

- وصول مقاله: ۹۸/۱۰/۱۸
- اصلاح نهایی: ۹۸/۱۱/۴
- پذیرش نهایی: ۹۸/۱۱/۵

## بررسی ابعاد خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان

سیدعلی موسی‌نای‌زارع<sup>۱</sup>، امیراشکان نصیری‌پور<sup>۲</sup>، انیسه نیکروان<sup>۳</sup>، آلیا ریاحی<sup>۴</sup>، آکامران حاجی‌نبی<sup>۵</sup>

چکیده

**مقدمه:** منابع نظام سلامت محدود و مصارف آن نامحدود است. بنابراین استفاده از استراتژی صحیح مدیریتی در جهت به حداکثر رساندن کارایی و بهروری سیستم الزامی است. از اینرو این مطالعه با هدف بررسی ابعاد خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان انجام شد.

**روش پژوهش:** این مطالعه کیفی در ۱۱ بیمارستان انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از راهنمای نیمه ساختاری مصاحبه مدل اصلاحات سازمانی بانک جهانی استفاده گردید. با روش نمونه‌گیری هدفمند با ۲۸ نفر از مدیران ارشد بیمارستان‌ها مصاحبه شد. از روش تحلیل محتوا برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید.

**یافته‌ها:** ابعاد اصلی خودگردانی بیمارستان‌ها شامل حق تصمیم‌گیری در مدیریت استراتژیک، مدیریت منابع مالی، مدیریت منابع انسانی و مدیریت منابع فیزیکی؛ صاحب اختیار مانده مالی؛ مواجهه با بازار تدارکات و محصول؛ کارکردهای اجتماعی و ساختار حاکمیتی و پاسخگویی بودند. حق تصمیم‌گیری در مدیریت استراتژیک، منابع انسانی و فیزیکی محدود بود. بیمارستان‌ها در بازار محصول دارای رقابت بودند ولیکن اختیارشان در بازار تدارکات محدودیت داشت. بیمارستان‌ها با نظام سلسله مراتبی و ساختار پاسخگویی رئیس و مرئوسی، صاحب اختیار مانده مالی خود نبودند. هزینه کارکردهای اجتماعی آنها به طور کامل جبران نمی‌شد.

**نتیجه‌گیری:** اعطای خودگردانی در برخی ابعاد نظیر مدیریت منابع مالی، مواجهه با بازار محصول و کارکردهای اجتماعی پیشرفته‌ایی داشته است ولی در ابعاد مدیریت استراتژیک، مدیریت منابع انسانی، مدیریت منابع فیزیکی، مواجهه با بازار تدارکات و ساختار حاکمیتی و پاسخگویی ناچیز بوده است. در این موارد می‌بایست حق تصمیم‌گیری بیشتری به بیمارستان‌ها واگذار شود.

**کلیدواژه‌ها:** بیمارستان، خودگردانی، اصلاحات سازمانی، تمرکززدایی.

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: [nasiripour@srbiau.ac.ir](mailto:nasiripour@srbiau.ac.ir)

۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

مختلف خودگردانی به بیمارستان‌های دولتی را می‌توان روی یک طیف در نظر گرفت [۳،۲]. در این طیف چهار الگوی سازمانی برای بیمارستان‌ها تعریف شده است که عبارتند از:

بیمارستان‌های بودجه‌ای: این مراکز واحدهای اداری وابسته به سطوح بالاتر منطقه ای یا کشوری می‌باشند. بیمارستان‌های خودگردان: این مراکز ضمن مواجهه با بازار از اختیار و مسئولیت بیشتری در اداره امور برخوردار می‌باشند.

بیمارستان‌های شرکتی: مالکیت این مراکز دولتی است و از الگوی تصمیم‌گیری بخش خصوصی در اداره آن استفاده می‌گردد.

بیمارستان‌های خصوصی: مالکیت این مراکز چه به صورت انتفاعی یا غیر انتفاعی در اختیار بخش خصوصی است. 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 [۶]. (جدول ۱)

بنابراین بر اساس الگوی پرکر وهاردینگ یک بیمارستان دولتی بر اساس درجه خود گردانی که به آن اعطا می‌گردد؛ می‌تواند در هر نقطه‌ای روی طیف فوق قرار بگیرد. 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 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 [۴].

در نظام سلامت کشور در سطح ملی تمام تصمیمات مربوط به تعیین اهداف، سیاست‌ها و تخصیص منابع با دریافت اطلاعات از سایر نهادهای تاثیرگذار به صورت متمرکز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اتخاذ می‌گردد. در سطح استانی نیز دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئول ارائه خدمات سلامت، آموزش و پژوهش و همچنین پایش فعالیت‌های بخش خصوصی می‌باشند [۷]. در این نظام، مسئولیت

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 پیش بینی نیست و این خدمات بسیار هزینه بر هستند. از طرفی کارایی و بهره‌وری پایین بسیاری از بنگاه‌های دولتی، کیفیت نه چندان 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 کم درآمد و همچنین کشورهای با درآمد متوسط، نظام‌های سلامت خود را بر پایه تأمین اعتبار (بودجه) دولتی بنا نموده‌اند. این نظام‌ها به صورت بوروکراسی‌هایی عمودی در درون بخش عمومی ظهور کرده‌اند [۲]. همان‌طور که می‌شود پیش بینی کرد بیمارستان‌های عمومی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت، به صورت واحدهایی بودجه‌ای شکل گرفته و به شیوه متمرکز اداره می‌شوند [۳]. 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 [۴]. از جمله دلایل مهم رشد سریع هزینه‌های درمان نسبت به درآمد در کشورهای در حال توسعه می‌توان به عدم کارایی مدیریت در استفاده از منابع اشاره نمود. این عامل، ضرورت بازنگری در مناسبات این بخش و انجام اصلاحات سازمانی را دو چندان می‌کند. چرا که ادامه روند یاد شده حتی برای نگه داشتن سطح فعلی ارائه خدمات به صورت سرانه برای بسیاری از کشورها ممکن نیست [۵]. الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی ابزار مناسبی برای مطالعه اصلاحات سازمانی بیمارستان‌ها است. این مدل بر پایه ۵ محور حق تصمیم‌گیری، مواجهه با بازار، صاحب اختیار مانده مالی، پاسخگویی به ذینفعان و کارکردهای اجتماعی قرار دارد [۱]. بر اساس این الگو اعطای درجات

مبتنی بر ایدئولوژی بوده است تا شواهد به طوری که علی‌رغم اجرای طرح‌های اصلاحی متعدد در بیمارستان‌های کشور، شواهد اندکی در خصوص پیامد و نحوه اجرای آنها در دسترس می‌باشد. بنابراین انجام پژوهشی که با استفاده از نظر مدیران ارشد بیمارستان‌ها به بررسی نحوه و چگونگی اداره امور این مراکز بپردازد و بتواند با ارائه چهارچوبی شفاف برای شناخت ابعاد کلیدی اثرگذار بر سیستم خودگردانی بیمارستان‌ها و پرداختن به نقاط ضعف و قوت آن در تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد مدیران در هدایت منابع محدود نظام سلامت به حداکثر بهره‌وری موثر باشد ضروری به نظر می‌رسد. از اینرو این مطالعه با هدف بررسی ابعاد خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان انجام گردید.

