

چالش‌های استقرار حساب‌های استانی سلامت: مطالعه موردی استان کرمان*

محمدحسین مهرالحسنی^۱، مهین درودی^۲، مرضیه لشکری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شرط دستیابی به اهداف نظام سلامت، بهره‌مندی عادلانه افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و اثربخش می‌باشد. عادلانه بودن خدمات سلامت و مشارکت عادلانه مردم بستگی زیادی به نظام تامین مالی دارد که در این راستا، نظام اطلاعات مالی برای تصمیم‌گیری در نظام سلامت و تحقق عدالت از جایگاه خاصی برخوردار می‌باشد. با توجه به استقلال استان‌ها و اهمیت موضوع تخصیص عادلانه منابع در جهت ارتقا نظام اطلاعات مالی حوزه سلامت در استان ضرورت می‌یابد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین چالش‌های پیاده‌سازی این نظام اطلاعاتی یعنی حساب‌های استانی سلامت انجام پذیرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع کیفی بود. جامعه پژوهش شامل کارشناسان سازمان‌های درگیر اجرای حساب‌های استانی سلامت بود که بیست و هشت نفر از خبرگان و کارشناسان دوازده سازمان استان کرمان نمونه پژوهش را تشکیل داد که به صورت هدفمند براساس معیار مسولیت مرتبط انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش گروه کاری متمرکز استفاده شد همچنین برای تکمیل داده‌ها از بررسی گزارشات سازمانی استفاده و به منظور تحلیل داده‌ها روش تحلیل چارچوبی بکارگرفته شد.

یافته‌ها: جهت استقرار حساب‌های استانی سلامت در استان کرمان شش چالش اصلی بیست و دو چالش فرعی شناسایی گردید. که به ترتیب چالش‌های تولید و جایگاه حقوقی، همکاری و ارتباطات، نیروی انسانی، فرایند، فناوری و دانش شناسایی گردید که در این میان مهمترین چالش مشخص نبودن جایگاه تولید حساب‌های استانی سلامت بود.

نتیجه‌گیری: زیر ساخت‌های مناسب جهت پیاده‌سازی نظام حساب استانی سلامت مبتنی بر چارچوب مدل تغییر مناسب ارزیابی نشد که براساس نتایج حاصل برای رفع چالش‌های موجود و به منظور ارتقای جایگاه تولید حساب‌های استانی سلامت جهت استقرار این نظام اطلاعاتی تشکیل کمیسیون تخصصی مالی و اقتصادی حوزه سلامت زیر مجموعه شورای سلامت استان‌ها پیشنهاد گردید.

واژه‌های کلیدی: نظام‌های مراقبت سلامت؛ تامین مالی؛ استان‌ها؛ عدالت

پذیرش مقاله: ۹۴/۰۳/۲۰

اصلاح نهایی: ۹۴/۰۳/۰۵

دریافت مقاله: ۹۳/۰۵/۰۷

ارجاع: مهرالحسنی محمدحسین، درودی مهین، لشکری مرضیه. چالش‌های استقرار حساب‌های استانی سلامت: مطالعه موردی استان کرمان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۴): ۵۱۹-۵۳۰.

*- این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱/۲۷۴ دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده است.

- ۱- اسنادیاری، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۲- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: m.lashkari88@gmail.com

مقدمه

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت توام با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی حقی است همگانی که مسؤولیت و تولید آن بر عهده دولت‌هاست و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد (۱). بنابراین دولت‌ها برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه سامانه‌ای را شکل می‌دهند که نظام سلامت نامیده می‌شود (۲) و دارای چهار کارکرد تولید، تولید منابع، ارائه خدمات و تامین مالی می‌باشد (۳). در این میان کارکرد تامین مالی و تخصیص منابع به نحوی که هدف مشارکت عادلانه منابع حاصل گردد حائز اهمیت می‌باشد. کارکرد تامین مالی در راستای تامین، حفظ و ارتقای سلامت گام بر می‌دارد که با تاثیر بر دیگر کارکردها، زمینه دستیابی به عدالت، افزایش دسترسی، کیفیت و کارایی را به وجود آورده و در دستیابی نظام سلامت به اهدافش نیز، نقش بسزایی دارد (۴).

امروزه تغییر بار بیماری‌ها، سالمند شدن جمعیت، رشد روز افزون تقاضاهای درمانی و پیشرفت روز افزون فناوری‌های پزشکی از یک سو (۵) و محدودیت منابع موجود (۶،۷) از سوی دیگر، سیاستگذاران را ملزم به استفاده از ابزارهایی برای ثبت و مدیریت خردمندانه منابع حوزه سلامت ساخته است (۸، ۹). ابزاری که بتواند فعل و انفعالات مربوط به مدیریت منابع، از لحظه تخصیص بودجه به نظام سلامت تا زمان رسیدن به ذینفعان را به جریانی قابل ردیابی تبدیل کرده و آن را در جهت دستیابی به اهداف نظام سلامت به کار گیرد (۱۰).

یکی از ابزارهای تامین مالی پذیرفته شده در سطح بین‌المللی، حساب‌های ملی سلامت می‌باشد (۱۱،۱۲). حساب‌های ملی سلامت ابزاری مناسب برای سیاست‌گذار است که منجر به شناخت بهتر نظام سلامت از نظر عملکرد مالی می‌باشد. این ابزار مجموعه‌ای از اطلاعات نظام‌مند، جامع و سازگار از جریان منابع را در نظام سلامت یک کشور برای یک دوره معین فراهم نموده و در اختیار تصمیم‌گیرندگان می‌گذارد (۱۳). این ابزار با تشریح جریان مخارج (دولتی، خصوصی و اهدایی) (۱۴،۱۵) در نظام سلامت یک کشور، پاسخگوی نیاز اساسی به مدیریت بهینه، بسیج و تخصیص منابع بخش

سلامت بوده و بیانگر مبدا منابع و چگونگی مصرف آنها نیز می‌باشد (۱۶).

تهیه و تدوین حساب‌های ملی در کشورهای مختلف، براساس چارچوب سیستم حساب‌های ملی سازمان ملل متحد انجام می‌شود. این چارچوب برای اولین بار در سال ۱۹۵۳ میلادی به صورت مجموعه‌ای فرموله شده تحت عنوان سیستم حساب‌های ملی منتشر شده است. آخرین تجدیدنظر درخصوص این حساب‌ها، در سال ۱۹۹۳ میلادی صورت گرفت که توسط پنج نهاد بین‌المللی متشکل از سازمان ملل، صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی، سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه و کمیسیون جامعه اروپایی به تصویب رسید (۱۷).

