

**مروری بر عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
در احصای قیمت تمام شده خدمات و واگذاری تصدیها
(در قالب مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری)**

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۲۴۸۲

مردادماه ۱۳۹۱

دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۶	۱. چارچوب مفهومی
۸	۱-۱. تراکم‌زدایی
۸	۱-۲. تفویض اختیار
۸	۱-۳. واگذاری
۸	۱-۴. آزادسازی
۱۱	۲. تبیین وضعیت موجود در کشور
۱۱	۲-۱. اقدامات اجرایی
۲۷	۲-۲. اقدام ویژه - استقرار نظام نوین مالی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی
۳۲	۲-۳. حمایت‌ها و مشوق‌های اعطایی وزارت متبوع به بخش غیردولتی
۳۴	بحث و نتیجه‌گیری
۳۹	پیشنهادها
۴۲	منابع و مأخذ



مروری بر عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
در احصای قیمت تمام شده خدمات و واگذاری تصدیها
(در قالب مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری)

چکیده

سلامت، جزء سه نیاز اولیه انسان - امنیت، غذا، سلامتی - محسوب می‌شود و در صورت عدم تأمین، حفظ و ارتقای آن امکان توسعه اقتصادی - اجتماعی - فرهنگی جامعه میسر نمی‌شود و پایه‌های توسعه کشور متزلزل خواهد شد. سلامت یکی از ارکان ثبات و توسعه پایدار در جوامع امروز است و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر دیگر ارکان و عوامل پایداری و پیشرفت جامعه اثر می‌گذارد. مستندات نشان می‌دهد که چنانچه در فرآیند ارائه خدمات سلامت، اصول مدیریتی و اقتصادی به‌طور صحیح به‌کار گرفته شود، می‌توان از آن یک بخش مولد و ثروت‌آفرین ایجاد کرد، اما از آنجا که دولت‌ها، مالکیت و مدیریت تمامی ظرفیت‌ها و استعدادها را در اختیار ندارند، بدیهی است که امکان ارائه کافی و مطلوب خدمات سلامت تنها با توان دولت مقدر نخواهد بود. لذا همکاری مشترک و مسالمت‌آمیز بخش‌های دولتی و غیردولتی ضروری است.

بدون شک نقش دولت در سیاست‌گذاری، تنظیم روابط، استانداردسازی، هماهنگی ساختاری و نظارت بر حسن اجرای ضوابط و مقررات و قضاوت بر عملکرد ارائه‌کنندگان، نقشی انحصاری خواهد بود که واگذاری آن از منظر قانونی اگر امکانپذیر نباشد، محدودیت‌های فراوانی دارد، اما واگذاری ارائه خدمات ارتقایی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی به بخش غیردولتی توأم با نظارت دقیق و مستمر و برقراری نظام تشویق و تنبیه می‌تواند گامی در جهت نیل به اهداف توسعه‌ای همچون افزایش نوآوری، بهره‌وری، اشتغال‌زایی، بهبود دسترسی و ارتقای عادلانه کیفیت خدمات سلامت باشد. در همین رابطه قانونگذار به‌منظور افزایش کارایی نظام سلامت و پاسخگوتر کردن آن به مردم، موضوع واگذاری واحدهای ارائه خدمات سلامت به بخش غیردولتی را در سیاست‌های کلان و قوانین برنامه سوم، چهارم و پنجم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی کشور، قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، قانون مدیریت خدمات کشوری و قوانین بودجه سالیانه، پیش‌بینی کرده است، اما تبلور جدی این موضوع را می‌توان در مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری یافت.

با وجود آنکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای اجرای قوانین ابلاغی، سیاست تمرکززدایی را از بالاترین سطح تا سطوح پایین مدیریت و در ادامه، مشارکت مردم را از طریق توسعه بخش غیردولتی در دستور کار دارد، اما هنوز دولت و به‌ویژه وزارتخانه مذکور بزرگ‌ترین نقش را در ارائه مستقیم خدمات سلامت داراست. این وزارتخانه، با بیش از ۷۹ هزار تخت فعال (۶۷ درصد تخت‌های فعال کشور) و اشتغال بیش از ۳۴۰ هزار نفر (حدود ۵۰ درصد کارکنان بخش ارائه خدمات سلامت) از یکسو و بستری کردن بیش از ۵ میلیون نفر با ۱۸ میلیون نفر روز، اشغال تخت، منابع و حجم فعالیت بسیار زیادی را به‌خود اختصاص داده است. در عین حال پایین بودن ضریب اشغال تخت‌های بیمارستانی (به‌طور متوسط حدود ۶۰ درصد) در کشور در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته (بیش از ۸۰ درصد) بهره‌وری پایین منابع محدود موجود و ناکارآمدی مدیریت فعلی را نشان می‌دهد، البته اطلاعات بیانگر آن است که طی دهه اخیر در راستای تمرکززدایی، واگذاری‌های متعددی انجام شده و در این راستا نظام مدیریت برخی واحدها از جمله بیمارستان مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفته، اما به جهت پراکندگی اقدامات و عدم یکپارچگی در نوع و نحوه واگذاری‌ها، ضعف ارتباط با سایر نهادهای درگیر در حوزه سلامت به‌ویژه شهرداری‌ها و نهادهای غیردولتی و نبود بسترهای لازم، موفقیت‌های چندانی حاصل نشده است. از جمله اقدامات زیربنایی در دست انجام که می‌تواند تضمین‌کننده موفقیت اجرای این سیاست باشد، استقرار نظام حسابداری تعهدی و احصای قیمت تمام شده خدمات در مراکز هزینه واحدهای سازمانی این وزارتخانه است که زمینه لازم برای شفاف‌سازی اطلاعات مالی را فراهم می‌نماید تا اعتماد بخش غیردولتی به‌ویژه بخش خصوصی جهت افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت، جلب گردد.

با توجه به یافته‌ها و نتایج اقدامات وزارت بهداشت برای عمل به تعهدات خود مطابق با قانون و توانمندی‌های بخش غیردولتی در ایفای نقش صحیح در زمینه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و همچنین اطلاع از ظرفیت‌های این دستگاه اجرایی و گستره محیط عملیاتی آن تا سرحدات مناطق روستایی کشور، پیشنهاداتی در سطوح تقنینی و اجرایی مطرح است که در این گزارش به آنها اشاره خواهیم داشت.

مقدمه

رسیدن به جامعه توسعه‌یافته، در گرو وجود انسان‌های سالم، پویا و با نشاط است و ارائه خدمات جامع سلامتی نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و تحقق این خواسته دارد. سلامت یکی از ارکان



ثبات و توسعه پایدار در جوامع امروز است و به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر دیگر ارکان و عوامل پایداری و پیشرفت جامعه اثر می‌گذارد. سلامت جامعه عبارت است از احساس آسایش و رضایتمندی مردم از شرایط و موقعیتی اطمینان‌بخش که بتوانند سالم و در عین حال آرام زندگی کنند.^۱ براین اساس اهداف و مأموریت نظام سلامت جامعه عبارت است از:

- ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی مردم،
- عادلانه بودن شیوه پرداخت افراد برای مراقبت سلامت،
- پاسخ مناسب به انتظارات و توقعات مردم و جلب رضایت آنها،
- کاهش نابرابری و محافظت مردم در قبال خطرات مالی حوزه سلامت.^۲

سلامت، جزء سه نیاز اولیه انسان - امنیت، غذا، سلامتی - محسوب می‌شود و در صورت عدم تأمین، حفظ و ارتقای آن امکان توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه میسر نمی‌شود و پایه‌های توسعه کشور متزلزل خواهد شد. از آنجا که عرضه مراقبت‌های سلامتی، هزینه‌های زیادی در پی دارد و برخلاف بخش‌های تولیدی، بازرگانی و صنعتی ظاهراً عایدی به‌همراه نمی‌آورد، ممکن است تأمین آن مورد غفلت واقع شود و یا در اولویت سیاست‌ها، اهداف و راهبردهای حاکمیت و دولت قرار نگیرد، اما گزارش‌های علمی و مدیریتی در سراسر جهان نشان می‌دهد چنانچه در فرآیند ارائه آن، اصول مدیریتی و اقتصادی به‌طور صحیح به‌کار گرفته شود، می‌توان از آن یک بخش مولد و ثروت‌آفرین ایجاد کرد. لذا ارائه خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه، مستلزم به‌کارگیری تمامی امکانات، ظرفیت‌ها و نهادهای جامعه است، اما از آنجا که دولت مالکیت و مدیریت تمامی ظرفیت‌ها و استعدادها را در اختیار ندارد، بدیهی است که امکان ارائه کافی و مطلوب آن فقط با توان دولت مقدور خواهد بود. لذا همکاری مشترک و مسالمت‌آمیز بخش‌های دولتی و غیردولتی ضروری است.

در حال حاضر نظام سلامت در بسیاری از کشورها به دلایل زیر ناکارآمد جلوه می‌نماید:

- توزیع ناعادلانه امکانات، منابع و تسهیلات،
- عملکرد نامعقول و استفاده نامناسب از منابع،
- پاسخگویی نامناسب به مردم و عدم رضایت آنها،
- دست نیافتن به اهداف از پیش تعیین شده.

دست‌اندرکاران نظام سلامت و پژوهشگران بر این عقیده‌اند که نظام سلامت نیازمند تغییر در ابعاد ساختار تصمیم‌گیری و اجرایی، توانمندی و شایستگی نیروی انسانی، تأمین و گردش منابع

1. Berman P. Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. International Social Health of Public Health School. Harvard University, 1993, PP. 17-27.

2. Roberts M.J., Hsiao W., Berman P., Reich M.R. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press, 2004, PP. 172-205.

مالی، یکپارچگی برنامه‌های سلامت و فرآیندهای مدیریتی است.^۱ باید نگرش و رویکرد را تغییر داد و با کمک تمامی استعدادهای، ظرفیت‌ها، منابع و امکانات جامعه، تغییرات مطلوب را در بازار سلامت به منظور دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده با رعایت ضوابط، استانداردها و ملاک و معیارهای تعریف شده ایجاد کرد.

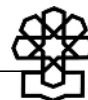
بدون شک نقش دولت در سیاستگذاری، تنظیم روابط، استانداردها، هماهنگی ساختاری نهادهای ستادی و اجرایی و نظارت بر حسن اجرای ضوابط و مقررات و قضاوت بر عملکرد ارائه‌کنندگان، نقشی انحصاری خواهد بود که واگذاری آن از منظر قانونی اگر امکانپذیر نباشد، محدودیت‌های فراوانی دارد، اما تفویض آن بخش از فعالیت‌ها که بُعد برنامه‌ریزی، اجرایی و بعضاً نظارتی دارد، می‌تواند مورد نظر قرار گیرد. به عبارتی واگذاری ارائه خدمات ارتقایی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی به بخش غیردولتی توأم با نظارت دقیق و مستمر و برقراری نظام تشویق و تنبیه می‌تواند گامی در جهت نیل به اهداف توسعه‌ای همچون افزایش نوآوری، بهره‌وری، اشتغال‌زایی، بهبود دسترسی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت باشد^۲ و در نهایت با رعایت عدالت، رضایت خالق و کرامت مخلوق (گیرنده خدمت) را به دنبال داشته باشد.

شاید به همین جهت است که در بسیاری از منابع علمی، مقالات و گزارش‌های اداری در چارچوب بحث اصلاحات نظام سلامت، واگذاری امور اجرایی خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی، یکی از راهبردهای ارتقای کارایی و اثربخشی نظام‌های سلامت معرفی می‌شود. در همین رابطه قانونگذار به منظور افزایش کارایی نظام سلامت و پاسخگویی بیشتر آن به مردم، موضوع واگذاری واحدهای ارائه خدمات سلامت به بخش غیردولتی را در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشوری شامل: قوانین برنامه سوم، چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، قانون مدیریت خدمات کشوری و قوانین بودجه سالیانه، پیش‌بینی کرده است. اجرای دقیق، کامل و یکپارچه این مواد قانونی و واگذاری ارائه خدمات به بخش غیردولتی، بنابر تجارب جهانی، گویای آن خواهد بود که تا اندازه‌ای از مشکلات نظام سلامت کاسته و منجر به ارتقای سلامت جامعه در پرتو تجلی بیشتر مشارکت واقعی مردم شود.

به استناد قوانین پشتیبان، بسترهای قانونی لازم برای عملیاتی ساختن مشارکت فعال

۱. فاطمه رجیبی و همکاران، تحلیل چالش‌ها و روندهای مؤثر بر نظام سلامت، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه تهران، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، ۱۳۹۰.

۲. اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، آذرماه ۱۳۸۴، صص ۲۴ - ۲۶ و ۲۹.



بخش‌های خصوصی و تعاونی در قالب سیاست‌های اصل چهل و چهارم قانون اساسی و قوانین مادر همچون قانون مدیریت خدمات کشوری و قانون بودجه کل کشور فراهم شده است. مطابق ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و به استناد اصول بیست و نهم و سی‌ام قانون اساسی، واگذاری تصدی امور اجتماعی، فرهنگی و خدماتی از طریق توسعه بخش‌های تعاونی و خصوصی، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده، با نظارت و حمایت دولت از طرق زیر امکانپذیر شده است:

۱. اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف،
 ۲. خرید خدمات از بخش تعاونی، خصوصی، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی.
 ۳. مشارکت با بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی از طریق اجاره، واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی.
 ۴. واگذاری مدیریت واحدهای دولتی به بخش تعاونی، خصوصی، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی با پرداخت تمام و یا بخشی از هزینه سرانه خدمات.
 ۵. ایجاد و اداره واحدهای دولتی موضوع این ماده توسط دستگاه‌های اجرایی (اگر انجام امور موضوع این ماده به یکی از طرق چهارگانه فوق مقدور نباشد).
- همچنین برابر ماده (۱۶) همین قانون، شرایط لازم برای جلوگیری از تمرکز تصمیم‌گیری و توسعه اختیارات لازم مدیران فراهم شده تا بتوانند در جهت افزایش بهره‌وری و استقرار نظام کنترل نتیجه، اداره واحدهای تحت سرپرستی خود را در اختیار گیرند. در این خصوص دستگاه‌های اجرایی مکلف شده‌اند تا با انجام اقدامات زیر بستر مناسب را فراهم کنند:
- الف) تعیین قیمت تمام شده فعالیت‌ها، خدمات و محصولات واحدهای مجری از قبیل واحدهای آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی، خدماتی، تولیدی و اداری، متناسب با کیفیت و محل جغرافیایی ارائه فعالیت‌ها و خدمات، در چارچوب متوسط قیمت تمام شده فعالیت‌ها و خدمات مذکور در بودجه مصوب سالیانه ملی و استانی با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یا استان،
 - ب) تعیین شاخص‌های هدفمند و نتیجه‌گرا و استانداردهای کیفی خدمات و پیش‌بینی سازوکارهای نظارتی برای کنترل کمیّت و کیفیت خدمات ارائه شده،
 - ج) انعقاد تفاهمنامه با مدیران واحدهای مجری براساس حجم فعالیت‌ها و خدمات و قیمت تمام شده آن و تعیین تعهدات طرفین،
 - د) اعطای اختیارات لازم برای پیشنهاد جابجایی فصول و برنامه‌های اعتبارات مذکور به

شورای برنامه‌ریزی استان در چارچوب احکام قانون بودجه سالیانه (جابجایی اعتبارات ملی براساس احکام قانون بودجه سالیانه خواهد بود)،

ه) اعطای اختیارات لازم اداری و مالی به مدیران برای اجرای نظام قیمت تمام شده، به موجب آیین‌نامه‌ای که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد،
و) اعتباراتی که براساس قیمت تمام شده در اختیار واحدها قرار می‌گیرد، به‌عنوان کمک تلقی شده و پس از پرداخت به حساب بانکی واحدهای ذیربط به هزینه قطعی منظور می‌گردد.

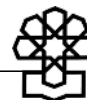
مدیران دستگاه‌های اجرایی نسبت به تحقق اهداف و نتایج پیش‌بینی شده در تفاهمنامه در مدت مدیریت خود مسئول و به نهادهای نظارتی پاسخگو خواهند بود و موظفند گزارش اقدامات مربوطه را هر ۶ ماه یکبار به سازمان ارائه نمایند و سازمان نیز مکلف است گزارش عملکرد این ماده را یک‌ماه قبل از ارسال لوایح بودجه سالیانه به مجلس تقدیم نماید.

لذا هر یک از دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری باید اقدامات لازم قانونی مطابق اسناد فوق را به اجرا درآورند. در عین حال توجه به این نکته ضروری است که به‌منظور ارتقای عملکرد واحدهای واگذار شده، لازم است الگو و روش پرداخت حقوق و دستمزد اصلاح گردد و مزیت نسبی و رقابتی آن واحدها در ارائه خدمات مورد نظر قرار گیرد تا در نهایت با ایجاد رقابت موجب افزایش کارایی واحدهای ارائه خدمات سلامت و همچنین جلب رضایت خدمت‌گیرندگان شود.

هدف این گزارش تبیین اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت بهره‌گیری مناسب از توان و ظرفیت بخش خصوصی به‌منظور ارائه خدمات سلامت، در راستای عمل به این تکالیف قانونی و پاسخگویی سریع، صریح و منطقی به نیازها و انتظارات مردم است.

۱. چارچوب مفهومی

وقتی صحبت از کاهش تصدی دولت و واگذاری امور مطرح می‌شود، بلافاصله ذهنان عمومی و حتی تصور ذهنی برخی از نخبگان و خبرگان جامعه متوجه واگذاری فعالیت‌ها، امور اجرایی، بعضاً امور برنامه‌ریزی و نظارتی، مالکیت و مدیریت نهادهای ساختاری و سازمانی به بخش خصوصی و در یک کلام خصوصی‌سازی می‌شود. حال آنکه واگذاری امور اجرایی به دیگر سطوح نهادهای عمومی و یا به بخش‌های غیردولتی (عمومی، تعاونی، خصوصی و خیریه) با هدف افزایش توان سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارتی دولت و تقویت ظرفیت اجرایی آن در تصدی‌های حاکمیتی



صورت می‌گیرد و در این راستا از سیاست اجرایی مرسوم و معمولی به نام تمرکززدایی و کاهش دخالت دولت و نهادهای وابسته به آن در تصدی‌های اجرایی غیرحاکمیتی تبعیت می‌شود. سیاست تمرکززدایی^۱ در واقع مشتمل بر طیفی است که یک سوی آن را تمرکز کامل دولت بر کلیه امور حاکمیتی و غیرحاکمیتی^۲ و سوی دیگر آن را واگذاری امور اجرایی اعم از مالکیت و مدیریت به بخش‌های غیردولتی و از جمله بخش خصوصی^۳ تشکیل می‌دهد. تمرکززدایی یک تغییر ساختاری در حکمرانی^۴ است. زیرا با تغییر در سیاست تمرکززدایی، فرد تصمیم‌گیرنده و سطح و قدرت نفوذ تصمیم‌گیری سیاستگذار محلی، منابع و تسهیلات در اختیار وی برای اجرای برنامه، ظرفیت اداری برای اجرای سیاست و سطح پاسخگویی وی به دولت مرکزی و مردم ساکن در منطقه استحقاقی می‌باشد.^۵ صاحب‌نظران علم مدیریت تعاریف گوناگونی از تمرکززدایی ارائه کرده‌اند. کالینز، گرین و میلز^۶ تمرکززدایی را «انتقال مسئولیت، قدرت و اختیار برنامه‌ریزی، مدیریت، تصمیم‌گیری عمومی و تخصیص منابع عمومی از سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر حاکمیت یا از بخش دولتی به مردم و یا از سطوح ملی به سطوح منطقه‌ای و محلی»^۷ می‌دانند. کروک، مانر، آگراوال و ریپوت: «انتقال قدرت از دولت مرکزی به سطوح و واحدهای پایین‌تر سیاسی، اداری و مدیریتی دولت را تمرکززدایی خوانده‌اند».^{۸،۹} برمبنای تعاریف ارائه شده، طبقه‌بندی و انواع گوناگونی از تمرکززدایی مورد اشاره دانشمندان قرار گرفته است. رودینلی^{۱۰} چهار طبقه را ارائه می‌کند:

- تراکم زدایی،^{۱۱}

- تفویض اختیار،^{۱۲}

- واگذاری،^{۱۳}

- آزادسازی.^{۱۴}

1. Decentralization

2. Centralization

3. Divestment

4. Governance

5. Bossert T. Decentralization and Governance in Health. A Policy brief for the Health Systems 20/20 project. USAID, 2008; P. 2.

6. Collins, Green and Mills, 1994

7. Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbæk K. Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. McGraw-Hill Press, 2007; PP. 10,11.

8. Crook, R. and Manor, J. Democracy and Descentralisation in South Asia and West Africa. Cambridge University Press. Cambridge, 1998.

9. Agrawal, A and Ribot J. Accountability in Decentralization: A Framework with South Asian and West African Environmental Cases. The Journal of Developing Areas, 1999, PP. 33, 473-502.

10. Rondinelli, 1983

11. De-concentration

12. Delegation

13. Devolution

14. Divestment

۱-۱. تراکم‌زدایی

انتقال مسئولیت اداری از سطوح بالای اداری یک سازمان دولتی در سطح ملی (وزارت بهداشت) به سطوح اداری همان سازمان^۱ در سطح ملی، منطقه‌ای یا محلی (از جمله: سازمان، مرکز، اداره کل، شبکه یا مرکز بهداشت) گفته می‌شود که باید در برابر سازمان مرکزی پاسخگو باشند.^۲

۱-۲. تفویض اختیار

انتقال مسئولیت از سطوح بالای اداری یک سازمان ملی (در زیرمجموعه دولت مرکزی) به سطوح پایین اداری در سطح منطقه‌ای یا محلی سازمان یا سازمان‌های دیگر^۳ (از جمله: استانداری، فرمانداری یا شهرداری) مطرح است. در این شرایط چون انتقال مسئولیت از طریق دولت مرکزی به دولت محلی صورت می‌گیرد، دولت محلی، در عین افزایش اختیارات و آزادی عمل، در برابر دولت مرکزی پاسخگو خواهد بود.^۴

۱-۳. واگذاری

با اجازه مداخله دادن سایر ذینفعان در امر تصمیم‌گیری، تفویض اختیار در خصوص مدیریت منابع به سطوح پایین سیاسی همانند نهادهای عمومی یا مردمی (شورای شهر، سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه، سازمان اعتباربخشی، هیئت امنای بیمارستان) اتفاق می‌افتد و این نهادها در سایه قوانین و مقررات ملی مشارکت و اقدام می‌کنند.^۵ نحوه انتخاب و یا انتصاب افراد عضو این نهادهای مردمی بر فرآیند تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت تأثیرگذار خواهد بود.

۱-۴. آزادسازی

انتقال مالکیت، توأم با مدیریت وظایف از بخش عمومی دولتی به بخش‌های عمومی غیردولتی، خصوصی، خیریه و یا تعاونی صورت می‌گیرد؛ اما در عین حال تدوین سیاست‌ها، ضوابط، مقررات

1. Intra-organization

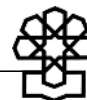
2. Ribot, J. Democratic Decentralization of Natural Resources: Institutionalizing Popular Participation. World Resources Institute. Washington DC, 2002.

3. Inter-organization

4. Ferguson I. and Chandrasekharan C. Paths and Pitfalls of Decentralization for Sustainable Forest Management: Experiences of the Asia-Pacific Region: Interlaken Workshop on Decentralization, Deconcentration and Devolution. Interlaken. Switzerland, April 2004, pp. 27-30.

5. Larson A.M. Democratic Decentralization in the Forestry Sector: Lessons Learned from Africa, Asia and Latin America, 2003.

6. Gregersen H., Contreras-Hermosilla A., White A. and Phillips L. Forest Governance in Federal Systems: An Overview of Experiences and Lessons, World bank 2000.



و استانداردها و تنظیم مناسبات اداری و مدیریتی در دست دولت باقی می‌ماند.^۱ اگر به جدول و بیان ویژگی‌های هریک از ابعاد و انواع تمرکززدایی توجه کنیم، به این نکته دست خواهیم یافت که احتمالاً در عمل هیچگاه، در هیچ‌یک از کشورها و نهادهای عمومی، الگوی تمرکز کامل مشاهده نمی‌شود. زیرا در بسیاری از جهات دولت‌ها تمام یا بخشی از مسئولیت‌ها و اختیارات خود را در قالب نظام اداری از سطوح ملی - مرکزی تا سطوح محلی - محیطی توزیع کرده‌اند و همزمان پایش، نظارت و کنترل مرکزی و محیطی را تعریف و اجرا می‌کنند. شواهد و مدارک این موضوع در بسیاری از منابع و مستندات علمی و گزارش‌های اداری مشهود است.^۲ از سوی دیگر معمولاً به دلیل اینکه برنامه‌های اصلاحات استقرار یافته در کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه اغلب نامتعادل بوده و تمامی ابعاد سیاسی، اقتصادی و اداری را به طور همزمان شامل نمی‌شود، لذا کمتر با ویژگی‌های یک الگوی واحد تمرکززدایی روبرو می‌شویم و در اغلب موارد ممکن است در عین مواجهه با الگوی واگذاری اداری در بعد سیاسی تمرکززدایی، همزمان با الگوی واگذاری سیاسی در ابعاد مالی - اقتصادی و اداری - مدیریتی تمرکززدایی برخورد کنیم.^۳

در تمرکززدایی علاوه بر اینکه تعیین سازمان و سطوح سازمانی تصمیم‌گیر حائز اهمیت است، مشخص شدن سطح و عمق تصمیم‌گیری در موضوعات مختلف و به عبارتی حدود اختیارات^۴ نیز اهمیت بسیار دارد. آیا شخص تصمیم‌گیر می‌تواند در خصوص بودجه، منابع انسانی و نحوه ارائه خدمت مطابق آداب و سنت و شرایط محلی اظهار نظر کرده، تصمیم نهایی را بگیرد؟ در این صورت تا چه سطحی اختیار قانونی و قدرت رسمی برای تصمیم‌گیری در این رابطه را خواهد داشت؟ البته در متون علمی بر روی این دسته‌بندی و سطح و عمق واگذاری مسئولیت و اختیار توافق زیادی وجود ندارد و نظرات گوناگونی مشاهده می‌شود که بخشی از این تفاوت نظرات به دیدگاه اندیشمندان (به خصوص اقتصاددانان) به توانایی، استعداد و سطح دانش و مهارت واحد پذیرنده مسئولیت و اختیار - چه در بخش دولتی و چه غیردولتی - به ویژه کشورهای در حال توسعه دارد.^۵

1. Cheema G.S., Rondinelli D.A. Decentralization and development: policy implementation in developing countries. Beverly Hills: Sage, 1983.

2. Mills A. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva, World Health Organization, 1990.

3. Berman P. Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable. International Social Health of Public Health School. Harvard university, 1993; PP. 9-12.

4. Berman P. Health sector reform in developing countries: Making health development sustainable. International Social Health of Public Health School. Harvard university, 1993, PP. 9-12.

5. Decision Space

6. Bardhan, P. Decentralization of Governance and Development. Journal of Economic Perspectives, 2002, 16(4), pp. 185-205.

به نظر این اندیشمندان اقتصادی برای توجیه دسته‌بندی، سؤالاتی مد نظر قرار می‌گیرد: آیا سطوح محیطی (صف) دولت توانایی در اختیار گرفتن مسئولیت و قدرت را دارند؟ آیا نهادهای غیردولتی توانایی و ظرفیت پذیرش مسئولیت و اختیار را دارند؟ اگر در پاسخ به این سؤالات توجه کافی صورت نگیرد و بدون شناخت دقیق استعداد و امکانات محیطی، تفویض اختیار صورت گیرد، نه تنها بستر توسعه فراهم نمی‌شود، بلکه ممکن است فساد اداری گسترده‌ای را شاهد باشیم.^۱

جدول ۱. انواع و ابعاد واگذاری مسئولیت و اختیار حاکمیت

واحد پذیرنده مسئولیت	بُعد			عنوان
	اداری - مدیریتی	مالی - اقتصادی	سیاسی	
واحدهای دولت مرکزی	انجام وظایف توسط واحدهای مرکزی	تجمیع و مالکیت منابع توسط دولت	کنترل و پاسخگویی مستقیم	تمرکز کامل
واحدهای دولت محلی*	توزیع محیطی وظایف در قالب سلسله‌مراتب اداری	کنترل هزینه و تخصیص منابع توسط دولت	هدایت	تراکم‌زدایی
واحدهای دولتی نیمه‌خودگردان**	ارائه مستقیم کالا و خدمات توسط واحد دولتی	درآمدزایی توسط دولت	تصمیم‌گیری در قالب هیئت یا شورا	واگذاری اداری
واحدهای دولتی خودگردان***	تدارک کالا و خدمات توسط واحد دولتی	بسیج منابع و سرمایه‌گذاری با تأسیس شرکت سهامی عام	مشارکت ذینفعان در تنظیم ضوابط، استانداردها و مقررات	واگذاری سیاسی
واحدهای غیردولتی (عمومی، خصوصی، تعاونی و خیریه)	عقد قرارداد (درون‌سپاری یا برون‌سپاری)	خصوصی‌سازی (شرکت سهامی عام یا خاص)	مشارکت ذینفعان در تنظیم ضوابط، استانداردها و مقررات	آزادسازی

* این واحدها در ساختار حاکمیت، واحد دولتی تعریف می‌شوند. نمونه واحد دولت محلی: استانی - شهرستانی در دولت‌های یکپارچه (Unitary)، یا ایالتی، بخشی و شهری در دولت‌های فدرال.

** اعضای واحدهای نیمه‌خودگردان، همگی از نیروهای متنصب دولتی هستند و امکان انتخاب از سوی همه ذینفعان منتفی است و در مدیریت هزینه تا حدودی مستقل عمل می‌کنند.

*** اعضای واحدهای نیمه‌خودگردان، از ذینفعان کلیدی به صورت انتصابی و انتخابی برگزیده می‌شوند و در مدیریت هزینه و درآمد مستقل عمل می‌کنند و تابع قانون خاص هستند.

