

کوچک‌سازی بیمارستان‌ها با استفاده از مکانیسم‌های ادغام و برون‌سپاری (بررسی دیدگاه متخصصین و مدیران دانشگاه علوم پزشکی تبریز) - یک مطالعه کیفی

حسین جباری بیرامی^۱ PhD، یلدا موسی زاده^۲ * MSC، علی جنتی^۳ PhD

^۱مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

اهداف: هدف این مطالعه بررسی نظرات صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد کوچک‌سازی بیمارستان‌ها با استفاده از مکانیسم‌های ادغام و برون‌سپاری است.

روش‌ها: این مطالعه کیفی طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز با مشارکت ۲۰ نفر از مدیران و صاحب‌نظران انجام شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شده است.

یافته‌ها: در مجموع پنج درون‌مایه اصلی و هجده زیرموضوع شناسایی گردید. درون‌مایه‌های اصلی شامل مفاهیم کوچک‌سازی، بستر و شرایط لازم برای کوچک‌سازی، جنبه‌های مختلف برون‌سپاری در بیمارستان‌ها، عوامل تعیین‌کننده‌ی ادغام درون و بین بیمارستانی و چالش‌های پیش‌روی کوچک‌سازی در ایران می‌شد.

نتیجه‌گیری: هدف از کوچک‌سازی، افزایش بهره‌وری و ارائه بهترین خدمت به بیمار است. لذا پیشنهاد می‌گردد قوانین مورد نیاز در این خصوص تدوین و حمایت مسئولین در سطح وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی جلب گردد.

کلیدواژه‌ها: مطالعه کیفی، بیمارستان، کوچک‌سازی، برون‌سپاری، ادغام

مقدمه

بیمارستان‌ها به عنوان مهمترین موسسات بهداشتی و درمانی [۱] نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته و عملکرد هماهنگ آنها با مجموعه‌ای از عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی منجر به تامین سلامت مردم می‌شود [۲]. از آنجا که این بخش مصرف کننده‌ی قسمت اعظم بودجه‌ی بهداشت و درمان هر کشور می‌باشد، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۳، ۴]. در حالیکه سالیانه مبالغ بسیار هنگفتی صرف احداث، نگهداری و یا بازسازی بیمارستان‌ها در سراسر جهان می‌گردد، با این حال شواهد مناسب از دستیابی به منافع مورد انتظار از هزینه‌های انجام شده محدود می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۸۹ و در آمریکا برآورد نمود که حدود ۴۰ درصد منابع در دسترس نظام سلامت تلف می‌شود و این نشان می‌دهد منابعی که می‌توان از طریق صرفه‌جویی حاصل از افزایش کارایی بدست آورد، بسیار قابل توجه می‌باشد [۴]. برای مثال گریس در مطالعه‌ی خود برآورد نمود که می‌توان با مدیریت صحیح فرآیندهای ناکارآمد حدود ۴۵ درصد در هزینه‌های جاری غیرپرستلی بیمارستان‌های دولتی صرفه‌جویی کرد [۵].

از طرف دیگر مدیران سازمان‌های سلامت بویژه بیمارستان‌ها همچنان در محیط‌های به سرعت در حال تحول با چالش‌های عدیده ناشی از رشد تکنولوژی، انفجار دانش، تقاضای فزاینده‌ی مشتریان و سیاست مداران، و تغییر سیمای بیماری‌ها مواجه بوده و در پاسخ به فشارهای فزاینده بخصوص کمبود منابع مالی و رسیدن به بهره‌وری بالا بدنبال یافتن راهکارهای جدیدی می‌باشند [۶]. برای رویارویی با این مشکلات بسیاری از کشورهای جهان تغییرات عمده و مداومی را در نظام سلامت خود طراحی و اجرا می‌کنند [۷]. استراتژی کوچک‌سازی سازمان یکی از این موارد است. سازمانهای مختلف و از جمله بیمارستان‌ها ممکن است استراتژی کوچک‌سازی را برای دستیابی به یک اندازه مناسب، بازسازی، تطبیق با پیشرفت‌های تکنولوژیکی، تخصص یافتن در فعالیت اصلی و مرکزی خود، انعطاف یافتن، کاهش هزینه‌ها، در عرصه‌ی رقابت ماندن، سرعت دادن به تصمیم‌گیری ها و اجرای سریع عقاید خود اعمال کنند [۸]. پدیده‌ی کوچک‌سازی در صنعت اتومبیل آمریکا و به دنبال بحران نفتی سال ۱۹۷۳ شروع شد [۸]. سیاست کوچک‌سازی در بیمارستان‌ها بعنوان یک پدیده‌ی اجتناب ناپذیر [۹] بوسیله استراتژیهای مختلفی تعقیب می‌شود. بعضی از این استراتژیها عبارتند از: کاهش تعداد تختها، کاهش تعداد پرسنل، ادغام بخشها و واحدهای بیمارستانی، استفاده از توان بخش خصوصی و...

سیاست کاهش تعداد تخت‌ها در راستای کوچک‌سازی بعنوان عاملی که باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها و بوجود آمدن پس‌انداز برای بیمارستان‌ها می‌شود، توسط بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است. بعنوان مثال این کاهش در کشور کانادا

و در سالهای ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ باعث شد که رشد سالانه‌ی هزینه‌ها منفی شود (۲/۴٪-) [۱۰]. کیفیت خدمت نیز تحت تاثیر استفاده از تکنیک‌های کوچک‌سازی قرار گرفت. در مورد کاهش تخت‌های بستری روانی نتایج بسیار جالب بود، بطوری که در استرالیا تا ۳۶٪ درصد، باعث افزایش تعداد درمان افسردگی نسبت به مواردی که بستری می‌شدند، گردید [۱۱]. در مورد کاهش نرخ خودکشی در میان بیماران روانی نتایج متناقض بود، بطوری که در بعضی موارد بدون تغییر و در موارد دیگر کاهش یافت [۱۱] و [۱۲]. در آمریکا سیاست کوچک‌سازی در مورد کارکنان تیم‌های درمان درون سیاهرگی کنترل عفونت، و... انجام شد، بدین صورت که مدیران اجرایی هزینه‌های اضافی ناشی از وجود این تیم‌ها را به اثبات رساندند. چون اقامت بیماران در بیمارستان برای استفاده از این خدمات نه تنها جان بیماران را به خطر می‌انداخت، بلکه باعث شکایت و دریافت غرامت به بازماندگان این بیماران نیز می‌شد [۱۳]. در بسیاری از کشورها کوچک‌سازی با کاهش تعداد کارکنان تمام وقت و گرایش به استخدام نیروهای پاره وقت همراه بوده است. تایوان از جمله تعقیب‌کنندگان این سیاست از سال ۱۹۸۰ است [۱۴].

برون سپاری بعنوان یکی از راه‌های اصلاحات نظام سلامت عنوان شده است [۱۵]. در یک بررسی در هند در رابطه با بیمارستان‌هایی که برون سپاری انجام داده بودند و بیمارستان‌هایی که از این روش بهره نبرده بودند، مشخص شد که با استفاده از برون سپاری هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم در حدود ۴۰ درصد کاهش داشته است [۱۶]. در مطالعه‌ی تورانی و همکاران به تجربه‌ی واگذاری داروخانه در بیمارستان فیروزگر تهران پرداخته شده است. در نتیجه این واگذاری در هزینه‌های پرستلی و خرید دارو صرفه‌جویی و مبالغی از دریافت اجاره بهای محل داروخانه عاید بیمارستان شد. رضایت بخش‌های درمانی از فعالیت‌های داروخانه نیز افزایش یافت [۱۷].

رجنبرگ و همکاران در مورد تاثیرات ناشی از ادغام در سال ۲۰۰۲ نشان دادند، که در نتیجه‌ی ادغام سه کتابخانه‌ی بیمارستانی و کتابخانه‌ی دانشکده‌ی پرستاری در نیوجرسی، قدرت خرید این مراکز افزایش یافت، بعلاوه دسترسی به اطلاعات سلامت بهبود یافت [۱۸]. در مطالعه‌ی طبیعی و همکاران نیز تاثیر ادغام بخش‌های بستری بیمارستانی در یکدیگر مورد بررسی قرار گرفت، که نتایج حاکی از کاهش معنادار در هزینه‌های نیروی انسانی، مواد و لوازم مصرفی، هزینه‌های جاری و عمومی بخش‌های بیمارستانی قبل و بعد از ادغام بود [۵]. کوچک‌سازی گاهی اوقات با استفاده از ترکیبی از روش‌ها صورت می‌گیرد. بعنوان مثال *دونیگان* و *پولاک* اشاره کردند که در اسکاتلند کاهش ۲۴ درصدی در تعداد تخت‌های مراقبت حاد، همراه با سیاست استفاده از توان بخش خصوصی و مشارکت جامعه بوده است [۱۹]. در گزارش (OIG) Office of the Inspector General (Behavioral Health and Developmental Services)

دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکیل و توسط سه نفر شامل هماهنگ کننده، کاتب و مشاهده گر اداره گردید. هر بحث گروهی متمرکز به طور میانگین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بطول انجامید.

در ابتدای هر جلسه پس از معارفه جهت آشنایی اجرا کنندگان و شرکت کنندگان، توضیحات لازم درباره نحوه برگزاری بحث گروهی متمرکز ارائه و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد، که اطلاعات ارائه شده از طرف آنها کاملاً محرمانه خواهد بود. در طول برگزاری جلسات، سوالات توسط هماهنگ کننده از شرکت کنندگان پرسیده شده توسط کاتب یادداشت و بوسیله دستگاه ضبط صدا، ضبط می‌شد. هماهنگ کننده، همچنین سعی می‌کرد کلیه شرکت کنندگان را مدنظر قرار دهد و افرادی را که کمتر در بحث‌ها شرکت می‌کردند، مشارکت دهد. برای افزایش قوام و درستی داده‌ها از روش بازبینی توسط شرکت کنندگان استفاده گردید. روند بازبینی بدین ترتیب بود، که محقق خلاصه‌ای از یادداشت‌ها و برداشتهای خود را برای اظهار نظر به شرکت کنندگان برمی‌گرداند و بعد از پیاده سازی مطالب ضبط شده بصورت نوشتاری و کلمه به کلمه با کمک تحلیل محتوا اقدام به تجزیه و تحلیل مطالب گردید. روند تحلیل بدین صورت بود که بعد از پیاده سازی مطالب و چندین بار تطبیق با مطالب ضبط شده، ادغام با مطالب نوشته شده حین جلسات و در نهایت تسلط کامل بر مطالب، زیرموضوع‌ها (تمها) شناسایی و استخراج شدند. برای هر کدام از زیرموضوع‌ها یک نشان اختصاری انتخاب و مطالب مرتبط براساس آن دسته بندی و شناسایی شدند و در گام بعدی تمامی زیرموضوع‌ها جمع آوری و بصورت گروه‌های اصلی دسته بندی شدند، که برای این منظور زیرموضوع‌ها براساس ارتباط منطقی و موضوعی با یکدیگر در دسته‌های یکسان قرار گرفتند. از دو نفر از شرکت کنندگان در مباحث نیز درخواست شد که صحت و دقت روش کدگذاری را تایید کنند و پس از بحث با آنها تغییرات مختصری صورت گرفت. به منظور رعایت مسائل اخلاقی شرکت در مطالعه به صورت اختیاری بود و علاوه بر تکمیل فرم رضایت آگاهانه در ابتدای هر جلسه برای ضبط صدا نیز اجازه گرفته می‌شد و محرمانه بودن اطلاعات تضمین شده بود. همچنین برای بیان دقیق گفته‌های شرکت کنندگان به جای اسامی افراد از کد استفاده گردید.

نتایج

در مطالعه‌ی حاضر در مجموع سه جلسه بحث گروهی با حضور ۲۰ نفر شرکت کننده برگزار گردید. مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه و استخراج موضوع‌ها، پنج درون مایه‌ی اصلی حاصل شد که شامل مفاهیم کوچک سازی، بستر و شرایط لازم برای کوچک‌سازی، جنبه‌های مختلف برون‌سپاری در بیمارستان‌ها، عوامل تعیین کننده‌ی ادغام درون و بین بیمارستانی و چالش‌های پیش روی کوچک‌سازی (از طریق

آمریکا، کاهش تعداد تخت‌های بیماراران روانی، با استفاده از توان بخش خصوصی، در درمان و مراقبت موارد ساده تر همراه بوده است [۲۰].

امروزه کوچک‌سازی سازمان‌ها به عنوان راهکاری شایع و روبه‌تزیاد در سراسر جهان درآمده است [۶]، و می‌توان آن را استراتژی مناسبی برای بخش‌های مختلف بیمارستانی در کشور در بستر موجود پیش آمده از ناحیه تلاش دولت در اجرای گسترده‌ی اصل ۴۴ قانون اساسی و متون برنامه‌های ملی توسعه چهارم و پنجم قلمداد نمود [۲۱]. با این وجود بکارگیری هر مکانیزم جدید در نظام سلامت نیازمند بررسی و تطبیق با شرایط محلی بوده و چنین اصلاحاتی نمی‌توانند از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه‌ای تبعیت کند [۲۲]. لذا در این پژوهش به بررسی دیدگاه افراد صاحب نظر در مورد مفاهیم و علل کوچک سازی و ادغام و برون سپاری (بعنوان دو روش کوچک سازی)، شناسایی واحدهای قابل برون سپاری و قابل ادغام و چالش‌های پیش روی کوچک سازی پرداخته شده است.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه کیفی و از نوع پدیدار شناسی تفسیری است. پدیدارشناسی تفسیری به بررسی معانی و روابط دانش و زمینه‌ی آن با یکدیگر می‌پردازد و اساساً عبارت است از تفسیر پدیده‌هایی که بصورت نوشته درآمده‌اند [۲۳]. روش جمع آوری داده‌ها در بحث گروهی متمرکز (FGD) می‌باشد. دلیل استفاده از بحث گروهی متمرکز این بود، که پویایی گروه بر کمیت و کیفیت اطلاعات بیافزاید [۲۳]. زمان انجام مطالعه در سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۱ بود. بطوری که هر ماه یک بحث گروهی برگزار گردید. هدف مطالعه، بررسی مقوله‌ی کوچک‌سازی (- شناسایی واحدهای بیمارستانی قابل برون‌سپاری و قابل ادغام) مطابق دیدگاه افراد صاحب نظر بود.