### روش پژوهش

برای بررسی ابعاد و مولفه‌های اصلی خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان از روش کیفی استفاده گردید. ابتدا با مراجعه به منابع کتابخانه‌ای چهارچوب مفهومی برخاسته از مفاهیم نظری تدوین شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه بود. برای انجام این کار از راهنمای نیمه ساختاری مصاحبه مدل اصلاحات سازمانی بانک جهانی (پرکر ۲۰۰۳) به نقل از جعفری [۱] استفاده گردید. محدود کردن جامعه پژوهش به بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان به علت زمان بر بودن مرحله گردآوری داده‌ها از طریق انجام مصاحبه بود. دارا بودن بیش از صد تخت فعال و قرار نگرفتن در طرح کشوری بیمارستان‌های هیأت امنایی به عنوان شاخص‌های ورود بیمارستان‌ها به مطالعه تعریف گردیدند. بر این اساس از بین بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان ۱۱ بیمارستان برای مطالعه انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در هر یک از بیمارستان‌های مورد پژوهش با رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان و مدیر امور مالی بیمارستان مصاحبه انجام گرفت. در حین انجام مصاحبه در بیمارستان‌ها با افراد دیگری نیز که از نظر تیم پژوهش، کلیدی و صاحب

ارائه خدمات درمانی به عهده بیمارستان‌ها می‌باشد و اطلاعات سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۷ حاکی از این است که ۶۳ درصد از این مراکز دولتی و تحت پوشش این وزارتخانه بوده و مابقی متعلق به بخش خصوصی، تامین اجتماعی و سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها می‌باشد [۸].

اصلاحات در نظام سلامت ایران با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ آغاز گردید. با تصویب تشکیلات و وظایف این وزارتخانه، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به عنوان یکی از ارکان وزارت بهداشت محسوب گردیدند [۹]. چندین سال بعد دستورالعمل نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها توسط معاونت درمان وزارت بهداشت تدوین، تصویب و ابلاغ گردید [۱۰] و به بیمارستان‌های عمومی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر درآمدزایی نمایند. با وجود این که این طرح؛ به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل پرداخت بود [۱۱].

پس از گذشت یک دهه صاحب‌نظران حوزه سلامت، ضعف را در ساختار مدیریتی و اقتصادی بیمارستان‌ها دیدند و به موجب الزام قانونی برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، طرح اصلاح ساختار مدیریتی و اقتصادی بیمارستان‌ها توسط مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت و با محوریت کاهش تصدی‌گری، مدیریت مبتنی بر عملکرد، مدیریت نگهداشت، مدیریت HIS، بودجه ریزی عملیاتی، محاسبه قیمت تمام شده و برنامه ریزی استراتژیک بیمارستان ارائه و در تعدادی از بیمارستان‌های پایلوت اجرا شد [۱۲]. برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز وزارت بهداشت را مکلف به اجرای طرح هیئت امنایی شدن بیمارستان‌ها نمود تا با اجرای آن دو هدف عمده افزایش اختیارات جهت تصمیم‌گیری و پاسخگویی، تسریع فعالیت‌ها، کاهش بوروکراسی و دیگری افزایش منابع در دسترس تحقق یابد [۱۳].

با بررسی اصلاحات انجام گرفته در نظام سلامت کشور می‌توان به این نکته پی برد که بسیاری از این اصلاحات

می‌کند» (p15). به عنوان مثال «تصمیم در مورد آموزشی بودن یا نبودن بیمارستان بر عهده دانشگاه است. بیمارستان ما پتانسیل تبدیل شدن به یک مرکز آموزشی را دارد ولی تصمیم دانشگاه بر این بوده که آموزشی نباشد» (p21). مدیران بیمارستان‌های مورد پژوهش هم‌چنین f به عدم هماهنگی بین مأموریت و تصمیم‌های استراتژیک معاونت‌های مختلف دانشگاه اشاره کرده و اظهار داشتند که «هر یک از معاونت‌های دانشگاه با توجه به اهداف تعیین شده در حوزه کاری و بدون در نظر گرفتن موازی کاری یا تداخل وظایف با معاونت‌های دیگر وظایفی را برای ما تبیین می‌کنند» (p16).

در خصوص حق برنامه‌ریزی مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند که «بیمارستان در اکثر امور خود دچار روزمرگی بوده و در این وضعیت برنامه‌ریزی معنی و مفهوم خاصی ندارد» (p10). آنها انتقاد داشتند که «در اکثر موارد برنامه‌ریزی به صورت متمرکز توسط دانشگاه صورت می‌گیرد و بیمارستان حق برنامه‌ریزی چندانی در این مورد ندارد» (p13). از طرف دیگر هماهنگی ضعیف بین سیاست‌گذاری و اجرا از ویژگی‌های رویکرد متمرکز است. در همین زمینه مصاحبه شوندگان اظهار داشتند «آنهاست که در تدوین برنامه‌ها نقش دارند در ستاد هستند و از مشکلات واقعی بیمارستان خبر ندارند و به همین دلیل برنامه‌ریزی آنها ضمانت و قابلیت اجرایی ندارد» (p16). مصاحبه شوندگان جابجایی مدیریت‌ها و مشکلات مالی را از مهم‌ترین دلایل عدم اجرای برنامه‌ها دانسته و در برخی از موارد به این نکته اشاره داشتند که «خیلی از برنامه‌ها و طرح‌ها با استفاده از روابط انجام می‌شود» (p11).

مصاحبه شوندگان در مورد تدوین و تنظیم بودجه اذعان داشتند که «وقتی بیمارستان اختیار چندانی برای برنامه‌ریزی ندارد؛ بنابراین در بخش مالی هم اختیار برنامه‌ریزی یا همان بودجه بندی را ندارد» (p25). آنها هم‌چنین بیان داشتند که «علی‌رغم ادعای عملیاتی شدن بودجه بندی بیمارستان، این فرآیند هنوز به صورت سنتی انجام می‌گردد» (p14). در نهایت مصاحبه شوندگان این نکته را مطرح کردند که «در صورت تدوین

اطلاعات تشخیص داده شدند مصاحبه انجام گردید و در نهایت پس از انجام مصاحبه با ۲۸ نفر از مدیران ارشد بیمارستان‌ها اشباع داده‌ها حاصل شد. در قسمت یافته‌ها حرف P به همراه شماره به معنی حرف مصاحبه شونده‌ای است که از او نقل قول گردیده است.

در مرحله بعد با استفاده از روش تحلیل محتوا به تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها پرداخته شد تا ابعاد و مولفه‌های اصلی خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان مشخص گردد. این شیوه به صورت اختصاصی برای تحلیل داده‌ها در مطالعات حوزه سیاست‌گذاری طراحی گردیده است (۱۴). در این فرآیند تحلیلی ابتدا چارچوب موضوعی اولیه بر اساس ادبیات پژوهش، سؤالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای موضوعی طراحی گردید. ایندکس کردن اولیه مصاحبه‌ها توسط یکی از پژوهشگران و با کمک نرم افزار MAXQDA انجام گرفت و بخش‌های مختلفی از داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط موضوعی در قالب ۱۳۲ کد ایندکس شد. این کدها بارها توسط اعضای گروه پژوهش مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته و سرانجام پس از حذف کدهای تکراری ۱۲۱ کد نهایی گردید. با طبقه‌بندی این کدها ۳۰ مولفه بدست آمد و در نهایت با ترکیب مولفه‌های مشابه و هم‌راستا با یکدیگر ۸ بعد خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان مشخص گردید.

### یافته‌ها

نتایج پژوهش بیانگر این است که الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی (جدول ۱) هرچند خیلی کلی می‌باشد ولیکن ابزار مناسبی برای مطالعه اصلاحات سازمانی بیمارستان است. بر همین اساس در این مطالعه ۸ موضوع و ۳۰ زیر موضوع شناسایی شد. (جدول ۲) حق تصمیم‌گیری بیمارستان‌ها در مدیریت استراتژیک محدود بود. مصاحبه شوندگان در این مورد بیان داشتند که «وقتی که اختیار شناسایی و تعریف مسایل استراتژیک بیمارستان را نداریم؛ مدیریت استراتژیک دارای معنی و مفهوم خاصی نیست» (p22). «دانشگاه مسایل استراتژیک را برای بیمارستان تعریف

بیمارستان توسط مدیریت تشکیلات دانشگاه تهیه و ابلاغ می‌گردد» (p26) و «بیمارستان در طراحی و اصلاح آن مشارکت محدودی دارد» (p12). آنان اذعان نمودند که «تاریخ تصویب تشکیلات موجود به گذشته دور برمی‌گردد. هرچند تهیه و ابلاغ چارت جدید در دست اقدام است. چنانچه در کلیه پست‌های موجود نیز نیروی انسانی به کارگیری شوند؛ باز هم به دلیل گسترش فعالیت‌های بیمارستان و عدم پیش‌بینی شرایط جدید در چارت قدیمی، مشکلاتی گریبان‌گیر بیمارستان خواهد بود» (p20). مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که «چارت واقعی بیمارستان با چارت کاغذی ابلاغی تفاوت بسیار دارد و آنها مجبور شده‌اند برخی پرسنل را در پست‌های غیرمرتبط به کار گیرند که این موضوع باعث هدر رفتن مهارت‌های آنان می‌شود» (p8). «با توجه به شرایط احراز شغل، خیلی از پرسنل در جایگاه واقعی خود به کارگیری نشده‌اند» (p28).

در فرایند استخدام نیروی انسانی هیچ اختیاری برای بیمارستان تعریف نگردیده است. در واقع «بیمارستان در استخدام نیروی انسانی هیچ حقی ندارد» (p19). «دانشگاه علوم پزشکی نیروی انسانی را برای بیمارستان انتخاب، گزینش و استخدام می‌کند» (p2). در این مورد مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که اولاً «رویه به کارگرفته شده در جذب و به کارگیری نیروی انسانی فرآیندی زمان‌بر می‌باشد» (p28) و ثانیاً «در برخی از موارد نیروهای استخدامی جدید از نظر کیفی کارمندان مناسبی برای بیمارستان نیستند و نیاز واقعی مجموعه را برآورده نمی‌سازند» (p7). مصاحبه‌شوندگان اذعان نمودند که «بیمارستان در برخی از موارد برای حل مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی مجبور می‌شود بدون در نظر گرفتن شرایط احراز شغل، نیروی انسانی دارای مدرک کارشناسی را با شرایط یک فرد دارای مدرک دیپلم به کارگیری نماید» (p6). از طرف دیگر «بیمارستان برای صدور خاتمه کار نیروی انسانی اختیار چندانی ندارد چون کارمندان رسمی توسط قوانین و مقررات دولتی در مصونیت قرار دارند» (p23). این اختیار در مراکز آموزشی و درمانی به مراتب کمتر می‌باشد زیرا «فعالیت‌های

بودجه توسط بیمارستان نیز مراتب می‌بایست به تأیید و تصویب دانشگاه برسد» (p17). به همین خاطر در آخرین ماه هر سال رئیس و مدیر بیمارستان باید به دانشگاه مراجعه کنند تا «رایزنی‌های لازم را برای تصویب بودجه پیشنهادی به عمل آورند» (p10). بر همین اساس مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که «بودجه ریزی، رایزنی و روابط غیررسمی خاص خودش را می‌طلبد» (p9). بیمارستان‌های خودگردان به صورت ترکیبی تأمین اعتبار می‌شوند. بعد از تصویب نهایی بودجه بیمارستان «دانشگاه بودجه یا همان تفاهم‌نامه را که در آن پیش‌بینی هزینه‌ها و پرداخت آن از منابع دولتی و درآمد اختصاصی مشخص گردیده، به بیمارستان ابلاغ می‌کند» (p11).

بودجه دولتی به طور کلی شامل ردیف‌های جاری پرداخت حقوق کارکنان رسمی و تملک دارایی که باید برای عمران مورد استفاده قرار گیرد و همچنین کدهای فرعی حمایتی مثل بیماران خاص می‌شود. مدیران مراکز مورد پژوهش بیان کردند که «تقریباً ۷۰٪ از منابع درآمدی بیمارستان توسط سازمان‌های بیمه گر و ۳۰٪ هم از محل درآمد نقدی تأمین اعتبار می‌گردند» (p17). آنها اذعان کردند که «تأمین اعتبار از محل درآمد نقدی شامل فرانشیز، پرداخت‌های نقدی بابت خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه گر و پرداخت‌های نقدی افراد بیمه نشده است» (p18). هزینه کردن بودجه خطی دولتی به صورتی سختگیرانه و غیرمنعطف توسط دولت کنترل می‌شود. در مورد هزینه کردن درآمد اختصاصی بیمارستان، مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که «درآمد کسب شده روزانه به حساب غیرقابل برداشت خزانه کشور به نام دانشگاه علوم پزشکی واریز می‌گردد که پس از کسر ۱۷٪ سهم دانشگاه و ۱۰٪ ذخیره احتیاطی، در قالب بودجه به بیمارستان تخصیص داده می‌شود» (p24). البته «هزینه کردن درآمد اختصاصی جز در موارد محدود بر اساس خواست و نظر دانشگاه انجام می‌شود» (p27).

بیمارستان خودگردان باید قادر به تهیه چارت سازمانی و شرح وظایف کارکنان خود باشد. در این مورد مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که «چارت و تشکیلات سازمانی

طی مراحل قانونی انجام گردد» (p3). «بدون هماهنگی با گروه فنی دانشگاه چند متر رنگ نیز نمی‌توانیم بزنیم یا یک درب را در دیواری برداریم» (p26) «همه امور مربوط به تعمیرات ساختمان و تاسیسات باید از زیر نظر گروه فنی دانشگاه بگذرد» (p13).

مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند که نه تنها «اکثر بیمارستان‌ها مازاد درآمدی ندارند که بخواهند مطالبه آن را از دانشگاه داشته باشند» (p11). بلکه «اگر هم وجوه نقدی در پایان سال اضافه بیاید این نظر در بیمارستان وجود دارد که آن را به دانشگاه برنگردانند و به هر نحوی هزینه اش کنند» (p28). چون «به دانشگاه در خصوص برگشت مازاد درآمدی به بیمارستان در سال مالی جدید اطمینانی وجود ندارد» (p8). مصاحبه شوندگان به این نکته انتقاد داشتند که «وقتی که درآمد بیمارستان بیشتر باشد دانشگاه مازاد درآمدی را به بیمارستان‌های کم درآمد اختصاص می‌دهد» (p24). در واحدهای بودجه‌ای، دولت صاحب اختیار مانده مالی است. در خصوص پاسخگویی در برابر کسری‌ها، مصاحبه شوندگان در خصوص نحوه پاسخگویی در مقابل کسری منابع مالی اعتقاد داشتند که دانشگاه می‌بایست علت کسری را بررسی کند. «چنانچه کسری منابع سیستماتیک و منطقی بود نباید کسی مقصر قلمداد گردد» (p7) ولی اگر دلیل کسری برای دانشگاه قابل پذیرش نبود مدیران بیمارستان باید پاسخگو باشند. «اگر کسری ناشی از سوء مدیریت باشد دانشگاه برخورد می‌کند» (p12) و حتی در برخی از موارد «برای رئیس یک بیمارستان دیگر ابلاغ صادر می‌گردد تا اوضاع را سر و سامان بدهد» (p21).

مصاحبه شوندگان سه مورد را به عنوان مهم‌ترین موارد سیستماتیک کسری منابع مالی معرفی نمودند: تأخیر در اختصاص بودجه دولتی؛ تعرفه‌های غیرواقعی؛ تأخیر در پرداخت و کسورات بیمه‌ای. مصاحبه شوندگان همچنین اعتقاد داشتند که «اگر بیمارستان نتواند برای جبران کسری منابع مالی اقدامی انجام دهد؛ تأثیرش هنگام نیاز به انجام هزینه‌های ضروری مشخص می‌گردد» (p18). «اگر بیمارستان کسری بودجه آورد ناچار است که پرداخت‌های پرسنلی و غیر پرسنلی را با تأخیر انجام دهد

آموزشی و درمانی در این بیمارستان‌ها تحت نظارت اعضای هیأت علمی انجام شده و این گروه‌های تخصصی هستند که مسؤلیت استخدام و اخراج نیروی انسانی را بر عهده دارند» (p5).

