



موسسه اسنادی و کتابخانه ملی
۱۳۹۸

مسعود اعتمادیان

عضو هیأت علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
فلوشیپ اندوارولوژی
رئیس اسبق مرکز فوق تخصصی هاشمی نژاد در دوران تحول
کارآفرین حوزه سلامت و از طراحان مدل محب



پژمان شادپور

عضو هیأت علمی و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
فلوشیپ ارولوژی اطفال و لاپاراسکوپی
معاون آموزشی و پژوهشی مرکز فوق تخصص هاشمی نژاد
از طراحان مدل محب



پریسا خاکشور سعادت

دانشجوی دکتری مهندسی صنایع دانشگاه تربیت مدرس
مشاور و تحلیل گر ارشد در حوزه سلامت



MOHEB KOWSAR HOSPITAL



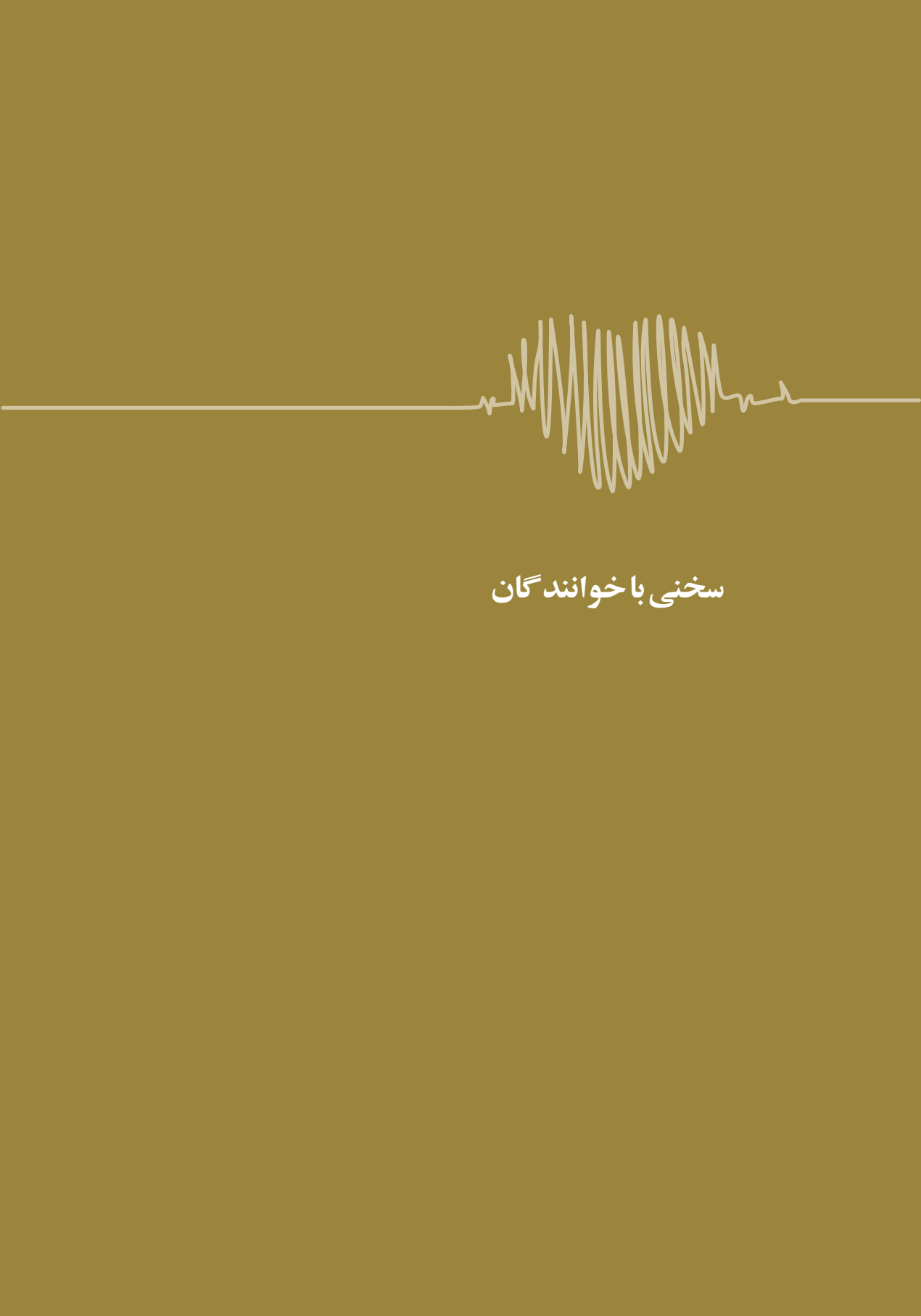
بیمارستان مُحب کوثر

روایتی از تولد تابلوغ

نگارندگان

مسعود اعتمادیان
پژمان شادپور
پریسا خاکشور سعاد





سخنی با خوانندگان

همه چیز از محب شروع شد. محب، مؤسسه‌ای است غیرانتفاعی که از دل مردم و برای مردم برخاست و هدف آن چیزی نبود جز خدمت به مردم، خدمت به همه مردم، خدمت به همه قشرهای مردم. مؤسسه محب در سال ۱۳۸۳ تحولی در خدمات بیمارستانی در ایران ایجاد کرد؛ این تحول چیزی نیست جز حقیقت انکارناپذیر یک مادر خمیده و یک فرزند؛ مادری که بیمارستان هاشمی نژاد بود و فرزندش که بیمارستان محب مهر. این اولین بار بود که مادر تولد فرزندش را رقم زد تا فرزندش تولدی دوباره برای او رقم بزند. مؤسسه محب، بیمارستان محب مهر را در زمین متعلق به بیمارستان هاشمی نژاد با مدیریت مستقل و ساختاری مجزا ساخت تا از درآمد آن، بیمارستان فرسوده و قدیمی هاشمی نژاد را بازسازی کند، به اوج برساند و الگو کند؛ الگویی که باید دوباره از آن ساخت و تکرار شود که این تکرار یک وظیفه است نه هدف. و محب دوباره این الگو را

ساخت، به نام بیمارستان محب کوثر.

بیمارستان محب کوثر در زمین بیمارستان حضرت فاطمه (س) ایجاد شد تا همان نقشی را برای آن ایفا کند که محب مهر برای مادرش هاشمی نژاد کرد. هنوز ساخت بیمارستان به اتمام نرسیده بود که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی ایران تصمیم گرفتند برای این مادر و فرزند، پدری کنند. پس پیشنهاد دادند که دو بیمارستان به مدت ۱۲ سال با مدیریت مؤسسه محب تحت یک نام مشارکت کنند، پیشنهادی که در تاریخ سلامت ایران بی سابقه بود؛ انتقال مدیریت یک بیمارستان دولتی به یک بیمارستان خصوصی. این فرصتی بود برای تزییق شیوه مدیریت متفاوت و موفقیت آمیز محب به بدنه یک بیمارستان دولتی که بتواند پس از ۱۲ سال، دیگر به دولت وابسته نباشد و خود برای خود درآمد بیافریند. پس مؤسسه محب پذیرفت و قرارداد ادغام مدیریتی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ۱۵ شهریور ۱۳۹۳ امضا شد. این بار فرزندی متولد شد که هم فرزند بود و هم مادر، به نام بیمارستان محب حضرت فاطمه (س). شروع ادغام مدیریتی دو بیمارستان و تولد واقعی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) از اول دی ماه ۱۳۹۳ بود؛ بدین صورت که بیماران دولتی همچنان در بخش دولتی و بیماران خصوصی همچنان در بخش خصوصی بستری می شدند، اما کلیه زیرساخت های دو بیمارستان شامل منابع انسانی، مالی و بیمه گری، اورژانس،



پرستاری، تجهیزات پزشکی، مدارک پزشکی، آزمایشگاه، تغذیه، بهداشت محیط و فناوری اطلاعات بایکدیگر یکی شدند. یکی نه به معنای همدل، زیرا که تفاوت است میان تفکر بخش خصوصی و تفکر بخش دولتی. اما این تفاوت با همکاری هر دو بخش رفته رفته از بین رفت و بیمارستان به ثبات رسید؛ آن‌ها که ماندند همدل شدند و آن‌ها که صبر نداشتند رفتند. اما وزارت بهداشت و دانشگاه ایران نتوانستند حق فرزند خود را طبق قانون بگیرند؛ بیمارستان با ماهیت ترکیبی آموزشی و خصوصی جایگاه قانونی نداشت، نه پروانه داشت و نه بیمه‌ها تکلیفشان با آن معلوم بود. آن‌ها که صبر نداشتند نیز تنها اعتراض کردند. این گونه شد که دو بیمارستان مجدداً در دی ماه ۱۳۹۴ از یکدیگر تفکیک شدند؛ با این تفاوت که دیگر حتی مادر و فرزند نیز نبودند، فرصتی برای مشارکت باقی نماند و آن همه زحمت و تلاش بی‌وقفه بر باد رفت.

از آن جا که همه داستان‌ها قرار نیست پایانی غم‌انگیز داشته باشند، داستان محب کوثر نیز تمام نشد. ما دوباره آمدیم، خاکسترها را جمع کردیم تا آتشی دوباره بیافروزم، آمدیم و درس‌های آموخته شده را ثبت کردیم تا فرزندان جدید بیافرینیم. بیمارستان محب کوثر در ادغام مدیریتی با بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) به شکست خورد اما تمام نشد. اساساً ساخته شدن بیمارستان محب کوثر در عرض دو سال با امکانات موجود مؤسسه و براساس وام‌های بانکی، خود یک موفقیت است. بیمارستان محب کوثر در ادغام

شکست خورد اما امروز بسیار قدرتمندتر و خوش‌نام‌تر همچنان در حوزه خدمات بیمارستانی فعالیت می‌کند، همان‌طور که بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) نیز به واسطه این ادغام رشد کرد.

خواننده عزیز، این کتاب تنها یک روایت نیست بلکه تحلیلی مدیریتی از سیر تحولات در بیمارستان محب کوثر است که داستان‌وار برای شما بیان شده است. کلیه اتفاقات رخ داده شده در بیمارستان محب کوثر به دقت مطالعه و بررسی شده، حدود ۶۰ جلسه مصاحبه با مدیران و کارکنان بیمارستان محب کوثر در حین فرایند ادغام و پس از تفکیک برگزار شده، دستاوردها و چالش‌های ادغام شناسایی شده، کلیه مشکلات پیاده‌سازی فرایند ادغام مستند شده و در نهایت درس‌های آموخته شده از آن ارائه شده‌اند.

خواننده عزیز شمارا دعوت می‌کنیم به قضاوت نکردن زیرا که هر تصمیمی مدیران محب کوثر در زمان فرایند ادغام مدیریتی دو بیمارستان و تفکیک آن گرفتند زاییده شرایط بود؛ قطعاً برخی از این تصمیمات بهترین‌ها نبودند اما در آن زمان شاید تنها تصمیم بودند. آنچه مهم است استفاده از درس‌های آموخته شده برای هر چه بهتر روشن کردن مسیر آینده است؛ نگاهی به گذشته، رو به آینده.

با ماه همراه باشید.



فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه

- ۱-۱ اشاره ۱۳
- ۲-۱ ساختار کتاب ۱۵
- ۳-۱ تعاریف کلیدی ۱۷
- ۴-۱ فهرست کلمات و اصطلاحات عمده ۱۷

بخش اول: شروع داستان

فصل دوم: مؤسسه محب

- ۱-۲ شکل گیری مؤسسه محب ۱۹
- ۱-۲-۱ نقطه شروع: مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد ۱۹
- ۲-۱-۲ تشکیل هیات امناء ۲۰
- ۳-۱-۲ تأسیس مؤسسه محب ۲۱
- ۲-۲ اهداف مؤسسه محب ۲۲
- ۳-۲ مشارکت مؤسسه محب با دولت ۲۴
- ۴-۲ ساختار سازمانی مؤسسه محب ۲۴
- ۵-۲ پروژه‌های مطرح بیمارستانی مؤسسه محب ۲۶
- ۱-۵-۲ بیمارستان محب مهر ۲۶
- ۲-۵-۲ بیمارستان جامع زنان محب یاس ۲۷
- ۳-۵-۲ بیمارستان محب کوثر ۲۸

فصل سوم: مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان ها.....	۳۱
۱-۳ سیاست کوچک سازی.....	۳۲
۲-۳ طرح مشارکت بخش خصوصی و دولتی (PPP).....	۳۴
۳-۳ مدل های مختلف PPP.....	۳۵
۴-۳ PPP در بیمارستان ها.....	۳۷
۵-۳ چرا پروژه های PPP در ایران موفق نیستند؟.....	۴۱
۱-۵-۳ آورده و منفعت طرفین.....	۴۲
۲-۵-۳ زیرساخت های مورد نیاز برای PPP در کشور وجود ندارد.....	۴۳
۳-۵-۳ فرهنگ مشارکت بخش دولتی و خصوصی در کشور وجود ندارد.....	۴۳
فصل چهارم: بیمارستان محب کوثر.....	۴۷
۱-۴ شروع: مدل مشارکت با مدیریت مستقل.....	۵۰
۲-۴ اتفاق بزرگ: تغییر مدل مشارکت از مدیریت مستقل به مدیریت ادغام شده.....	۵۴
۳-۴ بازگشت: مدیریت مستقل بدون مشارکت.....	۵۶
۴-۴ تقویم زمانی بیمارستان محب کوثر.....	۵۸

بخش دوم: اتفاق بزرگ

فصل پنجم: شروع ادغام.....	۶۱
۱-۵ بندهای اصلی قرارداد مشارکت.....	۶۱
۱-۱-۵ بعد ماهیتی.....	۶۲
۲-۱-۵ بعد مدیریتی.....	۶۳
۳-۱-۵ بعد قانونی.....	۶۳
۴-۱-۵ بعد زمانی.....	۶۳
۵-۱-۵ بعد مالی.....	۶۴
۶-۱-۵ بعد بیمه ای.....	۶۶
۷-۱-۵ بعد خدمات.....	۶۶
۸-۱-۵ بعد تجهیزات.....	۶۷
۹-۱-۵ بعد منابع انسانی.....	۶۷
۱۰-۱-۵ بعد فناوری اطلاعات.....	۶۸
۲-۵ نمودار سازمانی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س).....	۶۸
۳-۵ دستاوردهای ادغام.....	۷۰
فصل ششم: پیاده سازی ادغام.....	۷۳
۱-۶ ادغام در واحد منابع انسانی.....	۷۳



۷۴.....	۱-۱-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۷۷.....	۲-۶ ادغام در واحد پرستاری.....
۷۸.....	۱-۲-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۸۰.....	۳-۶ ادغام در واحد تجهیزات پزشکی.....
۸۲.....	۱-۳-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۸۳.....	۴-۶ ادغام در واحد فناوری اطلاعات.....
۸۵.....	۱-۴-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۸۶.....	۵-۶ ادغام در واحد امور مالی.....
۸۸.....	۱-۵-۶ کاهش هزینه و افزایش سود.....
۹۰.....	۲-۵-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۹۳.....	۶-۶ ادغام در واحد تغذیه.....
۹۶.....	۱-۶-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۹۶.....	۷-۶ ادغام در بخش اورژانس.....
۹۹.....	۱-۷-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۱۰۱.....	۸-۶ ادغام در واحد آزمایشگاه.....
۱۰۲.....	۱-۸-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۱۰۴.....	۹-۶ ادغام در واحد بهداشت محیط.....
۱۰۶.....	۱-۹-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....
۱۰۶.....	۱۰-۶ ادغام در بخش مدارک پزشکی.....
۱۰۷.....	۱-۱۰-۶ مشکلات ناشی از ادغام.....

بخش سوم: بازگشت

۱۱۱.....	فصل هفتم: دوران تفکیک.....
۱۱۱.....	۱-۷ چرایی تفکیک دو بیمارستان.....
۱۱۳.....	۲-۷ تغییرات ساختاری بیمارستان پس از تفکیک.....
۱۱۶.....	۳-۷ تفکیک در حوزه های ۱۰ گانه.....
۱۱۶.....	۱-۳-۷ تفکیک در واحد منابع انسانی.....
۱۱۶.....	۲-۳-۷ تفکیک در واحد پرستاری.....
۱۱۶.....	۳-۳-۷ تفکیک در واحد تجهیزات پزشکی.....
۱۱۷.....	۴-۳-۷ تفکیک در واحد فناوری اطلاعات.....
۱۱۸.....	۵-۳-۷ تفکیک در واحد مالی و بیمه گری.....
۱۱۹.....	۶-۳-۷ تفکیک در واحد تغذیه.....

- ۷-۳-۷ تفکیک در بخش اورژانس ۱۲۰
- ۷-۳-۸ تفکیک در واحد آزمایشگاه ۱۲۰
- ۷-۳-۹ تفکیک در واحد بهداشت محیط ۱۲۰
- ۷-۳-۱۰ تفکیک در واحد مدارک پزشکی ۱۲۱
- ۷-۴ وضعیت فعلی بیمارستان محب کوثر ۱۲۱

بخش چهارم: نگاهی به گذشته، روبه آینده

- فصل هشتم: درس های آموخته شده ۱۲۵
- ۸-۱ درس ۱: مستند کنیم، مستند کنیم، مستند کنیم ۱۲۵
- ۸-۲ درس ۲: قانون حرف آخر را می زند ۱۲۷
- ۸-۳ درس ۳: برنامه ریزی کنیم ۱۲۷
- ۸-۳-۱ شاخص های ارزیابی تعریف کنیم ۱۲۷
- ۸-۳-۲ برای ریسک های پروژه آماده باشیم ۱۲۸
- ۸-۳-۳ زمان منطقی برای ادغام در نظر بگیریم ۱۲۸
- ۸-۳-۴ به مدیریت فرایندها بیشتر توجه کنیم ۱۲۹
- ۸-۳-۵ یک برنامه عملیاتی مشخص داشته باشیم ۱۲۹
- ۸-۴ درس ۴: برای مدیران و کارکنان بخش دولتی ارزش قائل شویم ۱۲۹
- ۸-۴-۱ محبی باشیم: اخلاق را هیچ گاه فراموش نکنیم ۱۲۹
- ۸-۴-۲ از تجربه مدیران بخش دولتی استفاده کنیم ۱۳۰
- ۸-۴-۳ کمی هم سیاست بد نیست ۱۳۱
- ۸-۵ درس ۵: به منابع انسانی بیشتر اهمیت بدهیم ۱۳۱
- ۸-۵-۱ اشکالی ندارد هر از گاهی کاری را که وظیفه دیگران است ما انجام دهیم ۱۳۱
- ۸-۵-۲ پاداش های مالی نیز مشوق های خوبی هستند ۱۳۲
- ۸-۵-۳ شارژ نیروهای انسانی را فراموش نکنیم ۱۳۲
- ۸-۶ درس ۶: تفاوت های فرهنگ کاری دولتی و خصوصی را درک کنیم ۱۳۳
- ۸-۷ درس ۷: تجربیات خود را به یک برنامه عملیاتی تبدیل کنیم ۱۳۳
- ۸-۸ درس ۸: سفیران محب را تربیت کنیم ۱۳۳
- ۸-۹ درس ۹: مدلی برد-برد برای همه ذینفعان بسازیم ۱۳۴
- ۸-۱۰ علمی تر قرارداد بنویسیم ۱۳۴
- ۸-۱۰-۱ حداقل عوامل مؤثر در پروژه ادغام را شناسایی کنیم ۱۳۵
- کلام آخر ۱۳۸
- بیمارستان محب کوثر به روایت تصویر ۱۴۰



مقدمه

۱-۱ اشاره

مشارکت بخش خصوصی و دولتی در حوزه سلامت یکی از راه‌حل‌های ارائه شده برای کمک به بهبود ساختارهای دولتی است. در این نوع از مشارکت‌ها هر یک از طرفین باید آورده‌ای را به اشتراک گذاشته و منافع و سود حاصل از مشارکت را به اشتراک بگذارند. مؤسسه محب و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز با همین هدف، تفاهم‌نامه ایجاد بیمارستان محب کوثر را در زمین بیمارستان حضرت فاطمه (س) امضا کردند تا این دو بیمارستان از طریق مشارکت به یکدیگر سود برسانند. این مشارکت در ابتدا قرار بود با مدیریت مستقل دو بیمارستان دولتی و خصوصی مجاور انجام شود اما براساس تفاهم‌نامه جدیدی که در شهریور ۱۳۹۳ امضا شد، به مشارکت با مدیریت ادغام شده زیر نظر بخش خصوصی تغییر کرد و بیمارستان جدیدی به نام محب حضرت فاطمه (س) شکل گرفت که قرار بود با ۷۰ درصد ظرفیت خود به بیماران دولتی و ۳۰ درصد ظرفیت به بیماران خصوصی سرویس دهد.

آورده دولت در این مشارکت قرار بود به صورت کمک‌های مالی مستقیم (مانند واگذاری زمین بیمارستان به مدت ۱۲ سال بدون پرداخت اجاره) و غیرمستقیم (مانند پرداخت مابه‌التفاوت تخت‌های دولتی و خصوصی و تسریع در پرداخت‌های بیمه با فراهم کردن وام با سود مناسب) و فراهم کردن زیرساخت‌های قانونی لازم (مانند تسهیل صدور پروانه بیمارستان با ماهیت ترکیبی دولتی-خصوصی و تسهیل پرداخت بیمه‌ها به ویژه بیمه‌های پایه) باشد. آورده مؤسسه محب نیز در این مشارکت، تفکر مدیریتی و توانمندی‌های فنی خود بود.

منفعت حاصل از این مشارکت برای بخش دولتی، تحویل گرفتن بیمارستان بازسازی شده حضرت فاطمه (س) از محل درآمد‌های بیمارستان جدید با دیدگاه مدیریتی تغییر یافته بر اساس تفکر مدیریتی محب و با توانمندی‌های فنی منتقل شده از محب بود. لازم به ذکر است که با تأسیس بیمارستان جدید، حداقل ۵۰۰ فرصت شغلی ایجاد می‌شد. آورده مؤسسه محب نیز همان دستیابی به شعار مؤسسه محب در ارائه خدمات سلامت به همه اقشار مردم است و از آن جا که مؤسسه محب غیرانتفاعی است بنابراین انتفاع مالی از بیمارستان جدید ندارد.

ادغام دو بیمارستان از تاریخ اول دی ماه ۱۳۹۳ به مدت یک سال عملیاتی شد و علی‌رغم مشکلات مختلف، با تلاش‌های صادقانه و شبانه‌روزی، زیرساخت‌های دو بیمارستان از دید مدیریتی ادغام شدند. در طی این مدت پروانه بیمارستان به دلیل ابهام در ماهیت ترکیبی آن صادر نشد و بیمه‌ها به خصوص بیمه‌های پایه مانند بیمه تأمین اجتماعی، مطالبات بیمارستان را پرداخت نکردند. وزارت بهداشت و دانشگاه ایران به عنوان طرف اول قرارداد نتوانستند کمکی به مؤسسه محب بکنند. علی‌رغم مشکلات مالی، ادغام دو بیمارستان همچنان از طرف مؤسسه محب پشتیبانی می‌شد اما حاشیه‌های مختلف ایجاد شده و اعتراض مدیریتی، کارکنان و حتی پزشکان بخش دولتی نسبت به ادغام مدیریتی دو بیمارستان منجر به ابلاغ نامه لغو تفاهم نامه ادغام مدیریتی دو بیمارستان در اول دی ماه ۱۳۹۴ از سوی وزارت مربوطه شد و بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)



مجدداً به دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر تفکیک شد. در حال حاضر بیمارستان محب کوثر، اجاره زمینی که بیمارستان در آن احداث شده رانیز به دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداخت می‌کند و حدود ۵۰۰-۶۰۰ میلیارد ریال نیز از آن طلب دارد. در واقع استفاده از اصطلاح مشارکت بخش خصوصی و دولتی در مورد بیمارستان محب کوثر معنا ندارد زیرا دولت، وزارت بهداشت و دانشگاه ایران، آورده‌ای برای این مشارکت نداشتند و در مقابل تمامی هزینه‌ها و فشارهای روانی به موسسه محب به عنوان مجموعه غیردولتی تحمیل شد.

