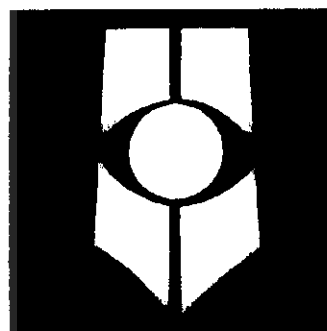




واکاوی

- بیمارستانهای نیمه تمام؛ جراحی یک زخم مزمن
- مناطق آزاد در ایران؛ از اندیشه تا عمل

پرتال جامع علوم انسانی





مدخل:

مرکز پژوهشها براساس یک برنامه سیستماتیک، می‌کوشد تا قوانین را پس از تصویب (بویژه آن دسته از قوانین که در مراحل تصویب، فرصت کافی برای ارزیابی آنها ممکن نبوده است) مورد واکاوی قرار می‌دهد.

در گزارش حاضر دو قانون را مورد واکاوی قرار داده‌ایم:

اول؛ قانون تکمیل بیمارستانهای نیمه‌تمام است که علی‌رغم گذشت زمانی نسبتاً طولانی از تصویب آن، هنوز به عنوان یک «مسأله» و «مشکل» خودنمایی می‌کند.

و دوم، قانون مناطق آزاد است که اخیراً از تصویب مجلس گذشته و از سوی یکی از کارشناسان مرکز مورد ارزیابی و نقد قرار گرفته است.

در این مقاله ضمن مروری بر پیشینه مناطق آزاد در ایران، تأکید شده است که فقدان مطالعات کافی در گذشته‌ها یا هدفگذاریهای گنگ و مبهم درباره مناطق آزاد در ایران، از آنها فقط ساختاری در خدمت توسعه واردات و گسترش دلالی به جای گذارده است. بخش دوم این مقاله که در شماره آینده چاپ خواهد شد، کارایی قانون نحوه اداره مناطق آزاد مورد سنجش قرار می‌گیرد.

نگاهی به ابعاد گوناگون قانون
تأمین کسری اعتبارات بیمارستانها

■ بیمارستانهای نیمه تمام؛ جراحی یک زخم مزمن

کار: گروه تحقیق
مسئول گروه: قربانعلی ابراهیمی

اشاره

هزینه میلیاردها تومان بودجه و تصویب دو لایحه قانونی تاکنون نتوانسته است به اجرای پروژه‌های ساخت و تکمیل طرحهای بیمارستانی - که طبق برنامه اول توسعه اجرای آن به وزارت مسکن و شهرسازی واگذار شده - جامه عمل بپوشاند.

مقاله حاضر ضمن بررسی علل قانونی و مالی عدم اجرای این طرحها، این نکته را مطرح می‌سازد که اطلاع کامل نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی از قابلیت‌های اجرایی وزارتخانه‌ها تا چه حد ضروری است. از سوی دیگر، مقاله تأکید دارد که تصویب بودجه و نظارت نمایندگان بر چگونگی اجرای مصوبات قانونی سهم بسزایی در جلوگیری از تکرار اینگونه مسائل خواهد داشت. گفتنی است که تکمیل طرحهای بیمارستانی در مجلس سوم و چهارم طی دو قانون مورد تأکید نمایندگان قرار گرفت. اما اجرای آنها چندان موفقیتی به دنبال نداشت و مشکل همچنان به قوت خود باقی است.

در این مقاله محاسبه شده که اتمام این طرحها بودجه هنگفتی (در حدود ۱۴۰ میلیارد تومان) می‌طلبد و از سوی دیگر تأکید شده است که با توجه به طول دوره ساخت بیمارستان در ایران (حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۵ سال)، غالب طرحهای بیمارستانی کشور براساس نقشه‌هایی غیر معتبر و با فاصله زمانی ۳۰ ساله از دنیا ساخته می‌شود.

