

تمرکزدایی در نظام سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران

مروری بر مفاهیم، شواهدی برای الزام بر تمرکزدایی، تحلیل ۵ پروژه تمرکزدایی در کشور

دکتر محمد اسماعیل مطلق^{*}، دکتر محمد رضا رهبر^۱، محمدجواد کبیر^۲

چکیده

تمرکزدایی 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 مذبور در نقاط مختلف دنیا نشان می‌دهد که بیشترین تمرکزدایی در کشورهای توسعه یافته اروپایی صورت گرفته و در مقایسه با آن، منطقه خاورمیانه درصد پایین‌تری از تمرکزدایی بهره می‌برد. تمرکزدایی در کشورهای مختلف عمده‌تاً در محورهای سیاستگزاری و تأمین منابع مالی و اقتصادی می‌باشد. بسیاری از نظامهای سلامت در دنیا تمرکزدایی را به عنوان اصلی‌ترین جز از فرآیند اصلاح در نظام سلامت به کار می‌گیرند.

تمرکزدایی 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 تمرکزدایی طیفی از انتخاب‌ها در زمینه‌های مختلف موجود است که دولت می‌باشد میزان تمرکزدایی را براساس آن تنظیم نماید. بدیهی است چنانچه شرایط تمرکزدایی در برخی از حیطه‌ها فراهم نیامده باشد اقدام به این فرآیند می‌تواند منجر به بروز عوارضی گردد.

واژه‌های کلیدی: تمرکزدایی، سلامت، نظام سلامت، ایران

مقدمه

در دنیای امروز در چارچوب بحث اصلاحات، مقوله تمرکزدایی به عنوان یکی از اصلی‌ترین استراتژی‌های نظام سلامت تلقی گردد. 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

تمرکزدایی یعنی انتقال اختیار تصمیم‌گیری، انجام وظایف مدیریتی و استفاده از منابع تمرکزدایی 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).

*- نویسنده مسئول: دانشیار گروه اطفال-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز
تلفن: ۰۶۰۰۱۴۲-۰۶۶۲۰۲۱. تلفن همراه: ۹۱۲۲۹۹۰۵۹۲

Email: motlagh@health.gov.ir

- پژوهش عمومی - MPH -
۳- کارشناس ارشد - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
۲- تمرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت وزارت بهداشت
تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۸/۱۱

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

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

شواهد الزام آور برای تحقق تمکز زدایی در کشور : تجربه کشور جمهوری اسلامی در زمینه تمکزدایی را می‌باشد 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 می‌دهد که میزان استاندارد شده و خام مرگ ناشی از عامل فوق در استان‌هایی نظیر کرمان، 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 و انگلی در سال ۱۳۸۳ واریانس وسیع تری را در استان‌های مختلف نشان می‌دهد به طوری که استان سیستان و بلوچستان با میزان استاندارد شده ۱۹ در ۱۰۰ هزار نفر در مقایسه با همین میزان در استان‌های مازندران و چهارمحال و بختیاری به میزان ۲ خودنمایی می‌کند. در سایر نیازهای مختلف میزان تفاوت ها 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 تمکز در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی دارد.

شناخت دقیقی از آنچه که به وقوع می‌پیوندد را ندارد. بنابراین می‌باشد روشن متناسبی را برگزید و برنامه‌ای عملیاتی تدوین نمود. این مهم جزء شناخت دقیق مفهوم تمکزدایی و روشن‌های مختلف آن میسر نخواهد بود. به منظور اجرای این روش‌ها کارهای زیربنایی از قبیل فرهنگ سازی، تعديل 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 تمکزدایی:

(الف) **Deconcentration**: انتقال منابع، مسئولیت و اختیارات از سازمان مرکزی به واحدهای محیطی همان سازمان با حفظ کنترل‌های مدیریتی. دو شکل از این نوع تمکز 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).

(ه) **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

نظیر برنامه‌های مراقبت خاص مالاریا، پیشگیری از اختلالات ناشی از کم کاری تیروئید و سایر برنامه‌ها نموده‌اند.

۲- تجربه تشکیل هیات امناء دانشگاه‌ها؛

این تجربه از موققیت 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 بیمارستانهای؛

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 پیش‌بینی نشدن تأمین مالی از منابع عمومی نظیر بیمه‌ها، مداخلات درمانی بسیاری از افرادی که از پوشش‌های بیمه‌ای استفاده نمی‌کردند 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 بر این موضوع تبدیل بیمارستان‌های دانشگاه‌ها به بیمارستان‌های آموزشی نیز که در آن مداخلات تشخیص و درمانی بر مبنای آموزش تنظیم گردیده نیز موجب نارضایتی مشتریان و ارایه دهنده‌گان 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 قرارداد توجه شد و توجهات محوری مورد نیاز به تمرکزدایی در

از سوی دیگر وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت و دسترسی‌های مورد نیاز در استان‌های مختلف کاملاً متفاوت است. این دسترسی را به استناد مطالعات انسیس، 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 نمی‌باشد.

میزان وقوع مرگ در اثر بارداری و زایمان و نیز مرگ کودکان دارای یک ارتباط خطی معنادار با وضعیت سواد مادران می‌باشد. 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 هزینه‌های 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 تمرکزدایی

۱- تجربه ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در کشور؛ ارایه مراقبتها بهداشتی - درمانی در کشور ایران دارای نظامی تقریباً تمرکز 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 و برنامه ریزی برای نیازهای منطقه‌ای مطرح گردیده است. علاوه بر این دانشگاه‌ها با برخورداری از نیروهای علمی اقدام به ابداع برنامه‌های منطقه‌ای

بررسی تمرکز زدایی در سه جمعیت مکریک، 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 تمرکزدایی است. در حالی که تقسیم مسئولیت بین سطح مرکزی و منطقه‌ای و پیکری بهتر چگونگی صرف هزینه‌ها در مجموعه‌های کوچکتر از مزایای این روش می‌باشد(۱۱).

بررسی فرآیند تمرکزدایی سیستم بهداشتی در دهه ۹۰ در شهر BA– Itabuna 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 تمرکزدایی در دو ایالت مکریک نشان داد که همه از اعمال این روش با بازنگری در اصول و قواعد آن موافق هستند(۱۳).

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

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

نتیجه گیری

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

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

در مطالعه‌ای اثر تمرکزدایی در بهداشت دهان و دندان در دو ایالت بزریل در سال ۲۰۰۷ نشان داد تمرکزدایی 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 تمرکزدایی در بزریل 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 تمرکزدایی در سیستم سلامت و بهداشت ملی بزریل 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 بزریل که در آنها تمرکزدایی صورت گرفته نشان داد که این سیستم باعث ارتقای سطح شخص‌های اجرایی شده است(۹).

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

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

این نوع کم و کاست‌ها را می‌توان با طراحی و اجرای صحیح برنامه 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 مناسب بین مؤسسه‌ات، آژانس‌ها، بخش‌ها و دپارتمان‌ها و برنامه‌های کشوری، امری ضروری است. هماهنگی برنامه‌های در فرآیند تمرکز زدایی، موفقیت خدمات پزشکی و همچین 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 تمرکز زدایی مانند اعطای قدرت به مجموعه‌های کوچک به بررسی و توجه کارشناسانه بیشتری نیاز است.

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

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- Djibouti 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*

- 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.