در ایران نیز تهیه حساب‌های ملی، بعد از جنگ جهانی دوم به صورت موردی و براساس نیازهای خاص در ایران شروع شد. پس از آن با تأسیس بانک مرکزی ایران در سال ۱۳۳۹ خورشیدی، به دلیل فقدان یک سازمان رسمی آماری، تهیه حساب‌های ملی به عهده این بانک گذاشته شد و سپس بر اساس قانون بهمن ماه ۱۳۵۳ خورشیدی، این وظیفه رسماً به مرکز آمار ایران محول شد. در نهایت حساب‌های ملی سلامت اولین بار توسط مرکز آمار ایران با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سال ۱۳۸۰ خورشیدی تهیه و تدوین شد که تا آن زمان ایران یکی از معدود کشورهای خارمیانه بود که اقدام به تهیه حساب‌های ملی سلامت کرده بود (۱۸).

با توجه به استقلال استان‌ها و مناطق جغرافیایی کشور و تشکیل شورای سلامت در سطح استان‌ها جهت اصلاح نظام مدیریت و تصمیم‌گیری کشور به سمت تمرکززدایی، استقرار حساب‌های استانی سلامت در کشور ضرورت دارد تا زیربنای اطلاعاتی جهت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران استانی در راستای تحقق مشارکت عادلانه منابع و تخصیص بهینه آنها در سطح استانی فراهم آید (۱۹).

مبحث حساب‌های ملی سلامت، موضوعی با اهمیت در زمینه تامین مالی نظام سلامت بود که مطالعات انجام شده در این زمینه در سایر کشورها نیز بیانگر اهمیت و توجه به این

حساب‌های ملی منطقه‌ای است که مجموعه‌ای از اطلاعات آماری را شامل می‌شوند که به صورت جامع و هدفمند وضعیت فعالیت‌های مالی و اقتصادی حوزه سلامت یک منطقه شخص را برای یک دوره زمانی معین که به طور معمول یک سال است نشان می‌دهد در نتیجه با توجه به چارچوب مفهومی پنج گام مدیریت تغییر مذکور و ضرورت اجرای حساب‌های استانی سلامت، چالش‌های استقرار حساب‌های استانی سلامت در سطح استان کرمان مورد شناسایی قرار گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد و جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش گروه کاری متمرکز (Focus Group Discussion) و همچنین بررسی گزارشات سازمان‌های بیمه‌گر استان و مرکز آمار ایران استفاده گردید. نمونه پژوهش به صورت هدفمند تعیین گردید و افراد کلیدی و درگیر در سازمان‌های مربوطه شناسایی و از آنها دعوت به عمل آمد که در نهایت با حضور بیست و هشت نفر از کارشناسان و خبرگان دوازده سازمان استان (مسئولین فناوری اطلاعات و امور مالی سازمان‌های بیمه‌گر استان شامل سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه نیروهای مسلح و نماینده‌ای از بیمه‌های تکمیلی، دانشگاه علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی، معاونت برنامه‌ریزی استانداری و همچنین مسئولین رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان‌های بیمه‌گر استان و نمایندگان از بیمارستان‌ها) که این افراد براساس دارا بودن معیارهای دانش، تجربه و مسئولیت‌های مرتبط با موضوع پژوهش انتخاب شدند و سپس گروه‌کاری متمرکز در سه مرحله تشکیل شد.

مرحله اول با حضور بیست و هشت نفر و در قالب یک جلسه به مدت سه ساعت و سی دقیقه، با هدف بیان ضرورت موضوع برگزار گردید و سپس در مرحله دوم در قالب همکاری گروهی ده سؤال مطرح شد (پیوست ۱) و از اعضا خواسته شد که وضعیت کنونی را به تصویر بکشند که این مرحله نیز در قالب یک جلسه و به مدت چهار ساعت و پانزده دقیقه برگزار

موضوع می‌باشد که از آن جمله می‌توان به مطالعات انجام شده در نیجریه (۲۰)، آمریکای لاتین و جزایر کارائیب (۲۱) و مالای (۲۲) اشاره کرد.

در این راستا، پیاده‌سازی حساب‌های استانی سلامت که برش جغرافیایی حساب‌های ملی می‌باشد باید به طور موثر برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل گردد. پیاده‌سازی این طرح نیازمند اتخاذ استراتژی‌های تغییر و تحول سازمانی در ابعاد ساختار، فن‌آوری، وظایف و کارکردها و نیروی انسانی می‌باشد (۲۳).

در ارتباط با تعیین استراتژی‌های تغییر جهت استقرار برنامه مورد نظر گام‌ها و مدل‌های مختلفی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به مدل Lewin، Kotter، McKinsey و Kilman اشاره کرد. که در مطالعه حاضر مراحل زیر جهت تغییر و استقرار با توجه به مدل Kilman مد نظر قرار گرفت. مرحله اول: درک آنچه نیاز به تغییر دارد که این مرحله نیازمند تدوین برنامه، تعهد و حمایت مدیریت ارشد است.

مرحله دوم: شفاف کردن فرآیندهای اجرای تغییر. پس از درک نیاز به تغییر، تعریف فرآیندهای تغییر، جزئیات و چگونگی دستیابی به آن‌ها باید مد نظر قرار گیرد در این مرحله سازمان به شناسایی مسائل و مشکلات خود می‌پردازد.

مرحله سوم: مدیریت تغییر و تخصیص بهینه منابع، به منظور موثر بودن تغییر، تعدادی از بهترین مدیران عالی سازمان باید مستقیماً در اداره فرآیند تغییر درگیر شوند.

مرحله چهارم، ارزشیابی میان دوره‌ای: در فرآیند تغییر، در اولین فرصت ممکن باید روند تغییر مورد بررسی قرار گرفته و میزان دستیابی به اهداف مشخص گردد.

مرحله پنجم: ارزیابی، ارزیابی برنامه برای کنترل میزان پیشرفت و شناسایی موانع موجود بر سر راه و تعیین عوامل شکست یا موفقیت برای برنامه‌ریزی آینده ضروری است (۲۴، ۲۵). مراحل مذکور حول سه محور کلیدی نیروی انسانی، فرایند و ابزار می‌باشند (۲۶).

