

Depiction of Health

2016; 7(2): 8-17

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Downsizing Strategies in Teaching Hospitals of Tabriz and Ardabil Cities

Yalda Mousazadeh*¹, Hossein Jabbari-Beirami²

Article Info:

Article History:

Received: 2016/05/04

Accepted: 2016/07/02

Published: 2016/09/20

Keywords:

- Hospital
- University of Medical Sciences
- Downsizing

Abstract

Background and objectives: In order to optimal use of resources and reducing costs, many countries use different strategies such as downsizing. Therefore, this study was implemented to evaluate different downsizing methods in teaching hospitals of Tabriz and Ardabil cities.

Material and Methods: This study was a descriptive study conducted in 2015 and 2016 in order to identify downsizing methods in teaching hospitals in Tabriz and Ardabil cities. A researcher-made questionnaire was used for data collection. Its content validity was approved by five university professors in health economic and health services management. SPSS v20 software and descriptive statistics were used for data analysis.

Results: Among 13 downsizing methods, 11 methods were used in Tabriz hospitals and 6 methods were used in Ardabil hospitals. Outsourcing and cooperation between hospitals were the most frequent methods. Cost reduction was the most important goal of downsizing. Also, performance evaluation was the most important control mechanism after downsizing.

Conclusion: The findings showed that the downsizing method especially outsourcing and cooperation have been used widely in teaching hospitals of Tabriz and Ardabil universities of medical sciences. It seems that precise planning, variety in applied methods and hospital circumstances are important factors in achieving the downsizing goals.

Citation: Mousazadeh Y, Jabbari-Beirami H. Downsizing Strategies in Teaching Hospitals of Tabriz and Ardabil Cities. *Depiction of Health* 2016; 7(2): 8-17.

1. PhD Student of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (**Email:** y.mousazadeh@yahoo.com)

2. Associate Professor of Social Medicine Department, Tabriz Health Services Management Research Center, Medicine Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.



استراتژی‌های کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تبریز و اردبیل

یلدا موسی زاده^{۱*}، حسین جباری بیرامی^۲

چکیده

زمینه: برای رویارویی با ناکارآمدی‌های سازمان‌های سلامت، بسیاری از کشورهای جهان استراتژی‌های متفاوتی از جمله کوچک سازی را در راستای استفاده بهینه از منابع و کاهش هزینه‌های بیمارستان به‌کار می‌گیرند. لذا این پژوهش با هدف بررسی انواع روش‌های مورد استفاده برای کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرهای تبریز و اردبیل طراحی و اجرا شده است.

روش‌کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می باشد که در سال‌های ۹۳ و ۹۴ به‌منظور شناسایی روش‌های کوچک‌سازی بیمارستان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرهای تبریز و اردبیل انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه و روش جمع آوری، پرسش از افراد مطلع بود. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی در زمینه مدیریت و اقتصاد سلامت تایید گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 20 و روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از مجموع ۱۳ روش کوچک سازی، در بیمارستان‌های شهر تبریز ۱۱ روش و در بیمارستان‌های اردبیل ۶ روش مورد استفاده قرار گرفته بود. واگذاری خدمات و همکاری بین بیمارستانی دو روشی بودند که بیشترین فراوانی را داشتند. کاهش هزینه بعنوان مهمترین هدف کوچک‌سازی و ارزیابی عملکرد مهمترین مکانیزم کنترلی پس از کوچک سازی مطرح شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاکی از آن است که روش‌های کوچک سازی به خصوص واگذاری و همکاری در بیمارستان‌های دانشگاهی دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و اردبیل بیشترین کاربرد را دارد. به نظر می رسد استفاده از این روش‌ها با برنامه ریزی دقیقتر، با ایجاد تنوع در روش‌های مورد استفاده و با در نظر گرفتن شرایط هر بیمارستان می تواند در دستیابی به اهداف تعیین شده موثرتر واقع گردد.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی، کوچک‌سازی

موسی‌زاده ی، جباری-بیرامی ح. استراتژی‌های کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تبریز و اردبیل. تصویر سلامت ۱۳۹۵؛ ۷(۲): ۸-۱۷

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (Email: y.mousazadeh@yahoo.com)

۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

۹۰ بیمارستان در آمریکا مابین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۵ (۱۰)، یکی کردن سه مرکز استرلیزاسیون منطقه‌ای به صورت یک مرکز مجهز در اطیش (۱۱) و برون‌سپاری بخش‌های مختلف بیمارستانی از ۱۳.۵ تا ۹۴.۶ درصد در تایوان. برون‌سپاری داروخانه‌ی بیمارستان فیروزگر تهران و بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت الله کاشانی (ره) اصفهان، ادغام بخش‌های درمانی (با خدمات مشابه) در بیمارستان بوعلی تهران، کوچک‌سازی آزمایشگاه‌های شبکه جامع تبریز با ادغام ۹ واحد در یک واحد اصلی نیز از جمله تجارب مربوط به کوچک‌سازی در داخل کشور می‌باشند (۱۷-۱۲).

با توجه به مطالعات مشاهده می‌شود که کوچک‌سازی فعالیت‌ی متداول در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف و در راستای کارآمد نمودن سازمان‌های ارائه دهنده خدمت علی‌الخصوص بیمارستان‌ها می‌باشد. هدف این استراتژی اجرا نمودن ابتکاراتی به‌منظور مدیریت هزینه‌های سازمان است. عدم توجه به مسأله کارایی و اتلاف منابع یکی از معضلات بیمارستان‌های کشور محسوب می‌شود (۴). بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های مختلف کوچک‌سازی بتواند به‌عنوان یکی از گزینه‌های مدنظر برای حل مشکلات بیمارستان‌های کشور مورد استفاده قرار گیرد. با این حال آمار و ارقامی در خصوص استفاده از استراتژی‌های کوچک‌سازی به‌منظور بررسی روند کنونی و اخذ تصمیمات احتمالی برای آینده در دست نیست. نظر به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص بررسی انواع روش‌های کوچک‌سازی مورد استفاده در بیمارستان‌ها انجام نشده است، لذا این پژوهش با هدف بررسی انواع روش‌های مورد استفاده برای کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرهای تبریز و اردبیل طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در سال‌های ۹۳ و ۹۴ انجام شده است. در گام نخست به منظور آگاهی از تجارب کوچک‌سازی در عرصه‌های بیمارستانی ایران و جهان بررسی متون انجام شد.

در مرحله بعد با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته که روایی محتوایی آن توسط ۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی در زمینه مدیریت و اقتصاد سلامت تأیید گردید. وضعیت بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهرهای تبریز و اردبیل، از نظر استفاده از روش‌های مختلف کوچک‌سازی بررسی گردید. پرسشنامه بر مبنای یافته‌های بررسی متون طراحی شده بود و شامل سه قسمت اصلی بود. قسمت اول شامل اطلاعاتی در خصوص بیمارستان مورد مطالعه از جمله نام بیمارستان، نوع فعالیت و تعداد تخت مصوب بود. قسمت دوم

هدف اصلی هر نظام سلامت عبارت است از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت؛ ولی علاوه بر این وظایف می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری (۱). نظام‌های سلامت در حال حاضر در محیطی با تغییرات سریع اقتصادی، اجتماعی و فنی در حال فعالیت هستند. این وضعیت آن‌ها را با مشکلات گوناگون در مقوله‌های مرتبط با عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی مواجه ساخته است (۱).

بیمارستان به‌عنوان مهم‌ترین و هزینه‌برترین سازمان بهداشتی و درمانی در رأس هرم تغییر و تحولات نظام سلامت قرار دارد. این سازمان به وسیله‌ی امکانات و تسهیلات ویژه‌ی خود در بازگشت سلامتی افراد بیمار جامعه، تحقیقات پزشکی و آموزش نیروهای مورد نیاز بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می‌کند (۲). بنابراین توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از ضروریات است (۳). صرف مبالغ بسیار هنگفت در احداث، نگهداری و یا بازسازی بیمارستان‌ها در سراسر جهان به ویژه کشورهای جهان سوم، همراه با شواهدی از عدم دستیابی به منافع مورد انتظار، بیانگر عدم توجه به مسأله کارایی است (۴و۵). مستندات نشان می‌دهند که بیمارستان‌های کشور ما نیز از بعضی جهات عملکرد پایینی داشته و علی‌رغم تأسیس روزافزون بیمارستان، میزان اشغال تخت بین ۷۵-۳۵ درصد و کمتر از استانداردهای جهانی (۸۵-۸۰ درصد) است (۶). به‌علاوه در بررسی عملکرد کلی نظام‌های سلامت دنیا رتبه‌ی ایران در دستیابی به اهداف، برابر ۱۴، در سطح سلامت ۹۳ و در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی ۵۸ می‌باشد که بیانگر ناکارآمدی قابل توجه است (۱).

برای رویارویی با ناکارآمدی‌ها، بسیاری از کشورهای جهان تغییرات مداومی را در نظام سلامت خود طراحی و اجرا می‌کنند (۱). یکی از این تغییرات استفاده از کوچک‌سازی (Downsizing) در بیمارستان است. کوچک‌سازی عبارت است از مجموعه فعالیت‌هایی که در جهت بهبود کارایی، بهره‌وری و رقابت‌پذیری (۷)، از سوی سازمان‌ها به‌صورت آگاهانه و از طرق مختلفی مانند کاهش تعداد کارکنان، ادغام بخش‌ها، دوایر و حتی سازمان‌ها و شرکت‌ها در همدیگر، کاهش هزینه‌های تولید، کاهش پست‌های کارکنان دائمی، مشارکت بخش خصوصی و به پیمانکاری دادن خدمات و فعالیت‌ها صورت می‌گیرد (۸).

اقدام به کوچک‌سازی در بسیاری از کشورهای جهان به طرق مختلف انجام شده است. از جمله کاهش ۴۷ درصدی تخت‌های بیمارستانی در فنلاند و کاهش ۱۰ درصدی در اروپای غربی، کاهش شاخص تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۱۴.۵ به ۶.۵ در مولداوی، کاهش ۵۲ درصدی تخت‌ها در قزاقستان (۹)، ادغام

مشکلات کوچک سازی و تصمیمات آینده برای کوچک سازی بود. برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگران با در دست داشتن پرسشنامه و با هماهنگی‌های قبلی و مجوزهای لازم در محل بیمارستان حضور یافته و به جمع‌آوری اطلاعات پرداختند. در جریان جمع‌آوری اطلاعات با افراد مطلع شامل مدیر و رئیس بیمارستان، کارشناس امور بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت، مسئول امور حقوقی، معاون اداری و مالی مصاحبه انجام شد. در جریان مصاحبه پس از تشریح موضوع مصاحبه، و اخذ رضایت، سوالات پرسشنامه از فرد پرسیده شده و پرسشنامه تکمیل می‌شد. داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS 20 و روش‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

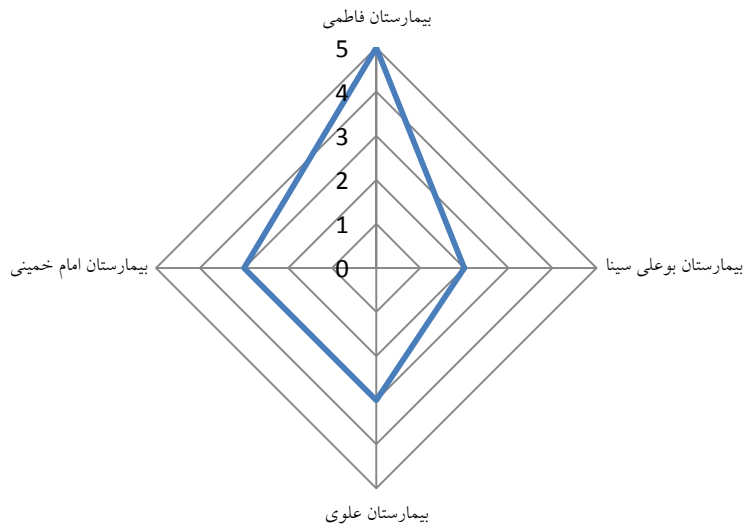
بیمارستان‌های مورد مطالعه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی) شامل ۱۱ بیمارستان در شهر تبریز و ۴ بیمارستان در شهر اردبیل بودند. اسامی و بعضی از مشخصه‌های این بیمارستان‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصه‌های مربوط به بیمارستان‌های تحت مطالعه

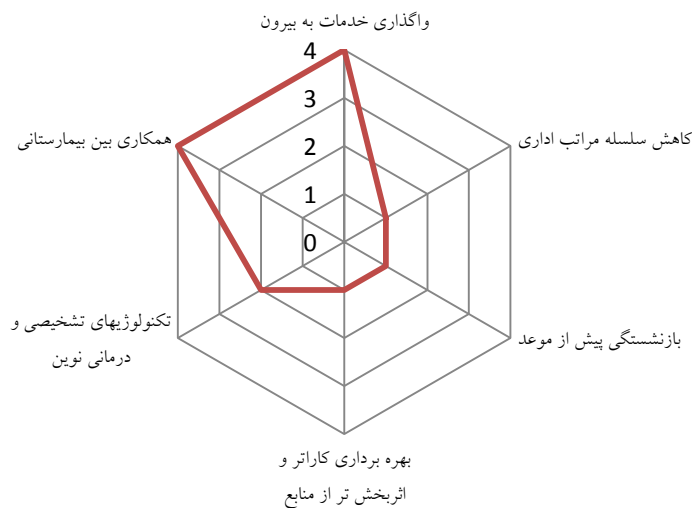
ردیف	نام بیمارستان	تخصصی	فوق تخصصی	عمومی	نوع تخصص	تخت‌های مصوب	شهر
۱	بیمارستان امام رضا (ع)	-	-	x	-	۶۷۲	تبریز
۲	بیمارستان شهید مدنی	x	x	-	جراحی قلب	۳۴۸	تبریز
۳	بیمارستان سینا	-	-	x	-	۳۹۸	تبریز
۴	بیمارستان علوی	x	-	-	چشم	۱۰۰	تبریز
۵	بیمارستان نیکوکاری	-	x	-	چشم	۸۲	تبریز
۶	بیمارستان باباباگی	x	-	-	پوست	۷۸	تبریز
۷	بیمارستان الزهرا	x	-	-	زنان و زایمان	۱۶۱	تبریز
۸	بیمارستان شهدا	x	-	-	ارتوپدی- مغز و اعصاب	۲۰۵	تبریز
۹	بیمارستان رازی	x	-	-	روان‌پزشکی	۶۵۰	تبریز
۱۰	بیمارستان طالقانی	-	-	x	-	۱۵۰	تبریز
۱۱	بیمارستان کودکان	x	x	-	کودکان- اطفال	۲۰۰	تبریز
۱۲	بیمارستان فاطمی	x	-	-	تروما	۱۲۰	اردبیل
۱۳	بیمارستان امام خمینی (ره)	x	x	-	قلب، داخلی، عفونی و...	۳۸۶	اردبیل
۱۴	بیمارستان علوی	x	-	-	زنان و زایمان	۱۲۰	اردبیل
۱۵	بیمارستان بوعلی سینا	x	-	-	اطفال	۱۳۰	اردبیل