در کتاب حاضر تلاش شده است تا در ابتدا داستان بیمارستان محب کوثر از زمان تولد باهدف مشارکت با بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) با مدیریت مستقل، تا جوانه زدن باهدف مشارکت با بیمارستان دولتی مجاور با مدیریت بخش خصوصی، تا رشد پس از تفکیک بدون مشارکت و در نهایت تا بلوغ با تبدیل از بیمارستان چند تخصصی به یک بیمارستان عمومی خوش نام روایت شود. در گام دوم، وضعیت بیمارستان و اتفاقات رخ داده شده در دوره‌های زمانی جوانه زدن، رشد و بلوغ تحلیل شده و در پایان، درس‌های آموخته شده در این مسیر با زبانی ساده بیان گشته تا روشن گر آینده شود.

۲-۱ ساختار کتاب

کتاب حاضر در چهار بخش اصلی ارائه شده است که هر بخش از یک یا چند فصل تشکیل شده است:

بخش اول - شروع داستان

این بخش شامل سه فصل اول است، فصل اول به معرفی مؤسسه محب، نحوه شکل‌گیری، اهداف و پروژه‌های مطرح بیمارستانی آن می‌پردازد. فصل دوم به صورت خلاصه به تعریف مشارکت بخش خصوصی و دولتی در حوزه بیمارستانی و مفاهیم پایه آن اختصاص دارد و در نهایت فصل سوم داستان بیمارستان کوثر را به صورت

خلاصه بررسی کرده و تقویم زمانی اتفاقات رخ داده در آن را ارائه می دهد.

بخش دوم- اتفاق بزرگ

این بخش به ادغام مدیریتی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر تحت نام بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) اختصاص دارد که از دو فصل اصلی تشکیل شده است: در فصل اول، بندهای اصلی تفاهم نامه ادغام شرح داده شده و دستاوردهای مورد انتظار به صورت کلی معرفی می شوند؛ سپس در فصل دوم، نحوه پیاده سازی ادغام در ۱۰ واحد منابع انسانی، پرستاری، تجهیزات پزشکی، فناوری اطلاعات، امور مالی، تغذیه، اورژانس، آزمایشگاه، بهداشت محیط و مدارک پزشکی به همراه مشکلات پیش آمده در آن ها به تفصیل بررسی می شوند.

بخش سوم- بازگشت

این بخش به نحوه تفکیک دو بیمارستان از یکدیگر و پایان مشارکت آنها و وضعیت فعلی بیمارستان محب کوثر در یک فصل می پردازد.

بخش چهارم- نگاهی به گذشته، روبه آینده

در این بخش تلاش شده است تا مطالب آموخته شده از سیر تحول بیمارستان محب کوثر از تولد تابلوغ در قالب ۱۰ درس بیان شود تا بتوان از آنها به عنوان شاه کلیدهای موفقیت در پروژه های مشابه آتی استفاده نمود.

۳-۱ تعاریف کلیدی

مشارکت بخش خصوصی و دولتی (PPP) به توافقی اشاره دارد که در قالب قراردادی



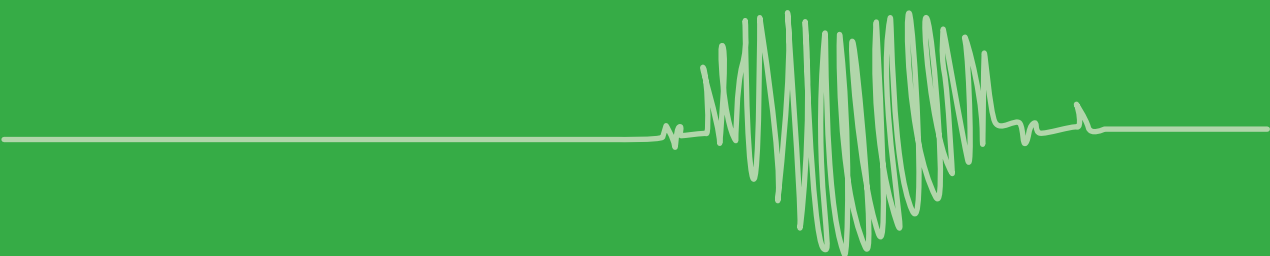
بلندمدت بین یک بخش دولتی و یک بخش غیردولتی منعقد می‌شود و طی آن، بخش غیردولتی اجازه می‌یابد در زیرساخت‌های دولتی نقشی مؤثر ایفا نمایند. حاصل، به اشتراک‌گذارده شدن امکانات بخش دولتی و مدیریت و توانمندی‌های بخش خصوصی است.

۱-۴ فهرست کلمات و اصطلاحات عمده

در زیر، اصطلاحات لاتین و معادل فارسی مورد استفاده برای آن‌ها در متن کتاب آمده است.

Public-Private Partnership (PPP)	مشارکت بخش دولتی و خصوصی
Public-Private Collaboration (PPC)	همکاری بخش دولتی و خصوصی
Buy-Build-Operate (BBO)	خرید-ساخت-بهره‌برداری
Build-Own-Operate-Transfer (BOOT)	ساخت-مالکیت-بهره‌برداری-واگذاری
Build-Operate-Transfer (BOT)	ساخت-بهره‌برداری-واگذاری
Build-Lease-Operate-Transfer (BLOOT)	ساخت-اجاره-بهره‌برداری-واگذاری
Design-Build-Finance-Operate (DBFO)	طراحی-ساخت-تأمین مالی-بهره‌برداری
Design- Build (DB)	طراحی-ساخت
Hospital Information System (HIS)	سامانه اطلاعات بیمارستانی
Outsource	برون‌سپاری
Brand	نام تجاری

همچنین به منظور ساده‌سازی متن، «وزارت بهداشت، درمان و آموزشی پزشکی» به «وزارت بهداشت» و «دانشگاه علوم پزشکی ایران» به «دانشگاه ایران» تلخیص یافته است.



شروع داستان

مؤسسه محب

مؤسسه حمایت از بیماران که به اختصار «محب» نامیده می شود، مؤسسه ای غیرانتفاعی با زمینه سرمایه گذاری در حوزه درمان می باشد. مؤسسه محب با هدف تأمین خدمات درمانی مطلوب برای همه اقشار جامعه با استفاده از روش های نوین مدیریتی در اواخر سال ۱۳۸۳ به ثبت رسید. در این فصل، بانحوه شکل گیری مؤسسه محب، افراد تاثیر گذار در شکل گیری فلسفه مؤسسه محب، اهداف مؤسسه و مهم ترین پروژه های درمانی آن آشنایی شوید

۲-۱ شکل گیری مؤسسه محب

۲-۱-۱ نقطه شروع: مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد

در سال ۱۳۸۱، مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد، علی رغم برخورداری از ظرفیت های نهفته، در رکود قرار داشت. مشکلات بیمارستان به حدی رسیده بود که

کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی گزارشی ضمن تشریح اوضاع نابسامان آن تأکید نمودند که به دلیل شرایط ساختمانی و تجهیزات نامناسب، بهتر است فعالیت این بیمارستان متوقف شود؛ عدمش به ز وجود.

در پاییز سال ۱۳۸۱، مسؤولیت اداره این مرکز به آقای دکتر مسعود اعتمادیان سپرده شد و از همان زمان برنامه‌های ایجاد تحول در بیمارستان آغاز شد. برنامه ریزی استراتژیک، بهره‌گیری از الگوها و روش‌های نوین مدیریتی، استفاده از خرد جمعی، اتکای به دانش، توان کارکنان و کشف ظرفیت‌های ناشناخته آن‌ها، از جمله راهکارهایی بودند که در شیوه مدیریت جدید این مرکز اعمال شد.

اقدامات اصلاحی در مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد با جلب مشارکت مردمی در سه محور اصلی شامل (۱) بازسازی فضای فیزیکی، (۲) توسعه منابع انسانی و (۳) بهره‌گیری از الگوهای نوین مدیریتی، انجام شد. این اقدامات منجر به ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات در این مرکز و در نهایت افزایش سطح رضایت‌مندی بیماران شد. لازم به ذکر است که ارتقای شاخص‌های عملکردی در مرکز هاشمی نژاد در حالی به وقوع پیوست که تعداد نیروی انسانی شاغل در آن، در طی این مدت ثابت بوده است.

۲-۱-۲ تشکیل هیات‌امنا

پس از اصلاح امور و حرکت رو به رشد بیمارستان، سؤالات جدی‌تری برای مدیران بیمارستان پیش آمد: چگونه می‌توان بیمارستان‌های دولتی را احیا کرد؟ اقشار کم درآمد چه سهمی از خدمات با کیفیت در بهداشت و درمان دارند؟ راهکار دولت با توجه به

رشد دائمی هزینه‌ها، رشد سریع تکنولوژی، هزینه سنگین داروها، افزایش نرخ دستمزد نیروی انسانی تحصیل کرده، ساختمان‌های قدیمی و... برای ارائه خدمات مطلوب چیست؟

برای پاسخ به این سؤالات مطالعات جدی

یکی از بازارهای مالی در بازار سلامت، بیمه‌های مکمل است که بیمارستان‌های دولتی امکان بهره‌برداری از این بازار را ندارند.



انجام شد و مدل مشارکت PPP به عنوان یکی از راهکارهای تجربه شده جهت حل این مشکلات پیشنهاد شد. با استفاده از بندج ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه، «اداره بیمارستان های پیشنهادی دانشگاه های علوم پزشکی به صورت هیات امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آنها در چارچوب تعرفه های مصوب»، اداره مرکز به صورت هیات امنایی درآمده و گام هایی به سوی توسعه برداشته شد. بنابراین هیات امنایی متشکل از افراد با تجربه و خبره مدیریت به منظور تأمین خدمات درمانی مطلوب برای همه اقشار جامعه، تشکیل شد. هیات امناد اولین تصمیمات خود، با همیاری و مساعدت مالی و معنوی اعضاء، با ساخت یک بخش بستری غیر دولتی در یکی از فضاهای بایگانی راکد مدارک پزشکی مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد به منظور بستری و درمان سه گروه زیر از بیماران موافقت نمود:

■ بیماران دارای بیمه های مکمل

■ بیمارانی که با تمایل و هزینه خود، متقاضی درمان در خارج از

چرخه ی آموزش می باشند

■ و گردشگران سلامت

با مساعدت نیکوکاران، منابع مالی لازم برای ساخت اولین بخش غیر دولتی مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد فراهم شد.

۲-۱-۳ تأسیس مؤسسه محب

آگاهی از این موضوع که مدیریت نظام درمان دولتی کشور، علی رغم بهره مندی از اعضای هیات علمی خبره، در عرصه مدیریت خدمات درمانی نیاز به نوآوری دارد، فکر تأسیس اولین مؤسسه درمانی غیر دولتی و غیرانتفاعی که با استفاده از روش های

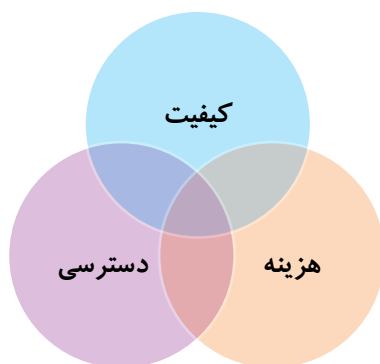
شعار مؤسسه محب:

درمان مطلوب

برای همه جامعه

نوین مدیریتی بتواند در راستای تأمین خدمات درمانی مطلوب برای همه اقشار جامعه فعالیت نماید، را شکل داد. بنابراین همزمان با طی شدن مراحل ساخت و تجهیز بخش غیردولتی در مرکز هاشمی نژاد، مؤسسه غیرانتفاعی محب (حمایت از بیماران) در ۲۰ اسفندماه ۱۳۸۳ به ثبت رسید.

مؤسسه محب با شعار «درمان مطلوب برای همه» تلاش دارد تا سه گانه کیفیت، هزینه و دسترسی را مطابق شکل ۲-۱ مورد هدف قرار دهد.



شکل ۲-۱ ابعاد سه گانه مورد هدف مؤسسه محب

۲-۲ اهداف مؤسسه محب

- جلب کمک‌های مردمی و مساعدت‌های خیرین و اخذ تسهیلات بانکی و اعتباری برای امر به‌سازی و کمک به توسعه و تعمیر مراکز تخصصی، مراکز آموزشی و درمانی و مجتمع‌های بیمارستانی،
- مساعدت مالی و معنوی به بیماران نیازمند در امر درمان از قبیل انجام اعمال جراحی، پیوند عضو و سایر اقدامات پزشکی و پیراپزشکی از طریق اخذ اعانات مالی مردمی،
- نظارت بر حسن اجرای اهداف هیأت موسس و هیأت امناء با رعایت مفاد اساسنامه و همچنین اداره و جوهات و کمک‌های غیر نقدی خیرین و مردم،



■ مشارکت مدنی با اشخاص حقیقی و حقوقی و همکاری بامدیریت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و مؤسسات مشابه داخلی و خارجی از طریق عقد قراردادهای قانونی برابر ضوابط و مصوبات برای بازسازی، ارتقای کیفیت، تجهیز و اداره تمام یا قسمتی از بخش‌های درمانی، کلینیکی و پاراکلینیکی به منظور ارائه خدمت به بیماران دارای انواع بیمه از قبیل بیمه پایه، مکمل، آزاد و توریست و یا بیماران خارج از کشور بر اساس تعرفه و ضوابط بخش‌های خصوصی و غیر دولتی،

■ تأسیس بیمارستان، درمانگاه و آسایشگاه در محل فعلی مجتمع‌های بیمارستانی، اراضی دولتی و یا موقوفه و اداره آنها طبق ضوابط قانونی و آیین نامه‌های داخلی مؤسسه از طریق تفویض اختیار و انتقال مسئولیت به افراد حقیقی یا حقوقی،

■ تدارک و خرید اسباب و لوازم و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی واحدهای تابعه از داخل و یا خارج از کشور و انجام خدمات جانبی و حمایتی از طریق ایجاد شرکت‌های تخصصی و انجام مشارکت و سرمایه‌گذاری در آنها و به‌طور کلی انجام هر گونه معامله یا انعقاد هر نوع قرارداد و عملیاتی که مستقیم یا غیر مستقیم در تحقق اهداف مؤسسه لازم و مؤثر باشد،

■ مشارکت بابخش دولتی و غیردولتی در خصوص تأسیس یا اداره و یا ایجاد شرکت مادر و شرکت‌های تخصصی،

■ فروش، اجاره، استیجاره، تبدیل، ترهین و تملیک املاک و مستغلات تحت تصرف مؤسسه طبق ضوابط قانونی و آیین نامه‌های داخلی مؤسسه،

■ و توسعه منابع انسانی مورد نیاز بخش مدیریت بهداشت و درمان (پزشکی و بیراپزشکی) از طریق سرمایه‌گذاری در آموزش تحقیقات، اعطای بورس‌های تحصیلی، برگزاری سمینارهای آموزشی، چاپ و انتشار دستاوردهای مؤسسه به منظور توسعه فرهنگ مدیریت مراکز درمانی و شرکت در سمینارهای خارج و داخل کشور.

۲-۳ مشارکت مؤسسه محب با دولت

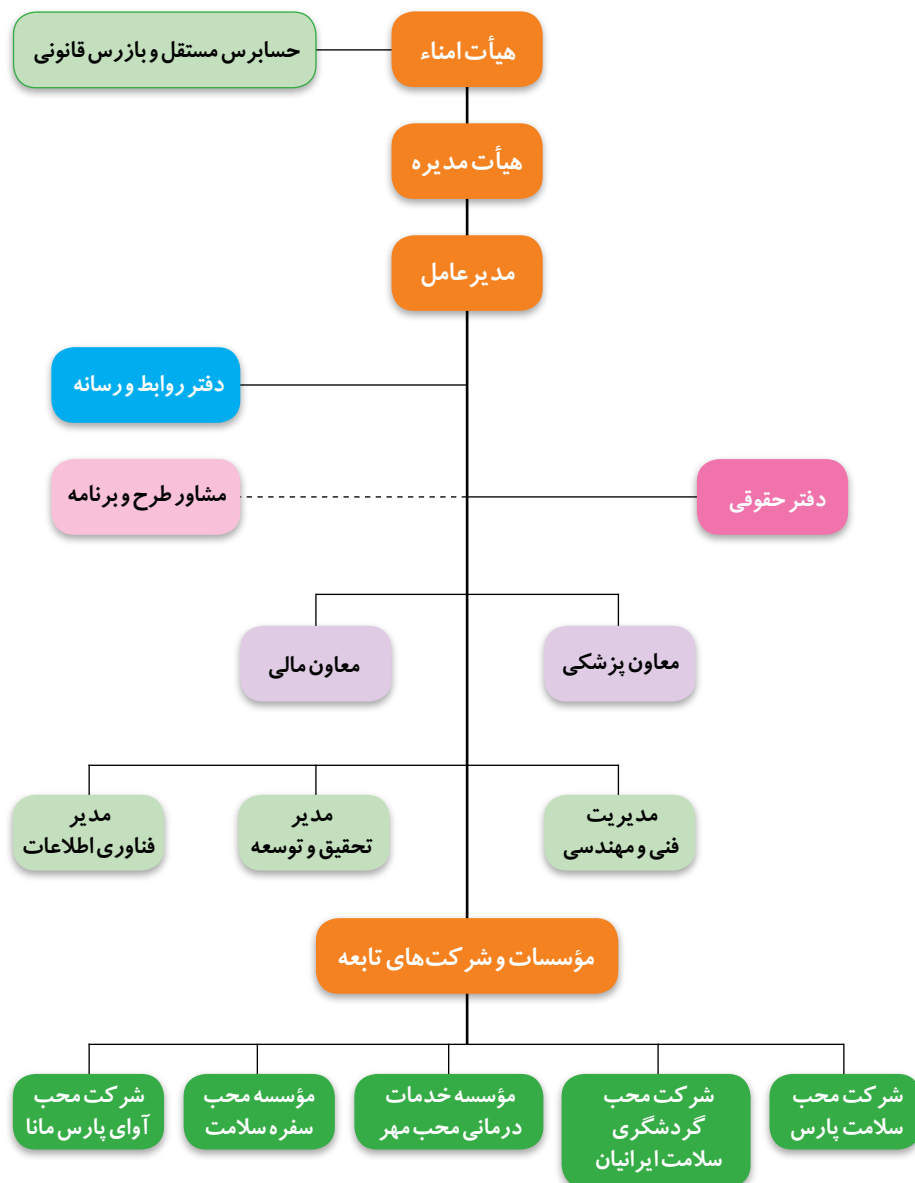
بنیان گذاران مؤسسه محب، در سال ۱۳۸۳، مدل سرمایه گذاری های غیرانتفاعی خود را به شکلی طرح ریزی کردند که علاوه بر توسعه سرمایه گذاری غیرانتفاعی در حوزه درمان، به بهبود بهر هوری در بیمارستان های دولتی کشور هم کمک کند. محب با نگرش PPP و دستیابی به مدل مشارکتی مطلوب جهت همسوسازی نقاط قوت بخش دولتی و خصوصی و حذف نقاط ضعف آن ها، همکاری خود را با دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز کرد.

مدل مشارکتی محب

در مدل مشارکتی محب، بخش غیر دولتی بدون تسهیم سهام و انتفاع شخصی و به قصد افزایش بهر هوری و ارتقا کارآمدی بخش دولتی و کارآفرینی، به مشارکت با بخش دولتی می پردازد؛ مشارکتی که مالکیت و انتفاع شخصی در بخش غیر دولتی، هیچ مفهومی ندارد.

۲-۴ ساختار سازمانی مؤسسه محب

در حال حاضر مؤسسه محب به عنوان یک هلدینگ غیرانتفاعی فعالیت می کند و به منظور سازمان دهی فعالیت های خود در قالب یک شبکه بیمارستانی، شرکت ها و مؤسسات مختلفی را به عنوان شرکت های تابعه تأسیس و بر فعالیت آن ها نظارت می کند. نمودار سازمانی مؤسسه غیرانتفاعی محب در شکل ۲-۲ نمایش داده شده است.



شکل ۲-۲ نمودار سازمانی مؤسسه محب

۲-۵ پروژه های مطرح بیمارستانی مؤسسه محب

مؤسسه محب اقدام به ساخت سه بیمارستان محب مهر، محب یاس و محب کوثر با سه مدل مشارکتی متفاوت در شهر تهران نموده است که در ادامه توضیح مختصری برای هر یک ارائه می شود.



۲-۵-۱ مدل مدیریت مستقل

مرکز درمانی غیرانتفاعی محب مهر در سال ۱۳۸۳ به منظور حمایت از بیماران تاسیس گردید. این مرکز ابتدا به عنوان بخش غیردولتی با ۱۶ تخت در بیمارستان هاشمی نژاد آغاز به کار نمود که کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده و هزینه های منطقی آن، منجر به استقبال بیماران و افزایش تقاضا برای اخذ خدمت از این بخش شد. این موضوع موجب تصمیم هیأت مدیره مؤسسه محب به افزایش تعداد تخت های این بخش از ۱۶ تخت به ۳۲ تخت گردید. لذا یکی دیگر از قسمت های اداری بیمارستان شهید هاشمی نژاد به این مهم اختصاص یافت و در اواخر سال ۱۳۸۴، دومین بخش غیردولتی محب، به نام **بخش مهر**، تاسیس گردید.

با افزایش تقاضا در بخش های محب و مهر بیمارستان هاشمی نژاد و آماده شدن بستر همکاری بیشتر با دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین اهداف و نقشه راه از پیش تعیین شده، هیأت مدیره مؤسسه تصمیم گرفت تا بیمارستان محب مهر را در محوطه پارکینگ بیمارستان هاشمی نژاد بسازد. این بیمارستان با سرمایه گذاری مؤسسه محب بالغ بر



دویست و پنجاه میلیارد ریال و استفاده از تسهیلات بانکی، در مدت ۱۸ ماه ساخته شد که در نوع خود بی سابقه بوده و رکوردی جدید در ساخت بیمارستان در کشور می باشد. بیمارستان محب مهر دارای ۱۷۴ تخت بستری در ۱۴ بخش، دو بخش آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی و یک تالار جراحی با ۱۰ اتاق عمل می باشد. در این بیمارستان خدماتی از قبیل ارولوژی، پیوند کلیه، نفرولوژی، جراحی قلب باز، جراحی عروق، جراحی عمومی، آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی، لاپاراسکوپی، ارتوپدی، الکتروفیزیولوژی قلب، جراحی زنان، داخلی گوارش، داخلی غدد، داخلی قلب و چشم ارائه می گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان یاس

۲-۵-۲ مدل مشارکتی با واگذاری مدیریت به بخش دولتی

بیمارستان میرزا کوچک خان (شوروی سابق) اولین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی زنان و زایمان در ایران با قدمتی بیش از ۷۰ سال بود. در سال ۱۳۷۴ طرح ساخت یک بیمارستان در کنار بیمارستان میرزا کوچک خان به تصویب رسید اما به علت محدودیت منابع دولتی طی ۱۶ سال تنها اسکلت ۳ طبقه از آن ساخته شده و عملاً ادامه‌ی پروژه توقف یافت. در تاریخ ۲۵ مردادماه ۱۳۹۰ در راستای ارتقای سطح همکاری مشترک بخش دولتی و غیردولتی، قرارداد دیگری فی مابین دانشگاه علوم پزشکی تهران و مؤسسه محب منعقد و مقرر شد بیمارستان دیگری از مجموعه محب ویژه بانوان در محل پروژه مصوب قبلی ساخته شود و به نام بیمارستان جامع زنان محب یاس مورد بهره برداری قرار

گیرد. با توجه به تغییر استانداردهای ساخت بیمارستان در طی سال‌های اخیر و نیاز به طراحی مجدد و ساخت بیمارستانی با استانداردهای روز، اسکلت قبلی کاملاً تخریب شد و بیمارستان جامع زنان محب یاس در همان زمین به مساحت ۴۲۰۰ متر مربع با ۲۲ هزار متر مربع زیربنا در ۸ طبقه احداث شد. این بیمارستان دارای ظرفیت ۲۵۰ تخت با ۱۴ بخش، اورژانس با ۱۲ تخت تحت نظر و یک تالار جراحی با ۱۰ اتاق عمل است. با اتمام پروژه ساختمانی بیمارستان محب یاس مورخ ۱۶ شهریور ماه ۱۳۹۳، مدیریت و اداره بیمارستان جامع زنان تهران به مؤسسه غیرانتفاعی محب واگذار می‌شد و پروژه انتقال بیمارستان از ساختمان قدیم به ساختمان جدید انجام گردید. در تاریخ اول آذر ۱۳۹۳، بیمارستان جامع زنان محب یاس به‌طور رسمی افتتاح شد و فعالیت خود را با مدل اداره مشارکتی بخش دولتی و غیردولتی آغاز نمود. در دی ماه سال ۱۳۹۴ بیمارستان جامع زنان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران واگذار و با نام بیمارستان جامع زنان یاس، فعالیت خود را به صورت دولتی آغاز کرد.



