

تحلیل هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی استان گیلان

*دکتر زهرا محترم امیری (M.D)^۱ - دکتر حسین رحیمی کلامرودی (M.Ph)^۲ - دکتر علی داوودی (M.D)^۳

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

پست الکترونیک: mohdashamaz@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: تحلیل هزینه برنامه های مختلف مراکز بهداشتی و درمانی برای برنامه ریزی های بعدی و تعیین تعرفه واقعی خدمات و تخصیص منابع الزامی است.

هدف: تعیین هزینه های واحد و خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان به اجرا در آمده است.

مواد و روش ها: در یک مطالعه توصیفی، از جامعه آماری شامل کلیه مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان، ۳۹ مرکز بهداشتی و درمانی به صورت ۲۰ مرکز شهری و ۱۹ مرکز روستایی به صورت تصادفی ساده از فهرست کل مراکز استان در سال ۱۳۸۲ انتخاب شدند. از منابع اطلاعاتی ثبت شده در مراکز برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد که در بخش های هزینه های جاری (تعمیر ساختمان، وسایل مصرفی، داروها، واکسینا، حقوق دریافتی کارکنان) و سرمایه ای (بهای ساختمان ها، وسایل نقلیه، لوازم و مواد غیر مصرفی) طبقه بندی شدند. اطلاعات جمع آوری شده وارد رایانه شده و برای تجزیه و تحلیل از نرم افزار آماری SPSS 11.5 داده ها استفاده شد.

نتایج: در این بررسی میانگین کل هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهری اعم از جاری و سرمایه ای ۵۱۴ میلیون ریال با انحراف معیار ۲۴۲ میلیون ریال و در مراکز روستایی ۲۶۲ میلیون ریال با انحراف معیار ۷۹ میلیون ریال بدست آمد که بیشترین میزان مربوط به هزینه کارکنان (بیش از ۶۰٪) و سپس ساختمانی (۲۰٪-۱۵٪) بوده است. همچنین هزینه جاری مراکز بهداشتی و درمانی شهری ۲۸۶ میلیون ریال و در مراکز روستایی ۲۱۴ میلیون ریال بوده است. نتیجه گیری: اعتبار تخصیص یافته دولتی برای تامین هزینه های این مراکز کافی نیست که احتمالاً بر کیفیت خدمات هم موثر می باشد. توجه بیشتر به مدیریت منابع انسانی و واگذاری خدمات درمانی به بخش خصوصی، همچنین تحقیق مشابه در سایر مناطق کشور توصیه می شود.

کلید واژه ها: امکانات بهداشتی / تحلیل هزینه سودمندی / هزینه - اثربخشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۷، صفحات: ۳۲-۲۴

مقدمه

سلامت حق مردم است که در کنفرانس بین المللی مراقبت های اولیه بهداشتی در آلماتا به عنوان واقعیتی انکارناپذیر پذیرفته شده است و تحقق آن علاوه بر بخش بهداشت، اقدام بسیاری از دیگر بخش های اجتماعی و اقتصادی را ایجاب می کند (۱). پیشرفت های روزافزون دانش و تکنولوژی پزشکی، تغییر در شیوه زندگی و رفتار اجتماعی با تاثیر بر الگوی بیماری ها و نیازهای پزشکی جوامع در کنار رشد شتابان جمعیت از یک سو و محدود بودن منابع انسانی و مالی از سوی دیگر بخصوص در کشورهای درحال توسعه، عرضه امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات جدی مواجه کرده است (۲).

علاوه بر اینها متاسفانه در این کشورها، منابع محدود به صورت ناکارآمد مصرف می شوند. اعتبار عمومی صرف خدماتی می شود که تناسب و اثربخشی لازم را ندارند. آنچه

سلامت حق مردم است که در کنفرانس بین المللی مراقبت های اولیه بهداشتی در آلماتا به عنوان واقعیتی انکارناپذیر پذیرفته شده است و تحقق آن علاوه بر بخش بهداشت، اقدام بسیاری از دیگر بخش های اجتماعی و اقتصادی را ایجاب می کند (۱). پیشرفت های روزافزون دانش و تکنولوژی پزشکی، تغییر در شیوه زندگی و رفتار اجتماعی با تاثیر بر الگوی بیماری ها و نیازهای پزشکی جوامع در کنار رشد شتابان جمعیت از یک سو و محدود بودن منابع انسانی و مالی از سوی دیگر بخصوص در کشورهای درحال توسعه، عرضه امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات جدی مواجه کرده است (۲).

