مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره شانزدهم ، شماره سوم ، پاییز ۱۳۸۷، صفحات ۷۲-۶۷

تمرکززدایی در نظام سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران

مروری بر مفاهیم، شواهدی برای الزام بر تمرکز زدایی، تحلیل ۵ پروژه تمرکززدایی در کشور

دکتر محمداسماعیل مطلق*[1]، دکتر محمدرضا رهبر[2]، محمدجواد کبیر[3]

چکیده

تمرکز زدایی به معنای فرآیند توزیع تصمیم‌گیری به سطوح محیطی تر فعالیت یا ارایه خدمت است. اساساً عدم تمرکز در حاکمیت دولت‌ها چنانچه به خوبی برنامه‌ریزی و اجرا شود می‌تواند فرصت‌های مهمی را برای توسعه انسانی در جوامع فراهم آورد. مطالعه فرآیند مزبور در نقاط مختلف دنیا نشان می‌دهد که بیشترین تمرکززدایی در کشورهای توسعه یافته اروپایی صورت گرفته و در مقایسه با آن، منطقه خاورمیانه درصد پایین‌تری از تمرکززدایی بهره می‌برد. تمرکززدایی در کشورهای مختلف عمدتاً در محورهای سیاستگزاری و تأمین منابع مالی و اقتصادی می‌باشد. بسیاری از نظام‌های سلامت در دنیا تمرکززدایی را به عنوان اصلی‌ترین جز از فرآیند اصلاح در نظام سلامت به کار می‌گیرند.

تمرکززدایی در نظام سلامت با هدف‌های افزایش تأثیر مداخلات درمانی و بهداشتی، تحقق عدالت، کارآمدی بالاتر در نظام سلامت، ارتقای کیفیت، تأمین مالی مناسب و عادلانه و برنامه‌ریزی برای انتخاب مناسب‌ترین مداخله براساس اولویت‌های منطقه صورت می‌پذیرد. برای تحقق تمرکززدایی طیفی از انتخاب‌ها در زمینه‌های مختلف موجود است که دولت می‌بایست میزان تمرکززدایی را براساس آن تنظیم نماید. بدیهی است چنانچه شرایط تمرکززدایی در برخی از حیطه‌ها فراهم نیامده باشد اقدام به این فرآیند می‌تواند منجر به بروز عوارضی گردد.

واژه‌های کلیدی: تمرکززدایی، سلامت، نظام سلامت، ایران

مقدمه

تمرکز زدایی یعنی انتقال اختیار تصمیم‌گیری، انجام وظایف مدیریتی و استفاده از منابع تمرکز زدایی در بخش دولتی که به منزله تفویض اختیار بیشتر به واحدهای محیطی از جمله حکومت‌های محلی، واحدهای اجرایی، زیر مجموعه‌های حکومت محلی، ارگان‌های تخصصی و سازمان‌های نیمه مختار تلقی می‌شود(۱).

در دنیای امروز در چارچوب بحث اصلاحات، مقوله تمرکززدایی به عنوان یکی از اصلی‌ترین استراتژی‌های نظام سلامت تلقی می‌گردد. در حال حاضر این نظام به دلیل پایین بودن سطح شاخص عدالت و استفاده نامناسب از منابع، پاسخگویی ناکافی به مردم، عدم دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده و غیره به شکل ناکارآمد جلوه می‌نماید. به همین خاطر، تغییرات جدی در بعد سازماندهی و ساختار، منابع مالی و گردش آن، برنامه‌های سلامت و نرم افزارهای مدیریتی لازم است تا تغییرات مطلوب فراهم شود. روند دگرگونی هزینه‌ها و کاهش منابع پیوسته در حال افزایش است و شکاف روزافزونی بین منابع قابل حصول و مورد نیاز پدید می‌آید. کشور ما در این زمینه در ابتدای راه است و تجربه و

*۱- نویسنده مسئول: دانشیار گروه اطفال- دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی اهواز
تلفن : ۰۲۱-۶۶۷۰۰۱۴۲ تلفن همراه: ۰۹۱۲۲۹۹۵۵۹۲
Email:motlagh@health.gov.ir
۲- پزشک عمومی - MPH
۳- کارشناس ارشد -عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی گلستان
۱،۲- مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت وزارت بهداشت
تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۲/۲ تاریخ پذیرش:۱۳۸۷/۸/۱۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شناخت دقیقی از آنچه که به وقوع می‌پیوندد را ندارد. بنابراین می‌بایست روش متناسبی را برگزید و برنامه‌ای عملیاتی تدوین نمود. این مهم جز با شناخت دقیق مفهوم تمرکززدایی و روش‌های مختلف آن میسر نخواهد بود. به منظور اجرای این روش‌ها کارهای زیربنایی از قبیل فرهنگ سازی، تعدیل قوانین و مقررات، پذیرش و حمایت سیاستگزاران و آموزش همگانی جهت رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده لازم است.

