

روندهای جدید در مدیریت بخش عمومی بهداشت

تهیه کننده: ر.پاول شاو
انستیتوی توسعه اقتصادی بانک جهانی

مترجمین : اسفندیار معینی
دکتر سیما مرزبان
سوزان قلعه باغی
فروغ ذکاوتی
مینا هاشمی

ویراستار : سیمین حکمت

فهرست

نگاهی کلی به مدل ۱۱

بخش ۱: مقدمه

- مدیریت جدید بخش عمومی (NPSN)
- آیا خصوصی سازی چاره ساز است؟
- آیا NSPs به روش های پرسرو صدا نیاز دارد؟

بخش ۲: اصول NPSM

- سه جزء سازنده NPSM
 - روشن کردن مسوولیت
 - ارتقای عملکرد
 - پاسخگویی به مشتری
- دستیابی به هم افزایی
- آیا ممکن است دستاوردهای عملیات شبه بازرگانی گرفتار محدودیت شود؟

بخش ۳: راهبردهای سازمانی برای اصلاحات NPSM

- راهکار سازمانی ۱: مدیریت اجرایی کارکنان (PPM)
- راهکار سازمانی ۲: بودجه بندی عملیاتی (PRB)
- راهکار سازمانی ۳: واحدهای خودگردان (AAS)
- راهکار سازمانی ۴: رقابت مدیریت شده و عقد قرارداد
- راهکار سازمانی ۵: شرکتی کردن

- نتیجه

نگاهی کلی به مدول ۱۱

چیزی که مدول می‌خواهد بگوید این است که ابعاد بازرگانی وزارت بهداشت یا قسمت‌های و اداره‌ها و واحدهای آن با مدیریت موسسه‌های دیگر تفاوت ندارد. نقش‌ها و مسوولیت‌ها باید واضح باشد، کارکرد کارکنان به حساب آید و پاسخگویی در مقابل مشتریان و بیماران پراهمیت شمرده شود. درست است که شکل بازار بهداشت با بازار کالاهای دیگر چنانچه در مدول ۱ آمده است متفاوت است. اما وقتی که این تفاوت‌ها شناخته شدند، دلیلی وجود ندارد که تصور شود مدیریت داده‌ها، ستاده‌ها و نتایج بهداشتی را نتوانیم در یک محیط شبه بازرگانی انجام دهیم.

مدول ۱۱ پارادایمی را که “روندهای جدید مدیریت بخش بهداشت” (NPSM) نامیده شده است، ارائه می‌کند. این پارادایم پاسخی است به درخواست نمایندگان پارلمان، رهبران بازرگانی، آکادمی‌ها و دیگران در مورد بازسازی دولت یا حداقل دمیدن روح تازه‌ای در بخش عمومی تا اینجا مقدار زیادی از علاقمندی، آموزه‌ها و بحث‌هایی که حول NPSM صورت گرفته از کشورهای OECD آمده است چون :

- ۱- تامین مالی و ارائه خدمات اجتماعی در بسیاری از کشورهای OECD کاملاً اجتماعی است و بخش عمومی در آن نقش قدرتمندی ایفا می‌کند.
- ۲- مالیات دهندگان نارضایتی خود را از روش‌های سنتی مدیریت بخش عمومی اعلام کرده‌اند
- ۳- اصلاح‌های NPSM موضوع بحث‌ها و مجادله‌های فراوانی بوده است. بطوری که خواهیم دید دولت‌های بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز دارند اصول NPSM را فراگرفته و به اجرا در می‌آورند.

مدیریت جدید بخش بهداشت (NPSM) به چه مسأله‌ای می‌پردازد و در پی حل آنهاست و چرا دانستن آنها اهمیت دارد؟ برای پاسخ به این پرسش‌ها نخستین بخش این متن (بخش ۱) انگیزه‌های فراوانی را که در پی پژوهش برای NPSM در درون دولت وجود دارد مورد بحث قرار می‌دهد و می‌خواهد در خواننده این احساس ضرورت فوری اصلاح‌ها NPSM در سطح کلان، درک چگونگی ارتباط آنها با خصوصی‌سازی و موج فعلی شور و شوقی که پیرامون آنها پدید آمده است را بوجود آورد، توجه به NPSM تا حد زیادی از تفاوت‌های پذیرفته شده کارکرد بخش دولتی و خصوصی، به ویژه پذیرفتن این که ساختارهای انگیزشی ضعیف مدیران بخش عمومی را ناتوان ساخته است ناشی می‌شود. بیشتر بخش یک مربوط می‌شود به تجربه‌های کشورهای OECD

بخش دوم این متن (بخش) پارادایم NPSM را در قالب سه بلوک سازنده آن و ارائه راه‌هایی برای تاثیر بر کارکرد موسسه‌های عمومی و هم چنین رفتار کارکنان آنها، اختصاص یافته است و توضیح می‌دهد چگونه در پارادایم NPSM نظارت اهرمی (LEVERAGE POINTS) برای اصلاح کارکرد، انگیزه بوجود می‌آورند. هنگامی که هر سه بلوک سازنده پارادایم NPSM با هم به حرکت درآیند امید به تشریک مساعی و اصلاح‌های مداوم در عملکرد موسسه‌های بخش عمومی به تدریج بیشتر می‌شود. هدف این قسمت متن این است که به خواننده یک مدل کاری NPSM ارائه کند با این هشدار باش جدی که NPSM بیشتر یک اقتباس است و هنوز بصورت یک مدل رسمی یا تئوری در نیامده است. گذشته از این، تلاش‌های منظم برای ارائه شواهدی که محاسن NPSM را نشان دهند، هنوز کم و پراکنده هستند.

بخش سوم این متن (بخش) پنج راهکار سازمانی را ارائه می‌کند که ممکن است برای کاربرد در موسسه‌های عمومی مورد استفاده قرار گیرند و عبارتند از:

- ۱- مدیریت عملیاتی کارکنان

- ۲- بودجه بندی عملیاتی
- ۳- موسسه‌های خودگردان
- ۴- رقابت اداره شده و عقد قرارداد
- ۵- مشارکت

در حقیقت به نظر نمی‌رسد هیچ یک از راهکارهای سازمانی، جدای از راهکارهای دیگر بتوانند کار کنند، هیچ شواهدی هم در مورد اینکه این پنج راهکار بتوانند لیست جامعی از کلیه ابزارهای موجود NPSM به سیاستگذار ارائه کنند و یا اینکه به روش معینی مرتب شوند، در دسترس نیست.

این راهکارها بیشتر بدین دلیل ارائه شده‌اند که در عملیات شبه بازرگانی که اثربخشی و کارایی کارکنان، مدیران صنف و مدیران ارشد را افزایش داده‌اند، بکار گرفته شده و یا از آنها اقتباس کرده‌اند، بیشتر بخش سوم به تجربه‌های کشورهای در حال توسعه مربوط می‌شود.

بخش نتیجه یادآوری می‌کند که اگر قرار باشد اصلاحات NPSM جا بیفتند و پایدار بمانند باید فضای توانمندساز (ENABLING ENVIRONMENT) گاهی وجود داشته باشد. این بخش شامل بحث مختصری است در مورد شرایط ویژه مربوط به محیط توانمندساز - مانند تغییرات قانونی مناسب، اصلاح خدمات اداری و استفاده از سایر ابزارهای تسهیل کننده.

خلاصه :

می‌توان با راهکار سازمانی NPSM وارد شده به بخش دولتی رقابت مدیریت شده، شرایط مقاطعه در مراحل پاسخگویی به نیازها، اجرا و مسوولیت‌پذیری از طریق ترکیب اثری که خریداران دولتی با کاهش هزینه‌ها و ویژگی‌های کارآیی رقابت ارائه‌کنندگان بر جای می‌گذارند به بهبود مستمری دست یافت. خریداران می‌توانند این اثرها را اعمال کنند. زیر دارای قدرت خرید بالایی هستند و می‌توانند ضمن معامله در مقابل مقادیر پول کم، خدماتی را با ارزش‌های بیشتری بگنجانند. ارائه‌کنندگان خدمات همیشه دنبال کارآیی خدمات و کاهش هزینه‌ها هستند زیرا باید جهت برنده شدن قراردادها، خدمات بیشتری را در مقایسه با پول کمتری نسبت به رقابت‌کنندگان به آنان ارائه کنند. خاطره نهادی شده خریداران، محک‌زنی را براساس هزینه‌های ثبت شده، در اضافه شدن درآمدهای آنان تسهیل می‌کند و از آن پس به دنبال تقاضای ارتقای عملکرد ارائه‌کنندگان در قراردادهای بعدی هستند. بالاخره مدیریت خریداران و هم ارائه‌کنندگان خدمات، در راستای اتخاذ روش‌های مدیریت اجرایی کارکنان (PPM) و همچنین بودجه‌های عملیاتی نیز برانگیخته خواهد شد. که به اصلاح کلی کمک خواهند کرد.

در ضمن احتیاط نیز واجب است، زیرا از طرف دیگر زیادی مسائل وجود دارند که صرفه جویی‌ها یا اثر عملکردی مثبت / مقاطعه را تحت تاثیر قرار داده، تضعیف می‌کنند. هم پیمانکار و هم کارفرما باید همچنان که در جدول آمده است به خوبی آگاه و آماده باشند.

مربع ۷: مشکلات احتمالی عقد قرارداد

انتظار صرفه جویی: انتظار می‌رود قرارداد بستن خدمات کلینیکی و غیرکلینیکی صرفه‌جویی‌هایی را برای خریداران دولتی، از طریق برخورداری از شرکت‌های خصوصی کارا، فراهم سازد، و خطر مالی را به آنها منتقل سازد تا به تعهدشان در قرارداد عمل کنند. اما تجربه نشان می‌دهد در جریان طراحی، اداره کردن، پایش و ارزشیابی قراردادها، "هزینه‌های انتقال" قابل توجهی به بخش عمومی تحمیل می‌شوند. به موجب برخی برآوردها، این هزینه‌های انتقال بین ۷ تا ۲۰ درصد ارزش قرارداد را شامل می‌شوند.

توانایی پیمانکار: خوبی یک قرار داد به محتوای آن بستگی دارد، با این مشکل که پیمانکار باید در مشخص کردن انتظارات و نتایج مهارت داشته، بداند شکل‌های مختلف قرارداد و مکانیسم‌های پرداخت چگونه می‌توانند بر عملکرد تاثیر بگذارند و اجرای رضایتبخش آن را تضمین کنند. بسیاری از مطالعه‌ها پیشنهاد می‌کنند باید گام‌هایی در جهت بهبود مهارت‌های مدیریت بخش عمومی، در این زمینه‌ها، یعنی آموزش نحوه آماده‌سازی قراردادها - برداشته شود.

انتخاب و توانایی کارفرما: ایده‌آل آن است که تعداد زیادی سازمان خصوصی یا NGO در قراردادها شرکت کنند و اطلاعات کافی برای آن که کارفرما بهترین انتخاب را به عمل آورد، فراهم سازند. اما در بازارهای محدود، یا در کشورهایی که بخش خصوصی در بهداشت بسیار ضعیف یا کوچک است، ممکن است تعداد و توانایی شرکت‌کنندگان در مناقصه محدود باشد. لازم است ارزیابی‌هایی در مورد اطمینان یافتن کارفرما از این که خود دارای نیروی انسانی و پایداری مالی کافی برای انجام کار می‌باشد، به عمل آید.

سطح تفصیلی بودن و انواع وظایف: سطح تفصیلی بودن و انواع وظایف انتخاب شده، برحسب ماهیت خدمت و سادگی خصوصیت‌های آن تغییر می‌کند. خدمات غیرکلینیکی مانند تغذیه، لباسشویی، و نگهداری وسایل

نقلیه، برای تعیین مقدار اقلام یا فعالیت‌های پیش‌بینی شده و استانداردهایی که باید بدست آیند، نسبتاً آسان هستند. اما در مورد خدمات کلینیکی به ویژه هنگامی که قرار است تامین آنها با نتایج پیوند داده شوند، کار به این سادگی نیست.

الزامات محیط قانونی: به موازات واگذاری فرایند مسوولیت انجام خدمات به سازمان‌های خصوصی (از طریق مقررات قرارداد)، باید توجه اساسی به نقش و ظرفیت محیط قانونی شود. از یک سو، پیمانکاران عمومی باید مطمئن باشند که کارفرمایان نسبت به مقررات موجود، که بازار خصوصی را در بر می‌گیرد، آگاهی دارند و از آنها - مانند قوانین حداقل دستمزدها- تبعیت می‌کنند. از دیگر سو بخش عمومی باید مقررات جدیدی طرح و به اجرا بگذارد تا اطمینان یابد که "نواقص بازار" تامین خدمات بهداشتی را دچار مشکل نخواهند کرد. باید اطمینانی قوی وجود داشته باشد که واحدهای قانون‌گذاری دولت مسوولیت فزاینده‌ای را در مورد توسعه بازارهای خصوصی در تامین بهداشت پذیرفته‌اند.

پیچیدگی‌های قیمت‌گذاری

کارفرما با موافقت قانونی، نسبت به تامین مجموعه‌ای از خدمات را به موجب مفاد قرارداد، خطر وقوع زیان مالی، در صورتی که پول بیشتری برای ارائه خدمات، نسبت به آنچه پیش‌بینی شده بود، لازم باشد به پیمانکار منتقل می‌کند. در حالی که این خود بخشی از appeal قرار داد بستن است - که خطر مالی از خریدار به ارائه کننده منتقل شود. کارفرما از هزینه‌های بالقوه آگاه است و درخواست می‌کند جبران ضرر و زیان در قرارداد گنجانده شود. معمولاً این به صورت مبلغ قرارداد، بزرگتر از آنچه که باید ارائه کننده بابت تامین خدمات توافق شده، تعهد کند، در می‌آید. درک این گونه پیچیدگی‌های قیمت‌گذاری و این مساله که چگونه نحوه پرداخت به کارفرما با بلوکه کردن مبلغی، برحسب هزینه، حجم یا براساس سرانه، تغییر می‌کند، از اهمیت بسیاری برخوردار است.

پایش و ارزشیابی: وجوه و نیروهای انسانی باید در موافقت‌نامه‌های قرارداد گنجانده شوند تا اطمینان حاصل شود که عملیات اجرایی به خوبی پایش و ارزشیابی می‌شوند. اطلاعاتی مانند این که آیا نتایج بدست آمده‌اند، قراردادها به اجرا درآمده‌اند، و انجام تصحیح‌های بین دوره‌ای در صورت عملکرد نادرست، حیاتی هستند. تقریباً تمام مطالعه‌های مربوط به قراردادها نتیجه گرفته‌اند که این ابعاد با اهمیت مورد توجه قرار نگرفته‌اند و یا بطور ضعیف اجرا شده‌اند.

قراردادهای رقابتی: در حالی که بحث درباره امتیازهای بستن قرار داد بستن، و جستجوی شواهدی در مورد اجرای آنها ارزشمند است، باید دانست ابعاد زیادی وجود دارند و یا ممکن است وجود داشته باشند. که در مورد قراردادها آشکار نشده‌اند مثلاً مخارج مربوط به هزینه‌های بالای انتقال می‌توانند به وسیله وجوه مثبت مربوط به شفافیت بیشتر مشخص شدن نتایج و همچنین ترغیب بازارهای خصوصی، جبران شوند. آغاز مدیریت ضعیف پیمانکاران بخش خصوصی ممکن است با مدیریت بهبود یافته در طی زمان، جبران و به یک اخلاق نیرومندتر در قراردادهایی که پایه اجرایی دارند، منجر شوند. کسر آوردن در کیفیت استاندارد می‌تواند با علاقمندی بیشتر به بهبود محیط سنتی ضعیف قانون‌گذاری بیانجامد و به اصلاح‌های کیفی پیش رونده طی زمان، منتهی شود.

بخش ۴ - نتیجه

اصول و عملیات مربوط به مدیریت جدید بخش عمومی همگی کاملاً نو هستند. درک اصلاح‌های جدید مربوطه، چگونگی روابط متقابل آنها، و انواع اثرهایی که انتظار می‌رود داشته باشند، چالش بزرگی را برای کسانی که در جستجوی فهمیدن و بکار گرفتن پارادایم جدید NPSM هستند، نشان می‌دهد. چالش بزرگتر مستند کردن شواهد نمایش دهنده ایست که پنج راهکار سازمانی بازنگری شده به نتایج قابل تقدیری در بهبود عملکرد بخش بهداشت، دست یافته‌اند. مطالعه‌ها نادر و دور از دسترس هستند - به ویژه در بخش بهداشت - با این مشکل که اشتیاق برای کاربرد NPSM تا زمانی که شواهد بیشتری در دست انجام هستند، باید محتاطانه‌تر باشند.

با این حال، دلایل خوبی برای استقبال از اصول NPSM وجود دارد، چون آنها آلترناتیو بالقوه الهام‌بخشی را در مقابل عملکرد کند سنتی بخش بهداشت، ارائه می‌کنند. به نظر می‌رسد معرفی فعالیت‌های شبه بازرگانی که به خوبی می‌توانند تقلید شده به داخل واحدهای عمومی وارد شوند، و به وسیله انواع درستی از مسایل آشکار می‌توانند راه‌حل‌های منطقی و سر راست را ایجاد کنند.

این آگاهی نیز ارزشمند است که کشورهای OECD به عنوان بخشی از تلاش‌های خود، برای مقابله با ناکارایی بخش عمومی خود با اصلاح NPSM درگیر شده‌اند و ارزش بیشتری بابت پول خود بدست آورده‌اند. سیاست‌گذاران کشورهای در حال توسعه همواره ترغیب شده‌اند که به این‌گونه اصلاح‌ها توجه کنند، ابتکار گاه از طریق کارشناسان بین‌المللی و گاه به وسیله مقاله‌های سیاست‌گذاری، همراه با کمک‌های موسسه‌های دوجانبه، پیش برده شده‌اند. قدرشناسی از جاهایی که این اندیشه‌ها از آنجا آمده‌اند چگونگی پیشرفت و عملکردشان (در صورت وجود) و درس‌های فراگرفته شده تنها می‌تواند کارشناسان کشورهای در حال توسعه را در انتخاب گزینه‌های آگاهانه‌تر یاری کند.

شاید بزرگترین چالش فرا راه کسانی که می‌خواهند اصلاح‌های NPSM را پیش ببرند در حوزه سیاسی نهفته باشد. تعهد سیاسی نسبت به این گونه اصلاح‌ها بسیار اهمیت دارد زیرا NPSM شامل انتقال اساسی قدرت، امکان وقوع هزینه‌های زیاد و روابط متقابل در پی برنامه NPSM بین وزیران و مقام‌های عالی‌رتبه دولت است.

چالش عمده اجرای اصلاح‌های NPSM در کشورهای در حال توسعه، مربوط به توانایی آنها - توانایی واحدهای دولتی یا واسطه‌ها برای عقد قرارداد، یا معرفی سیستم‌های جدید حسابداری و مالی است، زیرا که NPSM برای بهبود مدیریت طراحی شده است. NPSM می‌باید تعداد زیادی مدیران آموزش دیده متکی باشد. افزایش ۵ برابر پست‌های مدیریتی عمومی و خدمات را در NHS بریتانیا به خاطر بیاورید. چشم‌اندازها حداقل در کشورهای بیشتر توسعه یافته برای جذب مهارت‌های مدیریتی، در بخش خصوصی نسبتاً بیشتر است. چون در کشورهای در حال توسعه مجموعه دارندگان مهارت‌های عالی بسیار محدودتر است، مدیران آموزش دیده حرفه‌ای ندارند، و پرداخت‌های وزارتخانه‌های بهداشت در سطحی نیست که آنان را از بخش خصوصی جذب کند.

بالاخره اجرای موفقیت‌آمیز اصلاح‌های NPSM مستلزم اطلاعات وسیع تر درباره الزامات در "محیط توانمندساز" بیش از وضع موجود است. این به ویژه در مورد راهکارهای سازمانی مربوط به خودگردانی و شرکتی کردن واحدهای دولتی صدق می‌کند.

شرایط محیط توانمندساز که نیازمند کسب مهارت از طریق موارد بکار گرفته شده است عبارتند از:

- § محیط قانونی ساختاری مناسب (قانون عمومی یا خصوصی) و قانون گذاری
- § تمرکززدایی به مفهوم انتقال قدرت از دفاتر مرکزی به دفاتر محیطی (شعبه‌هایی که تحت نظارت مدیریت واحد می‌باشند) است بطور مثال: وزارت بهداشت و دفاتر ناحیه‌ای آن.
- § تفویض کردن به مفهوم انتقال مسوولیت و اختیار به نمایندگی‌های نیمه خود مختار است، مثل هیات برد بهداشت، کمیسیون هماهنگی یا کمیسیون اعتبار سنجی
- § خصوصی‌سازی انتقال مسوولیت‌های عملکردی و در بعضی موارد انتقال مالکیت به تهیه‌کنندگان خصوصی است که اغلب به صورت بستن قراردادی می‌باشد که به مفهوم انتظاری است که از معاوضه برای وجوه عمومی، می‌رود.

جدول شماره ۴: توزیع قدرت قبل و بعد از آن که KNH خودگردان و مستقل شد

| منطقه قدرت | قبل از شرایط و موقعیت خودگردانی | بعد از شرایط خودگردانی |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| مالکیت | دولت | دولت |
| مدیریت | خزانه | هیات مدیره MOH |
| سیاست بیمارستان | بودجه برحسب مواد | هیات مدیره پایین تر از سقف خزانه |
| اختصاص منابع به بیمارستان | خزانه (مازاد بودجه | و MOH |
| تامین مالی اهداکننده | هیچکدام | هیات مدیره |
| تخصیص منابع در داخل بیمارستان | دولت | هیات مدیره با تائید MOH |
| هزینه کردن مشترک از درآمدها | حسابرس عمومی | حسابرسی کل |
| تعیین سهمیه بیماران | دولت | هیات مدیره دولت |
| اختصاص مازاد مالی | دولت | هیات مدیره |
| داده جامعه | MOH | هیات مدیره |
| دستور عمل های حسابداری | وزارت کار | |
| حسابرسی بیرونی | | |
| استخدام و بازنشستگی کارکنان | | |
| پیگیری سوء استفاده ها | | |
| سطوح دستمزد و مزایا | | |
| مقررات بازنشستگی | | |
| تدارکات | | |
| نگهداری | | |

- مدیریت کلینیکی بهبود یافته با تعریفی واضحتر از وظایف و نقشها، واگذاری اختیاراتی بیشتر نقشها به سطوح اداری و درگیر کردن بیشتر کارکنان آموزش دیده در مدیریت
- رشد عرضه خدمات، اختیار عمل و آزادی عمل جهت تدارک موارد مورد نیاز بطور مستقیم از طریق هیات مناقصه و از طریق تمرکززدایی مدیریت بودجهای و کنترل کیفی ناشی می شود.
- به نظر می رسد بهبود کارایی فنی ناشی از دسترسی به لوازم و تعمیر ساختمانها و نگهداری تجهیزات بوده که علت فعالیت و خلاقیت بیشتر کارکنان، رشد در کارایی فنی است که در راستای افزایش به کارکنان، امکان بازدهی بیشتر را می دهد.
- هزینه کارکنان به عنوان بخشی از هزینه های جاری از ۶٪ در سالهای ۸۶ - ۱۹۸۷ به ۵۳٪، در سالهای ۹۳ - ۱۹۹۴ کاهش یافته است که باید با سهم ۷۰٪ بودجه کلی MOH بابت حقوق و مزایا مقایسه شود.
- اگرچه اطلاعات به اندازه کافی وجود ندارد، ولی بطور عموم همگان براین باورند که کیفیت مراقبت های ارائه شده به سبب ارائه و دردسترس بودن داروها و تجهیزات پزشکی، نگهداری بهتر ساختمانها و تجهیزات و کارکنان مولدتر و با انگیزه تر، بهبود یافته است.

بیمارستان‌های خودگردان اندونزی و هندوستان:

تا اواخر سال‌های ۱۹۸۰، دولت اندونزی متوجه شد که دیگر نمی‌تواند درمانگاه‌های بهداشتی دولتی و بیمارستان‌های دولتی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی را از نظر مالی تامین کند و نیازهای فزاینده جامعه در حال رشد خود را برآورده کند در آن زمان هزینه‌های بهداشتی دولت برای هر نفر بطور سرانه فقط حدود ۳ دلار آمریکایی بود، آنهم در کشوری که ۱۲ دلار برای هر نفر بطور سالانه خرج سلامت شهروندان خود می‌کند.

بنابراین در سال ۱۹۹۱، دولت، سیاستی را جهت تغییر و انتقال بیمارستان‌های دولتی به بیمارستان‌های خودگردان اعلام کرد که بیمارستان‌های "Unit Swadana" نامیده می‌شدند. اهداف سیاست ائتلاف (unit swadara)، عبارتند از:

- کاهش کمک مالی دولت به بیمارستان‌ها، از طریق ارائه مشارکت بیماران، همراه با وجوه صرفه‌جویی شده دولتی جهت مراقبت‌های بهداشتی رشد یابنده و پیشگیری کننده
- حفظ و نگهداری درآمدهای بیمارستان و بکارگیری آنها در اقدام‌های مورد نظر بیمارستان، از جمله تشویق و انگیزه دار کردن کارکنان،
- افزایش کارایی بیمارستان از طریق مدیریت بهتر و برخورداری بهینه از منابع
- بهبود کیفیت خدمات پزشکی بیمارستان

در ضمن، سیاست Unit Swadana به عنوان روشی است که کمبودها و نواقص مدیریت و تشکیلاتی بیمارستان‌های دولتی را جبران و رفع می‌کند. همان طوری که در بررسی که Ascoba Gani اعلام شد، مدیریت بیمارستان خودگردان، قابلیت تغییر را جهت افزایش کارایی و کیفیت خدمات بیماری فراهم نمی‌سازد. این کار در امور بیمارستانی (اعمال می‌شود) که به ویژه بودجه‌های اختصاص یافته بیمارستانی از منابع مختلفی تهیه می‌شوند و مدیران آن بیمارستان‌ها فاقد آن اختیار و استقلال امر هستند که بتوانند آنها را به خوبی تصرف کرده، و بکار ببندند. به علاوه، هیچ گونه کمیته اجرایی در زمینه تضمین کیفیت امور در بیمارستان‌های دولتی فعالیت ندارند.

وجه بارز سیاست Unit Swadana آن است که به صورت پایلوت و با توجه لازم به حداقل شرایطی که باید از قبل در مورد پیوستن چنین بیمارستانی (خودگردان) Unit Swadana اعمال شود. مراعات شده است. قبل از تبدیل شدن بیمارستان به Unit Swadana بیمارستان باید:

- برای سه سال متوالی عملکرد کارا داشته باشد
- هزینه‌های خود را تا میزان ۵۰٪ تامین کرده باشد
- شواهدی از تعهد مدیریت بیمارستان، به ویژه مدیران در دسترس باشد
- شواهدی از تعهد حمایت دولت محلی و وزارت امور داخلی موجود باشد
- داده‌ها و اطلاعات اقتصادی - اجتماعی در منطقه، نشان دهنده آن است که گروهی که بیمارستان به آنها خدماتی را ارائه نموده است، توانایی پرداخت هزینه‌های خدمات پزشکی دریافت شده را دارند.

تغییر (تبدیل شدن) به شرایط Unit Swadana با ۵ بیمارستان عمودی (vertical) که تحت کنترل اداره بهداشت بودند شروع شد. یک تعداد زیادی از بیمارستان‌های منطقه‌ای نیز از این دو پیروی کردند، در حال حاضر ۱۳ بیمارستان عمودی (vertical) و حدود ۲۶ بیمارستان منطقه‌ای وجود دارند که تمام اصول Unit

Swadan قسمتی از آنها را اجرا می‌کند. در ضمن، بعضی از مراکز بهداشتی اصول Unit Swadana را نپذیرفته، اقتباس نکرده‌اند. نتایج امر را نیز می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد.

- مدیریت جامع و کلی و سرمایه‌گذاری جامع بیمارستان‌ها بهبود یافته، رشد کرده است.
- بیمارستان‌ها از نظر صف - هزینه‌ها، توسط رییس واحد اطلاعات واحد هزینه، به منظور پرداخت‌های منطقی، بجا و مذاکره با شرکت‌های بیمه‌ای، در زمینه هزینه‌ها، بسیار محتاط عمل می‌کنند.
- تمام بیمارستان‌ها مجبور به استقرار تیم‌های انبارداری مناسبی هستند.
- فراهم کردن طرح‌های بودجه‌ای مجزای بیمارستانی که دارای اصول خوب بودجه‌بندی باشد.
- بیمارستان‌ها تصویر مثبتی را ایجاد کرده‌اند و بر سر حصول توافق‌ها با هیات‌های نظارتی مکاتبه‌ها و مذاکره‌ها را انجام می‌دهند.
- ۳۰٪ درآمدهای افزایش یافته ناشی از عملیات، صرف انگیزش کارکنان می‌شود.
- مراجعه بیماران به علت افزایش قیمت‌ها کاهش نمی‌یابد.
- از سال ۱۹۹۳ مطالعه‌های انجام شده، بهبود رضایت بیماران را نسبت به تمیزی خدمات پزشکی، بستری و اداری نشان می‌دهد. این افزایش‌ها و شرایط، ظاهراً به علت افزایش نسبی دسترسی آنان، خدمات و برخورداری مثبت کارکنان بیمارستان است.
- عدالت در درمان به نظر نمی‌آید که در جذب افراد خلی وارد کرده باشد. زیرا درمان‌هایی که از طریق کمک هزینه مالی دولت، جهت درمان‌های گران قیمت بیمارستان‌های درجه ۱ انجام می‌شود، هزینه‌های آنها را در سطح هزینه بیمارستان‌های سطح سه کاهش می‌دهد.

هنوز مرحله و درجه‌ای از کنترل متمرکز شده، بر امر برنامه‌ریزی فرآیندهای بودجه‌بندی، جهت درآمدهای ناشی از وصول تعرفه‌ها وجود دارد. بطوری که مدیریت بیمارستان باید طرح هزینه‌ای یک ساله را آنطور تنظیم کند که دولت از طریق منابع ملی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای جهت یارانه‌های دولتی، مصرف و هزینه خواهد کرد. اما مدیران بیمارستان‌های خودگردان جدید، نشان می‌دهند که این نظارت بر بودجه‌بندی، مانع عمده‌ای بر سر راه تصمیم‌گیری استفاده از هزینه‌های اختصاص یافته؛ آنان نمی‌باشد. اگرچه مدیران بیمارستان هنوز هم از جانب MOH مرکزی تعیین می‌شوند و نه از طریق هر فرد مسوول و صاحب قدرت منطقه‌ای. آنان در آزادی کامل، ساختار مدیریتی بیمارستان و همچنین اصول عملکردی بیمارستان را تعیین می‌کنند.

هندوستان: در سال ۱۹۸۶، انجمن مدیریت بیمارستانی آندراپرادش (Apc HP)، از طریق صدور قانون مجلس در استان هندوستان، آندرا پرادش (با جمعیت ۶۶ میلیون نفر) ایجاد و تاسیس شد. تا از این طریق بتواند به عنوان واحد شبه دولتی خودگردان ارائه خدمت کند. با شروع کار حدود ۱۴۰ منطقه و گروه بیمارستانی را تحت پوشش داشت، APCHP به زودی همه مناطق بیمارستانی را تحت کنترل گرفت و تا سال ۱۹۹۳ دارای ۶۳ بیمارستان ارجاعی و درجه دو بود که دارای حدود ۹۶۴۶ تخت بود را در بر گرفت.

بنابراین ان دابا یک راهکار مختلط را در پیش گرفت. او برای بازسازی تعداد محدودی از درمانگاه‌های مراقبت‌های اولیه را به بخش دولتی سپرد و با یک شرکت خصوصی برای بازسازی و ساختن چند درمانگاه دیگر قرارداد بست. یکسال بعد بازدیدی از طرف نمایندگان دولت و بانک جهانی (از جمله نویسنده) برای بررسی طرح به عمل آمده تفاوت‌ها خیره کننده بود. ساختمان‌هایی که به وسیله بخش خصوصی ساخته شده بودند از نظر فیزیکی، ساختمان‌های خوب و با کیفیت و دارای جزئیات مورد نظر بودند. برعکس ساختمان‌های ساخته شده، به وسیله بخش دولتی، اغلب ناتمام، از لحاظ ساختمانی معیوب و بسیاری از قسمت‌های آنها کامل نشده بود. به علاوه، کارهایی که به وسیله دولت انجام شده بود، با قیمت یکسان، مدت بیشتری نسبت به بخش خصوصی به درازا کشید.

مقررات قراردادهای پیشنهادی ان دابا، برای بسیاری از مردم تانزانیا که به تازگی از حکومت ۴۰ ساله سوسیالیستی رها شده بودند، تازگی داشت. راهکار ان دابا در مورد به کار گرفتن بخش دولتی، در مقابل پیمانکاران خصوصی یک محیط رقابتی ایجاد کرده بود. زیرا حالا دستاورد کارهای دولتی در مقابل شرکت‌های خصوصی در معرض دید همگان قرار داده شده بود. مهم‌تر آن که، دستاوردهای حاصله - درمانگاه‌های بازسازی شده یا ساخته شده - به عنوان معیاری برای واحدی برای کارهای بیشتر و پیشرفته، به کشور کمک کرد.

در دور بعدی قراردادهای مناقصه‌ای، کارهای اداره‌های دولتی تانزانیا باید با کیفیت بهتر و در زمانی کمتر انجام می‌شد، یا این که کار به بخش خصوصی واگذار می‌شد. خلاصه، رقابت بین ارائه‌کنندگان و استفاده از رقابت مناقصه‌ای، به پیشرفت عملکرد انجامیده، پیامدهای ناخوشایندی برای کسانی که توانایی یا تمایل به رقابت ندارند را به بار می‌آورد.

مقدمه:

در ۱۹۷۹ مارگارت تاچر و حزب محافظه کار او سوار بر موجی که نوید کوچک کردن دولت، کاهش هزینه‌ها، کم کردن مالیات‌ها و کاهش ناکارایی و هدردهی بخش دولتی را می‌دادند، در انگلستان به قدرت رسیدند. دولت بسیار بزرگ بنظر می‌رسید و مالکیت بخش‌های عظیمی از اقتصاد، موسسه‌های عام‌المنفعه موسسه‌های اتومبیل سازی، دوجین‌هایی از دیگر صنایع ملی شده که ۴۴ درصد از تولید ناخالص داخلی را در بر می‌گرفتند باور بر این بود که مدیریت و ارائه کالاها و خدمات دولتی کیفیت بدی نداشته، درآمدهای عمومی و هزینه‌های عمومی نیز فزاینده بود.

حزب تاچر در یک برخورد کلاسیک ناکارایی خدمات ارائه شده، به وسیله بخش عمومی را مانند بسیاری از حکومت‌های جدید، مورد سرزنش قرار داد. یک واحد، کارایی بیش از ۲۰۰ قسمت اداری را طی سه سال به دقت بررسی کرد که منجر به حذف ۱۲۰۰۰ شغل و صرفه‌جویی سالیانه ۴۰۰ میلیون دلار شد. این اخراج‌ها در کشوری که شایسته‌سالاری و حرفه‌ای‌گری از گذشته پسندیده شمرده می‌شد، فایده‌های عظیمی به بار آورد.

اما عیب اصلی پاکسازی تاچر این بود که از نوع پاکسازی‌های یکباره‌ای به شمار می‌آمد که دولت‌ها هنگام کسب قدرت، بدان دست می‌زنند، جای مکانیسم‌های جا افتاده‌ای که بهبود مداوم مدیریت و عملکرد را تضمین می‌کنند، خالی بود. به گفته برخی از ناظران، پاکسازی علف‌های هرز باغ را وچین کرد ولی نتوانست مکانیسم‌ها و انگیزه‌هایی را تعبیه کند که دیگر علف‌های هرز در آن نرویند.

تاچر و حزبش با شناخت سیستماتیک عواملی که در پس ناکارایی و هدر رفتن قرار داشتند، تلاش زیادی را برای اصلاح‌های جدید شروع کردند. در اوایل ۱۹۸۲ این تلاش منجر به ایجاد ۱۸۰ هدف اجرایی شد که بیشتر اثربخشی هزینه را مورد توجه قرار می‌داد.

اصلاح‌گران دریافتند در حالی که هدف‌های اجرایی ارزشمندی ایجاد شده است، بدون تغییر دینامیسم داخلی سازمان‌های دولتی، تاثیر چندانی در رفتار و عملکرد بخش عمومی پدید نمی‌آید.

در ۱۹۸۸ یک ابتکار واقعاً جاه‌طلبانه تحت رهبری یکی از وزیران، به نام مایکل هسلتاین[¶] شروع شد که بر پیشنهاد‌های بلندپروازانه "واحد کارایی" بنا شده بود. "واحد کارایی" کمبود مدیران خوب، متمرکز بودن سیستم بودجه‌بندی و تامین مالی بر کنترل مخارج، به جای کارایی، مستند و نشان داده شد که مدیران و سازمان‌های دولتی برای بهبود عملکرد چندان تحت فشار نبوده‌اند.

"واحد کارایی" برای غلبه بر این کمبودها پیشنهاد کرد از یک طرف زوج‌های سیاست‌گذاری و قانون گذاری دولت و از طرف دیگر ارائه خدمت و پاسخگویی درخواست‌ها از یکدیگر، تفکیک شوند. در انگلستان خدماتی که به وسیله بخش عمومی ارائه می‌شوند، عبارتند از بهداشت، آموزش و سایر خدمات اجتماعی، در حالی که پاسخ‌دهندگان به درخواست‌ها عبارتند از دادگاه‌ها، پلیس، وصول مالیات و غیره.... هدف اصلی این تفکیک آن بود که دولت را در متمرکز کردن و هماهنگی عملکرد سیاست‌گذاری (یعنی کارهای درستی که باید انجام دهد) توانمند سازد و در عین حال گروه‌های مختلفی از مدیران را مسوول انجام خدمات غیرمتمرکز و غیرمرتبط کند (تاکارهای خوب را با بهترین روش انجام دهند).

[¶] Michael Heseltine

تاچر پیشنهادهای "واحد کارایی" را پذیرفت و بلافاصله "مرحله بعدی" برنامه را که تاکنون خدمات عمومی بریتانیا را به هم مرتبط کرده است، پذیرفت.

نکات مهم مرحله دوم برنامه عبارت بود از:

- q در سطح وزارتخانه سیاستگذاری را از عملیات اجرایی خدمات دولتی تفکیک کرده، و انجام خدمات را به "موسسه‌های اجرائی" که کارکنان اداری را در استخدام داشتند واگذار کرد.
- q یک پژوهش انجام شد تا مقایسه‌ای برای یافتن مدیران اجرایی تا بتوانند مؤسسه‌های اجرایی خوب را بیابند و برحسب لیاقتشان پاداش‌های اجرایی تا ۲۰٪ حقوقشان به آنان پرداخت کنند.
- q از مسوولان اجرایی جدید که انتخاب شدند، خواسته شد، برنامه ۳-۵ ساله و برنامه بازرگانی یکساله خود را برای مؤسسه‌ای که مسوولیت آن را برعهده دارند، آماده کنند.
- q سندی با چهارچوب سه ساله را بین هریک از مؤسسه‌های اجرایی و واحد مربوط به آن در وزارتخانه (بازوی سیاست‌گذاری دولت) به بحث گذاشتند، که در آن هدف‌هایی را که این مؤسسه باید بدان دست یابد و انعطاف‌پذیری که در آن اعمال می‌شود، مشخص شده بود.
- q قدرت کنترل بیشتری بر بودجه، سیستم‌های کارکنان و سایر فعالیت‌های مدیریتی به مؤسسه‌های اجرایی تفویض شد.
- q به روسای اصلی مؤسسه‌های خدماتی، حق اشتغال دائمی داده نشد و از آنها خواسته شد هر سه سال یکبار درخواست شغل خود را در صورت رضایتبخش بودن عملکردشان، تکرار کنند.

در بهداشت، مرحله دوم برنامه مدیریت اجرایی NHS به عنوان یک واحد مستقل به وجود آورد ... مدیریت اجرایی NHS، عملیات مدیریتی را به عنوان یک واحد مستقل از وزارتخانه جدا ساخت. تا اوایل ۱۹۹۱ پنجاه و یک مؤسسه در یک مرحله ایجاد شد که بسیار تعجب برانگیز بود تا اواخر ۱۹۹۶ تقریباً در ۱۲۶ مؤسسه، از جمله سیستم ملی، بهداشت کامل شده بود. بیش از ۸۰٪ از کارکنان اداری اکنون برای مؤسسه‌های اجرایی کار می‌کنند.

مرحله دوم برنامه از بسیاری جهات موفقیت چشم‌گیری به دست آورد. در نوامبر ۱۹۹۴، کمیته خزانه‌داری مجلس و خدمات اداری، آن را "مهمترین برنامه اصلاحی دهه اخیر" نامید. در حالی که مؤسسه‌های اجرایی با سرعت دهی متفاوتی، برخی سریعتر و برخی کندتر، پیش می‌روند، در سال‌های اول به ۷۵٪ از هدف‌های اجرایی خود تا ۱۹۹۵ به بیش از ۸۰٪ این هدف‌ها دست پیدا کنند.

دستاورد مرحله دوم برنامه یک راهبرد اصلاحی است که کاربرد تجربه‌های جدید مدیریتی را برای تضمین ادامه اصلاح‌ها به وجود می‌آورد. یکی از این تجربه‌ها، چنان که در بالا اشاره شد به تفکیک سازمان‌های اجرایی و سازمان‌های سیاست‌گذار مربوط می‌شود، به نحوی که هر سازمان بر مأموریت اولیه خود متمرکز و بر مهارت‌هایی که لازمه آنست، تاکید می‌کند. یکی از مهمترین هدف‌های اصلاح در انگلستان، اختیار دادن به سازمان‌های اجراکننده در بیشتر تصمیم‌ها بود تا از بوروکراسی سنتی و نفوذ سیاسی رها شوند و تغییر شبه بازرگانی لازم را برای بهبود فعالیت‌ها پدید آورند. این مساله مستلزم اعمال کنترل سطوح عالی (وزارتخانه) بر این سازمان‌ها بود که برای حصول و دستیابی به ستاده‌ها و نتایج توافق کرده بودند و در غیراین صورت مستوجب تنبیه می‌شدند.

دومین تجربه مدیریت قابل ملاحظه اصلاح در انگلیس، پدید آوردن نتایجی در زمینه اداره مؤسسه‌های اجرایی، مدیریت و کارکنان آنها بود. چون برای ارائه خدمات بهتر و قبول مسوولیت‌ها، انگیزه پیدا کرده بودند. این نتایج (یا انگیزه‌ها) از خاتمه دادن به استخدام کارکنان مؤسسه‌های اجرایی تا تغییر سطح پاداش‌های اجرایی را در بر می‌گرفت. نوع انتظار در قراردادهای توضیح داده می‌شد و مشروط به پایش و ارزشیابی بود.

سومین تجربه تثبیت پاسخگویی برای انجام خدمات بر مبنای راهبرد مشتری - پایه بود که برحق انتخاب و کیفیت خدمات تاکید، می‌ورزید. مشتریان ممکن است مصرف‌کنندگان مستقیم (مثلاً مشاوره پزشکی) یا مشتریان واسطه باشند که وابسته به "زنجیره تولید" این خدمات هستند. (مانند توزیع‌کنندگان دولتی که مسوول توزیع نشریه‌های دولتی هستند). این راهبرد به معنی قدرتمند کردن مشتریان واسطه (فروشنندگان نشریه‌ها) و مشتریان خدمات عمومی است، تا این که آنان را بیشتر به صورت خواستاران بهبود کیفیت و نه مصرف‌کنندگان منفعل خدمات، در آورند.

در انگلستان فعالیت‌های مدیریتی را که در بالا ذکر شد تقریباً می‌توان مبنای مدیریت جدید بخش عمومی (NPSM) به حساب آورد. انگلستان در تلاش‌هایش برای اصلاح اداره بخش عمومی خود- یعنی هزینه اثربخشی بهبود کیفیت و پایدار تر کردن آنها، در تمام ۲۴ کشور عضو، همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) را به درجات مختلف در مدل‌های NPSM بکار گرفته‌اند.

محرک‌هایی در پس اصلاح بخش عمومی قرار دارند، که در کشورهای در حال توسعه نیز شباهت‌هایی با کشورهای توسعه یافته دارند. اغلب دولت‌های این کشورها بیش از مالیات بر درآمدی که وصول می‌شود، بابت آن خرج می‌کنند، و این منجر به انباشت کسر بودجه و بدهی‌های بین‌المللی (ناشی از بحران بدهی‌ها) می‌شود.

رای دهندگان حداقل بخشی از مخارج اضافی را ناشی از ناکارایی بخش دولتی می‌دانند. مالیات بر درآمد در بسیاری از کشورها دستخوش زد و بند و سوء استفاده است در حالی که قدرتهای دولتی با مشکل نگهداری حساب مبالغ عظیم پول، مواجه هستند.

شاکایی که معتقدند خدمات عمومی به وسیله دولت بد ارائه می‌شوند یا اصلاً ارائه نمی‌شوند در همه جا یافت می‌شوند، مثلاً در بررسی که به وسیله بانک جهانی انجام شده، در گزارش ۱۹۹۷ این بانک چاپ شده است و نشان می‌دهد که بوسیله بانک جهانی انجام شده و در گزارش ۱۹۹۷ این بانک چاپ شده است، نشان می‌دهد که تنها ۶٪ از مدیران بازرگانی بخش خصوصی در پنجاه و هشت کشور در حال توسعه، ارائه خدمات عمومی را ناکارآمد تشخیص داده‌اند، در حالی که ۳۶٪، آنها را خیلی ناکارآمد ارزیابی کرده‌اند. خدمات بهداشتی از همه کمتر نمره گرفته‌اند. شصت درصد مدیران بازرگانی کارایی آن را پائین، ۳۳٪ متوسط و تنها ۷٪ آن را بالا ارزیابی کرده‌اند.

نتیجه آن که فقط طی ۵ - ۸ سال گذشته که اصلاح بهداشتی نام NPSM را گرفته است، به درجات مختلف بطور فزاینده‌ای در مؤسسه‌های بخش عمومی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به کار گرفته شده‌اند. به موازات پیشرفت اصلاح NPSM در کشورهایی مانند انگلستان، زلاندنو، ترینیداد، توباگو و ایالات متحده، اصلاح‌گران بخش عمومی در سراسر دنیا به پیروی از روش‌های آن علاقمند شده‌اند. این جریان از مغولستان که اصلاح را با معرفی (Big bang) (مانند زلاند نو) شروع کرده است و تایلند که خصوصی‌سازی و مشارکت مؤسسه‌های عمومی را در برنامه قرار داده، را فرا گرفته است. همچنین کشورهایی مانند کلمبیا، مکزیکو و زامبیا برای ارتقای مدیریت بخش عمومی در حال بکار گرفتن شکل‌های متفاوتی از رابطه خریدار - فروشنده، برای جداسازی نقش سیاست‌گذار و ارائه کننده خدمات هستند. به علاوه کشورهای مانند چین، تایلند، مالزی و آفریقای جنوبی بطور فزاینده‌ای به عقد قرارداد روی آورده‌اند. کلیه این تجربه‌ها و نوآوری‌ها همچنان‌گیز مربوط به آنها، تقاضای فزاینده‌ای را برای انتشار درس‌های فراگرفته شده، تبادل بهترین تجربه‌ها به وجود آورده است.

چرا مدیریت جدید بخش عمومی ضروری است؟

سرچشمه های NPSM کدامند؟ NPSM حاصل تصویر بد عملکرد بوروکراسی سنتی بخش عمومی است که به وسیله ادعاهایی مبنی بر کارا تر بودن بخش خصوصی و مکانیسم های بازار، تحرک بیشتری یافته است، چنان که انتظار می رفت این گونه ادعاها به یک مسابقه ((طناب کشی)) و اغلب نظریاتی تورش دار درباره خیرخواهانه بودن بخش عمومی در مقابل بخش خصوصی منجر شده است. به علاوه هر چشم اندازی ممکن است به وسیله سنت های مختلف، جزم ها، جمله های فصیح و شواهد متفاوت خیرخواهانه حفاظت شود. از هنگامی که مدیران گرفتار کمبود مالی شده، نمایندگان پارلمان و رهبران بازرگانی خواستار کاهش هزینه ها و کوچک کردن واحدها و سرمایه گذاری نکردن در دارایی های دولتی شده اند، جر و بحث ها اوج گرفته و علاقه به NPSM بیشتر شده است.

یکی از نتایج بحث خصوصی - عمومی آن است که حتی اگر اجباری نباشد، این ارزش را دارد که به جستجوی فعالیت های شبه بازرگانی در بخش خصوصی که بتوان آنها را بطور موثری اقتباس کرد و به اداره های بخش دولتی منتقل کرد، بپردازیم. اما فعالیت های شبه بازرگانی چیست و در یک واحد عمومی که تولید و عرضه کالاها و خدمات از طریق تعامل عرضه با تقاضا و قیمت تعیین نمی شود، به چه چیزی شباهت دارد؟

از نظر کاربردی کار شبه بازرگانی، رویکردی است به توسعه تولید و عرضه کالا یا خدمت که: هنگام تولید کالا یا خدمات از هزینه واحد (Unit cost) استفاده می کند. هزینه ها و محصول های کالا یا خدمات مورد انتظار را به صورت ارزش پولی به یکدیگر مرتبط می کند. نیازهای مشتریان، تقاضا و ارضای آنان را بررسی و تنظیم می کند. کارکنان را در مقابل عملکردشان بطور مشخص پاسخگو می داند. پاسخگوی صاحبان سهام (مثلا پرداخت کنندگان مالیات) از طریق پایش و ارزشیابی پیگیر عملکرد خود (مثلا سیستم های MIS و حسابداری) است. از انگیزه های پولی و غیر پولی برای دادن پاداش استفاده می کند.

آیا پیش فرض اصلی که در پس ضرورت فوری NPSM وجود دارد آن است که مدیران بخش عمومی از ساختار تنبیه تشویقی مشابه بخش خصوصی برخوردار نیستند؟ چنین استدلال شده است که نبود فشارهای بخش خصوصی سبب ماندگاری سازمان های بوروکراتیک ناکارا شده، راه را برای برتری تن آسایی به جای نوآوری پویا گشوده، کارکنان جسور را به جای تشویق تنبیه کرده است. همچنین طرفداران NPSM می گویند علت واماندگی اجرایی بخش عمومی، حفظ انگیزه های ویژه برای پیشبرد منافع عمومی و نبود مکانیسم های پایش برای تضمین ستاده هاست. اما این تنبیه ها و تشویق هایی که ادعا می شود در بخش عمومی وجود دارند، ولی در بخش عمومی سنتی وجود ندارند، کدامند؟ جدول ۱، شش تفاوت ساختاری بین موسسه های عمومی و خصوصی که اغلب گفته می شود آثار متفاوتی بر تشویق ها، محرک ها، نتایج و کارایی دارند، را خلاصه کرده است.

چگونه وجوه فراهم می شوند؟ برای تولید کالاها و خدمات عمومی، بخش عمومی عمدتاً بر منابع درآمد عمومی (مالیات ها) تکیه و به صورت ادواری بودجه را تامین می کند. در بسیاری از موارد، توجه افزایش بودجه به صورت درخواست درصد اندکی، بیشتر از تخصیص سال گذشته ارائه می شود. این گونه عملکردها ممکن است تن آسایی و وابستگی به منابع سنتی تامین مالی را، افزایش دهند.

به علاوه اگر پرداخت کننده مالیات مطلع باشد، ولی با نحوه هزینه کردن وجوه موافق نباشد، برای او بسیار مشکل است که از پرداخت مالیات خودداری و یا وجوه پرداختی اش را پس بگیرد. بعضی پیامدهای این گونه سوء مدیریت ها پیچیده است. در حالی که هنگام ایجاد درآمد برای بخش خصوصی (مثلاً از طریق مشارکت)، سرمایه گذاران در جستجوی اطلاعات کافی برای پیشنهاد منافع جذاب تر از موسسه جدید هستند تا هزینه ها قابل

کنترل باشند و مصرف وجوه به دقت پایش شوند، برای ارضای سرمایه گذار لازم است موسسه‌های بخش خصوصی برنامه ها و انتظاراتشان را تا آنجا که ممکن است مستند کرده، در اختیار همه قرار دهند ، یعنی موسسه‌های بخش خصوصی به شدت علاقمند به بررسی بازارها و رقیب ها و کیفیت و جذابیت محصولشان هستند ، غالباً چندین تحلیل گر مستقل به درجه بندی هر شرکت ، سود ها و عملکرد گذشته و جاذبه های مالی و پیشنهاد های آنها می‌پردازند .

جدول ۱- عوامل تاثیر گذار بر انگیزه های مدیریتی و پاسخگویی

| بخش عمومی | بخش خصوصی |
|---|---|
| ۱- وجوه از مالیات‌ها تامین می شوند | ۱- وجوه از مشارکت در خطر تامین می‌شوند |
| ۲- مالکیت دارایی ها دولتی است | ۲- مالکیت دارایی ها از آن سهامداران است |
| ۳- هزینه ها برای تخمین تقریبی قیمت ها بکار می‌روند | ۳- بازار ، قیمت‌ها را تعیین می‌کند |
| ۴- مشتریان از طریق نمایندگانشان رای می‌دهند | ۴- مشتریان مستقیماً رای میدهند |
| ۵- منابع از طریق چانه زنی غیر شفاف بین گروه‌های ذینفع و سیاستمداران تخصیص می‌یابند | ۵- تخصیص منابع از قواعد کارایی تبعیت می‌کند |
| ۶- خردورزی به نحوی که در زیر تعریف شده به شدت مشروط به دیدگاه انحصاری موسسه عمومی است | ۶- خردورزی با شدت کمتری از دیدگاه اطلاعاتی ارتباطی ، وابسته به ((توابع خالی شدن بازار)) است |

مالکیت دارایی ها: در موسسه‌های عمومی، ممکن است مدیران دارایی های مورد استفاده را کنترل کنند ولی هیچگونه ادعای مالکیتی بر آنها نداشته، حق فروش آنها را هم ندارند، بر عکس مدیر موسسه خصوصی تک مالکی می‌تواند دارایی های خود را بفروشد ، بنابراین کنترل، کامل بر موسسه دارد . هر چه مالکیت منابع بیشتر بر عهده مدیران و کارکنان آنها باشد ، انگیزه بکار گرفتن ، حفاظت و به حداکثر رساندن ارزش آن منابع، به صورتی کارا تر ، بیشتر خواهد بود ، این خردورزی در مقایسه نحوه نگهداری و تعمیر مسکن هایی که مالکین ، خود ساکن آن هستند، با خانه هایی که در اختیار مستاجر قرار دارند ، به خوبی نمایان است .

قیمت گذاری فراورده ها: موسسه‌های عمومی در مورد نوع و نحوه تولید کمتر به رهنمودهای قیمت توجه می کنند . طرز عمل آنها بیشتر بدین صورت است : - در چهارچوب یک بودجه عمومی معین تعداد هرچه بیشتری تولید کنند - با عرضه آنچه موجود است به درخواست هایی که از سیستم اداری می رسد، پاسخ دهند - فراورده ها را به صورت رایگان یا با یارانه زیاد در اختیار مصرف کنندگان قرار دهند . در بدترین حالت ممکن است یک واحد عمومی، کالا یا خدمتی را به دو یا سه برابر قیمت بخش خصوصی تولید کند، ولی متوجه این مساله نشده.

از طرف دیگر در بخش خصوصی رقابتی ، باید شرکت‌ها به شدت تحت فشار بازارهای شدیداً رقابتی فراورده های بیشتری را با قیمت‌های کمتر تولید کنند . این فشار از طرف دیگر شرکت‌های رقیب وارد می‌شود که کارهای بیشتری را با قیمت پایین تر تولید و مصرف کنندگان را به درخواست قیمت‌های پایین تر تشویق می‌کنند.

اگر شرکتهایی باشند که تولیداتشان را گرانتر قیمت گذاری کنند و نتوانند از هزینه ها و قیمت‌هایشان بکاهند و مشتریان کالاهای ارزانتر شرکت‌های دیگر را بخرند و سود آن شرکت‌ها کاهش بیابند، به ناچار به عنوان شرکت‌های ناکارا از کسب و کار خارج می‌شوند. این نحوه به حداقل رسیدن هزینه‌ها و تعیین قیمت‌ها در بخش خصوصی است که مدیران آن با رقابت شدید مواجه هستند.

پاسخگویی به مشتریان: بخش‌های خصوصی و عمومی به وسیله سرعت پاسخگویی‌شان به مشتریان و اثر گذاری باز خورد آن بر محصول‌ها، مدیریت و تصدی‌شان متمایز می‌شوند. اگر کیفیت خدمات در بخش عمومی پایین باشد، مدت زیادی طول می‌کشد تا پاسخ منفی شرکت کنندگان و افکار عمومی از طریق رسانه‌های گروهی، تغییر آتی کاندیداهای سیاسی و برنامه آنان و رای گیری به نتیجه برسد. این فرایندی که با تاخیر به حرکت درمی‌آید، نشان می‌دهد که مقامات مدیریت رسمی برای مدتی از درخواست‌های مصرف کنندگان بی‌خبر می‌مانند. در بخش خصوصی، برعکس ممکن است نارضایتی طی چند روز از طریق کاهش تقاضا برای کالاها در بازار رقابتی، خود را نشان دهد و تولید کننده را وادار به پایین آوردن قیمت یا بهبود کیفیت کند. اگر سهامداران از کاهش پیاپی قیمت سهام خود به خشم آیند، ممکن است مدیران شرکت در معرض اخراج قرار گیرند و یا در شرکت دیگر ادغام شوند.

تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع: همه می‌دانند که تغییر برنامه‌های سیاسی و شفاف نبودن آن، می‌تواند تصمیم‌گیری تخصیص را به نفع گروه‌های ذینفع یا تغییرهای سیاسی، تغییر دهد. در چنین شرایطی مدیران بخش عمومی ترجیح می‌دهند کنترل خود را بر اولویت‌های تخصیص منابع، علیرغم مبتنی بودنشان بر فرمول‌های برنامه‌ای، از دست بدهند. بخش خصوصی، برعکس تا حدودی در مقابل این‌گونه نفوذها، ایمن است و تخصیص منابع آن عمدتاً تحت تاثیر معیار کارایی انجام می‌شود.

محدودیت خردورزی: در بخش عمومی، حداقل رقابت وجود دارد، بهمین جهت نگاه مدیران و کارکنان در مورد نحوه کار کردن کارایی و انواع کالاها و خدماتی که تولید می‌کنند، بیشتر متوجه درون سازمان است (inward looking) که این مساله می‌تواند خردورزی آنان را محدود کند، یعنی توانایی (و برخورداری) افراد از اطلاعات و عمل کردن در همه‌الترناتیوها کاهش یابد.

اما در بخش خصوصی، هرکسی مجبور است از ماهیت فرآورده‌های تقاضا، قیمت و سود آوری رقبا خود آگاهی داشته باشد. اگر چه پایش این گونه پدیده‌های بیرونی، هزینه‌های مبادله را افزایش می‌دهد ولی دانش یک رقیب در مورد چگونگی و چرایی کارها، افزایش می‌یابد. تا آنجا که این به نگاه بیرون (inward looking) و توجه مداوم به عقاید دیگران می‌انجامد و تاثیر منفی خردورزی محدود را بر رقابت و مدیریت، کاهش می‌دهد.

آیا خصوصی سازی چاره ساز است؟

برخی خصوصی سازی موسسه‌های عمومی را برای بهبود فاصله موجود بین محرک‌های بخش عمومی و خصوصی توصیه کرده‌اند. اما چنانچه در مدل ۱ دیدیم، هر پیشنهادی برای خصوصی سازی در بخش بهداشت باید در نظر داشته باشد که بازارهای بهداشت، با بازارهای دیگر تفاوت دارند. این باور وسیعاً وجود دارد که بخش خصوصی به تولید کالا و خدماتی مانند مبارزه اطلاعاتی برای جلوگیری از ایدزو بیماری‌های مقاربتی، کالاها و خدماتی که دارای آثار بیرونی مثبت هستند مانند ایمن‌سازی و درمان سل، کالاها و خدمات ضروری که فقیران نمی‌توانند آنها را خریداری کنند، ندارد. همچنین کاملاً پذیرفته شده است که نابرابری اطلاعات در مراقبت

بهداشتی که می‌تواند به سبب ناآگاهی مصرف‌کنندگان از درمان و داروها به آنان آسیب برساند، نوعی حمایت را ایجاد می‌کند. مارگارت تاچر به عنوان مرحله دوم برنامه اصلاحی خود فشار شدیدی برای خصوصی سازی کامل وارد آورد. او سازمان های بخش عمومی را نه تنها ناکارا و هدر دهنده منابع می‌دانست، بلکه کارکنان دولتی را نیز کاهل می‌شمرد. خوشبختانه تجربه او را با تعداد زیادی کارکنان دولتی نوآور، شایسته و وفادار مواجه کرد که مجبورش کردند دیدگاه‌هایش را نسبت به بخش عمومی، تعدیل کند. او دریافت که همه موسسه‌ها و بنگاه‌های بخش عمومی، ناکارا نیستند. همچنین رای دهندگان انگلیسی مایل نبودند دولت، کنترل خدمات اجتماعی اصلی مانند آموزش و بهداشت را رها کند و آن را به دست بخش خصوصی که در آن کسب سود بیشترین اولویت را دارد و درمان عادلانه شهروندان، از اولویت بعدی را برخوردار است، بسپارد. بنابراین خصوصی سازی همانند کشورهای دیگر، در انگلستان نیز با دو پاسخ مواجه شد. از یک طرف، دولت انگلیس تشویق شد موسسه‌های عمومی را که بر اساس تعداد زیادی شاخص برای خصوصی سازی مناسب بودند تعریف کند. از طرف دیگر دولت انگلستان در مورد موسسه‌هایی که برای خصوصی سازی مهیا نبودند، راه‌هایی را توصیه کرد که در آن ۴ عملیات شبه بازرگانی مشخص شده، به سیاست‌ها و انجام وظایف دولت وارد شدند. درحالی که در عمل، اصلاحگران تاچر پذیرفته بودند که بهداشت از سایر بخش‌ها متمایز است (به دلایلی که در بالا اشاره شد) ولی بر این نظر باقی ماندند که مدیریت کردن داده‌ها و ستاده‌های مراقبت‌های بهداشتی در انگلستان نباید از مهارت‌های مدیریتی و عملکردهایی که برای سایر بخش‌ها ضروریست، چندان متفاوت باشند. اگر چه محدودیت یا فرمول کاملی در مورد این که کدام یک از موسسه‌های دولتی، خصوصی شوند، وجود ندارد، اما رهنمودهای کلی می‌تواند به شرح زیر باشد: کدام وظایف باید برای خصوصی سازی مورد توجه قرار گیرند:

- وظایف، کالاها یا خدماتی که بازار می‌تواند آنها را بطور مداوم برای مصرف‌کننده تولید کند. با این فرض، افرادی که قدرت پرداخت ندارند می‌توانند از آنها صرف‌نظر کنند. در چنین حالتی تولیدکنندگان خصوصی می‌توانند به تولید بپردازند. نوابه‌های الکلی و اتومبیل‌های شخصی نمونه‌هایی از این کالاها هستند.
- وظایف، کالاها و خدماتی که بیشتر به افراد فایده می‌رسانند تا جامعه، در این صورت به عنوان کالای خصوصی تولید می‌شوند و افراد حاضرند بابت آنها پرداخت کنند. از جمله می‌توان به حیوانات خانگی و جراحی پلاستیک برای زیبایی اشاره کرد.
- وظایف، کالاها و خدماتی که دسترسی فرد به آنها برای جامعه اهمیت ندارد، یعنی نگرانی اجتماعی در مورد عدالت یا دسترسی عموم به آنها وجود ندارد. مانند عضویت در باشگاه‌های مختلف، اطاق‌های خصوصی بیمارستان که دارای تهویه هوا و تلویزیون باشند.

نمونه‌های موسسه‌های عمومی که با توجه به معیارهای بالا، داوطلبان خوبی برای خصوصی سازی بودند عبارتند از: شرکت‌های عام المنفعه برق، گاز، شرکت‌های ذغال و آب، راه آهن و هواپیمایی ملی، شرکت‌های تلفن ملی، بانک‌های ملی، مسکن عمومی، هتل و آژانس‌های گردشگری. این گونه واحدهای عمومی با موفقیت در انگلستان، زلاندنو و کانادا از مالکیت دولت آزاد و یا فروخته شده‌اند. رای دهندگان، علاقمندی خود به خصوصی سازی واحدهای عمومی را تا آنجا که دلایلی منطقی بیايند نشان خواهند داد: درآمدها با آزاد سازی دارایی‌های بخش عمومی برای بخش خصوصی، ادامه یابد، واحدهایی که تازه آزاد شده‌اند دارای کارایی و سود آوری خوبی باشند، احتمال این که هدف‌های تولید و کارایی واحدهای تازه خصوصی شده، به وسیله فشار تقاضای سنگین پاسخگویی سیاسی در مورد نتایج یا سیاست‌ها، گرفتار سازش یا انحراف شوند، وجود نداشته باشد. کارکنان را بتوان به شیوه‌های انسانی تجدید سازمان کرد.

از طرف دیگر زمینه برای بحث‌هایی در مورد ضروری بودن انجام برخی وظایف اصلی یا خدمات بطور انحصاری یا عمده به وسیله دولت، وجود دارد، چون بازار نمی‌تواند این وظایف را به عهده بگیرد و یا آنها را بخوبی انجام دهد.

کدام وظایف عمومی کالاها یا خدمات احتمالاً داوطلب مناسبی برای خصوصی سازی هستند؟

- فعالیت‌های سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری ملی، نمونه‌های آن عبارتند از تعیین سهمیه و دستورالعمل‌های مهاجرت و مقررات دولتی دانشکده‌های پزشکی و پروانه پزشکی
- وظایف بررسی شکایت‌ها مانند دادگاه‌ها، پلیس و وصول مالیات (اگر چه واحدهای خصوصی از طریق اداره بخشی از این وظایف به صورت پیمانکار فرعی مشارکت دارند)
- کالاها و خدماتی که به وسیله دولت تولید شده و آثار برونی مثبت (positive externalities) به وجود آورد و بخش خصوصی علاقه‌ای به تولید آنها نداشته باشد مانند آب آشامیدنی سالم و ایمن‌سازی
- کالاها و خدمات ضروری برای نیازمندان (اگر چه بخش خصوصی د رتامین مالی آنها مشارکت داشته، به تولید آنها نیز بپردازد).

بنابراین مدیریت جدید بخش عمومی عبارتست از تعیین راه‌های جدید برای ۱- انتقال برخی واحدهای عمومی به بازار که در آن رقابت و مدیریت آزاد، به اصلاح عملیات و رفاه اجتماعی کمک کند ۲- تزریق فعالیت‌های شبه بازرگانی به درون واحدهای عمومی، که دولت علاقمند است کنترل خود را بر آنها ادامه دهد. شکل ۱، سه نوع موسسه عمومی فرضی را در این زمینه نشان می‌دهد.

آیا NPSM به یک رویکرد پرسرو صدا (Big - bang) نیاز دارد؟

تا کنون هیچ توافقی در مورد تواتر دقیق اصلاح NPSM یا برنامه زمانی آنها به عمل نیامده است. و هر کشوری که این اصلاح‌ها را شروع کرده است، یک پیشگام بوده که اصول و عمل NPSM را با شدت، زمانبندی و تعهد سیاسی متفاوتی به اجرا در آورده است. این تا حدی برای سیاست‌گذاران خبر خوبی است، چون ناگزیر نیستند از یک نسخه معین و یک راه برای انجام کارها مانند رویکرد وسیع دولتی پرسرو صدا (Big - bang) مارگارت تاجر در انگلستان پیروی کنند. اما تا زمانی که برتری یک رویکرد بر رویکردهای دیگر تثبیت نشده است، سیاست‌گذاران در معرض خطر معرفی ابتکارهایی قرار دارند که ۱- به خوبی هماهنگ نشده باشند ۲- داده‌های تجربی کافی برای دفاع از آنها وجود نداشته باشد ۳- نتوانند حمایت سیاسی کافی برای پیشرفت را به دست آورند.

تواتر درست یا مرحله بندی اصلاح NPSM به ویژه هنگامی اهمیت پیدا می‌کند که اثر بخشی تغییر یک بخش، مشروط به تغییرهای وسیعتر در همه بخشها باشد - مانند تغییر قانونی یا اصلاح خدمات اداری.

تجربه زلاندنو به دلیل بلندپروازانه بودن و سرعت حرکتش در آزاد سازی دولتی و اصلاح بوروکراسی عمومی، می‌تواند چشم اندازه‌های ارزشمندی ارائه کند- دولت کار را با راهکارهای سازمانی تهجمی NPSM که به اداره شرکتی (corporatization) معروف شدند، آغاز کرد. این راهکار به یک سازمان عمومی، شکل سازمانی مشابه مدیریت و کنترل یک شرکت خصوصی را می‌داد. اداره شرکتی یک راهکار غیر جفت (uncoupling) را بکار می‌گیرد که در آن دولت به فعالیت‌های سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری که بر رفتار شرکت تاثیر می‌گذارد، ادامه می‌دهد، اما مدیران شرکت به ارائه خدمات به صورت شبه بازرگانی ادامه می‌دهند. این شرکت‌های جدید عمومی که

در زلاندنو بنگاه‌های متعلق به دولت نامیده می‌شوند، نسبتاً از دولت مستقل بوده، باید آزمون‌های بازرگانی مانند به حداکثر رساندن سود و بازگشت سرمایه را از سر بگذرانند .

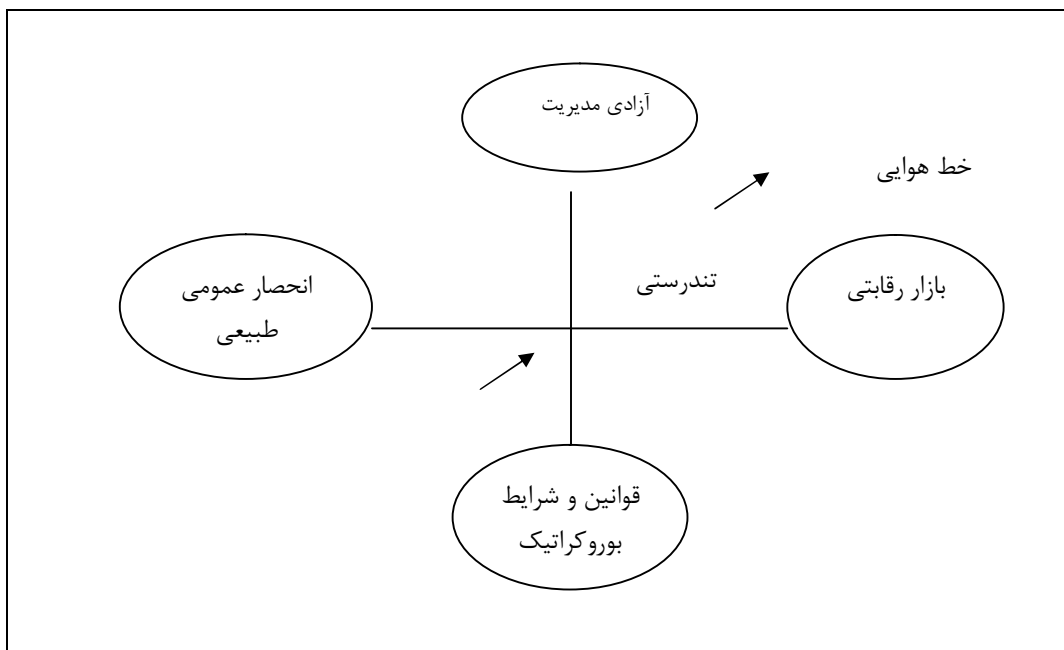
شکل ۱- هدف گیری موسسه‌های عمومی برای خصوصی سازی

فرض کنید شما وزیر دارایی باشید و مسوولیت تصمیم گیری در مورد خصوصی سازی هریک یا هر سه نوع موسسه یا سازمان عمومی به شما محول شده باشد، اولی یک موسسه وصول مالیات، دومی یک شبکه ناحیه‌ای بهداشتی دارای یک بیمارستان بزرگ ناحیه‌ای و دارای چندین درمانگاه و سومی یک شرکت هواپیمایی ملی (AIRLINE) است. این سه موسسه در شکل زیر ترسیم شده‌اند. در موسسه مالیاتی دولت واسطه وصول مالیات‌ها و حفاظت درآمدها در خزانه‌داری ملی است. چون مالیات فقط یک نوع است، مشمول رقابت بازار نیست و گاه به عنوان انحصار طبیعی از آن یاد می‌شود و تحت حاکمیت قوانین بوروکراتیک و شرایطی است که به وسیله بخش عمومی ایجاد می‌شوند. در چنین حالتی موضوع خصوصی سازی بی معنی است اگر چه ممکن است از خدمات برخی شرکت‌های خصوصی برای وصول یا تعقیب طفره روندگان ا ز پرداخت مالیات ، استفاده شود . اما از دیدگاه NPSM ، موسسه مالیاتی می‌تواند نخستین داوطلب برای تزریق فعالیت‌های شبه بازرگانی ، وام گرفته شده از بخش خصوصی باشد.

در مورد تندرستی دولت ممکن است واسطه وصول مالیات برای تامین مالی آن ناحیه از کشور باشد (از محل مالیات‌ها و سایر منابع). اما این به معنی تملک تمام تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی کشور به وسیله دولت و به کار انداختن آنها نیست . در عین حال رقیب‌های خصوصی به صورت NGO وجود دارند و هیچکس نمی‌تواند ادعا کند که بهداشت یک انحصار طبیعی عمومی است. از دیدگاه NPSM برای توسعه بازارهای داخلی یا رقابت تحت مدیریت، داوطلب خوبی است. اگر دولت با بازارهای داخلی موافق باشد مانند انگلستان، عقد قرار داد تنها با ارائه‌کنندگان عمومی امکان‌پذیر است. اگر دولت طرفدار رقابت تحت مدیریت باشد، عقد قرارداد می‌تواند با ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی که برسر قرارداد های دولتی رقابت می‌کنند، انجام شود.

در چنین مواردی دولت ممکن است به ایفای نقش خود در مورد تامین مالی بهداشت و تعیین نتایج ملی بهداشتی ، ادامه دهد ولی در عین حال با ارائه‌کنندگان مختلف با بهترین قیمت‌ها، قرار داد ببندد.

در مورد خط هوایی دولت می‌تواند هواپیمایی ملی را حتی د ر قاره ای که بیشتر دارای خطوط هوایی خصوصی هستند ، اداره کند . هیچ ادعایی در مورد انحصار طبیعی د ر این حالت وجود ندارد ، تامین مالی خصوصی و ارائه سفرهای هوایی وجود دارد، مشتریان پرداخت کننده در ص ف بلیط های هواپیما ایستاده‌اند، یعنی بازارها فعال‌اند، رقابت بین خطوط هوایی ممکن است به کم کردن هزینه ها کمک کند و محرک سود، بهبود مدیریت و استانداردهای کیفیت را بالا می‌برد. عرضه و تقاضای بلیط های هواپیما به وسیله توانایی و تمایل به پرداخت تعیین می‌شود. عدالت یک بحث محوری نیست و احتمالاً هیچ سیاست ملی نمی‌گوید که همه مردم باید دسترسی برابری به صندلی های هواپیما داشته باشند . پس این یک داوطلب تمام عیار برای خصوصی سازی است.



نمونه‌های این شرکت‌ها در زلاندنو عبارتند از موسسه کنترل ترافیک هوایی، خدمات سنتی و مدیریت مراعات. سیاست‌های اداره شرکتی در زلاندنو با سیاست‌های تهاجمی تری برای خصوصی سازی پیگیری شد و به تناسب خصوصی سازی موسسه‌های عمومی برگزیده، ادامه یافت، همچنین دولت تعریف فعالیت‌های شبه بازرگانی را که می‌توانستند در خدمات کاملاً عمومی، که تحت کنترل و مدیریت دولت باقی مانده بودند، بکار گرفته شوند را مورد توجه قرار داد. نکته مهم این بود که فرهنگ مدیریت تحت تاثیر NPSM در موسسه‌های صرفاً عمومی و نیز موسسه‌هایی که به صورت شرکتی اداره می‌شدند، تغییر یافته بود. اکنون توجه بیشتری برای دستیابی به هدف‌های بازرگانی به بازیافت هزینه، سنجش ستاده‌های عملیاتی به جای داده‌ها، بهبود سیستم‌های اطلاعاتی مدیریت، به ویژه سیستم‌های مالی، معرفی مکانیسم‌های اثر بخشی هزینه و همچنین سیستم‌های انگیزشی پاداش، شده، برای رسیدن به هدف‌ها سازگار شمرده می‌شدند. درسی که تاکنون آموخته شده آن است که ساختار انگیزش برای اجرای عملیات اقتصادی دارای اهمیت حیاتی است.

استرالیا همسایه نزدیک زلاندنو وضعیت را به دقت زیر نظر داشت و تصمیم گرفت اصلاحات NPSM خود را با شکیبایی بیشتری آغاز و ادامه دهد. روند استرالیا وارد کردن مکانیسم‌های تصمیم‌گیری بازار گونه به بخش عمومی بدون خصوصی سازی بود. در آن بیشتر بر انتقال اداره کردن از مدیریت در درون بوروکراسی، به استفاده بیشتر از تجاری کردن و دریافت حق الزحمه از استفاده‌کنندگان، عدم تمرکز و اصلاح خدمات عمومی عمده، تاکید شده بود. بنابراین استرالیا بیشتر اصلاح را از خدمات صرفاً عمومی شروع کرد که با اصلاح مدیریت مالی، اداره شرکتی و بعداً خصوصی سازی پیگیری شد.

گزارش‌های چندین تحقیق و بررسی پارلمانی و رسمی، حاکی از آنست که بازدهی و کارایی خدمات عمومی استرالیا و بنگاه‌های بازرگانی بخش عمومی آن، افزایش یافته است. بعداً ادعا شد که افزایش کارایی سالیانه ۶۰ میلیون دلار صرفه جویی به بار آورده است. به موجب گزارش کمیته مشترک حساب‌های عمومی، بازرگانی کردن و اداره شرکتی منجر به بهبودهای قابل توجهی در کارایی، ارائه کالاها و خدمات واحدها شده است.

در ایالات متحده اگر چه اصلاح NPSM تحت هدایت ال گور معاون ریاست جمهوری انجام شد، ولی به تغییر ساختاری عمده به صورت خصوصی سازی یا اداره شرکتی خدمات عمومی منجر نشد، بلکه بیشتر بر اصلاح مدیریتی و اداری در واحدهای حکومت مرکزی متمرکز بود. او برای این کار یک بازننگری مدیریت مالی در ۱۹۹۳، جهت ایجاد دولتی که بهتر کار کند، به وجود آورد. بازننگری مدیریت مالی برآورد کرد که می‌تواند تقریباً ۱۰۸ میلیارد دلار طی دوره ۹۵-۱۹۹۹ از طریق ساده کردن بوروکراسی (۴۰.۴ میلیارد دلار)، ادغام موسسه‌های عمومی و کم کردن نیروی کار آنها (۳۶.۴ میلیون دلار) بهبود فعالیت‌های خرید (۲۲.۵ میلیارد دلار) ادغام و نوسازی تکنولوژی اطلاعاتی (۵.۲ میلیارد دلار) و ارائه گزینه‌های کارانه‌ای در مقابل هزینه‌های اداری فعلی (۳.۳ میلیارد دلار) صرفه‌جویی کند.

بازنگری مدیریت مالی ایالات متحده برای دستیابی به هدف‌های خود، شروع به تغییر ۳۱ موسسه عمومی که در ارتباط مستقیم با شهروندان و مصرف کنندگان عمومی بودند، کرد. پس از گذشت ۵ سال موسسه بروکینگر ایالت متحده، گزارش بررسی دونالد کتل را تحت عنوان بازسازی دولت ((گزارش یک کارت پنجساله)) ارائه کرد. به موجب گزارش بروکینگر نمره کلی کارت B بود نمره‌های بالاتر برای تعریف هدف‌های دولت و ((تلاش))، ((اصلاح خرید)) و ((کوچک کردن دولت))، در مقابل نمره‌های پایین‌تر برای ((تعریف هدف‌های دولت)) و ((تلاش سراسری برای کسب حمایت قانونی)) بود.

کتل که از ابتدا پروژه ال گور را پیگیری کرده بود بدین صورت آن را جمع بندی کرد: پیشرفت‌های بزرگ در برخی زمینه‌ها کم توان، در برخی دیگر، پیشگیری از برخی ناآرامی‌های اداری، در حالی که از سایر ناآرامی‌ها اجتناب نشد، استقبال نیرومند اکادمیک، کوچک کردن دولت، اما همراه با آگاهی ناچیز مردم از اصلاح‌ها و قدرشناسی ناچیز رای‌دهندگان برای نتایج. (یافته‌های بیشتر در پیوست تحت عنوان Reinvention Report Card آمده است. در پاسخ رابرت استون (مشوق اصلی) بازننگری مدیریت ملی برآورد کرد که حدود ۸ تا ۱۰ سال طول می‌کشد تا تغییر رفتاری ناشی از اجرای این برنامه در ادارات ظاهر شود.

در بیشتر کشورهای در حال توسعه ردیای NPSM در سال‌های اخیر آشکار شده است. برخی از کشورها مانند اندونزی، تونس و کنیا خودگردانی بیمارستان‌های عمومی را تجربه کرده‌اند. این یک راهکار سازمانی است برای تزریق اجزای NPSM به درون موسسه‌های عمومی که بعد به آن خواهیم گشت. کشورهای دیگر مانند آرژانتین، برزیل، مکزیکو، کلمبیا و السالوادور، راهکارهای دیگری را با NPSM که به رقابت، تحت مدیریت و عقد قرار داد، از آنها نامبرده شده است، تجربه می‌کنند. در حالی که کشورهای دیگری مانند مغولستان، چین و تایلند با سرعت بیشتری به طرف اداره شرکتی و خصوصی‌سازی موسسه‌های عمومی حرکت می‌کنند. به نظر گراهام اسکات، معمار اصلاح‌های زلاندنو، سیاستمداران کشورهای کمتر توسعه یافته بدون این که بیشتر از این منتظر تنزل عملیات اجرایی باقی بمانند، خطر تزریق اصول NPSM را به سیستم عمومی تقبل می‌کنند. البته او بلافاصله اضافه می‌کند که مدیریت جدید بخش دولتی هنوز یک زمینه التقاطی است و نه یک دیسیپلین.

قسمت دوم: اصول NPSM

تاکنون ما از طریق مثال، ضرورت و مفاهیم NPSM را علاوه بر تحلیل و تشریح اجزای مهم و ماهیت آن، توضیح دادیم. هدف این بود که اصلاح بخش دولتی تجربه شده در بسیاری از کشورها، منعکس شود چرا که این فعالیت‌های آغازین پنجره‌ای را به سوی تجارب جدید مدیریتی می‌گشاید. هدف این بخش از مقاله بررسی دقیق‌تر عوامل سازنده NPSM است که انتظار می‌رود این عوامل هنگام ترکیب با یکدیگر بر عملکرد بخش دولتی اثر هم‌افزایی بگذارند.

سه عامل مثلث NPSM

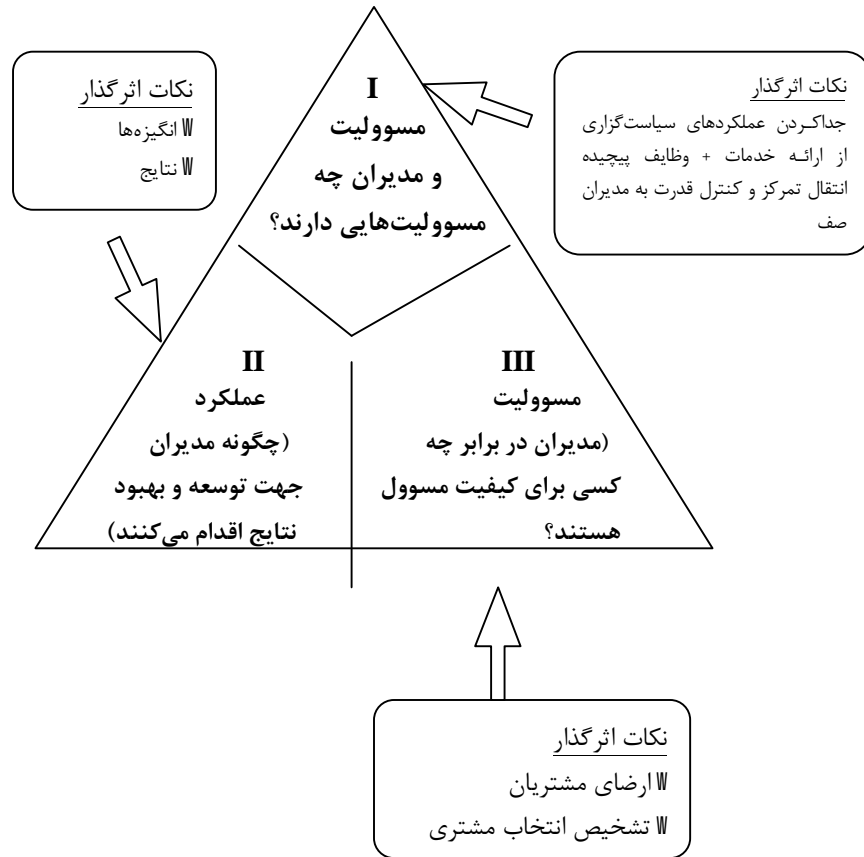
نمودار شماره ۲ NPSM را در قالب ۳ عامل سازنده که می‌توانند برای اصلاح اداره‌ها و سازمان‌های دولتی بکار گرفته شوند، نشان می‌دهد: مسوولیت (Responsibility): مدیران و سازمان‌ها مسوولیت چه اموری را عهده‌دار هستند فعالیت‌های دولتی، سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری از یک سو و تامین خدمات و پیچیدگی اجرای آنها از دیگر سو بهم بستگی دارند. پاسخگویی (Accountability): مسوولیت پاسخگویی انجام خدمات و کیفیت آنها برعهده کدام سازمان‌هاست؟ اجرا (Performance): چگونه مدیران و واحدها می‌توانند در جهت بهبود عملکرد و رسیدن به نتایج مورد توافق بسیج شوند. شاید حروف اول سه کلمه بالا RAP بتواند برای دربرگرفتن سه عامل اصلی NPSM کمک کند.

بعضی از عوامل نمودار دوم به همدیگر وابستگی دارند به عنوان نمونه مدیران بخش دولتی در قبال عملکرد خود بطور نسبی مورد تقدیر یا انتقاد قرار می‌گیرند. در ضمن وزرا و مدیران اکثر اداره‌های دولتی در قبال تامین و توسعه وضعیت رفاه مردم و پاسخگویی به درخواست‌های رای‌دهندگان مسوول شمرده می‌شوند.

اما عواملی که عناصر نمودار ۲ را از تعابیر سنتی مرسوم متمایز می‌کند این است که تدابیر و سیاست‌ها در مثلث NPSM به نحوی معرفی شده‌اند که تاثیر نیرومندی برشفافیت هدف‌ها، توافق‌ها، قدرت تصمیم‌گیری، عملکرد فردی، گروهی و پاسخگویی در مقابل مشتری، می‌گذارند.

همانطور که در شکل ۲ آمده است هر یک از سه عامل سازنده NPSM قدرتمندانه بر عملکرد واحدهای دولتی تاثیر می‌گذارند. چنانچه خواهیم دید انتظار می‌رود هر یک از سه عامل NPSM تاثیر مستقلی بر عملکرد واحدهای بخش دولتی بگذارند. اما اگر این سه عامل بکار روند، می‌توان انتظار داشت که هم‌افزایی واقعی در عملکرد و رفتار واحدهای دولتی به وقوع پیوندد. NPSM بیش از آن که برای کنترل مردم (از بالا به پایین) تلاش کند. سه جزء آن به تاثیرگذاری بر همکاری بیشتر کارکنان تکیه می‌کنند. بعضی از طرفداران NPSM براین عقیده‌اند که تداوم و استمرار بهبود و پیشرفت عملکرد تنها در سایه فعالیت هر سه جزء NPSM میسر خواهد بود.

نمودار ۲: سه عامل سازنده



تعیین مسوولیت

فرض کنید مشکلات سازمانی وزیر بهداشت یک کشور با درآمد متوسط یا کم، ارائه خدمات بهداشتی دولتی است، که توسط دولت تامین مالی و هم توسط دولت هم اداره می‌شوند. در این بین، وزیر بهداشت مسوول عملیات نامرتب و گیج کننده‌ای از قبیل سیاست‌گذاری، بودجه‌ریزی، استخدام و اخراج کارکنان، تدارکات، ارائه خدمات و سازماندهی قوانین و مقررات است. مهمترین تصمیم‌ها در قالب بوروکراسی اداری دولتی در سطوح بالا متمرکز شده‌اند و بنظر می‌رسد این تصمیم‌ها از نیازهای واقعی مردم فاصله زیادی دارند. در ضمن دولت، حتی اگر حسابداری ستاده‌ها را نادیده بگیریم، گرفتار کار عظیم نگهداری حساب هزینه‌های دولت براساس داده‌ها و فرموله کردن فرایندکار است.

در کوتاه مدت وزیر می‌تواند از نظارت و کنترل فوق‌العاده MOH بهره‌مند شود. اما این یک سونگری مانع اختصاص وقت کافی به امور پارلمانی، فرموله کردن سیاست‌های عاقلانه و تضمین کیفیت از طریق جریان‌های نظارتی می‌شود. همچنین اختصاص مطلوب منابع کمیاب به خدمات و کالاهای بهداشتی درمانی، منوط به پایش و ارزشیابی نتایج بهداشتی و حصول اطمینان از بهره‌مندی مردم از ارزش واقعی پول، خواهد شد.

همچنین وضعیت دشوار یک مدیر علاقمند که متعهد پاسخگویی در قبال بهبود وضعیت بهداشتی درمانی ناحیه‌ای از کشورش شده است را در نظر آورید. مدیر سخت کار می‌کند تا خدمات لازم که باید ارائه شوند را تعریف، هزینه آنها را محاسبه و برای تأیید به منطقه MOH ارسال کند. در اثنای بودجه‌بندی منطقه‌ای پیشنهادها بسیار جدیدی وجود دارند که ارزش پول را افزایش می‌دهند - از جمله تخصیص دوباره منابع از مواد قبلی بودجه، اولویت‌های جدید عقد قرارداد خدماتی که می‌توانند به وسیله واحدهای بومی خصوصی بطور موثرتر ارائه شوند، ادغام برخی از واحدهای بهداشتی برای ارائه خدمات در جاهایی که تقاضا بیشتر است، کاهش کارکنان در محل‌هایی که از تسهیلات کم استفاده می‌شود، در حالی که در نواحی دیگر نبود کارکنان وجود دارد.

این وضعیت به دلیل ناتوانی در افزایش نیروی شاغل در مناطقی که نیاز بیشتری وجود دارد و کاهش نیروی انسانی (کارکنان) در مناطقی است که بهره‌وری لازم از تعداد کارکنان به عمل نمی‌آید، سبب افزایش سختی کار می‌شود. چرا که او با الگوی بودجه‌بندی سنتی امکان مداخله و تغییر داده‌ها را در زیر مجموعه خود پیدا نمی‌کند و نمی‌تواند منابع انسانی را بازنگری کند و مجبور است سهمیه تعیین شده دولتی را بپذیرد. در ضمن او هرگز از این که آیا تخصیص بودجه را دریافت خواهد کرد و چه زمانی این تخصیص درخواستی به دستش خواهد رسید، آگاه نمی‌شود و همواره نگران سوق یافتن منابع به سمت سایر واحدهای دولتی است.

مسائل سازمانی پیشفگت، دست‌ورعملی جهت ایجاد فساد حرفه‌ای است و قطعاً یک وزیر گرفتار در قالب مقررات بوروکراتیک متمرکز نمی‌تواند عملکرد مطلوب داشته باشد و مدیران با انگیزش و علاقمند، پویایی لازم برای ادامه کار و پاسخگو بودن را از دست خواهند داد. با شناخت این مشکلات و مسائل آشنا، پارادایم NPSM تاکید ویژه‌ای بر جدایی عملکردهای سنتی دولتی وزارتخانه‌ها، دفاتر و واحدها در راستای ایفای نقش بهتر پاسخگویی، مسوولیت بیشتر و کسب مهارت‌های مورد نیاز برای سیاست‌گذاری و فعالیت‌های ستادی در مقابل فعالیت‌های اجرایی، است. این جدایی، این فرض منطقی که سیاست‌گذاری و فعالیت‌های سازماندهی از یکسو و ظرفیت ارائه خدمات از سوی دیگر دارای Misson (ماموریت‌های) متفاوت اولیه هستند را تعیین کرد. گویای تمرکز متفاوت، دوحیطه کاری در مقوله مهارت‌های فردی و مدیریتی است. از عوامل محرک برای این جداسازی، تمایل به سوق

دادن تمرکز قدرت و کنترل سیستم، در مباحثی چون سیاستگزاری، سازماندهی ظرفیت‌سازی و ارائه خدمات - بدور از رویه تک محوری دفاتر و واحدها (که منجر به ناتوانی در ادای مسوولیت می‌شوند) - به سایر مولفه‌های مدیریتی که خیلی سریعتر با مساله تولید و ارائه خدمات درگیر می‌شوند.

زمانی که جداسازی صورت پذیرفت، اولین قسمت مثلث NPSM یعنی وضوح پاسخگویی از دو طریق وارد عمل و منشاء اثر می‌شود نخست آن که فعالیت‌های سیاستگزاری دولت متوجه ستاده (Out put) ها و نتایج (Out come) می‌شوند. حتی بیشتر از آنچه که در سیستم سنتی بر فرایندها و داده‌ها تاکید می‌شود. این دیدگاه که همان دستیابی به نتایج دلخواه و مطلوب است از دو طریق شکل می‌گیرد: ۱- فرایندهای سیاسی (آنچه احزاب سیاسی بر سر رسیدن به قدرت متعهد آن شده‌اند ۲- مشورت با گروه‌های متخصص (مسوولان امور بهداشتی، انجمن‌های ملی پزشکی NGO ها ۳- مشورت با سایر صاحبان سرمایه (سفارش‌دهندگان) ۴- واکنش‌ها و پس‌خوراند رسانه‌ها) در این بخش نخستین NPSM به این سوال پاسخ داده می‌شود که بخش دولتی چه کاری باید انجام دهد.

بخش دوم یعنی ظرفیت ارائه خدمات و فعالیت‌های اجرایی، بر این محور متمرکز است که چگونه و به بهترین نحو خدمات ارائه شوند. برای دست یازیدن به عملکرد کارآمد، به سرویس‌های ارائه خدمات دولتی باید اجازه داده شود که کنترل بیشتری بر تصمیم‌های خود داشته باشند. این امر موجب آزادی واحدها در ابداع و ایجاد تغییرهای ضروری برای توسعه می‌شود. ستاده‌ها و نتایج مشخص... اگر این انتظار برآورده نشود، ممکن است مدیران انجام خدمات دیگر قرارداد کارکنان را تجدید نکنند. البته، فرض بر این است که مقررات استخدامی برای مدیران ارشد فعالیت‌های ارائه خدمت، می‌تواند از تصدی شغل برای تمام عمر به قراردادهای قابل تجدید کوتاه مدت بر مبنای عملیات (مثلاً ۳ تا ۵ ساله) تغییر یابد. این نحوه عمل NHS بریتانیا است که در آن به واحدهای اجرایی و مقام‌های بهداشتی ناحیه، قراردادهای ۲ - ۳ ساله تجدید شدنی، بر حسب رضایت از عملکرد را پیشنهاد می‌دهد. این‌گونه قراردادهای کاهش امنیت شغلی را با حقوق‌ها و مزایای بالا، جبران می‌کنند. NHS هیچ مشکلی در جذب مجریان عالی برای مدیریت مقام‌های بهداشتی ناحیه نداشته است.

برخی از نویسندگان معتقدند فرایند توضیح داده شده در بالا با جوهر راهکار NPSM جور در نمی‌آید. این فرایند بیشتر اداره‌های مرکزی دولت را به سمت واسطه شدن می‌راند، در حالی که کنترل و مدیریت جاری عملیات تامین خدمات را به دیگران می‌سپارد. با توجه به این مساله، وزیر فرضی بهداشت ما انرژی خود را صرف مسوولیت‌هایی که سیاستمداران بهتر از عهده‌شان برمی‌آیند- ارزیابی تقاضای رای دهندگان، توضیح اولیتهای عمومی برای اعضای دیگر پارلمان و شهروندان، فرموله کردن سیاست‌های روشن برای دستیابی به هدف‌های بخش بهداشت ملی، فرموله کردن قراردادهای سازمان‌های خدماتی برای انجام دادن کارها، تنظیم کردن کارهایی که آنها انجام می‌دهند، و پایش و ارزشیابی نتایج - می‌کند.

ارتقای عملکرد:

در ادامه سناریوی فرضی ما یک جزء دیگر سازنده NPSM - یعنی ارتقای عملکرد - به شدت مربوط می‌شود به محیط کاری مدیر ناحیه که مسوولیت انجام درست کارهای درست را برعهده دارد. فرایند ناچفت (uncoupling) حالا به او این انعطاف‌پذیری را می‌بخشد که انرژی خود را صرف اجرای قراردادهای خدمات کند، ضمن اینکه کنترل بیشتری را بر تخصیص منابع و فعالیت‌های شبه بازرگانی برای تحقق آنها، اعمال می‌کند. حال تفاوت اساسی ناحیه او این است که پاسخگویی در مورد آنچه انجام می‌دهد و چگونگی آن از بیرون (به وسیله وزیر) دیکته می‌شود تا در درون سازمان، استقرار یابد. هنگامی که او از طرف کارکنان ناحیه و ارائه‌کنندگان دولتی، با

عرضه مجموعه خدمات از پیش تعیین شده، در برابر بودجه از پیش تعیین شده، در یک چهارچوب زمانی از پیش تعیین شده، موافقت می‌کند، این امر به جریان می‌افتد. ممکن است در قرارداد، بودجه‌های سختگیرانه با نتایج کاملاً تعیین شده که می‌باید به عمل درآیند، گزارش‌دهی پیشرفت کار در سطح ناحیه، و حساب‌رسی‌هایی که از مرکز یا ناحیه تامین مالی شده‌اند و نیز بررسی‌های مشتریان، تعبیه شده باشند.

برای برآوردن انتظارهای اجرایی جدید، مدیر ناحیه منابعی برای انگیزش و بدست آوردن نتایج برای واحد و کارمندان با استفاده از موارد زیر در اختیار دارد:

- مدیریت کارکنان اجرایی برای کارکنانش
- رقابت مدیریت شده و عقد قرارداد با کارکنانی که در جای دیگری کار می‌کنند و
- مدیریت بنگاهی و تجارتي کردن

مدیریت کارکنان اجرایی (PPM): مستلزم قراردادهای کتبی است که دستیابی به هدف‌های فردی، استانداردها، پاداش‌ها و جریمه‌ها را برای هر یک از کارکنان یا گروه‌های کارکنان، تعیین کرده باشد. ممکن است جنبه مثبت PPMs به سرعت به دنبال تصمیم‌گیری مدیریت ارشد به اجرای آن‌ها، مشخص شود. آنها تا حد زیادی به تفاهم مدیران و کارمندان نسبت به کار و نتایج آن، از طریق متصل کردن ارزشیابی‌های اجرایی به کارهای قابل اجرا کمک می‌کنند. جنبه منفی آنها آن است که داورهای منفی مدیران ممکن است در ارزشیابی عملیات دخالت داده شود، و ساختارهای پاداش و جریمه نیز ممکن است نسبتاً ضعیف باشند. مدیر ناحیه فرضی ما که قرار است PPMs را بکارگیرد، در می‌یابد که مدیریت اجرایی ناحیه، یک مسوولیت مشترک است - که در آن از همه انتظار می‌رود تا وظیفه مشترک را انجام دهند - نه این که هرکس مسوولیت خودش را به تنهایی ایفا کند.