علاوه بر اینها متاسفانه در این کشورها، منابع محدود به صورت ناکارآمد مصرف می شوند. اعتبار عمومی صرف خدماتی می شود که تناسب و اثربخشی لازم را ندارند. آنچه

در بررسی دیگری در سال ۱۳۷۴ در یازده شهرستان کشور، هزینه پرسنلی ۲۲٪، هزینه دارو و وسایل مصرفی ۶٪ و سهم سرمایه ۶۷٪ کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده بود(۸).

در مطالعه سال ۱۳۸۰ در مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان، هزینه مراکز روستائی به طور متوسط ۳۳۰ و هزینه مراکز شهری ۴۴۷ میلیون ریال بدست آمد که در همه مراکز بیشترین هزینه مربوط به هزینه پرسنلی بوده است(۱۱).

تحقیق دیگر در سال ۱۳۸۱ در مورد هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سنندج نشان داد که بودجه تخصیصی به هر مرکز و بر اساس هر برنامه بسیار کمتر از هزینه صرف شده برای هر خدمت و برنامه در مراکز فوق بوده است(۲).

چون تحلیل هزینه برنامه‌های مختلف مراکز بهداشتی و درمانی در برنامه‌ریزی بعدی و تعیین تعرفه واقعی خدمات و تخصیص منابع الزامی است(۱۲)، این مطالعه در سال ۱۳۸۲ در استان گیلان در سطح مراکز بهداشتی و درمانی به اجرا در آمد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی، از جامعه آماری شامل کلیه مراکز بهداشتی و درمانی استان گیلان به تعداد ۵۵ مرکز شهری و ۴۲ مرکز روستائی با توجه به دامنه هزینه‌های اعلام شده وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲، تعداد ۳۹ مرکز بهداشتی و درمانی به صورت ۲۰ مرکز شهری و ۱۹ مرکز روستائی به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

از منابع مختلف برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. اطلاعات پرسنلی از واحد طرح و گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان و استان، اطلاعات پرداختی از واحدهای حسابداری مراکز مربوطه در شهرستان‌ها، اطلاعات مربوط به آمار فعالیت‌های واحدهای مختلف مراکز از فرم‌های آماری سالانه، اطلاعات مربوط به دارو و تجهیزات مصرفی و غیرمصرفی از حواله‌های انبار و فرم‌های ثبت شده و در نهایت جهت قیمت ساختمان و وسایل نقلیه به قیمت روز

برای همه جا ندارد. طبیعی است که اصلاح دقیق سامانه بهداشتی از راه بررسی هر چه بهتر سیاست‌ها، کارائی، دسترسی، محدود کردن هزینه‌ها و پاسخگوئی به نیازهای جامعه امکان پذیر است(۵).

بخش بهداشت و درمان بخش وابسته‌ای است که به نسبت منابعی که در اختیار دارد باید بهترین عملکرد را داشته باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیش از نیمی از منابع ملی بهداشتی در کشورهای مختلف به هدر می‌روند. در کشورهای پیشرفته اقتصادی که بیش از ۸٪ تولید ناخالص ملی را صرف بهداشت می‌کنند، سالانه رقم قابل توجهی از آن تلف می‌شود(۶ و ۷). حتی اگر نیمی از منابع هدر رفته به دلیل بهره‌وری کم و استفاده نامناسب نیروی انسانی باشد، معقول خواهد بود که انتظار داشته باشیم با مدیریت صحیح، کاهش اساسی در منابع هدر رفته بوجود آید(۸).

کانادا از کشورهای پیشگام در اصلاح بخش بهداشت بوده است که در این زمینه با تشکیل سیستم پرداخت یکنواخت، پوشش همگانی خدمات پزشکی و پیشگیری، راه‌اندازی سیستم ثبت اطلاعات برطبق شواهد توانسته است گام‌های بلندی در کاهش هزینه پزشکی بردارد(۹).

در سال ۱۹۹۳ تحقیقات انجام شده در آلمان نیز نشان داد که بیش از ۶۰٪ کل بودجه بیمارستان‌ها صرف هزینه‌های کارکنان و حدود ۳۰٪ صرف دارو و تجهیزات پزشکی شده که با اصلاح مدیریت و افزایش بهره‌وری نیروی انسانی این میزان کاهش و به مصارف دیگر بهداشتی رسید(۷).