مقاله حاضر، ضمن مروری بر کلیات، شکل و دستاوردهای دو مرحله تصویب قانونی، پیشنهاداتی را برای حل معضل ارائه داده است که به عنوان خطوط اولیه می‌تواند اساس یک مطالعه فراگیر و مشترک در دستگاههای دست‌اندرکار قرارگیرد. انشاءالله.

وزارت مسکن همزمان مجری ۶۵۰۰ تخت دیگر نیز بود که اینها عبارت بودند از: بیمارستانهای آموزشی به ظرفیت ۳۵۰۰ تخت، ساخت واحدهای درمانی به ظرفیت ۱۰۰۰ تخت در مناطق جنگ زده و اتمام بیمارستانهای ناتمام به ظرفیت ۲۰۰۰ تخت. از آنجا که نمایندگان مجلس وظیفه نظارت بر امور اجرایی کشور را نیز برعهده دارند به خاطر کندی کار اتمام طرحهای بیمارستانی، بطور مرتب پیگیر این طرحها بودند و حساسیت خاصی نسبت به اجرای آنها داشتند؛ زیرا حداقل بیش از هفتاد تن از نمایندگان منتخب مردم، از مناطقی بودند که طرحهای بیمارستانی در آن مناطق اجرا می شد.

۲- مشکل چگونه و از کجا آغاز می شود؟

حال که کار اجرای طرحهای بیمارستانی به کندی پیش می رود و حساسیت نمایندگان را برانگیخته است، این سؤال پیش می آید که آیا حساسیت نمایندگان و تصویب قوانین، تکرار بجا و منطقی است یا نه، حساسیتی است غیر منطقی و غیر واقعی و برخاسته از قصوری است که در تدوین برنامه اول توسعه پیش آمده است؟ حقیقت آن است که بخش بهداشت و درمان مملکت تنها یک متولی ندارد، و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یکی از بزرگترین آنهاست. در کنار این

۱- صورت مسئله

مسئله و مشکل عدم اجرای طرحهای بیمارستانی، که بخش اعظم آن مربوط به برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی ایران می شود، از آنجا شروع می شود که در سال ۶۸، ساخت چند بیمارستان به ظرفیت ۳۰۰۰ تخت بیمارستانی به وزارت مسکن و شهرسازی ابلاغ می شود - این در حالی است که هنوز برنامه اول توسعه تصویب نشده بود - در اواخر سال ۶۸، برنامه اول توسعه به تصویب مجلس شورای اسلامی می رسد. براساس این برنامه، می بایست چندین بیمارستان به ظرفیت ۵۰۰۰ تخت در چند شهر کشور ساخته شود. هنگامیکه نمایندگان مشغول بررسی و تصویب برنامه اول توسعه بودند، نپذیرفتند که پروژه ۳۰۰۰ تخت قبلی را جزء برنامه اول به حساب آورند و نظر اکثریت نمایندگان بر این شد که برنامه ۵۰۰۰ تخت بیمارستانی جدا از پروژه های ماقبل برنامه باشد.* از آنجا که مجری طرحهای ساختمانی کشور وزارت مسکن است، اجرای ۵۰۰۰ تخت برنامه اول هم به وزارت مسکن واگذار شد که با این حساب می توان گفت در سال ۶۹، وزارت مسکن و شهرسازی عهده دار ساخت چندین بیمارستان به ظرفیت ۸۰۰۰ تخت بود که در ۷۶ شهر کشور توزیع می شد. لازم به ذکر است که

وزارتخانه، سازمان تأمین اجتماعی، بنیاد شهید، بنیاد جانبازان و مستضعفان و بخش خصوصی نیز وجود دارند که هر کدام بخشی از مسؤلیت امور بهداشت و درمان را برعهده دارند. برای مثال؛ سازمان تأمین اجتماعی به تنهایی متولی درمان حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور است.

باتوجه به مراتب فوق، روشن است که ساختار متمرکزی بر بخش بهداشت و درمان کشور حاکم نیست و سیاست کلی دولت نیز بر اساس عدم تمرکز بخشهای اجرایی است. از این رو لازم بود در تدوین برنامه‌ها و سیاستهای درمان، نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی به نکته مذکور عنایت داشته باشند تا حداقل خللی در کار درمان بوجود نیاید.