جمعیت هدف این مطالعه و در حقیقت افراد صاحب نظر را مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ارشد امور بیمارستانی، معاونت‌های درمان و پشتیبانی دانشگاه، اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجویان مقطع دکترای رشته فوق، و اساتید مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل می‌دادند که بیش از یک‌سال سابقه کار، تحصیلات مرتبط در زمینه بهداشت و درمان و از همه مهمتر تجربه علمی و اجرایی واگذاری امور به بخش غیر دولتی و ادغام فعالیت‌ها را در واحد خود داشتند. انتخاب این افراد به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که به صورت نمونه‌گیری تئوریک ادامه یافت. در نمونه‌گیری تئوریک انتخاب هر شرکت‌کننده بستگی به داده‌های جمع آوری شده از شرکت کنندگان قبلی دارد [۲۳]. نمونه‌گیری تا زمان اشباع اطلاعات ادامه پیدا کرد. در مجموع سه جلسه بحث گروهی متمرکز برگزار شد و ۲۰ نفر در این مباحث شرکت نمودند. جلسات در گروه پزشکی اجتماعی واقع در دانشکده پزشکی

مشکلات پیش روی کوچک‌سازی می‌شود. به منظور توصیف جامع‌تر درون‌مایه‌های این مطالعه، هر کدام به طور مجزا شرح داده می‌شوند. بعلاوه دسته‌بندی کلی درون‌مایه‌های اصلی و فرعی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

برون‌سپاری و ادغام) در ایران می‌شد. این پنج درون‌مایه در کل شامل هجده زیر موضوع می‌شوند. مسائل اصلی مطرح شده توسط شرکت کنندگان در مباحث گروهی شامل شرایط لازم برای تحقق کوچک‌سازی، اشاره به تجارب موفق کوچک‌سازی و

جدول ۱. مشخصات شرکت کنندگان در بحث‌های گروهی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	۳	۱۵
مذکر	۱۷	۸۵
سن	۳	۱۵
بین ۲۰ تا ۲۹	۴	۲۰
بین ۳۰ تا ۳۹	۱۲	۶۰
بین ۴۰ تا ۴۹	۱	۵
۵۰ و بالاتر	۵	۲۵
رشته تخصصی	۱۰	۵۰
مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۵	۲۵
پزشک عمومی	۵	۲۵
پرستار		

جدول ۲. درون‌مایه‌های اصلی و زیر موضوعات فرعی

زیر موضوع	درون‌مایه
تعریف کلی کوچک‌سازی	مفاهیم کوچک‌سازی
تعریف کوچک‌سازی در سطح کلان	
اهداف و نتایج کوچک‌سازی	
مقررات و الزامات قانونی در مورد کوچک‌سازی	بستر و شرایط لازم برای کوچک‌سازی
پیش‌زمینه‌های سازمانی لازم برای انجام کوچک‌سازی	
تعریف قیمت بسته خدمت	
الزامات لازم برای اجرایی شدن برون‌سپاری	جنبه‌های مختلف برون‌سپاری در بیمارستان‌ها
واگذاری امور حاکمیتی	
برون‌سپاری، کاهش هزینه و کسب سود	
تجارب موفق برون‌سپاری	
ادغام بواسطه بعد مسافت	عوامل تعیین‌کننده‌ی ادغام درون و بین بیمارستانی
ادغام بعلت گسترش تکنولوژی	
ادغام بعلت اورژانسی نبودن خدمات	
ادغام از طریق حذف موقعیتهای شغلی	
ضعف در قوانین و مقررات	چالشها و مشکلات پیش روی کوچک‌سازی
تفاوت تعرفه‌ها در بخش خصوصی و دولتی	در ایران
نبود دید فرا بخشی در مدیران	
سرپوش گذاشتن برضعفها با بکار بردن روشهای کوچک‌سازی	

بیشتر است. و زمانی اتفاق می‌افتد که خدماتی که قبلاً ارائه می‌شده با منابع کمتری ارائه گردد. کوچک‌سازی به نوعی گرفتن حداکثر خدمت با صرف کمترین هزینه است و به اشکال مختلفی اتفاق می‌افتد که عبارتند از: حذف شغل، ادغام واحدها و پست‌های سازمانی، دادن برخی مسئولیت‌ها به بخش خصوصی، کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی و استفاده از تکنولوژی‌های جدیدی است که باعث کاهش تعداد نیروی انسانی می‌شود. در تعریف کوچک‌سازی نفر چهارم در بحث گروهی اول بیان کرده است:

موضوع ۱: مفاهیم کوچک‌سازی: یکی از مضامین اصلی که در طی بحث‌ها بدان پرداخته شد، مفاهیم مربوط به کوچک‌سازی بود که شامل تعاریف و اهداف کوچک‌سازی می‌شد. به نظر شرکت‌کننده اول در بحث گروهی اول:

"اصطلاحات و تعاریف بسیاری در مورد کوچک‌سازی و سایر پدیده‌ها در جهان ارائه شده اما این اصطلاحات باید با استفاده از نظرات متخصصین و موقعیت و شرایط کشور تعریف و بومی سازی شوند."

الف: تعریف کلی کوچک‌سازی: به عقیده افراد شرکت‌کننده در مطالعه، کوچک‌سازی حذف خدمات زاید و موازی برای بهره‌وری

مرتبط با کوچک سازی هستند اما هنوز هم نیاز به تعریف قوانین مربوط بخصوص در رابطه با بهداشت و درمان بسیار احساس می شود. از جمله قوانین مورد نیاز که در طی مباحث گروهی مکرر بدان اشاره شد، قوانین مربوط به نظارت بر بخش خصوصی بود. در همین رابطه شرکت کننده سوم در بحث گروهی اول اشاره کرده است که:

" قوانین و مقررات سنگ زیربنای شروع کوچک سازی هستند. "
ب: پیش زمینه های سازمانی لازم برای انجام کوچک سازی:

در کوچک سازی باید ضرورت آن تایید شود و در حقیقت اقدام به کوچک سازی باید ارتقا دهنده کمی و کیفی خدمات باشد. در مورد اجرایی نمودن کوچک سازی در یک بیمارستان، باید امکانات آن مد نظر باشد. به علاوه شرایط بیمارستان از نظر آموزشی و غیر آموزشی بودن، ارجاعی بودن، منحصر بفرد بودن، میزان مراجعه ی مردم و رضایت آنها و... باید بررسی شود. بسیاری از شرکت کنندگان در مباحث اعتقاد داشتند ماهیت خدمات باید از قبل مشخص و این خدمات ریز شوند، این امر سبب تصمیم گیری صحیح در مورد انتخاب نوع روش کوچک سازی می گردد. برای اقدام به کوچک سازی باید ریسک پذیر بود و در آن سرمایه گذاری نمود. در این خصوص شرکت کننده ی چهارم در بحث گروهی اول اشاره کرد:

