

به نام خدا

درباره اصلاح الگوی مصرف (۱۴)  
مصرف در بخش بیمارستانی  
(با رویکرد تقنینی)

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۴.....	۱. نقش بیمارستان‌ها در نظام سلامت
۵.....	۲. وضعیت بیمارستان‌ها در ایران
۲۲.....	۳. مشکلات بیمارستان‌های دولتی در کشور
۲۳.....	۴. موانع موجود در کاهش تصدیگری دولت
۲۵.....	۵. جایگاه اصلاح نحوه اداره بیمارستان‌ها در اصلاح الگوی مصرف
۲۷.....	۶. رویکردهایی برای اصلاح
۳۰.....	پیشنهادات
۳۱.....	منابع و مآخذ

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۰۰۶۷

دی‌ماه ۱۳۸۸

دفتر: مطالعات سیاسی



## درباره اصلاح الگوی مصرف (۱۴) مصرف در بخش بیمارستانی (با رویکرد تقنینی)

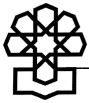
### چکیده

بیمارستان یکی از گران‌ترین سرمایه‌های نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می‌شوند که علیرغم صرف منابع بسیار انسانی، فیزیکی و مالی همواره بیشترین نارضایتی را نیز ایجاد کرده‌اند.

متأسفانه ضریب اشغال تخت در بخش دولتی در سال ۱۳۸۵ حدود به ۵۸ درصد رسیده است. به عبارتی در عین نیاز به افزایش تخت، بهره‌وری از این منابع کاهش یافته است.

این درحالی است که در مجموع در سال ۱۳۸۷ مبلغ ۲۳۹۰۵۸۲۰ میلیون ریال از محل عمومی، تملک دارایی و درآمدهای اختصاصی در بیمارستان‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه شده است.

در این شرایط همواره تقاضای سرمایه‌گذاری و جذب اعتبارات دولتی جهت احداث بیمارستان‌های جدید دولتی نیز وجود دارد درحالی که اگر درصد اشغال این تخت‌ها افزایش یابد در عمل هم هزاران تخت فعال به مجموعه بیمارستان دولتی اضافه می‌شود و هم امکان پاسخگویی مناسب و مطلوب به مردم فراهم می‌شود.



### مقدمه

سال ۱۳۸۸ هجری شمسی ازسوی مقام معظم رهبری سال «اصلاح الگوی مصرف» اعلام شده است. رویکرد «اصلاح الگوی مصرف» همواره در برنامه‌های توسعه جمهوری اسلامی مد نظر بوده است اما با عنایت به فرمایشات مقام معظم رهبری در عرصه‌ای که رکود اقتصاد جهانی بر بسیاری از جوامع سایه افکنده است، رسالت «اصلاح الگوی مصرف» در کشور ایران در اولویت قرار گرفته است. این موضوع در رسیدن به اهداف سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نیز نقش بسیار مهمی را ایفا خواهد کرد. الگوی مصرف یک ضرورت ملی و مذهبی محسوب شده و در واقع می‌توان، آن را به نوعی حلقه مفقوده مشکلات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و همچنین دستیابی به توسعه پایدار دانست.

اصلاح الگوی مصرف را می‌توان در دو ساختار متفاوت بررسی کرد:

#### ۱. ساختار حاکمیتی

#### ۲. ساختار مردمی

منظور از حاکمیت مجموعه قوای مجریه، قضائیه و مقننه است که وظیفه هدایت کشور را برعهده دارند. ساختار حاکمیتی خود در دو بخش سخت‌افزاری و نرم‌افزاری قابل بررسی است. در این راستا قوانین و مقررات به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و کلیدی‌ترین بخش‌ها در بعد سخت‌افزاری محسوب می‌شوند. بعد نرم‌افزاری معمولاً به ساختار مدیریت در حاکمیت اطلاق می‌گردد.

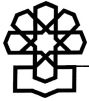
در صورتی که بعد سخت‌افزاری تغییر نیابد حتی در صورت بسیج کلیه امکانات آموزشی و تبلیغاتی امکان تغییر در الگوی مصرف میسر نیست چون این امر در



حیطه وظایف حاکمیت بوده و جامعه قادر به تغییر سخت‌افزارهای مصرف نیست. در ساختار مردمی در بسیاری از زمینه‌ها، الگوی مصرف مردم، نتیجه رفتارهای سخت‌افزاری و مدیریتی ساختار حاکمیت است. ضمن اینکه باید به‌خاطر داشت که برای اصلاح الگوی مصرف در ساختار مردمی تنها تغییر در ابعاد سخت‌افزاری و نرم‌افزاری ساختار حاکمیت کافی نیست بلکه این امر مستلزم شناخت عمیق از نیازها و تقاضاهای مردم و آموزش جامعه برای افزایش دانش، تغییر در نگرش و در نهایت تقویت رفتارهای مناسب در راستای تغییر الگوی مصرف می‌باشد.

همچون دیگر حوزه‌های ساختار حاکمیت، حوزه سلامت کشور با رسالت صیانت، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آحاد جامعه لازم است به اصلاح الگوی مصرف بپردازد. این امر با اعمال دیدگاه کل‌نگر به موضوع «مصرف» امکانپذیر است.

«مصرف» منابع توسط سیاستگذاران و مدیران بخش سلامت از جمله موضوعاتی است که لازم است در اصلاح الگوی مصرف بدان پرداخته شود. پیشرفت علم، گسترش تکنولوژی، تقاضای روزافزون جامعه برای برخورداری از سلامت، رشد قیمت‌ها، بالا رفتن هزینه‌ها، محدودیت منابع مالی و انسانی باعث شده که موضوع افزایش بهره‌وری همزمان با به‌کارگیری شیوه‌های کنترل هزینه‌ها بیش از پیش در بخش سلامت در اولویت قرار بگیرد. لذا، زمان آن رسیده است که توجه ویژه‌ای برای سرمایه‌گذاری جهت نهادینه کردن رویکردهای «اقتصاد سلامت» در حوزه بهداشت و درمان در کشور به‌وجود آید. دستیابی به تحولات منسجم در زمینه اصلاح الگوی مصرف، نیازمند ایجاد زیرساخت‌های مناسب و طراحی، تدوین و اجرای برنامه‌های راهبردی با استناد به تئوری‌های اقتصاد سلامت است. بدیهی است که چنین رویکردی، نیازمند بررسی‌های کارشناسانه و وضع قوانین متناسب جهت تسهیل در اجرای آن باشد. در این بین



بیمارستان‌ها به‌عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت و پرهزینه‌ترین جزء آن نیاز به بررسی و تمهیدات ویژه‌ای دارد.

### ۱. نقش بیمارستان‌ها در نظام سلامت

بیمارستان یکی از گران‌ترین سرمایه‌های نظام بهداشت و درمان هر کشوری محسوب می‌شود و منابع در اختیار آن اعم از انسانی یا فیزیکی نیز از گران‌ترین منابع است. با ایجاد بیمارستان‌های دانشگاهی علاوه‌بر تقبل وظایف تشخیص و درمان فوری بیماران و ارائه خدمات پزشکی و مشارکت در بهداشت اجتماعی، وظایف آموزش و پژوهش پزشکی نیز به آنان واگذار شده و همین امر مدیریت اداره امور آنها را با پیچیدگی بیشتر روبرو ساخته است. در دهه‌های اخیر اغلب کشورهای دنیا به‌منظور پاسخ به نیازهای درمانی بیماران، سرمایه‌گذاری بسیاری جهت توسعه تخت‌های بیمارستانی انجام داده‌اند. به‌طوری که طی سال‌های ۱۹۶۰ الی ۱۹۸۰ تعداد تخت‌های بیمارستانی در سطح دنیا از ۵ میلیون به ۱۷ میلیون افزایش یافت. علیرغم این افزایش، هنوز کمبود تعداد تخت‌های بیمارستانی در سطح دنیا به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه به چشم می‌خورد. در همین زمان مطالعات متعدد انجام شده در دنیا نشان می‌دهد که تخت‌های بیمارستانی بسیاری مورد استفاده قرار نگرفته و از آنجایی که هر تخت بیمارستانی هزینه سنگینی را بر نظام سلامت تحمیل می‌کند این امر منجر به بار مالی سنگینی بر جوامع شده است. این مغایرت که از یک طرف نیاز به تعداد تخت‌های بیمارستانی روزبه‌روز درحال افزایش است و از سوی دیگر تخت‌های بسیاری در سطح دنیا بلااستفاده افتاده، دلایل بسیاری



دارد که می‌توان به تغییر فناوری‌های تشخیصی - درمانی، شرایط بهداشتی - درمانی، وضعیت اجتماعی - فرهنگی جامعه، تغییرات اپیدمیولوژیک و دموگرافیک، متغیرهای اقلیمی - جغرافیایی و شاید مهمتر از همه ضعف برنامه‌ریزی و مدیریت اشاره کرد.