آمریکا نیز با تغییر سیستم پرداخت خدمات پزشکی، افزایش قدرت تصمیم‌گیری ایالتی همزمان با نظارت کشوری و با گسترش پوشش بهداشتی توانست به اصلاح سیستم بهداشتی خود پردازد(۱۰).

اما بررسی‌های انجام شده در ایران در این مورد بسیار محدود بوده است. تحقیق کریمی و آسائی در شهرستان یزد نشان داد که سهم هزینه پرسنلی از کل هزینه‌ها ۶۲٪، دارو ۱۲٪ و سهم سرمایه‌ای ۱۵٪ بوده است(۸).

طول یک سال و متوسط زمانبری خدمت مذکور در جدول‌های مربوطه ثبت و سپس ضریب زمانبری هر خدمت محاسبه شد. برای محاسبه متوسط زمان صرف شده برای هر خدمت به دلیل پیچیدگی آن و نیاز به صرف وقت زیاد و از طرفی وجود منابع و کتاب‌های قبلی از آنها استفاده شد (۱۴). با اندازه‌گیری سهم هر برنامه از فضای ساختمان، وسیله نقلیه، هزینه‌های عمومی، تجهیزات و پرسنلی و جمع آنها هزینه هر برنامه مشخص و سپس بر اساس ضریب زمانبری هر خدمت براساس متوسط زمانبری خدمات توسط وزارت بهداشت، هزینه خدمات مذکور محاسبه شد.

نتایج

در این بررسی میانگین کل هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهری اعم از جاری و سرمایه‌ای ۵۱۴۶۸۵۰۰۰ ریال با انحراف معیار ۲۴۲۰۹۹۱۲۳ ریال و در مراکز روستایی ۲۶۲۶۹۸۰۰۰ ریال با انحراف معیار ۷۹۵۴۰۰۰۰ ریال بدست آمد که بیشترین میزان مربوط به هزینه پرسنلی و سپس ساختمان بوده است (جدول ۱).

سهم هزینه‌های پرسنلی از هزینه‌های جاری مراکز روستایی به طور متوسط ۸۳٪ (۹۵٪-۶۷٪) و در مراکز شهری به طور متوسط ۸۰٪ (۹۲٪-۶۲٪) بوده است.

در این مطالعه کل زمان صرف شده برای کل خدمات سالانه در مراکز روستایی با میانگین ۶ پرسنل در مراکز فوق ۱۳۹۰۱۱ ± ۲۰۴۳۵۴ دقیقه (حدود ۳۴۰۶ ساعت در سال) با حداقل ۷۸۶۰۲ و حداکثر ۵۲۴۷۸۶ دقیقه بوده که این میزان در مراکز شهری با میانگین ۱۳،۵ پرسنل ۴۱۹۱۰۵ ± ۵۲۷۵۸۱ دقیقه (۸۷۹۳ ساعت در سال) با حداقل ۱۳۳۰۸۸ و حداکثر ۱۴۵۲۶۸۱ دقیقه بوده است.

از ۱۹ مراکز روستایی مورد بررسی فقط ۷ مرکز دارای تمام رده‌های مورد نیاز یک مرکز بهداشتی و درمانی استاندارد بودند که از آنها نیز ۳ مرکز نیروی تمام وقت نداشتند. اما در مراکز شهری فقط ۳ مرکز از ۲۰ مرکز مورد مطالعه نیروی

از مسئولان مربوطه و بنگاه معامله ملکی و خودرو استفاده شد.

در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده در فرم‌های مربوط به هر قسمت وارد و در بخش‌های زیر طبقه‌بندی شدند.

الف - هزینه‌های جاری:

۱- هزینه پرسنلی: کلیه مبالغ دریافتی در سال ۱۳۸۲ هر یک از پرسنل مشتمل بر حقوق، اضافه کاری، عیدی و پاداش، ماموریت، حق لباس و سایر موارد همچون جیره نقدی کارکنان؛

۲- اجاره ساختمان مرکز در صورت استیجاری بودن و هزینه نگهداری سالانه ساختمان

۳- هزینه وسایط نقلیه: سوخت، روغن، بیمه خودرو، تعمیر و نگهداری

۴- هزینه‌های عمومی مرکز: برق، تلفن، سوخت حرارتی، آب و.....

۵- هزینه دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی: کلیه داروهای مصرف شده سالانه، واکسن، سرنگ، دستکش، مواد شوینده و.....

ب - هزینه‌های سرمایه‌ای:

۱- هزینه استهلاک ساختمان: ارزش ریالی ساختمان مرکز در سال مطالعه بخش بر ۱۵ (عمر مفید ساختمان بر اساس استانداردهای کشوری ۱۵ سال تعیین شده است).