از آنجا که واحد تسهیلات اداری و سیاسی کشور، استان است؛ نقش، اهمیت و کاربردی را که حساب‌های ملی در کل کشور برعهده دارد، حساب‌های ملی منطقه‌ای سلامت در سطح استان‌ها ایفا می‌کند. لذا حساب‌های استانی سلامت همان

شش نفر از اعضا، دانشگاه علوم پزشکی را مرجع می‌دانستند، و سایر اعضا اکثراً در این خصوص نظری نداشتند و بعضی‌ها با بیان دلایلی از قبیل اینکه «دانشگاه در ارائه خدمات و ثبت هزینه‌ها ذینفعه و برای این سمت مناسب نیست» (Focus 1-1:FGD1-1) و برخی نیز موافق شکل‌گیری اداره آمار و ثبت هزینه‌ها بعنوان واحدی تحت نظارت دفتر آمار و اطلاعات استانداری بودند که نهایتاً مشخص شد استانداری می‌توان مرجع مناسبی برای حساب‌های استانی سلامت باشد (FGD1-1).

مشخص نبودن واحدی برای پاسخگو بودن سازمان‌های مربوطه در قبال عملکردشان از دیگر چالش‌ها بود که شرکت‌کنندگان در این خصوص اظهار داشتند «نیازه که شورای سلامت استان‌ها را موظف به تهیه حساب‌های استانی نماید» (FGD1-1).

ضعف بازخور به زیرمجموعه از طرف سیاست‌گذار از دیگر چالش‌ها بود و مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند «سیاست‌گذار پس از دریافت اطلاعات به نیروی انسانی بازخورد نمیده و همین باعث کاهش انگیزه آنان شده» (FGD1-2).

همکاری و ارتباطات: تعاملات ضعیف درون و برون سازمانی بر جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای استقرار حساب‌های استانی سلامت و در نتیجه بر تصمیمات اخذ شده در این خصوص تأثیر خواهد داشت.

ضعف در تعهد مدیریت در سطح بین بخشی: مدیران ارشد سازمان‌ها در ایجاد تغییر و تشویق کارکنان در جهت پیشبرد تغییرات نقش مهمی برعهده دارند و مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند «بیشتر مدیران نمی‌دانند که چه اطلاعاتی نیاز دارند و چگونه می‌توانند به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند و بیشتر توجه‌شان به بخش درمانی معطوف شده تا بخش پشتیبانی و این ناآگاهی باعث شده که مدیران به اجرای حساب‌های استانی سلامت بی‌توجه باشند» (FGD1-1, FGD1-4).

ضعف وجود زبان مشترک بین سازمان‌ها: بین سازمان‌های درگیر در پیاده‌سازی حساب‌های استانی سلامت ارتباط اندکی وجود داشت که سبب تفاوت در نحوه ثبت و ارائه و استفاده از

شد. در مرحله دوم در قالب همکاری گروهی ده سؤال مطرح شد و از اعضا خواسته شد که وضعیت کنونی را به تصویر بکشند و مرحله آخر با برگزاری هفت جلسه که هر کدام بطور متوسط دو ساعت و سی دقیقه به طول انجامید، برگزار گردید در این مرحله با تشکیل چهار کارگروه مدیریت سلامت، مدیریت مالی، تکنولوژی اطلاعات و اسناد و مدارک پزشکی، چالش‌ها و راهکارهای استقرار حساب استانی سلامت استخراج گردید.

همچنین اسناد و گزارشات سازمان‌های تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و گزارش هزینه خانوار استان مورد بررسی قرار گرفت و با اسناد مرکز آمار ایران و اسناد منتشره سازمان جهانی بهداشت International Classification for Health Account در خصوص حساب‌های ملی سلامت مقایسه گردید و سپس در جهت تکمیل داده‌ها با مسئولین سازمان‌ها جلساتی برگزار شد. برای تحلیل داده‌های گروه‌کاری از روش تحلیل چارچوبی مشتمل بر پنج مرحله آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جدول‌ها و تفسیر استفاده شد (۲۷).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر شش چالش اصلی و بیست و دو چالش فرعی جهت استقرار حساب‌های استانی سلامت استان کرمان به شرح زیر در جدول ۱ شناسایی شد.

تولیت و ساختار حقوقی: مشخص نبودن تولیت و ساختار حقوقی حساب‌های استانی سلامت یکی از چالش‌های اساسی موجود برسر راه استقرار این حساب‌ها بود.

کمبود پشتوانه قانونی برای به اجرا درآوردن تغییر از چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه بود و مشارکت‌کنندگان در این مطالعه اعتقاد داشتند که «مهمترین مشکل ما نداشتن پشتوانه قانونی برای استقرار این حساب هاست». مشخص نبودن مالکیت معنوی تجمیع این حساب‌ها از دیگر چالش‌ها بود و اکثر اعضای شرکت‌کننده در بحث گروهی در پاسخ به این سؤال اجماع نظر نداشتند بطوری که

مشارکت ضعیف نیروی انسانی یکی دیگر از این چالش‌هاست. نیروی انسانی سازمان‌های اداری خود یکی از موانع ایجاد تغییر محسوب می‌گردند بطوری که مشارکت کنندگان اظهار داشتند «نیروی انسانی به عنوان مهمترین عامل مقاومت در برابر تغییر و زیر بار تغییر نمی‌ره و چون احساس می‌کنه که کار جدیدی برعهده‌اش گذاشته میشه و حجم کارش بالا میره» (FGD1-1).

ضعف در وجود نیروی انسانی متخصص در این حوزه و مشخص نبودن تحلیلگر حوزه مالی خود مشکلاتی ایجاد کرده بود. برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که «نیروی انسانی شایسته به اندازه کافی در سازمان وجود نداره»، «افراد سازمان دانش لازم را جهت انجام نقش‌های مختلف در زمینه حساب‌های استانی را ندارند» (FGD1-2).

