

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی
سال ۲۴، شماره ۲، صفحات ۸۵-۹۳ (تابستان ۱۳۷۹)

ارتقاء کارآیی نظام اداری، مالی و تدارکاتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان از طریق برقراری تسهیلات اداری - مالی

مهندس محمدرضا زاهدی*، دکتر بهمن نیکپور** و دکتر برزو نیکپور***
* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان چهارمحال و بختیاری
** دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران
*** پزشک عمومی

خلاصه

بوروکراسی نظام اداری و کاغذ بازیهای غیرضروری از عواملی است که امروزه کاهش آن به عنوان یکی از راهکارهای اصلی جهت کارآیی بیشتر سیستمهای اداری مورد توجه قرار گرفته است. در شبکههای بهداشتی- درمانی که امروزه وظیفه ارائه خدمات مختلف بهداشتی- درمانی را در سطح کشور به عهده دارد، یکی از سیاستهای عمده پیشنهادی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کاهش بوروکراسی نظام اداری و تمرکززدایی می باشد. در راستای اجرای این سیاست مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری طرحی با عنوان "ارتقاء کارآیی نظام اداری و مالی و تدارکاتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان از طریق برقراری تسهیلات اداری و مالی" را در شبکه بهداشتی- درمانی بروجن که یکی از شبکههای تابعه می باشد، از سال ۱۳۷۳ به مرحله اجرا درآورد. در این طرح ابتدا شاخصها در سه مقیاس "شاخصهای اشاره کننده به بوروکراسی اداری و مقررات دست و پا گیر"، "شاخصهای اشاره کننده به عدم تمرکز در شبکه به منظور اعمال مدیریت پزشک در مراکز بهداشتی- درمانی" و هزینههای مربوط به مقررات اداری" به منظور بررسی وضعیت مدیریت متمرکز و بوروکراسی اداری در شبکهها طراحی شده و وضعیت موجود در شبکهها سنجیده شد. سپس با طراحی یک سری تسهیلات و دستورهای اداری و مالی و آموزش کارکنان جهت آشنایی آنان با تسهیلات جدید جهت پیاده کردن

اهداف طرح در شبکه‌ها اقدامات عملی صورت گرفت. در آخر نیز شاخصهای بررسی شده در مرحله اول به منظور بررسی میزان کارایی طرح مورد تحقیق قرار گرفتند. نتیجه نهایی نشان دهنده بهبود چشمگیر شاخصها در سه مقیاس یاد شده می‌باشد.

واژگان کلیدی: ارتقاء کارایی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و تسهیلات اداری- مالی

مقدمه

تمرکز فرآیند مدیریت و درگیر کردن سطوح پایینتر در اتخاذ تصمیمات مربوط به مراقبتهای بهداشتی اهمیت ویژه‌ای یافته است (۲). به این منظور برنامه‌ریزیهای مختلف برای بهینه کردن این سیستم مدیریت امری بدیهی بوده، برای دستیابی به این منظور پروژه‌های متعددی در سطح کشور طراحی شده‌اند (۳).

هدف این پژوهش رفع مشکلات بوروکراسی حاکم بر نظام اداری- مالی حاکم بر سطوح ارائه خدمات بهداشتی- درمانی و رعایت اصل عدم تمرکز و تفویض اختیارات به سطوح پایینتر در حد امکان و حذف مقررات دست و پا گیر اداری است.

محل اجرای طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن از توابع استان چهارمحال و بختیاری است که ۱۰۴۰۲۳ نفر جمعیت دارد. به هنگام اجرای طرح این شبکه دارای ۶ مرکز بهداشتی - درمانی فعال و ۷ مرکز بهداشتی- درمانی روستایی فعال و ۲۴ خانه بهداشت بوده که این طرح در کلیه مراکز و خانه‌های این شبکه به مرحله اجرا گذاشته شده است.

روش کار

این مطالعه در سه مرحله انجام شده است:

۱) تحلیل وضعیت موجود

برای تحلیل وضعیت موجود سه مقیاس به این شرح

در نظر گرفته شد:

بوروکراسی در کشورهای در حال توسعه هزینه‌های غیرقابل جبرانی بر اقتصاد ملی تحمیل می‌کند. گسترش فن‌آوری پیشرفته در این کشورها با وجود این که نتایج ارزشمندی به بار آورده است، موجب تمرکز در سیستم اداری، افزایش هزینه‌های پرسنلی، عدم ابتکار و خلاقیت در سطوح مدیریتی پایینتر و حجم بالای مکاتبات جهت انجام امور ساده اداری شده است. این نظام متمرکز اداری همگام با کلیه سازمانهای دولتی ایران، در نظام ارائه خدمات بهداشت و درمان ایران و شبکه‌های بهداشت و درمان نیز موجود بوده، باعث پیدایش مشکلات عدیده‌ای شده است. از ویژگیهای شبکه‌های بهداشتی- درمانی، تعدد مراکز بهداشتی- درمانی و خانه‌های بهداشت تحت پوشش آنها می‌باشد. بیشتر این واحدها در سطح وسیعی پراکنده بوده، کنترل مستقیم این مراکز در کلیه امور اداری آنها بسیار مشکل است و باعث اتلاف وقت و بودجه زیادی می‌شود. اعمال مدیریت تمرکز یافته (Central) در کلیه امور جزئی مراکز متعدد بهداشت و درمان از سوی ریاست شبکه و ستاد گسترش شبکه‌ها نه تنها باعث رفت و آمدهای غیرضروری در این واحدها شده، بلکه به واسطه عدم درگیری سیستم شبکه با مشکلات هر مرکز و متعدد بودن مشکلات مراکز متفاوت باعث عدم اعمال مدیریت بهینه برای رفع مشکلات هر مرکز خواهد شد. در سالهای اخیر به دلایل یاد شده اهمیت عدم