## ۲. وضعیت بیمارستان‌ها در ایران

براساس آمار منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی<sup>۱</sup>، تعداد بیمارستان‌ها از ۳۸۷ عدد با ۴۸ هزار تخت بیمارستانی در سال ۱۳۵۷ به ۷۳۸ بیمارستان با ۹۲ هزار تخت فعال در سال ۱۳۸۳ افزایش یافته که در واقع در این مدت به‌طور متوسط حدود ۱۳ بیمارستان در هر سال ایجاد شده است. در حال حاضر ۹۳ درصد شهرها دارای بیمارستان هستند. در همین مدت با وجود افزایش نسبت تخت به هزار نفر جمعیت از ۱/۳۳ به ۱/۶۵ و نیاز به افزایش تخت بیمارستانی بیشتر، ضریب اشغال تخت از حدود ۶۵ درصد به ۵۸ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. به عبارتی در عین نیاز به افزایش تخت، بهره‌وری از این منابع کاهش یافته است.

براساس این در سال ۱۳۷۰ به ترتیب ۷۱ درصد بیمارستان‌ها و ۷۵ درصد تخت‌های ثابت تحت مالکیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده که این شاخص در سال ۱۳۸۰ به ترتیب برای بیمارستان به ۶۷ درصد و برای تخت ثابت به ۶۹/۷ درصد کاهش یافته است. با این حال از تعداد ۲۳۳۴۶ تخت غیرفعال کشور در سال ۱۳۸۰، تعداد ۱۶۷۵۷ تخت و به عبارت دیگر ۷۰ درصد ظرفیت‌های غیرفعال بستری کشور مربوط به

۱. آمارنامه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران، شهریورماه ۱۳۸۱.



بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است.<sup>۱</sup> با وجود تمام مطالب بالا گرچه در شاخص بهره‌وری بهبودی ملاحظه نمی‌شود و در توزیع تخت‌های بیمارستانی تناسب مطلوبی به چشم نمی‌خورد، ولی آنچه بیش از هر زمان دیگر نیاز به تحول آن احساس می‌شود، نحوه اداره امور بیمارستانی است. ضمن اینکه در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات اپیدمیولوژیک و تحولات آمایش سرزمینی و تغییرات به وجود آمده در شاخص‌های دموگرافیک به ویژه سن و تراکم و پراکندگی جمعیت و شیفت پارادایم‌ها از بیماری حاد به مزمن، از مراقبت‌های درمانی به اقدامات پیشگیرانه، از مراقبت بیماران بستری در بیمارستان به مراقبت در منزل و از بهداشت فرد به بهداشت جامعه، چرخشی در نقش بیمارستان‌ها ایجاد شده است.

### جدول ۱. تعداد بیمارستان‌های فعال برحسب وضعیت حقوقی و تخت‌های موجود در آن

سال	وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		خصوصی		سایر <sup>(۱)</sup>		جمع	
	تخت	مؤسسه	تخت	مؤسسه	تخت	مؤسسه	تخت	مؤسسه
۱۳۷۰	۶۴۰۲۴	۴۵۴	۹۰۳۸	۱۱۸	۱۲۷۴۸	۶۷	۶۳۹	۸۵۸۱۰
۱۳۷۵	۷۲۰۸۹	۴۷۹	۹۵۵۰	۱۱۳	۱۶۹۱۰	۹۳	۶۸۵	۹۸۵۴۹
۱۳۸۰	۷۶۱۶۷	۴۷۹	۱۱۱۹۱	۱۱۹	۲۱۷۹۴	۱۱۹	۷۱۷	۱۰۹۱۵۲
۱۳۸۲	۷۷۷۷۶	۴۹۰	۱۱۳۰۵	۱۲۰	۲۲۴۷۱	۱۲۳	۷۳۳	۱۱۱۵۵۲
۱۳۸۳	۷۸۵۹۱	۴۹۳	۱۲۰۵۱	۱۲۳	۲۱۹۴۸	۱۲۲	۷۳۸	۱۱۲۵۹۰
۱۳۸۴	۷۸۷۳۳	۴۹۵	۱۲۲۴۲	۱۲۸	۲۲۲۶۹	۱۲۷	۷۵۰	۱۱۳۲۴۴
۱۳۸۵	۷۹۷۷۲	۵۰۵	۱۲۵۹۴	۱۲۸	۲۴۱۰۸	۱۴۰	۷۷۳	۱۱۶۴۷۴
۱۳۸۶	۸۱۸۱۴	۵۲۸	۱۲۷۹۴	۱۳۰	۲۵۲۹۴	۱۴۱	۷۹۹	۱۱۹۹۰۲

مأخذ: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۶.

(۱) شامل مؤسسات درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، امور خیریه، بانک‌ها و ...



## ۲-۱. وضعیت اشغال تخت

براساس گزارش معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وضعیت ضریب اشغال و نیروی انسانی ۵۱۲ بیمارستان زیرمجموعه این وزارتخانه در سال ۱۳۸۵ به این صورت بوده است (جدول ۲).

در این سال حدود ۱۱۹ بیمارستان (۲۳/۲۴ درصد) ضریب اشغالی زیر ۴۵ درصد داشته‌اند و تنها ۴۸ بیمارستان (۹/۳۸ درصد) ضریب اشغالی بیش از ۸۵ درصد داشته‌اند.

## جدول ۲. ضریب اشغال بیمارستان‌های متعلق به وزارت بهداشت درمان و آموزش

## پزشکی در سال ۱۳۸۵

تعداد کارکنان (نفر)	تعداد تخت	درصد از کل	تعداد بیمارستان	ضریب اشغال تخت (درصد)
۱۴/۲۸۲	۵/۳۶۲	۲۳/۲۴	۱۱۹	زیر ۴۵
۱۳/۷۶۶	۵/۶۰۹	۱۲/۵۰	۶۴	۴۵ تا ۵۵
۲۰/۷۰۳	۹/۳۰۷	۱۶/۸۰	۸۶	۵۵ تا ۶۵
۳۷/۱۱۸	۱۷/۰۱۷	۲۱/۰۹	۱۰۸	۶۵ تا ۷۶
۲۸/۵۲۵	۱۶/۹۷۵	۱۶/۹۹	۸۷	۷۵ تا ۸۵
۱۳/۰۹۴	۶۷۲۰	۹/۳۸	۴۸	بالاتر از ۸۵
۱۲۷/۵۸۸	۶۰/۹۹۰	۱۰۰	۵۱۲	جمع

مأخذ: اطلاعات ارسالی از معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

براساس آمار بیمه‌های درمانی بیماردهی بستری در کشور ما در حدود ۱۰ در ۱۰۰ نفر جمعیت است، یعنی برای ۷۰ میلیون نفر جمعیت کشور در حدود هفت میلیون بستری در سال انجام می‌شود و متوسط مدت اقامت هر بیمار حدود ۳/۲ روز است.



پس در صورتی که ضریب اشغال بیمارستان‌ها را ۱۰۰ درصد در نظر بگیریم نیاز به تخت در کشور این‌گونه محاسبه می‌شود:

$$\text{روز بستری} = ۷,۰۰۰,۰۰۰ \times ۳/۲ = ۲۲,۴۰۰,۰۰۰$$

$$\text{تخت} = ۲۲,۴۰۰,۰۰۰ \div ۳۶۵ = ۶۱۳۷۰$$

البته عملاً ضریب اشغال ۱۰۰ درصد برای هیچ بیمارستانی مقدور نیست، مضاف بر اینکه ضریب اشغال ۱۰۰ درصد به معنای عدم امکان درمان گروهی از بیماران به دلیل نبودن جای خالی است و از طرف دیگر ضریب اشغال بالاتر از ۹۰ درصد سبب افزایش استهلاک می‌شود به نحوی که ضریب اشغال مطلوب ۷۵ درصد در نظر گرفته شود. تعداد تخت مورد نیاز کشور در حال حاضر حدود ۸۱,۸۲۶ تخت است اما در شرایط موجود تعداد تخت کشور از این عدد بیشتر بوده و این امر منجر به کاهش ضریب اشغال تخت‌های بیمارستانی شده است. البته باید در نظر داشت در برخی مناطق علیرغم نبود بیمار به علت بعد مسافت یا دلایل دیگر چاره‌ای جز ساخت بیمارستان نیست البته این در خصوص تمامی بیمارستان‌های ساخته شده در کشور صدق نمی‌کند.

## ۲-۲. هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی

اطلاعات مالی بیمارستان‌های متعلق به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تفکیک دانشگاه در جدول ۳ آمده است. با نگاهی بر ارقام فوق مشخص می‌شود که در سال ۱۳۸۷ مبلغ ۶,۷۸۸,۱۷۳ میلیون ریال بودجه از محل درآمد عمومی صرف هزینه‌های جاری بیمارستان‌های متعلق به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شده است. در همین سال مبلغ ۲,۰۸۱,۳۶۳ میلیون ریال صرف هزینه‌های تملک دارایی



شده است که از این رقم ۷۸۹,۴۶۱ میلیون ریال صرف تکمیل، مطالعه و احداث و توسعه و ۱۷۷۳۶۰۰ میلیون ریال صرف تعمیرات، بهبود و نوسازی بیمارستان‌ها شده است. ضمناً در این سال این بیمارستان‌ها ۱۴,۵۴۵,۵۸۶ میلیون ریال درآمد اختصاصی کسب کرده‌اند. در مجموع در سال ۱۳۸۷ مبلغ ۹,۳۶۰,۲۳۴ میلیون ریال از محل عمومی و تملک دارایی در بیمارستان‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه شده است.

### جدول ۳. بودجه دریافتی بیمارستان‌های متعلق به وزارت بهداشت درمان و آموزش

#### پزشکی به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۸۷

شماره طبقه‌بندی دستگاه	دانشگاه / بیمارستان	عمومی	تملك دارایی	جمع	اختصاصی	جمع کل
۱۲۳۷۰۰	تهران	۳۴۳۱۵۸	۱۶۹۹۹۸	۵۱۳۱۵۶	۱۲۶۶۹۹۵	۱۷۸۰۱۵۱
۱۲۳۷۰۱	کاشان	۸۲۳۰۰	۱۸۱۰۰	۱۰۰۴۰۰	۱۵۳۹۹۱	۲۵۴۳۹۱
۱۲۳۷۰۶	قم	۸۱۹۴۵	۸۹۰۰۰	۱۷۰۹۴۵	۱۷۲۸۰۰	۳۴۳۷۴۵
۱۲۳۷۱۳	قلب و عروق تهران	۲۰۰۰۰	۰	۲۰۰۰۰	۳۴۹۵۷۷	۳۶۹۵۷۷
۱۲۳۷۱۴	بیمارستان شریعتی	۵۸۶۱۸	۰	۵۸۶۱۸	۱۲۳۶۷۶	۱۸۲۲۹۴
۱۲۳۸۰۰	شهید بهشتی	۱۸۸۳۹۶	۱۲۷۰۰۰	۳۱۵۳۹۶	۴۴۳۳۴۵	۷۵۸۷۴۱
۱۲۳۸۰۱	قزوین	۸۳۷۸۶	۱۱۶۰۰	۹۵۳۸۶	۱۷۱۸۵۴	۲۶۷۲۴۰
۱۲۳۸۰۲	مرکزی	۱۲۳۳۶۵	۷۵۰۰۰	۱۹۸۳۶۵	۲۴۶۰۰۰	۴۴۴۳۶۵
۱۲۳۸۲۰	مسیح دانشوری	۲۰۰۰۰	۰	۲۰۰۰۰	۳۳۴۰۰	۵۳۴۰۰
۱۲۳۹۰۰	همدان	۱۷۷۵۰۷	۶۸۰۰۰	۲۴۵۵۰۷	۳۳۰۵۴۰	۵۷۶۰۴۷
۱۲۴۰۰۰	فارس	۴۰۸۵۳۳	۱۸۲۴۶۳	۵۹۰۹۹۶	۸۱۴۱۳۳	۱۴۰۵۱۲۹
۱۲۴۰۰۴	بوشهر	۱۰۴۹۷۸	۳۵۰۰۰	۱۳۹۹۷۸	۱۶۳۳۸۱	۳۰۳۳۵۹
۱۲۴۰۱۰	کهگیلویه و بویراحمد	۶۵۹۸۶	۲۱۶۰۰	۸۷۵۸۶	۱۲۵۰۹۳	۲۱۲۶۷۹
۱۲۴۰۱۱	فسا	۳۳۱۹۰	۲۳۰۰۰	۵۶۱۹۰	۶۵۹۳۶	۱۲۲۱۲۶
۱۲۴۰۱۲	چهرم	۲۴۶۰۹	۷۰۰۰	۳۱۶۰۹	۶۳۸۳۲	۹۵۴۴۱



شماره طبقه‌بندی دستگاه	دانشگاه / بیمارستان	عمومی	تملك دارایی	جمع	اختصاصی	جمع کل
۱۲۴۱۰۰	خراسان رضوی	۴۴۵۰۸۴	۱۳۹۰۰۰	۵۸۴۰۸۴	۷۹۱۹۴۶	۱۳۷۶۰۳۰
۱۲۴۱۰۱	بیرجند	۶۳۰۴۳	۶۶۰۰۰	۱۲۹۰۴۳	۱۲۳۱۹۷	۲۵۲۲۴۰
۱۲۴۱۰۴	گناباد	۱۵۵۷۵	۲۴۰۰۰	۳۹۵۷۵	۳۰۸۴۹	۷۰۴۲۴
۱۲۴۱۰۵	سبزوار	۴۲۸۲۳	۳۵۵۰۰	۷۸۳۲۳	۸۳۰۲۸	۱۶۱۳۵۱
۱۲۴۱۱۱	خراسان شمالی	۶۴۶۰۱	۱۱۰۰۰	۷۵۶۰۱	۱۲۷۳۹۲	۲۰۲۹۹۳
۱۲۴۲۰۰	آذربایجان شرقی	۳۴۰۸۶۹	۱۰۵۰۰۰	۴۴۵۸۶۹	۶۹۵۵۰۱	۱۱۴۱۳۷۰
۱۲۴۳۰۰	ایران	۳۰۸۰۱۴	۱۵۲۰۰۰	۴۶۰۰۱۴	۶۶۶۱۲۸	۱۱۲۶۱۴۲
۱۲۴۳۰۲	قلب و عروق شهید رجایی	۴۳۱۱۹	۶۸۰۰	۴۹۹۱۹	۳۶۵۳۰۴	۴۱۵۲۲۳
۱۲۴۴۰۰	اصفهان	۳۹۷۹۸۷	۶۸۰۰۰	۴۰۴۷۸۷	۸۷۸۰۵۲	۱۳۴۴۰۳۹
۱۲۴۴۰۲	کردستان	۱۷۱۳۴۰	۴۴۰۰۰	۲۱۵۳۴۰	۳۲۵۴۹۰	۵۴۰۸۳۰
۱۲۴۴۱۰	لرستان	۱۶۴۹۷۹	۶۳۵۰۰	۲۲۸۴۷۹	۳۳۱۱۱۳	۵۵۹۵۹۲
۱۲۴۴۲۰	ایلام	۷۵۴۲۶	۳۸۵۰۰	۱۱۳۹۲۶	۱۴۳۷۷۴	۲۵۷۷۰۰
۱۲۴۵۰۰	جندی شاپور اهواز	۴۰۱۶۷۸	۱۲۰۰۰۰	۵۲۱۶۷۸	۷۹۶۵۶۹	۱۳۱۸۲۴۷
۱۲۴۶۰۰	گیلان	۲۳۵۷۹۸	۶۵۰۰۰	۳۰۰۷۹۸	۴۱۹۵۶۶	۷۲۰۳۶۴
۱۲۴۷۰۰	کرمان	۲۲۱۹۵۴	۴۵۰۰۰	۲۶۶۹۵۴	۴۵۵۸۷۱	۷۲۲۸۲۵
۱۲۴۷۰۱	رفسنجان	۳۴۴۰۴	۱۲۰۰۰	۴۶۴۰۴	۶۹۱۰۶	۱۱۵۵۱۰
۱۲۴۸۰۰	کرمانشاه	۱۷۹۰۴۸	۶۸۰۰۰	۲۴۷۰۴۸	۳۴۳۳۶۱	۵۹۰۴۰۹
۱۲۴۹۰۰	مازندران	۲۵۱۳۳۰	۳۶۰۰۰	۲۸۷۳۳۰	۶۴۹۳۶۳	۹۳۶۶۹۳
۱۲۴۹۱۰	بابل	۵۷۷۲۴	۲۱۵۰۰	۷۹۲۲۴	۱۲۱۱۶۹	۲۰۰۳۹۳
۱۲۴۹۲۰	گلستان	۱۴۷۷۱۸	۶۳۰۰۰	۲۱۰۷۱۸	۳۱۴۱۴۹	۵۲۴۸۶۷
۱۲۵۰۰۰	بهبختی و توانبخشی	۱۵۰۴۵۷	۳۳۰۰۰	۱۸۳۴۵۷	۲۶۴۰۰	۲۰۹۸۵۷
۱۲۵۱۰۰	آذربایجان غربی	۲۱۸۳۹۱	۸۸۰۰۰	۳۰۶۳۹۱	۴۳۳۵۴۹	۷۳۹۹۴۰
۱۲۵۲۰۰	چهار محال و بختیاری	۱۰۶۸۶۱	۶۷۰۰۰	۱۱۳۵۶۱	۱۹۴۶۳۹	۳۰۶۸۵۰۰
۱۲۵۳۰۰	هرمزگان	۱۳۲۰۶۲	۵۸۰۰۰	۱۹۰۰۶۲	۲۲۱۵۷۱	۴۱۱۶۳۳
۱۲۵۴۰۰	سیستان و بلوچستان	۱۷۸۱۵۳	۱۰۱۵۰۰	۲۷۹۶۵۳	۳۱۲۹۷۷	۵۹۲۶۳۰
۱۲۵۴۰۳	زابل	۴۹۶۷۹	۱۸۰۰۰	۶۷۶۷۹	۸۰۳۳۰	۱۴۸۰۰۹
۱۲۵۵۰۰	شهید صدوقی یزد	۱۶۰۸۳۲	۶۲۰۰۰	۲۲۲۸۳۲	۳۸۵۵۳۰	۶۰۸۳۶۲