1. Bardhan, P. and Mookherjee D. Decentralizing Antipoverty Program Delivery in Developing Countries. Journal of Public Economics, 2005; 89(1), pp. 675-704.



با عنایت به چارچوب مفهومی مذکور، چنانچه مروری بر مضامین و مصادیق دو ماده (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری داشته باشیم، متوجه خواهیم شد که این دو ماده، بخشی از بستر قانونی لازم برای توسعه واگذاری سیاسی از طریق تشکیل واحدهای دولتی خودگردان و توسعه مشارکت بخش‌های غیردولتی را فراهم می‌کنند. در مطالعه حاضر، قصد داریم با تکیه بر همان چارچوب مفهومی ارائه شده، وضعیت موجود و اقدامات انجام شده از سوی نهاد مسئول سلامت جامعه (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را بررسی و تحلیل کنیم و در نهایت با ارائه پیشنهادها کاربردی، گامی در جهت هماهنگی بیشتر برداریم.

۲. تبیین وضعیت موجود در کشور

۲-۱. اقدامات اجرایی

با وجود آنکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای اجرای قوانین ابلاغی، سیاست تمرکززدایی را از بالاترین سطح مدیریت دولتی تا سطوح پایین محیطی و در ادامه، مشارکت مردم را از طریق توسعه بخش غیردولتی برنامه‌ریزی و پیگیری می‌کند، اما هنوز دولت و به‌ویژه وزارتخانه مذکور، بیشترین نقش را در ارائه مستقیم خدمات بهداشتی و درمانی دارد. در همین راستا، به استناد آخرین اطلاعات این وزارتخانه در مستندات برنامه توسعه کشور، مشارکت بخش خصوصی به‌ویژه در بخش سرپایی سطوح دوم و سوم ارائه خدمات سلامت و در مناطق شهری رشد یافته و فعال می‌باشد،^۱ اما اطلاعات موجود در موافقتنامه‌های بودجه‌ای معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور با این وزارتخانه در پایان سال ۱۳۸۹، بیمارستان‌های تحت پوشش وزارتخانه مذکور، با بیش از ۷۹ هزار تخت فعال (۶۷ درصد تخت‌های فعال کشور) و اشتغال بیش از ۳۴۰ هزار نفر (حدود ۵۰ درصد کارکنان بخش ارائه خدمات سلامت) از یکسو و بستری کردن بیش از ۵ میلیون نفر با ۱۸ میلیون نفر - روز اشغال تخت، منابع و میزان فعالیت بسیار زیادی را به‌خود اختصاص داده است. از طرف دیگر پایین بودن ضریب اشغال تخت‌های

۱. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش هشتم، ۱۳۸۸، صص ۱۲۸ و ۱۶۷ - ۱۷۰.

بیمارستانی (به‌طور متوسط حدود ۶۰ درصد در مطالعات و گزارش‌های مختلف)^۱ و ۳ و ۴ و ۶ در کشور در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته (با ضریب اشغال تخت بیش از ۸۰ درصد) بهره‌وری پایین منابع محدود موجود و ناکارآمدی مدیریت فعلی را نشان می‌دهد. همچنین علیرغم اینکه در ارائه خدمات دارویی، تولید و عرضه عمده مواد و فرآورده‌های دارویی، بخش خصوصی نقش چشمگیری دارد، اما خصوصی‌سازی صنایع و سازمان‌های تولید و عرضه عمده دارویی هنوز منجر به ایجاد شرکت‌های واقعاً مستقل خصوصی همراه با بازارمحوری و استراتژی‌های رشد و توسعه پایدار آینده‌نگر نگردیده است.^۷

در همین رابطه براساس مستندات موجود مهمترین دلایل مشارکت نه چندان فعال بخش خصوصی در تمامی سطوح ارائه خدمات نظام سلامت در سال‌های گذشته عبارت بوده‌اند از:
- نیاز به سرمایه‌گذاری‌های کلان و عدم بازدهی مناسب آن در ساخت بیمارستان‌ها (عدم امکانات فیزیکی و منابع اعتباری کافی برای سرمایه‌گذاری در بخش خصوصی سلامت)،^۸
- دریافت مالیات مشابه با بخش‌های صنعتی، تولیدی و بازرگانی از واحدهای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی،^۹

- تسلط نگرش هزینه‌بر بودن (و نه سرمایه‌ای بودن) بخش سلامت نزد سیاستگذاران و

برنامه‌ریزان کشور،

۱. پرویز فولادی، بررسی عوامل مؤثر در تقلیل ضریب اشغال تخت از دیدگاه مدیران و رؤسای مراکز درمانی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدارک پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ۱۳۷۲.

۲. زیبا فرج‌زادگان، عباسعلی جوادی، غلامرضا عسگری و لیلا منظوری، شاخص‌های بهره‌وری ابزار ارزیابی نظام مدیریت اطلاعات سلامت، مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۳۸۶، ش ۷، صص ۲۳-۳۱.

۳. مسعود ابوالحلاج، سیدحسین حسینی‌پارسا، مهدی جعفری‌سیریزی و صدیقه اینانلو، بررسی وضعیت نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۸۶، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۸۹، ۱۲ (۱)، صص ۶۰-۶۸.

۴. عباس زارع‌نژاد و مجید اکبری، گزارش اجمالی عملکرد سی‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل روابط عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، اسفندماه ۱۳۸۷، ص ۳۵.

۵. معاونت سلامت، شاخص‌های سیمای سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، خردادماه ۱۳۸۸، صص ۴۱۱ تا ۴۱۳.

۶. وزیر بهداشت، ضریب اشغال پایین تخت‌های بیمارستانی مشکل‌ساز شده است. روزنامه رسالت، شماره ۷۳۹۹، مورخ ۱۳۹۰/۸/۸، ص ۲۲.

۷. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش هشتم، ۱۳۸۸، صص ۱۵۷-۱۶۰.

۸. همان، صص ۱۲۸ - ۱۷۰.

۹. بانک جهانی، مطالعه نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، ترجمه کامل شادپور، معاونت هماهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تیرماه ۱۳۸۷، صص ۵۲ - ۶۱.



- فقدان فرهنگ صحیح استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی و ناآگاهی مردم از یک نظام

سلامتی مطلوب،^۱

- کمبود اعطای تسهیلات مناسب بانکی با بهره کم به ارائه‌کنندگان خدمت بخش خصوصی،

- همپوشانی نظام ارائه خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی در فضایی مجزا و موازی،^۲

- نیاز به صلاحیت‌های فنی و اخلاقی خاص جهت اداره مراکز بهداشتی - درمانی.^۳

علیرغم مشکلات فوق، گزارش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که

در سال‌های اخیر سهم بخش خصوصی از مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی رشد داشته و

اقداماتی توسط این وزارتخانه در راستای تمرکززدایی یا واگذاری امور تصدی اجتماعی، فرهنگی و

خدماتی تحت عناوین مختلف صورت گرفته است که قبل از تحلیل یافته‌ها و داشتن یا نداشتن

مغایرت گزارشات با سیاست‌های کلان، ابتدا اطلاعات و آمار این اقدامات بنابر گزارش وزارتخانه

مربور در پاسخ به درخواست مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود:^۴

پس از انجام مطالعات تطبیقی و بررسی شرح وظایف کلیه واحدهای ستادی و دانشگاهی، در

راستای اصلاح ساختار وزارتخانه و واحدهای تابعه، وظایف قابل تفویض شناسایی و در کارگروه

ساختار شورای تحول اداری وزارتخانه تأیید و در سال ۱۳۸۳ توسط شورای عالی اداری با شماره

۱۹۰۱/۱۲۴۹۶ مورخ ۱۳۸۳/۱/۳۰ تصویب شد. علاوه بر تفویض وظایف و اختیارات مرتبط با

شبکه‌های بهداشتی - درمانی و فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و دانشجویی که برابر قوانین جاری

به دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت پذیرفته، مهمترین اقدام وزارتخانه در اعطای بیشتر

مسئولیت‌ها و اختیارات به این واحدها، طرح استقلال دانشگاه‌های علوم پزشکی است که از سال

۱۳۸۴ با ابلاغ آیین‌نامه‌های اداری - استخدامی - تشکیلاتی اعضای غیرهیئت علمی و مالی -

معاملاتی ماده (۴۹) قانون برنامه چهارم توسعه عملیاتی شد. در ادامه ابلاغ قانون، شورای تحول

اداری وزارتخانه موضوع را رصد و موارد تفویضی را مستند کرد تا مشخص شود واحدهای

ستادی و اجرایی (دانشگاه‌های علوم پزشکی) در قبال انتقال وظایف از سطح ستاد به دانشگاه‌ها، در

۱. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش هشتم، ۱۳۸۸، صص ۲۸ - ۳۱.

۲. مطالعه و تحلیل وضعیت نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، واحد سیاستگذاری و اصلاحات نظام سلامت، معاونت هماهنگی و دبیر مجامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهریورماه ۱۳۸۶، ص ۱۷.

۳. علی کشتکاران و مهران حق‌شناس، افزایش تخت‌های بیمارستانی، آغاز یا پایان یک تحول در بخش سلامت؟، هفته‌نامه سپید، ش ۲۷۵ - ۵، آبان‌ماه ۱۳۹۰، ص ۲.

۴. نامه شماره ۲۱۲/۱۳۴۲/د مورخ ۱۳۹۰/۷/۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پاسخ به نامه شماره ۶۶۸۳ مورخ ۱۳۹۰/۶/۱۶ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

جهت واگذاری امور اجرایی به نهادها و مؤسسات غیردولتی به‌ویژه بخش خصوصی چه گام‌هایی برداشته‌اند. این اقدامات به‌طور اجمال عبارتند از:

۱-۲-۱. فعال‌سازی کارگروه کاهش تصدی

با توجه به آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۴) قانون مدیریت خدمات کشوری^۱ و الزام دستگاه‌های اجرایی وابسته به فعال‌سازی کارگروه کاهش تصدی در حوزه مرکزی دستگاه اجرایی، جهت تدوین سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها و مستندسازی فرآیند و نحوه واگذاری تصدی‌ها، اقداماتی به‌شرح زیر در این وزارتخانه انجام شده است:

- تدوین آیین‌نامه و شیوه‌نامه تشکیل «کارگروه کاهش تصدی» مشتمل بر برنامه اجرایی کارگروه در واگذاری تصدی‌های وزارت متبوع،
- تعیین اعضای و شرح وظایف کارگروه کاهش تصدی براساس آیین‌نامه اجرایی «کارگروه کاهش تصدی» و فعال‌سازی کارگروه ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی - در این رابطه تشکیلات زیر در آیین‌نامه پیش‌بینی شده است:

الف) اعضای کارگروه ستاد وزارتخانه

اعضای ثابت

۱. نماینده معاون توسعه مدیریت و منابع (رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری - رئیس کارگروه)،
۲. نمایندگان معاونت‌های درمان، بهداشت، آموزشی، غذا و دارو،
۳. یکی از معاونین توسعه مدیریت و منابع دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی،
۴. مشاور وزیر در امور حقوقی،
۵. رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد،
۶. مدیرکل منابع انسانی و پشتیبانی،
۷. ذیحساب و مدیرکل امور مالی.

ب) اعضای مدعو

۱. مدیران ستادی یا دانشگاهی مرتبط با مباحث مربوطه،
۲. افراد صاحب‌نظر مرتبط با مباحث مربوطه.

۱. تصویب‌نامه شماره ۲۳۱۳۷۸/ت/۴۳۹۰۸ک مورخ ۱۱/۲۱/۱۳۸۸ ریاست‌جمهوری.



ج) اعضای کارگروه دانشگاهها

۱. رئیس دانشگاه (رئیس کارگروه)،
 ۲. معاونین پشتیبانی، درمان، بهداشت، آموزشی، غذا و دارو،
 ۳. مدیر امور حقوقی،
 ۴. مدیر بودجه،
 ۵. مدیر منابع انسانی،
 ۶. مدیر امور مالی.
- تهیه بانک اطلاعاتی از اعضای کارگروه‌های دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی به‌منظور توانمندسازی آنها،

- اخذ گزارش‌های ادواری از کارگروه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و ارائه آن به مراجع ذیربط.

۲-۱-۲. احصای تصدی‌های قابل واگذاری به بخش غیردولتی

در ماده (۴۷) قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۴ و آیین‌نامه اجرایی آن قسمت‌های قابل واگذاری حوزه سلامت که به شرح زیر است، مشخص شد و به تأیید هیئت محترم دولت رسید و از آن تاریخ تاکنون این قانون ملاک واگذاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی بوده است و هر سال گزارش آن به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور ارسال می‌شود:

۱. واحدهای بهداشتی - درمانی: مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی، پایگاه بهداشت، خانه بهداشت، پایگاه اورژانس، خدمات پرستاری، تخت بیمارستانی.
 ۲. واحدهای پاراکلینیک: داروخانه، آزمایشگاه و تصویربرداری.
 ۳. واحدهای توانبخشی: مراکز مشاوره، فیزیوتراپی، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، مراکز بازپروری معتادین،
 ۴. واحدهای پشتیبانی و خدماتی: خدمات پشتیبانی واحدهای ستادی و اجرایی از قبیل: آشپزخانه، رختشویخانه، نظافت، احداث و بهره‌برداری از تأسیسات زباله‌سوز، واحدهای اداری و مالی،
- پس از ابلاغ آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۴) قانون مدیریت خدمات کشوری و موظف نمودن دستگاهها به احصای تصدی‌های قابل واگذاری، این وزارتخانه اقدام به شناسایی وظایف قابل واگذاری به بخش خصوصی و تعاونی در حوزه سلامت نمود که نتیجه آن در دو بخش بهداشت و

درمان به شرح زیر طبقه‌بندی و اعلام شد:^۱

وظایف قابل واگذاری در حوزه درمان: داروخانه، رادیولوژی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، اورژانس‌های بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی، اتاق عمل، دیالیز، خدمات پرستاری، خدمات بهیاری و کمک‌بهیاری، آنژیوگرافی، تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، اعزام بیمارستانی، مدیریت کلی بیمارستان، خدمات غیردرمانی و پشتیبانی از قبیل (رختشویخانه، آشپزخانه، اتاق استریلیزاسیون مرکزی، احداث و بهره‌برداری از تأسیسات زباله‌سوز و...)

وظایف قابل واگذاری در حوزه بهداشت: پزشک خانواده، مرکز بهداشتی - درمانی شهری، مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، خانه بهداشت، پایگاه بهداشت، مراکز ترک اعتیاد و درمانگاه متادون.

۳-۱-۲. واگذاری تصدی‌های احصا شده به بخش غیردولتی

در ادامه برابر مفاد قوانین مورد اشاره در بند قبلی، عملیات واگذاری خدمات نام‌برده به بخش غیردولتی با ارجحیت بخش تعاونی آغاز شد. به اقتضای عواملی نظیر ظرفیت نیروی انسانی موجود در حوزه عملیات دانشگاه، میزان استقبال بخش غیردولتی از ارائه خدمات، توان بازرسی و نظارت دانشگاه و صرفه و صلاح آن در امر واگذاری، شدت و میزان واگذاری‌ها در هر دانشگاه متفاوت است. در این قسمت گزارش واگذاری‌ها به صورت کلی و به تفکیک نوع خدمات واگذار شده مورد اشاره قرار می‌گیرند.