مصاحبه شوندگان در مورد کنترل کمی و کیفی نیرو انسانی اذعان داشتند که «میزان عمل به شرح وظایف توسط کارمندان غیر هیأت علمی خیلی بیشتر از اعضای هیأت علمی است» (p4). بیشتر مصاحبه شوندگان در بیمارستان‌های آموزشی شکایت داشتند که «کنترل چندانی بر روی ورود و خروج و عملکرد اعضای هیأت علمی در بیمارستان‌های آموزشی وجود ندارد. البته قوانین در این رابطه وجود دارند ولی ضمانت اجرایی آن کم رنگ شده است» (p22). بیشتر مصاحبه شوندگان در خصوص پرداخت‌های پرسنلی معتقد بودند که «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد (قاصدک) ناعادلانه بوده و معیار درستی برای سنجش عملکرد کارکنان نیست» (p3). آنان اذعان داشتند که «طراحی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد (قاصدک) توسط وزارت بهداشت صورت گرفته و بیمارستان اختیاری برای تغییر یا اصلاح آن ندارد» (p27).

مصاحبه شوندگان معتقد بودند که «مراکز درمانی جزء اموال دولتی محسوب می‌گردند و باید آیین نامه اموال در مورد آنها اجرا شود» (p4). «از آنجائیکه دانشگاه مالک است؛ این رویه منطقی به نظر می‌رسد» (p1). کنترل یک شرکت از حقوق اساسی مالک آن است. دولت برای کنترل دارایی‌های خود به عنوان مالک دارای اهرم‌ها و ابزارهای ویژه‌ای است. در این مورد کلیه دارایی‌های منقول بیمارستان‌ها دارای برجسب اموال بوده و توسط حسابدار امین اموال بیمارستان‌ها و اداره اموال دانشگاه کنترل می‌شوند. مصاحبه شوندگان اذعان نمودند که «هر یک از اموال بیمارستان که برجسب خورده و ثبت گردد جزء دارایی‌های دانشگاه محسوب می‌شود» (p15). از طرفی دانشگاه علوم پزشکی اصرار زیادی به دخالت مستقیم در موارد ادغام، تعمیرات و ساخت و سازهای بیمارستان‌ها دارد. «هر گونه جابجایی، خرید و فروش منابع فیزیکی باید با کسب مجوز از دانشگاه و پس از

است و بیمارستان می‌بایست مجوز و موافقت دانشگاه را اخذ نماید» (p19) و این کار باید در کمیسیون مناقصه دانشگاه انجام شود. در نهایت مصاحبه شونده‌گان به دو ترفند برای حل مشکلات و کاهش محدودیت‌ها اشاره کردند: برای عدم انجام فرآیند مناقصه گاهی «بیمارستان مبلغ کل خرید کالا یا خدمات را در چند فاکتور و هر کدام زیر قیمت سقف معاملات کوچک از فروشنده اخذ می‌نماید» (p4). «هر ساله مناقصه صورت می‌گیرد و صرفاً نام شرکت تغییر می‌کند در حالی که نیروی انسانی در بیمارستان به صورت ثابت مشغول فعالیت می‌باشد» (p23).

مصاحبه شونده‌گان ادعان داشتند که «درآمد بیمارستان از اجرای طرح خودگردانی می‌باشد و مواجهه با بازار یعنی این که بیمارستان باید مانند یک شرکت درآمدزا عمل کند» (p3) و «بیمارستان مجبور است که در این عرصه به رقابت بپردازد» (p18). مواجهه با بازار رقابتی از عوامل حیاتی یک خودگردانی موفق است. با این وجود اعتقاد مصاحبه شونده‌گان بر این بود که «رقابت در بازار موجود عادلانه نیست و بیمارستان در اغلب موارد با مشکلات زیادی در این بازار مواجه می‌باشد» (p1). مصاحبه شونده‌گان انتقاد داشتند که «بیمارستان‌ها هیچ گونه مشارکتی در تعیین تعرفه‌ها ندارند» (p13). «مبلغ تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی دولتی پایین تر از مبلغ هزینه‌های واقعی بیمارستان است که این امر باعث بروز مشکلات جدی برای مراکز می‌گردد» (p1). «پایین بودن تعرفه‌های بخش دولتی به خصوصی باعث دریافت وجوه خارج از تعرفه و ارجاع بیماران به مراکز و مطب‌های خصوصی می‌گردد» (p19). تعرفه‌های دولتی در بهترین حالت شاید هزینه‌ها را پوشش دهند. میزان تعرفه‌های دولتی قابل مقایسه و رقابت با تعرفه‌های خصوصی نیست. «برای یک کار یکسان در بخش خصوصی و دولتی بیش از چندین برابر تفاوت وجود دارد» (p2).

دست چین کردن بیماران یکی از مشکلات بیمارستان‌هاست. مراکز خصوصی در یک طیف از بیماران مشابه به جذب بیماران پولدار می‌پردازند که این امر باعث گردیده تا «بخش دولتی صرفاً ارایه دهنده

مثلاً بیمارستان ما یک سال است که کارانه و اضافه کار پرداخت نکرده است» (p14). در اینگونه مواقع امکان ایجاد وقفه در خدمت رسانی بیمارستان نیز وجود دارد. تحریم عرضه کنندگان مواد اولیه اثری بسیار منفی روی عملکرد بیمارستان می‌گذارد. «برخی از شرکت‌های دارو و تجهیزات به دلیل مطالبات، بیمارستان را در لیست سیاه مشتریان بد حساب وارد نموده و از فروش اقلام به بیمارستان خودداری می‌نمایند» (p9). «همواره به صورت متناوب ادارات آب، برق و گاز، بیمارستان را تهدید به قطع خدمت رسانی می‌نمایند» (p6). در برخی از موارد «دانشگاه قصد دارد جهت کاهش هزینه‌ها بیمارستان‌ها را در هم ادغام نماید» (p23).

مصاحبه شونده‌گان در مورد موضوعات مرتبط با مواجهه با بازار تدارکات و محصول بیان داشتند که حق تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان‌ها در بازار تدارکات یک حق بسیار حیاتی است. آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور معاملات دولتی را در سه دسته معاملات کوچک، متوسط و بزرگ طبقه‌بندی کرده است. بیمارستان‌های عمومی حق خرید کالا یا خدمات تا سقف معاملات کوچک را دارند «در موارد بالاتر از سقف معاملات کوچک، بیمارستان باید از دانشگاه مجوز بگیرد» (p25). مصاحبه شونده‌گان در خصوص الزام بیمارستان به خرید از ارایه دهندگان خاص بیان داشتند که «هیچ گونه اجباری در این مورد وجود ندارد و خرید کالا و خدمات با صرفه و صلاح سیستم صورت می‌گیرد» (p20). «در برخی از موارد نظیر خرید برخی از اقلام دارو و تجهیزات پزشکی، خرید متمرکز توسط دانشگاه صورت می‌گیرد» (p14).