بود. همکاری بین بیمارستانی شامل خدمات سرپایی و جراحی و ارائه خدمات تشخیصی مانند آزمایشگاه و رادیولوژی می‌شد. بازنشستگی پیش از موعد و استفاده کارتر و اثربخش تر از منابع نیز از جمله روش‌هایی بودند که در تمامی بخش‌های بیمارستان مورد استفاده قرار گرفته بودند. بیمارستان فاطمی با بکارگیری ۵ روش، بیشترین تعداد روش‌های کوچک سازی را بکار برده بود. فراوانی روش‌های مورد استفاده در نمودارهای ۱ و ۲ ارائه شده است.

در بیمارستان‌های شهر اردبیل از مجموع ۱۳ روش اشاره شده، ۶ روش مورد استفاده قرار گرفته بود. این ۶ روش شامل واگذاری خدمات به بیرون، همکاری بین بیمارستانی، تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی نوین، بهره برداری کارتر و اثربخش تر از منابع، بازنشستگی پیش از موعد و کاهش سلسله مراتب اداری می‌شد. واگذاری خدمات به بیرون بیشتر در خصوص خدمات تشخیصی و درمانی مانند رادیولوژی و آزمایشگاه و خدمات پرستاری و خدمات پشتیبانی مانند بوفه، آشپزخانه و خدمات مربوط به نظافت و پاکسازی اعمال شده



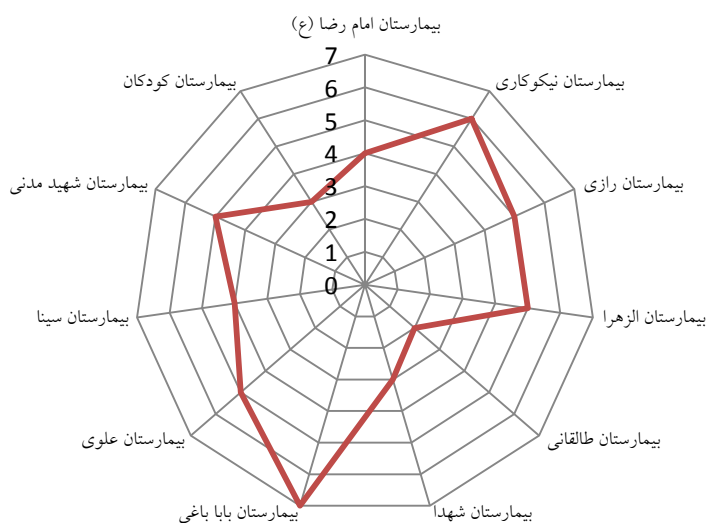
نمودار ۱. فراوانی روش‌های مورد استفاده به تفکیک بیمارستان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



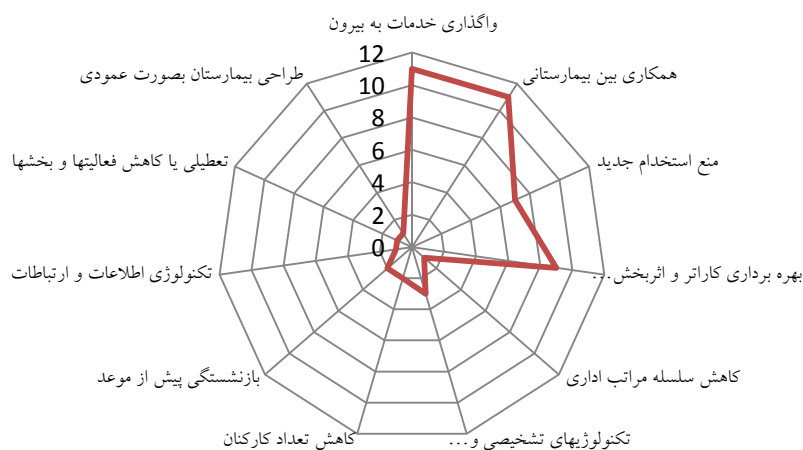
نمودار ۲. فراوانی هر یک از روش‌های مورد استفاده برای کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

موارد استفاده شامل خدمات مشاوره، دیالیز، کاخداری و امحای زیاله، خدمات پرستاری و خدمات سرپایی می شد. تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی نوین در آزمایشگاه به‌کار گرفته شده بود. در مواردی نیز کاهش سلسله مراتب اداری، ادغام بخش‌ها و خدمات پرستاری در منزل نیز مشاهده گردید. کاهش تعداد کارکنان، منع استخدام جدید، بازنشستگی پیش از موعد و بهره برداری کارآتر از منابع در تمامی بخش‌ها مورد استفاده قرار گرفته بود. بیمارستان باباباغی بیشترین و بیمارستان طالقانی کمترین استفاده از روش‌های کوچک سازی را در میان بیمارستان‌های دیگر داشت. فراوانی روش‌های مورد استفاده و تعداد بکارگیری روش‌های مختلف بر حسب بیمارستان در نمودارهای ۳ و ۴ ارائه شده است.

در بیمارستان‌های شهر تبریز از مجموع ۱۳ روش، ۱۱ روش کوچک سازی مورد استفاده قرار گرفته بود. این روش‌ها شامل واگذاری خدمات به بیرون، همکاری بین بیمارستانی، منع استخدام جدید، بهره‌برداری کارآتر و اثربخش تر از منابع، استفاده از تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی نوین، کاهش تعداد کارکنان، بازنشستگی پیش از موعد، کاهش سلسله مراتب اداری، تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات، کاهش تعداد کارکنان و کاهش یا تعطیلی بخش‌هایی از بیمارستان می شد. واگذاری خدمات بیشتر در خصوص خدمات نظافت، نقلیه، بوفه، آشپزخانه، خدمات پرستاری اعمال می شد. همکاری بین بیمارستانی در تمامی بخش‌ها مورد استفاده قرار گرفته بود. مهمترین



نمودار ۳. فراوانی روش‌های مورد استفاده به تفکیک بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز



نمودار ۴. فراوانی روش‌های مورد استفاده برای کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تبریز علاوه بر این هدف، جبران کمبود/تخصص کارکنان و افزایش کیفیت خدمات و در بیمارستان‌های شهر اردبیل تسریع در فعالیت‌ها و رضایت بیمار بیشترین فراوانی را داشتند. اهداف اشاره شده به تفکیک هر بیمارستان در جدول شماره ۲ اشاره شده است.

اهدافی که برای اقدام به کوچک‌سازی در پرسشنامه ذکر شده بود عبارت بودند از: کاهش هزینه، ایجاد انعطاف‌پذیری، جبران کمبود/تخصص کارکنان، تسریع در فعالیت‌ها، افزایش کیفیت خدمات، الزامات قانونی و رضایت بیمار. در بیمارستان‌های شهرهای تبریز و اردبیل کاهش هزینه به عنوان هدف مشترک برای کوچک‌سازی عنوان شده است. در بیمارستان‌های شهر

جدول ۲. اهداف کوچک‌سازی در بیمارستان‌های شهرهای تبریز و اردبیل

ردیف	بیمارستان	کاهش هزینه	ایجاد انعطاف‌پذیری	جبران/کمبود تخصص کارکنان	تسریع فعالیت‌ها	افزایش کیفیت خدمات	الزامات قانونی	رضایت بیمار	سایر
۱	بیمارستان امام رضا (ع)	*	-	-	*	*	-	-	-
۲	بیمارستان شهید مدنی	*	-	-	-	*	-	*	-
۳	بیمارستان سینا	*	-	*	*	-	-	-	-
۴	بیمارستان علوی	*	-	*	-	*	-	-	-
۵	بیمارستان نیکوکاری	*	*	-	*	*	*	*	-
۶	بیمارستان باباباگی	-	-	*	*	-	-	-	-
۷	بیمارستان الزهرا	*	-	*	*	*	*	*	رضایت پرسنل
۸	بیمارستان شهدا	*	-	*	-	-	-	-	-
۹	بیمارستان رازی	*	-	*	*	*	-	-	-
۱۰	بیمارستان طالقانی	*	-	*	-	-	-	-	-
۱۱	بیمارستان کودکان	*	-	*	*	-	-	-	-
۱۲	بیمارستان فاطمی	*	-	*	*	*	-	*	-
۱۳	بیمارستان امام خمینی (ره)	-	-	*	-	-	-	*	-
۱۴	بیمارستان علوی	*	-	-	*	-	-	*	-
۱۵	بیمارستان بوعلی سینا	*	-	-	*	-	-	*	-

عملکرد، بررسی درآمد-هزینه. از میان این سه فاکتور ارزیابی عملکرد به عنوان مهمترین فاکتور معرفی گردید. جدول شماره ۳ فراوانی استفاده از مکانیزم‌های یاد شده را نشان می‌دهد.

مکانیزم‌های کنترلی که در پرسشنامه مذکور برای برقراری و حفظ استانداردهای مورد نیاز در واحدهای کوچک‌سازی شده استفاده شده بود عبارت بودند از: میزان رضایت کارکنان، ارزیابی

جدول ۳. مکانیزم‌های کنترلی در واحدهای کوچک‌سازی شده

ردیف	بیمارستان	مکانیزم کنترلی		
		میزان رضایت کارکنان	ارزیابی عملکرد	بررسی درآمد-هزینه
۱	بیمارستان امام رضا (ع)	-	x	-
۲	بیمارستان شهید مدنی	-	x	-
۳	بیمارستان سینا	x	x	-
۴	بیمارستان علوی	-	x	ممیزی خارجی
۵	بیمارستان نیکوکاری	x	x	-
۶	بیمارستان باباباگی	-	x	-
۷	بیمارستان الزهرا	-	x	رعایت مفاد قرارداد
۸	بیمارستان شهدا	-	x	-
۹	بیمارستان رازی	-	x	-
۱۰	بیمارستان طالقانی	-	x	-
۱۱	بیمارستان کودکان	-	x	-
۱۲	بیمارستان فاطمی	-	x	-
۱۳	بیمارستان امام خمینی (ره)	-	x	-
۱۴	بیمارستان علوی	x	x	-
۱۵	بیمارستان بوعلی سینا	-	x	-

کاهش تعداد کارکنان، منع استخدام جدید و بازنشستگی پیش از موعد نیز از جمله دیگر روش‌های مورد استفاده برای کوچک سازی بیمارستان‌ها بود. کاهش تعداد کارکنان با توجه به اینکه بیشترین میزان بودجه‌ی بیمارستان به حقوق و دستمزد این افراد اختصاص دارد، یکی از عوامل کاهش هزینه‌های سازمان و یکی از متداول‌ترین روش‌های کوچک‌سازی به شمار می‌رود (۶). کولینس (Collins) و نوبل (Noble) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که کاهش تعداد کارکنان یک استراتژی برای مقابله با مشکلات اقتصادی است. در این مطالعه مشخص شد که بیمارستان کیتنچر-واترلو (Kitchener-Waterloo Hospital) کانادا در سال ۱۹۹۱ با کاهش ۵۰ موقعیت هم‌ارز مدیریتی و نظارتی توانست ۲ میلیون دلار صرفه‌جویی نماید (۲۰).

ادغام واحدها و بخش‌های بیمارستانی و کاهش سلسله مراتب اداری از دیگر روش‌های شناسایی شده به شمار می‌رود. در خصوص ادغام مطالعات انجام شده رابطه معنی‌داری در کاهش هزینه‌های نیروی انسانی، مواد و لوازم مصرفی، هزینه‌های جاری و عمومی بخش‌های بیمارستانی قبل و بعد از ادغام و افزایش قدرت خرید در نتیجه ذخیره‌ی پول، برای سازمان را نشان می‌دهند (۱۷ و ۲۱). بعضی از مطالعات به بررسی جنبه‌هایی مهمتر از مسائل مالی پرداخته‌اند. مطالعه ریچاردسن (Richardson) در خصوص یکی کردن آزمایشگاه‌های خصوصی و دولتی کانادا نشان داد که با وجود کاهش هزینه‌ها، با این‌که پیش‌بینی می‌شد که با ادغام نمودن کارها بهتر هماهنگ شود و کیفیت خدمت بهبود یابد ولی چون پست‌های نظارتی کاهش یافت هماهنگی لازم در امور مربوطه حاصل نشد و کیفیت خدمت بدون تغییر باقی ماند (۲۲). مطالعات دافلد (Duffield) و همکاران در استرالیا نیز نشان داد ادغام پست‌های پرستاری علی‌الخصوص پست‌های نظارتی ممکن است ایمنی بیماران را به خطر بیندازد (۲۳). با این وجود به‌منظور برون رفت سریع از بحران‌های مالی و حل معطل ضریب اشغال تخت پایین، ادغام در کوتاه مدت راه حل مناسبی برای به اشتراک گذاشتن منابع می‌باشد (۱۶ و ۱۷).

استفاده از تکنولوژی‌های جدید در مواردی چون نظافت محیط و همچنین انجام آزمایشات بکار گرفته شده بود. نتیجه طرح تحقیقاتی صدقیانی و همکارانش در خصوص کوچک سازی در بیمارستان‌های تهران نیز نشان داد که از تکنولوژی‌های نوین در راستای کوچک سازی استفاده شده است. از جمله ایجاد مراکز جدید غیرتهاجمی مانند سنگ شکن، لیزر تراپی و لاپراسکوپ در مراکز بیمارستانی غیر خصوصی (۸). اقدام به کوچک سازی در بیمارستان‌های شهرهای تبریز و اردبیل با برنامه ریزی قبلی و آموزش و نیز مشخص کردن هدف قبل از اجرا و ارزیابی عملکرد پس از اجرا همراه بود. نظارت ناکافی، موانع قانونی، منابع ناکافی انسانی و مالی و عدم همکاری پرسنل و مقاومتشان در برابر تغییر نیز از مشکلات مربوط به