شاخصهای اشاره کننده به بوروکراسی اداری و مقررات دست و پاگیر

این مقیاس شامل شاخصهای زیر می‌باشد: میزان پرداخت هزینه‌های جزیی در مراکز بهداشتی- درمانی و خانه‌های بهداشت توسط خود آنها؛ میزان تعمیرات جزیی در مراکز و خانه‌ها توسط خود آنها؛ فاصله درخواست کالا تا تحویل آن در مراکز و خانه‌ها و میزان تعطیلی در خانه‌های بهداشت به علت مراجعه بهورز به شبکه جهت انجام کارهای اداری.

شاخصهای اشاره کننده به عدم تمرکز در شبکه به منظور اعمال مدیریت پزشکی در مراکز

این مقیاس شامل شاخصهای زیر می‌باشد: میزان صدور مجوز مرخصی کارکنان توسط مسئولان مراکز، میزان صدور مجوز ماموریت کارکنان توسط مسئولان مراکز، میزان محاسبه اضافه کاریهای کارکنان از سوی مسئولان مراکز، میزان تنظیم فرمهای ارزشیابی سالانه توسط مسئولان مراکز و میزان منعکس کردن مشکلات اداری و مالی کارکنان برای مسئولان مراکز و میزان اختصاصی تنخواه به مراکز و خانه‌ها.

شاخص هزینه‌های مربوط به مقررات دست و پاگیر

در این مقیاس شاخصهای زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد: ماموریت خدماتی کارکنان شبکه اعزامی به مراکز جهت انجام تعمیرات، ماموریت کارکنان ستادی اعزامی به مراکز جهت بررسی هزینه‌ها و بررسی مراکز از نظر نیاز آنها، ماموریت کارکنان مراکز به شبکه جهت انجام امور اداری، گزارش خرابیها و دریافت تنخواه و در نهایت میزان مصرف بنزین جهت ماموریت‌های یاد شده.

۲) پیاده کردن طرح در سطح شبکه

با آموزش کارکنان ستاد و نیز مسئولان مراکز، اهداف کلی طرح در راستای حذف بوروکراسی اداری و مقررات دست و پاگیر و تمرکززدایی برای آنان تشریح شد. سپس با تغییر قوانین اداری- مالی از سوی ریاست شبکه به مراکز در ابعاد زیر تفویض اختیار صورت گرفت: ۱-۲) انجام تعمیرات جزیی ساختمانی در مراکز؛ ۲-۲) انجام خریدهای جزیی و ضروری برای مراکز؛ ۳-۳) تصمیم‌گیری و صدور مجوز مرخصی، ماموریت، اضافه کاری و فرم ارزشیابی کارکنان در مراکز.

۳) ارزیابی مجدد

در این مرحله که ۶ ماه پس از اجرای طرح صورت گرفت، شاخصهای ذکر شده در قسمت اول مورد پرسش مجدد قرار گرفتند و همان پرسشنامه‌های طراحی شده در مرحله اول تکمیل شدند. در آخر نیز این شاخصها در پیش و پس از طرح برای ارزیابی کارآیی طرح با یکدیگر مقایسه شدند.

