



مطالعه کیفی بررسی ابعاد و درجه اعطای خودگردانی به بیمارستان‌های دانشگاهی مورد پژوهش

مهدی جعفری سیریزی^۱، دکتر آرش رشیدیان^۱، دکتر فرید ابوالحسنی^۲، دکتر کاظم محمد^۳، دکتر شهرام یزدانی^۴، دکتر پاتریتشیا پارکرتون^۵، دکتر مسعود یونسین^۶، دکتر فیض‌الله اکبری^۱، دکتر محمد عرب^{۱*}

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۵- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه UCLA آمریکا ۶- گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۷/۱/۲۰ پذیرش: ۸۷/۶/۲۵

Title: *Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals*

Authors: *Jafari Sirizi M, (MSc); Rashidian A, (MD, PhD); Abolhasani F, (MD); Mohammad K, (PhD); Yazdani Sh, (MD); Parkerton P, (PhD); Yunesian M, (PhD); Akbari F, (PhD); Arab M, (PhD).*

Introduction: *The aim of this study was to determine the key organizational dimensions that influence the autonomy of university hospitals and the level of granted autonomy in each dimension.*

Methods: *Six hospitals were randomly selected from those affiliated with three medical universities of Tehran, Iran and Shahid Beheshti. In this qualitative study, we interviewed 27 hospital managers (response rate of 82%). The semi-structured interview guide was developed based on the results of four initial in-depth interviews and the organizational reform model of the World Bank. We used the framework method for the analysis of qualitative data.*

Results: *Nine themes were identified as the key factors influencing hospital autonomy: decision right in strategic management, decision right in human resources management, decision right in financial management, decision right in physical resources management, product market exposure, procurement market exposure, financial residual claim, governance arrangements and accountability mechanisms, and social functions of the hospitals. Limited decision rights in strategic, human resources, and physical resources management were granted to hospitals. Hospitals were not the financial residual claimant, but were exposed to competitive product market. Autonomy was limited regarding the procurement market. Governance systems were hierarchical and accountability mechanisms were supervisor-supervisee oriented. Some of the social functions of the hospitals were defined, but the expenses of these functions were not totally reimbursed by the government and the insurance industry.*

Conclusion: *The autonomy granted to the hospitals is unbalanced and paradoxical. More decision rights should be granted for management of strategic, human resources and physical resources as well as hospitals entry to the procurement market. Hospitals need to be the financial residual claimant. The hierarchical administrative systems should be transformed to cooperative ones. Instead of supervisor-supervisee oriented control measures, Ministry of Health and Medical Education needs more regulatory mechanisms for controlling hospitals' performance and social functions.*

Keywords: *Decentralization; Hospital organizational reform; Health system reform; Qualitative research*

Hakim Research Journal 2008; 11(2): 59- 71.

* نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۸۹۸۹۱۳۴، نمابر: ۸۹۸۹۱۳۹
پست الکترونیک: arabmoha@tums.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف ما تعیین کلیدی‌ترین ابعاد سازمانی اثرگذار بر خودگردانی بیمارستان‌های عمومی دانشگاهی و تعیین میزان خودگردانی اعطا شده در هر یک از این ابعاد بود.

روش کار: شش بیمارستان وابسته به سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این مطالعه کیفی با ۲۷ نفر از مسئولان بیمارستان‌ها (میزان پاسخگویی ۸۲٪) مصاحبه انجام شد. راهنمای نیمه ساختاری مصاحبه‌ها بر اساس چهار مصاحبه عمیق و همچنین با توجه به مدل اصلاحات سازمانی بانک جهانی (پرکر- هاردینگ) طراحی شد. از روش تحلیل چارچوبی برای آنالیز داده‌های کیفی استفاده شد.

یافته‌ها: نه موضوع به عنوان عوامل کلیدی اثرگذار بر خودگردانی شناسایی شدند: حق تصمیم‌گیری در مدیریت راهبردی؛ حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی؛ حق تصمیم‌گیری در مدیریت مالی؛ حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی؛ مواجهه با بازار محصول؛ مواجهه با بازار تدارکات؛ صاحب اختیار مانده مالی؛ چیدمان حاکمیتی و ساز و کار پاسخگویی؛ کارکردهای اجتماعی بیمارستان. حق تصمیم‌گیری محدودی در مدیریت‌های راهبردی، منابع انسانی و منابع فیزیکی به بیمارستان‌ها اعطا شده است. بیمارستان‌ها صاحب اختیار مانده مالی نبودند. بیمارستان‌ها در بازار رقابتی فروش محصولات قرار داشتند. اختیار بیمارستان‌ها در بازار تدارکات محدود بود. چیدمان حاکمیتی سلسه مراتبی و ساز و کار پاسخگویی رئیس و مرئوسی بر بیمارستان حاکم بود. برخی از موارد کارکرد اجتماعی بیمارستان تعریف شده است ولی به صورت کلی هزینه کارکرد اجتماعی بیمارستان به صورت کامل توسط دولت و بیمه‌ها جبران نمی‌شد.

نتیجه‌گیری: خودگردانی نامتعادل و متناقضی به بیمارستان‌ها اعطا شده است. حق تصمیم‌گیری بیشتری باید در ابعاد مدیریت راهبردی، منابع انسانی و فیزیکی و همچنین بازار تدارکات به بیمارستان‌ها اعطا شود. بیمارستان‌ها باید صاحب اختیار مانده مالی شوند. نظام اداری سلسله مراتبی باید به سمت نظام‌های مشارکتی حرکت داده شود. وزارت بهداشت به ساز و کارهای قانون‌مدار (در برار کنترل رئیس و مرئوسی) بیشتری برای کنترل عملکرد و کارکرد اجتماعی بیمارستان‌ها نیاز دارد.

کل واژگان: تمرکززدایی، اصلاحات سازمانی بیمارستان، اصلاحات در نظام سلامت، مطالعه کیفی.

مقدمه

بیمارستان‌های عمومی برشمرده می‌شوند (۱). بر اساس گزارش سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های عمومی نزدیک به ۸۰٪ منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند در حالی که فقط ۲۰٪ از خروجی‌های این بخش را تولید می‌کنند (۳). 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 (۱ و ۴ و ۵). این هدف از طریق کاهش ساز و کارهای کنترل مستقیم دولتی و همچنین انتقال تصمیم‌گیری‌های روزمره از سطح دولت به سطح مدیران بیمارستان‌ها محقق خواهد شد (۴ و ۶).

موج اصلاحات سازمانی بیمارستان‌های دولتی: 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 (۱). همانطور که می‌شود پیش‌بینی کرد، بیمارستان‌های عمومی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت، به صورت واحدهایی بودجه‌ای شکل گرفته و به شیوه متمرکز اداره می‌شوند (۲). از سوی دیگر مواردی چون عدم کارایی فنی^۱ و تخصیصی^۲ شکست در پوشش گروه‌های کم‌درآمد و فقیر و همچنین پاسخگویی ضعیف به ذینفعان از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی

^۱ Technical inefficiency

^۲ Allocative inefficiency

کلی سلامت کشور در سال ۲۰۰۵ گزارش شده است (۸). در سطح ملی، تمام تصمیمات مربوط به تعیین اهداف، سیاست‌ها و تخصیص منابع به صورت متمرکز در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به اطلاعات وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سایر نقش‌آفرینان کلیدی نظام سلامت اتخاذ می‌شود. در سطح استانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسؤول ارائه خدمات سلامت، پایش فعالیت‌های بخش خصوصی و همچنین آموزش و پژوهش در پزشکی و علوم بهداشتی می‌باشند (۹). جدول ۱ بیمارستان‌های کشور را بر اساس نوع وابستگی نشان می‌دهد.

جدول ۱- بیمارستان‌های کشور بر اساس نوع وابستگی

بیمارستان‌های وابسته به:	بیمارستان	تخت	درصد تخت
وزارت بهداشت	۵۳۷	۶۴۱۶۸	۶۶
خصوصی	۱۱۹	۸۹۱۷	۱۴/۶۲
سازمان تأمین اجتماعی	۵۴	۷۵۳۳	۶/۵
نیروی های مسلح	۳۱	۲۴۷۲	۴
خبریه	۲۵	۳۳۱۵	۳
وزارت نفت	۸	۸۳۷	۰/۹
وزارت آموزش پرورش	۸	۱۰۹۷	۱/۱
بانک‌ها	۲	۲۱۸	۰/۲۵
کمیته امداد	۱	۹۰	۰/۱۲
سایر	۲۹	۲۲۰۸	۳/۵
کل	۸۱۴	۸۹۸۹۵	۱۰۰

اصلاحات در نظام سلامت ایران: در سال ۱۳۶۴ به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین بهداشت درمان و بهزیستی و آموزش پزشکی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. در سال ۱۳۶۷ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید، که در این مصوبه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به عنوان یکی از ارکان وزارت متبوع محسوب گردیده و رؤسای دانشگاه‌ها یا دانشکده‌ها به عنوان قائم‌مقام وزیر در استان معرفی شدند (۱۰). در حال حاضر ۴۱ دانشگاه و یا دانشکده مستقل علوم پزشکی در کشور وجود دارد و هر استان حداقل دارای یک دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد (۱۱).

