

تأثیر هیأت امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی بر هزینه‌های نظام سلامت

سعید معنوی^۱، سعیده باباشاهی^۲، دکتر علی اکبری ساری^۳

چکیده

مقدمه: اصلاح ساختار و ارتقای نظام ارائه خدمات به ویژه در بیمارستان‌ها از اولویت‌های مهم نظام سلامت است و هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها یک راهکار مهم پیشنهادی در این زمینه می‌باشد. هدف این مطالعه آن بود تا میزان افزایش هزینه‌ها و اعتبارات مورد نیاز در صورت هیأت امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی ارزیابی و برآورد شود.

روش‌ها: به منظور محاسبه اعتبارات مورد نیاز دو جزء تعرفه‌ای دستمزد و Hoteling مورد محاسبه قرار گرفت. بدین منظور آمار و مستندات موجود شامل تعداد تخت‌های فعال عادی و ویژه بیمارستان‌های دولتی، ضریب اشغال تخت، تفاوت هزینه‌ی تخت بستری (Hoteling) ناشی از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها و میزان ارزش نسبی و فراوانی اعمال تهاجمی و جراحی سالیانه‌ی کشور و میزان پرداختی بابت هر ضریب K جراحی و بیهوشی از سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و گزارش‌های موجود به دست آمده و بر اساس مدل طراحی شده در این مطالعه، میزان افزایش هزینه‌ها و اعتبارات مورد نیاز برای هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها محاسبه گردید.

یافته‌ها: قبل از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی سالیانه حدود ۷۰۲۶ میلیارد ریال بابت دستمزد پزشکان و ۸۱۴۰ میلیارد ریال بابت هزینه‌ی Hoteling بیمارستان‌ها هزینه می‌شود. در صورت هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها سالیانه حدود ۲۷۸۸۱ میلیارد ریال اعتبارات جدید برای پرداخت مابه‌التفاوت هزینه‌ها مورد نیاز است که از این میزان ۱۵۶۶۹ میلیارد ریال مربوط به افزایش هزینه‌های پرداخت دستمزد پزشکان و ۱۲۲۱۲ میلیارد ریال افزایش هزینه‌ی Hoteling می‌باشد.

نتیجه‌گیری: در صورت هیأت امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی ایران پیش‌بینی می‌گردد حدود ۲۸ هزار میلیارد ریال اعتبارات جدید مورد نیاز باشد که لازم است توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و صندوق‌های بیمه به نحوی تأمین گردد.

واژگان کلیدی: بیمارستان‌های هیأت امنایی، هزینه، ایران

مقدمه

همچنین پاسخ‌گویی ضعیف به ذی‌نفعان از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی بیمارستان‌های عمومی برشمرده می‌شوند (۲). بر اساس گزارش سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های عمومی نزدیک به ۸۰ درصد منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند، در حالی که فقط ۲۰ درصد از خروجی‌های این بخش را تولید می‌نمایند (۴). مطالعات نشان داده‌اند که تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی

در دهه‌های گذشته بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و پایین، نظام‌های سلامت خود را بر پایه‌ی تأمین اعتبار دولتی بنا نمودند (۱-۲) و بیمارستان‌های عمومی به عنوان بخش اصلی نظام سلامت، عمده‌ی این اعتبارات را در قالب بودجه‌های سالیانه مصرف می‌نمایند (۳). مواردی چون عدم کارایی فنی و تخصیصی، پوشش ناقص گروه‌های کم درآمد و

^۱ کارشناس مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه‌ی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، کارشناس دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه‌ی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود می‌بخشد و میزان پاسخ‌گویی این بیمارستان‌ها را افزایش می‌دهد (۵، ۲). بنابراین از طریق کاهش ساز و کارهای کنترل مستقیم دولتی و همچنین انتقال تصمیم‌گیری‌های روزمره از سطح دولت به سطح مدیران بیمارستان‌ها، دستیابی به این هدف امکان‌پذیر می‌شود (۶-۷).