MOHEB KOWSAR HOSPITAL

۲-۵-۳ مدل مشارکتی با واگذاری مدیریت به بخش خصوصی

بیمارستان حضرت فاطمه (س) با بیش از ۵۰ سال قدمت، یکی از بیمارستان‌های مهم و جزء معدود مراکز فوق تخصصی ترمیمی و جراحی پلاستیک کشور بود که سالانه پذیرای بیماران و مراجعین زیادی می‌شد. اما در سال‌های اخیر با توجه به کمبود امکانات و بافت قدیمی آن از یک سو، و افزایش میزان تصادفات و سوانح از سوی دیگر، توسعه این



بیمارستان به منظور پاسخ‌گویی بهتر به مراجعین، ضروری می‌نمود. از این رو به پیشنهاد ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران، احداث بیمارستانی دیگر از مجموعه محب در کنار بیمارستان حضرت فاطمه (س)، مورد قبول مؤسسه محب قرار گرفت و در تاریخ ۲۵ مردادماه ۱۳۹۰، قرارداد آن فی‌مابین مؤسسه محب و دانشگاه علوم پزشکی تهران به امضا رسیده و کلنگ آن در حیاط بیمارستان حضرت فاطمه (س) به زمین زده شد.

بیمارستان محب کوثر در سال ۱۳۹۲ با هدف ارائه خدمات فوق تخصصی آغاز به کار نمود. در راستای سیاست وزارت بهداشت مبنی بر استفاده از مدل مشارکت PPP برای ارتقای سطح خدمات سلامت در سطح ملی، در تاریخ ۱۰ دی‌ماه ۱۳۹۳، مدیریت بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) به مؤسسه غیرانتفاعی محب واگذار گردید و دو بیمارستان حضرت فاطمه و محب کوثر با نام بیمارستان محب حضرت فاطمه با مدیریت ادغام شده بخش غیردولتی به فعالیت خود ادامه دادند. این دو بیمارستان مجدداً در ۱۰ دی‌ماه ۱۳۹۴ از یکدیگر تفکیک شده و به صورت مجزا به ارائه خدمات پرداختند. در کتاب حاضر، تلاش شده است تا داستان ادغام و تفکیک به همراه دلایل و درس‌های آموخته شده از آن بیان گردد تا چرایی باشد برای روشن کردن مسیر آینده.

در حال حاضر بیمارستان محب کوثر دارای ۱۲۸ تخت بستری، ۳۲ تخت ویژه، یک تالار جراحی با ۱۲ اتاق عمل و واحدهای تشخیصی و بازتوانی می‌باشد. در این بیمارستان خدماتی از قبیل جراحی ترمیمی و پلاستیک، مغز و اعصاب (داخلی و جراحی)، ارتوپدی، جراحی عمومی، جراحی زنان، نورولوژی، عفونی، انکولوژی، چشم و داخلی گوارش ارائه می‌شود.

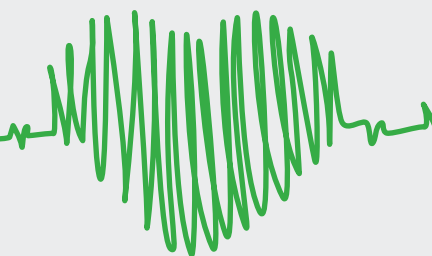
مراجع

محب، راهی متفاوت...، انتشارات محب

محمد جواد سلیمانی (۱۳۹۰)، «یک تجربه: بیمارستان هاشمی نژاد و مؤسسه غیرانتفاعی محب»،

هفته‌نامه سپید، شماره ۲۶۸

۳۰. بیمارستان محب کوثر روایتی از تولد نابوغ





۳

مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان‌ها

سالانه مبالغ بسیار زیادی در کشورهای مختلف جهان صرف هزینه‌های درمانی می‌شود که حدود ۳۰ الی ۵۰ درصد این هزینه‌ها به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. در کشور ما بیشترین قسمت این هزینه‌ها توسط دولت پرداخته می‌شود. در حال حاضر در ایران از میان حدود ۶۰۰ بیمارستان دولتی حدود ۱۱۰ بیمارستان با قدمتی بیشتر از ۵۰ سال، نیاز شدید به بازسازی و مرمت دارند. مساله اصلی این است که بازسازی این بیمارستان‌ها، هزینه بسیار بالایی دارد که با وجود مشکلات اقتصادی مختلف، تخصیص بخش اعظمی از بودجه به این مهم به راحتی میسر نیست.

یکی از راهکارهای ارائه شده در دنیا برای برطرف کردن این مشکل، استفاده از طرح مشارکت بخش خصوصی و دولتی (PPP) است. کمبود بودجه بخش دولتی و امکان استفاده از قابلیت بخش خصوصی برای بالا بردن کارایی و بهره‌وری در بیمارستان، افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی و کاهش فشار مالی بر روی دولت از مهم‌ترین دلایل انتخاب

این مدل می‌باشند. با استفاده از این طرح، دولت امکان سرمایه‌گذاری بودجه در بخش‌های دیگر را از دست نمی‌دهد.

مؤسسه محب نیز به منظور بهبود خدمات ارائه شده در حوزه مدیریت بیمارستانی و کمک به بازسازی بیمارستان‌های فرسوده و قدیمی، تصمیم به اجرایی کردن طرح PPP در ایران نمود. به همین دلیل با امضای دو تفاهم‌نامه با وزارت بهداشت تصمیم به ساخت بیمارستان خصوصی محب کوثر در زمین بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) و بیمارستان خصوصی محب یاس در زمین بیمارستان دولتی میرزا کوچک خان گرفت. طبق تفاهم‌نامه مشارکتی امضا شده قرار بود مالکیت این دو بیمارستان متعلق به دولت و بهره‌برداری از آن‌ها متعلق به هلدینگ محب باشد اما به دلیل نبود زیرساخت‌های قانونی لازم، این مشارکت در عمل محقق نشد.

در فصل حاضر ابتدا به تعریف طرح مشارکت بخش خصوصی و دولتی، اهمیت، اهداف و دستاوردهای آن پرداخته می‌شود. سپس مدل‌های مختلف این طرح در حوزه بیمارستانی معرفی می‌شوند. در نهایت، در انتهای فصل به این مهم پرداخته می‌شود که چرا مشارکت بخش خصوصی و دولتی در اجرا محقق نشد.

۳-۱ سیاست کوچک‌سازی

بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین مؤسسات بهداشتی و درمانی، نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته و عملکرد هماهنگ آن‌ها با مجموعه‌ای از عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی منجر به تأمین سلامت مردم می‌شود. از آنجا که این بخش، مصرف‌کننده قسمت اعظمی از بودجه بهداشت و درمان هر کشور می‌باشد، توجه کامل به عملکرد و هزینه‌های آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در حالی که سالیانه مبالغ بسیار هنگفتی صرف احداث، نگهداری و یا بازسازی بیمارستان‌ها در سراسر جهان می‌گردد، شواهد نشان می‌دهد که منافع مورد انتظار از هزینه‌های انجام شده به صورت بسیار محدود حاصل می‌شود [۱].



از طرف دیگر مدیران سازمان‌های سلامت به ویژه بیمارستان‌ها، همچنان در محیط‌های در حال تحول سریع با چالش‌های بسیاری ناشی از رشد فناوری، انفجار دانش، تقاضای فزاینده مشتریان و سیاست‌مداران، و تغییر سیمای بیماری‌ها مواجه بوده و در پاسخ به فشارهای فزاینده بخصوص کمبود منابع مالی و رسیدن به بهره‌وری بالا، به دنبال یافتن راهکارهای جدیدی می‌باشند [۲]. برای رویارویی با این مشکلات بسیاری از کشورهای جهان تغییرات عمده و مداومی را در نظام سلامت خود طراحی و اجرایی کنند. کوچک‌سازی یک راهکار برای دستیابی به یک اندازه مناسب، بازسازی، تطبیق با پیشرفت‌های فناوری، تخصص یافتن در فعالیت اصلی و محوری خود، افزایش انعطاف‌پذیری، کاهش هزینه‌ها، افزایش رقابت‌پذیری و تسریع تصمیم‌گیری‌ها است [۳]. سیاست کوچک‌سازی در بیمارستان‌ها به عنوان یک پدیده اجتناب‌ناپذیر مطرح می‌شود که استراتژی‌های مختلفی مانند سیاست کاهش تعداد تخت‌ها، کاهش تعداد کارکنان، ادغام بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی و استفاده از توان بخش خصوصی را در بر می‌گیرد [۴].

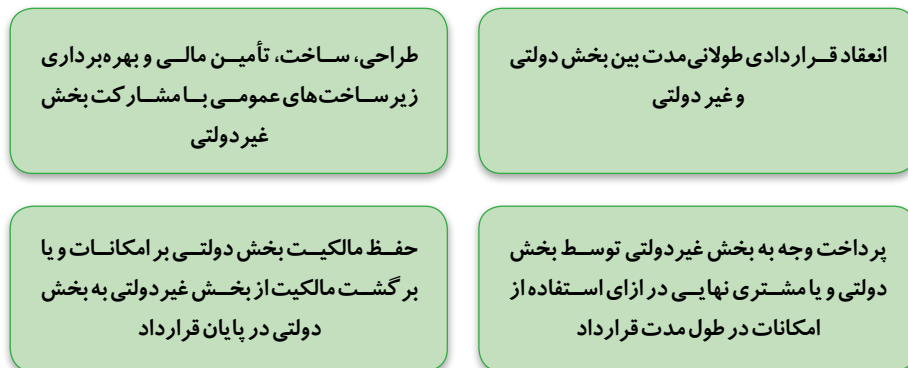
سیاست کاهش تعداد تخت‌ها در راستای کوچک‌سازی به عنوان عاملی که باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها و به وجود آمدن پس‌انداز برای بیمارستان‌ها می‌شود، توسط بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است. به عنوان مثال سیاست کاهش تخت در کشور کانادا در سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ باعث شد که رشد سالانه هزینه‌ها منفی شود. [۵] کیفیت خدمات نیز تحت تأثیر استفاده از تکنیک‌های کوچک‌سازی قرار گرفت. در بسیاری از کشورها کوچک‌سازی با کاهش تعداد کارکنان تمام وقت و گرایش به استخدام نیروهای پاره وقت همراه بوده است [۶]. در مطالعه‌ی طبیبی و همکاران در سال ۲۰۱۰ نیز تأثیر ادغام بخش‌های بستری بیمارستانی بر 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 [۷]. کوچک‌سازی می‌تواند با ترکیبی از روش‌ها صورت پذیرد؛ به عنوان مثال دوانیگان و پولاک در تحقیقی در سال ۲۰۰۳ اشاره کردند که سیاست استفاده از توان بخش خصوصی و مشارکت جامعه در

اسکاتلند، منجر به کاهش ۲۴ درصدی در تعداد تخت‌های مراقبت حاد شده است [۸]. امروزه کوچک‌سازی سازمان‌ها به یک راهکار شایع در سراسر جهان تبدیل شده است و می‌توان آن را استراتژی مناسبی برای بخش‌های مختلف بیمارستانی در کشور در بستر موجود فراهم شده از سوی دولت در اجرای گسترده اصل ۴۴ قانون اساسی و متون برنامه‌های ملی توسعه چهارم و پنجم قلمداد نمود [۹]. با این وجود به کارگیری هر مکانیزم جدید در نظام سلامت نیازمند بررسی و تطبیق با شرایط محلی بوده و چنین اصلاحاتی نمی‌توانند از یک فرمول واحد جهانی و منطقه‌ای تبعیت کند [۱۰].

۳-۲ طرح مشارکت بخش خصوصی و دولتی (PPP)

همان‌طور که در بخش قبل هم اشاره شد یکی از استراتژی‌های کوچک‌سازی، استفاده از توان بخش خصوصی می‌باشد. مدل PPP یکی از طرح‌های مورد استفاده برای پوشش کمبود بودجه بخش دولتی و امکان استفاده از قابلیت بخش خصوصی برای بهبود وضعیت است. مشارکت PPP، یک قرارداد بلندمدت جهت ارائه خدمات دولتی از طریق مشارکت بخش دولتی با یک یا چند مؤسسه غیردولتی می‌باشد [۱۱]. مشارکت بخش دولتی و غیردولتی برای هر دو طرف طی یک قرارداد بلندمدت (حداقل ۲۰ تا ۲۵ سال) سیاست برد-برد را به دنبال خواهد داشت. در PPP، خدمات با کیفیت بهتر از طریق سرمایه‌گذاری جدید و مدیریت بهبود یافته ارائه می‌شود و به کسب و کارهای متعلق به دولت نیز کمک می‌کند تا به بالاترین سطح توانمندی‌های بالقوه خود برسند.

بخش دولتی از امکانات و سرمایه‌بالا، پشتیبانی دانشگاه‌ها و بودجه دولتی برخوردار است. در مقابل آن بخش خصوصی از مزایای دیگری مانند انگیزه، دسترسی بالا، ریسک‌پذیری بهتر و بهره‌وری مناسب‌تر نسبت به بخش دولتی برخوردار است. با استفاده از طرح مشارکت تقریباً تمامی این مزیت‌ها و قابلیت‌ها در کنار یکدیگر قابل استفاده خواهند بود. مهم‌ترین مشخصه کلیدی در این مدل، انتقال ریسک به بخش خصوصی است. مدل مشارکت بخش خصوصی و دولتی شامل چهار عنصر ویژگی اصلی است که در شکل ۳-۱ نمایش داده شده است.



شکل ۱-۳ ویژگی‌های اصلی مدل PPP

در کنار کاهش بدهی دولت، دلیل دیگر افزایش کاربرد مدل PPP، به‌دست‌آوردن ارزش در برابر پول و تحویل به موقع زیرساخت‌ها است. ارائه خدمات از طریق PPP ممکن است لزوماً ارزان‌تر از خدمات بخش دولتی نباشد ولی پولی که صرف می‌شود باید ارزش هزینه شدن را داشته باشد و نتایج بهتری بدهد. از جمله عوامل افزایش ارزش در برابر پول در PPP می‌توان به افزایش بهره‌وری، تسهیم ریسک، خدمت‌رسانی بهتر به مشتری، استفاده از فناوری برتر، اتمام پروژه در زمان پیش‌بینی شده و با هزینه پیش‌بینی شده اشاره نمود.

مشارکت بخش‌های دولتی - غیردولتی به معنای خصوصی‌سازی نیست. در این نوع مشارکت‌ها، مسئولیت در برابر ارائه خدمات عمومی در بخش دولتی باقی می‌ماند و این در حالی است که در فرآیند خصوصی‌سازی، مسئولیت به بخش خصوصی منتقل می‌شود. در فرآیند مشارکت‌های دولتی - غیردولتی، هیچ انتقالی در مالکیت مراکز صورت نگرفته و بخش دولتی در برابر ارائه خدمات در مقام پاسخگویی باقی می‌ماند.

۳-۳ مدل‌های مختلف PPP

مشارکت PPP در قالب هفت مدل کلی میسر است که در جدول ۱-۳ فهرست شده‌اند

جدول ۱-۳ مدل های مختلف PPP

مدل	شرح
مدل خرید-ساخت- بهره برداری (BBO ^۱)	در این مدل، دارایی های دولت به بخش خصوصی یا نهاد شبه دولتی واگذار شده و در چارچوب قرارداد، دارایی های مذکور می بایست در یک دوره زمانی معین بازسازی شده و مورد بهره برداری قرار گیرند. ابزارهای کنترلی بخش دولتی در زمان واگذاری دارایی ها از طریق مفاد قرارداد اعمال می گردد.
مدل ساخت-مالکیت- بهره برداری-واگذاری (BOOT ^۲)	در این مدل، نهاد خصوصی امتیازاتی را در زمینه های تأمین مالی، طراحی، ساخت و بهره برداری از یک مرکز در یک دوره زمانی معین دریافت نموده و پس از طی دوره زمانی مذکور مالکیت مرکز مورد بهره برداری به بخش دولتی واگذار می شود.
مدل ساخت- بهره برداری-واگذاری (BOT ^۳)	در مدل حاضر، بخش خصوصی تحت یک قرارداد واگذاری بلندمدت، مبادرت به طراحی، تأمین مالی و ساخت یک تسهیلات جدید نموده و به مجرد اتمام ساخت، مالکیت تسهیلات جدید به بخش دولتی واگذار می گردد.
مدل ساخت-اجاره- بهره برداری-واگذاری (BLOT ^۴)	در این مدل، یک نهاد خصوصی به ازای پرداخت کرایه، برای یک دوره معین مرکزی دولتی را اجاره نموده و امتیازاتی را نیز جهت تأمین مالی، طراحی، ساخت و بهره برداری از این مرکز اجاره ای و عوارض های پرداختی افراد استفاده کننده از مرکز دریافت می کند.
مدل طراحی- ساخت-تأمین مالی- بهره برداری (DBFO ^۵)	در این مدل بخش خصوصی در چارچوب یک قرارداد اجاره بلندمدت طراحی، تأمین مالی و ساخت یک مرکز جدید را بر عهده گرفته و در طول مدت زمان اجاره نیز از مرکز ایجاد شده بهره برداری می نماید. بخش خصوصی مشارکت کننده در پایان دوره اجاره، مرکز جدید را به بخش دولتی واگذار می نماید.

1-Buy-Build-Operate

2-Build-Own-Operate-Transfer

3-Build-Operate-Transfer

4-Build-Lease-Operate-Transfer

5-Design-Build-Finance-Operate



مدل	شرح
مدل تأمین مالی (مشارکت منحصراً در تأمین مالی)	مؤسسات خصوصی که معمولاً شرکت‌های خدمات مالی هستند به دوروش مستقیم و یا غیر مستقیم و از طریق ساز و کارهایی مانند اجاره بلندمدت و یا صدور اوراق قرضه در پروژه‌ها سرمایه گذاری می کنند.
مدل طراحی-ساخت (DB ^۱)	در این مدل، بخش خصوصی زیر ساخت‌ها را بر طبق ویژگی‌های عملکردی بخش دولتی طراحی کرده و می سازد و در اغلب موارد طراحی و ساخت مراکز بر مبنای قیمت ثابت می باشد و در نتیجه ریسک افزایش هزینه‌ها نسبت به هزینه‌های پیش بینی شده به بخش خصوصی منتقل می شود.

۳-۴ PPP در بیمارستان‌ها

بیمارستان به عنوان یکی از سازمان‌های اصلی ارائه دهنده خدمات درمانی، حساسیت و اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد و بهداشت دارد. دولت‌ها در راستای مهار هزینه‌های مربوط به نظام سلامت و بخش بیمارستانی از استراتژی‌های گوناگونی استفاده کرده‌اند مانند گذر از تأمین مالی از طریق مالیات عمومی به پرداخت‌های مبتنی بر بیمه سلامت، مرتبط نمودن تأمین مالی بیمارستان‌ها به ستاده‌ها و کارایی آن، افزایش خودگردانی و انگیزه‌های مدیران و در نهایت کاهش تخت‌های بیمارستانی [۱۳]. تعدادی از کشورها در راستای کاهش هزینه‌ها به موازات بهبود کیفیت خدمات، اقدام به استفاده از مدل‌های PPP در بیمارستان‌های دولتی کرده‌اند [۱۴].

اولین تجربه‌ی PPP در بیمارستان‌ها در اوایل دهه ۱۹۸۰ و در کشور انگلستان انجام شد و هم‌اکنون این استراتژی در کشورهای استرالیا، کانادا، آلمان، چین، هند و آمریکای لاتین به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۵]. کاستن از وظایف دولتی و افزودن به توان دولت برای برنامه‌ریزی، تنظیم استانداردها، تأمین مالی و قانون گذاری، برداشتن

مسئولیت تامین مالی سرمایه گذاری ها از دوش دولت، استفاده از عنصر رقابت برای افزایش کارایی و اثربخشی، افزایش خودگردانی مدیریت و تمرکززدایی تصمیم گیری به مدیران اجرایی، برخی از منافع بهره مندی از PPP در بیمارستان ها می باشد. ایالت های استرالیا، مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان ها را در بیش از ۵۰ بیمارستان عمومی با مکانیسم های متعدد آغاز کرده اند [۱۶]. دولت انگلستان نیز به عنوان پیشگام، از مدل PPP برای تامین مالی، ساخت و اداره بیمارستان های دولتی خود استفاده می کند [۱۷]. این کشور با بهره گیری از مشارکت بخش خصوصی، ۲۵-۱۷ درصد صرفه جویی در هزینه ها را تجربه کرده است [۱۶].

جباری و همکاران در پژوهش خود، مشارکت بخش دولتی و غیردولتی در حوزه بیمارستانی را می توان به انواع زیر دسته بندی کرد [۱۸]:

■ **قراردادهای خدمات بالینی و خدمات غیر بالینی:** دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می کند تا وظایف خاصی را درون یا بیرون بیمارستان انجام دهد.

■ **برون سپاری خدمات بالینی و غیر بالینی:** دولت به یک مؤسسه خصوصی مبلغی را پرداخت می کند تا یک یا چند بخش ویژه از یک بیمارستان را مدیریت کند و کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه نماید. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی - درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی بر عهده بخش خصوصی خواهد بود.

■ **قراردادهای مدیریت:** در این نوع قراردادها، دولت مبلغی را به یک مؤسسه خصوصی برای مدیریت بیمارستان دولتی پرداخت می نماید، تا بیمارستان را اداره کند و کلیه خدمات را ارائه دهد. در این مدل، تصمیمات مربوط به استخدام نیروی بهداشتی - درمانی، تدارکات و خرید دارو و لوازم پزشکی توسط دولت انجام می شود.

■ **قراردادهای اجاره:** در این قراردادها، مؤسسه خصوصی با پرداخت مبلغی به دولت بیمارستان دولتی را اجاره نموده و مسئولیت اداره ی مرکز و ارائه خدمات را بر



عهده می‌گیرد. در مقابل، مؤسسه خصوصی حق جمع‌آوری درآمد از عملکرد خود را به دست می‌آورد.

■ قراردادهای ابتکار مالی خصوصی / طراحی، ساخت، تامین مالی

وبهره‌برداری: در این قراردادها، بخش خصوصی که اغلب به شکل ائتلاف خصوصی مشاهده می‌شود، مسئولیت کلیه مراحل پروژه بیمارستان را برای ارائه خدمات دولتی به عهده می‌گیرد. بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری، تاسیس، مدیریت و ارائه خدمات غیربالینی (تغذیه، رخت‌شویی، حراست، پارکینگ و تدارکات) مسئولیت خواهد داشت. و ارائه خدمات اصلی بیمارستانی با بخش دولتی خواهد بود. این مدل عموماً توافق امتیاز انحصاری بلندمدت نیز نامیده می‌شود.

