

بازتعریف بودجه برای بهبود درمان

در نظام جدید بودجه‌ریزی، تأکید از میزان هزینه به میزان اثربخشی تغییر کرده و معیار اصلی، نتیجه عملکرد است

سلاسه‌صدایی

روزنامه نگار

یادداشت



سکینه باغ بهشتی

متخصص علوم آزمایشگاهی اداره کل درمان مستقیم

تعارض منافع در نظام سلامت ایران

اشتغال هم‌زمان، شناخته‌شده‌ترین و شایع‌ترین نوع تعارض منافع در سازمان‌های دولتی ایران است؛ پدیده‌ای که در حوزه سلامت، بیش از هر بخش دیگری نمود دارد. بسیاری از پزشکان در حالی که در استخدام وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان‌های دولتی‌اند، هم‌زمان در مطب‌های خصوصی نیز فعالیت می‌کنند. این وضعیت، هرچند ممکن است در ظاهر امری طبیعی برای تأمین معاش به نظر برسد، اما در عمل به تضاد میان وظیفه حرفه‌ای و منافع شخصی می‌انجامد. در مراکز درمانی دولتی، بیماران بخشی از هزینه‌ها را به‌صورت فرانشیز پرداخت می‌کنند و گاه از خدمات رایگان بهره‌مند می‌شوند. با این حال، منافع برخی پزشکان اقتضا می‌کند بیماران را به سمت مراکز خصوصی یا مطب شخصی خود هدایت کنند تا از درآمد بیشتری برخوردار شوند. چنین رفتاری نه‌تنها مغایر با عدالت درمانی است، بلکه اعتماد عمومی به نظام سلامت را نیز تضعیف می‌کند. از سوی دیگر، اشتغال هم‌زمان پزشکان موجب اختلال در کار حرفه‌ای آنان در بخش دولتی می‌شود. فعالیت در دو مرکز باعث کاهش تمرکز، خستگی و افت کیفیت خدمات می‌شود. گزارش‌هایی از بیمارستان‌ها نشان می‌دهد در مواقع حساس، حضور ناکافی پزشکان شاغل در مطب‌های شخصی منجر به تأخیر در درمان و بروز بحران شده است. از این منظر، تعارض منافع صرفاً مسئله‌ای اداری نیست، بلکه تهدیدی برای جان بیماران است. بعد دیگر تعارض منافع در حوزه سلامت، حضور هم‌زمان پزشکان در نهادهای تصمیم‌ساز و شرکت‌های اقتصادی است. اشتغال یا سهامداری در سازمان نظام پزشکی، سازمان غذا و دارو یا شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، زمینه‌ساز تضاد جدی میان منافع عمومی و خصوصی است. هنگامی که تصمیم‌گیران در همان حوزه‌ای نفع‌باشند، تصمیم‌های آنان ناگزیر از تأثیر منافع شخصی متأثر می‌شود و سلامت سیاست‌گذاری از میان می‌رود. صنعت دارو و تجهیزات پزشکی از مهم‌ترین بخش‌های اقتصادی کشور است و نقش حیاتی در زنجیره سلامت دارد. وقتی مدیران یا پزشکان در مالکیت این شرکت‌ها سهم هستند، تصمیمات آنان درباره تولید، واردات یا قیمت‌گذاری می‌تواند منافع شخصی را بر مصالح عمومی مقدم کند. این تعارض ساختاری، شفافیت و اعتماد را از نظام سلامت می‌گیرد و کنترل آن نیازمند مقرراتی سختگیرانه و شفاف است. در کنار این موارد، اشتغال هم‌زمان اعضای هیأت‌مدیره سازمان‌های نظام سلامت در شرکت‌های تابعه، یا ارائه خدمات مشاوره‌ای به بخش خصوصی، از مصادیق پرتکرار تعارض منافع است. چنین روابط درهم‌تنیده‌ای، استقلال تصمیم‌گیری و سلامت اداری را زیر سؤال می‌برد. با این حال، ریشه اصلی تعارض منافع در نظام سلامت، در ترجیح «درمان محوری» بر «سلامت محوری» نهفته است. تا زمانی که منطق حاکم بر نظام سلامت، کسب درآمد از درمان و خدمات پزشکی باشد و پیشگیری، آموزش و بهداشت عمومی در حاشیه‌بماند، این تعارض‌ها بازنویس خواهند شد.