بر اساس ماده‌ی ۲۴ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است از همان سال علاوه بر ۸ بیمارستان هیأت امنایی موجود، پس از ارزیابی بیمارستان‌های آموزشی، به ازای هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی حداقل یک بیمارستان آموزشی را که حایز حداکثر امتیاز است، به صورت هیأت امنایی اداره نماید. این موضوع در بند (د) ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه نیز مورد تأکید قرار گرفته است. اعمال این تغییرات ساختاری در راستای تحقق ماده‌ی ۸۸ قانون برنامه‌ی چهارم و ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه بود و با هدف ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و در نهایت افزایش رضایت‌مندی آحاد جامعه برنامه‌ریزی گردید. انتظار می‌رود این برنامه با به کارگیری استراتژی‌های مدیریت عملکرد کارکنان (Personal performance management یا PPM)، بودجه‌ریزی عملیاتی، کاهش تصدی خدمات، مدیریت نگهداشت، استقرار نظام جامع اطلاعات و ارتباطات بهداشتی و همچنین نظام جامع مدیریت بیمارستان الگویی نوین از مدیریت ارائه نماید.

بر اساس ماده‌ی ۲۴ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۸، در صورت هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، سازمان‌های

بیمه‌گر موظف هستند ۲ برابر تعرفه‌های مصوب دولتی را در ازای حق‌العلاج پزشکی و هزینه‌ی تخت بستری (Hoteling) و معادل تعرفه‌های مصوب دولتی را در مورد سایر خدمات به حساب درآمد اختصاصی بیمارستان واریز نمایند. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است علاوه بر تخصیص ۱۰۰ درصد درآمد اختصاصی اکتسابی بیمارستان، معادل ۱/۶ برابر تعرفه‌ی حق‌العلاج و Hoteling را از منابع عمومی بیمارستان‌های فوق (از محل اعتبار بند ۹ ردیف ۵۵۰۰۰۰) به بیمارستان پرداخت نماید. این بیمارستان‌ها هیچ‌گونه اعتبار هزینه‌ای دیگری غیر از منابع فوق از منابع عمومی دریافت نخواهند کرد.

جدول ۱، سهم پرداختی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و بیماران را قبل و بعد از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها به تفکیک هزینه‌ی Hoteling و دستمزد پزشکان بر اساس ماده‌ی ۲۴ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۸ ارائه می‌نماید.

این مطالعه در نظر داشت اعتبارات جدید مورد نیاز به منظور هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها را برآورد نماید.

روش‌ها

هزینه‌ی بیمارستان‌های هیأت امنایی دارای دو جزء متفاوت دستمزد پزشکان و هزینه‌ی Hoteling می‌باشد. ابتدا با استفاده از اطلاعات سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعداد بیمه‌شدگان مربوط به هر سازمان (جمعیت تحت پوشش) استخراج گردید (جدول ۲). سپس با توجه به نسبت بستری مربوط به جمعیت بیمه‌شدگان هر یک از سازمان‌ها، تعداد کل اعمال ارائه شده در

جدول ۱. میزان سهم پرداختی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه برای دستمزد پزشکان و هزینه‌ی **Hoteling** قبل و بعد از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها

میزان پرداخت در بیمارستان‌های هیأت امنایی	میزان پرداخت در بیمارستان‌های هیأت امنایی	قبل از هیأت امنایی شدن	عنوان	میزان هزینه
---	---	۲K × ۰/۹	سازمان‌های بیمه‌گر	اعضای هیأت علمی تمام وقت
۱/۶K	۱/۶K	---	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
---	۱K × ۰/۱	۱K × ۰/۱	بیمار	اعضای هیأت علمی غیر تمام وقت و سایر پزشکان
۱K × ۰/۹	۲K × ۰/۹	۱K × ۰/۹	سازمان‌های بیمه‌گر	
۱/۶K	۱/۶K	---	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	Hoteling
---	۱K × ۰/۱	۱K × ۰/۱	بیمار	
۱J × ۰/۹	۲J × ۰/۹	۱J × ۰/۹	سازمان‌های بیمه‌گر	J = هزینه تخت بستری
۰/۶J	۱/۶J	۱J	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
---	---	۱J × ۰/۱	بیمار	

جدول ۲. تعداد بیمه شدگان و تعداد بستری سالیانه در کشور به تفکیک سازمان‌های بیمه درمانی در سال ۱۳۸۹

عنوان	تعداد بیمه شدگان	نسبت بستری (به ازای ۱۰۰۰)
۱ بیمه شدگان تامین اجتماعی	۳۰۰۰۰۰۰	۹۴
۲ بیمه شدگان لشگری و کشوری	۱۱۲۰۰۰۰	۱۰۴
۳ بیمه شدگان روستایی	۲۳۰۰۰۰۰	۶۹
۴ سایر اقشار	۸۸۰۰۰۰	۷۵

فرمول ۲. روش محاسبه‌ی متوسط وزنی ضریب K_i جراحی خدمات سلامت در کشور (AK Surgery)

$$AK_S = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i K_{Si})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

$$AK_S = \frac{\sum_{i=1}^n (K_{Si} F_i)}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

K_{Si} = ارزش نسبی جراحی هر عمل

برای به دست آوردن آمارهای موجود از کشور به برخی منابع مراجعه شد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

به منظور برآورد میزان دستمزد پزشکان، از متغیرهای تعداد اعمال ارائه شده در بخش دولتی، متوسط K_i جراحی و بیهوشی (پایه و ارزش زمانی) برای هر عمل و میزان پرداخت به پزشکان بابت هر

کشور در مدت یک سال برآورد گردید. در مرحله‌ی بعد، میزان K_i جراحی هر یک از اعمال ارائه شده در کشور (طبق آمار سازمان‌های بیمه‌گر) بر اساس کتاب تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی (موسوم به کالیفرنیا) (۸) استخراج و با توجه به فراوانی هر یک از این اعمال، میزان متوسط وزنی K_i جراحی برای یک عمل در کشور برآورد گردید (فرمول‌های ۱ و ۲).

فرمول ۱. روش محاسبه‌ی متوسط وزنی ضریب K_i بیهوشی خدمات سلامت در کشور (AK Anesthesia)

$$AK_A = \frac{\sum_{i=1}^n (F_i K_{Ai})}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

F_i = فراوانی هر عمل

K_{Ai} = ارزش نسبی بیهوشی هر عمل

جدول ۳. فرض‌ها و اطلاعات استفاده شده در مطالعه به تفکیک محل جمع‌آوری اطلاعات

ردیف	عنوان مفروضات	میزان	منبع
۱	جمعیت کشور در سال ۱۳۸۹ (میلیون)	۷۵	درگاه آمار ایران
۲	سهم بستری و اعمال جراحی ارائه شده در بخش دولتی به خصوصی	۲۰ به ۸۰	مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳	نسبت اعضای هیأت علمی تمام وقت به غیر تمام وقت	۷۰ به ۳۰	صفحه‌ی ۹، کتابچه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی
۴	میزان پرداختی به ازای هر Kی جراحی در بخش دولتی در سال ۹۰ (ریال)	۶۰۰۰۰	بخش دولتی و خصوصی ۱۳۹۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵	میزان پرداختی به ازای هر Kی بیهوشی در بخش دولتی در سال ۹۰ (ریال)	۳۴۵۰۰	ماده‌ی ۲۴ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۸ (منابع فعلی)
۶	مازاد سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پرداخت منابع مورد نیاز (دستمزد پزشکان و Hoteling) بیمارستان‌های هیأت امنایی	۰/۶ K	پرداختی به این بیمارستان‌ها در حدود ۱K برآورد می‌گردد و وزارت بهداشت می‌بایست علاوه بر
۷	مازاد سهم سازمان‌های بیمه در پرداخت منابع مورد نیاز	۱K	منابع موجود ۰/۶ تأمین هزینه نماید)

(TFE یا Total fee expenditure)

$$TFE = (PE \times 0.7 \times 0.9) + (PE \times 0.7 \times 0.1) + (PE \times 0.16)$$

لازم به ذکر است که سهم پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر برای بستری ۹۰ درصد و فرانشیز بیمار ۱۰ درصد در نظر گرفته شده است.

در مرحله‌ی بعد، میزان تخت‌های فعال در بخش دولتی با توجه به آمار و مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تفکیک تخت‌های ویژه و درمانی عادی محاسبه گردید. همچنین میزان ضریب اشغال تخت در بخش دولتی بر اساس آمار موجود از بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور استخراج شد. پس از آن، به منظور محاسبه‌ی هزینه‌ی Hoteling، از متغیرهای میزان تعرفه‌ی Hoteling مصوب سال ۱۳۹۰ (۹)، ضریب اشغال تخت و تعداد تخت فعال در بخش دولتی استفاده گردید (فرمول‌های ۴ و ۵ و جدول ۴).