در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها (طرح کارانه^{۱۰}) توسط معاونت درمان وزارت متبوع تدوین، تصویب و ابلاغ گردید (۱۲) و به بیمارستان‌های عمومی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی نمایند. با وجود این که این طرح، به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، واقعیت این است که این طرح فقط یک دستورالعمل

بر اساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی^۳ (شکل ۱)، اعطای درجات مختلف خودگردانی به بیمارستان‌های دولتی را می‌توان روی یک طیف (طیف اصلاحات سازمانی^۴) در نظر گرفت (۱ و ۲). در این طیف چهار الگوی سازمانی برای بیمارستان‌ها تعریف شده است که عبارتند از: بیمارستان‌های بودجه‌ای^۵؛ واحدهایی اداری وابسته به سطوح بالاتر منطقه‌ای یا کشوری؛ بیمارستان‌های خودگردان^۶؛ شعار این بیمارستان‌ها این است: «اجازه بدهید مدیران مدیریت کنند» (۵)، این مهم از طریق اعطای اختیار و مسؤولیت بیشتر به بیمارستان‌ها و همچنین مواجهه بیمارستان با بازار محقق می‌شود؛ بیمارستان‌های شرکتی^۷: تقلید نظام تصمیم‌گیری بخش خصوصی در بیمارستان دولتی، مالکیت در دست دولت باقی می‌ماند؛ بیمارستان‌های خصوصی^۸؛ مالکیت بخش خصوصی (انتفاعی یا غیرانتفاعی). بدیهی است بیمارستان‌هایی که مالکیت آنها به بخش خصوصی واگذار شود دیگر متعلق به بخش عمومی نیستند، به همین دلیل خصوصی کردن بیمارستان‌های دولتی توصیه نمی‌شود (۴). یک بیمارستان دولتی براساس درجه خودگردانی که به آن اعطا می‌شود، می‌تواند در هر نقطه‌ای روی این طیف قرار گیرند (۱ و ۴ و ۵ و ۷)

انواع بیمارستان	بیمارستان‌های بودجه‌ای	بیمارستان‌های خودگردان	بیمارستان‌های شرکتی	بیمارستان‌های خصوصی
ابعاد سازمانی	داخل بیمارستان	خودگردان	شرکتی	خصوصی
حق تصمیم‌گیری	هیچ	کامل	کامل	کامل
مواجهه با بازار	هیچ	کامل	کامل	کامل
صاحب‌اختیار مانده مالی	خزانه	بیمارستان	بیمارستان	بیمارستان
جوابگویی	مستقیم؛ کنترل سلسله مراتبی	مستقیم؛ غیر مستقیم؛ مقررات و قراردادها	مستقیم؛ غیر مستقیم؛ مقررات و قراردادها	مستقیم؛ غیر مستقیم؛ مقررات و قراردادها
کارکردهای اجتماعی	تعهدات تلوچی؛ بدون تأمین اعتبار	تعهدات دقیق و شفاف؛ با تأمین اعتبار	تعهدات دقیق و شفاف؛ با تأمین اعتبار	تعهدات دقیق و شفاف؛ با تأمین اعتبار

* برگرفته از منابع (۱، ۴، ۵، ۷)

شکل ۱- الگوهای سازمانی بیمارستان

نظام سلامت در ایران: ایران کشوری با درآمد زیر متوسط و با جمعیتی بالغ بر ۷۰ میلیون نفر است. هزینه کلی نظام سلامت به عنوان درصدی از GDP^۹، در حدود ۶ برآورد می‌شود و هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت ۵۲/۲٪ هزینه‌های

³ Preker and Harding organizational modalities

⁴ Organizational Reform continuum

⁵ Budgetary Hospitals

⁶ Autonomous Hospitals

⁷ Corporatized Hospitals

⁸ Privatized Hospitals

⁹ Gross Domestic Product

¹⁰ Fee-For- Services

و دانشگاه شهید بهشتی ۳ از ۱۷)، دو بیمارستان در هر دانشگاه به صورت تصادفی انتخاب شدند.

هدف ما مصاحبه با تمام مدیران ارشد بیمارستان شامل رییس، مدیر، مترون، رییس مالی، مدیر امور عمومی و معاون آموزشی بود. بر این اساس مصاحبه‌ها باید با ۳۲ مدیر ارشد انجام می‌گرفت. دعوت‌نامه‌های رسمی برای رؤسای این ۶ بیمارستان ارسال گردید. راهنمای نیمه ساختار یافته مصاحبه‌ها بر اساس الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی (شکل ۱) (۱ و ۴ و ۵ و ۷) و مصاحبه‌های عمیق اولیه طراحی شد (۱۸). سؤالات این راهنما چندین بار توسط گروه پژوهش مورد بازبینی و ارتقا قرار گرفت. نهایتاً موفق به انجام مصاحبه با ۲۷ نفر (۸۲٪) شدیم. یکی از اعضای گروه پژوهش تمام مصاحبه‌ها را در محل کار این افراد انجام داد. بطور متوسط هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید و در موارد لازم مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام گرفت. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. در قسمت یافته‌ها حرف P^{۱۱} به همراه شماره به معنی مصاحبه شونده‌ای است که از او نقل قول شده است.

تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها روش «مراحل تحلیل چارچوبی^{۱۲}» مورد استفاده قرار گرفت. این روش دارای ۵ مرحله به شرح ذیل می‌باشد: آشنایی^{۱۳}؛ شناسایی یک چارچوب موضوعی^{۱۴}؛ نمایه کردن^{۱۵}؛ ترسیم جداول^{۱۶}؛ کشیدن نقشه و تفسیر^{۱۷} (۱۹). این شیوه به صورت اختصاصی برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاستگذاری طراحی گردیده است (۲۰).

در مرحله آشنایی یک خلاصه ارتباطی، محتوایی (۲۰) برای هر یک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب موضوعی^{۱۸} اولیه بر اساس ادبیات پژوهش (۱۸)، سؤالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای موضوعی طراحی گردید. این چارچوب در چندین جلسه با اعضای گروه پژوهش به بحث گذارده شد. این چارچوب همچنین از طریق مرور مجدد مصاحبه‌ها و تکرار مرحله آشنایی مورد بازبینی قرار گرفت. یکی از پژوهشگران (م.ج.) با کمک نرم‌افزار Atlas-Ti (۱۸) به ایندکس کردن اولیه مصاحبه‌ها پرداخت. بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر

پرداخت بود (۱۳). اصلاحات در نظام سلامت در بند ب ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰، مواد ۴۹ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و سایر قوانین و دستورالعمل‌های مالی و ساختاری ادامه پیدا کرده و همچنان در جریان است (۱۴). وجه مشترک تمام این قوانین و دستورالعمل‌ها تمرکززدایی در نظام سلامت و کوچک کردن بدنه بخش دولتی است.

در همین راستا، طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۸۳ توسط مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع شروع شد. این طرح اصلاحات را در ۶ بعد شروع نمود: ساختار بیمارستان؛ بودجه‌ریزی عملیاتی؛ مدیریت مبتنی بر عملکرد؛ برون‌سپاری؛ مدیریت نگهداشت؛ سامانه اطلاعات بیمارستان (۱۱). چهل و یک بیمارستان از سراسر کشور به عنوان پایلوت انتخاب شدند و بودجه دولتی ویژه‌ای نیز به این بیمارستان‌ها اختصاص یافت در سال ۱۳۸۵ این بیمارستان‌ها به ۱۳ عدد کاهش داده شدند و البته ۵ بیمارستان جدید نیز به این طرح اضافه گردیدند و این طرح با ۱۸ بیمارستان و تحت عنوان طرح کشوری بیمارستان‌های منتخب هیأت امنایی ادامه یافت که در حال حاضر نیز ادامه دارد. **هدف این مطالعه:** بسیاری از اصلاحات انجام گرفته در نظام سلامت مبتنی بر ایدئولوژی بوده‌اند تا شواهد (۱۵). به طوری که علی‌رغم اجرای طرح اصلاحی متعدد در کشور، شواهد اندکی در خصوص پیامد و نحوه اجرای آنها در دسترس است. این مطالعه کیفی با هدف شناسایی ابعاد کلیدی اثرگذار بر خودگردانی بیمارستان‌های دولتی طرح گردید. همچنین ما بر آنیم تا درجه اعطای خودگردانی در هر یک از این ابعاد را نیز مورد بررسی قرار دهیم. این مطالعه بر الگوی اصلاح سازمانی بیمارستان‌های دولتی بانک جهانی (شکل ۱) استوار گردیده است (۱ و ۴ و ۵ و ۷).

