

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۳ سال ۱۳۹۲ صفحه ۳۱ - ۲۴

تخصیص منابع مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ مطالعه کیفی

علی جنتی^۱، اسماعیل عافیان^۲، شبیم ایزدی^{۳*}

چکیده

زمینه و اهداف: با توجه به پیچیدگی بررسی تخصیص منابع، مسئله شیوه تخصیص منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به شیوه‌ای دقیق و منصفانه موضوع بحث‌ها و تصمیمات گروهی بوده است. از اینرو در این تحقیق برآنیم تا با بررسی شیوه تخصیص منابع مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نقاط ضعف و قوت آنرا شناسایی کنیم.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی، کیفی، مقطعی می‌باشد که به روش بحث گروهی متمرکز نظرات کلیه کارشناسان و مدیران درگیر در تخصیص منابع مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز گردآوری شده است و در آن کلیه عوامل و آیتم‌های تأثیرگذار بر تخصیص منابع مالی در بخش‌های مختلف دانشگاه مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در سطح دانشگاه به جز بخش بهداشت که از چک‌لیست‌های مدون و فرموله برای تخصیص برخوردار است در سایر بخش‌ها هیچ آیتام روشن و شفافی برای تخصیص منابع مالی وجود ندارد و با وجود تأکید در برنامه چهارم توسعه بر بودجه‌ریزی عملیاتی عملاً قیمت تمام‌شده خدمات نقشی در تخصیص منابع مالی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شیوه قضاوتی و شهودی تخصیص منابع و نداشتن متد مستند و فرموله در اکثر بخش‌ها، تدوین الگوی مناسب و علمی مبتنی بر شواهد تخصیص منابع مالی در دانشگاه می‌تواند جهت بهبود کارایی و عدالت در تخصیص، مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: تخصیص، منابع مالی، سلامت، دانشگاه

^۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، قطب علمی، آموزشی مدیریت سلامت ایران، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

^۲. کارشناس ارشد مدیریت دولتی، معاون تشکیلات، آموزش و بودجه برنامه‌ای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

^۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، (Email: sh_iezadi@yahoo.com)

مقدمه

بخش بهداشت و درمان عرصه بسیار وسیعی از جامعه بوده و دسترسی به خدمات آن جزء حقوق انسانی محسوب می‌شود (۱). حساسیت بیش از حد بخش سلامت و پیامدهای عدم توجه به آن موجب شده است که، دولت‌ها منابعی را برای حفظ و بهبود آن اختصاص دهند. حتی در بیشتر کشورهای در حال توسعه نیز در جهت تخصیص و بکارگیری مناسب منابع محدود برنامه‌ریزی درستی صورت نمی‌گیرد (۲).

علیرغم اینکه مراقبت سلامت یک ضرورت اساسی و پایه است (۳). دسترسی محدود به خدمات بخش سلامت و هزینه‌های بالای آن، بیشترین بار بیماری را به دوش کشورهای فقیر که بخش اعظم جمعیت را تشکیل داده‌اند نهاده است (۱) و از طرفی مقدار این سهم و توزیع آن در جوامع نشان‌دهنده تأمین بار مالی سلامت به جوامع است، بنابراین لازم است دولت سیاستی را جهت تأمین مالی مراقبت سلامت طرح-ریزی نماید که به حل این مسئله بپردازد (۳). تأمین مالی مراقبت سلامت به معنی رویکردهای تجهیز و بسیج کردن اعتبارات جهت مراقبت سلامت می‌باشد (۳). از طرفی شیوه‌ای که یک کشور مراقبت سلامت خود را تأمین مالی می‌کند می‌تواند ارتباطی بزرگ با دسترسی به خدمات که فقرا از آن بهره‌مند می‌شوند داشته باشد (۴).

تخصیص منابع نیز عبارت است از توزیع منابع و اغلب منابع مالی بین گروهی از مردم و برنامه‌ها. وقتی که ما درمورد تخصیص منابع صحبت می‌کنیم باید ۳ سطح تصمیم‌گیری را در نظر بگیریم: ۱- تخصیص منابع به مراقبت سلامت در مقابل سایر نیازهای جامعه ۲- تخصیص منابع در داخل بخش‌های مراقبت سلامت ۳- تخصیص منابع بین اشخاص بیمار (۵).

تخصیص منابع مراقبت سلامت به شیوه‌ای اتفاقی و ناعادلانه صورت می‌گیرد و در نتیجه ارزیابی کامل از نتایج بلندمدت توزیع مجدد منابع سلامت مورد نیاز می‌باشد (۶) از طرفی پیامدهای پیچیده روانی و فیزیکی یک بیماری وخیم ممکن است کیفیت زندگی بیمار را تحت‌تأثیر قرار دهد و استفاده آنها از منابع مراقبت سلامت، منعکس‌کننده نیازهای بهداشتی درمانی آنها می‌باشد و توان درگیر کردن هزینه و منابع چشمگیر را دارد (۷).

بررسی تخصیص منابع در صنعت مراقبت سلامت پیچیده و دشوار است (۸). از اینرو در طول دهه‌ها، مسئله تخصیص منابع مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

به شیوه‌ای دقیق و منصفانه موضوع تجزیه تحلیل‌ها و تصمیمات گروهی بوده است و هنوز مسئله بصورت یک مشکل جدی مطرح است. از یک طرف وقتی منابع محدود و تقاضا بیش از موجودی باشد تخصیص با چالش مواجه می‌شود و چگونگی حل مشکل بستگی به ماهیت خود منابع محدود دارد. مقدار منابع ممکن است محدود باشد زیرا حد و مرزی برای تعداد تجهیزات، تأسیسات و امکاناتی که می‌تواند پرداخت شود، تعداد ابزارهایی که می‌تواند تولید شود، یا تعداد ارگان‌ها، مقدار خون و سایر مواردی که موجود خواهد بود، وجود دارد. تقاضا برای مراقبت سلامت همیشه و ضرورتاً بیش از موجودی خواهد بود و این بدان معناست که محدودیت یک موضوع ساختگی نیست و همچنین همیشه مشکل تخصیص منابع وجود خواهد داشت (۹). مطالعه‌ای در کوپن‌هاگن یکی از مشکلات تخصیص منابع را مسئله اولویت‌بندی معرفی کرده است. سیستم مراقبت سلامت مدرن با بودجه ثابت عمل می‌کند که ممکن است از تأمین همه نیازهای بیماران و تقدم آنها عاجز باشد، بنابراین اولویت‌بندی ضرورت می‌یابد. از طرفی اولویت‌بندی در روند تخصیص باید توسط افراد منصف صورت بگیرد (۱۰). مسئله دیگر دسترسی به مراقبت می‌باشد که بستگی به یک فعل و انفعال پیچیده از فاکتورهای چندگانه دارد که شامل: دسترسی، قابل قبول بودن، قابل پرداخت بودن و مناسب بودن است و از طرفی دسترسی به مراقبت مسائل عدالت در تأمین خدمات برای افرادی که نیاز دارند را مطرح می‌کند (۱۱). بنابراین سیاست-های ملی سلامت یک هدف استراتژیک تضمین دسترسی عادلانه به خدمات ضروری سلامت برای همه برمی‌نماید نیاز و صرف‌نظر از توانایی پرداخت یا متغیرهایی در این زمینه می‌باشد (۴) و عدالت در تخصیص اساساً عدالت در صرف مراقبت سلامت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). در نظام بهداشت و درمان انگلستان عدالت در مراقبت سلامت یک هدف صریح تخصیص منابع در داخل سیستم سلامت ملی بوده است و طی دو دهه اخیر تلاش‌های فراوانی جهت کاهش نابرابری در تأمین مراقبت سلامت در داخل سیستم سلامت ملی صورت گرفته است (۱۳و۱۴). برطبق قاعده کلی منابع مراقبت سلامت بایستی بصورت جغرافیایی به منظور تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت برای افرادی که در خطر برابری قرار گرفته‌اند توزیع شود. در سال ۱۹۹۹ کمیته مشورتی در تخصیص منابع، یک نیازمندی دیگر را

جلسه بحث گروهی متمرکز در معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار گردید و توسط سه نفر: هدایت‌کننده، کاتب و مشاهده‌گر اداره گردید. در ابتدای جلسه پس از معارفه توضیحات لازم در مورد نحوه برگزاری بحث گروهی متمرکز ارائه شد و شرکت‌کنندگان اطمینان یافتند که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد بود. در طول جلسه سؤالات توسط هدایت‌کننده از شرکت‌کنندگان پرسیده شد و توسط کاتب یادداشت شد و مشاهده‌گر سعی می‌کرد کلیه شرکت‌کنندگان را تحت‌نظر گرفته و افرادی را که کمتر در بحث‌ها شرکت می‌کردند به هدایت‌گر معرفی کند. سپس عوامل مؤثر در تخصیص منابع به بخش‌های مختلف از نتایج بحث‌ها استخراج و مورد تجزیه و تحلیل گرفت. آنالیز داده‌ها به روش درون‌مایه‌ای بوده و بصورت دستی انجام گرفت. به‌طوریکه مطالب نوشته‌شده کدگذاری گردیده، درون‌مایه‌های مطالعه استخراج و نظرات شرکت‌کنندگان در ذیل درونمایه‌ها دسته‌بندی شده و نهایتاً در زیرگروه‌های مختلف با هم مقایسه شدند.

یافته‌ها و نتایج

نتایج بحث گروهی در مورد روند تخصیص منابع مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹ به شرح زیر می‌باشد. در بحث گروهی متمرکز برگزار شده به منظور بررسی‌های دقیق ۶ نفر از کارکنان مسئول در بودجه‌ریزی و تخصیص منابع مالی دانشگاه شرکت کرده بودند یک نفر از شرکت‌کنندگان پزشک، ۳ نفر کارشناس ارشد و ۲ نفر کارشناس بودند. در این بحث گروهی نظرات و دیدگاه‌های مسئولین مربوطه مورد بررسی قرار گرفت. حیطه‌های اصلی مطالعه بررسی شیوه تخصیص بودجه بین بخش‌های مختلف دانشگاه و زیر واحدهای مربوطه می‌باشد که طی آن ۲ درونمایه اصلی شناسایی با عنوان نیازسنجی و قیمت تمام‌شده شناسایی گردیدند که هر کدام شامل تعدادی درونمایه‌های فرعی می‌باشند. در قسمت نیازسنجی: اطلاعات، اولویت‌بندی و چانه‌زنی جزئی فاکتورهایی اصلی می‌باشند که در عمل در فرایند تخصیص منابع بسیار تأثیرگذار می‌باشند و در مورد درونمایه قیمت تمام‌شده نیز سرانه دانشجویی و هزینه جزئی اصلی‌ترین موارد تأثیرگذار شناخته شدند. جزئیات مربوطه در جدول ۱ نشان داده شده و در ذیل به اختصار شرح داده شده است.

معرفی کرد؛ تخصیص منابع به منظور کاهش نابرابری در سلامت توزیع را انجام می‌دهد و برطبق گزارشی از همایش کاری تخصیص منابع در سال ۱۹۷۸ و علیرغم اختلاف‌نظر شدید منابع باید بصورت عادلانه بین مناطق و بخش‌هایی که شیوه‌های مختلفی را بکار می‌گیرند تقسیم شود (۹ و ۱۳). مسئله کلیدی بخش سلامت این است که عدم تمرکز در خرج کردن و تصمیم‌گیری می‌تواند بی‌عدالتی در تأمین مالی و در نتیجه در تأمین خدمات سلامت را افزایش دهد (۱۲). به دلیل تغییرات وسیع و سریع در نیازها و تقاضاهای سلامتی، نظام سلامتی در ایران نیز با چالش‌ها و مشکلات جدی از جمله، ناکافی بودن منابع مالی و نامناسب بودن نحوه تخصیص آنها روبرو شده است (۱۴).

همانطور که مستحضرم دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مؤثرترین نهاد و مسئول سلامت در سراسر کشور می‌باشند. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز با بیش از دوازده هزار نیروی رسمی و هزاران نیروی غیر رسمی مسئولیت حفظ و ارتقای سلامت چهارونیم میلیون نفری استان آذربایجان شرقی و تعداد کثیری از مراجعین استان‌های همجوار را برعهده دارد و این دانشگاه یکی از دانشگاه‌های با سابقه و مادر کشور بوده و بسیاری از طرح‌های پایلوت سلامت نیز در آن اجرا می‌شود (۱۵).

این تحقیق با هدف بررسی شیوه تخصیص منابع مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با هدف بررسی شیوه تخصیص منابع مالی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام گرفته است. مطالعه حاضر از نوع مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که برای جمع‌آوری داده‌ها از روش کیفی استفاده شده است. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه بحث گروهی متمرکز بوده. تعداد شرکت‌کنندگان در بحث گروهی ۶ نفر بودند که تقریباً تمامی کارشناسان و مسئولین و صاحب‌نظرانی که مایل به شرکت در بحث گروهی بودند را شامل می‌شد. بدین ترتیب که کلیه کارشناسان و مدیران و افرادی که به نحوی در تخصیص بودجه دانشگاه علوم پزشکی تبریز دخالت داشتند در جلسه بحث گروهی متمرکز شرکت داده شده‌اند.

جدول ۱. تم‌های مهم در تخصیص بودجه از دانشگاه علوم پزشکی به واحدهای تابعه

تم اصلی	تم فرعی	عنوان فرعی
بخش بهداشت	نیاز	تعداد جمعیت
		تعداد خانه‌های بهداشت
		تعداد مراکز بهداشتی و درمانی
		تعداد روستا
		تعداد شهرستان
		تعداد مراقبت
		تعداد مأموریت
بخش درمان	اطلاعات	تعداد پرسنل
		تعداد بیمارستان‌ها
		تعداد تخت فعال
		تعداد پرسنل
		تعداد خدمت
		تعداد دانشجوی
		تعداد هیئت علمی
بخش آموزش	نیاز	تعداد پرسنل
		تعداد دانشکده
		تعداد پژوهش
		تعداد برنامه‌ها
		تعداد دانشجوی
		اولویت‌بندی
		چانه‌زنی
قیمت تمام شده	هزینه	سرانه دانشجویی

هستیم و فقط کلیاتی در مورد نیازهای بخش‌های مختلف می‌دانیم."

اطلاعات بخش بهداشت: برای مقایسه و بررسی نیازهای مراقبت سلامت همانطور که توسط متغیرهای اجتماعی اقتصادی و سلامت و هزینه به ازای سرانه سنجیده شده است ایجاد پایگاهی از اطلاعات امری ضروری می‌باشد. در سطح دانشگاه فقط در بخش بهداشت تخصیص اعتبارات به واحدها براساس اطلاعات جمع‌آوری شده صورت می‌گیرد. اطلاعات مربوط به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت جمع‌آوری می‌شود و با توجه به تعداد جمعیت و تعداد خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی، تعداد مأموریت‌ها و... مبلغ مربوط به هرواحد تعیین می‌شود. برای این منظور از فرمول‌های ویژه‌ای جهت تخصیص دقیق و عادلانه استفاده می‌شود.

نیاز: اندازه‌گیری نیاز و انتخاب شیوه‌ای برای پاسخگویی به آن به منابع این اجازه را می‌دهد که به شیوه‌ای معقول و عادلانه‌تر تخصیص یابد. بعد از اعلام اعتبارات تعیین شده به دانشگاه در دانشگاه کمیته تخصیص منابع مالی تشکیل می‌شود. قبل از تخصیص منابع مالی نیازسنجی از بخش‌های مختلف و واحدهای زیر مجموعه آنها صورت می‌گیرد. کارشناسان بخش‌های مختلف نیازسنجی زیر واحدهای بخش‌های مربوطه را انجام می‌دهند. به دلیل عدم کفایت اطلاعات و مشخص نبودن ضریب هر کدام از داده‌ها نیازسنجی بطور دقیق صورت نمی‌گیرد. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۱ چنین بیان می‌کند: "به دلیل نیازسنجی نادرست و نبود شاخص، ما از نیازهای واقعی بخش‌های مختلف بی‌اطلاع

بودجه دانشگاه قرار ندارد و ظاهراً اطلاعات مربوط به تعداد پژوهش‌ها و... هیچ تأثیری در تخصیص منابع مالی ندارد. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: "تخصیص منابع مالی به این بخش‌ها براساس معیار خاصی صورت نمی‌گیرد و بصورت دوره‌ای طی جلساتی در معاونت پژوهشی تخصیص می‌یابد".

اولویت‌بندی: اولویت‌بندی یکی از معیارهای بسیار مهم در تصمیم‌گیری‌های تخصیص منابع مالی می‌باشد. در تصمیم‌گیری‌های تخصیصی اولویت‌ها باید به شیوه‌ای عادلانه، منطقی و علمی تعیین شوند تا منعکس‌کننده میزان نیاز هر بخش باشند، با وجود این در سطح استان و در دانشگاه معیار ثابتی برای اولویت‌بندی وجود ندارد بنا به گفته‌های شرکت‌کنندگان تخصیص براساس اولویت‌بندی صورت می‌گیرد ولی مبنای این اولویت‌بندی مشخص نیست و شاید فقط بحث تقدم وجود دارد بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۱ در این زمینه چنین می‌گوید: "اولویت‌بندی وجود دارد ولی این اولویت‌بندی معیار علمی و معینی ندارد، در حقیقت بنا به تشخیص شخصی و با مشورت جمعی و قضاوت مشاهده‌ای این کار صورت می‌گیرد".

قیمت تمام‌شده: با وجود اینکه یکی از اهداف برنامه چهارم توسعه اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی براساس قیمت تمام‌شده بود و از سال ۱۳۸۴ بودجه‌ریزی عملیاتی به شکل صوری در حال اجرا است ولی عملاً قیمت تمام‌شده معنی و مفهومی ندارد و هیچ اقدامی جهت محاسبه دقیق و منظم قیمت تمام‌شده صورت نگرفته و در توزیع اعتبارات در داخل دانشگاه بین بخش‌های مختلف هیچگونه تأثیری ندارد و عملاً قیمت تمام‌شده شاخص تعریف نشده‌ای تلقی می‌شود که تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان حاضر در بحث با این نظر موافق بودند و شرکت‌کننده شماره ۱ در این باره چنین می‌گوید: "بودجه‌ریزی حاضر یک بودجه‌ریزی شکلی است و قیمت تمام‌شده مفهوم ندارد".

هزینه: همانطور که می‌دانیم هزینه‌های مراقبت سلامت مدام در حال افزایش است. هزینه‌ها به منابع صرف‌شده در یک موقعیت خاص به منظور ایجاد فعالیت دلالت دارد که به-خاطر سهولت و قابل‌مقایسه بودن معمولاً برحسب پول بیان می‌شود و اندازه‌گیری آن در بودجه‌ریزی از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد، با این وجود اکثر شرکت‌کنندگان چنین نظر داشتند که در سطح دانشگاه به این مسئله بطور عمیق توجه نمی‌شود و در واقع فقط هزینه‌های جاری: تاسیسات، تجهیزات و ستادی محاسبه می‌شود. برآورد هزینه بصورت محاسبات دقیق آماری نمی‌باشد و در تخصیص مالی کاملاً تأثیرگذار نیست. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۶ چنین بیان می‌کند: "در تخصیص منابع مالی فقط هزینه‌های جاری در نظر

برای مثال تعداد مراقبت به ازای تعداد جمعیت به تعداد خانه-های بهداشت ضرب شده و توزیع به ازای هر شهرستان صورت می‌گیرد. روستاهای قمری و مراکز بهداشتی و درمانی نیز با همین شیوه محاسبه می‌شوند. در مورد مأموریت‌ها، تعداد خودروها، ساعات اضافه‌کاری و... در جدولی ثبت می‌شود. این جداول در کل شبکه‌ها وجود دارد و به وسیله این جدول و با تکمیل آن مبالغ آن پرداخت می‌شود. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "اعتبارات بخش بهداشت براساس فرمول‌های ساختگی و با در نظر گرفتن اطلاعات تخصیص می‌یابد".

اطلاعات بخش درمان: هزینه‌های درمانی همیشه بیش از هزینه‌های مراقبت بهداشتی است در نتیجه جمع‌آوری اطلاعات این بخش و تجزیه تحلیل آن از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. اکثر شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که رقم تخصیص‌یافته به بخش درمان هیچ مطابقتی با اطلاعات و نیاز ندارد و نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای بخش باشد و کم بودن مبلغ مانع از این می‌شود که رقم به شاخص‌ها تقسیم شود. در بخش درمان حقوق پرسنلی از محل درآمد اختصاصی مراکز، تأمین اعتبار می‌شود و بیمارستان‌های خودگردان کلاً از تخصیص حذف شده‌اند. در حقیقت کم بودن رقم اعتبارات در بخش درمان بیشتر از سایر بخش‌ها به چشم می‌خورد. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۲ در این مورد چنین بیان می‌کند: "از آنجایی که رقم تعلق‌یافته به بخش بسیار کم می‌باشد هیچگونه معیار مشخصی برای توزیع وجود ندارد و وجود اطلاعات نیز بی‌تأثیر است".

اطلاعات بخش آموزش: در بخش آموزش تمامی اطلاعات مربوط به دانشجویان از جمله سن، جنس و... از طریق سیستم نرم‌افزاری سما در اختیار مسئولین بودجه‌ریزی قرار دارد. مبلغ مربوط به بخش را براساس تعداد دانشجویان تخصیص می‌دهند. از طریق سیستم سما اطلاعات مربوط به کارکنان رسمی و پیمانی نیز در دسترس است و توزیع را به ازای تعداد دانشجویان انجام می‌دهند. در تخصیص اعتبارات به این بخش کارایی و اثربخشی هیچگونه تأثیری ندارد بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۳ در این مورد چنین بیان داشته است: "در بخش آموزش تعداد دانشجویان تقریباً از اهمیت بیشتری برخوردار است و سایر اطلاعات از جمله تعداد دانشکده‌ها، هیئت علمی و... بی‌تأثیر است".

اطلاعات بخش دانشجویی و پژوهشی: تحقیق، کمک هزینه‌های دانشجویی و فعالیت‌های ابتکارانه برای مؤلفه‌های مأموریت‌های دانشگاه ضروری می‌باشد. فرایند تخصیص حاضر فعالیت‌های دانشجویی و پژوهشی را از طریق بودجه دولتی پشتیبانی می‌کند. در روند تخصیص کل رقم مربوط به این بخش در اختیار بخش‌های پژوهش و دانشجویی قرار می‌گیرد. اطلاعات مربوط به این بخش‌ها در اختیار کارشناسان

هیچگونه متد علمی و منطقی جهت تخصیص منابع استفاده نمی‌کند. دومین مسئله‌ای که از نتایج بدست آمده است، مسئله نیاز می‌باشد، تقریباً ۹۰٪ شرکت‌کنندگان اشاره کردند که نیازسنجی قضاوتی می‌باشد. بر طبق گزارشی که در سال ۲۰۰۷ توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شد بخش‌هایی که نیازهای وسیع‌تری دارند باید بودجه بیشتری دریافت کنند. شناسایی بخش‌هایی که بیشترین نیاز را دارند مشکل است، هر بخشی ممکن است وضعیت بهداشتی متفاوتی داشته باشد و اولویت‌ها یافتن معیاری متداول را برای مقایسه بخش‌های مختلف پیچیده و دشوار می‌کند. در هر صورت توزیع باید بر مبنای نیاز باشد (۱۷). با این وجود بر طبق نتایج، نیازسنجی به شیوه‌ای صحیح صورت نمی‌گیرد و نیازهای بخش‌ها دقیقاً مشخص نیست و حتی در مورد اینکه کدام بخش‌ها نیاز بیشتری دارند نیز ابهاماتی وجود دارد.

درون‌مایه دیگری که اهمیت بسزایی در شیوه تخصیص دارد اطلاعات می‌باشد. نتایج مطالعه تیموتی نشان می‌دهد که اطلاعات کامل و به موقع در زمینه تخصیص منابع مراقبت سلامت برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بسیار ضروری می‌باشد. نیاز به چنین اطلاعاتی همواره وجود دارد، وقتی که منابع موجود کمتر از نیاز باشد تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص مهم‌تر خواهد بود. بدون اطلاعات دقیق در مورد اندازه و توزیع بودجه موجود، منابع شناسی برای تخصیص یافتن به شیوه‌ای که منعکس‌کننده نیازهای سلامت باشند ندارند (۱۶). مدیران و تصمیم‌گیرندگان باید منابع مالی را با حداکثر کارایی و اثربخشی تخصیص دهند، برای این منظور نیز باید اطلاعات مدنظر در هر بخش را گردآوری و تجزیه تحلیل نمایند. در توزیع منابع مالی در سطح دانشگاه، بیشترین تأثیر اطلاعات در بخش بهداشت دیده می‌شود و عدم تطابق اطلاعات و تخصیص منابع مالی در بخش درمان بیشترین معضل را ایجاد کرده است ولی با این وجود کمترین تأثیر آن به دلیل عدم شفافیت کافی اهداف و برنامه‌ها و مجزا بودن سیستم بودجه‌ریزی از فعالیت‌های برنامه‌ریزی در بخش پژوهش و دانشجویی دیده می‌شود.

درون‌مایه دیگر نیز اولویت‌بندی در تخصیص منابع مالی می‌باشد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که عدم اندازه‌گیری دقیق نیاز مسئله اولویت‌بندی را نیز بسیار پیچیده و مشکل کرده است و تطابق اولویت‌های سلامت و تخصیص بودجه به سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌کننده خدمات سلامت و مرتبط با سلامت برنامه‌ریزی‌های مالی را با مشکل مواجه کرده است. در بین بخش‌های مختلف نیز بخش درمان بیشتر از سایر بخش‌ها با این مشکل درگیر است و اولویت‌بندی بصورت ناعادلانه صورت می‌گیرد. مطالعه‌ای که در زمینه تخصیص صحیح منابع مراقبت سلامت انجام یافته است نشان می‌دهد که به علت نارسایی سیستم بودجه‌ریزی جهت پاسخگویی به

گرفته می‌شود که محاسبات دقیق نمی‌باشد و مبالغ دقیقاً براساس این برآوردها صورت نمی‌گیرد.

سرانه دانشجویی: سرانه دانشجویی به عنوان معیاری برای محاسبه مبلغ تربیت دانشجویان یک گروه می‌باشد. در دانشگاه سرانه دانشجویی مشخص است و تخصیص منابع مالی به دانشکده‌ها را در بخش آموزش براساس سرانه دانشجویی انجام می‌دهند. بطوریکه شرکت‌کننده شماره ۳ در این مورد چنین بیان می‌کند: "توزیع در بخش آموزش براساس سرانه دانشجویی می‌باشد و کارایی و اثربخشی تأثیری ندارد".

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که در نتایج شرح داده شد تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان براین مسئله تأکید داشتند که بزرگترین معضلی که دانشگاه علوم پزشکی با آن مواجهه است عدم کفایت منابع مالی در پاسخگویی به نیاز می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای که توسط هاوس در زمینه استفاده از منابع انجام گرفته نشان داده است که استفاده از منابع مراقبت سلامت منعکس‌کننده نیازهای بهداشتی و درمانی آنها می‌باشد و توان درگیر کردن هزینه و منابع مالی چشمگیر را دارد (۷). این مشکل اولویت‌بندی در تخصیص را نیز بسیار پیچیده و مشکل کرده است و تطابق اولویت‌های سلامت و تخصیص بودجه به سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌کننده خدمات سلامت و مرتبط با سلامت برنامه‌ریزی‌های مالی را با مشکل مواجه کرده است. در بین بخش‌های مختلف نیز بخش درمان بیشتر از سایر بخش‌ها با این مشکل درگیر است. از آنجایی که امروزه افزایش روزافزون هزینه‌های خدمات درمانی، مراکز درمانی را بصورت یکی از سازمان‌های مهم و در عین حال بسیار پرهزینه در آورده است، عدم کفایت منابع مالی باعث شده است که توزیع منابع با شاخص‌ها قابل‌توصیف و تفسیر نباشد. نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان، منابع مالی را در اختیار ارائه‌دهندگان قرار می‌دهد تا خدمات را تدارک دیده و تولید کنند و به دست مصرف‌کننده یا بیمار برسانند. بحثی که مطرح است نحوه تخصیص بودجه دولت است منابع بودجه دولت گسترده بوده و ردیف‌های متعددی دارد و تا ذیل فعالیت‌ها و پروژه‌ها ریز می‌شود. تغییر مکرر برنامه‌های زیر فصل بهداشت و درمان طی سال‌های مختلف، امکان پیگیری روند زمانی وضعیت تخصیص اعتبارات و تحلیل نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. برنامه یک سال در هم ادغام شده و سال دیگر جدا می‌شود و این مسئله پیگیری اعتبارات را مشکل می‌کند.

با وجود اینکه براساس شواهد مکتوب، تخصیص اعتبارات در سطح کلان براساس یکسری معیارها و محاسبات دقیق و عادلانه و اولویت‌بندی منطقی و علمی صورت می‌گیرد در عمل این منابع توزیع‌پذیر با شاخص‌ها نمی‌باشد و با وجود انواع متدهای تخصیص منابع بخش درمان از

توزیع یابد (۱۱). در دانشگاه برآورد هزینه تا حدودی صورت می‌گیرد ولی این برآوردها با محاسبات دقیق آماری صورت نمی‌گیرد و مبالغ تخصیص یافته تطابق با هزینه‌های محاسبه شده ندارد که با توجه به نظرات شرکت کنندگان دلیل این تفاوت مغایرت منابع مالی در دسترس با هزینه‌ها می‌باشد.

بر مبنای نتایج جانبی مطالعه، سهم بخش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز تقریباً ۳۷٪ می‌باشد. در اغلب کشورهای اروپایی و کشورهای در حال گذار ۳۰-۳۵٪ از هزینه‌های بخش عمومی بهداشت صرف بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌شود (۲۰) که این رقم سه برابر رقم موجود در سیستم بهداشتی ایران (۱۰٪) می‌باشد. این سهم در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (در سطح استان آذربایجان شرقی) در مقایسه با سیستم بهداشتی و درمانی ایران و کشورهای اروپایی، تطابق بیشتری با کشورهای اروپایی دارد. از طرفی نسبت سهم بخش پژوهش به آموزش ۱ به ۱۴ می‌باشد (۲۱). براساس مطالعه‌ای که توسط دانشگاه آکسفورد انجام یافته است بخش پژوهش در تخصیص منابع نسبت به آموزش اهمیت بیشتری دارد و منابع مالی به بخش پژوهش باید به گونه‌ای تخصیص یابد که پژوهش‌ها از نظر کیفی و کمی در سطح مطلوبی قرار گیرند و در دانشگاه آکسفورد این نسبت ۶۰ به ۴۰ می‌باشد. البته این نسبت در دانشگاه‌های آلمان ۴۰ به ۶۰ می‌باشد و در دانشگاه‌های انگلستان ۳۲٪ از بودجه کل به بخش پژوهش اختصاص داده می‌شود (۲۲).

بررسی نتایج مطالعه نشان می‌دهد به جز در معاونت بهداشتی دانشگاه که دارای چک‌لیست برای تخصیص منابع به شبکه‌های بهداشت و درمان می‌باشد در سایر بخش‌ها، به دلیل کمبود منابع مالی در دسترس، تخصیص منابع مالی از شیوه علمی و شفاف برخوردار نبوده و معیار مشخصی وجود ندارد. فلذا به نظر می‌رسد جهت بهبود کارایی و عدالت تدوین الگوی مناسب و علمی تخصیص منابع مالی در دانشگاه‌ها مورد نیاز می‌باشد.

پیشنهادات ارائه شده جهت بهبود منابع مالی دانشگاه به شرح زیر می‌باشد:

- تهیه اهداف و برنامه‌های سازمان‌ها جهت استفاده از منابع مالی
- شناسایی دقیق اولویت‌ها براساس معیارهای علمی
- تهیه برنامه‌های مالی و پایش بودجه و کنترل هزینه‌ها
- داشتن نظارت دقیق در چگونگی مصرف منابع مالی در بخش‌های مختلف دانشگاه و واحدهای زیرمجموعه آن
- تهیه اطلاعات دقیق از زیرواحدهای بخش‌های مختلف و تحلیل اطلاعات جهت شناسایی نیازهای واقعی بخش‌ها و تأثیر آن در تخصیص منابع مالی به

تمامی نیازها، تخصیص باید با اولویت‌بندی صورت بگیرد. اولویت‌بندی باید عادلانه و معقول بوده و توسط افراد منصف صورت بگیرد (۱۰). همچنین تحلیل وضعیت موجود پایه‌ای برای اولویت‌بندی محسوب می‌شود که در آن وضع جاری منابع مالی و سطح منابع مالی آینده بسیار اهمیت دارد (۱۹). یکی از تم‌هایی که بیشتر بخش درمان با آن درگیر می‌باشد مسئله چانه‌زنی است که منجر به بی‌عدالتی ناخواسته گردیده است. برطبق بررسی استفن در زمینه تأمین منابع مراقبت‌های اولیه، عدالت در تخصیص اساساً عدالت در صرف مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). از طرفی در نظام سلامت ملی عدالت در مراقبت سلامت یک هدف صریح تخصیص منابع در داخل سیستم سلامت ملی بوده است (۱۳). با این وجود هنوز در بخش‌های مختلف و زیر واحدهای آن مسئله بی‌عدالتی را می‌توان در اشکال مختلف مشاهده کرد. به‌خصوص در بخش درمان که بنا به نتایج بدست آمده بعد از تخصیص واحدهایی که اعتراض نمی‌کنند مبلغ بیشتری به آنها تعلق نمی‌گیرد و واحدهایی که به مبلغ تخصیص یافته اعتراض می‌کنند، رقم بیشتری دریافت می‌کنند و این در شرایطی است که این افزایش معیار مشخصی ندارد. این مسئله و عدم نیازسنجی و اولویت‌بندی دقیق منجر به بی‌عدالتی در سطح استان و دانشگاه گردیده است.

درون‌مایه دیگر مسئله قیمت تمام‌شده می‌باشد که علیرغم عدم کفایت منابع مالی و عدم پاسخگویی به نیاز یکی از موارد مهم در تخصیص منابع مالی به‌شمار می‌آید. بر طبق گزارش دکتر کاظمیان در زمینه نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۷ بودجه‌ریزی نوین که جانشین بودجه‌ریزی سنتی شده است، بودجه‌ریزی عملیاتی می‌باشد. در بودجه‌ریزی عملیاتی علاوه بر برنامه، هزینه عملیات با روش‌های دقیق فنی و براساس اندازه‌گیری جمع کار مورد محاسبه قرار می‌گیرد که همان قیمت تمام‌شده است و در تصمیمات کلان نیز منعکس می‌گردد. بودجه‌ریزی عملیاتی در واقع یک نوع شیوه تلفیق عملکرد سالانه و بودجه سالانه می‌باشد که مبنای آن قیمت تمام‌شده است (۱۸) که تمام شرکت کنندگان بر این مسئله اظهارنظر داشتند که هیچ‌گونه قیمت تمام‌شده‌ای محاسبه نشده است و این معضل بودجه‌ریزی عملیاتی را در سطح استان و دانشگاه زیر سؤال برده است. در بودجه‌ریزی دانشگاه قیمت تمام‌شده عملاً کاربردی ندارد.

هزینه: مسئله هزینه نیز یکی از درون‌مایه‌هایی است که تخصیص مالی دانشگاه را با مشکل مواجه کرده است. یکی از مراحل مهم بودجه‌ریزی برآورد هزینه می‌باشد که طی آن هزینه عملکردها را در گذشته و آینده تخمین می‌زنند (۱۹). در مطالعه استانا و گیسون طبق گزارش تشکل کاری تخصیص منابع چنین بیان شده است که منابع مالی برای مراقبت سلامت باید بر مبنای نیاز و هزینه‌های تأمین خدمت

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زحمات تمامی کارکنان بودجه دانشگاه علوم پزشکی تبریز و سایر همکاران معاونت‌های دانشگاه که صبورانه ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند صمیمانه سپاس‌گذاری می‌نمایند.

گونه‌ای که حتی‌الامکان حداقل نیازهای شناسایی‌شده برآورده شود

- نظارت دقیق بر فرایند نیازسنجی از زیر واحدها
- شناسایی شاخص‌های تأثیرگذار بر تخصیص بودجه هر بخش و تنظیم شیوه بودجه‌ریزی صحیح در دانشگاه و تأثیر شاخص‌ها بر آن

منابع

- care in Russia. Health Policy Plan. 2006 : 21(4); 265-274.
12. Okorafori A, Stephen T. Protecting resources for primary health care under fiscal federalism: options for resource allocation. Health Policy Plan. 2007; 22(6): 415-426.
13. Asthana Sh, Gibson A. health care equity, health equity. University of Plymouth, Drake Circus, Plymouth. 2005
۱۴. عقلمند س، پوررضا ا. اصلاح نظام سلامت. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۳۸۳؛ ۴(۱۴): ۳.
۱۵. جباری ح، بخشیان ف. بررسی مأموریت‌ها و فرایندهای قابل تفویض معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳. مدیریت و توسعه‌ی سلامت. ۱۳۸۶؛ ۱(۴): ۲۰.
16. Timothy PJ, Mills A. A review of health resource tracking in developing countries. Health Policy and Planning. 2007; 22: 353-362.
17. Review of the detailed Work plans for program budget 2008-2009. WHO report: 2007.
۱۸. ابوالحاج م. گزارش دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های نظام تامین مالی بخش بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران. دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه. ۱۳۸۷.
۱۹. گرین، ا. ترجمه عبادی فردآذر ف، بارونی م. اصول برنامه ریزی بهداشتی. عبادی فر؛ ۱۳۸۸.
20. DeCoster C, Roos NP, Carrière KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. CMAJ. 1997; 157(7): 889-896.
21. University of Oxford: Resource Allocation Method. Oxford University Gazette. Vol 4590: University of Oxford; 2001.
22. Beusch P. Resource allocation to business & management students: A Comparison of Seven European Countries. Conference FEKIS. Gothenburg: Department of Business Administration, Management Accounting Group; 2008.
۱. فقیر مومن سرایی م. تمرکز زدایی در بخش سلامت، مفاهیم، اصول و چالش‌ها. بیمارستان. ۱۳۸۵؛ ۶(۵): ۵۶-۵۹.
۲. صادقی ن، زارع ح. تأثیر سیستم مالی بر بهبود عملکرد بیمارستان. ۱۳۸۸؛ ۸(۲): ۱۳۵-۱۴۵.
۳. خواجهوند. برآورد هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم از بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی در بخش پزشکی بیمارستان امام خمینی بستری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دانشکده بهداشت و تغذیه، ۱۳۸۶.
4. Pearson M. Allocating resources for health, developing pro poor approach. DFID Health Systems Resource Centre. London 2002.
5. Kaiser H, Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace. Keiser Family Foundation; 20005.
6. Sims A, Layzell A, Grimsley M, Wisher S, Martin D. Funding a primary care led NHS: achieving a model for more equitable allocation of healthcare resources at a sub district level. Journal of Public Health Med. 1997; 19(4): 6-380.
7. Hawes KH, Kneebone C, Selly MP. the perceived and actual use of healthcare resources following intensive care, British journal of anaesthesia. 2000; 84(5): 669_670.
8. Scott R D, Solomon ST. McGowan JE. Applying Economic Principles to Health Care. Emerging Infectious Diseases. 2001; 7 (2): 282-285.
9. Kluge EW. Resource allocation; implementation of models of medicine as a profession, Medscape General Medicine. 2007; 9(1): 57.
10. Sgurd L, Kasper R. Legitimate Allocation of Public Healthcare: Beyond Accountability for Reasonableness, public health ethic. 2009; 2(1).
11. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, Drobniewski F, Levicheva V , Coker R. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis