بسته خدمات تعریف شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که یکسان برای هر دو بخش می‌باشد، اقدام نمایند، بلکه از سوی دیگر قادر بوده‌اند تا مراقبت‌های پیشگیری و درمانی بیشتری نسبت به گروه مورد مقایسه شان برای جمعیت تحت پوشش خود فراهم نمایند. به عبارت دیگر مراکز غیردولتی هم از منابع کمتری استفاده نموده‌اند و هم خدمات بیشتری را ارائه کرده‌اند.

با استفاده از داده‌های جدول فوق مقایسه مراکز مورد مطالعه در قالب شاخص‌های بهره‌وری نیروی انسانی به

**جدول ۱: اطلاعات مربوط به داده‌ها و باز داده‌های مجموعه مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۵**

| ارزش P | دولتی      | غیردولتی   | بخش  |                   | داده‌ها و باز داده‌ها |
|--------|------------|------------|--|-------------------|-----------------------|
|        |            |            | تعداد کل   | نیروی کار         |                       |
| ۰.۰۶۶  | ۱۲۵        | ۱۰۲        | تعداد کل   |                   | داده‌ها               |
| ۰.۰۴۳  | ۳۴۶۶۶۰۸۰۰۴ | ۲۰۷۴۳۷۷۶۰۰ | کل   | هزینه             |                       |
| ۰.۰۱۵  | ۸۶/۱۲      | ۶۲/۰۲      | به عنوان % از کل هزینه‌های جاری                      |                   |                       |
| ۰.۱۱۳  | ۳۰۷۳       | ۲۳۰۴       | فضای مرکز به متر مربع                                |                   |                       |
| ۰.۰۱۱  | ۳۹۶۰۰۰۰۰۰  | ۲۲۴۰۴۰۰۰۰  | هزینه ساختمان  |                   |                       |
| ۰.۱۷۹  | ۹/۸۴       | ۶/۷۰       | هزینه ساختمان به عنوان % از کل هزینه جاری            |                   |                       |
| ۰.۰۷۸  | ۱۶۲۴۹۹۳۵۰  | ۱۰۴۶۲۴۸۲۱۲ | سایر هزینه‌های جاری                                  |                   |                       |
| ۰.۰۰۸  | ۴/۰۴       | ۳۱/۲۸      | سایر هزینه‌های جاری به عنوان % از کل هزینه‌های جاری  |                   |                       |
| ۰.۳۶۵  | ۴۰۲۵۱۰۷۳۵۴ | ۳۳۴۴۶۶۵۸۱۲ | کل هزینه‌های جاری مراکز بهداشتی و درمانی             |                   |                       |
| ۰.۰۵۷  | ۸۹/۲۴      | ۷۰/۱۹      | درصد سهم دولت از کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی |                   |                       |
| ۰.۰۲۱  | ۴۶۲۰۸      | ۲۶۱۴۲      | هزینه سرانه بر مبنای هزینه کل مراکز                  |                   |                       |
| ۰.۴۲۲  | ۴۱۷۲۴      | ۱۵۰۰۰۰     | سهم دولت در هزینه مراکز بر مبنای سرانه جمعیت         |                   |                       |
| ۰.۱۸۷  | ۴۰۹۲۹۷۳۹۵۶ | ۳۵۰۸۵۹۹۶۵۳ | کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی                  |                   |                       |
| ۰.۰۵۴  | ۵۴۷۵۳      | ۷۰۶۵۰      | تعداد مشاوره با پزشک                                 | مراقبت‌های درمانی | باز داده‌ها           |
| ۰.۵۸۲  | ۱۰۳۶۸۷     | ۱۷۱۶۵۹     | تعداد کل مراقبت‌های سرپایی                           |                   |                       |
| ۰.۰۴۶  | ۹۲۶۶۲      | ۱۰۱۱۸۰     | تعداد کل مراقبت‌های بهداشتی                          |                   |                       |
| ۰.۰۰۲  | ۱۹۶۳۴۹     | ۲۷۲۸۳۹     | تعداد کل مراقبت‌ها                                   |                   |                       |

**جدول ۲: مقایسه کارایی مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی شهری استان آذربایجان شرقی بر مبنای برخی از شاخص‌های منتخب کارایی در سال ۱۳۸۵**

| ارزش P | نسبت دولتی / غیردولتی | دولتی     | غیر دولتی   | بخش  |  |
|--------|-----------------------|-----------|-------------|--|--|
|        |                       |           |             | شاخص‌های مورد مقایسه                           |  |
| ۰.۲۱۵  | .۱۶۴                  | ۹۱۹۷۷     | ۱۴۳۷۳۱      | جمعیت تحت پوشش مراکز                           |  |
| ۰.۰۰۲  | .۱۵۹                  | ۱۵۷۰/۸    | ۲۶۷۴/۹      | متوسط خدمات ارائه شده به ازای هر پرسنل         |  |
| ۰.۱۸۷  | ۱/۱۷                  | ۴۵۴۷۷۴۸۸۴ | ۳۸۹۸۴۴۴۰۵/۹ | هزینه کل مراکز                                 |  |
| ۰.۲۱۵  | ۱/۶                   | ۲۰۸۴۵/۴   | ۱۲۸۵۹/۶     | متوسط هزینه بر مبنای هر خدمت ارائه شده         |  |
| ۰.۰۲۱  | ۱/۸                   | ۴۴۵۰۰/۰   | ۲۴۴۱۰/۹     | متوسط هزینه بر مبنای سرانه جمعیت پوشش داده شده |  |

غیردولتی متفاوت است با یافته‌های رم موهان و ری درهند که آنها تفاوت معنی‌داری از نظر کارایی تولید بین بخش دولتی و خصوصی نیافته‌اند. [۳۰] بنابراین مطابق نظر بنت [۲۶] بهبود عملکرد بخش خصوصی یک امر قطعی نیست بلکه به بسیاری از شرایط داخلی و خارجی مربوط به سازمان نیز بستگی دارد. و یا ممکن است که بخش خصوصی کنترل نشده از طریق سرمایه‌گذاری غیرضروری روی تکنولوژی گران قیمت که ضرورتی به نیازهای اساسی بهداشتی جمعیت ندارند سبب افزایش هزینه‌های خدمات گشته بدون اینکه دست‌آورد خاصی از لحاظ نتایج مطلوب بهداشتی داشته باشد مگر اینکه تحت نظارت دقیق بخش دولتی فعالیت نمایند. [۳۱]

اما یافته این تحقیق در رابطه با بهبود در کارایی ارائه خدمات در بخش غیردولتی در مقایسه با بخش دولتی با یافته‌های تحقیقات دیگران [۳۴-۳۱، ۱۷] همخوانی داشته است.

کشورهای در حال توسعه به ویژه کشورهای با درآمد پایین و متوسط عمدتاً وارث سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌باشند که با منابع دولتی تأمین و ارائه خدمت مینمایند و عمدتاً دارای کارایی پایین می‌باشند. تغییر ایده در رابطه با مدیریت بخش عمومی که به ویژه از تئوری NPM نشأت می‌گیرد، در حال گسترش در این کشورها می‌باشد. میلز در خصوص مقتضی بودن قرارداد برای بهبود کارایی ارائه خدمات بهداشتی دولتی (اعم از کلینیکی یا غیرکلینیکی)، مد نظر قرار دادن یکسری از فاکتورها شامل ظرفیت بخش خصوصی در عرضه خدمات، ظرفیت بخش دولتی در طراحی، اجرا و پایش قرار داد، ویژگی‌های خدمات ارائه شده به وسیله بخش‌های دولتی، و تا چه اندازه بخش‌های دولتی قابل تغییر می‌باشند، و جنبه‌هایی از محیط‌های وسیع‌تر اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را متذکر شده است. [۳۵]

بنابراین با توجه به یافته‌های این تحقیق و تفاوت فاحش کارایی مراکز غیردولتی در مقایسه با مراکز دولتی می‌تواند مؤید این نکته باشد که شرایط لازم از نظر بکارگیری و اجرای اصلاحات مبتنی بر NPM وجود داشته و تئوری

قرارداد تنظیمی (Contracting out)، از شیوه‌های کاملاً رایجی برای ورود بازار در سیستم بهداشتی و درمانی بسیاری از کشورهای دنیا می‌باشند. [۲۳-۲۵]

بر مبنای نتایج حاصل از مطالعه انجام شده در استان آذربایجان شرقی اطلاعات نشان می‌دهند که واحدهای غیردولتی که مبتنی بر قرارداد فعالیت می‌کرده‌اند از آنجایی که در سود و زیان حاصل از کارایی و بهره‌وری واحدهای تحت پوشش خود سهیم بوده‌اند، دارای انگیزه لازم برای بهبود در عملکرد خود بوده، به نوعی که میزان هزینه تمام شده به ازای سرانه جمعیت برای دولت در تأمین خدمات بهداشتی اولیه با بسته تعریف شده به حدود نصف تقلیل پیدا نموده است و این هم از طریق بکارگیری منابع کمتر (نیروی انسانی و در نتیجه هزینه آن) و هم از طریق افزایش تولید (افزایش ضریب بهره‌وری نیروی انسانی) در بخش غیردولتی میسر گردید. در صورتی که در بخش دولتی با جمعیت تعریف شده هم منابع بیشتری بکارگرفته شده است و هم میزان ارائه خدمات به حدود ۵۹ درصد بخش غیردولتی رسیده است.