فرایند: فرآیندهای کاری در حقیقت مراحل تبدیل ورودی سیستم یعنی دانش و مهارت افراد، امکانات سخت افزاری و نرم‌افزاری به خروجی سیستم یعنی تهیه گزارشات مالی شفاف تلقی می‌شود و حال آنکه در استقرار این سیستم این رویه به خوبی اجرا نشده است. از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان، از جمله دلایلی که بر روند صحیح فرایند اجرا اثر داشته عبارتند از:

ضعف در افشا کامل اطلاعات: از دیگر چالش‌های پیش روی استقرار حساب‌های استانی سلامت بود که سبب عدم ثبت اطلاعات می‌گردید. مشارکت کنندگان نیز اظهار داشتند که «وجود دیدگاه بخشی نگری در سازمان‌ها مانع ثبت یکپارچه اطلاعات در قالب سیستمی جامع می‌گردد» (FGD1-1, FGD1-3).

عدم دسترسی به اطلاعات برخی سازمان‌ها مثل نیروهای مسلح به دلیل محرمانه بودن اطلاعات و ریز خدمات ارائه شده توسط بخش خصوصی از دیگر چالش‌های شناسایی شده بود که مشارکت کنندگان نیز بیان داشتند که «اطلاعات مربوط به ارایه خدمات به نیروهای مسلح و خانواده آنان با توجه به مسائل امنیتی قابل انتشار نیست. در نتیجه بخشی از اطلاعات مورد نیاز ثبت نشده و یا قابل دسترس نخواهد بود» (FGD1-1, FGD1-2).

گزارشاتشان می‌گردد. مشارکت کنندگان نیز اظهار داشتند که «سیستمی یکپارچه جهت ثبت اطلاعات در حوزه سلامت وجود ندارد» (FGD1-3) لذا در جهت اصلاح این چالش «نیاز است که جداول حساب‌های سلامت در سطح استان استاندارد شوند تا سازمان‌ها بصورت یکسان بتوانند عملکرد خود را گزارش دهند» (FGD1-1).

بخشی‌نگری و ضعف در وجود دیدگاه سیستماتیک از دیگر چالش‌ها بود چرا که سازمان‌ها به دنبال حفظ منافع خود بوده و هر سازمان اطلاعات را برای خود نگه‌داشته و این اطلاعات برحسب نیاز و به ضرورت به وزارتخانه در تهران گزارش شود. و شرکت کنندگان نیز بر این موضوع تاکید داشته و بیان کردند که «هیچگونه تبادل اطلاعاتی در قالب گزارشات بین سازمان‌های بیمه‌ای، بین بیمارستان‌ها و بین بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد» (FGD1-3)، «فاصله زمانی ارائه گزارشات مالی سازمان‌ها با توجه به نوع استفاده و اهمیت آن گزارش برای سیاست‌گذار یا تصمیم‌گیرنده متغییر است» (FGD1-1).

تعاملات نامناسب سازمانی، از جمله موارد مورد اشاره بود. «به علت ضعف در ارتباطات درون و برون سازمانی، امکان تعامل افراد برای تبادل دانش و اطلاعات وجود نداره و در نتیجه بین بخش‌های مالی و تحلیلگران حوزه مالی سازمان‌های مختلف ارتباطی وجود ندارد» (FGD1-2).

عوامل فرهنگی: برخی عوامل فرهنگی نیز در ثبت اطلاعات موثرند که مشارکت کنندگان در این خصوص اظهار داشتند «مراجعه مستقیم افراد جامعه به داروخانه‌ها و دریافت دارو بدون تجویز پزشک از جمله عوامل فرهنگی است و از آنجایی که این داروها بدون نسخه به فروش می‌رسند، در جایی ثبت نشده و در حساب‌های سلامت منظور نمی‌شوند» (FGD1-1, FGD1-2).

نیروی انسانی: نیروی انسانی به عنوان عضو نخست در تغییر سیستم‌ها به شمار می‌رود که به علت ضعف در دانش و آگاهی در برابر تغییرات مقاومت کرده و روند ایجاد تغییرات را با مشکل مواجه می‌کنند.

داشته و اظهار داشتند که «به علت وجود سیستم‌ها و نرم‌افزارهای مختلف حسابداری در سطوح استانی، امکان وجود یک بانک اطلاعاتی برای حساب‌های سلامت وجود ندارد و در نتیجه نمی‌توان سیستمی یکپارچه برای ثبت، گزارش دهی و تجمیع اطلاعات ایجاد کرد» (FGD1-2, FGD1-3).

دانش و مهارت: از دیگر مشکلات موجود بر سر راه استقرار حساب‌های استانی سلامت ضعف در دانش و مهارت موجود برای تحلیل اطلاعات و کمبود ملاک‌های لازم برای تصمیم‌گیری است.

ضعف در ملاک‌های لازم برای تصمیم‌گیری از چالش‌های پیش‌روی استقرار حساب‌های استانی سلامت است و مشارکت‌کنندگان نیز اظهار داشتند که «نبود یک کد مشترک و جدول راهنما در مواردی که نقص اطلاعاتی داریم سبب چندگانگی برداشت‌ها می‌شود» (FGD1-1, FGD1-4).

ضعف در دانش موجود جهت تحلیل داده‌ها: از دیگر چالش‌هاست و نیروی انسانی دانش و مهارت کافی برای تحلیل داده‌های موجود را ندارد، مشارکت‌کنندگان نیز اظهار داشتند که «کارکنان برای کار با این سیستم و تحلیل داده‌ها به خوبی آموزش ندیده‌اند» (FGD 1-2).

تعریف مفاهیم: از دیگر مشکلات موجود تعریف مفاهیم بود که به علت عدم بومی‌سازی استانداردهای سازمان جهانی بهداشت براساس نیاز کشور رخ داده است و مشارکت‌کنندگان نیز بر این چالش تاکید و بیان داشتند که «تعریف نشدن کد اختصاصی برای برخی از خدمات از قبیل مراقبت‌های اولیه بهداشتی و محیط زیست (DOC2)، سبب ثبت نادرست برخی از هزینه‌ها میشه (FGD1-4)، و «هزینه‌های دارو و لوازم مصرفی با مفاهیم یکسانی در جداول ثبت می‌گردند، در صورتی که اینها، دو مقوله جدا از یکدیگرند» (FGD1-4)، «نیاز است که کدها و مفاهیم مربوط به هزینه‌های بیماران خاص و صعب‌العلاج در سطوح مختلف استان به صورت تعریف و ثبت شوند» (FGD1-1, FGD 1-4, DOC2).