در نهایت، میزان اعتبارات جدید مورد نیاز (مجموع هزینه‌ی دستمزد پرداختی به پزشکان و Hoteling) در صورت هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها

Kی جراحی و بیهوشی در بخش دولتی استفاده گردید (فرمول‌های ۳ و ۴).

فرمول ۳، روش محاسبه‌ی مجموع دستمزد پزشکان و متخصصان بیهوشی بابت ارائه‌ی خدمات در بیمارستان‌های دولتی قبل از هیأت امنایی شدن

(PFE یا Public fee expenditure)

$$PFE = [(AK_s \times Cost_s \times TF) + (AK_A \times Cost_A \times TF)] \times P$$

TF میزان فراوانی کلیه‌ی اعمال تهاجمی کشور (با توجه به آن که با هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها تغییر چندانی در دستمزد اعمال غیر تهاجمی ایجاد نمی‌شود، فراوانی اعمال غیر تهاجمی محاسبه نشده است).

P نسبت اعمال تهاجمی در بخش دولتی به بخش خصوصی (۰/۸)

Cost_A میزان دستمزد پزشک به ازای هر Kی بیهوشی در بخش دولتی (۳۴۵۰۰ ریال)

Cost_s میزان دستمزد پزشک به ازای هر Kی جراحی در بخش دولتی (۶۰۰۰۰ ریال)

فرمول ۴، روش محاسبه‌ی میزان افزایش دستمزد پزشکان و متخصصان بیهوشی بابت ارائه‌ی خدمت در بیمارستان‌های دولتی پس از هیأت امنایی شدن

جدول ۴. آمار مربوط به تعداد تخت‌های ویژه و عادی، ضریب اشغال و تعرفه Hoteling کشور در سال ۱۳۹۰

ردیف	عنوان	تعداد تخت فعال	تعرفه Hoteling (ریال)	متوسط ضریب اشغال درصد
ویژه				
۲	CCU	۳۶۹۹	۶۹۵۵۰۰	۷۶/۱۶
۳	Post CCU	۳۷۵۴	۵۶۴۷۰۰	۷۱/۶
۴	ICU، جنرال، NICU، RICU، Ped ICU	۵۰۱۶	۱۳۹۱۷۰۰	۸۴/۹۴
۵	BICU	۳۶	۱۵۳۰۸۰۰	۶۴/۱۱
۶	سوختگی	۸۰۴	۱۰۵۸۶۰۰	۷۰/۰۵
۷	بخش روان‌پزشکی	۵۹۹۷	۲۹۹۲۰۰	۷۴/۸۰
۸	بخش نوزادان	۲۳۶۹	۱۵۰۰۰۰	۶۴/۹۵
۹	نوزاد بیمار (سطح دوم)	۶۰۸	۲۱۰۰۰۰	۶۴/۹۵
عادی				
۱۰	سایر	۶۰۳۱۸	۳۰۰۰۰۰	۵۸/۳۱

جدول ۵. برآورد تعداد اعمال ارائه شده در کل کشور در سال ۱۳۸۹

ردیف	عنوان	تعداد بیمه شدگان	نسبت بستری در هزار	تعداد بستری
۱	بیمه شدگان تامین اجتماعی	۳۰۰۰۰۰۰	۹۴	۲۸۲۰۰۰۰
۲	بیمه شدگان لشگری و کشوری	۱۱۲۰۰۰۰	۱۰۴	۱۱۶۴۸۰۰
۳	بیمه شدگان روستایی	۲۳۰۰۰۰۰	۶۹	۱۵۸۷۰۰۰
۴	سایر اقشار	۱۰۸۰۰۰۰	۷۵	۸۱۰۰۰۰
	کل کشور			۶۳۸۱۸۰۰

$Y =$ ضریب اشغال تخت در بخش دولتی

$Z =$ تعداد تخت فعال در بخش دولتی

فرمول ۶. روش محاسبه‌ی هزینه‌ی Hoteling بیمارستان‌های دولتی بعد از هیأت امنایی (Total hoteling یا TH)

$$H = (GH \times 0/9) + (GH \times 0/6)$$

توجه: سهم پرداخت سازمان‌های بیمه برای بستری ۹۰ درصد و سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۰/۶ برای Hoteling در نظر گرفته شده است.