الف) واگذاری امور خدماتی - پشتیبانی

در ابتدا اقدامات ذیل به‌عنوان پیش‌نیازهای واگذاری توسط ستاد وزارت بهداشت انجام گرفته است:

- تدوین بسته‌های خدمتی و استانداردهای فعالیت‌های پشتیبانی و خدماتی،
- تهیه پیش‌نویس قراردادهای واگذاری مطابق بندهای قوانین و مقررات جاری،
- تدوین چک‌لیست‌های پیشنهادی نظارت بر کلیه خدمات پشتیبانی (به شرح ذیل) با استفاده از فرم‌های معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی و مشورت سازمان جهانی بهداشت،
- حمل‌ونقل، نگهداری لوازم و تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی (اداری)، پرسنل اداری، مهدکودک، تلفنخانه و مرکز مخابرات، سیستم اطلاعات و ارتباطات، نگهداری خودرو و وسایل نقلیه، فتوکپی، پست و نامه‌رسانی، خدمات مرتبط با خرید لوازم و خدمات، حفاظت، تغذیه، نظافت، رختشویخانه، باغداری، حمل و دفع زباله‌ها،

۱. نامه شماره ۲۱۲/۳۲۶ مورخ ۱۳۹۰/۵/۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس‌جمهور.



- تدوین فرم‌ها و پرسشنامه سنجش میزان رضایتمندی خدمت‌گیرندگان و همراهان آنها و کارکنان از خدمات و اگذار شده با استفاده از فرم‌های معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی و مشورت سازمان جهانی بهداشت،

- تهیه شرایط مناقصه رختشویخانه، اتاق استریلیزاسیون مرکزی، نظافت، نگهداری فضای سبز، تغذیه، نگهداشت تأسیسات، بیماربری، ایاب و ذهاب و... در بیمارستان‌ها،

- تهیه آیین‌نامه و شیوه‌نامه نظارت بر فعالیت‌های بخش غیردولتی برابر استانداردها و ضوابط،

- تهیه ۱۰ بسته آموزشی جهت کارشناسان ناظر بر نحوه اجرای قراردادهای واگذاری و

پیمانکاران،

- برگزاری دوره‌های آموزشی براساس بسته‌های آموزشی و کتاب‌های منتشره و آموزش کلیه

کارشناسان قرارداد، ناظر و رؤسای ادارات و واحدهای تحقیق و توسعه ستاد و دانشگاه‌ها در مورد

تدوین شرایط مناقصات، نظارت بر قراردادهای، مسائل حقوقی قراردادهای و قوانین و مقررات جاری،

سپس عملیات واگذاری انجام شد و فعالیت‌های خدماتی و پشتیبانی زیر در ستاد و اغلب

دانشگاه‌های علوم پزشکی به بخش غیردولتی منتقل شد:

چاپ و تکثیر، تغذیه و سلف سرویس، آبدارخانه، سالن سمینار و کارگاه‌های آموزشی، امور

نظافت، نامه‌رسانی، ایاب‌وذهاب، امور سمعی - بصری، امور رایانه‌ای و شبکه، تایپ، تعمیر و

نگهداشت فضای سبز و ساختمان، نگهداشت تأسیسات الکتریکی - مخابراتی - مکانیکی، نگهداشت

تجهیزات فنی ساختمانی همچون آسانسورها و تجهیزات و لوازم غیرمصرفی پزشکی و برگزاری

مراسم و همایش‌ها و عمده فعالیت‌های خدماتی و پشتیبانی واگذار شده در شبکه‌ها و

بیمارستان‌های تابعه وزارتخانه شامل امور نظافت، رختشویخانه، طبخ و توزیع غذا و

استریلیزاسیون.

در جریان واگذاری فعالیت‌ها، موارد ذیل مورد توجه قرار گرفته و اقدامات زیر انجام شده است:

- رعایت ضوابط و تشریفات مناقصه،

- واگذاری براساس قیمت هر واحد کار و قیمت کل عوامل،

- انعقاد قرارداد براساس فرم استاندارد،

- انعقاد قرارداد با شرکت‌های مورد تأیید وزارت کار و دفتر امور فنی و سازمان‌های ذیربط،

- درج اطلاعات و آمار در پایگاه ملی مناقصات،

- بازبینی و تدوین کلیه شرایط اختصاصی مناقصات و واگذاری خدماتی پشتیبانی و ارسال آن

به دانشگاه‌ها،

- کنترل دقیق صورت‌وضعیت‌ها و کنترل پرداخت حقوق ماهیانه پرسنل شرکت‌های طرف قرارداد در ستاد،

- کنترل و راهبری بالغ بر ۶۰۰۰ مناقصه، مزایده و ترک تشریفات،

توضیح: مناقصات دانشگاه‌های علوم پزشکی پس از تأیید واحد مناقصات ستاد مرکزی، در سایت گذاشته شده تا در سراسر کشور قابل مشاهده باشد.

در راستای خرید حجمی خدمات در ستاد وزارتخانه، در سال ۱۳۸۹، نیز فعالیت‌های خدماتی و پشتیبانی به‌صورت حجمی و از طریق مناقصه (طی تشریفات مناقصه و براساس قیمت هر واحد کار و قیمت کل عوامل و فرم استاندارد با شرکت‌های مورد تأیید) خرید خدمت شده‌اند و در طول سال بر کیفیت خدمات ارائه شده نظارت مستمر و دقیق توسط ناظرین تخصصی صورت گرفته است.

برای نظارت دقیق بر روی فعالیت‌های واگذار شده و خرید حجمی خدمات، چکلیست‌های نظارتی تدوین شد و به‌صورت مستمر (دوره‌ای) و تصادفی (موردی) نظارت ناظرین تخصصی با استفاده از این چکلیست‌ها انجام گرفت. در همین حال کنترل دقیق صورت‌وضعیت و مبالغ پرداختی به پیمانکار به‌صورت ماهیانه و دقیق توسط ناظرین انجام شد.

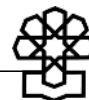
ب) واگذاری مراکز، خدمات و تسهیلات رفاهی، سیاحتی، زیارتی و ورزشی

در راستای اجرای بندهای «ز» و «ح» ماده (۱۴۵) قانون برنامه چهارم توسعه این وزارتخانه مجوز مالکیت هیچ‌گونه مهمانسرا، مجتمع مسکونی، رفاهی، درمانی و فضاهای ورزشی و تفریحی را ندارد و جهت بهره‌گیری کارکنان خود باید از امکانات رفاهی بخش غیردولتی استفاده کند. در همین راستا وزارت متبوع، اقدام به انعقاد قرارداد برای اجاره مهمانسرا از نهادهای خصوصی و عمومی و همچنین انعقاد قرارداد با بیمه‌های خصوصی برای پوشش بیمه تکمیلی کارکنان و افراد تحت تکفل آنها نموده‌اند.

کلیه خدمات رفاهی کارکنان از جمله سرویس رفت‌وآمد، تغذیه و سلف‌سرویس، امور ورزشی - تفریحی، مهدکودک، استفاده از تسهیلات سیاحتی و موارد مشابه به‌صورت خرید خدمات و پرداخت یارانه مستقیم صورت می‌گیرد و واحدهای اداری ذیربط آنها منحل شده و کارکنان رسمی آنان به واحدهای دیگر منتقل شده‌اند. گزارش‌ها بیانگر آن است که در اغلب دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۱۰۰ درصد مدیریت مراکز، خدمات و تسهیلات رفاهی، سیاحتی، زیارتی و ورزشی واگذار شده است، البته مطالعه و آمار دقیق و قابل اتکایی برای اثبات این ادعا وجود ندارد.

ج) واگذاری خدمات فنی - تخصصی

در سال‌های اخیر سهم بخش خصوصی از مراکز بهداشتی، درمانی، توانبخشی و پاراکلینیک افزایش



مناسبی داشته و سهم این بخش در داروخانه ظاهراً به حداکثر خود (بیش از ۹۰ درصد کل داروخانه‌ها) رسیده است. اهم اقدامات انجام شده در طول سال‌های اخیر عبارتند از:

- با توجه به اینکه به استناد تبصره «۲» بند «ج» ماده (۳) قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل چهارم قانون اساسی، فعالیت‌های حوزه سلامت مشمول قانون مورد اشاره نمی‌باشد و هرگونه واگذاری به بخش غیردولتی در این حوزه باید مطابق لایحه‌ای صورت گیرد که به تصویب مجلس شورای اسلامی برسد. لذا لایحه «توسعه و واگذاری در بخش سلامت» توسط وزارت متبوع تهیه و طی نامه شماره ۲۳۳۹۱۰ مورخ ۱۳۸۸/۵/۲۱ جهت تصویب به مراجع ذیربط ارسال شد.

- تصدی‌های قابل واگذاری در حوزه‌های دارویی، غذایی، تجهیزات پزشکی، امور بهداشتی، درمانی، توانبخشی و پاراکلینیک احصای و جهت تأیید نهایی به مبادی ذیربط ارسال شد.
- کارگروه کاهش تصدی در ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی موضوع ماده (۴) آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۴) قانون خدمات کشوری تشکیل گردید.

- کارگروه کاهش تصدی ستاد به‌طور مستمر بر عملکرد کارگروه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی نظارت کرده و گزارش‌های ادواری از آنها دریافت نموده است.

- موانع و مشکلات موجود در واگذاری خدمات در حوزه سلامت شناسایی شده و با تدوین دستورالعمل‌های واگذاری که در آنها موضوعاتی از قبیل مباحث مربوط به نیروی انسانی (از جمله جذب، آموزش و بهسازی، حقوق و مزایا، بازنشستگی و...)، رعایت تعرفه‌های مصوب توسط پیمانکار، همکاری پیمانکار با معاونت‌های نظارتی دانشگاه‌ها از جمله معاونت درمان، غذا و دارو، رعایت ضوابط، مقررات و استانداردهای وزارت متبوع، ساعات کار مراکز واگذار شده، پرداخت براساس نظام ارزشیابی و نمره ارزشیابی پیمانکار صورت گرفته است. همچنین در تدوین دستورالعمل‌ها شاخص‌های انتخاب و ارزیابی پیمانکار مورد توجه بوده است.

- کتب مجموعه قوانین و مقررات مناقصات و برونسپاری خدمات فنی - تخصصی و استانداردهای نظارت جهت اطلاع‌رسانی مدیران و معاونین ستادی و دانشگاهی تدوین، منتشر و توزیع شد و کارگاه‌های آموزشی، همایش‌ها و گردهمایی‌های رؤسا، معاونین، مدیران و کارشناسان ستادی و دانشگاهی جهت فرهنگسازی و ارائه تجارب موفق برگزار شد.

- سند توسعه اشتغال و نقشه جامع توسعه کارآفرینی نظام سلامت تدوین شده است.

- راه‌اندازی آموزشگاه‌های اصناف و اتحادیه‌ها و نظارت بر واحدهای تولید، واردات، بسته‌بندی، نگهداری، توزیع و عرضه عمده و خرده مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی به بخش غیردولتی واگذاری گردیده است.

- ایجاد مراکز درمان اعتیاد و مراقبت از معتادان با همکاری بخش غیردولتی به‌طور گسترده‌ای انجام شده است.

- اجرا و توسعه پروژه‌های شهر سالم و روستای سالم در قالب مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین‌بخشی در دستور کار قرار دارد.

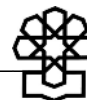
- ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای و طب کار از طریق راه‌اندازی خانه بهداشت کارگری و ایستگاه به‌رگر و تربیت بهداشتیاران در کارخانجات و کارگاه‌ها با همکاری کانون کارفرمایان، سازمان تأمین اجتماعی و وزارت کار و امور اجتماعی انجام شده است.

- خرید خدمات پزشکان خانواده برای خدمت‌رسانی به روستاییان و عشایر کشور به‌طور فعال به‌خصوص در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر انجام شده است، اما آنچنان که باید و شاید مطابق قوانین و اهداف برنامه توسعه، به‌ویژه در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر گسترش نیافته است.

- تسهیلات مناسب در راستای حمایت از کارآفرینان و توسعه مشاغل و صنایع زودبازده از طریق انعقاد تفاهمنامه‌های همکاری با وزارت تعاون، وزارت کار و امور اجتماعی، صندوق مهر امام رضا (ع) و بانک توسعه و تعاون در اختیار فعالان اقتصادی و کارآفرینان بخش خصوصی قرار گرفته و با ساماندهی بازار و نیروی کار از طریق برگزاری آموزش‌های شغلی، کارآفرینی، کاریابی و مدیریت کسب‌وکار برای نیروی کار، بیش از ۱۶۰۰۰ فرصت شغلی در بخش خصوصی ایجاد شده است. در این رابطه از همکاری مشترک سازمان نظام پزشکی با وزارتخانه نمی‌توان چشم‌پوشی کرد.

د) آمار واگذاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

در راستای سیاست واگذاری امور و تصدی‌های غیرحاکمیتی به بخش غیردولتی (عمومی، خصوصی، تعاونی و خیریه) با تمرکز بر بخش خصوصی، اقدامات متنوع و متعددی گزارش شده که در بررسی‌های میدانی نیز قابل مشاهده است. هرچند که درخصوص واگذاری به بخش عمومی غیردولتی به‌ویژه شهرداری‌ها و بخش‌های تعاونی و خیریه مستندات و گزارش‌های طبقه‌بندی شده قابل اتکایی در دسترس نبود، باوجود این، برابر آمار جمع‌آوری شده توسط کارگروه‌های دانشگاهی و تأیید شده توسط کارگروه ستاد و تطبیق با آخرین اطلاعات بودجه‌ای، موارد واگذار شده طی سال‌های اجرای قانون برنامه چهارم (۱۳۸۶ - ۱۳۸۹) به بخش خصوصی در جدول ۲ آورده شده است.