تعاریف رایج در رابطه با تمرکززدایی:

الف) Deconcentration: انتقال منابع، مسئولیت و اختیارات از سازمان مرکزی به واحدهای محیطی همان سازمان با حفظ کنترل‌های مدیریتی. دو شکل از این نوع تمرکز زدایی وجود دارد:

۱) Functional: سازمان‌های مرکزی وظایف مربوطه را با حفظ کنترل‌های مدیریتی به واحدهای محیطی انتقال می‌دهند. به عنوان مثال از وزارتخانه به مسئول بهداشت استان و مسئول بهداشت شهرستان.

۲) Integration: سازمان‌های مرکزی با حفظ کنترل‌های مدیریتی ضمن انتقال وظایف به واحدهای محیطی اختیار هماهنگی و ادغام کلی را نیز تفویض می‌کنند(۲).

ب) Develution: انتقال مسئولیت و اختیارات با حفظ کنترل‌های مدیریت از مرکز به واحدهای محلی سایر سازمان‌های دولتی (نظیر شهرداری‌ها) که دارای اختیارات و منابع درآمد مستقل می‌باشند(۲).

ج) Delegation to Semi-independent Agencies: انتقال مسئولیت و اختیارات به واحدهای نیمه مختار نظیر بیمارستان‌های نیمه مختار.

د) Local-Fiscal Choices: تفویض اختیار تصمیم‌گیری در خصوص منابع خود و اعتبارات دولتی(۳).

هـ) Decentralization through Public Sector Market: خریدار و ارایه دهنده خدمت تا اندازه‌ای مختار هستند که در واحدهای دولتی از مکانیزم‌های بازار استفاده کنند.

و) Privatization: انتقال کامل مالکیت سازمان‌های دولتی به بخش خصوصی

ز) Principal Agent Approach: تفویض اختیارات تصمیم‌گیری مالی به مدیران بخش خصوصی پس از ارزیابی اثربخشی تصمیم‌گیری‌های مدیران.

اغلب کشورهای در حال توسعه به طرف تمرکز زدایی حرکت می‌کنند و تصور می‌رود که تمرکز زدایی بتوانند عملکرد سیستم را بهبود بخشد(۲).

شواهد الزام آور برای تحقق تمرکز زدایی در کشور : تجربه کشور جمهوری اسلامی در زمینه تمرکززدایی را می‌بایست براساس تحلیل شاخص‌های سطح سلامت و عوامل مؤثر بر آن و وضعیت بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت مورد ارزیابی قرار داد. مطالعات نشان می‌دهد که توزیع وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات آن در کشور جمهوری اسلامی ایران در مناطق مختلف از توزیع ناهمگن (دارای چوگلی) و نیز واریانس کاملاً متفاوتی برخوردار است. به عنوان مثال میزان مرگ ناشی از حوادث غیرعمدی در ثبت مرگ ۲۹ استان در سال ۱۳۸۳ نشان می‌دهدکه میزان استاندارد شده و خام مرگ ناشی از عامل فوق در استان‌هایی نظیرکرمان، خراسان و سیستان و بلوچستان از بالاترین و در استانهای قم، اردبیل و مازندران از کمترین میزان برخوردار است. به طوریکه میزان استاندارد شده مرگ ناشی از حوادث غیرعمدی در استان قم یک چهارم استان کرمان می‌باشد. این تفاوت در شاخص‌های استاندارد شده مرگ ثبت شده ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی نیز در طیف استان‌های مختلف موجود است به طوری که در استان خراسان شمالی این میزان ۴۵۴ در ۱۰۰ هزار نفر و در استان قم ۱۴۸ در همین مقیاس می‌باشد.گزارش ثبت مرگ در مورد بیماری‌های عفونی وانگلی در سال ۱۳۸۳ واریانس وسیع‌تری را در استان‌های مختلف نشان می‌دهد به طوری که استان سیستان و بلوچستان با میزان استاندارد شده ۱۹ در ۱۰۰هزار نفر در مقایسه با همین میزان در استان‌های مازندران و چهارمحال و بختیاری به میزان ۲ خودنمایی می‌کند. در سایر موارد نیز این تفاوت‌ها موجود است و تمامی این شواهد دلالت بر آن دارد که نیازهای مناطق مختلف به برخورداری از مداخلات مورد نیاز کاملاً متفاوت بوده و الزام بر عدم تمرکز در برنامه‌ریزیهای بهداشتی و درمانی دارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

