

Analysis of Health System Decentralization Outcomes on Governance and Justice in Health: Updating Regular Review Studies

Sara Emamgholipour Sefiddashti ¹, Mahmoud Zamandi ^{1*}

¹ Department of Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Mahmoud Zamandi, Ph.D. Student, Department of Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Tel: 0989333785837, Email: mzamandi8@gmail.com

Received: 2018/08/10

Accepted: 2018/11/12

Online published: 2018/11/13

Abstract

Introduction: One of the goals of health systems is to reduce inequality in access to care and promote people's health. Decentralization in the past four decades has aimed at improving management processes and providing appropriate services. The purpose of this study was to investigate the consequences of decentralization by updating systematic review studies.

Materials and Methods: This research is the result of updating the last studies on systematic review of health system's decentralization (March 2016). For this research, all original research papers on the topic were collected by searching in valid databases and qualitative evaluation was performed after removing duplicate and non-related ones.

Results: Out of the 640 founded papers, seven study were selected. Decentralization in countries with an organizational structure and appropriate local capacity improves the Governance and active participation of the community, trusts decentralized care, reducing travel distances, increasing access to treatment, achieves universal coverage, and improves all important parameters of service delivery, including quality. It also increase annual visits and reduces infant mortality that can improve access to equity and health outcomes.

Conclusion: Decentralization provides an opportunity for community and employee participation in planning, budgeting and providing of justice in resource allocation, and thereby motivates and improves the quality of service delivery. Given that the decentralization implementation in each country depends on the political leadership, socio-economic background, pre-implementation infrastructure and managerial and technical skills at the local level, therefore, key health sector policy makers should have a deep understanding of the country's context in designing and implementing technical strategies.

Keywords: Decentralization, Governance, Justice in Health, Health Implications, Updating Regular Review Studies.

تحلیل پیامدهای تمرکززدایی سیستم سلامت بر حاکمیت و عدالت در سلامت: به روزرسانی مطالعات مرور منظم

سارا امامقلی پور سفیددشتی^۱، محمود زمندی^{*۱}

^۱ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^{*} نویسنده مسئول: محمود زمندی، دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۸۹۳۳۳۷۸۵۸۳۷؛ ایمیل: mzamandi8@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۸/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲۱

دریافت: ۱۳۹۷/۵/۱۹

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف سیستم‌های سلامت، کاهش نابرابری در دسترسی به مراقبت‌ها و ارتقاء سلامت مردم می‌باشد. تمرکززدایی در چهار دهه گذشته با هدف بهبود فرایندهای مدیریتی و ارائه خدمات مناسب مطرح بوده است. هدف مطالعه حاضر بررسی پیامدهای تمرکززدایی با به روزرسانی مطالعات مرور منظم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش حاصل به روزرسانی آخرین مطالعات مرور منظم تمرکززدایی سیستم سلامت (مارس ۲۰۱۶) می‌باشد. برای این مطالعه تمام مقالات پژوهشی اصیل تمرکززدایی سیستم سلامت با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر جمع‌آوری شدند و پس از حذف موارد تکراری و غیرمرتبط، ارزیابی کیفی شدند.

یافته‌ها: از ۶۴۰ مقاله یافت شده هفت مقاله معیارهای ورود را داشتند. تمرکززدایی در کشورهایی با ساختار سازمانی و ظرفیت محلی مناسب باعث بهبود حاکمیت و مشارکت فعال جامعه، اعتماد به مراقبت‌های غیرمتمرکز، کاهش فاصله سفر، افزایش دسترسی به درمان، دستیابی به پوشش همگانی و بهبود همه پارامترهای مهم ارائه خدمات از جمله کیفیت شده. همچنین باعث افزایش ویزیت سالانه و کاهش مرگ و میر نوزادان شده که می‌تواند عدالت در دسترسی و پیامدهای سلامت را ارتقاء دهد.

نتیجه‌گیری: تمرکززدایی فرصتی برای مشارکت جامعه و کارکنان در برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی و فراهم شدن زمینه عدالت در تخصیص منابع و در نتیجه باعث ایجاد انگیزه و بهبود کیفیت ارائه خدمات شده. با توجه به این که اجرای تمرکززدایی در هر کشوری بستگی به رهبری سیاسی، زمینه‌های اجتماعی-اقتصادی، زیرساخت‌های قبل از اجرا و مهارت‌های مدیریتی و فنی در سطح محلی دارد، بنابراین، باید عوامل کلیدی سیاست‌گذاری بخش سلامت در طراحی و پیاده‌سازی استراتژی‌های فنی، درک کامل از زمینه آن کشور داشته باشند.

کلمات کلیدی: تمرکززدایی، حاکمیت، عدالت در سلامت، پیامدهای سلامت، به روزرسانی مطالعات مرور منظم.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

سیستم مراقبت سلامت مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و بازیگران آن است که هدف اصلی آن‌ها بهبود سلامت از طریق ارائه خدمات سلامت عمومی و خصوصی است [۱]. از زمان گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، تفکر سیستمی پایه‌ای برای بهبود وضعیت سلامت و تغییر الگوی سیاست‌گذاری از بیماری (های) خاص به سمت تقویت سیستم‌های بهداشتی ظهور کرده است. یکی از عوامل کلیدی این تغییر، درک این موضوع بود که یک سیستم با مشکلات مزمن دستیابی به اهداف توسعه هزاره را تهدید خواهد کرد [۲]. براین اساس دولت‌ها برای حل مشکلات مرتبط با نظام سلامت تغییرات گسترده‌ای را اجرا کرده‌اند [۳]. در این بین تمرکززدایی به‌عنوان راهکاری برای بهبود عملکرد بخش سلامت از طریق بهبود کار آبی، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری محلی سیستم‌های بهداشتی ترویج شده است [۴-۶].

طبق تعریف Rondinelli و همکاران (۱۹۸۳) تمرکززدایی در بخش دولتی (عمومی)، به‌عنوان انتقال مسئولیت برای برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، تولید و تخصیص منابع و قدرت اجرایی از دولت مرکزی به: الف) واحدهای کاری دولت مرکزی، وزارتخانه‌ها یا سازمان‌ها، ب) واحدهای وابسته یا سطوحی از دولت، ج) شرکت‌ها / مقامات دولتی نیمه‌مستقل، د) سازمان‌های خصوصی یا داوطلب غیردولتی می‌باشد [۷]. این تعریف نشان می‌دهد که تمرکززدایی اساساً یک مسئله سیاسی و شامل انتقال قدرت و اقتدار است و می‌تواند به‌عنوان وسیله‌ای برای افزایش خدمات بهداشتی استفاده شود. تمرکززدایی در عمل شامل انتقال قدرت و اختیار مدیریت منابع عمومی از سطح ملی به سطوح محلی می‌باشد. این امر نیازمند اصلاحات سیاسی بسیاری است، هرچند ماهیت و زمینه سیاسی آن به‌ندرت در مطالعات تجربی تحلیل می‌شود [۸-۱۰].

تمرکززدایی تاریخیچه طولانی در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط دارد، در سال‌های ۱۹۷۰ میلادی، این نوع اصلاحات در سلامت جهانی ظاهر شد و در طول دهه ۱۹۸۰ ادامه یافت. اعلامیه هراره در سال ۱۹۸۷ مراقبت بهداشتی اولیه بر اساس سیستم‌های بهداشتی غیرمتمرکز را به‌عنوان ستون فقرات برای دستیابی به هدف «سلامتی برای همه» در سال ۲۰۰۰ توصیه کرد [۱۱]. انواعی از فرایندهای تمرکززدایی وجود دارد، اما در عمل تعدادی آن‌ها همپوشانی دارند در نهایت چهار رویکرد گسترده برای تمرکززدایی توصیف شده است [۶]. تمرکززدایی: انتقال برخی از اختیارات به ادارات محلی وزارت بهداشت با استفاده از ابزارهای اداری می‌باشد [۱۲]. این امر مستلزم ایجاد مدیریت محلی با وظایف اداری مشخص و با درجه‌ای از اختیار است که مقامات محلی را قادر می‌سازد تا بدون ارجاع مداوم به وزارت بهداشت مدیریت کنند [۱۳]. عملکرد سیاست معمولاً تنها عملکردی است که در مرکز حفظ می‌شود.

واگذاری: انتقال قانونی قدرت به سازمان‌های سیاسی محلی (دولت محلی) که اساساً از سطح ملی با توجه به مجموعه مشخص از عملکرد مستقل است [۶، ۱۲]. آن‌ها به‌ندرت "به‌طور کامل خودمختار" هستند، اما در حوزه مسئولیتی خود سازمان‌هایی کاملاً مستقل از دولت ملی هستند. به‌عنوان مثال برای افزایش درآمد و انتصاب کارکنان [۱۴]. نمایندگی: شامل انتقال مسئولیت‌های مدیریتی برای عملکردهای تعریف شده به سازمان‌هایی است که خارج از ساختار دولت مرکزی

هستند و تنها به‌طور غیرمستقیم توسط وزارت بهداشت کنترل می‌شود. مسئولیت نهایی با وزارت بهداشت است، اما عامل آن اختیار گسترده‌ای برای انجام وظایف مشخص دارد [۶]. روابط دقیق مدیریتی و مالی متفاوت است، اما همه تصمیمات اجرایی روزانه به موسسه داده می‌شود. خصوصی‌سازی: شامل انتقال عملکردهای دولت به سازمان‌های داوطلبانه و یا شرکت‌های خصوصی سودآور یا غیرانتفاعی می‌باشد. با توجه به مفاهیم ذکر شده، درحالی‌که تمرکززدایی اغلب یک اقدام سیاسی است، می‌تواند تأثیرات مهمی بر ابعاد مختلفی مانند کار آبی در ارائه خدمات عمومی، عدالت و رشد اقتصادی داشته باشد [۱۵] و در سیستم‌های سلامت منجر به فرصتی برای رسیدن به کار آبی فنی و تخصصی، توانمند کردن دولت‌های محلی و افزایش پاسخگویی، عدالت و بهبود کیفیت و کاهش هزینه‌ها شود [۱۲، ۱۶].