هنگامی که نمایندگان مجلس در دوره سوم مشغول بررسی و تصویب برنامه اول توسعه بودند به این مسأله عنایت نداشته‌اند که بهداشت و درمان مملکت دارای ساختار متمرکزی نیست و نباید حجم عظیمی از کار را - که بسیار هزینه‌بر و پردردسر است - بر دوش دولت گذاشت.

نمایندگان به این دلیل که طرحهای بیمارستانی به مناطق محروم مربوط می‌شود و مسئله محرومیت زدایی و وظیفه دولت است - و به تصور آنان با اجرای پروژه‌های مذکور بخشی از محرومیت مناطق محروم زوده می‌شود - معتقد بودند که متولی طرحهای بیمارستانی باید دولت باشد.

مشکل دیگری که خود را به مرور زمان

نشان داد و نمایندگان محترم در هنگام تصویب برنامه اول به آن توجه نکرده بودند مسأله افزایش قیمتها بود. بدین شکل که هنگام تصویب برنامه، برای ساخت هر تخت بیمارستانی حدود ۱/۵ میلیون تومان هزینه در نظر گرفته بودند، حال آنکه امروز بر اساس برآورد کارشناسان، ایجاد هر تخت بیمارستانی به قیمت روز ۱۰ میلیون تومان هزینه دارد. یعنی حدوداً هفت برابر چیزی که در موقع تصویب برنامه مد نظر بوده است. اگر بر اساس قیمت ۱/۵ میلیون تومان محاسبه کنیم ایجاد ۸۰۰۰ تخت بیمارستانی، ۱۲ میلیارد تومان هزینه دربر خواهد داشت و اگر محاسبه بر اساس قیمت ۱۰ میلیون تومان برای هر تخت صورت گیرد اجرای این پروژه نیازمند ۸۰ میلیارد تومان بودجه است.

بنابراین ملاحظه می‌شود که عدم توجه به برخی فاکتورها در تصمیم‌گیریها، چه آثاری می‌تواند داشته باشد؛ آنهم بار مالی زیادی که تأمین آن از سوی دولت معمولاً مشکل است و کندی در اجرای کار، یا توقف در اجرای پروژه را بدنبال خواهد داشت.

قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها که شرح آن خواهد آمد با این ضرورت تصویب شد که مشکل کندی کار اجرای طرحهای بیمارستانی را برطرف سازد، اما با عنایت به محاسبه‌ای که اشاره شد، مشکل برطرف نشد، بلکه فقط برای مدتی مخفی ماند؛ مانند درد عضوی از بدن که با دارویی برای مدتی برطرف می‌شود ولی دوباره عود

در واقع، ساخت و تجهیز بیمارستانها کمی بیشتر از نصف کل اعتبار را جذب می‌کنند و می‌توان گفت طرحهای بیمارستانی موضوع اصلی این قانون است و در این مقاله هم عمدتاً مسأله طرحهای بیمارستانی و قانون مذکور مورد بحث قرار می‌گیرد.

۴- مروری بر آثار و پیامدهای اجرای قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها

قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها، طرح قانونی نمایندگان دوره سوم مجلس شورای اسلامی بوده است که در تاریخ ۷۱/۷/۲۶ از تصویب نمایندگان دوره چهارم مجلس شورای اسلامی نیز گذشت. این قانون، که به قول یکی از نمایندگان با مسامحه و فشارهای برخی از نمایندگان ذینفع به تصویب رسید، از قوانین قابل توجه برای مطالعه و ارزیابی است. چراکه این طرح قانونی اولاً در عین حالی که کمیسیونهای اصلی و فرعی، مخالف تصویب آن بودند به تصویب رسید و در ثانی، دو قانون برای طرحهای بیمارستانی وجود دارد که هر دو، طرح قانونی نمایندگان مجلس بوده است.

