

نظام پاسخگویی بیمارستان‌های هیات امنایی براساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی در شهر اصفهان

دکتر مسعود فردوسی^۱، دکتر امین صابری نیا^۲، فرزانه محمودی میمند^۳

فاطمه نظام دوست^۴، لیلا شجاعی^۳

چکیده

زمینه و هدف: چنین ادعا می‌شود که تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود بخشیده و پاسخگویی این بیمارستان‌ها را بالاتر خواهد برد. این پژوهش به منظور بررسی نظام پاسخگویی در بیمارستان‌های هیات امنایی شهر اصفهان براساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی (مدل پرکر) انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع روش تحقیق کیفی است که به صورت تحلیل موضوعی در سال ۱۳۸۹ به اجرا درآمده است. در این پژوهش مصاحبه‌ها به صورت عمیق و نیمه ساختاریافته صورت گرفته است. در این مطالعه از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. جمعیت مورد مطالعه مدیران ارشد بیمارستانهای الزهرا(س) و امین اصفهان بود. نمونه گیری با اولین مشارکت کننده آغاز و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعات، یعنی ۸ نفر مشارکت کننده به اتمام رسید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در حال حاضر در بیمارستان‌های هیات امنایی اصفهان حضور نهادهایی غیر از دانشگاه (شهرداری و استانداری) علی‌رغم عضویت در هیات امنای بیمارستان پر رنگ نیست. با این که انتظار می‌رفت به دنبال هیات امنایی شدن بیمارستان‌ها تغییری در مکانیسم پاسخگویی به این نهادها ایجاد شود.

نتیجه‌گیری: بهتر است بیمارستان هیات امنایی به همان میزانی که مستقل می‌شود بتواند رأساً تصمیم گیری کند، در بازار رقابت کند و مرجع پاسخگویی متناسب با تغییر ساختار و ایجاد هیات امنای تغییر یابد.

واژه‌های کلیدی: هیات امنای، پاسخگویی، حق تصمیم گیری، صاحب اختیار مانده مالی، جوابگویی، کارکرد اجتماعی

* نویسنده مسئول :

فرزانه محمودی میمند؛

دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email :
Mahmoudi.2010@yahoo.com

- پذیرش مقاله : مرداد ۱۳۹۲

- دریافت مقاله : مهر ۱۳۹۱

مقدمه

بسیار هزینه بر هستند. از طرفی کارایی و بهره‌وری پایین بسیاری از بنگاه‌های دولتی، کیفیت نه‌چندان مناسب خدمات ارائه شده توسط دولت و فشار هزینه‌ها هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه این پیش فرض که سازمان‌های بهداشتی لزوماً بایستی توسط دولت‌ها مدیریت شوند را زیر سوال برده است (۱).

در طول ۵۰ سال گذشته بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و همچنین کشورهای با درآمد متوسط، نظام‌های

دولت‌ها به دلیل تفاوت بین بازار سلامت و آن چه بازار رقابت کامل نامیده می‌شود، مجبورند در بازار سلامت مداخله نمایند، زیرا نیاز به مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل پیش‌بینی نیست و این خدمات

^۱ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ مربی، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ کارشناس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، عضو کمیته تحقیقات، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

بر اساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی که به الگوی پرکر معروف است، اعطای درجات مختلف خودگردانی را به بیمارستان‌های دولتی می‌توان روی یک طیف (طیف اصلاحات سازمانی) در نظر گرفت (۳ و ۷). در این طیف چهار الگوی سازمانی برای بیمارستان‌ها تعریف شده که عبارتند از:

۱. بیمارستانهای بودجه‌ای: واحدهایی اداری وابسته

به سطوح بالاتر منطقه‌ای یا کشوری

۲. بیمارستانهای خودگردان: شعار این بیمارستان‌ها

این است: «اجازه بدهید مدیران مدیریت کنند»،

این مهم از طریق اعطای اختیار و مسئولیت بیشتر

به بیمارستان‌ها و همچنین مواجهه بیمارستان با

بازار محقق می‌شود.

۳. بیمارستانهای شرکتی: تقلید نظام تصمیم‌گیری

بخش خصوصی در بیمارستان دولتی، مالکیت در

دست دولت باقی می‌ماند.

۴. بیمارستانهای خصوصی: مالکیت بخش خصوصی

(انتفاعی یا غیرانتفاعی)

بدیهی است بیمارستان‌هایی که مالکیت آنها به بخش

خصوصی واگذار شود دیگر متعلق به بخش عمومی

نیستند، به همین دلیل خصوصی کردن بیمارستان‌های

دولتی توصیه نمی‌شود (۴). یک بیمارستان دولتی

براساس درجه خودگردانی که به آن اعطا می‌شود،

می‌تواند در هر نقطه‌ای روی این طیف قرار

گیرد (۵ و ۸).