تجزیه و تحلیل نتایج

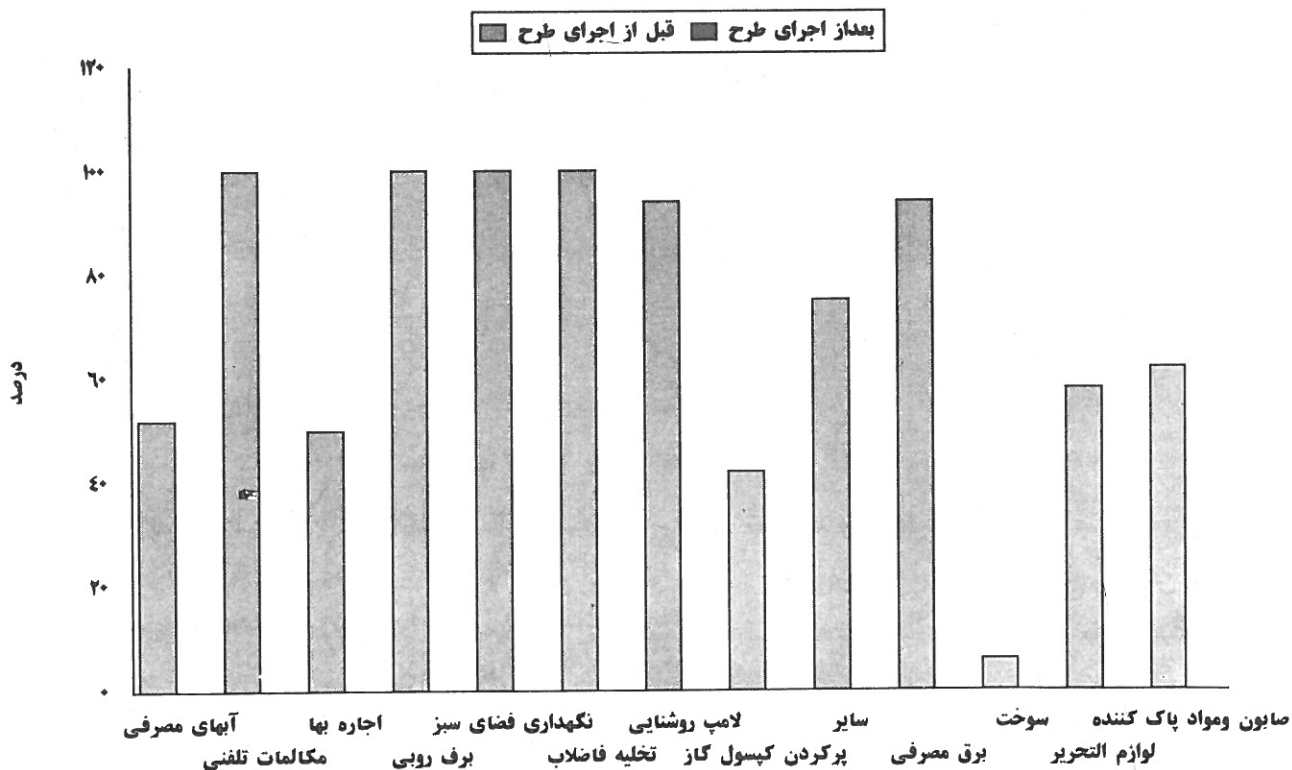
برای تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از آمار توصیفی استفاده شده است و نرم‌افزار مورد استفاده SPSS بوده است.

نتایج

همان گونه که در قسمتهای قبل گفته شد شاخصهای مورد بحث جهت بررسی اثربخشی طرح ارتقاء کارآیی نظام اداری و مالی و تدارکاتی به سه مقیاس شاخصهایی که به بوروکراسی اداری و مقررات دست و پاگیر اشاره دارد؛ شاخصهایی که نشان دهنده عدم تمرکز به منظور افزایش مدیریت پزشکی می‌باشند و شاخصهای مربوط به هزینه‌ها، تقسیم شده‌اند که - به تفکیک - در زیر هر مقیاس مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شاخصهایی که نشان دهنده بوروکراسی اداری و مقررات دست و پاگیر می‌باشند همان گونه که در نمودار ۱ مشهود است هزینه‌های مربوط به مکالمات تلفنی، برف روبی،

نگهداری فضای سبز و تخلیه فاضلاب در کلیه خانه‌های بهداشت توسط خود آنها پرداخت شده، در حالی که قبل از اجرای طرح این هزینه‌ها در کلیه خانه‌های بهداشت را شبکه شهرستان پرداخت می‌کرد.