شماره طبقه‌بندی دستگاه	دانشگاه / بیمارستان	عمومی	تملك دارایی	جمع	اختصاصی	جمع کل
۱۲۵۶۰۰	زنجان	۱۰۲۸۹۴	۴۱۵۰۰	۱۴۴۳۹۴	۲۰۳۸۰۶	۳۴۸۲۰۰
۱۲۵۷۰۰	سمنان	۵۰۱۳۱	۱۲۰۰۰	۶۲۱۳۱	۱۰۱۷۸۰	۱۶۳۹۱۱
۱۲۵۸۰۰	اردبیل	۱۲۰۱۱۵	۵۲۰۰۰	۱۷۲۱۱۵	۲۴۹۶۰۲	۴۲۱۷۱۷
۱۲۵۹۰۰	شاهرود	۳۹۷۱۳	۲۷۵۰۰	۶۷۲۱۳	۷۹۹۲۱	۱۴۷۱۳۴
جمع کل		۶۷۸۸۱۷۳	۲۰۸۱۳۶۳	۹۳۶۰۲۳۴	۱۴۵۴۵۵۸۶	۲۳۹۰۵۸۲۰

مأخذ: اطلاعات دریافتی از دفتر برنامه‌ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

### ۲-۳. نگاهی بر نحوه اداره بیمارستان‌ها در کشور

آنچه از شواهد به دست می‌آید آن است که به دلایل گوناگون در تمامی دوره‌های وزارت پس از جنگ تحمیلی، تحول بخش بستری (بیمارستانی) در رأس برنامه‌های وزرا قرار داشته است. در این قسمت مروری کوتاه به این سابقه خواهیم داشت.

بیمارستان‌ها از واحدهای پرهزینه نظام سلامت هر کشوری هستند. نتایج عملکرد کنونی بخش درمان و اداره واحدهای درمانی و بیمارستان‌ها به‌طور جدی حاصل نگرش کلی اقتصادی مسئولان کشور به این بخش است. نگرش حمایتی و نگرش اقتصادی بر واحدهای دولتی، دو نگرشی است که با هم نقاط اشتراک زیادی دارند ولی نقاط اختلاف آنها هم کم نیست. اگر بنا باشد که هزینه‌های تمام شده در واحدهای درمانی و هزینه‌های استهلاک و بالاخره تعمیرات از درآمدهای بیمارستان‌های دولتی و خصوصی اخذ شود، نرخ‌های دریافتی از بیمه‌ها و دیدگاه حمایتی غالب بر واحدهای درمانی نمی‌تواند پاسخگوی این وضعیت باشد.

با توجه به توضیحات فوق و عنایت به اجرای سیاست تعدیل منابع مالی دولت در برنامه‌های اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی کشور، بخش بهداشت و



درمان نیز تحت‌الشعاع آن سیاست قرار گرفت که نمود مشخص آن، «طرح خودگردانی بیمارستان‌ها» بود. در برنامه پنج‌ساله دوم مقرر شد که به تدریج کلیه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی درآیند. این تصمیم یک تصمیم راهبردی در نظام مدیریت خدمات بهداشت و درمان محسوب می‌گردد. در بودجه سال ۱۳۷۴ با توجه به همین تصمیم قانونی، اعتبار مجزایی به بخش درمان بستری تخصیص داده نشد و اعتبارات لازم به سرجمع اعتبارات بیمه همگانی منظور شد.

بدین ترتیب بودجه ۱۲۳/۵ میلیارد تومانی درمان بستری در آن سال حذف گردید و مقرر شد کل این مبلغ توسط مردم یا بیمه پرداخت شود.<sup>۱</sup> این موضوع باعث نارضایتی عمومی گردید و سرانجام در ابتدای مردادماه ۱۳۷۴ این طرح توسط وزیر بهداشت و درمان وقت لغو شد. موافقان اجرای این طرح که بیشتر از طیف مسئولان دارو و درمان (وقت) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند، معتقد بودند که به هر حال دیر یا زود این مسئله باید صورت پذیرد. زیرا برای شفافیت در عملیات درمان بستری و شکوفایی بیمارستان، خودگردانی بیمارستان‌ها ضروری است. به عقیده آنها این امر باعث می‌شود که انگیزه پرسنل بیمارستان اعم از پزشک و پرستار برای بهبود عملکرد افزایش یابد. مضافاً اینکه این مسئله، امر تازه‌ای نبوده و شورای انقلاب در مصوبه‌ای در مورخ ۱۳۵۸/۱۰/۱۲ طرح خودکفایی بیمارستان‌ها را به تصویب رسانده بود. همچنین این اعتقاد وجود داشت که اگر مسئله درآمدزایی وجود داشته باشد خودبه‌خود باعث می‌شود که در امور بیمارستان‌ها نظم و حساب و کتابی ایجاد شود و در نهایت پس از برقراری بیمه همگانی و تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مردم فشاری هم به مردم ایجاد نگردد. از سوی دیگر مخالفان این طرح اهم

۱. نظام نوین اداره امور بیمارستان، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران ۱۳۷۶.



دلایل خود را این‌گونه بیان کردند:

(الف) طبق اصل بیست‌ونهم قانون اساسی دولت مکلف است شرایطی را به‌وجود آورد که خدمات بهداشتی-درمانی چه به‌صورت بیمه یا هر صورت دیگر برای تمام افراد کشور تأمین شود.

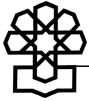
(ب) بیمارستان‌های ما آموزشی هستند و آموزش دانشجویان در بیمارستان، هزینه‌هایی دارد که مقداری از آن مثل وسایل مصرفی که در اثر بی‌تجربگی از بین می‌روند یا ویزیت‌های متعدد مریض، متوجه بیمار شده و این اجحاف به بیماران است.

(ج) این طرح باعث می‌شود که در اثر عدم مراجعه بیماران از ترس هزینه کمرشکن درمان، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با حداکثر توان کار نکنند و گاهی از اوقات بیش از نیمی از تخت‌های بیمارستانی خالی بماند.

(د) بیماران سرطانی، دیالیزی و صعب‌العلاج را هیچ بیمه‌گری بیمه نمی‌کند، زیرا هزینه‌های سنگینی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌نمایند و در این طرح به این گروه از بیماران توجه نشده است.

(ه) حجم سرمایه‌گذاری دولتی در بخش بهداشت و درمان علی‌رغم فزونی سال‌های گذشته در سال ۱۳۷۴ هنوز حدود ۴ درصد از تولید ناخالص ملی را تشکیل می‌داد و این درحالی بود که در بسیاری از کشورهای پیشرفته این رقم بیش از ۵ درصد بوده است.<sup>۱</sup>

اما به‌منظور تحقق بند «۱۲» اصل سوم و اصل بیست‌ونهم قانون اساسی و در عین حال عملی ساختن اندیشه خودگردانی واحدهای بهداشتی-درمانی و در راستای



سیاست تمرکززدایی و تفویض اختیار امور به واحدهای درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی و تبدیل بیمارستان‌ها به مراکز درآمد - هزینه و در جهت ارائه هرچه بهتر خدمات بهداشتی-درمانی در اجرای قانون بیمه همگانی، مصوب سال ۱۳۷۳ و لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی، درمانی و آموزشی، مصوب سال ۱۳۵۸ و با استفاده از اختیارات حاصله از بند «گ» ماده (۷) قانون تشکیل هیئت امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی مصوب جلسات ۱۸۱ و ۱۸۲ مورخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی، «طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها» به تصویب هیئت امنای دانشگاه‌ها رسید. در واقع پس از تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ و اختصاص درآمد بیمارستان‌ها و سهم مربوط به آن از اعتبارات عمومی به‌عنوان سهم سرانه بیمه به سازمان خدمات درمانی و سایر سازمان‌های ذیربط، تأمین هزینه‌های بیمارستانی از اعتبارات عمومی قطع و وزارت متبوع و دانشگاه‌ها در اجرای وظایف و اهداف و برنامه‌های خود محدود به استفاده از درآمدهای اختصاصی شدند که به استناد لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی-درمانی و استفاده از اختیارات قانونی ناشی از قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ و قانون تشکیلات و وظایف وزارت متبوع مصوب ۱۳۶۷ و آیین‌نامه‌های اجرایی آن، دستورالعمل طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها تدوین و به مورد اجرا گذاشته شد.

همچنین به‌موجب بند «ط» تبصره «۱۷» قانون بودجه سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ کل کشور، به دولت اجازه داده شد کل اعتبارات جاری، عمرانی و اختصاصی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی وابسته به وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و



فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس قانون تشکیل هیئت امنای دانشگاه‌ها و قانون نحوه انجام امور مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها مصوب سال ۱۳۶۹ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب سال ۱۳۷۰ بدون الزام به رعایت سایر قوانین و مقررات عمومی کشور و قانون محاسبات عمومی هزینه شود که این امر بر سهولت اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها افزود. براساس این طرح بیمارستان‌ها باید خدمات خود را برطبق تعرفه مصوب، ارائه و با دریافت وجوه قانونی، کلیه امور را اداره کنند. در حقیقت از یکسو دولت بیمارستان را می‌سازد و تجهیز می‌کند، ازسوی دیگر بیماران به راه‌های مختلف تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند و بخشی از سهم بیمه آنان را دولت تقبل می‌کند و هزینه افراد بی‌بضاعت نیز توسط سازمان‌های مردمی از جمله کمیته امداد امام (ره) پرداخت می‌شود. اما هزینه‌های جاری بیمارستان باید از محل درآمد بیمارستان تأمین گردد. به‌علاوه در طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها پیش‌بینی شد تا شاغلین بیمارستان‌ها از محل درآمد بیمارستان، درصدی را دریافت کنند. به‌عبارتی در این طرح نحوه پرداخت دستمزد گروه پزشکی براساس انجام فعالیت‌ها و درمان بیماران مبنا قرار می‌گیرد. یعنی هرچه فعالیت‌های درمانی نیروهای پزشکی بیشتر می‌شود، میزان دریافت آنها نیز افزایش می‌یابد. مخالفین طرح عقیده داشتند که این نحوه پرداخت، مشکلات عدیده‌ای را به بار می‌آورد. به این دلیل که عمدتاً پرداخت کارانه براساس فعالیت‌های درمانی است که موجب افزایش فعالیت‌های درمانی اعم از سرپایی، بستری و خدمات تشخیصی بدون ضرورت علمی - درمانی می‌شود و حاصل آن تحمیل عوارض ناشی از خدمات اضافی به جامعه و افراد است. ازسوی دیگر این امر می‌تواند موجب



افزایش هزینه‌های عمومی دولت شده و به ورشکستگی نظام بیمه منجر شود. این نحوه پرداخت باعث می‌شود تا گروه‌های پزشکی بجای توجه به پیشگیری، بیشتر تلاش خود را معطوف درمان نمایند.<sup>۱</sup>

منبع اعتباری اجرای این طرح از محل دریافت تعرفه‌های خدمات تشخیصی - درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه بیمه درمانی ملهم از ماده (۸) قانون بیمه همگانی (که به پیشنهاد وزارت متبوع و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور هرساله به تصویب هیئت وزیران می‌رسد)، در نظر گرفته شد.

برطبق ماده (۳) لایحه قانون نحوه اداره واحدهای بهداشتی، درمانی و آموزشی مصوب سال ۱۳۵۸ مقرر داشت افرادی که تاکنون زیر پوشش بیمه درمانی قرار نگرفته‌اند در صورت داشتن امکانات مالی طبق تعرفه خدمات درمانی، هزینه‌های مربوطه را خواهند پرداخت. در اجرای این سیاست طبق ماده (۴) قانون بیمه همگانی، دولت موظف شد ظرف پنج سال، شرایط تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم کند.

بند «۸» ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نیز تأمین منابع مالی را با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت‌های مردمی مجاز دانسته است. در عین حال به‌منظور پیشگیری از تنش‌های ناشی از تأخیر در پرداخت حقوق پرسنل شاغل در واحدهای بهداشتی - درمانی، مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۳۷۵/۱۲/۱ قانون

۱. گزارش اجلاس چهل و هشتم رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور، معاون هماهنگی و دبیر مجامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران ۱۳۸۲



پرداخت هزینه‌های پرسنلی از محل اعتبارات جاری را تصویب کرد تا بار حاصل از خودگردانی بیمارستان که می‌توانست در نتیجه مدیریت‌های نامناسب مدیران بیمارستانی بر کیفیت خدمات تأثیر نامطلوب بگذارد جلوگیری به عمل آید.

تحولات سال‌های بعد و بروز مشکلات عدیده در ارائه خدمات به‌ویژه در سطح دوم سبب شد تا قانونگذاران نظام جمهوری اسلامی ایران، نظر به اهمیت و ضرورت پرداختن به موضوع استقرار نظامی جامع و توانمند در اداره بیمارستان، در برنامه سوم توسعه کشور، تهیه و اجرای نظام‌های نوین مدیریت بیمارستان را به‌عنوان یکی از سیاست‌های کلان دولت جهت افزایش کیفیت و بهره‌وری خدمات درمان مد نظر قرار دهند. براساس مستندات قانون برنامه سوم توسعه و برنامه‌های رئیس‌جمهور وقت و سیاست‌های استراتژیک برنامه سوم در بخش بهداشت و درمان، دولت می‌بایست امور اجرایی را حداقل امکان به واحدهای محیطی و غیردولتی واگذار کرده و خود به فعالیت‌های حاکمیتی (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی کلان، نظارت، ارزیابی، هماهنگی و رهبری) بپردازد. لذا، به‌منظور تقویت توان حاکمیتی دولت لازم شد قدرت کارشناسی و نظارتی دولت و زیرمجموعه‌های آن به‌ویژه بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بهبود اساسی پیدا کند. در طول اجرای برنامه سوم و براساس تجربیات جهانی که توصیه می‌شد در بخش سلامت بجای واگذاری امور به بخش خصوصی، مدیریت شبه‌خصوصی یا شبه‌بازرگانی اعمال گردد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اواسط برنامه سوم براساس مبانی علمی و قانونی و این دیدگاه نوین مدیریت، با اجرای «طرح اصلاح ساختار اقتصادی - مدیریتی بیمارستان»، در صدد برآمد تا با شروع برنامه چهارم توسعه اصلاحات بیمارستانی را آغاز کند و



با تکیه بر اهداف کلان کارآیی، اثربخشی، عدالت، پایداری و کیفیت به‌تدریج این طرح را گسترش دهد. این وزارت در جهت تقویت روند اصلاحات بخش سلامت، توسعه مدیریت، توسعه سازمان و افزایش بهره‌وری منابع (مالی، انسانی، فیزیکی و اطلاعاتی) را مورد توجه قرار داد. اعتقاد بر آن بود از آنجایی که بیمارستان‌ها بیشترین منابع بخش سلامت کشور را به‌خود اختصاص می‌دهند و عملکرد آنها در دید مستقیم آحاد مردم قرار دارد، لذا اصلاحات بیمارستانی می‌تواند به اجرای دیگر راهبردهای اصلاحی بخش سلامت نیز کمک کند و در جهت جلب اعتماد عمومی برای تسریع در استقرار نظام ارجاع، پزشک خانواده و نظام بیمه مؤثر واقع شود.

بالتبع اهداف کلان فوق، اهداف اختصاصی زیر مد نظر قرار گرفت:

۱. سهولت و افزایش سرعت در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در راستای اجرای مسئولیت‌های محوله در بیمارستان،
۲. تعیین و اجرای روش مطلوب برای دستیابی به عملکرد مناسب، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی در مدیریت بیمارستان،
۳. تخصیص هدفمند اعتبارات به برنامه‌ها و فعالیت‌های بیمارستانی،
۴. تعیین نتایج قابل سنجش، مورد انتظار و قابل حصول از بودجه تخصیص یافته،
۵. شفاف‌سازی فرآیند بودجه، فراهم کردن توجیحات لازم و منطقی در مجامع ذیربط برای تأمین منابع مالی بیمارستان،
۶. افزایش پاسخگویی واحدهای دریافت‌کننده اعتبار در قبال اعتبارات دریافتی،
۷. ارتقای کیفی روند تعمیر و نگهداری در بیمارستان از طریق کاهش هزینه‌های



تعمیر و نگهداری و جلوگیری از استهلاک منابع فیزیکی.

- بازنگری و اصلاح تشکیلات و مشاغل بیمارستان (مهندسی مشاغل)،

- بازنگری و اصلاح روش پرداخت به کارکنان براساس عملکرد و میزان دستیابی

به اهداف،

- حضور بخش غیردولتی در تصدی‌های غیرضرور دولتی،

- افزایش توان نظارت بخش دولتی،

- طراحی و استقرار نظام جمع‌آوری، طبقه‌بندی، توزیع و نشر آمار و اطلاعات.<sup>۱</sup>

در جهت دستیابی به اهداف فوق راهبردهای مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان (مواد

(۸۸) و (۱۳۶)) قانون برنامه چهارم توسعه و ضوابط اجرایی ماده (۸۸) قانون

تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر استقرار نظام کارمزدی بجای روزمزدی)،

بودجه‌ریزی عملیاتی (مواد (۸۸) و (۱۳۸) قانون برنامه چهارم توسعه و مواد (۷۷) و

(۸۵) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت)، حسابداری تعهدی (مواد (۳۱) و (۸۸)

قانون برنامه چهارم توسعه)، کاهش تصدیگری (مواد (۱۹۲) و (۱۹۳) قانون برنامه سوم

توسعه و مواد (۱۳۶)، (۱۴۳) و (۱۴۴) قانون برنامه چهارم و ماده (۸۸) قانون تنظیم

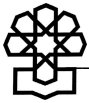
بخشی از مقررات مالی دولت و سیاست‌های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی)،

نگهداشت بهره‌ور جامع (مواد (۳)، (۵) و (۳۱)) قانون برنامه چهارم)، استقرار نظام

اطلاعات مدیریت (ماده (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه) و از همه مهمتر با توجه به

اهمیت تحول در نظام ارائه خدمات بیمارستان و نقش رویکردهای علمی در ارتقای

عملکرد بیمارستان و طرح این سؤالات که ما برای به‌کارگیری ابزارها و روش‌های نوین



اداره بیمارستان بهتر است از چه الگوی مدیریتی بهره بگیریم؟ و براساس چه الگویی

این سازمان اجتماعی را ارزیابی کنیم؟ و این الگو باید تابع چه ارزش‌ها و اصولی باشد

و بر کدام بعد از ابعاد عملکردی تکیه نماید؟ راهبرد سازماندهی نوین مدیریت

بیمارستان (ماده (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه) تصویب شد.

بالطبع برای حرکت در جهت این راهبردها لازم بود چند گام اساسی برداشته شود:

انتخاب یک چارچوب نظری<sup>۱</sup> ارائه الگوی عملی تحول مبتنی بر چارچوب نظری انتخاب

شده، تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی مبتنی بر واقعیات جامعه (شرایط اجتماعی،

فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و قوانین و مقررات) و تعیین اقدامات اجرایی مبتنی بر

برنامه (Road Map)، ارائه الگوی سازمانی مناسب برای تصمیم‌گیری و تهیه الگوی

سازماندهی مبتنی بر برنامه تحول، ارائه الگوی ارزیابی عملکرد و تهیه شاخص‌های

مناسب آن. به همین جهت این طرح با حمایت ماده (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه و

قوانین بودجه سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ ابتدا در چند بیمارستان شروع و مقرر شد طرح

در طول برنامه چهارم به کلیه واحدهای بهداشتی - درمانی تسری یابد.

همان‌طور که اشاره شد آنچه که در این میان حائز اهمیت بود، الگوی ساختاری

و مدیریتی تعیین شده در طرح بود که براساس مواد (۸۸)، (۱۳۶) و (۱۴۴) قانون

برنامه چهارم توسعه و مواد (۳۳) و (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت،

انواع الگوهای اجرایی زیر مد نظر قرار گرفت:

- اداره هیئت امنایی مراکز ارائه‌دهنده خدمات،

- اداره هیئت‌مدیره‌ای (شرکتی) مراکز ارائه‌دهنده خدمات،



- واگذاری اختیارات مدیریت مراکز ارائه‌دهنده خدمات وابسته به دولت به کارکنان دولت،

- مشارکت با بخش غیردولتی از طریق اجاره و واگذاری خدمات پشتیبانی، پاراکلینیک و درمانی،

- خرید خدمات از بخش غیردولتی (خیریه، خصوصی و تعاونی)

- واگذاری مالکیت واحدهای درحال ساخت نیمه‌تمام به بخش غیردولتی.

در این تجربه چند اتفاق با هم صورت پذیرفت که روش اول استفاده از هیئت امنای با اختیارات بسیار زیاد در این مراکز بود. اختیار دوم در مورد پرداخت‌هایی برای بهره‌وری بیشتر به پزشکان و پرسنل بود که به هیئت امنای داده شد اما اجازه اخراج و استخدام داده نشد. نکته آخر عدم توجه به تأمین مالی این اصلاح بود که تأثیر نامطلوبی دارد.

تجربه خودگردانی در نظام بیمارستانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۲ و در یک بیمارستان کوچک (صدر یا به آفرین) در تهران بود. در این بیمارستان سازمان تأمین اجتماعی شرکتی برای گرداندن بیمارستان و با مشارکت پزشکان و با نسبت ۶۰ درصد آنان و ۴۰ درصد تأمین اجتماعی تأسیس کرد. بیمارستان پایلوت تنها این مزیت را داشت که پرداخت منابع مالی بدون تأخیر صورت می‌گرفت. این بیمارستان بیشتر به اعمال کوچک در رشته‌های چشم پزشکی و ... می‌پردازد. تعداد اعمال جراحی بسیار بالا و هزینه‌های مناسب که بدون یارانه توانسته به حیات ادامه دهد. کارآیی در این بیمارستان بهبود جدی یافته است. در سال ۱۳۸۲ این سازمان یک شرکت داخلی برای اداره کردن بیمارستان ۱۰۰۰ تختخوابی میلاد تأسیس کرد که ۱۰۰ درصد سهام آن متعلق به خودش بود. در سال ۱۳۸۶ بحث هیئت‌مدیره‌ای و



شرکتی کردن بیمارستان‌های تأمین اجتماعی برای اجرای آزمایشی در ۶ بیمارستان تصویب شد ولی به علل مختلفی تاکنون اجرایی نشده است.

### ۳. مشکلات بیمارستان‌های دولتی در کشور

براساس تحقیقات صورت گرفته در وزارت بهداشت<sup>۱</sup> در مجموع می‌توان بیان داشت ساختار سطح دوم ارائه خدمات سلامت به‌ویژه بیمارستانی با مشکلات بنیادین زیر روبرو است:

- تمرکز شدید ستادی در فرآیند تصمیم‌گیری به‌خصوص در حوزه بهداشت،

- عدم شفافیت مسئولیت‌ها در سطوح ستادی و محیطی و شفاف نبودن سطوح پاسخگویی در نظام سلامت،

- عدم مشارکت سازماندهی شده سایر بخش‌ها در تأمین سلامت (ضعف ارتباط درون‌بخشی و بین‌بخشی)،

- درگیری شدید دولت (وزارت بهداشت و برخی دستگاه‌های اجرایی) در امور اجرایی (ارائه خدمات در تمامی سطوح) و عدم تبیین جایگاه واقعی بخش غیردولتی در نظام ارائه خدمت،

- وجود موانع ساختاری در استقرار نظام ارجاع به‌دلیل قطع ارتباط حوزه درمان و بهداشت (ضعف هماهنگی و قطع زنجیره ارجاع در نظام ارائه خدمت)،

- وجود موانع ساختاری در استقرار طرح پزشک خانواده / بیمه روستایی به‌دلیل

۱. محمدحسین، سالاریان‌زاده. سند سیاست مراقبت‌های سطح دوم نظام ارائه خدمات سلامت، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.