یکی از ویژگی‌های اصلاحات سازمانی آن است که

سازوکار پاسخگویی در قبال حصول به اهداف از

طریق ساختار سلسله مراتبی سازمان یا از طریق

قوانین، مقررات و قراردادهای منعقد شده به دست

آمده است. هنگامی که حق تصمیم‌گیری به سازمان‌ها

اعطا می‌شود توانایی دولت در پاسخگویی مستقیم (از

طریق ساختار سلسله مراتبی) نیز کاهش می‌یابد (۱).

سلامت خود را بر پایه‌ی تأمین اعتبار (بودجه) دولتی بنا نموده‌اند. این نظام‌ها به صورت بوروکراسی‌هایی عمودی در درون بخش عمومی ظهور کرده‌اند. همانطور که می‌شود پیش‌بینی کرد، بیمارستان‌های عمومی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت، به صورت واحدهایی بودجه‌ای شکل گرفته و به شیوه متمرکز اداره می‌شوند (۲).

از سوی دیگر مواردی چون عدم کارایی فنی و

تخصیصی، شکست در پوشش گروه‌های کم درآمد و

فقیر و همچنین پاسخگویی ضعیف به ذینفعان از

مهمترین نقاط ضعف عملکردی بیمارستان‌های

عمومی برشمرده می‌شوند. الگوی اصلاحات

سازمانی بانک جهانی (مدل پرکر) ابزار مناسبی برای

مطالعه اصلاحات سازمانی بیمارستان است. این مدل

بر پایه ۵ محور قرار دارد که عبارتند از: حق تصمیم

گیری، مواجهه با بازار، صاحب اختیار مانده مالی،

پاسخگویی، کارکردهای اجتماعی (۱).

یکی از ویژگی‌های اصلاحات سازمانی آن است که

سازوکار پاسخگویی در قبال حصول به اهداف از

طریق ساختار سلسله مراتبی سازمان یا از طریق

قوانین، مقررات و قراردادهای منعقد شده به دست

آمده است. هنگامی که حق تصمیم‌گیری به سازمان‌ها

اعطا می‌شود توانایی دولت در پاسخگویی مستقیم (از

طریق ساختار سلسله مراتبی) نیز کاهش می‌یابد (۲).

چنین ادعا می‌شود که تبدیل بیمارستان‌های دولتی به

واحدهایی خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع

عمومی را بهبود بخشیده و پاسخگویی این

بیمارستان‌ها را بالاتر خواهد برد (۳-۵). این هدف از

طریق کاهش ساز و کارهای کنترل مستقیم دولتی و

همچنین انتقال تصمیم‌گیری‌های روزمره از سطح

دولت به سطح مدیران بیمارستان‌ها محقق خواهد

شد (۶ و ۸).

در الگوی پرکر برای قضاوت درباره درجه خودگردانی بیمارستان از سه معیار اصلی و دو معیار کمکی استفاده می‌شود که موضوع «پاسخگویی» یکی از معیارهای اصلی در این الگو محسوب می‌شود.

اگر دولت یک خریدار باشد در اینصورت پاسخگویی از طریق انعقاد قرارداد و فرایند پایش امکانپذیر خواهد بود. بسیاری از اقدامات اصلاحی به دنبال ایجاد هیأت‌های نظارت کننده‌ای هستند که عملکرد بیمارستان و مدیریت را کنترل کنند، در عین حال اختیار و آزادی عمل لازم را نیز به مدیران اعطا کنند. مثلاً بعضی از برنامه‌های اصلاحی به دنبال حمایت از قدرت پاسخگویی داخلی از طریق ایجاد کمیته‌های حفظ کیفیت در داخل بیمارستان می‌باشند (۲).

در ایران از سال ۱۳۷۴ در جهت پیاده سازی خودگردانی، برنامه سوم توسعه کشور و توجه به نظام‌های نوین مدیریت به عنوان یکی از استراتژی‌های برنامه سوم و مواد مختلف برنامه چهارم توسعه کشور به ویژه ماده ۸۸ قانون و تصریح الگوهای نوین اداره بیمارستان (هیأت امنایی، شرکتی و تفویض اختیارات مدیریتی و ...) و نیز قوانین بودجه سالانه کشوری و آخرین بند قانونی مربوط یعنی قسمت ح بند ۷ قانون بودجه ۱۳۸۹ کشور براساس طرح نظام نوین بیمارستان‌ها قرار شد در تعدادی از بیمارستان‌ها اصلاح ساختار جهت هیأت امنایی شدن صورت گیرد (۹۰ و ۹۱)، تا با اجرای این طرح دو هدف عمده افزایش اختیارات جهت تصمیم گیری و پاسخگویی، تسریع فعالیتها، کاهش بوروکراسی و دیگری افزایش منابع در دسترس تحقق یابد. بدین منظور وزارت بهداشت تصمیم گرفت دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور را ملزم کند تا هر دانشگاه حداقل دو بیمارستان را به صورت پایلوت انتخاب، و به وزارت بهداشت اعلام نماید.