اقدامات مربوط به قبل از کوچک‌سازی شامل بررسی وضعیت، نیازسنجی، زمان‌سنجی و آموزش بود. از طرفی در اقدام به کوچک سازی، تیم سازی مدنظر بوده و کمیته‌های بیمارستانی نیز فعال شدند. کاهش هزینه، افزایش سرعت خدمت‌رسانی، افزایش کیفیت خدمات و رضایت بیمار نیز مواردی بودند که در نظر گرفته شده بودند. نظارت ناکافی، موانع قانونی، منابع انسانی و مالی ناکافی و عدم همکاری پرسنل و مقاومتشان در برابر تغییر، از مشکلات مربوط به کوچک‌سازی معرفی شدند.

بحث

در بیمارستان‌های شهرهای تبریز و اردبیل روش‌های مختلف کوچک‌سازی مورد استفاده قرار گرفته بودند. دو روش واگذاری خدمات و همکاری بین بیمارستانی بیشترین فراوانی را داشتند. کاهش هزینه مهم‌ترین هدف کوچک‌سازی و ارزیابی عملکرد نیز به‌عنوان مهم‌ترین مکانیزم کنترلی بعد از پیاده‌سازی کوچک‌سازی محسوب می‌شد.

در بیمارستان‌های مورد مطالعه واگذاری خدمات در خصوص خدمات تشخیصی-درمانی و پشتیبانی به‌کار گرفته شده بود. در کشور ما اکثریت قریب به اتفاق بیمارستان‌های غیر خصوصی از طریق خرید خدمت نسبت به تأمین خدمات نگهداری و خدماتی خود مبادرت می‌نمایند. از آن جمله می‌توان به اجرای پایلوت برون‌سپاری در ۷ استان و ۴۰ بیمارستان اشاره نمود (۶) که نتایجی چون افزایش رضایت، بهبود فرایندها، تولید درآمد برای سازمان و کاهش هزینه‌ها را بدنبال داشته است (۴ و ۱۵).

واگذاری برخی از فعالیت‌های بیمارستانی، عقد قراردادهای طولانی‌مدت با ارائه کنندگان غیردولتی مثل واگذاری واحد نگهداری تجهیزات پزشکی در تایلند، خدمات مدیریتی در آفریقای جنوبی و خدمات تغذیه، رختشویی و نگهبانی در بمبئی، برنامه‌های کنترل مالاریا و تغذیه در سنگال و برنامه‌های بهداشت باروری در بنگلادش همراه با افزایش قابل توجه در خودگردانی و خصوصی‌سازی پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان، داروسازان و سایر کارکنان مراقبت‌سپاری سلامت در اروپای مرکزی و شرقی از موارد بارز کاهش تصدی‌گری دولتی در بخش بهداشت و درمان است (۱۸).

یافته‌های مطالعه جباری و همکارانش نشان داد استفاده از بخش‌های مشترک بیمارستانی به نفع بیمارستان است. به‌عنوان مثال بسیاری از فرایندهای آزمایشگاهی، پاتولوژی را می‌توان به کمک نمونه‌بردار و نمونه‌گیر مجرب در بیمارستان و با استفاده از توان آزمایشگاه مرکزی، انجام داد و علاوه بر صرفه‌جویی در منابع، حتی کیفیت کار را هم بهبود بخشید و رضایت بیشتر مراجعین را هم جلب کرد (۱۹).

استفاده از روش‌های مختلف کوچک‌سازی به دنبال مبارزه با این کاستی‌ها در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت عالی مخصوص بیمارستان‌ها هستند. در بیمارستان‌های مورد مطالعه روش‌های کوچک‌سازی مورد استفاده با تنوع کمتری مورد استفاده قرار گرفته بودند. به طوری که به عنوان مثال از تکنولوژی‌های نوین در تعداد محدودی از بیمارستان‌ها استفاده شده بود. به نظر می‌رسد که با برنامه‌ریزی دقیق‌تر، با در نظر گرفتن شرایط هر بیمارستان بتوان روش‌های متنوع‌تری را در دستیابی هرچه بیشتر به اهداف کارایی در بیمارستان‌ها به کار برد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضادی در منافع اظهار نمی‌کنند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود واجب می‌دانند از کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به سبب حمایت مالی و معنوی تقدیر و تشکر نمایند.

کوچک‌سازی معرفی شدند. یافته‌های مطالعه کازمیک و چانون (Kazemek and Channon) نشان داد، برای اجرای صحیح کوچک‌سازی نیاز است که یک مسیر سیستماتیک نه مرحله ای طی شود. این نه مرحله شامل تحلیل بهره‌وری در بخش‌های مختلف، ارزیابی خدمات انجام شده، ارزیابی سازمانی، مشخص نمودن برنامه‌ی کوچک‌سازی، توسعه‌ی برنامه‌ی ارتباطی، یکی کردن اهداف بهره‌وری با بودجه و سیستم‌های کنترل موقعیت، آموزش مدیران، بهبود مسئولیت‌پذیری مدیران و اجرای جلسات تیمی با حضور مدیران و کارکنان می‌شدند (۲۴).