جدول ۲. تعداد و نوع واحدهای واگذار شده به بخش خصوصی در دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های اجرای قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی - فرهنگی^۱

ردیف	نوع پروژه	تعداد واحدهای واگذار شده در سال ۱۳۸۶	تعداد واحدهای واگذار شده در سال ۱۳۸۷	تعداد واحدهای واگذار شده در سال ۱۳۸۸	تعداد واحدهای واگذار شده در سال ۱۳۸۹	تعداد کل واحد واگذار شده (طی سال‌های ۱۳۸۶ - ۱۳۸۹)
۱	داروخانه	۷۵	۳۷۸	۱۵۸	۱۲۰	۷۳۱
۲	آزمایشگاه	۲۶	۵۹	۳۱	۱۸	۱۳۴
۳	رادیولوژی	۱۱	۲۲	۱۹	۶	۵۸
۴	تخت بیمارستانی	۳۴۵	۱۱۰۱	۷۷۵	۲۹۷	۲۵۱۸
۵	رختشویخانه	۵۰	۳۱	۴۳	۲۵	۱۴۹
۶	آشپزخانه	۶۵	۷۰	۷۲	۲۵	۲۳۲
۷	مراکز بهداشتی - درمانی شهری	۲	۲۹	۳۰	۱۱	۷۲
۸	پایگاه بهداشت شهری	۴۳	۹۹	۱	۰	۱۴۳
۹	مرکز بهداشتی - درمانی روستایی	۲	۲۵	۱۷	۱۰	۵۴
۱۰	خانه بهداشت	۹	۰	۱۰۰	۲۱	۱۳۰
۱۱	پایگاه‌های اورژانس	۱۲۰	۲۱۰	۱۵۶	۱۱۴	۶۰۰
۱۲	پروژه‌های نیمه‌تمام	۸	۲۲	۴۴	۹	۸۳
۱۳	سایر	---	۵۳۰	۴۱۶	۱۵۳	۱۰۹۹
	جمع	۷۵۶	۲۵۷۶	۱۸۶۲	۸۱۸	

براساس این اطلاعات بیشترین موارد واگذاری مربوط به سال ۱۳۸۷ و بیشترین واحد واگذاری، مربوط به تخت بیمارستانی بوده است. روند واگذاری‌ها در عین مناسب بودن به دلایلی که در ادامه ذکر خواهد شد، مطلوبیت لازم را نداشته است. سایر مراکز و خدمات واگذار شده که از قالب‌های متنوعی برخوردار بوده و آمار ارائه شده در مورد آنها چندان قابل توجه نبوده است، به شرح زیر می‌باشد:

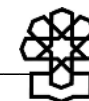
- واحدهای درمانی: بیمارستان، بخش‌های تخصصی بیمارستان، تریاژ و اسکرین، امور خدمات پرستاری، امور بهیاری همچون تزریقات و بخیه و پانسمان، درمانگاه، فیزیوتراپی، CCU, ICU، متادون درمانی و DIC، دندانپزشکی مرکز بهداشتی درمانی، پزشک خانواده، تسهیلات زایمانی.

۱. یادآوری مهم: شروع ثبت دقیق اطلاعات از سال ۱۳۸۶ شروع شده و تا این مقطع زمانی، آمار هر آنچه که واگذار شده آمده است، اما از آن سال به بعد تعداد موارد جدید واگذار گردیده، آورده شده است.

- واحدهای تصویربرداری: سی‌تی‌اسکن، سونوگرافی، پزشکی هسته‌ای، MRI، ماموگرافی.
 - واحدهای تشخیصی: EEG، نوار عصب و عضله، آنژیوگرافی، آندوسکوپی، اکو، تست ورزش.
 - واحدهای توانبخشی: ارتروپروتز (اعضای مصنوعی)، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، امور مشاوره‌ای.

- واحدهای نظارتی: بازدید بهداشت محیط، ایمن‌سازی مشمولین.
 - واحدهای پشتیبانی: حمل زباله‌های بیمارستانی، انبار دارویی، نگهداری و تعمیر تجهیزات پزشکی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی فرهنگی، تولید بسته‌های آموزشی.
 علاوه بر بخش خصوصی، واگذاری به بخش تعاونی نیز در برخی استان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۸۹ گزارش شده که در جدول ۳ قابل مشاهده می‌باشد. البته واگذاری به شرکت‌های تعاونی خدمات بهداشتی - درمانی به سوابق و تجارب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز در سال‌های ۱۳۸۰ به بعد برمی‌گردد و گزارش آن در سال ۱۳۸۵ به معاونت هماهنگی وقت وزارت بهداشت ارائه شده که یافته‌ها، نتایج و پیشنهادهای پژوهشگران آن گزارش قابل تأمل است.^۱ لازم به ذکر است که در این گزارش هویت اعضا و سهام‌داران شرکت‌های تعاونی مذکور مشخص نشده و معلوم نیست این اشخاص، کارکنان دولت هستند یا از سایر افراد جامعه می‌باشند، بدیهی است استخراج اطلاعات شرکت‌های تعاونی و تحلیل وضعیت سهام و سهام‌داری در آنها نیازمند دسترسی داشتن به گزارش‌های دقیق‌تر وزارت بهداشت و یا اطلاعات اساسنامه‌ای شرکت‌های مذکور براساس عناوین اعلام شده از سوی آن وزارتخانه دارد که متأسفانه این منابع در اختیار نبوده است.

1. Ashjaei K. Final Report of Expanding Tabriz model of PHC management to other Provinces. National Unit of Health Sector Reform in MOHME and WHO Representative Office In Iran-2006.



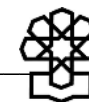
جدول ۳. خدمات واگذار شده به بخش تعاونی در سال ۱۳۸۹

ردیف	نام دانشگاه	عناوین خدمات واگذار شده به شرکت تعاونی	نوع شرکت تعاونی	عضو عادی (زن)	عضو عادی (مرد)	جمع اعضا	عضو ایثارگر	عضو معلول	اشتغالزایی
۱	شهید بهشتی	خدمات اورژانس جاده‌ای (۱۱۵)	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۱۴	۲۱	۶	۵	-
		نیروهای خدماتی ستاد و واحدهای تابعه	تعاونی خدماتی	۱۰	۹۷	۱۰۷	-	-	-
۲	کرج	فوریت‌های پزشکی	تعاونی تخصصی سلامت	۵	۷	۱۲	۴	۳	۳۵
۳	شیراز	مرکز بهداشتی درمانی اکبرآباد	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۱۱	۱۴	۶	-	۱۵
		مرکز بهداشتی درمانی امام حسن (ع)	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۰	۷	۷	-	-	۳۵
		مرکز بهداشتی درمانی حربن ریاحی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۵	۲	۷	-	-	۲۷
		مرکز بهداشتی درمانی خان‌زنیان	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۰	۷	۷	-	-	۶
		مرکز بهداشتی درمانی میرزایی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	-	-	۱۵
		مرکز بهداشتی درمانی فاطمه‌الزهرا	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۴	۳	۷	-	-	۵
		مرکز بهداشتی درمانی مفتاحی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۵	۲	۷	-	-	۶
		مرکز بهداشتی درمانی سعدی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۱	۶	۷	-	-	۷
		پایگاه بهداشتی اقبال	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۴	۵	۹	-	-	۷۰
		پایگاه بهداشتی مهدی‌آباد	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۵	۲	۷	-	-	۵
		آزمایشگاه درمانگاه شهید مطهری	تعاونی تخصصی سلامت	۱۹	۴۱	۶۰	-	-	۱۱
		مراکز DIC	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۶	۸	-	-	۸
		نگهداری تأسیسات بیمارستان ولیعصر و آموزشکده ممسنی	تعاونی خدماتی	۳	۴	۷	-	-	۱۳

ردیف	نام دانشگاه	عناوین خدمات واکذار شده به شرکت تعاونی	نوع شرکت تعاونی	عضو عادی (زن)	عضو عادی (مرد)	جمع اعضا	عضو ایثارگر	عضو معلول	اشتغالزایی
		تهیه مواد اولیه و طبخ و توزیع غذای بیمارستان ولیعصر و ممصنی	تعاونی خدماتی	۱	۶	۷	-	-	۸
		پایگاه‌های اورژانس سیف‌آباد، مبارک‌آباد، اسلام‌آباد، قیروکارزین، احمدآباد، مجتمع رفاهی غزال، گراش و اوز	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	۳۴
۴	بوشهر	درمانگاه رازی بیمارستان امیرالمؤمنین	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۱۱	۱۳	۲۴	۱	۰	۲۲
		پایگاه اورژانس شهرستان زاوه	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان قوچان	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	-	۹۷	۹۷	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان تخت جلگه							
		پایگاه اورژانس شهرستان کاشمر							
		پایگاه اورژانس شهرستان رشتخوار	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان مهورات	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	۱	-	-
		پایگاه اورژانس ناحیه ۲ اورژانس	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۸	۲	۱۰	-	-	-
		پایگاه اورژانس ناحیه ۳ اورژانس	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۷	۹	-	-	-
		پایگاه اورژانس ناحیه ۱ اورژانس	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۸	۷	۱۵	-	-	-
		اپراتوری اورژانس ۱۱۵	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۶	۱	۷	۱	-	-
		پایگاه بهداشتی ایرج‌میرزا	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۱۰	۱۷	۴	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان بردسکن	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۱۰	۱۷	۴	-	-

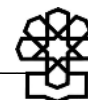
مشهد

۵



ردیف	نام دانشگاه	عناوین خدمات واکذار شده به شرکت تعاونی	نوع شرکت تعاونی	عضو عادی (زن)	عضو عادی (مرد)	جمع اعضا	عضو ایثارگر	عضو معلول	اشتغالزایی
		پایگاه اورژانس شهرستان تایباد	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۱۵	۷	۲۲	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان کلات	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۱	۱۲	۱۳	۳	-	-
		پایگاه اورژانس شماره ۱۸	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان خلیل آباد	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۵	۷	۱۵	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان سرخس	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۶	۱۱	۱۷	-	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان درگز	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۷	۱۰	۲	-	-
		پایگاه اورژانس شهرستان فریمان	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۳۵	۴۲	۱۲	-	-
۶	زاهدان	پایگاه بهداشتی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	۴۲
۷	آذربایجان غربی	MRI بیمارستان قمربنی هاشم خوی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۴	۲	۶	-	-	۸
		درمانگاه شبانه روزی سردشت	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	-	-	۸
		درمانگاه شبانه روزی بوکان	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۷	۹	-	-	۲۸
۸	قم	بخش تزریقات و پانسمان و واحد ECG	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۰	۷	-	-	۳۰
		دندانپزشکی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۱۲	۷	۱۹	۲	-	۱۸
		مرکز متادون	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۰	۵	۵	-	-	۱۰
		مرکز بهداشتی درمانی (شاهد)	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۰	۷	۰	۰	۵
		مرکز بهداشتی درمانی (پردیسان)	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	۲	۰	۲۳
۹	سبزوار	پایگاه اورژانس	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۴	۳	۷	-	-	۳۹

ردیف	نام دانشگاه	عناوین خدمات واکذار شده به شرکت تعاونی	نوع شرکت تعاونی	عضو عادی (زن)	عضو عادی (مرد)	جمع اعضا	عضو ایثارگر	عضو معلول	اشتغالزایی
۱۰	زاهدان	پایگاه بهداشتی	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۲	۵	۷	-	-	۴۲
۱۱	کرمانشاه	خدمات پرستاری بالینی بخش	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۰	۷	-	-	۹
		آزمایشگاه تشخیص مولکولی - ژنتیک	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	۲	-	۶
		امور پرستاری	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	۲	-	۱۰
		امور کمک‌بهباری	تعاونی خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۴	۷	-	-	۱۳
		خدمات پشتیبانی مرکز بهداشتی درمانی	تعاونی خدماتی	۶	۱	۷	-	-	-
		خدمات پشتیبانی مرکز بهداشتی درمانی	تعاونی خدماتی	۶	۱	۷	-	-	۲
۱۲	کردستان	امور تغذیه و آشپزخانه	تعاونی خدماتی	۴	۳	۷	-	-	۳
		امور حمل‌ونقل	تعاونی خدماتی	۴	۳	۷	-	-	۸
۱۳	مازندران	تأمین نیروی انسانی خدمات عمومی و پشتیبانی ستاد	تعاونی تخصصی سلامت	۳	۵	۸	-	-	۸۰
		تأمین نیروی انسانی پرستاری رامسر	تعاونی تخصصی سلامت	۴	۳	۷	-	-	۱۳۷
		تأمین نیروی انسانی پرستاری آمل	تعاونی تخصصی سلامت	۶	۱	۷	-	-	۲۵۰



۲-۲. اقدام ویژه - استقرار نظام نوین مالی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی - درمانی

یکی از اقدامات قابل تقدیر در حوزه تمرکززدایی در وزارت بهداشت که در راستای استقرار برنامه‌ریزی عملیاتی و محاسبه قیمت تمام شده خدمات صورت گرفته که به‌نظر می‌رسد بستر مناسب برای ثبات تصمیم‌گیری و شفافیت در میزان کارآیی و اثربخشی واگذاری‌ها را فراهم می‌کند، استقرار نظام حسابداری تعهدی و بودجه‌ریزی عملیاتی با اتکا به ماده (۴۹) قانون برنامه توسعه چهارم و ماده (۲۰) قانون برنامه توسعه پنجم بوده است.

با گسترش سیاست عدم تمرکز در امور تصدی حاکمیتی و غیرحاکمیتی به طرق مختلف تمرکززدایی و حساسیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان نسبت به توسعه اقتصادی از طریق افزایش بهره‌وری و کاهش هزینه‌های جاری دستگاه‌های اجرایی، اجرای پروژه‌های تعیین قیمت تمام شده خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی، تحقیقاتی، خدماتی و اداری در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. در مستندات و گزارشات دولت قید شده است که بودجه دستگاه‌ها بر مبنای بودجه عملیاتی تهیه و تنظیم می‌شود و در قالب فرم‌های موافقتنامه که شامل اطلاعات فعالیت، واحد کار و هزینه واحد و کل است ارائه و گزارش می‌شوند، اما واقعیت آن است که تا زیرساخت‌های مدیریتی، اقتصادی و حسابداری فراهم نشده باشد، امکان محاسبه قیمت تمام شده خدمات و کالاها و پیاده‌سازی بودجه‌ریزی عملیاتی فقط در حد شعار است و در واقع بودجه کنونی دستگاه‌ها مبتنی بر بودجه افزایشی و یا در شرایط خوش‌بینانه مبتنی بر صفر است. وزارت بهداشت با تکیه بر مفاد مواد قانونی مذکور، اقداماتی را برای استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی به انجام رسانده که در صورت نهادینه شدن، می‌توان اذعان داشت که زیرساخت‌های اصلی بودجه‌ریزی عملیاتی شکل گرفته است.

در این راستا برای تعیین قیمت تمام شده خدمات و پیاده‌سازی واقعی بودجه‌ریزی عملیاتی و دستیابی به گزارش‌های حسابداری مدیریت و امکان تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد برای سیاستگذاران، فعالیت‌های مختلفی در طول سال‌های اخیر در حوزه‌های ستادی و دانشگاهی انجام شده است، که مجموع تمامی اقدامات در پروژه کلانی به نام «طرح نظام نوین مالی»، تدوین شده که مقدمات آن از سال ۱۳۸۲ شروع و مراحل اصلی پیاده‌سازی آن تاکنون به اجرا گذارده شده است. در اوایل، فقط به شناسایی و تحلیل وضع موجود و آشنایی و فرهنگ‌سازی کارشناسان و مدیران با مفاهیم اقتصادی، مالی و حسابداری بسنده شد و این اقدامات در بسته‌ای تحت عنوان «پیاده‌سازی الگوی مدیریتی هیئت امنایی در برخی بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و

دانشگاه‌های تابعه»، صورت گرفت.

با به وجود آمدن فرهنگ سازمانی مناسب برای تغییر و تحول در نظام حسابداری حوزه سلامت و هماهنگ کردن دستگاه‌های برنامه‌ریز (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی)، نظارتی (دیوان محاسبات و سازمان بازرسی) و نهادهای تخصصی و مشورتی (انجمن حسابداران خبره و جامعه حسابداران رسمی) اقدامات لازم برای استقرار این نظام از سال ۱۳۸۵ به بعد آغاز شد. عملیات اصلی این طرح شامل چهار فاز است که در هر فاز چندین مرحله اجرایی تعریف شده است:^۱

فاز اول - استقرار سیستم حسابداری تعهدی،

فاز دوم - محاسبه قیمت تمام شده،

فاز سوم - استقرار بودجه‌بندی عملیاتی،

فاز چهارم - استقرار مدیریت بهره‌وری و حسابداری مدیریت.