قطع ارتباط حوزه درمان و بهداشت،

- ایجاد شبکه‌های موزای غیررسمی نظارت و ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، دارو، غذا، فوریت‌ها و... شبیه شبکه بهداشت و درمان،
- فقدان بهره‌برداری لازم از تمام ظرفیت‌های موجود شبکه جهت پیاده‌سازی طرح‌ها و برنامه‌های سلامت،
- ناکارآمدی ساختار موجود در مقابل نیازهای جدید مانند بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌ها و حوادث.

#### ۴. موانع موجود در کاهش تصدیگری دولت

در حال حاضر به دلیل برداشت‌های گوناگون از نقش‌های حاکمیتی و تصدیگری (اعم از تصدی‌های حاکمیتی و غیرحاکمیتی)، هنوز این دیدگاه قوی و در عین حال پنهان وجود دارد که تمام مراحل طراحی، تأمین، تهیه و ارائه خدمات سلامت را با نگاه‌های متفاوت، یک وظیفه حاکمیتی برمی‌شمرند که دولت باید تمام مسئولیت و اداره این زنجیره را برعهده گیرد. لذا اگر این دیدگاه را غالب فرض کنیم باید به مقاومت بخش خصوصی قدرتمند و دینفوذ از یک طرف و محدودیت منابع مالی و انسانی و بروکراسی اداری بسیار آزاردهنده در بخش دولتی از طرف دیگر، توجه نماییم. که باعث می‌شود بخش دولتی در رقابت با بخش خصوصی، دوران گذار نسبتاً طولانی را مصروف برنامه‌ریزی دقیق، جذب سرمایه‌ها و بودجه‌های سنگین دولتی و در نهایت تقویت علمی - اجرایی خود کند تا بتواند برنده میدان رقابت شود. اما واقعیت آن است که محدودیت منابع مالی ایجاب می‌کند که افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در بخش



سلامت، با درایت بیشتر و واقع‌بینانه‌تر (با مشارکت مردم و نظارت و هماهنگی دولت) صورت گیرد. ضمن آنکه بخش غیردولتی تمایل بسیار زیادی در تولید و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی - دارویی و حتی با رعایت بعضی شرایط و حمایت‌های دولتی خدمات بهداشتی (عمومی و فردی) را نشان می‌دهد. با توجه به این واقعیت در واقع هم منابع بالقوه موجود به‌خوبی شناسایی و به‌کار گرفته و در یک مجموعه قابل اعتماد جمع‌آوری می‌گردند و هم به‌دلیل فراهم بودن بستر سرمایه‌گذاری بخش غیردولتی در حوزه سلامت، در عمل با توسعه منابع مالی روبرو خواهیم شد. ضمن اینکه یکپارچگی مدیریت نظام ارجاع در سطح شهرستان عملی شده و با تکیه بر همین وحدت و یکپارچگی مدیریت، امکان عقد قرارداد قانونی و شفاف برای انواع خدمات بهداشتی و درمانی با بیمه برای پوشش حجم گسترده‌ای از خدمات فراهم خواهد شد. با عملی شدن این موضوع، محوریت نظام مدیریت را عدم تمرکز اداری و مالی در قالب الگوی تفویض اختیار<sup>۱</sup> تشکیل می‌دهد. به این ترتیب که هیئت امنایی یا هیئت‌مدیره‌ای شدن نظام مدیریت مراکز ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، امکان جذب و به‌کارگیری مشارکت‌های مردمی (در قالب خیریه یا به‌صورت غیرانتفاعی) را فراهم می‌کند و چنانچه فرد یا افرادی تمایل به افزایش ارزش افزوده مالی خود داشته باشند، بستر مناسبی جهت سرمایه‌گذاری ایجاد خواهد شد.

ضمناً هیئت امنایی یا هیئت‌مدیره‌ای شدن این مراکز زمینه را برای تغییر نظام حسابداری از شیوه نقدی به تعهدی فراهم خواهد کرد و این واحدها را مکلف خواهد نمود تا کلیه امور حسابداری و حسابرسی خود را در دفاتر قانونی ثبت نمایند و به



این ترتیب گردش‌های حساب‌های مالی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت شفاف می‌گردد که ضمن امکان جلوگیری از بروز تخلفات مالی و اداری و حتی تخصصی (پزشکی و بهداشتی)، بستر لازم برای تنظیم سیاست‌ها و برنامه‌های نظام ارائه خدمات سلامت کشور را به استناد مدارک و شواهد واقعی و مستند فراهم می‌کند. در واقع پیاده‌سازی این الگوی ساختاری کمک می‌کند تا مراکز بهداشتی - درمانی شهری، قالب شرکت‌های اقماری را به خود بگیرند و به تبع آن مراکز سلامت و آموزش پزشکی شهرستان‌ها در قالب شرکت‌های اصلی تحت پوشش مرکز سلامت و آموزش پزشکی استان در قالب یک شرکت مادر تخصصی (Holding) درآیند و در چارچوب حساب‌های ملی سلامت، کلیه درآمدها و هزینه‌های نظام سلامت قابل ثبت شوند. بالطبع در این شرایط، شاخص‌های بهره‌وری واحدها، دستگاه و حتی بخش سلامت نیز به راحتی و بدون ایجاد نظام مستقل قابل محاسبه خواهند شد. ضمناً امکان محاسبه قیمت تمام شده خدمات، تعیین سهم بیمه و محاسبه تعرفه‌های واقعی خدمات نیز فراهم خواهد شد.

### ۵. جایگاه اصلاح نحوه اداره بیمارستان‌ها در اصلاح الگوی مصرف

بیمارستان‌های دولتی گران‌ترین سرمایه‌های نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می‌شود که در سال ۱۳۸۷ بالغ بر ۲۳ هزار میلیارد ریال هزینه صرف آن شده است و حدود ۲۰۰ هزار نفر از کارکنان دولت در آن مشغول فعالیت بوده‌اند. متأسفانه به علت عدم اداره صحیح این سرمایه عظیم ملی تا حد زیادی هدر می‌رود. نزدیک به نیمی از بیمارستان‌های کشور با نصف ظرفیت خود مشغول به کار هستند این در حالی است



که بیماران در بسیاری از موارد به بیمارستان‌های خصوصی مراجعه می‌کنند. از سوی دیگر همواره شاهد هستیم تقاضا برای ایجاد بیمارستان دولتی در مناطق مختلف وجود دارد.

اگر فضاهای بهداشت درمانی، تجهیزات و تخت بیمارستان‌های دولتی که حدود ۸۰ درصد امکانات کشور را تشکیل می‌دهند به فعالیت مورد نیاز ۸۰ درصد اشغال تخت برسند به راحتی می‌توانند نیاز جامعه را برآورده کنند و با جذب اعتبارات بیمه‌های درمان از کسری مزن و مستمر منابع رهایی یابند (توجه داشته باشید با افزایش ضریب اشغال تخت هزینه‌های ثابت بیمارستان بالا نمی‌رود بلکه درآمدها افزایش می‌یابد). از سوی دیگر افزایش خدمت‌دهی به مردم موجب می‌شود تا بسیاری از بیماری‌ها در مراحل آغازین تشخیص داده شود و به این ترتیب از پیشرفت بیماری که هزینه‌های بالایی بر نظام سلامت و اقتصاد کشور وارد می‌کند جلوگیری می‌شود. در مجموع اصلاح شیوه اداره بیمارستان‌ها می‌تواند مزایای زیر را به همراه داشته باشد:

- استفاده بهینه از منابع بودجه عمومی دولت و بیمه‌ها،

- استفاده بهینه از نیروی انسانی تخصصی موجود در بیمارستان‌ها،

- استفاده بهینه از تجهیزات گران‌بهای بیمارستانی،

- استفاده بهینه از سرمایه عظیمی که صرف راه‌اندازی هر تخت بیمارستانی شده است،

- ارتقای کیفی روند تعمیر و نگهداری در بیمارستان و جلوگیری از استهلاک

منابع فیزیکی،

- افزایش برخورداری مردم از امکانات موجود.



دکتر مسعود پزشکیان وزیر اسبق بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز در این خصوص می‌گوید: طبق محاسبات کارشناسی حداقل ۲۵ درصد منابع هزینه شده در بیمارستان‌های دولتی هدر می‌رود، بسیاری از وسایل پزشکی خریداری شده در مراکز درمانی بدون استفاده خاک می‌خورند و میزان بهره‌برداری از این تجهیزات بسیار پایین است یا آنکه در بسیاری موارد به دلیل اشکالات ساختاری و فرسوده بودن بیمارستان‌ها هدررفت انرژی در آنها بسیار بالاست که تمامی اینها ناشی از ضعف مدیریت در نظام سلامت کشور و اداره بیمارستان‌هاست و تا زمانی که بر این مشکل عمده فائق نیاییم، نمی‌توان دم از اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت زد.

به بیان دیگر تا زمانی که مدیران در حوزه بهداشتی و درمانی نسبت به عملکرد خود پاسخگو نباشند و عملکرد آنها در قبال قانون مورد ارزیابی جدی قرار نگیرد، فرمایش رهبر معظم انقلاب برای دستیابی به الگوی مصرف بهینه تحقق نخواهد یافت.

### ۶. رویکردهایی برای اصلاح

با توجه به الزامات قانونی متعدد در مورد واگذاری امور تصدی غیرحاکمیتی به بخش غیردولتی، ضمن تأکید آنکه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در مناطقی که داوطلب غیردولتی وجود نداشته باشد، برعهده دولت است، راهکارهای زیر برای گسترش فعالیت بخش غیردولتی می‌تواند به‌کار گرفته شود:

- چنانچه مالکیت این واحدها اعم از بیمارستان عمومی، واحد تشخیص طبی، واحد تصویربرداری، واحد ارائه خدمات سرپایی، واحد عرضه دارو و تجهیزات و یا واحد فوریت‌های پزشکی برعهده دولت بوده باشد، می‌تواند به قوت خود باقی بماند،



اما مدیریت آن با استناد به مواد (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و یا مواد (۱۳۶) و (۱۴۴) قانون برنامه چهارم توسعه می‌تواند به بخش غیردولتی و یا حتی در قالب قرارداد به کارمندان دولت سپرده شود. به‌علاوه امکان اجاره محل یا مشارکت با بخش غیردولتی نیز وجود دارد.

- چنانچه درحال حاضر واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی فعال نیست و درحال تجهیز و تکمیل و ساخت است، بنابر تبصره «۱۴» قانون بودجه سال ۱۳۸۶ و با پشتوانه مواد قانونی فوق‌الذکر حتی مالکیت این واحدها را می‌توان به بخش غیردولتی سپرد.

- چنانچه ظرفیت واگذاری کامل واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به بخش غیردولتی وجود ندارد، می‌توان واحد را به‌صورت بخش‌های جداگانه مد نظر قرار داد و هریک از بخش‌های مزبور را به بخش غیردولتی واگذار کرد. به‌طوری که مدیریت کل مجموعه در اختیار دولت باشد. اما تمام یا قسمتی از بخش‌ها، تحت مدیریت مستقل واحد به بخش غیردولتی واگذار شده است.

- امکان مشارکت در مدیریت واحدهای بهداشتی و درمانی با بخش غیردولتی نیز وجود دارد. در این صورت مدیریت واحد می‌تواند به اشکال زیر انتخاب شود:

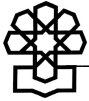
- از طریق هیئت امنای که منتخبینی از مردم هستند و با مسئولیت مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان منصوب می‌گردند (هیئت امنای انتصابی). به عبارتی قدرت جابجایی افراد و حتی رئیس واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی برعهده رئیس مرکز باقی می‌ماند، اما نظارت نسبی از سوی نمایندگان مردم بر عملکرد واحد به‌طور قانونی افزایش پیدا خواهد کرد.



• واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند در قالب یک مؤسسه غیرانتفاعی ثبت شود و آنگاه اعضای هیئت مؤسس، هیئت امنا را انتخاب کند (هیئت امنا انتخابی). در این شرایط معرفی افراد از حالت انتصابی خارج می‌گردد و کاملاً به صورت انتخابی خواهد بود. بالطبع رئیس واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی نیز از سوی هیئت امنا، انتخاب و توسط رئیس هیئت امنا (که مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان است) ابلاغ دریافت می‌کند.

• واحد ارائه خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند در قالب یک مؤسسه یا شرکت غیرانتفاعی دولتی ثبت گردد و آنگاه با تعیین هیئت‌مدیره از سوی هیئت مؤسس، مدیرعامل را انتخاب و با حکم رئیس هیئت‌مدیره (که مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان است) شروع به کار کند.

بدیهی است هر یک از شقوق فوق‌الذکر که انتخاب و به کار گرفته شوند، مانع فعالیت‌های نظارت، پایش، ارزشیابی و اعتباربخشی شبکه بهداشت و درمان شهرستان نخواهد بود. بلکه این بخش از وظایف با شفافیت و قدرت بیشتری انجام خواهد شد. زیرا نهاد مرکزی دولتی با تمرکز بر عملیات نظارت و ارزشیابی و تشکیل تیم یا تیم‌های نظارتی مستقر در مرکز بهداشتی - درمانی شهری، می‌تواند به عملیات نظارت و ارزشیابی واحدهای ارائه‌دهنده سطح دوم و حتی سطح سوم در حوزه شهری بپردازد. ضمن اینکه حیطه نظارت و ارزشیابی نیز گستره قابل ملاحظه‌ای پیدا خواهد کرد. یعنی هم بر تنوع، تعدد و کیفیت خدمات ارائه شده و هم بر ارائه‌دهندگان و محیط ارائه خدمات، نظارت انجام خواهد شد. به عبارتی واحدهای دولتی که تا قبل از این پیشنهاد، به طور مستقیم توسط مجموعه ستادی دولتی مورد نظارت و ارزشیابی



مستقیم قرار می‌گرفتند، از این زمان به بعد شبیه یک واحد غیردولتی محسوب می‌گردند و توسط نیروهای دولتی مستقر در یک واحد مستقل دولتی به طور غیرمستقیم مورد پایش و نظارت واقع می‌شوند.

### پیشنهادها

با توجه به مطالب گفته شده ماده ذیل جهت اصلاح نحوه اداره بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود. این ماده می‌تواند به صورت یک ماده واحده مد نظر قرار گیرد.

اداره بیمارستان‌های دولتی به هیئتی منتخب به نام هیئت امنا واگذار می‌گردد تا صرفاً براساس آیین‌نامه و مقررات اداری، مالی، معاملاتی، استخدامی و تشکیلاتی خاص، مصوب هیئت امنای مربوطه که به تأیید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌رسد اداره شود. هزینه‌های این واحدها صرفاً از طریق فروش کالا یا خدمات به قیمت تمام شده تأمین خواهد شد. خریدار کالا یا خدمات حسب مورد و نوع آن و سیاست‌های متخذه می‌تواند مردم یا قائم‌مقام آنها از جمله سازمان‌های بیمه‌گر یا دولت باشد. در صورتی که دولت بخواهد کالا یا خدمت مربوطه، ارزان‌تر از قیمت واقعی عرضه گردد، باید مابه‌التفاوت آن را به صورت یارانه به بیمارستان‌های مزبور بپردازد. یارانه مزبور می‌تواند به صورت نیروی انسانی، مالی، کالا یا تملک دارایی سرمایه‌ای یا مالی باشد. پرداخت هرکدام از این یارانه‌ها به این واحدها کمک تلقی شده و پس از پرداخت به هزینه قطعی منظور می‌شود. برنامه‌ریزی لازم در این خصوص به نحوی صورت می‌گیرد که در هر سال برنامه حداقل ۱۰ درصد بیمارستان‌های کشور به این شیوه اداره شوند.



تبصره - ترکیب هیئت امنا، روش انتخاب آنها، نحوه نظارت و ارزشیابی واحد و تولیدات آن (کالا یا خدمات) و سایر موارد براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که ظرف سه ماه پس از تصویب این لایحه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

### منابع و مأخذ

۱. آمارنامه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، شهریورماه ۱۳۸۱.
۲. سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۶.
۳. آمارنامه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۰.
۴. نظام نوین اداره امور بیمارستان، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۶.
۵. پزشک‌یان، مسعود. اصلاح الگوی مصرف در عرصه سلامت، هفته‌نامه سپید اردیبهشت ماه، ۱۳۸۸.
۶. گزارش اجلاس چهل‌وهشتم رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور، معاون هماهنگی و دبیر مجامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۲.
۷. سالاریان‌زاده، محمدحسین. سند سیاست مراقبت‌های سطح دوم نظام ارائه خدمات سلامت، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶.



شناسنامه گزارش

شماره مسلسل: ۱۰۰۶۷

عنوان گزارش: درباره اصلاح الگوی مصرف (۱۴) مصرف در بخش بیمارستانی  
(با رویکرد تقنینی)

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کنندگان: علی‌اخوان بهبهانی، عباس وثوق، محمدحسین سالاریان‌زاده،

سیدجعفر رضوی

ناظر علمی: ایروان مسعوداصل

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۸۸/۱۰/۳۰