■ قراردادهای امتیاز انحصاری: در قرارداد امتیاز انحصاری، بخش دولتی

به ائتلاف خصوصی جواز قانونی اعطا می‌نماید تا این ائتلاف با انعقاد قراردادی ثانوی تامین مالی، طراحی، ساخت، بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان را عهده‌دار شود. ائتلاف بخش خصوصی از تعدادی سازمان شامل مدیران تسهیلات، بانک‌ها، سرمایه‌گذاران و حامیان تشکیل شده است. پرداخت به این سازمان‌ها بعد از تکمیل فاز ساخت و ساز و آغاز بهره‌برداری، انجام می‌شود. در مدت زمان بهره‌برداری از بیمارستان، درآمد ائتلاف از محل ارائه‌ی خدمت به مردم حاصل می‌شود.

■ محرومیت بخش دولتی / خصوصی سازی کامل: تحت قراردادهای

خصوصی سازی با محرومیت بخش دولتی، مالکیت، بهره‌برداری، نگهداری، سرمایه‌گذاری‌های کلان و ریسک تجاری بیمارستان دولتی به بخش خصوصی انتقال می‌یابد. مدت زمان این قراردادها نامشخص و یا به وسیله مجوزهایی محدود می‌گردد. در جدول ۲-۳ مشخصات هر یک از مدل‌های نام‌برده شده جمع‌بندی شده‌اند

۴۰. بیمارستان محب کوثر روایتی از تولد تابوغ

جدول ۲-۳ مشخصات مدل های PPP مورد استفاده در بخش بیمارستانی

مدت زمان قرارداد	مالکیت بیمارستان	انتقال ریسک های تقاضا	مدیریت بیمارستان	مسئولیت سرمایه گذاری کلان	مسئولیت طراحی و ساخت بیمارستان	حیطه ها انواع مدل ها
۶-۲۴ ماه	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	قراردادهای خدمت بالینی
۶-۲۴ ماه	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	قراردادهای خدمات غیر بالینی
۱-۳ سال	دولتی	دولتی- خصوصی خدمات واگذار شده	دولتی- خصوصی	دولتی	دولتی	برون سپاری خدمات غیر بالینی
۱-۳ سال	دولتی	دولتی- خصوصی خدمات واگذار شده	دولتی- خصوصی	دولتی	دولتی	برون سپاری خدمات بالینی
۳-۵ سال	دولتی	دولتی	خصوصی	دولتی	دولتی	قراردادهای مدیریت
۱۰-۱۵ سال	دولتی	خصوصی	خصوصی	دولتی	دولتی	قراردادهای اجاره
۱۵-۲۰ سال	دولتی	دولتی- خصوصی	خصوصی تحت مقررات دولتی	خصوصی	خصوصی	قراردادهای ابتکار مالی خصوصی/ طراحی، ساخت، تأمین مالی، بهره برداری

مدت زمان قرارداد	مالکیت بیمارستان	انتقال ریسک‌های تقاضا	مدیریت بیمارستان	مسئولیت سرمایه‌گذاری کلان	مسئولیت طراحی و ساخت بیمارستان	حیطه‌ها انواع مدل‌ها
۳۰-۲۰ سال	دولتی- خصوصی	دولتی- خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	قراردادهای امتیاز انحصاری
نامحدود	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	محرومیت بخش دولتی/ خصوصی‌سازی کامل

۳-۵ چرا پروژه‌های PPP در ایران موفق نیستند؟

در بخش قبل به معرفی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در حوزه سلامت و مدل‌های آن در حوزه بیمارستانی پرداختیم. مؤسسه محب نیز با هدف مشارکت بخش خصوصی و دولتی اقدام به ساخت بیمارستان خصوصی در جوار بیمارستان‌های قدیمی دولتی کرد تا از محل درآمد بخش خصوصی به بازسازی و نوسازی ساختمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان دولتی بپردازد. در قراردادهای مشارکت بخش دولتی و خصوصی هر بخش آورده‌ای با خود به میدان آورده و براساس آن آورده، منفعتی رانیز می‌برد. در قراردادهای مؤسسه محب با وزارت بهداشت، که از نوع BOT بود، تعادل میان آورده و منفعت از بین می‌رود. مؤسسه محب علی‌رغم تمامی موانع موجود به تمامی تعهدات خود عمل کرد اما نبود زیرساخت‌های قانونی لازم در کشور و ناتوانی بخش دولتی در انجام تعهدات خود، منجر به عدم موفقیت پروژه‌های مذکور شد که در ادامه به صورت مختصر به آن‌ها می‌پردازیم.

۳-۵-۱ آورده و منفعت طرفین

همان گونه که پیش تر نیز اشاره شده بود، هر یک از بخش های دولتی و خصوصی در قرارداد PPP، آورده ای را به اشتراک گذاشته و در مقابل منافع را به دست می آورند. در جدول زیر آورده و منفعت وزارت بهداشت و مؤسسه محب در قراردادهای مشارکتی امضا شده شرح داده شده اند.

جدول ۳-۳ آورده بخش دولتی و محب در قراردادهای مشارکتی

طرف قرارداد	آورده	منفعت
بخش دولتی (وزارت بهداشت)	■ واگذاری بخشی از زمین بیمارستان دولتی برای ساخت بیمارستان جدید در طول مدت قرارداد ■ پرداخت مابه التفاوت تخت های دولتی و خصوصی ■ فراهم کردن زیرساخت های قانونی مورد نیاز برای مشارکت	■ عدم نیاز به سرمایه گذاری بخش دولتی برای بازسازی و نوسازی بیمارستان حضرت فاطمه (س) ■ مالکیت بیمارستان جدید محب مانند بیمارستان محب کوثر پس از اتمام قرارداد ■ تغییر فرهنگ کاری و دیدگاه مدیریتی بخش دولتی براساس الگوی محب ■ ارتقای مهارت کارکنان بخش دولتی به دلیل توانمندی های فنی منتقل شده از محب ■ بهبود کیفیت خدمات درمانی در بخش دولتی ■ افزایش رضایت بیماران در بخش دولتی
بخش خصوصی (مؤسسه غیرانتفاعی محب)	■ سرمایه گذاری برای ساخت بیمارستان جدید ■ تفکر مدیریتی محب ■ فرهنگ محب ■ توان مندی های فنی محب	■ منفعت معنوی به دلیل ایجاد بهبود در بخش دولتی و حرکت در راستای شعار محب «ارائه خدمات سلامت به همه اقشار مردم» ■ استفاده از ۲۵٪ از سود بیمارستان جدید برای بهبود خدمات سلامت در جامعه



مدل‌های مشارکتی مورد توافق میان مؤسسه محب و وزارت بهداشت محقق نشد که دو دلیل اصلی آن در ادامه شرح داده می‌شوند.

۳-۵-۲ زیرساخت‌های مورد نیاز برای PPP در کشور وجود ندارد

مشارکت بخش دولتی و خصوصی نیاز به قوانین حمایتی دارد که هنوز در ایران زیرساخت قانونی مورد نیاز فراهم نشده است. مؤسسه محب با علم به ضعف زیرساخت قانونی موجود براساس تعهدات وزارت بهداشت در فراهم کردن این زیرساخت و تسهیل فرایندهای قانونی، قراردادهای مشارکت را پذیرفت اما به دلایل عمده زیر با مشکل مواجه شد:

- مهم‌ترین مشکل پروانه بیمارستان بود که صادر نشد و بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) از پروانه بیمارستان حضرت فاطمه (س) استفاده می‌کرد.
- بیمه‌ها به خصوص بیمه‌های پایه به دلیل نبود پروانه بیمارستان و ابهام در ماهیت ترکیبی دولتی-خصوصی بیمارستان، مطالبات بیمارستان را پرداخت نکردند.
- همچنین قرار بود وزارت بهداشت و دانشگاه ایران مابه‌التفاوت تخت‌های دولتی و خصوصی بیمارستان از محل درآمد طرح تحول سلامت پرداخت کنند که متأسفانه باز هم به این تعهد عمل نشد.

۳-۵-۳ فرهنگ مشارکت بخش دولتی و خصوصی در کشور وجود ندارد

تجربیات مؤسسه محب در قراردادهای مشارکت نشان می‌دهد که بخش دولتی هنوز از دیدگاه فرهنگی آماده پذیرش مشارکت با بخش خصوصی نیست. حاشیه‌های مختلف ایجاد شده و اعتراض مدیریت، کارکنان و حتی پزشکان بخش دولتی نسبت به مشارکت با بخش خصوصی و مقاومت در برابر این تغییر همگی گواه بر این موضوع هستند.

گواهی بر عدم پایبندی دولت به تعهدات خود

تاریخ: ۹۱/۱۰/۰۳
شماره: م/۹۱/۶۶۵
پیوست: دارد

بسم الله الرحمن الرحيم



جناب آقای دکتر محمود احمدی نژاد
ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران
سلام علیکم؛

احترما با آرزوی سلامتی و طول عمر با عزت برای آن عزیز
اجازه می‌خواهد به صورت مختصر گزارشی از وضعیت پروژه‌های بیمارستانی در دست ساخت
مؤسسه غیرانتفاعی محب خدمت جنابعالی معروض داشته و درخواست راهنمایی نماید.

۱. در تاریخ ۱۳۸۸/۰۸/۰۸ که برای افتتاح بیمارستان محب در آن محل حضور یافتید با
صدای بلند و قوی و پر از عاطفه فرمودید بیست تا از این نوع بیمارستان بسازید من
هزینه آن را می‌پردازم.

۲. با این برخورد احساسی جنابعالی هیأت مدیره مؤسسه محب تصمیم گرفتند در پاسخ به
ندای آنجناب دو بیمارستان جدید در ۲ نقطه از شهر تهران یکی در کنار بیمارستان
ترمیمی حضرت فاطمه «س» واقع در خیابان سیدجمال الدین اسدآبادی در شمال پارک
شفق و دیگری در جوار بیمارستان میرزا کوچک خان (بیمارستان جامع زنان) مانند
بیمارستان محب واقع در جوار بیمارستان هاشمی نژاد احداث نمایند که برای این دو
پروژه حدود ۹۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال اعتبار ساخت و تجهیز پیش‌بینی گردید (گرچه
متأسفانه در حال حاضر این اعتبار به به پیش از پانجاه درصد افزایش یافته است).

۳. مؤسسه محب طی نامه شماره م/۱۱۳/۹۰ مورخ ۹۰/۰۶/۰۷ از جنابعالی درخواست نمود
برابر وعده مبلغ دو بیست میلیارد ریال برای این دو پروژه مساعدت فرمائید که در ذیل
درخواست به آقایان عزیزی معاونت محترم برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی و حسینی وزیر
محترم اقتصاد پی‌نوشت فرمودید (کار خیلی خوبی است. شخصا دنبال حل مشکل و اعلام
نتیجه نمائید). که متأسفانه با مراجعات مکرر و پیگیری مستمر نتیجه‌ای حاصل نشد
(تصویر پی‌نوشت ضمیمه است).

گواهی بر عدم پایبندی دولت به تعهدات خود



تاریخ: ۹۱/۱۰/۰۳
شماره: م/۶۶۵/۹۱
پیوست: دارد

۴. مجدداً طی نامه شماره م/۵۱۸/۹۰ مورخ ۹۰/۱۱/۲۹ از آنجناب تقاضای مساعدت شد که در ذیل نامه پی‌نوشت فرمودید (در دولت به اینجانب و آقایان عزیزی و خاتم دستجری و آقای نیکزاد داده شود ۹۱/۰۳/۰۶).

۵. چون از این دستور نیز چیزی عاید نشد متأسفانه مجبور شدیم بار دیگر این نامه را به حضور جنابعالی تقدیم نمائیم و عرض کنیم جناب آقای رئیس جمهور ما به فرمایش و وعده‌ها و پی‌نوشت‌های شفاف و روشن جنابعالی اعتماد کردیم و کار را تا حد پیش از ۵۰٪ پیشرفت فیزیکی انجام دادیم و بسیار امیدوار بودیم در زمان ریاست جمهوری حضرتعالی مراسم افتتاح این دو پروژه انجام پذیرد و تا کنون تقریباً سه چهارم هزینه‌های پروژه را از طریق کمک‌های مردمی و تسهیلات بانکی تأمین و پرداخته‌ایم و در حال حاضر نیز مبالغ سنگینی بدهی فوری داریم.

علیهذا مستدعی است بدون اینکه این نامه را به دیگری ارجاع فرمائید مقرر فرموده دسته چک را بیاورند و مبلغ دوست میلیارد ریال مورد تعهد را طی یک فقره چک در وجه مؤسسه غیرانتفاعی محب کارسازی فرمایند.

ضمناً دستور فرمائید برای اواخر خردادماه سال ۱۳۹۲ روزی را جهت حضور در مراسم افتتاح هر دو پروژه تعیین و به این مؤسسه اعلام فرمایند.

۶. در صورت عدم اقدام در مورد مساعدت شاید مجبور باشیم ما را ناامید و در دست طلب‌کاران و تأمین‌کنندگان مصالح ساختمانی در محل دفترتان مشاهده و در آن هنگام به ناچار دستور فرمائید دسته چک را بیاورند، لذا تا دیر نشده است بوعده خداپسندانه خود عمل فرمائید که فردا دیر است.

در خانمه از اینکه برای چاشنی نامه و هم برای جلب توجه شما به مطلب، متن نامه خودمانی است ما را خواهید بخشید. اس

محمدرضا اعتمادیان
رئیس هیات امضاء و هیات مدیره
مؤسسه غیرانتفاعی محب

مراجع

- [1] FERDOSI, M., FARAHABADI, S., MOFID, M., REJALIAN, F., HAGHIGHAT, M. & NAGHDI, P. 2012. Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan. *Health Inform Manage*, 989-996 [Persian].
- [2] AHMADREZA, J., HOSSEIN, J. & FARIBA, B. 2006. Results of staff units downsizing in Iran health system network (Tabriz metro police experience). *Health Management*, 51-8 [Persian].
- [3] GANDOLFI, F. 2009. Unravelling downsizing—what do we know about the phenomenon? *Review of International Comparative Management*, 10, 414-426.
- [4] RIGBY, D. & BILODEAU, B. 2013. *Management tools & trends 2013*. London: Bain & Company.
- [5] TULLY, P. & SAINT-PIERRE, E. 1997. Downsizing Canada's hospitals, 1986/87 to 1994/95. *HEALTH REPORTS-STATISTICS CANADA*, 8, 33-40.
- [6] KO, J.-J. R. & YEH, Y.-J. Y. 2013. Worker satisfaction following employment restructuring: Effects of nonstandard workers and downsizing on job satisfaction in Taiwan. *Social indicators research*, 110, 453-467.
- [7] TABIBI, J., MALEKI, M., MIRZAYEE, A. & FARSHID, P. 2010. Effect of hospital wards integration on current expenditure in Tehrans boali hospital. *Health Inform Manag*, 7, 490-5 [Persian].
- [8] DUNNIGAN, M. G. & POLLOCK, A. M. 2003. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ*, 326, 905.
- [9] GHOLAMZADEHNIKJO, R. 2012. *Designing a model of public private partnership in governmental hospitals*. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences [Persian].
- [10] JABBARIBEIRAMY, H., TABIBI, J., DELGOSHAYEE, B., MAHMODI, M. & BAKHSHIAN, F. 2007. *Comparative study of decentralization*



mechanism in health system delivery in various countries and provide model for Iran. Health Manag, 27, 33-40 [Persian].

[11] Hodge, G.A. and Greve, C., 2007. Public-private partnerships: an international performance review. Public administration review, 67(3), pp.545-558.

[12] Sarkar, A., Public-Private Partnership and Development: An Overview. Editorial Board Editorial Board, p.20.

[13] TAYLOR, R. & BLAIR, S. 2002. Public Hospitals: Options for reform through public-private partnerships.

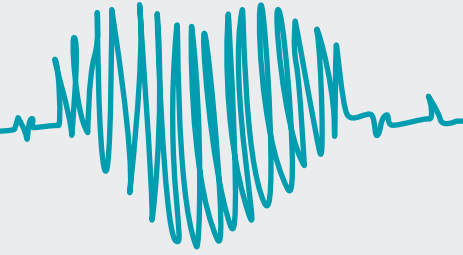
[14] PESSOA, A. 2008. Public-private partnerships in developing countries: are infrastructures responding to the new ODA strategy? Journal of International Development, 20, 311-325.

[15] SADKA, E. 2007. Public-private partnerships—a public economics perspective. CESifo Economic Studies, 53, 466-490.

[16] ALFEN, H. W., KALIDINDI, S. N., OGUNLANA, S., WANG, S., ABEDNEGO, M. P., FRANK-JUNGBECKER, A., JAN, Y.-C. A., KE, Y., LIU, Y. & SINGH, L. 2009. Public-Private Partnership in infrastructure development: Case studies from Asia and Europe.

[17] ATUN, R. A. & MCKEE, M. 2005. Is the private finance initiative dead?: It may have failed in the United Kingdom, but that won't stop it being exported. BMJ: British Medical Journal, 331, 792.

[18] JABBARI, B.H., GHOLAMZADEH, N.R., Jannati, A. and Dadgar, E., 2013. Introducing public-private partnership options in public hospitals [Persian].





۴

بیمارستان محب کوثر

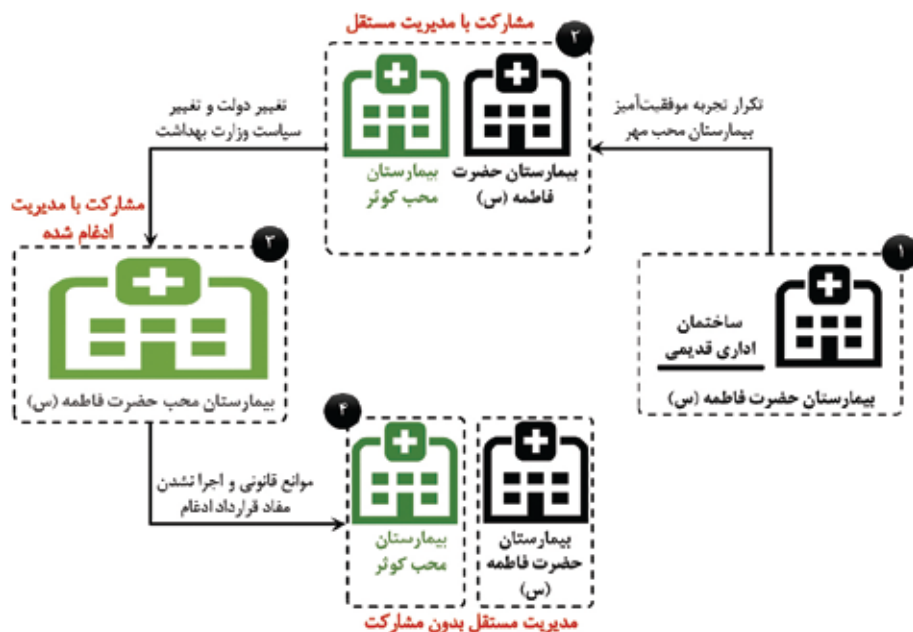
بیمارستان محب کوثر از زمان شروع به ساخت در سال ۱۳۹۰ تاکنون با دورویداد بزرگ روبه‌رو شده است: ادغام مدیریتی با بیمارستان دولتی مجاور و به دنبال آن تفکیک از بیمارستان مجاور. سیر تغییر و تحولات صورت گرفته در بیمارستان محب کوثر به صورت خلاصه در شکل ۴-۱ نمایش داده شده است. در این بخش به صورت خلاصه به رویدادهای مهم در بیمارستان محب کوثر و رشد آن از زمان تأسیس تاکنون پرداخته و در پایان، تقویم زمانی تغییرات در بیمارستان نیز ارائه می‌شود.



چشم‌انداز بیمارستان:

ایستادن بر بلندای کیفیت خدمات و محبوبیت در حوزه درمان کشور





شکل ۴-۱ روند تغییرات در بیمارستان محب کوثر

۴-۱ شروع: مدل مشارکت با مدیریت مستقل

بیمارستان حضرت فاطمه (س) با بیش از پنجاه سال قدمت، یکی از بیمارستان های مهم و جزو معدود مراکز فوق تخصصی ترمیمی و جراحی پلاستیک کشور بود که سالانه بیماران و مراجعین زیادی به آن مراجعه می کردند. در سال های اخیر با توجه به کمبود امکانات و بافت قدیمی آن از یک سو و افزایش جمعیت و بیشتر شدن میزان تصادفات و سوانح از سوی دیگر، توسعه این بیمارستان به منظور پاسخگویی به مراجعین، ضروری می نمود. از این رو به پیشنهاد ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران، احداث بیمارستانی دیگر از مجموعه محب در کنار بیمارستان حضرت فاطمه (س) مورد قبول موسسه محب قرار گرفت. بدین ترتیب بیمارستان محب کوثر با هدف تکرار تجربه موفق مدل مشارکت بیمارستان محب مهر (مشارکت با مدیریت مستقل)، در زمین متعلق به بیمارستان حضرت فاطمه (س) تأسیس گردید و از سال ۱۳۹۲ فعالیت خود را آغاز نمود.

تفاهم‌نامه اجاره و بهره‌برداری بیمارستان محب کوثر مورخ ۱۳۹۰

۱۳۹۰/۱۵/۲۵
۹۰,۱۹۹,۹۰۰

بررسی

مقدمه:

در اجرای مفاد تفاهم‌نامه مورخ اول اسفندماه سال ۱۳۸۹ و به منظور همکاری مشترک و دستیابی به اهداف چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور و ارائه خدمات سلامت، با استناد به ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات دولت و مواد ۲۲ و ۲۴ و ۱۶ و ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و آئین‌نامه‌های اجرایی آن و بند یازدهم سی‌وچهارمین جلسه هیأت امنای دانشگاه و همچنین دستور ریاست محترم جمهور متعاقب بازدید مورخ ۸۸/۸/۲۱ و نامه شماره ۲۵۸۵۳۵۶ مورخ ۱۳۸۸/۹/۲۳ وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این قرارداد بین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به نمایندگی دکتر باقر لاریجانی از یک طرف و از طرف دیگر مؤسسه غیرانتفاعی حمایت از بیماران نیازمند (محب) به نمایندگی آقایان محمدرضا اعتمادیان، رئیس هیأت امناء هیأت مدیره و کاظم معتمد نجار، مدیرعامل، به شماره ثبت ۱۷۸۹۳ و به آدرس تهران، خیابان آفریقا، کوچه سپر، پلاک ۱۷ و تلفن ۸۸۶۷۷۵۱۹ به عنوان مستاجر یا طرف دوم منعقد و برای طرفین و قائم‌مقام قانونی آنها لازم‌الاجرا می‌باشد.

قرارداد اجاره و بهره‌برداری

ماده (۱) موجر:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به نمایندگی آقای دکتر باقر لاریجانی، رئیس دانشگاه

ماده (۲) مستاجر:

مؤسسه غیرانتفاعی محب (حمایت از بیماران نیازمند) به نمایندگی آقایان محمدرضا اعتمادیان، رئیس هیأت امناء هیأت مدیره و کاظم معتمد نجار، مدیرعامل صاحب اعضاء مجاز مؤسسه و به شماره ثبت ۱۷۸۹۳ و به آدرس تهران، خیابان آفریقا، کوچه سپر، پلاک ۱۷

ماده (۳) موضوع اجاره:

عبارت است از اجاره قسمتی از عرصه بیمارستان جامع زنان (میرزا کوچک‌خان) دارای پلاک‌های ۳۶۳ الی ۳۷۱ فرعی از ۲۵۲۳ اصلی بخش ۳ تهران واقع در خیابان استاد نجات‌اللهی شمالی به مساحت ۲۲۰۰ مترمربع طبق نقشه و سوابق پیوست با حق احدث اعیانی جهت احدث بیمارستان ۱۸۰ تختخوابی جامع زنان مطابق استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طبق نظر هیئت کارشناس رسمی دادگستری از قرار ماهی هشتادمیلیون ریال و سالیانه نهصد و شصت میلیون ریال و همچنین قسمتی از عرصه بیمارستان حضرت فاطمه (س) به پلاک ثبتی ۲۵۲۶ واقع در خیابان سیدجمال‌الدین اسدآبادی جنب پارک شفق به مساحت ۲۷۰۰ مترمربع طبق نقشه پیوست و نظر هیئت کارشناس رسمی دادگستری از قرار ماهی یکصد و بیست میلیون ریال و

صنعه یکم از چهار

تفاهم نامه اجاره و بهره برداری بیمارستان محب کوثر مورخ ۱۳۹۰

ماده ۱۲) سایر تعهدات موجر:

- ۱) تحویل زمین های مورد نظر و همکاری و مساعدت با مستاجر در جهت اخذ مجوزهای لازم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲) همکاری با مستاجر جهت اخذ تسهیلات بانکی برابر مقررات و قوانین و اخذ سند اعیانی برابر قوانین ثبت و مقررات موضوعه
- ۳) نظارت عالیه بر حسن اجرای پروژه ها جهت رعایت مسائل فنی و بهداشتی درمانی و سایر ضوابط قانونی
- ۴) پیگیری صدور پروانه تأسیس و بهره برداری برای بیمارستان های احداثی

ماده ۱۳) حل اختلاف و شرایط فسخ قرارداد:

در صورت بروز اختلاف ناشی از اجرای قرارداد و یا تعبیر و تفسیر مواد قرارداد، ابتدا موضوع از طریق مذاکره فی مابین حل و فصل خواهد شد و در صورت عدم توفیق اختلاف به کمیسیون ماده ۹۴ آئین نامه مالی معاملاتی دانشگاه به عنوان حکم مرضی الطرفین با حق صلح ارجاع خواهد شد. در صورت عدم رعایت هر یک از مواد فوق الذکر قرارداد فسخ خواهد شد.

ماده ۱۴)

این قرارداد در ۱۴ ماده و تبصره های آن در تاریخ ۱۳۹۰/۵/۲۵ مطابق با میلاد یا برکت امام حسن مجتبی (ع) به امضاء طرفین رسید.

مستاجر

مؤسسه غیرانتفاعی محب

مدیر عامل
کاظم معتمد نجار

رئیس هیات امنا و هیات مدیره

مجتهد رضا اعتمادیان

موجر

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران

دکتر باقر لاریجانی



تفاهم نامه شکل گیری بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) مورخ ۱۳۹۳



شماره:
۹۳/۲۰۶۲
تاریخ:
۹۳/۶/۲۲

دفتر توسعه و مدیریت احداث و بهره‌برداری مراکز درمانی حضرت زهرا (س) محب کوثر

مقدمه

در تداوم قرارداد شماره ۱۹۹۹/ص/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۰۵/۲۵ تنظیمی فی مابین و منتم مورخ ۹۳/۱۱/۲۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران و موسسه غیرانتفاعی حمایت از بیماران (محب) این قرارداد فی مابین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران با نمایندگی آقای دکتر سیدجواد حاج میراسماعیل ریاست دانشگاه به نشانی تهران، شهید همت غرب، بین تقاطع شیخ فضل، نوری و شهید چمران بعنوان طرف اول و موسسه خدمات بهداشتی درمانی محب حضرت فاطمه (س) (قائم مقام قانونی موسسه غیرانتفاعی محب) با نمایندگی آقای دکتر غلامرضا شاه حسینی ریاست هیئت مدیره موسسه و آقای دکتر سیدعلیرضا طباطبائی مدیرعامل موسسه با شماره نت ۲۸۱۵۹ به نشانی خیابان آفریقا، کوچه سیر، پلاک ۱۷ بعنوان طرف دوم با شرایط زیر منعقد و طرفین اجرای مفاد آن را متعهد گردیدند.

ماده ۱: موضوع قرارداد

سرمایه گذاری در احداث بیمارستان حضرت فاطمه (س) محب کوثر شامل طراحی، ساخت و تجهیز، تامین مالی، اجاره به شرط تملیک و بهره برداری از بیمارستان ساخته شده که در چارچوب قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی (DBFLO) به شرح ذیل تنظیم شده است.

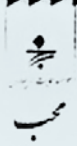
۱. طراحی، ساخت و تجهیز و اجاره به شرط تملیک بیمارستان جدید:

أ. طرف دوم متعهد می شود کتبه منابع مالی لازم برای احداث بیمارستان ۱۶۸ تختخوابی حضرت فاطمه (س) محب کوثر را از محل ۲۰ درصد آورده نقدی سرمایه گذاری و ۷۰ درصد تسهیلات بانکی جمعا به مبلغ تقریبی ۱۰۶۰ میلیارد ریال را تامین نماید. (مبلغ دقیق پس از حسابرسی و تایید هزینه های سرمایه گذاری انجام شده توسط طرف اول مشخص خواهد شد).

DBFLO (Design, Build, Finance, Lease & Operate)

ورود به دبیرخانه
شماره ۹۳/۲۰۶۲
تاریخ ۹۳/۶/۲۲

تفاهم نامه شکل گیری بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) مورخ ۱۳۹۳



محب



جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱۱:

این قرارداد در ۱۱ ماده و ۱۲ تبصره در سه نسخه که هر کدام حکم واحد را دارند در تاریخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۵ مقارن با میلاد باسعادت حضرت علی ابن موسی الرضا (علیه آلاف النحبة و الثناء) تنظیم گردیده و به امضای طرفین رسیده و از تاریخ تحویل بیمارستان به طرف دوم لازم الاجرا است.

رئیس هیات امنا و هیئت مدیره مؤسسه غیرانتفاعی حمایت از بیماران (محب)  طرف دوم دکتر غلامرضا شاه حسینی رئیس هیئت مدیره مؤسسه خدمات بهداشتی درمانی محب حضرت فاطمه (س) دکتر سیدعلیرضا طباطبائی مدیر عامل مؤسسه خدمات بهداشتی درمانی محب حضرت فاطمه (س)	وزیر بهداشت درمان آموزش پزشکی رئیس هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران طرف اول دکتر سیدجواد حاج میراسماعیل رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
---	--

۴-۲ اتفاق بزرگ:

تغییر مدل مشارکت از مدیریت مستقل به مدیریت ادغام شده

در راستای سیاست وزارت بهداشت مبنی بر استفاده از مدل مشارکت PPP برای ارتقای سطح خدمات سلامت در سطح ملی، بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) به عنوان اولین نمونه واگذاری مدیریت مراکز درمانی دولتی به بخش غیردولتی مطرح شد؛ بدین صورت که مدیریت این بیمارستان دولتی طبق قرارداد در شهر یورماه ۱۳۹۳ به مؤسسه غیرانتفاعی محب واگذار گردید.

از دی ماه سال ۱۳۹۳، مدل مشارکت بیمارستان محب کوثر از مشارکت با مدیریت مستقل به مشارکت با مدیریت ادغام شده تغییر کرد. پس از تصمیم به واگذاری مدیریت بیمارستانی، دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر با نام بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) تحت مدیریت مؤسسه محب با تمرکز بر دورشته زیبایی و مغزو اعصاب به فعالیت خود ادامه دادند. کلیه بیماران دارای بیمه های پایه و مکمل می توانستند از خدمات این بیمارستان استفاده نمایند.

هدف از واگذاری مدیریت بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) به بیمارستان غیردولتی محب کوثر، ایجاد مدلی تکرارپذیر برای سایر بیمارستان های دولتی در سطح کشور بود. تحلیل خلاصه ای از منافع مدل مشارکت با مدیریت ادغام شده برای ذینفعان مختلف در بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) در جدول ۴-۱ آورده شده است.

جدول ۴-۱ منافع مدل مشارکت با مدیریت ادغام شده برای ذینفعان مختلف

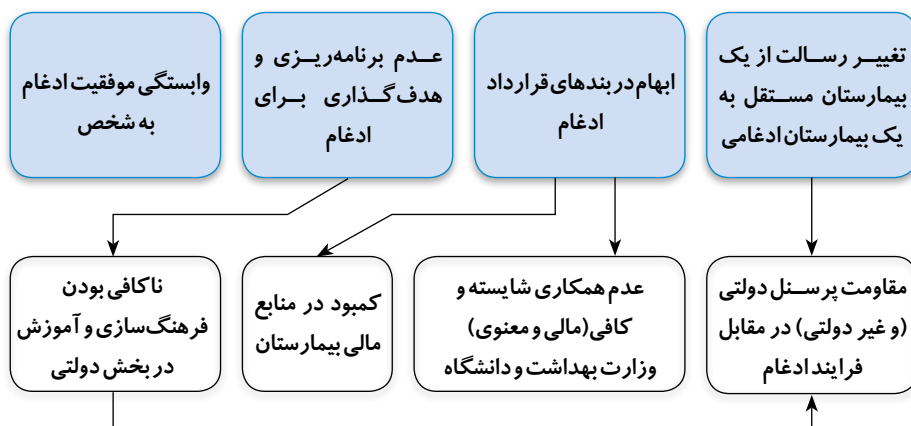
ذینفعان	مزایای هر گروه از ذینفعان
دولت	- کاهش فشار مالی بر دولت و بازسازی بیمارستان های دولتی - بهره برداری بهینه از زمین غیرقابل استفاده بیمارستان دولتی - انتقال مدیریت از بخش دولتی به بخش خصوصی - افزایش بهره وری نیروی انسانی - تأمین مالی، خارج از بودجه دولتی - توزیع ریسک های مالی و خدماتی بین دو بخش دولتی و خصوصی
وزارت بهداشت	- ورود سرمایه از طریق بخش خصوصی به ساختار بهداشت و درمان - کاهش سهم بودجه تخصیصی وزارت خانه برای ساخت بیمارستان - استفاده از نیروی آموزش دیده بخش خصوصی
بیمه	طرف حساب قرار گرفتن بیمارستان به جای تک تک بیماران

دینفعان		مزایا برای هر گروه از دینفعان
بانک	■ پرداخت به موقع اقساط بانکی	
پزشکان	■ افزایش دستمزد دریافتی ■ پرداخت به موقع حقوق و کارانه	
پرستاران	■ بهبود محیط کاری بخش دولتی ■ بهبود فرایندهای آموزش بخش دولتی	
کارکنان اداری	■ بهبود محیط و شرایط کاری	
بیمار	■ کاهش پرداخت از جیب ■ افزایش کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان ■ بهبود نحوه برخورد کارکنان با بیمار و خانواده بیمار ■ کاهش زمان انتظار ■ ایجاد حق انتخاب برای بیمار در استفاده از بیمه ■ استفاده از امکانات مناسب درمانی توسط اقشار مختلف مردم ■ افزایش سرعت انتقال بیمار از بخش دولتی به بخش خصوصی	
خانواده بیمار	■ بهبود خدمات ارائه شده به دلیل هتلینگ مناسب بیمارستان ■ ایجاد شرایط راحت تر و مناسب تر برای همراهان بیمار	

۴-۳ بازگشت: مدیریت مستقل بدون مشارکت

پیاده سازی مدل مشارکت با مدیریت ادغام شده در قالب بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)، چالش های زیادی را برای مدیران ارشد و کادر درمانی و اداری هر دو بخش دولتی و غیردولتی به همراه داشت. بسیاری از بندهای قرارداد، مانند وضعیت پروانه بیمارستان، وضعیت بیمه برای بیماران سرپایی، عدم امکان پذیرش آزاد بیماران، عدم امکان همکاری پزشکان هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و پرداخت بیمه برای تخت های بخش خصوصی مبهم بوده و پشتوانه قانونی یا اجرایی نداشتند. بیمه ها فقط چهار نوع

بیمارستان خصوصی، دولتی، خیریه و نظامی را می‌شناختند و برای آن‌ها، بیمارستان خصوصی-دولتی تعریف نشده بود. به علاوه فرهنگ دو بیمارستان دولتی و غیردولتی با یکدیگر تفاوت دارد و همین امر منجر به افزایش چالش‌ها شد. علیرغم تمامی مشکلات در ادغام مدیریتی دو بیمارستان، به دلیل تعهد مدیران ارشد مؤسسه محب و بیمارستان محب کوثر و وفاداری مدیران میانی و کارکنان بخش غیردولتی به مدیران ارشد، فرایند ادغام پیشرفت رو به جلو داشت که البته این مساله به نوعی نقطه ضعفی برای تکرارپذیر بودن مدل مشارکت با مدیریت ادغام است زیرا موفقیت مدل به اشخاص وابسته شده بود. چالش‌های برجسته در پیاده‌سازی مدل مشارکت با مدیریت ادغام شده در شکل ۴-۲ نمایش داده شده است.



شکل ۴-۵ چالش‌های اصلی در پیاده‌سازی مدل مشارکت با مدیریت ادغام شده

در نهایت در انتهای سال ۱۳۹۴، بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) با صدور نامه‌ای از سوی وزارت بهداشت مجدداً به دو بیمارستان غیردولتی محب کوثر و بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) تفکیک شد؛ با این شرایط که به دلیل مشکلات، دلخوری‌ها و ذهنیت‌های ایجاد شده میان مدیران ارشد و کارکنان دو بیمارستان در حین فرایند ادغام، بستر مشارکت میان این دوازده دست‌رفته بود.

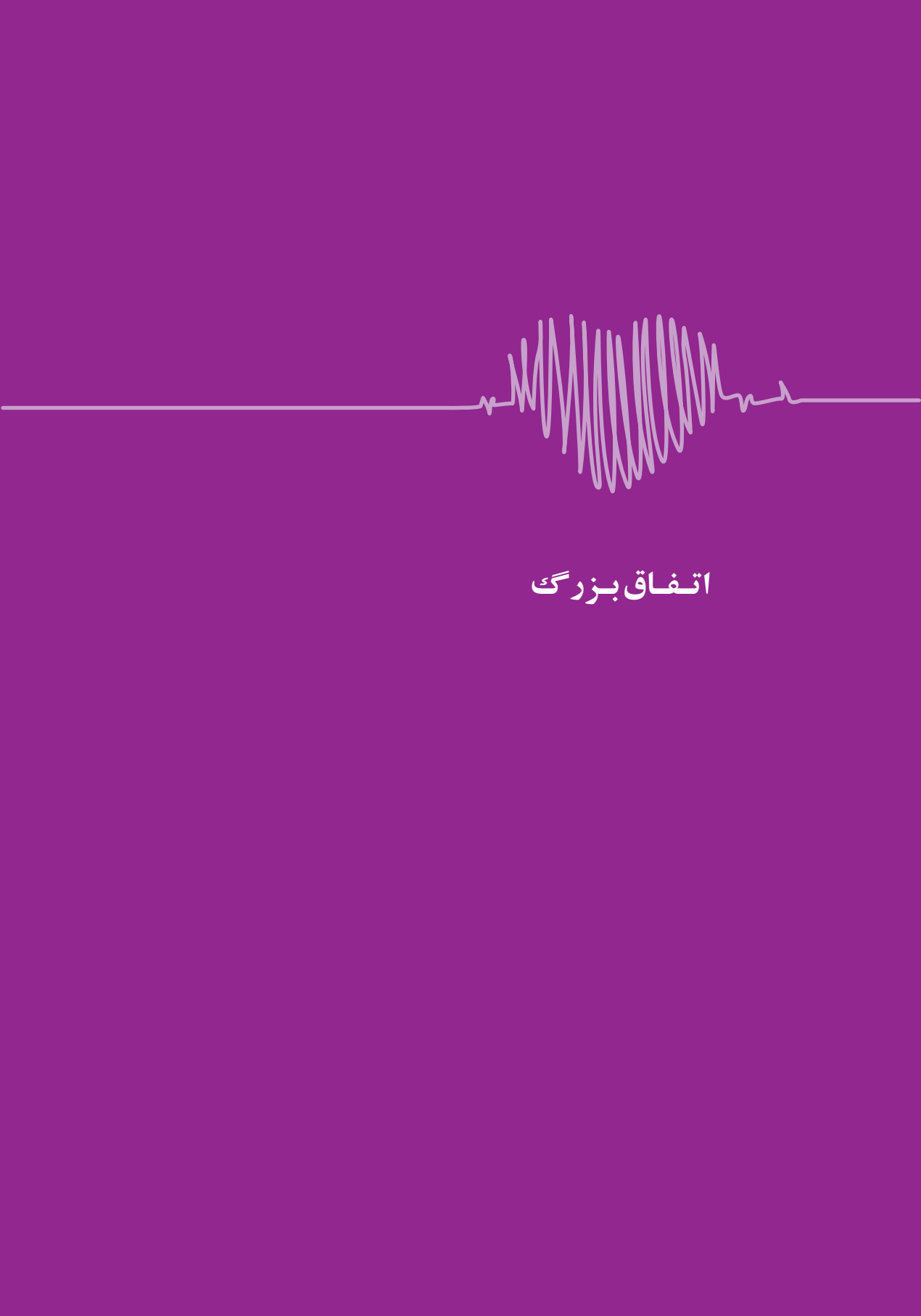
۴-۴ تقویم زمانی بیمارستان محب کوثر

رویدادهای مهم در تاریخچه زمانی بیمارستان محب کوثر در تقویم زیر به نمایش درآمده اند که در فصل های بعدی کتاب بررسی می شوند.

۱۲ مرداد ۱۳۸۸	روی کار آمدن دولت دهم و تغییر در ساختار مدیریتی وزارت بهداشت
آبان ۱۳۸۹	ادغام دودانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران
۲۵ مرداد ۱۳۹۰	■ امضای قرارداد بین مؤسسه محب و دانشگاه علوم پزشکی تهران ■ زدن کلنگ تاسیس بیمارستان محب کوثر در حیاط بیمارستان حضرت فاطمه (س) (س) با هدف مدل مشارکت مستقل
فروردین ۱۳۹۲	بهره برداری و افتتاح فاز اول بیمارستان بعد از تجهیز و راه اندازی
۲۶ شهریور ۱۳۹۲	جداسازی مجدد دودانشگاه ایران و تهران و بروز برخی مشکلات
۲۹ اسفند ۱۳۹۲	رساندن تعداد عمل های جراحی از ۲۰۰ عدد به ۸۰۰ عدد در ماه در بیمارستان محب کوثر و افزایش سطح درآمد و سودرسانی بیمارستان محب کوثر
انتهای سال ۱۳۹۲	تمایل دولت به ادامه همکاری با مؤسسه محب و واگذاری مدیریت بیمارستان دولتی به خصوصی
۳۱ فروردین ۱۳۹۳	انقصاد تفاهم نامه ای با وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح به عنوان مرکز درمان سرطان ویژه نیروهای مسلح
اردیبهشت ۱۳۹۳	برگزاری جلسه ی توجیهی ادغام برای کارکنان بیمارستان محب در شهر کیش
اوایل سال ۱۳۹۳ تا مردادماه ۱۳۹۳	■ انجام راینی های لازم بین وزارت بهداشت و مؤسسه محب ■ زمزمه های انجام ادغام و شروع تشویش و نگرانی در کارکنان دوبیمارستان ■ تصمیم به تغییر رسالت محب از مدل مستقل به مدل ادغام دوبیمارستان دولتی و خصوصی
اوایل مردادماه ۱۳۹۳	آغاز به کار واحد مدارک پزشکی در بیمارستان محب کوثر
۱۵ شهریور ۱۳۹۳	امضای قرارداد سرمایه گذاری احداث و بهره برداری بیمارستان حضرت فاطمه (س) محب کوثر در مشهد میان دانشگاه علوم پزشکی ایران و مؤسسه محب حضرت فاطمه (س)
	برگزاری جلسه ی توجیهی برای کارکنان بیمارستان محب در شهر چاکسر
مهر و آبان ۱۳۹۳	بروز نارضایتی ها میان کارکنان و مدیران ارشد بیمارستان حضرت فاطمه (س)
۱۸ آذرماه ۱۳۹۳	انتصاب دکتر آخوندی نسب بعنوان نائب رئیس هیات مدیره مؤسسه خدمات درمانی محب حضرت فاطمه (س) و ریاست بیمارستان مزبور
۲۴ آذرماه ۱۳۹۳	تعیین شرح وظایف و دسترسی افراد و نمودار سازمانی در جلسه مدیر عامل و هیات مدیره مؤسسه محب
اواخر آذرماه ۱۳۹۳	برگزاری سخنرانی ها و جلسات با محوریت ریاست بیمارستان حضرت فاطمه (س) و افزایش تنش های موجود در بیمارستان



■ آغاز ادغام مدیریت دو بیمارستان در دی ماه ۹۳ ■ درخواست انتقال حدود ۱۳۰ نفر از کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س) ■ ادغام دفتر پرستاری و تعیین مترون ■ برقراری ارتباط بی سیم میان شبکه های دو بیمارستان	اول دی ماه ۱۳۹۳
■ برگزاری جلسات توجیهی توسط ریاست و مدیریت بیمارستان محب کوثر برای کارکنان بیمارستان	هفته اول دی ماه ۱۳۹۳
استفاده از سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی تیراژه به منظور یکپارچه سازی نرم افزاری دو بیمارستان	۷ دی ماه ۱۳۹۳
تحويل تجهیزات پزشکی بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س)	۱۰ دی ماه ۱۳۹۳
■ ادغام واحدهای تغذیه دو بیمارستان طی دو هفته و مواجهه با مشکلات مختلف ■ حذف انبار مواد غذایی بخش دولتی بیمارستان جدید توسط واحد تغذیه	۱۴ دی ماه ۱۳۹۳
آغاز ادغام اورژانس دو بیمارستان و مواجهه با مشکلات مختلف	۱۶ دی ماه ۱۳۹۳
آغاز ادغام آزمایشگاه های دو بیمارستان	۱۶ دی ماه ۱۳۹۳
آغاز ادغام واحدهای بهداشت و محیط دو بیمارستان	۲۰ دی ماه ۱۳۹۳
مرحله اول انتقال: موافقت با ۶۸ درخواست انتقال از سوی کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س)	۲۱ دی ماه ۱۳۹۳
خروج کارکنان دولتی از آزمایشگاه و ادامه کار آزمایشگاه با ۳ نفر نیروی انسانی	۳۰ دی ماه ۱۳۹۳
■ بستن قرارداد با شرکت محب تامین برای تهیه غذای کارکنان هر دو بیمارستان ■ شروع ادغام بخش تدارکات و پشتیبانی دو بیمارستان و مواجهه با مشکلات مختلف	اوایل بهمن ماه ۱۳۹۳
مرحله دوم انتقال: موافقت با ۳۲ درخواست انتقال از سوی کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س)	۱۱ بهمن ماه ۱۳۹۳
ادغام واحدهای مدارک پزشکی دو بیمارستان	۱۲ بهمن ماه ۱۳۹۳
ادغام بخش های منابع انسانی دو بیمارستان	اوایل اسفند ماه ۱۳۹۳
مرحله سوم انتقال: موافقت با ۲۳ درخواست انتقال از سوی کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س)	اواسط اسفند ۱۳۹۳
ثبات در واحد بهداشت و محیط پس از ادغام	اواخر اسفند ۱۳۹۳
ثبات در واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان جدید	اول اردیبهشت
رضایت پرستاران دولتی از کار در بیمارستان جدید	اوایل خرداد ماه ۱۳۹۴
تفکیک مجدد بیمارستان های محب کوثر و حضرت فاطمه (س) بر اساس نامه ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی	اول دی ماه ۱۳۹۴
فعالیت بیمارستان محب کوثر زیر نظر شمس (شرکت محب سلامت ایرانیان)	سال ۱۳۹۵



اتفاق بزرگ

شروع ادغام

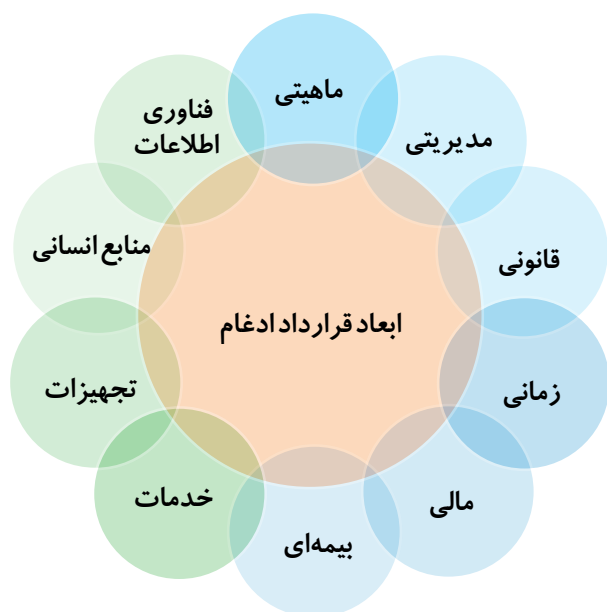
تفاهم‌نامه طرح مشارکت با مدیریت ادغام شده بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) و بیمارستان غیردولتی محب کوثر در شهریورماه ۱۳۹۳ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسه محب امضا شد. ادغام مدیریت‌ها و شروع به کار رسمی در قالب بیمارستان ۱۶۸ تخت‌خوابی محب حضرت فاطمه (س) در تاریخ اول دی‌ماه ۱۳۹۳ انجام شد.