از سوی دیگر وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت و دسترسی‌های مورد نیاز در استان‌های مختلف کاملاً متفاوت است. این دسترسی را به استناد مطالعات انیس، DHS و بهره‌مندی در این مقاله مورد تحلیل قرار داده‌ایم. از سوی دیگر در زمینه عوامل تعیین کننده اجتماعی مؤثر بر سطح سلامت، موضوع توزیع امکانات رفاهی و توان اقتصادی خانوارها در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است. این بررسی‌ها نشان می‌دهد توزیع امکانات رفاهی خانوار در شهرهای تهران و اصفهان بالاتر بوده و در استانهای ایلام و سیستان و بلوچستان در مقایسه با میانگین کشوری به سمت چپ گرایش دارد. درصد زایمان توسط افراد دوره دیده اگر چه در دهه اخیر کاهش واریانس پیدا نموده که این موضوع منجر به کاهش مرگ ناشی از عوارض زایمان گردیده، اما با این وجود، روند مرگ نوزادان در مقایسه با کاهش روند مرگ کودکان از تغییر بارزی برخوردار نمی باشد.

میزان وقوع مرگ در اثر بارداری و زایمان و نیز مرگ کودکان دارای یک ارتباط خطی معنادار با وضعیت سواد مادران می باشد. برای تمامی این عوامل مؤثر بر سلامت توابع ریاضی یا ضریب زاویه خطی قابلیت انتساب علت و معلول قابل محاسبه می‌باشد. علاوه بر این وضعیت پرداخت هزینه های سلامت در بخشهای مختلف دولتی و خصوصی و نیز به ازای خدمات مختلف در کشور دارای واریانسهای کاملاً متفاوتی است.

خلاصه تجربیات کشور جمهوری اسلامی در پنج برنامه مختلف با طیف متفاوت تمرکززدایی

۱- تجربه ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در کشور؛

ارایه مراقبتهای بهداشتی – درمانی در کشور ایران دارای نظامی تقریباً متمرکز بوده که در آن دولت با هدف تحقق عدالت در دسترسی و تأمین منابع مالی سلامت از منابع عمومی اقدام به ارایه خدمات سلامت بر اساس اولویت‌های ملی نموده است با این وجود با تغییر سیمای سلامت و بافت جمعیت و بروز بالاتر بیماریهای مزمن ضرورت عدم تمرکز وبرنامه ریزی برای نیازهای منطقه‌ای مطرح گردیده است. علاوه براین دانشگاه‌ها با برخورداری از نیروهای علمی اقدام به ابداع برنامه‌های منطقه‌ای نظیر برنامه‌های مراقبت خاص مالاریا، پیشگیری از اختلالات ناشی از کم کاری تیروئید وسایر برنامه‌ها نموده‌اند.

۲- تجربه تشکیل هیات امناء دانشگاه‌ها؛

این تجربه از موفقیت نسبی برخوردار بوده و با محوریت عدم تمرکز در تأمین منابع مالی و هزینه کارکرد دانشگاه‌ها صورت گرفته که علاوه بر این موضوع نظام پرداخت و امکان عقد قرارداد را نیز در برداشته است. با این وجود در برنامه ریزی و سیاست‌های مداخلات سلامت تشکیل هیات امنای دانشگاه‌ها گامی در جهت عدم تمرکز صورت نگرفته است.

۳- تجربه عدم تمرکز در طرح خود گردانی بیمارستانها؛

اگر چه موضوع خود گردانی بیمارستانها توصیه‌ای منطقی و به جاست، اما برنامه خود گردانی بیمارستان‌ها به دلیل مشکلات در طراحی و پیاده سازی تجربه‌ای با توفیق اندک و بروز برخی عوارض بوده است. در این طرح موضوعات تأمین مالی و بخشی از نظام پرداخت بر عهده خود بیمارستان گذارده شده است. مقرر گردید تا بیمارستان‌ها با درآمد خود اقدام به گرداندن بخش‌ها نمایند. اما از سوی دیگر به دلیل پیش بینی نشدن تأمین مالی از منابع عمومی نظیر بیمه‌ها، مداخلات درمانی بسیاری از افرادی که از پوشش‌های بیمه‌ای استفاده نمی کردند قادر نبودند دسترسی مناسب و عادلانه‌ای به خدمات پیدا کنند. بر این اساس تجربه خود گردانی در بعد رضایت‌مندی اجتماعی غیر موفق بوده است. علاوه براین موضوع تبدیل بیمارستان‌های دانشگاه‌ها به بیمارستان‌های آموزشی نیز که درآن مداخلات تشخیص و درمانی بر مبنای آموزش تنظیم گردیده نیز موجب نارضایتی مشتریان و ارایه دهندگان خدمات شده است. این تجربه به دلیل بروز این عوارض موجب ناکارآمدی بیمارستان‌ها و از دست رفتن حمایت‌های سیاسی گردید.

۴- تجربه ماده ۱۹۲؛

اجرای ماده ۱۹۲ که با الزام دولت برای تحقق اهداف برنامه توسعه سوم در زمینه خصوصی سازی صورت گرفت در واقع به صورت طرحی آزمایشی در برخی مناطق کشور انجام گردید. در این طرح تنها به جنبه‌های هزینه کرد واحدها، روش پرداخت و عقد قرار داد توجه شد و توجهات محوری مورد نیاز به تمرکززدایی در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

برنامه‌ریزی سلامت و ایجاد پوشش خدمات نگردید و بدین لحاظ می‌توان گفت این تجربه نیز به دلیل جامع نبودن و در برنداشتن تمامی الزامات تجربه‌ای ناموفق و ناقص بوده است.

۵- تجربه ماده ۴۹؛

این تجربه به منظور افزایش قابلیت و اختیارات محیط در تأمین و تخصیص منابع سلامت انجام گردید. این تجربه در ابتدای راه است و به مدیران سطح محیطی اختیار هزینه کرد و تأمین منابع بر اساس نیازها را می‌دهد. این تجربه هنوز مورد ارزشیابی قرار نگرفته است.

تجربه سایر کشورها در تمرکززدایی : مطالعات نشان داده‌اند تمرکززدایی نادرست می‌تواند باعث فشار و عدم استفاده مردم طبقات پایین‌تر از سیستم بهداشتی مطلوب شود(۴). بررسی Djibuti و همکارانش درمورد تمرکززدایی در Georgia نشان داد که تمرکززدایی اثر نامطلوبی بر روی بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن داشته است و به علت عدم وجود منابع مالی کافی، تمرکززدایی در زمینه این بیماری‌ها موفقیت آمیز نبوده است(۵).

در مطالعه‌ای اثر تمرکززدایی در بهداشت دهان و دندان در دو ایالت برزیل در سال ۲۰۰۷ نشان داد تمرکززدایی نتوانسته است باعث ارتقای کیفیت این جنبه از بهداشت شود(۶). بررسی Gomez و همکارانش در سال ۲۰۰۸ نشان داد که تعجیل و شتابزدگی در اعمال سیستم تمرکز زدایی در برزیل به علت عدم وجود امکانات مالی و تکنیکی کافی باعث محدودیت مزایای این روش در بخش سلامت شده است(۷) و بعد از سال‌ها اعمال تمرکززدایی در سیستم سلامت و بهداشت ملی برزیل مشکلاتی به وجود آورده است. اولاً افزایش فشار از سوی مقامات بالاتر مبنی بر چگونگی خرج و صرف هزینه‌ها به سیستم بهداشتی اثر گذاشته است و ثانیاً تقسیم منابع مالی به درستی صورت نگرفته بود (۸) ولیکن بررسی بر روی ۴۸ سیستم بهداشتی منطقه‌ای در برزیل که در آنها تمرکززدایی صورت گرفته نشان داد که این سیستم باعث ارتقای سطح شاخص‌های اجرایی شده است(۹).

در سال ۲۰۰۶ بررسی تمرکززدایی سیستم بهداشتی در اوگاندا نشان داد که تمرکززدایی باعث افزایش استفاده عموم مردم از سیستم بهداشتی با امکانات بهتر شده است(۱۰).

بررسی تمرکز زدایی در سه جمعیت مکزیک، نیکاراگوئه و پرو نشان داد که عدم وجود افراد آموزش دیده و آگاه به اقتصاد سیستم بهداشتی و عدم تقسیم عادلانه منابع بین بخش‌ها، از ضعف‌های تمرکززدایی است. در حالی که تقسیم مسئولیت بین سطح مرکزی و منطقه‌ای و پیگیری بهتر چگونگی صرف هزینه‌ها در مجموعه‌های کوچکتر از مزایای این روش می‌باشد(۱۱).

بررسی فرآیند تمرکززدایی سیستم بهداشتی در دهه ۸۰ و ۹۰ در شهر Itabuna– BA نشان داد که عملکرد سیستم پرستاری به طرز چشمگیری از نظر کمی و کیفی بهبود یافته است که خود به علت سیاست‌های اجرایی دقیق سیستم می‌باشد(۱۲).

بررسی رضایت‌مندی پرسنل بهداشتی از تمرکززدایی در دو ایالت مکزیک نشان داد که همه از اعمال این روش با بازنگری در اصول و قواعد آن موافق هستند(۱۳).

بررسی سیستم تمرکززدایی در آمریکای لاتین در سال ۲۰۰۲ نشان داد که اهداف این سیستم باعث افزایش عدم تناسب هزینه‌های خدمات و کاهش کمی وکیفی خدمات بهداشتی شده است(۱۴). بررسی Saide و همکارانش در سال ۲۰۰۱ نشان داد که تمرکززدایی در مورد منابع انسانی و تصمیم‌گیری‌ها در سیستم سلامت بسیار موفقیت‌آمیز است(۱۵).

به عقیده kalk و همکارانش تمرکز زدایی باعث بهبود کیفیت و کارآیی سیتسم بهداشتی می‌شود(۱۶) و به عقیده Anokbonggo و همکارانش از سیستم تمرکززدایی نباید انتظار داشت که از نظر اقتصادی بلافاصله به سیستم کمک کند چرا که مدت زمان زیادی طول می‌کشد تا روش درست تقسیم منابع مشخص شود(۱۷).

نتیجه‌گیری

تمرکز زدایی نیازمند یک رویکرد جامع است. این فرآیند همانند داستان مولانا در توصیف قسمت‌های مختلف بدن فیل است. تجربیات ناقص یک جانبه گرایانه در فرآیند تمرکز زدایی و عدم توجه به تمامی الزامات، آنرا ناقص و ناکارآمد می‌کند. علاوه براین نمی‌بایست تمامی اختیارات دولت در واحدهای محیطی تمرکز زدایی شود. تمرکز زدایی می‌بایست توأم با ایجاد قدرت واعتبار در مسئولین محلی و افزایش قابلیت‌های فنی آنان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

باشد. موضوع حفظ نقش رهبری سلامت در ستادهای مرکزی نیز موضوعی است که باید در تمرکززدایی به آن توجه کرد. تأمین منابع مالی مورد نیاز برای حوادث غیر قابل پیش‌بینی نظیر بلایا در ستادهای کشوری نیز در امر تمرکز زدایی باید مد نظر قرار گیرد. ایجاد زیر ساخت‌های کنترل نظیر نظام اطلاعات و پایش و ارزشیابی در برنامه‌های تمرکز زدایی از اهم واجبات است. حمایت تکنیکی و هدف‌گرایی برای ارتقای سلامت پیشگیری از موضوع بی‌عدالتی وکنترل بازار سلامت در جهت تحقق حداکثر عدالت و کارایی، محورهای کلیدی مورد نیاز برای وقوع یک تمرکززادیی منطق‌دار است.

پیش فرض‌های تمرکز زدایی:

- افزایش مسئولیت تصمیم‌گیری به کنترل‌های شدید مدیریتی و در نتیجه به سرپرستی بهتر و ارتقای عملکرد کارکنان منجر خواهد شد.
- مشارکت جامعه، پاسخگویی کارکنان به انتظارات بیمار را افزایش خواهد داد.
- ارتباط نزدیک با جامعه انگیزه کارکنان را افزایش خواهد داد.