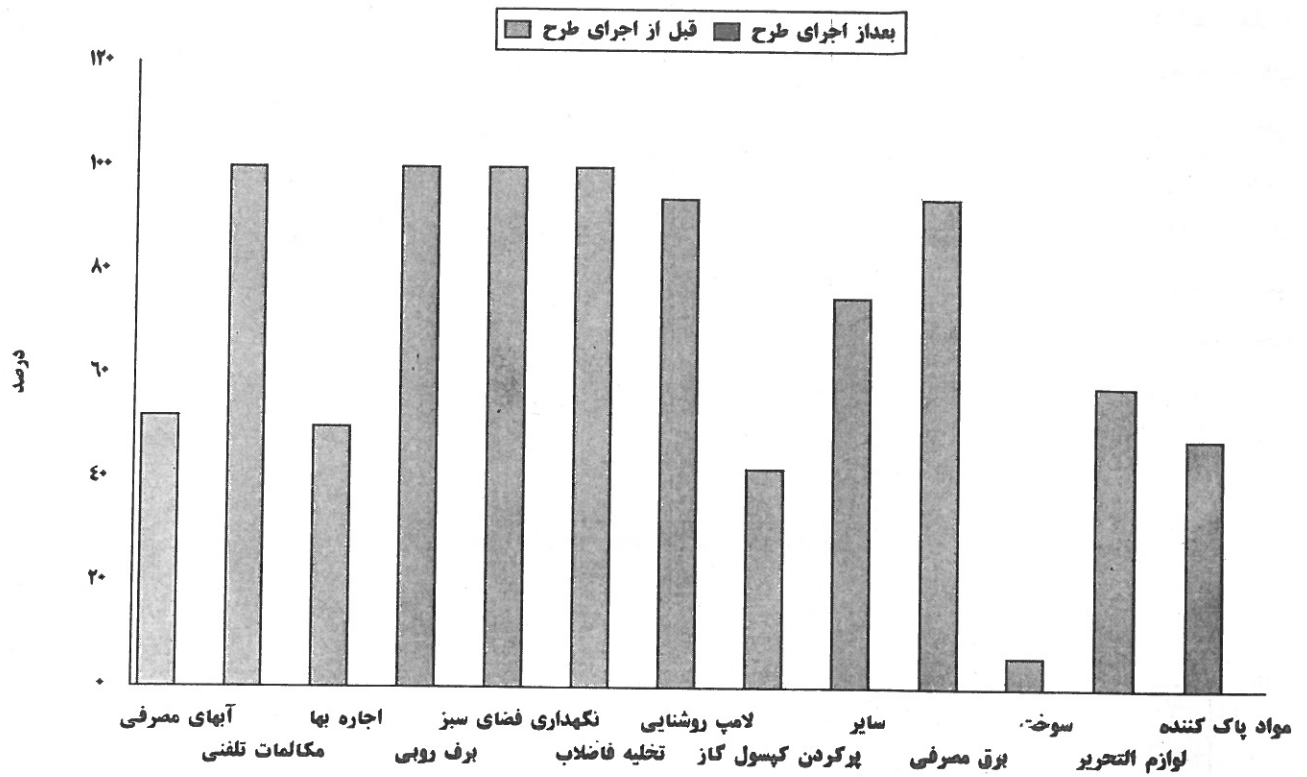


نمودار ۱) افزایش پرداخت هزینه‌های جزئی توسط مرکز بهداشتی- درمانی و خانه بهداشت (قبل و بعد از اجرای طرح)

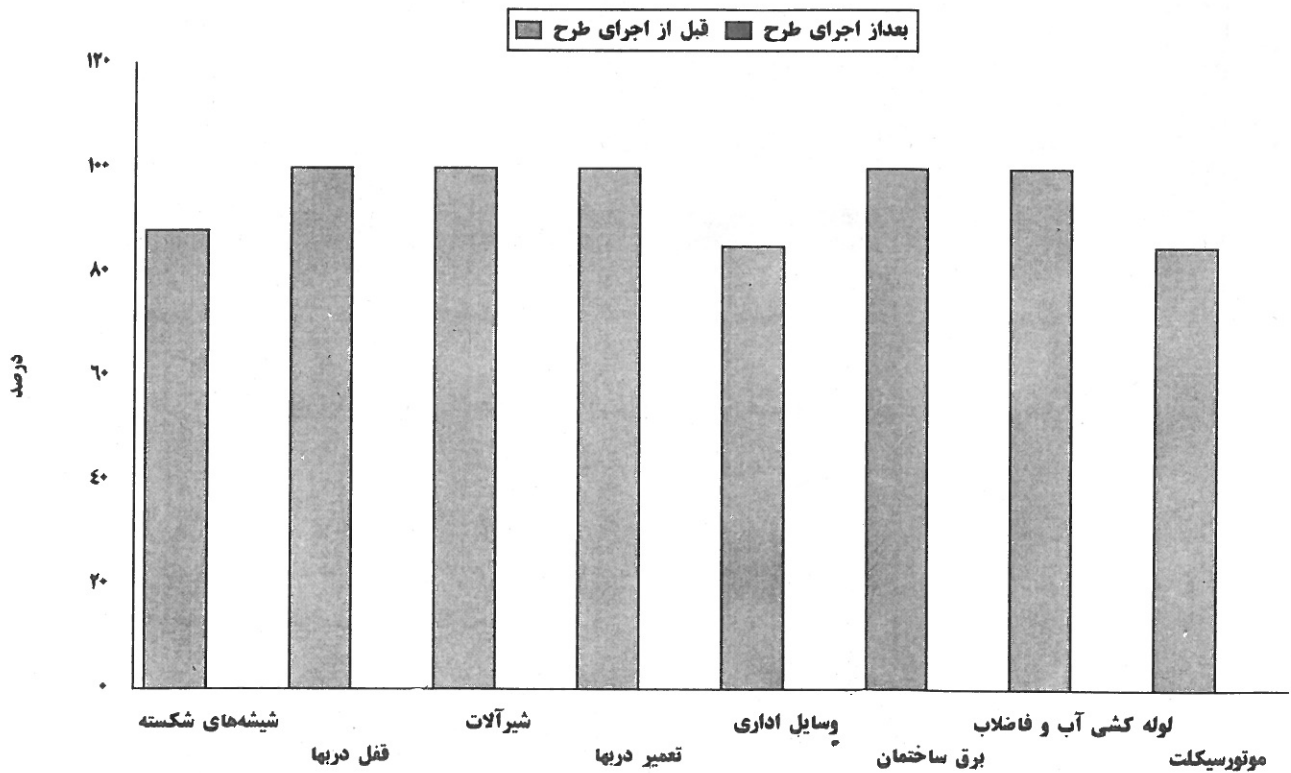
تعمیرات زیرنظر مستقیم سیستم شبکه و با اعزام تعمیرکار از شبکه انجام می‌شد.