" شاید اقدام به کوچک سازی در کوتاه مدت باعث ضرر و زیان شود ولی در دراز مدت بسیار کم هزینه است و در حقیقت نوعی سرمایه گذاری به شمار می رود "

ج: تعریف قیمت بسته خدمت: برای استفاده از سیاست های مختلف در ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی بهتر است قیمت بسته ی خدمت تعریف شود. این مساله سبب می شود که از بین روش های مختلفی که برای ارائه خدمات وجود دارد، بهترین و به صرفه ترین روش انتخاب گردد. شرکت کنندگان تاکید داشتند، این در صورتی است که آن حداقل خدمتی که باید ارائه می شد، ارائه شده و حتی بهبود نیز حاصل گردد. در خصوص تعریف قیمت بسته ی خدمت شرکت کننده ی ششم در بحث گروهی اول چنین نظر می دهد:

" همان طور که در مقالات مختلف اشاره شده، از طریق مدیریت صحیح بر منابع می توان ۳۰ تا ۴۰ درصد در منابع صرفه جویی کرد، تعریف قیمت بسته ی خدمت یکی از روشهای مدیریت صحیح بر منابع است "

شرکت کننده ی سوم در بحث گروهی اول اظهار می کند:
" زمانی که قیمت بسته خدمت مشخص نیست، در انتخاب روش کوچک سازی محدودیت ایجاد می شود، مثلا می ترسیم برون سپاری را در مورد خدمات بالینی بکار ببریم . "

موضوع ۳: جنبه های مختلف برون سپاری در بیمارستان ها:
از الزامات روش های کوچک سازی به شیوه برون سپاری وجود و استفاده از بخش خصوصی توانمند و علاقه مند است که به اشکال

" کوچک سازی یعنی همون خدماتی را که قبلا ارائه می دادیم ، ارائه بدیم ولی با حذف خدمات زاید و تکراری و صرف منابع کمتر "

تعریف شرکت کننده اول در بحث گروهی سوم:

" چون بیشترین بودجه صرف نیروی انسانی سازمان می شود پس کوچک سازی یعنی کاهش نیروی انسانی "

تعریف شرکت کننده دوم در بحث گروهی اول:
" کوچک سازی یعنی دادن مسئولیت های بیشتر به واحدهای اجرایی و حذف سطوح مدیریتی "

ب: تعریف کوچک سازی در سطح کلان
در سطح کلان، دولت با انجام برخی اقدامات از جمله ادغام وزارتخانه ها و سازمان ها و برون سپاری در راستای کوچک سازی گام برمی دارد. مطابق نظر شرکت کنندگان در مطالعه، دولت با استفاده از سیاست کوچک سازی درصدد است به جای امور اجرایی، بیشتر به امور نظارتی، قانون گذاری و سیاست گذاری که از وظایف اصلی اش می باشد بپردازد. در این رابطه شرکت کننده پنجم در بحث گروهی اول اشاره کرده است:

" با استفاده از کوچک سازی دولت کارهای اجرایی و وقت گیر را از بدنه خود حذف و بیشتر به امور نظارت و تولید نظام که از وظایف اصلی اش است می پردازد. "

ج: اهداف و نتایج کوچک سازی
در عرصه بهداشت و درمان کوچک سازی برای افزایش پاسخ گویی سیستم ارائه خدمات انجام می گیرد. این استراتژی تلاشی در راستای بهینه سازی استفاده از منابع می باشد. به همین علت باعث کاهش چشمگیر هزینه های سازمان می گردد. شرکت کنندگان در مطالعه اظهار می کردند کوچک سازی به علت حذف خدمات موازی و تکراری باعث بهره وری بیشتر و افزایش کارایی و اثربخشی می شود. علاوه سبب می شود مدیران وقت بیشتری را صرف امور مهم و استراتژیک سازمان نمایند. نفر چهارم در بحث گروهی سوم بیان کرد:

" کوچک سازی تلاشی در جهت کاهش منابع و بزرگ سازی در راستای توسعه کیفی است "

موضوع ۲: بستر و شرایط لازم برای کوچک سازی
برای تحقق کوچک سازی یک سری شرایط مورد نیاز است از جمله:

الف: مقررات و الزامات قانونی در مورد کوچک سازی: در این درون مایه شرکت کنندگان به شرایطی که در موفقیت کوچک سازی تعیین کننده هستند اشاره نمودند. برای اجرای هر برنامه از جمله کوچک سازی بهتر است که الزام قانونی در سطوح کلان وجود داشته باشد، و قوانین و مقررات در تمامی سطوح مدیریتی تعریف و حدود و اختیارات تمامی واحدها مشخص شود. در سطح دانشگاه های علوم پزشکی نیز حمایت رئیس دانشگاه باید جلب و کمیته های مربوط به کوچک سازی فعال گردد. بنا به گفته شرکت کنندگان درست است که برخی قوانین از جمله اصل ۴۴

در مباحث مطرح شدند که عبارتند از: امحاء زباله، نگهداری، تلفن خانه، رختشویخانه، رادیولوژی، CT، CSR و کارپردازی.

موضوع ۴: عوامل تعیین کننده ادغام درون و بین

بیمارستانی: گاهی اوقات مشاهده می‌شود که از ظرفیت بعضی بخش‌های بیمارستانی به‌درستی استفاده نمی‌شود. در این شرایط می‌توان از ادغام استفاده کرد. یکی از روش‌های کوچک‌سازی ادغام است که می‌تواند از طریق یکی کردن واحدهایی که خدمات مشابه انجام می‌دهند در درون و بین بیمارستان رخ دهد. این درون مایه در قالب زیر موضوعات ادغام بواسطه بعد مسافت، گسترش تکنولوژی، اورژانسی نبودن خدمات، حذف موقعیت‌های شغلی ارائه می‌گردد.

الف: ادغام بواسطه بعد مسافت: شرکت کنندگان در مباحث

گروهی معتقد بودند در بیمارستان‌های نزدیک به هم می‌توان از ظرفیت‌های یکدیگر در ارائه خدمات بهره‌برند. در همین زمینه شرکت‌کننده‌ی سوم در بحث گروهی سوم بیان می‌کند:

"در سطح شهر تبریز، داروخانه، آزمایشگاه، اکو و توان‌بخشی می‌توانند بین بیمارستان‌های شهید مدنی، امام رضا (ع)، شهید قاضی و دانشکده‌ی دندان‌پزشکی بصورت مشترک استفاده شوند، چون بسیار به هم نزدیکند و مشکلی هم پیش نمی‌آید."

ب: ادغام بعثت گسترش تکنولوژی: شرکت کنندگان در بحث‌های گروهی بر این باور بودند که در بعد تکنولوژیکی می‌توان با کوچک‌سازی کار بیشتری را با سرعت بالا انجام داده و کاهش نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و... را نتیجه گرفت. در این خصوص شرکت‌کننده‌ی اول در اولین بحث گروهی بیان کرده است:

"برای کل شهر می‌توان از یک رختشویخانه و زباله سوز مجهز استفاده کرد، این دو واحد بسیار برای بیمارستان‌ها هزینه‌برند و بازدهی چندانی ندارند"

شرکت‌کننده‌ی دوم در بحث گروهی دوم بیان کرده است:

"اگر یک سیستم انفورماتیک قوی داشته باشیم، می‌شود براحتی یک دبیرخانه و یا کارگزینی مجهز هم برای کل بیمارستان‌ها ایجاد کرد، و کلی در صرف منابع صرفه جویی کرد"

به نظر شرکت‌کننده‌ی چهارم در بحث گروهی سوم:

"با استفاده از یک سیستم اطلاعات مدیریتی قابل ادغام می‌توان بسیاری از امور پذیرش، ترخیص، و ... را برای بیمارانی که از چند بیمارستان خدمات تشخیصی، درمانی و مشاوره‌ای و ... دریافت می‌کنند به یک بار کاهش داده و در نیروی انسانی و سایر منابع صرفه جویی نمود"

ج: ادغام بعثت اورژانسی نبودن خدمات: شرکت کنندگان در هر سه بحث گروهی معتقد بودند گرچه ادغام بصورت مطلق نمی‌تواند اتفاق بیافتد، اما زمانی که حالت اورژانسی وجود ندارد سانس‌رالی کردن برخی بخشها به نفع سیستم است. مثلاً انجام آزمایشی که جواب آن چند روز بعد آماده می‌شود چه در محل

مختلف در اکثر کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای تحقق این مهم در قالب زیر موضوعات فرعی در ادامه بدان اشاره می‌گردد:

الف: الزامات مورد نیاز برای اجرایی‌شدن برون‌سپاری:

شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که برای برون‌سپاری باید توانمندی لازم در بخش خصوصی وجود داشته باشد و گام‌های این فرایند به‌درستی طی شود و بصورت اصولی انجام گیرد، یعنی اولاً قیمت تمام شده مشخص باشد، ثانیاً نظارت کافی وجود داشته باشد و بعلاوه، مطمئن باشیم که از طریق برون‌سپاری خدمات به شکل بهتری ارائه می‌گردد. از طرف دیگر برای برون‌سپاری نباید استثنا قائل شد و قوانین را دور زد. شرکت‌کننده‌ی چهارم در بحث گروهی دوم اظهار می‌کند:

"وقتی ما پیشنهاد واگذاری بعضی واحدها را می‌دهیم بلافاصله کانون‌های رسمی و حتی غیر رسمی موازی شروع به ضربان کرده و سریعاً مخالفت می‌کنند و ما هم به عنوان کارمند ساده سعی می‌کنیم طبق دستورات عمل کنیم."

ب: واگذاری امور حاکمیتی: شرکت کنندگان معتقد بودند که

می‌توان گروهی از مدیران مجرب و متخصص را شناسایی نموده و اداره‌ی چند بیمارستان و اجرای کوچک‌سازی را به آن‌ها سپرد تا حدی که معتقد بودند حتی امور تحت نام حاکمیتی را هم می‌توان واگذار نمود. شرکت‌کننده‌ی سوم در بحث گروهی اول در این رابطه بیان کرد:

"من با کسانی که معتقداند امور حاکمیتی رو نمیتوان واگذار نمود مخالفم، شاید در کتابها و منابع چیز دیگه‌ای نوشته باشند، اما در واگذاری امور حاکمیتی و غیر حاکمیتی نداریم باید قوانین خودمان را قوی کنیم"

ج: برون‌سپاری، کاهش هزینه و کسب سود: شرکت کنندگان

بیان می‌کردند در بیمارستان‌های کشور ما نیز بعضی بخش‌ها مانند داروخانه ماهیتی سودآور دارند، اما در صورتی که به بخش خصوصی واگذار شوند، علاوه بر تغییر نکردن کیفیت خدمت و کاهش هزینه‌ای که صرف تامین منابع می‌گردد، سود بیشتری نیز عاید بیمارستان می‌شود.

د: تجارب موفق برون‌سپاری: استفاده از نتایج اقدامات قبلی در

خصوص برون‌سپاری می‌تواند در مورد تصمیم‌گیری در مورد برون‌سپاری واحدها نقش مهمی ایفا کند. شرکت کنندگان طی مباحث گروهی به تجارب موفق خود در خصوص برون‌سپاری اشاره نمودند. به‌علاوه، آنها برون‌سپاری را با توجه به شرایط فعلی کشور، در مورد خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی مفیدتر می‌دانستند. از جمله واحدهایی که شرکت کنندگان به عنوان نمونه‌های موفق معرفی نمودند، واگذاری خدمات نیروی انسانی غیر-تخصصی مانند: نیروهای نظیفات، داروخانه سرپایی، تغذیه، نقلیه، مهدکودک مخصوص فرزندان کارکنان. واحدهایی نیز تحت عنوان واحدهایی که پتانسیل قوی برای برون‌سپاری داشتند نیز

ج: نبود دید فرابخشی در مدیران: بعضی از مدیران در تصمیم‌گیری فقط به منافع سازمان خود می‌اندیشند و در تلاش برای جذب بیشتر منابع هستند، این در حالی است که بهره‌برداری بیشتر از منابع موجود بسیار کم مدنظر است. البته شرکت کنندگان اظهار می‌کردند، دلیل در انحصار نگه داشتن بعضی خدمات توسط مدیران بیمارستان و مخالفت با ادغام و برون سپاری بدلیل سودی است که از این خدمات عاید بیمارستان می‌شود. در این رابطه شرکت کننده‌ی دوم در بحث گروهی اول بیان کرده است:

"بعضی وقتها به دلیل تعلل بیمه‌ها در پرداخت به بیمارستان، با استفاده از بعضی خدمات مثل داروخانه و CT بیمارستان و گاهی استفاده بیش از ظرفیت این خدمات، بیمارستان برای خود ایجاد درآمد می‌کند."

د: سرپوش گذاشتن بر ضعفها با بکار بردن روش‌های کوچک‌سازی: شرکت کنندگان در مباحث گروهی عنوان کردند که گاهی اوقات کوچک‌سازی وسیله‌ای برای سرپوش گذاشتن بر روی اشتباهات شده است. شرکت کننده‌ی سوم در بحث گروهی دوم بیان کرده است:

"وقتی ما دو بخش رو ادغام می‌کنیم تا خالی موندن تختها جبران بشه، مشکل به ظاهر حل میشه، ولی در مورد همه تخت-های خالی نمی‌توانیم ادغام انجام دهیم بهتر است دلیل اصلی خالی ماندن را پیدا کنیم تا علت ریشه‌ای حل شود"

ه: مستند نبودن آمار و نتایج کوچک‌سازی: شرکت کنندگان بیان می‌کردند که مراحل و نتایج کوچک‌سازی در سطح دانشگاه و حتی بیمارستان در جایی ثبت نمی‌شود. در صورتی که مستند سازی انجام شود، علاوه بر بهره‌گیری از تجارب موفق، در جذب حمایت و سرمایه چه از وزارتخانه و چه از بخش خصوصی موثر است.