کاهش هزینه به عنوان مهمترین هدف کوچک‌سازی در این مطالعه عنوان شده بود. کمرون (Cameron) اشاره می‌کند که کوچک‌سازی از سوی مدیریت سازمان به منظور افزایش کارایی، بهره‌وری و رقابت‌پذیری انجام می‌شود (۷). جودتی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود اشاره می‌کنند که هدف کوچک‌سازی سازمان افزایش توان آن در قبال تأمین نیازهای مشتری، توأم با تقلیل هزینه هاست (۲۵).

نتیجه‌گیری

ازدیاد هزینه و کمبود منابع، ارائه‌ی خدمات مطلوب به بیماران را با چالش جدی مواجه می‌سازد. کشورهای مختلف با

References

- Jabbari H. Decentralization in health system. 4th ed. Tabriz: Research deputy of Tabriz University of medical sciences; 2007: 5-8.
- Ebadifardazar F. Principle of management & planning of hospital. 1th ed. Tehran: Samt ; 2008. p. 76-7.
- Jacobs P. The economics of health and medical care. 1th ed. New York: Aspen Publishers; 1991. p. 90.
- Rechel B, Wright S, Edwards N. Investing in hospitals of the future. WHO Regional Office Europe; 2009.
- Fidler AH, Haslinger RR, Hofmarcher MM, Jesse M, Palu T. Incorporation of public hospitals: a "silver bullet" against t overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints?: Case studies from Austria and Estonia. Health polic. 2007; 81(2):328-38. PMID: 16919838.
- Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: The World Bank Group Human Development Sector Middle East and North Africa; 2007. Report No.: 39970 – IR.
- Cameron KS. Strategies for successful organizational downsizing. Hum Res Manag. 2006; 33(2):189-211. DOI: 10.1002/hrm.3930330204.
- Sadaghiani A. Final report of hospital units downsizing, research project's in Tehran province. Tehran: development functional management research's center in Iran; 2005.
- McKee M. Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned? : WHO Regional Office for Europe; 2004.
- Drunker, PF. Post capitalist society. 2th ed. New York: Harper Collins; 1993. p. 20.
- M.kemt RJ, Kersten N, M.Severjnen. Price Effects of Dutch Hospital Mergers: An Ex-post Assessment of Hip Surgery. De economics. 2012; 3(160): 237-55. JEL Classification: K21, K32, D49
- Nikolic LA, Maikisch P. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, an Overview with Case Studies from Recent European Experience: Health, Nutrition and Population, the World Bank; 2006.
- Hsiao CT, Pai JY, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research. BMC health serv res. 2009; 9(1):78.
- Torani S, Maleki M, Ghodosimoghadam S, Gohari M. Comperation of efficiency and effectiveness of Firoozgar hospital pharmacy before and after outsourcing. Health manag. 2009; 12(38):59-71.

15. Ferdosi M, Farahabadi M, Rejalian F, Haghghat M. Outsourcing of medical record unit services: case assessment Isfahan's kashani hospital. *Health inform manag.* 2010; (7):658-68.
16. Jabbari H, Bakhshian F, Jafari GA. The optimal management of resources in asadabadi's comprehensive network laboratory. *Resource management in hospital conference.* Tehran; 2002.
17. Tabibi J, Maleki M, Mirzaye A, Farshid P. Effect of hospital wards integration on current expenditure in Tehran boali hospital. *Health inform manag.* 2010; 4(4):490-5.
18. Jabbari beirami H. Decentralization in American, Asian and European countries and provide model for Iran. [Dissertation]. Tehran: Azad Islamic university; 2005.
19. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ.* 2003; 326(7395):905.
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7395.905>
20. Collins AL, Noble R. Hospital rightsizing: in line with long-term strategies and economic realities. *Healthc Manag Forum*; 1992: Elsevier. PMID: 10117139
21. Regenberg PB, Joyce MK, Moeller K, Ratner J. Surviving a merger: how four hospital libraries created a unified system. *J Med Lib Assoc.* 2002; 90(1):98. PMID: PMC64765
22. Richardson H. Laboratory medicine in Ontario: its downsizing and the consequences on quality. *Clinica chimica acta.* 1999; 290(1):57-72. PMID: 10585512
23. Duffield C, Kearin M, Johnston J, Leonard J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Aus j advanc nursing.* 2007; 24(4):42. PMID: 17682413
24. Kazemek EA, Channon BS. Nine steps to hospital downsizing. *Healthcare financial management. j Healthc Financ Manag Assoc.* 1988; 42(12):96, 8.
25. Jodati A, Jabbari H, Bakhshian F. Results of staff units downsizing in Iran health system network (Tabriz metro police experience). *Health Manag.* 2006; 9(23):51-8.