بر اساس آیین نامه مالی و معاملاتی، مناقصه مربوط به خریدهای بالاتر از دسته معاملات کوچک باید در دانشگاه انجام شود. مصاحبه شونده‌گان به این موضوع انتقاد داشتند که «شرکتی برنده مناقصه می‌گردد که حائز پایین ترین قیمت گردد و در برخی از موارد بیش می‌آید یک شرکت جهت برنده شدن در مناقصه از کیفیت کالا یا خدمات بکاهد» (p5). در خصوص برون سپاری «در اغلب موارد مبلغ قرارداد بالای سقف معاملات کوچک

مصاحبه شوندگان در مورد موضوعات مرتبط با کارکردهای اجتماعی بیان داشتند که بهره‌مندی از خدمات سلامت حق همه مردم کشور است و «بیمارستان مجاز به عدم پذیرش بیماران فاقد بضاعت مالی نیست» (p26). به طور کلی «در حال حاضر اکثر بیماران دارای بیمه می‌باشند» (p20). ولی مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند که بسته بیمه‌ای ارائه شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر ناکامل بوده و بعضی از خدمات بیمارستانی و اقلام دارویی را پوشش نمی‌دهد. «پیش از اجرای طرح تحول سلامت، همراهان بیماران بستری خیلی از اقلام مربوط به تجهیزات پزشکی مثل پروتزهای مورد نیاز برای اعمال ارتوپدی و جراحی مغز و اعصاب را خودشان تهیه می‌کردند ولی الان بیمارستان موظف به تامین آن می‌باشد که این موضوع مبلغ قابل پرداخت توسط بیمار در زمان بستری را کاهش داده است» (p8). «به دلیل محدودیت منابع و بر اساس دستورالعمل دانشگاه تهیه دارو و تجهیزات مصرفی در زمان بستری زیر شش ساعت بر عهده همراه بیمار است» (p24). مصاحبه شوندگان در مورد نحوه پرداخت فرانشیز افراد بی بضاعت اظهار داشتند که «این افراد از بدو پذیرش یا هنگام ترخیص به واحد مددکاری بیمارستان معرفی می‌گردند تا پس از انجام تحقیقات و تایید مراتب نسبت به اعمال تخفیف درصدی از فرانشیز اقدام گردد» (p12). مصاحبه شوندگان انتقاد داشتند که «دولت باید هزینه کارکردهای اجتماعی بیمارستان را جبران نماید ولی هزینه کارکردهای اجتماعی بیمارستان در عمل نه تنها جبران نمی‌شود بلکه سر به سر هم نمی‌شود» (p27) و بیمارستان معمولاً یک درصدی ضرر می‌کند. به اعتقاد مصاحبه شوندگان هزینه بیماران فاقد بیمه، پرسنل بیمارستان، افراد مجهول‌الیه و زندانی و همچنین هزینه‌های آموزشی از مهم‌ترین مواردی بودند که هزینه‌های واقعی آنها جبران نمی‌گردد. در حالی که بیمارستان موظف به ارایه آنها است.

مصاحبه شوندگان در مورد موضوعات مرتبط با ساختار حاکمیتی و پاسخگویی بیان داشتند که نظام اداری بیمارستان را ساختار سازمانی آن شکل می‌دهد. آنان در

خدمات تشخیصی درمانی به افراد کم درآمد باشد» (p15). از طرفی پزشکان در این مراکز به جذب نوع خاصی از بیماری‌های ساده و پر درآمد می‌پردازند و «کلیه موارد پیچیده و دردسر ساز و بیماران بی بضاعت را به بخش دولتی ارجاع می‌دهند» (p11). همچنین مصاحبه شوندگان به پدیده دست چین کردن فعال بیماران که نوع خیلی شدید آن به بیمارزدی معروف است اشاره کرده و بیان داشتند که «برخی از پرسنل بیمارستان در هدایت بیماران واجد شرایط به مراکز خصوصی با این مراکز همکاری دارند» (p16). «این پرسنل ممکن است از هر بخش یا واحدی باشند. از نگرهبان بیمارستان تا پزشک جراح» (p9). نوع دیگر این پدیده به دست چین کردن تعرفه‌گرا معروف است. «تعرفه‌ها باعث شده که برخی از خدمات درمانی که دارای تعرفه بالاتری هستند به نحوی به بخش خصوصی منتقل شده و در مقابل آن دسته جراحی‌هایی که تعرفه پایین دارند در مراکز دولتی انجام شوند» (p4).

مصاحبه شوندگان در مورد پرداخت‌های غیر رسمی بیان داشتند که «پرداخت‌های غیر رسمی که از آن به عنوان پول زیر میزی یاد می‌شود از عوارض سیستم پرداخت نظام سلامت کشور است» (P21). «قطعا چنین پدیده‌ای وجود دارد» (P14). «واقعی نبودن تعرفه‌های دولتی و فاصله زیاد آن با تعرفه‌های خصوصی علت اصلی رواج این پدیده است» (P17) و «برخی از پزشکان از این طریق مشکل غیرواقعی بودن تعرفه‌ها را حل می‌کنند» (P28). مصاحبه شوندگان بیان داشتند که «این پرداخت‌ها یک توافق بین بیمار و پزشک است و بیمارستان در این فرآیند نقشی ندارد» (p6). از طرفی برخی مصاحبه شوندگان نیز از یک توافق غیر رسمی برد برد بین بیمارستان و پزشکان خبر داده و بیان کردند که «به پزشکان اطلاع داده شده که می‌توانند بیمارشان را از مطب به بیمارستان آورده و عمل نمایند. آنها پول خودشان را بر اساس تعرفه خصوصی از بیمار دریافت نموده و بیمارستان نیز تعرفه دولتی خود را دریافت می‌کند که این موضوع باعث افزایش درصد اشغال تخت بیمارستان نیز می‌گردد» (p3).



بنابراین با توجه به نتایج پژوهش، چارچوبی روشن برای شناسایی عوامل اصلی تاثیرگذار بر خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان طراحی و میزان اعطای خودگردانی به این مراکز مشخص گردید. (جدول ۳)

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ابعاد خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان بررسی شد و نتایج پژوهش بیانگر این است که بیمارستان‌ها دارای خودگردانی نامتعادل و متناقض می‌باشند. در برخی زمینه‌ها پیشرفت‌های قابل توجهی ایجاد شده است ولی میزان اعطای خودگردانی در سایر ابعاد ناچیز است. ساختارهای سازمانی نامتعادل در اصلاحات سازمانی انجام شده در کشور رومانی، ۱۱ کشور اروپای شرقی و همچنین مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران نیز گزارش شده است [۴-۱۵-۱۶]. در واحدهای بودجه‌ای، قوانین و دستورالعمل‌های سلسله‌مراتبی همه مسایل استراتژیک و حتی تصمیم‌گیری‌های روزمره را تعریف و کنترل می‌کنند [۱۷]. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه جهت انجام برنامه‌ریزی استراتژیک در مراکز، حق تصمیم‌گیری لازم تفویض نشده است. در ضمن از آنجائی که منابع مالی و انسانی برنامه‌های بلندمدت توسط دانشگاه تامین می‌گردد؛ در موارد انجام برنامه‌ریزی توسط مدیران بیمارستان‌ها نیز این برنامه‌ها باید به تأیید دانشگاه برسند که در این مورد می‌بایست اقدامات اصلاحی انجام شده و حق تصمیم‌گیری بیشتری به بیمارستان‌ها واگذار شود. چنین محدودیتی در بیمارستان‌های خودگردان شده چین، اندونزی و تونس و همچنین مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران نیز گزارش شده است [۴-۱۸-۱۹].