نمودار ۳ نشان دهنده افزایش میزان مراکز است که هزینه‌های جزئی مربوطه توسط خود آنها بعد از انجام

نمودار ۲ نشان دهنده افزایش میزان خانه‌هایی است که تعمیرات جزئی آنها توسط خود آنها یا مرکز بهداشتی- درمانی مافوق آنها، بعد از پیاده شدن طرح، انجام شده است؛ در حالی که قبل از طرح، کلیه این



نمودار ۲) افزایش انجام تعمیرات جزئی توسط مرکز بهداشتی- درمانی و خانه بهداشت (قبل و بعد از اجرای طرح)

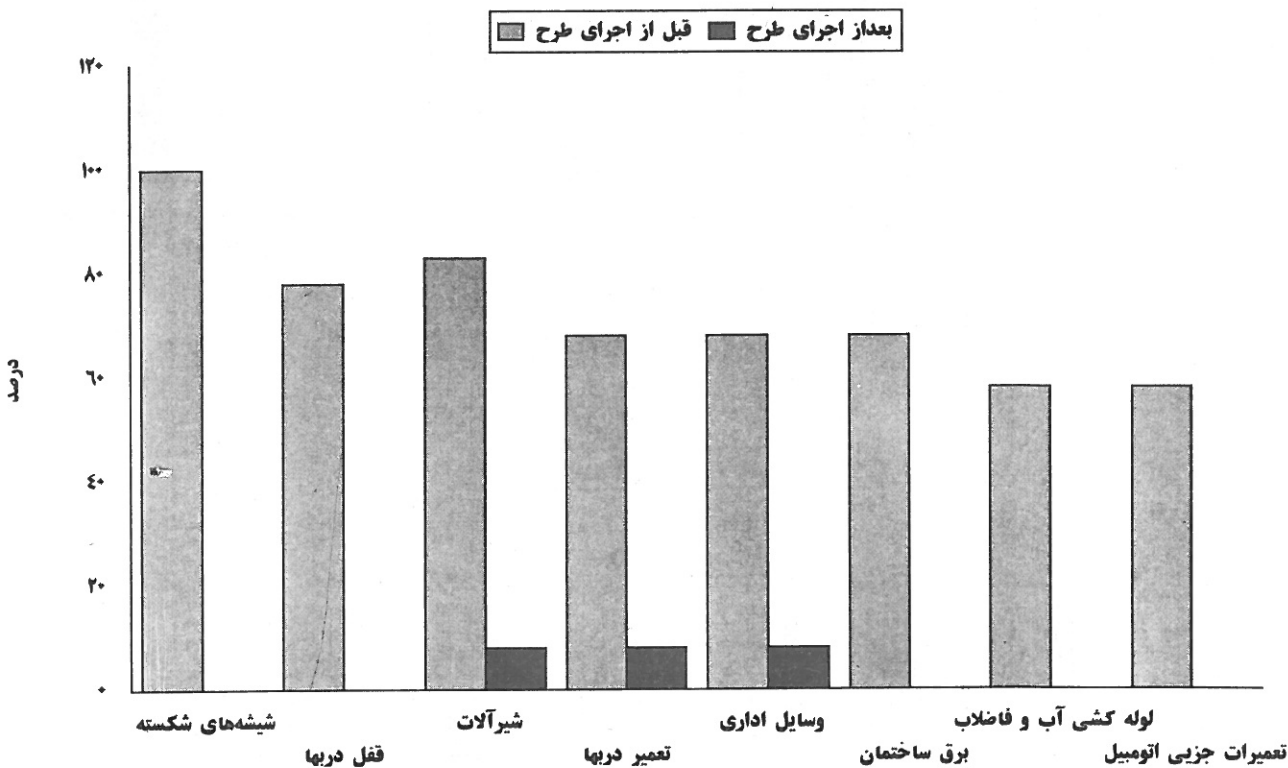


نمودار ۳) افزایش پرداخت هزینه‌های جزئی توسط مرکز بهداشتی- درمانی (قبل و بعد از اجرای طرح)

هزینه‌های جزئی تعمیرات مربوطه را خود آنها بعد از انجام طرح پرداخت می‌کردند. بعد از انجام طرح کلیه تعمیرات مربوطه به شیشه‌های شکسته مراکز در خود آنها انجام شده؛ کمترین میزان افزایش مربوط به تعمیر دربها و وسایل اداری است که در ۵۸/۹٪ مراکز، تعمیرات مربوطه در خود آنها انجام می‌شد و در بقیه این تعمیرات با ارسال گروه تعمیرات شبکه انجام می‌شده است.