در این فصل به بررسی بندهای اصلی قرارداد مشارکت با مدیریت ادغام شده و دستاوردهای سطح کلان آن در بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) می‌پردازیم.

۵-۱ بندهای اصلی قرارداد مشارکت

در تاریخ ۱۵ شهریورماه ۱۳۹۳، مقارن با میلاد باسعادت حضرت علی ابن موسی الرضا (س)، قرارداد طراحی، ساخت و تجهیز بیمارستان حضرت فاطمه (س) محب کوثر فی مابین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران با نمایندگی آقای دکتر سیدجواد حاج میراسماعیل، ریاست محترم وقت دانشگاه، به عنوان طرف اول و مؤسسه

خدمات بهداشتی درمانی محب حضرت فاطمه (س) در نقش قائم مقام قانونی مؤسسه غیرانتفاعی محب بانمایدگی آقای دکتر غلامرضا شاه حسینی، ریاست هیات مدیره مؤسسه و آقای دکتر سید علیرضا طباطبایی، مدیر عامل مؤسسه، به عنوان طرف دوم در ۱۱ ماده و ۱۲ تبصره منعقد شد. در ادامه بندهای اصلی قرارداد از ۱۰ بعد مختلف، مطابق شکل ۵-۱، شرح داده می‌شود.



شکل ۵-۱ ابعاد ۱۰ گانه قرارداد شکل‌گیری بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)

۵-۱-۱ بعد ماهیتی

نام بیمارستان «حضرت فاطمه (س) محب کوثر» وابسته به مؤسسه غیرانتفاعی محب و تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی ایران براساس مدل مشارکت عمومی و خصوصی خواهد بود.



۵-۱-۲ بعد مدیریتی

رئیس بیمارستان از بین اعضای هیات علمی دانشگاه ایران (شاغل یا بازنشسته) انتخاب می‌شود که عضو و نایب رئیس هیات مدیره نیز خواهد بود.

■ مدیر عامل بیمارستان جدید توسط مؤسسه محب تعیین می‌شود و مسئولیت حقوقی، مالی و اداری بیمارستان را بر عهده خواهد داشت.

■ مدیریت بیمارستان جدید در کلیه امور شامل تعیین محل خدمت کارکنان، نحوه هزینه کرد و قراردادها، نحوه پرداخت کارانه، تشویقی و سایر امور مدیریتی، در مدت زمان کل قرارداد به مؤسسه محب واگذار می‌شود.

■ کمیته راهبری متشکل از سه نفر نماینده از دانشگاه ایران و سه نفر نماینده از مؤسسه محب (شامل ریاست بیمارستان) تشکیل می‌شود که برنامه‌های مربوط به راه اندازی، بهره‌برداری و نگهداری موضوع قرارداد بین طرفین را هماهنگ می‌نماید.

■ کلیه فعالیت‌ها و ماموریت‌های فعلی بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) به مؤسسه محب در بیمارستان جدید بر اساس برنامه زمان‌بندی تعیین شده توسط طرفین انتقال می‌یابد.

۵-۱-۳ بعد قانونی

■ مجوزهای لازم برای ایجاد خدمت یا ظرفیت‌های جدید بیمارستان جدید توسط دانشگاه ایران به نام مؤسسه محب حضرت فاطمه (س) صادر خواهد شد.

■ گرفتن پروانه بهره‌برداری از مراجع ذیربط در صورتیکه از حوزه اختیارات دانشگاه ایران خارج باشد، به عهده مؤسسه محب است.

۵-۱-۴ بعد زمانی

■ بیمارستان قدیم، حضرت فاطمه (س)، از تاریخ امضای قرارداد، ۱۵

شهریورماه ۱۳۹۳، به مؤسسه محب تحویل داده شده است.

■ مدت زمان کل قرارداد، ۱۲ سال از زمان شروع ساخت در نظر گرفته شده که سه سال ابتدایی به طراحی، ساخت و تجهیز و ۹ سال باقی مانده به بهره‌برداری اختصاص یافته است.

■ زمان انتقال بیمارستان حضرت فاطمه (س) محب کوثر از مؤسسه محب به دانشگاه ایران، موقعی است که نرخ بازده داخلی آورده نقدی مؤسسه محب، ۲۵ درصد سالیانه باشد.

■ امکان تمدید قرارداد و اگذاری مدیریت به شرط تسویه مطالبات مؤسسه محب با تصویب هیات امنای دانشگاه ایران ممکن است.

۵-۱-۵ بعد مالی

■ طبق قرارداد، مؤسسه محب متعهد می‌شود کلیه منابع لازم برای احداث بیمارستانی ۱۶۸ تخت‌خوابی به نام حضرت فاطمه (س) محب کوثر را تأمین نماید.

■ کلیه هزینه‌های جاری و عمرانی از جمله حامل‌های انرژی، تعمیرات و نگهداری، حقوق و مزایا، بیمه کارکنان، عوارض قانونی و هزینه‌های توسعه سرمایه در طول مدت قرارداد به عهده مؤسسه محب خواهد بود.

■ مؤسسه محب می‌بایست منابع مورد نیاز برای احداث بیمارستان جدید را از محل ۳۰ درصد آورده نقدی سرمایه‌گذاری و ۷۰ درصد تسهیلات بانکی جمعاً به مبلغ تقریبی ۱۰۶۰ میلیارد ریال را تأمین نماید. در مقابل دانشگاه ایران نیز می‌بایست مجموع پرداختی بابت اصل و فرع آورده نقدی سرمایه‌گذار را به گونه‌ای که نرخ بازده داخلی سرمایه‌گذار حداقل ۲۵ درصد باشد را تأمین کند.

■ میزان نرخ بازدهی داخلی سالیانه حداقل به میزان ۲۵ درصد فروش آورده نقدی مؤسسه محب (در صورت مثبت بودن جریان نقدی) خواهد بود.



- فرانشیز پرداختی توسط بیماران به صورت نقدی به مؤسسه محب پرداخت می گردد.
- تعهدات مورد قبول سازمان های بیمه گر پایه توسط سازمان های مذکور به طور مستقیم به مؤسسه محب پرداخت می شود.
- یارانه سلامت از محل اعتبارات تخصیص داده وزارت بهداشت توسط دانشگاه ایران به مؤسسه محب پرداخت می شود.
- دانشگاه ایران به ازای هر بیمار بستری برابر اعتبارات تخصیصی سالیانه، مبلغی را به مؤسسه محب پرداخت می نماید.
- یارانه پرداختی وزارت بهداشت بابت تخت های دولتی جدید الاحداث از محل اعتبارات تخصیص داده شده توسط دانشگاه ایران پرداخت می شود.
- هر نوع پرداخت دانشگاه مانند کمک هزینه تحصیلی دستیاران و کارورزان به صورت ماهیانه محاسبه شده و در حسابرسی سالانه به حساب بستانکاری دانشگاه منظور خواهد شد.
- اجاره بهای زمین بیمارستان جدید به صورت ماهیانه محاسبه و در حسابرسی سالانه به حساب دانشگاه منظور خواهد شد.
- حقوق و مزایای کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی مامور به خدمت بیمارستان قدیم که در بیمارستان جدید باقی می ماند، توسط دانشگاه ایران پرداخت خواهد شد.
- سهم مربوطه از پاداش پایان خدمت و ذخیره مرخصی کلیه کارکنان مامور در بیمارستان جدید اعم از هیات علمی و غیر هیات علمی به نسبت سنوات خدمت در بیمارستان جدید به عهده مؤسسه محب می باشد.
- مطالبات مؤسسه محب طی ۴ هفته پس از ارائه اسناد و مستندات مورد تایید نمایندگان مقیم بیمه ها در بیمارستان توسط دانشگاه ایران انجام خواهد شد.
- دانشگاه ایران متعهد می شود مساعدت در تأمین نقدینگی مورد نیاز

مؤسسه محب جهت ادامه خدمت در دوره بهره‌برداری را فراهم کند. در صورت عدم امکان تأمین منابع از سوی دانشگاه، مساعدت و اقدام لازم در مورد تخصیص و اخذ تسهیلات بانرخ کم بهره از بانک‌ها و صندوق ذخیره ارزی برای مؤسسه محب به منظور کاهش هزینه تمام شده سرمایه‌گذاری انجام می‌شود.

۵-۱-۶ بعد بیمه‌ای

■ عقد قرارداد با کلیه سازمان‌های بیمه‌گر اعم از سازمان بیمه سلامت ایرانیان، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و سایر سازمان‌ها و بیمه‌های تجاری به عهده مؤسسه محب است.

■ ارائه خدمات به بیماران در ۷۰ درصد ظرفیت عملی بیمارستان جدید با تعرفه مصوب مراکز دولتی و تا ۳۰ درصد با بیمه مکمل و توریست درمانی انجام می‌شود. در صورت عدم تکمیل ظرفیت بخش دولتی با توافق طرفین، ظرفیت بخش دولتی تا ۵۱ درصد قابل کاهش است.

■ تعرفه بیماران مکمل مطابق تعرفه رسمی بخش خصوصی و تعرفه بیماران توریست درمانی توسط هیات مدیره بیمارستان تعیین می‌شود.

■ خدمات سرپایی برای بیماران دارای بیمه پایه بافرانشیز مصوب دولتی ارائه می‌شود.

■ اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی دانشگاه که در بیمارستان جدید باقی می‌مانند می‌توانند با تایید رییس دانشگاه ایران (یا مقام مجاز از طرف ایشان) به ارائه خدمت به بیماران دارای بیمه‌های تکمیلی (حداکثر ۳ نیم‌روز در هفته با سقف میزان عملکرد ۳۰ درصد در ماه) بپردازند.

۵-۱-۷ بعد خدمات

■ خدمات درمانی بستری و سرپایی در بیمارستان حضرت فاطمه (س)



محب کوثر باهر دو تعرفه دولتی و مکمل قابل ارائه است.

■ تمام خدمات بستری و سرپایی بیمارستان قدیم در حوزه‌های تشخیصی، درمانی به میزان حداقل ۲۰ درصد نسبت به یک سال قبل از قرارداد صرفاً در طول سال اول بهره‌برداری افزایش یافته و این سطح در طول مدت قرارداد حفظ شود.

■ ارتقای خدمات هتلینگ بیمارستان (شامل فضا، تجهیزات و امکانات) در سطح حداقل ۴ ستاره تا پایان سال دوم قرارداد

■ ارتقای سطح رضایت‌مندی مراجعین حداقل ۱۰ درصد بیش از رضایت‌مندی در آخرین ارزیابی دانشگاه در طول ۳ سال اول قرارداد

■ ایجاد و افزایش تخت اضافی جدید به منظور ارائه خدمت به بیماران غیر ایرانی و دارای بیمه مکمل و خصوصی با اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه ایران و وزارت بهداشت ممکن است.

۵-۱-۸ بعد تجهیزات

■ تجهیزات اداری و پزشکی مورد نیاز مؤسسه محب موجود در بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) با احتساب قیمت کارشناسی رسمی و منظور نمودن آن در مدل مالی به بیمارستان جدید منتقل می‌شود.

■ در پایان قرارداد، کلیه تجهیزات و مایملک بیمارستان جدید به دانشگاه ایران واگذار می‌شود.

۵-۱-۹ بعد منابع انسانی

■ حداقل ۹۰ درصد اعضای هیات علمی و حداقل ۸۰ درصد از کارکنان شاغل در بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س)، شامل پرستاران، کارشناسان و کارمندان، به انتخاب مؤسسه محب در بیمارستان جدید مأمور به خدمت خواهند شد.

■ اعضای هیات علمی و کارکنان بیمارستان قدیم که در بیمارستان جدید تحت مدیریت مؤسسه باقی می ماندند می توانند با توافق طرفین به سایر واحدهای دانشگاه انتقال یابند.

■ در صورت درخواست نیاز مؤسسه محب به اعضای هیات علمی تمام وقت جدید، دانشگاه ایران می تواند طبق قوانین و پروتکل های آموزشی این نیاز را برطرف ساخته و پرداختی ایشان را نیز در محاسبات مالی منظور کند.

■ دانشگاه ایران همواره حداقل کارکنان استخدامی و طرحی شاغل در بیمارستان جدید را بر مبنای انتهای سال ۱۳۹۲ حفظ می کند.

■ اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان قدیم دارای پروانه مطب، با موافقت مؤسسه محب تا ۵ سال اجازه ادامه فعالیت در مطب را دارا هستند.

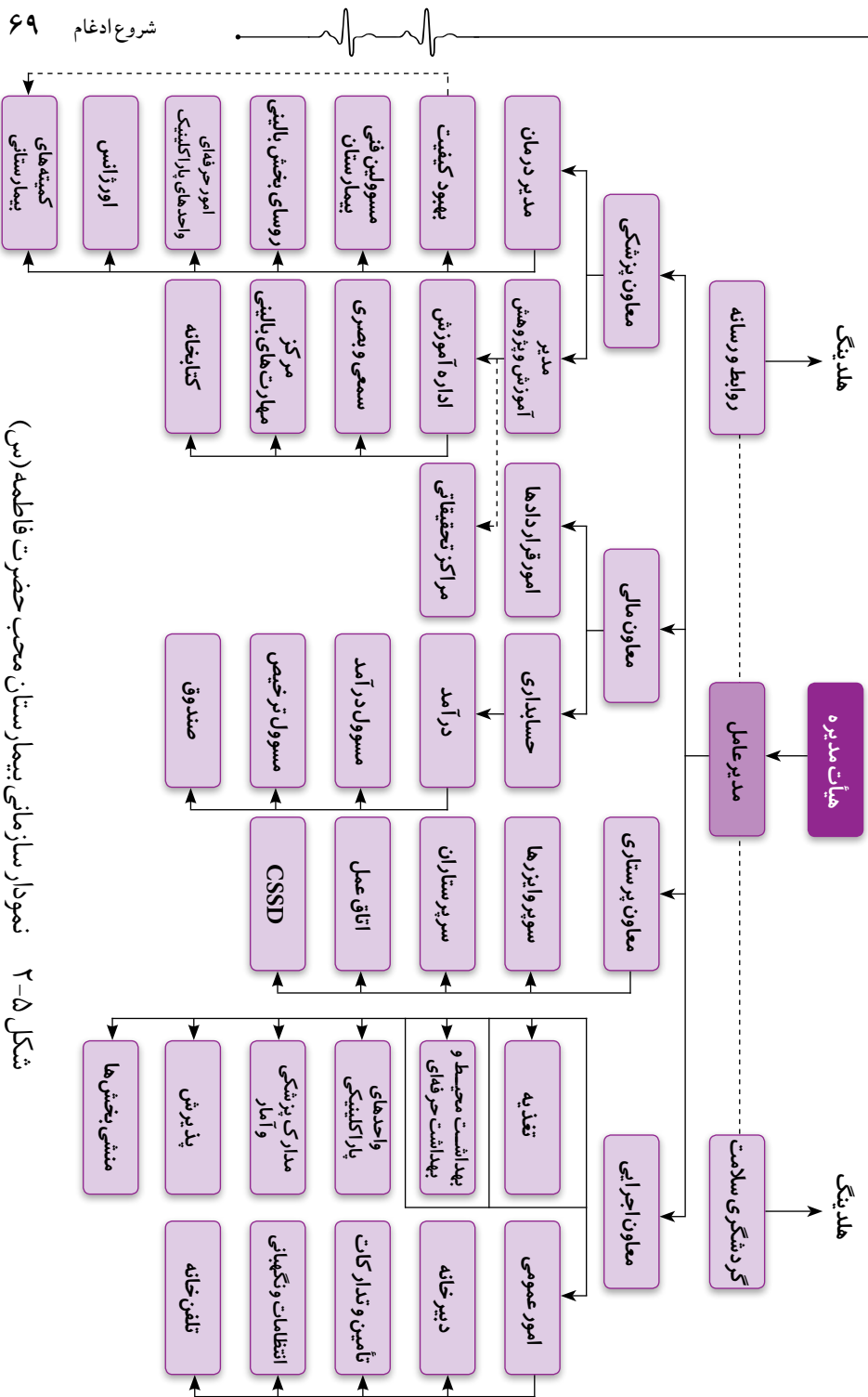
۵-۱-۱۰ بعد فناوری اطلاعات

■ کلیه اطلاعات لازم برای مدیریت بیمارستان جدید در اختیار مؤسسه محب قرار می گیرد.

■ مؤسسه محب متعهد می شود امکان دسترسی دانشگاه ایران به سیستم های اطلاعات مدیریت بیمارستانی را به صورت آنلاین فراهم کرده و اطلاعات و گزارش های مورد نیاز از قبیل درآمد کارکنان را منحصر برای ریاست دانشگاه ایران تأمین نماید.

۵-۲ نمودار سازمانی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)

نمودار سازمانی بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) در شکل ۵-۲ نمایش داده شده است.



شکل ۵-۲ نمودار سازمانی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)

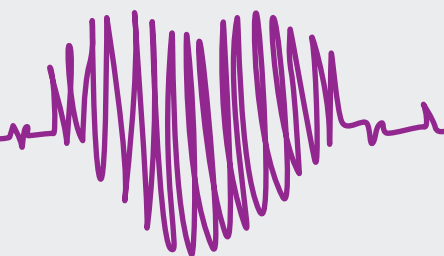
۵-۳ دستاوردهای ادغام

ذینفعان اصلی قرارداد پیاده‌سازی مشارکت با مدیریت ادغام شده شامل وزارت بهداشت، دانشگاه ایران و مؤسسه محب، با هدف بهبود وضعیت موجود تصمیم به این امر گرفتند. دستاوردهای مورد انتظار ذینفعان اصلی این قرارداد در جدول ۵-۱ فهرست شده‌اند.



جدول ۵-۱: دستاوردهای مورد انتظار از ادغام دو بیمارستان

ردیف	دستاورد
۱	بهبود کیفیت خدمات درمانی به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۲	بهبود خدمات هتلینگ به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۳	افزایش کارایی بیمارستان به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۴	کاهش هزینه های بیمارستان به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۵	ارائه خدمات مقرون به صرفه
۶	افزایش سهم بازار با تجميع بیماران هر دو بیمارستان
۷	افزایش منابع درآمدی بیمارستان
۸	افزایش عدالت در سلامت با خدمت رسانی به همه اقشار جامعه
۹	بازسازی و نوسازی بیمارستان های قدیمی و فرسوده
۱۰	افزایش رضایت بیماران
۱۱	افزایش رضایت کارکنان
۱۲	ارتقای فرهنگ سازمانی به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۱۳	سرویس دهی سریع تر به بیمار به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید
۱۴	افزایش وفاداری کارکنان
۱۵	بهبود وجهه و اعتبار بیمارستان
۱۶	تجميع خرید دو بیمارستان با هدف خرید به قیمت ارزان تر
۱۷	به اشتراک گذاری منابع و تسهیلات مانند رختشوی خانه و مدیریت زباله و پسماند
۱۸	ارتقای مهارت های کارکنان به ویژه در بخش دولتی بیمارستان جدید





پیاده‌سازی ادغام

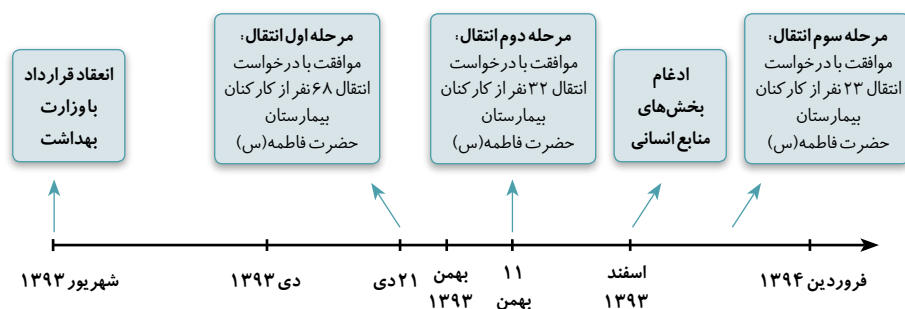
در فصل قبل به چالش‌ها و دستاوردهای طرح مشارکت با مدیریت ادغام شده بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) از دیدگاه کلان مدیریتی اشاره شد. در این بخش، پیاده‌سازی ادغام در ۱۰ واحد اصلی بیمارستان شامل منابع انسانی، پرستاری، تجهیزات پزشکی، فناوری اطلاعات، مالی و بیمه‌گری، تغذیه، اورژانس، آزمایشگاه، بهداشت محیط و مدارک پزشکی با شرح کامل جزئیات مورد بررسی قرار می‌گیرد. نمودار زمانی ادغام و مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای ۱۰ گانه دو بیمارستان با یکدیگر به تفکیک بررسی می‌شود. از آن جا که هر مشکل می‌تواند زائیده مشکل دیگر باشد و یا خود مادر ایجاد مشکلاتی دیگر نیز باشد، برای هر یک از واحدهای ۱۰ گانه مورد بررسی، نقشه مشکلات نیز نمایش داده شده است که بیانگر علت‌ها و معلول‌های هر مشکل بوده و از دیدگاه مدیریتی دارای ارزش بسیار بالایی هستند.

۶-۱ ادغام در واحد منابع انسانی

واحد منابع انسانی یکی از مهم‌ترین واحدهای پشتیبانی در بیمارستان است که چهار فرایند جذب و استخدام، آموزش و به‌سازی، بکارگیری و انتصاب، و نگهداشت منابع

انسانی را مدیریت می کند. واحد منابع انسانی یکی از واحدهایی است که از ابتدای ادغام، نقشی کلیدی ایفای کرد. واحدهای منابع انسانی دو بیمارستان در اول اسفندماه با یکدیگر ادغام شدند. مطابق تفاهم نامه، مؤسسه محب موظف بود که ۸۰ درصد از کارکنان بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) را در بیمارستان جدید حفظ کند؛ به عبارتی ۶۵ نفر از کارکنان بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) می بایست کنار گذاشته می شدند. این مساله می توانست به یکی از بزرگترین مشکلات مؤسسه محب تبدیل شود اما با شروع طرح ادغام، موجی از درخواست های انتقال (حدود ۱۳۰ درخواست) از سوی کارکنان بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) مطرح شد که با اکثر آنها طی سه مرحله (مرحله اول ۶۸ نفر، مرحله دوم ۳۲ نفر و مرحله سوم ۲۳ نفر) موافقت شد؛ بدین ترتیب مشکل تعدیل نیرو در زمان ادغام به راحتی برطرف شد.

نمودار زمانی ادغام واحدهای منابع انسانی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر و رویدادهای مهم مرتبط با آن در ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۶-۱ نمودار زمانی ادغام واحدهای منابع انسانی

۶-۱-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام منابع انسانی دو بیمارستان با یکدیگر منجر به بروز مشکلاتی شد که در ادامه به مهم ترین آنها می پردازیم:

■ عدم امنیت شغلی: ایجاد حس عدم امنیت شغلی در کارکنان هر دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر، مهم ترین مشکلی بود که بخش منابع انسانی در زمان



ادغام با آن روبه‌رو شد که منجر به بروز نارضایتی در کارکنان و در نهایت تمایل به انتقال به سایر بیمارستان‌ها شد. دلایل این امر در ادامه در جدول ۶-۱ بیان شده است.

جدول ۶-۱ دلایل ایجاد حس عدم امنیت شغلی در کارکنان دوبیمارستان در زمان ادغام

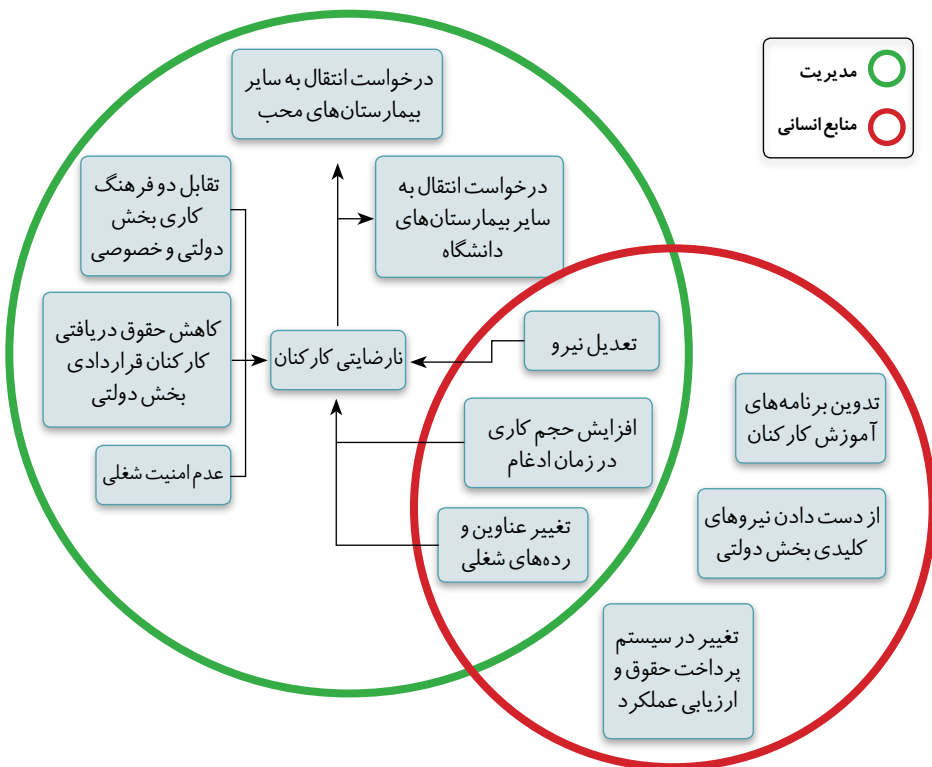
بخش	دلائل عدم امنیت شغلی
کارکنان بخش دولتی	کاهش حقوق دریافتی: این امر برای کارکنان قراردادی بیمارستان حضرت فاطمه (س) پررنگ تر بود زیرا از این پس میزان اضافه کار و کارانه آنها براساس سیستم بیمارستان‌های خصوصی (با کاهش حدود ۲۰۰-۳۰۰ هزار تومان) انجام می‌شد. اما برای کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی که حقوق خود را طبق احکام قبلی از دانشگاه ایران دریافت می‌کردند، این امر صادق نبود.
	تنزل رده شغلی: افرادی که در بیمارستان حضرت فاطمه (س) در رده‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری کار می‌کردند نگران از دست دادن موقعیت خود بودند. این تنزل برای سمت‌هایی مانند مسؤول مالی، مسؤول منابع انسانی و مترون بیمارستان ممکن بود اتفاق بیفتد.
	دید منفی نسبت به بخش خصوصی: کارکنان بخش دولتی به اشتباه گمان می‌کردند در بخش خصوصی کار بیشتر با حقوق کمتر و در شرایط سخت‌گیرانه‌تر انجام می‌شود.
	ترس از عدم انطباق با شرایط جدید: فشار کاری و استرس در دوره ادغام بسیار زیاد است و بسیاری از کارکنان تمایلی به تحمل این فشار نداشتند.
	افزایش بار کاری: بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) یک بیمارستان تک تخصصی بود اما بیمارستان محب کوثر در حال تبدیل از یک بیمارستان چند تخصصی به یک بیمارستان عمومی بود. با توجه به اینکه کار کردن در بیمارستان عمومی برای کارکنان سخت‌تر از بخش تک تخصصی می‌باشد، تعدادی از کارکنان حضرت فاطمه (س) به همین دلیل درخواست انتقال دادند.
کارکنان بخش خصوصی	حفظ قرارداد با دانشگاه: کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س) همچنان ترجیح می‌دادند که زیر نظر دانشگاه باشند.
	تنزل رده شغلی: مدیران و مسؤولین بخش‌های مختلف بیمارستان محب کوثر نگران بودند که با حضور کارکنان با سابقه بالاتر مدیریتی از بیمارستان حضرت فاطمه (س)، جایگاه خود را از دست بدهند.
	تعدیل نیرو: ترس از دست دادن شغل به‌ویژه در رده‌های پایین‌تر مانند نیروهای خدمات و کمک‌بهارها ایجاد شده بود.

■ از دست دادن نیروهای کلیدی بخش دولتی: در میان موج عظیم درخواست‌های انتقال کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س)، نام بسیاری از کارکنان باتجربه و کلیدی نیز به چشم می‌خورد که حفظ آن‌ها می‌توانست هم در بهبود عملکرد بیمارستان جدید مؤثر باشد و هم امنیت شغلی بیشتری را در ذهن سایر کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س) ایجاد کند.

■ تغییر در عناوین شغلی: برخی از شغل‌ها مانند مسؤول کتابخانه، دفتر آموزش و پژوهش در بیمارستان حضرت فاطمه (س) وجود داشت که در بیمارستان خصوصی تعریف نشده بود.

■ تغییر در سیستم پرداخت حقوق و ارزیابی عملکرد کارکنان: سیستم پرداخت در بیمارستان‌های محب‌مبته بر عملکرد بود اما در بیمارستان حضرت فاطمه (س) این گونه نبود. به همین دلیل بسیاری از نیروهای بخش دولتی نگران کاهش حقوق و مبلغ دریافتی خود بودند. این مشکل با تصویب قانون پرداخت مبتنی بر عملکرد توسط دولت در مهرماه ۱۳۹۳ و اجرایی شدن آن در انتهای سال، تا حد زیادی برطرف شد.

به‌منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام منابع انسانی دو بیمارستان در شکل ۶-۲ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است مشکلات پیش آمده در ادغام منابع انسانی بیشتر قابل بررسی از دیدگاه‌های مدیریت و منابع انسانی هستند.



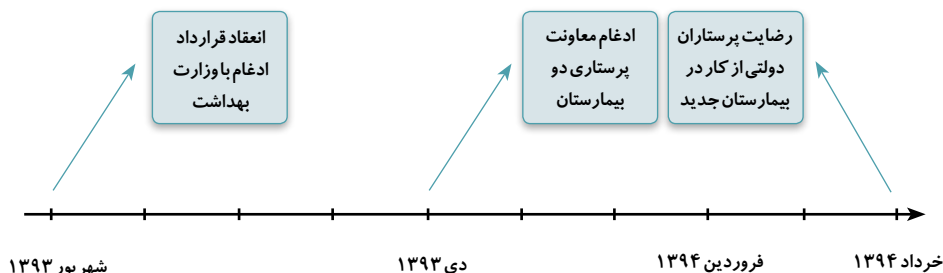
شکل ۶-۲ نقشه مشکلات پیش آمده در ادغام منابع انسانی

۶-۲ ادغام در واحد پرستاری

واحد پرستاری که در نمودار سازمانی بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) به عنوان معاونت پرستاری تصویب شده بود، دو وظیفه اصلی کنترل و نظارت بر عملکرد پرستاران و آموزش به کارکنان و بیماران را بر عهده داشت. به دلیل تفاوت فرهنگ کاری در بخش دولتی و خصوصی و حفظ رضایت بیماران، تصمیم بر این گرفته شد که پرستاران بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) همچنان در بخش دولتی و پرستاران بیمارستان قدیم محب کوثر همچنان در بخش غیردولتی بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) به فعالیت خود ادامه دهند؛ در واقع تنها مدیریت واحدهای پرستاری دو بیمارستان

یکی شد.

بخش پرستاری با شروع ادغام در دی ماه ۱۳۹۳ با یک سری چالش جدی مواجه شد که مهم ترین آن ها، عدم پذیرش ادغام از سوی کارکنان دولتی واحد پرستاری بود. در نهایت با فراهم کردن زمینه های لازم برای پرداخت کارانه، حقوق و مزایا، رضایت کارکنان پرستاری در خرداد ماه ۱۳۹۴ کسب شد. نمودار زمانی ادغام واحدهای پرستاری دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۳-۶ نمودار زمانی ادغام واحدهای پرستاری

۶-۲-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام واحدهای پرستاری با مشکلاتی مواجه شد که در ادامه به مهم ترین آن ها اشاره می شود:

- عدم پذیرش ادغام از سوی کارکنان بخش دولتی: ترس از کار در بیمارستان غیر دولتی، عدم برگزاری جلسات توجیهی مناسب برای کارکنان بخش دولتی، ترس از به خطر افتادن امنیت شغلی، تبدیل شدن بیمارستان از حالت تک تخصصی و فوق تخصصی به عمومی و ترس از دریافت حقوق کمتر در بخش خصوصی منجر به عدم پذیرش ادغام از سوی کارکنان پرستاری بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) شده بود.
- افزایش فشار کاری و روانی بر کارکنان: تبدیل شدن بیمارستان از حالت



تک تخصصی به عمومی، کمبود کارکنان به‌ویژه کمک پرستارها و توجیه نبودن بیماران و همراهان آن‌ها منجر به افزایش فشار کاری بر کارکنان بیمارستان شده بود. همچنین استرس‌ها و شایعات فراوان در زمان ادغام منجر باعث اختلال در کار کارکنان پرستاری شده بود. بیشتر مشکلات بخش پرستاری، مشکلات حاشیه‌ای و در ارتباط با بخش‌های دیگر بوده است. کارکنان بخش پرستاری زیاد تغییر نکردند اما کارکنان بخش‌های دیگر مانند انتظامات و رادیولوژی که در ارتباط مستقیم با بخش پرستاری بودند در ماجرای ادغام تغییر کردند و همین تغییر باعث ایجاد اختلال در کار بخش پرستاری و افزایش فشار روانی و کاری آن‌ها شده بود.

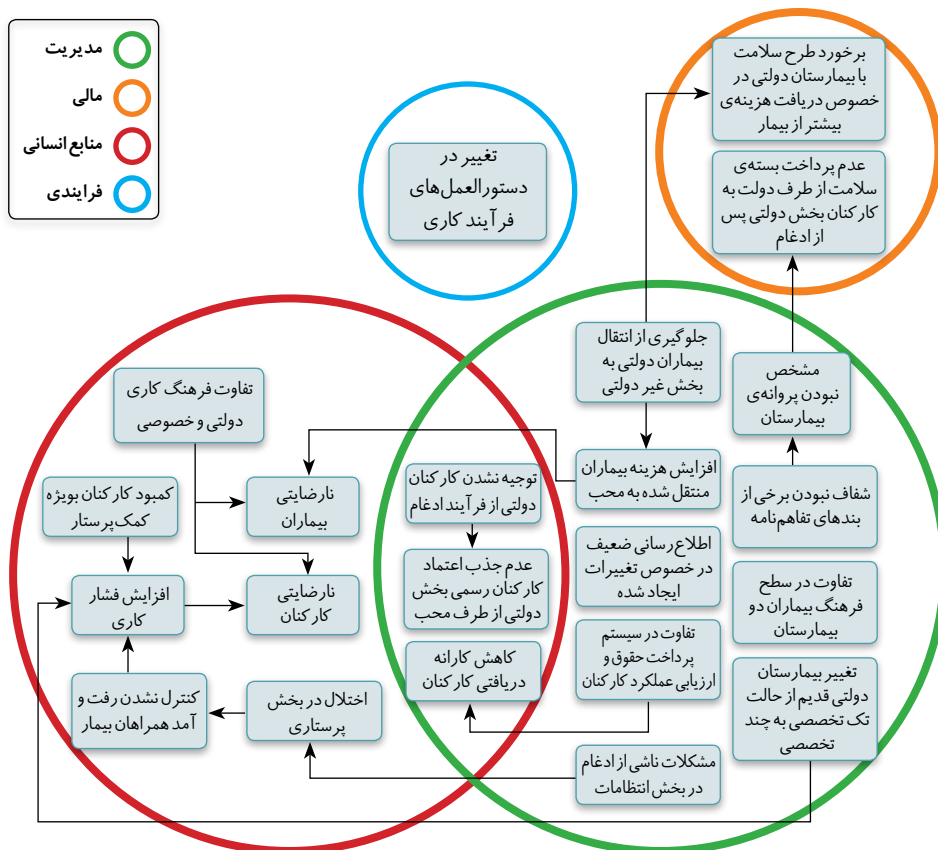
■ تفاوت فرهنگ کاری بخش دولتی و خصوصی: احترام بیشتر به بیمار در بخش خصوصی، وجود نظم و نظارت بیشتر در بخش خصوصی و فشار کاری کمتر در بخش دولتی از مهم‌ترین تفاوت‌هایی بودند که در زمان ادغام واحدهای پرستاری پررنگ‌تر بودند.

■ تغییر در سیستم پرداخت حقوق و ارزیابی عملکرد کارکنان: پرداخت حقوق برای کارکنان پرستاری بخش دولتی و غیردولتی به دوشیوه متفاوت انجام می‌شد. همچنین براساس قوانین جدید وضع شده در نظام سلامت، نحوه ارزیابی عملکرد کارکنان نیز متفاوت شده بود. مساله کاهش حقوق، بیشتر برای کمک پرستاران مهم بود. کمک پرستارها، نیروهای قراردادی بودند و بعد از اینکه مطلع شدند بعد از ادغام درآمد آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و پایه حقوق دانشگاه ایران و مؤسسه محب باهم متفاوت است، همگی تقاضای انتقال داده و رفتند. کمبود نیروی کمک پرستار با اینکه نیروی حرفه‌ای نیست، فشار کاری کارکنان را زیاد کرد.

به‌منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده واحد پرستاری در زمان ادغام در شکل ۶-۴ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است بیشتر مشکلات پیش آمده از دیدگاه مدیریتی و منابع انسانی رخ داده‌اند.

۳-۶ ادغام در واحد تجهیزات پزشکی

تجهیزات پزشکی در بیمارستان طیفی از ساده‌ترین وسایل درمانی مانند سرنگ و سرم تا پیشرفته‌ترین تجهیزات پزشکی مانند دستگاه‌های سونوگرافی، ماموگرافی و تجهیزات مربوط به عمل‌های جراحی که دارای هزینه‌های میلیاردی هستند، را در بر می‌گیرد. در واقع، بخش تجهیزات پزشکی با هر بخشی از بیمارستان که فعالیت‌های درمانی در آن انجام می‌شود، مرتبط است. مهم‌ترین وظیفه واحد تجهیزات پزشکی حفظ کیفیت عملکرد تجهیزات در بالاترین حد ممکن است. خرید و نگهداری تمامی تجهیزات بیمارستان و همچنین بررسی کمی و کیفی تجهیزات به صورت دوره‌ای توسط این واحد انجام می‌شود.



شکل ۴-۶ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای پرستاری



بخش تجهیزات پزشکی در نمودار سازمانی بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) زیر مجموعه هلدینگ محب قرار گرفت؛ به عبارت دیگر مسؤول تجهیزات پزشکی بیمارستان، نماینده تجهیزات پزشکی محب است که کلیه خریدهای خود را از طریق شرکت محب-تجهیز تأمین می‌نماید. این تصمیم دو مزیت اصلی را به همراه دارد:

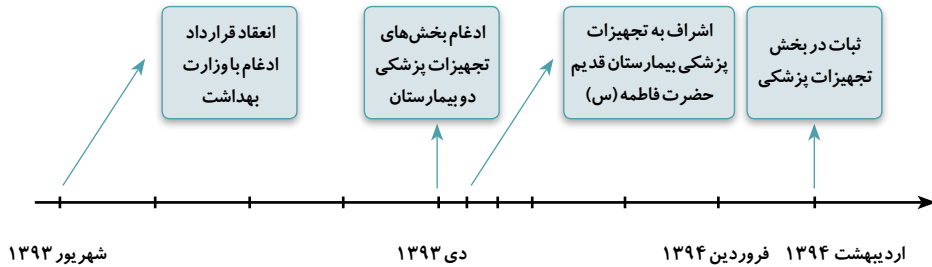
■ مؤسسه محب می‌تواند با تجمیع خرید برای کلیه بیمارستان‌های خود از تخفیف‌های مناسب هنگام خرید بهره‌مند شود،

■ انتقال تجهیزات پزشکی میان بیمارستان‌های زیر مجموعه مؤسسه محب (به دلیل تغییر در رسالت بیمارستان و عدم استفاده از تجهیزات خریداری شده) ممکن خواهد بود که منجر به حفظ سرمایه و جلوگیری از راکد ماندن تجهیزات می‌شود.

در ابتدا قرار بود بخش‌های تجهیزات پزشکی در دو بخش دولتی و غیردولتی بیمارستان جدید به صورت جداگانه مدیریت شود اما پس از مدتی به دلیل عدم تمایل مسؤول تجهیزات پزشکی بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) به کار با فرایندهای کاری موجود، دو بخش ادغام شد و مسؤولیت آن نیز به مسؤول بخش تجهیزات پزشکی بیمارستان قدیم محب کوثر واگذار شد.

در زمان ادغام، بخشی از تجهیزات قدیمی بیمارستان حضرت فاطمه (س) اسقاط شد و یک سری تجهیزات جدید خریداری شد. بسیاری از تجهیزاتی که در انبار بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) موجود بود (حدود ۱۵۰ میلیون دستگاه) تعمیر شد و دوباره مورد استفاده قرار گرفت. از آن جا که بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) یک بیمارستان تک تخصصی (جراحی پلاستیک) بود، تجهیزات زیادی نداشت که این امر مدیریت تجهیزات پزشکی آن را ساده نمود. ادغام واحدهای تجهیزات پزشکی دو بیمارستان حدود ۱۰ روز طول کشید. بخش تجهیزات پزشکی بیمارستان جدید توانست در اردیبهشت ۱۳۹۴ به وضعیت پایدار برسد.

نمودار زمانی ادغام واحدهای تجهیزات پزشکی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ذیل نمایش داده شده است.

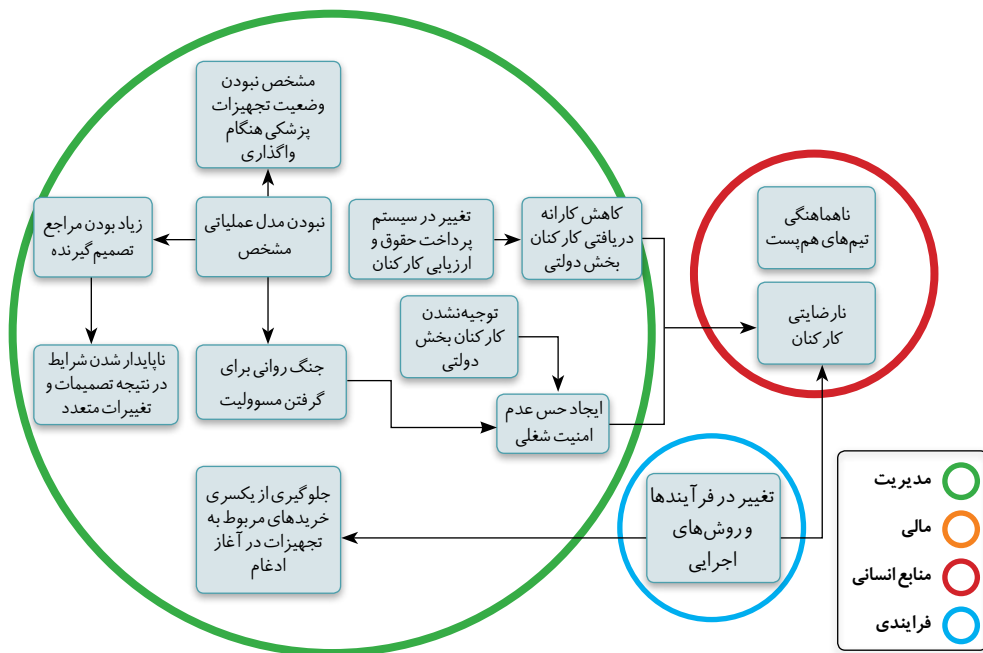


شکل ۵-۶ نمودار زمانی ادغام واحدهای تجهیزات پزشکی

۳-۶-۱ مشکلات ناشی از ادغام

از آن جا که بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) یک بیمارستان تک تخصصی بود، بخش تجهیزات پزشکی بیمارستان جدید بر خلاف سایر بخش‌ها با چالش‌های چندانی روبه‌رو نشد. چالش اصلی در ادغام دو بخش تجهیزات، مشخص نبودن وضعیت دستگاه‌های تجهیزات پزشکی هنگام واگذاری به بیمارستان جدید بود.

نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای تجهیزات پزشکی در شکل ۶-۶ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل نیز قابل مشاهده است بیشتر مشکلات پیش آمده از دیدگاه مدیریتی رخ داده‌اند.



شکل ۶-۶ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای تجهیزات پزشکی

۶-۴ ادغام در واحد فناوری اطلاعات

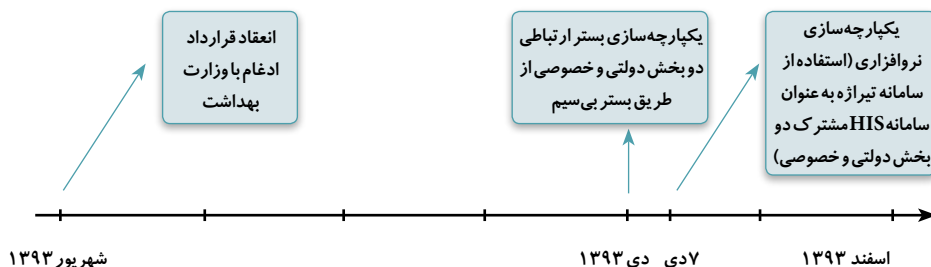
واحد فناوری اطلاعات، وظیفه مدیریت نرم‌افزاری (شامل مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان، مدیریت بانک‌های اطلاعاتی بیمارستان، پشتیبانی نرم‌افزارها، مدیریت کاربران و امنیت اطلاعات)، مدیریت سخت‌افزاری (شامل مدیریت شبکه ارتباط اطلاعاتی بیمارستان، مدیریت سیستم‌های موجود در بیمارستان و پشتیبانی سخت‌افزاری آنها و امنیت سخت‌افزاری) و آموزش‌های مرتبط را در بیمارستان بر عهده دارد. ادغام واحدهای فناوری اطلاعات دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر رami توان در دو فاز اصلی بررسی نمود:

■ فاز اول: یکپارچه‌سازی بستر ارتباطی - پیش از ادغام، هر بیمارستان شبکه اطلاعاتی مجزای مختص به خود را داشت. پس از ادغام، بیمارستان محب کوثر، سرویس‌ها

و خدمات لازم برای ایجاد ارتباطی سیم میان دو بیمارستان را فراهم نمود.

■ فاز دوم: یکپارچه سازی نرم افزاری - پیش از ادغام، بیمارستان حضرت فاطمه (س) از سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS^۱) شرکت رایاوران و بیمارستان محب کوثر از سامانه HIS شرکت تیراژه استفاده می کردند. از زمان امضای قرارداد ادغام در شهریور ۱۳۹۳، بیمارستان محب کوثر برنامه ریزی های لازم برای یکپارچه سازی نرم افزاری دو بیمارستان را انجام داد. با عملیاتی شدن ادغام مدیریتی دو بیمارستان، اول دی ماه ۱۳۹۳، سامانه تیراژه هم زمان با سامانه رایاوران در بخش دولتی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) به مدت یک هفته مورد استفاده هم زمان قرار گرفت؛ بدین صورت که اطلاعات بیماران جدید در سامانه تیراژه ثبت می شد و با کاهش بار اطلاعاتی سرور قدیمی بخش دولتی، فرایند انتقال داده ها و اطلاعات قدیمی به سرور بخش خصوصی انجام شد. پس از گذشت یک هفته، سامانه رایاوران از چرخه ثبت اطلاعات حذف و سامانه تیراژه به عنوان سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی مشترک باقی ماند.