جامعه نیز خدمت‌ارایه می‌دهند اما هیچگونه ثبت هزینه‌ای برای این قبیل بیماران نیز در مراکز ارائه‌دهنده خدمت نیروهای مسلح صورت نگرفته و برحسب نوع بیمه بیمار اطلاعات به سازمان‌های بیمه‌گر مربوطه ارجاع داده می‌شود» (FGD1-4).

متناسب نبودن کدها و مفاهیم بین‌المللی با نیاز کشور: مفاهیم و جداول مورد استفاده در جهت استقرار حساب‌های استانی سلامت برگرفته از استانداردهای سازمان جهانی بهداشت است این سازمان در تعریف این استانداردها کلیات و لایه‌بندی کلی را بیان می‌کند و کشورهای مختلف لایه‌های ریزتر این سطح‌بندی را متناسب با نیاز خود مشخص می‌کنند. مشارکت‌کنندگان نیز بیان داشتند که «سازمان جهانی بهداشت در تعریف استانداردها کلیات و لایه‌بندی کلی را بیان کرده و کشورهای مختلف لایه‌های ریزتر را باید متناسب با نیاز خود مشخص کنند. و ایران نیز در سطوح خود سازمان‌هایی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) و نیروهای مسلح و ... را دارد و در سطح استان‌ها نیز این سطوح متفاوت است و باید سطح‌بندی در سطح استان‌ها نیز انجام شود برای نمونه در استان کرمان قرار دادن سازمان‌هایی نظیر: ذغال سنگ، مس و ... ضروری است» (FGD1-4, DOC 1, 2).

متفاوت بودن فرمت گزارشات سازمان‌ها: شرکت‌کنندگان بر متفاوت بودن گزارشات سازمان‌های مختلف درگیر در بحث پیاده‌سازی حساب‌های استانی سلامت به عنوان یک چالش تاکید داشتند و اظهار داشتند که «احتمالاً در نتیجه عدم تطبیق کدها و مفاهیم بین‌المللی با نیاز کشور این مشکل به وجود آمده است» (FGD1-2).

فناوری: یکی از مهمترین الزامات برای ایجاد هر تغییری تهیه زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری و تکنولوژیکی برای پیاده‌سازی آن تغییر است. متفاوت بودن سیستم حسابداری سازمان‌ها و وجود نرم‌افزارهای حسابداری متفاوت با زبان برنامه‌ریزی متفاوت: مشارکت‌کنندگان بر این چالش‌ها تاکید

جدول ۱: چالش‌های استقرار حساب‌های استانی سلامت

عنوان چالش	زیر مجموعه چالش‌ها
۱. تولید و ساختار حقوقی	۱,۱. کمبود پشتوانه قانونی برای به اجرا درآوردن تغییر ۱,۲. مشخص نبودن تولید ۱,۳. مشخص نبودن مالکیت معنوی حساب‌ها ۱,۴. ضعف بازخور به زیرمجموعه از طرف سیاست‌گذار ۱,۵. مشخص نبودن اولویت این موضوع و ضعف تخصیص منابع به آن
۲. تصمیم‌گیری و ارتباطات	۲,۱. ضعف در تعهد مدیریت در سطح بین بخشی ۲,۲. ضعف وجود زبان مشترک بین سازمان‌ها ۲,۳. بخشی‌نگری و ضعف در وجود دیدگاه سیستماتیک ۲,۴. تعاملات نامناسب سازمانی ۲,۵. عوامل فرهنگی
۳. نیروی انسانی	۳,۱. مشارکت ضعیف نیروی انسانی ۳,۲. کمبود در وجود نیروی انسانی متخصص در این حوزه ۳,۳. مشخص نبودن تحلیلگر حوزه مالی
۴. فرایند	۴,۱. ضعف در افشاء کامل اطلاعات ۴,۲. عدم دسترسی به اطلاعات برخی سازمانها مثل نیروهای مسلح به دلیل محرمانه بودن اطلاعات و ریز خدمات ارائه شده توسط بخش خصوصی ۴,۳. متناسب نبودن کدها و مفاهیم بین‌المللی با نیاز کشور ۴,۴. متفاوت بودن فرمت گزارشات سازمانها
۵. فناوری	۵,۱. متفاوت بودن سیستم حسابداری سازمانها ۵,۲. وجود نرم افزارهای حسابداری متفاوت با زبان برنامه‌ریزی متفاوت
۶. دانش و مهارت	۶,۱. ضعف در ملاک‌های لازم برای تصمیم‌گیری ۶,۲. ضعف در دانش موجود جهت تحلیل داده‌ها ۶,۳. تعریف مفاهیم

حساب‌های استانی سلامت مشخص نبودن تولید و ساختار حقوقی این حساب‌هاست، چراکه مشخص نبودن تولید و وجود مراکز تصمیم‌گیری متعدد مجریان این تغییر در سازمان‌های مختلف را دچار سردرگمی کرده است و روند پیاده‌سازی این حساب‌ها را با مشکل روبه‌رو خواهد کرد.

از دیگر مشکلات موجود بر سر راه پیاده‌سازی این حساب‌ها مشکلات مربوط به تصمیم‌گیری و ارتباطات است که در این زمینه مدیران سازمان‌ها نقش برجسته‌ای ایفا می‌کنند چراکه در مرحله اول مدل تغییر نیز آمده است که حمایت مدیریت ارشد از تغییر بسیار حائز اهمیت است. و کیلی‌فرد و نظری نیز در پژوهش خود بیان کرده‌اند که حمایت مدیریت ارشد و نیاز مدیران به اطلاعات دقیق مالی به عنوان مبنایی برای تصمیم‌گیری، در پیاده‌سازی سیستم‌های نوین مالی که

بحث

طی ۲۵ سال گذشته، موج وسیعی از اصلاحات سازمانی، مدیریتی و حسابداری در بخش دولتی بسیاری از کشورها به وقوع پیوسته است (۲۸). همچنین رشد، بقا و بهبود هر سازمان نیز در گرو پذیرش تحول و تحقق بخشیدن به تغییر است (۲۹) و مدیران در سازمان‌ها عاملین تغییر هستند چراکه آنان با به وجود آوردن محیط ذهنی و فیزیکی مناسب کارکنان را در مسیر دستیابی به اهداف سازمان هدایت می‌کنند. مدیریت و نیروی انسانی مهمترین نیروی محرکه سازمان هستند و اثربخشی و کارایی هر تغییر و تحولی بستگی به نوع عملکرد مدیریت دارد (۳۰)، در نتیجه می‌توان گفت یکی از شروط به اجرا درآمدن تغییر اجرای مدیریت موثر تغییر است (۳۱). یکی از مهمترین چالش‌های موجود بر سر راه پیاده‌سازی

تحلیل داده‌ها و بازیابی اطلاعات در بخش سلامت کمک خواهد کرد. در این راستا ایجاد یک نرم‌افزار مشترک و تهیه‌ی بانک اطلاعاتی مشترک بین همه سازمان‌ها ضروری است Mukama نیز در مطالعه خود آورده است که وجود سیستم‌های یکپارچه مدیریت اطلاعات در تولید اطلاعات با کیفیت و به موقع نقش بسزایی دارد (۳۶).