پی‌آمدهای نامطلوب تمرکز زدایی:

- بی‌عدالتی را افزایش می‌دهد.
- هزینه‌های عملیاتی را افزایش می‌دهد.
- در روند ارایه خدمات اساسی بهداشتی و درمانی اخلال ایجاد می‌کند.

این نوع کم و کاست‌ها را می‌توان با طراحی و اجرای صحیح برنامهٔ تمرکز زدایی تا حدودی کاهش داد(۲) البته تمرکز زدایی و دادن اختیارات بیشتر به استان، شهرستان و زیر مجموعه تا حدودی در افزایش کارآیی، نوآوری و توانمندی محلی و پاسخگویی مؤثر است.

برای تمرکز زدایی مؤثر و ترغیب گفتگو و همکاری بین ارگان‌ها وجود ارتباط متناسب بین مؤسسات، آژانس‌ها، بخش‌ها و دپارتمان‌ها و برنامه‌های کشوری، امری ضروری است. هماهنگی برنامه‌ها در فرآیند تمرکززدایی، موفقیت خدمات پزشکی و همچنین بهداشت و کیفیت زندگی را تضمین و ادغام فعالیت‌ها را در سطوح مختلف در جهت منافع تک تک افراد، خانواده و جامعه ممکن می‌سازد.

و در نهایت به منظور برقراری و دستیابی به سیاست‌های تمرکززدایی مانند اعطای قدرت به مجموعه‌های کوچک به بررسی و توجه کارشناسانه بیشتری نیاز است.

References

1- Collins C, Green A, ***Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries***. Int J Health Serv 1994; 24(3):459-75.

2- Omar M. ***Health sector decentralization in developing countries: unique or universal***. World Hosp Health Serv 2002; 38(2):24-30.

3- John EC. ***The Political Economy of Federalism.*** The American Political Science Review 1985;79(4): 994-1015.

4- Menon S. ***Decentralization and health care in the former Yugoslav Republic of Macedonia***. Int J Health Plann Manage 2006; 21(1): 3-21.

5- Djibuti M, Rukhadze N, Hotchkiss DR, Eisele TP, Silvestre EA. ***Health systems barriers to effective use of infectious disease surveillance data in the context of decentralization in Georgia: a qualitative study.*** Health Policy 2007; 83(2-3): 323-31.

6- Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. ***Oral health care and health decentralization in Brazil: two case***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

studies in Bahia State. Cad Saude Publica 2007; 23(5):1119-31.

7- Gómez EJ. ***A temporal analytical approach to decentralization: lessons from Brazil's health sector***. J Health Polit Policy Law 2008; 33(1):53-91.

8- Trevisan LN, Junqueira LA. ***Constructing the "management pact" for Brazil's National Health System (SUS): from supervised decentralization to network management***. Cien Saude Colet 2007; 12(4):893-902.

9- Atkinson S, Haran D***. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceara in north-east Brazil***. Bull World Health Organ 2004; 82(11):822-7.

10- Hutchinson P, Akin J, Ssengooba F. ***The impacts of decentralization on health care seeking behaviors in Uganda.*** Int J Health Plann Manage 2006; 21(3): 239-70.

11- Arredondo A, Orozco E, De Icaza E. ***Evidences on weaknesses and strengths from health financing after decentralization: lessons from Latin American countries***. Int J Health Plann Manage 2005; 20(2): 181-204.

12- Borges MA, Do Nascimento MA. ***The nurse in the decentralization process of the health system***. Rev Bras Enferm 2004; 57(6):666-70.

13- Abrantes R, Arjonilla S. ***Health sector decentralization and divergences with the medical society in Mexico***. Rev Saude Publica 2002;36(3):324-9.

14- Ugalde A, Homedes N. ***Decentralization of the health sector in Latin America***. Gac Sanit 2002; 16(1):18-29.

15- Saide MA, Stewart DE. ***Decentralization and human resource management in the health sector: a case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique***. Int J Health Plann Manage 2001; 16(2):155-68.

16- Kalk A, Fleischer K. ***The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control***. Lepr Rev 2004;75(1):67-78.

17- Anokbonggo WW, Ogwal-Okeng JW, 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 Afr Med J 2004; Suppl:S8-11.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]