این قانون از آن رو برای مطالعه و ارزیابی انتخاب شده است که می‌خواستیم ببینیم، اشکال کار طرحهای بیمارستانی در کجاست. آیا مشکل برخاسته از نحوه عملکرد دستگاههای اجرایی متولی

می‌کند. قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها برای طرحهای بیمارستانی به مثابه یک قرص مسکن بوده است، حال آنکه قوانین مصوب عالیترین مرکز تصمیم‌گیری کشور، باید به مثابه اسلوب و روشی باشد که در ارتباط با موضوع، کاملاً راهگشا باشد.

۳- قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها

قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها ماده واحدی است که براساس آن دولت اجازه دارد مبلغ پنجاه میلیارد ریال از سازمان تأمین اجتماعی اخذ نموده و در موارد زیر هزینه نماید:

- ۱- حداقل مبلغ سی میلیارد ریال جهت تأمین کسری اعتبار بیمارستانها
 - ۲- حداکثر سه میلیارد ریال جهت طرح تکمیل و احداث و تجهیز یکصد دستگاه پایگاه اورژانس
 - ۳- حداکثر مبلغ هفت میلیارد ریال جهت تجهیز و توسعه مراکز بهداشتی و درمانی
 - ۴- حداکثر مبلغ ده میلیارد ریال جهت برنامه بیمه درمانی کارمندان دولت
- ملاحظه می‌شود که ۶۰ درصد اعتبار جدید به طرحهای بیمارستانی اختصاص می‌یابد و ۴۰ درصد باقیمانده صرف امور دیگری می‌شود.

وزارت مسکن و شهرسازی اظهار می‌داشت به راننده‌ای ۵۰۰۰ تومان انعام داده بودند و راننده با ناراحتی آن را پرت کرده و تهدید کرده است که دیگر برای آنها سیمان نخواهد آورد. این نکته نشان می‌دهد که انتظارات افراد با تغییر شرایط، تغییر می‌کند. بنابراین ملاحظه می‌شود افزایش سرسام آور قیمت‌ها حجم اعتبارات افزونتری که منطبق با واقعیات موجود باشد را می‌طلبد.

با توجه به مواردی که اشاره شد، روشن شده است که قانون مورد بحث در ارتباط با موضوع خودش، که طرح‌های بیمارستانی باشد، هدف را به درستی نشانه نرفته و صرفاً یک راه حل موقتی و تسکینی تلقی می‌شود. اما این امر مانع از آن نمی‌شود که محتوای قانون و تبعات آن مورد ارزیابی قرار گیرد. برای این منظور هر یک از بندهای این قانون مطرح و در هر مورد توضیحاتی ارائه می‌شود:

۱- براساس قانون، سازمان تأمین اجتماعی، شرکت سهامی داروپخش را تحویل گرفته و در مقابل ۵ میلیارد تومان پول به دولت داده است. براساس توافق به عمل آمده، قرار شد سازمان بورس اوراق بهادار تهران، شرکت داروپخش را بر اساس نرخهای واقعی قیمت گذاری نموده و به دولت اعلام کند و چنانچه سازمان بورس قیمتی بیشتر از ۵ میلیارد تومان را اعلام کرد، اضافه آن را سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بدهکاری دولت وصول کند. بر همین اساس، سازمان بورس قیمت

طرح‌های بیمارستانی است که اجرای این طرح‌ها با کندی مواجه شده‌اند و بدنبال آن مجلس با تصویب دو قانون، دو بار به یاری دستگاه‌های اجرایی شتافته تا موانع اجرای کار را از میان بردارد؟ یا اینکه خیر، مشکل حاضر به عدم لحاظ واقعیتهای موجود و آتی در اتخاذ تصمیمهای مربوط به طرح‌های بیمارستانی برمی‌گردد؟