دانش از دیگر مشکلات پیش روی پیاده‌سازی این حساب‌ها است که عدم ارتباط سیاستمداران و قانونگذاران با مفاهیم اصلی حسابداری، باعث محدودیت قدرت هیأت‌های تنظیم استاندارد شده و مانع اجرا و بکارگیری سیستم‌های نوین شده که منجر به محدودیت در تصمیم‌گیری صحیح مدیران می‌گردد لذا بر اساس مطالعه باستانی می‌توان بیان کرد که اطلاعات حاصل از سامانه‌های گزارش‌گیری حسابداری می‌تواند به مدیران در تصمیم‌گیری‌های بهینه خود یاری رسانده و ابزار قابلیت پاسخگویی مدیران را فراهم نماید (۳۷). در مطالعه حاضر در جهت بهبود مشکل به نبود ملاک لازم برای تصمیم‌گیری، ترسیم جدول راهنما و تهیه نظام‌نامه گزارش‌گیری مالی برای استان‌ها پیشنهاد گردید.

بر اساس یافته‌های مطالعه و بحث صورت گرفته مولفه‌های کلیدی که جهت مدیریت تغییر و استقرار حساب‌های استانی سلامت باید مد نظر قرار گیرند به شش مولفه تولید و ساختار حقوقی، همکاری و ارتباطات، نیروی انسانی، فرایند، فناوری و دانش دسته‌بندی گردید که در شکل ۱ نشان داده شده است. بر اساس شکل یک تولید و ساختار حقوقی به عنوان زیربنایی برای سایر عوامل در نظر گرفته شده است که نشان از اهمیت ویژه‌ی این عامل در ایجاد تغییر است این در حالی است که در سایر مدل‌های تغییر به عامل فوق اشاره‌ای نشده و نقش آن نادیده گرفته شده است از طرف دیگر مولفه تصمیم‌گیری و ارتباطات در مرکز این مدل قرار گرفته است زیرا حاکمیت از طریق ارتباطات اعمال قدرت کرده و بر سایر عوامل تاثیر خواهد گذاشت. از دیگر ویژگی‌های مدل ارائه شده وجود ابعاد دانش و مهارت و دانش و فناوری در این مدل است چراکه برای ایجاد هر تغییری ابتدا باید شناختی کامل و

حساب‌های استانی سلامت نیز یکی از این سیستم‌ها است، تاثیر شگرفی خواهد داشت (۳۲). این در حالی است که اکثر مدیران ارشد سازمان‌ها از اهمیت و مزایای سیستم‌های نوین مالی و نقش این سیستم‌ها در تصمیم‌گیری آگاهی ندارند.

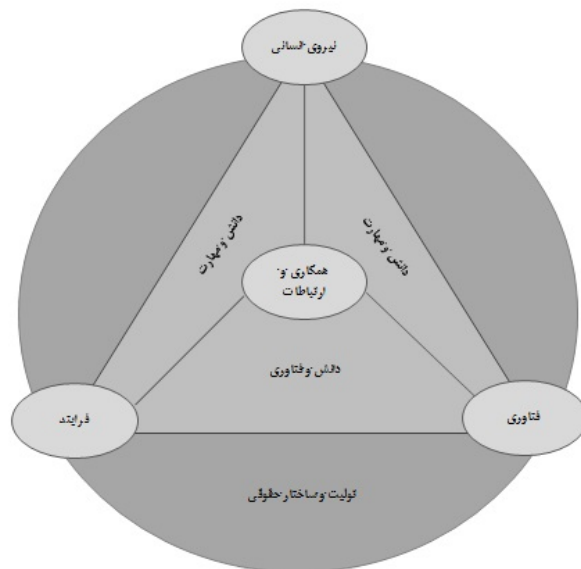
از دیگر چالش‌ها می‌توان به کمبود نیروی انسانی توانمند اشاره کرد که مهدوی نیز در مطالعه خود آورده است که نیروی انسانی به عنوان عضو نخست در تغییر سیستم‌های حسابداری به شمار می‌رود در نتیجه کمبود تخصص و عدم درک شفاف آنان از فرآیند، باعث عدم بهره‌برداری از مزایای مورد انتظار از سیستم‌های نوین خواهد شد که در این راستا آموزش نیروی انسانی نقشی کلیدی خواهد داشت (۳۳).

چالش اساسی دیگری که در راستای حرکت بسوی پیاده‌سازی این سیستم نوین به چشم می‌خورد چالش فرایندی است همانطور که قبلاً ذکر گردید عدم درک و شناخت کافی نیروی انسانی از فرایند سبب عدم استفاده بهینه از سیستم‌های نوین می‌گردد. Tudor و همکارانش در مطالعه خود آورده است که یکی از الزامات بکارگیری سیستم‌های نوین حسابداری، گسترش سیستم‌های فناوری اطلاعات و بهبود روش‌های اجرایی به منظور اطمینان از ارایه کامل، به موقع و صحیح اطلاعات است (۳۴). که در پژوهش حاضر ضعف در بومی‌سازی استانداردها و مفاهیم حساب‌های ملی سلامت اجرای این فرایند را با مشکل روبه‌رو کرده است چنان چه در گزارشی که در سال ۲۰۰۵ میلادی در لندن منتشر شد، عنوان گردید که در راستای اجرای حسابداری نوین، اتخاذ استانداردهای بین‌المللی حسابداری، چالش‌های عظیمی را در بخش دولتی کشورها بوجود آورده است (۳۵).