فرمول ۷. کل اعتبارات جدید مورد نیاز هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها شامل Hoteling و دستمزد پزشکان (TC)

$$TC = TH + TFE$$

با توجه به مدل و مفروضات مطالعه (جدول ۱ تا ۶) (۱۰) و با ثابت در نظر گرفتن سایر شرایط قبل و بعد از تبدیل شدن بیمارستان‌ها به هیأت امنایی (به عنوان مثال نسبت ارائه‌ی خدمات در بخش دولتی و خصوصی) به تفکیک سهم پرداختی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر برآورد گردید (فرمول ۷).

فرمول ۵. روش محاسبه‌ی هزینه‌ی Hoteling بیمارستان‌های دولتی (GH) قبل از هیأت امنایی شدن

$$GH = Z \times Y \times X \times 365$$

$X =$ تعرفه‌ی Hoteling مصوب در کتابچه‌ی

تعرفه‌ی هر سال

یافته‌ها

متوسط ضریب اشغال تخت در بخش دولتی ۶۳/۲۵ درصد می‌باشد. همچنین متوسط وزنی Kی جراحی ۱۴ و متوسط وزنی Kی بیهوشی ۱۵ واحد به ازای هر عمل می‌باشد (جدول ۶).

جدول ۶. مدل مطالعه برای محاسبه‌ی میزان هزینه‌ی اضافی مورد نیاز به منظور هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها

میزان	عنوان
۶۳۸۱۸۰۰	۱ اعمال در کشور (۱۳۸۹)
۵۱۰۵۴۴۰	۲ اعمال در بخش دولتی
۱۴	۳ متوسط وزنی Kی جراحی
۱۵	۴ متوسط وزنی Kی بیهوشی (پایه و ارزش زمانی)

بر این اساس قبل از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، سالیانه حدود ۷۰۲۶ میلیارد ریال به منظور پرداخت دستمزد پزشکان در بخش دولتی برای کلیه‌ی اعمال هزینه می‌گردد (جدول ۷).

میزان هزینه‌ی دستمزد مورد نیاز پزشکان برای تبدیل شدن بیمارستان‌ها به هیأت امنایی ۱۵۶۶۹ میلیارد ریال برآورد می‌شود که از این میان ۱۱۲۴۲

میلیارد ریال سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ۴۴۲۶ میلیارد ریال سهم سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد (جدول ۷).

میزان هزینه‌ی Hoteling در بخش دولتی قبل از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها ۸۱۴۰ میلیارد ریال است. میزان هزینه‌ی Hoteling مورد نیاز برای تبدیل شدن بیمارستان‌ها به هیأت امنایی ۱۲۲۱۱ میلیارد ریال می‌باشد که از این میان ۴۰۸۸۴ میلیارد ریال سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ۷۳۲۶ میلیارد ریال سهم سازمان‌های بیمه‌گر است. انتظار می‌رود با هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها در مجموع حدود ۲۷۸۸۱ میلیارد ریال اعتبارات جدید مورد نیاز باشد (جدول ۷).

بحث

این مطالعه نشان داد که برای هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، حدود ۲۷۸۸۱ میلیارد ریال منابع اضافی مورد نیاز می‌باشد که از این میان ۱۵۶۶۹ میلیارد ریال هزینه‌ی دستمزد پرداختی به پزشکان و ۱,۲۱۱ میلیارد ریال آن هزینه‌های ناشی از Hoteling است.