در سال ۷۰، نمایندگان مجلس، قانونی را به تصویب رساندند که براساس آن ۲ میلیارد تومان اعتبار از سازمان تأمین اجتماعی اخذ و در مقابل، ۱۰ بیمارستان نیمه تمام و دو شرکت داروسازی به سازمان تأمین اجتماعی تحویل شد. این مشکل دوباره در سال ۷۱ عود کرد و باز نمایندگان مجلس با تصویب فروش شرکت سهامی داروپخش به سازمان تأمین اجتماعی، ۵ میلیارد تومان دیگر از آن سازمان بابت طرح‌های بیمارستانی و مسائل دیگر درمانی اخذ کرده‌اند. با این وجود، بر اساس شواهدی که موجود است و نظراتی که وزارت مسکن و شهرسازی - که مجری طرح‌های بیمارستانی است - اظهار می‌دارد، مشکل در جای خود باقی است. زیرا قیمت مصالح ساختمانی به شدت افزایش یافته است.

برای مثال؛ قیمت سیمان از ۴۰۰ تومان اکنون به بالای ۵۰۰۰ تومان و بیشتر می‌رسد. قیمت حمل یک بونکر سیمان از کرمان به زابل ۱۰/۰۰۰ تومان بوده حال آنکه راننده بونکر اکنون بالای ۵۰۰۰ تومان انعام می‌خواهد. در همین راستا، کارشناس

دارویی به بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی را تسهیل می‌کند.

ج - با اجرای این قانون و با انتقال شرکت سهامی داروپخش به سازمان تأمین اجتماعی، این شرکت از ورشکستگی نجات یافت. زیرا شرکت با تک‌نرخ شدن ارز، قدرت خرید مواد اولیه را از دست داده‌بود ولی سازمان تأمین اجتماعی با تزریق چند میلیارد تومان پول، خطر ورشکستگی شرکت را برطرف کرد. همچنین شرکت داروپخش، دارای سازمانی اداری - دولتی بود که با تغییر و تحول اخیر خوشبختانه ساختار اداری شرکت در حال تحول به سمت تمرکز زدایی است.

۲- با اجرای قانون، یک میلیارد تومان اعتبار برای برنامه بیمه کارمندان دولت اختصاص یافته است که این حرکت در شرایط انتقال سیاستهای اقتصادی مملکت امری لازم بود؛ زیرا کارمندان قشر عظیمی از اعضای جامعه را تشکیل می‌دهند که از وضعیت اقتصادی متوسطی برخوردارند و حقوق‌بگیر دولت محسوب می‌شوند. برای آنکه سلامت نظام اداری کشور و نیز سلامت نظام خانواده این قشر حفظ شود، دولت ناگزیر باید خدمات عمومی لازم را در اختیار آنان قرار دهد. بهداشت و درمان نیز از خدمات مهمی

شرکت داروپخش را ۵/۶ میلیارد تومان اعلام کرد و سازمان تأمین اجتماعی ۶۰۰ میلیون تومان باقیمانده را به عنوان طلب خود از سازمان دریافت نمود. در رابطه با مسأله مذکور چند نکته حائز اهمیت است:

الف - چرا دولت یا مجلس هر وقت دستشان در مسئله‌ای تنگ می‌شود از سازمان تأمین اجتماعی پول قرض می‌کنند؟ سرمایه‌های سازمان تأمین اجتماعی متعلق به بیمه شدگان است و قاعدتاً باید از سرمایه‌ها به نحوی استفاده شود که ارزش افزوده ایجاد کند، در حالیکه به نظر می‌رسد بخشی از سرمایه‌ها، بلوکه می‌شود و بازدهی لازم را از لحاظ اقتصادی ندارد. بنابراین لازم است سازمان تأمین اجتماعی سرمایه‌های موجود خویش را با یک برنامه حساب شده در جهت سرمایه‌گذاری کند که منفعت آن به صاحبان سرمایه برسد.