طرح پرداخت می‌شد؛ در حالی که، قبل از طرح، در کلیه این مراکز تامین این هزینه‌ها به طور مستقیم از سوی شبکه صورت می‌گرفت. تامین هزینه سوخت با ۳۸/۵ درصد افزایش (فقط در ۵ مرکز از ۱۳ مرکز این هزینه‌ها مستقیماً توسط خود آنها تامین شده) کمترین میزان افزایش را به خود اختصاص داده است.

نمودار ۴ بیان‌کننده افزایش میزان مراکز است که



نمودار ۴) افزایش انجام تعمیرات جزئی توسط مراکز بهداشتی- درمانی (قبل و بعد از اجرای طرح)

علاوه بر این، میزان تعطیلی خانه‌های بهداشت به علت مراجعه بهورزان به شبکه جهت انجام امور اداری قبل از اجرای طرح ۲/۵۴ روز بود که بعد از آن به ۱/۷۹ روز کاهش یافت.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین فاصله زمانی بین درخواست وسایل و کالاهای مختلف تا تحویل آنها در مراکز و خانه‌ها، به ترتیب ۳/۳۸ روز و ۸/۱۶ روز قبل از انجام طرح بوده که بعد از انجام طرح این فاصله به ۱/۹۲ و ۲/۷۵ روز کاهش یافته است.

در این قسمت تعداد و هزینه ماموریت‌هایی که در سال ۱۳۷۲ (قبل از انجام طرح) و در سال ۱۳۷۴ (بعد از انجام طرح) انجام گرفته استخراج شده‌اند. این ماموریتها شامل مواردی می‌باشد که سیاهه آنها در قسمت اول آمده است. همچنین میزان مصرف بنزین مربوط به این ماموریتها نیز استخراج شده است. در سال ۷۲ در سه مورد یاد شده مجموعاً ۳۸۸ مورد ماموریت با هزینه ۱۵۲۵۸۲۰ ریال و در سال ۱۳۷۴ مجموعاً ۲۰۸ مورد ماموریت با هزینه ۱۴۹۵۴۱۹ ریال انجام شده است. با توجه به اینکه سقف ماموریت روزانه در سال ۱۳۷۲ معادل ۴۰۰۰ ریال و سقف ماموریت روزانه در سال ۱۳۷۴ معادل ۷۰۰۰ ریال می‌باشد (۱۷/۵ درصد افزایش)، معادل ماموریت‌هایی که در سال ۱۳۷۲ انجام شده در سال ۱۳۷۴ برابر ۲۶۷۰۱۸۵ ریال می‌باشد $(۱۷۵\% \times ۱۵۲۵۸۲۰)$ ؛ به عبارت دیگر، در سال ۱۳۷۴ در هزینه‌های ماموریت‌های انجام شده حدود ۱۱۷۴۸۰۰ ریال یا ۴۴ درصد صرفه‌جویی به عمل آمده است. مصرف بنزین مربوط به ماموریت‌های انجام شده در سال ۷۲، ۲۷۹۳ لیتر بوده که در سال ۷۴ به ۱۴۹۰ لیتر یا به عبارت دیگر معادل ۴۶ درصد کاهش یافت.

بحث

با مرور سریع قسمت نتایج می‌توان به تغییرات چشمگیر کلیه شاخصها در ۳ مقیاس بوروکراسی اداری، اعمال مدیریت پزشکی در مراکز و هزینه‌ها پی برد. در مقیاس بوروکراسی اداری- همان گونه که گفته شد- قبل از اجرای طرح درصد بسیار ناچیزی از هزینه‌های جزیی و نیز تعمیرات وسایل مربوط به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی- درمانی توسط خود آنها تامین می‌شده و بهورزان و مسئولان مراکز جهت تامین هزینه‌هایی مانند آب‌بها، مکالمات تلفنی، خرید لامپ، تخلیه فاضلاب و ... مجبور به مراجعه به

شاخصهایی که نشان دهنده افزایش اعمال مدیریت مسئولان مراکز (پزشکان) در مراکز بهداشتی- درمانی می‌باشد

قبل از انجام طرح تنها ۴۱/۷ درصد مرخصیهای کارکنان خانه‌های بهداشت از سوی مسئولان مراکز صادر می‌شد؛ در حالی که، پس از اتمام طرح ۱۰۰ درصد مرخصیها را مسئولان مراکز صادر می‌کنند. قبل از انجام طرح، ۲۰/۸ درصد حکم ماموریت کارکنان خانه‌های بهداشت را مسئولان مراکز صادر می‌کردند و ۱۲/۵ درصد کارکنان گزارش خود را به مسئولان مراکز می‌دادند؛ در حالی که، پس از انجام طرح ۹۵/۸ درصد ماموریتها را مسئولان مراکز صادر کردند و ۱۰۰ درصد گزارشهای ماموریتها به آنان ارائه شد.