جدول ۷. محاسبه‌ی میزان هزینه‌ی اضافی مورد نیاز به منظور هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها

عنوان	هزینه (میلیارد ریال)
دستمزد پزشکان	
۱ میزان دستمزد پزشکان در بخش دولتی	۷,۰۲۶
۲ مازاد سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پرداخت هزینه دستمزد در بخش دولتی (۱/۶k)	۱۱,۲۴۲
۴ مازاد سهم سازمان بیمه در پرداخت هزینه دستمزد اعضای هیأت علمی غیر تمام وقت در بخش دولتی (۱k) (۰/۷۰) (۰/۹۰)	۴,۴۲۶
۵ هزینه کل مورد نیاز برای پرداخت دستمزد پزشکان	۱۵,۶۶۹
میزان Hoteling	
۱ میزان هزینه Hoteling در بخش دولتی	۸,۱۴۰
۲ سهم وزارت بهداشت در پرداخت Hoteling (۰/۶k)	۴,۸۸۴
۴ سهم سازمان بیمه در پرداخت Hoteling (۱k) (۰/۹۰)	۷,۳۲۶
۵ هزینه کل Hoteling	۱۲,۲۱۱
مجموع کل هزینه‌ها (دستمزد و Hoteling)	۲۷,۸۸۱

در این صورت با توجه به ارتقای کیفیت خدمات و ۳/۶ برابر شدن دستمزد کادر درمان در بیمارستان‌های هیأت امنایی، انتظار می‌رود مشوق‌های مالی جهت ماندگاری اعضای هیأت علمی فراهم گردد و انگیزه‌ی لازم برای جذب بیماران در این بیمارستان‌ها افزایش یابد (۱۱، ۱). البته ممکن است افزایش دستمزدها باعث مصرف بی‌رویه و غیرمنطقی برخی خدمات گردد و به سبب آن هزینه‌ها به شکل غیر ضروری افزایش یابد.

به منظور موفقیت هر چه بیشتر بیمارستان‌های هیأت امنایی، اعطای حق تصمیم‌گیری کافی برای برنامه‌ریزی راهبردی و انجام برنامه‌ریزی‌های بلند مدت توسط مدیران بیمارستان‌ها ضروری می‌باشد (۱). بر اساس گزارش‌ها در جریان خودگردانی، به دلیل کاهش بودجه‌ی دولتی ممکن است بیمارستان‌ها برای درآمد زایی وارد بازار شوند (۱۲، ۱).

مطالعات نشان داده است که به منظور خروج بیمارستان‌های دولتی از یک موقعیت انفعالی در بازار رقابتی، باید اختیارات بیشتری به بیمارستان‌ها اعطا نمود و با محاسبه‌ی قیمت تمام شده‌ی خدمات، تعرفه‌ها را به حالت واقعی خود نزدیک‌تر کرد. از طرفی، انتقال از یک بودجه‌ی خطی به بودجه‌ی گلوبال می‌تواند حق تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان‌ها را در هزینه کردن بودجه‌ی دولتی و درآمد اختصاصی بیمارستان ارتقا دهد (۱۳، ۱).

نتایج مطالعات حاکی از آن بود که فرصت‌های درآمد زایی زمانی منجر به ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌گردد که مازاد مالی در اختیار بیمارستان باشد (۱۴-۱۵). بخشی از وجوه تولیدی بیمارستان‌ها بابت

هزینه‌های ستادی به دانشگاه تعلق می‌گیرد و در مورد بقیه‌ی آن هم مدیران بیمارستان‌ها اطمینان کامل از دریافت تمامی این مازاد پول نخواهند داشت و این امکان وجود دارد که مازاد بیمارستان‌های پر درآمد به بیمارستان‌های کم درآمد (روانی - سوختگی) تخصیص داده شود (۱). بدیهی است چنین رویکردی با اصول خودگردانی هم‌خوانی ندارد.

در این مطالعه، برآورد مبالغ با توجه به فرض‌هایی در نظر گرفته شده و ثابت ماندن رفتار سایر ارکان نظام سلامت در نتیجه‌ی هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، محاسبه گردید که از محدودیت‌های مطالعه بود. میزان دقیق این تغییرات در مطالعات آینده قابل بررسی می‌باشد. به عنوان مثال فرض شده است که با هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها همچنان ۸۰ درصد اعمال در بخش دولتی و ۲۰ درصد در بخش خصوصی انجام می‌شود. بنابراین ممکن است پس از هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها میزان واقعی اعتبارات مورد نیاز تا حدی متفاوت باشد که پیشنهاد می‌شود مورد توجه مطالعات بعدی قرار گیرد.

هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها یک تغییر ساختار در روش ارائه‌ی خدمات می‌باشد که می‌تواند به عنوان یکی از مشکلات نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد و بخشی از مشکلات ارائه‌ی خدمات سلامت را مرتفع نماید و باعث ارتقای کیفیت و رضایت مندی بیماران شود (۱). اما بدیهی است هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها به تنهایی راه حل تمامی مشکلات نمی‌باشد و لازم است در کنار آن سایر مشکلات و چالش‌های نظام سلامت از جمله روش‌های تأمین منابع مالی، نظام پرداخت و غیره مورد توجه قرار گیرد.

References

1. Jafari Sirizi M, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, Yunesian M, Akbari F, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim* 2008; 11(2): 59-71.
2. Preker AS, Harding A. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington DC: The World Bank; 2003.
3. Bogue RJ, Hall CH, La Forgia GM. *Hospital Governance in Latin America: Results of a Four Nation Survey*. Washington DC: The World Bank; 2007.
4. Castano R, Bitran RA, Giedion U. *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*. Partners for Health Reformplus. Abt Associates Inc: Bethesda; 2004.
5. World Health Organization. *Health Centres: The 80/20 Imbalance - Burden of Work vs Resources*. Geneva: WHO; 1999.
6. Harding A, Preker AS. *Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington DC: World Bank; 2000.
7. Abdullah MT, Shaw J. A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. *Int J Health Plann Manage* 2007; 22(1): 45-62.
8. Ministry of Health and Medical Education. *Book of Relative Value of Diagnostic and Therapeutic Services (the Old Tariff Book), and Drug Treatment Affairs*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 1996.
9. Olyaeemanesh A, Salehi Gh, Khamseh A, Zandi A, Babashahy S. *Booklet of Tariff of Diagnostic and Therapeutic Services*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010. [In Persian].
10. Olyaeemanesh A, Manavi A, Monazzam K. *Documentation and Studies Conducted at the Department of Health Economics, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education; 2004 to 2009*. [In Persian].
11. Parliament of Islamic Republic of Iran. *Iran Employment Law, Issuing date: 1966* [Online] 2008. [cited 2008 Apr 2]; Available from: URL: <http://rc.majlis.ir/fa/report/show/738896>
12. Shaw RP. *New Trends in Public Sector Management in Health* [Online] 2011. Available from: URL: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNU TRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>.
13. Jakab M, Preker AS, Harding A. *The Missing Link? Hospital reform in transition economies. Innovation in Health Services*. Washington DC: The World Bank; 2003.
14. Rethelyi JM, Miskovits E, Szocska MK. *Organizational Reform in the Hungarian Hospital Sector. Institutional Analysis of Hungarian Hospitals and the Possibilities of Corporatization*. Washington DC: The World Bank; 2002.
15. Hennock M. *China's health insurance system is failing poor people*. *BMJ* 2007; 335(7627): 961.

The Extra Cost of Granting Autonomy to Public Hospitals

Saeed Manavi¹, Saeideh Babashahy MSc², Ali Akbari Sari PhD³

Abstract

Background: Reform of structure and improvement of healthcare providing system especially in hospitals are among the most important priorities of health systems. Granting autonomy to university hospitals is a recommended in this regard. The aim of this study was to determine the costs and credits imposed to the system by granting autonomy to public hospitals.

Methods: To calculate the necessary funding, two components of physician fee and hotelling were accounted. The available statistics and documentations including the number of regular and special beds of public hospitals, occupied bed coefficient, the extra cost of hotelling due to granting autonomy, relative value unit, and the annual number of health services in country were extracted from the Ministry of Health and Medical Education and insurance organizations. Then, due to study modeling the amount of increased costs and funding of granting autonomy to hospitals was estimated.

Findings: The estimated cost of physician fee for procedures was about 7,026 billion IR Rials and cost of hotelling was nearly 8,140 billion IR Rials before granting autonomy to public hospitals. In autonomy condition of hospitals, the annual surplus cost of 27,881 billion IR Rials was required including 15,669 billion IR Rials for physician fees and 12,212 billion IR Rials for hotelling.

Conclusion: In the condition of granting autonomy to public hospitals, the extra funding was about 28,000 billion IR Rials which must be paid by the Ministry of Health and Medical Education and insurance organizations.

Keywords: Hospital Autonomization, Cost, Iran

¹ Department of Health Management, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

² Department of Health Economics, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Ali Akbari Sari PhD, Email: akbarisari@tums.ac.ir