

## تأمین مالی بیمارستان از طریق بازار سرمایه؛ تبیین عوامل زمینه‌ای موثر در سیاست‌گذاری تأمین مالی و دستورگذاری آن

ایروان مسعودی اصل<sup>۱</sup>، مسعود ابوالحلاج<sup>۲</sup>، مقدار راحتی<sup>۳</sup>\*

تاریخ دریافت: ۹۹/۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۴

### چکیده:

**زمینه و هدف:** بیمارستان بزرگترین و مهمترین واحد نظام سلامت، بیشترین سهم هزینه‌ها را به خود اختصاص داده، بطوریکه دولت‌ها نمی‌توانند همه هزینه‌های آن را تأمین کنند. لذا انجام اصلاحات به منظور تأمین مالی اجتناب‌ناپذیر است. در این راستا پژوهشگران به تبیین عوامل زمینه‌ای موثر در سیاست‌گذاری تأمین مالی و دستورگذاری آن پرداخته‌اند.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر توصیفی که بصورت کیفی و کمی در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. جامعه آماری شامل خبرگان بخش سلامت، بازار سرمایه و سازمان تأمین اجتماعی بود. از روش هدفمند برای نمونه‌گیری استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها فیش کارت‌ها و پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته برای انجام مصاحبه با خبرگان بود. برای تحلیل مصاحبه‌ها از نرم افزار MAXQDA,11 و برای معتبرسازی از تکنیک دلفی استفاده گردید. برای تحلیل سیاستگذاری و دستورگذاری از مدل‌های والت گیلسون و کینگدان استفاده گردید.

**نتایج:** عوامل زمینه‌ای در سیاستگذاری و دستورگذاری تأمین مالی بیمارستان‌ها از بازار سرمایه، عوامل کلان (حاکمیتی و قانونی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی) و عوامل خرد (تولیتی، تأمین مالی و فنی) می‌باشند. جریان مشکل بیمارستان‌ها که عمده‌ترین آن تأمین مالی است، جریان سیاستی که شامل اجرای مدل‌های مشارکت بخش دولتی خصوصی است و جریان سیاسی که با تحریم‌ها شروع شد، پنجره فرصتی را برای تأمین مالی از بازار سرمایه می‌گشاید.

**نتیجه‌گیری:** با وجود اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه که اجازه خصوصی‌سازی سازمان‌های دولتی را می‌دهد، بیمارستان‌ها می‌توانند بغیر از بودجه دولت و درآمدهای اختصاصی، از استراتژی تأمین مالی بخش خصوصی استفاده نمایند، که در این میان بازار سرمایه با توجه به ویژگی‌های آن مانند تأمین مالی آسان و ارزان قیمت، شفافیت و پاسخگو بودن استراتژی مناسبی می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** بیمارستان، تأمین مالی، سیاست‌گذاری

<sup>۱</sup> - دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> - دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> - دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (\* نویسنده مسئول)

ایمیل: Mrahati90@yahoo.com

## مقدمه

در فضایی رقابتی و شفاف شده و نام و اعتبار آنها را در جامعه ترقی می‌بخشد. در بازار سرمایه مزاد نقدینگی افراد بجای سرازیر شدن به بازار کالا، وارد این بازار شده و سازمان به یک منبع ارزان قیمت تامین مالی دسترسی داشته و قیمت تمام شده محصولات، افزایش ناگهانی نخواهد داشت (۱۴).

در شرایط حاضر با توجه به اینکه در کشور ما محدودیت منابع مالی، تحریم، کاهش درآمدهای بودجه‌ای، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از بودجه عمومی دولت و پایین بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی دغدغه‌هایی را برای مدیران اجرایی و سیاستگذاران حوزه سلامت، از جمله تامین منابع مالی بیمارستان‌ها ایجاد کرده است (۱۵)، لازم است تا اقدامات مناسب در راستای نظام تامین منابع مالی صورت گیرد. لذا با توجه به مطالب بالا مبنی بر تامین مالی از طریق بازار سرمایه و از آنجاکه بخش سلامت تاکنون تجربه‌ای در این بازار نداشته، ارزیابی جامع و کامل آن ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، بخشی از این ارزیابی جامع مربوط به تحلیل سیاست‌گذاری است که در این مطالعه تلاش شده با بهره‌گیری از روش علمی تحلیلی به تبیین عوامل زمینه‌ای موثر در سیاست‌گذاری تامین مالی و دستورگذاری آن از بازار سرمایه پرداخته شود.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر گذشته‌نگر و مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ بصورت مصاحبه کیفی و دلفی انجام گردید. از آنجا که این پژوهش به تشریح و توصیف عوامل زمینه‌ای موثر در سیاست‌گذاری تامین مالی بیمارستان‌ها و دستورگذاری آن می‌پردازد، توصیفی است. جامعه آماری پژوهش شامل خبرگان بخش سلامت و بازار سرمایه بود. با توجه به موضوع پژوهش، افرادی که در خصوص تامین مالی نظام سلامت، بازار سرمایه و شرکت‌ها آگاهی، علم و تجربه کافی داشتند انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری از روش هدفمند استفاده گردید. بدین ترتیب لیستی از مدیران و یا مدرسان دانشگاه که در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی و بازار بورس اوراق بهادار مرتبط با موضوعات فوق بودند، استخراج گردید. این افراد شامل مدیران کل حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع و حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت و سازمان تامین اجتماعی و مدیران کل سازمان بورس اوراق بهادار تهران و اساتید مدیریت مالی دانشگاه‌های تهران بودند. در این روش، نمونه‌گیری تا آنجا ادامه یافت که اشباع نظری حاصل گردید، بدین معنی که اطلاعات بدست آمده از مصاحبه‌های جدید، همان تکرار اطلاعات قبلی بود. اشباع نظری در این مطالعه از مصاحبه با ۱۹ نفر بدست آمد.

تامین مالی از چالش‌های مهم نظام سلامت کشورها، به خصوص کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد (۱). این کشورها در ۵۰ سال گذشته نظام‌های سلامت خود را بر پایه تامین مالی دولتی بنا نموده‌اند و باعث کاهش کارایی فنی، کارایی تخصیصی، شکست در پوشش گروه‌های کم‌درآمد و همچنین پاسخگویی ضعیف به ذینفعان شده‌اند (۲). از مهمترین ارکان نظام سلامت، بیمارستان‌ها می‌باشند که حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در سلامت و اقتصاد دارند (۳). بیمارستان‌ها از این نظر مهم‌اند که در آنجا آدمی پا به عرصه حیات می‌گذارد و زندگی را بدرود می‌گوید (۴). بیمارستان بعنوان بزرگترین و مهمترین واحد نظام سلامت، بیشترین سهم هزینه‌های این بخش را به خود اختصاص داده است، بطوریکه طبق بررسی‌های صورت گرفته حدود ۸۰-۵۰ درصد هزینه‌های بخش سلامت مربوط به آنها شده است (۵، ۶، ۷). از آنجا که در تمام دنیا رشد هزینه‌ها در این بخش بسیار بیشتر و سریع‌تر از سایر بخش‌ها بوده است و این روند رو به رشد کماکان ادامه دارد، دولت‌ها نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از مراقبت‌ها را از بودجه عمومی دولت تامین کنند. لذا انجام اصلاحات بمنظور تامین مالی اجتناب‌ناپذیر شده است و از دغدغه‌های سیاستگذاران و مدیران این عرصه می‌باشد (۸، ۹، ۱۰).

اطلاعات موجود حاکی از آن است که در سال‌های اخیر، نزدیک به نیمی از هزینه‌های بخش درمان در ایران صرف هزینه‌های خدمات بستری شده است (۳). تامین منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی، عموماً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت سازمان‌های بیمه‌ای و پرداخت مستقیم به وسیله دریافت کنندگان خدمات انجام می‌شود. نتایج به دست آمده نشان دهنده وابستگی شدید درآمد بیمارستان‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر است، بطوریکه هر نوع تأخیر یا اختلال در وصول این درآمد منجر به بروز اشکال در کارکرد بیمارستان‌ها خواهد شد (۱۱).

استراتژی خصوصی‌سازی از دهه ۱۹۸۰، بعنوان راهی برای کاهش فشار مالی نهادهای دولتی بر بودجه دولت، بالابردن کارایی آن‌ها و توانمندسازی بخش خصوصی مطرح شده است (۱۲). بخش خصوصی به منظور سرمایه‌گذاری می‌تواند به منابع مختلف تامین مالی اعم از سرمایه‌گذاری داخلی، خارجی، صندوق‌های غیردولتی، استقراض، کمک‌های خارجی و بازار سرمایه دسترسی داشته باشد (۱۳). در این میان بازار سرمایه بعنوان یکی از ارکان اقتصاد، نقش مهمی در جذب پس‌اندازها و منابع مالی کوچک مردم و تخصیص آن‌ها در جهت تامین مالی طرح‌های بزرگ اقتصادی دارد. ورود شرکت‌ها به بازار سرمایه، ضمن کمک به رشد این بازار، باعث تعالی و رشد آنها

۴. راند چهارم: در این مرحله آخرین فرصت را برای شرکت-کنندگان فراهم گردید تا در نظرات خود تجدید نظر نمایند. برای تحلیل داده‌های مصاحبه از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید که شامل پنج مرحله است.

۱. آشنایی: در این مرحله یک خلاصه ارتباطی-محتوایی برای هر یک از مصاحبه‌ها طراحی شد؛ بطوریکه با مرور مصاحبه‌ها، تسلط نسبی بر آن‌ها به وجود آمد.

۲. شناسایی چارچوب موضوعی: بر اساس داده‌های مصاحبه، محورهای اصلی و فرعی شناسایی گردید.

۳. نمایه کردن: براساس محورهای اصلی و فرعی، داده‌های مصاحبه طبقه‌بندی و نمایه‌دار شد.

۴. ترسیم جداول: رابطه بین محورهای اصلی و فرعی و تحلیل آن‌ها شناسایی گردید.

۵. ترسیم نقشه و تفسیر: موضوعات محورهای شناسایی شده و مسائل مرتبط با آنها مورد بحث و تفسیر قرار گرفت.

برای تبیین عوامل زمینه‌ای موثر در سیاست‌گذاری تامین مالی از طریق بازار سرمایه از مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون و برای دستورگذاری آن از جریان‌های چندگانه کینگدان استفاده گردید. تمرکز والت و گیلسون در مثلث سیاست‌گذاری بر چهار حوزه زمینه، محتوا، فرآیند و نقش آفرینان می‌باشد. ایشان بیان می‌کند که زمینه اصلاحات در بخش بیمارستان دولتی در طول چند سال گذشته عوامل تاریخی، اقتصادی، سیاسی و نهادی را در برمی‌گیرد (۱۶). در مدل کینگدان فرآیند دستورگذاری پنج جزء را شامل می‌شود: ۱- جریان مسائل (مشکلات مختلفی که شهروندان و نهادهای مختلف جامعه می‌خواهند به آن پرداخته شود و معمولاً سیاست‌گذاران از طریق نشانگرها رویدادهای برجسته و بازخور دریافت می‌کنند) ۲- جریان سیاست (مجموعه‌ای از ایده‌ها که برای پذیرش در شبکه سیاست‌گذاری با هم رقابت می‌کنند) ۳- جریان سیاسی (مشتمل بر مشرب ملی مبارزات گروه فشار و جایجایی‌های مدیریتی و قانون‌گذاران) ۴- پنجره‌های سیاست (گره خوردن سه جریان پیشگفت در لحظات خاصی از زمان که فرصت‌های زودگذری برای حامیان پیشنهادها جهت تحمیل راه حل‌های کلیدی خود باز می‌کند) و کارآفرینان سیاست (کسانی که سیاست‌ها را مطرح نموده و برای تصویب آن‌ها تلاش می‌کنند) (۱۷).

### یافته‌ها

مشخصات افراد شرکت کننده در مصاحبه که از مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی و بازار بورس اوراق بهادار و یا مدرسان دانشگاه بودند، در جدول ۱ آمده است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش فیش کارت‌ها جهت جمع‌آوری متون، دستگاه ضبط صدا برای انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه عمیق با خبرگان، پرسشنامه برای انجام تکنیک دلفی و نرم‌افزار MAXQDA11 به منظور تسهیل در کدگذاری و شناسایی موضوعات زیر موضوعات و کدها می‌باشد. در این مطالعه گردآوری داده‌ها به دو روش مصاحبه کیفی و دلفی انجام گرفت. مصاحبه‌ها بصورت چهره به چهره، نیمه-ساختاریافته، فردی و عمیق انجام شد. برای اطمینان از روایی، دقت و پایایی داده‌های مصاحبه از چهار معیار قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تاییدپذیری استفاده شد. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع صورت گرفت، مصاحبه‌ها در بازه زمانی ۶ ماهه و در مکان تعیین شده از سوی شرکت‌کنندگان انجام گردید، یادداشت برداری همزمان با ضبط و ثبت داده‌ها در طول اجرای پروژه انجام گردید و متن پیاده شده مصاحبه‌ها و کدهای تهیه شده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا در صورت وجود، اصلاحات لازم انجام گردد. به منظور اطمینان از انتقال‌پذیری، محیط و زمینه اجرای آن به طور کامل برای خوانندگان شرح داده شد. برای تامین معیار قابلیت اطمینان، فرآیند انجام مطالعه در اختیار اساتید و خبرگان قرار گرفت. با رعایت سه معیار بالا، معیار چهارم یعنی تاییدپذیری نیز خودبخود رعایت گردید. در ادامه با استفاده از داده‌های بدست آمده از مصاحبه‌ها، پرسشنامه ساختاریافته‌ای طراحی و نظرات افراد دوباره جمع‌آوری گردید، بدین منظور از تکنیک دلفی به شرح زیر استفاده گردید.

۱. راند اول: پرسشنامه بین خبرگان توزیع شد و از آنان خواسته شد تا نظر خود را آزادانه مطرح نماید و فهرست موضوعات را بطور مختصر و بدون نام برگرداند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های برگشتی، پاسخ‌ها سازماندهی، نظرات مشابه ترکیب، گروه‌بندی و موضوعات تکراری و حاشیه حذف و تا حد امکان پاسخ‌ها کوتاه گردید.

۲. راند دوم: از افراد یکسان در راند اول خواسته شد تا هر سوال را با مقیاس ۹ بخشی (۱=خیلی کم، ۳=کم، ۵=متوسط، ۷=زیاد و ۹=خیلی زیاد) رتبه‌بندی و کمیت‌پذیر نمایند. در بعضی موارد، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا دلیل اولویت‌بندی بین آیتم‌ها را بیان نمایند. پس از جمع-آوری پرسشنامه دوم و تحلیل آن، رتبه‌بندی انجام گردید.

۳. راند سوم: از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا پاسخ‌ها را مجدداً مرور نموده در صورت نیاز در نظرات خود تجدید نظر و دلایل خود را در موارد عدم اجماع ذکر نمایند و با در نظر گرفتن میانگین نمرات هر سوال، اهمیت آن را درجه-بندی نمایند. در اینجا نیز رتبه‌بندی نظرات انجام شد.

جدول ۱: مشخصات افراد شرکت کننده در مصاحبه

متغیرها	وزارت بهداشت		تامین اجتماعی		سازمان بورس		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۴۰	-	۲	۵۰٪	۳	۳۷.۵٪	۵	۲۶.۳٪
	۴۰-۵۰	۶	۸۵.۷٪	۲	۵۰٪	۴	۵۰٪	
	۵۰-۶۰	۱	۱۴.۳٪	-	-	۱	۱۲.۵٪	
	جمع	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	
جنس	مرد	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	
	زن	-	-	-	-	-	-	
	جمع	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	
تحصیلات	فوق لیسانس	-	-	۲	۵۰٪	۳	۳۷.۵٪	
	دکتری	۷	۱۰۰٪	۲	۵۰٪	۵	۶۲.۵٪	
	جمع	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	
سابقه کار	۱۰-۲۰	۳	۴۲.۸٪	۲	۵۰٪	۳	۳۷.۵٪	
	۲۰-۳۰	۴	۵۷.۲٪	۲	۵۰٪	۵	۶۲.۵٪	
	جمع	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	
شغل	مدیر	۳	۴۲.۸۵٪	۴	۱۰۰٪	۷	۸۷.۵٪	
	مدرس دانشگاه	۱	۱۴.۳٪	-	-	۱	۱۲.۵٪	
	مدیر و مدرس	۳	۴۲.۸۵٪	-	-	۳	-	
	جمع	۷	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۸	۱۰۰٪	

سرمایه منجر به شناسایی ۲ موضوع، ۷ زیرموضوع و ۱۹ کد به شرح جدول ۲ گردید.

همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد عوامل زمینه‌ای مؤثر در سیاست‌گذاری تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار سرمایه را می‌توان به دو دسته عوامل کلان و خرد تقسیم‌بندی نمود. آن دسته از عواملی که فرای بخش سلامت زمینه‌ساز تامین مالی بیمارستان‌ها شده‌اند، عوامل کلان بوده که شامل عوامل حاکمیتی و قانونی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌باشند. عوامل خرد مؤثر بر تامین مالی بیمارستان‌ها، مجموعه عواملی است که ریشه در بخش سلامت و زیرمجموعه‌های مختلف آن دارد و شامل عوامل تولییتی، مالی و فنی (ارائه خدمت) می‌باشد.

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۷ نفر از مصاحبه‌شوندگان از وزارت بهداشت، ۴ نفر از سازمان تامین اجتماعی و ۸ نفر از سازمان بورس اوراق بهادار بودند. سن اکثر مصاحبه‌شوندگان (۶۳.۲٪) بین ۴۰ تا ۵۰ سال و تمامی آن‌ها مرد بودند. تحصیلات اکثر مصاحبه‌شوندگان (۷۳.۷٪) دکتری، سابقه کاری اکثر آن‌ها (۵۷.۹٪) بین ۲۰ تا ۳۰ سال و اکثراً (۷۳.۷٪) مدیران و یا مدرسان با تجربه از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی و بازار بورس اوراق بهادار بودند.

#### عوامل زمینه‌ای مؤثر در تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار سرمایه

نتایج مصاحبه‌ها در خصوص شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر در سیاست‌گذاری تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار

جدول ۲: موضوعات، زیرموضوعات و کدهای مصاحبه مربوط به عوامل زمینه‌ای

موضوع	زیرموضوع	کدها
عوامل کلان	عامل حاکمیتی و قانونی	اسناد بالادستی (سیاست های ابلاغی رهبر معظم انقلاب) برنامه های توسعه (برنامه چهارم، پنجم و ششم)
	عوامل سیاسی	اولویت نبودن سلامت برای سیاستگذاران کشور فشار سیاسی نمایندگان مجلس برای ساخت بیمارستان
	عوامل اجتماعی	تغییر الگوی بیماری‌ها افزایش سطح انتظارات جامعه (دریافت خدمات با کیفیت و ایمن)
	عوامل اقتصادی	حجم بالای بدهی‌های دولت کاهش ارزش پول ملی رکود تورمی (وضعیت نامطلوب اقتصادی کشور) وجود تحریم های ظالمانه
عوامل خرد	عوامل تولیدی	اجرای ناقص طرح‌های بیمارستان‌های خودگردان افزایش تصدی‌گری وزارت بهداشت و کاهش نقش نظارتی وی عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به بیمارستان‌ها
	عوامل تامین مالی	رشد هزینه‌های بخش سلامت وابستگی شدید بیمارستان‌ها به بودجه دولت تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر درصد کم GDP تخصیص یافته به بخش سلامت
	عوامل فنی (ارائه خدمات)	کارایی و بهره‌وری کم در بیمارستان‌ها کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها

**عوامل حاکمیتی و قانونی:** این عوامل شامل اسناد بالادستی یا سیاست‌های کلان ابلاغی رهبر معظم انقلاب و قوانین برنامه‌های توسعه می‌باشد. «سیاست‌های کلی ابلاغی رهبر معظم انقلاب در بخش سلامت به تامین منابع مالی پایدار اشاره دارد با تأکید بر شفاف‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها. برنامه پنجم به قطع وابستگی هزینه‌های جاری دولت به درآمدهای نفتی و ماده ۲۵ قانون برنامه ششم به خرید خدمات سلامت از بخش خصوصی و تعاونی اشاره دارد» (p۱۶).

**عوامل اقتصادی:** این عوامل دربرگیرنده حجم بالای بدهی‌های دولت، کاهش ارزش پول ملی، رکود تورمی و وجود تحریم‌های ظالمانه می‌باشد. تمامی مصاحبه‌شونده‌گان در این خصوص به وضعیت نامطلوب اقتصادی کشور اشاره نمودند. «این شرایط بد اقتصادی که با وجود تحریم‌های ظالمانه تشدید می‌شود ناشی از اقتصاد نفتی است، وابستگی بیش از اندازه دولت به نفت، پول نفتی نقدینگی را بالا برده و تورم و رکود را بدتر کرده» (p۱).

**عوامل سیاسی:** این عوامل عمدتاً ناظر به اولویت نبودن سلامت برای سیاستگذاران و فشار سیاسی نمایندگان مجلس

برای ساخت بیمارستان است. مصاحبه شونده‌گان وزارت بهداشت، بخش سلامت را در اولویت سیاستگذاری‌ها و برنامه‌های دولت نمی‌دانستند و تأکید داشتند که با توجه به این امر، برای سرمایه‌گذاری می‌توان از ظرفیت جامعه استفاده نمود. «به نقل از وزیر بهداشت، سلامت هیچ وقت در اولویت دولت‌ها نبوده است، شاید اولویت هشتم یا نهم بوده است و هیچ وقت اولویت اول تا سوم دولت‌ها نبوده است چه قبل از انقلاب چه بعد از انقلاب» (p۱۸) اما مصاحبه‌شونده‌گان تامین اجتماعی دولت تدبیر و امید را دولتی می‌دانستند که در دوره اول خود (۹۲-۹۶) توجه خاصی به بخش سلامت داشته است: «بالغ بر چند هزار میلیارد تومان پول به بخش سلامت در این دوره تزریق شده است» (p۵). در خصوص فشار سیاسی نمایندگان مجلس برای ساخت بیمارستان مصاحبه شونده‌گان در وزارت بهداشت و سازمان تامین اجتماعی هم نظر بودند. «نمایندگان مجلس همیشه با خواسته‌ی مردم مبنی بر ساخت بیمارستان، روبرو اند. توقعات مردم در هر سال افزایش یافته. طبیعتاً نمایندگان این فشارها را به مسئولین بهداشت منتقل و از آن‌ها درخواست اجابت فوری دارند» (p۸). خبرگان وزارت بهداشت با توجه به وضعیت اقتصادی جامعه و از طرفی

کاری و جبران وعده‌های داده شده دولت در سایر حوزه‌ها کلید خورد. طرح بدلیل بدقولی دولتی‌ها به بهداشتی‌ها برای تامین منابع مالی آن مسیر شکست خود را مانند سایر طرحها طی کرد» (p۷).

**عوامل تامین مالی:** این عوامل عمدتاً شامل رشد هزینه‌های بخش سلامت، وابستگی شدید بیمارستان‌ها به بودجه دولت، تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر و درصد کم GDP تخصیص یافته به بخش سلامت بودند. مصاحبه‌شونده‌گان وزارت بهداشت و سازمان تامین اجتماعی در خصوص رشد هزینه‌های بخش سلامت، بیان کردند که تورم و رکود موجب افزایش شدید هزینه‌ها شده و بر بیمارستان‌ها تاثیر دوچندانی داشته: «در شرایط تورمی فعلی که قیمت دارو و تجهیزات پزشکی چند برابر شده است، تعرفه‌ها جوابگوی نیاز بیمارستان‌ها نیست و دخل و خرج آنها به هم نمی‌خورد» (p۳). در این خصوص خبرگان بازار سرمایه گفتند: «تنها جایی که می‌توان تورم را کاهش داد، بازار بورس است» (p۱۰). از آنجا که متوسط رشد هزینه‌های سلامت از رشد هزینه‌های کشور بالاترست، وابستگی به بودجه باعث خواهد شد تا در خدمت رسانی وقفه بوجود آید» (p۶). «بیمارستان‌ها بیشتر مدیریت هزینه انجام می‌دهند و بودجه دریافتی را به هر نحوی شده هزینه کنند، مدیران باید رویکردی برای افزایش درآمد و استقلال پیدا کنند» (p۹). مصاحبه‌شونده‌گان وزارت بهداشت در خصوص تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌ها اظهار نارضایتی کرده: «در شرایط فعلی که مملکت در آن قرار دارد، قدرت نقدینگی بیمارستان‌ها بعلت تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایین است که باعث کاهش انگیزه کارکنان و کاهش سطح همکاری پیمانکاران شده» (p۵). اما مصاحبه‌شونده‌گان سازمان تامین اجتماعی اقبال زیادی از این موضوع نداشتند و بیان کردند: «حدوداً ۲۵ درصد از درآمدهای بیمارستان‌ها از محل مطالبات سازمان تامین اجتماعی می‌باشد، تاخیر در پرداخت مطالبات سازمان تامین اجتماعی نمی‌تواند زیاد اثر سوئی در ارائه خدمات بیمارستان داشته باشد» (p۵). مصاحبه‌شونده‌گان در وزارت بهداشت، سهم GDP اختصاص یافته به بخش سلامت را در مقایسه با میانگین جهانی کمتر می‌دانستند و لزوم توجه دولت را به این بخش خواستار بودند: «بعلت کم بودن سهم سلامت از GDP، مشکلات جدی بعلت کمبود منابع مالی رخ داده» (p۱). «دولت ۷٪ از GDP را صرف بخش سلامت کرده و دیگه منابعی بیش از این نخواهد داد» (p۱۰).

**عوامل فنی:** این عوامل مربوط به نقص در مدیریت نظام سلامت است. در این خصوص کارایی و بهره‌وری کم و کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها مطرح گردید. کارایی

نیازهای نامحدود جامعه و فشار نمایندگان مجلس مبنی بر تسریع در خدمت رسانی، بررسی راهکارهایی برای برطرف نمودن مسائل، مشکلات و سرمایه گذاری در این بخش الزامی می‌دانستند.

**عوامل اجتماعی:** تغییر الگوی بیماری‌ها یکی دیگر از مباحث مطرح شده بود، بطوریکه در دو دهه اخیر شاهد تغییرات گسترده‌ای در سبک زندگی و به تبع آن سیمای علل بیماری و مرگ و میر بوده‌ایم. یکی از مصاحبه‌شونده‌گان سازمان تامین اجتماعی در این خصوص چنین نظر داده است «بعلت سبک زندگی مردم و تغییرات جوی، چهره بیماری‌ها تغییر کرده و بیمارستان‌ها با این نرخ اشغال تخت و افزایش مراجعین جوابگوی این نیازها نیستند. باید راهکاری پیدا کرد» (p۸). افزایش سطح انتظارات جامعه از کیفیت خدمات ارائه شده از دیگر مسائل اجتماعی مطرح شده بود «رسیدگی نکردن به بیماران و کیفیت پایین خدمات موجب اعتراضات شدید مردمی شده» (p۸).

**عوامل تولیتی:** این عوامل مربوط به سیاستگذاری نظام سلامت در حوزه بیمارستانی می‌باشد. در این خصوص اجرای ناقص طرح خودگردانی بیمارستان‌ها و طرح بیمارستان‌های هیات‌امنایی و اجرای طرح تحول نظام سلامت مطرح بود. مصاحبه‌شونده‌گان وزارت بهداشت و سازمان تامین اجتماعی در خصوص اجرای ناقص طرح خودگردانی بیمارستان‌ها هم-نظر بودند. «در طرح خودگردانی، بیمارستان بر اساس درآمدهای کسب شده باید اداره می‌شدند، اما در عمل این امر نشد و این طرح چیزی در حد پرداخت کارانه باقی ماند» (p۱۹). مصاحبه‌شونده‌گان وزارت بهداشت در خصوص طرح بیمارستان‌های هیات‌امنایی دیدگاه مثبتی نداشته و بیان کردند که این طرح به بطور کامل اجرایی نشده و در بیمارستان‌های پایلوت ناقص اجرایی شده است. «هیات‌امنا بازی وزارت بهداشت است، برای نظام پرداخت می‌باشد، برای فرار خرید تجهیزات است برای اینکه فلان آقا، فلان بیمارستان امپراطوری داشته باشه. بیمارستان‌های هیات امنایی برای بوردی شدن نیست، برای capital raising نیست» (p۷)، همچنین «هیات امنایی شدن بیمارستان‌ها مستلزم چند هزار میلیارد تومان اعتبار می‌باشد» (p۱). اکثر مصاحبه‌شونده‌گان وزارت بهداشت به حمایت از طرح تحول نظام سلامت پرداختند. «طرح تحول نظام با هدف حفاظت مالی از مردم، عدالت و ارتقای کیفیت اجرا شد که پس از آن هزینه‌های درمانی کم و هتلینگ بیمارستان‌ها نوسازی شد» (p۱۷). اما مصاحبه‌شونده‌گان سازمان تامین اجتماعی به مخالفت با طرح تحول نظام سلامت پرداختند: «طرح تحول از ابتدا اشتباه بود زیرا بدون کار کارشناسی و صرفاً برای سیاسی

شد، آن خانواده بیش از رنج مریض‌داری، رنج دیگری نداشته باشد» (p۱۰).

### معتبرسازی موضوعات، زیرموضوعات و کدهای استخراج شده

در این مرحله به معتبرسازی موضوعات، زیرموضوعات و کدهای استخراج شده با استفاده از تکنیک دلفی در چهار راند پرداخته شد. پاسخ دهندگان در مجموع ۱۷ عامل را مطرح که با سازماندهی پاسخ‌ها، ترکیب نظرات مشابه، گروه‌بندی و حذف موضوعات تکراری، ۱۲ عامل باقی ماند (۴ عامل به نوعی با عوامل مندرج در پرسشنامه یکسان بود و با عباراتی مناسب‌تر جایگزین گردید) که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

و بهره‌وری کم بیمارستان‌ها توسط اکثر مصاحبه‌شونده‌گان مورد تایید قرار گرفت: « طرح‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد که این بیمارستان‌های دولتی کارایی ندارند و از حداکثر توان خود استفاده نمی‌کنند» (p۱). « آشنایی مردم با حقوق اساسی خود مبنی بر ارائه خدمات رایگان توسط دولت در بیمارستان‌های دولتی، بحث کاهش هزینه‌ها و یا افزایش کارایی خدمات را مطرح کرده است» (p۱۰). مصاحبه‌شونده‌گان بر روی کیفیت پایین خدمات بیمارستان‌های دولتی اتفاق نظر داشتند « با توجه به بالا رفتن سطح درک و معلومات مردم، ارائه خدمات با کیفیت بعنوان چالشی اساسی در بیمارستان‌های دولتی مطرح می‌باشد» (p۷). « رهبر انقلاب در خصوص کیفیت فرمودند که ما می‌خواهیم اگر کسی در خانواده مریض

جدول ۲: عوامل پیشنهادی در راند اول دلفی

موضوع	زیرموضوع	کدها
عوامل کلان	عامل حاکمیتی و قانونی	تصدی‌گری وزارت بهداشت و کاهش نقش نظارتی وی عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به بیمارستان‌ها
	عوامل سیاسی	اولویت خدمات درمانی برای سیاست‌گذاران (بجای عبارت "اولویت نبودن سلامت برای سیاست‌گذاران") فشار سیاسی نمایندگان مجلس برای ساخت، تجهیز و افزایش خدمات بیمارستان (بجای عبارت "فشار سیاسی نمایندگان مجلس برای ساخت بیمارستان")
عوامل خرد	عوامل تامین مالی	حجم نقدینگی بالای نظام سلامت افزایش آسان سرمایه‌گذاری در بخش سلامت از طریق بازار سرمایه کاهش قیمت تمام شده خدمات ارائه شده از طریق بازار سرمایه درصد هزینه‌کرد دولت در بخش سلامت (بجای عبارت "درصد کم GDP تخصیص یافته به بخش سلامت") وابستگی بیمارستان‌ها به بودجه دولت (بجای عبارت "وابستگی شدید بیمارستان‌ها به بودجه دولت")
	عوامل فنی (ارائه خدمات)	شفافیت بازار سرمایه پاسخگویی به ذینفعان نظام پاسخگویی ضعیف

جامعه (دریافت خدمات با کیفیت و ایمن) با میانگین ۸.۲ شفافیت بازار سرمایه با میانگین ۸.۱۲ افزایش آسان سرمایه گذاری از طریق بازار سرمایه با میانگین ۸.۰۶ و نظام پاسخگویی ضعیف با میانگین ۸.۰۴ به ترتیب بالاترین امتیاز را کسب نمودند.

در ادامه کدهای استخراج شده با مقیاس ۹ بخشی طی سه راند دیگر رتبه‌بندی و کمیت‌پذیر شد که نتایج آن در جدول شماره (۴) آمده است. یافته‌ها نشان می‌دهد کارایی و بهره‌وری کم در بیمارستان‌ها با میانگین ۸.۶۲ تحریم‌های ظالمانه با میانگین ۸.۵۱ افزایش سطح انتظارات



جدول ۳: معتبرسازی زیرموضوعات و کدها

ردیف	عنوان	راند دوم		راند سوم		راند چهارم	
		SD	M	SD	M	SD	M
<b>عوامل حاکمیتی و قانونی</b>							
۱	اسناد بالادستی (سیاست های ابلاغی رهبری)	۷.۳۲	۱.۰۱	۷.۴۸	۱.۰۹	۷.۴۷	۱.۰۶
۲	برنامه های توسعه	۷.۵۷	۰.۸۲	۷.۶۲	۰.۸۷	۷.۶۶	۰.۹۱
<b>عوامل اقتصادی</b>							
۳	کاهش ارزش پول ملی	۷.۰۲	۰.۴۷	۷.۱۲	۰.۴۹	۷.۱۵	۰.۶۵
۴	رکود تورمی (وضعیت نامطلوب اقتصادی کشور)	۷.۲۳	۰.۵۳	۷.۲۵	۰.۵۱	۷.۲۱	۰.۸۱
۵	تحریم های ظالمانه	۸.۴	۰.۶۱	۸.۴۵	۰.۳۴	۸.۵۱	۰.۹۴
<b>عوامل سیاسی</b>							
۶	اولویت خدمات درمانی برای سیاستگذاران	۷.۲۷	۰.۹۹	۷.۰۸	۱.۰۴	۷.۰۱	۱.۲۴
۷	فشار نمایندگان برای ساخت، تجهیز و افزایش خدمات بیمارستان	۷.۲۴	۰.۲۴	۷.۱۶	۱.۰۱	۷.۱۳	۰.۹۹
<b>عوامل اجتماعی</b>							
۸	تغییر الگوی بیماری ها در جامعه	۶.۴۶	۱.۰۳	۶.۶۸	۱.۰۵	۶.۶۹	۰.۷۳
۹	افزایش سطح انتظارات جامعه (دریافت خدمات با کیفیت و ایمن)	۸.۰۶	۰.۹۲	۸.۱۴	۰.۸۵	۸.۲	۰.۸۷
<b>عوامل تولیدی</b>							
۱۰	اجرای ناقص طرح های بیمارستان های خودگردان	۷.۲۸	۱.۰۷	۷.۱۵	۱.۰۲	۷.۲۴	۱.۴۴
۱۱	افزایش تصدی گری وزارت بهداشت و کاهش نقش نظارتی وی	۷.۳۴	۱.۰۹	۷.۱۰	۱.۲۸	۷.۱۳	۰.۸۷
۱۲	عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به بیمارستان ها	۷.۲۰	۰.۹۳	۷.۳۴	۰.۷۵	۷.۸۷	۰.۸۸
<b>عوامل تامین مالی</b>							
۱۳	رشد هزینه های بخش سلامت	۷.۰۱	۰.۸۵	۷.۶۵	۰.۵۲	۷.۸۷	۰.۴۱
۱۴	وابستگی بیمارستان ها به بودجه دولت	۶.۵۴	۱.۲۷	۶.۲۹	۰.۸۱	۶.۹۷	۱.۰۱
۱۵	تاخیر در پرداخت سازمان های بیمه گر	۶.۲۸	۰.۸۶	۶.۲۴	۰.۷۱	۶.۸۶	۱.۲۰
۱۶	درصد هزینه کرد دولت در بخش سلامت	۸.۴۵	۱.۰۲	۷.۴۶	۱.۲۶	۷.۹۳	۱.۲۰
۱۷	حجم نقدینگی بالای نظام سلامت	۶.۱۰	۰.۸۶	۶.۲۸	۰.۹۴	۶.۹۴	۰.۸۰
۱۸	افزایش آسان سرمایه گذاری از طریق بازار سرمایه	۷.۲۶	۰.۹۶	۷.۸۴	۰.۷۲	۸.۰۶	۱.۰۹
۱۹	کاهش قیمت تمام شده خدمات ارائه شده از طریق بازار سرمایه	۶.۴۳	۱.۰۹	۶.۲۴	۰.۸۴	۶.۰۳	۰.۸۸
۲۰	تامین آسان منابع مالی از بازار سرمایه	۶.۳۴	۰.۹۴	۶.۴۲	۰.۵۵	۶.۸۸	۱.۲۰
<b>عوامل فنی</b>							
۲۱	شفافیت بازار سرمایه	۷.۲۵	۰.۶۹	۷.۷۴	۰.۴۸	۸.۱۲	۰.۸۲
۲۲	نظام پاسخگویی ضعیف	۸.۴۹	۰.۵۶	۸.۱۶	۰.۶۲	۸.۰۴	۰.۴۳
۲۳	کارایی و بهره وری کم در بیمارستان ها	۷.۱۶	۰.۵۲	۷.۹۴	۰.۶۸	۸.۶۲	۱.۳۸
۲۴	کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان ها	۵.۲۵	۰.۲۴	۶.۱۲	۱.۰۱	۶.۱۴	۰.۸۰
	میانگین	۷.۱	۰.۸۱	۷.۲	۰.۸۱	۷.۴	۰.۹۴



شده نیز بیانگر عدم موفقیت طرح در دستیابی به اهداف تعریف شده می‌باشد.

سال ۱۳۸۳ طرح جامع "اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌ها" در شش بُعد شروع شد: ساختار بیمارستان، بودجه‌ریزی عملیاتی، مدیریت مبتنی بر عملکرد، برون‌سپاری، مدیریت نگهداشت و سامانه اطلاعات بیمارستان. ۴۱ بیمارستان به عنوان پایلوت انتخاب و بودجه دولتی ویژه‌ای نیز به این آن‌ها اختصاص یافت. در سال ۱۳۸۵ این بیمارستان‌ها به ۱۳ عدد کاهش داده شده و البته بیمارستان جدید نیز به این طرح اضافه گردیدند. سال ۱۳۸۹ این طرح با ۱۸ بیمارستان و تحت عنوان طرح کشوری بیمارستان‌های هیات امنایی با هدف افزایش اختیارات بیمارستان‌ها جهت افزایش منابع و پاسخگویی ادامه یافت. در نهایت این طرح بطور کامل اجرایی نشده و در بیمارستان‌های پایلوت بطور ناقص اجرایی شده است. پیش‌بینی کرده‌اند که در صورت هیأت‌امنایی شدن بیمارستان‌های دولتی، حدود ۲۸۵ هزار میلیارد ریال اعتبارات جدید موردنیاز می‌باشد.

در سال ۱۳۸۳ مدل مشارکت بخش عمومی خصوصی<sup>۱</sup> در بیمارستان هاشمی‌نژاد (مرکز ارجاع کشوری بیماری‌های کلیوی) اجرا شد. این بیمارستان در بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳ با مشکلات عدیده‌ای همچون محدودیت‌های مالی، کمبود امکانات درمانی و نیاز شدید به ارتقای کیفی خدمات خود مواجه بود. بخش خصوصی مشارکت‌کننده در این طرح، شرکت محب سلامت ایرانیان از زیر مجموعه هیات امنای صرفه‌جویی ارزی در درمان بیماران بود. این شرکت ابتدا با تأسیس یک بخش ۱۶ تخت‌خوابی در بیمارستان هاشمی‌نژاد در سال ۱۳۸۳ فعالیت خود را آغاز کرد. بیماران در انتخاب بخش، اختیار کامل داشتند و هیچگونه اجباری مبنی بر بستری شدن در بخش جدید یا بخش‌های قدیمی بیمارستان هاشمی‌نژاد وجود نداشت. با توجه به استقبال مردم از بخش جدید، یک بخش ۱۶ تخت‌خوابه دیگر در سال ۱۳۸۷ افتتاح شد. موفقیت این دو بخش، ایده طراحی و

تبیین فرآیند دستورگذاری در سیاست‌گذاری تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار سرمایه در این نگاهت پژوهشگران با بررسی شواهد و مدارک، به تبیین فرآیند دستورگذاری پرداخته‌اند، لذا تلاش شده با توجه به چهار مرحله جریان مشکل، جریان سیاست، جریان سیاسی و پنجره‌های سیاست، فرآیند دستورگذاری تشریح شود.

## ۱) جریان مشکل

بررسی‌ها نشان می‌دهد که مسائل و مشکلات مربوط به بیمارستان‌های دولتی طی چند دهه گسترده‌تر شده و راهکارهای ارائه شده نتوانسته مرهمی بر زخم‌های آن‌ها باشد. در این خصوص می‌توان به رشد هزینه‌ها، وابستگی به بودجه دولت، درصد کم هزینه‌کرد دولت در بخش سلامت، تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر، کارایی و بهره‌وری کم، کیفیت پایین خدمات ارائه شده، نظام پاسخگویی ضعیف، افزایش تصدی‌گری وزارت بهداشت و کاهش نقش نظارتی وی و عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به بیمارستان‌ها اشاره نمود.

## ۲) جریان سیاست

طبق نظر کینگدان در شبکه سیاستگذاری، جریان سیاست ظرفی است دربرگیرنده نظرات گوناگون، که این نظرات برای پذیرفته شدن با هم رقابت می‌کنند. با به وجود آمدن موضوعات و مسائل در دوره‌های زمانی و مکانی مختلف، جریان سیاست شکل می‌گیرد. در این راستا برای رفع مشکلات تامین مالی مدل‌های مختلف اداره بیمارستان‌ها و طیف متنوع مالکیت و بهره‌برداری از آن‌ها در بسیاری از کشورها پیاده‌سازی و ارزشیابی شده‌اند. در ایران نیز انواع مختلفی از این روش‌های مورد بررسی قرار گرفته که به شرح زیر می‌باشد.

در سال ۱۳۷۴ دستورالعمل "نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها" به بیمارستان‌های عمومی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی نمایند. با وجود اینکه این طرح به "طرح خودگردانی بیمارستان‌ها" معروف شد، اما فقط یک دستورالعمل پرداخت بود. این اصلاحات در نظام سلامت در بند "ب" ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال 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. پژوهش‌های مختلف انجام

۱- مدل مشارکت عمومی خصوصی (Public-Private Partnership: PPP) طرحی است که در آن بخش عمومی (دولت و سایر نهادهای حکومتی) به منظور تأمین خدمات زیربنایی (اعم از سلامت، آب و فاضلاب، حمل و نقل، آموزش و...) از ظرفیت‌های بخش خصوصی (اعم از منابع مالی، دانش و تجربه) استفاده می‌نماید. در این مدل قراردادی بین بخش عمومی و بخش خصوصی به منظور تسهیم ریسک، مسئولیت، منافع و هم‌افزایی منابع و تخصص هر دو بخش در ارائه خدمات زیربنایی منعقد می‌گردد (پرتال ملی مشارکت عمومی خصوصی، ۱۳۹۷).

تحریم های ظالمانه جریان بعدی سیاسی است که در طول چهار دهه انقلاب اسلامی بر علیه کشور ما وضع شده است. شدت تحریم های وضع شده در سال ۱۳۹۸ توسط ایالات متحده آمریکا به مراتب سخت‌تر از سایر دوره‌ها بوده، بطوریکه برنامه‌های توسعه‌ای، فعالیت‌های عمرانی و خرید تجهیزات را با وقفه مواجه کرده است. این تحریم‌ها در تمامی دوران و بخصوص در سال جاری تامین مالی بیمارستان‌ها را با مشکلات جدی روبرو نموده است. زیرا از یک طرف ارزش پول ملی را کاهش داده و از طرفی دیگر از آنجا که عمده تجهیزات پزشکی و داروها وارداتی هستند، هزینه‌های بیمارستان را به شدت افزایش داده است.

جریان سیاسی دیگر که در تمامی این سال‌ها وجود داشته، اولویت خدمات درمانی برای نمایندگان مجلس شورای اسلامی می‌باشد. در تمامی ادوار مجلس شورای اسلامی، نمایندگان برای ساخت، تجهیز و افزایش خدمات بیمارستان حوزه انتخابیه خود دولت و وزارت بهداشت را تحت فشار گذاشته‌اند.

تغییر در سبک زندگی جامعه و به تبع آن تغییر در سیمای بیماری‌ها و از طرفی افزایش سطح انتظارات جامعه از کیفیت خدمات ارائه شده از دیگر مسائل مطرح شده می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که تغییر الگوی بیماری‌ها باعث افزایش تقاضا برای خدمات درمانی شده است که مشارکت بیمارستان‌های خصوصی را در عرصه نظام سلامت ضروری نموده است.

#### ۴) پنجره سیاست گذاری

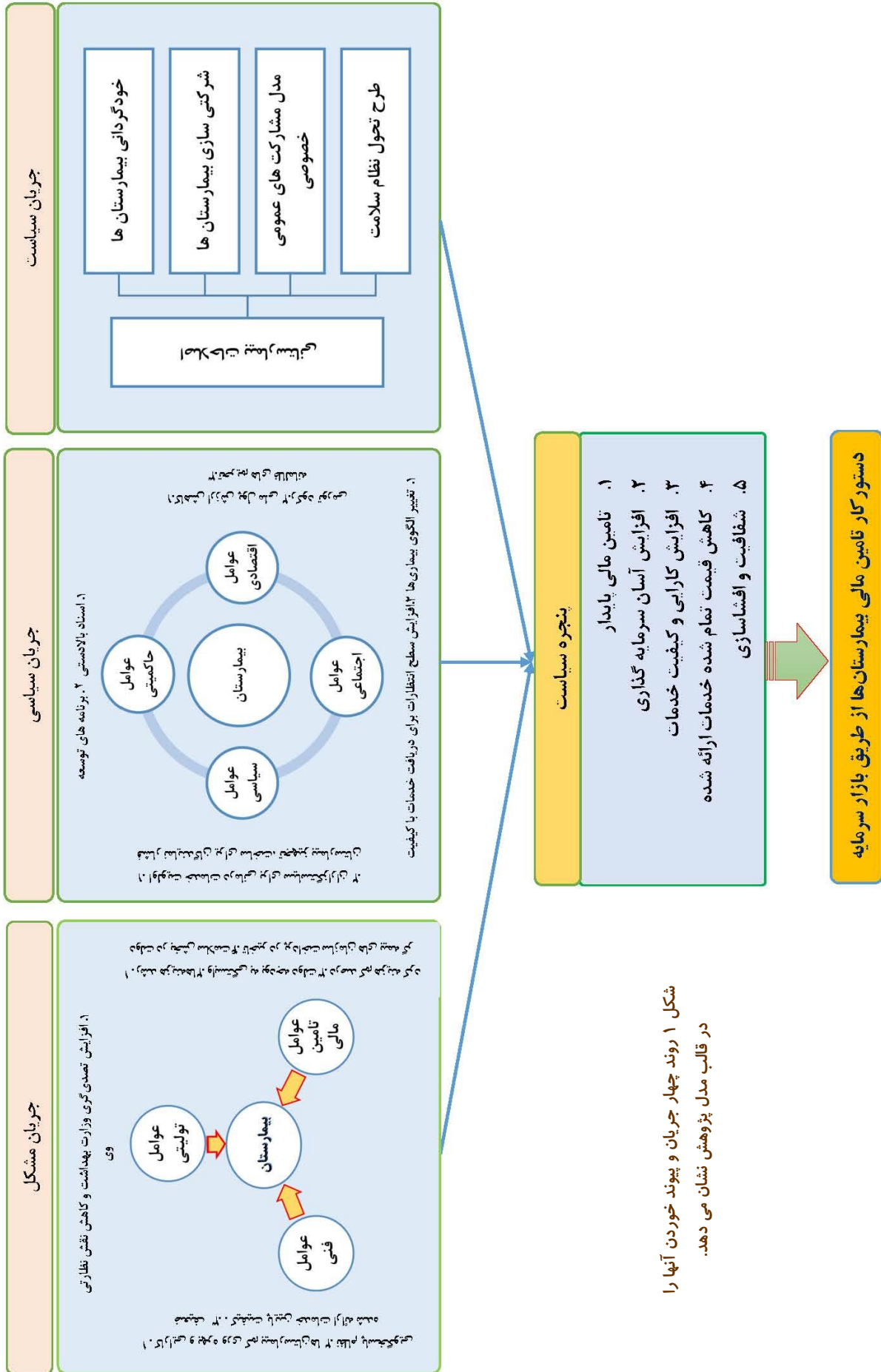
جریان مسائل بیمارستان‌ها که عمده‌ترین مشکل آن تامین مالی، کارایی و کیفیت خدمات بیمارستان‌ها بود، جریان سیاستی که شامل طرح‌های خودگردانی اداره بیمارستان‌ها و مدل‌های مشارکت بخش دولتی خصوصی در ساخت، تجهیز و اداره بیمارستان بود و جریان سیاسی که با تحریم های ظالمانه رقم خورد پنجره فرصتی را باز می‌کند تا از مسیر ورود بیمارستان‌ها به بازار سرمایه تامین مالی پایدار آن‌ها اتفاق افتاده و همچنین موجب افزایش آسان سرمایه‌گذاری، افزایش کارایی و کیفیت خدمات، کاهش قیمت تمام شده خدمات ارائه شده و شفافیت و افشاسازی عملکرد بیمارستان‌ها گردد.

ساخت بیمارستان محب در کنار بیمارستان هاشمی‌نژاد را به وجود آورد. در سال ۱۳۸۸ بیمارستانی با ۱۰۰ تخت بستری، در قالب ۵ بخش، ۷ درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی و ۸ اتاق عمل افتتاح شد. طراحی و ساخت بیمارستان محب، رفت و آمد متخصصان میان بخش دولتی و خصوصی را از بین برده و در واقع متخصصان از منافع بخش دولتی و خصوصی استفاده نمودند. هم اکنون شرکت محب سلامت ایرانیان با چهار بیمارستان با نام‌های بیمارستان محب یاس، محب فاطمه، محب کوثر و محب کاشان در حال فعالیت می‌باشد.

سال ۱۳۹۳ طرح تحول نظام سلامت با هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز شد. پس از اجرایی شدن آن و کاهش هزینه‌های درمانی، بیمارستان‌های دولتی با افزایش مراجعه بیماران و ضریب اشغال تخت مواجه شدند که عدم تامین منابع مورد نیاز طرح متناسب با بار مراجعات، باعث کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین کاهش کارایی بیمارستان‌ها شده است.

#### ۳) جریان‌های سیاسی

همانطور که ذکر شد بیمارستان‌های دولتی در ایران با مشکلات و مسائل مهمی روبرو بوده است. سیاستیون و دولتمردان در پی کاهش یا حذف مشکلات و مسائل رویکردهایی را در برنامه‌های خود اتخاذ نموده‌اند. در این خصوص می‌توان به سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب در حوزه سلامت مبنی بر تامین پایدار منابع مالی و یا مواد برنامه ششم توسعه مبنی بر خرید خدمات سلامت از بخش خصوصی و تعاونی اشاره نمود. از طرفی به سیاست‌های ابلاغی ایشان در برنامه ششم توسعه مبنی بر گسترش و تعمیق نظام جامع تامین مالی و ابزارهای آن (بازار پول، بازار سرمایه و بیمه‌ها) با مشارکت اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی و افزایش سهم مؤثر بازار سرمایه در جهت توسعه سرمایه‌گذاری و ثبات و پایداری و کاهش خطرپذیری فعالیت‌های تجاری و اقتصادی کشور با تأکید بر ارتقاء شفافیت و سلامت نظام مالی اشاره نمود. همچنین ایشان در سیاست‌های ابلاغی چشم انداز بیست ساله تأکید بر ارتقاء بازار سرمایه ایران دارند.



شکل ۱ روند چهار جریان و پیوند خوردن آنها را در قالب مدل پژوهش نشان می دهد.

اطلاعات، تعیین تعرفه خدمات درمانی بر اساس قیمت تمام شده، ارتباط منسجم بین بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات درمانی، شفاف نمودن سهم مشارکت مردم و دولت در تامین منابع مالی و ساماندهی وضعیت خیریه‌ها را از شیوه‌های تولید منابع مالی جدید و موثر می‌دانند (۱۸). مهربالاحسنی و همکاران (۱۳۹۶) منابع مالی نظام سلامت را به سه دسته منابع مالی عمومی، بیمه‌ای و سایر دسته بندی می‌کنند. در خصوص منابع مالی عمومی به افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت؛ در خصوص منابع مالی بیمه‌ای به اجباری و همگانی ساختن بیمه پایه سلامت و استقرار سیستم مناسبی جهت جمع‌آوری حق مشارکت‌های بیمه‌ای؛ در خصوص سایر منابع به وضع مالیات و عوارض برای کالاهای آسیب‌رسان سلامت، تعریف منابع جدید مالیاتی (منابع حاصل از وقف، خمس، زکات و سایر وجوه شرعی و توریسم درمانی) و تخصیص هدفمند یارانه‌ها اشاره دارد. ایشان بیان می‌کند که در حوزه تامین مالی سلامت خلأ قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد، ایشان محدودیت عمده را روش اجرا و تعهد به قوانین می‌داند (۱۹).

همانطور که مشاهده می‌کنیم علی‌رغم تمامی راهکارها و رویکردها در تامین مالی، بیمارستان‌ها هنوز با مشکلات مالی عدیده‌ای برای پروژه‌های سرمایه‌گذاری و حتی برخی اوقات در جهت جبران خدمت کارکنان خود روبرو هستند. در این راستا در مطالعاتی که اخیراً صورت گرفته، علاوه بر تامین مالی از طریق بودجه دولت و مالیات، به روش‌های تامین مالی خصوصی اشاره دارد. نصرتی و همکاران (۱۳۹۲) اشاره می‌کند که در صورت فراهم کردن بسترهای لازم، مشارکت دولتی خصوصی می‌تواند راهکار مناسبی برای بخش بیمارستانی باشد (۲۰). بادینلو (۱۳۹۴) در پروژه خود از مشارکت‌های عمومی خصوصی بعنوان رویکردی جدید در تامین مالی پروژه‌های بیمارستانی نام می‌برد (۲۱). صادقی و همکاران (۱۳۹۷) بیان می‌کند مشارکت خصوصی دولتی یکی از راه‌حل‌های اساسی برای مرتفع سازی معضل درمان کشور بوده که تامین درمان مطلوب، با کیفیت و با هزینه پرداخت منطقی را در جامعه فراهم می‌سازد که بایستی بیش از پیش مورد توجه مسئولین و سیاست‌گذاران قرار بگیرد (۲۲). در پژوهش رامامون جیاریولو (۲۰۱۵) بیان می‌شود که خصوصی‌سازی دسترسی به منابع را تسهیل می‌کند و می‌تواند به نهادهای دولتی که بطور مداوم در حال از دست دادن بودجه می‌باشند کمک مالی نماید، که به نوبه خود می‌تواند به بازنگه داشتن بیمارستان و حفظ دسترسی به مراقبت از جامعه کمک کند. خصوصی‌سازی یک بیمارستان دولتی در معرض خطر مالی می‌تواند استراتژی جایگزین بهتری نسبت به بستن بیمارستان

همانطور که مدل پژوهش نشان می‌دهد در جریان مشکل، رشد هزینه‌ها، وابستگی به بودجه دولت، درصد کم هزینه‌کرد دولت در بخش سلامت، تاخیر در پرداخت سازمان‌های بیمه-گر، کارایی و بهره‌وری کم، کیفیت پایین خدمات ارائه شده، نظام پاسخگویی ضعیف، افزایش تصدی‌گری وزارت بهداشت و کاهش نقش نظارتی وی و عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به بیمارستان‌ها بیان شد. در جریان سیاست اجرای طرح‌های بیمارستان‌های خودگردان، شرکتی‌سازی بیمارستان-ها، مدل مشارکت‌های عمومی خصوصی و طرح تحول نظام سلامت مطرح گردید. در جریان سیاسی به اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه، کاهش ارزش پول ملی، رکود تورمی و وجود تحریم‌های ظالمانه، اولویت خدمات درمانی برای سیاستگذاران، فشار نمایندگان برای ساخت، تجهیز و افزایش خدمات بیمارستان، تغییر الگوی بیماری‌ها در جامعه و افزایش سطح انتظارات جامعه برای دریافت خدمات با کیفیت و ایمن اشاره شد. برآیند این سه جریان پنجره سیاستی را باز کرد که در آن، تامین مالی پایدار، افزایش آسان سرمایه‌گذاری، افزایش کارایی و کیفیت خدمات، کاهش قیمت تمام شده خدمات ارائه شده و شفافیت و افشاسازی مطرح می‌گردد که در نهایت ما را به سمت دستورگذاری تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار سرمایه سوق می‌دهد.

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زمینه‌ای مؤثر برای اصلاح نظام سلامت و بخصوص بیمارستان‌ها و مشکلات تامین مالی آن‌ها را می‌توان در دو دسته عوامل خرد و کلان تقسیم‌بندی نمود. عوامل کلان شامل عوامل حاکمیتی و قانونی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و عوامل خرد شامل عوامل تولیدی، مالی و فنی (ارائه خدمت) می‌باشد. این عوامل در سه جریان شامل جریان مسائل، جریان سیاست، جریان سیاسی دسته‌بندی گردید و ما را به سمت دستورگذاری تامین مالی بیمارستان‌ها از طریق بازار سرمایه سوق داد.

دراکثر مطالعات انجام شده در خصوص روش‌های تامین مالی بخش سلامت، به تامین مالی از طریق دولت، مالیات و مردم اشاره شده است. صادقی و زارع (۱۳۸۸) بر این عقیده‌اند که با عنایت به هویت اجتماعی بیمارستان، منابع مالی لازم باید از طرف دولت تامین گردد؛ در تامین کالاهای سرمایه‌ای، مشارکت کاملاً با دولت باشد؛ هزینه آموزش جداگانه به بیمارستان پرداخت گردد و برای بیمارستان، بودجه شناور در نظر گرفته شود (۳) ماهر و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود اتخاذ رویکردهایی از قبیل تامین منابع مالی از طریق مالیات، تامین مالی صعودی، طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع

بیشترین تعداد بیمارستان در بازار بورس به ترتیب مربوط به ایالات متحده با ۶۷۵ بیمارستان، چین با ۲۷۹ و هند با ۲۰۵ بیمارستان می‌باشد (۲۶).

### نتیجه‌گیری

رشد هزینه‌های بخش سلامت بخصوص بخش بیمارستانی موضوعی است که نظام سلامت را در کشورهای مختلف مورد توجه قرار داده است. بدین منظور بیمارستان‌ها بایستی نسبت به تامین مالی به روش‌هایی غیر از بودجه دولت و درآمدهای اختصاصی خود تکیه نمایند. در این راستا با وجود اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه کشور که اجازه خصوصی‌سازی سازمان‌های دولتی را می‌دهد، بیمارستان‌های دولتی نیز می‌توانند از استراتژی تامین مالی بخش خصوصی استفاده نمایند که در این میان بازار سرمایه استراتژی مناسبی برای بخش سلامت می‌باشد. زیرا از یک طرف نظام سلامت دارای حجم نقدینگی بالایی می‌باشد که می‌تواند برای هر سرمایه‌گذاری جذابیت داشته باشد و از طرف دیگر بازار سرمایه دارای ویژگی‌های منحصر بفردی است که می‌توان به تامین مالی آسان و ازارن قیمت، کاهش قیمت تمام شده خدمات ارائه شده، امکان افزایش سرمایه‌گذاری، شفافیت، پاسخگو بودن به ذینفعان و در نتیجه افزایش کارایی و کیفیت خدمات اشاره نمود.

باشد (۲۳). تأکید به‌روزی فر و همکاران (۱۳۹۴) در خصوصی‌سازی، حرکت به سمت بورس است؛ چرا که بورس از بازار آزادتر است. در بورس، خریدار، فروشنده خود را انتخاب می‌کند و دولت دیگر دخالتی ندارد و تنها بر ضوابط و قراردادها، نظارت دارد. این امر کمک می‌کند که ارتباط مالی واقعی بین خریدار و فروشنده ایجاد شود و لذا امکان ارابه تخفیف یا خرید پایین تر از قیمت، برای خریدار فراهم می‌شود (۲۴). در پژوهش راحتی و همکاران (۲۰۲۰) که به سنجش کارایی شرکت‌های بیمارستانی پذیرفته شده در بازار بورس در کشورهای مختلف دنیا پرداخته، نشان می‌دهد که در بازه زمانی سال ۲۰۱۳-۲۰۱۶ کارایی این شرکت‌ها در حال افزایش بوده و دارای میانگین کارایی نسبتاً خوبی می‌باشند (۲۵). در مرور سیستماتیک که توسط پژوهشگر انجام شده نشان می‌دهد که یکی از راهکارهای مشارکت خصوصی عمومی که تاکنون مورد توجه قرار نگرفته است، تامین مالی از طریق بازار سرمایه می‌باشد. مطالعه پژوهشگر نشان می‌دهد که ۲۴ کشور در دنیا دارای شرکت‌های بیمارستانی در بازار سرمایه می‌باشند، بطوریکه در مجموع حدود ۲۳۴۰ بیمارستان با تقریباً ۳۵۰۰۰۰ تخت در بازار بورس در قالب ۸۷ شرکت بیمارستانی فعالیت دارند. طبق اطلاعات بدست آمده بیشترین شرکت بیمارستانی ثبت شده در بازار سرمایه به ترتیب مربوط به تایلند با ۱۹ شرکت، ایالات متحده آمریکا با ۱۱ شرکت، هند ۱۰ شرکت و چین ۷ شرکت بیمارستانی می‌باشد. همچنین

### References

1. Savedoff, WD and et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*: 2012; 380: 924-932.
2. Preker, Alexander S and Harding, April. *Innovations in Health Service Delivery, The Corporatization of Public Hospitals*. s.l. : The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009.
3. Sadeghi, Naghmeh and Zare, Hossein . The effect of financing system on improvement of hospital performance. *Payesh*: 2009; 8(2): 135-145.
4. Sadaghiani, Ebrahim. *A Comparative Study of Hospital Administration Methods in Several Developed Countries and Iran*. s.l. : Research Center of the Iranian Parliament, 2004.
5. Barnum, H and Kutzin, J. *Public hospitals in developing countries*. Baltimore and London : Johns Hopkins University Press: 1993; p. 22.
6. World Health Organization, *District Health Systems, Division of Strengthening of Health Services, Measuring the performance of hospitals and health centres*. WHO/SHS/DHS/94.2. Montoya-Aguilar, C. 1994.
7. Jacobs, P and Rapoport, J. *The Economics of Health and Medical Care*. 5th. Maryland: Aspen Publishers: 2002; p. 56.
8. Pazouki, Mehdi and et al. *The Effect of Health Financing Methods at economics in Iran*. The fifth conference of the financing system in Iran: 2013
9. Reeves, A and et al. *Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries*. *The Lancet*: 2015; 386: p. 274.
10. *Build and Beyond. The (r)evolution of healthcare PPPs*. Health Research Institute: 2010: p. 44.
11. Aboulhallaje, M and et al. *Revenue sources of educational hospitals affiliated to Iranian Medical Universities (2007)*. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*: 2011; 13(3): 100.

12. Jahangard, Esfandiari and et al. Estimation of Health Production Function in Iran. *Financial Economics Quarterly*: 2013; 6(18) : 9-28.
13. Shailender, K Hooda. *Foreign investment in hospital sector in india, Trends, Pattern and Issues*. New Delhi : Institute for Studies in Industrial Development, April 2015; Working Paper 181.
14. *Learning Stock exchange, Step by Step*. Tehran Information Stock exchange company: 2017.
15. Heidari Orejlo, P, Vahdat, SH and Soltani , H. Presentation of Health Financing System Model with Emphasis on Structural, Contextual, Instrumental and Content Factors. *Journal of Healthcare Management*: 2020; 11(1).
16. Walt , G and Gilson, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*: 1994; 9(4): 353-70.
17. Kingdon , J. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York : HarperCollins: 1995.
18. Maher, A, Ahmadi, A and Gamnani, A. Identifying how to finance health systems in selected countries between 1998-2004 and presenting new health financing solutions. *Journal of Economic Research*: 2009; 8(1), :1-35.
19. Mehroolhassani , M and et al. Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. *Irje*: 2017; 12(5).
20. Nosrati, Mahdi and et al. Applying Public-Private Partnership Investment Model in Health: Assessment of Hospital Readiness in Iran. *J Manage Med Inform* : 2014; 1(2): 128-37.
21. Badinlo, M. Identifying Appropriate Structures for Hospital of Financing Project and Providing Optimal Method for Financing of Hospital Projects in Tehran, MSc Thesis: 2015.
22. Sadeghi, A, Bastani , P and Barati , O. Public-Private Partnership in the Development of Iranian Hospital Services: Lessons Learned from Experience. *J Mil Med*: 2018; 20(4): 371-381.
23. Ramamonjariavelo, Zo and et al. Public hospitals in financial distress: Is privatization a strategic choice? *Health Care Management Review*: 2015; 40(4): 337-347.
24. Behroozifar, M, Haji Mirzaei, M and Kokabi, S. Comparative study of power plant privatization in different countries and presenting a model for Iran. *Quarterly Journal of Energy Economics Studies*: 2016; 11 (46): 135-179.
25. Rahati, M and et al. Efficiency evaluation of listed hospital companies in the capital market: introducing a new hospital evaluating their efficiency; introducing a new hospital administration and financing. *International Transaction Journal of Engineering, Management, & Applied Sciences & Technologies*: 2020; 11(3).
26. Rahati, M. PhD Dissertation "Designing an Appropriate Financing Model for public hospitals". 2019.



# Hospital financing through the capital market; Explain the underlying factors in financing policy and its ordering

Iravan Masoudi Asl<sup>1</sup>, Masoud Aboulhallaje<sup>2</sup>, Meghdad Rahati<sup>3</sup> \*

Submitted: 2020.8.15

Accepted: 2020.12.24

## Abstract

**Background:** Hospital, as the largest and most important health system unit, has the highest costs. Governments cannot finance all of the costs of this sector, so reforms are inevitable. In this regard, researchers have explained the underlying factors in financing policy and its commanding.

**Materials & Methods:** This study is a descriptive study done by qualitatively and quantitatively method in 2019. The statistical population included experts from the health sector, the capital market, and the Social Security Organization. A **purposive sampling** method was used. Data collection tools were receipts and a semi-structured questionnaire for interviews. MAXQDA 11 software was used to analyze the interviews, and the Delphi technique was used for validation. Walt Gilson and Kingdon models were used for policy analysis and commanding.

**Results:** Underlying factors in policy-making and commanding the financing of hospitals from the capital market are macro-factors (governance and legal, political, social, and economic factors) and micro-factors (stewardship, financing, and technical factors). The financing problem stream of hospitals, the policy flow that includes public-private partnership models, and the political flow that began with sanctions open a window of opportunity to finance hospitals through the capital market.

**Conclusion:** Upstream documents and development plans allow the privatization of governmental organizations; therefore, in addition to government budgets and dedicated revenues, hospitals can use private-sector financing strategies. In the meantime, easy and inexpensive financing, transparency, and accountability are the capital market characteristics that introduce it as an appropriate strategy.

**Keywords:** hospital, financing, policy-making

---

<sup>1</sup> Associate professor in health services management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Associate professor in health services management, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Ph.D. in Health Services Management, Faculty of Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author) email: Mrahati90@yahoo.com