قبل از اجرای طرح فقط ۱۲/۵ درصد اضافه کاری کارکنان خانه بهداشت از سوی مسئولان مراکز پیشنهاد می‌شده. در حالی که بعد از اجرای طرح این میزان به ۸۷/۵ درصد افزایش یافته است.

پیش از اجرای طرح، ۱۲/۵ درصد ارزشیابی کارکنان خانه‌های بهداشت و ۹۳/۳ درصد ارزشیابی کارکنان مراکز زیر نظر مسئول مرکز بوده، در حالی که بعد از اجرای طرح این میزانها به ترتیب به ۹۵/۸ و ۱۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است.

قبل از انجام طرح، ۶۶/۷ درصد کارکنان خانه‌های بهداشت مشکلات اداری و مالی خود را با مسئولان مراکز در میان می‌گذاشتند، در حالی که بعد از انجام طرح این میزان به ۱۰۰ درصد رسید.

قبل از اجرای طرح هیچ گونه تنخواهی در اختیار خانه‌های بهداشت و مراکز قرار نداشت، در حالی که بعد از اجرا کلیه خانه‌ها و مراکز دارای تنخواه شده‌اند.

شاخص هزینه‌ها

بهداشت در ماه از ۲/۵۴ روز به ۱/۷۹ روز کاهش یافت.

مقیاس دوم ارزیابی طرح در برگزیده شاخصهای مربوط به اعمال مدیریت پزشک در سطح مراکز می‌باشد. شاخصهای این مقیاس اشاره کننده به میزان درگیری پزشک در امور مختلف مرکز (نظیر صدور مرخصی، ماموریت، تنظیم فرمهای ارزشیابی و ...) می‌باشد. همان گونه که در قسمت نتایج گفته شد قبل از اجرای طرح فقط ۴۱/۷ درصد مرخصیهای کارکنان را مسئولان مستقیم آنها صادر می‌کردند و در ۵۸/۳ درصد موارد مرخصی کارکنان و پزشکان مراکز به عنوان مسئول مستقیم از وضعیت مرخصی کارکنان خود بی‌اطلاع بودند که بعد از اجرای طرح کلیه مرخصیها از سوی پزشکان مراکز صادر می‌شود. پیش از انجام طرح، درصد پایینی از ماموریتهای کارکنان به دستور پزشک مرکز که مسئول مستقیم آنان بوده انجام می‌گرفته، در حالی که بعد از انجام طرح، کلیه ماموریتها را پزشک مرکز صادر می‌کند. همچنین تنظیم فرمهای ارزشیابی سالانه کارکنان و نیز محاسبه اضافه کاریهای کارکنان که یکی از اهرمهای مهم مدیریتی مراکز است، بعد از اجرای طرح زیر نظر مستقیم پزشک در آمده است. در حالی که قبل از انجام طرح، پزشکان به عنوان مدیران مرکز از این اهرمهای اجرایی محروم بودند. همچنین تنخواه گردان در اختیار کلیه مراکز قرار داده شد، که در تمرکززدایی و خودگردانی مراکز نقش عمده‌ای به عهده خواهد داشت.

مقیاس سوم ارزیابی طرح، به صرفه‌جویی در هزینه‌ها بعد از اجرای طرح مربوط می‌شود که ماموریتهای پرسنل ستادی و خدماتی اعزام شده به مراکز و ماموریتهای پرسنل مراکز به شبکه و نیز هزینه سوخت مربوط به این ماموریتها- قبل و بعد از انجام طرح- به عنوان شاخصی برای صرفه‌جویی مورد بررسی قرار گرفته، که محاسبات نشان داده که با اجرای طرح

شبکه شده، اعتبار این هزینه‌ها به طور مستقیم از سوی ستاد شبکه‌ها تامین می‌شد. همچنین جهت انجام تعمیرات جزئی در خانه‌ها و مراکز نظیر تعمیر قفل دربها، شیرآلات، برق ساختمان، شیشه و ... باید تیمی از شبکه به مراکز و خانه‌ها اعزام می‌شدند. نتایج نشان داد که بعد از انجام طرح در مورد شاخصهایی نظیر تامین هزینه تخلیه فاضلاب، لامپ روشنایی و همچنین تعمیرات قفلها و شیر آلات، دربها و ... کارهای مربوط به این امور در سطح کلیه مراکز در خود آنها صورت می‌گرفت و در مورد شاخصهای دیگر نیز در بیشتر مراکز این امور بدون نیاز به دخالت مستقیم شبکه انجام می‌شد. تامین این هزینه‌ها و انجام این تعمیرات بدون نیاز به مکاتبات و مراجعات به شبکه (برخلاف قبل از پیاده شدن طرح) نشان دهنده کاهش بسیاری از کاغذ بازیهای اضافی بود که این امر جهت حذف بوروکراسی زاید در شبکه‌ها گام موثری می‌باشد.