ب - سازمان تأمین اجتماعی ۵۶ میلیارد ریال از سرمایه‌های راکد خود را صرف سرمایه‌گذاری و تولید در زمینه صنعت دارو کرده است. گرچه در ابتدای کار به خاطر جابجایی و انتقالهای درونی شرکت، کمی از منابع هز می‌رود، اما این حرکت، هم برای صنعت داروسازی کشور بسیار سودمند است و هم کار ارائه خدمات

است که نیاز عمومی کارمندان به حساب می‌آید و تخصیص اعتبار جدید از سوی نمایندگان محترم، گام مهمی در این راستا محسوب می‌شود.

۳- توسعه و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی نیز از ضرورت‌های مبرم کشور است. اصولاً وجود چنین مراکزی که به کار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم می‌پردازد، باعث می‌شود نیازهای عمومی بهداشت، درمان و سلامت جسمی افراد تأمین شود. این مراکز که حلقه‌ای از سلسله مراتب نظام بهداشتی و درمانی کشور به حساب می‌آیند با خدماتی که ارائه می‌دهند نوعی کنترل روی انواع ناهنجاریها و بیماریهای فیزیکی و روانی افراد اعمال می‌نمایند. برای مثال، بهداشت و تنظیم خانواده در کشور ارتباط مستقیمی با فعالیت این مراکز دارد و خدمات برنامه‌ریزی شده این مراکز می‌تواند نقش بسیار مهمی در کنترل جمعیت داشته باشد.

۴- تکمیل، احداث و تجهیز یکصد پایگاه اورژانس در چندین شهر و منطقه کشور، از موضوعات دیگر این قانون است که ۳۰۰ میلیون تومان اعتبار به آن اختصاص یافته است. هنوز مناطقی در کشور وجود دارد که از نعمت خدمات پایگاههای اورژانس بی بهره‌اند و لازم است که نیاز مردم به خدمات درمانی اورژانس برطرف شود. مسبلغ تخصیص یافته در این قانون گام مثبتی است که نمایندگان محترم برداشته‌اند و

باید ادامه یابد.

۵- همانطور که قبلاً اشاره شد، موضوع اصلی قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها، تسریع در اجرای طرحهای بیمارستانی است. چنین نیت و حرکتی فی نفسه گام مثبتی است و نشان از عنایت خاص نمایندگان مجلس به حل مشکلات مردم دارد. اما این نکته را نباید فراموش کرد که برای رفع نیازها و انتظارات به حق مردم، باید سیاست و روشی را بکار بست که اولاً نیازهای مردم به طور طبیعی برطرف شود نه به اجبار و تحکم و ثانیاً، نباید به گونه‌ای عمل شود که سرمایه‌های ملی به جای آنکه در خدمت نافع ملی درازمدت باشند، به پای برنامه‌هایی ریخته شوند که بازدهی و ارزش افزوده لازم را ندارند و عملاً رادع راه‌حلهای منطقی در رفع نیازهای مشروع مردم شوند. در ارتباط با طرحهای بیمارستانی متأسفانه باید گفت که خوب عمل نشده است زیرا:

- نیازهای بهداشتی و درمانی مردم باید برطرف شود اما روش واحدی برای رفع نیازها وجود ندارد.

- تدوین برنامه‌های درمانی کشور باید بر اساس یک نظام درمانی جامع صورت گیرد زیرا، با ملاحظه نظام درمانی و اجزاء و عناصر آن است که پتانسیل و وظیفه هر عنصر مشخص می‌شود.

- در تدوین برنامه‌ها و تصویب قوانین باید واقع‌نگر و آینده‌نگر بود. اصل

برسد. تجربیات موفق دنیا، حداکثر دارای دوره پنج ساله است. وضعیت گذشته و حال ایران عکس قضیه مذکور است. طول دوره بیمارستان سازی در ایران حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۵ سال است. طرحهای بیمارستانی در حال اجرا نیز حداقل به ۱۰ سال زمان نیاز دارد. در گذشته نیز تجربه‌های ناموفق و پرسروصدا کم نبوده است؛ از جمله مشکل بیمارستان امام حسین (ع) تهران، در دوره خودش به مقامهای بالای مملکتی رسیده بود. بنابراین لازم است ایران از تجربه‌های موفق دنیا درس بگیرد و نگذارد سرمایه‌های ملی زمینگیر شود.

به نظر کارشناسان، غالب طرحهای بیمارستانی ایران براساس نقشه‌هایی ساخته می‌شوند که از اعتبار افتاده‌اند. به نظر کارشناسان، طرحهای بیمارستانی ایران حداقل ۳۰ سال از طرحهای بیمارستانی جدید دنیا عقب هستند.

به هر حال، اگر متغیر زمان را وارد قضیه بیمارستان سازی کنیم، دورماندن از دوره‌های زمانی معتبر باعث می‌شود اولاً بناهای موجود با تکنولوژی جدید درمان سازگاری نداشته باشد، ثانیاً طولانی شدن دوره ساخت سبب شود تأسیسات بکاررفته در طرحهای بیمارستانی از بین بروند، ثالثاً عمر مفید طرحهای بیمارستانی کاهش یابد.

اساسی در هر برنامه، شناخت امکانات و تعیین اولویتها است. برخورد آرمانی و ملاحظه منافع جزئی و خرد، راه به جایی ندارد. نظرات کارشناسان دستگاه‌های اجرایی درگیر در کار طرحهای بیمارستانی نشان می‌دهد، طرحهای بیمارستانی اساساً مسئله‌دار هستند و نباید با آن سطحی برخورد کرد، بلکه باید ماهیت مسأله را شناخت و یک راه حل منطقی که با واقعیات موجود منطبق باشد و مصالح عمومی جامعه را تأمین کند پیشنهاد کرد. زیرا اگر در اجرای طرحهای بیمارستانی همین روند فعلی ادامه یابد، تبعات و پیامدهای زیر را به دنبال خواهد داشت:

۱- با توجه به اینکه در اغلب پروژه‌ها کمتر از ۵۰ درصد کار ساخت انجام گرفته است، اتمام آنها بودجه هنگفتی را می‌طلبد. اگر هزینه هر تخت را ۱۰ میلیون تومان در نظر بگیریم حداقل ۴۰ میلیارد تومان اعتبار لازم است. در این رابطه، کارشناس وزارت مسکن اظهار داشته است که اتمام و بهره‌برداری از طرحهای بیمارستانی، نیاز به ۱۴۰ میلیارد تومان اعتبار دارد.

۲- مسئله دیگری که در طرحهای بیمارستانی مطرح است، مسئله مدت زمان دوره بیمارستان سازی است. به نظر کارشناسان، طرحهای بیمارستانی حداکثر باید ظرف ۵ سال به بهره‌برداری

۳- توان اجرایی مملکت در امر ساختمان سازی سقف مشخصی دارد و علاوه بر آن، پیمانکاران نیز تا سقف مشخصی می‌توانند طرحهای ساختمانی را بپذیرند؛ زیرا براساس مقررات سازمان برنامه تا زمانی که پیمانکاری طرحهای تعهد شده قبلی خود را تحویل ندهد، طرح جدیدی به او واگذار نخواهد شد، بنابراین اگر روند فعلی طرحهای بیمارستانی ادامه یابد، طبیعی خواهد بود که درصدی از توان اجرایی کشور در امر ساختمان سازی و به خصوص تاسیسات بیمارستانی، زمینگیر شود.

۴- پیامد ناخرسندی که به لحاظ اجتماعی می‌توان برای طرحهای بیمارستانی فعلی برشمرد این است که مناطقی که قرار است بر اساس برنامه توسعه از خدمات درمانی بهره‌مند شوند، چند سال دیرتر از زمانبندی برنامه توسعه به خدمات درمانی دست می‌یابند. از این رو، بر نمایندگان مجلس است که راه‌حل و روشی درست را برای تسریع و تکمیل طرحها پیشنهاد کنند تا مناطق محروم کشور بتوانند به خدمات درمانی لازم دست یابند.

۵- جمع بندی

مسأله قانون تأمین کسری اعتبار... با تأکید بر طرحهای بیمارستانی در این مقاله مورد بحث قرار گرفت. گفته شده قانونی که از تصویب نمایندگان مجلس می‌گذرد باید اسلوب و روشی را ارائه نماید که در رابطه با

موضوع خودش راه گشا باشد. اما به نظر می‌رسد که قانون تأمین کسری اعتبار بیمارستانها، این توان را ندارد که مشکل موضوع خودش را برطرف نماید؛ بنابراین ملاحظه می‌شود که دوبار قانونی در رابطه با موضوعی واحد از تصویب نمایندگان گذشته است ولی مشکل، هنوز هم سر جای خود باقی است. قانون مذکور علاوه بر طرحهای بیمارستانی، مسائل دیگری را نیز در برمی‌گرفت از جمله؛ تجهیز پایگاههای اورژانس، توسعه مراکز بهداشتی، درمانی و برنامه بیمه کارمندان دولت، که قانون از این ابعاد، نه تنها مشکلی نیافریده بلکه گامهای مثبتی نیز برداشته است.

پیام دیگری که قانون با خود دارد این است که با فروش شرکت داروپخش به سازمان تأمین اجتماعی، اولاً بیش از ۵ میلیارد تومان سرمایه‌های آن سازمان به سرمایه‌گذاری در صنعت دارو اختصاص یافته است. ثانیاً، سازمان تأمین اجتماعی به سمتی در حال حرکت است که هم در صنعت داروسازی کشور قطب بزرگی خواهد شد و هم نیازهای بیمه شدگان را برطرف خواهد کرد. ثالثاً، شرکت داروپخش که در حال ورشکستگی بود با کمکهای سازمان تأمین اجتماعی نجات یافته است.

با وجود اینکه براساس قانون، مبلغی اعتبار به طرحهای بیمارستانی اختصاص یافته است، اما اعتبار بسیار زیاد دیگری لازم است که در صورت وضعیت موجود تأمین شود. اما نکته در این است که چنین اعتباری که بالغ بر ۴۰ میلیارد تومان

کارشناسان دستگاه‌های ذریبط، و تلفیق داده‌ها و سوابق بوده است. سازمانها و افرادی که در تهیه این گزارش ما را یاری داده‌اند عبارتند از: آقایان؛ مهندس مجد آرا، عضو محترم کمیسیون برنامه و بودجه مجلس آقای دکتر شهرزاد، عضو محترم کمیسیون بهداری مجلس، آقای دکتر باقر لاریجانی، معاون محترم امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آقای کرباسیان مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی، آقای افخمی معاون اقتصادی و آقای ثابت مدیر عامل شرکت سرمایه گذاری سازمان تأمین اجتماعی، آقای جاویدان کارشناس وزارت مسکن و شهرسازی و آقایان ادیمی و پازوکی کارشناسان مدیریت بهداشت سازمان برنامه و بودجه.

□ □ □

می‌باشد که به راحتی قابل تأمین نیست. بنابراین، باید روشی را انتخاب نمود که هرچه سریعتر مشکل طرحهای بیمارستانی را برطرف نماید.

انتخاب روش و راه حل از لحاظ قانونی با نمایندگان مجلس و دستگاههای اجرایی است، لیکن در پایان این نوشتار راه حلی که به نظر می‌رسد عملی باشد پیشنهاد می‌شود تا انشاءالله مورد استفاده قرار گیرد:

۱- طرحهای بیمارستانی اولویت‌بندی شوند و براساس اولویتهای ۱ و ۲ و ۳ و... با آنها برخورد شود.

۲- براساس امکانات موجود در نظام درمانی کشور، طرحهای بیمارستانی بین عناصر مختلف این نظام یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، بنیاد شهید، بنیاد مستضعفان و جانبازان و دانشگاه آزاد توزیع شود و از محل اعتبارات واگذاری، طرحهایی که دولت متولی آنهاست، سریعاً تکمیل و تجهیز شوند.

*- روش تحقیق و جمع آوری اطلاعات در این مقاله بر اساس مطالعه مستن قانون و مراجعه به مدیران و