از اقدامات اجرا شده این پروژه تا زمان تهیه این گزارش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱-۲-۲. مفاد اجرایی فاز اول - استقرار سیستم حسابداری تعهدی

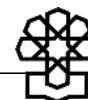
فاز اول اجرای طرح نظام نوین مالی، تغییر رویکرد از روش حسابداری نقدی به روش حسابداری تعهدی بود که از ابتدای سال ۱۳۸۶ با اجرای آزمایشی آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، تهران، قزوین، تبریز و بندرعباس و در بیمارستان قلب تهران آغاز شد. مطابق برنامه اجرایی در این فاز ۶ گام اجرایی تعریف شد:

گام اول - شناخت کامل از طرح و تسلط بر ابعاد و اجزای مورد نیاز واحد بودجه و مالی با نگاه راهبردی و بلندمدت به طرح، بهره‌گیری از تجربیات و اقدامات انجام شده، آشنایی با دستورالعمل‌های نظام نوین مالی، تسلط به ساختار حساب‌ها در نظام نوین مالی و آشنایی با تشکیلات فعلی و جدید امور مالی.

گام دوم - تقویت بدنه کارشناسی و ظرفیت‌سازی منابع انسانی در واحدهای بودجه و مالی به منظور روزآمد و کارآمد نمودن توان و مهارت کارکنان، ارتقای اعتماد به نفس کارکنان، تدوین دستورالعمل‌های آموزشی لازم و برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان.

گام سوم - نوسازی در ساختارها و فرآیندها از طریق متناسب‌سازی ساختار سازمانی با مأموریت‌های مورد انتظار واحدهای مالی، بهره‌مندی از فناوری‌ها، اصلاح و تدوین مقررات و دستورالعمل‌های لازم و بازنگری و تعیین شاخص‌های جدید سازمانی و پایش، نظارت و ارزشیابی

۱. ابوالحلاج، مسعود. مبانی تغییر در نظام مالی دولتی: گام اول) تغییر روش حسابداری از نقدی به تعهدی، سرنوشت‌سازان، ۱۳۸۹.



به موازات ارتقای روش‌های مدیریت برنامه‌محور در واحدهای تابعه.

گام چهارم - کمک به واحد امور مالی دانشگاه جهت استقرار حسابداری تعهدی از طریق استقرار تشکیلات جدید مالی، ارتباط امور مالی واحدهای تابعه به ستاد و استفاده از مراکز هزینه در ثبت خدمات و فعالیت‌ها، اجرایی کردن تفاهمنامه بودجه واحدهای تابعه و تطبیق مبلغ پرداخت شده با تفاهمنامه.

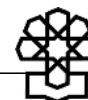
گام پنجم - تسلط بر نرم‌افزار نظام نوین مالی و ساخت حساب تفصیلی، فرآیند تأمین اعتبار و ثبت علمی آن، دفتر و تراز اعتبارات، فهرست نمودن حساب‌ها و مراکز هزینه، کلیات و گزارش‌های مالی در نرم‌افزار.

گام ششم - اقدامات لازم جهت تنظیم بودجه طی سال‌های برنامه پنجم توسعه با تغییر رویکرد بودجه‌نویسی، جمع‌آوری اطلاعات مالی با نرم‌افزار، تهیه بودجه با نرم‌افزار نظام نوین مالی، تهیه تفاهمنامه بودجه قبل از پایان سال، نهایی کردن بودجه در سیستم و کنترل اقلام هزینه با بودجه.

اهم اقدامات صورت گرفته در این فاز براساس گزارش‌ها به شرح زیر می‌باشد:

- تشکیل سه کمیته فنی - تخصصی مالی، بودجه و حسابرسی در بخش بهداشت و درمان،
- تهیه بسته‌های آموزشی برای مدیران و کارشناسان مالی و غیرمالی،
- طراحی کدینگ حسابداری ویژه واحدها و مراکز ارائه خدمات بهداشتی - درمانی،
- تهیه و ابلاغ ۱۰ دستورالعمل نظام نوین مالی شامل گام‌های اجرایی،
- نهایی شدن فهرست حساب‌ها و مراکز هزینه و واحدهای تابعه،
- تهیه نرم‌افزار یکپارچه و قابل اتصال به نرم‌افزارهای اداری جهت مکانیزه کردن اطلاعات مالی،
- بررسی و طراحی نظام هزینه‌یابی عملیاتی بیمارستان‌های دولتی،
- شناخت و تحلیل سیستم مالی در بیمارستان‌های منتخب (هیئت امنایی)،
- طراحی و استقرار نظام مطلوب گردش مالی در بیمارستان‌های منتخب (هیئت امنایی)،
- پیشنهاد و ارائه دستورالعمل نحوه اداره واحدهای هیئت امنایی براساس نظام حسابداری تعهدی،
- تدوین اجزای بسته خدمت و محاسبه هزینه هر واحد خدمت برابر دستورالعمل،
- اجرای حسابرسی درآمد در چند بیمارستان به منظور شناسایی نقاط ضعف کنترل‌های داخلی و ظرفیت‌سازی در حساب‌رسان،
- اصلاح ساختار مالی به روش پرداخت بر مبنای عملکرد^۱ در تخصیص بودجه بیمارستان‌ها و تنظیم موافقتنامه بودجه‌ریزی عملیاتی،

- تدوین پروتکل‌ها و استانداردهای درمانی در مورد ۲۰ بیماری با همکاری معاونت‌های تخصصی،
- تهیه و پیشنهاد سیاست‌نامه نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان ایران.
- بررسی و مقایسه تطبیقی قوانین محاسبات عمومی و برنامه و بودجه با سایر قوانین مالی و پولی کشور و در نتیجه تهیه لایحه پیشنهادی مالی - محاسباتی کشور و ارسال به معاون اول ریاست‌جمهور و سایر مراجع ذیربط،
- تهیه صورت‌های مالی استاندارد نمونه و ابلاغ آن به دانشگاه‌ها و اجرای نقطه‌نظرات وزارت اقتصاد و دارایی و جامعه حسابداران رسمی در تهیه صورت‌های فوق،
- فعال کردن حساب‌برسان جامعه حسابداران رسمی ایران برای همکاری در توسعه تعهدی کردن،
- اجرای آزمایشی جداگانه اصلاحات نظام مالی و بودجه‌ریزی در سه بیمارستان (هاشمی‌نژاد مشهد - هاشمی‌نژاد تهران - امام خمینی(ره) و تبریز) و دانشکده دندانپزشکی و شبکه بهداشت،
- اجرای مقدماتی بودجه‌ریزی عملیاتی در قالب ۱۹ فرم در ۱۴۹ بیمارستان به صورت آزمایشی،
- تربیت حدود ۵۰ مربی برای حسابداری بخش سلامت که وظیفه ادامه اجرای این طرح را در سطح پایین‌تر از سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برعهده بگیرند،
- برگزاری دوره‌های پودمانی درخصوص ضرورت اصلاح نظام مالی و اجرای حسابداری تعهدی برای مدیران و رؤسای دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها،
- راه‌اندازی و تجهیز پایگاه‌های ثابت آموزشی در دو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اصفهان،
- برگزاری همایش و کارگاه‌های آموزشی منطقه‌ای (۹ منطقه) برای مدیران و کارشناسان ستاد و دانشگاه‌ها،
- تشکیل کنفرانس‌های بین‌المللی با حضور مشاوران خارجی در پنج دوره متوالی در موضوعات بودجه‌ریزی عملیاتی و حسابداری دولتی،
- شرکت در سمینارهای بین‌المللی در کره جنوبی و مصر (منطقه EMRO) جهت ارائه تجارب ایران در اجرای حسابداری تعهدی و اخذ نقطه‌نظرات کارشناسان بین‌المللی،
- تهیه پنج دوره گزارش حسابرسی با حضور حساب‌برسان جامعه حسابداران رسمی،
- الزامی نمودن تهیه گزارش حسابرس به‌عنوان بازوی نظارتی هیئت امنای دانشگاه،
- تقویت نیروی انسانی واحدهای مالی دانشگاه‌ها با استخدام بیش از ۱۵۰۰ حسابدار در وزارت بهداشت،



- نظارت بر اجرای طرح، از طریق اعزام ناظرین منتخب تحت مدیریت کمیته‌های فنی - تخصصی طبق چکلیست‌های تهیه شده،

- همکاری در طرح محاسبه حساب‌های ملی سلامت با مرکز آمار ایران و انجام دو مرحله مطالعه حساب‌های ملی سلامت با همکاری مرکز مذکور و سازمان بهداشت جهانی.

۲-۲-۲. مفاد اجرایی فاز دوم - محاسبه قیمت تمام شده

با توجه به فراهم شدن بسترهای مقدماتی استقرار نظام نوین مالی در فاز اول، در این فاز عملیات استقرار و محاسبه قیمت تمام شده در کلیه واحدهای ستادی و واحدهای مستقل دانشگاه‌ها آغاز شد. طی این فاز تاکنون فعالیت‌های زیر اجرا شده است:

- محاسبه آزمایشی اولیه قیمت تمام شده خدمات تعداد ۱۴۱ بیمارستان دولتی در سراسر کشور و یک مرکز بهداشتی - درمانی و یک دانشکده دندانپزشکی در تبریز،
- بازنگری بسته‌های آموزشی و تهیه کتب مناسب براساس تجارب به‌دست آمده از اجرای دروه‌های آموزشی قبلی.

در ادامه محاسبه اولیه قیمت تمام شده خدمات در کلیه واحدهای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی مراحل زیر پیگیری شد:

الف) تشکیل بانک اطلاعات مکانیزه و اجرای نرم‌افزارهای محاسباتی

۱. بانک داده واحدهای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی (از خانه بهداشت تا بیمارستان) در هر دانشگاه علوم پزشکی با مسئولیت ریاست دانشگاه،
۲. بانک داده دانشجویان و اعضای هیئت علمی به تفکیک مقطع و رشته تحصیلی در هر دانشگاه علوم پزشکی با مسئولیت ریاست دانشگاه،
۳. بانک داده کارکنان هر دانشگاه علوم پزشکی با مسئولیت ریاست دانشگاه،
۴. تهیه نرم‌افزارهای بودجه تفصیلی و درآمد اختصاصی و محاسبه هزینه‌های بیمارستانی و محاسبه قیمت تمام شده برآوردی جهت تدوین لایحه بودجه و محاسبه کسری،
۵. تهیه وبسایت نظام نوین مالی و کمیته‌های فنی و تخصصی،
۶. ایجاد سایت آموزشی مجازی نظام نوین مالی در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران.

ب) محاسبه هزینه سرانه واحدهای بهداشتی، درمانی و دانشجویی

۱. محاسبه میزان اعتبار مورد نیاز از محل منابع عمومی برای تأمین هزینه‌های هر واحد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی (به تفکیک خانه بهداشت، مرکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان) و واحد ارائه خدمات برای آموزش به دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی براساس روش بودجه‌بندی

بر مبنای صفر و قیمت تمام شده با کمک کمیته فنی - تخصصی بودجه

۲. شناسایی و دخیل نمودن ضرایب محاسباتی (از جمله ضریب محرومیت و سختی کار و آموزشی و درمانی و...) در جهت تخصیص عادلانه منابع در هزینه سرانه‌های احتسابی جهت محاسبه هزینه سرانه هر واحد بهداشتی - درمانی و دانشکده و مرکز پژوهشی جهت محاسبه سرجمع اعتبار مورد نیاز هر دانشگاه علوم پزشکی،

ج) تعیین کسری اعتبارات به تفکیک هر واحد در هر دانشگاه

۱. جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط با کسری اعتبارات از سال‌های گذشته بر اساس تکالیف قانونی،
۲. محاسبه اعتبار مورد نیاز جهت تأمین کسری‌های موجود در منابع دولتی بخش،

۳-۲. حمایت‌ها و مشوق‌های اعطایی وزارت متبوع به بخش غیردولتی

بدیهی است که در جهت تثبیت اقدامات پیاده‌سازی عملیات واگذاری و ماندگاری نتایج این اقدامات لازم است به تناسب میزان کار واگذار شده به واحدها و کارکنان آن، تشویق‌ها و تقدیرهای مناسب انجام شود. به همین مناسبت گریزی هم بر اقدامات وزارت بهداشت در خصوص حمایت‌ها و مشوق‌های اعطایی در راستای تقویت انگیزه کارکنان واحدهای محیطی و همچنین حمایت از سرمایه‌گذاران و کارآفرینان بخش غیردولتی خواهیم داشت:

- فراهم کردن زمینه جلب مشارکت بخش غیردولتی در فعالیتهای اشتغال‌زا و ایجاد بنگاه‌های کسب‌وکار در جهت افزایش انگیزه در این بخش با اولویت بخش تعاونی از طریق انعقاد تفاهم‌نامه مشترک فی‌مابین وزارت تعاون و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

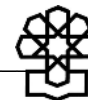
- اعطای مجوز برای بخش غیردولتی جهت مشارکت در فرآیند بیمارستان‌سازی از طریق تشویق این بخش به استفاده از یارانه‌های دولتی در خصوص ایجاد مراکز خدمات درمانی (۴۰ درصد سهم بخش خصوصی و ۶۰ درصد سهم بخش دولتی)،

- اعطای تسهیلات بلندمدت و کم‌بهره به بخش غیردولتی مانند تسهیلات آیین‌نامه گسترش بنگاه‌های زودبازده اقتصادی و کارآفرین، تسهیلات صندوق مهر امام رضا (ع)، تسهیلات بانک تعاون و بانک توسعه صادرات،

- اعطای وام بنگاه‌های زودبازده به بخش غیردولتی جهت خرید تجهیزات و ساخت‌وساز مراکز درمانی غیردولتی،

- ارائه آموزش‌های کارآفرینی به فارغ‌التحصیلان به منظور فراهم کردن زمینه‌های ورود آنها به