در این مقیاس فاصله درخواست کالا تا تحویل آن در مراکز و خانه‌ها یکی از شاخصهای خوب نشان دهنده بوروکراسی زاید اداری مابین درخواست کالا تا تحویل کالا می‌باشد. این شاخص در سطح مراکز و خانه‌های بهداشت بعد از انجام طرح کاهش چشمگیری یافت؛ به طوری که این میزان در مراکز بهداشتی- درمانی از ۳/۳۸ روز به ۱/۹۲ روز و در خانه‌های بهداشت از ۸/۱۶ روز به ۲/۷۵ روز کاهش پیدا کرد. آخرین شاخص در مقیاس بوروکراسی اداری مدت تعطیلی خانه‌های بهداشت در ماه به علت مراجعات به‌روزان به شبکه جهت انجام کارهای اداری بود. پیش از انجام طرح، به‌روزان جهت انجام کارهای مختلف اداری مستلزم مراجعه مستقیم به شبکه و هماهنگی مستقیم با شبکه بوده‌اند که این امر باعث تعطیلی بی‌مورد در چانه‌های بهداشت بوده است. همان گونه که در قسمت نتایج گفته شد بعد از پیاده شدن طرح میانگین روزهای تعطیل خانه‌های

وخلاقیت مراکز بهداشتی- درمانی در ارائه خدمات بهداشتی خواهد شد. رشد چشمگیر شاخصهای بهداشتی در سالهای اخیر در شهرستان مورد مطالعه، گرچه ناشی از عواملی نظیر افزایش آگاهی مردم، رشد شبکه‌ها و... نیز می‌باشد، نمی‌توان اثرات این طرح را در رشد این شاخصها انکار کرد. با استفاده از نتایج این طرح و اجرای این سیاست در مراکز بهداشتی- درمانی در سرتاسر ایران در راستای سیاست تمرکززدایی در شبکه‌ها، می‌توان نتایج مثبت این طرح را در این مراکز شاهد باشیم.

هزینه این پژوهش از محل کمکهای سازمان جهانی بهداشت تامین شده است.

محدودیت‌های پژوهشی

در این مطالعه گروه شاهد وجود نداشته است.

۴۴ درصد در هزینه‌های ماموریت و ۴۶ درصد در هزینه‌های سوخت صرفه‌جویی صورت گرفته است که یکی از موفقیت‌های طرح محسوب می‌شود.

با توجه به مطالب یاد شده در کلیه شاخصهایی که در ۳ مقیاس کاهش بوروکراسی اداری، اعمال مدیریت پزشکی در مراکز و هزینه‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌اند بعد از انجام طرح بهبود قابل توجهی حاصل شده است. بدیهی است نتایج طرح فقط محدود به متغیرهایی که به عنوان شاخص موفقیت طرح در نظر گرفته شده‌اند محدود نخواهد شد، بلکه نتایج دیگری را نیز در مراکز بدنبال خواهد داشت. با توجه به نتایج ذکر شده، از ثمرات عمده این طرح، افزایش استقلال مراکز بهداشتی- درمانی و خودگردانی آنهاست که یکی از سیاستهای عمده پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد (۱). این افزایش خودگردانی مراکز و کاهش مدیریت تمرکز یافته باعث افزایش کارآیی

مراجع

۱. پیلرودی س. شبکه بهداشت و درمان شهرستان. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران: ایران، صص ۱۲-۱۸، ۱۳۷۶.
۲. عصار م. فرآیند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران، صص ۱-۲۸، ۱۳۶۵.
۳. صدری زاده ب. برنامه‌ریزی کلی بعنوان بخشی از فرآیند مدیریت برای توسعه کشور. انتشارات آموزش بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: ایران، صص ۱-۲۸، ۱۳۶۵.

Promotion of efficiency of township health care network's administrative, financial and supplies system; by providing administrative and financial facilities

Zahedi M*, Nikpoor Ba, Nikpoor BO*****

*** MS in Environmental Health**

**** PhD in Health Service Management**

***** General Physician**

SUMMARY

Today, decrease of bureaucasy in administrative system is considered as a main factor for efficiency in these systems. This policy has been offered by the Ministry of Health and Medical Training (Education) for applying in the all health care networks of Iran.

According to this policy, health center of Chaharmahal and Bakhtiary has executed (carried out) a project in Boroujen health care, since 1373 as the above-mentioned title. The first stage of this planning has been design in three scales: 1) Indicators referring to administrative bureaucasy and super fluous regulations, 2) Indicators referring to decon tralization, in order to execute the physician management in the health care centers, 3) Expenses related to the administrative

regulations (ruler). These three scales determined and evaluated situation of centralized management and administrative bureaucasy in the networks.

Then by providing necessary facilities, training personnel, and administrative and financial in stractions; actual executions performed in the health center networks. Finally the studied indicators in the first stage investigated for determining the efficiency rate. The ultimate result showed valuable improvement of indicators in three above mentioned scales.

Keywords: Promotion of efficiency, Township's health care networks, Administrative and Financial facilities.