در این مطالعه دو هدف عمده مذکور یعنی افزایش اختیارات جهت تصمیم گیری و پاسخگویی، تسریع فعالیتها، کاهش بوروکراسی از یک طرف و افزایش منابع در دسترس از طرف دیگر جهت بررسی مکانیسم پاسخگویی در بیمارستان‌های هیأت امنایی شده شهر اصفهان مدنظر واقع شده است. در حال حاضر در شهر اصفهان ۲۶ بیمارستان موجود است که از این بین ۲ بیمارستان الزهرا و امین هیأت امنایی شده‌اند. تفاوت‌های زمانی بین هیأت امنایی شدن این دو بیمارستان به ما کمک می‌کند که اتفاقاتی را که در این مدت افتاده، بهتر بررسی شود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع روش تحقیق کیفی است که به صورت تحلیل موضوعی به اجرا درآمده است. با توجه به اینکه پژوهشگر در صدد شناخت نظام پاسخگویی در بیمارستان‌های هیأت امنایی شهر اصفهان بوده، پژوهش از نوع کیفی را انتخاب نمود تا به عمق دیدگاه‌ها و باورهای مدیران ارشد بیمارستان (شامل رئیس، مدیر، مترون، مدیر اداری و مدیر مالی) وارد شود و فرایندهایی را که در این زمینه مؤثرند را درک کند.

در این مطالعه از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. نمونه گیری با اولین مشارکت کننده آغاز و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعات، یعنی ۸ نفر مشارکت کننده به اتمام رسید. افراد مورد مطالعه در این پژوهش را مدیران ارشد دو بیمارستان هیأت امنایی شده الزهرا و امین اصفهان تشکیل داده‌اند. مصاحبه با افراد مورد مطالعه، پس از جلب موافقت آنان انجام شد.

در این پژوهش مصاحبه‌ها به صورت عمیق و نیمه ساختاریافته صورت گرفته است. ابتدا از مشارکت

۷- بیمارستان در خصوص طرح تکریم ارباب رجوع به چه مرجعی پاسخگو است؟

مصاحبه بین ۲۰-۲۵ دقیقه به طول انجامید و در صورت موافقت آن‌ها مکالمات ضبط و در غیر این صورت مطالب عنوان شده نوشته می‌شد و در پایان به تأیید مصاحبه شونده می‌رسید، سپس کلمه به کلمه مصاحبه‌ها روی کاغذ پیاده سازی شدند.

مصاحبه‌ها بلافاصله پس از پیاده شدن مجدداً و برای اطمینان از دقت کار با نوار مقایسه شدند. محل دقیق انجام این مطالعه دو بیمارستان هیأت امنایی شده الزهرا و امین دانشگاه علوم پزشکی واقع در شهر اصفهان می‌باشد.

تحلیل داده‌ها براساس روش تحلیل موضوعی انجام شده است. تحلیل موضوعی یک نوع تحلیل محتوای داده‌ها و طبقه بندی است که براساس "موضوعات" انجام می‌شود.

یافته‌ها

پس از پیاده سازی کلیه مصاحبه‌ها، هر یک از آنها به دقت مطالعه و سپس زیر موضوعات و موضوعاتی از آنها استخراج گردید که در جدول زیر خلاصه شده است. لازم به ذکر است در زیر موضوعات اشاره شده نهادهای دیگری غیر از دانشگاه مانند شهرداری و شورای اسلامی شهر چندان تعریف شده نیست.

کنندگان در مورد تمایلشان برای شرکت در این مصاحبه سؤال، و در صورت اعلام تمایل از آنها وقت قبلی گرفته شد.

سؤالات تحقیق به صورت نیمه باز مطرح شد که اکثراً پاسخ مشارکت کنندگان خود عامل ایجاد سؤالات جدید از آنان شد. زمانی که شرکت کنندگان عقاید، دیدگاهها و تجارب خود را توصیف و به زبان می‌آوردند، اگر احساس می‌شد مطلب دیگری برای گفتن نزد آنها وجود ندارد، مصاحبه به پایان می‌رسید. مصاحبه شونده‌گان قبل از انجام مصاحبه از مشخصات فردی، موضوع تحقیق، هدف تحقیق و نیز معرفی نامه محقق اطلاع کامل داشتند و با توافق و رضایت در این پژوهش مشارکت نمودند.