بازار کار،



- جلب مشارکت تعاونی‌ها به‌ویژه تعاونی‌های نظام سلامت با اولویت دادن آنها در واگذاری تصدی‌های وزارت متبوع خصوصاً در طرح پزشک خانواده و اولویت برای صدور مجوزها به تعاونی‌های نظام سلامت،
- حمایت از تشکیل و توسعه تعاونی‌های خدمات بهداشتی - درمانی، این تعاونی‌ها توسط گروهی از دانش‌آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی و غیرپزشکی تشکیل و اداره می‌شوند و حیطه فعالیت این تعاونی‌ها تأسیس مراکز و مؤسسات پزشکی، تولید و توزیع، واردات و صادرات تجهیزات پزشکی و ارائه خدمات مشاوره‌ای و آموزشی و بیمه‌ای در حوزه نظام سلامت است،
- حمایت از تشکیل و توسعه تعاونی‌های تخصصی سلامت که شامل تعاونی‌های دانش‌بنیان، تأمین نیروی انسانی، دانشجویی و فرهنگی، نظارتی و ارزشیابی واحدهای بهداشتی - درمانی است،
- حضور مستمر نمایندگان اداره تعاون در دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت راهنمایی فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی در تشکیل تعاونی‌های بهداشتی - درمانی،
- بازنگری و تسهیل فرآیند صدور مجوزهای تأسیس و بهره‌برداری بخش‌های خصوصی و تعاونی در نظام سلامت،
- ایجاد دانشکده کارآفرینی در راستای پرورش افراد کارآفرین در حوزه‌های مختلف،
- افزایش مدت‌زمان قرارداد و واگذاری واحدهایی که نیازمند سرمایه‌گذاری بخش غیردولتی است،
- ارائه خدمات مشاوره‌ای و آزمایشگاهی پیرامون تولید، آنالیز و کنترل کیفی فرآورده‌های دارویی شیمیایی و گیاهی و بهینه‌سازی فرمولاسیون دارویی،
- ایجاد مرکز آموزشی و مشاوره جهت رفع مشکلات مسئولین فنی و صاحبان صنایع غذایی، آرایشی و بهداشتی،
- فراهم کردن مکان مناسب با تأسیسات مورد نیاز (از قبیل آب، برق، تلفن، گاز) و تأمین نیروی انسانی متخصص مورد نیاز به‌منظور راه‌اندازی تجهیزات مدرن تشخیصی - درمانی (نظیر MRI، CT SCAN، PET SCAN، سنگ‌شکن، آنژیوگرافی و...) با سرمایه‌گذاری از سوی بخش خصوصی،
- فراهم کردن فضای فیزیکی و امکانات تشخیصی درمانی جهت انجام فعالیت‌های تشخیصی و درمانی از قبیل آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی و ...،
- اختصاص زمین جهت احداث همراه‌سرای بیماران و سایر امکانات رفاهی از قبیل فروشگاه در مراکز بهداشتی - درمانی،
- تدوین آیین‌نامه اجرایی مالکیت فکری در علوم پزشکی جهت حمایت معنوی از مخترعان،
- حمایت از توسعه واحدهای تولیدی لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی در

داخل کشور از طریق اختصاص ارز یارانه‌ای و یا مابه‌التفاوت نرخ ارز در دو بخش تجهیزات سرمایه‌ای و ماشین‌آلات و مواد اولیه مورد نیاز آن و منطقی نمودن تعرفه‌های گمرکی که باعث شده است درصد قابل توجهی از اقلام مصرفی و سرمایه‌ای تجهیزات پزشکی و تجهیزات دندانپزشکی در داخل کشور تولید شوند،

- حذف انحصار، آزادسازی و ایجاد رقابت سالم بین شرکت‌های تولیدی و تجاری به‌منظور بهبود کیفیت کالا و خدمات و اصولی شدن قیمت آن،

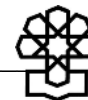
- حمایت از صادرات و حضور در بازارهای بین‌المللی تولیدات داخل به نحوی که اکنون

یونیت‌های دندانپزشکی، تخت‌های بیمارستانی (به‌ویژه تخت‌های ای. سی. یو و سی. سی. یو)، مانتیورهای تخت بیمارستانی و مرکزی و نیز ملزومات مصرفی درمانی در این رقابت حضور دارند،

- تغییر الگوی قیمتگذاری داروها و اعمال تعرفه بر داروهای وارداتی و سقف تولید در جهت حمایت از توسعه بخش غیردولتی در تولید و واردات دارو که منجر به جلب مشارکت گروه‌های سرمایه‌گذاری در تولید دارو و مواد دارویی و شرکت‌های بخش خصوصی در زمینه پخش دارو شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

عدالت و برابری با در نظر گرفتن کارآیی و اثربخشی، موضوعی چالش‌برانگیز است. در حالی که بسیاری از کشورها با محدودیت منابع روبرو بوده و نگران بهبود شاخص‌های سلامتی جمعیت خود هستند، حفظ برابری و عدالت در توزیع منابع، تسهیلات و خدمات از یک طرف و رعایت آنها در سطح سلامت آحاد جامعه از طرف دیگر، به یک چالش قابل تأمل تبدیل شده است. در دهه ۱۹۸۰، دست‌اندرکاران نظام سلامت سوئد موفق به افزایش امید به زندگی در اقشار و ساکنین مختلف مردم این کشور شده بودند، اما نابرابری در سطوح سلامتی بین گروه‌های اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی مشهود بود. همچنین نابرابری در شرایط زندگی اجتماعی در مورد بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها نیز علیرغم توسعه و گسترش بیمه همگانی سلامت قابل توجه بود. همه این واقعیات به سیاست‌های سلامتی دولت مربوط می‌شد. چنین وضعیتی در سایر کشورهای جهان نیز قابل مشاهده بود. لذا سیاستمداران کشورهای مختلف کم‌کم به این نتیجه رسیدند که در قبال مشکلات روزافزون موجود در ارائه خدمات سلامت، یکی از راه‌حل‌ها تمرکززدایی است. وضع و ابلاغ مقررات گسترده مراقبت‌های سلامت، همچون سایر خدمات از سوی دولت مرکزی حذف و



مسئولیت سیاسی بین استانداری‌ها، فرمانداری‌ها، بخشداری‌ها و شهرداری‌ها توزیع شد. فرض بر این بود که سیاستمداران محلی بیشتر با مسائل حوزه کاری خود مأنوس هستند، بیشتر می‌توانند پاسخگوی نظارت محلی باشند و در نهایت بیشتر می‌توانند خدمات را در جهتی که تابع تقاضاها و اولویتهای محلی بود، سوق داده، هدایت کنند. حرکت ۱۹۸۳ سوئد از این راهکار سرچشمه گرفت، اما با موفقیت کامل همراه نبود. شاید به این جهت که افزایش کارآیی و پاسخگویی نظام سلامت و ارزیابی نیازها و انتظارات مردم و رفتار آنها در وضعیت‌های مختلف، حتی از راه تصمیمات سیاسی محلی به آسانی قابل اندازه‌گیری و شناخت و تنظیم نبود.^۱

در همین زمان، حرکتی مشابه در شیلی آغاز شد. با تفویض اختیار و مسئولیت ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت^۲ به شهرداری‌ها، اجازه رقابت بیشتر بخش غیردولتی در سطح دوم و سوم ارائه خدمات و واگذاری واحدهای بهداشتی - درمانی دولتی به بخش غیردولتی، همراه تقویت نقش حاکمیتی بیمه سلامت، افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی و افزایش سرمایه‌گذاری‌های جدید به‌ویژه از سوی بخش خصوصی در حوزه سلامت، نظام سلامت شیلی را با موفقیت روبرو ساخت.^۳ در سال ۱۹۹۱ در روسیه با تصویب «قانون مدیریت مستقل ناحیه»، تمرکززدایی از برنامه‌ریزی منابع مالی و مدیریت نظام خدمات سلامت آغاز شد. مطابق این قانون، ایالت‌ها باید اعتبارات مراقبت‌های سلامتی خود را از بودجه محلی تأمین کنند و مسئولان محلی باید در مورد ساختارهای اجرایی و مصرف منابع، تصمیم‌گیری کنند. بنابراین دولت مرکزی کنترل اجرایی مستقیم خود بر نظام سلامت منطقه را کاهش داد و تصدی‌های وزارت سلامت بسیار محدود شد و مسئولیت آن بر برنامه‌ریزی راهبردی، تنظیم اهداف کلان نظام سلامت، تدوین ضوابط و استانداردهای ارائه خدمات و توزیع امکانات و تسهیلات پزشکی متمرکز شد. در پی تحولات مدیریتی در این کشور، تمام ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شهرستان، سازمان پزشکی شهرستان را تشکیل دادند که سرمایه این سازمان توسط سازمان سلامت ایالت و بر پایه تعداد مراجعه‌کنندگان تأمین می‌شد. این تحولات در عین موفقیت‌هایی که داشته، با چالش‌های جدیدی درخصوص عدالت و برابری مواجه شدند.^۴

به این ترتیب در به‌کارگیری سیاست تمرکززدایی باید توجه داشته باشیم، هنگامی که در

۱. پیتر برمن، تحول بخش سلامت در کشورهای درحال توسعه، ترجمه یوسف شیری و همکاران، انتشارات قاضی جهانی، تبریز، ۱۳۷۹، صص ۱۷۴ - ۱۷۵.

2. Primary Health Care

۲. محمدحسین سالاریانزاده و همکاران. تدوین الگوی مناسب ساختار نظام بهداشت و درمان شهرستان در ایران (ارائه ساختار نوین شبکه بهداشت و درمان شهرستان)، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶، ص ۱۲.

۳. همان، ص ۱۷.

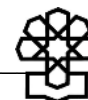
سطح ملی محدودیت‌های اقتصادی - اعتباری مشخصی برای نواحی و محلات وضع می‌شود (مثلاً شوراهای استانی یا شهری از افزایش دریافت مالیات بر درآمد محلی منع می‌شوند، درحالی که اعتبارات عمومی و یارانه‌های دولتی نیز کاهش می‌یابند)، باید معلوم شود که مسئولیت سیاسی این کار برعهده چه کسی است؟ چه کسی باید واحدهای ارائه خدمات را اداره کند؟ و چگونه؟ کدام سیاستمداران مسئول مهار مخارج هستند؟ کدام کارکنان خدمات سلامتی باید تصمیم بگیرند که چه کسانی باید روزانه از خدمات بهره‌مند شوند و چه کسانی در صف انتظار بمانند؟ بنابراین به وجود آمدن حس درماندگی بین کارکنان نظام سلامت، سیاستمداران محلی و انتخاب‌کنندگان آنها، چیز عجیبی نیست.^۱

بررسی گزارش‌ها و اسناد وزارت بهداشت و انطباق آن با مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری و اختیارات اعطایی قانونگذار به قوه مجریه در جهت توسعه واگذاری‌ها و جلب مشارکت بخش خصوصی نشان می‌دهد که این وزارتخانه در عین اینکه در تفویض اختیارات و مسئولیت‌ها به واحدهای زیرمجموعه گام‌های متعددی برداشته، اما به جهت پراکندگی اقدامات و عدم یکپارچگی در نوع و نحوه واگذاری‌ها، نتوانسته اهداف و شاخص‌های کمی مناسبی را تا پایان برنامه چهارم توسعه یعنی پایان سال ۱۳۸۹ اخذ کند.^۲ برای مثال درحالی که زیرساخت‌های مناسب مدیریت مالی (جهت ارائه گزارشات شفاف برای اخذ تصمیم) فراهم شده، اما ظاهراً سایر بسترها و ظرفیت‌های سازمانی متناسب با اختیارات مدیریتی در واحدهای ارائه‌دهنده خدمات برای پذیرش مسئولیت و اختیار به عمل نیامده و یا میزان اختیارات تفویض شده متناسب با مسئولیت‌های واگذار شده، نبوده است. این یافته‌ها با یافته‌های مداخلات کشورهای مختلف که نمونه‌هایی از آن بیان شد، قابل قیاس است.

در عین حال تجربه کشورهای مختلف بیانگر این نکته ضروری است که گام اساسی در واگذاری مسئولیت و اختیار، شفاف‌سازی گردش مالی و جریان آزاد و برنامه‌ریزی شده اطلاعات مالی برای آگاه‌سازی و جلب اعتماد بخش غیردولتی به‌ویژه بخش خصوصی، جهت افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت است. زیرا بخش خصوصی از میزان برگشت سرمایه و سود حاصل از سرمایه‌گذاری سنگینی که باید در این کسب‌وکار انجام دهد، به خوبی اطلاع ندارد و اگر هم مطلع باشد از شفافیت و قابلیت اعتماد به این اطلاعات اطمینان ندارد. لذا حرکت در جهت استقرار

۱. پیتر برمن، پیشین.

۲. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش هشتم، ۱۳۸۸، صص ۱۶۷ - ۱۷۰.



نظام حسابداری تعهدی و جلب حمایت همه‌جانبه نهادهای ذیربط از این اقدام، تحولی اساسی و بنیادی محسوب می‌شود. با این وجود عملکرد این وزارتخانه را براساس الگوی مفهومی مورد بحث و تحلیل قرار می‌دهیم.

در موضوع تراکم‌زدایی، عدم تناسب میان مسئولیت‌های قانونی ابلاغ شده با اختیارات واگذار شده‌ای همچون حق تصمیم‌گیری مدیریت در مواجهه با نیازهای سلامتی جامعه تحت پوشش، تنظیم ساختار تصمیم‌گیری و نظارت از سطح کلان تا تشکیلات اجرایی، مدیریت یکپارچه و همه‌جانبه منابع انسانی از جذب و استخدام تا خروج از خدمت و مدیریت تملک دارایی‌های سرمایه‌ای از مرحله نیازسنجی، طراحی و اجرا تا بهره‌برداری، از سطح مدیریت ارشد دانشگاه علوم پزشکی تا مدیریت واحدهای بهداشتی - درمانی و آموزشی - پژوهشی زیرمجموعه آن دیده می‌شود. این عدم تناسب در جریان گردش اطلاعات از یکسو و جمعیت، توزیع و بهره‌برداری از منابع ازسوی دیگر باعث سردرگمی مدیریت در پاسخگویی به نیازهای مردم می‌شود و امکان رعایت برابری و عدالت را زیر سؤال خواهد برد و می‌تواند بر مدیریت و گذاری امور اجرایی به بخش غیردولتی به‌خصوص بخش خصوصی تأثیر نامطلوب بگذارد.

در مبحث واگذاری اداری و سیاسی نیز با وجود اقدامات متعدد و مؤثر، شاهد ناهماهنگی در تفویض مسئولیت‌ها و اختیارات هستیم و در سال‌های سپری شده دائم با حرکات رفت و برگشتی متفاوتی روبرو می‌شویم. به‌عنوان نمونه در همکاری بین‌بخشی وزارتخانه مزبور با سایر دستگاه‌های اجرایی در قالب راهبرد «پیاپی‌سازی مراقبت‌های اولیه سلامت با توجه به عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت جامعه» و مصوبه اخیر هیئت محترم دولت مبنی بر رصد شاخص‌های ۵۲ گانه عوامل اجتماعی، با محوریت و نظارت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروه‌های متناظر آن در سطح استان‌ها، موقعیت ممتازی به‌وجود آمده که می‌تواند زمینه بهبود دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی - درمانی را رقم زند و وظایف را به‌طور عادلانه بین دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی و منطقه‌ای و حتی محلی تقسیم کند و حجم سنگین اجرای آنها را از دوش وزارتخانه بردارد تا این وزارتخانه با فراغ بال بهتر بتواند به مسئولیت‌های سیاستگذاری، استانداردسازی، برنامه‌ریزی، تخصیص منابع عمومی و امور نظارتی خود بپردازد. اموری که قانون برنامه پنجم توسعه کشور بستر قانونی آن را به خوبی فراهم کرده است. نمونه موفق این تجربه را می‌توان در «طرح جامع سلامت استان قزوین» که با همکاری مشترک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی و استانداری قزوین و سایر دستگاه‌های اجرایی استان^۱ در دست اجراست و همچنین در تجربه

۱. بهزاد دماری، علی‌اکبر زینالو و منوچهر مهران، راهی به سوی توسعه سالم استان، انتشارات طب و جامعه، تهران، ۱۳۸۸.