لذا دولت‌ها ملزم هستند که متناسب با نیاز کاربران خود، محتوی و مضمون و شکل گزارشات خود را آماده و ارائه نمایند. یکی از الزامات اجرای هر تغییر به‌کارگیری فناوری‌های مناسب می‌باشد در نتیجه اجرای موفق سیستم‌های حسابداری نوین از جمله حساب‌های استانی سلامت به چارچوب سیاسی و استراتژی اجرایی مطلوب نیازمند است که استفاده از سیستم نرم‌افزاری یکپارچه به

تغییر و مزایا و راه و روش دستیابی به آن را بیان می‌کند مورد توجه قرار گرفته است.

موثر ایجاد شود تا بتوان ابعاد گوناگون تغییر را شناخته و مورد بررسی قرار داد در نتیجه مولفه دانش از آن سان که معرف



شکل ۱: مولفه‌های اصلی جهت مدیریت تغییر و استقرار

براساس یافته‌های حاصل در محیط پژوهش، کلیه مولفه‌های تولید و ساختار حقوقی، همکاری و ارتباطات، نیروی انسانی، فرایند و فناوری باید متناسب با یکدیگر تغییر یابند تا زمینه‌ی استقرار و حساب‌های استانی سلامت فراهم گردد و با رعایت این موارد و الزامی شدن اجرای حساب‌های استانی سلامت، موجبات تصمیم‌گیری منطقی و مبتنی بر شواهد جهت مدیریت بهینه منابع حوزه سلامت و کاهش و جلوگیری از اتلاف هزینه‌های دولت کمک شایانی نمود.

پیشنهادهای

در راستای مهمترین چالش‌های موجود بر سر راه پیاده‌سازی حساب‌های استانی سلامت قابل ذکر است که این حساب‌ها باید زیر مجموعه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها بوده و در قالب یک کمیسیون تخصصی مالی و اقتصادی در حوزه سلامت با ارائه یک مصوبه قانونی سازماندهی گردد تا ضمن ایجاد مفاهیم و نرم افزارهای مشترک و ایجاد هماهنگی لازم میان آنها، مالکیت معنوی داده‌ها و اطلاعات نیز مشخص گردد.

به طور کلی می‌توان اظهار داشت که برای ایجاد تغییر ابتدا باید در مدیران ارشد درک و تعهد ایجاد کرد و سپس از طریق ایجاد ارتباطات به هماهنگی ابعاد نیروی انسانی، فرایند، فناوری و دانش پرداخت.

در راستای پیاده‌سازی حساب‌های استانی سلامت در کرمان مشخص گردید که باید برنامه تحول مبتنی بر مولفه‌های مدل مذکور تدوین و متناسب با آن در دوره زمانی مشخص و در فازهای مختلف حساب‌های استانی سلامت به طور کامل استقرار یابد.

نتیجه‌گیری

امروزه مدنظر قرارگرفتن موضوعاتی مانند اصلاحات سازمانی، مدیریتی و حسابداری در بخش دولتی و از سوی دیگر توجه به سیاست‌های کاهش تمرکززدایی و استقلال استان‌ها سبب گردیده که پیاده‌سازی حساب‌های ملی و استانی سلامت بیشتر مورد توجه قرار گیرند. چالش‌های مربوط به تولید و ساختار حقوقی و فناوری از جمله مهمترین چالش‌های موجود بر سر راه استقرار حساب‌های استانی سلامت می‌باشند که

تصویب و با حمایت مالی مرکز بودجه و پایش عملکرد مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا گردید. در ضمن نویسندگان از کلیه کارشناسان و صاحب‌نظران سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و خصوصی استان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بیمارستان‌های شفا، افضل‌پور، شهید بهشتی، آیت الله کاشانی کرمان و امام علی زرنند و غرضی سیرجان که مارا در انجام این مطالعه یاری نمودند و همچنین از آقایان، دکتر محمد جعفری (مدیر کل بیمه سلامت استان کرمان) و جواد زینلی (معاون بیمه سلامت استان کرمان) و خانم‌ها، مینا انصاری، زینب صدوقی و مژگان امامی پژوهشگران مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ایجاد گروه مشاوره تخصصی در سطوح مختلف ملی و استانی با هدف افزایش آگاهی مدیران و برگزاری دوره‌های آموزشی منظم در جهت توانمندسازی نیروی انسانی موجود از جمله راهکارهای موجود در بهبود استقرار سیستم حساب‌های استانی سلامت هستند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی است که به صورت طرح تحقیقاتی تحت عنوان «چالش‌های استقرار حساب‌های استانی سلامت: مطالعه موردی کرمان» در مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی به کد ۲۷۴/۹۱

References

1. Mehrdad R. Health System in Iran. JMAJ 2009; 52(1): 69-73. [In Persian]
2. Act of the Fifth Economic, Social and Cultural Plan of Islamic Republic of Iran, approved by Islamic Consultative Assembly.[On Line]. 2012; Available from: URL: <http://www.arums.ac.ir/opencms/export/sites/default/fa/tahvvole.edari/ghavanin/ghanune-barname-panjom.pdf>. [In Persian]
3. Aboulhallaje M, Hatamabad N, Abachizadeh K. Revenue sources of educational hospitals affiliated to Iranian Medical Universities (2007). Journal of Gorgan University of Medical Science 2011; 13(3): 94-100. [In Persian]
4. Iranian Ministry of Health & Medical Education (IMHME). Fifth 5-year Development Program of Iran. Tehran: Ministry of Health & Medical Education; 2009. [In Persian]
5. Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Hashemi S F, Hamidi H. Islamic Republic of Iran Health System Financing: Weak and Strength Points with a Qualitative Attitude. World Journal of Medical Sciences 2013; 8(3): 231-7.
6. Sánchez Martínez FI, Abellán Perpignan JM, Martínez Perez JE. How should health and healthcare priorities be set and evaluated? Prioritization methods and regional disparities. Gac Sanit. 2008; 22 Suppl 1:126-36.
7. Kafiriri L, Martin DK. A strategy to improve priority setting in developing countries. Health Care Anal 2007; 15(3):159-67.
8. Glengard AH, Hjalte F. Use of National Health Accounts: the Case of Uganda. Stockholm: Sida; 2006.
9. De S, Shehata I. Comparative Report of National Health Accounts (NHA): Findings from Eight Countries in the Middle East and North Africa. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc; 2001.
10. Poullier JP, Hernandez P, Kawabata K. National Health Accounts: Concepts, Data Sources and Methodology. Geneva: WHO; 2002.
11. World Health Organization (WHO). Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework. Geneva: WHO; 2008.
12. World Health Organization (WHO). Guide to producing child health subaccounts within the national health accounts framework. Geneva: WHO; 2012
13. Berman P. health sector reform: making health development sustainable. Health policy 1995; 32: 13-28.
14. World Health Organization (WHO). Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries. Geneva: WHO; 2003.