بحث

در این مطالعه مهم‌ترین مسائل مطرح شده در زمینه کوچک‌سازی شامل درون‌مایه‌های مفهیم کوچک‌سازی، بستر و شرایط لازم برای کوچک‌سازی، جنبه‌های مختلف برون‌سپاری در بیمارستان‌ها، عوامل تعیین‌کننده‌ی ادغام درون و بین بیمارستانی و چالش‌های پیش روی کوچک‌سازی در ایران بودند. مهم‌ترین مساله‌ای که تقریباً توسط تمامی شرکت کنندگان به عنوان چالش پیش روی کوچک‌سازی مطرح گردید، ضعف در قوانین و مقررات لازم برای اجرایی شدن کوچک‌سازی بود. البته تلاش دولت بر اجرای گسترده‌ی اصل ۴۴ قانون اساسی و متون برنامه‌های ملی توسعه‌ی چهارم و پنجم [۲۱] در راستای کوچک‌سازی می‌باشد. با این وجود شرکت کنندگان در مورد تعریف دقیق‌تر قوانین در سطح وزارت بهداشت اجماع نظر داشتند.

به عقیده‌ی افراد شرکت کننده در مطالعه، کوچک‌سازی حذف خدمات زاید و موازی برای بهره‌وری بیشتر و ارائه‌ی خدمات با

بیمارستان باشد چه نباشد چندان فرقی نمی‌کند. در این رابطه شرکت کننده‌ی پنجم در بحث گروهی دوم اظهار داشت:

"بسیاری از فرایندهای آزمایشگاهی، پاتولوژی را می‌توان به کمک نمونه‌بردار و نمونه‌گیر مجرب در بیمارستان و با استفاده از توان آزمایشگاه سانترال، انجام و علاوه بر صرفه جویی در منابع حتی کیفیت کار را هم ارتقا داده و رضایت بیشتر مراجعین را هم جلب کرد"

د: ادغام از طریق حذف موقعیت‌های شغلی: مشاغل و تخصص‌های متعددی را می‌توان در هم ادغام و موقعیت‌های شغلی غیرضروری را حذف نمود. شرکت کنندگان بر این باور بودند که تعداد قابل توجهی از پست‌های بیمارستان قابل ادغام بوده و در صورت ادغام مشکلی از نظر بار کاری بوجود نمی‌آید. شرکت کننده‌ی دوم در بحث گروهی اول در مورد پست‌های قابل ادغام چنین نظر داده است:

"به نظر من کارشناس حاکمیت بالینی، کارشناس امور بیمارستان و مسئول کمیته‌های بیمارستانی می‌تواند یک نفر باشد و مشکلی از لحاظ دانش و تخصص ایجاد نمی‌کند."

موضوع ۵: چالش‌ها و مشکلات پیش روی کوچک‌سازی در ایران: با وجود اینکه کوچک‌سازی تلاشی در راستای اصلاح سیستم و کارآمدسازی است، اما بعضی مشکلات مانع از نیل کوچک‌سازی به نتایج مدنظر می‌گردند. در ادامه به موارد اشاره شده توسط شرکت کنندگان اشاره می‌شود.

الف: ضعف در قوانین و مقررات: شرکت کنندگان بر این باور بودند که مهم‌ترین دلیل سیاست‌گذاران در اذعان به این مطلب که نمی‌توان سلامت مردم را به دست بازار داد، این است که می‌دانند کنترلی بر بازار وجود ندارد. به عبارت دیگر برای ایجاد بخش خصوصی توانمند و اعمال نظارت و کنترل بر بخش خصوصی نه قانون و نه برنامه‌ای وجود دارد. یعنی دولت کاملاً مسلط بر فعالیت بخش خصوصی نیست. از طرف دیگر در مورد شرایط و نحوه‌ی بکارگیری بخش خصوصی نیز قوانین زیاد شفاف نیستند. کوتاه بودن دوام قوانین موجود و مصوبات جدیدی که ناقض موارد قبلی هستند، و عمر کوتاه مسئولیت مدیران هم مزید بر علت می‌شود.

ب: تفاوت تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی: بعضی بخش‌ها و خدمات بیمارستانی حتی در صورت واگذاری هم از سوی بخش خصوصی خواهان نخواهد داشت. شرکت کنندگان علت آن را سودآور نبودن اظهار می‌کردند. در حقیقت قیمت بعضی خدمات در بیمارستان کمتر از قیمت واقعی آن است. در این رابطه شرکت کننده‌ی دوم در بحث گروهی اول چنین بیان کرده است:

"بعضی بخشها مثل بخش MRI وجود دارند که ۱۰ سال است تعرفه اش تغییر نکرده است. در حالی که قیمت واقعی اش بیشتر از این ارقام فعلی است. دولت به بعضی خدمات سوبسید می‌دهد. به همین دلیل از جانب بخش خصوصی خواهان ندارند"

داد، نتایج مثبتی از باب کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد حاصل شده است [۲۹].

از دیگر مسائل مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان مسأله‌ی ادغام بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی بود که گاهی اوقات به علت استفاده‌ی کمتر از ظرفیت بعضی بخش‌های بیمارستانی استفاده می‌شود و کاهش دهنده‌ی هزینه‌های سازمان است. مطالعات انجام شده رابطه‌ی معنی‌داری در 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 در مطالعات، اشاره شده است [۳۰]. بعضی از مطالعات به بررسی جنبه‌هایی مهم‌تر از مسائل مالی پرداخته‌اند. مطالعه‌ی ریچاردسن در خصوص یکی کردن آزمایشگاه‌های خصوصی و دولتی کانادا نشان داد، که با وجود کاهش هزینه‌ها، بعلافت نظارت و هماهنگی تغییری در کیفیت خدمت ایجاد نشد [۳۱]. مطالعات *دافلد* و همکاران در استرالیا نیز نشان داد ادغام پست‌های پرستاری علی‌الخصوص پست‌های نظارتی، ممکن است ایمنی بیماران را به خطر بیندازد [۳۲]. اما کوچک‌سازی آزمایشگاه‌های شبکه جامع تبریز که با ادغام نه واحد در یک واحد اصلی انجام گردید ارایه‌ی خدمات از نظر کمی و کیفی بهبود یافته و در صرف منابع انسانی، تجهیزاتی و فضای فیزیکی نتایج بسیار مثبتی بدست آمد [۳۳]. همچنین با ادغام (کوچک سازی مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ شهرستان تبریز در یک مرکز) تقریباً تمام شاخص‌ها در راستای بهره‌وری افزایش یافته بودند. در نتیجه‌ی این ادغام تعداد نیروی انسانی و فضای فیزیکی به نصف کاهش یافته ولی کیفیت خدمت بدون تغییر بود [۳۴]. به‌علاوه در الگوی طراحی شده برای تمرکز زدایی در نظام سلامت ایران بر اداره‌ی بیمارستانها به صورت خوشه‌ای (ادغام مجازی) تاکید شده است [۳۵]. اخیراً نیز صاحب‌نظران برون-سپاری بالینی را مهمترین مدل مشارکت خصوصی-دولتی در بیمارستان‌ها معرفی نموده‌اند [۳۶]. بنابراین یافته‌های این مطالعه با تجارب و مطالعات اخیر کشور ما هم همخوانی دارند.