بیمارستان‌های خودگردان بصورت ترکیبی تامینی اعتبار می‌شوند [۲۰]. تامین اعتبار از محل ردیف‌های جاری دولتی و درآمد اختصاصی این مراکز است. هزینه کرد بودجه دولتی به صورتی سختگیرانه و غیرمنعطف توسط دولت کنترل می‌شود [۲۱]. این بررسی نشان داد که

این خصوص اذعان کردند که «رئیس بیمارستان بر اساس نمودار سازمانی در راس سازمان است و این به معنی وجود سلسله‌مراتب رئیس و مرئوس در بیمارستان است» [۲۲] که این از مهم‌ترین ویژگی‌هایی بیشتر بیمارستان‌های دولتی است. رئیس بیمارستان معمولاً یک پزشک متخصص است که «توسط رییس دانشگاه تعیین می‌گردد و بیمارستان در این رابطه هیچ نقشی ندارد» [۲۷]. «رئیس باید دستورات مقامات بالاتر از خود در دانشگاه را اجرا کند و در نهایت به مسئولین مافوق پاسخگو است» [۲۲]. مصاحبه شوندگان بیان داشتند که کمیته‌های بیمارستانی به عنوان سازوکاری برای تصمیم‌گیری مشارکتی در نظر گرفته شده اند ولیکن «رئیس بیمارستان از آنجائیکه مسئولیت نهایی کلیه امور با وی است؛ حق و تو تصمیمات کمیته‌ها را دارد» [۲۵]. مصاحبه شوندگان از عدم وجود وحدت فرماندهی در دانشگاه انتقاد نموده و اذعان داشتند که «بیمارستان باید به همه معاونت‌های دانشگاه پاسخگو باشد ولیکن انتظارات واحدهای مختلف دانشگاه با هم در تناقض است» [۲۵]. مصاحبه شوندگان در مورد اعتبار بخشی بیمارستان اظهار داشتند که «علی‌رغم وجود سنجه‌های اعتبار بخشی، بیمارستان با رویکرد بازرسی مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد» [۲۱]. ایشان همچنین به انجام برخی اقدامات غیرواقعی برای کسب رتبه بالاتر در اعتباربخشی اشاره و بیان داشتند که «در برخی از مراکز کمیته تشکیل نمی‌شود ولی جهت اخذ امتیاز مربوطه نسبت به تنظیم صورتجلسه اقدام می‌گردد» [۲۱۰]. مدیران بیمارستان در خصوص نحوه هزینه کردن بودجه دولتی به دولت پاسخگو هستند. مصاحبه شوندگان در این مورد اذعان نمودند که «روند پاسخگویی مالی سختگیرانه و غیرمنعطف است» [۲۱۷]. دیوان محاسبات وظیفه رسیدگی و حسابرسی کلیه حساب‌های بیمارستان‌ها را بر عهده دارد. مصاحبه شوندگان اذعان داشتند که «رسیدگی‌ها و حسابرسی‌های بسیاری که انجام می‌گیرد قدرت ریسک کردن را از مجموعه گرفته و قبل از انجام هر کار می‌بایست به فکر پاسخگویی به نهادهای نظارتی بود» [۲۱۲].

با نظر کارشناسان مدیریت منابع فیزیکی دانشگاه صورت می‌گیرد که در این رابطه می‌بایست حق تصمیم‌گیری بیشتری به بیمارستان‌ها واگذار شود. چنین مواردی در بخش دولتی کشورهای جنوب صحرای آفریقا و هم‌چنین مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران نیز گزارش شده است (۴-۲۵). بر اساس قانون حداقل پنج درصد از مبالغ درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها به دانشگاه تعلق می‌گیرد (۱۰). مابقی این درآمد باید با مشخص شدن ردیف هزینه‌ای به حساب بیمارستان‌ها واریز گردد که در مورد این اطمینان نزد مدیران این مراکز وجود ندارد. برگشت مشوق‌های مالی مانند مازاد درآمد به بیمارستان‌ها عموماً به عنوان یکی از عوامل مکمل خودگردانی این مراکز باید در کانون توجهات قرار می‌گیرد (۲۸). به عبارت دیگر فرصت‌های درآمدزایی بیشتر زمانی می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها شوند که این مراکز صاحب اختیار مانده مالی خود باشند (۲۹). ولی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که این امکان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی وجود ندارد. در عوض امکان اختصاص مانده وجوه مربوط به درآمد اختصاصی بیمارستان‌های پردرآمد به بیمارستان‌های کم درآمد وجود دارد که مظهر آن پرداخت مطالبات پرسنلی کلیه بیمارستان‌ها به صورت همزمان است. در واقع وضعیت فعلی، انگیزه مدیران و پرسنل بیمارستان‌ها در افزایش درآمد را از بین برده است. اکثر بیمارستان‌ها نمی‌توانند برای جبران کسری منابع مالی اقدام نمایند و به دلیل انباشت بدهی‌ها، پرداخت‌ها را با تاخیر انجام می‌دهند. این رویکرد شاید از منظر کارکردهای اجتماعی قابل قبول باشد؛ اما با اصول خودگردانی همخوانی نداشته و باید اصلاحاتی در آن صورت گیرد. روی هم انبار شدن کسری منابع مالی در خلال سال‌ها در کشور رومانی، مجارستان و هم‌چنین مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران نیز گزارش شده است (۴-۱۵-۳۰).

آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور معاملات دولتی را در سه دسته معاملات کوچک، متوسط و بزرگ طبقه‌بندی کرده است (۳۱). بر اساس

هزینه کرد بودجه اختصاصی جز در موارد محدود بر اساس خواست و نظر دانشگاه انجام می‌شود که در این مورد می‌بایست اقدامات اصلاحی انجام شده و در خصوص تنظیم، تصویب و هزینه کرد بودجه مالی نیز حق تصمیم‌گیری بیشتری به بیمارستان‌ها واگذار شود. چنین رویه‌ای در کشورهای در حال توسعه دیگر و هم‌چنین مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران نیز گزارش شده است (۴-۲۲-۲۳).

بیمارستان‌های خودگردان باید قادر به تهیه چارت سازمانی و شرح وظایف کارکنان خود باشد (۲۴). نوع رابطه استخدامی اکثر پرسنل بیمارستان‌های مورد پژوهش رسمی است و در فرایند استخدام این نیروها هیچ اختیاری برای بیمارستان‌ها تعریف نگردیده است. این اختیار در مراکز آموزشی درمانی و در مواجهه با اصلی‌ترین نیروهای این مراکز یعنی اعضای هیأت علمی به مراتب کمتر می‌باشد و مدیریت بر این نیروها را با چالش بزرگی مواجه نموده است. مطالعات دیگر نیز تایید کننده این مطلب است که بیمارستان‌های عمومی در کشورهای در حال توسعه هیچ کنترلی بر استخدام و اخراج نیروهای رسمی خود ندارند و این کار توسط دولت انجام می‌شود (۴-۲۲-۲۵). چنین ادعا می‌شود که عدم وجود اختیار در مدیریت منابع انسانی روند اصلاحات سازمانی بیمارستان را کند می‌کند (۲۶). از این رو نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این است که تجدید نظر در حیطه مدیریت منابع انسانی از مهم‌ترین اقداماتی است که سیاستگذاران نظام سلامت باید نسبت به انجام آن مبادرت نموده و با تغییر آیین نامه اداری و استخدامی حق تصمیم‌گیری در مورد نیروی انسانی را به بیمارستان‌ها اعطا نمی‌نمایند.

دولت برای کنترل دارایی‌های خود به عنوان مالک دارای اهرم‌ها و ابزارهای ویژه‌ای است (۲۷) نتایج حاصل از این بررسی بیانگر این است که هر گونه جابجایی، خرید و فروش منابع فیزیکی با کسب مجوز از دانشگاه و پس از طی مراحل قانونی انجام می‌گردد. از طرفی کلیه امور مربوط به تعمیرات ساختمان و تاسیسات بیمارستان‌ها نیز

نظام اداری بیمارستان‌های دولتی را ساختار سازمانی آنها شکل می‌دهد و این از مهم‌ترین ویژگی‌هایی اکثر این مراکز است [۱۷-۱۸]. در بیشتر بیمارستان‌های دولتی به خصوص در کشورهای در حال توسعه رئیس بیمارستان با رویکردهای سیاسی منصوب می‌شود (۳۶). در حالی که یک بیمارستان خودگردان کامل، معمولاً توسط هیات امناء اداره می‌شود [۳۲]. اگرچه اداره بیمارستان‌ها به صورت هیات امناء با مشکلات و معضلات فراوانی رو به رو می‌باشد [۳۸-۳۷] - ولیکن رابطه جدا ناپذیری بین نظام اداری و ساز و کار پاسخگویی وجود دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که نظام اداری بیمارستان‌ها یکی از ابتدایی‌ترین حوزه‌هایی است که باید اصلاح شود و همگام با استقرار نظام‌های اداری هیأت امنایی و مشارکتی در این مراکز می‌بایست ساز و کارهای پاسخگویی سلسله مراتبی سنتی نیز به سمت ساز و کارهای قانونمند، قراردادی و پیامدگرا سوق داده شوند.

بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده، خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان باید متعادل شده و مداخلاتی در ابعاد هشتگانه اصلاحات سازمانی در این مراکز صورت گیرد. نظام سلسله مراتبی بیمارستان‌ها باید به سمت نظام‌های مشارکتی سوق داده شود. در بعد مدیریت استراتژیک، منابع انسانی و فیزیکی و بازار تدارکات باید حق تصمیم‌گیری بیشتری به این مراکز واگذار شود. بیمارستان‌ها باید صاحب اختیار مانده مالی خود بوده و سود و زیان ناشی از عملکرد این مراکز به خودشان برگردد. برای کنترل عملکرد و کارکردهای اجتماعی بیمارستان‌ها به روشهای نوین و قانون مند نیاز بوده و هزینه‌های مربوطه می‌بایست به طور کامل توسط دولت جبران گردد. در نهایت با توجه به اینکه تعمیم پذیری نتایج به دلیل محدودیت داده‌ها و تعداد کم واحدهای مورد مطالعه از محدودیت‌های این پژوهش بود ولیکن سیاستگذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت می‌بایست براساس مطالعات کارشناسی و توافق علمی مبتنی بر شواهد، درجه خودگردانی مناسب را برای بیمارستان‌ها تعیین و آن را به طور کامل در هشت بعدی که اشاره شد به بیمارستان‌ها اعطا نمایند. در غیر این صورت شاید لغو خودگردانی بیمارستان‌ها و

نتایج این بررسی حق تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان‌ها در بازار تدارکات یک حق بسیار حیاتی است. بنابراین علاوه بر اعطای حق خرید کالا یا خدمات تا سقف معاملات کوچک می‌بایست حق تصمیم‌گیری بیشتری به آنها واگذار شود. همان‌طور که در بسیاری از مطالعات گزارش شده است در جریان خودگردانی بودجه دولتی بیمارستان‌های عمومی تقلیل یافته و این مراکز برای درآمدزایی به بازار وارد می‌شوند [۲۵-۴]. مواجهه با بازار محصول یعنی این که بیمارستان‌ها باید مانند یک شرکت درآمدزا عمل کنند. این مواجهه با بازار رقابتی از عوامل حیاتی یک خودگردانی موفق است [۳۲]. بنابراین با توجه به این که تعرفه‌های دولتی در بهترین حالت شاید فقط هزینه‌ها را پوشش دهند [۳۳]. محاسبه قیمت تمام شده خدمات و واقعی نمودن تعرفه‌ها و اعطای اختیارات بیشتر به بیمارستان‌ها می‌تواند این مراکز را از موقعیت انفعالی در بازار رقابتی بیرون آورد. همچنین تبدیل بودجه بیمارستان‌ها از خطی به گلوبال می‌تواند حق تصمیم‌گیری مدیران این مراکز را در هزینه کردن منابع مالی در اختیار ارتقا دهد. چنین اصلاحاتی برای اعطای خودگردانی به بیمارستان‌ها حیاتی قلمداد می‌شود ولی متأسفانه در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور مورد کم توجهی قرار گرفته است.

بهره مندی از خدمات سلامت حق همه مردم کشور است. برای حصول اطمینان از مورد غفلت قرار نگرفتن کارکردهای اجتماعی و اهداف عدالت محور بیمارستان‌ها، ایجاد یک سری از استثنائات پرداختی برای حمایت از اقشار کم درآمد بسیار اساسی است [۳۴]. چنین ادعا می‌شود که هر چه بیمارستان‌ها بیشتر تحت فشار مالی بازار قرار می‌گیرند؛ امکان مورد غفلت قرار گرفتن آرایه خدمات به اقشار کم درآمد بیشتر می‌شود [۴-۳۵]. بنابراین بر اساس نتایج این مطالعه چنانچه نظام سلامت جهت ایفای این رسالت در نظر دارد با قانون و اهرم‌هایی نظیر مالکیت، بیمارستان‌ها را مجبور به آرایه خدمات تشخیصی درمانی به اقشار کم درآمد کند؛ می‌بایست ساز و کار جبران آن را نیز طراحی و اجرا نماید چرا که عدم جبران این هزینه‌ها به بیمارستان‌های خودگردان و در نهایت به مردم ضربه وارد می‌نماید.

پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. این مقاله حاصل رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد.

بازگشت به ساختار بودجه‌ای سابق برای نظام سلامت و مردم فایده بیشتری داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مدیران ارشد دانشگاه و هم‌چنین بیمارستان‌های مورد

### جدول ۱ - الگوی سازمانی بیمارستان‌ها

انواع بیمارستان	بیمارستان‌های بودجه‌ای	بیمارستان‌های خودگردان	بیمارستان‌های شرکتی	بیمارستان‌های خصوصی
ابعاد سازمانی	خارج از بیمارستان	داخل بیمارستان		
حق تصمیم‌گیری	هیچ	کامل		
مواجهه با بازار	خزانه	بیمارستان		
صاحب اختیار مانده مالی	مستقیم (ساختار سلسله مراتبی)	غیر مستقیم (مقررات و قراردادهای)		
ساختار پاسخگویی	تعهدات تلویحی (بدون تأمین اعتبار)	تعهدات دقیق و شفاف (با تأمین اعتبار)		
کارکردهای اجتماعی				

### جدول ۲ - ابعاد کلیدی خودگردانی بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان

موضوع	زیر موضوع
(۱) حق تصمیم‌گیری در مدیریت استراتژیک	(۱) تعیین رسالت، مأموریت و اهداف (۲) حق برنامه‌ریزی و نحوه اجرای آن (۳) رایزنی جهت تصویب برنامه‌ها
(۲) حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع مالی	(۱) تنظیم بودجه مالی (۲) تأمین منابع مالی (۳) نحوه هزینه کردن منابع مالی
(۳) حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی	(۱) چارت سازمانی و شرح وظایف (۲) استخدام و اخراج نیروی انسانی (۳) ارزیابی کمی و کیفی نیروی انسانی (۴) روش پرداخت به نیروی انسانی
(۴) حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی	(۱) کنترل منابع فیزیکی (۲) خرید و فروش منابع فیزیکی (۳) ساخت و ساز و تعمیر منابع فیزیکی
(۵) صاحب اختیار مانده مالی	(۱) دانشگاه به عنوان صاحب اختیار مانده مالی (۲) پاسخگویی در قبال کسری منابع مالی (۳) بودجه غیر قابل انعطاف و انباشت بدهی‌ها

<p>(۱) تعیین محدودیت و سقف برای خرید                  (۲) خرید از ارائه‌کنندگان خاص                  (۳) خرید متمرکز توسط دانشگاه                  (۴) خرید خدمات از طریق برون‌سپاری                  (۵) رقابت در بازار ناعادلانه و نابرابر                  (۶) غیرواقعی بودن تعرفه‌ها                  (۷) پرداخت‌های غیر رسمی</p>	<p>(۶) مواجهه با بازار تدارکات و محصول</p>
<p>(۱) عدم پوشش کامل خدمات در بسته بیمه ای                  (۲) طرح‌های بیمه ای اقشار آسیب پذیر                  (۳) ناکافی بودن بودجه دولتی جهت جبران کامل هزینه‌ها</p>	<p>(۷) کارکردهای اجتماعی</p>
<p>(۱) ساختار و پاسخگویی سلسله مراتبی                  (۲) عدم وجود وحدت فرماندهی                  (۳) رویکرد بازرسی در اعتباربخشی                  (۴) پاسخگویی مالی به نهادهای نظارتی</p>	<p>(۸) ساختار حاکمیتی و پاسخگویی</p>