“

بودجه‌ریزی عملکردی، تنها یک تغییر فنی در شیوه تخصیص منابع نیست؛ تحولی است در نگرش مدیریتی که بهره‌وری، پاسخگویی و شفافیت مالی را به محور تصمیم‌سازی در حوزه درمان تأمین اجتماعی تبدیل می‌کند

نظام‌نامه بودجه مبتنی بر «عملکرد» از اواسط آبان سال ۱۳۹۸ تدوین شد و از ۱۳۹۹ معیار تخصیص بودجه به مدیریت‌های درمان استان‌ها برای مصارف درمانی قرار گرفت. این نظام‌نامه که چهره سنتی بودجه‌ریزی را متحول کرد، برای نخستین‌بار در تأمین اجتماعی به نگارش درآمده و در بیمارستان‌های ملکی سازمان اجرایی شده است، حتی برای آن‌الگویی در دنیا وجود ندارد.

اکنون در فصل بودجه‌ریزی که معمولاً در ماه‌های مهر و آبان کلید می‌خورد و مسئولان و کارشناسان حوزه بودجه مدیریت‌های درمان استان‌ها را به‌شدت درگیر می‌کند، باید دید پس از سال‌ها اجرای نوع عملکردی، این شیوه چه تأثیراتی را در اداره امور مدیریت‌های درمان برجای گذاشته است.

برای تبیین بهتر موضوع، ابتدا باید دید بودجه‌ریزی عملکردی چیست، یا چه هدفی طراحی شده و بودجه‌ریزی سنتی بر چه معیارهایی قرار داشت. در بودجه‌ریزی سنتی روال اینگونه بود که مدیریت‌های درمان براساس بودجه جاری درمان و با در نظر گرفتن افزایش هزینه‌ها در سال آینده از جمله نرخ تورم، افزایش دستمزد، افزایش تعرفه‌های درمان و سایر عوامل مانند اجرای پروژه‌ها، تعمیرات و خرید تجهیزات، بودجه سال آینده خود را پیش‌بینی و اعلام می‌کردند. اما در طرح نظام‌نامه عملکردی، بودجه‌ریزی بر محور عملکرد بیمارستان‌ها انجام می‌شود و در این طرح، نگاه بر بهره‌برداری بهینه از امکانات و به‌نوعی درآمدزایی معطوف است و متمرکز بر هزینه نیست. در نتیجه هدف از اجرای بودجه عملکردی در بودجه‌ریزی «مدیریت هزینه‌ها» و «افزایش عملکرد» بیمارستان‌ها قرار دارد.

حال باید دید بودجه‌ریزی عملکردی مبتنی بر چه شاخص‌هایی است و براساس چه موازینی ارزیابی می‌شود. در این زمینه دکتر مهدی محصل، مدیر درمان تأمین اجتماعی استان قم بودجه‌ریزی عملکردی را تلفیقی از برنامه‌ریزی راهبردی و مدیریت مالی توصیف کرد که مبتنی بر شاخص‌های کلیدی عملکرد و اهداف عملیاتی هر واحد است.

او افزود: «شاخص‌های کلیدی در سه دسته کلی شامل «شاخص‌های ورودی»، «شاخص‌های فرایندی» و «شاخص‌های خروجی» (Outcomes) تعریف می‌شود. شاخص‌های ورودی تعداد پرسنل، تجهیزات و اعتبارات

تخصیص یافته را دربر می‌گیرد. در شاخص‌های فرایندی، نرخ بهره‌وری نیروی انسانی، متوسط طول اقامت بیمار و نرخ گردش تخت، بررسی می‌شود و شاخص‌های خروجی که می‌توان گفت قلب بودجه‌ریزی عملکردی به‌شمار می‌رود از شاخص‌های کمی، شاخص‌های کیفی و شاخص‌های کارایی تشکیل شده است. شاخص‌های کمی، تعداد بیماران ترخیص شده، تعداد عمل‌های جراحی، تعداد ویزیت‌های سرپایی و مانند آن را شامل می‌شود. در شاخص‌های کیفی، رضایتمندی بیماران، نرخ عفونت‌های بیمارستانی و نرخ خطای پزشکی مورد توجه قرار می‌گیرد و شاخص‌های کارایی نیز هزینه به‌ازای هر بیمار ترخیص شده، هزینه به‌ازای هر عمل جراحی و غیره ملاحظه می‌شود.»

مدیردرمان تأمین اجتماعی استان قم در بودجه عملکردی بر مسئله دستیابی به اهداف از پیش تعریف شده، تأکید کرد و گفت: «در این نظام، به‌جای توجه صرف به هزینه‌ها، خروجی‌ها و نتایج واقعی عملکرد واحدها مورد سنجش قرار می‌گیرد. در حوزه درمان، شاخص‌هایی مانند میانگین هزینه هر خدمت، ضریب اشغال تخت، نسبت نیروی انسانی به حجم خدمت، کیفیت نسخ تجویز شده و رضایت بیماران از مهم‌ترین ملاک‌های ارزیابی به‌شمار می‌رود. در نهایت، تخصیص بودجه، نه براساس سوابق گذشته بلکه براساس عملکرد محقق شده و دستیابی به اهداف از پیش تعریف شده صورت می‌گیرد.»

عماد کوچکی، معاون پشتیبانی و توسعه مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان گیلان نیز بودجه عملکردی را مبتنی بر شاخص‌های کارایی، اثربخشی، کیفیت و صرفه اقتصادی بیان کرد؛ به‌نحوی که کارایی منجر به استفاده بهینه از منابع می‌شود. اثربخشی، میزان تحقق اهداف و نتایج به‌دست آمده را دربر می‌گیرد. کیفیت، سطح رضایت و استانداردهای خدمات ارائه شده را بررسی می‌کند و صرفه اقتصادی، انجام فعالیت‌ها را با حداقل هزینه‌ها ممکن می‌سازد.

تأثیر بودجه عملکردی بر تأمین منابع

حال که شاخص‌های بودجه ریزی عملکردی مشخص شد، باید دید تخصیص بودجه با این روش تا چه حد می‌تواند پاسخگوی نیازهای مالی مدیریت‌های درمان باشد و منابع مالی آن‌ها را تأمین کند.

ارزیابی هوشمند هزینه‌های درمان

این نظام نوین به تصمیم‌گیران اجازه می‌دهد تا میان هزینه و کیفیت خدمات توازن برقرار کنند و بودجه را به بخش‌هایی اختصاص دهند که بازدهی واقعی دارند. در کنار مزایای یادشده، اجرای این طرح نیازمند هماهنگی دقیق میان بخش‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم، توسعه زیرساخت‌های اطلاعاتی و تقویت ظرفیت کارشناسی است. با این حال، تجربه‌های نخستین نشان داده‌اند یکپارچه‌سازی داده‌ها، خطاهای انسانی را کاهش داده، سرعت رسیدگی به پرونده‌ها را افزایش داده و امکان نظارت مستمر بر روند هزینه‌ها را فراهم کرده است. این اقدام، گامی مؤثر در جهت شفافیت مالی، بهبود سیاست‌گذاری درمانی و تحقق مدیریت هوشمند منابع در تأمین اجتماعی به‌شمار می‌رود.

مدیر درمان تأمین اجتماعی استان قم ضمن اشاره به مسائل کنونی بودجه عملکردی، معتقد است عبور از چالش‌های این حوزه نیازمند فرهنگسازی است. محصل ادامه داد: «در حال حاضر اجرای این طرح با مسائلی مانند ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی، کمبود داده‌های دقیق عملکردی و پیچیدگی در شاخص‌های عملیاتی مناسب مواجه است و برای اجرای بهینه طرح ارائه آموزش‌های مستمر به نیروهای مالی و مدیریتی بسیار ضروری است و در عین حال اصل فرهنگسازی می‌تواند رهگشای عبور از تنگناهای فعلی باشد.»

معاون پشتیبانی و توسعه مدیریت درمان تأمین اجتماعی گیلان نیز بر مسئله فراهم بودن زیرساخت‌های اطلاعاتی تأکید کرد و افزود: «دسترسی به دیتا و اطلاعات بهنگام کمک می‌کند تا ضمن ایجاد شفافیت، امکان پاسخگویی مناسب فراهم شود.»

تحقق اصل استفاده حداکثری

برای تصویب بودجه درمان، همواره در جزء اصلی شامل «هزینه‌های مراکز ملکی» و «خرید خدمت» از مراکز طرف قرارداد مورد توجه قرار می‌گیرد؛ به‌نحوی که هزینه بخش مرتبط با بیمارستان‌های ملکی باید پرداخت شود و از سوی دیگر، هزینه خدمات درمانی بیمه‌شدگان در مراکز غیرملکی تسویه گردد. در بودجه‌ریزی سنتی، این هزینه‌ها ارتباطی با هم نداشت و حاصل آن چنین می‌شد که گویی پول بلیت قطار برای بیمه‌شده پرداخت شود، اما فرد با وسیله دیگری مسیر را طی کند و فاکتور آن را به سازمان تحویل دهد؛ زیرا سازمان در مراکز ملکی، ظرفیت ارائه خدمات بستری و سرپایی بیمه‌شدگان را ایجاد کرده و به دلیل مراجعه به مراکز طرف قرارداد، بخشی از این ظرفیت خالی می‌ماند. به همین دلیل یکی از اصول نظام‌نامه بودجه عملکردی توجه به اصل استفاده حداکثری از ظرفیت مراکز درمانی در نظر گرفته شده است. حال باید دید اجرای این اصل چه نقشی در کاهش هزینه‌های درمان دارد؟

بنابر اعلام مدیردرمان تأمین اجتماعی استان قم، این روش بودجه‌ریزی به‌طور مستقیم از دو طریق بر کاهش هزینه‌ها اثر می‌گذارد؛ نخست اینکه سبب کاهش هزینه‌های سربار (Fixed Costs) می‌شود. بر این اساس با تعریف شاخص‌هایی مانند «گردش تخت» و «متوسط طول اقامت بیمار»، مراکز درمانی انگیزه می‌یابند تا با کاهش زمان بستری بی‌مورد و افزایش پذیرش بیمار، هزینه‌های ثابت خود را مانند نیروی انسانی، انرژی و استهلاک، بین تعداد بیشتری از بیماران توزیع کنند. این روش به‌طور چشمگیر هزینه به‌ازای هر بیمار را کاهش می‌دهد. محصل افزود: «دوم، کاهش هزینه‌های متغیر را در پی دارد؛ به‌نحوی که با نظارت بر شاخص‌هایی مانند «مصرف بهینه دارو و ملزومات» از مصرف بی‌رویه و اسراف جلوگیری می‌شود. در واقع می‌توان گفت؛ بودجه‌ریزی عملکردی، «پیشگیری از هزینه‌های زائد» را در ساختار مدیریت نهاده‌ینه می‌کند. او تأکید کرد: «در این روش با سنجش دقیق عملکرد هر مرکز و ارتباط مستقیم آن با تخصیص بودجه، مراکز درمانی به صورت منطقی به سمت افزایش بهره‌وری منابع انسانی، تجهیزاتی و فضا‌های درمانی حرکت می‌کنند. این نظام موجب می‌شود ظرفیت‌های خالی شناسایی و فعال شوند و هزینه‌های سربار کاهش یابد. در واقع، به‌جای افزایش بودجه، افزایش کارآمدی اتفاق می‌افتد و همین موضوع به کاهش هزینه‌های کلی درمان منجر می‌شود.» معاون پشتیبانی و توسعه مدیریت

درمان تأمین اجتماعی گیلان نیز معتقد است: «با محاسبه دقیق هزینه‌های درمان مستقیم، غیرمستقیم و هزینه‌های سربار می‌توان برنامه‌ریزی مناسبی انجام داد تا امکان افزایش اثربخشی و کارایی خدمات فراهم شود.» کوچکی افزود: «برای مثال، برای انجام عمل جراحی کاتاراکت، ارزیابی حق الزحمه جراح، کادر درمان و هزینه‌های سربار عددی را مشخص می‌کند که می‌توان فهمید پرداخت این عدد در درمان مستقیم و نیز غیرمستقیم کدام به‌صرفه است و بر مبنای آن برنامه‌ریزی را انجام می‌شود.»

می‌توان گفت، بودجه عملکردی تجربه موفقی است که سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان بنیانگذار این شیوه توانسته است هزینه‌های درمان را ساماندهی کند. باید توجه داشت هدف از اجرای این طرح، تنها معطوف به کاهش هزینه‌های درمانی نیست، بلکه افزایش بهره‌وری به‌عنوان هدفی والا و غایی در آن مستتر شده است. وقتی صحبت از بهره‌وری می‌شود، مسائلی مانند ارتقای کارایی، اثربخشی و ارتقای کیفیت خدمات مورد توجه قرار می‌گیرد که در نهایت منجر به ایجاد شفافیت در منابع و مصارف سازمان می‌شود.