با توجه به مطالعه کان و همکاران (۱۹۹۶)، بیش از ۲۵ کشور در آفریقا با پشتیبانی اهداکنندگان در حال اجرای بعضی از انواع سیاست‌های تمرکززدایی در اوایل دهه ۱۹۹۰ بودند. در ابتدا این اقدام به‌عنوان ارزش سیاسی مهم و یک عامل کلیدی در اصلاحات که عملکرد و کیفیت خدمات را بهبود می‌بخشد تلقی می‌شد و بعدها به‌عنوان وسیله‌ای برای ترویج دموکراسی و پاسخگویی به مردم محلی به رسمیت شناخته شد [۱۷]. بسیاری از طرفداران تمرکززدایی آن را به‌خودی‌خود یک اصلاح مهم می‌دانند، معمول‌ترین هدف تمرکززدایی نزدیک‌تر کردن دولت به مردم و تشویق مشارکت جامعه است [۱۸] اما اهداف عمده‌ای شامل نزدیک کردن خدمات به مردم [۷، ۱۹]، بهبود دسترسی به خدمات [۶، ۱۹]، فراهم کردن امکان مشارکت جامعه [۲۰، ۲۱]، بهبود روحیه و گردش کار کارکنان [۲۲]، تأکید بر بهبود کیفیت، دسترسی و توانمندسازی دولت‌های محلی و افزایش نوآوری و کار آبی [۷، ۱۹]، تشویق به ارائه خدمات مراقبت بهداشتی عادلانه و آزادی فردی، سرعت بخشیدن به برنامه‌های توسعه و پوشش مراقبت‌های بهداشتی در سطح ملی، ترویج هماهنگی بین بخشی، افزایش انعطاف‌پذیری مدیریت، سازگاری و همچنین افزایش پاسخگویی و ارتقای سطح استقلال محلی را دنبال می‌کند [۴].

مشارکت جامعه در مدیریت مراکز سلامت به‌عنوان یک جنبه مهم سیستم‌های بهداشتی در بسیاری از کشورهای آفریقایی در حال ظهور است [۲۳]. تمرکززدایی از این نوع می‌تواند مدیریت خدمات را با سازمان‌دهی فعالیت‌های تولیدی و اعمال نفوذ بر برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران مسئول تخصیص منابع ترکیب کند [۲۴]. مشارکت جامعه در مدیریت بیمارستان‌ها باعث بهبود عملکرد از طریق تقویت مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان به مشتریان می‌شود. باین‌حال، اثرات تمرکززدایی در بخش سلامت متناقض است [۴، ۲۰، ۲۲، ۲۵]. اصلاحات تمرکززدایی برای اجرا بسیار پیچیده و چالش‌برانگیز است. در نتیجه، مزایای موردنظر ممکن است همیشه قابل‌دستیابی نباشد [۱۹].

پایه‌سازی سیاست‌های تمرکززدایی در بخش بهداشت و درمان، طیف وسیعی از شیوه‌ها و اشکال را که توسط ماهیت و ساختار نهاد سطح محلی برای انتقال مسئولیت مشخص شده، اتخاذ کرده است. باین‌وجود، صرف‌نظر از شکل، تأثیرات نهایی اصلاحات تمرکززدایی تحت تأثیر

برای مشارکت جامعه ممکن است این باشد که افرادی که در سطح محلی نفوذ دارند از آن به نفع جامعه استفاده نکنند. این در هند در مراحل اولیه توسعه هیئت‌مدیره سلامت در بیمارستان‌های خودمختار رخ داد که بانفوذ بزرگان محلی و غالب در مقامات سیاسی قدرت حمایتی رسمی و نهادینه‌شده برای رسیدن به منافع خود دریافت کردند [۶].

استدلال‌های بیان‌شده مطالعات نشان می‌دهد که شواهد تجربی کافی برای نتیجه‌گیری قطعی در مورد تأثیر تمرکززدایی سیستم سلامت بر حاکمیت، تأمین مالی، ارائه خدمات و دسترسی به داروها و تجهیزات، منابع انسانی، عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت و عدالت در وضعیت یا پیامدهای سلامت وجود ندارد؛ بنابراین ضروری است که یک بررسی سیستماتیک از تألیفات موجود در این موضوع انجام شود، زیرا شواهد حاضر متضاد و مبهم است.

روش کار

این پژوهش ادامه مطالعات مروری دانیل کوبوس مونوز (Daniel Cobos Munoz) و همکاران با عنوان "تمرکززدایی سیستم‌های سلامت در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط: یک بررسی منظم (۵۴ مقاله) [۴۴] و Anthony Mwinkaara Sumah و همکاران با عنوان تأثیر تمرکززدایی بر عدالت در سلامت: مرور نظام‌مند شواهد (نه مقاله) [۴۵] است. در این مطالعه نتایج مطالعات مروری این پژوهشگران در مورد تأثیر تمرکززدایی بر متغیرهای مورد بررسی با استفاده از مطالعات انجام‌شده از مارس ۲۰۱۶ تا ۱۵ می ۲۰۱۸ به‌روزرسانی شد.

استراتژی جستجو

این پژوهش یک مرور منظم از تألیفات بر اساس بیانیه پریزما می‌باشد [۴۶]. برای شناسایی مقالات مرتبط با تمرکززدایی، نمایندگی و تفویض اختیار اجرای برنامه‌ها در سیستم بهداشتی به سطوح پایین یک جستجوی جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, EMBASE, Sid, Springer, science direct, Scopus, Web of Science و در موتور جستجوی Google Scholar با کلیدواژه‌های زیر انجام شد:

Decentralization of health systems, Evaluation of decentralization in health system, Determinants of decentralization in health, Decentralization of health care and its impact on health outcomes, Decentralization of health system and its impact on health costs, Decentralization of health systems and Service delivery, Decentralization of health systems and accessibility, Decentralization of health systems and efficiency. AND [Health governance, health administration, healthcare administration, health care governance, health system, health service] AND [Decentralisation, devolution, delegation, privatization] AND [equity, equitable].

بسیاری از عوامل داخلی و خارجی از جمله دلایل یا محرک‌های تمرکززدایی و وضعیت سیاسی کشور است [۴، ۶، ۷، ۱۰، ۲۶].

علاوه بر این، برخی از استدلال‌های قانع‌کننده برای تمرکززدایی سیستم‌های بهداشتی پاسخگویی خدمات بهداشتی به نیازهای مردم محلی و بهبود دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی تلقی می‌کنند، از سوی دیگر استدلال می‌شود که تمرکززدایی ممکن است از روند گسترده‌تر اصلاحات اقتصادی، سیاسی و فنی حاصل شود [۲۷]. همچنین می‌تواند با اصلاحات نئولیبرالی همراه شود که هدف آن، معرفی اقدامات ریاضتی برای کاهش هزینه‌های دولت، کاهش نقش دولت در ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای ایجاد رقابت و آگاهی از هزینه‌های بخش دولتی است [۲۸، ۲۹].

تمرکززدایی ممکن است به کاهش نابرابری بین مناطق کمک کند، زیرا مقامات محلی عملاً اطلاعات بهتری در مورد نیازهای محلی دارند و با تمرکز بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر بهتر می‌توانند پاسخ دهند [۳۰]. با این حال، اجرای موفقیت‌آمیز تمرکززدایی نیازمند تعادل پیچیده بین سیاست‌های مالی، سیاسی و اداری است. برای بهبود پاسخگویی سیاست‌گذاران، تمرکززدایی باید شامل تقسیم واضح مسئولیت‌ها و یک سیستم شفاف پاسخگویی باشد [۳۱]. مطالعه ارتباط بین تمرکززدایی مالی و معیارهای مختلف سلامت جمعیت، به‌ویژه مرگ‌ومیر نوزادان نشان می‌دهد که تمرکززدایی مالی با مرگ‌ومیر نوزادان رابطه منفی دارد [۳۲-۳۶]، به‌ویژه هنگامی که دولت‌های محلی در مدیریت درآمد و هزینه‌های خود درجه بالایی از اختیارات را داشته باشند [۳۰، ۳۷].

با این حال، احتمالاً به علت فقدان داده‌ها، پیامدهای مربوط به سایر انواع تمرکززدایی غیر از مالی، توجه کمتری را به خود جلب کرده است. تعدادی از مطالعات اثرات منفی یا مبهم بودن تمرکززدایی در مراقبت‌های بهداشتی را مطرح می‌کنند [۳۸، ۳۹]؛ بنابراین، در حالی که به‌طور کلی انتظار می‌رود که تمرکززدایی باعث افزایش عدالت شود، شواهد کمی برای حمایت از این گزاره وجود دارد [۴۰]. برخی معتقدند که تمرکززدایی سیستم بهداشتی را مستعد نابرابری می‌کند، زیرا استقلال غیرمتمرکز برای تصمیم‌گیری منجر به نابرابری و اختلاف در رویکردهای مراقبت‌های بهداشتی بین واحدهای مستقل می‌شود [۴۰].