اما نظریه پردازان سازمان معتقدند، ایجاد تغییر رفتار از درون مشکلتر است، در حالی که هنگامی که کارکنان احساس خطر از بیرون سازمان را داشته باشند ابتکار آسانتر است. باور خطر بیرونی پاسخ‌های جمعیتی را بیشتر برمی‌انگیزد. یکی از ابزارهای بیرونی تاثیر بر عملیات اجرایی عبارتست از رقابت مدیریت شده و عقد قرارداد رسمی. چون از واحدهای دولتی می‌خواهد برای تامین خدمات و کالاهای مورد نیاز خود آن را در بین پیمانکاران رقیب به مناقصه بگذارند. قراردادها ممکن است تنها بین ارائه‌کنندگان دولتی (ایجاد "بازار داخلی")، یا فقط بین ارائه‌کنندگان بخش خصوصی (قرارداد بیرونی یا با مبادی بیرونی)، بسته شود یا تماماً با ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی "بازار مدیریت شده" منعقد شود. قرار دادها ممکن است بر مبنای رقابت یا مذاکره باشند.

فرایند طراحی قراردادهای مذاکره‌ای مستلزم اندیشیدن زیاد به این است که چه چیزی، در کجا، چه وقت و برای چه کسی خواسته شده، همچنین به فرموله کردن ترتیب قرارداد هنگامی که پیمانکاران انجام آن را عهده‌دار شده شوند، اهمیت دارد. رقابت مدیریت شده - هنگامی که قراردادها به بخش خصوصی یا دولتی داده شده باشند - می‌توانند به عنوان شکلی از همکاری خصوصی - دولتی تلقی شوند که در آن بخش دولتی منبع تامین مالی کالاها و خدمات و بخش خصوصی تهیه‌کننده آنهاست. این رقابت بالقوه تهیه‌کنندگان دولتی و خصوصی برسر قراردادها برای انجام عملیات است. مدیر ناحیه فرضی ما به جستجوی فرصت برای عقد قرارداد خدمات، محدود کردن هزینه‌ها و بهبود کیفیت - از طریق رقابت - می‌پردازد.

در بریتانیا NHA روش بالا، هنگامی که مقام‌های بهداشتی ناحیه، وجوه دولتی را در مقابل متعهد شدن به اجرای هدف‌های سیاسی دریافت می‌کنند شروع و با عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی عرضه‌کنندگان خدمات، این کار عملی می‌شود. در این فرایند مزایده و مناقصه رقابتی برای افزایش فعالیت‌ها و ارزش

پول است، چون تامین‌کنندگان دولتی و خصوصی، مانند بیمارستان‌ها تلاش می‌کنند خدمات خود را با قیمتی جالب‌تر از کسانی که آنها را به صورت انحصاری در اختیار گرفته‌اند، ارائه کنند. پیمانکاران کارآمد قراردادهای را می‌برند و بازده اقتصادی خود را افزایش می‌دهند، در حالی که پیمانکاران ناکارا قراردادهای را از دست می‌دهند و در معرض تهدید بیرون رفتن از کسب و کار قرار می‌گیرند.

به عنوان یک اهرم اجرایی استفاده از انگیزه‌ها و نتایج می‌توانند به بهبود مداوم بیانجامند، چون رقابت مناقصه‌ای با "بیاد ماندن" هزینه‌های مناقصه‌های قبلی و تلاش برای کم کردن آن هزینه‌ها یا بهبود بیشتر خدمات در آینده، راهنمایی می‌شود. تامین‌کنندگانی که برنده نمی‌شوند، پیام نیرومندی در مورد غیر رقابتی بودن خود و این که باید ارزش بیشتری از پول را در آینده پیشنهاد کنند، دریافت می‌دارند. مشاهدان بخاطر می‌آورند. واحدهای ارائه‌کننده خدمات که با علاقه و اشتیاق عقد قرارداد رقابتی را بکار گرفته بودند ۲۰ تا ۲۵ درصد در دور اول عقد قرارداد، صرفه‌جویی کرده‌اند.

سومین ابزار اثرگذاری بر اجرا مستلزم مدیریت بنگاهی و تجاری کردن است، این عامل سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات عمومی را برای فعالیت در زیر یک سقف بودجه‌ای تحت فشار قرار می‌دهند و وادارشان می‌کند مانند بنگاه‌های بازرگانی عمل کنند. آنها ممکن است این کار را به وسیله واسطه برای دریافت سهم مشتری برخی کالاها و خدمات انجام دهند و یا به صورت واحدهای شبه دولتی - شرکت‌های دولتی - که دنبال هدف‌های بازرگانی از قبیل به حداکثر رساندن سود و بازگشت سرمایه گذاری هستند، عمل کنند.

بنگاه‌های دولتی به جای این که دنبال به دست آوردن درآمد از محل مالیات‌ها باشند، قسمتی یا تمام پول مورد نیاز خود را از طریق فروش مثلاً کالاها و خدمات به مشتریان به دست می‌آورند. ممکن است کسی بخواهد با یک واحد دولتی در درون یک بودجه سختگیرانه به کار ادامه دهد، و بدین ترتیب وادارش کند که اگر بخواهد ارائه خدماتش را ادامه و گسترش دهد، به مشتریان بیشتر توجه کند. گزینه دیگر این است که به واحدهای دولتی اجازه داده شده، به تغییر توجه در آزمون بازار بپردازند و آنها را به تناسب بازار تغییر دهند. درآمدهای ناشی از تعرفه‌ها می‌تواند برای دادن کارانه به کارکنان مورد توجه قرار گیرند و انگیزه ساختارها را تقویت کنند. اگر مؤسسه‌های دولتی نتوانند کالاها و خدماتی با کیفیت خوب ارائه و یا نتوانند خواسته‌های مشتریان را پیش‌بینی کنند، مشتریان نزد آنان نخواهند آمد و چیزی پرداخت نخواهند کرد. این می‌تواند به ارائه‌کنندگان بخش دولتی هشدار دهد که خدماتشان دقیقاً انتظار مشتریان را بر نمی‌آورد و از درک بازار عاجز مانده‌اند. اگر دولت‌ها نخواهند مؤسسه‌های دولتی را که زیاد خرج می‌کنند، تحمل کنند. نتایج مدیریت نادرست مالی دردناکتر شده و هرچه سریعتر به صورت متوقف شدن کار ظاهر خواهند شد.

چند نمونه مدیریت بنگاه و تجاری کردن از اصلاح‌های کلمبیا در جدول ۲ نشان داده شده است.

پاسخگویی به مشتری:

مدیر ناحیه آزاد شده ما به دنبال گرفتن بازخورد و تایید مقام‌های دولتی است که قرارداد خدماتی خود را با آنان بسته است. اما تایید خانوارهایی که به آنان خدمت ارائه می‌کند چگونه سنجیده می‌شود؟ شهروندان در مورد عملکرد او چگونه می‌اندیشند و چگونه می‌توانند واکنش نشان دهند؟ پاسخگویی مشتریان سومین جزء سازنده NPSM را تشکیل می‌دهد و پاسخگویی را بر یک راهکار مشتری - محور متکی بر رضایت و انتخاب مشتری استوار می‌سازد.

ابزار مهم اثربخشی ارائه‌کنندگان دولتی در این زمینه، منشور حقوق مشتری است. این نه تنها به استقرار هدف‌های جانبدار مشتری کمک می‌کند بلکه برای مشتری مقیاسی فراهم می‌سازد که قضاوت‌هایش را با آن بسنجد. یک قاعده ساده تفسیر سرانگشتی شمارش این است که “ آنچه اندازه‌گیری و گزارش می‌شود، مورد توجه قرار می‌گیرد؛

مثلاً در مالزی، منشور حقوق مشتریان برای بیش از ۳۰۰ مؤسسه بخش دولتی تنظیم شده است. منشورهایی در مکان‌های عمومی اداره‌های دولتی قرار داده شده که به صورت برگه‌های جدا از هم توزیع شده‌اند. مؤسسه‌های دولتی مسوول ایجاد استاندارد برای خدمات خود هستند و برای بهبود استانداردها تشویق می‌شوند. منشورها، استانداردهای خدمات را تنظیم کرده، توضیح می‌دهند عملیات اجرایی چگونه باید در مقایسه با این استانداردها ارزشیابی شوند، چگونه مردم می‌توانند پیشنهادهایی در مورد این استانداردها ارائه کنند و به مردم نشان می‌دهند در صورت نارضایتی چگونه شکایت کنند.

در بریتانیا بیش از ۴۰ منشور وجود دارد که خدمات عمومی اصلی را تحت پوشش قرار داده، اصول و سازوکارهایی را که این خدمات را نسبت به نیازهای مصرف‌کنندگان پاسخگوتر می‌سازد، شرح می‌دهند. وسایل ایجاد پایش و اشاعه دقیق حقوق، و ارائه اطلاعات کامل و قابل دسترسی، راجع به خدمات، ارائه گزینه‌ها در جایی که عملی باشند، یا مشاوره با استفاده‌کنندگان خدمات، تضمین خدمات مفید و فروتنانه از خدمتگزاران، پاسخگویی دولتی، پوزش خواهی و اصلاح فوری کارهای اشتباه، می‌شود. مثلاً منشور بیماران، خدمات ملی بهداشتی را تضمین می‌کند:

- در صورت مراجعه شما به یک درمانگاه سرپایی، می‌توانید انتظار داشته باشید که طی مدت ۳۰ دقیقه ویزیت شوید.
- اگر درخواست آمبولانس فوری دارید، می‌توانید انتظار داشته باشید طی مدت ۱۴ دقیقه در نواحی شهری و ۱۹ دقیقه در نواحی روستایی بدان دسترسی یابید.
- اگر به یک واحد تصادف‌ها و فوریت‌ها مراجعه کنید، می‌توانید انتظار داشته باشید فوراً ویزیت شده، درمان مورد نیاز به شما ارائه شود. اگر پذیرش شوید ظرف مدت ۲ ساعت یک تخت بیمارستانی در اختیار شما گذاشته می‌شود.

برخی از اجزای منشور بیماران انتقادهای شدیدی را – به ویژه در مورد کوتاهی ارائه‌کنندگان در کاهش مدت انتظار بیمارستان – متوجه NHS¹ کرده است. این مساله تاکنون برای مشتریانی که نارضایتی‌شان عاجل تر است امکان بازنگری عرضه و بهای تمامی شده این گونه خدمات را فراهم ساخته، لزوم تجدیدنظر در تصمیم‌گیری‌های مربوط به راهکار بازار داخلی بریتانیا را یادآوری کرده است.

این اثرگذاری هنگامی که ارائه‌کنندگان ناگزیر می‌شوند کسب و کارشان را به جای دیگری منتقل کنند بروز نمی‌کند. در بخش خصوصی، این کار به تدریج با جابه جا شدن پرداخت مشتریان ناراضی از یک ارائه‌کننده به ارائه‌کننده دیگر، که بهتر آنان را راضی می‌کند، صورت می‌گیرد. در بخش دولتی، قدرت تقاضا – سویه می‌تواند از سه راه مختلف، اعمال شود. نخست بازرسان NGO S و مشتریان می‌توانند عملکرد و اطلاعات را پایش و منتشر کنند و مشتریان را با اطلاعات بیشتری مجهز کنند تا توان انتخاب آگاهانه افزایش یابد. مثلاً در ۱۹۹۴ کمیته‌های

¹ National Health System

ارزیابی کیفیت^۲ (NCQA) کنسرسیومی از برنامه‌ریزان بهداشتی، کارگران، نمایندگان مشتریان، کارگران، کارشناسان سیاست‌گذاری بهداشت برای تنظیم گزارش ارزیابی و مقایسه برنامه‌های بهداشتی (ارائه‌کنندگان) در زمینه‌های کیفیت مراقبت‌ها، دسترسی اعضا و رضایت، ثبت نام بهره‌مندی اعضا و تامین مالی، تشکیل داد. به عنوان نمونه هنگامی که در ۱۹۹۵ نمره‌های مشاوره شده بطور وسیع در نشریاتی که در دسترس مشتریان قرار می‌گرفت به گردش درآمد، آنان نکات زیر را در مورد^۳ (KP) یکی از HMO^۴ های اصلی ایالات متحده دریافتند؛

² National Committee for Quality Assessment

³ Kaiser Permanet

⁴ Health Maintenance Organization

- KP تعدادی از بالاترین نمره‌های بررسی ۱۱۵ برنامه بهداشتی سال ۱۹۹۵ را که دارای ۶۴۰۰۰ عضو بوده در ۲۰ منطقه از بزرگترین شهرهای ایالات متحده قرار داشتند، بدست آورد، ۸۹٪ اعضا اظهار رضایت کرده بودند، در مقایسه با ۸۸٪ سال ۱۹۹۴.
- ۸۳٪ کودکان عضو کاملاً ایمن شده بودند در مقایسه با ۸۳٪ در ۱۹۹۴
- ۶۹٪ با تعیین غربال کلسترول شده بودند در مقایسه با ۷۰٪ در ۱۹۹۴
- ۷۳٪ زنان غربال سرطان سینه شده بودند در مقایسه با ۷۱٪ در ۱۹۹۴

دوم دولت می‌تواند کسانی را که توانایی مالی برای تغییر درمانگاه خود ندارند را از طریق مثلاً دادن سند (کوپن) کمک کند، و بدین ترتیب قدرت خرید را به مشتری برگرداند. دادن کوپن، قدرت خرید را از طریق یک وسیله پرداخت بابت خدمت معین، به مشتری بر می‌گرداند تا ارائه‌کننده خدمت خود انتخاب کند. مثلاً به جای عرضه پول‌های حاصل از مالیات به مدرسه‌های دولتی، در یک ناحیه قدیمی، برخی از دولت‌ها سعی می‌کنند مستقیماً پولی معادل هزینه آموزش یکسال کودک به صورت کوپن به خانواده او پرداخت کند. هدف توانمندساختن خانوار به انتخاب مدرسه دولتی یا خصوصی در ناحیه است، به نحوی که با اولویت‌های والدین و نیازهای کودک (مانند فاصله نزدیکتر یا کیفیت بهتر) جور در بیاید. بنابراین دولت بهبود کیفیت مدرسه را برای جذب کوپن خانوارها به عنوان وسیله‌ای بابت پرداخت هزینه‌های جاری برعهده خود مدرسه می‌گذارد. تجربه‌های بسیاری از شهرهای ایالات متحده نشان می‌دهد که این راهکار مدرسه‌ها را وادار به جلب نظر مشتری و ارضای نیازهای او از قبیل تشکیل کلاس‌های خاص آموزشی و آموزش زبان خارجی و غیره) می‌کند.

سوم خریداران خدمات بهداشتی می‌توانند از طریق مشتریان تعیین شوند، و می‌توانند از سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کننده، استفاده کنند (مثل پرداخت سرانه) که می‌تواند مشتریان را قدرتمند کند. توضیح آن که، برنامه سرانه، مبلغ از پیش تعیین شده‌ای را از پول‌های مالیاتی بطور سرانه در اختیار هر ارائه‌کننده خدمات در ناحیه قرار می‌دهد تا یک "مجموعه" مورد توافق خدمات را طی یک دوره معین، مثلاً یکسال در اختیار مشتری قرار دهد. فرض کنید مبلغ ۵۰ دلار سرانه برای هر نفر کل مبلغی که به وسیله ارائه‌کننده خدمات (مثلاً درمانگاه روستایی) قرار داده می‌شود، از طریق جذب کردن تعداد افرادی که برای دریافت خدمات طی یکسال در کلینیک ثبت نام کرده‌اند، در مبلغ سرانه، محاسبه می‌شود.

اگر مثلاً ۱۰۰۰ نفر ثبت نام کرده باشند، درمانگاه $۵۰ \times ۱۰۰۰ = ۵۰۰۰۰$ دلار دریافت می‌کند. مردم مجبور نیستند در آینده در همین درمانگاه ثبت نام کنند. آنان اگر از درمانگاه قبلی خود راضی نباشند (مثلاً چون مجموعه خدماتی را که قرار بوده است، دریافت نکرده‌اند، یا کیفیت خدمات پایین بوده است)، می‌توانند رای خود را تغییر دهند و به درمانگاه دیگری مراجعه و ثبت نام کنند. اگر تعداد فزاینده‌ای از بیماران ناراضی بوده به ارائه‌کننده دیگری مراجعه کنند. مدیران درمانگاه نامطلوب، به سرعت تأثیر منفی آن را بر بودجه سالیانه خود سال خواهند دید. آنان باید خدمات خود را اصلاح کنند و یا باید دنبال جای دیگری برای استخدام، بگردند.

بنابراین بازپرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات به صورت سرانه، ارائه‌کنندگان خدمات را مجبور به برآوردن نیازها تا سطوحی که مشتریانشان را ارضاء کند، خواهد کرد. این اغلب بین ارائه‌کنندگان برای بررسی رضایتمندی مشتریان، انگیزه ایجاد می‌کند - و به مشتریان امکان بیان نظرهای خود را که ارائه‌کنندگان، باید به آنها توجه کنند، خواهد داد. همچنین به "رقابت کیفی" بین ارائه‌کنندگان می‌انجامد تا جایی که ارائه‌کننده‌ای که بهترین کیفیت را داشته باشد، همه مشتریان را جذب می‌کند. با مسامحه می‌شود گفت سرانه یک "پاداش" روی سر هر مشتری آتی می‌گذارد و ارائه‌کنندگان را وادار می‌کند که به آنان توجه کند و به دنبال طرح راه‌های جدید برای

جذبشان باشد. در مورد تاثیر این امر در درمانگاه‌های روستایی، بسیاری از کشورهای کم درآمد را که در آنها کارکنان مراقبت بهداشتی اغلب به خاطر گستاخ بودن و غیرفعال بودنشان در مقابل بیماران فقیر و کم درآمد، مورد انتقاد قرار می‌گیرند، تامل کنید. بنابراین سرانه، قدرت تنبیه ارائه‌کنندگان بی‌دقت را به مشتری می‌دهد، تا ارائه‌کننده بی‌دقت را جریمه کنند. این نوع برنامه در جدول ۷ بررسی شده، که در یک ناحیه روستایی تانزانیا به نام صندوق بهداشت جمعی ایگزنگا به اجرا درآمده است.

آخرین جزء سازنده NPSM - پاسخگویی به مشتریان است - هنگامی که به کارکنان برگزیده اجازه داده می‌شود، هدف‌های واحدهای دولتی را در قالب ارضای مشتری تعیین کرده، سپس مسوولیت ارائه‌کنندگان را در پاسخگویی به سطوح ارضای مشتریان تعریف کنند، به خوبی عمل می‌کند. بسیاری از واحدهای دولتی چنین وانمود می‌کنند که از یک موقعیت کم یا بیش انحصاری برخوردارند، و نیازی نیست نگران مسامحه در برابر مشتری باشند. بسیاری از واحدهای دولتی بخشی از سیستم بزرگتری هستند که قوانین بوروکراتیک کنترل ارائه‌کننده خدمات در آنها با اشکال مواجه می‌شود، چون اعمال استانداردهای کیفیت به عهده سطوح مرکزی دولت گذاشته شده است - یک نگرش بالا به پایین. از اینجا است که برای افزایش تاثیر جزء مشتری محور سازنده NPSM لازم است، ارتقای جزء سازنده اجزا نیز بکار گرفته شود. در کوتاه مدت، برای وادار کردن بوروکراسی‌های دولتی به تغییر دادن خود به صورت سازمان‌های بازرگانی راهکارهای مشتری باید با نتایج اجرایی تنیده شود، همچنان که مدیریت غیر متمرکز (یا خودگردان) که از سیاست ناشی از ناجفت بودن و بیشتر شدن عملکرد خدماتی، باید چنین باشد

کسب هم افزایی:

چنانچه قبلاً گفته شد، اجزاء سازنده NPSM بیش از آن که به فکر کنترل آنچه مردم می‌کنند باشند (از بالا به پایین)، با همدیگر تلاش می‌کنند تا بر کاری که کارکنان می‌خواهند پیش ببرند تاثیر بگذارند. هم چنین این اجزاء کارکنان را بطور مداوم وادار به دستیابی به هدف‌های سازمان می‌کنند. صرف نظر از آن که کسی در واحد سیاستگذاری دولتی، اداره انجام خدمات دولتی، یا واحد شکایت‌های دولتی کار کند، جریان به این صورت است که:

- مردم را وادار کنند که نسبت به هدف‌های اداره و مسوولیت‌های حرفه‌ای برای دیدن آن هدف‌ها، هوشیارتر باشند.
- انگیزه‌هایی برای نتایج متفاوت و کوتاهی در بدست آوردن آنها تعیین شود
- احساس مرتبط بودن و شتاب در به دست آوردن هدف‌های سازمان را از طریق برقراری تماس نزدیک‌تر بین کارکنان و مشتریان گیرنده خدمت، افزایش دهد.
- در همه زمینه‌ها شفافیت و پاسخگویی افزایش داده شود.

در تحلیل نهایی، این ساختارهای انگیزش‌اند که برای عملیات اقتصادی و کارکردن سه جزء سازنده NPSM با یکدیگر برای افزایش ارزش‌ها، باور سیستم، و فرهنگ سازمانی به طرف هدف اهمیت دارند. فرهنگ سازمانی در واحدهای دولتی آنقدر تغییر می‌کند که اکنون بیشتر به جای داده‌ها بر ستاده‌ها، بهبود سیستم اطلاعاتی

مدیریت با استفاده از سازوکارهای کنترل هزینه، اطمینان از سیستم‌های انگیزشی و پاداش که بر هدفها منطبق هستند، تاکید می‌شود.^{۱۱}

^{۱۱} باید به خاطر داشت که ارائه کنندگان می‌توانند سرانه را بکار گیرند چون تامین انگیزه‌ها می‌تواند به نحوی باشد که در مقابل مبلغ سرانه تعیین شده برای آنان، خدمات کمتری را به مشتری ارائه کنند. مشتریان به علت عدم توازن اطلاعاتی ممکن است باور نکنند که به آنان کم خدمت شده است در حالی که کارکنان متخصص پزشکی معمولاً بیشتر در باره خدمات ضروری می‌دانند و می‌توانند در ارائه آن کوتاهی کنند. از آنجا که عدم توان اطلاعاتی در مرکز این جریان قرار دارد نقش مهمی به عهده دولت - از طریق قانون‌گذاری - گذاشته شده تا اطمینان حاصل شود، مشتری خدمات، مورد نیاز خود را دریافت کرده است.

هم افزایی‌ها هنگامی رخ می‌دهند که نتایج اصلاح شده. استانداردهای جدید عملیاتی ایجاد و بدین ترتیب یک فرایند اصلاح مداوم را طی زمان تشویق کنند. نباید چنین وانمود شود که سه جزء سازنده NPSM، اگر به صورت پیاپی بکار گرفته شوند یا از پشتیبانی نیرومند سیاسی برخوردار باشند، می‌توانند یک شبه فرهنگ بوروکراسی دولتی را تغییر دهند. ولی بیشتر انتظار می‌رود سه جزء سازنده مستقیماً بر چندین بعد که فرهنگ سازمانی را شکل می‌دهند و به نوبه خود تاثیرهای غیرمستقیم و با اهمیتی بر سایر ابعاد می‌گذارند، شناخته شوند.

جدول ۲- نشان می‌دهد که سه جزء سازنده NPSM تاثیر نسبتاً نیرومند و مستقیمی بر دیگری دارند و هنوز بر دیگران با تاخیر زمانی، اثر می‌گذارند. بنابراین پیش‌بینی می‌شود یک تاثیر مستقیم و نیرومند — ۱- هدف‌های سازمانی ۲- سیستم‌های انگیزش ۳- پاسخگویی ۴- جابه جایی تمرکز کنترل مدیریتی، قدرت و مسوولیت، باقی بگذارند. باید انتظار داشت تغییر این ابعاد سازمانی طی دوره‌ای ۳ - ۴ ساله بروز کند، زیرا آنها می‌توانند تحت تاثیر تصمیم‌های سیاسی مربوط به NPSM به ویژه در مورد موافقتنامه‌ها و قراردادهای ابزارهایی مانند بررسی‌های مشتری، قرار گیرند. انتظار می‌رود تغییرهای پدید آمده در ستون ۲ جدول تغییرهای سازمانی در ۵- سیستم اداری ۶- ساختار سازمانی ۷- وظایف سازمانی و ۸- فرایند کار، باقی بگذارد. مثلاً فرایندهای اداری و سازمانی طراحی، مناقصه، بازنگری قراردادها NHS بریتانیا طی سال‌ها از فرایندهای بسیار ابتدایی تا فرایندهای پالایش یافته به عنوان واحد اداری، تجربه آموخته و روش‌های خود را تکمیل کرده‌اند. اما این گونه تاثیرهای غیرمستقیم، برای تکمیل شدن، زمان بر هستند و باید ارزش خود را قبل از پذیرش، نشان دهند. این دسته سوم عوامل بطور منطقی باید در میان مدت (بین ۴ تا ۸ سال) تحت تاثیر قرار گیرند.

جدول ۲- تاثیر سه جزء سازنده NPSM

| تاثیر مستقیم و شدید بر سازماندهی | تاثیر غیرمستقیم بر سازمان | تاثیر زیاد با تاخیر بر |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ۱- هدف | ۵- سیستم‌های اداری | ۹- رهبران / تمایل‌های قبلی |
| ۲- سیستم‌های انگیزشی | ۱- ساختار سازمانی | ۸- تمایل‌های کارکنان |
| ۳- سیستم‌های پاسخگویی | ۲- وظایف سازمانی | ۹- محیط خارجی |
| ۴- تمرکز کنترل/قدرت/ مسوولیت | ۳- فرایندهای کار | ۱۲- تاریخ و سنت‌ها |

بیشترین مقاومت در مقابل تغییر از تمایل‌های تاریخی و فرهنگی ناشی می‌شود که از گذشته در رهبران و کارکنان وجود داشته‌اند. انتظار می‌رود تغییر این دسته عوامل که در شماره‌های ۱۰ - ۱۴ جدول ۲ فهرست شده‌اند زمان زیادی (شاید بیش از دو دهه) طول بکشد. این تمایل‌های قبلی حتی ممکن است قبل از آن که اصلاح‌های NPSM شانس اثبات خود را داشته باشند، مانع شروع شدن آنها شوند. این مشکل را می‌توان از طریق ۱- جلب توجه همه به دست‌آوردهای NPSM ۲- بردن کارکنان به مسافرت‌های مطالعاتی برای بازدید از تجربه‌های در حال انجام ۳- شروع و پایش پایلوت اصلاح‌های NPSM ۴- برگزاری نشست‌های باز برای جلب توجه به NPSM و ۵- بسیج حمایت‌های ناشی از مشاهده، حل کرد.

گاه کسانی که در مقابل تغییر بیشترین مقاومت را می‌کنند و به روش‌های قدیمی چسبیده‌اند، باید به وسیله افرادی که تمایل به تجربه دارند و روش‌های جدید را می‌پذیرند، جایگزین شوند.

چنانچه قبلاً گفته شد، باب استون، حمایت‌کننده اصلی NPR ایالات متحده معتقد است ۸ - ۱۰ سال زمان برای اصلاح واحدهای دولتی ایالات متحده لازم است حتی اگر تجدید مهندسی مستلزم تغییرهای ساختاری

عمده مثلاً شرکتی کردن واحدهای بهداشتی، نباشند. حتی پس از آن که بیل کلینتون رئیس جمهور ایالات متحده و ال گور معاون رئیس جمهوری یافته‌های NPR را قویاً تایید کردند، هم NPR نتیجه گرفت که کارکنان اداری نفهمیده بودند چه دارد می‌گذرد و چگونه باید به اجرا درآید. برای جلب توجه ال گور از یک اداره به اداره دیگر می‌رفت تا یافته‌های NPR را بازنگری کند. از تغییرهای پشتیبانی کند، دستاوردها را در اداره‌ها توضیح دهد و اصلاح را به پیش ببرد. به گفته استون حرکت آهسته ولی نویدبخش بود.

آیا در راه دستیابی به فعالیت‌های شبه بازرگانی محدودیت‌هایی وجود دارد؟

جستجوی برای یک مجموعه مناسب فعالیت‌های NPSM چندان بدون مشکل نیست. مدیران بخش بهداشت نه تنها با چالش اجرای فعالیت‌های شبه بازرگانی برای بهبود کارایی اقتصادی (مانند بخش خصوصی) مواجه هستند، بلکه در مقابل پرداخت‌کنندگان مالیات و رای دهندگان همچنان مسوولیت پاسخگویی به عموم را برعهده دارند. بنابراین در زمینه اصلاح بخش بهداشت نتایج مورد انتظار شامل بهبود عملکرد واحدهای دولتی، نه تنها در زمینه‌های اثربخشی و کارایی بلکه در زمینه انصاف و عدالت، نیز می‌شوند.

این بار مضاعف در جدول ۳ در قالب تفاوت‌های بین واحدهای دولتی قبلی که تحت اصلاح‌های NPSM خصوصی شده‌اند، نشان داده شده است. ستون ۱ هدف، حرکت و چالش‌های روبروی یک مدیر واحد دولتی قبلی را که به بخش خصوصی واگذار شده است، نشان می‌دهد. آنان باید سهمی از بازار را به دست آورند، سودآوری خود را نشان دهند و یا از کسب و کار بیرون بروند. آنان نمی‌خواهند مسوول عدالت شناخته شوند. به عنوان نمونه می‌توان از خصوصی شدن یک اداره دولتی قبلی که مسوول خرید و عرضه برق به واحدهای تجاری و ساکنین محل بود، یاد کرد.

برعکس، هنگامی که اداره‌های دولتی تحت اصلاح NPSM قرار می‌گیرند که به خصوصی‌سازی نمی‌انجامد، با دو دسته هدف دوگانه مواجه هستند. یک دسته درست موازیست با چالش‌هایی که مدیران اداره خصوصی شده با آن مواجه هستند، در حالی که دسته دیگر ویژه بخش دولتی می‌باشند: پرداخت‌کنندگان مالیات نه تنها خواستار کارایی و کیفیت خوب در اجرا هستند می‌خواهند به عدالت و انصاف نیز توجه شود. چون این دو هدف گاه با هم تضاد دارند، مدیران بخش دولتی می‌توانند نسبت به رد و بدل کارایی و پاسخگویی اطمینان حاصل کرده، نمی‌توانند فقط بر هزینه، کارایی و عملیات شبه بازرگانی به عنوان راهنمای رفتار خود، تکیه کنند. نمونه کاربرد این عملیات شبه بازرگانی - از جمله سیاست‌های مشارکت مصرف‌کننده - در سطح ناحیه و بیمارستان ملی که در آن مدیران بیمارستان تحت فشار ناشی از عدم توانایی پرداخت، که از طریق سیاست‌های معافیت بیماران فقیر ایجاد می‌شود، است. این گونه تضادها در مرکز جدل کارایی NPSM قرار دارد و برخی از ناظران را وادار به ارائه این عبارت می‌کند که پاسخگویی در مقابل عموم، ملزم به محدود شدن اثرهای NPSM است.

جدول ۳: راهکارهای اصلاح بخش بهداشت

| مدیریت جدید بخش دولتی | | خصوصی شده | |
|---|---|---|---|
| پاسخگویی عمومی | کارایی اقتصادی | کوچک شدن | هدف |
| <ul style="list-style-type: none"> • طبق فرایند • شفافیت قانون‌ها • انصاف | <ul style="list-style-type: none"> • ارزش پول | <ul style="list-style-type: none"> • کاهش کسری‌ها و مخارج بخش دولتی • کاهش اندازه بخش دولتی • کاهش دسترسی مالیاتی و عدم کارایی به صورت Growing out | <ul style="list-style-type: none"> • محرک |
| <ul style="list-style-type: none"> • عدم انعطاف در تخصیص منابع • حرکت از سلسله مراتب به مشارکت و کارگروهی • توانمند ساختن مشتریان بیش از "تدارک برای آنان" • ارتقای داروی فردی و گروهی در قالب "انصاف" • مراقبت مساوی در مورد درآمدهای نامساوی • شناختن / برآوردن تقاضا | <ul style="list-style-type: none"> • افزایش کارایی • افزایش انعطاف‌پذیری • تاثیر بر انگیزه‌های کارگر • انتقال تمرکز کند • داده‌ها به ستاده‌ها • انتقال به سازمان مبتنی بر قانون | <ul style="list-style-type: none"> • رقابتی شدن • جذب مشتریان پرداخت‌کننده • ارضای سهامداران • نشان دادن سودآوری | <ul style="list-style-type: none"> • چالش‌ها |

بخش ۳ - راهبردهای سازمانی برای اصلاحات NPSM

فرض کنید شما وزیر بهداشت هستید و مسوولیت اصلاح اساسی عملکرد کارکنان اداری در سیستم بهداشت ملی کشور از طریق NPSM به شما داده شده باشد. چگونه عمل می‌کردید؟ ابتدا از کجا شروع می‌کردید؟ و با چه سرعتی حرکت می‌کردید؟

اگر شما مارگرت تاچر بودید و فرماندهی یک بولدوزر سیاسی را سوار بر موج حمایت سیاسی برعهده داشتید شاید رویکرد پر سرو صدایی در سرتاسر دستگاه دولت به راه می‌انداختید. تاچر نفوذ سیاسی برای پیش بردن دیدگاهش در مورد اصلاح دولت، کوچک کردن آن، رقابت بین ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی برحسب زمان را بدون توجه به شکوهایی که از بسیاری از حوزه‌های انتخابیه می‌رسید، داشت. اصلاح‌های تاچر هر سه جزء اصلی سازنده NPSM را چنانچه در شکل ۲ توضیح داده شد- در سرتاسر حکومت پذیرفت.

اگر شما گراهام اسکات، معمار اصلاح‌های زلاندنو، بودید، احتمالاً می‌گفتید "سریع بهتر از آهسته" است، اما در عین حال هشدار می‌دادید که عدم آمادگی و همراهی در بخش بهداشت می‌تواند پیشرفت را به مخاطره اندازد. هوشیاری اسکات را برآن داشت تا به دولت مغولستان در مورد شتاب‌زدگی در شروع یک حرکت پرسروصدای اصلاحی در بخش عمومی که به تازگی از یک سنت، درازمدت کنترل متمرکز کمونیستی رها شده بود، محتاط باشند، اصلاح‌های زلاند نو نیز هر سه جزء سازنده NPSM را در تمام دولت پذیرفته بود.

اگر رابرت استون، حمایت‌کننده اصلی، NPR ایالات متحده بودید ممکن بود گمان کنید رهبران تجاری مسوولیت بکار گرفتن اصلاح‌های NPSM را به جای کنگره ایالات متحده - دانسته‌اند، کشور دچار یک دوباره‌سازی پرسروصدا - درست مانند بخش خصوصی می‌شد! . همچنین از این که کنگره ایالات متحده از روش آهسته راندن طرفداری کرده است، گله می‌کردید. اصلاح‌های ایالات متحده بطور عمده بر جزء‌های دوم (اجرا) و سوم (پاسخگویی) سازنده NPSM در سرتاسر دولت، متمرکز شده بود.

اگر کاتل کالومبا وزیر سابق بهداشت زامبیا بودید قویاً رویکرد بخشی اصلاح بهداشت را که بین سال‌های ۹۳-۱۹۹۸ به وسیله دولت پذیرفته شده بود، به ویژه جداسازی و روشن کردن نقش‌های سیاست‌گذاری (در مرکز) را در مقابل نقش‌های تامین خدمات و مدیریت بودجه تفویض شده به سطح ناحیه را، تأیید می‌کردید. اما اشاره می‌کردید که تزریق اصلاح‌های NPSM تنها به درون یک بخش (بهداشت) بدون ایجاد محیطی توانمند در همه بخش‌ها، موجب تعویق دستاوردهای NPSM خواهد شد. مشکلات زامبیا که به ویژه در مدیریت کارکنان خدمات اداری، اختیار استخدام و اخراج و پاداش دادن به مدیران صف، پیش آمده بود به نمایش گذاشته شد. اصلاح‌های زامبیا هر سه جزء سازنده NPSM را شامل می‌شد، ولی تنها در بخش بهداشت.

و بالاخره اگر نماینده بسیاری از کشورهای دیگر بودید ممکن بود از روشی متفاوت‌تر، و آموختن از طریق انجام دادن مانند: ۱- برنامه واحدهای خودگردان سنگاپور که برهمه بخش‌ها گسترش یافت ۲- راهکارهای خریدار/ عرضه کننده در مکزیکو و کلمبیا که به صورت رقابت مدیریت شده و عقد قرار داد نمودار شد و ۲- خودگردانی در کنیا و تانزانیا، طرفداری می‌کردید - در هریک از این کشورها روش‌های پایلوت و تجربه کردن احتمالاً مرحله اولی گام بعدی هستند که باید فرا گرفته شوند.

هرچقدر هم روشی پذیرفته شده باشد، مشخص کردن راهکارهای مختلف سازمانی که ممکن است برای تقویت سه جزء سازنده NPSM - مسوولیت پاسخگویی و اجرا در واحدهای دولتی بکار گرفته شوند، مفید واقع خواهند شد. بخش سوم این نوشته ۵ راهکار را که عبارتند از ۱- مدیریت اجرایی کارکنان ۲- بودجه‌بندی عملیاتی ۳- واحدهای خودمختار ۴- رقابت مدیریت شده و عقد قرارداد و ۵- شرکتی کردن، توضیح می‌دهد.

بهبود نتیجه ادعا نمی‌شود که ابزارها و تکنیک‌های NPSM به راهکارها و تکنیک‌های پنجگانه بالا محدود می‌شوند. این پنج راهکار به این دلیل برجسته شدند که در فعالیتهای شبه بازرگانی مشارکت داشته، یا از آنها تبعیت می‌کند تا اثربخشی و کارایی کارکنان، مدیران صف و مدیران ارشد را افزایش دهند. یکی دیگر از وسایل بهبود عملکرد بخش دولتی و پاسخگویی - همچنان که در مدول ۹ نشان داده شد - عدم تمرکز است. البته عدم تمرکز در بین پنج راهکار سازمانی ما نبود، چون خود آن ذاتاً یک راهکار بخش دولتی است و می‌تواند هر یک یا بیش از یکی از راهکارهای سازمانی را برای دستیابی به نتایج مورد نظر، بکار گیرد.

نکته آخر این است که هیچیک از راهکارهایی که در اینجا ذکر می‌شوند نمی‌توانند کاملاً برای انجام یک تحلیل در دنیای واقعی کفایت کنند. آنها ممکن است همپوشی داشته باشند. مثلاً اصلاحی که با هدف بهبود ساختارهای انگیزشی و پاسخگویی کارکنان در یک واحد دولتی بکار گرفته می‌شود، می‌تواند مشترکاً برای مدیریت اجرایی کارکنان (PPM) و همچنین بودجه بندی عملیاتی (PRB) به کار گرفته شود. در یک زمینه اصلاحی دیگر، سیاستی که برای خودگردانی یک بیمارستان دولتی بکار گرفته می‌شود می‌تواند بخشی از یک سیاست شرکتی کردن وسیعتر باشد، در حالی که این دو اصطلاح گاه به جای یکدیگر بکار می‌روند. شاید تنها تعمیمی که مادر اینجا باید بدهیم این است که :

- PPM و PRB می‌توانند در واحدهای دولتی درگیر اصلاح‌های ساختاری فراگیرتر مانند رقابت مدیریت شده، واحدهای خودگردان و شرکتی شدن، نشده باشند، هم بکار گرفته شوند.
- احتمال نمی‌رود خودگردانی واحد یا سیاست شرکتی کردن به وسیله دولتی که تلاشی برای بهبود مدیریت اجرایی کارکنان (PPM) و بودجه عملیاتی (PRB) بعنوان قسمت دیگر معادله نمی‌کند، پیش برده شود.
- ممکن است دنباله راهکارهای سازمانی به وسیله دولتی که اصلاح اولیه آن با "نگاهی داخلی" به واحد دولتی مانند PPM و PRB شروع شده، پی گرفته شود. در آن صورت احتمالاً اصلاح به عرصه‌های وسیع‌تر ساختاری که مستلزم خودکفایی واحد دولتی و رقابت است (خودگردانی، رقابت مدیریت شده و احتمالاً شرکتی کردن)، گسترش یابد.

راهکار سازمانی ۲: بودجه‌بندی عملیاتی

در اوایل دهه ۱۹۹۰ بانک توسعه آمریکا کلمبیا را به عنوان بهترین نمونه مدیریت بخش دولتی در امریکای لاتین معرفی کرد. دولت به ویژه برای دستیابی به "دیسپلین مالی" مورد تشویق قرار گرفت، چون هزینه‌ها و درآمدهای عمومی را موازنه کرده بودند. اما در سمینار اخیر بانک جهانی ادوارد فرناندز، معاون وزیر دارایی کلمبیا یادآور شد که دستاوردهای کلمبیا در آن دوره زیادی برآورد شده بود. او گله می‌کرد که دولت تمام انرژی خود را تنها بر یکی از ابعاد بارز مسایل بودجه‌ای - دیسپلین کلی مالی - متمرکز، در حالی که دو حوزه دیگر را رها کرده بود اینها عبارت بودند از: ۱- اولویت‌گذاری ترکیب هزینه‌ها در وزارتخانه‌های بخش و ۲- تضمین کارایی تکنیکی و استفاده از منابع عمومی. طبق گفته‌های فرناندز، موضوع‌های بودجه‌ای اخیر کمتر بر مبنای هزینه‌یابی و اولویت‌گذاری تا سیاست‌های رقابتی، تقاضای صاحبان سهام، بحران‌های مالی مربوط به کسر بودجه‌های دولتی، انعطاف‌ناپذیری، نبود هرگونه اندازه‌گیری بودجه‌بندی عملیاتی، و عدم شفافیت هدایت شده بودند.

نکته‌های اظهار شده از طرف فرناندز در مورد بسیاری از دیگر کشورهای در حال توسعه صدق می‌کند. چند سال قبل دولت گینه اولویت‌های هزینه کردن برای بهداشت عمومی، آموزش و نگهداری جاده‌ها را طراحی کرد (سطح ۲). اما وجوه دولتی که انتظار می‌رفت به این اولویت‌ها اختصاص یابند به حوزه‌های دیگری تخصیص داده شده بودند. هنگامی که مشاورین متخصص به مقایسه نتایج سیاست‌های کهنه در مقابل اولویت‌ها پرداختند، وجوه لازم برای دستیابی به اولویت‌های برنامه طی چهار سال آینده، سه برابر شد و این به معنی کاهش شدید هزینه‌های بخش‌های دیگر بود.

تجربه گینه، گزارش توسعه سال ۱۹۹۷، یافته بانک جهانی را در این زمینه تأیید می‌کند که یکی از نتایج نامطلوب ناتوانی نهادی بخش دولتی از جمله در وزارت بهداشت یا آموزش، ناتوانی در تعیین و تخمین بودجه‌ای بر مبنای فرض‌های درست و واقع‌بینانه است. این امر نه تنها شفافیت و قابلیت پیش‌بینی در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌ها را زیر سوال می‌برد، بلکه اعتماد عمومی به بخش دولتی و تصمیم‌گیری‌های حکومتی را تضعیف می‌کند. مثلاً در سال‌های اخیر بودجه‌های غیرواقعی منجر به کسری هزینه‌های جاری نسبت به بودجه به میزان ۵۰٪ در تانزانیا و ۳۰٪ در اوگاندا شده است. این کسری‌ها در حال فراگیر شدن است چون حکومت تمایل بیش از حدی به وعده‌هایی که منابع مالیاتی می‌توانند تأمین کنند دارد.

شفافیت و وابستگی متقابل هنگامی که مدیران اجرایی از بودجه‌های اضافی برای تأمین کسری‌ها استفاده می‌کند بیشتر نمایان می‌شود. وقتی منابع خارج از بودجه بطور مکرر مورد استفاده قرار می‌گیرند و به جریان‌های دولتی هزینه‌ها از مجاری سیاسی تزریق می‌شوند، نقش بودجه‌های دولتی را به عنوان راهنمای هزینه‌ها و نتایج مورد انتظار زیر سوال می‌برند. ارقام خارج از بودجه، ۵۰٪ کل هزینه‌های دولتی را در نیجریه در سال ۱۹۹۰ تشکیل می‌دادند. در نهایت ارزش فرایند کامل تدوین بودجه به وسیله تاخیرهای طولانی در تهیه حساب‌های مالی و حسابرسی به مخاطره می‌افتد در نتیجه تصمیم‌گیران، اغلب حساسیت کمی نسبت به هزینه‌ها یا برون‌دادهای حاصل از سیاست‌های تحت مسوولیت خود نشان می‌دهند. برای مثال در اوگاندا، یک فرایند آزمایشی برای بررسی مخارج صورت گرفته، روشن ساخت که سهم قابل ملاحظه‌ای از منابع تخصیص یافته به خدمات عمومی اساسی، هرگز به کلینیک‌های سلامت و مدارس مربوطه، خصوصاً در مناطق روستایی نرسیده است. بخشی از فرایند بودجه‌بندی که منحصرأ به جای تأکید بر نتایجی که قرار است بدست آیند تنها بر داده‌ها تأکید می‌کند، قابل توضیح است.

تجرباتی شبیه موارد بالا، ملکم هلمز و سایرین را واداشت تا ویژگی‌های سیستم بودجه‌بندی مورد نیاز اصلاح‌ها، را به شرح زیر خلاصه کنند.

- تمرکز شدید بر داده‌ها همراه با ارزیابی عملیات اجرایی که سبب کم توجهی و یا بی‌توجهی کامل به بروندادها می‌شود
- تاکید بر داده‌های کوتاه مدت که منجر به تصور به حساب آوردن هزینه‌های درازمدت تر می‌شوند.
- انگیزه قوی برای هزینه کردن در اوایل سال و در اسرع وقت ممکن، به دلیل بیم از محدود کردن بودجه در پایان سال
- بطور کلی انگیزه، بهبود عملیات اجرایی از محل منابع تامین شده ضعیف است
- کسر درصدی از بودجه توسط وزارت دارایی، که قابلیت پیش‌بینی، جریان وجوه منابع و هزینه‌های برنامه‌ریزی شده در سطوح منطقه‌ای را مخدوش می‌سازد.

به دلیل آن که مدیریت ضعیف مالی با دستاوردهای کم و ضعیف برنامه ارتباط نزدیک دارد، مشکلات پیشگفت، ۳ جزء اصلی NPSM را یعنی مسوولیت، اجرا و پاسخگویی زیر سوال می‌برد. چگونه می‌توان مشکلات بالا، را در جهت بهبود عملکرد سیاست‌گذاران، مدیران و مجریان مرتفع کرد؟

ملکم هلمز در این مورد می‌گوید که اولین قدم در هموارسازی فرآیند، توجه به هر سه سطح در جریان بودجه‌بندی است:

- التزام به نظم مالی برای اطمینان یافتن از این که هزینه‌ها از منابع بخش دولتی تجاوز نمی‌کنند
- اولویت دادن به تخصیص هزینه‌های دولتی به نحوی که ارزش پول حفظ شود
- کارآیی تکنیکی که از حصول حداکثر بازده، اطمینان لازم وجود داشته باشد

راهبرد سازمانی که ما در اینجا دنبال می‌کنیم – بودجه بندی عملیاتی است به نظر نمی‌آید که این راهکار بتواند تمامی مسایل سه گانه ذکر شده را حل کند، ولی می‌تواند تغییر مهمی ایجاد کند.

PRB (Performance Related Budgeting) بر اهمیت مشخص کردن نتایج قابل اندازه‌گیری

حاصل از هزینه‌های عمومی تاکید می‌کند بنابراین شفافیت خاصی به فرآیند بودجه‌ریزی می‌بخشد همچنین پاسخگویی به هدف‌های طرح را افزایش می‌دهد همچنین PRB مراحل لازم برای تخمین هزینه واحد و ارزیابی ارزش پول را ایجاد می‌کند.

طی سطح اول طبقه‌بندی هلمز، تصمیم‌هایی باید اخذ شوند که بودجه سختگیرانه جای بودجه قابل انعطاف را در سطوح ملی و منطقه‌ای بگیرد. از این رو PRB کمک می‌کند که انتظارها عملی شوند، وقتی کارکنان در به دست آوردن نتایج برنامه‌ای که متعهد آن بوده‌اند، تحت فشار بودجه سختگیرانه در برآوردن انتظارها، موفق شوند این گونه انتظارهای عملیاتی می‌توانند در بدنه دولت و در سطح وزارتخانه از طریق خریداران خدمات سلامت در سطح ناحیه، در کشورهای مثل بریتانیا، نیوزیلند و زامبیا گسترده شوند. این تقلیدی است از فعالیت‌های تجاری، به همان اندازه که بخش خصوصی برای عملکرد تحت بودجه سخت‌گیرانه فشار وارد می‌کند. با این تفاوت که بخش خصوصی می‌تواند در برابر منابع آینده‌اش وام بگیرد اما چنین کاری مستلزم تقبل جریمه و بازپرداخت وام‌ها به همراه بهره‌ی مربوطه می‌شود و این اعتبارها از محل سود، بازگشت سود به سهامداران و پرداخت‌هایی که می‌توانند موجب انگیزش کارکنان شدند تغذیه می‌شود.

در سطح ۲ تصمیم‌ها می‌توانند به نحوی اتخاذ شوند که هزینه‌های بخش دولتی را اولویت بخشند تا وزارت دارایی تعهد کند این هزینه‌ها در دسترس مجریان قرار گیرند. PBR در این سطح می‌تواند کمک کند. زیرا

شکایت عمده، وزیران دارایی این است که بودجه‌های بخشی در قالب هزینه‌ها به طور ضعیف فرموله و مستدل نشده، به ندرت براساس واحد هزینه / و نتایج مورد انتظار توجیه می‌شوند و این منجر به ضعف قدرت مذاکره بودجه‌های بخشی در هنگام جان زدن با وزیران دارایی می‌شود در نتیجه ثبات و قابلیت پیش‌بینی تخصیص، سطح بخشی ممکن است حاصل شود و دستیابی به نتایج لازم در سطح بخشی به خطر افتد.

در سطح سوم تصمیم‌ها به نحوی اتخاذ شوند که به مدیران محلی اجازه داده شود تخصیص قابل انعطاف‌تری بدهند و اختیار داشته باشند منابع را به سمت مناطقی که نیازمندترند، سوق دهند. این الگو از تجارب شبه بازرگانی تقلید می‌کند و بهمان درجه‌ای که صاحبان مشاغل آزاد و مدیران خطوط تولید در بخش خصوصی علاقه به خودگردانی کامل یا قابل ملاحظه و کنترل روی بودجه‌های خود دارند، بودجه‌ها را در صورت لزوم به جایی که بهتر رقابت می‌کنند، تخصیص می‌دهند. PRB می‌تواند این عملکرد را با جایگزینی بودجه‌بندی سنتی، برحسب مواد، با یک روش هزینه‌یابی فرایند تخصیص منابع، که در آن هزینه‌ها با عملیات اجرایی مرتبط شده باشند، یاری دهد.

بودجه‌بندی سنتی برحسب مواد، در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، به عنوان یک روش کنترل هزینه، کاهش فشار مالی و هدر رفتن منابع معرفی شد. مزیت‌های این روش عبارتند از: سادگی، عدم ابهام و توانایی کنترل هزینه‌ها در مقایسه با سال‌های قبل و مشخص کردن تفصیلی داده‌هایی که هزینه بر هستند. اما ضعف این چنین سیستم‌هایی آن است که هیچگونه اطلاعاتی درباره‌ی دلیل هزینه شدن اعتبارها و میزان کارایی و اثربخشی برنامه‌ها، بدست نمی‌دهند. به علاوه سیستم‌های مبتنی بر مواد هزینه، افق کوتاه مدت دارند و از نگهداری هزینه‌ها در حساب‌های بلندمدت عاجزند تاکید بیشتر بر کنترل مواد بودجه، منجر به محدودیت اقتدار مدیریت مرکزی بر اجرای بودجه و احساس دست بسته بودن در مقابل سطوح پایین تر مدیران و مجریان می‌شود.

در مقایسه با مدل بودجه‌بندی سنتی در مدل بودجه‌بندی عملیاتی اعتبارها به صورت هدفمند به فعالیت‌ها در هر سازمان برحسب هزینه‌های میزان کار مرتبط اختصاص می‌یابد و مرتبط ساختن محصول‌ها با آنچه برای تولید لازم است، تاکید می‌ورزد. بودجه‌بندی عملیاتی یک گذار از بودجه‌بندی مبتنی بر کنترل هزینه‌ها به بودجه‌بندی مبتنی بر اهمیت مدیریت را مطرح می‌کند. این روش می‌خواهد مدیر را از طریق ترغیب او در فرایند تدارک اطلاعات شفاف راجع به هزینه‌ها، قیمت‌ها، انواع خدمات و سطوح آن تقویت کند. این دقیقاً همان اطلاعاتی باید باشد که بخش خصوصی برای تامین بیشترین ستانده‌ها (سوددهی) از سرمایه‌گذاری و هزینه جستجو می‌کند. در بخش دولتی کارآیی مدیریتی در این فرایند افزایش یابد.

تئوری سنتی بودجه‌بندی برحسب مواد، توسط بسیاری از کشورها در سال‌های اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، به عنوان روش کنترل هزینه‌ها و کاهش خطر فساد مالی انتخاب شده، در این سیستم هزینه‌های سال و داده‌های مورد نیاز آن فهرست می‌شوند. این روش اغلب کاملاً جزئی نگر است و اعتبار داده کوچک در واحدها را مشخص می‌کند. در بسیاری از سیستم‌ها بودجه مرکزی دفاتر و وزارت دارایی نقش ناظر و مانعی از هزینه‌های غیرضروری را بازی می‌کنند.

- مدیران باید زمانی که منابع در دسترس با نیازها تطابق ندارند به تمایز بین نیازهای اساسی و غیراساسی فعالیت‌ها ترغیب شوند:

- مدیران در وضعیت بهتری خواهند بود اگر: ۱- منابع جدیدی را بیابند تا به هدف‌های خود در ارائه خدمات دست یابند ۲- توضیح دهند که چرا با منابع موجود چنین هدف‌هایی قابل دستیابی نیست، اگر بتوانند فاصله مابین هزینه‌های پیش‌بینی شده و منابع را مشخص کنند.
- تمرین یک بودجه‌بندی شفاف کمک می‌کند تا مدیران از تطابق بودجه با فعالیت‌های موردنظرشان اطمینان یابند
- بودجه‌های مبتنی بر واقعیت به مدیران اجازه می‌دهد هزینه‌های واقعی فعالیت‌های خود را ارزشیابی کنند (به خوبی ارزشیابی که برای هزینه تمام شده خدمت اتفاق می‌افتد)، بنابراین برای مشخص کردن این که بعضی فعالیت‌ها گران تمام می‌شوند، مشارکت می‌کنند.
- بودجه شفاف موجب می‌شود بودجه‌بندی براساس اندازه‌گیری عملیات در مورد گروه‌های کاری، امکان‌ها، واحدها و اداره‌ها با مشخص کردن این امر که کجا بیشترین ارزش برای پول ایجاد می‌شود و استانداردهایی در برابر آنچه دیگران باید با آن به رقابت بپردازند، شکل بگیرد
- بودجه‌ها زمینه‌ساز ارزیابی عملیاتی مدیران، به واسطه برقراری ارتباط بین نتایج با منابع هزینه شده و شناسایی مشکلاتی که موجب هدر رفتن منابع می‌شوند، خواهند بود.

اصلاح بودجه‌بندی در هندوراس

برای بهره‌مندی از شفافیت و پاسخگویی در بودجه‌بندی، به منظور بالا بردن سطح فعالیت‌های بخش بهداشت، می‌توان از اصلاح‌های انجام شده در هندوراس بهره جست. قبل از ۱۹۹۵ وضع بودجه بندی در وزارت بهداشت بی‌شبهت به بسیاری از کشورهای توسعه یافته نبود. عملکرد مدیران مالی، حسابدارها و برنامه‌ریزان آن از راه‌های زیر بررسی می‌شد:

- استفاده از مدل‌های سنتی بودجه‌بندی هیچ انگیزشی برای بهبود عملکرد ایجاد نمی‌کرد. چرا که بودجه‌های سنتی ارزشیابی عملکرد گذشته را نمی‌طلبید و ضرورتی برای این ارزشیابی ایجاد نمی‌کرد و بدون توجه به ارزشیابی به تخصیص منابع آینده می‌پرداخت برای مثال در سال ۹۱-۱۹۹۵ منابع دولتی در بیمارستان‌های دولتی ۴۰٪ رشد داشت، در حالی که موارد ترخیص بیمار فقط ۱۳٪ و وبزیت سرپایی (از جمله موارد اورژانس) فقط ۲۸٪ رشد داشته، بدون هیچ نوع تغییر قابل ملاحظه‌ای که در پیچیدگی عملیات درمانی و مراجعین موارد بیماری‌های پیچیده داشته است.
- سیستم سنتی موجب عدم انعطاف و ایستائی تخصیص دوباره در منابع واقعی درآمدی بود، چرا که این سیستم به مدیران اجازه نمی‌داد تا تخصیص دوباره را، حتی اگر به دلیل بصیرت و نظارت MOH حاصل شده بود، انجام دهند. واهمه از غیرقانونی بودن و یا علم به پیچیدگی اداری آن موجب سستی و کاهلی در فالب نظام بورکراتیک (که ترجیح می‌داد از خطرهای احتمالی اجتناب ورزد) می‌شد.
- اگر چه مقادیر متناهی از اطلاعات توسط MOH جمع آوری می‌شد، اطلاعات در مسیری که کمک به تصمیم‌گیری باشد، نه در جریان برنامه‌ریزی بودجه‌ای و نه درخصوص اخذ پس‌خوراند عملیاتی، جمع‌آوری نمی‌شدند.

در سال ۱۹۹۵، وضعیت شروع به تغییرات سریع با انتشار اولین نتایج NHA نمود برای اولین بار در تاریخ هندوراس، این امر روشن شده بود که MOH تنها بازیگر مهم فعالیت‌های بهداشتی کشور بوده بتهنایی ۲۴٪ از کل هزینه‌های بهداشت و درمان ملی را به مصرف می‌رساند.

ابتکارهای مدیریت مالی در بریتانیا

بیش از یک دهه است که دولت بریتانیا توزیع اختیارات بودجه‌ای را بین اداره‌های مرکزی دولت تحت عنوان ابتکارهای مدیریت مالی (FMI) آغا ز کرد. هدف FMI کمک به اداره‌های دولتی در ساختار بودجه ایشان بود، تا به روشنی هدف‌هایشان را نشان دهند، پاسخگویی را بهبود بخشند و تاکید بیشتری بر تطبیق تصمیم‌های هزینه‌کردن و پاسخگویی بابت نتایج آن داشته باشند. گفته می‌شد بدون این اطلاعات، رای‌دهندگان هیچ وسیله‌ای برای ارزشیابی این که خواسته‌هایشان اجرا می‌شوند و یا داده‌ها به نحوی تخصیص می‌یابند که از هدر رفتن منابع جلوگیری شود، نداشتند. ابتکارها FMI سه بعد اصلی داشتند:

تغییر یا جایگزینی بودجه‌بندی برحسب مواد: با حرکت به سوی بهبود انعطاف‌پذیری بودجه، مواد

هزینه اکنون می‌تواند در سطوح وسیع‌تری برای انجام هزینه‌ها، ادغام شوند تا کارشناسان بودجه بتوانند در مواقع ضروری در تخصیص وجوه، تجدیدنظر کنند. این مساله اختیار را به مدیران اداره یا واحد منتقل می‌کند تا وجوه را به نحوی که برای دستیابی به هدف‌های سازمان مناسب می‌دانند، هزینه کنند.

متصل کردن هزینه‌های برنامه‌ریزی شده به نتایج برنامه‌ریزی شده: در بودجه سنتی که هزینه‌ها به

برنامه‌های پذیرفته شده - برحسب مواد خاص - تخصیص داده می‌شد، یک "نتیجه بودجه‌ای" رضایتبخش در پایان هر سال مالی نشان داده می‌شد که در آن بودجه‌ها برحسب مواد، هزینه شده بودند. در چنین سیستم حسابداری، کاملاً روشن بود که وجوه به شکلی رضایتبخش هزینه می‌شدند بدون آن که تاثیری بر سلامت جامعه یا فرد داشته باشند. با پیوند دادن هزینه‌های برنامه‌ریزی شده با نتایج برنامه‌ریزی شده، ابتکار FMI پاسخگویی را در درون بودجه جایگزین کرد.

حسابداری تعهدی: در گذشته هزینه‌های دولتی، در قالب تخصیص مواد هزینه به اداره‌ها، به حساب

می‌آمدند و یا در اداره‌ها برای اقلامی مانند ساختن بیمارستان (مثلاً هزینه ثابت) یا پرداخت حقوق (هزینه‌های جاری)، مصرف می‌شدند. این فرایند مدیران را در یک موقعیت انفعالی نگه می‌داشت، چون باید تا پایان سال مالی منتظر صورتحساب‌ها و ایفای تعهدها و هزینه‌ها، باقی می‌ماندند. ولی، بودجه‌بندی تعهدی فرایند پیش دقیق‌تر و کنترل مدیریتی فعال‌تری را اعمال می‌کند. هزینه‌ها به محض تعهد ثبت می‌شوند و خلاصه مانده‌های بودجه‌ای در پایان هر فصل، تهیه می‌شوند. این مدیر را در موقعیت بهتری برای ارزشیابی مرحله هزینه‌ها، مقصد آنها، چگونگی اندازه‌گیری آنها نسبت به مخارج برنامه‌ریزی شده، و پیش‌بینی وقوع کسری یا مازاد، قرار می‌دهد.

قبل از بکارگیری FMI، اداره‌های دولتی اطلاعات کمی، یا هیچ اطلاع مرتبطی درباره هدف‌ها، چگونگی

تخصیص منابع، یا هزینه‌ها، نداشتند. سیستم بودجه‌بندی برحسب مواد بر هزینه‌ها و داده‌ها متمرکز بود، نه بر هزینه‌های ستاده‌ها یا عملیات. همچنین افرادی که در مورد کنترل بودجه تصمیم می‌گرفتند کاملاً جدای از کسانی بودند که خدمات را انجام می‌دادند. با در نظر گرفتن این انگیزه‌ها، تولیدکنندگان خدمات خود را مسوول تولید ارزش برای پول نمی‌دانستند و هیچ چیزی که تلاش برای صرفه‌جویی در هزینه‌ها را تشویق کند، وجود نداشت.

اصلاح‌های جدید بودجه‌ای سعی کرده است مدیران را : ۱- در تصمیم‌گیری و کارایی تخصیص،

انعطاف‌پذیرتر کند ۲- آنان را در مورد ارزش افزوده و ستاده حاصله و پول‌های خرج شده، پاسخگوتر سازد و ۳- آنان را نسبت به الگوها، سطوح، و بهنگام بودن هزینه‌ها، آگاه‌تر کند و هنگامی که مدیران دارای اطلاعاتی باشند که درک فعالیت هزینه‌ها بر (محرک‌های هزینه) توانمندشان می‌سازد، در موقعیت بهتری برای کنترل هزینه‌ها قرار می‌گیرند.

خلاصه:

بودجه عملیاتی به مدیران در مسوولیت (که با بودجه‌های سختگیرانه دوام بیاورند)، در اجرا (متصل کردن داده‌ها و ستاده‌ها) و پاسخگویی (شفافیت در مصرف وجوه دولتی) کمک می‌کند. یک بودجه عملیاتی می‌تواند در:

- وزارت بهداشت
- در یک خریداری کننده خدمات بهداشتی مانند اداره بهداشت ناحیه
- پرداخت به یک ارائه کننده طبق قرارداد منعقد، بین بخش دولتی و ارائه‌کنندگان خصوصی مراقبت‌ها
- در واحد غیرمتمرکز خدمات مانند ناحیه بهداشتی
- هر واحد خدماتی در وزارتخانه یا ناحیه که مسوول بودجه خودش باشد

اگر بودجه‌های عملیاتی نسبت به هدفها (نتایج مورد انتظار) کسری داشته باشند، می‌توان آنها را برای بهبود اجرای عملیات آینده، تعدیل کرد. به علاوه، فرایند ایجاد هزینه‌های واحد، پایه مرحله اندازه‌گیری و پیش‌بینی واقع‌بینانه‌تر نیازهای بودجه‌ای را براساس نیاز - با توجه به هزینه‌ها و نتایج گذشته، پایه‌گذاری می‌کند. اما نباید انتظار داشت، هیچیک از این نتایج یک شبه بدست آید. در آسیب شناسی هلمز سطوح سه گانه بودجه برنامه‌ای، با توجه به سطح ۳ و بطور جدی با بی‌توجهی کافی به سطوح ۱ (دیسپلین ترکیبی مالی) و سطح ۲ (اولویت تخصیص بین‌بخشی منابع) تعیین می‌شوند. به علاوه برای اجرای PBR آمادگی کافی و تعهد سیاسی، حتی در سطح بخشی، چنانچه در چک لیست مسایل احتمالی مربع ۴ آمده، ضروری است.

مرحله ۴ - مسایل احتمالی بودجه عملیاتی

تعهد سیاسی نسبت به اصلاح بودجه: وزارت دارایی باید با جایگزین کردن بودجه‌بندی سنتی برحسب مواد با بودجه‌بندی عملیاتی موافقت کند. اگر وزارت دارایی به متعهد دانستن وزارتخانه‌ها نسبت به استفاده از مواد هزینه ادامه دهند، مشکل ایجاد می‌شود.

سیستم‌های حسابداری باید عملکردی باشند: ناتوانایی در پی‌گیری هزینه‌ها و مرتبط ساختن آنها با نتایج، بطور کلی فرایند اندازه‌گیری عملیات (یا کارایی تکنیکی وجوه مصرف شده) را به سوال می‌کشد. حسابداری سیستماتیک این‌گونه اطلاعات نیز برای محاسبه قیمت واحد و استفاده از قیمت‌های واحد به عنوان معیار برای دور بعدی هزینه‌ها اهمیت فراوان دارد.

حسابرسی برای تضمین پاسخگویی، اهمیت حیاتی دارد: بدون انجام شدن حسابرسی هزینه‌های، بخش دولتی، دستیابی به اطمینان لازم در مورد این که پول‌ها درست به حساب گرفته شده‌اند و سوء استفاده‌ای رخ نداده است، ممکن نیست. بدون حسابرسی قابل اعتماد، سطوح مختلف دولت ممکن است نتوانند به اطمینان لازم در مورد کنترل مخارجی که بودجه‌بندی براساس مواد هزینه فراهم می‌سازد، دست یابند.

استعدادهای کارکنان: فرایند بودجه‌بندی عملیاتی مسوولیت (و نیز اختیارات) برآورد مالی، کنترل خرج و مهار هزینه‌ها را از سطوح مرکزی به سطوح غیرمتمرکز منتقل می‌سازد. معمولاً کارکنان سطوح غیرمتمرکز برای مدیریت برنامه‌های مالی، محاسبه قیمت واحد، و مرتبط ساختن هزینه‌های واحد با داده‌ها و ستاده‌های تفصیلی، نیاز به آموزش دارند.

روشنی هدف و نتایج: کارکنان شاغل در بودجه‌بندی عملیاتی باید در مورد هدف‌های سیاسی وزارتخانه یا اداره‌ای که در آن کار می‌کنند، و نیز نتایجی که باید به دست آید، آگاه باشند. که این مساله مستلزم اطلاع داشتن از سیاست به نحوی که در اسناد راهکاری بیان شده، هم چنین توجه به نتایج قابل اندازه‌گیری و پایش است.

تحمیل یک بودجه سختگیرانه: یک بودجه غیر منعطف، ارائه‌کنندگان را مجبور می‌کند که در درون یک بسته بودجه‌ای از قبل تعیین شد، دوام بیاورند، در حالی که یک بودجه انعطاف‌پذیر، بیشتر بخشنده است و به دولت اجازه پوشاندن کسری‌های مالی را می‌دهد. بودجه‌های سخت‌گیرانه به این دلیل ترجیح داده می‌شوند که بودجه‌های انعطاف‌پذیر، انگیزه پای بندی به هزینه‌های پیش‌بینی شده، هدف‌های اجرایی را بی اعتبار می‌سازند. اما اگر قرار باشد خدمات مورد انتظار یا وعده داده شده، در دسترس قرار نگیرند، فشارهای سیاسی و پاسخگویی دولتی ممکن است دولت‌ها را مجبور به رها کردن بودجه‌های سخت‌گیرانه کند.

ثبات تخصیص و سیاست محیطی: پذیرفتن بودجه عملیاتی تغییر در نحوه برنامه‌ریزی نیازهای بازرگانی را برای اجرا، ایجاب می‌کند و این مستلزم تفویض قدرت فزاینده و کنترل به مدیران صف، اداره‌ها، ناحیه‌ها، و مخارج زیاد انرژی و منابع در مورد تصمیم جدید خواهد بود. در این زمینه‌ها، تخصیص ناپایدار و تغییر سیاست محیطی، ممکن است صدمات بیشتری نسبت به مدیریت سنتی بر مبنای مواد هزینه، (هنگامی که سرمایه‌گذاری‌های جدید، صرف انرژی به موقع انجام نشده، و بی ثباتی به صورت هنجار دربیابند) به مسایل اخلاقی کارکنان وارد سازد.

سطوح ۱ و ۲ و ۳ باید با یکدیگر کارکنند: کار کردن تمام سطوح فرایند بودجه‌بندی چیزی نیست که در یک شبه به وقوع بپیوندد، اما بتدریج رخ می‌دهند. توجه به هر سطح اهمیت دارد زیرا، چنانچه قبلاً گفته شد، هر سطح،

سطوح دیگر را به جلو می‌راند. درک چگونگی اجرای هر سطح نیز برای فهمیدن آن که چرا ممکن است بودجه عملیاتی نسبت به انتظارات کم بیاید، ضروری است.

۵- اداره شرکتی: راهکارهای سازمان

در اواسط دهه ۱۹۸۰ زلاند نو شدیدترین اقتصاد حمایتی را داشت و مالکیت دخالت‌های دولت آن، از همه کشورهای صنعتی بیشتر بود. تا ۱۹۹۰ بیشتر حمایت‌ها برداشته شد، دخالت‌های گسترده داخلی کنار گذاشته شد و قسمت اعظم بخش دولتی به صورت شرکتی در آمد. برنامه اداره شرکتی در زلاند نو از لحاظ دامنه، سرعت و شدت تحول بی‌نظیر بود.

در ۱۹۸۳ فرایند شرکتی کردن، هنگامی اتفاق افتاد که دولت درگیر بحث‌های گسترده‌ای در مورد مطلوب بودن واگذاری مؤسسه‌های عمومی که ترکیبی از نقش‌های بازرگانی، نظامی و اجتماعی را ایفا می‌کردند، بود. این بحث منجر به پیشنهادهایی در مورد تبدیل کلیه مؤسسه‌های دولتی تولیدکننده کالا و خدمات دارای ارزش تجاری، به شرکت‌های عمومی، که آنها را شرکت‌های دولتی (SOEs) می‌نامیدند. رهنمودهای وزارت دارایی در ۱۹۸۵ همراه با توصیه‌های تکمیلی منتشر شد که سه هدف اساسی برای فرایند اداره‌های شرکتی قابل بود.

۱- باید به صورت مؤسسه‌های جداگانه، برحسب هدف‌های تجاریشان، زیرنظر هیات مدیره‌ای مانند بخش خصوصی، اداره شوند. هیات مدیره SOEs دارای اختیار تصمیم‌گیری برای دستیابی به هدف‌های (۱) بالا هستند. آنها می‌توانند مسوولیت سرمایه‌گذاری‌های سنگین، خرید و دیگر تصمیم‌های راهبردی را برعهده گیرند (وزیران مسوولیت کلی SOEs را برعهده دارند، ولی نباید درگیر فعالیت‌های آنها شوند).

۲- مدیران، دارای هدف‌های معین و روشن، یعنی به حداکثر رساندن عملکرد بازرگانی و اداره کردن SOEs به صورت بنگاه‌های موفق بازرگانی هستند، که بطور روشنی متمرکز بوده، پایش را آسان کرده، پاسخگویی را بهبود می‌بخشند تا از تاثیرپذیری عملیات سیاست‌های ناهمخوان با هدف‌های خود جلوگیری کنند.

۳- مدیران SOEs مسوول بکار گرفتن داده‌ها، قیمت‌گذاری و به بازار رساندن محصول‌های خود و اجرای هدف‌های تعیین شده از طرف مدیران هستند.

۴- عملکرد مدیریت باید دقیقاً به وسیله وزیران، خزانه‌داری و برخی از بررسی‌کنندگان خصوصی - پایش شود.

۵- پاداش‌ها و تنبیه‌ها در مدیریت باید برای تشویق انگیزه‌های اجرایی برقرار و حقوق کارکنان با عملکرد آنها مرتبط شوند.

۶- SOEs بیش از این از انحصار قانونی برخوردار نبوده، یا دسترسی ترجیحی به بازرگانی دولتی نداشتند و در صورتی که بازارهای بالقوه رقابتی وجود داشته باشد SOEs ها در معرض آن قرار خواهند گرفت.

۷- SOEs به جای تکیه کردن به نرخ‌های یارانه‌های دولتی، به تهیه پول از بازار سرمایه تشویق می‌شوند بدون آن که دولت وام‌های آنها را تضمین کند. آنها باید نرخ سود سرمایه‌ای را مانند بازار، بدست آورند و مالیات‌ها و سهم سودهای دولت را پرداخت کنند. آنها می‌توانند مواد و سایر داده‌ها را از هر منبعی به جز منابع مورد استفاده دولت خریداری و در بیشتر موارد می‌توانند کارکنان خود را مانند بخش خصوصی، استخدام کنند.

از هیات مدیره مؤسسه‌های شرکتی شده انتظار می‌رود، وجوه مورد نیاز خود را در بازار سرمایه فراهم ساخته و سرمایه را با نرخ مناسبی برگردانند. این شبیه کاری است که هیات مدیره بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌دهند. اما شرکتی شدن مؤسسه‌هایی که قبلاً عمومی بودند، این مشکل را دارند که دولت سهامدار اصلی این گونه مؤسسه‌ها شمرده شده، در مقابل دارایی‌های آنها، بدهکار به حساب می‌آیند. شرکت‌های ممتاز، از ورشکستگی درامان هستند، چون بطور ضمنی از ضمانت دولت برخوردارند. اما در شرکت‌های خصوصی، افراد یا صندوق‌های سرمایه‌گذاری، سهامدار محسوب شده، هیچ تضمینی برای حمایت از سرمایه‌گذاری‌های آنها وجود ندارد و ورشکستگی شان عادی به حساب می‌آید.

تا ۱۹۸۶ قانون بنگاه‌های دولتی یک هیات مدیره برای هر یک از مؤسسه‌های SOEs زلاند نو در نظر گرفت که در مقابل وزیر دارایی مسوول شمرده می‌شدند. به علاوه این وزیر سهامدار SOEs شمرده می‌شد (صاحب سرمایه به حساب می‌آمد) و به نوبه خود در مقابل مجلس مسوولیت عملیات اجرایی بنگاه را برعهده داشت. هر SOEs شرکتی شده باید اساسنامه‌ای شامل هدف‌ها، حوزه فعالیت‌ها، سیاست‌های مالی، هدف‌های اجرایی، بازده پیش‌بینی شده‌ی ارزش‌های بازرگانی و سایر اطلاعات را منتشر کند به موجب این قانون SOEs باید اطلاعات یکساله شش ماهه و اطلاعات دیگر را در اختیار وزیر سهامدار قرار دهد. تفاوت‌های سازمانی و عملکردی شرکت‌های SOEs تازه تاسیس شده و اداره‌های دولتی سنتی در جدول ۶ خلاصه شده‌اند.

در ۱۹۸۷ نه SOEs ذغال، برق، مدیریت دارایی، زمین، مراتع، پست، پست بانکی، ارتباط راه دور و کنترل ترافیک هوایی، به وجود آمدند. این تغییرها بر ۶۰۰۰۰ کارمند دولت تاثیر گذاشت. در مربع ۸ یک دستورعمل در مورد چند موضوع مهم را که قبلاً یا طی فرایند انتقال بروز کرده، به نحو رضایتبخشی حل نشده‌اند، خلاصه شده‌است. این بنگاه‌های جدید عمومی برای نخستین بار در تاریخ زلاندنو انحصار قانونی خود را از دست دادند و با فشار بازار مواجه شدند. اگرچه دولت همچنان مالکیت دارایی‌ها را حفظ کرده بود، SOEs باید مالیات خود را به دولت پرداخت می‌کرد چون دیگر نمی‌توانستند از منابع رایگان دولت برای سرمایه‌گذاری استفاده کنند. آنها باید به جای مقام‌های رسمی معین به هیات‌های مدیره مستقل گزارش بدهند. هیات‌های مدیره جهت‌گیری شرکت را با وزیران به مذاکره می‌گذارند. مجریان اصلی را بدون این که گرفتار سیستم‌های کند استخدام، بودجه‌بندی و خرید باشند، انتخاب کرده، با آنها قرار داد می‌بندند.

طی یک دوره پنجساله SOEs سودآوری خود را نشان دادند. بهره‌وری ارتباطات راه دور تا ۸۵٪ افزایش یافت و قیمت‌ها را ۲۰٪ پایین آورد. تولید قبلی باقی ماند. SOEs راه‌آهن در حالی که زیان ۷۷ میلیون دلاری را به ۴۱ میلیون دلار رسانده بود، نرخ‌های کرایه را به نصف کاهش داد. بطور کلی SOEs درآمدهایشان را تا ۱۵٪ افزایش دادند و طی پنج سال سود خود را چهاربرابر کردند و تا ۱۹۹۲ حدوداً یک میلیارد دلار سود و مالیات پرداخت کردند.

بازنگری شواهد موجود نشان می‌دهد که شرکتی کردن و مقررات زدایی اثر مثبتی بر کارایی دولت در عملیات اجرایی خدمات بازرگانی داشته است، اگر چه یافته‌های تجربی در مورد دستیابی آنها به هدف‌های اجتماعی (مانند حسابداری اجتماعی) غیرقابل دسترسی هستند. عقد قراردادهای جدید در بخش‌های بهداشت و رفاه نیز رایج گشته است. اصلاح مدیریتی حسابداری در خدمات عمومی صرف نیز بطور کلی پشتیبانی وسیع، ولی غیرکافی سیاستمداران و مدیران ارشد را کسب کرده است.

| جدول ۶ - ابعاد عملیاتی یا سازمانی در زلاندنو | | |
|---|---|---|
| مؤسسه شرکتی شده یا SOEs | اداره دولتی | |
| دولت دارندگان امتیاز / اوراق قرضه دارندگان امتیاز نامحدود به جز بیمه خصوصی | پارلمان n/a (نامشخص) هیچکس نامحدود | مالکیت / مسوولیت قانونی - سهامداران - سودها - بدهی |
| نامشخص | مشخص | تحت حمایت ضمانت دولتی |
| متوسط خصوصی سازی | نامشخص تجدید سازمان | رفتار متمایزکننده - هیات مدیره خودگردان - تهدید نهایی |
| قابل توجه | کم | خودگردانی مدیریت |
| خزانه داری / وزیر | هیچکس | - تعیین سود |
| عمدتاً حذف شده بازار سرمایه خصوصی وسیعتر تأحدودی | احتمالی صندوق های ادغام شده محدود هیچ | محدودیت های عملیات - انحصار قانونی - منابع مالی - حوزه عملیاتی - انعطاف پذیری سازمانی |
| انفرادی تنها هنگام قرارداد | مختلط قانون گذاری / سیاستگزاری / اجتماعی | هدفها - بازرگانی - سایر هدفها |
| هیات مدیره فقط هنگام قرارداد بستن | کمیسیون خدمات دولتی قانون خدمات دولتی | انگیزه ها / الزامها - مدیریت - کارکنان |
| مدیر / واحد SOE هیات مدیره CEO | نامشخص SSC / وزیر کارمند | پایش داخلی - هیات مدیره - مدیریت عالی - مدیریت میانه |
| مدیر / بازار سرمایه دفتر حسابرسی هیات مدیره SOE / خزانه داری | پارلمان دفتر حسابرسی خزانه داری / / کمیتهها | پایش خارجی - برنامه های هزینه کردن - حساب های مالی - عملیات اجرایی کلی |

Source: Adapted from Bolland and Mayes (1993) in Clarke and Pitelis (1993)

مرجع ۸: موضوعها و مراحل فرایند شرکتی کردن در زلاندنو

شرکتی شدن در زلاندنو بیشتر به صورت مجموعه گوناگون فرایندهایی که معمولاً باگذشت زمان به یک SOE فعال منجر شدند و نه یک مرحله باز تعریف شده جداگانه، مشاهده می‌شود.

نخست، توافق شد که فرایند ایجاد یک کمیته رهبری برای نظارت برگزار منظم و آماده ساختن زمینه برای SOE، آغاز شود. اما در برخی موارد مرحله گذار به دلیل تغییر نظر سیاستمداران و بوروکرات‌ها در مورد شکل‌های مناسب سازمانی و مشکلات نحوه ارزیابی دارایی‌هایی که به وسیله مؤسسه عمومی وضع شده بود، باکندی و غیرمستقیم انجام می‌شد. در مواردی دیگر، بین وضعیت SOE رسمی و انتقال دارایی‌ها که طی آن سازمان‌های جدید باید با ترازنامه‌های مبهم، عمل می‌کردند، فاصله وجود داشت.

دوم، بطور کلی در مورد ارزیابی بدهی‌ها و دارایی‌های هر مؤسسه عمومی که قرار بود به یک شرکت جدید تبدیل شود، توافق شده بود. اما، این معمولاً یک فرایند مشکل بود که تجدیدنظر در مورد ارزش فعالیت‌ها و دارایی‌ها را تحمیل می‌کرد. در برخی از موارد دولت این طلب‌ها را با ثبت‌های حسابداری حذف می‌کرد. اما در موارد دیگر طلب‌های غیرمتناسب با فعالیت SOE به حدی می‌رسید که مانع تجدید سرمایه‌گذاری می‌شد.

سوم، نظرهای موافق کمی در مورد تجدید ساختار مؤسسه عمومی قبل از تبدیل شدنش به یک SOE یا بعد از شرکتی شدن آن وجود داشت. در جایی که هیات مدیره قبل از شرکتی شدن، تشکیل شده بود، سعی می‌کرد تجدید ساختار اولیه را در استخدام، امور مالی و عملیات، پدید آورد. در اینگونه موارد، دولت هزینه‌های اضافی و بدهی‌ها را به عهده می‌گرفت تا مدیریت SOE جدید کار را با یک ترازنامه روشن شروع کند. اما در بیشتر موارد SOEs باید خود، شرکتی شدن را به عهده می‌گرفت، که گاه هزینه‌های این کار از تجدید ساختار بیشتر می‌شد.

چهارم، بطور کلی پذیرفته شده بود که چهارچوب‌های نهایی قانون‌گذاری و مقررات زدایی، قبل از تبدیل شدن مؤسسه‌های عمومی به SOEs، ایجاد شود. اما، این چهارچوب‌ها همیشه در مؤسسه‌های عمومی گذشته و موجود که دارای هدف‌های ترکیبی مانند ارائه مشاوره‌های سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و هدف‌های اجتماعی - بودند به جا و دریک زمان شکل نمی‌گرفت و برای تبدیل شدن به SOEs بر یکدیگر سبقت می‌گرفتند.

See Bollard and Mays (1993) in clarke and pilelis (1993)

به علاوه، در مورد این که دولت زلاندنو اکنون بسیار بهتر از گذشته اداره می‌شود توافق عمومی وجود دارد. این موضوع از طریق یک مطالعه مستقل که به وسیله Allensehich در ۱۹۹۶ برای کمیسیون خدمات دولت زلاندنو انجام شده نیز مورد تایید قرار گرفته است. تعداد زیادی از مدیران که schick با آنان مصاحبه کرده است. ... معتقدند که خدمات بهبود یافته، کارکنان نسبت به مشتریان و کیفیت خدماتی که به آنان ارائه می‌شود، حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. برخی از مدیران ... تخمین زده‌اند که با اصلاح‌های فایده‌های سالیانه، کارایی بیش از ۱۰ درصد، شده است.

یکی از معماران اصلاح‌ها به نام گراهام اسکات گفته است. فایده‌های سیاست شرکتی کردن در زلاندنو بیش از حد انتظار بوده است و به دنبال فواید بیشتری که در نتیجه خصوصی‌سازی، و پیش‌بینی فروش SOEs و

سایر مؤسسه‌های بازرگانی عمومی به بخش خصوصی بود، شجاعت بیشتری برای پیشبرد این سیاست پدیدار شد. بدین جهت بین سال‌های ۹۱-۱۹۹۵ دولت بیش از ۲۰ سازمان دولتی، از جمله: بانک زلاندنو، بانک روستاها، اداره پست بانکی، مؤسسه کشتیرانی، بیمه عمر دولتی، شرکت مراتع، شرکت هتل جهانگردی، شرکت تلفن راه دور، و غیره را به فروش رساند.

کاربرد در بهداشت همزمان با فروش SOEs وزیران دولت درس‌های فراگرفته از موفقیت‌های اولیه خود را در مورد بخش دولتی صرف - شامل خدمات دارای پیامدهای بیرونی مثبت **Positive externalities** و کالاهای عمومی - به کار گرفتند. آنان تصور می‌کردند که هدر رفتن و ناکارایی در مؤسسه‌های بهداشتی، آموزشی، دفاع، پلیس، دادرسی جنایی، محیط زیست و رفاه نیز، شیوع دارد. با این حال، باور عموم این بود که نمی‌توان این مشکلات را با الگوهای کاملاً شرکتی و خصوصی سازی حل کرد بنابراین، آنان چهارچوب مدیریت جدید بخش عمومی را که قرار بود انگیزه‌های مشابهی برای کارایی در فعالیت‌های مؤسسه‌ها و اداره‌های دولتی باقیمانده به وجود آورد، تدارک دیدند.

- وزیران باید با تمام اداره‌ها و وزارتخانه‌ها در مورد ایجاد ستادهایی با کیفیت و کمیت معین، با قیمت‌های مشخص به توافق می‌رسیدند.
- واحد اصلی اداری، هر قسمت یا وزارتخانه کار خود را بیشتر باید از طریق یک قرارداد اجرایی با زمان ثابت انجام می‌داد، نه از طریق تصدی دائمی.
- مدیران ارشد جدید در اداره منابع سازمان خود آزاد بودند، در نتیجه کنترل روزمره اداره خزانه‌داری بر بودجه‌هایی که برای مدیران ارشد حواله می‌شد، CEOs در مورد خرید، دارای قدرت تصمیم‌گیری بوده، هر چیزی را در زمانی که لازم داشتند، می‌توانستند خریداری کنند، کارکنان دولتی تضمین‌های شغلی دوره تصدی را از دست داده، اتحادیه‌ها نمی‌توانستند به صورت یکپارچه در مورد همه کارکنان اداره‌های مختلف دولتی، به چانه زنی بپردازند.
- اداره‌ها و وزارتخانه‌ها برای اداره کارآمد مالی از جمله ایجاد حسابداری متعهد و تعهد هزینه‌های بهره (قابل پرداخت به خزانه‌داری) و بابت دارایی‌های تحت مدیریت خود، انگیزه پیدا کردند.

یکی از درخشان‌ترین نوآوری‌ها بخش بهداشت زلاندنو جداسازی نقش‌های سیاسی و مدیریتی از طریق یکی کردن نتایج با وزارت بهداشت و یکی کردن ستاده‌ها با مدیریت ارشد **NHA** بود. وزیر از طرف شهروندان - باید نتایج مورد انتظار را تعیین می‌کرد و برای خرید ستاده‌های موردنظر با مدیر ارشد **NHA** به مذاکره می‌نشست. آنگاه مدیر ارشد مسوولیت انتخاب داده‌های لازم (خدمات و ارائه‌کنندگان) را برای دستیابی به ستاده‌های مورد توافق، به مذاکره می‌نشست.

اما هنگامی که دولت به سمت تغییر شکل - یا شرکتی کردن - بیمارستان‌های دولتی به مؤسسه‌های بهداشتی ممتاز[¶] (**CHE**) حرکت کرد، مشکلات عمده‌ای بروز کرد. مانند انگلستان ارائه‌کنندگان از شرکت در فرایندهای جدید خودداری کردند. هزینه‌ها بیش از آن که کاهش یابند، با نرخ ۵٪ سالیانه افزایش یافتند، و **CHES** گرفتار کسری مداوم شدند.

[¶] crown Health Enterprises

در مورد تفاوت بین SOEs موفق زلاندنو و CHES که تاکنون عملکرد نسبتاً نامطلوبی داشته‌اند، گراهام اسکات می‌گوید:

- CHES با یک بازار سخت و مقاوم بازار کار (به صورت ارائه‌کنندگان قدرتمند) روبرو بودند در حالی که چنین وضعیتی نداشتند.
- CHES معیار شخصی برای ستانده نداشتند، در حالی که SOEs می‌توانستند آنها را فرموله کنند و در موردشان به توافق دست یابند.
- CHES در یک موقعیت انحصاری قرار داشتند (معدودی از آنها) و تمایلی به وارد شدن به رقابت نداشتند، در حالی که SOEs دارای انحصار نسبی بودند و می‌توانستند به رقابت وادار شوند.
- CHES در مقابل عموم از طریق دولت "پرداخت کننده دستة سوم" (مثلاً بیمه درمانی محلی)، پاسخگو بودند، در حالی که SOEs می‌باید به افراد مصرف‌کننده (از طریق خریدهای آنان) پاسخ دهند.

پیام اسکات این نیست که بخش بهداشت زلاندنو، کاندیدای مناسبی برای کاربرد عملیات شبه - شرکتی که NPSM به درون بخش بهداشت را تزریق کند، نیست. بلکه بیشتر بر آنست که هیچ استاندارد ماند استانداردهای SOE که بتوان آنها را در مورد CHES به کار گرفت، وجود ندارد. او شرکتی کردن را یک فرایند اکتشاف می‌داند. او پیشنهاد می‌کند به کاربرد NPSM باید مانند تجربه‌ای نگریسته شود که مستلزم تحلیل دقیق قبلی سیستم بهداشتی و ذینفع‌های عمده آن، است. او پیشنهاد می‌کند، سیاست‌گذاران یک فرضیه روشن درباره نحوه عمل طرح جدیدشان، انتظاراتشان در انجام آن، و معیار دقیقی برای اندازه‌گیری موفقیت آن طی زمان در نظر داشته باشند. و یادآور می‌شوند که دلایل شکست‌های اجرایی را می‌توان در شفاف نبودن کافی و رابطه نقش‌ها و مسوولیت مدیران، اداره‌ها و عامه مردم جستجو کرد.

با کمال تعجب پاسخ‌های مثبت به اصلاح بخش بهداشت زلاندنو، توسط بخش خصوصی و پزشکان عمومی، دریافت شد. پزشکان عمومی برخی از مزیت‌های فعالیت‌های شبه بازرگانی را مانند عقد قرارداد و بهبود مدیریت مالی پذیرفتند اما نمی‌خواستند بطور روزمره درگیر این گونه عملیات شوند. آنان ترجیح می‌دادند انرژی خود را صرف طبابت کنند. بهمین جهت اتحادیه پزشکان مستقل (IPAS) را برای مدیریت جنبه‌های بازرگانی برای پزشکان عمومی، و به عنوان یک حفاظ در مقابل تغییرهای بسیار و پیچیده‌ای که دولت انجام داده بود، به وجود آوردند.

تا ۱۹۹۵ بیش از ۴۰، IPAS مستقل در سرتاسر کشور ایجاد شد که نمایندگی بیش از ۵۰ درصد پزشکان عمومی را برعهده داشتند. این تشکل‌های پیاپی IPAS از طرف مدیریت اصلاح بهداشت زلاندنو مثبت تلقی شد، چون در گذشته هیچ سابقه‌ای برای عقد قرارداد بین مقام‌های خریدار دولت‌های منطقه‌ای و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه وجود نداشت. اما با شکل گرفتن IPAS، مقام‌های بهداشتی منطقه‌ای توانستند به جای قرارداد بستن با صدها پزشک عمومی، بطور جداگانه، با تعداد معدودی IPAS قرار داد ببندند و در هزینه‌های عقد قرارداد،

صرفه‌جویی کنند. به علاوه، کارشناسی حرفه‌ای که به وسیله کارکنان اعمال می‌شود، فرایند چانه زنی قراردادهای را آسانتر می‌کند.

در تحلیل یک مطالعه موردی از یک IPA بنام Pegasus در Christehiereh ۹۰ درصد پزشکان عمومی اعلام کرده بودند که درخواست‌های پاسخگویی به قراردادهای بین مقام‌های بهداشتی منطقه NZ و پزشکان عمومی Christiandurah از طریق ساختار IPA حل شده است. پزشکان عمومی فقط باید پاسخگوی بیماران خود و پزشکان عمومی دیگر باشند، در حالی که سقف‌های دولتی بودجه بهداشتی منطقه و همچنین پاسخگویی به قراردادهای بابت خدمات پزشکان عمومی بطور کلی به وسیله IPA انجام می‌شود. به علاوه Pegasus از طرف پزشکان عمومی منطقه، نواحی که در آنها لازم بود هزینه‌ها کاهش یابد و صرفه‌جویی بعمل آید را با همکاری متقابل مقام‌های بهداشتی منطقه‌ای که IPA می‌توانست در صرفه‌جویی‌ها برای مصارف دیگر مشارکت کند، تعیین می‌کردند. در ۹ ماهه اول عملیات Pegasus، این کار بطور موفقیت‌آمیزی در مورد آزمون‌های آزمایشگاهی و داروخانه پیشرفت کرد. مثلاً در مورد ایجاد اطلاعات هزینه‌ای و انتخاب پزشکان عمومی برای دستورعمل‌های هزینه اثربخش‌تر، Pegasus توانست به ۳۰٪ کاهش استفاده از آزمایشگاه دست یابد که صرفه‌جویی ناشی از آن بالغ بر یک میلیون دلار زلاند نو شد.

جمع‌بندی: شرکتی می‌تواند از طریق وادار ساختن مؤسسه‌های عمومی به صورت lean and mean در یک محیط باز رقابتی، به اصلاح مداوم عملکرد آن کمک کند. در گذشته مؤسسه‌های عمومی که شرکتی شده‌اند باید، گروه‌های ذینفع را راضی نگه می‌داشتند، با حداقل تامین مالی به حیات ادامه می‌دادند، درآمد ایجاد می‌کردند و مشتریان را راضی نگه می‌داشتند. بطور همزمان آنها می‌باید در مقابل عموم پاسخگو بوده، استانداردهای انصاف را نیز مراعات می‌کردند. تمام شرایط NPSM اجرا می‌شود ولی حفظ بقای شرکت به عهده مدیریت بود.

از طرف دیگر، در عزیمت به سوی شرکتی شدن "مؤسسه‌های عمومی صرف" - که در آنها پاسخگویی شدید بوده - پیامدهای بیرونی مثبت و کالاهای عمومی دخالت می‌کنند، کار بسیار پیچیده‌تر است. در این مورد باید کاملاً سنجیده عمل شود و یک تیم آزموده، فرایند را هدایت کند و احتمالاً یک شکل پیوندی یا شبه شرکتی مانند آنچه در بخش بهداشت زلاندنو نشان داده شد، پدید آید. مسایلی که احتمالاً ممکن است پیش آیند در مربع ۹ نشان داده شده‌اند.

راهکار سازمانی ۳: واحدهای خودگردان (Aas)

در ۱۹۹۶ دولت سنگاپور با شرکت دوازده اداره دولتی و ستاد مرکزی سه وزارتخانه، به یک تجربه بزرگ به نام واحدهای خودگردان (AAs) دست زد. چهارده AAs جدید، برای بهبود مدیریت واحدهای دولتی، از طریق عملیات مدیریت جدید بخش عمومی، بخشی از یک پایلوت را در نظر گرفتند. سه AAs جدید از قبل تحت مدیریت عملیاتی اداره‌های وزارت بهداشت بودند:

- پلی کلینیک Taopayoh (TPP) که بیشتر به بیماران طبقات اجتماعی اقتصاد پایین خدمت می‌داد (مربع ۵)
- پلی کلینیک Tampines (TMP) که بیشتر به آموزش بهداشت و بهبود سلامت طبقه متوسط و سالمندان می‌پرداخت (مربع ۵) و
- انستیتوی علوم و پزشکی قانونی (ISFM) که مسوولیت بررسی‌های علمی و پزشکی تجزیه و تحلیل‌های غذا و دارو را عهده‌دار بود.

هریک از چهارده AAs باید معیارهای اجرایی را که به وسیله کمیته تضمین کیفیت وضع شده بودند، مراعات می‌کردند. در مجموع، در مورد ۲۳۰ ستاده اصلی و هدف اصلی توافق شده بود که شامل اثربخشی، کارایی، و کیفیت خدمات می‌شدند. در همان زمان به AAs اختیار خودگردانی و انعطاف‌پذیری قابل توجهی در مدیریت امورشان، داده شد. مثلاً:

- انعطاف‌پذیری تدارکات: به AAs اختیار داده شد، هیات مناقصه خود را برای خریدهای بین ۲۰۰۰ تا ۷۰۰۰۰ دلار ایالت متحده تشکیل دهند، برخلاف گذشته که خریدهای بیشتر از ۲۰۰۰ دلار باید به هیئت‌های مناقصه ارجاع می‌شد.
- انعطاف‌پذیری مالی: AAs از مواد اعتباری بودجه، که در گذشته مستلزم کسب موافقت وزارت دارایی برای انتقال بین مواد بود، معاف شدند.
- انعطاف‌پذیری کارکنان: AAs اجازه یافتند کارکنان سطح پائین را استخدام و پس از یک دوره آزمایشی رضایتبخش، استخدام آنان را تایید کنند، و همچنین مجوز ارتقاء افراد به رده‌های شغلی بالاتر (در صورتی که مهارت‌یشان با شرایط احراز فنی مطابقت می‌کرد) داده شد.

به علاوه مجموعه جدیدی از انگیزه‌ها برای تحرک بیشتر کارکنان در AAs بکار گرفته شد. اگر AA به ۸۵ درصد هدف‌های اجرایی دست می‌یافت و به اندازه کافی در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌کرد، می‌توانست مبلغ پس‌انداز شده را برای بهبود سازمان خرج کند و ۵۰ درصد بقیه در اختیار مدیران AA قرار داده می‌شد تا برای رفاه بیشتر کارکنان (مانند بهبود شرایط کار، ایمنی و حوادث اجتماعی) به مصرف می‌رسید.

این اصلاح‌ها، به عنوان بخشی از سیاست AAs سنگاپور، اساس راهبرد سوم ما را - تامین خودگردانی مؤسسه‌های عمومی تشکیل می‌دهد. اگرچه سنگاپور با احتیاط برنامه AA هایش را پیش می‌برد، فعالیت‌های شبه بازرگانی خود از طریق ترکیب انعطاف‌پذیری بیشتر مدیریت، یعنی مدیریت امور مالی و کاهش هزینه‌ها، همراه با انگیزش کارکنان برای بهبود عملیات، پیگیری می‌کند. به تدریج، AAs در صورتی که مقررات مورد توافق (بابت تضمین کیفیت) را مراعات کنند، بطور فزاینده‌ای از مدیریت و کنترل دولت، رها خواهند شد.

مربع ۵: واحدهای خودگردان در سیستم بهداشتی سنگاپور

در سال مالی ۱۹۹۶، TPP حدود ۲۸۰۰۰۰ دلار سنگاپور بودجه و ۶۵ نفر کارمند داشت. با تبدیل شدن به واحد خودگردان، TPP دارای اختیار مدیریت کامل بودجه و برگزارای مناقصه‌های خود شد. خودگردانی، اختیار استخدام کارکنان بهداشتی و اداری را تامین کرد. بدین ترتیب TPP توانست نیروهای تازه را سریعتر استخدام کند. به پزشک مسوول کلینیک مسوولیت مرخصی‌ها، اعزام پزشکان به نواحی مختلف، و حفظ ترکیب نیروی انسانی داده شد.

TPP به سرعت خدمات جدیدی عرضه کرد و خدمات جاری را به عنوان ابزارهایی برای دستیابی به مشتریانش، بهبود بخشید. TPP به عنوان بخشی از ارزشیابی خود، حضور ماهیانه مراجعانش را در درمانگاه‌های زنان سالم، تنظیم خانواده، غربالگری خطر عروق کرونر، درمانگاه ترک سیگار و برنامه‌های غربالگری بهداشت، پایش کرد. بازخوردهای بیماران نسبت به بهبود خدمات سنجیده شد. بطور کلی TPP در سال مالی ۱۹۹۶ به ۵۵٪ از هدف‌هایش دست پیدا کرد. مثلاً هدف TPP این بود که درمانگاه ۹۵٪ از مراجعین خود را ۴۵ دقیقه پس از رسیدن به محل ثبت نام ویزیت کند، که در این مورد به رکورد ۹۸٪ دست یافت. هدف نمره میانگین بررسی مدارک پزشکی ۹۵٪ درصد بود که درمانگاه به ۹۳٪ دست یافت. نمره‌های بررسی مدیریت دیابت و زنان سالم به ترتیب ۸۰٪ و ۸۵٪ بود. اکنون TPP تحت فشار است تا این نمره‌ها را، به ویژه در مناطق زیادی که ارائه خدمات TPP چندان رضایتبخش نبوده است، افزایش دهد. هدف کلی TPP دستیابی به نمره رضایتمندی ۸۰٪ بود که به ۸۹٪ رضایتمندی دست یافت.