روش کار

انتخاب بیمارستان‌ها: استان تهران از نظر آرایه خدمات بهداشتی درمانی به سه منطقه تحت پوشش سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی تقسیم شده است (۱۶ و ۱۷). از میان تمام بیمارستان‌هایی که شرایط (قرار داشتن در شهر تهران، عمومی بودن، داشتن بیش از ۱۰۰ تخت فعال و پایلوت نبودن در طرح‌های تمرکززدایی و اصلاح سازمانی) ورود به مطالعه را داشتند (دانشگاه تهران ۷ از ۱۶، دانشگاه ایران ۸ از ۲۵

¹¹ Participant

¹² Framework Analysis

¹³ Familiarization

¹⁴ Identifying a Thematic Framework

¹⁵ Indexing

¹⁶ Charting

¹⁷ Mapping and Interpretation

¹⁸ Thematic Framework

چارچوب موضوعی در خلال فرایند تحلیل بارها بازبینی شده و ارتقا داده شد (۲۱). چارچوب ابتدایی دارای ۵ موضوع بود که در خلال تحلیل به ۹ موضوع ارتقا یافت.

نتایج

ما در این مطالعه دریافتیم که الگوی اصلاحات سازمانی بانک جهانی (شکل ۱) (۱ و ۴ و ۵ و ۷) ابزار مناسبی برای مطالعه اصلاحات سازمانی بیمارستان است ولی در عین حال خیلی کلی است. بر همین اساس در این مطالعه ۹ موضوع و ۳۵ زیر موضوع شناسایی شد (جدول ۲).

اساس ارتباط موضوعی از طریق یک و یا چند کد ایندکس شد. این کدها بارها و بارها توسط سه نفر از اعضای گروه پژوهش مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته و برای دفعه آخر در جلسه‌ای با حضور تمام اعضای گروه مورد بحث نهایی قرار گرفت. ما دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان را در مورد هر موضوع، با کمک جداول تحلیلی مورد مقایسه قرار دادیم. رابطه میان موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها نیز شناسایی و تحلیل شد. در هر جا که لازم می شد به مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده مراجعه شده و در صورت نیاز مطالبی نیز به جداول تحلیلی اضافه می‌گردید. مرحله بعدی تفسیر موضوعات بود که برای انجام آن فرایندی شبیه به فرایند توضیح داده شده در مرحله ایندکس کردن، انجام گرفت (۲۰).

جدول ۳- موضوع و زیر موضوع های کلیدی اصلاحات سازمانی و اعطای خودگردانی به بیمارستان های عمومی

موضوع ها (Themes)	زیر موضوع ها (Sub-Themes)
موضوع ۱: حق تصمیم‌گیری در مدیریت راهبردی	تنظیم رسالت، مأموریت و اهداف حق برنامه‌ریزی اجرای برنامه‌ها لابی کردن برای تصویب برنامه‌های بیمارستان
موضوع ۲: حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی	چارت سازمانی و شرح وظایف چارت واقعی، چارت روی کاغذ استخدام و اخراج کنترل کمی و کیفی نیروی انسانی نظام پرداخت
موضوع ۳: حق تصمیم‌گیری در مدیریت مالی	تنظیم بودجه‌های جاری و توسعه‌ای تأمین و تخصیص بودجه دولتی، درآمد اختصاصی هزینه کردن بودجه دولتی، درآمد اختصاصی
موضوع ۴: حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی	کنترل توسط مالک برچسب شماره اموال دولتی خرید، فروش، تعمیر و ساخت و ساز منابع فیزیکی
موضوع ۵: مواجهه با بازار فروش خدمات	مواجهه با بازار رقابتی بازار ناعادلانه و نابرابر پرداخت‌های غیررسمی زیرمیزی خرید محدود به یک سقف پرداخت
موضوع ۶: مواجهه با بازار تدارکات و مواد اولیه	خرید از ارایه دهندگان تعیین شده واگذاری و برون‌سپاری ترفندهای رهایی از محدودیت‌های دست و پا گیر
موضوع ۷: صاحب اختیار مانده مالی	دانشگاه صاحب اختیار مانده مالی بازخواست در برابر کسری‌های غیر سیستمیک بودجه غیرمنتظره و روی هم شدن بدهی‌ها
موضوع ۸: چیدمان حاکمیتی و سازوکار جوابگویی بیمارستان	ساختار سلسله مراتبی دستوری عدم وجود وحدت فرماندهی وتو کردن تصمیمات مشارکتی پاسخگویی سلسله مراتبی بازرسی‌های سرزده دانشگاه برای اعتباربخشی پاسخگویی مالی بسیار سختگیرانه
موضوع ۹: کارکردهای اجتماعی بیمارستان	طرح‌های بیمه‌ای برای فقرا و بیمه‌نشده‌گان بسته بیمه‌ای ناکافی بودجه دولتی برای جبران کارکردهای اجتماعی بیمارستان بودجه جبرانی دولت کمتر از هزینه‌های بیمارستان است

(P۱۳) (۲۲) و «دانشگاه مسایل استراتژیک را برای ما تعریف می‌کند» (P۲۶). به عنوان مثال: «توی نظام ما این تغییرات آموزشی بودن یا نبودن (بیمارستان‌ها) را دانشگاه تصمیم می‌گیرد، بیمارستان ما توانایی آموزشی بالایی دارد ولی دانشگاه تشخیص داد که آموزشی نباشد» (P۱۲). در واحدهای بودجه‌ای

تابستان ۸۷، دوره یازدهم، شماره دوم

موضوع ۱: حق تصمیم‌گیری در مدیریت راهبردی

بیمارستان‌ها حق محدودی برای تصمیم‌گیری راهبردی داشتند. در این زمینه مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که «ما مدیر استراتژیک بیمارستان نیستیم وقتی که حق نداریم مسایل استراتژیک بیمارستان را خودمان شناسایی و تعریف کنیم»

قوانین و دستورالعمل‌های سلسله مراتبی است که همه مسایل راهبردی و حتی تصمیم‌گیری‌های روزمره را تعریف و کنترل می‌کند (۲۳). مصاحبه‌شوندگان همچنین به عدم هماهنگی بین مأموریت و تصمیمات راهبردی معاونت‌های مختلف دانشگاه اشاره کرده و اظهار داشتند: «هر معاونت دانشگاه نسبت به هدف و حوزه مسؤولیت خودش از ما یک وظیفه‌ای می‌خواهد. کاری هم ندارد که این وظیفه با کار بقیه با هم منافات دارد یا ندارد؟» (۲۷).

در زمینه «حق برنامه‌ریزی» مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که «ما داریم روزمرگی می‌کنیم وقتی روزمرگی می‌کنیم برنامه‌ریزی خیلی معنا و مفهوم پیدا نمی‌کند» (۲۱). آنها شدیداً انتقاد داشتند که «برنامه‌ریزی (برای ما) می‌کنند، ما خودمان حق برنامه‌ریزی نداریم» (۲۴). از طرفی دیگر، هماهنگی ضعیف بین سیاستگذاری و اجرا از ویژگی‌های رویکرد متمرکز مدیریت واحدهای اداری (کاملاً وابسته به دولت) است (۲۳). در همین زمینه مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند «اونیکه برنامه ریخته در ستاد است و از مشکلات واقعی ما خبر ندارد. یک برنامه‌ریزی می‌کند که قابلیت اجرا ندارد... نمونه‌اش اینکه وزیر میگوید امسال رزیدنت‌ها دو برابر شوند آخه با کدام امکانات؟» (۲۷). مصاحبه‌شوندگان مشکلات مالی و تعویض مدیریت‌ها را از مهم‌ترین دلایل عدم اجرای برنامه‌ها دانستند: «در دوره‌ای که من مدیرم کاری انجام می‌شود و مدیر بعدی اعتقادی ندارد و رسیدگی نمی‌کند و کار ول می‌شود» (۲۲). و نهایتاً برخی مصاحبه‌شوندگان به این نکته اشاره کردند که «خیلی از برنامه‌ها و طرح‌های ما روابطی انجام می‌شود...» (۲۲).

موضوع ۲: حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی

یک بیمارستان خودگردان باید قادر به تهیه چارت سازمانی و شرح وظایف کارکنان خود باشد (۲۴). در این زمینه مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که چارت و تشکیلات سازمانی بیمارستان «از دفتر تشکیلات دانشگاه آمده است» (۲۱) و در طراحی و اصلاح آن «بیمارستان مشارکتی ندارد» (۲۲). آنها اضافه کردند که «این تشکیلات خیلی قدیمی است و اگر همه‌اش هم پر شود باز هم مشکلاتی خواهیم داشت» (۲۱). مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که «چارت واقعی اینجا با چارت روی کاغذ فرق دارد» (۲۳) و آنها مجبور شده‌اند برخی پرسنل را در پست‌های غیرمرتبط به کار بگیرند که خود باعث هدر رفتن مهارت‌های آنها می‌شود (۲۵): «خیلی آدم‌ها سر جای خود نیستند» (۲۶).

بیمارستان دارای حق تعریف شده‌ای برای استخدام نیست: «در استخدام هیچ کاره‌ایم» (۲۱). «آنها (دانشگاه) نیروها را برای ما انتخاب، گزینش و استخدام می‌کنند» (۲۰). مصاحبه‌شوندگان این بحث را مطرح کردند که «اولاً (رویه فعلی (جذب نیرو) زمان‌بر است» (۲۲) و ثانیاً در بیشتر موارد «کارمندان جدید) کارمندان مناسبی نیستند و نیاز بیمارستان را برآورده نمی‌کنند» (۲۴). مصاحبه‌شوندگان اذعان کردند که برای حل مشکل کمبود نیرو گاهی ممکن است «مجبور شویم نیروی لیسانس را با شرایط یک دیپلم بگیرند» (۱۰). از طرفی دیگر، «برای اخراج هیچ حقی نداریم حتی (اخراج کارمندان) پیمانی!» (۲۱). کارمندان رسمی توسط قوانین و مقررات دولتی در مصونیت قرار دارند (۲۶). مطالعات دیگر نیز تأییدکننده این مطلب است که بیمارستان‌های عمومی در کشورهای در حال توسعه هیچ کنترلی روی استخدام و اخراج نیروهای رسمی خود ندارند و این کار توسط دولت انجام می‌شود (۲۷). در بیمارستان‌های آموزشی این اختیار کمتر هم می‌شود زیرا «اصل کار آموزش و درمان را هیأت علمی‌های دانشکده پزشکی باید انجام دهند که دانشکده پزشکی و گروه‌ها مسؤول استخدام و اخراج آنها هستند» (۲۱).

در خصوص کنترل کمی و کیفی نیروی انسانی مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که کارمندان غیر هیأت علمی «حرف‌شنوی‌شان خیلی راحت‌تر از اعضای هیأت علمی است» (۲۲). بیشتر مصاحبه‌شوندگان در بیمارستان‌های آموزشی شکایت داشتند که «هیچ کنترلی روی حضور و غیاب هیأت علمی نداریم... ما هیأت علمی داریم که ۱۱ می‌آید ۳ می‌رود به همه هم گفته ایم ولی فقط نصیحتش می‌کنند» (۲۱).

در خصوص نظام پرداخت بیشتر مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که «نظام پرداخت کارانه ناعادلانه است» (۲۳). «ببینید در همین بیمارستان یکی می‌گیرد ۵۰۰ هزار تومان و یکی ۱۵ میلیون تومان در ماه درآمد دارد... آخه شکاف درآمدی هم حدی دارد» (۲۴). آنها اذعان داشتند که طراحی این نظام پرداخت «کار وزارتخانه و دولت است» (۲۵) و «ما (بیمارستان) هیچ حقی برای تغییر یا اصلاح آن نداریم» (۲۱) (۲۹).

موضوع ۳: حق تصمیم‌گیری در مدیریت مالی

در خصوص تنظیم بودجه، مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که «وقتی شما حق برنامه‌ریزی نداری طبیعتاً تو بخش مالیت هم حق برنامه‌ریزی یا همان بودجه‌بندی نداری» (۲۶). آنها همچنین اذعان داشتند «بعضی‌ها ادعا می‌کنند که بودجه‌بندی

می‌شود» (P18). البته «در هزینه کردن اختصاصی دستمان بازتر از بودجه جاری است ولی ضوابط باید رعایت شود» (P25) (۱).

موضوع ۴: حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی

از سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به آن مسئولیت و مالکیت نزدیک به ۶۶٪ بیمارستان‌های کشور را برعهده گرفتند (شکل ۱) (۱۴). مصاحبه‌شوندگان این بحث را مطرح کردند که «بیمارستان... جزء اموال دولتی است و باید آیین‌نامه اموال روی آن اجرا شود» (P12). «این منطقی هم است چون دانشگاه مالک است» (P15). کنترل یک شرکت از حقوق اساسی مالک آن است (۳۲).

دولت برای کنترل دارایی خود به عنوان مالک دارای اهرم‌ها و ابزارهای ویژه‌ای است (۳۳). در این زمینه تمام دارایی‌های (منقول) دولتی دارای برچسب اموال هستند و توسط اداره اموال دانشگاه و دفتری که در بیمارستان مستقر است کنترل می‌شوند (امین اموال). مصاحبه‌شوندگان بیان کردند «هر چیزی که برچسب اموال بخورد ما در قبال آن هیچ کاره‌ایم» (P2). از طرفی دانشگاه اصرار زیادی به دخالت مستقیم در موارد ادغام، تعمیرات و ساخت و سازهای بیمارستان دارد (۳۳). «بدون هماهنگی دفتر فنی چهار متر رنگ نمی‌توانیم بزیم یا یک دیوار را تغییر بدهیم» (P1). «یک چکش بالای سر ما وایساده به عنوان دفتر فنی دانشگاه» (P5). چنین مواردی در بخش دولتی کشورهای جنوب صحرای آفریقا نیز گزارش شده است (۲۷).

موضوع ۵: مواجهه با بازار فروش خدمات

مواجهه با بازار یعنی این که بیمارستان باید مانند یک شرکت درآمدزا عمل کند (۴). مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که «(بیمارستان) درآمدش از طرح خودگردانی است» (P15) و «...مجبور است رقابت کند» (P17). مواجهه با بازار رقابتی از عوامل حیاتی یک خودگردانی موفق است (۳۴). با این وجود، مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که «این بازار عادلانه نیست و ما اغلب با مشکلات زیادی در بازار رقابتی مواجه هستیم» (P22).

مهمترین این موارد عبارتند از:

الف- تعرفه‌های غیرواقعی و عدم مشارکت بیمارستان‌ها در تعیین تعرفه‌ها: تعرفه‌های دولتی در ایران با مشارکت نهادهایی چون وزارتخانه بهداشت و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تأیید شورای عالی بیمه تعیین می‌شوند (۳۵). مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که «قیمت‌ها و تعرفه‌ها زیر (مبلغ) هزینه‌های واقعی ما هستند و با مشکلات جدی روبرو شده‌ایم» (P22). تعرفه‌های دولتی در بهترین حالت شاید هزینه‌ها را پوشش دهند (۳۶). از

بیمارستان‌ها عملیاتی شده است ولی در واقع بودجه‌ریزی ما هنوز هم به صورت سنتی انجام می‌شود» (P25). مصاحبه‌شوندگان نهایتاً این نکته را مطرح کردند که «هر بودجه‌ای که بنویسیم نهایتاً باید در دانشگاه تصویب و تأیید بشود» (P8). چنین رویه‌ای در دیگر کشورهای در حال توسعه نیز گزارش شده است (۲۸). به‌همین دلیل در ماه آخر هر سال رییس و مدیر بیمارستان باید به دانشگاه مراجعه کنند «تا برای تصویب بودجه پیشنهادی چانه‌زنی کنیم» (P1). بر همین اساس مصاحبه‌شوندگان اذعان کردند که «بودجه‌ریزی، لابی کردن و روابط غیررسمی خاص خودش را می‌طلبد» (P1) (۲۹).