15. World Health Organization (WHO). Guide To Producing Reproductive Health Subaccounts Within The National Health Accounts Framework. Geneva: World Health Organization; 2009.
16. Rannan-Eliya RP, Berman PA, Somanathan A. Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches. Maryland: Partnerships for Health Reform; 1997.
17. Lazenby HC, Levit KR, Waldo DR, Adler GS, Letsch SW, Cowan CA. National health accounts: lessons from the US experience. *Health Care Financing Review* 1991; 13(4), 89-103.
18. Iran Statistical Center. History of National Health Accounts. [On Line]. 2014. Available from: URL:<http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=104>.
19. Faghir- Momen- Sarayi M. Decentralization in the health sector; Concepts, Principles and Challenges. *Journal of Hospital* 2006; 6(2): 53-56. [In Persian]
20. Soyibo A. National Health Accounts of Nigeria, 1998-2002. Geneva: WHO; 2005.
21. Mathauer I, Cavagnero E, Vivas G, Carin G. Health financing challenges and institutional options to move towards universal coverage in Nicaragua. Background paper24 for the World Health Report: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage; 2010.
22. Zere E, Walker O, Kirigia J, Zawaira F, Magombo F, Kataika E. Health financing in Malawi: Evidence from National Health Accounts. *BMC Int Health Hum Rights* 2010; 10: 27.
23. Koohi S. Report of the Change Management. [On line]. 2008. Available from: URL: <http://emdad.ir/amoozesh/files/m/Modiriyat.pdf>. [In Persian]
24. Abzari M, Sattari Ghahfarokhi M. Complexity Theories and Organizational Change Management. *Journal of management* 1387; 19(131-132): 46-50. [In Persian]
25. Eskandari F. Applying models of organizational change in Bank Saderat Iran. *Journal of Bank* 2010: 131-41. [In Persian]
26. Mehrolhasani MH, Emami M. Change Theory for Accounting System Reform in Health Sector: A Case Study of Kerman University of Medical Sciences in Iran. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1(4): 279-85. [In Persian]
27. Ritiche J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess RG, Edit. *Analyzing qualitative data*. United Kingdom: Routledge 1994.
28. Johan CH, Rommel J. Accrual accounting reforms: only for businesslike (parts of) governments. *Financial Accountability and Management* 2008; 24(1): 59-75.
29. Sohrabi Z, Peiravi H, Khachian A, Farajollahi M. Step by step to universities Excellency. Tehran: Pooya Publications; 2009. [In Persian]
30. Khachian A, Manoochehri H, Pazargadie M, Akbarzadeh Baghban A. Challenges of change management: A Qualitative Study on Managers' Experiences in Nursing and Midwifery Schools. *Hayat* 2012; 18 (1) :79-88. [In Persian]
31. Zomorodian A. Change management. 7th ed. Tehran: Iranian Industrial Management Association; 2007. [In Persian]
32. Vakili Fard HR, Nazari F. Effective Factors in Implementation of Accrual Accounting System in Institutions Related to Ministry of Health. *Journal of Health Accounting* 2012; 1(1): 111-25. [In Persian]
33. Mahdavi Gh, Funnel W. Public sector accountability and accounting information systems in the Islamic Republic of Iran. *Iranian journal of information science and technology* 2003; 1(2): 32-45. [In Persian]
34. Tiron- Tudor A, Mutiu A. Cash versus accrual accounting in public sector. *Studia Universitatis Babes Bolyai Oeconomica* [On line].1990. Available from: URL:http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=906813.
35. Mehrolhassani M H, Khayatzadeh-Mahani A, Emami M. Implementation Status of Accrual Accounting System in Health Sector. *Global journal of health science* 2015; 7(1):24-34.
36. Mukama, F. A study of health information systems at local levels in Tanzania and Mozambique: improving the use and management of information in health districts. [Thesis]. Norway, University of Oslo, Department of Informatics; 2003.
37. Bastani P, Abolhalaj M, Molania Jelodar H, Ramezani M. Role of Accrual Accounting in Report Transparency and Accountability Promotion in Iranian Public Health Sector. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012; 12(8): 1097-01. [In Persian]

Challenges of the Provincial Health Accounts: A Case Study of Kerman*

Mohammad Hossein Mehrolohasani¹, Mahin Doroodi², Marzieh Lashkari³

Original Article

Abstract

Introduction: When we achieve to the goals of health system that the people benefit from efficient and effective health care services. Fair services and fair financing, both depend on financing system. So financing information system is very important for making decision and Implementation of justice in health system. According to provincial autonomy and the importance of fair resources allocation, promotion of financing information system is necessary. Thus the purpose of this study was to determine the challenges of establishing of this information system (PHA).

Methods: This was a qualitative and cross sectional study. The Community of research is formed by Twenty Eight people of experts and professionals from twelve different organizations of Kerman province. The sampling was determined purposefully according to related responsibility criteria and to collect data focus group approach was used also for completing data, Organizational reports was examined and in order to do Data Analysis, Analysis framework Was applied.

Results: To Establish of (PHA) In Kerman Six main challenges and Twenty Two sub- challenges was identified that trustee and legal position, Collaboration and Communication, Manpower, Process, Technology And knowledge were identified consequently. Among all the challenges, the unclear trusteeship status was the most important.

Conclusion: According to change model, the Infrastructures for implementation of National health accounts were not appropriate. According to the results of study some solutions for promotion of trusteeship status in Provincial health accounts for establishing of this system, formed the expert Commission of economic and Financial in health council of provinces, was proposed.

Keywords: Health Care systems; financing; Provinces; Justice

Received: 29 Jul, 2014

Accepted: 10 Jun, 2015

Citation: Mehrolohasani MH, Doroodi M, Lashkari M. **Challenges of the Provincial Health Accounts: A Case Study of Kerman.** Health Inf Manage 2015; 12(4):530.

*- This article is resulted from a research project No 91/274 funded by Kerman University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- BSc, Health Services Management, Department of health Services Mangment, Member of Research Committee, Faculty of Management and Health Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MSc Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: m.lashkari88@gmail.com