همچنین تمرکززدایی می‌تواند دو اثر منفی بر عدالت را تشدید کند: خواسته‌های محلی که با دستیابی به عدالت ملی متضاد هستند (به‌ویژه هنگامی که با یک مکانیسم تولید منابع محلی مرتبط است)؛ و ضعف در ظرفیت برنامه‌ریزی مرکزی [۴۱]. در سیستم‌های متمرکز می‌توان سیاست‌های حامی عدالت را توسعه داد و سیستم‌های عادلانه ایجاد درآمد را در سطح ملی ایجاد کرد. با این وجود عدالت به محیط سیاسی غالب و انتخاب سیاست‌ها بستگی دارد [۴۰]. بررسی تأثیر تمرکززدایی بر عدالت در مکزیک (۱۹۸۹) [۴۲] با ارائه خدمات مراقبت بهداشتی متمرکز در یک ایالت دیگر مقایسه شد. در حالی که خدمات عمومی در حالت غیرمتمرکز افزایش یافته است، تغییر ۱۸۰ درجه‌ای سیاست‌های توزیع خدمات، از یک الگوی عادلانه به یک الگوی ناعادلانه وجود داشت. به همین ترتیب، در چین، پس از تمرکززدایی، بیمارستان‌ها برای کسب تکنولوژی پیشرفته، مشتری و سود بیشتر وارد رقابت شدند. این‌ها هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را افزایش داد و نشان داد که خانوارهای فقیر تقریباً ۶۰٪ از درآمد خالص سالانه خود را در بیمارستان هزینه می‌کنند [۴۳]. خطر بیشتر تمرکززدایی و سیاست‌های تکمیلی

معیارهای ورود و خروج

تمام مقالاتی که از مارس ۲۰۱۶ تا ۱۵ می ۲۰۱۸ منتشر شده و ارتباط بین انواع تمرکززدایی و تأثیر آن بر حاکمیت، منابع انسانی، تأمین مالی و ارائه خدمات، دسترسی به داروها و تجهیزات، عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت و عدالت در وضعیت یا پیامدهای سلامت را بررسی کرده بودند و هدف اصلی مطالعه تجزیه و تحلیل عدم تمرکز بخش سلامت بود، نتایج بر اساس داده‌های اولیه بود و به زبان انگلیسی بین‌المللی و یا فارسی ایران نوشته شده بود و همچنین به‌طور شفاف نتایج تمرکززدایی بر متغیرهای مورد بررسی مشخص شده بود، برای ارزیابی کیفی و استخراج اطلاعات انتخاب شدند.

انتخاب مطالعات و استخراج داده‌ها

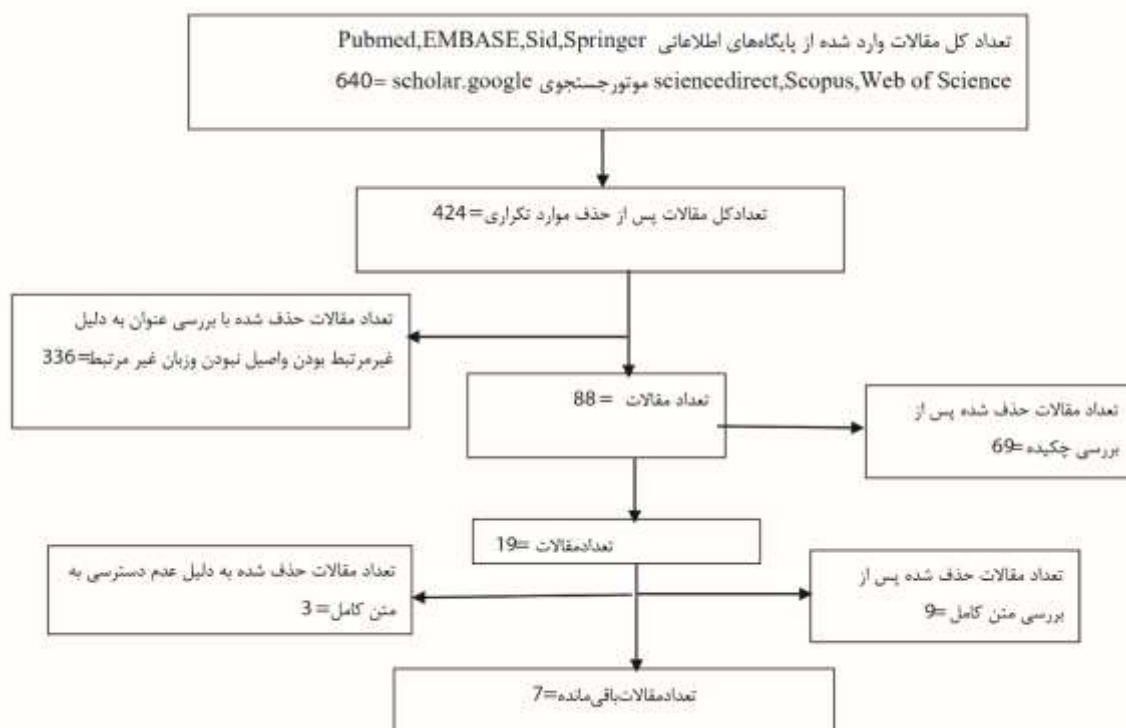
با اجرای استراتژی جستجو ۶۴۰ مقاله به دست آمد. ۲۱۶ مقاله تکراری حذف و با بررسی عنوان ۳۳۶ مقاله به دلیل غیر مرتبط بودن و اصیل نبودن و زبان غیر مرتبط، حذف شدند و در مرحله بعد با بررسی چکیده ۶۹ مقاله و با بررسی کل متن ۹ مطالعه دیگر کیفیت لازم و معیارهای ورود را نداشتند و حذف شدند. کیفیت مطالعات با استفاده از معیارهای دو ابزار ارزیابی کیفیت سنجیده شدند. مطالعات کیفی با استفاده از معیارهای تعدیل‌شده ابزار (CASP) مورد ارزیابی قرار گرفت و به‌طور کلی با کیفیت "قوی"، "قابل قبول" و "مرتبط" رتبه‌بندی شدند [۴۷]. و برای مطالعات کمی از معیارهای تعیین‌شده توسط تامسون و همکاران استفاده شد [۴۸]. مطالعات کمی برای خطر تورش

انتخاب، خطر تورش مرتبط با طراحی مطالعه، شناسایی و کنترل مخدوش‌کننده‌ها، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، پیگیری شرکت‌کنندگان و کورسازی مورد ارزیابی قرار گرفتند و از لحاظ کیفیت به صورت "قوی"، "متوسط" و "ضعیف" رتبه‌بندی شدند [۴۸]. در نهایت ۷ مقاله (۴ مطالعه کیفی، ۳ مطالعه کمی) وارد مطالعه شد و مورد بررسی قرار گرفتند. سپس اطلاعات کلیدی شامل سال انتشار، کشور مورد مطالعه، نویسنده، نام مجله، هدف، روش کار و نتایج مطالعه و تأثیر تمرکززدایی بر شش متغیر بررسی استخراج و وارد نرم‌افزار ماکروسافت اکسل شدند. فرآیند غربالگری و انتخاب مقالات در تصویر ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها

شرح مطالعات و ارزیابی کیفی

مطالعات انجام‌شده در پنج کشور دنیا شامل مالاوی [۴۹]، کنیا [۵۰-۵۲]، بنین [۵۳]، اسپانیا [۵۴] و هند [۵۵] بود. رتبه کلی کیفیت روش‌شناسی فقط یک مطالعه کمی (۳۰)، قوی بود و همه مطالعات از روش‌های معتبر جمع‌آوری داده استفاده کرده بودند. در مطالعات کیفی سه مطالعه کاملاً با ۱۰ معیار برنامه مهارت‌های ارزشیابی انتقادی (CASP) مطابق بود و یک مطالعه باقیمانده بیش از ۷۵٪ از معیارها را رعایت کرده بود. همه مطالعات دارای سؤال و هدف مشخص بودند و نتایج را با وضوح نشان داده بودند، اطلاعات کامل مطالعات در جدول شماره ۱ آورده شده است.