بیمارستان‌های خودگران به صورت ترکیبی تأمین اعتبار می‌شوند (۳۰). بعد از تصویب نهایی بودجه بیمارستان، «دانشگاه می‌گوید این بودجه اسامال شماس است اینقدرش را دولت می‌دهد و اینقدر هم خودتان باید در بیارید» (P2) (۳۰). بودجه دولتی اساساً شامل ردیف‌های جاری پرداخت حقوق کارکنان رسمی و تملک دارایی که باید برای عمران مورد استفاده قرار گیرد و همچنین کدهای فرعی حمایتی (مثلاً بیماران خاص) می‌شود (۱۴). برای بقیه اعتبارات مورد نیاز، «تقریباً میشود گفت که ۷۰٪ منابع درآمدی از بیمه‌هاست... و ۲۵ تا ۳۰٪ هم درآمد نقدی است» (P8) که شامل فرانشیز، پرداخت‌های نقدی بابت خدمات خارج از بسته خدمتی بیمه و پرداخت‌های نقدی افراد بیمه نشده است. مصاحبه‌شوندگان نکات زیر را به عنوان مشکلات تخصیص اعتبارات دولتی بر شمرند:

«بیمارستان ما در واقع ظرفیتش اسمیش ۲۰۰ تخته اما ظرفیت فعالش ۱۰۰ تخته... دانشگاه این ۲۰۰ تخت را به سازمان مدیریت اعلام می‌کند و طبق تشکیلات بیمارستان و بر اساس فرمول ۱/۷ نفر به ازای هر تخت پول رو از سازمان مدیریت می‌گیرد ولی به ما بر اساس ۱۰۰ تخت فعال پول می‌دهد» (P10). «این همیشه برای من سؤال بوده که این فرمول ۱/۷ برای هر تخت را از کجا آوردید بیاید ثابت کنید من حاضرم ثابت کنم این نیست» (P25). «فصل یک به موقع می‌آید اما فصول دیگر اصلاً به موقع نمی‌آید» (P1).

هزینه کردن بودجه خطی دولتی به صورتی سختگیرانه و غیرمنعطف توسط دولت کنترل می‌شود (۳۱). در خصوص هزینه کردن درآمد اختصاصی بیمارستان، مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که «درآمد حصول شده در پایان هر ماه باید به حساب خزانه کشور واریز شود. این پول‌ها در قالب بودجه به ما تخصیص داده می‌شود» (P16). به‌همین دلیل «هزینه کردن درآمد اختصاصی طبق توافقی که بین دانشگاه و بیمارستان ایجاد شده انجام

شده که برخی بیمه‌های مکمل با بیمارستان‌های دولتی قرارداد نبندند «... بیمه‌های مکمل رفتند و با بیمارستان‌های مثلاً X قرارداد بستند» (P۸). و حتی خود «... دانشگاه رفته با بیمه‌های مکمل دانا بسته ... من کارمند بیمارستان دولتی هم ترجیح می‌دهم اگر مریض شدم بروم خصوصی چون دیگر فشار مالی که ندارد برام، چرا نروم» (P۲۵).

پول زیرمیزی: شواهد رو به رشد بسیاری از کشورها حاکی از آن است که بخش قابل توجهی از کل هزینه‌های سلامت را پرداخت‌های غیررسمی (پول زیرمیزی^{۲۲}) تشکیل می‌دهند (۳۷ و ۳۸). بر این اساس، مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که «قطعاً چنین پدیده‌ای وجود دارد» (P21) و «... از عوارض سیستم پرداخت کشور است» (P۳). آنها تأکید کردند که پول زیرمیزی «یک توافق بین بیمار و پزشک است و بیمارستان نقشی ندارد» (P۹). از طرفی، برخی مصاحبه‌شوندگان نیز پرده از یک توافق نانوشته بین بیمارستان و پزشکان برداشتند و بیان کردند که «ما به پزشکان گفتیم که اونها می‌توانند بیمارشان را از مطب بیارند بیمارستان ما عمل کنند. اونها پول خودشان را بگیرند (تعرفه خصوصی) ... و اشغال تخت هم بالا برود... این یک توافق برنده برنده است» (P۱۶). البته شواهد نشان‌دهنده وجود پول زیرمیزی در بیمارستان‌های دانشگاهی را باید با علامت سؤال نگاه کرد و ممکن است از ارقام گزارش شده در مطالعات سایر کشورهای در حال توسعه کمتر باشد (۳۹).

موضوع ۶: مواجهه با بازار تدارکات و مواد اولیه

ماده ۵۷ آیین‌نامه مالی معاملات دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، معاملات دولتی را در سه گروه طبقه‌بندی می‌کند: معاملات کوچک که به معاملات زیر ۲ میلیون تومان اطلاق می‌شود؛ معاملات متوسط که به معاملات تا سقف ۱۰ برابر گروه اول اطلاق می‌شود؛ معاملات بزرگ که به معاملات بالاتر از متوسط اطلاق می‌شود (۴۰). بیمارستان‌های عمومی حق خرید تا سقف معاملات کوچک را دارند: «من نمی‌دانم من چه جور مدیری هستم که نمی‌توانم بیشتر از ۲ میلیون تومان خرید کنم؟» (P۱۸). حق تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان در بازار تدارکات یک حق بسیار حیاتی است (۴). در مورد اجبار بیمارستان به خرید از یک ارایه‌دهنده خاص مصاحبه‌شوندگان اذعان کردند که «من ندیدم مجبور باشیم ولی اگر جایی دولتی باشد (ترجیح می‌دهیم از آن بخریم) ... چون مناقصات و تشریفات را نخواهد خواست» (P۲) (۴۰).

طرفی، در سال ۱۳۸۳ قانونی تصویب شد که اختیار تعیین تعرفه‌های خصوصی را به سازمان نظام پزشکی واگذار کرد: «تعرفه‌های بخش خصوصی را که پزشکان خودشان تعیین می‌کنند، این عادلانه است؟» (P۱۴). میزان این تعرفه‌ها قابل مقایسه و رقابت با تعرفه‌های دولتی نیست. «شاید بیش از هشت تا بیست برابر برای یک کار یکسان در بخش خصوصی و دولتی تفاوت وجود داشته باشد» (P۶).

پدیده دست‌چین کردن بیمار^{۱۹} (دو طرفه^{۲۰}، تعرفه‌گرا و فعال): بیمارستان‌های خصوصی از یک طرف به جذب نوع خاصی از بیماری‌ها (ساده و پر درآمد) می‌پردازند: «تمام موارد پیچیده و مرحله آخری و فقیر بیچاره را ارجاع می‌دهند بخش دولتی، اینجا ایستگاه آخر است» (P۷). از طرف دیگر، این بخش در یک گروه از بیماران همسان به جذب نوع خاصی از بیماران (پولدار) می‌پردازد که خود باعث شده است که «... بخش دولتی تنها ارایه‌دهنده خدمات به افراد کم‌درآمد باشد» (P۱۱). به علاوه مصاحبه‌شوندگان به پدیده دست‌چین کردن فعال بیمار (نوع خیلی شدید آن به بیمارزدی معروف است) اشاره کردند «بعضی بیمارستان‌ها افرادی را دارند نفوذی ... میان بیماران خوبان را یک جوری می‌قاپند می‌برند بخش خصوصی، از همه جور آدم هست. از نگرهبان بیمارستان هست تا هیأت علمی» (P۸). این مورد یکی از معضلات اصلی بازار رقابتی نظام سلامت کشور است. همچنین نوع دیگری از پدیده دست‌چین کردن بیمار، دست‌چین کردن تعرفه‌گرا است: «خود تعرفه‌ها باعث شده که برخی خدمات و بیماری‌ها که دارای تعرفه (تقریباً) بالاتری هستند به جوری بالاخره به بخش خصوصی منتقل می‌شوند ولی جراحی‌هایی که تعرفه پایین دارند ... فرستاده می‌شوند اینجا» (P۱۷).

بیمارستان‌ها مختار نیستند از همه ظرفیت‌های درآمدزایی خود استفاده کنند: «شما نمی‌توانید خودتان MRI بیاورید و هزینه‌هایش را خودتان بدهید» (P۱). عده‌ای معتقدند که بخش خصوصی به راحتی می‌تواند در خدمات درآمدزا سرمایه‌گذاری کند و حتی معتقدند که این بخش تقاضاگرا^{۲۱} شده است: «بخش خصوصی هر خدمتی را که دید پولساز است فوری می‌آورد» (P16).

بیمه‌های مکمل: وضعیت کیفیتی بیمارستان و شهرت برخی بیمارستان‌های دولتی به بی‌کیفیت بودن و عوامل دیگر باعث

¹⁹ Cream Skimming

²⁰ Bilateral cream skimming

²¹ Demand-Oriented

²² - Under-the-table fees

در بعضی موارد «از یک بیمارستان دیگر رییس میارند که اوضاع را سر و سامان بدهد» (P۷). آنها سه مورد را به عنوان مهم‌ترین موارد سیستمیک کسری بودجه معرفی کردند: تعرفه‌های غیرواقعی (موضوع ۵)؛ تأخیر در پرداخت و کسورات بیمه‌ای (۴۳)؛ تأخیر در تخصیص بودجه دولتی.

مصاحبه‌شوندگان همچنین اذعان داشتند که اگر نتوانند برای کسری‌ها کمکی جمع کنند «کسری می‌ماند تا در بیمارستان یک اتفاقی بیفتد و گندش در بیاید» (P۱۴). «اگر (کسری بودجه) بیاریم از کارانه می‌زنیم دیگر. مثلاً بیمارستان ۲ سال کارانه نداده» (P۲۲). روی هم شدن کسری در خلال سال‌ها در کشور مجارستان نیز گزارش شده است (۴۴). روی هم شدن کسری در خلال سال‌ها در کشور مجارستان نیز گزارش شده است (۴۴). در اینگونه مواقع امکان تحریم بیمارستان نیز وجود دارد: «هر لحظه ممکن است آب و برق بیمارستان قطع شود ... تحریم دارویی هستیم» (P۲۵) تحریم عرضه‌کنندگان مواد اولیه اثری بسیار منفی روی عملکرد بیمارستان می‌گذارد (۴). در موارد خیلی حاد «یک بیمارستان ... داشتیم در جنوب شهر که آن را فروختند چون خیلی بدهی بالا آورده بود» (P۴).

موضوع ۸: نظام حکمرانی^{۲۳} و سازوکار جوابگویی^{۲۴}

بیمارستان

ساختار سازمانی، نظام اداری بیمارستان را شکل می‌دهد (۲). در این زمینه مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که «طبق نمودار سازمانی، رییس بیمارستان بالا است یعنی سلسله مراتبی و رییس مرئوسی است» (P۹) که این از مهم‌ترین ویژگی‌های بیشتر بیمارستان‌های دولتی است (۲ و ۲۳). رییس بیمارستان معمولاً یک پزشک متخصص است که او را «... رییس دانشگاه تعیین می‌کند و بیمارستان در رابطه با او هیچ‌گونه دخل و تصرفی ندارد» (P۴). رییس باید دستورات مقامات بالاتر از خود در دانشگاه را اجرا کند (۵) و «... در نهایت به مقامات بالا پاسخگو است» (P۱۶). در ایران کمیته‌های بیمارستانی به عنوان سازوکاری برای تصمیم‌گیری مشارکتی (۴۵) در نظر گرفته شده‌اند ولی «رییس این حق و امتیاز را دارد که (تصمیمات کمیته‌ها را) و تویش کند چون مسؤولیت نهایی‌اش با خود اوست حرف اول و آخر را خودش می‌زند» (P۵). مصاحبه‌شوندگان از عدم وجود وحدت فرماندهی^{۲۵} شکایت داشتند (۴۶) «به دانشگاه به همه معاونت‌ها باید پاسخگو باشیم... ولی ماهیتاً توقعات این‌ها

بر اساس ماده ۵۹ آیین‌نامه، برای خریدهای بالاتر از گروه معاملات کوچک باید در دانشگاه مناقصه انجام گیرید. رییس دانشگاه، معاون پشتیبانی و مدیر امور مالی دانشگاه و یا نمایندگان آنها اعضای کمیسیون مناقصه هستند (۴۰). مصاحبه‌شوندگان به این نکته انتقاد داشتند که «شرط برنده شدن شرکت‌ها، دادن قیمت پایین‌تر است و گاه‌ا پیش می‌آید یک شرکتی ... از کیفیت خدمات بزند (تا برنده مناقصه شود)» (P۱۴). در خصوص واگذاری و برون‌سپاری نیز چون در اغلب موارد مبلغ بالای ۲ میلیون تومان است «... ضوابط و قواعدش همین است که شما (بیمارستان) موافقت دانشگاه را باید کسب کنید» (P۱۰) و باید در کمیسیون مناقصه دانشگاه انجام شود. نهایتاً مصاحبه‌شوندگان به دو ترفند برای حل مشکلات و خلاصی از این محدودیت‌های دست و پا گیر اشاره کردند: برای فرار از مناقصه گاهی «ما فاکتورها را می‌شکنیم و ریز می‌کنیم» (P۲۴)؛ «شرکت‌ها اصولاً اسمی (سوری) شده‌اند و نیروها می‌مانند و (اسم) شرکت‌ها هر سال عوض می‌شوند» (P۱۶).

موضوع ۷: صاحب اختیار مانده مالی

برگشت مشوق‌های مالی مانند مزاد به بیمارستان عموماً به عنوان یکی از عوامل مکمل خودگردانی مدیران در کانون توجهات قرار می‌گیرد (۴۱). طبق قانون، حداقل ۵٪ از مبالغ تولید شده (نه درآمد) بیمارستان به دانشگاه تعلق می‌گیرد (۱۲). مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که اولاً «بیمارستان مازادی ندارد که بخواهد ادعایش را بکند» (P۱۶) (موضوع ۵) و ثانیاً اگر هم پولی اضافه بیاید «معمولاً این گرایش وجود دارد که پول را برنگردانند و هر جوری شده هزینه‌اش کنند» (P۵) چون «... اطمینان به حرف دولت نداریم (که مزاد را به ما برگرداند)» (P۱۳). مصاحبه‌شوندگان به این نکته انتقاد داشتند که «وقتی که درآمد ما بیشتر باشد دانشگاه هم پولمان را کمتر می‌دهد» (P۵) و مزاد بیمارستان را به بیمارستان‌های کم‌درآمد تخصیص می‌دهد. در واحدهای بودجه‌ای، دولت صاحب اختیار مانده مالی است (۵).

در خصوص پاسخگویی در برابر کسری‌ها، مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که دانشگاه علت کسری را بررسی می‌کند اگر کسری سیستمیک (۴۲) و «منطقی بود ... کسی مقصر نیست» (P۱۹). ولی اگر دلیل کسری برای دانشگاه قابل پذیرش نبود مثلاً «اگر کسری ناشی از سوءمدیریت باشد دانشگاه برخورد می‌کند» (P۱۱) و مدیران بیمارستان باید پاسخگو باشند و حتی

²³ Governance Arrangement

²⁴ Accountability

²⁵ Unity of command

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که بسته بیمه‌ای ناکامل است و خیلی از اقلام دارویی و خدمات بیمارستان را پوشش نمی‌دهد: «پیش می‌آید که بیمارستان به مریض بگوید خودت برو این نخ را بخر یا پلاتین را بخر» (P۱۰). در اینگونه موارد «اگر حیاتی باشد اقلام مورد نیاز اورژانسی را برای همه مریض‌ها ... خودمان می‌دهیم. (ولی) اگر بیمار الکتیو باشد ... ما کاری برایش نمی‌توانیم بکنیم چون بیمارستان خودگردان است» (P۷). در خصوص پرداخت فرانشیز افراد بی‌بضاعت مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که «ما معرفی می‌کنیم به مددکاری تا بعد از انجام تحقیقات و تأیید گفته‌هاش تمام یا بخشی از فرانشیزش رو مجانی کنیم» (P۲۰) (۴).

دولت باید هزینه کارکردهای اجتماعی بیمارستان را جبران نماید (۴۹). مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که هزینه‌های کارکرد اجتماعی بیمارستان «... در عمل جبران نمی‌شود سر به سر هم نمی‌شود» (P۱) و بیمارستان معمولاً یک درصدی ضرر می‌کند. افراد بی‌هویت، حمایت از مواردی که خارج از بسته بیمه‌ای هستند و هزینه‌های آموزشی از مهم‌ترین مواردی بودند که به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان هزینه‌های واقعی آنها جبران نمی‌شود در حالی که بیمارستان موظف به ارایه آنها است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه یک چارچوب شفاف را برای شناسایی و درک عوامل کلیدی اثر گذار در اصلاحات سازمانی بیمارستان‌های دولتی طراحی نمود و درجه خودگردانی اعطا شده در هر یک از این نه بعد را مشخص کرد. خلاصه‌سازی یافته‌های مطالعه در جدول (۳)، نوعی خودگردانی نامتعادل و متناقض را نشان می‌دهد. پیشرفت‌های قابل توجهی در برخی ابعاد ایجاد شده است ولی میزان خودگردانی اعطا شده در سایر ابعاد ناچیز است. ساختارهای سازمانی نامتعادل در اصلاحات سازمانی انجام شده در ۱۱ کشور اروپای شرقی نیز گزارش شده است (۵۰) این بیمارستان‌ها به صورتی جدی در معرض سوءعملکرد قرار دارند (۵۱). حق تصمیم‌گیری کافی برای برنامه ریزی راهبردی اعطا نشده است. در مواردی هم که مدیران بیمارستان‌ها اقدام به انجام برنامه‌ریزی‌های بلندمدت می‌کنند این برنامه‌ها باید به تأیید دانشگاه برسند چون منابع مالی و انسانی این برنامه‌ها توسط دانشگاه تأمین می‌شود (۵۲). چنین محدودیتی در بیمارستان‌های خودگردان شده اندونزی و تونس نیز گزارش شده است (۵۳).

در تناقض است با هم (موضوع I) «(P۴). «ما واحدها هم مانده‌ایم بین چند رییس که هنوز خودشان هم نمی‌دانند که خلاصه این وزارتخانه چکاره است» (P25). هر فرد تنها باید یک مدیر داشته باشد که مستقیماً به او پاسخگو باشد (۴۶).

در خصوص ارزشیابی معاونت درمان مصاحبه‌شوندگان بیان کردند که «کارشناسان ارزشیابی سرزده می‌آیند» (P۱۰) و بیمارستان را با رویکرد بازرسی مورد ارزشیابی قرار می‌دهند. البته برخی بیان کردند که «معمولاً حالا سیستم طوری شده که همه از بازدیدها خبر دارند» (P۱۸). مصاحبه‌شوندگان همچنین به انجام برخی اقدامات سوری و ظاهرسازی‌های برای کسب رتبه بالاتر اشاره کردند: «بعضی جاها هستند که اصلاً کمیته را هم تشکیل نمی‌دهند ولی صورتجلسه (سوری) می‌کنند» (P۷) چون تشکیل کمیته امتیاز دارد.

مدیران بیمارستان در خصوص نحوه هزینه کردن بودجه دولتی به دولت پاسخگو هستند (۴۴). در این زمینه مصاحبه‌شوندگان بیان کردند «پاسخگویی مالی سختگیرانه و غیرمنعطف است و مو را از ماست می‌کشند» (P۲۲). بر اساس ماده ۵۵ قانون اساسی، دیوان محاسبات کشور دارای این وظیفه است: «کنترل عملیات و فعالیت‌های مالی کلیه وزارتخانه‌ها، مؤسسات، شرکت‌های دولتی و سایر دستگاه‌هایی که به نحوی از انحا از بودجه کل کشور استفاده می‌کنند» (۳۱). مصاحبه‌شوندگان انتقاد داشتند که «این همه بازرسی و رسیدگی، قدرت ریسک کردن را از ما گرفته و همه هر کار می‌خواهیم بکنیم باید به فکر جوابگویش هم باشیم» (P۱۷).

موضوع ۹: کارکردهای اجتماعی بیمارستان

برای حصول اطمینان از مورد غفلت قرار نگرفتن کارکرد اجتماعی و اهداف عدالت محور بیمارستان، ایجاد یک سری از استثنائات پرداختی برای حمایت از اقشار کم‌درآمد بسیار اساسی است (۵ و ۴۷ و ۴۸). «ما حق نداریم که به یک بیمار به خاطر این که پول ندارد پذیرش ندهیم» (P۱۴). اصل ۲۹ قانون اساسی نیز بهره‌مندی از خدمات سلامت را حق همه مردم کشور دانسته است (۱۴). در این راستا چندین برنامه بیمه‌ای حمایتی برای به صد در صد رساندن پوشش بیمه‌ای کشور ایجاد و اجرا شده است که مهم‌ترین آنها بیمه روستایی و بیمه شهری (بیمه روی تخت) است. به طور کلی «الان... چیزی به عنوان بیمار پول ندارد وجود ندارد چون مریض‌ها روی تخت بیمارستان بیمه می‌شوند خوشبختانه» (P۱۴).

جدول (۴): خودگردانی اعطا شده به بیمارستان های عمومی مورد پژوهش

الگوهای سازمانی	ابعاد سازمانی	بیمارستان بودجه‌ای	بیمارستان خودگردان	بیمارستان شرکتی	بیمارستان خصوصی
حق تصمیم‌گیری در مدیریت راهبردی		←			
حق تصمیم‌گیری در مدیریت مالی	درآمدزایی	←	←		
	هزینه کردن	←			
حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع انسانی		←			
حق تصمیم‌گیری در مدیریت منابع فیزیکی		←			
مواجهه با بازار محصول			←		
مواجهه با بازار تدارکات		←			
صاحب اختیار مانده مالی		←	←		
چیدمان حاکمیتی و سازوکار جوابگویی		←			
کارکردهای اجتماعی		←	←		

بیشتر کارکنان بیمارستان کارمندان رسمی بودند. کارمندانی که بیمارستان هیچ نقشی در استخدام و اخراج آنها ندارد. در بیمارستان‌های آموزشی مدیران بیمارستان با کنترل کلیدی‌ترین نیروی خود یعنی پزشکان هیأت علمی مشکل دارند و عملاً قادر به مدیریت کردن آنها نیستند. چنین ادعا می‌شود که عدم وجود اختیار در مدیریت منابع انسانی روند اصلاحات سازمانی بیمارستان را کند می‌کند (۲۶ و ۵۴). بنابراین، حوزه مدیریت منابع انسانی از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که سیاستگذاران نظام سلامت باید آن را مورد تجدیدنظر قرار دهند و با تدوین و ابلاغ یک آیین‌نامه استخدامی حق تصمیم‌گیری مورد نیاز برای خودگردانی را به بیمارستان‌ها اعطا کنند. همانطور که در بسیاری از مطالعات گزارش شده است، در جریان خودگردانی بودجه دولتی بیمارستان‌های عمومی تقلیل یافته و بیمارستان‌ها برای درآمدزایی به بازار وارد می‌شوند (۱۲ و ۲۷ و ۵۱). برای خروج از موقعیت انفعالی بیمارستان‌های دولتی در بازار رقابتی باید اختیارات بیشتری به بیمارستان‌ها اعطا کرد و با محاسبه قیمت تمام شده خدمات، تعرفه‌ها را به حالت واقعی خود نزدیک‌تر کرد. از طرفی انتقال از یک بودجه خطی به بودجه گلوبال می‌تواند حق تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان‌ها را در هزینه کردن بودجه دولتی و درآمد اختصاصی بیمارستان ارتقا بدهد. چنین اصلاحاتی برای اعطای خودگردانی به بیمارستان‌ها حیاتی قلمداد می‌شود ولی متأسفانه در طرح نظام نوین پرداخت به بیمارستان‌های کشور (۱۳۷۴) مورد کم‌توجهی قرار گرفته است (۱۲ و ۵۵). فرصت‌های درآمدزایی بیشتر زمانی می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها شوند که بیمارستان صاحب اختیار مازاد مالی باشد (۴۴ و ۴۷). بخشی از وجوه تولیدی بیمارستان‌ها بابت هزینه‌های ستادی به دانشگاه تعلق می‌گیرد و در مورد بقیه آن هم مدیران بیمارستان‌ها مطمئن نیستند که تمام آن را دریافت

خواهند کرد و این امکان وجود دارد که مازاد بیمارستان‌های پردرآمد به بیمارستان‌های کم درآمد (روانی- سوختگی) تخصیص داده شود. رویه فعلی درحقیقت درآمدزایی را تنبیه می‌کند. این رویه از منظر کارکردهای اجتماعی قابل دفاع است ولی با اصول خودگردانی همخوانی ندارد. در بیشتر بیمارستان‌های دولتی (به خصوص کشورهای در حال توسعه) رییس بیمارستان در نقش یک فئودال ظاهر می‌شود که با رویکردهای سیاسی منصوب شده است (۵۱). شاید نظام اداری بیمارستان یکی از ابتدایی‌ترین حوزه‌هایی باشد که باید اصلاح شود (۲ و ۳۴). یک بیمارستان خودگردان کامل، معمولاً توسط یک هیأت امناء اداره می‌شود (۳۴). از سوی دیگر رابطه‌ای جدایی‌ناپذیر بین نظام اداری و ساز و کار پاسخگویی وجود دارد، بنابراین این خیلی مهم است که همگام با استقرار نظام‌های اداری هیأت امنایی و مشارکتی، ساز و کارهای پاسخگویی سلسله‌مراتبی سنتی نیز به سمت ساز و کارهای قانونمند، قراردادی و پیامدگرا سوق داده شوند (۵). چنین ادعا می‌شود که هر چه بیمارستان بیشتر تحت فشار مالی بازار قرار می‌گیرد امکان مورد غفلت قرار گرفتن ارایه خدمات به اقشار کم‌درآمد بیشتر می‌شود (۴۴ و ۵۱). بنابراین، دولت باید این مهم را تضمین کند که اقشار کم‌درآمد از اثرات ذاتی طرح‌های اصلاحی در امان خواهند ماند. بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت، سهم هزینه‌های خصوصی بخش سلامت ایران از مجموع کل هزینه‌های نظام سلامت در سال ۲۰۰۳ نزدیک به ۵۳٪ بوده است که ۹۵٪ آن پرداخت از جیب بوده است (۵۶). این می‌تواند نشان‌دهنده عدم تحقق هدف پوشش همگانی (سطحی و عمقی) بیمه در کشور و عدم توفیق دولت در تضمین دسترسی مردم به خصوص اقشار کم درآمد باشد. اگر دولت در نظر دارد با قانون و اهرم‌هایی مانند مالکیت، تابستان ۸۷، دوره یازدهم، شماره دوم

که افراد کمتر از شش ماه در پست خود منصوب شده بودند با فرد قبلی مصاحبه انجام شد. ما تمام مصاحبه‌شوندگان را مدیر ارشد تلقی کردیم ولی واقعیت این است که جایگاه اداری این افراد یکسان نبود و رابطه‌ای سلسله‌مراتبی بین آنها برقرار بود و رییس بیمارستان در رأس قرار داشت و این می‌توانست روی دیدگاه آنها اثر بگذارد به خصوص که کاملاً مشخص بود که در هر بیمارستان با چه کسانی مصاحبه انجام می‌شود. ما با تکیه بر رعایت اخلاق در پژوهش این مهم را تضمین نمودیم که صحبت‌های افراد محفوظ خواهد ماند و استناد به افراد به صورت بی‌نام و بر اساس کد آنها خواهد بود که این خود تا حد زیادی محدودیت مذکور را کمرنگ نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری و همفکری‌های آقایان سعید اعظمی، دکتر حمید پوراصغری و دکتر محمد حسین سالاریان‌زاده تشکر می‌کنند. این مقاله بخشی از یک رساله دکتری بوده و از محل اعتبار پژوهشی شماره ۴۳۵۳-۰۳-۸۵ دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت شده است.

References

- Preker AS, Harding A. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. World Bank Publications, 2003.
- Bogue RJ, Hall Jr CH, La Forgia GM. Hospital Governance in Latin America. 2007.
- WHO. Health Centres: The 80/20 Imbalance - Burden of Work vs Resources. Geneva: WHO, 1999.
- Casta'o R, Bitran RA, Giedion U. Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services. Partners for Health Reformplus, Abt Associates, 2004.
- Harding A, Preker AS. Understanding organizational reforms. Washington D.C. The World Bank, 2000.
- Abdullah MT, Shaw J. A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. International Journal of Health Planning and Management 2007; 22:45-62.
- Jakab M, Preker AS, Harding A. the Missing link? Hospital Reform in Transition Economies. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals, 2003.
- WHO. Iran National Health Accounts. Geneva: World Health Organization, 2007.
- WHO. Regional Health Systems Observatory, Health Systems Profile- Islamic Republic of Iran. EMRO, WHO, 2002.
- Parliament (Majles) of I. R. Iran. The laws of new structure and duties of MOHME. Issuing date: 1988. Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, Accessing Date: 4/23/2008.
- Secretariat of hospital economical & management reform. Introduction of hospital economical & management reform MOHME, Issuing date: 2003. Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, Accessing Date: 2/5/2008.
- Health Deputy of MOHME. New payment mechanism instructions (fee - for- services). MOHME, Issuing date: 1995. Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, Accessing Date: 2/5/2008.
- Sadaghiani E. Hospital organization and management. Jahan Rayaneh, 1998.
- MOHME related laws. MOHME; Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, Accessing Date: 4/23/2008. Tehran.
- Region EM. The role of contractual arrangements in improving health sector performance. a 2004.
- Pilehroudi S. IR.I. Health Network. UNICEF, Tehran, 2000.
- MOHME related laws. MOHME; Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, Accessing Date: 4/23/2008. Tehran.
- Arredondo A, Orozco E. Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. International Journal of Health Planning and Management 2008; 23:37-49.
- Lacey AL, D. Trent focus for research and development in primary health care: An introduction to qualitative analysis. Unpublished manuscript, Trent Focus 2001.
- 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.
- 21- Bryman AB, RG. *Analyzing Qualitative Data*. 1994.
 - 22- Longest BB, Jr. *Strategic management and public policy. Healthcare Quarterly*, 2003; 6(3): 55-59, 2:2.
 - 23- Bossert T, Hsiao W, Barrera M, et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy & Planning*. 1998; 13 (1): 59-77.
 - 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- 6, 328-33.
 - 25- Kabene SM, Orchard C, Howard JM, et al. The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources for Health* 2006; 4:20.
 - 26- Parliament of, I. R. Iran, Iran Employment Law, Issuing date: 1966, available from: http://www.majlis.ir/budget/tt_tarhlist.php?order=cat, Accessing Date: 2/4/2008
 - 27- McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health policy* 1996; 35: 155-77.
 - 28- 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:S117-S31.
 - 29- Robinson JC, Alerts TC. The End of Managed Care. *JAMA* 2001; 285.
 - 30- Ozgulbas N, Koyuncugil AS. Financial profiling of public hospitals: an application by data mining. *International Journal of Health Planning and Management*. Published Online: 4 May 2007.
 - 31- Parliament (Majles) of I.R.Iran. Supreme Audit Court Related Laws, Available from: <http://www.dmk.ir/en/default.aspx>, Accessing date: 2/1/2008, 2008.
 - 32- Hansmann H. Ownership of the Firm. *Journal of Law, Economics, and Organization* 1988; 4: 267- 304.
 - 33- Laegreid P, Opedal S, Stigen IM. The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30:1027-64.
 - 34- Chawla M, Govindaraj R. Improving Hospital Performance Through Policies to Increase Hospital Autonomy. Harvard School of Public Health, 1996.
 - 35- Parliament (Majles) of I.R.Iran. Iran Universal Health Insurance Law, issuing Date: 11/2/1994. available from: <http://law.majlis.ir/Law/Lawlist.asp?psarch=%E3%D6%C7%DA%DD>, accessing date: 7/7/2007.
 - 36- Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning* 2003; 18:84-92.
 - 37- Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy and Planning* 2004; 19:199-208.
 - 38- Ensor T, Savelyeva L. Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakstan. *Health Policy and Planning* 1998; 13:41.
 - 39- Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine* 2004; 58:237-46.
 - 40- Parliament (Majles) of I.R.Iran. The financial and trade off regulations of Medical Universities and Collages, Issuing date: January, 2007. Available from: <http://touse.mohme.gov.ir/pages/all-laws.php>, accessing date: 4/6/2008.
 - 41- 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.
 - 42- Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health policy* 2002; 61:1- 19.
 - 43- Tavakoli G. The study of MSIO & SSO insurnace companies deductions in Keraman Shafa Hospital in 1380 (persian). First National Conference in Hospital Resources Management: Iran, MOHME, 2001.
 - 44- 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.
 - 45- Zabawa BJ. Making the Health Insurance Flexibility and Accountability (HIFA) Waiver Work through Collaborative Governance. *Annals Health L* 2003; 12:367.
 - 46- Stoner JAF, Freeman RE. *Management*. 1996.
 - 47- Hennock M. China's health insurance system is failing poor people. *BMJ: British Medical Journal* 2007; 335: 961.
 - 48- Price NL. Health behaviour and equity. Chapter IV: Cambodia: A Joint Health Sector Review Phnom Penh: Ministry of Health Cambodia 2001.
 - 49- Wouters A. Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery. Primer for Policymakers Series 1999; 1.
 - 50- Jakab M. Organizational reform and management of public providers: focus on hospitals: introduction. Washington D.C: The World Bank, 2000.
 - 51- Jakab M, Preker AS, A. H. The Missing Link? Hospital reform in transition economies. *Innovation in Health Services*. Washington, D.C: The World Bank, 2003.
 - 52- Hawkins L, Chris H. Reviewing the Case Studies: Tentative lessons and hypotheses for further testing. *Innovation in health service delivery*. Washington D.C: The World Bank, 2003.
 - 53- McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Open University Press Philadelphia, 2002.
 - 54- Collins D, Njeru G, Meme J, et al. Hospital autonomy: the experience of Keniyatta National Hospital. *International Journal of Health Planning and Management* 1999; 14: 129-53.
 - 55- Govindaraj R, Chawla M. Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries- What Can We Learn. Data for Decision Making Project technical report Boston, Massachusetts: Harvard School of Public Health 1996.
 - 56- Guilbert JJ. The World Health Report 2006: working together for health. *Educ Health (Abingdon)* 2006; 19:385-7.
 - 58- Hagen TP, Kaarb e OM. The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health policy* 2006; 76: 320- 33.