سؤالات اصلی مصاحبه عبارتند از:

- ۱- ذینفعان بیمارستان چه کسانی هستند؟
- ۲- مکانیزم پاسخگویی بیمارستان به هر یک از ذینفعان؟
- ۳- ارزیابی داخلی بیمارستان چگونه انجام می‌گیرد؟
- ۴- ارزیابی بیرونی بیمارستان چگونه انجام می‌شود؟ نتایج ارزیابی چه بازخوردی دارد؟
- ۵- هر یک از این افراد در مورد عملکرد خود به چه کسی یا جایی در داخل و خارج بیمارستان پاسخگو هستند؟
- ۶- چه کسی بر کار پزشکان نظارت می‌کند؟

جدول ۱: مفاهیم اصلی مرتبط با نظام پاسخگویی بیمارستانهای هیأت امنایی شده اصفهان

موضوع (Themes)	زیر موضوعها (sub- Themes)
ذی نفعان بیمارستان	رئیس بیمارستان (دبیر هیأت امناء) - مدیر بیمارستان - پزشکان - کارکنان نماینده رؤسای بخش‌های بالینی بیمارستان

ذینفع خارجی نزدیک	<p>- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی (رئیس هیأت امناء) - معاون برنامه‌ریزی یا عمرانی استاندار - شهردار شهر - نماینده مجمع خیرین سلامت - مدیر درمان سازمان تأمین اجتماعی استان - مدیر کل سازمان بیمه خدمات درمانی استان - مراجعین از دانشکده‌ها - دانشجویان - شرکت‌های تجهیزات پزشکی بیماران شرکت‌های بیمه طرف قرارداد بیمارستان</p>	
ذینفع خارجی دور	<p>- دولت - مجلس شورای اسلامی - صدا و سیما - استانداری - فرمانداری - هلال احمر - جامعه - خیرین</p>	
مکانیزم پاسخگویی	<p>مکانیزم پاسخگویی به ذینفعان داخلی</p>	<p>- پیش بینی نیازهای ذی نفعان - طبق سلسله مراتب - طبق گزارشات ارسالی - بازرسی - بررسی عملکرد</p>
مکانیزم پاسخگویی به ذینفعان خارجی	<p>براساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت - بر اساس تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - شرکت در جلسات - مکانیزم پاسخگویی به دانشگاه و معاونت های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: ۱- طبق گزارشات ارسالی ۲- بررسی عملکرد ۳- بازرسی ۴- در قالب قراردادها و تعهدات</p>	
نحوه ارزیابی	ارزیابی درون سازمانی	<p>- ارزیابی توسط مافوق - بررسی شاخص‌های عملکردی بیمارستان - مقایسه روندی بیمارستان - مقایسه با سایر بیمارستان‌ها - محاسبه درآمد و نقدینگی بیمارستان - سیستم اطلاعاتی مدیریت و بیمارستان - نظارت مسئول فنی شب و روز - ارزیابی سالانه توسط واحد مدیریت نظارت بر درمان - از طریق گروه‌های ارزیابی در درون بیمارستان</p>
ارزیابی برون سازمانی	<p>- معاونت درمان - سازمان بازرسی - دیوان محاسبات - ارزیابی از طریق استانداردهای ایزو</p>	
مرجع پاسخگویی عملکرد	مرجع پاسخگویی عملکرد درون سازمانی	<p>- رئیس بیمارستان - معاونت درمان بیمارستان - رؤسای بخش‌های بیمارستان</p>
مرجع پاسخگویی عملکرد برون سازمانی	<p>- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان • درمان، پشتیبانی، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی، دانشجویی فرهنگی، بهداشتی - دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان • پزشکی، پرستاری و مامایی، مدیریت و اطلاع رسانی، توانبخشی، بهداشت و تغذیه، داروسازی - شرکت‌های بیمه طرف قرارداد بیمارستان - دیوان محاسبات - استانداری - مردم</p>	