تصویر ۱: نحوه انتخاب مقالات

جدول ۱: اطلاعات کامل هفت مقاله تحلیل شده

ردیف	سال انتشار مقاله	نویسنده	نام مجله	کشور	عنوان	هدف	روش مطالعه	نتایج
۱	2017	Alyssa Bilinski	PLOS ONE	Neno, Malawi	فاصله تا دریافت مراقبت، پیگیری و عدم پیگیری بیمار در مناطق روستایی مالاوی پرداخته است.	این مطالعه به بررسی تأثیر تمرکززدایی درمان ضد رتروویروسی در ثبت و حفظ بیمار در مناطق روستایی مالاوی پرداخته است.	پرونده پزشکی الکترونیکی بیماران ثبت شده در برنامه درمان ضد رتروویروسی در منطقه نینو را از ۱ آگوست ۲۰۰۶ بررسی و از ۳۱ دسامبر ۲۰۱۳ با استفاده از داده‌های GPS برای محاسبه فاصله بیمار تا مراقبت استفاده شد، و تعداد ویزیت سالانه درمان‌های ضد رتروویروسی و تعداد موارد از دست رفته پیگیری مراقبت از اچ آی وی برای یک سال استفاده شد.	در طی دوره تمرکززدایی تعداد بیماران درمان ضد رتروویروسی در Neno از ۴۸ به ۳۹۴۹ افزایش یافته است. میانگین فاصله سفر برای درمان با داروهای ضد رتروویروسی از ۷/۳ کیلومتر به ۴/۷ کاهش یافته است. زمانی که که درمان ضد رتروویروسی به ۱۲ مرکز بهداشت عمومی انتقال یافت. پس از انتقال، نسبت بیماران برای دستیابی به توصیه‌های کلینیکی افزایش یافته است.
۲	2017	Edwine W. Barasa	PLOS ONE	Kenya	تمرکزگرایی در داخل تمرکززدایی: استقلال بیمارستان ها و این که چگونه این تاثیرات بر عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته است	بررسی تغییرات در استقلال بیمارستان‌ها در نتیجه واگذاری کلیدی مدیریت بیمارستان‌ها داشته اند و نحوه تاثیر بر عملکرد در سه بیمارستان استانی در کنیا بررسی شد. داده‌ها از طریق مصاحبه مفصل با مدیران بهداشت استان و مدیران در ۲۱ بیمارستان برای بررسی پنج حوزه مدیریت (مدیریت استراتژیک، امور مالی، تدارک، منابع انسانی و اداری) مورد کاوش قرار گرفت و این که چگونه این موارد بر عملکرد بیمارستان‌ها تاثیر گذاشته.	از یک رویکرد کیفی استفاده شده و سطح خودمختاری و استقلالی که بر عملکرد‌های کلیدی مدیریت بیمارستان‌ها تاثیر داشته اند و نحوه تاثیر بر عملکرد در سه بیمارستان استانی در کنیا بررسی شد. داده‌ها از طریق مصاحبه مفصل با مدیران بهداشت استان و مدیران در ۲۱ بیمارستان برای بررسی پنج حوزه مدیریت (مدیریت استراتژیک، امور مالی، تدارک، منابع انسانی و اداری) مورد کاوش قرار گرفت و این که چگونه این موارد بر عملکرد بیمارستان‌ها تاثیر گذاشته.	واگذاری منجر به کاهش قابل توجهی در استقلال بیمارستان‌های شهرستان در پنج عملکرد کلیدی مورد بررسی قرار گرفت. این امر منجر به تضعیف مدیریت و رهبری بیمارستان شد، کمبود مشارکت اجتماعی در امور بیمارستان، کاهش کیفیت خدمات، کاهش انگیزه در میان کارکنان بیمارستان، عدم هماهنگی اولویت‌های شهرستان و اولویت‌های بیمارستان، عدم اطمینان کارکنان و کاهش کیفیت رخ داده است.
۳	2018	Arnaud Setondji Amoussouhoui	PLOS ONE	Benin, West Africa	اجرای یک برنامه درمان مبتنی بر جامعه Buruli در منطقه Ouinhi. طراحی شده یکی از بخش‌های اندمیک بنین که قبلا مراقبت‌های متمرکز بیمارستانی داشتند.	تحقیق مبتنی بر مداخله در چهار مرحله انجام شد: مطالعه پایه، آموزش کارکنان بالینی منطقه، آموزش‌های همگانی، ارزیابی نتایج و تأثیرات.	نتایج مطالعه نشان داد که ضایعات اولیه زخم (۷۱٪) از موارد تشخیص داده شده می‌تواند در جامعه پس از آموزش همگانی درمان شوند. و سه درصد فقط با آنتی بیوتیک‌ها با موفقیت درمان شدند. ارزیابی تأثیر نشان می‌دهد که اعتماد جامعه به مراقبت‌های غیرمتمرکز زخم بورولی توسط کارکنان بطور چشمگیری افزایش یافته است.	
۴	2017	Dolores Jimenez-Rubio	Social Science & Medicine	Spain	تمرکززدایی سیستم‌های سلامت و پیامدهای سلامت: شواهدی از تجرب طبیعی	تخمین تأثیر عدم تمرکز خدمات بهداشتی و درمانی بر مرگ و میر نوزادان با استفاده از یک سلامت: شواهدی از تجرب طبیعی	4	2017
۵	2017	Benjamin Tsofa	International Journal for Equity in Health	Kenya	واگذاری و تأثیر آن در مدیریت نیروی کار و تجهیزات- تجربیات	در سال ۲۰۱۰، کنیا یک قانون اساسی جدید را تصویب کرد که ۴۷ دولت نیمه مستقل محلی تجربیات	5	2017

۶	2016	Bhuputra Panda	BMC Health Services Research	Odisha	این مطالعه با هدف ارزیابی ادراک (عقیده و رضایتمندی) کارکنان بهداشتی در مورد تأثیر RKS نهاد تصمیم گیری محلی) در بهبود کارایی تصمیم گیری واحدهای بهداشتی محیطی (DMHU) انجام شد. بررسی تفاوت بین اولویت بندی و عدم اولویت بندی، شناسایی عوامل تعیین کننده رضایت از کار، و بحث در مورد پیشنهادات برای بهبود عملکرد انجام شده.	این مطالعه با هدف ارزیابی ادراک (عقیده و رضایتمندی) کارکنان بهداشتی در مورد تأثیر RKS نهاد تصمیم گیری محلی) در بهبود کارایی تصمیم گیری واحدهای بهداشتی محیطی (DMHU) انجام شد. بررسی تفاوت بین اولویت بندی و عدم اولویت بندی، شناسایی عوامل تعیین کننده رضایت از کار، و بحث در مورد پیشنهادات برای بهبود عملکرد انجام شده.	پس از طراحی یک مطالعه مقایسه ای-مقطعی، ۱۳۰ کارمند از ۳۰ موسسه به روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده چند مرحله ای انتخاب شدند. پرسشنامه نیمه ساختار یافته جهت ارزیابی ادراک و نظر کارکنان بهداشتی در مورد تأثیر RKS بر کارایی تصمیم گیری در سطح محلی، انگیزه و عملکرد کارکنان و در دسترس بودن بودجه، بهبود کیفیت خدمات و هماهنگی میان همکاران و مشارکت جامعه در تصمیم گیری محلی طراحی شد. سه ناحیه با بالاترین نرخ مرگ و میر نوزادان (IMR) از ۳ منطقه Odisha و ۳ منطقه با کمترین IMR بر اساس برآوردهای IMR ۱ سال ۲۰۱۱ انتخاب شدند. نمرات جمع شدند و بین PD مناطق در اولویت و NPD مقایسه شد. برای تعیین عوامل تعیین کننده رضایت از کار، رگرسیون خطی تعدیل شده انجام گرفت.	اکثریت پاسخ دهندگان احساس کردند که RKS در تصمیم گیری کارآمد بوده و منجر به بهبود همه پارامترهای مهم ارائه خدمات بهداشتی، از جمله کیفیت می شود. این در PD بسیار بیشتر بود. علاوه بر این، درصد بیشتری از پاسخ دهندگان از PD با مجموعه ای از مقررات و رفتار کارکنان واحدهای بهداشتی نمونه کاملاً موافق بودند. مشارکت فعال جامعه، مشارکت نمایندگان منتخب، انتخاب یک رئیس فعال و آموزش برای اعضای RKS به عنوان نکته عملی و اولویت فوری برای دولت محلی بود. میانگین نمرات معنادار بین PD و NPD با توجه به تأثیر RKS در عملکرد فردی، سازمانی و بیمار متفاوت بود. غیبت به شدت با رضایت و خودمختاری محلی ارتباط داشت. عوامل مرتبط با کار، عوامل سیستمیک، پاسخگویی محلی و مشارکت بیماران به عنوان عوامل تعیین کننده رضایت از نیروی کار بهداشتی شناخته شدند.
۷	2017	Tsofa et al	International Journal for Equity in Health	Kenya	چگونه تمرکززدایی بر مدیریت مالی و برنامه ریزی بخش سلامت تأثیر می گذارد؟ مطالعه موردی اثرات اولیه	چگونه تمرکززدایی بر مدیریت مالی و برنامه ریزی بخش سلامت تأثیر می گذارد؟ مطالعه موردی اثرات اولیه	Tsofa et al	

تأثیر تمرکززدایی بر ابعاد مختلف سیستم بهداشتی

تأثیر بر حاکمیت

شاخص کمی خاصی برای اندازه گیری اثر تمرکززدایی بر حاکمیت سلامت بیان نشده. مطالعات کیفی هم اثرات مثبت و هم اثرات منفی تمرکززدایی را توصیف کرده اند. یکی از اثرات مثبت تمرکززدایی، ایجاد نهادهای تصمیم گیری محلی در خانه های بهداشت است که باعث بهبود کار آیی تصمیم گیری واحدهای بهداشتی محلی و همچنین منجر به بهبود همه پارامترهای مهم ارائه خدمات بهداشتی از جمله کیفیت شده است. علاوه بر این، باعث مشارکت فعال جامعه و نمایندگان منتخب شده است [۴۵، ۵۵] و همچنین تمرکززدایی درمان عفونت مایکوباکتریوم اولسران که به عنوان زخم Buruli شناخته می شود از سیستم متمرکز دولتی به تمام سطوح جامعه، نشان داد که باعث افزایش اعتماد جامعه به مراقبت های غیرمتمرکز شده و مشارکت جامعه را افزایش داده است [۵۳].

همچنین یکی از مطالعات انجام شده در کنیا نشان داد، تمرکزگرایی و عدم استقلال در اداره بیمارستان ها نیز باعث تضعیف مدیریت و رهبری بیمارستان شده و مشارکت جامعه را در اداره امور بیمارستان تضعیف کرده است [۵۰]. همچنین در این کشور تمرکززدایی به سطوح محلی قبل از ایجاد ساختار سازمانی مناسب و ظرفیت کافی برای مدیریت منابع انسانی و تدارک داروها و تجهیزات، منجر به اختلالات عمده در پرداخت حقوق کارکنان سلامت، دخالت سیاسی در مدیریت منابع انسانی و سردرگمی در مدیریت کارکنان شده است. همچنین عدم وضوح در مورد نقش ها و مسئولیت های خاص در دولت ملی و محلی و بازیکنان کلیدی در سطوح مختلف ایجاد شد. در نتیجه، باعث اعتصاب کارکنان بهداشت و استعفای جمعی شده است [۵۱].

همچنین در کنیا تأثیر تمرکززدایی عمده سیاسی بر برنامه ریزی بهداشتی، بودجه بندی و مدیریت مالی در سطح شهرستان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که اجرای واگذاری، فرصتی برای اولویت بندی فعالیت ها در سطح محلی و مشارکت جامعه در برنامه ریزی و بودجه بندی بخش سلامت فراهم کرد. با این وجود، این فرصت به دلیل

از مراقبت. عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت از نظر سیاسی یک نگرانی مهم است که در تعدادی از مطالعات کمی به آن اشاره شده بود [۴۹، ۵۳، ۵۴]. در این مرور متغیرهای مورد استفاده در مطالعات برای اندازه‌گیری عدالت شامل: وضعیت سلامتی که توسط خود فرد گزارش شده، هزینه‌های بهداشتی سرانه، سرانه ویزیت پزشک عمومی، ویزیت‌های متخصص و یا اقامت در بیمارستان، سرانه پزشک و سرانه تخت بیمارستانی و دسترسی همگانی به مراقبت‌ها ارزیابی می‌شود.

بررسی تأثیر تمرکززدایی درمان ضد ترئوپروسی در ثبت و حفظ بیمار در مناطق روستایی مالاوی نشان داد سرانه ویزیت پزشک افزایش یافته است [۴۹]. اجرای یک برنامه درمان غیرمتمرکز مبتنی بر جامعه برای بهبود مدیریت زخم بورولی در ناحیه Ouhini بنین، غرب آفریقا، نشان داد که ضایعات اولیه زخم (۷۱٪ از موارد تشخیص داده شده) می‌تواند در جامعه پس از آموزش همگانی درمان شوند. نودوسه درصد فقط با آنتی‌بیوتیک‌ها با موفقیت درمان شدند. ارزیابی تأثیر نشان می‌دهد که اعتماد جامعه به مراقبت‌های غیرمتمرکز از زخم بورولی توسط کارکنان به‌طور چشمگیری افزایش یافته است [۵۳].

نابرابری در نتایج سلامتی با شاخص مرگ‌ومیر و امید به زندگی بررسی شد. در اسپانیا تمرکززدایی سیستم‌های خدمات بهداشتی باعث کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و در مناطق شده. تخمین زده شده که تمرکززدایی کامل (یعنی هم از نظر سیاسی و مالی) تقریباً باعث کاهش ۱/۱ در تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال در هر هزار تولد زنده شده (کاهش ۱۷ درصدی در کل دوره پس از اصلاحات) [۵۴].

بحث

برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت تحول در سیستم‌های سلامت ضروری است [۵۶]. تمرکززدایی سیستم‌های سلامت به‌عنوان یک عنصر ضروری برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت مورد حمایت دولت‌ها و تصمیم‌گیران است [۵۷]. این مطالعه باهدف به‌روز کردن یافته‌های دو مطالعه مروری [۴۴، ۴۵] در مورد پیامدهای تمرکززدایی سیستم‌های سلامت با مروری بر تألیفات منتشرشده در مورد تجربه تمرکززدایی کشورهای مختلف را ارائه می‌دهد. شواهد جمع‌آوری شده از چهار قاره می‌باشد.

در این مطالعه پیامدهای مثبت و منفی تمرکززدایی سیستم‌های بهداشتی بررسی شد [۱۶، ۵۸، ۵۹]. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر تمرکززدایی باعث افزایش مشارکت جامعه در فرآیندهای برنامه‌ریزی بهداشتی شده است [۵۵]. ممکن است این مشارکت از طریق نمایندگان محلی یا ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی محلی خود و ایجاد کانال‌های ارتباطی جدید میسر شود که این نتایج با یافته‌های مطالعات منتشرشده مطابقت دارد [۳۳-۳۶، ۴۹، ۶۰، ۶۱]. همچنین فرآیندهای برنامه‌ریزی محلی موجب افزایش مشارکت ذینفعان مختلف شده است [۳۶، ۳۷، ۳۹، ۴۰، ۴۲، ۶۰]. این نتایج می‌تواند به دلیل توانمندسازی پیش‌رونده جوامع و در نظر گرفتن عوامل محلی در تصمیم‌گیری باشد.

تمرکززدایی از سیستم متمرکز دولتی به تمام سطوح جامعه باعث افزایش اعتماد جامعه به مراقبت‌های غیرمتمرکز شده و مشارکت جامعه را افزایش می‌دهد [۵۳، ۶۲]. اما تمرکززدایی قبل از ایجاد ساختار سازمانی مناسب و ظرفیت کافی برای مدیریت منابع انسانی، عدم وضوح

انتقال وظایف به استان‌ها، قبل از اینکه ظرفیت‌های محلی برای انجام وظایف غیرمتمرکز ایجاد شود، مورد استفاده قرار نگرفت [۵۲].

تأثیر بر ارائه خدمات و دسترسی به داروها و تجهیزات

در تئوری، یکی از مهم‌ترین مزایای تمرکززدایی ارائه خدمات این است که خدمات به استفاده‌کنندگان نزدیک‌تر خواهد شد. در کنیا نیز تمرکززدایی خدمات بهداشتی و درمانی باعث بهبود سریع‌تر و ارزان‌تر با داروهای در دسترس شد [۵۳]. در مالاوی در طی دوره تمرکززدایی تعداد بیماران تحت درمان ضد ترئوپروسی در Neno از ۴۸ نفر به ۳۹۴۹ نفر افزایش یافته است. میانگین فاصله سفر برای درمان با داروهای ضد ترئوپروسی از ۷/۳ کیلومتر به ۴/۷ کاهش یافته است. زمانی که درمان ضد ترئوپروسی به ۱۲ مرکز بهداشت عمومی انتقال یافت، نسبت بیمارانی که سالانه چهار بار در کلینیک ویزیت می‌شدند از ۸۹٪ به ۹۹٪ افزایش یافته است. در رگرسیون خطرات متناسب COX، بیمارانی که در فاصله ۸ کیلومتری از یک مرکز بهداشتی قرار داشتند خطر بیشتری از عدم پیگیری را در مقایسه با بیماران بافاصله کمتر از ۸ کیلومتر را داشتند [۴۹].

مطالعه تأثیر تمرکززدایی بر کار آبی واحدهای بهداشتی در اودیشا (هند) نشان داد همه پارامترهای مهم ارائه خدمات بهداشتی، از جمله کیفیت خدمات افزایش یافت [۵۵]. همچنین تمرکزگرایی مجدد و کاهش استقلال در اداره بیمارستان‌ها در کنیا باعث کاهش کیفیت خدمات، عدم هماهنگی اولویت‌های استان و اولویت‌های بیمارستان‌ها شد [۵۰]. در کنیا تمرکززدایی به استان‌ها قبل از اینکه ساختار سازمانی مناسب سطح استان و ظرفیت کافی برای مدیریت منابع انسانی و تدارک داروها و تجهیزات در محل ایجاد شود انجام شده، در نتیجه منجر به تأخیر قابل توجهی در تدارک داروهای ضروری و لوازم پزشکی و تخلیه طولانی مدت انبارها از داروهای ضروری در مراکز بهداشتی شد و کیفیت خدمات بهداشتی به‌طور چشمگیر کاهش یافت، اما پس از این‌که شرایط مناسب شد و موفق به خرید دارو شدند، در مقایسه با دوره پیش از واگذاری (تمرکززدایی)، وضعیت تهیه دارو و میزان سفارش بهتر شد [۵۱].

تأثیر بر منابع انسانی

نتایج مطالعات نشان داد تمرکززدایی بر منابع انسانی هم اثرات مثبت و هم اثرات منفی دارد. یکی از اثرات مثبت تمرکززدایی ایجاد یک‌نهاد تصمیم‌گیری محلی که باعث بهبود کار آبی تصمیم‌گیری واحدهای بهداشتی محیطی و کاهش چشمگیر در غیبت کارکنان سلامتی شد [۵۵]. در مقابل، مطالعات کیفی تعدادی از اثرات منفی تمرکززدایی در مدیریت و حفظ منابع انسانی را نشان داد، تمرکزگرایی مجدد در اداره مراکز سلامتی در کنیا باعث کاهش انگیزه در میان کارکنان بیمارستان، عدم اطمینان کارکنان و باعث به خطر افتادن کیفیت مراقبت شد [۵۰].

تأثیر بر عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت و عدالت در وضعیت یا پیامدهای سلامت

پیامدها ممکن است به چهار دسته تقسیم شوند: (۱) وضعیت سلامت (۲) دانش مربوط به سلامت (۳) رفتارهای جستجوی سلامتی (۴) رضایت

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پوشش خدمات بهداشتی بعد از تمرکززدایی افزایش یافته است که با یافته‌های مطالعات دیگر مطابق است [۴۹، ۷۷] در مطالعات متعدد کیفیت مراقبت پس از عدم تمرکز در تعدادی از مناطق بهبود یافته است [۶۰، ۷۸].

در مطالعات مختلف تأثیر تمرکززدایی بر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی متناقض بود. رشیدیان و همکاران برآورد کرده‌اند که احتمال دسترسی به تخت بیمارستان در مناطق غیرمتمرکز ۴/۶ بار بیشتر بوده است ($P < 0.001$) [۷۹]. نتایج مشابهی در لائوس [۸۰]، کلمبیا [۸۱] و زامبیا [۸۲] یافت شد. تجزیه و تحلیل پوشش واکسیناسیون در ۱۴۴ کشور نشان داد که پوشش‌های DTP3 و سرخک ۸/۸٪ بود و در کشورهای با درجه عدم تمرکز بالاتر ۸/۸٪ بیشتر از کشورهای دارای تمرکز بود [۸۳].

تعدادی از مطالعات شاخص‌های کمی دسترسی به داروها و تجهیزات را نشان داده‌اند و همه آن‌ها در تجزیه و تحلیل خود به کیفیت پایین دسترسی به داروها را اذعان کرده‌اند [۸۴-۸۶]. داده‌های مطالعات کیفی به‌طور مداوم اثرات منفی تمرکززدایی را در دسترسی به داروها، واکسن‌ها و یا تجهیزات پزشکی نشان داده‌اند [۸۷]. کمبود مهارت‌های مدیریتی [۸۸، ۸۹] برای این نتایج گزارش شده بود. همچنین تمرکزگرایی مجدد در اداره مراکز سلامتی انگیزه و اطمینان کارکنان بیمارستان را کاهش داده و باعث خطر افتادن کیفیت مراقبت‌ها شده است [۵۰]. افزایش استقلال بیمارستانی می‌تواند منجر به کار آبی بیشتر، بهبود کیفیت خدمات، افزایش مسئولیت‌پذیری، درک فزاینده در جوامع در مورد چگونگی فعالیت و خدمت‌دهی بیمارستان‌ها و بهبود عدالت در توزیع خدمات ارائه شده باشد [۹۰، ۹۱]. اصلاحات تمرکززدایی می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر خودمختاری بیمارستان‌ها تأثیر بگذارد [۹۲].

مدل واگذاری ساختار دولتی که در کنیا در سال ۲۰۱۰ توسط قانون اساسی معرفی شده است، فرصت زیادی برای افزایش فضای تصمیم‌گیری در زمینه مدیریت منابع انسانی از سطح ملی به سطح شهرستان ایجاد کرد. علاوه بر این، قوانین واگذاری مکانیسم دقیق برای افزایش مشارکت مستقیم و غیرمستقیم (از طریق نمایندگان منتخب) جامعه در برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی ایجاد کرده است [۵۲]. با این حال، این فرصت‌ها، تغییر مثبتی در چالش‌های تاریخی هماهنگی ضعیف برنامه‌ریزی بخش سلامت و فرایندهای بودجه‌بندی و مشارکت ضعیف جامعه حداقل در اوایل اجرای واگذاری در کیلیفی (کنیا) ایجاد نکردند. این موارد تا حد زیادی به عدم شفافیت نقش بین وزارت بهداشت و درمان ملی و بخش‌های بهداشت شهرستان، تأخیر در ایجاد زیرساخت موردنیاز در سطح شهرستان برای تسهیل فرایندها، نبود توانایی فردی و سازمانی موردنیاز در سطح محلی برای انجام عملکرد برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی وابسته بود [۵۲].

مطالعه حاضر نشان داد تغییرات مثبت در مدیریت و کیفیت ارائه خدمات به دلیل وجود نهاد تصمیم‌گیری در مراکز بهداشتی صورت گرفته است. کاهش غیبت، بهبود در حاکمیت محلی، انگیزه و عملکرد کارکنان به نهاد تصمیم‌گیری واقع در مرکز بهداشتی مرتبط بود، به طوری که به‌وضوح توسط پاسخ‌دهندگان قابل درک است [۵۵]. کیفیت حاکمیت و رضایتمندی به‌شدت مرتبط بودند و غیبت کارکنان به‌طور مستقیم با حاکمیت و رضایتمندی ارتباط مستقیم داشت؛ بنابراین،

در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌های خاص در دولت ملی و محلی و بازیکنان کلیدی در سطوح مختلف شده و منجر به سردرگمی در مدیریت منابع انسانی خواهد شد [۵۱].

مسائل و مشکلاتی نیز برای هماهنگی بین مقامات سطح محلی و مرکزی گزارش شده است، وجود اختلاف بین احزاب سیاسی در سطح مرکزی و محلی باعث ضعف هماهنگی، تضاد منافع و عدم اجرای برنامه‌ها بر اساس اولویت می‌شود [۶۳]. در یک محیط غیرمتمرکز، اختیارات برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی و مدیریت مالی اغلب با ظرفیت سازمانی و مکانیسم پاسخگویی برای تأثیرگذاری بر نتایج برنامه‌ریزی بخش سلامت ارتباط دارد [۶۴]. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که این تعامل و نتایج مرتبط باید در بستر سیاسی وسیع‌تر که در آن مدل تمرکززدایی طراحی و اجرا شده مورد توجه قرار گیرد.

در کشور فیجی پس از تمرکززدایی، مراکز بهداشتی کنترل و مدیریت خیلی کم بر منابع انسانی داشت؛ زیرا قبلاً درجه بالایی از تمرکز خدمات اجتماعی وجود داشت که توسط کمیسیون خدمات عمومی اداره می‌شد [۲۲]. در فیلیپین، استخدام‌های سیاسی در سال اول تمرکززدایی به دلیل افزایش نفوذ دولت‌های محلی و کاهش کنترل قانونی توسط وزارت بهداشت گزارش شده است [۶۵]. عدم هماهنگی اولویت‌های استان و بیمارستان‌ها کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها را از بین می‌برد، با افزایش استقلال بیمارستان کیفیت خدمات نیز افزایش خواهد یافت [۶۶، ۶۷].

مطالعه‌ای در مالاوی نشان داد که در طی دوره تمرکززدایی میانگین فاصله سفر برای درمان کاهش یافته است و تعداد بیماران تحت درمان ضد تروروپروسی افزایش یافته است [۴۹]. این توجیه و دلیل با یافته‌های چین و کامبوج پشتیبانی می‌شود [۶۸]. مطالعات قبلی از مالاوی نتایج متضادی را در مورد اثرات تمرکززدایی درمان ضد تروروپروسی در پیامدهای سلامت نشان داده‌اند. در منطقه روستایی تایلو، اگرچه عدم پیگیری بیماران به میزان قابل توجهی برای بیمارانی که درمان ضد تروروپروسی در مراکز بهداشتی اولیه شروع کردند در مقایسه با بیمارانی که درمان ضد تروروپروسی را در بیمارستان‌های منطقه شروع کردند پایین‌تر بود، تمرکززدایی درمان ضد تروروپروسی با مرگ‌ومیر بالاتری همراه بود [۶۹]. در ناحیه زامبا، بیماران دریافت‌کننده مراقبت‌های غیرمتمرکز ۴۰ درصد کمتر احتمال عدم پیگیری و مرگ در طی دوره مطالعه ۱۰ ماهه داشتند [۷۰].

نتایج نشان می‌دهد که تمرکززدایی کامل درمان ضد تروروپروسی برای همه بیماران می‌تواند نتایج مطلوب را در مناطق مالاوی و مناطق روستایی فقیر کشورهای جنوب صحرای آفریقا به دست آورد. در اغلب مناطق تمرکززدایی به‌طور مثبت عملکرد برنامه‌های بهداشتی تحت تأثیر قرار داده است. تمرکززدایی در هند (اودیشا) همه پارامترهای مهم ارائه خدمات بهداشتی، از جمله کیفیت خدمات را افزایش داده است [۵۵]. شاخص‌های عملکرد برنامه‌های سل و اچ آی وی در جیبوتی [۷۱] سودان [۷۲] و چین [۷۳] بعد از تمرکززدایی بهبود یافته است. تنها یک نمونه وجود دارد که متوسط بار ویروسی پس از ۱۲ ماه درمان در مراکز بهداشتی غیرمتمرکز بدتر از بیمارستان‌های مرکزی بود [۷۴]. یکی از مهم‌ترین علل اثرات منفی تمرکززدایی، مربوط به عملکرد ضعیف مدیران و ضعف زیرساخت‌ها می‌باشد. بعضی از نویسندگان عملکرد بدتر برنامه را بعد از تمرکززدایی نشان داده‌اند [۷۵، ۷۶].

تمرکززدایی در اسپانیا و کانادا نابرابری‌ها در استفاده از مراقبت‌ها را کاهش داده است. نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی موجود آشکار است. در شرایطی که موانع مالی برای دسترسی وجود دارد، تفاوت در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی معمول است، همان‌طور که در چین و سوئیس تجربه شده است. با این حال، اثر تمرکززدایی بر پیامدهای سلامتی دشوارتر می‌شود زیرا وضعیت سلامتی تابع شرایط اجتماعی-اقتصادی و جمعیت شناختی نیز می‌باشد. با وجود این مسائل مربوط به روش‌شناختی، این ادبیات، ارتباط مثبتی بین تمرکززدایی حاکمیت و وضعیت یا پیامدهای سلامتی را نشان می‌دهد [۴۵].

استثنا در این مطالعه، چین بود که در نتیجه تمرکززدایی، نابرابری‌های گسترده‌ای را در پیامدهای سلامتی تجربه کرد. در نهایت، شواهد تجربی در مورد تأثیر تمرکززدایی بر عدالت در تأمین مالی، عمدتاً مثبت بوده است، اگرچه نابرابری‌های موجود را در بعضی موارد تشدید می‌کند. در کانادا، شیلی، کلمبیا و اسپانیا کمک‌های قابل توجه از دولت مرکزی، همراه با سیستم‌های یارانه‌ای متقابل، نابرابری‌ها در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی حداقل بود [۴۵].

نتیجه‌گیری

اثرات منفی ذکر شده از فرآیندهای تمرکززدایی گسترده در درجه اول با اجرای اصلاحات مرتبط است و نه خود اصلاحات. نبود مهارت‌های مدیریتی رهبران و مدیران، نحوه اجرا و زیرساخت‌های آن کشور، ناکافی بودن مهارت‌های فنی در سطح محلی برای انجام وظایف محول شده، تمرکززدایی تصمیم‌گیری بدون تأمین قدرت برای تحقق تصمیمات، یا منابع ناکافی برای اجرای فعالیت‌های ضروری، بعضی از نقاط ضعف گزارش شده از همه کشورها بودند. تمرکززدایی در کشورهایی با زیرساخت‌های مناسب و ظرفیت کافی در سطح محلی، می‌تواند باعث بهبود حاکمیت و مشارکت فعال جامعه، بهبود ارائه خدمات، افزایش انگیزه و حضور فعال و همراه با رضایت کارکنان سلامت و دسترسی به داروها و تجهیزات، تدارک داروهای ضروری در مراکز بهداشتی و کاهش مرگ‌ومیر شده که عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت و عدالت در وضعیت سلامت را می‌تواند افزایش دهد.

برخی از عناصر طراحی و پیاده‌سازی که به تأثیرات مثبت آن‌ها کمک می‌کردند عبارت بودند از: آموزش مناسب و کافی کارکنان که عملکردی را به عهده خواهند گرفت، اجرای تدریجی یا پایلوت برنامه‌ها برای درک پیامدهای اصلاحات یا نظارت مؤثر بر واحدهای غیرمتمرکز. تمرکززدایی فعالیت‌ها می‌تواند چالش‌برانگیز باشد اگر ساختار و ظرفیت مناسب و کافی در سطح محلی وجود نداشته باشد و مکانیسم‌های پاسخگویی شفاف در دسترس نباشد.

هرگونه تلاش برای کاهش غیبت در محل کار باید مسائل مربوط به حاکمیت را مورد توجه قرار دهد [۵۵].

عدالت در دسترسی به مراقبت سلامت از نظر سیاسی یک نگرانی مهم است، با تمرکززدایی سرانه ویزیت پزشک افزایش یافته است [۴۹]. در شیلی و کلمبیا، تمرکززدایی با افزایش دسترسی به مراقبت بهداشتی همراه بود [۹۳]. اجرای یک برنامه درمان غیرمتمرکز مبتنی بر جامعه، اعتماد به مراقبت‌های غیرمتمرکز را به‌طور چشمگیری افزایش داده است [۵۳، ۶۲]. این امر همچنین باعث افزایش عدالت بین استانی در دسترسی به پزشکان عمومی، خدمات تخصصی و در داخل استان به عدالت در دسترسی به پزشک عمومی و مراقبت بیمارستانی کانادا کمک کرد [۹۴]. در سوئیس، تمرکززدایی، به دلیل سیاست‌های استانی، عدالت در دسترسی را تضمین نکرده [۹۵]. با این حال، تمرکززدایی با نا عدالتی بیشتر در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به نفع مناطق ثروتمند در چین مرتبط بوده است [۹۶]. این یافته‌ها همچنین می‌تواند نشان دهند که نابرابری گزارش شده مربوط به درآمد است.

نابرابری در پیامدهای سلامتی با استفاده از میزان مرگ‌ومیر و امید به زندگی بررسی شد [۹۶-۹۸]. به‌طور کلی، نابرابری در وضعیت سلامتی به حاکمیت سیستم غیرمتمرکز مرتبط نیست [۹۷، ۹۹]. در اسپانیا، استان‌های غیرمتمرکز نابرابری سیستماتیک را در نتایج سلامتی یا سلامت نشان ندادند، اما تمرکززدایی بیشتر با افزایش عدالت مرتبط بود [۹۹]. در اسپانیا تمرکززدایی کامل، باعث کاهش در تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال شده.

در مقابل، نابرابری در سلامت در چین به دلیل تأثیر تمرکززدایی در تشدید نابرابری‌های موجود در پیامدهای سلامت است. شواهد نشان می‌دهد که نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به نابرابری در شاخص‌های پیامد یا وضعیت سلامتی منجر شده است. با این حال، این یافته ممکن است مطلق نباشد، چراکه عوامل اجتماعی-اقتصادی نیز تعیین‌کننده مهم وضعیت سلامتی هستند [۱۰۰] که می‌تواند عامل تأثیرگذار در وضعیت غیرمتمرکز چین باشد. فاکتورهایی مانند سطح تحصیلات، مسکن و شیوه زندگی به‌ویژه می‌تواند عوامل مؤثر بر نابرابری در وضعیت سلامتی باشند [۱۰۱].

اگرچه در ادبیات، در مورد پیامدهای تمرکززدایی بر عدالت در سلامت هیچ توافقی وجود ندارد، برخی نتایج اولیه در رابطه با زمینه، می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. حاکمیت غیرمتمرکز سیستم‌های بهداشتی می‌تواند موجب تقویت و یا تشدید نا عدالت‌هایی مربوط به سلامت بر اساس زمینه اجرای تمرکززدایی شود. بیشتر ادبیات به این واقعیت اشاره می‌کنند که تمرکززدایی می‌تواند عدالت را افزایش دهد یا به نا عدالتی کمک کند که بستگی به مکانیسم‌های تکمیلی همراه با آن دارد؛ بنابراین تأثیر تمرکززدایی بر عدالت در سلامت متناقض است [۴۵].

References

- Anderson G, Hussey PS. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*. 2001;20(3):219-32. PMID: 11585171
- Hafner T, Shiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health polic & plann*. 2012;28(1):41-50.
- Sadaghiani A. Comparative Study of Health Care Systems in Different Countries. *Indust Manage Organiz*. 1977: 11.
- Bossert T. Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance. *Social scie & med*. 1998;47(10):1513-27. PMID: 9823047

5. Blue I, Harpham T. The World Bank World Development Report 1993: Investing in Health: Reveals the Burden of Common Mental Disorders, but Ignores its Implications. *British J Psychiat*. 1994;165(1):9-12. PMID: 7953063
6. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, Organization WH. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. 1990.
7. Rondinelli DA, Nellis JR, Cheema GS. Decentralization in Developing Countries. *World Bank Staff Working Paper*. 1983;581.
8. Rondinelli DA. Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. *Inter review of administr sci*. 1981;47(2):133-45.
9. Collins C. Decentralization and the Need for Political and Critical Analysis. *Health Policy & Plann*. 1989;4(2):168-71.
10. Omar M. Health Sector Decentralisation in Developing Countries: Unique or Universal! *World Hospitals & Health Services*. 2002;38(2):24-30.
11. Organization WH. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance: World Health Organization; 2000.
12. Conyers D. Decentralization for Regional Development: a Comparative Study of Tanzania, Zambia and Papua New Guinea. *Public Administr & Develop*. 1981;1(2):107-20.
13. Razavi T. Fiscal Decentralization in Developing Countries and Iran. Tehran, Sherwin Publications, Second Edition. 2004.
14. Farzinvasht A, Sadeghi Shahdani M, Ghaffary Fard M. Fiscal Decentralization and Its Economic Performance. *Quarterly J Econ Res & Policy*. 2009;17(49):19-40.
15. Ahmad E, Brosio G, Tanzi V. Local Service Provision in Selected OECD Countries: Do Decentralized Operations Work Better?: International Monetary Fund; 2008.
16. Saltman R, Busse R, Figueras J. Decentralization in health care: strategies and outcomes: McGraw-Hill Education (UK); 2006.
17. Conn C, Green C, Walley J. Effective District Health Services in Developing Countries: a Busy Manager's Guide to the Literature: Institute of Development Studies, University of Sussex; 1996.
18. Mills A. Decentralization and Accountability in the Health Sector from an International Perspective: what are the Choices? *Public administr & develop*. 1994;14(3):281-92.
19. Regmi K. Decentralizing Health Services: A Global Perspective: Springer; 2013.
20. Bossert T, Chitah MB, Bowser D. Decentralization in Zambia: Resource Allocation and District Performance. *Health policy & plann*. 2003;18(4):357-69. PMID: 14654512
21. De Vries MS. The Rise and Fall of Decentralization: A Comparative Analysis of Arguments and Practices in European Countries. *European J Political Res*. 2000;38(2):193-224.
22. Mohammed J, North N, Ashton T. Decentralisation of Health Services in Fiji: a Decision Space Analysis. *Inter J health policy and manage*. 2016;5(3):173. PMID: 26927588
23. Shaw RP, Elmendorf AE. Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned. 1994.
24. Smith BC. Decentralisation of Health Care in Developing Countries: Organisational Options. *Public Administration and Development*. 1997;17:399-412.
25. Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a Comparative Analysis of Decision Space. *Health Policy & Plan*. 2002;17(1):14-31. PMID: 11861583
26. Robinson M. Does Decentralisation Improve equity and Efficiency in Public Service Delivery Provision? *IDS bulletin*. 2007;38(1):7-17.
27. Couttolenc BF. Decentralization and Governance in the Ghana Health Sector: World Bank Publications; 2012.
28. Litvack JI, Ahmad J, Bird RM. Rethinking Decentralization in Developing Countries: World Bank Publications; 1998.
29. Bossert T, Chitah M, Simonet M, Mwansa L, Daura M, Mabandhala M, et al. Decentralization of the Health System in Zambia. Major Applied Research 6, Technical Paper no. 2. Bethesda, Abt Associates Inc. 2000.
30. Cavalieri M, Ferrante L. Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence From Infant Mortality in Italy. *Social Scie & Med*. 2016;164:74-88. PMID: 27475054
31. World Bank. Decentralization Toolkit. Decentralization and Sub National Finance Website. World Bank, Washington D.C. Available at: <http://www.worldbank.org/publicsector/decentralization/toolkit9.pdf>. 2013.
32. Robalino DA, Picazo OF, Voetberg A. Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes?: World Bank Publications; 2001.
33. Habibi N, Huang C, Miranda D, Murillo V, Ranis G, Sarkar M, et al. Decentralization and Human Development in Argentina. *J Human Develop*. 2003;4(1):73-101.
34. Cantarero D, Pascual M. Analysing the Impact of Fiscal Decentralization on Health Outcomes: Empirical Evidence From Spain. *Applied Economics Letters*. 2008;15(2):109-11.
35. Uchimura H, Jütting JP. Fiscal Decentralization, Chinese Style: Good for Health Outcomes? *World Development*. 2009;37(12):1926-34.
36. Jiménez-Rubio D. The Impact of Fiscal Decentralization on Infant Mortality Rates: Evidence From OECD Countries. *Social Scie & Med*. 2011;73(9):1401-7. PMID: 21920653
37. Soto VE, Farfan MI, Lorant V. Fiscal Decentralisation and Infant Mortality Rate: The Colombian Case. *Social Scie & Med*. 2012;74(9):1426-34. PMID: 22417812
38. Ayeé JR. The Measurement of Decentralization: the Ghanaian Experience, 1988-92. *African Affairs*. 1996;31-50.

39. Alves J, Peralta S, Perelman J. Efficiency and Equity Consequences of Decentralization in Health: An Economic Perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2013;31(1):74-83.
40. Koivusalo M. Decentralisation and Equity of Healthcare Provision in Finland. *British Med J*. 1999;318(7192):1198. PMID: 10221951
41. Green A. *An Introduction to Health Planning for Developing Countries*. Oxford University Press. 1992.
42. Gonzalez-Block M, Leyva R, ATA OZ, Loewe R, Alagon J. Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy. *Health Policy & Plan*. 1989;4(4):301-15.
43. Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Scie & Med*. 1997;45(3):351-60. PMID: 9232730
44. Muñoz DC, Amador PM, Llamas LM, Hernandez DM, Sancho JMS. Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *Inter J Public health*. 2017;62(2):219-29.
45. Sumah AM, Baatiema L, Abimbola S. The Impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy*. 2016;120(10):1183-92. PMID: 27663406
46. Krog AH, Sahba M, Pettersen EM, Wisloff T, Sundhagen JO, Kazmi SS. Cost-utility analysis comparing laparoscopic vs open aortobifemoral bypass surgery. *Vasc Health Risk Manag*. 2017;13:217-24. DOI: 10.2147/vhrrm.s138516 PMID: 28670132
47. CASP U. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) 2014*. Oxford: CASP Checklists; 2014.
48. Thomas B, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004;1(3):176-84. PMID: 17163895
49. Bilinski A, Birru E, Peckarsky M, Hecce M, Kalanga N, Neumann C, et al. Distance to care, enrollment and loss to follow-up of HIV patients during decentralization of antiretroviral therapy in Neno District, Malawi: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185699. DOI: 10.1371/journal.pone.0185699 PMID: 28973035
50. Barasa EW, Manyara AM, Molyneux S, Tsofa B. Recentralization within decentralization: County hospital autonomy under devolution in Kenya. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182440. DOI: 10.1371/journal.pone.0182440 PMID: 28771558
51. Tsofa B, Goodman C, Gilson L, Molyneux S. Devolution and its effects on health workforce and commodities management—Early implementation experiences in Kilifi County, Kenya. *Inter J for equity in health*. 2017;16(1):169.
52. Tsofa B, Molyneux S, Gilson L, Goodman C. How does decentralisation affect health sector planning and financial management? a case study of early effects of devolution in Kilifi County, Kenya. *Inter J for equity in health*. 2017;16(1):151.
53. Amoussouhoui AS, Sopoh GE, Wadagni AC, Johnson RC, Aoulou P, Agbo IE, et al. Implementation of a decentralized community-based treatment program to improve the management of Buruli ulcer in the Ouinhi district of Benin, West Africa. *PLoS neglected tropical diseases*. 2018;12(3):e0006291. PMID: 29529087
54. Jiménez-Rubio D, García-Gómez P. Decentralization of health care systems and health outcomes: Evidence from a natural experiment. *Social Scie & Med*. 2017;188:69-81.
55. Panda B, Thakur HP, Zodpey SP. Does decentralization influence efficiency of health units? A study of opinion and perception of health workers in Odisha. *BMC health services research*. 2016;16(6):550. PMID: 28185581
56. Organization WH. *Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*. 2015.
57. O'Connell T, Sharkey A. Reaching universal health coverage through district health system strengthening: using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage. New York: UNICEF. 2013.
58. Levaggi R, Smith PC. Decentralization in health care: lessons from public economics. *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges* (Maidenhead: Open University Press, 2005). 2003:223-47.
59. Han W. Health care system reforms in developing countries. *J Public Health Res*. 2012;1(3):199. PMID: 18000949
60. Arredondo A, Orozco E. Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. *Inter J health plan & manag*. 2008;23(1):37-49. PMID: 25054281
61. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low-and middle-income countries. *Social sci & med*. 2014;117:86-95. PMID: 23993021
62. Frumence G, Nyamhanga T, Mwangi M, Hurtig A-K. Challenges to the implementation of health sector decentralization in Tanzania: experiences from Kongwa district council. *Global health action*. 2013;6(1):20983. PMID: 25521949
63. Arredondo-López A, Orozco-Núñez E. Health governance and social protection indicators in Latin-America: strengths, weaknesses and lessons-learned from six Mexican states. *Revista de Salud Pública*. 2014;16(3):335-45. PMID: 21134705
64. Bossert TJ, Mitchell AD. Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Sci & Med*. 2011;72(1):39-48. PMID: 15877513
65. Grundy J, Healy V, Gorgolon L, Sandig E. Overview of devolution of health services in the Philippines. *Rural Remote Health*. 2013; 3: 220. Available: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_220.pdf.
66. Bossert T, Kosen S, Harsono B, Gani A. *Hospital autonomy in Indonesia*. Boston, MA; 1997.
67. Govindaraj R, Obuobi A, Enyimayew N, Antwi P, Ofosu-amaah S. *Hospital autonomy in Ghana: the*

- experience of Korle Bu and Komfo Anokye Teaching hospitals. Boston, MA; 1996. PMID: 21324106
68. Wei X, Zou G, Zhang H, Li R, Walley JD, Jiang S, et al. Evaluating the impact of decentralising tuberculosis microscopy services to rural township hospitals in Gansu Province, China. *BMC Public Health*. 2011;11(1):103. PMID: 20958897
 69. Bemelmans M, Van Den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropic Med & inter health*. 2010;15(12):1413-20. PMID: 20586966
 70. Chan AK, Mateyu G, Jahn A, Schouten E, Arora P, Mlotha W, et al. Outcome assessment of decentralization of antiretroviral therapy provision in a rural district of Malawi using an integrated primary care model. *Tropic Med & Inter Health*. 2010;15(s1):90-7. PMID: 12921147
 71. Bernatas J, Ali I, Ismael H, Matan A, Aboubakar I. Decentralisation of directly observed treatment in a large African city: evaluation of the experience of Djibouti. *Inter J Tuberculosis & Lung Disease*. 2003;7(8):724-9. PMID: 12757045
 72. El-Sony A, Mustafa S, Khamis A, Enarson D, Baraka O, Bjune G. The effect of decentralisation on tuberculosis services in three states of Sudan. *Inter J Tuberculosis & Lung Disease*. 2003;7(5):445-50. PMID: 18419890
 73. Wei X, Liang X, Liu F, Walley J, Dong B. Decentralising tuberculosis services from county tuberculosis dispensaries to township hospitals in China: an intervention study. *Inter J Tuberculosis & Lung Disease*. 2008;12(5):538-47. PMID: 18181695
 74. Bedelu M, Ford N, Hilderbrand K, Reuter H. Implementing antiretroviral therapy in rural communities: the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J infec diseases*. 2007;196(Supplement_3):S464-S8.
 75. Jiménez MM, Hinestroza Y, Gómez RD. Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004. *Colombia Médica*. 2007;38(2):113-31.
 76. Carvajal R, Cabrera G, Mateus J. Effects of the health sector reform upon tuberculosis control interventions in Valle del Cauca, Colombia. *Biomed revista del Instituto Nacional de Salud*. 2004;24:138-48. PMID: 22375682
 77. Ansari U, Cockcroft A, Omer K, Ansari N, Khan A, Chaudhry UU, et al. Devolution and public perceptions and experience of health services in Pakistan: linked cross sectional surveys in 2002 and 2004. *BMC Health Services Res*. 2011;11(2):S4. PMID: 19995811
 78. Regmi K, Naidoo J, Pilkington PA, Greer A. Decentralization and district health services in Nepal: understanding the views of service users and service providers. *J Public Health*. 2009;32(3):406-17. PMID: 24347733
 79. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(12):942-9. PMID: 16501731
 80. Perks C, Toole MJ, Phouthonsy K. District health programmes and health-sector reform: case study in the Lao People's Democratic Republic. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:132-8. PMID: 11841755
 81. Jaramillo I. Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(1):48-53. PMID: 11772987
 82. Blas E, Limbambala ME. User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy & Plan*. 2001;16(suppl_2):19-28. PMID: 15087152
 83. Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. *Social Sci & Med*. 2004;59(1):163-83. PMID: 24447374
 84. Jadoo SAA, Aljunid SM, Sulku SN, Nur AM. Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2014;14(1):30.
 85. Boyer S, Eboko F, Camara M, Abé C, Nguini MEO, Koulla-Shiro S, et al. Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon. *Aids*. 2010;24:S5-S15. PMID: 15125109
 86. Anokbonggo W, Ogwal-Okeng J, Obua C, Aupont O, Ross-Degnan D. Impact of decentralization on health services in Uganda: a look at facility utilization, prescribing and availability of essential drugs. *East African Med J*. 2004;S2-7. PMID: 15125110
 87. Anokbonggo W, Ogwal-Okeng J, Ross-Degnan D, Aupont O. Attitudes and perceptions of stakeholders on decentralization of health services in Uganda: the case of Lira and Apac districts. *East African Med J*. 2004;81(2; SUPP):S8-S11. PMID: 19405958
 88. Munga MA, Songstad NG, Blystad A, Mæstad O. The decentralisation-centralisation dilemma: recruitment and distribution of health workers in remote districts of Tanzania. *BMC Inter health & human rights*. 2009;9(1):9. PMID: 16410996
 89. Arredondo A, Orozco E. Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. *Revista de Saude publica*. 2006;40(1):152-60.
 90. Harding A, Preker A. Understanding organizational reforms: the corporatization of public hospitals. Data de consulta: 2006-03-06. Endereço: http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resource/res/281627-1095698140167_Harding-UnderstandingOrganizational-whole.pdf. 2000.
 91. Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals: World Bank Publications; 2003.
 92. Govindaraj R, Chawla M. Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries: What Can We Learn?: Harvard school of public health. Department of population and international health. DDM; 1996.

93. Bossert TJ, Larranaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health organization*. 2003;81:95-100. PMID: 20217473
94. Zhong H. The impact of decentralization of health care administration on equity in health and health care in Canada. *Inter J health care finance & economie*. 2010;10(3):219-37. PMID: 11009945
95. Wyss K, Lorenz N. Decentralization and central and regional coordination of health services: the case of Switzerland. *Inter J Health Plan & Manage*. 2000;15(2):103-14.
96. West LA, Wong CP. Fiscal decentralization and growing regional disparities in rural China: Some evidence in the provision of social services. *Oxford Review of Economic Policy*. 1995;11(4):70-84.
97. Costa-Font J, Rico A. Devolution and the interregional inequalities in health and healthcare in Spain. *Regional Studies*. 2006;40(8):875-87. PMID: 16161193
98. Lopez-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics*. 2005;14(S1). PMID: 15799456
99. Costa-i-Font J. Inequalities in self-reported health within Spanish Regional Health Services: devolution re-examined? *Inter J health plan & manage*. 2005;20(1):41-52.
100. Urbanos R. Measurement of inequity in the delivery of public health care: evidence from Spain (1997). *Fedea Documento de Trabajo*. 2001;15.
101. Mackenbach JP, Bakker MJ, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. *Reducing inequalities in health: a European perspective* London: Routledge. 2002:25-49.