اگرچه انتقادات زیادی در رابطه با کارایی بخش خصوصی در مقالات و نوشته‌های مختلف نظیر آنچه که تحت عنوان افزایش کارایی با هزینه کیفیت خدمات، استثمار و بهره‌گیری از نیروی ارزان و غیره مطرح است [۲۷-۲۵]، ولی این موارد می‌توانند با بکارگیری تئوری نوین مدیریت بخش عمومی و تنظیم قرارداد تا حدود زیادی کنترل گردند. [۶، ۱۰]

کارایی مکانیزم بازار به مفهوم کاهش در هزینه یا افزایش در کارایی تولید می‌تواند به قیمت هزینه کاهش در کیفیت خدمات از طریق بکارگیری کارکنان غیرماهر و یا بکارگیری فضای فیزیکی غیرمناسب و غیره باشد. [۲۹، ۲۸، ۲۶] از آنجایی که در مراکز مورد مطالعه، آنها از نظر کیفیت مانند مراکز دولتی تحت نظارت دقیق مرکز بهداشت شهرستان قرار دارند و حداقل استاندارد نیز برای آنها تعیین شده است، لذا کاهش کیفیت به گونه‌ای که دلیل بهبود کارایی آنها باشد، مطرح نیست.

یافته این تحقیق در قالب بهبود در کارایی واحدهای



در شرایطی که بخش دولتی سیستم بهداشت و درمان کشور ایران به دلیل کمبود شدید منابع در تأمین خدمات جامع بهداشتی به عنوان یک حق مسلم مردم دچار مشکل در وظیفه نظارتی خود برای فعالیت‌های بخش خصوصی می‌باشد، چنین همکاری بین بخش دولتی و خصوصی قطعاً باید به عنوان دستاوردی بزرگ تلقی شده و گامی مؤثر در جهت بهره‌وری مطلوب‌تر از آنچه که به طور بالقوه و بالفعل می‌تواند به عنوان منابع بخش بهداشت تلقی گردند، برشمرده شود و از چنین تجربه‌ای نهایت بهره‌برداری به عمل آید. این نکته بیشتر حائز اهمیت می‌باشد که طی سالیان اخیر در قالب اصلاحات انجام شده در سیستم خدمات بهداشتی اولیه نواحی روستایی کشور تحت عنوان پزشک خانواده و بیمه روستایی شاهد توسعه بخش عظیمی از خدمات بر مبنای قرارداد با بخش غیردولتی بوده‌ایم. اگرچه تنظیم قرارداد می‌تواند به عنوان یک راهکار در جهت افزایش کارایی مطرح باشد ولی به هیچ عنوان هر قراردادی تضمین‌کننده بهبودی در وضعیت موجود نمی‌باشد و لازم است دقیقاً در اجرای قرارداد به اهداف مورد نظر که عمده‌تاً چند جانبه می‌باشند پرداخته شود. [۳۶، ۳۷] که به نظر می‌رسد در پروژه آذربایجان شرقی به طور موفقیت آمیزی در این زمینه دقت لازم شده است و توصیه می‌گردد در سایر نقاط و بخش‌های کشور به نکات مهم موجود در این تجربه و دستاوردهای آن دقت و توجه لازم را مبذول نموده و از آن بهره‌برداری نمایند.

**سیاسگزاری:** اینجانب لازم می‌دانم تا از مجموعه کارکنان مرکز توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشتی و حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پرسنل مراکز مورد مطالعه که در مراحل مختلف تحقیق با اینجانب همکاری داشته و امکانات و تسهیلات در اختیار اینجانب قرار داده‌اند نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آورم.

مذکور با توجه به ویژگی‌های بازار دولتی و خصوصیات خدمات بهداشتی در ایران می‌تواند دستاوردهای مفیدی را حاصل نماید.

همان‌گونه در پروژه آذربایجان شرقی اتفاق افتاده است واحدهای غیردولتی به صورت آزاد و رهاشده نیستند بلکه در قالب قرارداد با حوزه معاونت بهداشتی ملزم به رعایت کیفیت در بکارگیری ملزومات تولید اعم از نیروی انسانی، تجهیزات و مواد مصرفی و فضای فیزیکی می‌باشند. ضمن اینکه فرآیند ارائه خدمات و نتایج آن مانند بخش دولتی تحت نظارت مستقیم کارشناسان معاونت بهداشتی قرار داشته و از نزدیک مطابق معیارهای موجود مورد ارزشیابی و نظارت قرار می‌گیرند. تجربه آذربایجان شرقی در واقع رهاسازی فعالیت‌های بخش دولتی به بخش خصوصی کامل نبوده بلکه به تعبیر منطقی تر بکارگیری پتانسیل موجود در بخش خصوصی در راستای سیاست ملی بخش بهداشت با کارایی مضاعف می‌باشد. همان‌گونه که اثبات شد دولت موفق شد که خدمات معین و تعریف شده‌ای را تقریباً سه برابر ارزان‌تر از آنچه خود تولید می‌کند از بخش خصوصی تهیه نماید و خود نظاره‌گر کیفیت و نحوه ارائه خدمات نیز باشد. این همان چیزی است که تئوری مدیریت نوین دولتی ادعای چنین شکوفایی را مطرح می‌نماید. [۱۰، ۲۲] و عملاً نیز در بخش بهداشت کشور ما نیز به نتیجه رسیده است. دولت با در اختیار گرفتن سیاست‌گذاری بخش سلامت و نظارت بر واحدهای ارائه خدمات نه تنها می‌تواند ضعف ذاتی خود که عدم کارایی و بهره‌وری در تولید خدمات می‌باشد را جبران نماید بلکه از این طریق می‌تواند از پتانسیل‌های بخش خصوصی که بیش از ۵۰ درصد کل منابع بخش بهداشت کشورمان می‌باشد را در جهت سیاست‌های ملی بهره‌جسته و هم‌موجبات نظارت مستقیم و عملی بر کمیت و کیفیت فعالیت آنها را نیز فراهم نماید. موضوعی که علی‌رغم رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به یک امر نظری صرف تبدیل شده و عملاً هیچ‌گونه نظارت مؤثری بر کمیت و کیفیت فعالیت‌های بخش خصوصی ارائه خدمات بهداشتی در کشور وجود ندارد.





12. Franco ML, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1255-66.
13. Cassels A. Health sector reform: Key issues in less developed countries. *Journal of International Development* 1995; 7 (3): 329-47.
14. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: a case study of selective contracting for hospital services in South Africa [Ph.D. Thesis]. London: University of London; 1997.
15. Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy* 2004; 69: 21-31.
16. Matthew LD. The determinants of the public-private mix in Canada's health care expenditure: 1975-1996. *Health Policy* 2000; 52 (2): 87-112.
17. Gauri V, Cercone J, Briceno R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. *Health Policy and Planning* 2004; 19(5):292-301.
18. Simonet D. The New Public Management theory and European health care reforms. *Canadian Public Administration* 2008; 51(4): 617-35.
19. Olson O, Guthrie J, Humphrey C. Global warning: Debating international development in New Public Financial Management. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 1998.
20. Fenn P, Rickman N, McGuire A. Contracts and supply assurance in the UK health care market. *Journal of Health Economics* 1994; 13(2): 125-44.
21. Bloom G. Primary health care meets the market in China and Vietnam. *Health Policy* 1998; 44: 233-52.
22. Loevinsohn B, Harding A. Buying results? Contracting for health services delivery in developing countries. *The Lancet* 2005; 366: 676-81.
23. Bennett S, Ngalande-Banda E. Public and private roles in

## References

1. Bennett S. The mystique of markets: public and private health care in developing countries. London: School of Hygiene and Tropical Medicine; 1991.
2. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Private health care out of control? *Health Policy and Planning* 1994; 9(1): 31-40.
3. Mills A, Brugha R, Hanson K, McPake B. What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of World Health Organization* 2002; 80(4): 325-30.
4. Roth G. The private provision of public services in developing countries. Washington: World Bank; 1987.
5. Ngalande-Banda EE. Public-private collaboration in health: issues and implementation. In: Allison B, Doherty J, Gilson L, Lambo E, and Shaw P, editors. Sustainable health financing in South Africa, EDI health policy seminar. Johannesburg: South Africa; 1996.
6. Ferris MJ, Graddy AE. A contractual framework for New Public Management theory. *International Public Management Journal* 1998; 1(2): 225-40.
7. Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 2003; 18 (1): 74-83.
8. Groot T, Budding T. New public management's current issues and future prospects. *Financial Accountability & Management* 2008; 24(1): 1-13.
9. Cejudo GM. Explaining change in the Mexican public health sector: the limits of New Public Management. *International review of Administrative Sciences* 2008; 74(1):111-27.
10. Duggan M. Does contracting out increase the efficiency of government programme? Evidence from Medicaid HMOs. *Journal of Public Economics* 2004; 88: 2549-72.
11. Forsberg E, Axelsson A, Arnetz B. Effects of performance-based reimbursement in healthcare. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28(2): 102-10.

- veloping countries. *Health Policy and Planning* 1994; 9 (3): 237-51.
35. Mills A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy and Planning* 1998; 13(1): 32-40.
36. Wee CC, Phillips SR, Burstin RH, Cook FE, Puopolo LA, Brennan AT, et al. Influence of financial productivity incentives on the use of preventive care. *The American Journal of Medicine* 2001; 110 (30): 181-7.
37. Jackson MP, Price MC. *Privatization and Regulation, a review of the issues*. New York: Longman Group Limited; 1994.
- health: a review and analysis of experience in Sub-Saharan Africa. *Current Concerns, ARA Paper No. 6*. Geneva: World Health Organization; 1994.
24. Walsh K. *Public services and market mechanisms: competition, contracting and the new public management*. London: Macmillan; 1995.
25. Abramson WB. *Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica*. *Health Policy and Planning* 2001; 6 (4): 404-11.
26. Bennett S, Dakpallah G, Garner P, Gilson L, Nitayarumphong S, Zurita B, et al. *Carrot and Stick: State mechanisms to influence private provider behavior*. *Health Policy and Planning* 1994; 9(1): 1-13.
27. Yip W, Eggleston K. *Addressing government and market failures with payment incentives: Hospital reimbursement reform in Hainan, China*. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 267-77.
28. Donaldson C, Gerard K. *Economics of health care financing, the visible hand*. London: Macmillan; 1993.
29. Yesudian CAK. *Behavior of the private sector in the health market of Bombay*. *Health Policy and Planning* 1994; 9(1): 72-80.
30. RamMohan TT, Ray SC. *Technical efficiency in public and private sectors in India: evidence from the post-reform years*. University of Connecticut Working Paper Series 2003; No. 22. Available from: URL: <http://www.econ.uconn.edu/>
31. WHO. *Health Economics, privatisation in health, technical briefing note*. Geneva: WHO, Task Force on Health Economics; 1995.
32. WHO. *Evaluation of recent changes in the financing of health services*. Geneva: WHO; 1992.
33. Green J, McClintock C. *Triangulation in evaluation, design and analysis issues*. *Evaluation Review* 1985; 9: 523-45.
34. Broomberg J. *Managing the health care market in de-*

## The New Public Management Theory on Efficiency of Health Services Delivery in Iran; 2004-2006

Rouhani S.<sup>1</sup> / Ramezannia M.<sup>2</sup>

### Abstract

**Introduction:** The pattern of health services delivery across the world changes from a spectrum of pure public to pure private sector. The failure of pure private sector, as well as pure public sector, brought experts to recommend alternative approaches such as New Public Management theory as a third-way. This article was aimed to present the results of reform in East Azerbaijan Province on the delivery of Primary Health Care: the established of some non-public primary health centres for the first time in the country.

**Methods:** In this quasi-experimental study, all non-public health centres were compared with a similar group of public health centres in the same region.

**Results:** This study showed that the use of non-public sector based on contract with public sector has changed the efficiency of primary health care delivery so that the health authority in the region was successful to reduce government expenditure to one-third through buying the services from the non-public sector compared with the delivery of services by its own health facilities. Given the current situation of Iran's health care sector, particularly the reform called Rural Health Insurance and Family Medicine, the use of such successful achievements recommend.

**Conclusion:** Non- governmental sector contracted foe public sector; compared with similar units in governmental sector, could provide a health service package with using less resources and more productivity; under government supervision. Considering pure private sector failure in providing health services; and failure public sector to supply healthcares; we suggest involvement private sector as a third party in healthcare market to improve better use of scarce heath resources for national heath expansion.

**Keywords:** *New Public Management, Efficiency, Health Care Delivery*

1. Assistant Professor of Public Health Department, Health Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Corresponding Author (sr485@yahoo.com)

2. Master of Business Administration in Health Population and Nutrition, Center for Health Planning and Management, University of Keele, UK