رئیس بیمارستان- معاون درمان بیمارستان- معاونین آموزشی- مدیران گروههای دانشکده پزشکی- کمیته مرگ ومیر- رؤسای بخشهای بیمارستان- شورای حاکمیت بالینی	نظارت بر کار پزشکان در درون بیمارستان	نحوه نظارت بر کار پزشکان
- معاونت درمان- سازمان نظام پزشکی- سازمانهای بیمه‌ای طرف قرارداد بیمارستان	نظارت بر کار پزشکان در بیرون بیمارستان	
- بر اساس دستورهای ابلاغی از سوی هسته مرکزی کمیته طرح تکریم دانشگاه	فعالیت‌های دانشگاه علوم پزشکی	طرح تکریم ارباب رجوع
- گزارشهای ارسالی از سوی کارشناسان ناشناس دانشگاه به بیمارستان در خصوص تکریم ارباب رجوع	اصفهان در خصوص طرح تکریم ارباب رجوع	
- کمیته‌های بیمارستان	فعالیت‌های بیمارستان در خصوص طرح تکریم ارباب رجوع	
• کمیته تکریم ارباب رجوع، کمیته رسیدگی به شکایات		
• کمیته ایمنی بیمار، کمیته مسئولین ارشد، کمیته امر به معروف و نهی از منکر		
- واحد ارتباطات مردمی و پاسخگویی به شکایات- صندوق شکایات		
- برگه‌های رضایت سنجی		

بحث

فعالیت‌های بیمارستان هیأت امنایی در این خصوص تفکیک شده است. مشخص است که مکانیسم پاسخگویی در بیمارستانهای مذکور به سیستم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قوی و در وضعیت خوبی است، اما به نهادهای دیگری غیر از دانشگاه مانند شهرداری و شورای اسلامی شهر چندان تعریف شده نیست. نکته جالب توجه این است که هیچ یک از مصاحبه شونده‌گان در مورد مکانیسم پاسخگویی به معاونت برنامه‌ریزی یا عمرانی استاندار و شهرداری اصفهان که اعضای اصلی هیأت امنای بیمارستان هستند، اشاره‌ای نکرده‌اند. از این مطلب می‌توان دریافت که در قسمت پاسخگویی به ذی نفعان در این بیمارستان‌های هیأت امنایی تغییر زیادی اتفاق نیفتاده است.

یافته‌ها حاکی از آن است که در حال حاضر در بیمارستان‌های هیأت امنایی اصفهان حضور نهادهایی غیر از دانشگاه (شهرداری و استانداری) علی‌رغم عضویت در هیأت امنای بیمارستان پر رنگ نیست. با

در خصوص شناسایی ذینفعان اصلی در بیمارستانهای هیأت امنایی استان اصفهان؛ ذینفعان به سه دسته ذینفعان داخلی، ذینفعان خارجی نزدیک و ذینفعان خارجی دور تقسیم شده‌اند. هم‌چنین درباره شناسایی مکانیسم پاسخگویی بیمارستان به هر یک از ذینفعان اصلی در بیمارستانهای هیأت امنایی استان اصفهان؛ مکانیسم پاسخگویی به ذینفعان داخل بیمارستانی و مکانیسم پاسخگویی به ذینفعان خارج بیمارستانی قابل تقسیم بود.

در مورد شناسایی مکانیسم ارزیابی داخلی و خارجی و مکانیسم نظارت بر کار پزشکان نیز، نحوه ارزیابی به ارزیابی درون سازمانی و برون سازمانی تفکیک شد.

بر همین مبنا مرجع پاسخگویی عملکرد؛ به صورت درون بیمارستانی و برون بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفت.

در مورد شناسایی مرجع پاسخگویی درخصوص طرح تکریم ارباب رجوع؛ طرح تکریم ارباب رجوع به فعالیت‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و

این که انتظار می‌رفت به دنبال هیات امنایی شدن بیمارستان‌ها تغییری در مکانیسم پاسخگویی به این نهادها ایجاد شود.

مطالعه Rasel و همکاران و همچنین چندین مطالعه دیگر در حوزه مدیریت عمومی نشان داد معادله اصلاحات عمدتاً به سمت اعطای خودگردانی به ارائه دهنده متمایل شده‌اند و تقویت ظرفیت‌های قانونی مربوط به مصرف کننده مورد غفلت قرار گرفته است و این باعث از کنترل خارج شدن بیمارستان‌های خودگردان، شرکتی و یا خصوصی شده گردیده است. او همچنین خاطر نشان می‌کند که هزینه‌های ایجاد شده بر پایه روابط مبتنی بر قرارداد، مزایای خودگردانی را تحت الشعاع قرار می‌دهند (۱۰).

jakab و همکاران در پژوهش خود با عنوان حلقه گمشده که در سال ۲۰۰۳ در ۱۱ کشور مرکزی اروپای شرقی به چاپ رسیده است به این نتیجه رسیده‌اند که در کشورهای آلبانی، اصلاحات بیمارستانی در اقتصاد در حال گذار کرواسی، جمهوری چک، استونی، گرجستان، مجارستان، قزاقستان، لتونی، لیتوانی، لهستان و رومانی، بیمارستان‌های واقع در اقتصاد در حال گذار کشورهای مرکزی اروپای شرقی و جمهوری‌های استقلال یافته از شوروی به صورت قابل توجهی نسبت به دوره سوسیالیستی تغییر کرده‌اند که مهمترین آنها عبارتند از:

مالیات عمومی در بسیاری از این کشورها توسط بیمه‌های اجتماعی مبتنی بر مالیات، جایگزین و یا تکمیل شده‌اند. مالکیت بیمارستان‌ها از دولت مرکزی به دولت‌های محلی واگذار شده است.