پلی کلینیک (TP) Tampines

در سال ۱۹۹۶، TP با هزینه‌ای معادل ۸۰۰۰۰۰ دلار ایالات متحده و ۱۷۳ نفر کارمند اداره می‌شد. با تبدیل شدن TP به یک واحد خودگردان، کارکنان TP در مورد اضافه شدن مسوولیتشان به عنوان کارمند AA آشنا شدند و پاسخ مثبت دادند. TP مسوولیت بیشتری در مورد امور مالی پذیرفت که با اعطای اختیار بیشتر خرید تا سقف ۵۰۰۰ دلار به مدیر TP انعکاس یافت. درمانگاه برنامه‌های سازمان یافته بیشتری را همراه با آموزش بهداشت، ارائه کرد. یکی از مهمترین بهبودها، ارتقاء کفایت حرفه‌ای کارکنان از طریق نشست‌های منظم هفتگی پس از ناهار بود.

اجرای عملیات TP در زمان‌های کوتاه‌تر و خدمات کاملتر، به افزایش کارایی و جلب رضایت مشتریان آن انجامید. بطور کلی TP به ۵۰٪ از هدف‌هایش دست یافت در حالی که بسیاری از آنها بسیار خوب و برخی دیگر ضعیف اجرا شده بودند. مثلاً قرار بوده ۹۵٪ بیمارانی که به محل ثبت نام می‌رسیدند، طی ۴۵ دقیقه ویزیت شوند، ۱ تا ۹۵٪ آنان در ۶۰ دقیقه پس از ثبت نام به وسیله پزشک ویزیت شده بودند. نمره میانگین هدف برای اداره بیماران دیابتی ۸۰٪ بود در حالی که عملیات اجرایی پایین و در سطح ۶۵٪ باقی مانده بود. بطور کلی نمره میانگین هدف ۸۵٪ برای رضایتمندی در نظر گرفته شد که رضایتمندی ۸۵٪ حاصل شد. تا پایان سال تعداد مراجعین به ۲۹۳۱۱۶ نفر رسید که ۶٪ از سطح سال مالی ۱۹۹۶ بالاتر بود.

بازهم، هدفی که هر TP به عنوان مقصد برای خود تعیین کرده بود به صورت نشانه‌ای درآمد که عملیات اجرایی نسبت به آن سنجیده، اصلاح‌های اضافی باید نسبت به آن انجام می‌شد. خود هدف‌ها با توجه به بهبود ظرفیت‌ها باید تعدیل می‌شدند و به صورت فرایندی برای بهبود مستمر در می‌آمدند.

در پایان نخستین سال پایلوت سنگاپور، هفت AAS از چهارده تا حداقل به ۸۵٪ و از سطوح توافق شده رسیده بودند، در حالی که بیشتر AAS باقیمانده به بیش از ۵۰٪ هدفهای اجرایی دست یافته بودند. بطور کلی ۱۰۶ هدف از ۲۳۰ هدف اصلی که به وسیله ۱۴ AAS پایلوت پیگیری می‌شد، مورد بازنگری قرار گرفته، افزایش یافتند.

AAS به عنوان بخشی از فرایند بهبود، که به ۸۵ درصد سطح تعیین شده دست نیافته بودند، فرصت بازنگری داده شد تا علت عدم دستیابی خود را بازنگری کنند. این بازنگری بیشتر به AAS بخش بهداشت مربوط می‌شدند چون موفقیت آنها چندان زیاد نبود و ارزشیابی و تصحیح عملکرد آنها ضروری به نظر می‌رسید (مربع ۴). در برخی از موارد این فرایند به انعقاد قراردادهای واقع بینانه‌تری، با توجه به آنچه در سال مالی بعد می‌توانست بدست آید، منجر شد.

یک سال بعد، ۱۰۲ اداره مرکزی وزارتخانه‌ها، اداره‌ها و مؤسسه‌هایی که از جانب دولت تامین مالی شده ولی به وسیله هیات‌های قانونی اداره می‌شدند، به صورت AAS درآمدند. به دنبال این حرکت، تمام خدمات اداری و مؤسسه‌هایی که با بودجه دولتی توسط هیات‌های مدیره اداره می‌شدند. به استثنای سازمان‌های معدودی که به دلایل امنیتی، نمی‌توانستند به طور کامل وارد این چهارچوب شوند، به صورت AAS درآمدند.

همچنان که دولت AAS را پیش می‌برد، تغییرهای اضافی را برای پرداختن به مشکلاتی که مدیران و کارکنان با آن مواجه شده بودند، برنامه‌ریزی کرد:

- معیارهای پاداش خیلی سختگیرانه بودند، انگیزه‌های کافی برای افراد وجود نداشت، چون صرفه‌جویی‌های ناشی از اجرای خوب عملیات AA به جای این که در اختیار خود افراد قرار گیرد، از طرف مدیران به نمایندگی افراد تخصیص می‌یافت.
- مسوولیت‌های AA هنوز هم بسیار انعطاف ناپذیر بود و
- نحوه تفکر کارمندان به کنده تغییر می‌یافت.

آیا خودگردانی در پارادایم NPSM همیشه یکسان به نظر می‌رسد؟

- خودگردانی یک واژه لغزنده است و به وسیله نویسندگان مختلف با معانی مختلفی بکار برده می‌شود. هدف‌هایی که ما به خودگردان شدن - به عنوان یک راهکار سازمانی NPSM نسبت می‌دهیم - عبارتند از:
- جداسازی یک مؤسسه عمومی از دولت برای جلوگیری از سیاسی شدن تصمیم‌گیری و ایجاد فرصت برای مدیران که تصمیم‌ها را بر مبنای واقعیت‌ها (ونه فشار گروه‌های ذینفع) بنا کنند.
 - وارد کردن مهارت‌های مدیریتی بخش خصوصی از طریق یک هیات مدیره متشکل از مدیران ارشد اجرایی و سایر مقام‌ها، در یک قرارداد با مدت معین
 - پاسخگویی بیشتر به مشتریان از طریق حضور نمایندگان مشتریان در هیات مدیره
 - گذار از مقررات دست و پاگیر دولتی در مورد خدمات اداری، مقررات خرید و غیره و ایجاد یک سازمان انعطاف‌پذیر تر

سیاست‌های خودگردانی همچنین مؤسسه‌ها را وادار می‌کنند تا بیشتر بر مبنای خوداتکایی مالی، عمل کنند. برای دستیابی به این هدف، نه تنها از AAS خواسته می‌شود که با بودجه خود به کار ادامه دهند بلکه از آنها

انتظار می‌رود، کمبود وجوه دولتی را به وسیله دریافت بهای خدمات از مصرف‌کنندگان و جبران هزینه‌ها، تامین کنند. مثلاً هنگامی که قرار شد یک بیمارستان سطح سوم در غرب آفریقا به صورت خودگردان اداره شود، دولت اعلام کرد که پرداخت‌هایش را بابت هزینه‌های عملیاتی بیمارستان تا ۲۰ درصد در سال کاهش خواهد داد. این مساله بیمارستان را وادار به اجرای سیاست‌های سخت‌گیرانه‌تر جبران هزینه‌ها کرد، تا خدمات را برای بیمارانش جذاب‌تر کند و طی پنج سال به خودگردانی مالی، دست یابد.

در اندونزی، خودگردانی بیمارستان‌ها نه تنها به دلیل این که دولت دیگر نمی‌تواند آنها را نگه داری کند، تشویق می‌شوند بلکه به سبب آن که دولت می‌خواهد منابعش را تخصیص مجدد کند و سهم بیشتری از منابع مالی عمومی محدودش را به جای سه بیمارستان‌های سطح سوم، به سطح اول و مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری، به آنها تخصیص دهد. در چنین شرایطی فعالیتهای شبه بازرگانی به شدت به کار گرفته می‌شوند چون CEO های AAs باید از اعتبار تدوین شده تجاوز نکنند و در غیر این صورت ممکن است اخراج شوند.

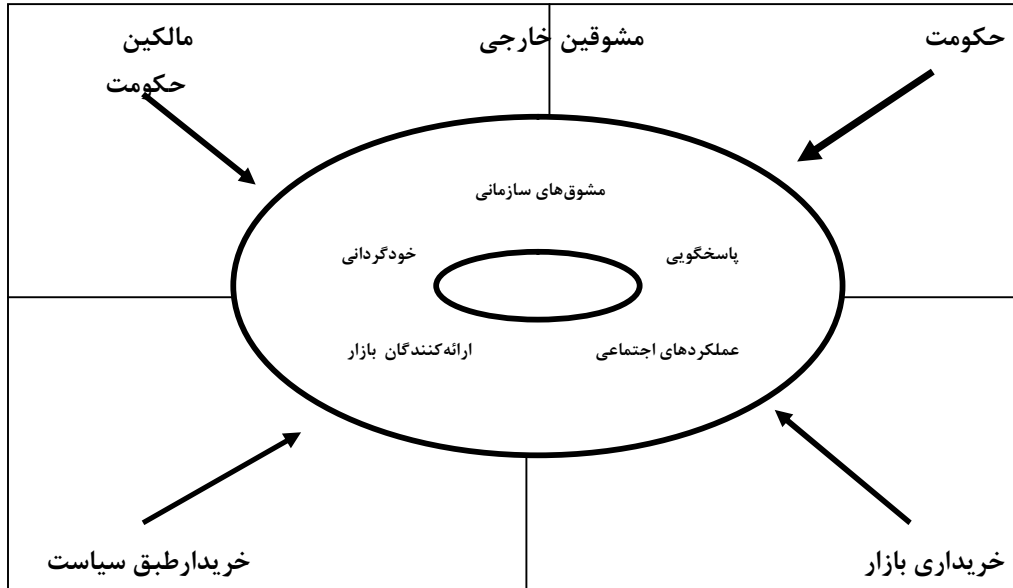
هنگامی که خودگردانی در بیمارستان‌ها بکار گرفته می‌شود - کاری که معمولاً در بخش بهداشت انجام می‌شود - معمولاً تضادی بین دریافت هزینه خدمات از بیماران (برای پایداری مالی) و عدالت، پیش می‌آید. اگر بیمارستان‌ها قیمت‌های خود را به اندازه کافی افزایش دهند، ثروتمند می‌شوند و هنوز هم می‌توانند بیماران خود را داشته باشند، اما این کار به زیان فقیرها انجام می‌شود. مورد اندونزی که در بالا به آن اشاره شد، و بعداً هم به آن باز خواهیم گشت، این موضوع را در بر می‌گیرد.

بیمارستان‌های خود گردان در کنیا

روش‌های انگیزشی ویژگی‌های سازمانی

| | واحد بودجه | واحد خودگردان | واحد خصوصی شرکتی |
|----------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| عناصر اصلی روش‌های انگیزشی | حقوق تصمیم | سلسله مراتب عمودی | خودمختاری مدیریت |
| | ارائه بازار | تخصیص مستقیم بودجه | درآمدهای غیر بودجه‌ای |
| | مدعی باقی مانده | خزانه عمومی | مالک خصوصی |
| | پاسخگویی | کنترل مستقیم سلسله مراتب | قوانین، آیین نامه‌ها و قراردادها |
| | عملکردهای اجتماعی | نامشخص و فاقد سرپرستی مالی | بطور مشخص تامین مالی و تنظیم شده |

شکل ۱: رفتار بیمارستانی تعیین کننده



هدف‌های تمرکززدایی

| توضیح اصول عقاید | (موافق) موافقین | (مخالف) مخالفین |
|-----------------------------|--|--|
| سودمندی - تاثیر | رهبران محلی اطلاعات بهتری در مورد مشکلات محلی دارند و تصمیم‌های بهتری می‌توانند بگیرند | افراد تجربی از این باور پشتیبانی می‌کنند که اولیاء امور مرکزی اطلاعات کلینیکی بهتری بر سودمندی دارند |
| عدالت | رهبران محلی هدف‌گیری بهتری از منابع برای گروه‌های آسیب‌پذیر دارند | در سطوح ملی، تمرکز زدایی توانایی بخش منابع را از ثروتمندان به فقرا محدود می‌سازد |
| کارایی | رهبران محلی می‌توانند تصمیم‌های کارایی بگیرند زیرا اطلاعات بهتری در مورد موقعیت‌های محلی دارند | رهبران محلی می‌توانند تصمیم‌های کارایی بگیرند زیرا اطلاعات بهتری در مورد موقعیت‌های محلی دارند |
| کیفیت | احساس مسوولیت والا و وجدانی منجر به بهبود کیفیت توسط رهبران محلی می‌شود | مشتریان لزوماً مفهوم کیفیت را به رهبران محلی توضیح نمی‌دهند |
| | رهبران محلی بیشتر از گرفتاری‌ها اجتناب می‌کنند | رهبران محلی افزایش عدم کارایی را کنترل می‌کنند و کمبود و کسر درآمد را به مدیران سطح بالا اطلاع می‌دهند |
| انتخاب محلی حق تقدم و برتری | در مناطق دموکراتیک، تمرکززدایی اجازه انتخاب محلی و حق تقدم را بهتر می‌کند | افراد ممتاز و نخبه محلی بر تصمیم‌گیری‌های محلی تسلط دارند و انتخابی را می‌کنند که مورد علایق عموم نیست |

- § تمرکز زدایی به مفهوم انتقال قدرت از دفاتر مرکزی به دفاتر محیطی (شعب که تحت نظارت مدیریت واحد می‌باشند است بطور مثال: وزارت بهداشت و دفاتر ناحیه‌ای آن
- § تفویض کردن به مفهوم انتقال مسئولیت و اختیار به نمایندگیهای نیمه خود مختار است مثل هیئت برد بهداشت، کمیسیون مجزا هماهنگی یا کمیسیون اعتبار سنجی
- § خصوصی‌سازی انتقال مسئولیتهای عملکردی و در بعضی موارد انتقال مالکیت به تهیه‌کنندگان خصوصی است که اغلب با بستن قراردادی است که به مفهوم انتظاری است که از معاوضه برای وجوه عمومی می‌رود.

زمانی که فقط شرکت‌های دولتی در رقابت مشارکت داشته باشند، دولت از بازارهای داخلی "اندازه‌گیری رقابتی" استفاده می‌کند که در آنها عملکرد چند سازمان عمومی از طریق کارت‌های گزارش، جدول‌های عملکرد، و انواع دیگر کارت رتبه‌بندی، استفاده می‌کنند. این مساله رقابت روانی بین سازمان‌ها ایجاد کرده، کارکنان رسمی را به پیوستن به آن تشویق می‌کند. برای این کار می‌توان پاداش‌های مالی را نیز بکار گرفت.

هنگامی که ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی بر سر قراردادهای رقابت می‌کنند، رقابت مدیریت شده می‌تواند بکار گرفته شود - مثلاً بیمارستان‌های دولتی در مقابل بیمارستان‌های خصوصی، همچنین درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌های دولتی و خصوصی. نتایج اجرایی نیز به دلیل آن که ارائه‌کنندگانی که به وجود آورنده ارزش برای پول در بردن قراردادهای جدید هستند، و از پاداش‌های اجرایی در داخل سازمان بهره می‌برند، مرتبط به شمار می‌آیند. ارائه‌کنندگانی که عقب مانده باشند به سرعت متوجه می‌شوند که تقاضا برای خدمات‌هایشان (به صورت عقد قرارداد) ته کشیده است. برای رقابتی ماندن ارائه‌کنندگان عقب مانده تحت فشار قرار می‌گیرند تا تولیدشان را کارآتر کنند.

وقتی فقط ارائه‌کنندگان بخش خصوصی برای قراردادهای رقابت می‌کنند، خریداران قادرند بخش خصوصی را در رقابت با بخش دیگر قرار دهند، چنانچه ارائه‌کنندگان خصوصی نتوانند به چنین پیامدی توجه کنند باید از دور تجارت خارج شوند. وقتی موسسه‌های دولتی و خصوصی با هم رقابت کنند، چنین سطحی از گسیختگی به وجود نخواهد آمد، زیرا دولت مایل است موسسه‌های زیرمجموعه را نجات دهد.

در کشورهای بیشتر توسعه یافته اثر سودمند رقابت فقط مدتی ادامه می‌یابد. مثلاً دفتر حسابرسی بریتانیا در سال ۱۹۸۷ گزارش داد، صرفه‌جویی در هزینه مرتبط با قراردادهای جدید، برای خدمات غیر کلینیکی بیمارستان به ترتیب ۲۰ تا ۳۰٪ بوده است. تغییر در مقدار هزینه‌ها بستگی دارد به تغییر در میزان دستمزدها و تغییر در ساعت کار و تعداد کارکنان. دورمیرگر، میدکرافت و تامپسون (۱۹۸۷) گزارش کرده‌اند که تهدید مناقصه رقابتی سبب کاهش هزینه‌ها در بریتانیا شده است. میلن و مک گی (۱۹۹۲) نتیجه گرفته‌اند هنگامی که به صرفه‌جویی در هزینه‌ها نگاه کنیم، به ویژه در هزینه‌های داخلی، حتی در هزینه‌های تغذیه، (عقد قرارداد) موفقیت‌آمیز شمرده می‌شود "... حتی وقتی که حساب‌ها در برگیرنده هزینه‌های مالی برگزاری رقابت‌ها باشند..."

درس‌های مشابهی در مورد فایده‌های مناقصه با عقد قرار داد و رقابت، در ایالات متحده برای فرا گرفتن وجود دارد. بازنگری گسترده نمونه اداره‌های دولتی ایالات متحده به راهنمایانی که منتج به NPSM می‌شوند گردیده است. هر جا دولت‌ها قراردادهای رقابتی را با علاقه و شوق دنبال کنند معمولاً بین ۲۰ تا ۳۰ درصد صرفه‌جویی می‌شود. هیچ فرایند گزارش شده‌ای، دستورعمل حسابرسی، یا دستورعمل بودجه‌ای یک سازمان دولتی را تاجایی که از عهده رقابت برآمده، اصلاح نکرده است. انرژی عظیمی صرف پایین آوردن قیمت‌ها در مناقصه‌های رقابتی شده است.

جدول ۵ - مقررات عقد قرارداد در بخش بهداشت کشورهای در حال توسعه

| نوع قرارداد | خدمات تحت پوشش | کشور / منطقه مرتبط |
|--------------------------------|---|--|
| غیر کلینیکی | رختشویی تمیز کردن امنیت نگهداری تهیه صورتحسابها تغذیه | بمبئی، مالزی، سریلانکا، زیمبابوه، جنوب آفریقا تایلند، جامائیکا لسوتو، جنوب آفریقا ونزوئلا، زیمبابوه، جنوب آفریقا زیمبابوه بمبئی، لسوتو، مالزی، جنوب آفریقا |
| کلینیکی | مراقبت ویژه سرپایی بلند مدت تشخیص آزمایشگاه بهداشت عمومی | پرو، زیمبابوه، کشورهای زیادی در آفریقای جنوبی السالوادور، پرو، نامیبیا، آفریقای جنوبی (پزشکان عمومی) جنوب آفریقا (سل و مراقبت های نوزادی) تایلند (MRI, CT) مالزی (CT, Xray) نیجریه آفریقای جنوبی بمبئی (کنترل ناقل) |
| مدیریت کلی بیمارستان | تشخیص با تکنولوژی پیشرفته | چین، بولیوی |
| لیزنیك (اجاره به شرط تملیك) | | تایلند |
| تشکیل شرکت | | شناخته نشد |

مقررات معاهده بستن قرارداد که Ndaba ان را بنیاد نهاده است برای بسیاری از تانزانیایی‌ها جدید بوده است زیرا کشور ۴۰ سال سابقه سوسیالیستی را پشت سر گذاشته شده است. راهبرد Ndoba در استخدام مقاطعه‌کاران بخش‌های خصوصی و دولتی در معرض آگاهی عموم بوده است.

راهبرد Ndaba در هر دو بخش خصوصی و دولتی یک محیط رقابت سازنده ایجاد می‌نماید چرا که محصولات و نتایج انجام کار در موسسات دولتی و خصوصی در پایان کار برای همه قابل قضاوت و ارزیابی است.

در مرحله و دوره بعدی شرکت و پیشنهادات جهت قراردادها. واحدهای عمومی تانزانیا باید جهت تولید و ایجاد آثار کیفی بالاتر در زمان کمتر تحت فشار قرار گیرند، با اداره و ارائه این ردیف از امور به بخش خصوصی واگذار می‌شوند.

برزیل: در سال ۱۹۹۵، در ساوپاولو حکومت شهری، قانونی را در مجلس تصویب کرد که در پی آن جهت ارائه خدمات به بیماران، ۱۴ تعاونی پزشکی در سطح مناطق شهری ایجاد کرد. هر یک از این تعاونی‌ها یک شبکه که تهیه خدماتی، مشتمل بر ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف سیستم مراقبت بهداشتی بود را تاسیس کرد. دولت (حکومت شهری) و این حکومت شهری وجوه و سرمایه‌های اولی موجود را از طریق مالیات (Capitation) در دست تعاونی‌های بهداشتی قرار داد، که مقدار آن عبارت از یازده دلار برای هر فرد ساکن ساو پاولو، برای هر ماه بود. افراد ساکن ساوپاولو سپس می‌توانستند جهت تعاونی بهداشتی (پزشکی) داوطلبانه برای بهره‌مندی از امور درمان ثبت نام کنند، که آن تعاونی برابر مقدار کل افراد ثبت نام شده در آن ماه، هزینه مورد نیاز خود را دریافت می‌کرد.

سپس به تعاونی‌ها اختیار و مسوولیت تکامل در زمینه اجرایی و ارائه خدمات داده شد. آنها نماینده خود را برای جذب ملزومات پزشکی (بهداشتی) داروها و تجهیزات بیشتر و جلب جذب متخصصان به تعاونی با اعلام آگهی و تکمیل فرم‌های مالکیت (فقط یک مرد می‌خواهیم / یا یک زن، فقط یک مورد) و با تحریک و تشویق، انتخاب کرد. در ضمن تعاونی جهت انتخاب پیمانکار با مدیریت خارجی، برای اقدام‌های بالاسری مانند حساسری و پرداخت دستمزد حقوق گیران، تنظیم کیت حقوقی، مدیریت بیمارستان، فراهم آوردن تسهیلات و لوازم، بقای امور و برقراری آنها، تمیز کردن و تعمیر ابزار لوازم، مختار و آزاد است. این امر امکانی را برای کارکنان فراهم می‌کند تا بتوانند تمام ارزیابی‌های خود را فقط بر امور درمانی، درمانگاهی و مراقبت از بیماران صرف کنند. از طرف دیگر حکومت شهری مالکیت دارایی‌های مالی نظام بهداشتی عمومی را حفظ می‌کند - بطوری که هم‌اکنون تحت مدیریت اجرایی تعاونی‌های پزشکی می‌باشند. این امر نیازمند آن است که پزشکان حتماً فعالیت داشته باشند و محصول خود را ارائه و نشان دهند، تا براساس ۳۳٪ از پرداخت و حقوق تولید، مزد آنان پرداخت شود.

پس، طرح تعاونی پزشکی (MC) دارای نتایج بسیار ارزشمندی است. بعد از آن که تعاونی‌های پزشکی شروع به کار کردند، تعداد مراجعه بیماران در سال ۱۹۹۷، حدود ۱۵/۵ میلیون و در سال ۱۹۹۶ حدود ۱۱/۸ میلیون نفر و قبل از آن که تعاونی پزشکی افتتاح شود و شروع به کار کند در سال ۱۹۹۵ فقط ۷ میلیون نفر بود. مراجعه بیماران در سال ۱۹۹۷، مانند درصد مراجعان در سال ۱۹۹۵ تا حدود ۱۷۲٪ در مورد هر زایمان، ۲۰۰٪ برای اقامت در ICU، ۱۳۷٪ جهت جراحی‌ها و ۱۰۰٪ برای بیماران اورژانسی افزایش داشت. همچنین این روند در شرایطی که تعداد متخصصان تا حدود ۲۵٪ و بالطبع هزینه‌های بیماران حدود ۵۰٪ کاهش یافته، بودجه در اختیار تعاونی‌ها تقریباً ثابت بود، ادامه داشت، بطوری که میزان رضایتمندی بیمار به ۹۵٪ رسید.

مفاهیم ویژه: اگر چه ارزشیابی‌های رسمی از توافق‌های قراردادی بسیار کم‌اند و این امر در اغلب کشورهای در حال توسعه وجود دارد و شایع است، با دلیلی قاطع لازم است پیشنهاد کنیم که عقد قرارداد در امور غیردرمانی به خوبی خدمات کلینیکی می‌تواند کارایی را در موارد بسیاری از ارائه خدمات بهداشتی افزایش دهد، به عنوان مثال:

- مطالعه‌ای که در زمینه خدمات کلینیکی ارائه شده بیمارستان معادن زیمبابوه، که دارای قراردادی وزارت بهداشت دولتی و عمومی بود، نشان داده است که هزینه این بیمارستان برای دولت با هزینه‌هایی که دولت برای چرخش امور یک بیمارستان عمومی در همان نزدیکی‌ها می‌پردازد قابل مقایسه است، اما کیفیت مراقبت‌های ارائه شده بیمارستان معادن بسیار چشمگیر تر و بالاتر می‌باشند.

- در بمبئی بیمارستان‌هایی که بطور خصوصی خدمات را در محل ارائه می‌کنند به نظر می‌رسد دارای امکانات بهتر و ارزشمندتری از نظر ارزش پولی، نسبت به آنهایی که در (In-house) ارائه می‌شوند، هستند.
- یک بررسی از خدمات انجام قرارداد، برای نظافت بیمارستان در تایلند، این نتیجه حاصل شد که خدمات خریداری شده از یک بخش خصوصی بسیار ارزانتر از خدماتی هستند که در (in-house) ارائه می‌شوند.
- بطور معمول MOH نامیبیا با GPها جهت انجام جراحی در مناطق شهری دور قرارداد می‌بندند. پزشکان عمومی براساس ۱- حجم کاری و تعداد جلسات انجام شده کاری، یک سوم حقوق را دریافت می‌کنند. ۲- تعداد عمل جراحی که انجام می‌شود و مقدار حجم کاری که در ساعات‌های خارج از زمان اداری انجام می‌شود و مبلغ آن برابر با دو سوم حقوق پرداختی است. قرارداد بطور معمول با یک فرد انجام می‌شود. اما حدود ۶۰ تا ۷۰ ساعت فعالیت در هر هفته، با عنایت به نیاز به کارگروهی پزشکان، منظور می‌شود. اجرای طرح توسط MOH راحت و ارزان است. تحلیلی انجام شد و در زمینه مناسب بودن هزینه طرح نشان می‌دهد که حدود ۷۵٪ اشتغال تمام وقت دولتی، شامل: مزایا، هزینه‌های جاری و مزایای جانبی هزینه می‌شود. از طرف دیگر MOH از این بابت نگران است که پزشکان عمومی (GPs) ها بطور کامل تحت کنترل ایشان نیستند و چنین به نظر می‌رسد که آنان تمایل دارند درمان‌های اولیه را در درمانگاه‌های خصوصی خود، آن هم بر سر کاری که قراردادی در آن زمینه دارند، انجام دهند.

Gaveat هایی که به امر بازارهای مدیریت شده و قراردادهای مدیریت شده توجه دارند

رکن اساسی رقابت در عقد قراردادهای بخش دولتی و خصوصی آن است که، ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و دولتی آماده و متمایل به پذیرش خواسته رقابت و فرصت‌های ایجاد شده حاصل از توافق قراردادی باشند. با این حال هنوز در کشور بسیار توسعه یافته‌ای مانند انگلستان، ظرفیت ارائه‌دهندگان خدمات در بازارهای (دادو سندهای) مدیریت شده، جهت پاسخگویی به امر رقابت، به ویژه در مناطق روستایی بسیار کم جمعیت، هنوز زیر سوال‌اند.

ادامه و حفظ ظرفیت در پاسخگویی به نیازها، در کشورهایی که کمتر توسعه یافته‌اند، به ویژه در کشورهایی که دارای درآمد کم و جمعیت روستایی بالا هستند. در حالی که بخش خصوصی در آنها نسبتاً سازمان یافته، تعداد کمتری از ارائه‌کنندگان بخش خصوصی در آن مشغول به فعالیت‌اند و تعدادشان افزایش یافته است. گرچه بعضی از مسائل را می‌توان به هزینه‌های سطوح بالای اجراء نسبت داد. همچنین باید ارائه‌دهندگان با بازدهی کم را مدنظر داشت. بررسی مجدد مثال نیکاراگوآ که در اول این بخش آمده، آموزنده است. از یک طرف شکاف بین خریدار با ارائه‌کننده خدمات، در طرح امنیت اجتماعی دولت (INN) از دیدگاه یک خریدار، به عنوان یک امر مناسب و نقطه قوت در نظر گرفته شده از طرف دیگر از دیدگاه یک فرد ارائه‌کننده خدمات در بخش خصوصی، امری ناقص و اشتباه انگاشته می‌شود و پذیرش و رشد آن نسبتاً کم و بطئی است.

سه دلیل وجود دارد که پذیرش کم ارائه‌کنندگان خدمات بخش خصوصی در نیکاراگوئه را توضیح می‌دهند. اولین آن، سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی، متمایل به ایجاد هزینه‌هایی برای رفع نیاز منابع انسانی و فراساختاری، جهت تامین کیفیت به عنوان ارائه‌کنندگان خدمات رسمی و معتبر می‌باشند، اما هنوز هم از طرق معتبر تضمین نمی‌شوند. دومین، مسوولیت ارائه و تدارک تمام خدماتی که بیماران به آن نیاز دارند، (البته تحت توافق‌های منعقد در قرارداد)، ارائه‌دهندگان خدمات را در معرض خطر مالی مهم و قابل توجهی قرار داده است.

کلینیک‌های چند منظوره در هر بخش خصوصی ماناگو، ظاهراً به علت بدهکاری‌های عمده‌ای که در اثر میهمان نوازی خود از دست داده‌اند، ورشکسته شده‌اند سومین عامل، NIS مسوولیت مالی سنگینی را در مورد کمک مالی به کارگران و کارکنان بیمار، بر دوش ارائه‌دهندگان خدمات گذاشته است. به این معنا که کارگران بیمار را نیز از مزایایی بهره‌مند می‌کند. در سال ۱۹۹۶، فیدلر پیشنهاد کرد که از این مسائل در حد گسترده‌ای می‌توان اجتناب کرد ۱- به شرط آن که NIS را وادار کنیم، تحلیل مناسبی از stakeholder را جهت تعیین اندازه و ظرفیت خود ارائه کنند. ۲- از همان ابتدا بر مسائل نسبتاً کوچک یا نمونه‌ای که از صراحت و روشنی بالایی برخوردار است یا آن که احتمال بالاتری از اصلاح موفق را دارد متمرکز کند و به آن بپردازد.

اگرچه رقابت مدیریت شده، سبب کاهش هزینه‌های موضوع قرارداد شده، سبب افزایش اثربخشی، از طریق افزایش ویژگی‌های نتایج و دستاوردهایی که به دنبال دارد و نیروهای شرکت کننده در رقابت می‌شود. این امر نیز صحیح است که عقد قراردادهای خودی خود هزینه بر بوده، شامل هزینه‌هایی نیز است. هزینه‌های exante قراردادها (شامل: تدارک و آماده کردن قراردادها، مناقصه قراردادها، انتخاب پیمانکاران، و مذاکره) با آنان است. از طرف دیگر هزینه‌های Exporst قراردادها شامل: زمان، منابع انسانی، و پولی است که صرف ارائه عملکرد و جذب قراردادهای ناموفق می‌شوند.

بررسی سوابق توسط میلز در سال ۱۹۹۵ نشان می‌دهد که هزینه‌های اجرایی، شامل ۷٪ کل ارزش قرارداد در انگلستان است، که مقدار آن در ایالات متحده به ۲۰٪ می‌رسد. در انگلستان هزینه ارائه قراردادها می‌تواند تا حد ۳۰٪ بالاتر از هزینه ارائه خدمات direct supply باشد. یک خطر نیز برای عقد قرارداد وجود دارد، تا وقتی که هزینه‌های اجرا را جذب کند و حتی در بعضی موارد همه موارد مناسب و کارآمد، از طریق بستن قراردادها حاصل شوند.

یکی از راه‌های پایین نگهداشتن هزینه‌های اجراء، سوق دادن هزینه تدارک، ارائه و ارزشیابی قراردادها به سمت پیمانکاران است. به عنوان مثال، وقتی که قراردادها را به مناقصه می‌گذاریم، (مثلاً جهت تهیه کالاها و خدمات، رفع نیازها، هدف‌ها) عوامل و نمایندگان بخش دولتی می‌توانند همچنین پیشنهادهای الحاق شده از طرف شرکت‌کنندگان در قراردادها را از کسانی که با آنان قرارداد بسته می‌شود، مانند روندهای انجام امور و هزینه‌های برآوردشده، ارائه و ارزشیابی خدمات، بخواهند. دوباره، فرآیندهای رقابتی و ابتکار بخش خصوصی در این راستا برای ارائه و تدارک راه‌حلی‌هایی که دارای مناسب‌ترین هزینه‌ها است مورد توجه و خطاب قرار گرفته‌اند.

از طرف دیگر وقتی عاملان بخش خصوصی به بازار و روند رقابت اعتمادی ندارند تا بتوانند بهترین پیشنهادها را برای عقد قراردادها ارائه کنند، می‌توانند به دنبال قرارداد مذاکره‌ای بروند. این روند، بهره‌مندی از برنامه‌ریزی‌های مشارکتی را که انتظار می‌رود دارای شهرت خوبی هم باشند، به دنبال دارد. همچنین مسوولیت تدارک ویژگی‌های قرارداد می‌تواند به عهده طرف قرارداد نهاده شود. با اضافه کردن این مطلب که فرد قراردادکننده می‌تواند از مهارت‌هایی که واقعاً در اختیار افرادی که با آنان قرارداد بسته شده است، آگاه باشد. برخورداری از یک چنین امتیازی در فرآیند مناقصه صورت نمی‌گیرد زیرا ضمن قرارداد بیشتر در مورد مقاصد و فقط خلاصه‌ای درباره منابع موجود و در دست گفته می‌شود. بالاخره، قراردادهای به توافق رسیده، یک فرآیند شفاف پردامنه، برای فعالیت دیگر سهامداران مورد نظر مانند نمایندگان گروه یا مردم، در نظر گرفته می‌شود.

راهکار سازمانی ۴: رقابت مدیریت شده و وضعیت رقابتی:

در سال ۱۹۹۳، دولت نیکاراگوآ تصمیم گرفت که به وسیله تامین اجتماعی ملی (NSSI) مسوول و ایجاد کننده نمی‌باید مستقیم خدمات و مراقبت‌های بهداشتی برای دو برنامه بزرگ بیمه درمانی NSSI نباشد. دو برنامه شامل: بیماری‌های عمومی واگیردار و خدمات مادران و دیگری به خطرهای بهداشتی کارگران مرتبط بود. ترجیحاً نقش NSSI به یک تامین مالی و مجری بیمه درمانی و حقوق بگیر برنامه‌های بیمه‌ای سلامت محدود شد. به این صورت که مدیران هرکدام از برنامه با سازمان‌های معتبر در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، جهت درمان بیماران قرارداد ببندند. این تصمیم در برنامه، دولت را به برقراری شکلی از رقابت‌های مدیریت شده علاقمند ساخت تا سهمیه‌های عملکرد و استانداردهای کیفی برای قراردادهای سازمان‌های دولتی و خصوصی ایجاد کننده رقابت در سازمان‌ها جهت برنده شدن در قراردادهای و مناقصه‌ها در نظر گرفته شوند. به این صورت که یک راهکار سازمانی بتواند با تعیین مسوولیت NSSI در راستای تامین مالی و تغییر مسوولیت، ارائه کیفی و رضایتمندی بیمار جهت سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات، از طریق مقررات قراردادهای NSPM خدمت کند.

اولین گام در فرایند "رقابت مدیریت شده" شناسایی نمایندگی‌های ارائه دهنده خدمات است که علاقه‌مند به شرکت در برنامه NSSI هستند و به آنان به عنوان یک ارائه دهنده خدمت معتبر که از بدیها می‌کاهد و نظم می‌دهد نیاز است. به منظور معتبر شناختن آنان باید:

- دارا بودن حداقل منابع انسانی تصدیق شده از طرف NISS و ملزومات پزشکی زیر بنایی؛
- موافقت در تهیه خدمات اساسی پزشکی و جراحی؛
- موافقت در دریافت و ارائه تخصیص و پخش سرانه به عنوان پرداخت کامل برای همه سرویس‌های خدمات اساسی به اقلام نوشته شده؛
- توافق در پرداخت اعانه و کمک مالی اقتصادی که NISS مستلزم پرداخت به بیماران و اغلب کارگران بیمه نشده ناتوان است (مثل: کمی یا درصدی از حقوق کارگران) و
- امضاء قراردادی که با این قسمت‌ها موافقت خود را ابراز کنند.

از طریق این فرآیندها، NISS از "بازار" و نیروهای شرکت‌کننده در رقابت‌ها، جهت گزینش ارائه‌کنندگان علاقمند، بهره مالی برد، به عنوان خریدار خدمات، NISS در این زمینه توانایی بیشتری جهت تعیین کردن قیمت خدمات به ارائه‌کنندگان و مبلغی که مایل‌اند در مقابل به آنها پرداخت کنند، دارد، بنابراین NISS نقش یک "قیمت‌گذار" بازار را بازی می‌ند، در حالی که ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی دارای مجوز "قیمت‌پذیر" می‌شوند. به علاوه مقررات بین NISS و ارائه‌کنندگان خدمات انفرادی در بستن قراردادهای، شکل و حدود خود را می‌یابد. قصور اجرای تعهد، پیامدهایی مانند از دست دادن اعتماد و از دست دادن قراردادهای را دارد.

این نوع از مقررات می‌تواند معامله‌های مناسبی برای واحدهایی مانند NISS باشند. سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، نه تنها دارای وظیفه رعایت استانداردهای اعتباری هستند، بلکه ملزم به ارائه یک بسته ضروری از پیش تعیین شده در جدول‌های پرداخت هستند که در این صورت NISS می‌تواند خطر مالی را از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی دور سازند. انتقال خطر مالی در زمینه همکاری و مشارکت خصوصی - دولتی، دارای مفهوم با اهمیتی است، زیرا از طریق همین فرآیند انتقال (خصوصی - دولتی) است که بخش عمومی ظرفیت‌ها و نقاط قدرت بخش خصوصی را بکار گرفته، بخش خصوصی را متعهد به ارائه خدمات از طریق قراردادهای مذاکره شده می‌کند.

زمانی با تاکید و تصویب دولت به نتیجه مطلوبی دست می‌یابیم که درگیری و مشغولیت مقررات و اصول مطرح شده در بالا، به عنوان رقابت مدیریت شده در شرایط و زمینه قراردادهای تبیین و مطرح شوند، که همراه با تاکید دولت، همکاری ارائه‌کنندگان خدمات در هر بخش خصوصی و دولتی بوده، به یک میزان انجام گیرند.

رقابت مدیریت شده و کنترل شده در مورد خریداران بخش دولتی و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی دولتی و خصوصی می‌باشد، به این صورت که خرید خدمات به دنبال کسب بهترین ارزش برای پول، از طریق معاهده با ارائه دهندگانی است که در امر معاهده‌های خدماتی با یکدیگر رقابت دارند. مرکزیت و شیوع اصول و مقررات پیمانی و قراردادی در تمام معامله‌ها - که همان فرمول‌بندی و مذاکره کردن و ارائه و ارزیابی قراردادهای است - امکان رشد و صعود فهرست قراردادهای را موجب می‌شود.

جدایی بین خریدار و ارائه‌کننده خدمات

در کشورهایی که رقابت مدیریت شده براساس و در یک میزان گسترده معرفی و توصیف شده است، اغلب، سیاست‌گذاران نظم و مقررات ساختاری منتج شده را به عنوان جدایی بین خریدار و ارائه‌کننده خدمات مطرح می‌کنند. این موضوع را به طور عمقی‌تر می‌توان در مدول ۶ بررسی کرد. چارت کاری خریدار و ارائه‌دهنده خدمات وقتی برقرار می‌شود که:

- دولت جدایی را بین خریدار دولتی (کسی که در برابر خدمات، مبلغی پرداخت می‌کند) و ارائه‌دهندگان خدمات دولتی (کسانی که خدماتی را ارائه می‌دهند) ایجاد می‌کند.
- خریداران به عنوان نمایندگان و عواملان مصرف‌کنندگان و بیماران، البته با تاکید بر بستن قرارداد، عمل می‌کنند
- و ارائه‌کنندگان خدمات دولتی و خصوصی نیازمند شرکت در قراردادهای، برای رقابت می‌باشند.

خریدار - که اغلب یک بنگاه عمومی و دولتیست بطور کل دارای مسوولیت‌هایی به شرح زیر می‌باشد:

- انجام و رفع نیازهای جمعیتی یا اپیدمیولوژیکی، نیازمند ارزیابی از جمعیتی است که به آن خدمت می‌کنند.
- توسعه و انتشار طرح‌ها جهت توسعه و بهبود روند سلامت و بهداشت (از قبیل راهکارها، اولویت‌ها و هدف‌ها)
- تعیین راهکار خرید، برای تضمین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی که ارائه می‌شوند
- تعیین ویژگی‌های خدمات (قیمت، حجم، کیفیت)
- انتخاب ارائه‌دهندگانی که برای ارائه و تدارک خدمات تعیین می‌شوند (درونی یا بیرونی)
- بستن قرارداد برای ارائه خدمات
- پایش خدمات

ارائه‌کننده خدمات - ارائه‌کننده خدمات شخصی و دولتی - دارای مسوولیت‌های زیر است:

- ارائه خدمات کیفی
- مدنظر قراردادن اموری مانند، دسترسی، محلیت، استانداردها
- استقرار ارزش‌ها و قیمت‌های واقعی و رقابتی (اگر بهبود وضعیت هزینه‌ها باقی است و یا وجود دارد)
- درک ساختار هزینه‌های تجارت و داد و ستد آنها

- تضمین این که اطلاعات کافی و سیستم ارائه و پایش برقرار است تا مقررات قرارداد با خریدار را مورد بررسی قرار دهد - به عنوان مثال دستیابی به دستاوردها، نتایج و هدف‌های موافقت شده در سال ۱۹۹۱، دولت صاحبان قدرت بهداشتی منطقه (DHA) را جهت ارائه خدمات، به عنوان مصرف کنندگان و خریداران خدمات بهداشتی جهت شهروندان، که از طریق درآمدهای مالیاتی تامین می‌شد، ایجاد کردند. خدمات خریداری شده DHAs از بیمارستان‌های خودگردان و مستقل مانند متحدان GPS که fundholder نامیده می‌شوند از طریق قراردادهای و معاهده‌های رقابتی و مذاکره شده انجام شد. به موازات تکمیل سیستم، بنیانگذاران سرمایه‌ای GP شروع به خرید خدمات از بیمارستان‌های خودگردان کردند و بیمارستان‌ها را در جهت رقابت بر سر قیمت معاهده‌های DHA و نیز معاهده‌ها و قراردادهای بنیانگذاران سرمایه‌ای GP تحت فشار قرار دادند.

جهت تسهیل شکاف بین خریدار و ارائه کننده خدمات و روند رقابت مدیریت شده در انگلستان، بیمارستان‌های دولتی سابق با داشتن مدیر و هیات مدیره خدمات بهداشتی عمومی، دارای قدرت و استقلال بیشتری برای مدیریت امور و رقابت در راستای قراردادهای شدند. تمام بیمارستان‌ها با شرایط trust (داشتن مدیر و هیات مدیره) تغییر نمی‌کنند و بر نمی‌گردند، و این شرایط (trust) به تنهایی رقابت را ایجاد نمی‌کند. با این حال، رقابت بیشتر از این امر حاصل می‌شود که سازمان‌های ارائه دهنده خدمات، دیگر بودجه‌ای را دریافت نمی‌کنند، اما جهت امور درمان با آنها قرارداد بسته می‌شود. تحت این شرایط و مقررات جدید هم اکنون، مسوولان بهداشت منطقه‌ای می‌توانند این خدمات را از هر trust بیمارستانی خریداری کنند و این مساله به بیمارستان‌های دولتی پیشین که وابسته به منابع هزینه‌ای دولتی بودند محدود نمی‌شود. در طول دوره کوتاه مدت مدیریتی، از رقابت‌های مدیریت شده این انتظار می‌رود که در آن قیمت‌هایی را که خریداران مجبور به پرداختن به بیمارستان‌ها و پزشکان عمومی جهت مراقبت‌های ارائه شده‌اند را کاهش دهند، کاهش هزینه‌های واقعی که بیمارستان‌ها متحمل شدند تحت عنوان learn and mean می‌باشند که افزایش قیمت‌ها مطابق با کیفیت خدمات تعیین شده است. با گذشت زمان طولانی‌تر، انتظار می‌رود که رقابت‌های مدیریت شده، ساختار بازار ارائه‌کنندگان را از طریق بیمارستان‌هایی بدون کارایی و از طریق خروج آنها، تحت تاثیر قرار دهند. بنابراین تا به حال مطالعه‌های تجربی که به ارزشیابی تاثیر رقابت مدیریت شده (کنترل شده) در انگلستان می‌پردازد، نسبتاً محدودند و الزاماً محدود به تحلیل تاثیر کوتاه مدت مدیریتی می‌باشند. آنها پیشنهاد می‌کنند:

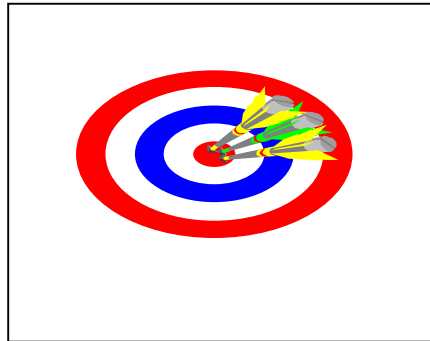
- به نظر می‌رسد که رقابت مدیریت شده دارای عکس‌العمل مناسبی بر تنوع گسترده هزینه‌های ارائه‌کنندگان خدماتی می‌باشد که بیش از ۵ مورد تفاوت، بین بالاترین و یا بیشترین قیمت‌ها، بر فرآیندهای معین GP، قبل از اصلاح ارائه‌کنندگان و خریداران است. زیرا یک چنین تفاوت‌هایی به تنهایی مسوول رایگان (non-price) نیستند
- بنظر می‌رسد رقابت مدیریت شده، دارای عکس‌العمل و واکنش مثبت و مناسبی بر تنوع قیمت‌های مطرح شده ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی است بطوری که بیش از ۵ تفاوت را بین بالاترین و پایین ترین قیمت‌ها جهت فرآیندهای معین GP قبل از اصلاح خریداران / ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌کند زیرا یک چنین تفاوت‌هایی نمی‌توانند بطور محض تحت سوال عوامل غیر - مالی (قیمتی) قرار گیرند.
- رقابت تاثیر به سزایی بر کاهش قیمت‌های پیشنهادی به پزشکان عمومی، توسط خریداران دارد. این اثر در مورد عوامل مؤثر کم هزینه، نسبت به عوامل با هزینه‌های بالا، مشخص تر است. در ضمنه نظر می‌رسد مسوولان بهداشت منطقه‌ای که حجم نسبتاً بالایی از خدمات ارائه‌کنندگان خدمات را می‌خرند، از طریق قدرت چانه زدن و سوداگری بیشتر و بالاتر، می‌توانند قیمت‌های مطرح شده از جانب ارائه دهنندگان خدمات را پایین‌تر بیاورند.

- بنظر می‌رسد رقابت اثری بطئی و مهم بر هزینه‌های تحمیل شده از طریق ارائه کنندگان خدمات دارد. تا سال ۱۹۹۴ - ۱۹۹۵، ۲۵ درصد از بیمارستان‌ها، برای اغلب فروشگاه‌ها و بازارهای رقابتی، حدود ۱۴٪ هزینه‌هایشان را کاهش دادند، که این امر با کاهش قیمت‌ها در حدود ۴٪ تا ۲۵٪ از بیمارستان‌ها، در کمترین حد بازارهای رقابتی مقایسه می‌شوند.

چه کسانی برای بستن قراردادهای رقابت می‌کنند؟

رقابت مدیریت شده و شکاف بین خریدار و ارائه‌دهنده، کار تقلیدشده‌ای از فعالیت‌های بخش خصوصی در قراردادهای حساس است. جدول ۵ نشان دهنده فرم‌های متداول قراردادهای، پوشش خدمات و منطقه یا کشورهای درگیر قرار داد است. رقابت در قراردادهای تجاری باید دارای:

- سازمان‌های دولتی - در مسایلی که فقط سازمان‌های دولتی اجازه رقابت دارند.
- موسسه‌های دولتی و خصوصی - رقابت بخش دولتی در مقابل بخش خصوصی
- موسسه‌های خصوصی - رقابت موسسه خصوصی در مقابل موسسه خصوصی

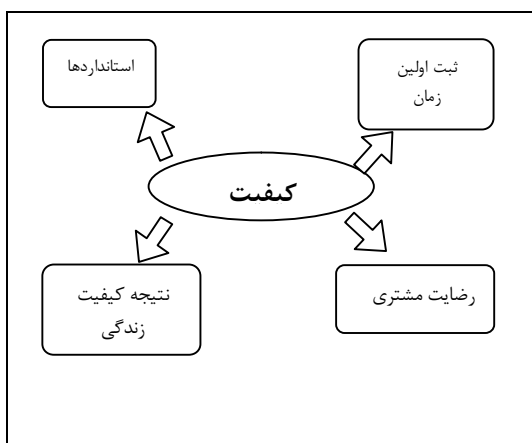
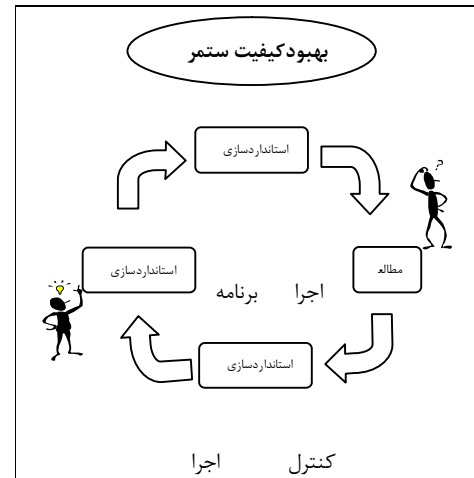


شاخص چیست؟

ابزار یا وسیله‌ای که اشاره به اطلاعاتی دارد (یا اطلاعاتی را می‌دهد) که به منظور ارزیابی و بهبود تطابق و اجرا یک عملکرد سازمانی بکار می‌رود.

کاربردهای شاخص‌های کیفی

- § یادگیری و خودارزیابی وضعیت موجود
- § پیشرفت مقدمات
- § یافتن بهبود فرصت‌ها
- § امکان اندازه‌گیری

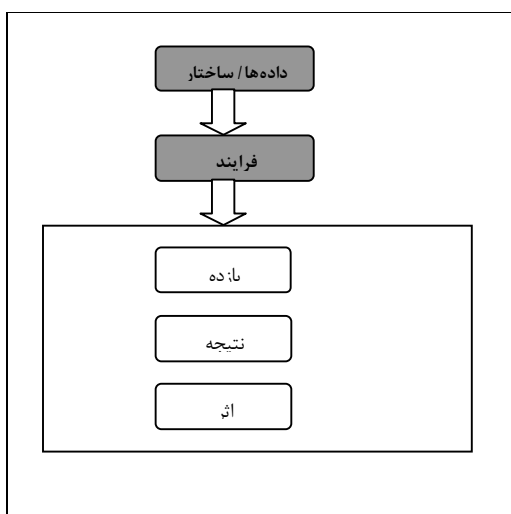


دست یافتن به ارزیابی کیفی

ارزیابی مجازی

ارزیابی واضح

کاربرد نگهبان (بازرس)



شاخص‌های ساختاری

- § بیان‌کننده پتانسیل و کفایت منابع سیستمی است به منظور ایجاد مراقبت کیفی و سیستمها
- § نسبت به پزشک به بیمار
- § نسبت بیماران سرپایی به تخت
- § متوسط روزهای آموزش به شخص

درست کارکردن در زمان برخورد با فرایندها و نتایج

شاخص‌های فرایندی

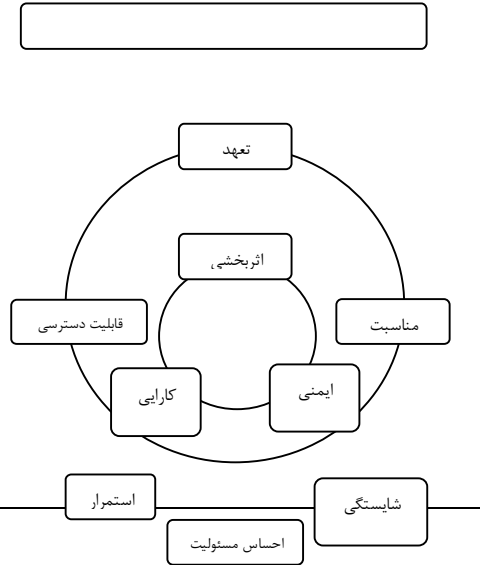
- § بیان‌کننده فعالیت‌ها و اعمالی است که در صورتی که با دستورعمل‌های از قبل تعیین شده مطابقت کنند
 - مطابقت
 - زمان
 - محصول‌های فی‌مابین
- § بطورمثال: مطابقت میزان به روند نوشته شده
 - زمان انتظار/زمان خدمت

شاخص‌های نتیجه

- § بیان‌کننده دستیابی به هدف‌ها، کارها یا فرایندها است
- § وضعیت بیماری - بهداشت عمومی
- § دستیابی به هدف
- § نتایج مضر(مرگ و میر - کشندگی)
- § رضایت مشتری بطور مثال:
- § میزان عفونت است
- § رضایت مشتری از نتایج درمان

طبقه‌بندی کیفیت و اجرا

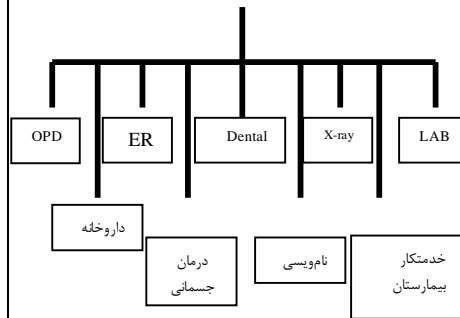
- شاخص‌های کیفی کلینیکی
- شاخص‌های کیفی خدمت
- شاخص‌های کیفی مدیریت



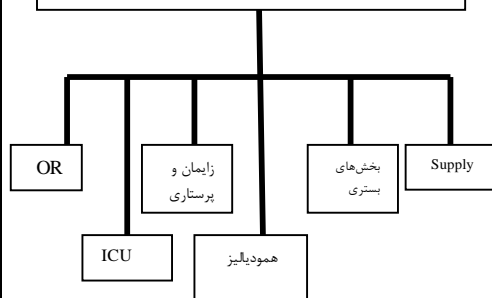
مفسران انگلیسی، آلمانی و فرانسه در دسترس هستند

- ایتالیایی، سوئیسی، اسکانداوی، اسپانیایی، ژاپنی، چینی، کره‌ای، روسی و دیگر زبان‌ها که در خواست بشود
- خدمات مدعی بیمه برای اغلب شرکت‌ها، ارتباطات سفارت و خدمات برگشت به میهن

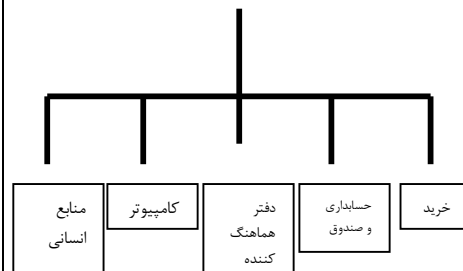
تقسیم OPD



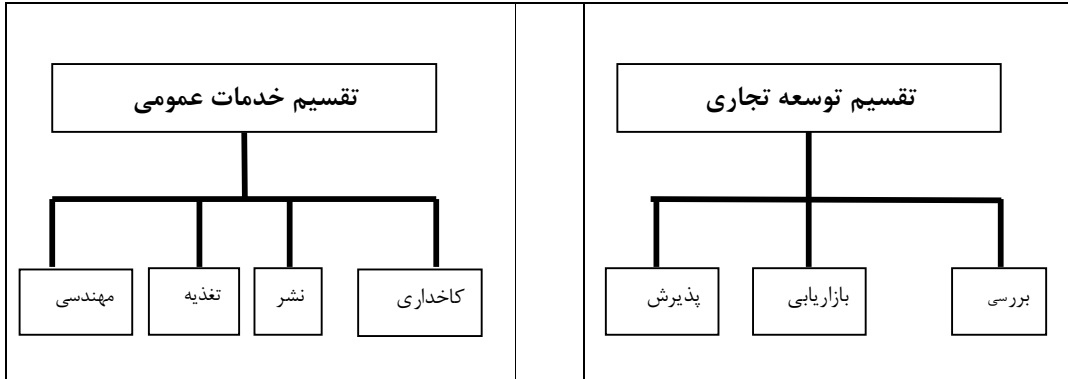
تقسیم IDP



دفتر مدیریتی



| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|



عملکردهای مالی و هزینه‌ای

منابع درآمد

انتخاب‌هایی در مورد این که منابع از کجا می‌آیند مانند: آیا اولیاء امور محلی اجازه اختصاص منابع درآمد را به بهداشت می‌دهند؟

تخصیص هزینه‌ها

انتخاب در مورد این که چطور سرمایه را تخصیص دهیم. مثال: آیا اولیا امور محلی، اجازه تخصیص سرمایه را به برنامه‌های مختلف از لحاظ حق تقدم می‌دهند؟

دستمزد برای خدمات

انتخاب برای هزینه‌های محلی: آیا متصدیان امور محلی اجازه پرداخت دستمزد را دارند و اگر این طور است آیا مجاز به تعیین سطوح آن و تغییر آنها هستند؟

عملکردهای سازمان خدماتی

مستلزم برنامه‌ها و خدمات و استانداردهای کیفی است

تا چه میزان متصدیان امور مرکزی تعیین می‌کنند که برنامه‌هایی مثل ایمن‌سازی، برنامه خانواده و مراقبت مادران و خدمات را باید تسهیلات بهداشت محلی تامین کند؟

برنامه‌های بیمه

آیا متصدیان امور محلی قادر به ایجاد، مدیریت و تنظیم کردن برنامه‌های بیمه‌ای بهداشت محلی هستند؟

مکانیزم‌های پرداخت

آیا متصدیان امور محلی می‌توانند ابزار مختلفی برای پرداخت را مثل سرانه - حقوق و کارانه، انتخاب کنند.

تدارک دارو و آزمایش‌ها

تا چه میزان متصدیان امور محلی می‌توانند سیستم‌های خرید، تهیه دارو و دیگر محصولات را توسعه دهند؟

عملکردهای منابع انسانی

حقوق‌ها

آیا متصدیان امور محلی مختار تعیین سطوح مختلف حقوق هستند؟ آیا آنان می‌توانند پاداش را تعیین کنند؟

قراردادها

آیا متصدیان امور محلی دارای اجازه عقد قرارداد با افراد نیمه‌وقت، تمام وقت و پرداخت غرامت هستند.

سرویس‌های داخلی

آیا متصدیان امور محلی می‌توانند و مختارند که کارکنان دائمی را بدون موافقت از بالا استخدام یا اخراج

کنند؟ آیا کارکنان متصدیان محلی می‌توانند منتقل شوند.

قوانین دسترسی

آیا متصدیان امور محلی می‌توانند تصمیم بگیرند چه کسی اجازه دسترسی به تسهیلات را دارد و چه کسی تحت پوشش بیمه باشد؟

قوانین حکومتی

آیا متصدیان توسط جمعیت محلی انتخاب می‌شوند؟

آیا اجازه انتخاب موارد زیر را دارند؟

- اندازه و ساخت هیات مدیره بیمارستان
- اندازه و ترکیب دفاتر بهداشت محلی
- اندازه و تعداد و ساخت و قاعده مشارکت عمومی

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | (بیان توضیح درآمد) |
| | | | درآمدهای دایر سایر درآمدها درآمدهای کل |
| | | | هزینه‌های دایر سایر هزینه‌ها هزینه کل |
| | | | (بیان توضیح درآمد) |

| | | | |
|--|--|------|--|
| | | ۱۹۹۹ | (بیان توضیح درآمد) |
| | | | درآمدهای دایر سایر درآمدها درآمدهای کل |
| | | | هزینه‌های دایر سایر هزینه‌ها هزینه کل |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | (بیان توضیح درآمد) |
| | | | درآمدهای دایر سایر درآمدها درآمدهای کل |
| | | | هزینه‌های دایر سایر هزینه‌ها هزینه کل |
| | | | (بیان توضیح درآمد) |

خدمات پزشکی

ما دارای بیمارستانی با ۱۵۰ تخت جنرال خصوصی هستیم .
بیماران ما شامل:
سرپایی
بستری
در طی فصل توریستی بطور متوسط بالای ۹۰۰ سرپایی داریم تمامی تخت‌های بستری غالباً پر می‌باشند.
این مسئله بیانگر تعداد بالای بیماران در تمامی ۹ بیمارستان خصوصی در استان Chonburl است.

در طبقه اول بخش سرپایی - مرکز تروما و Xray و
آزمایشگاه و داروخانه است

- اطاق عمل - ICU - زنان زایمان - همودبالیز - مرکز دندانپزشکی و فیزیوتراپی در طبقه دوم واقع شدند.
- از طبقه سوم تا هشتم بخش‌های بستری واقع شدند در روی طبقه سوم باغی واقع شده که برای استراحت بیماران و بستگان آنها می‌باشد تا از باغ و منظره لذت ببرند.

کنترل و اطمینان از کیفیت

۲ سیستم موجودات
سازمان ملی استاندارد ایزو
سیاست کیفیت ما هست:
ما رضایت مشتریان را ضمانت می‌کنیم - انتظار زیاد خدمات، و مدیریت کارا منابع

منابع شاخص‌های کیفی

- استراتژی‌ها و سیاست‌های سازمانی بیمارستانی
- سیستم کاری و رویه‌ها
- نیازهای مشتری با بیمار
- راهنماهای معاینات کلینیکی و نقشه‌های مراقبتی
- استانداردها و قواعد
- مشکلات و اشتباهات و خطرات عمومی یا جدی



مثال‌های از شاخص‌های کیفی بیمارستانی

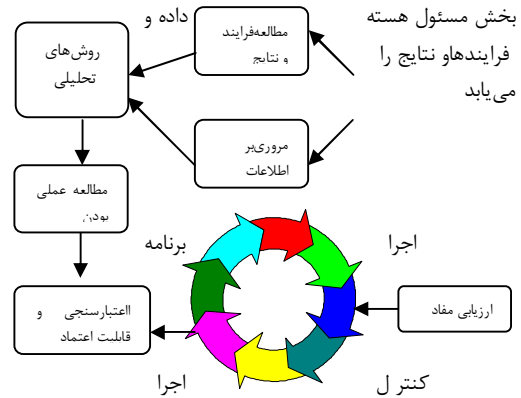
- میزان مرگ و میر بیمارستانی
- میزان عفونت
- میزان حساسیت دارویی
- میزان راکسیون انتقال خون
- میزان پذیرش مجدد در ۲۰ روز
- میزان رضایت والدین
- تکمیل مدارک پزشکی
- میزان سزارین
- میزان یافته‌های غیرنرمال توسط CT از بیماران ضربه مغزی
- میزان افرادی که در تیم هدایت کیفیت بیمارستان نقش دارند
- میزان خبط پزشکی
- میزان اشغال تخت
- میزان تسویه حساب

معیار انتخاب شاخص

- انعکاس رسالت‌های بیمارستانی و هزینه فرایندها، فرایندهای با خطر بالا و فرایندهای با بروز اشتباهات زیاد
- بیان کردن و نمایاندن جنبه فکری مشتریان - تهیه‌کنندگان، مدیران یا سیاست‌های بهداشتی مهم
- داشتن ارزش و اعتماد و حساسیت نسبت به تغییر
- داشتن ظرفیت برای جمع‌آوری داده و تحلیل و استفاده از نتایج
- الحاق به یک سری از شاخص‌ها به منظور دوباره‌نگری عملکرد سازمانی

شاخص‌هایی برای بهبود فعالیت‌های کیفی

ایجاد شاخص، جمع‌آوری



جمع‌آوری داده برای شاخص‌ها

- مفاهیم شاخص
 - شاخص‌های میزان
 - شاخص‌های نگهداری
- اهداف
 - تغییر مطالعه
 - مفاهیم عناصر داده
 - شمارشگر
 - مقسوم علیه - مخرج

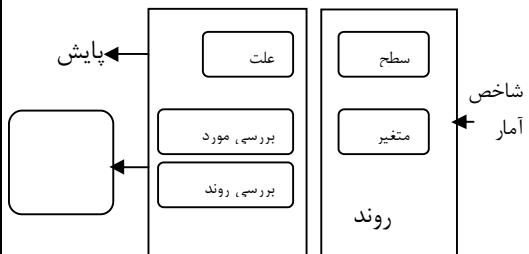
جمع‌آوری داده‌ها برای شاخص‌ها

- روش‌های جمع‌آوری داده
 - وسایل و لوازم : برگه چک/ فرم مصاحبه/ بازدید
 - مصاحبه: جمع‌آوری کننده داده
 - ست جمع‌آوری داده
- نمونه
 - نمونه‌گیری
 - اندازه نمونه
- زمان و طول آن

تحلیل داده و ارائه کردن

- هدف‌ها و بهره‌مندی از نتایج
- انواع اطلاعات
 - اطلاعات کیفی: نسبت، نرخ
 - اطلاعات کمی: میانگین، میانه انحراف معیار
- دیاگرام تصویر: نمودار کنترل
- گروه‌بندی و تحلیل‌های ژرف

تحلیل و تفسیر معیارهای کیفی



مسائل مربوط به اجرای معیارهای کیفیت

- عدم درک اصول، مفاهیم، واژه‌شناسی، و مآخذها
- هدف، برخورداری و نتایج نامشخص، تفسیر نادرست و تشریح نادرست یافته‌ها
- کمبود حمایت و موانع اجرایی، عدم کفایت و مهارت در گردآوری
- تحلیل اطلاعات، بررسی عملیات محدودیت مستقیم اطلاعاتی بیمارستان کمبود پول، وقت و پرسنل
- تلقی منفی در میان کارکنان بیمارستان راجع به اینکه چه کسی مقصر است؟

- بازنگری پیچیده
 - بازنگری گروه متخصص
 - کنفرانس موردی
- بازنگری واضح
 - رهنمودهای غیر کلینیکی
 - مسیر بحرانی

- تاثیر بر نتایج فرآیند
- استفاده بایاس از یافته‌ها
- استفاده نادرست از یافته‌ها
 - داده‌های تحریف شده
 - رساندن یکی دیگر به اینکه کارکردن بدون داده از کارکردن با داده‌های غلط بهتر است