۲- هزینه استهلاک وسایط نقلیه: ارزش ریالی وسیله در سال مطالعه بخش بر ۱۰ (عمر مفید خودرو در ایران ۱۰ سال اعلام شده است).

۳- تجهیزات سرمایه‌ای و غیرمصرفی: قیمت کلیه دستگاهها و تجهیزات مرکز با عمر بیش از یک سال همچون واحد دندان‌پزشکی، اتوکلاو، تجهیزات آزمایشگاهی و..... بخش بر عمر مفید هر وسیله (۱۳). اطلاعات جمع‌آوری شده وارد رایانه شده و از نرم افزار آماری SPSS11.5 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای محاسبه هزینه هر برنامه و هر خدمت در برنامه مذکور، تعداد بار مراجعه هر خدمت در

انسانی لازم را نداشتند و تعدادی از این مراکز نیروی انسانی بیش از حد نیاز یا در رده‌های شغلی بالاتر داشتند. هزینه انجام هر خدمت در مراکز شهری و روستائی نیز براساس هزینه‌های جاری آنها محاسبه و در جدول ۴ آورده شده است (۱۴). قابل توجه آن که در هزینه تام انجام خدمات، باید علاوه بر هزینه‌های محاسبه شده، هزینه تجهیزات اختصاصی پاره‌ای از خدمات را نیز اضافه کرد.

جدول ۱: هزینه مراکز بهداشتی و درمانی شهری مورد مطالعه بر حسب نوع هزینه (هزارریال)

انواع هزینه	انحراف معیار ± میانگین (هزارریال)	درصد	حداقل (هزارریال)	حداکثر (هزارریال)
ساختمان	۱۰۶۲۰۲ ± ۸۹۹۸۱	۲۰	۲۰۴۰۰	۳۴۱۸۰۳
وسيله نقلیه	۱۹۹۸۹ ± ۱۰۳۸۸	۶	۱۱۶۸۶	۳۷۰۰۰
مصارف عمومی	۱۰۳۵۵ ± ۷۰۶۳	۲	۲۶۲۵	۲۵۶۱۳
پرستلی	۳۱۰۶۰۴ ± ۱۴۳۹۸۷	۶۱	۱۰۷۰۸۸	۶۱۲۶۶۱
دارو و تجهیزات مصرفی	۵۴۲۹۱ ± ۵۶۴۱۵	۱۰	۱۰۰۹۹	۲۷۳۰۰۰
تجهیزات غیر مصرفی	۸۱۱۰ ± ۷۹۵۸	۱	۴۵۰	۲۶۲۱۰
کل	۵۱۴۶۸۶ ± ۲۴۲۰۹۹	۱۰۰	۱۷۲۰۳۷	۱۱۲۵۸۰۶

جدول ۲: هزینه مراکز بهداشتی و درمانی روستائی مورد مطالعه بر حسب نوع هزینه (هزارریال)

انواع هزینه	انحراف معیار ± میانگین (هزارریال)	درصد	حداقل (هزارریال)	حداکثر (هزارریال)
ساختمان	۳۶۲۱۹ ± ۲۰۴۸۴	۱۴	۱۱۰۹۳	۷۶۶۶۷
وسيله نقلیه	۱۷۴۹۱ ± ۷۴۴۳	۶	۵۳۲۰	۳۹۵۰۰
مصارف عمومی	۳۸۸۶ ± ۲۱۶۶	۲	۶۳۰	۸۰۰۴
پرستلی	۱۷۹۳۴۱ ± ۶۴۵۴۵	۶۸	۸۰۵۷۶	۳۱۸۵۶۴
دارو و تجهیزات مصرفی	۲۳۲۸۹ ± ۲۰۰۹۰	۹	۲۸۹۸	۹۰۳۲۲
تجهیزات غیر مصرفی	۲۴۸۹ ± ۱۱۸۱	۱	۱۵۰	۴۴۰۰
کل	۲۶۲۶۹۹ ± ۷۹۵۴۰	۱۰۰	۱۶۲۱۳۶	۴۴۸۶۰۱

در این بررسی هزینه جاری مراکز بهداشتی و درمانی شهری ۳۸۶۶۷۶ هزار ریال (حداقل ۱۲۹۱۸۷۱۱۳ ریال و حداکثر ۷۷۴۶۸۵۸۷۹ ریال) و در مراکز روستائی ۲۱۴۶۰۶ هزار ریال (حداقل ۱۰۴۴۹۸۹۸۴ ریال و حداکثر ۴۰۱۷۷۲۹۶۹ ریال) به دست آمد.