بخشی از بازار مواد اولیه و یا تمام آن خصوصی شده و غیر دولتی شده است و این به صورت مطلق با محیط بیمارستانی دوره کومونیست در تناقض است. محیطی که در بیمارستان به عنوان واحد جدایی

ناپذیری از وزارت بهداشت عمل می‌کرد و یک بودجه دولتی مبتنی بر داده به آن تزریق می‌شد (۱۰).

جعفری در پژوهش خود در سال ۱۳۸۷ تحت عنوان سطوح خودگردانی و الگوهای اصلاح ساختار سازمانی بیمارستان‌های عمومی و آموزشی شهر تهران به این نتیجه رسید که بیمارستان‌های کشور با یک سوء عملکرد ناشی از خودگردانی ناقص و نامتعادل دست به گریبان هستند. دولت باید در مرحله اول درجه کارایی و اثربخشی خودگردانی بیمارستان‌های کشور را با توجه به فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی تعیین کند و حتی اگر نمی‌تواند به یک درجه یکسان برای خودگردانی بیمارستان‌های کشور دست یابد، چند نوع بیمارستان را در نظام سلامت تعریف کند. سپس تلاش کند تا خودگردانی اعطا شده نامتعادل را به سمت این نقطه تعریف شده هدایت کند و با مداخلاتی که در هر یک از ابعاد نه گانه سازمانی بیمارستان اعمال می‌کند خودگردانی بیمارستان‌ها را اصلاح کند. در صورتی که این امکان وجود ندارد که در تمام ابعاد به درجه مورد نظر برسیم، برای رهایی از سوء عملکرد ناشی از خودگردانی نامتعادل، شاید به نفع کشور باشد که مانند کشور نروژ به سمت تمرکز متعادل عقب نشینی کند و بیمارستان‌ها را دوباره به واحدهای ۱۰۰ درصد بودجه‌ای و متمرکز تبدیل نماید (۲).

تعدادی از کشورهایی که دارای نظام سلامت دولتی می‌باشند (مانند انگلیس، استرالیا و نیوزیلند) به دنبال انتقال الگوهای مدیریتی انفعالی و سنتی (استفاده از روش‌های سنتی مدیریت برای متعادل کردن بودجه دولتی) خود به الگوهای متحول رهبری فعال هستند. مدیریت فعال منابع شامل خط تولید، بازاریابی، ترکیب تولیدات، کاهش فعالیت‌های غیر اساسی و کاهش هزینه‌های بالاسری، رابطه نزدیک‌تر با

در عین حال بمنظور عدم بروز تنش در نظام ارائه خدمات، اعتبار حقوق و مزایای کارکنان بایست براساس مصوبه شماره ۶۰۴ مورخ ۷۵/۱۱/۱ مجلس از طریق سازمان مدیریت برنامه ریزی کشور تامین می‌گردید. همچنین موارد ذیل به عنوان مهمترین مشکلات این طرح بیان شده‌اند:

الف- عدم رعایت کامل قانون بیمه همگانی مصوب سال ۱۳۷۳ در جریان دستورالعمل طرح نظام نوین اداره بیمارستانها

ب- عدم محاسبه واقعی تعرفه‌ها

پ- عدم نظارت کافی و فعال بر نحوه اجرای طرح مذکور

ت- نامتعادل بودن توزیع سهم کارانه بیمارستانی بین پزشکان با یکدیگر و با سایر کارکنان

ث- در تنگنا بودن بیمارستانهای مناطق محروم کشور جهت تامین اعتبار هزینه‌های آموزشی، دستمزد نیروهای شرکتی و مراجعانی که به هر دلیل توانایی پرداخت هزینه‌های مربوط را ندارند.

ج- در طرح مذکور هیچ هدفگذاری و برنامه عملیاتی مشخصی برای رسیدن به انتظارات مورد نظر وجود نداشته و طبیعتاً چنین دستورالعملی نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای تحول در کشور باشد. چرا که صرفاً در پاراگراف آخر مقدمه دستورالعمل آمده است: «امید است با استعانت از درگاه خداوند متعال در اجرای صحیح این دستورالعمل که هدف آن ارتقای کیفیت و کمیت خدمات بهداشتی درمانی و آموزشی مورد نیاز مردم شریف و اعمال سیستم پرداخت در مقابل خدمت که عادلانه‌ترین نوع دستمزد می‌باشد توفیق یابیم». در طول دستورالعمل مذکور حتی یک بند به اهداف، استراتژیها، فعالیتها، زمانبندی، شیوه‌های ارتقای کیفیت، کمیت و چگونگی اجرای طرح و مجریان آن به طور مشخص اختصاص داده نشده

سهامداران، عرضه کنندگان مواد اولیه، مشتریان و مراجعه کنندگان است که خود منجر به گرایش به سمت یک بخش خصوصی قوی‌تر می‌شود(۱).

در تحقیقی که در سال ۱۳۸۰ در بیمارستانهای خودگردان دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد وضعیت شاخصهای عملکردی این بیمارستانها به شرح زیر بوده است:

- اشغال تخت ۳/۵۳ درصد(نرمال ۸۵ درصد)
 - تعداد ویزیت بیمار در ۱۵ دقیقه ۴ نفر(نرمال ۱ نفر)
 - میانگین عمل جراحی به ازای هر تخت ۱/۳۲(نرمال ۶-۴)
 - از نظر مالی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۰ هزینه‌های بیمارستانی در حدود ۷۰۰ میلیون تومان از درآمد بیمارستان بیشتر بودند.
 - شاخصهای کیفی نیز وضعیت بدی داشتند(۱۱).
- در گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۵ درمورد نحوه اجرای طرح نظام نوین اداره بیمارستانها چنین آمده است:
- ۱ - براساس بررسی‌های بعمل آمده، هیچ مستند قانونی مبنی بر طرح خودگردانی بیمارستانها سابقه نداشته است و آنچه در راستای اعمال اصلاحات نظام پرداخت و در جهت تامین منابع مالی بیمارستانها طراحی شده بود بنام «طرح نظام نوین اداره بیمارستانها» باهدف تبدیل بیمارستان به یک بنگاه اقتصادی بوده است. در ادامه پیگیری‌های بعدی مجلس محترم شورای اسلامی، معاونین وقت وزارت متبوع، کمیته پنج نفره مرکزی طرح و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، راهکارهای اصلاحی ارائه گردید. هدف اساسی از ارائه این راهکارها، استفاده بهینه از منابع موجود و کسب درآمدهای اختصاصی و ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستانها بود.

است.

چ- این دستورالعمل صرفاً به برخی واژه‌ها و همچنین ضوابط مربوط به پرداخت ماهانه پزشکان شاغل اشاره داشته است و بدیهی است انتظار اینکه چنین طرحی بتواند موجبات تسریع در اجرای مصوبات قانون بیمه همگانی را فراهم سازد، منطقی نخواهد بود.

ح- در این طرح استراتژی مشخصی برای محاسبه واقعی تعرفه‌ها ارائه نشده است.

خ- در طرح فوق راهکاری برای تامین اعتبار هزینه‌های آموزشی، دستمزد نیروهای شرکتی و مراجعان مستند نیز ارائه نشده است.

در مجموع این طرح صرفاً یک دستورالعمل پرداخت برای پزشکان و بخش بسیار کمی از پرسنل غیرپزشک می‌باشد و حتی به عنوان یک دستورالعمل مالی در جهت شفاف سازی نظم حقوق و دستمزد، کارایی کافی را ندارد (۱۲).

در اصفهان چنانچه مکانیسم پاسخگویی را به دو بخش درون بیمارستانی و برون بیمارستانی تقسیم کنیم، مکانیسم درون بیمارستانی تغییر چندانی نکرده است. محسوس‌ترین تفاوت قبل و بعد از هیأت امنایی شدن در این بیمارستان‌ها این بوده که قبلاً ریاست بیمارستان منصوب مستقیم رئیس دانشگاه بود، اما در حال حاضر رئیس بیمارستان منصوب به هیأت امناست و با نام مدیر عامل فعالیت می‌کند و او مسئول هیأت امنای بیمارستان است. مشخص است که مکانیسم پاسخگویی در بیمارستان‌های مذکور به سیستم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قوی و در وضعیت خوبی است، اما به نهادهای دیگری غیر از

منابع

دانشگاه مانند شهرداری و شورای اسلامی شهر چندان تعریف شده نیست.

نتیجه گیری

در تحلیل این موضوع که تغییر محسوسی درباره تغییر نظام پاسخگویی در بیمارستان‌های هیأت امنایی شده اصفهان باشد دیده نشد. چند موضوع قابل نتیجه گیری است:

۱- طرح هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها به تازگی مطرح شده و طرح نوپایی است. شاید با گذشت زمان در صورت اجرای درست این طرح، بیمارستان‌ها استقلال بیش‌تری پیدا کنند.

۲- مطلبی که باعث نگرانی شده این است که با اجرای طرح هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها و افزایش استقلال بیمارستان‌های مذکور در زمینه بودجه ریزی، تصمیم‌گیری و پاسخگویی شاید معضلاتی به وجود آید که بعداً مهار آن سخت باشد.

۳- هنوز موضوع خصوصی سازی و تمرکز زدایی کاملاً در نهادهای دولتی به مورد اجرا در نیامده است.

۴- به نظر می‌رسد در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بخشنامه‌های مربوط به هیأت امنایی شدن مطابق هدف اصلی خود حرکت نمی‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود بیمارستان هیأت امنایی به همان میزانی که مستقل می‌شود بتواند رأساً تصمیم‌گیری کند، در بازار رقابت کند و مرجع پاسخگویی متناسب با تغییر ساختار و ایجاد هیأت امنای تغییر یابد.

1. Jafari M. Autonomy levels and patterns of institutional reform in general hospitals and teaching [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health and Institute of Health Research; 2008.

2. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani SH, Yunesian M, et al. A qualitative study to investigate the extent and degree granting autonomous university hospitals studied. *Hakim* 2008; 11(2): 59-71[Article in Persian].
3. Preker AS & Harding AL. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington D.C: World Bank Publications; 2003: 61-73.
4. Bitran R, Castano R & Gideon U. *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*. Available at: http://www.healthsystems2020.org/files/1622_file_Tech052_fin.pdf. 2004.
5. Harding A & Preker AS. *Understanding organizational reforms*. Washington: The World Bank; 2000:12-6.
6. Abdullah MT & Shaw J. A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. *International Journal of Health Planning and Management* 2007; 22(1): 45-62.
7. Bogue RJ, Hall Jr CH & La Forgia GM. *Hospital Governance in Latin America*. Available at: http://www.who.int/management/country/latinamerica_caribbean/HospitalGovernanceLAC.pdf. 2007.
8. Jakab M, Preker AS & Harding A. The Missing link? Hospital Reform in Transition Economies. *Innovations in Health Service Delivery*. Venezuela: The Corporatization of Public Hospitals; 2003: 34-42.
9. *Development of management and administrative reform of the Ministry of Health. Hospital Board effective approach for improving services Amnany second level*. Available at: Mdar.behdasht.gov.ir. 2009.
10. Parliament of Iran. *The laws of new structure and duties of MOHME*. Available at: <http://law.majlis.ir/Law/Lawlist.asp?>. 2007.
11. Niakan Kalhori SH. *Analyzing the effectiveness and efficiency of the new system of administration of hospitals within hospitals on general hospitals - Iran University of Medical Sciences*[Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Sciences; 2005.
12. Ministry of Health and Medical Education. *How to plan a new system of administration of hospitals (affiliated with three University in Tehran, Iran and Shahid Beheshti)*. Tehran: Department of Development and Resources Management of Ministry of Health and Medical Education; 2005: 15-26.

The Responsiveness Of Board Of Trustees Hospitals According To The World Bank's Organizational Reform Model In Isfahan

Ferdosi Masoud¹(Ph.D) - Saberi Nia Amin²(M.D.)

Mahmoudi Meymand Farzaneh³ (BSc.) - Nezamdoust Fatemeh⁴ (BSc.)
Shojaei Leila³ (BSc.)

1 Assistant Professor, Health Care Management Department, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 Instructor, Emergency Medicine Department, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3 Bachelor of Sciences in Health Care Management Department, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4 Master of Sciences Student in Health Care Management, School of Public Health, Member of University Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Received : Sep 2012
Accepted : Aug 2013

Background and Aim: Transforming government hospitals into autonomous units improved hospitals. This study was performed to evaluate the responsiveness of board of trustees hospital according to the world bank's organizational reform model (Preker Model) in isfahan city.

Materials and Methods: The study was a qualitative research method. In this research, depth and semi-structured interviews were carried out and purposive sampling was used.

The study population were top managers of Amin and Alzahra hospitals. Sampling was started with the first participant until saturated level of information, participants completed the 8 cases.

Results: According to interviews, the current role and contribution of non-university institutions (e.g. municipalities representatives) in hospital board of trustees is neither bold nor transparent. These hospitals can address minimum changes in their mechanisms of accountability after developing board of trustees.

Conclusion: It is rational for hospitals as they undergo organizational reform and developing board of trustees, to have more rights for decision making. Further more, their accountability mechanism should change accordingly.

Key words: Hospital, Board of Trustees, Decision Rights, Accountability, Organizational Reform, Preker Model

* Corresponding Author:
Mahmoudi Meymand F;
E-mail:
Mahmoudi.2010@yahoo.com