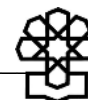
کشورهای توسعه‌یافته از جمله سوئد، کانادا و مکزیک^۱ مشاهده نمود.

اما بررسی یافته‌ها، عملکرد مبهم و ضعیف وزارتخانه در برقراری ارتباط جهت همکاری مشترک را با سایر دستگاه‌ها در سطح ملی نشان می‌دهد. این موضوع در مسئله اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و همکاری وزارتین بهداشت و رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر از یک طرف و سازمان‌های نظام پزشکی و نظام پرستاری به‌عنوان نهادهای عمومی غیردولتی از طرف دیگر به‌وضوح مشهود است. همچنین در اداره امور بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش وزارتخانه، اقدامات رفت و برگشتی متعددی دیده می‌شود که در بعضی موارد خنثی‌کننده یکدیگر هستند. به‌عبارتی درحالی که از سال ۱۳۷۳ با خودگردانی بیمارستان‌ها و همزمان با تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی و بسط و گسترش پوشش بیمه همگانی درمان مواجهیم و در سال ۱۳۸۲ حرکت هیئت امنایی کردن بیمارستان‌ها و واگذاری مدیریت آنها به نمایندگان یا نهادهای انتصابی ازسوی دینفعان را مشاهده می‌کنیم، ولی برگشت غیرشفاف از این موقعیت و اتخاذ سیاست‌های متفاوت و بعضاً متناقض، سبب اوج و حضيض‌های بسیار در اثربخشی تصمیمات و برنامه‌ها می‌شود. ضمن اینکه در ثبت اطلاعات و تحلیل گزارش‌های مبتنی بر شاخص‌های توافق شده نیز مستندات قابل اتکایی دیده نمی‌شود.

ازسوی دیگر با وجود آنکه سال‌ها از تصویب قانون شهرداری‌ها و از ابلاغ مصوبه شماره ۱۹۰۱/۳۷۹۴۵ مورخ ۱۳۸۲/۳/۶ هیئت دولت، مبنی بر واگذاری برخی وظایف ستاد وزارت بهداشت به شهرداری‌ها می‌گذرد، اما در عمل شاهد اتفاق خاصی نبودیم و تنها به واگذاری بخشی از وظایف اجرایی از حوزه ستادی به دانشگاه‌های علوم پزشکی بسنده شد. درحالی که با توجه به افزایش توانمندی شهرداری‌ها به‌ویژه شهرداری‌های شهرهای بزرگ کشور و تشکیل شوراهای اسلامی شهر و روستا، بخش، شهرستان و استان در تمامی مناطق کشور و راه‌اندازی شورایی محلات در برخی از شهرها، استعدادهای بالقوه بسیاری آماده شکوفایی شده که می‌توان از برکت وجود آنها در جهت واگذاری اداری، برای انجام برخی امور تصدی غیرحاکمیتی با نظارت وزارتخانه و دانشگاه‌های وابسته کمک گرفت. تجربه برخی کشورهای درحال توسعه از جمله سوئد، شیلی و مکزیک در این رابطه نشان از افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی - درمانی در سایه همکاری شهرداری‌ها بوده است.

ضمناً علیرغم گزارش‌های مستند ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایجاد

۱. آلک ایروین و الناسکالی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت «اقدامات انجام شده، درس‌هایی از تجارب گذشته»، ترجمه محمدحسین نیکنام، انتشارات وفاق، چاپ اول، ۱۳۸۴، صص ۹۱-۱۰۹.



و فراهم‌سازی زیرساخت‌های لازم برای واگذاری امور تصدی به نهادهای غیردولتی و به‌ویژه بخش خصوصی، با آمار و اطلاعاتی روبرو هستیم که نشان می‌دهد که کمتر مشاهده‌گر اقدام جدی و عملی می‌باشیم که ضمن واگذاری وظایف اجرایی به بخش دولتی و کاهش بار سنگین اجرایی این وزارتخانه موجب کاهش هزینه‌ها نیز شده باشد. البته تجربه مفید اداره امور بیمارستان‌ها در قالب هیئت امنایی و واگذاری بخشی از وظایف درمانی به کارکنان، اعضای هیئت علمی، نمایندگان جامعه و مسئولین نهادهای عمومی را نمی‌توان از نظر دور داشت و این تجربه قابل تقدیر می‌باشد، اما عدم اجرای صحیح و تمام و کمال کلیه اقدامات برنامه‌ریزی شده و عدم استمرار کامل این طرح در طی دو سه سال اخیر، حرکت واگذاری سیاسی و اعتماد به توان واقعی نهادهای مردمی و بخش خصوصی را با خدشه روبرو ساخته و بار دیگر حجم سنگین عمل به وظایف اجرایی درمانی را به تنهایی بر دوش وزارتخانه مزبور قرار داده است.

همچنین با وجود جلب سرمایه‌های بخش خصوصی در توسعه درمانگاه، بیمارستان، آزمایشگاه، داروخانه و مرکز تصویربرداری، هنوز سرمایه‌گذاری بخش دولتی در ساخت تسهیلات بهداشتی - درمانی، هم در مناطق برخوردار و هم در مناطق محروم، حجم وسیعی از اعتبارات را به خود اختصاص می‌دهد^۱ که این آمار با سیاست‌های کلی نظام در مشارکت بخش‌های تعاونی و خصوصی در اقتصاد و حدود فعالیت بخش دولتی در اجرای اصل چهارم و چهارم قانون اساسی و سیاست‌های کلی و شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی برنامه چهارم توسعه و مقادیر ذکر شده در جداول پیش‌بینی تولید ناخالص داخلی و ارزش‌افزوده بخش‌های مختلف اقتصادی برنامه چهارم توسعه تا پایان سال ۱۳۸۸ و در نهایت مفاد ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری چندان همخوانی ندارد.^۲

پیشنهادها

با توجه به یافته‌ها و نتایج اقدامات وزارت بهداشت برای عمل به تعهدات خود مطابق مواد قانونی مذکور و استعدادهای بالقوه بخش غیردولتی در ایفای نقش صحیح در زمینه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و همچنین اطلاع از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های این دستگاه اجرایی و گستره محیط عملیاتی

۱. مجید اکبری، سیمای سلامت، گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم، روابط عمومی وزارت بهداشت، ویرایش دوم، ۱۳۸۸.

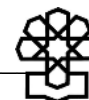
۲. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تهران، ۱۳۸۳.

آن تا مناطق روستایی کشور، پیشنهادهای زیر قابل تأمل به نظر می‌رسد:

اقدامات مرتبط با دولت

الف) در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱. بهره‌برداری صحیح از دستورالعمل‌ها و فرم‌های ماده (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت،
۲. استفاده صحیح از ظرفیت قانونی ماده (۲۰) قانون برنامه پنجم توسعه و سیاست‌های اجرایی اصل چهل و چهارم قانون اساسی،
۳. بهره‌گیری از تجارب دانشگاه‌ها در واگذاری موفق وظایف اجرایی به بخش غیردولتی، به خصوص تعاونی‌های بهداشتی - درمانی و اشخاص حقیقی و حقوقی بخش خصوصی با تشکیل ستادهای سیاستگذار، مشاور، استانداردساز و ناظر متشکل از کارشناسان تمامی واحدهای فنی و پشتیبانی وزارتخانه به عنوان نمونه در این رابطه می‌توان به پیشنهاد تشکیل «ستاد مدیریت تحول در بیمارستان» اشاره کرد که در زیرمجموعه وزیر و یا شورای سیاستگذاری وزارتخانه راه‌اندازی گردد. قاعدتاً حضور تمامی ذینفعان ستاد وزارتخانه و نمایندگانی از دانشگاه‌ها با رعایت تناسب، در این ستاد الزامی است.
۴. دادن اختیارات لازم و کافی به دانشگاه‌ها برای تدوین برنامه‌های راهبردی استان در راستای اسناد بالادستی از جمله برنامه توسعه کشور، برنامه توسعه استان، نقشه جامع علمی بخش سلامت و اختیار بازنگری مستمر آن براساس سیاست‌های کلان کشور که سالیانه در قانون بودجه ابلاغ می‌گردد. بدیهی است نظارت وزارت بهداشت از طریق واحدهای سازمانی و بازوهای سیاستگذار، برنامه‌ریز، ناظر و مشاور، خطای برنامه‌ریزی را به حداقل ممکن خواهد رسانید.
۵. واگذاری امور مربوط به تنظیم تشکیلات ستادی و واحدهای وابسته و تابعه، به دانشگاه‌ها و همچنین تفویض امور مربوط به جذب، گزینش، استخدام، ارتقای، آموزش، جبران خدمت، انتصاب، جابجایی، تغییر و خروج نیروی انسانی به آنها، براساس سیاست‌های کلان مدیریت تشکیلات و منابع انسانی و اشتغال در کشور و ضوابط کلی وزارت بهداشت در جهت حفظ وحدت رویه در رعایت استانداردها، به استناد ماده (۲۰) قانون برنامه پنجم توسعه، متناسب با مسئولیت‌های محوله و هم وزن با سایر اختیارات واگذار شده درخصوص منابع دیگر سازمانی الزامی است. بدیهی است موفقیت در اجرای این امر مستلزم ایجاد توانمندی نیروی انسانی برای کسب مهارت‌های لازم برای طراحی تشکیلات و مهندسی مشاغل رسته‌ها و رشته‌های مختلف و موضوعات مرتبط با مدیریت منابع انسانی بالاخص طراحی نظام جبران خدمت است. در این رابطه می‌توان از تجارب ارزنده



شرکت‌های آب و فاضلاب استانی، شرکت‌های توزیع برق منطقه‌ای و شرکت‌های پالایش گاز بهره‌برداری کرد و از ظرفیت علمی و تجربی مشاورین مدیریت و مهندسی صنایع کمک گرفت.

۶. عملیاتی کردن هر چه سریع‌تر سایر فازهای اجرایی نظام نوین مالی و همکاری بیشتر وزارت امور اقتصاد و دارایی بر تسهیل اجرای فازهای حسابداری تعهدی در وزارت بهداشت با داشتن متنوع‌ترین وظایف و وسیع‌ترین گستره جغرافیایی. بدیهی است اجرای آزمایشی و موفقیت‌آمیز حسابداری تعهدی و در پی آن بودجه‌ریزی عملیاتی در این دستگاه اجرایی، الگوی مناسبی برای توسعه در سایر دستگاه‌ها و نهادهای عمومی خواهد بود.

۷. گسترش اداره هیئت امنایی واحدهای بهداشتی - درمانی و در رأس آنها بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت براساس اولویت‌بندی و ایجاد توانایی و مهارت لازم در بین اعضای هیئت امنا و کارکنان و مدیران آن واحدها می‌تواند در رأس اقدامات وزارتخانه قرار گیرد.

ب) در سطح هیئت دولت

۱. تغییر در نظام حسابداری کنونی (نقدی) و نهادینه‌سازی حسابداری تعهدی در دستگاه‌های اجرایی، با تأکید بر بسط و تعمیق آن در وزارت بهداشت،
۲. ایجاد شفافیت در نظام اطلاعات مالی بخش سلامت، زمینه مناسبی برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد فراهم می‌کند و در پی آن امکان استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی و مدیریت عملکرد و عقد قرارداد میان بخش دولتی و غیردولتی میسر خواهد شد. این مهم نیازمند توانمندسازی نیروی انسانی در تمامی حوزه‌های ستادی و اجرایی و تهیه و تدوین دستورالعمل‌های مختلف و استقرار نرم‌افزارهای مالی با کاربری آسان است.
۳. با توجه آمادگی نهادهای عمومی و مردمی از جمله افزایش توانمندی، ظرفیت، منابع و امکانات شهرداری‌ها به‌ویژه شهرداری‌های شهرهای بزرگ کشور و تشکیل شوراهای اسلامی شهر در تمامی مناطق کشور و راه‌اندازی شورایی‌های محلات در برخی از شهرها، می‌توان از استعدادها موجود بهره‌گرفت و برابر مصوبات قانونی در واگذاری برخی فعالیت‌ها به شهرداری‌هایی که آمادگی پذیرش مسئولیت را دارند، اقدام کرد. در این رابطه لازم است توافقنامه‌های لازم بین وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی از یک طرف و شوراهای اسلامی و شهرداری‌هایی که آمادگی لازم را کسب کرده‌اند، از طرف دیگر منعقد شود و طی مراحل و فازهای طراحی شده، عملیات واگذاری انجام شود.
۴. با تکیه بر مصوبات هیئت دولت و شورای عالی اداری و با محوریت و نظارت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروه‌های متناظر آن در سطح استان‌ها، می‌توان با انعقاد

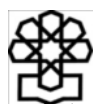
تفاهمنامه‌های مشترک بین‌دستگاهی، وظایف سلامت عمومی را به‌طور عادلانه بین دستگاه‌های اجرایی در سطح ملی و منطقه‌ای و حتی محلی تقسیم نمود و از تمام ظرفیت‌های عمومی و دولتی برای ارتقای سلامت جامعه بهره‌برداری کرد. در این رابطه می‌توان از تجربه ارزنده دانشگاه علوم پزشکی قزوین به‌عنوان یک نمونه بهره‌برداری کرد و با توجه به شرایط هریک از مناطق کشور و تعدیل در نحوه اجرا، از این پیشنهاد در سایر شهرها و استان‌ها نیز کمک گرفت.

ج) اقدامات مرتبط با مجلس شورای اسلامی

۱. حسن نظارت بر اجرای صحیح قوانین برنامه‌های توسعه و بودجه سنواتی و ارائه بازخوردهای موردی از عملکرد دولت و به‌ویژه وزارت بهداشت، انحراف از جریان صحیح قانونی را مانع شده و ضمن حفظ منابع، گردش آنها را در مسیر دستیابی به اهداف سلامتی سوق خواهد داد.
۲. تهیه گزارش‌های فنی عملکرد سالیانه مبتنی بر اطلاعات شفاف مالی و بودجه، به تفکیک مناطق و استان‌ها، امکان بررسی عدالت و برابری در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را به موقع فراهم می‌کند و پیگیری مطالبات مردم از مسئولین را تشدید خواهد کرد.
۳. تهیه و تصویب قوانین اجرایی در راستای سیاست‌های اجرایی اصل چهل و چهارم قانون اساسی و همچنین مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری به‌منظور حفظ تعادل در ابعاد سه‌گانه سیاست عدم تمرکز (اداری - مدیریتی، مالی - اقتصادی و سیاسی) و محدود کردن توسعه واحدهای دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی در شهرها و روستاهای برخوردار از اقدامات جدی مجلس می‌باشد. هرچند که در این رابطه تا حدودی ظرفیت‌های قانونی موجود می‌باشد، اما کفایت امر را نمی‌کند.

منابع و مأخذ

- در متن گزارش به‌صورت پاورقی درج شده است.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۴۸۲

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: مروری بر عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در احصای قیمت تمام شده خدمات و واگذاری تصدی‌ها (در قالب مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری)

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین: محمدحسین سالاریان‌زاده

همکار داخل مرکز: مریم رهبری

همکار خارج از مرکز: شیوا یوسفیان‌اسپلی

ناظران علمی: علی اخوان‌بهبهانی، محمدرضا ملکی، محمد موسوی‌خطاط

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: فرزاد جعفری

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۱/۵/۹