جدول ۳: میانگین هزینه جاری مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستائی مورد مطالعه

نوع مرکز	انحراف معیار ± میانگین (هزارریال)	حداقل (هزارریال)	حداکثر (هزارریال)
شهری	۳۸۶۶۷۶ ± ۱۸۰۱۵۸	۱۲۹۱۸۷	۷۷۴۶۸۶
روستائی	۲۱۴۶۰۶ ± ۷۴۹۷۴	۱۰۴۴۹۹	۴۰۱۷۷۳

جدول ۴: هزینه واحد خدمت در مراکز تحت مطالعه بر حسب هزینه جاری (ریال)

مراکز بهداشتی و درمانی روستایی {انحراف معیار ± میانگین (ریال)}	مراکز بهداشتی و درمانی شهری {انحراف معیار ± میانگین (ریال)}	خدمت
۷۹۵۰۴ ± ۳۸۷۴۳	۵۸۷۱۱ ± ۳۱۰۸۷	پاپ اسمیر - گذاردن IUD
۲۶۵۰۱ ± ۱۲۹۱۴	۱۹۵۷۰ ± ۱۰۳۶۲	مراقبت قبل از ازدواج
۶۶۲۵ ± ۳۲۲۸	۴۸۹۲ ± ۲۵۹۰	نظارت بر تنظیم خانواده (قرص، کاندوم، ...)
۱۳۲۵۰ ± ۶۴۵۷	۹۷۸۵ ± ۵۱۸۱	مراقبت کودکان زیر ۶ سال
۱۳۲۵۰ ± ۶۴۵۷	۹۷۸۵ ± ۵۱۸۱	مراقبت از زنان باردار
۱۳۲۵۰ ± ۶۴۵۷	۹۷۸۵ ± ۵۱۸۱	مراقبت بعد از زایمان
۵۳۰۰۳ ± ۲۵۸۲۹	۳۹۱۴۱ ± ۲۰۷۲۵	کنترل بیماریهای اسهالی
۵۳۰۰۳ ± ۲۵۸۲۹	۳۹۱۴۱ ± ۲۰۷۲۵	کنترل عفونتهای حاد تنفسی
۵۳۰۰۳ ± ۲۵۸۲۹	۳۹۱۴۱ ± ۲۰۷۲۵	آموزش
۴۵۸۹۴ ± ۲۴۰۸۴	۳۹۱۴۱ ± ۲۰۷۲۵	بازدید بهداشت مدارس
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	نظارت و کنترل اماکن عمومی
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	بازدید و کنترل مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	کنترل مواد غذایی
۶۶۲۵ ± ۳۲۲۸	۴۸۹۲ ± ۲۵۹۰	کنترل آب آشامیدنی
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۷۳۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	رسیدگی به شکایات
۱۹۸۷۶ ± ۹۶۸۵	۱۴۶۷۷ ± ۷۷۷۱	صدور تاییدیه بهداشتی
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	نظارت بر امر مبارزه با حشرات و جوندگان
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	نظارت بر جمع آوری و دفع بهداشتی زباله
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	نظارت بر دفع صحیح فاضلاب و آبهای سطحی
۲۳۸۵۱۴ ± ۱۱۶۲۳۱	۱۷۶۱۳۵ ± ۹۳۲۶۲	جمع آوری و ارسال آمار و اطلاعات مربوطه
۲۶۵۰۱ ± ۱۲۹۱۴	۱۹۵۷۰ ± ۱۰۳۶۲	نظارت بر کارگاههای ۳۰ - ۴۰ نفره
۲۶۵۰۱ ± ۱۲۹۱۴	۱۹۵۷۰ ± ۱۰۳۶۲	انجام معاینات دوره ای کارگران
۲۶۵۰۱ ± ۱۲۹۱۴	۱۹۵۷۰ ± ۱۰۳۶۲	بازدید و نظارت بر کارگاههای کوچک
۳۹۷۵۲ ± ۱۹۳۷۱	۲۹۳۵۵ ± ۱۵۵۴۳	آموزش
۶۶۲۵ ± ۳۲۲۸	۴۸۹۲ ± ۲۵۹۰	ایمن سازی
۲۳۸۵۱۴ ± ۱۱۶۲۳۱	۱۷۶۱۳۵ ± ۹۳۲۶۰	جمع آوری و تحلیل اطلاعات
۶۶۸۳۹ ± ۳۳۱۷۰	۴۷۶۳۸ ± ۲۶۶۱۴	جراحی دهان و دندان
۳۳۴۱۹ ± ۱۶۵۸۵	۲۳۸۱۹ ± ۱۳۳۰۷	پرکردن دندان
۱۱۱۳۹ ± ۵۵۲۸	۷۹۳۹ ± ۴۴۳۵	کشیدن دندان
۵۵۶۹ ± ۲۷۶۴	۳۹۶۹ ± ۲۲۱۷	معاینه دندان
۶۶۸۳۹ ± ۳۳۱۷۰	۴۷۶۳۸ ± ۲۶۶۱۴	جرم گیری
۳۳۴۱۹ ± ۱۶۵۸۵	۲۳۸۱۹ ± ۱۳۳۰۷	آموزش بهداشت دهان و دندان
۱۳۲۵۰ ± ۶۴۵۷	۹۷۸۵ ± ۵۱۸۱	معاینه پزشکی

بحث و نتیجه گیری

۱۳۸۲، در کلیه رده‌های پرسنلی ناچیز است. طبیعتاً دریافت ناچیز حقوق و مزایای پرسنل در انگیزه کارکنان و مسئولیت‌پذیری آنان تاثیر به سزائی دارد که جا دارد مسئولان در نظام پرداخت هماهنگ حقوق کارکنان دولت و واقعی نمودن دستمزد کارکنان توجه بیشتری مبذول دارند. نکته دوم این که اختلاف بسیار کمی در میزان دریافتی پرسنل براساس رده‌های شغلی با مدارک تحصیلی مختلف دیده می‌شود، به طوریکه بین دریافتی پزشک و دندانپزشک با مدرک دکتری عمومی با رده‌های کاردانی، دیپلم و زیر دیپلم، اختلاف ناچیزی وجود دارد. بی‌عدالتی در پرداخت‌ها براساس مدارج شغلی از آفت‌های نظام اداری در کشورهای درحال توسعه و کشور ما است (۱۶) که جا دارد هرچه سریع‌تر بازبینی شود.

در این تحقیق نشان داده شد که اکثر مراکز بهداشتی و درمانی روستائی (۷۹٪)، رده‌های پرسنلی مورد نیاز را براساس استانداردهای کشوری ندارند. طبیعتاً نبود این نیروها برکارائی مراکز و برون داد مطلوب آنها تاثیر بسیار منفی می‌گذارد. اگرچه در مراکز شهری نسبت به مراکز روستائی وضعیت بهتر بود، اما در آنجا نیز فاصله با وضعیت مطلوب بسیار زیاد است. کمبود نیروی انسانی در پاره‌ای از مراکز و تجمع بیش از نیاز در مراکز دیگر باعث نقصان خدمات در تعدادی از مراکز و افزایش بار هزینه در جاهای دیگر شده‌است. تاکید بیشتر بر این است که بر اساس سیستم شبکه بهداشت و درمان کشور، اصل عدالت در توزیع نیروهای انسانی بین مناطق شهری و روستائی در تمامی نقاط رعایت شود.

از نظر زمان مفید کاری، با توجه به زمان صرف شده برای کلیه خدمات در مراکز شهری و روستائی، متوسط کارکرد پرسنل در شبانه روز با احتساب ۲۵۰ روز کاری در سال در مراکز روستائی ۱۳۵ دقیقه در روز (۲ ساعت و ربع در شبانه روز) و در مراکز شهری این میزان ۱۵۶ دقیقه (۲ ساعت و نیم در شبانه روز) بدست آمد که اگرچه با زمان کاری

این تحقیق نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۲ هزینه کل ارائه خدمات در مراکز بهداشتی- درمانی شهری حدود ۵۱۴ و در مناطق روستائی ۲۶۲ میلیون ریال بوده‌است که این میزان بدون در نظر گرفتن هزینه‌های سرمایه‌ای و فقط براساس هزینه‌های جاری در مراکز شهری ۳۸۶ میلیون ریال و در مراکز روستائی ۲۱۴ میلیون ریال برآورد شده و علت اصلی اختلاف بین این دو هزینه مربوط به بالا بودن قیمت ساختمان، خودرو و تجهیزات غیرمصرفی است. براساس گزارش سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در سال ۱۳۸۲ برای هر مرکز بهداشتی و درمانی روستائی ۱۱۶ میلیون ریال و برای هر مرکز بهداشتی و درمانی شهری ۲۱۸ میلیون ریال اعتبار پیش‌بینی شده بود (۱۵) که این میزان حتی از میزان برآورد هزینه‌های جاری مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی بسیار پائین‌تر است. اختلاف بین هزینه‌های محاسبه شده در این تحقیق و اعتبارات تخصیص داده شده توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی جای بررسی و تامل بیشتری دارد.

در این مطالعه بیشترین هزینه مربوط به مراکز بهداشتی و درمانی را هزینه پرسنلی تشکیل داده است که نتیجه سایر بررسی‌ها نیز چنین بوده‌است (۲، ۷، ۸ و ۱۱). منابع انسانی مهم‌ترین سرمایه هر سازمان هستند و توجه به مدیریت بهینه این منابع بخصوص در بخش‌های دولتی در تمام کشورها هدف اصلی سازمان‌ها است. این منابع در بخش بهداشت و درمان به لحاظ ارائه خدمات حیاتی اهمیت بیشتری دارند، لذا با توجه به این که افزایش کارائی، اثربخشی و بهره‌وری این منابع مهم‌ترین وظیفه مدیران است، به نظر می‌رسد که بازنگری در مدیریت منابع انسانی براساس رویکردهای نوین در بخش دولتی نظام بهداشت و درمان اولویت داشته باشد.

توجه به مبالغ دریافتی سالانه پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی، دو نکته را آشکار می‌سازد: اول اینکه این مبالغ نسبت به تورم اقتصادی و خط فقر تعیین شده کشور در سال

غیرقابل جبرانی بر پیکره سلامت جامعه وارد خواهد ساخت. تحقیق دامنه‌دار در این مورد در تمام مناطق کشور نشان خواهد داد که با توجه به گستردگی کشورمان و اختلاف جغرافیایی و گوناگونی فرهنگی این نکته بردستری به خدمات و بار مراجعه مراکز تاثیرگذار است.

اعتبار نامتعادل از یک سو و بی‌انگیزگی کارکنان، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها، بی‌برنامه‌گی و جهت‌دار نبودن فعالیت‌های کارکنان منجر به بهره‌وری بسیار کم در برابر پرداختی شده است (۱۶).

در نهایت توجه به مدیریت عملکرد کارکنان به جای مدیریت سنتی و تبدیل حقوق و مزایای کارکنان به صورت پیمانکاری مبتنی بر عملکرد، همچنین، واگذاری خدمات درمانی مراکز به بخش خصوصی توأم با حمایت و نظارت بر کیفیت مطلوب خدمات از طرف بخش دولتی پیشنهاد می‌شود. **تشکر و قدردانی:** این مطالعه با حمایت مالی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور انجام شده است که از کلیه مسئولان مربوطه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، از همکاران محترم واحدهای گسترش شبکه و حسابداری شهرستان‌ها و استان گیلان به پاس همکاری بی‌دریغ سپاسگزاری می‌کنیم.

ایده‌آل فاصله زیادی دارد (۱۴) اما با توجه به پوشش بیش از یک مرکز توسط تعداد زیادی از پرسنل بهداشتی، در مورد کارکرد پرسنل نمی‌توان به طور قطعی اظهار نظر کرد و برای این کار به مطالعات دقیق‌تری نیاز است.

در نهایت این تحقیق توانسته است هزینه کلیه خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی را محاسبه کند، هرچند که در این مطالعه هزینه‌های بالاسری (Overhead Expenditure) که برای تعیین تعرفه‌های خدمات ارائه شده لازم است محاسبه نشده اما نگاهی این چنین موشکافانه به محاسبه قیمت تمام شده خدمات نیز می‌تواند کمک بزرگی به تعیین تعرفه واقعی خدمات بکند. مقایسه قیمت تمام شده خدمات در این مطالعه با مناطق دیگر و در زمان‌های مختلف، روند افزایش قیمت خدمات را نشان می‌دهد (۲، ۸ و ۱۱).

برخی از خدمات نیز همچون خدمات دندانپزشکی به دلیل کمبود نیروی انسانی، کمی بار مراجعه و بالا بودن قیمت تجهیزات، هزینه بسیار بالایی بر دوش مراکز بهداشتی و درمانی قرار داده است.

در مجموع مطالعه فوق‌گویی این یافته است که تخصیص اعتبار بدون توجه به هزینه‌های تمام شده خدمات

منابع

1. WHO. Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva; World Health Organization, 1981.
- 2- غریبی، فردین؛ زارعی، مژده: تحلیل هزینه درمانی مراکز بهداشتی و درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۸۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۸۱، سال هفتم شماره بیست و ششم، صص: ۵۰ - ۴۳.
3. Nabarro D, Cassels A. Strengthening Health Management Capacity in Developing Countries. London, Overseas development administration, 1994.
4. Broomberg J. Managing the Health Care Market in Developing Countries: Prospects and Problems. Health Policy and Planning 1994; 9(3): 237- 251.
5. OECD. The Reform of Health Care System: a Review of Seventeen OECD Countries. Health Policy Studies 1994; Paris: No5.
6. Hall J. Incremental Change in the Australian Health Care System. Health Aff 1999; 18(3): 95- 110.
7. Burchardi H, Schuster HP, Zielmann S. Cost Containment: Europe, Germany. New Horiz 1994; 2(3): 364-74.
- 8- نعمت، رحیم؛ نقوی، محسن: تعیین هزینه خدمات و واحدهای بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۷۴ در سطح ۱۱ شهرستان کشور. پایان‌نامه چاپ نشر، کارشناسی ارشد بهداشت عمومی (MPH)، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.

9. Davies BJ. Cost Containment Mechanisms in Canada. *Croat Med J* 1999; 40(2): 287- 93.
10. Holahan J, Moon M, Welch WP, Zuckerman S. An American Approach to Health System Reform. *JAMA* 1991; 265(19): 2537- 40.
- ۱۱- خانی، محمد؛ حسینی، سید حسین: تحلیل هزینه خدمات بهداشتی و درمانی در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستائی استان زنجان. پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲، سال ۲۷ شماره ۲، صص: ۱۳۹ - ۱۲۹.
- ۱۲- شادپور، کامل؛ پیله رودی، سیروس: بهداشت برای همه و مراقبتهای بهداشتی اولیه. تهران؛ تندیس، ۱۳۸۱.
- ۱۳- شادپور، کامل؛ جمشید بیگی، عصمت: تحلیل هزینه در مراقبتهای اولیه بهداشتی. تهران؛ عقیق، ۱۳۷۶.
- ۱۴- پیله رودی، سیروس: خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی. تهران؛ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹.
- ۱۵- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور: آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها و دانشکدههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۲: بخشنامه ابلاغی به شماره ۶۲۱/۱۴۰۲۱ مورخه ۱۳۸۲/۲/۱.
- ۱۶- وطنخواه، سودابه؛ [ودیگران]: روندهای جدید در مدیریت منابع انسانی، آشنائی و نحوه استقرار مدیریت مبتنی بر عملکرد کارکنان. تهران؛ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
17. Nabarro D, Cassels A. Forum on Health Sector Reform. Geneva; World Health Organization, 1994.

Unit Analysis of Health Care Centers in Urban and Rural Area of Guilan

*Mohtasham Amiri Z. (M.D)¹ - Rahimi Kalamroudi H. (M.Ph)² - Davoudi A. (M.D)²

* **Corresponding Author:** Medicine Community Department, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E- mail: mohtashamaz@yahoo.com

Received: 6/ May/ 2007

Accepted: 4/May/ 2008

Abstract

Introduction: Cost analysis of different programs of health care centers is a very important tool for future managing and determining the real cost of health facilities and budget which needed.

Objective: Determine the expenses of health care centers of Guilan province in 2002.

Materials and Methods: In a descriptive study, 20 urban and 19 rural health care centers were selected through random sampling. Costs were classified to capital costs (values of buildings, vehicles, unusable materials and equipments) and recurrent costs (costs of buildings' repairs, usable materials, drugs, vaccines, personnel's salaries). A checklist was used for data collecting and analysis was done with SPSS version 11.5 software.

Results: Mean total costs of urban health care centers, consisted of capital costs and recurrent costs were 514 million Rials with standard deviation of 242 million Rials. These costs were amount 262 ± 79 million Rials in rural health care centers. The most common type of costs was personnel's salaries (60%) and then buildings' values (15%-20%). Recurrent costs of urban and rural health care centers were 386 and 214 million Rials, respectively.

Conclusion: Governmental budgets aren't enough for health care centers that might have a great impact on their qualities. Pay more attention to human resources managing and concession facilities to private sections could be helpful to control of these costs. Similar studies are recommended in other areas.

Key words: Cost Benefit Analysis/ Cost Effectiveness/ Health Facilities

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 67, Pages 24-32