



نبض توسعه

سال اول - شماره چهارم - تیر ۱۴۰۳
First year - No:4 - June 2024



اندازه بگیر سپس قطع کن، فکر کن و سپس سخن بگو، دانا شو و سپس عمل کن

«امام علی (ع)»، (الحیاء، ج ۱، ص ۲۴۱)

سخن سردبیر

“هو الحق”



هر جا سخن از اخلاق حرفه‌ای و حرفه‌ای‌گری به میان می‌آید، موضوع تعارض منافع هم مطرح می‌شود. تعارض منافع نه اتفاقی تازه است و نه صرفاً به عرصه مسائل شغلی بازمی‌گردد. تعارض منافع در بسیاری از نهادها و نظام‌ها وجود دارد، اما شاید پربحث‌ترین حوزه‌ای که همواره وجود تعارض منافع در آن مطرح می‌شود، نظام سلامت است. اگرچه قرار گرفتن در برخی از موقعیت‌های تعارض منافع در عمل اجتناب‌ناپذیر است، اما سازمان‌های دولتی مسئول تعریف کردن موقعیت‌ها و فعالیت‌های مشخص و مغایر با نقش یا وظایف دولتی آن‌ها هستند؛ زیرا اگر یک تعارض حل نشده باقی بماند، ممکن است اطمینان عمومی نسبت به سلامت اداری، عدم تبعیض و بی‌طرفی کارمند دولت آسیب ببیند. همه ما در محیط کاری خود در معرض تعارض منافع هستیم که می‌تواند بر فرآیند تصمیم‌گیری و اجرایی تأثیر بگذارد بنابراین نمی‌توان آن را نادیده گرفت یا از بین برد. آنچه اهمیت دارد، این است که چطور آن را مدیریت کنیم. ما در شماره قبلی و همچنین شماره‌های پیش رو قصد داریم مفاهیم و مصادیق تعارض منافع را تشریح کرده و به یک برداشت درست و مشترک در این خصوص برسیم. آشنایی با این مفاهیم می‌تواند سیاست‌گذاران و مدیران را در تدوین سیاست‌های مدیریت تعارض منافع و همچنین پایش آن یاری نماید. بنابراین با اشرافیت داشتن به مصادیق تعارض منافع و آرایه راهکارهایی برای بهبود فرآیندها و اصلاح سازوکارها می‌توان شاهد ارتقاء توانمندی و کارآمدی حوزه سلامت شد. در شماره آتی مصادیق تعارض منافع در حوزه سلامت را مورد بحث قرار خواهیم داد. “دکتر رونا بحرینی”

فهرست مطالب



صاحب امتیاز: معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

مدیر مسئول: دکتر علی جنتی

سردبیر: دکتر رونا بحرینی

شورای سیاستگذاری: دکتر بهمن نقی پور، دکتر پرویز شهابی،

دکتر غلامرضا فرید اعلائی، دکتر حسین حقائی، دکتر اصغر جعفری

روحی، دکتر علی عابدالهی، دکتر مسلم نجفی

شورای نویسندگان: بهارک عباسی، فاطمه باحجب قدسی،

دکتر وحیده صادقی، ربابه امروزی، ریحانه مصطفی نژاد، بهنام امینی،

مهران سردره، عسل دلجوان

مدیر اجرایی: دکتر سعید سقطی زاد

ویراستار ادبی: بهارک عباسی

طراح و برنامه نویسی: سیدمحمدحسن الهی

مسئول سایت و روابط عمومی: مهندس مریم صفری

- سخن سردبیر ۱
- درس آموخته‌های مدیریتی: جلسه سوم ۲
- گزارش مورنینگ مدیریتی ۵ (بخش دوم): هزینه خدمات اورژانس و تصویربرداری ۳
- مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت در یک نگاه ۶
- تفاهم نامه بودجه، فرآیند اجرا و نقش آن در مدیریت منابع ۹
- تعارض منافع (بخش دوم) ۱۳
- گزارش پروژه‌های عمرانی حوزه بهداشت ۱۹
- همکاران این شماره ۲۱
- آنچه در شماره بعدی خواهید خواند ۲۱
- همراه با مخاطبان ۲۲



درس آموخته‌های مدیریتی: (جلسه سوم)

دکتر علی جنتی
دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی



تصمیم‌گیری فرآیندی سخت اما بسیار تأثیر گذار: چه باید کرد؟

همه ما در زندگی فردی و سازمانی مجبور به تصمیم‌گیری هستیم، از تصمیمات بسیار ساده مثل انتخاب وعده غذایی تا تصمیمات مهم و پیچیده شخصی و سازمانی. تصمیم‌گیری یعنی انتخاب بهترین گزینه از بین گزینه‌های مختلف برای دستیابی به هدف تعیین شده. یک فرآیند ذهنی و عقلانی است که همه انسان‌ها ناگزیرند روزانه بارها آن را تجربه کنند. در سازمان‌ها با توجه به ماهیت سازمان، فرآیند تصمیم‌گیری موضوعی بسیار پیچیده بوده و نیازمند تمرین، ممارست و کسب مهارت‌های لازم است. با وجود اینکه فرآیند تصمیم‌گیری و انتخاب‌های از بین مسائل مختلفی از قبیل ارزش‌ها، اولویت‌ها و هدف‌های آنها بستگی دارد ولی نیازمند ارتقا مداوم شناخت و آگاهی و نگاه نظام‌مند در خصوص مسائل سازمان است. داشتن توانایی تجزیه و تحلیل منطقی اطلاعات، تفکر استراتژیک و خلاقانه، پیش‌بینی نتایج مختلف و تعیین اهداف مهم برای یک تصمیم‌گیری موفق، حیاتی است. با وجود تأثیرگذاری و اهمیت تصمیم‌ها بر سازمان، گاهی اوقات تصمیم‌گیری برای مدیران به یک کار روزمره و عادی تبدیل شده است و حتی گاهی اوقات مدیر بدون برنامه ریزی قبلی و بدون اینکه بفهمد چه کاری انجام می‌دهد تصمیم می‌گیرد. ولی لازم است برای اطمینان از تصمیمات کارآمد و اثربخش مدام از خودشان بپرسند که این تصمیم:

۱. در مقایسه با سایر انتخاب‌ها چه تأثیرات مثبت و منفی در سازمان دارد؟
۲. آیا در اتخاذ این تصمیم از مشورت همه ذینفعان (مدیران و کارکنان) استفاده شده است؟
۳. آیا تصمیم با آگاهی از همه شواهد و اطلاعات لازم اتخاذ شده است؟

پاسخ به سوالات فوق مدیران را در خصوص کمیت و کیفیت تصمیمات اتخاذ شده مطمئن می‌کند. تصمیمات زمانی اثربخش خواهد بود که همه ظرفیت‌های در دسترس و موجود سازمان برای اتخاذ انتخاب‌های درست و آگاهانه بکار گرفته شود و موضوع مهم تر اینکه از اتخاذ تصمیمات سلیقه‌ای - احساسی و ذهنی اجتناب شود.

به منظور تحقق این مهم لازم است مدیران:

۱. مسیر ارتقا شغلی را به خوبی طی کنند.
۲. فرآیند جانشین‌پروری در سازمان به‌درستی اتفاق بیفتد، اختیارات از طرف مدیر تفویض شود و نظارت مستمر صورت گیرد.
۳. دوره‌های توانمندسازی مدیریت برای مدیران تدوین و اجرا شود.
۴. بطور مستمر پس‌خوراند مناسب از تصمیمات اخذ شده توسط مدیران داده شود و فرهنگ و سیستم پاسخگویی در برابر تصمیمات در سازمان نهادینه شود.



گزارش مورنینگ مدیریتی ۵ (بخش دوم):

هزینه های خدمات اورژانس و تصویربرداری



دکتر وحیده صادقی
دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

پنجمین گزارش از سری گزارش های مورنینگ های مدیریتی کارگروه تحقیق و توسعه شامل دو قسمت خدمات اورژانس و واحد تصویربرداری مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) بود که در شماره اخیر ماهنامه مطالب مربوط به واحد اورژانس مرکز مورد بررسی قرار گرفت. در شماره حاضر گزارش مربوط به واحد تصویربرداری ارائه می گردد.

الف) آمار و اطلاعات عملکردی واحد تصویربرداری

خدمات تصویربرداری یکی از اجزای اصلی خدمات تشخیصی می باشد که نقش اساسی در تشخیص امراض و در نتیجه درمان آنها ایفا می کند. بنابراین، توجه به کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در این واحدها از اولویت های اساسی مراکز می باشد. خدمات تصویربرداری مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) شامل چهار گروه خدمات می باشد یعنی رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن (CT Scan) و ام آر آی (MRI).

رادیولوژی

میانگین ماهیانه آمار و ارقام واحد رادیولوژی مرکز امام رضا (ع) در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱ نیز به شرح ذیل بوده است:

● میانگین تعداد سرویس های ماهانه: ۵۰۵۳

● میانگین تعداد بیماران سرپائی: ۹۴۶

● میانگین تعداد بیماران بستری: ۲۲۱۰

● میانگین ماهانه ارزش ریالی سرویس های ارائه شده در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱: ۳,۰۱۲,۶۵۵,۰۵۹

سال	تعداد سرویس های انجام شده	تعداد بیماران بستری	تعداد بیماران سرپائی	مبلغ کل
۹ ماهه ۱۴۰۱	۴۵۴۷۶	۱۹۸۹۱	۸۵۱۶	۲۷,۱۱۳,۸۹۵,۵۲۸
۹ ماهه ۱۴۰۰	۴۰۰۵۷	۲۰۲۹۷	۲۴۹۵	۱۰,۱۱۶,۲۳۰,۰۴۰

سونوگرافی

میانگین ماهیانه آمار و ارقام واحد سونوگرافی مرکز امام رضا (ع) در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱ نیز به شرح ذیل بوده است:





- میانگین تعداد سرویس‌های ماهانه: ۱۳۰۰
- میانگین تعداد بیماران سرپائی: ۱۹۷
- میانگین تعداد بیماران بستری: ۸۱۹
- میانگین ماهانه ارزش ریالی سرویس‌های ارائه شده در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱: ۱,۳۵۵,۳۴۹,۵۰۴

سال	تعداد سرویس‌های انجام شده	تعداد بیماران بستری	تعداد بیماران سرپائی	مبلغ کل
۹ ماهه ۱۴۰۱	۱۱۷۰۴	۷۳۶۸	۱۷۷۰	۱۲,۱۹۸,۱۴۵,۵۳۶
۹ ماهه ۱۴۰۰	۹۸۵۰	۶۱۴۰	۱۱۴۲	۸,۴۵۱,۹۹۰,۲۷۶

سی تی اسکن (CT Scan)

میانگین ماهیانه آمار و ارقام واحد سی تی اسکن مرکز امام رضا (ع) در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱ نیز به شرح ذیل بوده است:

- میانگین تعداد سرویس‌های ماهانه: ۷۵۳۷
- میانگین تعداد بیماران سرپائی: ۲۳۲۱
- میانگین تعداد بیماران بستری: ۲۰۶۳
- میانگین ماهانه ارزش ریالی سرویس‌های ارائه شده در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱: ۱۱,۴۸۵,۳۰۱,۶۳۹

سال	تعداد سرویس‌های انجام شده	تعداد بیماران بستری	تعداد بیماران سرپائی	مبلغ کل
۹ ماهه ۱۴۰۱	۶۷۸۳۲	۱۸۵۷۲	۲۰۸۹۰	۱۰۳,۳۶۷,۷۱۴,۷۵۱
۹ ماهه ۱۴۰۰	۷۵۸۲۸	۲۰۶۰۶	۲۶۵۲۷	۸۷,۵۴۸,۰۱۸,۸۵۷

ام آر آی (MRI)

میانگین ماهیانه آمار و ارقام واحد ام آر آی مرکز امام رضا (ع) در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱ نیز به شرح ذیل بوده است:

- میانگین تعداد سرویس‌های ماهانه: ۱۱۶۳
- میانگین تعداد بیماران سرپائی: ۴۷۵
- میانگین تعداد بیماران بستری: ۳۹۷
- میانگین ماهانه ارزش ریالی سرویس‌های ارائه شده در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱: ۲,۳۶۴,۱۲۴,۱۹۹

سال	تعداد سرویس‌های انجام شده	تعداد بیماران بستری	تعداد بیماران سرپائی	مبلغ کل
۹ ماهه ۱۴۰۱	۱۰۴۶۶	۳۵۷۷	۴۲۷۶	۲۱,۲۷۷,۱۱۷,۷۹۱
۹ ماهه ۱۴۰۰	۸۴۹۷	۲۵۸۸	۳۵۷۹	۱۳,۲۹۲,۰۳۹,۱۶۰

طی مقایسه‌ای که برای خدمات ارائه شده تصویربرداری مرکز در ۹ ماهه اول سال ۱۴۰۱ در مقایسه با مدت مشابه در سال ۱۴۰۰ صورت گرفت، مشخص گردید هم در تعداد خدمات انجام شده و هم در تعداد مراجعه بیماران سرپایی و بستری به همه گروه‌های واحدهای تصویربرداری، افزایش صورت گرفته است. این آمار و ارقام بیانگر این است که می‌بایست با تحلیل و بررسی دوره‌ای شاخص‌های عملکردی و ارقام مربوطه، در خصوص تأمین زیرساخت‌ها و تسهیلات لازم به منظور ارائه خدمات با کیفیت به بیماران و مراجعین برنامه‌ریزی‌های مداوم صورت گیرد.

ب) کسورات واحد تصویربرداری

در سال ۱۴۰۰ کسورات واحدهای تصویربرداری برای پرونده‌های بیمه تأمین اجتماعی بدین ترتیب بوده است:

نام خدمت	جمع	کسور	درصد کسور
سی تی اسکن	۷۵۵,۰۶۲,۳۲۰,۱۴	۱۵۲,۴۴۷,۸۹۶,۲	۲۰/۲۳
رادیولوژی	۶۸۰,۷۹۸,۷۰۱,۴	۵۵۵,۴۸۷,۱۱۲	۲/۳۹
سونوگرافی	۸۳۵,۴۳۹,۹۶۸,۶	۷۰۰,۶۹۳,۴۷۷	۶/۸۶
MRI	۱۰۹,۴۶۸,۵۸۲,۳	۵۰۵,۲۱۳,۲۴۳	۶/۷۹
جمع کل	۳۷۹,۷۶۹,۵۷۲,۲۹	۹۱۲,۸۴۱,۷۲۹,۳	۱۲/۶۱

همانگونه که مشاهده می‌گردد بیشترین میزان کسورات مربوط به سی‌تی اسکن و کمترین میزان مربوط به رادیولوژی می‌باشد. بررسی‌های صورت گرفته توسط کارگروه تحقیق و توسعه حاکی از این بود که دلایل اعمال کسورات در بخش‌های تصویربرداری به صورت کلی به شرح زیر می‌باشد:

- عدم گزارش نویسی صحیح
- نبود دستور پزشک جهت تصویربرداری
- عدم همخوانی دستور پزشک با خدمت دریافتی
- عدم تبعیت از گایدلاین‌ها در درخواست تصویربرداری
- عدم جوابدهی و در صورت عدم جوابدهی فقط حق فنی پرداخت می‌گردد (اعمال کد تعدیلی ۵۱ توسط بیمه‌ها)

* تقریباً ۸۰ درصد خدمات ارائه شده در بخش‌های تصویربرداری فاقد گزارش می‌باشد.



در مورد سونوگرافی‌های بدساید که در بخش‌های ویژه انجام می‌شود، اکثراً رزیدنت‌های سال یک و دو این فرایند را انجام می‌دهند و رزیدنت‌های سال سه و چهار که از نظر بیمه مورد قبول هستند سونوگرافی‌های بدساید را انجام نمی‌دهند.



مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت در یک نگاه

National Public Health Management Center (NPMC)

مهران سردره

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات
بهداشتی درمانی



مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت، یکی از مراکز علمی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که در چهارچوب سیاست‌های کلی وزارت

بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و مشاوره‌ای را در دستور کار خود دارد. این مرکز به یاد مجتمع دانشگاهی ربع رشیدی، و در کنار این اثر تاریخی، در سال ۱۳۷۵ بنیان نهاده شد. مأموریت اصلی مرکز، انتقال، توسعه، ترویج و کاربردی‌سازی دانش و مهارت‌های نوین مدیریتی در نظام سلامت، در سطح ملی و منطقه‌ای است. آموزش‌های کاربردی کوتاه مدت، بلند مدت و رسمی به منظور توانمندسازی نیروی انسانی تصمیم‌ساز و سیاست‌گذار در نظام سلامت، پژوهش و تحقیقات کاربردی در جهت رفع چالش‌ها، توسعه و بهبود مدیریت سیستم‌های سلامت و مشاوره‌های علمی - کاربردی در حوزه مدیریت سلامت برای سازمان‌های متولی سلامت از مهمترین فعالیت‌های این مرکز به شمار می‌رود. مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت به عنوان مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه آموزش و پژوهش در مدیریت سلامت در منطقه خاورمیانه شرقی انتخاب شده که نشان از پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های بالای علمی، آموزشی و اجرایی این مرکز داشته و جایگاه ممتاز و منحصر به فردی را به آن بخشیده است. بر همین اساس این مرکز افزون بر مأموریت‌های آموزشی و پژوهشی در سطح ملی، با مشارکت سازمان جهانی بهداشت فعالیت‌های مهمی را در عرصه بین‌المللی پیگیری و به اجرا می‌رساند و با بهره‌گیری از رویکرد سازمان‌های شبکه‌ای سعی داشته است از کلیه ظرفیت‌های علمی و اجرایی ملی و بین‌المللی در توسعه مرزهای سازمانی خود بهره‌گیری نماید. این مرکز در کنار ظرفیت‌ها و توان علمی و تجربی برجسته در انجام مأموریت‌های علمی و آموزشی، امکانات کالبدی و کمک آموزشی مدرن و با کیفیتی برای برگزاری برنامه‌های آموزشی و فعالیت‌های پژوهشی خود در اختیار دارد.

رسالت مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت

مأموریت محوری این مرکز ظرفیت‌سازی و توسعه‌ی نظام‌های مدیریتی سیستم سلامت در سطح ملی و منطقه‌ای است و در این میان جهت‌گیری محوری مرکز، تمرکز بر توانمندسازی و ظرفیت‌سازی دانشی نگرشی و مهارتی مدیران و رهبران نظام سلامت می‌باشد. در راستای تحقق مأموریت اصلی مرکز، چهار راهبرد محوری به‌عنوان سرفصل‌های اصلی جریان فعالیت‌ها در ارتباط با دانش مدیریت سلامت پیگیری خواهد شد:

- انتقال دانش (Knowledge Transfer)
- تولید دانش (Knowledge Generation)
- مدیریت دانش (Knowledge Management)
- مشاوره و کاربردی‌سازی دانش (Knowledge Utilization)

مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت به‌عنوان تنها مرکز همکار سازمان جهانی سلامت (WHO) در زمینه‌ی توسعه‌ی مدیریت سلامت در منطقه‌ی خاورمیانه‌ی شرقی، با ایجاد ساختاری پویا و شبکه‌ای، سازمانی یادگیرنده و با نگاهی سیستمیک تمام ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های علمی و تجربی داخلی و بین‌المللی را در تحقق اهداف خویش بکار می‌بندد.

مزیت‌ها، توانمندی‌ها و امکانات مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت

- توانمندی‌های علمی و فنی
- ۱. استفاده از طیف وسیعی از اعضای هیأت علمی و اساتید داخلی و خارجی در قالب Visiting Professors برای برگزاری برنامه‌های آموزشی مرکز



۱. تجربیات برگزاری برنامه‌های آموزشی و پژوهشی مشترک با مراکز معتبر علمی چون: WHO، Karolinska، Nuffield، ITC/ILO، University Massachusetts
۲. تنها مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه آموزش و پژوهش در حوزه مدیریت سلامت در منطقه
۳. تجربه انباشته ۲۰ ساله در زمینه آموزش و توانمندسازی مدیران نظام سلامت در سطح ملی و منطقه‌ای

● امکانات آموزشی، رفاهی و ...

۱. فضاهای آموزشی

- سالن همایش: جایگاه حاضرین به تعداد حداقل ۸۰ و حداکثر ۱۰۰ نفر، امکانات سمعی و بصری از قبیل رایانه، ویدئودیتا پروژکتور، ویدئوالایزر و میکروفون‌های کنفرانسی رومیزی، سیستم سرمایش و گرمایش مرکزی
- سالن کنفرانس: جایگاه حاضرین به تعداد حداقل ۳۰ و حداکثر ۵۰ نفر، امکانات سمعی و بصری از قبیل رایانه، ویدئودیتا پروژکتور، ویدئوالایزر و میکروفون‌های کنفرانسی رومیزی، سیستم سرمایش و گرمایش مرکزی
- سالن رایانه: رایانه به تعداد ۳۰ دستگاه به صورت شبکه جهت استفاده حداقل ۲۹ و حداکثر ۵۸ نفر، امکانات استفاده از ویدئودیتا پروژکتور، سیستم سرمایش و گرمایش مرکزی
- کارگاه‌های آموزشی: مرکز دارای ۶ کارگاه می باشد و جایگاه حاضرین به میزان حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۵ نفر، تجهیزات رایانه‌ای، سیستم سرمایش و گرمایش مرکزی

۲. امکانات رفاهی

امکانات هتل مرکز: ۱۸ اتاق دو تخته، ۱۰ اتاق سه تخته، ۲ اتاق پنج تخته و ۷ اتاق VIP (در صورت زیاد بودن تعداد مهمانان امکان اسکان در هتل‌های پنج ستاره نزدیک مرکز فراهم می باشد)
امکانات رستوران مرکز: با ظرفیت ۱۵۰ نفر برای وعده‌های صبحانه، نهار و شام با منوی باز و ارائه انواع غذاهای ایرانی و غیر ایرانی بنا به سفارش مشتریان
امکانات کافی شاپ مرکز: ارائه خدمات کافی شاپ با منوی باز

شرایط همکاری با مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت برای دریافت خدمات آموزشی

- خدمات آموزشی: این مرکز به عنوان مرکز تخصصی که با ده‌ها نفر از متخصصین دانشگاهی و مجرب در زمینه مدیریت نظام سلامت ارتباط دارد، آمادگی دارد برای مشتریان محترم هرگونه برنامه آموزشی را طراحی، برنامه‌ریزی و اجرا نماید.
- ارائه خدمات پشتیبانی و در اختیار گذاشتن امکانات مرکز برای اجرای دوره‌ها: با توجه به امکانات رفاهی آموزشی یاد شده، این مرکز می‌تواند میزبانی برنامه‌های آموزشی مراکز درخواست‌کننده را بر عهده بگیرد. خدمات میزبانی مرکز عبارتند از فضاهای آموزشی، امکانات کمک آموزشی، نیروی انسانی برگزارکننده، خدمات هتلینگ و خدمات غذای میهمانان

دپارتمان‌های مرکز ملی آموزش مدیریت سلامت

- ارتباطات و روابط بین‌الملل: این دپارتمان مأموریت مهم ایجاد و هدایت سیستم ارتباطات بین مرکز و سازمان‌های بیرونی، نهادهای اجتماعی، دانشگاه‌ها و مراکز و موسسات علمی و افکار عمومی را در سطح منطقه‌ای، کشوری و بین‌المللی بر عهده دارد.
- این دپارتمان با ایجاد سامانه پویا و اثربخش با بهره‌گیری از ابزارهای روزآمد تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات در راستای اهداف و استراتژی‌های مرکز فرصت‌های اثربخش و مزیت‌آفرین را برای مرکز ایجاد می‌نماید.
از جمله مأموریت‌های اصلی این دپارتمان عبارتند از:
۱. معرفی ظرفیت‌ها، توانمندی‌ها و خدمات مرکز به کلیه سازمان‌ها و محیط‌های هدف مرکز



۲. ایجاد ارتباط با نهادها، مراکز و موسسات علمی و آموزشی برای استفاده از ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های آنان در سطح ملی و بین‌المللی
۳. ایجاد ارتباط رسمی و نهادینه با مراکز و موسسات موجود در محیط‌های هدف مرکز برای همکاری و ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و مشاوره‌ای به آنان
۴. ایجاد زیرساخت‌های ارتباطی و رسانه‌ای برای برقراری ارتباط با افکار عمومی و سازمان‌ها و نهادهای ملی و بین‌المللی در بستر رسانه‌های رایج دنیا

● گروه کاربست دانش

کارکرد اصلی این گروه از نوع تشخیص و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای خواهد بود. مدیریت نظام سلامت در زیر سیستم‌های مختلف نظام مدیریتی اعم از: برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری، مدیریت اقتصادی و مالی، سازماندهی و ساختار، مدیریت سرمایه‌های انسانی، مدیریت و توسعه عملکرد و فرایندهای عملیاتی و سایر زیر سیستم‌های سطوح کلان، میانی و اجرایی همواره مواجه با چالش‌ها و مشکلات عینی می‌باشد. این دپارتمان مأموریت دارد با هماهنگی سازمان‌های موجود در نظام سلامت در سطوح ستادی و صفی، با اعلام نیاز آنان نسبت به شناسایی، تشخیص و پیشنهاد الگوهای مداخله‌ای اثربخش، با هدف رفع موانع و مشکلات و نیز توسعه سیستم‌ها، نسبت به عملیاتی نمودن و اجرایی کردن برنامه‌های مداخله‌ای، با مشارکت سفارش‌دهندگان تا مرحله‌ی نتیجه‌گیری اقدام نماید.

● گروه تولید دانش

گروه تولید دانش مأموریت دارد با توجه و تمرکز بر مسائل و مشکلات موجود در مدیریت نظام سلامت و نیز روندهای پیش‌بینی شده برای آینده‌ی این سیستم، دانش کاربردی برای بکارگیری عملی در مدیریت نظام سلامت را تولید نماید. دانش تولیدی در این دپارتمان در اولویت نخست ناظر بر واقعیت‌های جاری در نظام مدیریت سلامت و چالش‌های آن خواهد بود. هدف این دپارتمان صرفاً تولید دانش در زمینه مدیریت سلامت نیست چرا که این مأموریت توسط گروه‌های آموزشی و پژوهشی موجود در دانشگاه‌ها و موسسات پژوهشی دیگر پیگیری می‌شود بلکه تولیدات علمی این دپارتمان مستقیماً بر مسائل و چالش‌های جاری و آینده‌ی مدیریت نظام سلامت متمرکز خواهد بود.

● گروه انتقال دانش

- اجرای برنامه‌های ملی و بین‌المللی آموزش مدیریت نظام سلامت طراحی و تدوین شده در گروه تولید دانش با رویکرد آموزش بزرگسالان
- طراحی و اجرای برنامه‌های گراندد راند مدیریتی، دمی با نواندیشان و دگران‌دیشان عرصه سلامت و ... با هدف انتقال دانش و تجربیات مدیریتی و ارتقاء مهارت حل مسئله و تفکر خلاق در مدیریت نظام سلامت
- پیاده‌سازی محتوای دوره‌های آموزشی مرکز و انتشار آن با ایجاد شبکه انتقال دانش مدیریتی روز با بهره‌مندی از تکنولوژی‌های روز آموزشی و شبکه‌سازی

● واحدهای پشتیبانی

۱. امور اداری و مالی
۲. امور مالی
۳. فناوری اطلاعات



دکتر بهزاد نجفی
دکتری اقتصاد سلامت

تفاهم‌نامه بودجه، فرایند اجرا و نقش آن در مدیریت منابع

«گزارش عملکرد از مدیریت برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد»

مقدمه

بودجه‌ریزی یکی از ابزارها و روش‌هایی مهم در راستای ارتقای عملکرد و بهبود بهره‌وری در سازمان‌ها می‌باشد. با توجه به مشکلات بودجه‌ریزی سنتی، مسئولین بودجه‌ریزی کشور و همین‌طور سازمان‌ها از چندین سال پیش به دنبال تغییر روش بودجه‌ریزی و رفتن به سمت روش‌های کارا تر بودجه‌ریزی از جمله بودجه‌ریزی عملیاتی هستند. در همین راستا زمینه‌سازی مناسبی از طریق ایجاد فرهنگ بودجه‌ریزی عملیاتی و فراهم کردن الزامات قانونی این کار انجام شده است. در بودجه‌ریزی عملیاتی، بودجه بر اساس وظایف، عملیات و پروژه‌هایی که سازمان‌های دولتی تصدی اجرای آنها را به عهده دارند تنظیم می‌شود. در تنظیم این نوع بودجه به جای توجه به کالاها و خدماتی که دولت خریداری می‌کند و یا به عبارتی به جای توجه به وسایل اجرای فعالیت‌ها، خود فعالیت و مخارج کارهایی که باید انجام شود، مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجایی که نظام بودجه‌ریزی عملیاتی به دنبال ایجاد پیوند میان شاخص‌های عملکرد و تخصیص منابع است؛ لذا تبیین شاخص‌های عملکرد در سطح فعالیت‌ها اهمیت بسیار زیادی دارد. این موضوع یکی از مهمترین و سخت‌ترین گام‌ها در بحث بودجه‌ریزی عملیاتی است. تعریف شاخص‌های عملکرد و سنجش سطح فعالیت در سطح سازمان‌ها مخصوصاً در سازمان‌های خدماتی که خدمات متنوعی را تولید و ارائه می‌کنند بسیار سخت و پیچیده است و این موضوع یکی از علت‌های کند شدن اجرای کامل بودجه‌ریزی عملیاتی بوده است.

ضرورت و اهمیت اجرای بهینه تفاهم‌نامه‌های بودجه

بودجه‌ریزی عملیاتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی با تهیه و اجرای بودجه تفصیلی در سطح دانشگاه و انعقاد تفاهم‌نامه‌های بودجه در سطح واحدها اجرا می‌گردد. این کار با هدف ارتقا بهره‌وری و تأکید بر کسب حداکثر نتایج و خروجی‌های حاصله از بودجه‌های تخصیصی در بخش‌های مختلف دانشگاه صورت می‌گیرد. علاوه بر این اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی و استفاده از تفاهم‌نامه‌های بودجه‌ای برای اجرای آن یکی از الزامات قانونی برنامه ششم توسعه و آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه می‌باشد و انجام آن مهمترین ابزار کنترل و نظارت بر هزینه کرد بودجه به شمار می‌رود و قابلیت شناسایی، سنجش و ارزیابی عملکرد واحدهای مختلف را بر اساس میزان خدمات تولید شده بر اساس قیمت تمام شده برای هر سازمان را امکان‌پذیر می‌سازد. بر اساس ماده یک قانون احکام دائمی، اداره دانشگاه‌ها بر اساس قانون هیأت امناء و آیین‌نامه‌های مصوب آنها صورت می‌گیرد. در بند ۵ ماده ۱۰ آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه، سهم اعتباری کلیه واحدهای دانشگاه



از اعتبارات مصوب هزینه‌ای، تملک دارایی و درآمد اختصاصی موسسه که در قانون بودجه هر سال تصویب می‌گردد طبق تفاهم‌نامه‌های داخلی تعیین و توسط رئیس موسسه یا مقام مجاز از طرف ایشان به واحدهای مزبور ابلاغ می‌گردد. همچنین در ماده ۲۲ بیان شده است که تنظیم و تخصیص اعتبار به واحدهای اجرایی، بر اساس تفاهم‌نامه داخلی و بر مبنای قیمت تمام شده خدمات و منطبق بر سیاست‌های مالی متناسب با عملکرد، حجم عملیات و ارائه خدمات مرتبط و به تناسب حق‌السهم آنها از کل اعتبارات موسسه خواهد بود. در ماده ۲۴ نیز بیان شده است که تخصیص منابع به واحدهای اجرایی بر اساس سیاست‌های مالی موسسه و تفاهم‌نامه‌های داخلی منعقد بر مبنای درآمدهای وصولی، تعهد شده و تخصیص منابع اعلام شده از محل منابع عمومی دولت و سایر منابع و همچنین مفاد بودجه تفصیلی در راستای اهداف عملیاتی موسسه توسط کمیته مرکب از رئیس موسسه، معاونت توسعه مدیریت و منابع، مدیر امور مالی و مدیر بودجه با توجه به عملکرد واحدها تعیین و توسط معاونت توسعه ابلاغ می‌گردد.

فرآیند اجرای تفاهم‌نامه بودجه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (تفاهم‌نامه بودجه یا برنامه‌ریزی و مدیریت عملکرد؟)

انعقاد تفاهم‌نامه عملکردی بودجه با واحدهای اجرایی و عملیاتی دانشگاه از جمله بیمارستان‌ها، شبکه‌های بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی و معاونت‌ها یکی از اقدامات ارزشمندی است که بر اساس اهداف و استراتژی‌های برنامه راهبردی و برنامه عملیاتی دانشگاه جامه عمل پوشیده است. در دو سال اخیر انعقاد تفاهم‌نامه بودجه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تبریز شکل دیگری به خود گرفته است. این مهم با تأکیدی که معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه بر موضوع داشتند با مشارکت سیاست‌گذاران حوزه‌های مختلف دانشگاه و مدیران اجرایی تبدیل به جلسات پایش، برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی شده است.

همانطور که قبلاً بیان شد در تفاهم‌نامه سهم اعتباری واحدهای عملیاتی از منابع مختلف تعیین می‌شود. اما جلسات تفاهم‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی فقط تعیین سهم اعتباری نیست بلکه جلسه برنامه‌ریزی، تحلیل هزینه‌ها و پایش عملکرد هم هست. فرآیند انعقاد تفاهم‌نامه‌ها با ارسال فرم‌هایی که سعی شده ضمن رعایت شکل کلی، جزئیاتی را که نشان از عملیات واحد دارد هم در برداشته باشد شروع می‌شود. این فرم‌ها همراه با راهنمای تکمیل آنها به واحد ارسال شده و مرحله تکمیل آنها در واحد شروع می‌شود. فرم‌ها توسط کارشناسان دفتر بودجه بررسی، کنترل و آماده می‌شود تا در جلسه نهایی تصویب گردد. در جلسه‌ای که برای انعقاد تفاهم‌نامه تشکیل می‌گردد علاوه بر فرم‌های تفاهم‌نامه و منابع و مصارف هر واحد، پایش و ارزشیابی هر واحد هم



صورت می‌گیرد. چرا که پایش و ارزیابی بخش جدایی‌ناپذیر اجرای هدفمند برنامه‌ها هستند. پایش، علاوه بر دادن اطمینان خاطر از حرکت بر مدار برنامه، می‌تواند میزان همخوانی برنامه‌ها با اهداف را نیز نمایان کند و نشان دهد که آیا برنامه‌ها نیاز به اصلاح دارند؟ به همین خاطر معاونت توسعه مدیریت و منابع و مدیریت برنامه‌ریزی بودجه و پایش عملکرد دانشگاه تصمیم گرفتند در کنار اجرای بودجه‌ریزی و انعقاد تفاهم‌نامه، حلقه‌ی سوم و کامل‌کننده زنجیره پیاده‌سازی برنامه‌ها یعنی نظام پایش و ارزیابی عملکرد نیز راه‌اندازی شود. در همین راستا علاوه بر فرم‌های تفاهم‌نامه‌های بودجه‌ای، فرم‌های دیگری نیز در قالب ۱۲ جدول تهیه شده است که شاخص‌های اصلی مالی و عملکردی هر واحد را برای چند دوره مالی نشان می‌دهد. این شاخص‌ها و اطلاعات به منظور پایش و مدیریت عملکرد واحد، با استفاده از داده‌های ارائه شده توسط هر واحد و پایگاه‌های داده‌ای در اختیار دانشگاه، تهیه و بررسی می‌شود تا در جلسه مورد بحث قرار گیرد. تأکید می‌گردد که این شاخص‌ها صرفاً جهت ارائه گزارشی از وضعیت موجود که یک فرآیند گذشته‌نگر می‌باشد نیست. بلکه مدیران اجرایی و سیاست‌گذاران دانشگاه به منظور دستیابی به اهداف خرد و کلان تعریف شده، به دنبال اقدام اجرایی و اصلاحی، براساس وضعیت و عملکرد فعلی می‌باشند تا مدیریت عملکرد را به طور کامل اجرا نمایند. بنابراین شاخص‌های مذکور هم برای پیش‌بینی بودجه سال آتی و هم برای برنامه‌ریزی سال مالی مذکور، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

شاخص‌های اصلی از دو بعد افقی و عمودی مورد تحلیل قرار می‌گیرند.

- در تحلیل‌های افقی، نخست شاخص‌های واحد باهم مورد مقایسه قرار می‌گیرند مثل سهم هزینه‌های هر یک از فصول، سهم جزئیات هزینه در هر فصل نسبت به کل هزینه، نسبت برخی هزینه‌ها از درآمد اختصاصی (به عنوان مثال نسبت کارانه بیمارستان از درآمد برنامه درمان، نسبت اضافه کار به درآمد برنامه درمان و ...) مقایسه درآمد و هزینه هر تخت، هر تخت روز، مقایسه درآمد و هزینه دارو، میانگین کسورات، موجودی انبارها، خوداتکائی و نسبت‌های درآمد اختصاصی، موجودی انبارها و خواب سرمایه و تحلیل مصرف، تحلیل قیمت، حد کفایت و سفارش، موجودی مازاد و خواب سرمایه، نسبت‌های نیروی انسانی (مثل ترکیب نوع استخدامی پرسنل، نسبت پرسنل به تخت، نسبت اضافه کار به پرسنل و ...) و به طور خلاصه تمام شاخص‌های مهم ورودی و خروجی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس این شاخص‌ها با متوسط همان شاخص‌ها در دانشگاه و همچنین با شاخص‌های واحدهای مشابه مورد مقایسه قرار می‌گیرند. همچنین در برخی موارد از شاخص‌های در دسترس از بیمارستان‌های سایر دانشگاه‌ها نیز جهت مقایسه و الگوبرداری استفاده می‌گردد.
- در تحلیل عمودی، عملکرد هر واحد با خودش در چند سال تحلیل می‌گردد. روند عملکرد واحد با در نظر گرفتن فعالیت‌ها، اقدامات و برنامه‌ها تحلیل می‌گردد. برخی از شاخص‌ها مثل رشد درآمد اختصاصی، روند کسورات، سهم درآمد اختصاصی از مجموع منابع، جذب منابع خیرین، رشد هزینه‌ها در فصول و بعدهای مختلف، مقایسه رندها، نقاط ضعف و قوت، همچنین عملکرد تیم مدیریتی هر واحد را نشان می‌دهد.

نتیجه:

بعد از تحلیل‌های افقی و عمودی، مشخص شدن نقاط قابل بررسی و تعیین شاخص‌های خارج از نرم، نوبت به تحلیل فرآیندی و بررسی علل خارج از نرم بودن شاخص‌ها می‌رسد. تحلیل‌ها تا جایی که اطلاعات



اجازه می‌دهد ادامه پیدا می‌کند تا اقدام مداخله‌ای مناسب برای رفع آن مشکل مشخص شود. به عنوان مثال اگر نسبت نیروی انسانی به تخت بالاتر از میانگین کشوری، میانگین دانشگاهی و میانگین بیمارستان‌های مشابه باشد تحلیل با بررسی نسبت پرسنل بالینی به غیر بالینی شروع می‌شود و با تحلیل ترکیب نیروهای انسانی در این دو حوزه ادامه پیدا می‌کند و در نهایت با نحوه چینش و بررسی شیفت‌ها، محل مداخله مشخص می‌شود. از تحلیل‌های فوق چند نتیجه حاصل می‌گردد که در نهایت به عنوان مصوبات جلسه تعیین و در دستور برنامه سال مالی واحد قرار می‌گیرد:

۱. وضعیت هر واحد در هر یک از شاخص‌ها مشخص می‌شود و تیم مدیریتی از جایگاه خود در آن شاخص مطلع می‌گردد.
۲. کارنامه یکساله تیم مدیریتی هر واحد با شاخص‌های مورد بررسی مشخص می‌گردد.
۳. با توجه به تحلیل هر شاخص، کاربرد هر شاخص و نحوه استفاده از هر شاخص مورد بحث قرار می‌گیرد. (مثل جلسات آموزشی)
۴. برنامه اقدام طبق تحلیل به دست آمده مشخص می‌شود.
۵. مداخلات مورد توافق تصویب می‌شود و در دستور کار واحد مربوطه قرار می‌گیرد.
۶. یادگیری حین کار اتفاق می‌افتد چرا که علاوه بر نتیجه، بررسی علی هم صورت می‌گیرد و دانشجویان دکتری رشته‌های مدیریت و سیاستگذاری و اقتصاد سلامت در جلسه حضور پیدا می‌کنند و به صورت عملی با مشکلات و چالش‌های اجرایی، نحوه تحلیل و راهکارهای عملی آشنا می‌شوند.



علاوه بر این، با توجه به اینکه نتیجه عملکرد هر واحد به خود آن برمی‌گردد انگیزه برای انجام مداخله بهره‌ور و ارتقا و بهبود عملکرد بیشتر می‌شود و در نهایت اینکه سهم واحد مربوطه از میزان و سهم بودجه تخصیصی و همچنین سقف هر بخش از هزینه‌ها در طول یک سال مالی در قالب انعقاد تفاهم‌نامه عملکردی بودجه، تعیین می‌گردد. این موضوع دست رؤسای واحدهای زیر مجموعه را برای برنامه‌ریزی به منظور دستیابی به اهداف تعیین شده بر اساس بودجه تخصیص یافته در سال مالی پیش‌رو باز نموده و امکان نظارت و ارزیابی بودجه بر میزان دستیابی بر اهداف دانشگاه را میسر می‌سازد.



تعارض منافع (بخش دوم)

دکتر رونا بحرینی
دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

مقدمه

در شماره قبلی به مفاهیم و تعاریف تعارض منافع پرداختیم. در این شماره عناصر تشکیل دهنده و مبانی تعارض منافع در حوزه سلامت و نظام سلامت مورد بحث قرار خواهد گرفت. امروزه از تعارض منافع به عنوان یکی از ریشه‌های فساد و سوءمدیریت یاد می‌شود که به طور خلاصه به معنای تعارض میان منافع شخصی یا گروهی اشخاص با منافع ملی و عمومی است. تعارض منافع در صنعت سلامت زمانی به وجود می‌آید که احتمال منافع فردی یا گروهی، قضاوت حرفه‌ای مدیران یا ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را به خطر بیندازد. به عبارتی، تعارض منافع زمانی رخ می‌دهد که هدف اولیه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بیماران با هر هدف ثانویه دیگری به ویژه منافع شخصی مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در تضاد باشد. باید توجه داشت بروز پدیده تعارض منافع و آثار ناشی از آن ممکن است به اعتماد جامعه نسبت به پزشکان، خدمات آنها، پژوهش‌های پزشکی و به طور کلی نظام سلامت کشور لطمه وارد کند. لذا، جهت پیشگیری از این مسئله اولویت اصلی می‌بایست مدیریت تعارض منافع، تمرکز بر ابعاد کلان تعارض منافع در حوزه‌های سیاستگذاری، تصمیم‌گیری و عملیات نظام سلامت باشد. نگارندگان گزارش بر این باورند که آگاهی از مفاهیم و مصادیق تعارض منافع و مدیریت بهینه تعارض منافع در حوزه سلامت، باعث تحول ساختاری در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای سیاست‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و تحقیقاتی حوزه سلامت می‌شود و کارآمدی نظام سلامت را در پی خواهد داشت.

عناصر تشکیل دهنده تعارض منافع

شکل‌گیری موقعیت تعارض منافع مستلزم جمع بودن شرایطی است که بدون وجود هر یک از آنها، نمی‌توان از موقعیت تعارض منافع سخن گفت.

- مسئولیت: موقعیت تعارض منافع بدون داشتن مسئولیت قابل تصور نیست؛ خواه این مسئولیت جنبه‌ای عمومی داشته و به موجب قانون برعهده فرد قرار گرفته باشد و خواه جنبه شخصی و با قراردادهای خصوصی ایجاد شده باشد. این مسئولیت می‌تواند از وکالت در انعقاد قرارداد خرید و فروش یک شیء کوچک تا مسئولیت‌های کلان ملی متغیر و متفاوت باشد. بروز تعارض منافع مستلزم وجود مسئولیت است ولیکن وجود مسئولیت‌های متعدد و متعارض ضروری نیست. در بحث تعارض منافع آنچه بایستی مورد توجه قرار گیرد، نه تعداد نقش‌ها و مسئولیت‌های شخص بلکه منافع متعارض افراد است و این منافع متعارض می‌تواند تنها با داشتن یک مسئولیت نیز بروز کرده و تصمیم‌گیری و قضاوت صحیح و مورد انتظار فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد. از این رو گفته شده برای تعارض منافع کافی است شخص یک مسئولیت و یک منفعت شخصی



داشته باشد تا تعارض منافع شکل بگیرد. به عنوان نمونه، فردی که به عنوان داور مسابقه فوتبالی انتخاب می‌شود که یکی از بازیکنان مسابقه فرزند اوست، در موقعیتی قرار گرفته که از طرفی به جهت نقش داوری خود، بایستی قضاوتی عادلانه داشته باشد و از طرفی به جهت نقش پدری خود موظف است نسبت به فرزند خود همواره رفتاری مهربانانه‌تر از غریبانان داشته باشد و دو نقش مختلف او در این مثال به قضاوت صحیح او آسیب می‌زند؛ در حالی که اگر همین فرد میان دو تیم فوتبالی قضاوت می‌کرد که نسبت به برخی بازیکنان یکی از تیم‌ها عداوت شخصی می‌داشت، قضاوت او باز هم تحت تأثیر قرار می‌گرفت بی‌آنکه وی دارای نقش‌های مختلفی باشد. لذا آنچه اهمیت دارد شناخت تأثیرپذیری قضاوت است که می‌تواند در یک موقعیت و با یک مسئولیت ایجاد شود.

● رابطه مبتنی بر اعتماد: هر شخص تصمیم‌گیری لزوماً بایستی در ارتباط با فرد دیگری باشد. این ارتباط می‌تواند هرگونه ارتباط میان شخص تصمیم‌گیر و فرد یا افراد دیگر باشد که به منظور هدف یا اهداف خاصی شکل گرفته است. این ارتباط می‌تواند جنبه رسمی داشته باشد، مثل روابطی که مدیران شرکت دارا هستند و یا به طور کاملاً غیررسمی، مثل روابطی که دوستان با یکدیگر دارند. این روابط می‌تواند بسیار طولانی مدت باشد مثل روابطی که به طور معمول میان افراد دارای خویشاوندی برقرار است یا بسیار کوتاه مدت و در حد دقایقی گذرا باشد مثل رابطه‌ای که در آن شخص غریبه‌ای را به آدرس مدنظر او راهنمایی و هدایت می‌کند. آنچه در وجود این روابط شرط ضروری است، وجود اعتماد است؛ به این معنی که در این رابطه بایستی اقدامی که شخص انجام می‌دهد به جهت وجود اعتمادی باشد که طرف دیگر برای تصمیم‌گیری به او کرده است. از این رو آن دسته از روابط میان افراد وارد مصادیق تعارض منافع می‌شود که در آن‌ها وجود اعتماد میان اشخاص مفروض است.

● وجود منفعت: هر مسئولیتی که شکل می‌گیرد به جهت بهره‌مندی از منفعتی است

که فرد متعهد می‌بایستی با ایفای نقش صحیح خود تأمین‌کننده آن باشد.

به طور مثال یک وکیل با پذیرش وکالت دیگری، به دنبال تأمین

منافع محتمل برای موکل خود است؛ خواه این منفعت جنبه

مادی داشته باشد و خواه جنبه غیرمادی و خواه به شکل

کسب سود مستقیم باشد و خواه به شکل دفع ضرر

احتمالی جلوه کند. از این رو نمی‌توان وجود

مسئولیتی را بدون وجود منفعت متصور شد، اما

اگر این منفعت، در تقابل با منفعت دیگری باشد

که شخص مسئول به دنبال آن است، موقعیت

تعارض منافع شکل می‌گیرد. این منفعت مغایر

می‌تواند مستقیماً برای خود شخص مسئول یا

برای خویشان و بستگان وی باشد و نیز می‌تواند

برای دیگرانی باشد که به موجب سمت و

نقش‌های دیگر، عهده‌دار تأمین منافع ایشان شده

است. منفعت نیز می‌تواند از مصادیق کوچک تا



سطح کلان ملی متغیر بوده و منجر به بروز آسیب‌های جبران‌ناپذیر شود؛ به گونه‌ای که نمایندگان مجلس در صورت سرمایه‌گذاری و فعالیت‌های اقتصادی، جایگاه شرکتی، داشتن شغل موازی، ارتباطات پسا‌شغلی، دریافت هدایا و مزایا و لابی‌گری در موقعیت تعارض منافع قرار گرفته و تأمین منافع ملی را به خطر می‌اندازند.

● تأثیرگذاری تمایلات شخصی بر مسئولیت: فردی که مسئولیتی را عهده‌دار شده و دارای منفعتی مغایر با مسئولیت حرفه‌ای خویش است، زمانی در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرد که منافع مغایرش، قدرت تصمیم‌گیری او را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر اگر عملی که شخص مسئول انجام می‌دهد از قبل مشخص بوده و فرد تصمیم‌گیر عملاً گزینه‌هایی برای پیمودن مسیری دیگر نداشته باشد، نمی‌توان او را در موقعیت تعارض منافع دانست، زیرا اگرچه منافع شخصی او در تقابل با مسئولیت اوست ولیکن وی چاره‌ای جز عمل به وظیفه ندارد اما چنانچه او از اختیار، در تصمیم‌گیری برخوردار بوده و این اختیار او قابلیت تأثیرپذیری از منافع شخصی وی را داشته باشد، تعارض منافع شکل می‌گیرد. تأثیرپذیری در تعریف تعارض منافع می‌تواند ریشه در احساس وفاداری، حس‌قردانی و انجام وظیفه، نگرانی، عواطف شخصی و یا منافع مالی داشته باشد؛ با این وجود دو عامل عمده تأثیرگذار بر موقعیت‌های تعارض منافع روابط خویشاوندی و منافع اقتصادی هستند. به عنوان نمونه، گفته‌اند وقتی یک قاضی با پرونده‌ای مواجه می‌شود که یکی از طرفین آن دوست وی یا دشمن اوست، در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرد، زیرا حب و بغض شخصی او از طرفی و لزوم عملکرد حرفه‌ای وی از سوی دیگر، اتخاذ تصمیم شایسته از جانب او را با سختی مواجه می‌کند. بدیهی است هرگونه تأثیرپذیری در اتخاذ تصمیم را نیز نمی‌توان در چهارچوب موضوع تعارض منافع بحث کرد. عوامل متعددی بر تصمیم‌گیری و کیفیت آن موثرند؛ نور محیط، گرسنگی، وجود تنش در محیط، بیماری و امثالهم عواملی هستند که بدون تردید می‌توانند تصمیم‌های افراد را در لحظه تحت تأثیر قرار دهند؛ اما آیا می‌توان چنین موقعیت‌هایی را هم ذیل موضوع تعارض منافع بحث کرد؟ در پاسخ گفته شده جواب منفی به موضوع آن قدر بدیهی است که ما را از پرداختن به آن بازمی‌دارد و می‌توان با کم‌ترین اندیشه‌ای موضوع تعارض منافع را به تصمیم‌گیری‌هایی محدود کرد که اتخاذ تصمیم در آن تحت تأثیر گرایش‌های شخصی مثبت و منفی فرد تصمیم‌گیر است و همه مواردی که تصمیم‌گیری‌ها به جهت گرایش شخصی افراد تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند، از محدوده بحث ما بیرون می‌افتند.

تعارض منافع در نظام سلامت

شکل ساختار مالی موجود در نظام سلامت و به دنبال آن شیوه‌ی دسترسی به خدمات موجب ایجاد چالش‌هایی در این حوزه شده است که از جمله‌ی آنها می‌توان تعارض منافع در نظام سلامت را نام برد. ظهور و بروز روابط مختلف اقتصادی به دنبال ساختار نظام مالی موجود در سیستم سلامت سبب جلب توجه برخی از ذی‌نفعان موجود در این نظام می‌گردد، تمایل آنها به کسب منافع و درآمدی بیشتر، خارج از چارچوب‌های حرفه‌ای و شغلی، را افزایش می‌دهد و در نتیجه سبب ایجاد چالش آسیب‌زننده‌ای با عنوان «تعارض منافع» خواهد شد. نظام سلامت، با توجه به جایگاه خاص و ویژه‌ای که دارد، همواره در معرض بروز مشکلات و مسائل پیچیده‌ای است که البته این مشکلات و چالش‌ها در تمامی نظام‌های سلامت دنیا به شکل‌های مختلف ظهور و بروز دارد؛ زیرا نظام سلامت با مهمترین دارایی افراد یعنی سلامتی در ارتباط است و حساسیت بالایی دارد. مردم، به عنوان مهم‌ترین بخش نظام سلامت، از ساکنان داران این حوزه انتظار دارند که در مجموعه اقدامات



حرفه‌ای خود، رضایت و سلامت بیماران را، که اصلی‌ترین حلقه در نظام سلامت هستند، در اولویت برنامه‌های حرفه‌ای خود قرار دهند. این امر مهم نیازمند اجرای آموزش‌هایی مبتنی بر اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای در میان ذی‌نفعان موجود در نظام سلامت است. در واقع، یکی از نگرانی‌های موجود برای افراد در نظام سلامت، اعمال و اجرای سیاست‌هایی از جانب ذی‌نفعان و سکان‌داران سلامت است که در آن توجهی به مهمترین حلقه‌ی نظام سلامت، یعنی مردم، صورت نگرفته است. بیم آن می‌رود که در نظام سلامت، اهداف اقتصادی و بعضاً تجاری بر اهداف حرفه‌ای و اخلاق مدارانه پیشی گیرد و اجزای نظام سلامت، به جای رقابت بر سر عرضه‌ی مطلوب خدمات سلامت و کسب رضایتمندی بیشتر از جانب مردم، اهدافی مبتنی بر سودجویی‌های شخصی و گروهی را سرلوحه خدمات خود قرار دهند.

بسترهای زمینه ساز تعارض منافع در نظام سلامت

● ساختار نظام مالی موجود

اصلی‌ترین نظام پرداخت در حوزه‌ی سلامت ما روش پرداخت به ازای خدمت است. طبق شواهد، این روش اقتصادی سبب افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود و نمی‌توان مدیریتی معقول بر هزینه‌ها داشت. در واقع، درصد بزرگی از هزینه‌های سلامت را مردم پرداخت می‌کنند. در کشورهای دیگر، اگرچه ممکن است درصد پرداخت مردم زیاد باشد ولی درصد زیادی از این مقدار پرداختی به صورت حق بیمه داده شده و پرداخت مستقیم در هنگام دریافت خدمت حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد است؛ ولی در کشور ما ۴۰ تا ۵۰ درصد هزینه‌ها را مردم پرداخت می‌کنند که بخش عمده‌ی آن به‌صورت پرداخت مستقیم هنگام دریافت خدمت صورت می‌گیرد. همین شیوه‌ی نظام مالی سبب ایجاد هزینه‌های کمرشکن برای مردم در حین خرید خدمات می‌شود و به دنبال آن، امکان مدیریت صحیح هزینه‌ها فراهم نمی‌شود. چنانچه مدیریت صحیحی بر هزینه‌ها وجود نداشته باشد و نظام تعرفه‌گذاری مشخصی تبیین نشده باشد، ممکن است زمینه‌ی ایجاد چالش‌هایی در بستر نظام سلامت ایجاد شود. تعارض منافع فردی و گروهی با تعهدات کاری و حرفه‌ای یکی از اصلی‌ترین بسترهای ایجاد فساد در حوزه‌های مدیریتی کشور است.

● عدم وجود شفافیت در نظام سلامت

در بند ۱۰ سیاست‌های ابلاغی از جانب مقام معظم رهبری، بر شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها تأکید شده است. یکی از مهمترین معضلات موجود در نظام سلامت کشور، عدم وجود شفافیت در اطلاعات، عملکردها و برنامه‌های موجود

در این حوزه است. در واقع، سیاست‌های مبتنی بر عدم شفافیت زمینه‌ساز بروز و ظهور چالش‌ها و آفت‌هایی مخرب بر نظام سلامت، از جمله تعارض منافع، می‌گردد. اولین گام در نظام سلامت کشور ما این است که از شفاهی بودن عبور کنیم و کتبی شویم و هر آن چیزی را که رخ می‌دهد، انتشار دهیم.

● وجود معضل دوشغله بودن در نظام سلامت

یکی از مهمترین معضلات موجود در نظام سلامت دوشغله بودن اعضای خدمات‌رسان در نظام سلامت است. زمانی که حرفه‌مندان این حوزه هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند، زمینه‌ی ایجاد چالش تعارض منافع در حوزه‌ی سلامت فراهم می‌شود. به بیان دیگر، حرفه‌مندان، به عنوان کارگزار، در بخش دولتی با هزینه‌های کارفرما، که همان بیمارستان‌های دولتی هستند، اهداف موجود در بخش خصوصی خود را دنبال می‌کنند که خود از مصادق عینی تعارض منافع در نظام سلامت است.

● عدم وجود نظام یکپارچه‌ی اطلاعات در حوزه‌ی سلامت

یکی از اصلی‌ترین معضلات نظام سلامت وجود نداشتن نظام یکپارچه‌ی اطلاعات است. مشکلی که اکنون در نظام سلامت وجود دارد، عبارت است از اینکه نظام سلامت ما به لحاظ مدیریتی یک نظام یکپارچه نیست و فاقد «تداوم مراقبت» است. در نظام کنونی ما، بیمار ظاهر می‌شود، خدمتی را دریافت می‌کند، مجدداً در جای دیگر ظاهر می‌شود و خدمتی دیگر را دریافت می‌کند و هیچگونه پایش و نظارت بر روند اجرای کار، خدمات ارائه شده و هزینه‌های پرداخت شده وجود ندارد. این عدم وجود یکپارچگی آسیب‌های فراوانی را به دنبال دارد. یکی از مهمترین آسیب‌های ایجاد شده، عدم کنترل مراکز خدمات‌رسان و دریافت‌کننده‌ی خدمت از لحاظ هزینه‌ها و منابع است که می‌تواند سبب اتلاف زیادی از منابع شود و همچنین زمینه‌ی سوءاستفاده در ارایه‌ی انواع خدمات را فراهم آورد. پس، ممکن است به دلیل عدم پایش از سوی مراکز کنترل‌گر، بیمار، علی‌رغم نیاز نداشتن، مجبور به انجام آزمایش‌ها و دریافت خدماتی شود که بارها انجام داده است؛ تا بدین‌منظور اهداف اقتصادی و تجاری برخی از حرفه‌مندان و ذی‌نفعان در این حوزه را تأمین کند و سبب کند شدن روند تشخیص و درمان شود. به این ترتیب، به بخش خصوصی (مردم) که پرداخت‌کننده‌ی اصلی نظام سلامت هستند هزینه‌های غیرضروری تحمیل می‌شود و این امر سبب اتلاف منابع داخلی در این حوزه خواهد شد تا منافع ذی‌نفعان نظام سلامت تأمین گردد.

بررسی حوزه سلامت کشور حکایت از وجود انواع گوناگون تعارض منافع در حوزه مذکور دارد. به طور مشخص تعارض منافع در نظام پرداخت کارانه، تعیین تعرفه بخش خصوصی و رسیدگی به شکایت از پزشکان توسط نظام پزشکی، فعالیت مدیران ارشد وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی در بخش خصوصی، سهامداری مدیران دولتی در بیمارستان‌ها و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی از جمله مهمترین مصادیق و موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت کشور به حساب می‌آیند. این چنین تعارض منافع درستی ارزیابی‌های علمی، بیطرفی آموزش حرفه‌ای، کیفیت مراقبت و اعتماد عمومی به نظام سلامت را تهدید می‌کند. تنوع



و مصادیق تعارض منافع دائماً در حال افزایش است. اهمیت تعارض منافع از این جهت است که می‌تواند به رابطه میان پزشک و بیمار در خط مقدم و رابطه میان مردم و نظام سلامت به طور کلی و به تبع آن اعتماد بین آنان که مهمترین جزء این رابطه است آسیب بزند. بنابراین لازم است مدیران و سیاستگذاران در سطح کلان سیاست‌هایی را جهت شناسایی و مدیریت تعارض منافع مورد توجه قرار دهند. در شماره بعدی به مصادیق تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن خواهیم پرداخت.

منابع

۱. آنامرادنژاد، داود؛ محمدی، سام؛ حسینی مقدم. ضرورت قانون‌گذاری در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع. مطالعات حقوقی. دوره ۱۳، شماره ۴، صفحات ۱-۲۴، سال ۱۴۰۰.
۲. رجایی، سهیلا. تعارض منافع، آفتی جدی در نظام سلامت. مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی. دوره ۹، شماره ۳۰، صفحات ۳۳۵-۳۴۰، سال ۱۳۹۸.

حضرت امام علی (ع): لا تعزیم علی ما لم تستبین الرشید فیه. (به کاری که درستی آن برایت روشن نیست، تصمیم مگیر)

Conflict of
interest

گزارش پروژه های عمرانی حوزه بهداشت



بهارک عباسی
 کارشناسی ارشد مدیریت تحول
 MPH مدیریت اصلاحات در نظام سلامت

دانشگاه علوم پزشکی نیز با توجه به رسالت و مأموریت اصلی خود که همانا ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به آحاد جامعه و تامین سلامت آنان می باشد، افزایش دسترسی سریع و عادلانه مردم مناطق روستایی و حاشیه نشین به انجام مأموریت حوزه سلامت کمک می کند. فلذا تکمیل و تجهیز پروژه های عمرانی سلامت محور به ویژه مراکز بهداشتی و درمانی از اولویت های مهم دانشگاه است و در این راستا معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه که به عنوان متولی اصلی ساخت و ساز، تامین هزینه ها و تجهیز آنها در دانشگاه می باشد با پیگیری ها و تلاش های مستمر و شبانه روزی مدیریت های خود، به ویژه مدیریت منابع فیزیکی و طرح های عمرانی، در این زمینه تلاش نموده تا با اجرا، تجهیز، تحویل و بهره برداری از پروژه ها، در مقاطع زمانی مناسب، در راستای افزایش خدمات رسانی به بیماران و مراجعان گام های موثری را بردارد. در این گزارش خلاصه ای از عملکرد عمرانی حوزه پروژه های بهداشتی به اتمام رسیده در دولت سیزدهم و همچنین پروژه های جدید در حال اجرا به شرح ذیل ارائه می گردد:

پروژه های به اتمام رسیده (دولت سیزدهم)			
عنوان	مترائ (متر مربع)	تعداد پروژه ها	اعتبار هزینه شده (میلیارد ریال)
پروژه های بهداشتی	۱۴۹۷۶	۲۱	۹۹۳.۵

پروژه های در حال اجرا				
عنوان	مترائ (متر مربع)	تعداد پروژه ها	اعتبار هزینه شده (میلیارد ریال)	اعتبار مورد نیاز (میلیارد ریال)
پروژه های بهداشتی	۲۱۳۸۸	۱۳	۳۸۹	۲۴۲۳

در این میان برخی از پروژه ها با توجه به ماهیت پروژه، مترائ، اعتبارات هزینه شده، جمعیت تحت پوشش و خدماتی که ارائه خواهند داد از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار می باشند که به تعدادی از این پروژه های عمرانی اشاره می گردد.

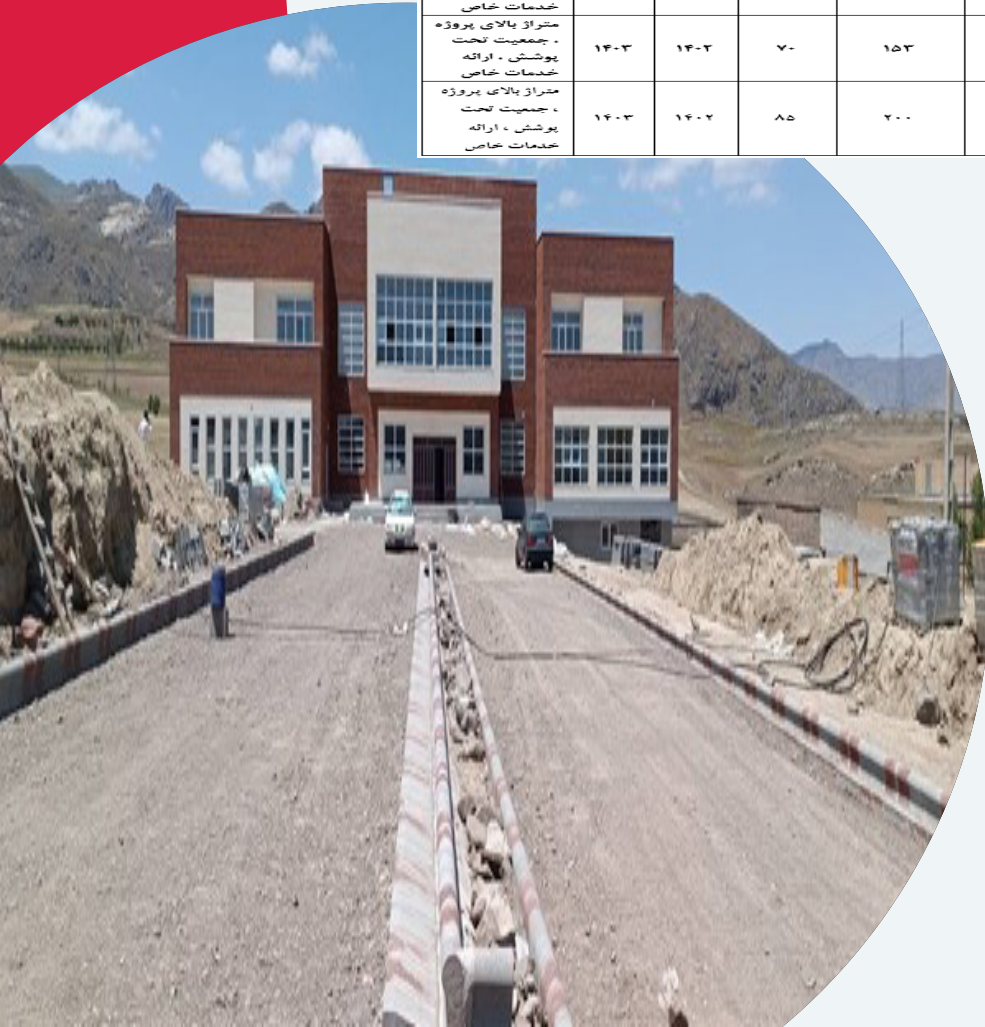


۵ پروژه مهم به اتمام رسیده

نام شهرستان	نام پروژه	نوع واحد	مترای (مترمربع)	اعتبار هزینه شده (میلیاردریال)	پیشرفت فیزیکی (درصد)	سال شروع	سال پایان	اهمیت پروژه
هوراند	مرکز منتخب درمان بستر شبکه	درمان بستر و ستاد شبکه	۲۳۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۳۹۶	۱۴۰۲	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
ورزقان	ستاد	ستاد	۱۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۱۳۹۹	۱۴۰۰	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
چارویماق	ستاد شبکه	ستاد شبکه بهداشت	۱۷۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۳۹۹	۱۴۰۱	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
یناب	مرکز بهورزی	بهورزی	۱۰۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۳۹۵	۱۴۰۰	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
آذرشهر	مرکز بهداشت شهری شماره یک	مرکز بهداشت	۱۶۰۰	۷۵	۱۰۰	۱۳۹۶	۱۴۰۰	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص

۵ پروژه مهم در حال اجرا

نام شهرستان	نام پروژه	مترای (مترمربع)	اعتبار هزینه شده تاکنون (میلیاردریال)	نیاز جهت اتمام (میلیارد ریال)	پیشرفت فیزیکی (درصد)	سال شروع	سال پایان	اهمیت پروژه
اهر	مرکز بهورزی اهر	۳۰۰۰	۱۰۰	۱۸۰	۵۰	۱۳۹۷	۱۴۰۳	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
بستان آباد	ستاد مرکز بهداشت	۱۱۰۰	۵۰	۱۵۰	۶۵	۱۳۹۹	۱۴۰۳	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
یناب	بهورزی یناب	۱۰۰۰	۴	۸۰	۵۰	۱۴۰۲	۱۴۰۳	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
یناب	احداث ۹ باب زیست بهورز	۷۶۵	۵	۱۵۳	۷۰	۱۴۰۲	۱۴۰۳	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص
مرند	ستاد مرکز بهداشت	۲۵۰۰	۵۰	۲۰۰	۸۵	۱۴۰۲	۱۴۰۳	مترای بالای پروژه - جمعیت تحت پوشش - ارائه خدمات خاص





همکاران این شماره

رونا بحرینی

دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
مسئول کارگروه تحقیق و توسعه معاونت توسعه مدیریت و منابع



علی جنتی

دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
استاد تمام دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
معاون توسعه مدیریت و منابع



بهزاد نجفی

دکتری اقتصاد سلامت
دانشیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
مدیر برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد



سعید سقّی زاد

دکترای حرفه ای
رئیس دبیرخانه هیأت امنای دانشگاه



بهارگ عباسی

کارشناسی ارشد مدیریت تحول
MPH مدیریت اصلاحات در نظام سلامت
رئیس گروه سیستم‌ها و روش‌ها



وحیده صادقی

دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی



سید محمد حسن الهی

دانشجوی دکتری مهندسی کامپیوتر
کارشناس فناوری اطلاعات کارگروه تحقیق و توسعه



مهران سرده

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی



مریم صفری

کارشناس ارشد مهندسی کامپیوتر
مسئول روابط عمومی و پرتال معاونت توسعه مدیریت و منابع



آنچه در شماره بعدی خواهید خواند ...



- گزارش مورنینگ مدیریتی ۶: آزمایشگاه به عنوان یک مرکز هزینه-درآمد
- تعارض منافع (بخش سوم)
- درس آموخته های مدیریتی: جلسه چهارم
- یک تجربه مدیریتی موفق
- گزارش عملکرد مدیریت های معاونت توسعه مدیریت و منابع: بخش چهارم
- معرفی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

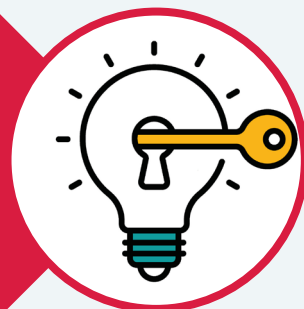
همراه با مخاطبان ...



مخاطبان عزیز ماهنامه "نبض توسعه"، لطفاً مشکلات فرآیندی، سیستمی و مدیریتی که در محیط کاری و یا سازمانی خود با آنها مواجه هستید را جهت انعکاس در ماهنامه از طریق پست های الکترونیکی ذیل این صفحه با ما به اشتراک بگذارید تا شاید هم تلنگری برای ایجاد تغییر و هم زمینه ارائه مداخلات و راهکارها باشد.

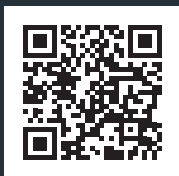


مخاطبان عزیز ماهنامه "نبض توسعه"، لطفاً در صورتی که در حوزه کاری و تخصصی خود ایده، پیشنهاد و تجربه ای به منظور طرح در ماهنامه دارید آثار خود را به آدرس پست الکترونیکی نشریه که در ذیل این صفحه قید شده هست ارسال نمایید.



مخاطبان عزیز "نبض توسعه"، تیم تحریریه در جهت ارتقای روزافزون ماهنامه پذیرای هر گونه نکته نظرات، پیشنهادات و انتقادات می باشد.





جهت دسترسی به تارنمای نشریه و مشاهده محتوای الکترونیکی مجله کد بالا را با دوربین گوشی خود اسکن نمایید.

تبریز: خیابان آزادی / خیابان گلگشت / ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی 

تلفن: ۰۴۱۳۱۷۷۱۱۹۴ 

نمابر: ۰۴۱۳۳۳۵۹۶۷۰ 

پست الکترونیکی: nabz@tbzmed.ac.ir 

تارنما: nabz.tbzmed.ac.ir 



<https://ble.ir/logistictbzmed>



<https://eitaa.com/logistictbzmed>



<https://rubika.ir/logistictbzmed>



<https://www.instagram.com/logistic.tbzmed>