راهکارها و پیشنهادهای توسط شرکت‌کنندگان در خصوص اجرایی‌شدن کوچک‌سازی در این تحقیق در کنار بازگویی چالش‌ها و مشکلات مطرح شدند. بطوری که شرکت‌کنندگان تدوین قوانین لازم در سطح کلان و در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی را مطرح نمودند. از طرف دیگر اشاره گردید استفاده از روشهای کوچک‌سازی از جمله برون‌سپاری و ادغام نیازمند اهرم نظارتی قوی می باشد که لازم است در قالب قوانین و مقررات تعریف شوند. یکی کردن تعرفه‌ها و مشخص نمودن قیمت بسته‌ی خدمت از دید شرکت‌کنندگان بعنوان تضمین‌کننده‌ی موفقیت برون-سپاری خدمات مطرح گردید. گسترش دید فراهخشی در میان مدیران از درون‌مایه‌های مهم مطرح شده در این تحقیق بود. در این درون‌مایه اشاره شد که بعضی از مدیران به جای بهره‌وری بیشتر در پی کسب منابع بیشتر هستند. این در حالی است که اگر

بهره‌گیری متناسب از منابع است. جباری و همکاران در مطالعه‌ی خود اشاره می‌کنند که هدف کوچک‌سازی سازمان افزایش توانمندی آن در قبال تأمین نیازهای مشتری، توأم با تقلیل هزینه‌ها است [۳۷]. کمرون نیز اشاره می‌کند کوچک‌سازی فعالیتی است که از سوی مدیریت سازمان به‌منظور افزایش کارایی، بهره‌وری و رقابت‌پذیری انجام می‌شود [۳۸].

یافته‌ها حاکی از آن است که، در حقیقت اقدام به کوچک‌سازی باید ارتقادهنده‌ی کمی و کیفی خدمات و منطبق با شرایط سازمان و بررسی‌های دقیق باشد. این مطلب با یافته‌های مطالعه کارمیک و چانون که مربوط به مسیر سیستماتیک نه مرحله‌ای است که در کوچک‌سازی بیمارستان باید طی شود، همخوانی دارد. این نه مرحله با بررسی وضعیت و شرایط سازمانی بیمارستان شروع و با تدوین برنامه اجرایی پایان می‌یابد [۳۹]. مادیسون نیز در مطالعه‌ی خود نتیجه گرفت که اگر در اقدام به کوچک‌سازی توجه لازم در مرحله‌ی برنامه ریزی و اجرا مبذول نگردد، نتایج مثبت کوچک‌سازی کمتر از حد مورد انتظار است [۴۰].

از دیگر موارد مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان، وجود توانمندی-های لازم در بخش خصوصی برای واگذاری امور بود. مطالعات نیز نبود مهارت در میان مدیران در زمینه‌ی عقد قرارداد و نبود بخش خصوصی قوی برای واگذاری خدمات بعنوان مواردی که برون‌سپاری را با شکست مواجه می‌کنند، معرفی کرده‌اند [۴۱]. از جمله نکات دیگر از دید شرکت‌کنندگان، این مطلب بود که از طریق برون‌سپاری برخی خدمات بیمارستانی علاوه بر ارائه‌ی خدمات مطلوب، می‌توان سود نیز بدست آورد. در مطالعه‌ی چاندر، اشاره شده است، که استفاده از توان بخش خصوصی در مورد خدمات سونوگرافی و MRI نقش مهمی در تولید درآمد داشته است [۴۲]. بررسی نتایج برون‌سپاری داروخانه بیمارستان فیروزگر تهران نشان داد، که برون‌سپاری میزان هزینه‌ها را به صفر کاهش داده و ماهانه ۱۰۰ میلیون ریال از اجاره محل داروخانه عاید بیمارستان شده است. تعداد پرسنل پس از واگذاری از ۹ نفر به ۱۴ نفر و میزان نسخ پیچیده شده نیز دو برابر شد. میزان زمانی که توسط مدیر بیمارستان صرف امور داروخانه می‌شد از روزانه بیش از ۲ ساعت به ۴۵ دقیقه رسید [۴۳]. بعضی از مطالعات نیز به نتایج منفی برون‌سپاری اشاره دارند، از جمله مطالعه *دانیگان* و پولاک موید این مطلب است، که مشارکت جامعه و بخش خصوصی با اینکه با هدف فعال نمودن ارائه‌ی خدمت بود، باعث کاهش نرخ پذیرش و کاهش درآمد در تخصص‌های مختلف در بیمارستان‌های اسکاتلند گردید [۴۴]. مطالعه‌ی *هاول* نیز نشان داد در نتیجه‌ی برون‌سپاری خدمات داروخانه در بیمارستان فالس چرج در ایالت اسپن (Aspen) آمریکا، درآمد بیمارستان طی سه سال ۷/۶ میلیون دلار افزایش یافت [۴۵]. مطالعات *روبین‌تن* نیز در خصوص واگذاری واحدهای رادیولوژی و آزمایشگاه بیمارستان امام صادق (ع) الیگودرز نشان

پیشنهادات: با توجه به نقش کوچک سازی در بهبود کارایی بیمارستان ها پیشنهاد می شود الگویی عملی که مراحل فرایند کوچک سازی در آن مشخص باشد تدوین گردد. علاوه بر منظور فراهم سازی زمینه های لازم برای کوچک سازی بیمارستان ها پیشنهاد می شود مطالعاتی در مورد تجارب کشورهای مختلف در خصوص استفاده از روشهای مختلف کوچک سازی و مقایسه ای پیامدهای آن انجام گردد. در خصوص استفاده از روش هایی چون ادغام و برون سپاری در بیمارستان های کشور، نیز مطالعاتی در مورد نتایج عملی این اقدامات با در نظر گرفتن شاخص های مرتبط مفید به نظر می رسد.

محدودیت های مطالعه: از جمله محدودیت های مطالعه مشکل بودن هماهنگی جلسات بحث گروهی بدلیل مشغله کاری شرکت کنندگان بود که پژوهشگران با استفاده از هماهنگی یک هفته قبل از موعد جلسات بر این مشکل فائق آمدند.

تشکر و قدردانی: مطالعه فوق بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره الف/۱۲۷ و یک طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۵/۵۳/۸۹۹۸ می باشد. ضمناً از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به سبب حمایت مالی و معنوی و از کلیه مسئولین و مدیران شرکت کننده در بحث های گروهی متمرکز، که بدون حضورشان برگزاری جلسات امکان پذیر نبود، صمیمانه قدردانی می شود.

منابع

1. Sadaghiani E. Organization and hospital management Tehran: Electronic publication and Informatics computer world; 2008.[persian]
2. Asefzadeh S. Management and Researchs Hospital. Qazvin: Research deputy; 2005.[persian]
3. Jacobs P. The economics of health and medical care. New york: Aspen Publishers; 1991.
4. Ferdosi M, Farahabadi S, Mofid M, Rejalian F, Haghghat M, Naghdi P. Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan. Health Inform Manage. 2012;9(7):989-96.[persian]
5. Tabibi J, Maleki M, Mirzaye A, Farshid P. Effect of hospital wards integration on current expenditure in Tehran boali hospital. Health Inform Manage. 2010;7(4):490-5.[persian]
6. Jabbaribeiramy H, Jodati A, Bakhshian F. Results of staff units downsizing in Iran health system (Tabriz experiences). Health Manage. 2006;23(9):51-8.[persian]
7. Jabbaribeiramy H, Bakhshian F. Decentralization in health systems. Tabriz: Research deputy of Tabriz university of Medical Sciences; 2007.[persian]
8. Gandolfi F. Unravelling downsizing—what do we know about the phenomenon? Rev Int Comp Manage. 2009;10(3):414-26.
9. Rigby DK. Management tools 2013: An executive's guide. US: 2013.
10. Tully P, Saint-Pierre E. Downsizing Canada's hospitals, 1986/87 to 1994/95. Health Rep-Stat Canada. 1997;8(4):33-40.

ارائه ی بهترین خدمت باصرف هزینه ی معقول مد نظر باشد، روشهای مختلف کوچک سازی در سرلوحه ی کارهای مدیران قرار می گیرد. شرکت کنندگان مستند نمودن فرایندها و روش هایی را که در قالب کوچک سازی انجام می شد را در نشان دادن موفقیت ها و تشویق برای استفاده از این روش ها توسط مسولین و در راستای ارائه ی بهترین خدمت موثر می دانستند.

نتیجه گیری

بهره گیری از دیدگاه های صاحب نظران در ایجاد تغییرات بنیادی در عرصه ی بهداشت و درمان بسیار موثر می باشد. در این مطالعه متخصصین سیستم بیمارستان نکات کلیدی در خصوص اجرای مناسب کوچک سازی، که ابزاری مفید برای بهینه نمودن عملکرد بیمارستان در سرتاسر جهان است، ارائه کردند. مهمترین نکات اشاره شده که می توانند راهنمای مناسبی برای سیاست گذاری در نظام سلامت کشور باشد، عبارتند از: برنامه ریزی و تدوین قوانین در سطح وزارت بهداشت در خصوص کوچک سازی و ابزارهای مختلف آن (ادغام و برون سپاری)، مستندسازی فعالیت های کوچک سازی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی، بازنگری در تعرفه های خدمات و یکسان سازی آن در بخش خصوصی و دولتی و قوانین نظارتی قوی جهت زیر نظر داشتن فعالیت های بخش خصوصی.

11. Vyssoki B, Willeit M, Blüml V, Höfer P, Erfurth A, Psota G, et al. Inpatient treatment of major depression in Austria between 1989 and 2009: Impact of downsizing of psychiatric hospitals on admissions, suicide rates and outpatient psychiatric services. J affect disord. 2011;133(1):93-6.
12. Yoon J, Bruckner TA. Does deinstitutionalization increase suicide? Health serv res. 2009;44(4):1385-405.
13. Ryder M, Scott W, Helm A. Is downsizing and disbanding specialty care teams a counterproductive strategy for cost reduction in health care? Nutrition. 1998;14(9):725-8.
14. Ko J-JR, Yeh Y-JY. Worker Satisfaction Following Employment Restructuring: Effects of Nonstandard Workers and Downsizing on Job Satisfaction in Taiwan. Soc Indicators Res. 2013;110(2):453-67.
15. Kavousi Z, Setoudehzadeh F, Kharazmi E, Khabiri R, Ravangard R, Rahimi H. The study of propensity to outsourcing based on hospital services features : managers and staffs perspective`s in hospitals of Shiraz University of Medical Science. Hospital. 2010;11(1):9-18.[persian]
16. Chandra H. Financial Management Analysis of Outsourcing of the Hospital Services for Cost Containment and Efficiency: Case Study of Sanjay Gandhi Post-Graduate Institute of Medical Sciences, Lucknow, India. J Financ Manage Analysis. 2007;20(1) : 70-77.

17. Torani S, Maleki M, Ghodosimoghadam S, Gohari M. Comperation of efficiency and effectiveness of Firoozgar hospital pharmacy before and after outsourcing. *Health Manage.* 2009;38(12):59-71[persian].
18. Regenbergh PB, Joyce MK, Moeller K, Ratner J. Surviving a merger: how four hospital libraries created a unified system. *J Med Libr Assoc.* 2002;90(1):98.
19. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ.* 2003;326(7395):905.
20. Bevelacqua G. A Review of the Downsizing of Eastern State Hospital and the Impact on Hampton Roads. US: Office of the Inspector General Behavioral Health and Developmental Services, 2010.
21. Gholamzadeh nikjo RdTP. Designing a model of public-private partnership in governmental hospitals. Tabriz: Tabriz university of medical sciences; 2012[persian].
22. Jabbaribeiramy H, Tabibi J, Delgoshayee B, Mahmodi M, Bakhshian F. Comparative study of decentralization mechanism in health system of various countries and providing model for Iran. *Health Manage.* 2007;27(10):33-40[persian].
23. Adib haj bagheri M, Parvizi S, Salsali M. Methods of quality Researchs Tabriz: boshra Publications co-worker tohfe publication; 2011[persian].
24. Cameron KS. Strategies for successful organizational downsizing. *Human Res Manage.* 1994;33(2):189-211.
25. Kazemek EA, Channon BS. Nine steps to hospital downsizing. *Healthcare financial management: J Healthcare Financ Manage Assoc.* 1988;42(12):96-98.
26. Day KM, Armenakis AA, Feild HS, Norris DR. Other Organizations Are Doing It, Why Shouldn't We? A Look at Downsizing and Organizational Identity through an Institutional Theory Lens. *J Change Manage.* 2012;12(2):165-88.
27. 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 Contract No: 39970.
28. Howell J. Pharmacy choice. *Pharm J.* 2008:7.
29. Roointan A, editor Management improvement and use of resources with outsourcing to private sector in Aligoodarz health care grid. 1st Nation Conference of Resource Management in Hospitals; 2002; Tehran[persian].
30. Ferdosi M, Farahabadi M, Rejalian F, Haghighat P. Outsourcing of medical records unit services: case study of Isfahan kashani hospital. *Health Inform Manage.* 2010;38(12):658-68[persian].
31. Richardson H. Laboratory medicine in Ontario: its downsizing and the consequences on quality. *Clinica chimica acta.* 1999;290(1):57-72.
32. Duffield C, Kearin M, Johnston J, Leonard J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Australian J Adv Nurs.* 2006;24(4):42-6.
33. Jabbaribeiramy H, Bakhshian F, Jafari GA, editors. The optimal management of resources in asadabadi's comprehensive network laboratories. The first Resources management in hospital conference; 2002; Tehran[persian].