جدول ۳ - میزان خودگردانی اعطا شده به بیمارستان‌های دانشگاهی گیلان

موضوع	بیمارستان بودجه‌ای	بیمارستان خودگردان	بیمارستان شرکتی	بیمارستان خصوصی
حق تصمیم‌گیری در مدیریت استراتژیک	←			
حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع مالی	←	←		
حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی	←			
حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی	←			
صاحب اختیار مانده مالی	←	←		
مواجهه با بازار تدارکات و محصول	←	←		
کارکردهای اجتماعی	←	←		
ساختار حاکمیتی و پاسخگویی	←			

**Reference:**

- 1- Preker AS, Harding A. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. World Bank Publications, 2003.
- 2- Arocena P, Garci Prado A. Accounting for quality in the measurement of hospital performance: evidence from Costa Rica. Health Econ. (2007); 16(7): 667-85.
- 3- Bogue RJ, Hall Jr M, La Forgia GM, Gerard M. Hospital Governance in Latin America. Washington D.C: World Bank 2007.
4. 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[in Persian].
5. Mohebbifar R, Shoghli AR, Ramzani M, Khoshnam KH. The Comparison of Financing Share of the Hospitals of Zanjan University of Medical Sciences During the Fourth Economical, Social and Cultural Development Plan. Hesabdari Salamat. 2012; (1): 5-20. [in Persian].
- 6-Castao R, Bitran RA, Giedion U. Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services. Partners for Health Reformplus, Abt Associates, 2004.
- 7- WHO. Regional Health Systems Observatory, Health Systems Profile-Islamic Republic of Iran. EMRO, WHO; 2002.
- 8- Ministry of Health and Medical Education. Especificaciones of hospitals in the country. Available at: <http://avab.behdasht.gov.ir/hospital>. Cited 2018 July 04. [in Persian].
- 9- Parliament(Majles) of I.R. Iran. The laws of new structure and duties of MOHME. 1988. Available at: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws>. Cited 2018 July 03. [in Persian].
- 10- Health Deputy of MOHME. New payment mechanism instructions (fee - for- services).1995. Available at: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/alllaws> . Cited 2018 July 03. [in Persian].
- 11- Sadaghiani E. Hospital organization and management. 1th Edition. Tehran: Jahan Rayaneh; 1998: 96-115. [in Persian].
- 12- Secretariat of hospital economical & management reform. Introduction of hospital economical & management reform MOHME. 2003. Available at:<http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws>. Cited 2018 July 04. [in Persian].
- 13- Ministry of Health and Medical Education. MOHME related laws. Available at: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws>. Cited 2018 July 04. [in Persian].
- 14- Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground a qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health policy 2008; 85: 148-61.
- 15- Duran A, Chanturidze T, Gheorghe A, Moreno A. Assessment of Public Hospital Governance in Romania: Lessons from 10 Case Studies. Int J Health Policy Manag. 2019; 8(4): 199–210.
- 16- Jakab M, Harding A, Preker A, Hawkins L. Organizational reform and management of public providers: focus on hospitals: introduction. Washington D.C: The World Bank, 2000.
- 17- Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcon L, Leo M, Casares C. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. Health Policy & Planning 1998; 13 (1): 59-77.
- 18- Xie Y, Liang D, Huang J, Jin J. Hospital Ownership and Hospital Institutional Change: A Qualitative

- Study in Guizhou Province, China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; 16(8): 1460.
- 19- McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press Philadelphia, 2002.
- 20- Ozgulbas N, Koyuncugil AS. Financial profiling of public hospitals: an application by data mining. International Journal of Health Planning and Management. Published Online: 2007 May 04.
- 21- Parliament (Majles) of I. R. Iran. Supreme Audit Court Related Laws. Available at: <http://www.dmk.ir/default.aspx>. Cited 2018 July 03. [in Persian].
- 22- Geyndt WD. Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. Journal of Social Science & Medicine. 2017; 179: 74-80.
- 23- Kivumbi GW, Nangendo F, Ndyabahika BR. Financial management systems under decentralization and their effect on malaria control in Uganda. Int J Health Plann Mgmt 2004; 19: 31-117.
- 24- Flessa S. Hospital development plans: a new tool to break ground for strategic thinking in Tanzanian hospitals. European Journal of Health Economists 2005; 6(4): 322- 348.
- 25- McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. Health policy 1996; 35: 155-77.
- 26- Collins D, Njeru G, Meme J. Hospital autonomy: the experience of Keniyatta National Hospital. International Journal of Health Planning and Management 1999; 14: 129-53.
- 27- Laegreid P, Opedal S, Stigen IM. The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. Journal of Health Politics, Policy and Law 2005; 30(6): 1027-64.
- 28- Preker AS, Feachman RGA. Market mechanisms and the health sector in central and eastern Euroup, World Bank technical paper 293. Washington D.C: World Bank, 1996.
- 29- Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-thetable payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. Health Policy and Planning 2004; 19: 199-208.
- 30- Rethelyi JM, Miskovits E, Szocska MK. Organizational Reform in the Hungarian Hospital Sector. Institutional Analysis of Hungarian Hospitals and the Possibilities of Corporatization The World Bank 2002.
- 31- Parliament (Majles) of I. R. Iran. The financial and trade off regulations of Medical Universities and Collages. 2007. Available at: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>. Cited 2018 July 03. [in Persian].
- 32- Chawla M, Govindaraj R. Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy. Harvard School of Public Health, 1996.
- 33- Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. Health Policy and Planning 2003; 18: 84-92.
- 34- Hennock M. China's health insurance system is failing poor people. British Medical Journal 2007; 335(7627): 961.
- 35- Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakstan. Health Policy and Planning 1998; 13(1): 41.
- 36- Jakab M, Preker AS, Harding A. The Missing Link? Hospital reform in transition economies. Innovation in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals 2003.
- 37- Jafari M, Habibirad A, Pourtaleb A, Salarianzadeh MH. Health system organizational reform in governing

Iranian public hospitals: A content analysis to comprehend the barriers in Board of Trustees' hospitals. Int J Health Plann and Manage. 2018; 33 (2): 612-620. [in Persian].

38- Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. Int J Health Policy Manage. 2015; 4 (4): 207-216. [in Persian].



## Investigating the Dimensions of Autonomy of University Hospitals in Gilan

### Abstract

Moosaniaye Zare SA<sup>1</sup>, Nasiripour AA<sup>2</sup>, Nikravan A<sup>3</sup>,  
Riahi L<sup>4</sup>, Hajinabi K<sup>5</sup>

**Introduction:** Health system Resources are limited and its expenditures are unlimited. Therefore, Use the management right strategy to maximize efficiency and productivity of system is essential. Hence, this study was performed with aim to investigate the dimensions of autonomy of university hospitals in Gilan.

**Methods:** This qualitative study was conducted in 11 hospitals. Semi-structured interview guide of World Bank organizational reform model was used for data collection. Interviews were conducted with 28 senior hospital managers with Purposeful sampling method. A content analysis method was used to analyze data.

**Results:** The main dimensions the autonomy of hospitals include decision right in strategic management, financial resources management, human resources management, and physical resources management, financial residual claim, procurement and product market exposure, social functions, and governance structure and accountability. Decision right in strategic management, human and physical resources was limited. Hospitals compete in the product market, but their options are limited in the procurement market. The hospitals were not the financial residual claimant despite their hierarchical system and the accountability structure of the head and headquarters. The cost of their social function is not fully compensated.

**Conclusion:** Granting autonomy has improved in some dimensions such as financial resources management, product market exposure, and social functions, but has been poor in strategic management, human resources management, physical resources management, procurement market exposure, and governance structure and accountability. In these cases hospitals should be given more decision-making power.

**Keywords:** hospital, autonomy, organizational reform, decentralization.

1- PhD Student, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), nasiripour@srbiau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran