

# مقدمه‌ای بر عدالت مدیریتی در نظام سلامت ایران با رویکرد پزشک‌محوری\*

## پژمان باقری<sup>۱</sup>

### مقاله مروری نقلی

#### چکیده

به رغم تحولاتی که در سال‌های اخیر در حوزه‌ی سلامت کشور صورت پذیرفته است، صاحب‌نظران نظام سلامت بر این باورند که توسعه‌ی مدیریت، چالش اصلی نظام سلامت است. در خصوص بهبود مدیریت سازمان‌های سلامت، اصرار بر فرایند پزشک‌محوری یک چالش است. در کشورهای در حال توسعه علاقه‌ای به دخیل کردن مدیران تخصصی برای اداره‌ی سازمان‌های بهداشتی وجود ندارد؛ از اینرو به نظر می‌رسد یکی از مهمترین چالش‌های کنونی نظام سلامت، عدم تناسب مسئولیت و اختیار و فقدان نظام ساختارمند انتخاب مدیران در این عرصه باشد. این مطالعه یک مطالعه مروری نقلی بود که با استفاده از کلیدواژه‌های پزشک‌محوری، مدیریت نظام سلامت، عدالت مدیریتی و معادل لاتین آن‌ها به ترتیب Physician-centered یا Health System Management، Physician Base و Administrative justice یا Management Justice جهت دستیابی به کلیه مستندات مرتبط در سال ۹۲ و قبل از آن انجام گرفت. پس از استخراج ۳۴ مطلب مرتبط که شامل مجموعه‌ای از مقالات علمی - پژوهشی و مقالات ترویجی و همچنین گزارشات منتشر شده از صاحب‌نظران اصلی نظام سلامت کشور و بازتاب آن‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف بودند و حذف ۱۲ مطلب نامرتب و تکراری، محتوای ۲۲ مطلب باقیمانده‌ی مناسب و همراستا با این تحقیق مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از آن هستند که نظام سلامت کنونی ما مبتلا به نوعی پزشک‌زدگی مفرط حاکمیتی بوده و جهت رشد و غلبه بر عمده‌ی مشکلات خود نیاز به ایجاد تغییراتی اساسی در سیستم مدیریتی فعلی خود دارد. بر این اساس به نظر می‌رسد دستیابی به هدف اصلاح مدیریتی نظام پزشک‌محوری نیازمند عواملی همچون تدوین، اجرا و ارزیابی پروژه‌های پایلوت، تدوین سیاست برای نتایج پایلوت شده، ظرفیت‌سازی، آموزش و توانمندسازی مدیران می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** عدالت؛ مدیریت؛ نظام‌های مراقبت سلامت؛ ایران

پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۴

اصلاح نهایی: ۹۲/۱۲/۱۷

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲۴

**ارجاع:** باقری پژمان. مقدمه‌ای بر عدالت مدیریتی در نظام سلامت ایران با رویکرد پزشک‌محوری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۳): ۳۷۷-۳۹۱.

Email: bpeghan@yahoo.com

۱- مربی، اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران (نویسنده مسؤول)

## مقدمه

از ابتدای تأسیس سیستم بهداشت و درمان در کشور تاکنون، در بخش‌های مختلف جامعه، از جمله بخش‌های خدماتی، مانند بهداشت و درمان، توجه به مدیریت نوین بعنوان دانشی کارآمد برای انجام بهتر امور، بسیار دیر صورت گرفت؛ چرا که بحث‌های مدیریتی رایج در تولید، عمدتاً در مورد چگونگی تولید بیشتر و ارزاتر، بازدهی بیشتر کارگران، بازاریابی، خرید و فروش، انبارداری و غیره جریان داشت و تصویری در مورد وضعیت مدیریت، بعنوان محور امور، کم‌رنگ بود و بخش‌های خدماتی من جمله بخش بهداشت و درمان چنین تصور می‌کردند که چنین مباحثی ارتباطی به حیطه‌های کاری آن‌ها ندارد. اما پا به پای رشد سازمان‌های ارائه دهنده خدمات و پیچیده‌تر شدن آن‌ها و محیط پیرامونشان و از سوی دیگر تحول دانش مدیریت و فراگیر شدن آن، سازمان‌های فعال در حوزه سلامت نیز دریافتند که صرف نظر از منافی که از این رهگذر نصیب صاحبان این سازمان‌ها خواهد شد، اساساً اهمیت حیاتی خدماتی که آن‌ها ارائه می‌دهند نیازمند استقرار سیستم سازمان‌یافته و اثربخشی به لحاظ مدیریت است که افزایش مستمر بهره‌وری و کیفیت خدمات مزبور را تضمین نماید (۱). اگر چه ممکن است علل نیاز به اصلاحات در نظام سلامت در حال تغییر باشد ولی مسائل مشترکی که کشورهای در حال توسعه با آن روبرو هستند به نحو نگران کننده‌ای ثابت است. نیاز شدید به اصلاح در نظام سلامت همواره به این معنا نیست که تغییر اتفاق خواهد افتاد؛ باید عاملی فرایند اصلاح را تحریک کند و در این زمینه تغییرهای سیاسی، اقتصادی و فرهنگی بسیار بیشتر از عوامل سنتی سلامت یعنی عوامل اپیدمیولوژیکی و دموگرافیکی مؤثر است (۲).

باید پذیرفت که هیچ علمی به اندازه علم مدیریت، نیازمند تجزیه و تحلیل و تجربه آزمائی نیست و مبانی مدیریت باید کاملاً شکافته شده و مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد تا با درجه اعتبار بالا و نتایج مثبت مورد عمل قرار گیرد (۳). به اعتقاد اکثر کارشناسان ریشه‌ی اصلی برخی ناکارآمدی‌ها در عرصه‌ی نظام سلامت، ضعف مدیریتی و به عبارتی بهتر بی عدالتی در مدیریت است (۴).

مدیریت عبارتست از برنامه‌ریزی، سازماندهی، فرماندهی و کنترل. به عبارت دیگر مدیریت علم و هنر برنامه‌ریزی، سازماندهی، انگیزش و نوآوری برای رسیدن به اهداف معین است (۵). در سه دهه‌ی گذشته کاربرد مدیریت در علوم پزشکی به حدی بوده است که هم‌اکنون حتی تصور جدایی این دو موضوع اساسی امکان‌پذیر نیست. مدیر شایسته مدیری است که به وظایف خویش و به علوم و فنون حرفه‌ای خود آشنائی و تسلط کافی داشته باشد. دنیای امروزی دنیای تحولات و تغییرات مداوم و عصر عدم تداوم هاست که بر سازمان‌ها تأثیر عمیقی دارند. لذا ضرورت دارد سازمان به صورت مستقیم یا غیرمستقیم برای حفظ، بقا و تداوم حیات خود با تغییراتی که سازمان را با تهدید مواجه می‌نمایند تطبیق یابد. نظام سلامت نیز از این قاعده مستثنی نیست و بدون تغییر، مدیریت این نظام قادر نخواهد بود سازمان را مطابق با آنچه اهداف سیاست‌های سلامتی ایجاد می‌کند تغییر داده و متحول سازد و در مسیر چشم‌اندازهای سیاست‌های بالادستی پیش برود (۲، ۶).

در کشورهای در حال توسعه علاقه‌ای به دخیل کردن مدیران تخصصی برای اداره‌ی سازمان‌های بهداشتی وجود ندارد. به علاوه قسمت اعظم دوره‌های آموزش مدیریتی، بر مراقبت‌های اولیه استوار بوده و کم‌تر به مسائل مدیریتی توجه می‌شود؛ در صورتی که فرآیند اصلاح نظام سلامت بیشتر یک موضوع مدیریتی است تا یک موضوع اقتصادی و به یک برنامه‌ی جامع مدیریتی نیاز دارد تا بتواند موجب تغییر و دگرگونی اساسی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، بر مبنای اهداف سلامتی شود (۷).

در حالی که برای اجرای وظایف مدیریتی به مهارت‌های مدیریتی نیاز است، اکثر مدیران بخش‌های مختلف نظام سلامت کشور آموزش یا کارورزی خاصی را برای تصدی شغل خود طی نکرده یا نمی‌کنند (۸). Katz مهارت‌های مدیریتی را در سه گروه جای می‌دهد: مهارت‌های فنی مانند آشنائی با روش‌ها، فرایندها، فراگردها و کاربرد تکنولوژی، مهارت‌های ادراکی و طراحی مانند فکر کردن، حل مسأله و نوآوری و مهارت‌های انسانی مانند رهبری، روابط انسانی و

مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد (۲۰). بنابراین ریشه تمام پیامدهای منفی در نظام سلامت را نباید داخلی دانست بلکه بخشی از این سوء عملکردها را باید در بخش‌های دیگر جامعه جست.

هم‌اکنون عملکرد فعلی بیمارستان‌های دولتی به عنوان اصلی‌ترین بخش ارایه‌ی خدمات بستری در نظام سلامت کشور چه به لحاظ تعداد تخت، چه نوع و سطح خدمات درمانی ارایه شده و چه مأموریت‌ها و تکالیفی که این مراکز از لحاظ پشتیبانی بحران‌ها و حوادث دارند، مورد چالش است (۲۲). وطن خواه و همکاران در مطالعه‌ای در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی، ناکارآمدی مدیران، شیوه‌ی انتصاب مدیران و فقدان نگاه استراتژیک را از عوامل مؤثر در ناکارآمدی کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دانسته‌اند (۲۳).

براتی و همکاران در مطالعه‌ای جهت بررسی تجارب کشورهای منتخب (انگلستان، هند، نیوزیلند و ایران) در خصوص به کارگیری پیمان مدیریت و بیان اشکال مختلف عقد قرارداد ضمن اشاره به اینکه بخش دولتی ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت در بیشتر کشورها دچار چالش‌ها و کاستی‌های فراوانی بوده و از کارایی پایینی برخوردار است، ادامه می‌دهد روش عمده‌ای که در کشورهای مورد مطالعه برای عقد قرارداد وجود دارد، واگذاری مدیریت می‌باشد (۲۲).

همچنین در مطالعه‌ای در رابطه با پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی، طبیعی و همکاران نشان داده‌اند که تأثیر بعد سیاسی در وضعیت پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی منتخب کشور نسبت به سایر ابعاد از میانگین بالاتری برخوردار است (۲۴).

هر مدیری در انجام وظایف اصلی خود به شیوه‌ای رفتار می‌نماید که ممکن است با شیوه مدیر دیگر دارای تفاوت‌هایی باشد. به این نوع الگوی رفتاری پایدار که مدیران هنگام کارکردن با دیگران آن را به کار می‌برند سبک رهبری می‌گویند (۲۵). دلیل اصرار کارشناسان فن مدیریت بر مقوله‌ی

شناخت انگیزه‌ها (۹). مهارت‌های مدیریتی شامل رهبری، ارتباطات، انگیزش، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، کارگروهی، اندازه‌گیری و ارزیابی عملکرد، اداره‌ی امور ایمنی و بهداشت، مشارکت و ارتباط با دیگران و حل مسأله است (۱۱-۱۰).

نظام سلامت ایران همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است. در حالی که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است، این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است (۱۲). این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد. نظام ارایه‌ی خدمات درمانی ایران در حال حاضر با چالش تداوم خدمات مواجه است (۱۳). سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان به قدری زیاد است که سالانه ۳/۵ میلیون نفر از مردم تنها به دلیل هزینه‌های بهداشت و درمان زیر خط فقر می‌روند (۱۴). عدالت در بهره‌مندی از خدمات درمانی و عدالت مالی در پرداخت هزینه‌های سلامت به صورت جدی زیر سؤال رفته است (۱۵) و سازمان‌های بیمه‌گر از ایفای نقش اصلی خود در حفاظت از بیماران در برابر هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی عقب مانده‌اند (۱۶-۱۸) و نظام ارایه‌ی خدمات دارویی ایران را با چالش‌های جدی مواجه کرده‌اند (۱۹).

پیامدهای سوء مدیریتی در نظام سلامت را می‌توان شامل مصادیقی دانست که در مستندات علمی انعکاس گسترده‌ای دارند. از آن جمله می‌توان به افت شاخص‌های بهداشتی کشور در منطقه مدیترانه شرقی طی چند سال اخیر، رشد نزولی شاخص عدالت در سلامت و برخوردار بودن رتبه ۹۹ جهانی در بین ۱۸۰ کشور جهان و بار بالای پرداخت هزینه‌های بهداشتی- درمانی از جیب مردم در کنار رشد صعودی هزینه‌های اسفبار و کمرشکن خانواده‌ها اشاره کرد که همگی می‌توانند نشان از عملکرد غیر هماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور باشند (۲۱-۲۰). البته با یک نگاه منصفانه به این موضوع نیز باید اشاره کرد که سلامت یک پروسه چند محوری و در عین حال بسیار مهم است. از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر به صورت مروری نقلی (Narrative) با مراجعه به سایت‌های Google, Iranmedex, Magiran و SID، Google Scholar و همچنین سایت‌های خبری و تحلیلی نشریات رایج کشور از جمله پایگاه اطلاع‌رسانی سلامت ایران (هفته‌نامه سپید)، خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران، همشهری آنلاین، باشگاه خبرنگاران جوان، پایگاه خبری تحلیلی جنوب کشور، رجانیوز، خبرگزاری فارس، خبرگزاری سلامت (طبنا)، روزنامه‌ی رسمی جمهوری اسلامی و ایران نیوز که با استفاده از کلیدواژه‌های پزشک محوری، مدیریت نظام سلامت، عدالت مدیریتی و معادل لاتین آن‌ها به ترتیب Physician-centered یا Physician Base، Health System Management یا Administrative justice و Management Justice جهت دستیابی به کلیه مستندات مرتبط در سال ۹۲ و قبل از آن انجام گرفت. هدف از این جستجو، یافتن کلیه‌ی مطالعات و گزارشاتی بود که به تشریح جنبه‌های مختلف مدیریت کلان نظام سلامت با رویکردی پزشک محورانه و مبتنی بر تخصص‌گرایی و تجربه‌گرایی نیروی انسانی تا زمان شروع مطالعه پرداخته بودند. پس از استخراج ۳۴ مطلب مرتبط که شامل مجموعه‌ای از مقالات علمی- پژوهشی و مقالات ترویجی و همچنین گزارشات منتشر شده از صاحب‌نظران اصلی نظام سلامت کشور و بازتاب آن‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف بودند و حذف ۱۲ مطلب نامرتب و تکراری، محتوای ۲۲ مطلب باقیمانده‌ی مناسب و همراستا با این تحقیق مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند.

### شرح مقاله

#### ابعاد موضوع

موضوع عدالت و برابری در مدیریت در واقع به نحوه‌ی تناسب و سنخیت تخصص و تصدی بر می‌گردد. به نظر می‌رسد روند تخصیص تصدی‌های مدیریتی به صاحبان تخصص و دانش مدیریتی در سال‌های اخیر دچار نوعی بی‌عدالتی یا سوء مدیریتی شده که در ادامه به تشریح ابعاد مختلف آن پرداخته شده است.

سنخیت مدیر با موضوع مورد مدیریت و تمرکززدائی شیوه‌های متمرکز مدیریت مثل پزشک محوری، توجه به همین تفاوت سبک‌های رهبری است.

اصل تخصص لازم‌ه‌ی کارایی سازمان و استفاده‌ی صحیح از نیروی انسانی آن است. به منظور نائل شدن به چهار هدف عمده‌ی ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و افزایش رضایت‌مندی آحاد جامعه، ضرورت اصلاح و تغییر در مدیریت نظام سلامت بیش از پیش احساس می‌شود. با این توضیحات باید گفت یکی از مهم‌ترین چالش‌های کنونی نظام سیاست‌گذاری سلامت، می‌تواند عدم تناسب مسئولیت و اختیار و فقدان نظام ساختارمند انتخاب مدیران و همچنین کمبود آموزش‌های لازم در زمینه‌ی تکنیک‌ها و مهارت‌های مدیریت نوین باشد. این چالش دقیقاً همان پاشنه آشیلی است که به نظر نگارنده در صورت مرتفع شدن، انقلاب بزرگی در رشد و توسعه‌ی همه جانبه در پیکره‌ی نظام سلامت ایران به وجود خواهد آورد. در حقیقت در خصوص بهبود مدیریت سازمان‌های سلامت، رویکردهای مختلفی تاکنون مانند مدیریت کیفیت، پویاسازی شبکه‌های بهداشتی، برنامه اثربخشی مدیریت و شبکه جامع به بوته آزمایش گذاشته شده است؛ اما رویکرد اساسی و حلقه‌ی مفقوده‌ی این سیکل معیوب یعنی اصرار بر فرایند پزشک محوری در سیستم مدیریتی نظام بهداشت و درمان کشور از زاویه‌ی دید محققان و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران آگاهانه یا غیرآگاهانه مغفول مانده است. بدین منظور با جستجوی گسترده در منابع مختلف، تلاش شد تا مستندات موجود در این زمینه شناسایی شود. البته با توجه به ماهیت و ابعاد موضوع، این مقاله نمی‌تواند مرور جامعی از مختصات موضوع پزشک محوری در کشور ارائه دهد از اینرو تلاش شده تا از نتایج طیف وسیعی از مستندات منتشر شده از جمله نشریات و مقالات موضوعی مختلف در پایگاه‌های مختلف الکترونیکی و منابع کاغذی استفاده گردد.

توجه داشت که اصلاحات ساختاری این بخش نیازمند یک کنش جمعی و یک دستکاری در نهادهایی است که توسط آن‌ها خط مشی بهبود مدیریتی نظام سلامت به اجرا در می‌آید. متأسفانه آن چنان سوابق برخی مدیریت‌های ناکارآمد بالا رفته که به سختی می‌توان مسئولان امر را توجیه کرد که این امکان وجود دارد مدیریت‌های ناصحیح به دلایلی ابقاء شده باشند و این بقا الزاماً به معنای سختیت مدیر با مدیریتش نیست (۳۱-۳۹).

یکی از بزرگترین تناقضاتی که مبنای عملی بررسی اصلاحات ساختاری نظام سلامت در این بررسی شده، ترویج و گسترش رشته‌های تحصیلی مدیریتی در ساختار آموزشی نظام سلامت و عدم کاربری و قابلیت اجرائی آن‌ها در ساختار مدیریتی نظام سلامت است. نگاهی ساده به این ساختار نشان می‌دهد قریب به اکثریت مدیران بهداشتی کشور پزشکی هستند که بعضاً ممکن است هیچ تحصیلات آکادمیکی در زمینه مدیریت نظام سلامت نداشته باشند و به صرف تجربه چندین ساله‌ای که ممکن است دلایل متعددی داشته باشد بر پست مدیریتی خود ابقاء شده‌اند. این دیدگاه یک بی‌اعتمادی بزرگ در پیکره آموزشی نظام سلامت وارد می‌سازد. متأسفانه آمار و ارقام دقیقی در دست نیست که بتوان به استناد آن‌ها مشخص کرد چند درصد از فارغ‌التحصیلان رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی پست‌های مدیریتی بخش سلامت را اشغال کرده‌اند اما آنچه مسلم است اینست که تناسب فرد با سازمان بر پیامدهای کاری از قبیل قابلیت جذب سازمانی، انتخاب شغل، رضایت شغلی و تعهد سازمانی تأثیر مهمی دارد؛ عبارتی تبیین تناسب فرد- سازمان به عنوان عاملی اثرگذار در بیگانگی از کار و پیوند کاری مطرح است (۳۲).

### مروری کوتاه بر نظرات و مستندات (انعکاس مطلب)

ضرورت اصلاح نظام سلامت که قطعاً شامل مؤلفه‌های مدیریتی در ساختار آن نیز هست از مهم‌ترین دغدغه‌های کارشناسان در سال‌های اخیر بوده که انعکاس آن در مستندات مختلف جاری است. در کشور سوئد در طی دهه‌ی ۱۹۹۰

مرور مستندات نشان می‌دهد که نظام سلامت در ایران در عصر فعلی با چالش‌های عدیده‌ای در حال دست و پنجه نرم کردن است. نظام سلامت امروزه‌ی ما از پزشک محوری فزاینده، چند پارگی و جزیره‌ای عمل نمودن سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان، ضعف در سیاست‌گذاری ملی برای نظام سلامت رنج می‌برد (۴-۳). بدون شک دانشجویان و دانش‌آموختگان رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کمی اکتفاء بنفوس و ضرورت حضور جدی و تشکیلاتی در عرصه‌های علمی پژوهشی و صنفی خویش می‌توانند در مسیر اعطای حقوق فراموش شده خویش گام بردارند و در نظام سلامت نیز نقش‌آفرینی نمایند و صد البته این مهم شدنی است (۲۶).

تصور بر اینست که ناکارآمدی مدیریتی برخی پزشکان که بعضاً و به دلیل تصمیمات نادرست در رأس نظامات سلامت قرار می‌گیرند، عامل بسیاری از مشکلات اجرائی دستگاه‌های بهداشتی است. نگاهی به تاریخچه‌ی متصدیان نظام سلامت کشور از ابتدای انقلاب تاکنون نشان می‌دهد که همه‌ی وزرای بهداشت و درمان کشور از میان پزشکان انتخاب شده‌اند (۲۷). همچنین بررسی تحصیلات رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نشان می‌دهد که پایه‌ی تحصیلات اکثریت آنان پزشکی عمومی است (۲۸). همین‌طور بر اساس چارت سازمانی وزارت بهداشت، مسئولین اکثریت مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستائی کشور به جز در مواردی استثناء، پزشکان عمومی هستند. تقریباً اکثر معاونین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پایه‌ی تحصیلی پزشکی عمومی داشته و به طبابت نیز مشغولند.

یکی از مهم‌ترین ابزارهای اصلاح ساختاری نظام سلامت، توجه به ابعاد سیاسی موضوع است. به نظر می‌رسد این بعد نسبت به سایر ابعاد در کشورهای کمتر توسعه‌یافته نیاز به توجه بیشتری داشته باشد. همان‌گونه که andrea cassell کارشناس سازمان جهانی بهداشت عنوان کرده است، اصلاحات در بخش سلامت خود یک روند سیاسی است و این هرگز به معنای برآورده کردن نیاز همه نخواهد بود. بایستی

شخصیتی و فلسفی مدیران می‌شود. همچنین اعلام شد که توسعه‌ی مدیریت به عنوان کلید توسعه‌ی ایران در گرو توسعه‌ی مدیران سازمان‌هاست (۳۷). در این بین نظرات نسبتاً مخالف نیز به چشم می‌خورد. مثلاً نوریخس معتقد است در مدیریت راهبردی ضروری نیست که الزاماً مدیر مربوطه کاملاً هم‌سخت با موضوع تخصصی حوزه‌ی مدیریتی باشد بلکه باید به فنون مدیریتی آشنا و تجارب کافی در این زمینه داشته باشد (۳۸).

پزشکیان اعتقاد دارد، روندی که در حال حاضر بر انتخاب مدیران حاکم است، یک روش سازمان‌یافته و علمی نیست و بر اساس سلاقی افراد اجرا می‌شود. حال اینکه چرا در عرصه‌ی وزرات و حوزه‌ی بهداشت و درمان تلاش بر اینست که وزیر انتخابی پزشک باشد به دلیل شناخت کافی پزشکان از مسائل و معضلات بهداشتی و درمانی است. روش مدیریت در کشورهای پیشرفته و توسعه یافته با کشور ما کاملاً متفاوت است. در آن کشورها مهم‌ترین عاملی که برای انتخاب وزیر در نظر گرفته می‌شود، مسلط بودن شخص به فن مدیریت است؛ آن هم مدیریت در همان حوزه یا هر حوزه‌ای که مرتبط باشد (۳۸).

حسینی بافرانی اعلام می‌کند که در کشور ما با شرایط فعلی اگر بخواهیم فردی که خارج از سیستم پزشکی و درمان باشد و صرفاً در حوزه‌ی مدیریت تحصیل کرده باشد را به عنوان وزیر انتخاب کنیم، چنانچه همراهی پزشکان صاحب نام، اساتید و صاحبان این فن نباشد و این وزیر را پذیرش نکنند، نمی‌تواند توفیقی کسب کند. به همین دلیل وزیر بهداشت از دل وزرات بهداشت و پزشکان متخصص حوزه‌ی درمان و سلامت انتخاب می‌شود و تاکنون نیز رویه به این صورت بوده است (۳۸).  
تأمینی لیچانی نیز بر این عقیده است که برای انتخاب یک مدیر در سطح کلان نظام سلامت مانند وزیر، باید به این نکته توجه داشت که آن شخص تا چه اندازه در آن حوزه مطلع است و چالش‌های سلامت را می‌شناسد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته و توسعه یافته، وزرای انتخابی بیشتر باید به علم مدیریت و سیاست‌گذاری آگاهی داشته باشند؛ بنابراین افرادی انتخاب خواهند شد که مدیریت را بشناسند و در مورد آن آگاهی کافی داشته باشند. در کشور ما این اقدام تاکنون

میادادی تغییرات ساختاری در نظام سلامت مورد اصلاح و بررسی قرار گرفت (۳۳). در مطالعه‌ی جامعی که شادپور (۱۳۸۵ خورشیدی) در زمینه‌ی اصلاحات در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام دادند، بیان شده که اصلاح نظام سلامت برای تداوم پاسخگو بودن این نظام در برابر نیازهای جامعه، ضرورت تام دارد (۳۴). در یک مطالعه‌ی جامع که آصف‌زاده (۱۳۸۳ خورشیدی) در زمینه‌ی ارزیابی مهارت‌های مدیریتی مدیران پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کل کشور انجام دادند، مشخص شد که مهارت‌های ادراکی و طراحی، نگرش سیستمی، طراحی و طرح‌ریزی، تحلیل موقعیت و آینده‌نگری از نقاط ضعف حدود ۷۴ درصد مدیران است (۸).

به اعتقاد Larens برخی با این استدلال که مدیریت امری ذاتی است و با تخصص‌های دیگر تفاوت دارد از نقش برجسته توسعه‌ی مدیریت و آموزش مدیران غفلت می‌ورزند. بدیهی است که این دیدگاه قابل قبول نیست و اکثر محققان سازمان و مدیریت براین عقیده‌اند که مدیریت در شرایط فعلی به سمت اکتسابی بودن پیش می‌رود (۳۵). از طرفی به نظر می‌رسد عزل و نصب‌ها در رسته‌ی بهداشت و درمان از قاعده خاصی پیروی نمی‌کند. اینکه یک مدیر مجموعه‌ی بهداشت و درمان با توجه به جایگاه خدمتی در چه حدی به مهارت فنی و ادراکی و انسانی نیاز دارد در حال حاضر معلوم نیست. گاهی اوقات توجه به مهارت فنی و عدم توجه به مهارت‌های ادراکی و انسانی (مانند بکارگیری پزشکان تازه فارغ‌التحصیل به عنوان مدیر) مشکلات عدیده‌ای را بوجود می‌آورد. با وجود اینکه هم‌اکنون در این بخش، آموزش، گردش شغلی، ارتقاء، ترفیع و غیره وجود دارد، اما فاقد انسجام و مسیر پیشرفت شغلی مشخص است و همین موضوع بخش بهداشت و درمان را با مشکل مدیریت مواجه ساخته است (۳۶).

در مطالعه‌ای که فرهی بوزنجانی و همکاران در زمینه طراحی الگوی توسعه‌ی مدیران حوزه‌ی بهداشت و درمان و آموزش پزشکی انجام دادند، اعلام گردید افزایش دانش مدیریتی باعث افزایش توانایی‌ها، توسعه‌ی مهارت‌ها، توسعه‌ی ویژگی‌های

اپیدمیولوژی در سال ۱۳۸۹ خورشیدی نشان دادند به لحاظ آگاهی، ۵۵/۴ درصد از پزشکان دارای میزان آگاهی ضعیف، ۴۱/۷ درصد متوسط و ۲/۹ درصد مطلوب و به لحاظ نگرش، ۸۳/۴ درصد دارای میزان نگرش ضعیف، ۱۶/۳ درصد متوسط و ۰/۳ درصد دارای میزان نگرش مطلوب بودند.

و نهایتاً اینکه مره صدق عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس درباره راهکارهای موجود برای رفع چالش‌های نظام سلامت کشور می‌گوید: «اکنون ساختار مدیریتی نظام سلامت نیازمند نیروهای متعهد، کارآمد و در عین حال غیر پزشک است تا در سایه‌ی تصمیمات هوشمندانه‌ی آن‌ها بتوان برای بهبود و پیشرفت حوزه‌ی سلامت گام‌های مؤثری برداشت. وی داشتن اشراف کامل به تمام معضلات موجود در حوزه سلامت کشور و عملیاتی کردن اهداف لحاظ شده را از مهم‌ترین ویژگی‌های وزیر بهداشت آینده دانست و توضیح داد: «بحث این است، امروزه مدیریت سلامت در دنیا به‌عنوان یک شاخه تخصصی مطرح بوده که باید برای موفق بودن در این حوزه، دانش و تخصص لازم را فراگرفت. حال آنکه در کشور ما بسیاری از این دانش‌آموختگان که بعضاً از توان بالای مدیریتی نیز برخوردارند، در جاهای لازم استفاده نمی‌شود». وی مقابله با بحران پزشک‌سالاری را راه‌حلی برای برطرف کردن چالش‌های موجود در نظام سلامت کشور دانست و تصریح کرد: «متأسفانه ساختار مدیریتی وزارت بهداشت گرفتار پزشک‌سالاری است. عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در توضیح این مطلب عنوان کرد: «همان‌گونه که یک پزشک عمومی نمی‌تواند به‌عنوان یک متخصص قلب ایفای وظیفه کند، در خصوص رفع مسائل و مشکلات پیرامون حوزه‌ی بهداشت و سلامت کشور هم وجود یک پزشک، کارآمد نخواهد بود و طبیعتاً عملکرد قابل دفاعی هم نخواهد داشت». (۴۱).

انجام نشده است و اجرای آن به ریسک‌پذیری نیاز دارد و ممکن است خطرهای جدی به دنبال داشته باشد (۳۸).

موسوی با ارائه‌ی مختصاتی از تخصص مدیران ارشد وزارتی در میان برخی کشورهای جهان به شرح جدول ۱، اذعان می‌کند در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، وزیر بهداشت و درمان فارغ‌التحصیل رشته‌های گروه پزشکی نیست و در اکثر کشورهای باقی مانده این گروه نیز الزامی برای پزشک یا غیرپزشک بودن وزیر وجود ندارد. در مقابل وزیر بهداشتی در اکثر کشورهای توسعه‌نیافته و یا در حال توسعه معمولاً پزشک است. در کشور ما هم پزشک بودن وزیر بهداشت و درمان، بنا به سنت و عرف، بدیهی شمرده می‌شود. واقعیت این است که در برنامه‌ی درسی دوره پزشکی عمومی و خصوصاً دوره تخصصی، هیچ تمهیدی جهت آماده‌سازی فراگیران برای تصدی پست‌های مدیریتی وجود ندارد و شاید برعکس، به جای ایجاد ذهنیت جامعه‌نگر، روش برخورد فردی و اختصاصی برای هر بیمار را در تفکر و نگرش درمانگران تقویت می‌کند (۳۸).

دبده‌نگر جامعه‌نگر و اپیدمیولوژیک به مباحث سلامت و بیماری از جمله مهم‌ترین کارکردهای علم پزشکی اجتماعی و در سطحی وسیع‌تر، مدیریت مسائل بهداشتی و درمانی است. در حقیقت یکی از اهداف علم اپیدمیولوژی، هدایت و راهنمایی برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و همچنین کمک به مدیریت و مراقبت سلامت و بیماری افراد جامعه است (۳۹). بنابراین برخوردار بودن از نگرش اپیدمیولوژیک به وقایع مرتبط با سلامتی، یکی از الزامات مدیریت در عرصه‌ی بهداشت و درمان است. مرور مستندات نشان می‌دهد که در این زمینه نیز آمادگی مناسبی که مبتنی بر سرفصل‌های آموزشی دوران تحصیل پزشکی است، در بین برخی پزشکان وجود ندارد. به‌عنوان مثال باقری و همکاران (۴۰) در مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی میزان آگاهی و نگرش پزشکان عمومی استان فارس در زمینه‌ی دانش

جدول ۱: تخصص مدیریتی وزرای بهداشت در برخی کشورهای جهان (۳۸)

نام کشور	نام وزیر بهداشت قطعی	نام وزارت متبوعه	تحصیلات دانشگاهی
استرالیا	Nicola Roxon	وزارت بهداشت و سالمندی	وکالت
اتریش	Alois Stoger	وزارت بهداشت فدرال	مهندسی ماشین آلات
دانمارک	Bertel Geismar Haarder	وزارت داخلی و بهداشت	علوم سیاسی
فرانسه	Xavier Bertrand	وزارت کار، اشتغال و بهداشت	حقوق عمومی
آلمان	Daniel Bahr	وزارت بهداشت فدرال	تجارت، متخصص در میکروسیستم‌ها
کره جنوبی	Rim Chemin	وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی	تاریخ غرب، مدیریت دولتی
هلند	Edith Ingeborg Schippers	وزارت بهداشت، رفاه و ورزش	علوم سیاسی
نیوزیلند	Anthony Boyd Williams "Tony" Ryall	وزارت بهداشت	تحلیلگر اعتباری در بانک
روسیه	Tatyana Golikova	وزارت بهداشت، درمان و توسعه اجتماعی	دکترای اقتصاد
سنگاپور	Amy Khor	وزارت بهداشت	دکترای مدیریت زمین
انگلستان	Andrew Lansley	گروه بهداشت دولت انگلستان	کارشناس علوم سیاسی
ایرلند شمالی	Edwin Poots	وزارت بهداشت، خدمات اجتماعی و امنیت عمومی	علوم کشاورزی
اسکاتلند	Nicola Sturgeon	وزارت بهداشت، رفاه و استراتژی شهری	وکیل
ولز	Lesley Griffiths	وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی	مدیر مدرسه و مشاور اجتماعی
ایالات متحده	Kathleen Sebelius	وزارت بهداشت و خدمات انسانی	علوم سیاسی، مدیریت عمومی
یونان	Andreas Loverdos	وزارت بهداشت، درمان و اتحاد اجتماعی	استاد حقوق
آلبانی	Petrit Vasili	وزارت بهداشت	پزشک
باهاما	Hubert A. Minnis	وزارت بهداشت، درمان و توسعه اجتماعی	پزشک (متخصص زنان)
کامبوج	Mom Bun Heng	وزارت بهداشت	MD, MPH
یونان	Andreas Loverdos	وزارت بهداشت، درمان و اتحاد اجتماعی	استاد قانون اساسی
اندونزی	Endang Rahayu Sedyaningsih	وزارت بهداشت	MD, MPH, Ph.D
عراق	Majeed Hamed Amin	وزارت بهداشت	MD, MPH (پاتولوژیست)
مالزی	Liow Tiong Lai	وزارت بهداشت	لیسانس تغذیه
مکزیک	Jose Angel Cordova	وزارت بهداشت	پزشک، کارشناسی ارشد مدیریت دولتی
آفریقای جنوبی	Aaron Motsoaledi	وزارت بهداشت	پزشک (جراح)
چین	Chen Zhu	وزارت بهداشت	MD, Ph.D (هماتولوژیست، زیست شناسی ملکولی)
هنگ کنگ	York Chow	وزارت غذا و بهداشت	پزشک (اورتوپد)

تغییر اساسی در سیستم مدیریتی فعلی خود دارد. هر چند این شیوه‌ی مدیریتی از سالیان دراز بر نظام سلامت حکم فرما بوده

شواهد موجود حاکی از این هستند که نظام سلامت کنونی ما مبتلا به نوعی پزشک‌زدگی مفرط حاکمیتی بوده و نیاز به



مجموعه‌ی آن‌ها گذاشت. بنابراین اگر این روند پزشکی‌محوری در مدیریت سال‌های سال در نظام سلامت ما وجود داشته و ما در این فرایند در طول سالیان متمادی همواره به سمت جلو و پیشرفت در حرکت بوده ایم لزوماً نمی‌تواند کفایت مدیریتی مدیران را نشان دهد؛ چرا که معمولاً تجربیات نشان می‌دهند در کشور ما میزان بقای معاونین در پست‌های مدیریتی بیشتر از مدیران اصلی است.

مدیران وقتی وارد پروسه‌ی مدیریتی بهر دلیلی می‌شوند، متأسفانه مگر در موارد نادری، دیگر خارج شدن آن‌ها از آن خیلی سخت می‌نماید و این تنها معاونین هستند که سیاست‌گذاران را در فرایند گزینش رؤسا به رغم آگاهی از کفایت مدیریتی افراد دلگرم می‌کنند. فلذا در این فرایند یک رئیس ناکارآمد هم کارآمد جلوه می‌کند و همین تورش این تصور غلط را برای برخی سیاست‌گذاران و مدیران ایجاد می‌کند که بسیاری از مشکلات نظام سلامت کشور ربط چندانی به موضوع گزینش‌های مدیریتی ندارد. همان‌طور که پیشتر ذکر شد مدیر شایسته مدیری است که به وظایف خویش و به علوم و فنون حرفه‌ای مدیریت آشنائی و تسلط کافی داشته باشد. این موضوع به ویژه زمانی اهمیت می‌یابد که بحث مدیریت در سطح کلان مانند وزارت و غیره مطرح باشد (۴۶). طبیعتاً دانش‌آموختگان رشته‌های مدیریتی مانند مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی به لحاظ دانش مدیریت بایستی نسبت به سایر اعضای خانواده سلامت، در درجات بالاتری قرار داشته باشند. اگر چنین است آیا نظام عرضه‌ی اطلاعات به این قشر و هزینه‌ی نظام برای تربیت این گروه به لحاظ استفاده مدیریتی هدفمند است؟

به نظر می‌رسد در شرایط فعلی در کلیه‌ی سطوح کلان مدیریتی نظام سلامت کمتر می‌توان مدیری را یافت که تخصص علمی مدیریتی در بهداشت و درمان داشته باشد. بالاترین سطح شغلی و رده مدیریتی که برای فارغ‌التحصیلان این گروه تحصیلی در نظام کنونی در نظر گرفته می‌شود، فعالیت‌های آموزشی است. بخش عمده‌ای از فارغ‌التحصیلان سطوح پایین‌تر این گروه نیز به دلیل فقدان جایگاه و ردیف

اما نمی‌توان با رجوع به گذشته و واکاوی موضوع در دوره‌های تصدی‌گری قبلی این مشکل را حل کرد و هر مسئولی به اقتضای شرایط تصدی‌گری خود بایستی احساس مسئولیت کند. البته از این نکته نیز نباید غافل شد که در گذشته این شیوه‌ی مدیریتی یک شیوه وارداتی و در اصل فرنگی بوده و دیگر چندان مورد توجه قرار نگرفته است (۴۳-۴۲). اکنون که بسیاری از کشورهای پیشرفته به دنبال تخصص‌گرایی هستند و نتیجه کار آنها نیز بر ما روشن شده تعصب و اصرار بر این سیستم به نفع اصلاحات در نظام سلامت نیست و بایستی واقع‌بین بود. نمی‌توان منکر این قضیه شد که یکی از اصول مهم مدیریت، تجربه است. اما آیا صحیح است بر تجربه‌گرایی محض و افراط و تفریط در بزرگنمایی تجربه و کوچک‌نمایی تخصص و دانش اصرار ورزید؟ (۴۵-۴۴). اگر آرمان ما اصلاح مدیریت نظام سلامت است تا حدی می‌توان با افزایش تربیت نیروهای مدیر و کیفیت مدیریت این افراد، مدیریت نظام سلامت را سامان بخشید. در عین حال در شرایط موجود به نظر می‌رسد موضوع جایگاه مدیریت در نظام سلامت ما از زوایه دید سیاست‌گذاران این عرصه مغفول مانده و اصلاح آن همچنان در حد یک آرمان باقی مانده و محدود به مستندات مکتوب است.

البته این بیماری صرفاً محدود به نظام سلامت نیست بلکه تسری آن را می‌توان در سایر سازمان‌ها و نهادها نیز شاهد بود. باید پذیرفت که این یک واقعیت مهم است که در سیستم فعلی، مدیر ما بایستی در درجه‌ی اول یک مدیر با تجربه باشد تا متخصص فن. بررسی تحصیلات رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز حاکی از این مسئله بود. با توجه به فراز و نشیب‌های مدیریتی و توفیقات دانشگاه‌ها در امر خدمات‌رسانی به مردم که شاخص مدیریت صحیح به شمار می‌رود تا اندازه‌ای می‌توان به کفایت مدیریتی کارگزاران مختلف پی برد. متأسفانه جزئیات این اطلاعات یافت نشد اما آنچه که جای تأمل دارد اینست که معمولاً دوران تصدی این مدیران با موفقیت‌هایی همراه بوده که البته شاید بتوان این توفیقات را به حساب کفایت و کاردانی معاونین و زیر

تمرکززدائی موجب انگیزش کارکنان و تسریع ارتباطات سازمانی در ابعاد عمودی و رسمی می‌گردد (۴۷). به نظر می‌رسد طراحی مدل منطقی انتخاب مدیران سلامت بر پایه‌ی دانش و تجربه مدیریت و سوابق عملکرد می‌تواند به هدف تمرکززدائی جامه‌ی عمل ببوشاند. در این میان دانش‌آموختگان رشته‌های بالینی بیشتر با مهارت‌های فنی (مورد نیاز سطوح عملیاتی سیستم) و دانش‌آموختگان مدیریت با مهارت‌های مدیریتی (مورد نیاز سطوح برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری) آشنایی دارند که تلفیقی مطلوب از این دو دانش و مهارت در قالب افراد یا تیم‌های مدیریتی می‌تواند سامانی به شیوه‌ی مدیریت این بخش دهد (۴۸).

غفلت از ابزارهای علمی مدیریت و نقش دانش‌آموختگان این رشته برای حل احتمالی برخی از این مشکلات معضل بیماری مدیریتی نظام سلامت را مضاعف کرده است. افرادی هستند که در داخل و خارج کشور به کسب دانش آکادمیک مدیریت پرداخته‌اند اما متأسفانه بهره‌مندی سیستم سلامت از دانش و مهارت‌های علم مدیریت سلامت علیرغم این همه تلاش آموزشی مورد غفلت جدی واقع شده است. اگرچه پزشکان و خبرگان بالینی گنجینه دانش فنی این حیطه هستند اما مدیریت این سیستم‌های پیچیده به تلفیقی از دانش و مهارت‌های مدیریتی و بالینی نیاز دارد. البته ممکن است پزشکان هوشمند بتوانند با مطالعه موردی یا شرکت در نشست‌ها با برخی مفاهیم و ابزارهای نوین مدیریتی آشنا شوند و منشأ اصلاحات مفید در سازمان خود گردند ولی به هر حال باید پذیرفت تحصیل آکادمیک پیرامون یک موضوع، دید همه‌جانبه و ریشه‌ای‌تری در افراد کوشا و علاقمند ایجاد می‌کند و سطح متفاوتی از دانش را به دست می‌دهد (۴۹).

### نتیجه‌گیری

عدالت در سلامت را می‌توان به عنوان فقدان نابرابری‌ها یا تفاوت‌های سیستماتیک در بین گروه‌های مختلف اجتماعی تعریف کرد. البته باید توجه داشت که همه‌ی نابرابری‌های سلامت غیر عادلانه و غیر منصفانه نیست، بلکه تنها نوع خاصی از نابرابری سلامت که بطور سیستماتیک بین

تعریف شده شغلی، جذب مشاغل متفرقه و یا استخدام در نهادهای متفرقه می‌شوند. متأسفانه بکارگیری نیروهای مربوط به تخصص مدیریتی در سیستم سلامت کنونی ما محدود به شهرها و دانشگاه‌های تپ‌سه و محروم و کوچک و کم‌جمعیت شده است و به سختی می‌توان در رده‌های بالای مدیریتی، مدیرانی را دید که تخصص آموزشی آن‌ها مدیریت خدمات بهداشتی درمانی باشد.

برخی معتقدند آموزش‌های مداوم راهکار جانبی و مکمل این معضل است، اما باید گفت آیا صرفاً اکتفا به دوره‌های آموزشی برای اصلاح الگوهای ناکارآمد مدیریتی مدیران کفایت می‌کند؟ بهر حال آنچه که مسلم است سختی تخصص با حیطه کاری است. آنچه که از مستندات برداشت می‌شود اینست که عملاً مسئولیت جراحی نظام سلامت که در واقع مدیریت آن است به افرادی سپرده شده که تخصص مدیریتی کمی داشته و جز تجربه در آن زمینه‌ی مدیریتی، شرایط احراز خاصی ندارند و این در نوع خود گونه‌ای از بی‌عدالتی و عدم توازن تخصص و تصدی در نظام سلامت و یا بی‌عدالتی مدیریتی در نظام سلامت به شمار می‌رود. اگر هدف اصلاح نظام سلامت است باید به اصلاح مدیریتی نیز توجه کرد و اگر هدف اصلاح مدیریتی باشد حتماً بایستی ابتدا ظرفیت سیاسی و سازمانی آن را بوجود آورد. تمرکززدائی یکی از بزرگترین مظاهر تغییرات ساختاری کلان در نظام سلامت است. اصولاً تمرکززدائی دو جنبه‌ی اساسی دارد: یکی جنبه‌ی تمرکززدائی فیزیکی سازمان و دیگری جنبه‌ی تمرکززدائی قدرتی است. به نظر می‌رسد تعامل هر دوی این ابعاد به موازات یکدیگر می‌تواند انقلاب بزرگی در فرایند مدیریت یک سازمان بوجود آورد (۲۷)؛ آنچه که در این برهه مورد نظر ماست تمرکززدائی قدرتی است. در مطالعه‌ی ای که ملکی و همکاران در رابطه با همبستگی تفویض اختیار رؤسای بیمارستانهای استان قم با نحوه هدایت کارکنان به انجام رساندند، میانگین عدم تفویض اختیار بدست آمده ۳۲/۴ از ۵۰ بدست آمد و بین عدم تفویض اختیار مدیران و هدایت کارکنان همبستگی معنی دار و معکوسی گزارش گردید. در این مطالعه تأکید شد که

مختلف زندگی از رویکرد بالینی به رویکرد اجتماعی و جامعه‌نگر تغییر مسیر داده و خود این موضوع توجه به رسالت اصلی و مهم پزشکان محترم را در زمینه توجه جدی به امر پیشگیری و درمان بیش از مباحث مدیریتی مطرح می‌کند. به هر حال یکی از مباحث مهم مطرح شده در بحث سبک زندگی که مورد تأکید بسیاری از سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور بوده و ارتباط نزدیکی با سلامت جامعه دارد، آسیب‌شناسی حاکمیت و رهبری در نظام سلامتی است که متولی آن به استناد مطالبی که مطرح شد عمدتاً پزشکان هستند (۵۲). توجه جدی به آموزش مدیریت و اقتصاد سلامت در دانشگاه‌های کشور و آموزش‌های شغلی مدیران و طراحی مکانیسم‌های رسمی برای حضور خبرگان مدیریت و اقتصاد سلامت در کنار متخصصین بالینی در مجامع تصمیم‌گیری و مدیریت کلان و تصویب اولویت ویژه‌ی دانش‌آموختگان این رشته‌ها برای پست‌های مدیریتی میانی و ارشد و همکاری علمی آن‌ها با گروه‌های مطالعات کاربردی در کلیه سازمان‌های مرتبط با سلامت جامعه‌ی ایران، از اهم راهکارهایی است که از حجم این مشکل می‌کاهد. ذکر این نکته لازم است که به کار بردن عبارت پزشک‌محوری مفرط به معنی کم‌رنگ نشان دادن نقش و جایگاه پزشکان زحمت‌کش نیست بلکه منظور، تعیین جایگاه اصلی پزشکان و مقایسه‌ی آن با جایگاه فعلی آنان در نظام سلامت است. پزشکی، حرفه و نقشی است در نظام سلامت که جایگاه و کارکرد اصلی آن درمان بیماران است. بطور کلی هدف‌گذاری در اصلاح مدیریتی نظام پزشک‌محوری، تدوین و اجرا و ارزیابی پروژه‌های پایلوت، تدوین سیاست برای نتایج پایلوت شده، مشاوره در مرحله نهادینه‌سازی و اجرای سیاست‌های مصوب، ظرفیت‌سازی، آموزش و توانمندسازی مدیران از جمله راهکارهای دستیابی به یک سیستم مدیریتی شواهد بنیان و موفق خواهد بود.

گروه‌های مختلف اجتماعی ایجاد شده، ناعادلانه شمرده می‌شود. از طرف دیگر می‌توان گفت که همه‌ی برابری‌ها نیز نمی‌تواند عادلانه تلقی شود (۵۰). نظام سلامت کشور ما از معضلاتی ساختاری رنج می‌برد که اجازه نداده است طعم خوش پیشرفت‌های پزشکی پس از انقلاب به کام عامه‌ی مردم ایران به ویژه اقشار محروم و آسیب‌پذیر جامعه شیرین بنماید. از طرف دیگر تحلیل روندهای گذشته‌ی وزارت بهداشت نیز نشان می‌دهد که انجام اصلاحات لازم در جهت حل این معضلات از ساختار فعلی نظام سلامت انتظاری بیپه‌وده است. چرا که بزرگترین اصلاح ساختاری در نظام سلامت آن است که بسیاری از صاحب‌منصبان فعلی نظام سلامت منصب حاکمیتی خود را کنار بگذارند و صرفاً در بخش خصوصی به فعالیت‌های اقتصادی خود بپردازند. مشکلات ساختاری حوزه سلامت ریشه‌ی بسیاری از موانع موجود بر سر راه عدالت در سلامت است که ظرفیت حل بسیاری از آن‌ها در قانون برنامه‌ی پنجم توسعه وجود دارد. امروزه توجه به موضوع پزشک‌محوری در سیستم مدیریتی نظام سلامت چنان در دنیا پذیرفته شده است که حتی مسئولین وزارت بهداشت در بعضی از کشورها پزشک نیستند، بلکه مدیرانی هستند که تخصص مرتبط با اقتصاد و مدیریت و سیاست‌گذاری حوزه‌ی سلامت دارند. در نظام سلامت فعلی کشور، پزشکی نقشی است که حیثیت و کارکرد آن وابسته به وجود بیمار است؛ در صورتی که در نظام سلامت مطلوب، عدم بیماری و سلامت آحاد جامعه هدف غایی نظام سلامت است، هدفی که تا حدودی نقش درمانگری بیماران توسط پزشکان را بلا موضوع می‌نماید. پزشکان مادام که می‌خواهند به حرفه طبابت بپردازند نمی‌توانند در مناصب حاکمیتی و دولتی نقش ایفا کنند؛ چرا که در آن جایگاه در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که می‌بایست از میان منافع و مصالح نظام سلامت و مردم یا منافع صنف خود یکی را انتخاب کنند (۵۱). پزشکی حرفه‌ای است که اخیراً حتی با توجه به سبک‌های

## References

1. Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management. 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. Available from: URL: <http://www.hmcongress.com/main/page.php?pid=39>. [In Persian].
2. Aghlmand S, Pourreza A. Health reform. Journal of Social Welfare 2004; 4(14):3-26. [In Persian]
3. Maghsoodlou M. Knowledge and information management in the health system. Health Management

- Congress. Scientific Bulletin of Health Management. 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. Available from: URL: <http://www.hmcongress.com/main/page.php?pid=39>. [In Persian]
4. Rafiei far SH. education& behavior change in health system. Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management. 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. Available from: URL:<http://www.hmcongress.com/main/page.php?pid=39>. [In Persian]
  5. Flood CM. International health care forums, a legal, economic and political analysis. London: Routledge; 2003.
  6. Kermani B. Learning and organizational agility in change management and health system evolution. Sixth Annual Conference of the health services management students. 2008, February, 1-2, Tehran, Iran, 2008. Available at: <http://home.att.net/~OPSINC/change.pdf> accessed: 2008/5/12 .[In Persian].
  7. Kabir MJ. Primary health care (PHC) health system in Iran. Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management. January 2007. [In Persian]
  8. Asefzadeh S. assessment of managerial skills of the research managers at the universities of medical science. Journal of guilan university of medical science 2004; 49(13):86-96. [In Persian]
  9. Katz D, Kahn RL. The social psychology of organization. 4<sup>th</sup> Ed. New York: john wiley & son; 1988.
  10. Kaiser DL, Vene JE, Koluzny AD. Classifying administrative roles, 2th Ed, Chapel Hill: university North Carolina; 1980.
  11. Swansburg RC, Swansburg RJ. Introductory management and leadership for nurses. Boston: jones and Bartlett pubs; 1998.
  12. Central Bank of Islamic Republic of Iran. The main economic indicators [Online]. 2012 [cited 2012 May 5]; Available from: URL: [www.cbi.ir/](http://www.cbi.ir/). [Accessed on 23rd March 2012]. [In Persian]
  13. Vahid Dastjerdi M. Family physician [Online]. 2011; Available from: URL: [www.farsnews.com/](http://www.farsnews.com/)[Accessed on 1rd April 2011]. [In Persian]
  14. Mohseni A. 5 percent of Iranian population go under poverty line each year because of health expenditures [Online]. 2011; Available from: URL: [www.farsnews.com/](http://www.farsnews.com/)[Accessed on 24rd December 2014]. [In Persian]
  15. Davari M, Walley T, Haycox A. Health Insurance system in Iran; past experiences, present challenges and future strategies. Iranian J Publ Health 2012; 41 (9): 1-9.
  16. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. New York: Pearson Prentice Hall; 2007: 215-40.
  17. Davari M, Maraci MR, Amini MS, Aslani A. Evaluation of equity in pharmaceutical services in selected cities ofnKurdistan (Iran) province .[PhD Thesis]. Isfahan, Iran: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences; 2011.
  18. Davari M, Maraci MR, Bakhshizade Z, Aslani A. Evaluation of equity in pharmaceutical services in selected cities of Isfahan (Iran) province [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences; 2009.
  19. Davari M. Economical challenges of Iranian health system. Health Inf Manage 2011; 8(7): 915- 917.
  20. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1113-22.
  21. Jamshidi H. Equity in Health. Equity in Health. Proceedings of the 1st Congress of Equity in Health Care; 2009 Mar 10-11; Isfahan, Iran; 2009. [In Persian].
  22. Vatankhah S, Maleki MR, Tofighi SH, Barati O, Rafiei S. The Study of Management Contract Conditions in Healthcare Organizations of Selected Countries. Health Inf Manage 2012; 9(3): 431.
  23. Bahrami S, Keyvan Ara M, Ojaghi R, Afshari M. Perceptions of Managers and Academic Experts about Strategic Human Resource Management Practices: Qualitative Study. Health Inf Manage 2014; 10(7): 1033. [In Persian]
  24. Tabibi SJ, Nasiripour AA, Gohari MR, Mahboubi M. Accountability in Teaching Hospitals: A National Study. Health Inf Manage 2014; 10(7): 963. [In Persian]
  25. Jasebi A. Principles of Management. 9<sup>th</sup> Ed Tehran: Islamic azad university press; 1999. [In Persian].
  26. Davoodi S. Health management challenges in Iran. Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management. 2007, January, Sunday, Tehran, iran, 2007. [In Persian]
  27. Ministry of health, care and medical education. Wikipedi encyclopedia. [Online], Available from: URL:

- [http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%AA\\_%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA%D8%8C\\_%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86\\_%D9%88\\_%D8%A2%D9%85%D9%88%D8%B2%D8%B4\\_%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C\\_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%AA_%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA%D8%8C_%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86_%D9%88_%D8%A2%D9%85%D9%88%D8%B2%D8%B4_%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86) [Accessed on 4rd March 2014]. [In Persian]
28. News and information web page of Ministry of health. Care and medical education. National list of universities of medical science's head. [Online], Available from: URL: <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=12432>[Accessed on 27rd July 2013]. [In Persian]
  29. Torabi A. health services management (health policy making approach). 1<sup>th</sup>ed. Jundishapur University of medical science Ahvaz: teimourzadeh publication; 2009 [In Persian].
  30. Oliaeimanesh A. Allocation of financial resources in the health system in Iran. **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. [In Persian]
  31. Parvaresh M. Market segmentation and target market selection and positioning in the market. **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. [In Persian]
  32. Gholipour A, Roshan nejad M, Sherafat SH. Explaining the Impact of Person-Organization Fit on Work Alienation and Work Engagement. *Strategic Management Thought journal.* 2010; 1 (4): 209- 229.
  33. Vafaei Najjar A, Khiabani tanha B. Health system reform in Sweden. *Navide Noe Journal* 2009; 44 (14). Available from: UTRL: <http://www.magiran.com/view.asp?Type=pdf&ID=722190> [In Persian]
  34. Shadpour K. Health reform in the Islamic Republic of Iran. *Hakim Journal* 2006; 9(3): 7-20. [In Persian].
  35. Zargar Pour H. Model of management training in Iran [PhD thesis]. Tehran: University of Tehran; 1996. [In Persian].
  36. Sanaee Nasab H. Survey of organizing situation and engage of graduate in health management. Tehran: Baghiyatallah University of Medical Sciences; 2008. [In Persian]
  37. Farrahi Bouzanjani B, Sedaghat A, Bazargani M, Bahadori MK, Tofighi Sh. Designing development model of managers in health care and medical education area. *Journal of military medicine* 2010; 3 (12):117-122. [In Persian] *Weekly Sepid Newspaper (Iran's Health Information Center).* 19 December 2011, 5; 277: 3-5. Available from UTRL: [www.sepidweekly.ir](http://www.sepidweekly.ir). [In Persian].
  38. *Weekly Sepid Newspaper (Iran's Health Information Center).* 19 December 2011, 5; 277: 3-5. [On line], Available from URL: [www.sepidweekly.ir](http://www.sepidweekly.ir). [In Persian]
  39. Soori H (Ed). *Book of Public Health, The goals and applications of epidemiology.* 2th ed: Tehran: Arjmand Press; 2006. [In Persian]
  40. Bagheri P, Halimi L, Bagheri Lankarani K, Joulaei H. Evaluation of Fars Province General Physicians' Awareness and Attitude about Epidemiology in 2010. *Future of Medical Education Journal* 2012; 2(1):35-40.
  41. Maresedgh S. Health management is requires efficient and non-medical personnel. *Weekly Sepid Newspaper (Iran's Health Information Center).* 2013; 7(358): 4. Available from: URL: <http://salamatiran.com/NSite/FullStory/?id=59945>. [In Persian].
  42. Mehrabi S. Systems using neural networks in clinical decision. **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. [In Persian]
  43. Marzban rad S. Health Technology Assessment (HTA). **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. [In Persian]
  44. Jamshidi H, Rafieifar SH. Evidence-based policy making in health system. **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** 2007, January, Sunday, Tehran, Iran, 2007. [In Persian]
  45. Mahboob ME, Ghaffarian V. Strategic thinking in healthcare. **Health Management Congress. Scientific Bulletin of Health Management.** January 2007. [In Persian]
  46. TaherAmooz M, Baghaei J, Saleh moghadam AR, Nasiri M. Survey on the Effect of a Training Program on the Management Information Rate of Nursing Leaders. *Journal of Nursing and Midwifery Mashhad* 2003; 5(16-17):87-93. [In Persian]
  47. Maleki M, Nasiripour AA, Amini F, Parham M. the correlation between delegation of managers and fashion lead of personells in Qom province hospitals. *Journal of Qom University of medical science.* 2011; 5(3):79-86. [In Persian]

48. Jabbari beirami H, Tabibi SJ, Delgoshaei B, Mahmoodi M, Bakhshian F. Comparative study of the mechanisms of decentralization in different states of health services and provides a model for Iran. *Journal of health management* 2007; 10(27):33-40 [In Persian]
49. Gari S. Health reform in the Islamic Republic of Iran, Retrieved from paper of hamidreza jamshidi. *Journal of public health insurance* 2005; 27 (8):20-22 [In Persian]. Available from: URL: <http://www.hcmir.blogfa.com/post-67.aspx>.
50. Bagheri P, Pishvaei M, Moradi N, Armanmehr V. Health Equity: from concept to application in healthcare system. *Journal of Research & Health*. 2013; 2(3): 333-334.
51. Raja News website. Iranian health problems. Center for Health Policy Studies. Basij student of Tehran University of Medical Sciences. 2012. [Online], Available from: URL: <http://www.rajanews.com/Detail.asp?id=147986> [Accessed on 12rd July 2012]. [In Persian]
52. Bagheri P, Pishvaei M, Moshki M, Moradi N. Active Research Care with Surveillance Units of Community-Based Lifestyle: A New Approach in HealthCare Research System. *Journal of health & research* 2014; 4(1): 568-569.

## Introduction to Management Equity in the Iranian Health System with Physician-Center Approach

Pezhman Bagheri<sup>1</sup>

### Review Article

#### Abstract

Despite the changes that have been made in recent years in the field of health, health systems Experts believe that the development of management is the major challenges of health systems. Improving the management of health organizations, have different approaches, such as quality management, health Dynamic networks, management effective program and network comprehensive has been test. But the basic approach and the missing link in this vicious cycle namely insist on Physician-centered process in the central management of health and care system, have neglected from the practitioner's point of view, researchers and policy makers. In the developing countries it is not interest to contribute to professional managers to manage health care organization. Hence, It seems that one of the most important challenges of the current health care system, be lack of fitness and accountability and a lack of structured system of manager choice in this realm. This is a narrative review that attempts with review of existing evidences and expert opinion in the field of health systems to Coordinate Physician-centered issue for informing policy makers of the country's macroeconomic management, the need for extreme care in regard to the issue management system and its emphasis. The findings suggest that our current health care system is Suffering of Excessive rust physician governance and to grow and overcome to the its major problem, need to make major changes in your current management system. Accordingly, it seems achieving to the goal of improving the management of Physician-centered health care system needs to factors such as Formulation, implementation and evaluation of pilot projects, policy development for the pilot results, capacity building, education and empowerment.

**Keywords:** Justic; Management; Health Care Systems; Iran

Received: 14 Jun, 2013

Accepted: 25 May, 2014

**Citation:** Bagheri P. **Introduction to Management Equity in the Iranian Health System with Physician-Center Approach.** Health Inf Manage 2014; 11(3): 391.

1-Lecturer, Epidemiology, Jiroft University of medical Science, Jiroft, Iran (Corresponding Author) Email: bpegman@yahoo.com