نمودار زمانی ادغام واحدهای فناوری اطلاعات دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر و رویدادهای مهم مرتبط با آن در ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۶-۷ نمودار زمانی ادغام واحدهای فناوری اطلاعات

نمایی از شرایط سخت افزاری و نرم افزاری دو بیمارستان قبل و بعد از ادغام در زیر نمایش داده شده است.



بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)		پس از ادغام	بیمارستان محب کوثر	بیمارستان حضرت فاطمه (س)	پیش از ادغام
بخش غیر دولتی	بخش دولتی				
۲	۰	تعداد پرسنل	۲	۱	تعداد پرسنل
تیراژه	تیراژه	سامانه HIS	تیراژه	رایاوران	سامانه HIS
یکپارچه	یکپارچه	شبکه ارتباطی و سرورها	مجزا	مجزا	شبکه ارتباطی و سرورها
فیبر نوری	قدیمی	نوع کابل کشی	فیبر نوری	قدیمی	نوع کابل کشی
بیش از ۱۰۰	۶۰-۷۰	تعداد کاربران (ندها)	؟	؟	تعداد کاربران (ندها)
ویندوز ۷	ویندوز ۷	سیستم عامل	ویندوز ۷	XP	سیستم عامل



شکل ۶-۸ مقایسه شرایط سخت‌افزاری و نرم‌افزاری دو بیمارستان پیش از ادغام و پس از ادغام

۶-۴-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام بخش‌های فناوری اطلاعات دو بیمارستان با یکدیگر منجر به بروز مشکلاتی شد که در ادامه به مهم‌ترین آن‌ها می‌پردازیم:

■ **اختلال در امور مالی و بیمه‌گری - مهم‌ترین مشکل در ادغام مدیریتی واحدهای فناوری اطلاعات، تفاوت در سامانه‌های نرم‌افزاری موجود در دو بیمارستان بود.** این امر، بیشترین تاثیر را بر فرایندهای مالی و بیمه‌گری گذاشت زیرا به دلیل متفاوت بودن سامانه‌های مالی، امکان گزارش‌گیری جامع وجود نداشت و از طرف دیگر به دلیل عدم امکان فراخوانی یا تبدیل اطلاعات بین این دو سامانه، پرونده‌های بیماران دیرتر به بیمه ارسال شد و برخی از مطالبات بیمه‌ای نیز از دست رفت.

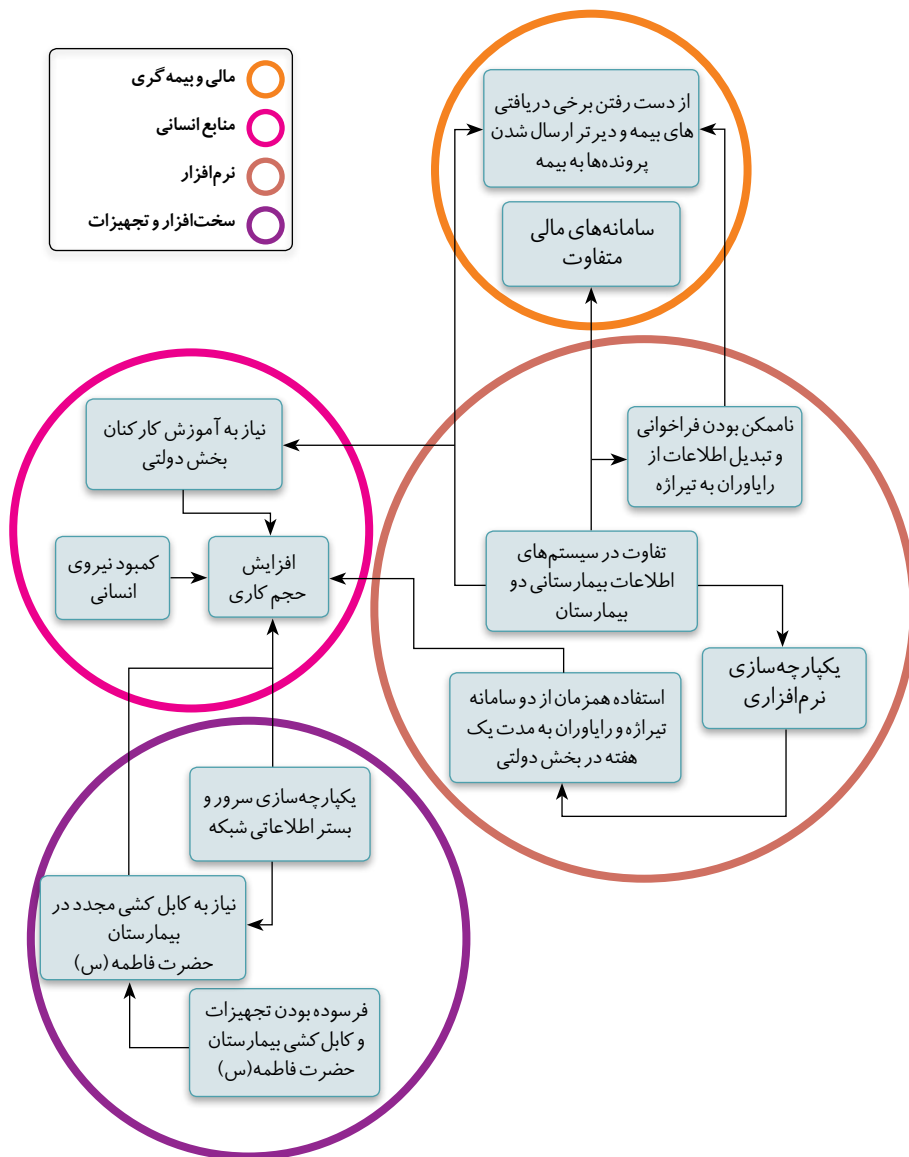
■ **افزایش حجم کاری واحد فناوری اطلاعات - به دلیل فرسوده بودن تجهیزات و کابل کشی قدیمی بیمارستان حضرت فاطمه (س)، تصمیم به کابل کشی مجدد در بخش دولتی گرفته شد تا بتوان به بستر شبکه یکپارچه برای دو بیمارستان دست یافت.** کابل کشی مجدد در کنار آموزش سامانه تیراژه به پرسنل حضرت فاطمه (س) و

فعالیت‌های لازم برای یکپارچه‌سازی نرم‌افزاری در دو بخش دولتی و خصوصی، منجر به افزایش حجم کاری واحد فناوری اطلاعات شد. از آن جا که تعداد کارکنان واحد فناوری اطلاعات تغییری نکرده بود، این افزایش حجم کاری، پررنگ‌تر جلوه کرد. به منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام در شکل ۶-۹ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است بیشتر مشکلات پیش آمده در حوزه‌های مالی و بیمه‌گری، نرم‌افزار، سخت‌افزار و تجهیزات و منابع انسانی رخ داده‌اند.

۶-۵ ادغام در واحد امور مالی

امور مالی متشکل از واحدهای حسابداری، درآمد و بیمه‌گری، ترخیص، حقوق و دستمزد، اموال و صندوق می باشد. ادغام واحدهای مالی دو بیمارستان از ابتدای عملیاتی شدن ادغام، اوایل دی ماه ۱۳۹۳، آغاز شد اما به دلیل تحویل ندادن حساب‌ها از سوی واحد مالی بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) طولانی و زمان بر شد. حسابداری بخش دولتی برای بستن حساب‌ها با یک شرکت خصوصی قرارداد بست و مدیریت بیمارستان جدید به حسابداری بخش دولتی یک مهلت سه ماهه تا ابتدای سال ۱۳۹۴ برای بستن حساب‌ها راداد.

بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) پیش از ادغام حدود یک میلیارد و پانصد میلیون تومان درآمد و حدود دو میلیارد هزینه داشت. در واقع این بیمارستان هیچ‌گاه سوددهی نداشت و همین امر منجر به افزایش تمایل دولت در تحویل این بیمارستان به مجموعه محب شده بود. بیمارستان محب کوثر پیش از ادغام هنوز درگیر ساختن یک سری بخش‌ها بود و به دلیل ناتمام بودن بیمارستان، وضعیت سوددهی آن مشخص نبود. مهم‌ترین دغدغه بیمارستان محب کوثر پیش از ادغام، جذب پزشکان و بیماران از طریق ارائه امکانات و خدمات مناسب بود.



شکل ۶-۹ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای فناوری اطلاعات

نمایی از شرایط مالی دو بیمارستان قبل و بعد از ادغام در زیر نمایش داده شده است.

پیش از ادغام			بیمارستان حضرت فاطمه (س)	بیمارستان محب کوثر	
تعداد پرسنل	صندوقداری	۴	تعداد پرسنل	صندوقداری	۲
	بیمه‌گری	۲		بیمه‌گری	۱
	ترخیص	۲		ترخیص	۱
هزینه بیمارستان			۱۵۰۰ میلیون تومان	هزینه بیمارستان	
درآمد بیمارستان			۲۰۰۰ میلیون تومان	درآمد بیمارستان	
انبار			دارد	ندارد	
بخش‌های آزمایشگاه و رادیولوژی			داخلی - ضررده	برون سپاری	

پس از ادغام			بیمارستان محب کوثر	بیمارستان حضرت فاطمه (س)	
تعداد پرسنل	صندوقداری	۲	تعداد پرسنل	صندوقداری	۱
	بیمه‌گری	۱		بیمه‌گری	۱
	ترخیص	۱		ترخیص	۱
هزینه بیمارستان			هزینه بیمارستان		
درآمد بیمارستان			درآمد بیمارستان		
انبار			ندارد		
بخش‌های آزمایشگاه و رادیولوژی			برون سپاری		

شکل ۶-۱۰ مقایسه وضعیت مالی دو بیمارستان پیش از ادغام و پس از ادغام

به دلیل اهمیت موضوع سود و زیان بیمارستان در دوره ادغام و همچنین مشکلات پیش آمده با بیمه‌ها، بیشترین تمرکز در ادامه این بخش بر دو محور حسابداری و بیمه‌گری می‌باشد.

۶-۵-۱ کاهش هزینه و افزایش سود

مهم‌ترین نکته‌ای که بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) با آن درگیر بود، افزایش درآمد بیمارستان در مقابل هزینه‌ها و قسط‌های سنگین موجود بود. به همین منظور بیمارستان برای کاهش هزینه و درآمدزایی، اقدامات زیر را انجام داده است:

■ برون سپاری: بخش‌های آزمایشگاه و رادیولوژی با داشتن درآمدی ماهیانه ۱۵ میلیون تومان، حدود ۳۰-۴۰ میلیون تومان هزینه برای بیمارستان در ماه داشتند. به همین دلیل برون سپاری شد.



- قرارداد با همه بیمه‌های پایه و تکمیلی: بدین ترتیب تعداد بیماران تحت پوشش بیمه‌های مختلف بیشتر می‌شود و در نتیجه درآمد بیمارستان نیز افزایش می‌یابد.
- قرارداد با بیمه‌های لوکس: بیمه‌هایی مانند شهرداری، بانک‌ها، نیروهای مسلح و شرکت نفت از نوع بیمه لوکس تلقی می‌شوند زیرا هم کسورات را نادیده می‌گیرند و هم پرداخت بیشتری برای بیمارستان دارند. به عنوان مثال، بیمه‌های معمولی در سال ۱۳۹۳ برای بستری بیماران آی سی یو، ۸۰۰ هزار تومان پرداخت می‌کرد اما بیمه شرکت نفت برای بیماران آی سی یو، ۹۲۰ هزار تومان پرداخت می‌کرد. خدمات هتلینگ مناسب بیمارستان خود این امکان را فراهم می‌کند که بیماران با بیمه‌های لوکس راحت‌تر جذب شوند.
- ترغیب پزشکان بخش دولتی به کار در بخش خصوصی: یکی از مزایای ادغام، ترغیب پزشکان بخش دولتی به انجام عمل‌های جراحی ترمیمی در بخش خصوصی با انجام تشویق‌هایی مانند پرداخت به موقع کارانه بود.
- تغییر فرایندهای کاری: با اصلاح کاری فرایندها، تعدیل نیرو و رخ می‌دهد که این امر خود منجر به کاهش هزینه‌های بیمارستان می‌شود. به عنوان مثال نیروهای واحد مالی تقریباً نصف شدند.
- کاهش کارانه‌ها: بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) حدود ۵۰۰ میلیون کارانه پرداخت می‌کرد اما در بیمارستان جدید، ۵۰۰ منهای ۱۰۰ میلیون بادر نظر گرفتن کسورات بیمه پرداخت می‌شود.
- حذف انبار: به جای ایجاد انبار، به هر بخش برای خرید سه ماهه مواد غذایی و لوازم التحریر، بودجه خرید تخصیص یافت.
- کاهش کسورات: در حال حاضر ۲۰٪ از کسورات بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) باقی مانده و چشم‌انداز محب در کاهش کسورات به ۴٪ در انتهای سال ۱۳۹۴ است. این کاهش کسورات به نوعی سود برای بیمارستان محسوب می‌شود.

۶-۵-۲ مشکلات ناشی از ادغام

واحد مالی در زمان ادغام با یک سری مشکلات مواجه شد که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود:

■ عدم برنامه‌ریزی برای ادغام: از زمان امضای قرارداد ادغام، مورخ شهریور ۱۳۹۳، زمزمه‌های ادغام وجود داشت اما عملیاتی شدن آن کاملاً به صورت ناگهانی اتفاق افتاد. در واقع هیچ‌گونه برنامه‌ریزی‌ای با معاونت‌های مختلف بیمارستان انجام نشده بود و هیچ‌یک از واحدهای دو بیمارستان، آمادگی لازم برای ادغام را نداشتند.

■ زمان ادغام واحدهای مالی: در زمان عملیاتی شدن ادغام، هنوز حساب‌های مالی بسته نشده بود و این مشکل در بیمارستان حضرت فاطمه (س) پررنگ‌تر خود را نشان داد. ادغام باید در پایان سال انجام می‌شد تا واحدهای مالی بتوانند حساب‌های خود را تا پایان سال بسته و سپس تحویل دهند.

■ ابهام در ماهیت بیمارستان: ادغام مدیریتی دو بیمارستان دولتی و غیردولتی از لحاظ قانونی جایگاه مشخص نداشت و همین امر موجب شده بود تا هم بیمارستان پروانه نداشته باشد و هم بیمه‌ها به دلیل مشخص نبودن ماهیت بیمارستان، با بیمارستان جدید همکاری نکنند. در واقع بیمارستان‌های دولتی با بیمه‌های پایه و بودجه دولتی فعالیت می‌کنند و بیمارستان‌های محب برای کسب درآمد و پرداخت اقساط وام‌های بانکی خود از بیمه‌های تکمیلی استفاده می‌کنند. بیمه‌های مکمل و تکمیلی برای بستن قرارداد و ادامه همکاری با بیمارستان جدید بعد از ادغام ابهاماتی دارند زیرا بیمه‌های تکمیلی نمی‌توانند با بیمارستان‌های آموزشی و دولتی قرارداد نمی‌بندند.

■ تغییر نام بیمارستان: با تغییر نام بیمارستان، بانک‌های وام‌دهنده به مؤسسه محب و مؤسسات بیمه دچار مشکل شده‌اند زیرا طرف قرارداد، بیمارستان محب کوثر بود که بعد از فرآیند ادغام طرف قرارداد به بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) تغییر یافت.

■ ریزش نیروی انسانی با تجربه و جذب نیروی جدید: کارکنان بخش دولتی تمایل



زیادی به ماندن در بدنه دولت داشتند تا از نگرانی‌های بخش خصوصی مانند ترس از اخراج و عدم امنیت شغلی، رها باشند. علی‌رغم اطمینان دادن معاونت مالی بخش خصوصی به حفظ تمامی نیروهای واحد مالی بخش دولتی، بسیاری از این کارکنان، مانند کارکنان باتجربه صندوق، ترخیص و بیمه‌گری بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س)، درخواست انتقال به سایر بیمارستان‌ها را دادند و نیروهای باقیمانده نیز تمایلی به همکاری نداشتند. به همین دلیل، بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) مجبور به جذب نیرو شد که به دلیل عدم تجربه کافی می‌بایست آموزش می‌دیدند.

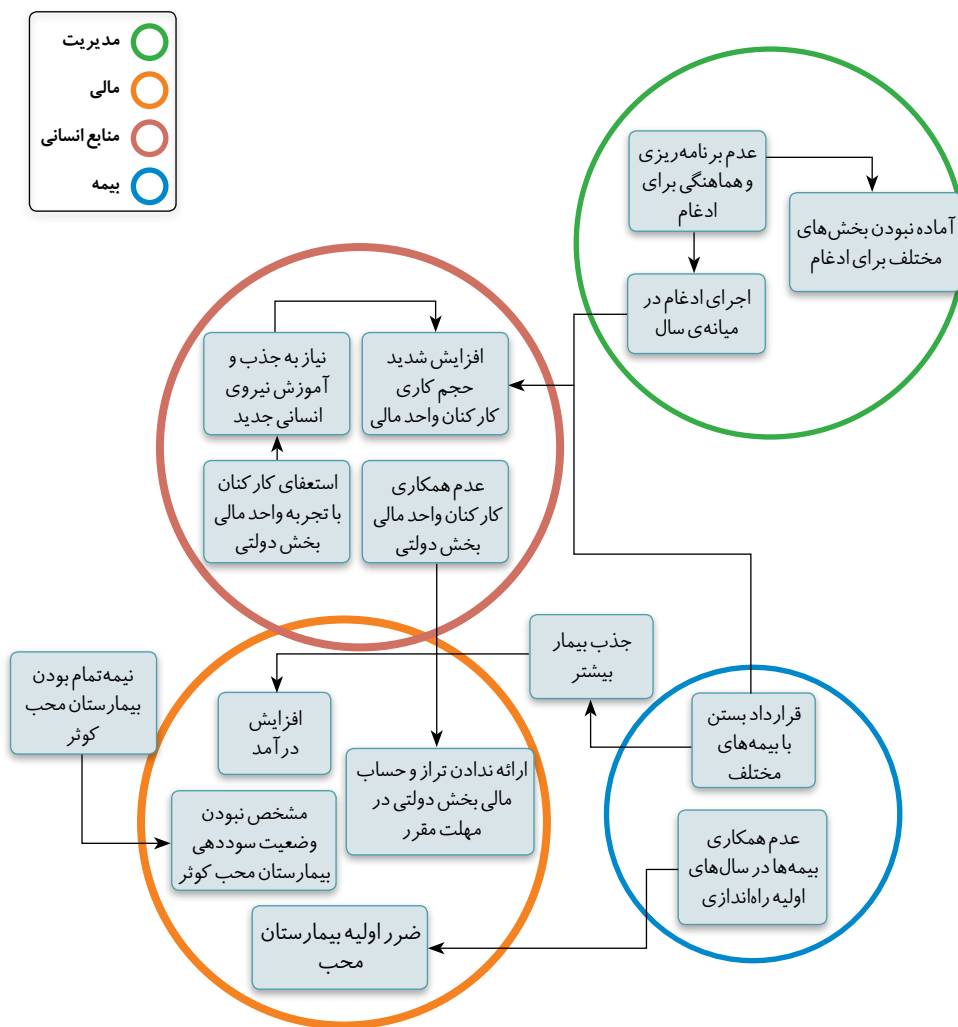
■ افزایش حجم کاری: حجم کاری کارکنان واحد مالی در زمان ادغام دو برابر شد که به دلیل اختلاف حساب‌ها و مشکلات موجود در بیمه‌گری تا انتهای سال ۱۳۹۴ نیز همچنان برقرار بود. از سوی دیگر، قرارداد با بیمه‌های مختلف نیاز به زمان و انرژی زیادی داشت که خود منجر به مضاعف شدن حجم کاری واحد مالی شده بود.

■ مشخص نبودن وضعیت سوددهی بیمارستان محب کوثر: بیمارستان محب کوثر پیش از ادغام هنوز به بهره‌برداری کامل نرسیده بود و وضعیت سوددهی آن نیز مشخص نبود.

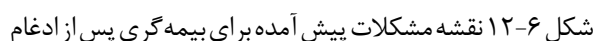
■ عدم ارائه تراز و حساب مالی بیمارستان حضرت فاطمه (س) بعد از گذشت چهار ماه از ابتدای سال

■ مبلغ بالای بدهی بیمارستان به بانک: اقساط بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) بسیار زیاد بود. قسط ماه اول به مبلغ یک میلیارد و چهارصد میلیون تومان بود که پرداخت شد و قسط‌های ماهیانه بعدی هر یک به مبلغ یک میلیارد و دویست میلیون تومان بود که فشار زیادی را به بیمارستان وارد می‌کرد.

به‌منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام برای واحد مالی به صورت کلی در شکل ۶-۱۱ و برای واحد بیمه‌گری به صورت خاص در شکل ۶-۱۲ نمایش داده شده است.



شکل ۶-۱۱ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای مالی

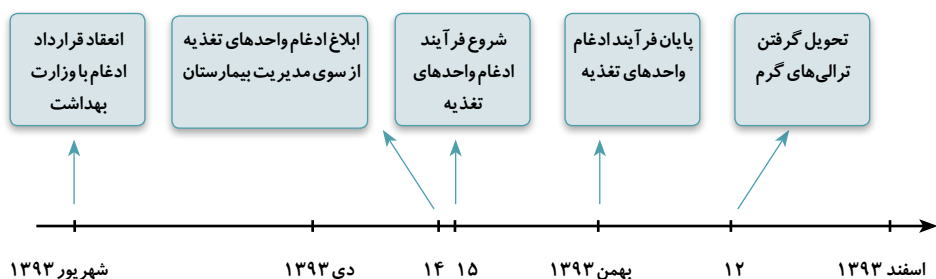


واحد تغذیه مسؤولیت تدوین منوهای غذایی هفتگی براساس نیاز و عادات غذایی بیماران بستری، مشاوره و ویزیت روزانه بیماران دارای رژیم خاص در زمان بستری را بر عهده دارد. مهم ترین وظیفه مسؤول تغذیه در بیمارستان این است که به عنوان عضوی از تیم درمان نیازهای تغذیه ای بیماران را تامین نماید. در این راستا کارشناس تغذیه با دریافت اطلاعات از بیمار شامل نوع بیماری، وزن، قد، اشتها و آزمایش ها نسبت به تامین نیازهای تغذیه ای بیمار و پایش تاثیر آن در مسیر درمان اقدام می نماید.

بیمارستان محب کوثر پیش از ادغام، غذای خود را از کترینگ هانی و سپس به مدت بیست روز از آشپزخانه بیمارستان هاشمی نژاد که در آن زمان وظیفه تامین غذای تمامی بیمارستان های محب را بر عهده داشت، تهیه می نمود. غذا در این بیمارستان در ظروف چینی و ترالی های گرم سرو می شد. در مقابل، تهیه غذای بیمارستان حضرت فاطمه (س) پیش از ادغام بر عهده پیمان کار بود که با استفاده از آشپزخانه موجود در بیمارستان، غذای مورد نیاز بیماران و کارکنان را تهیه می نمود. تمامی وعده های غذایی بیمارستان حضرت فاطمه (س) در ظروف یکبار مصرف و با استفاده از ترالی های سرد سرو می شد. کارکنان واحد تغذیه این بیمارستان شامل ۴ مهماندار و ۴ نفر افراد مشغول به کار در آشپزخانه بود. ادغام واحدهای تغذیه دو بیمارستان به صورت فوری و در طی دو هفته انجام شد. قرارداد بیمارستان حضرت فاطمه (س) با پیمانکار آشپزخانه در دی ماه ۹۳ فسخ و آشپزخانه بیمارستان به طور کامل تعطیل شد. در این ادغام ۴ مهماندار بخش دولتی بیمارستان جدید در سمت خود باقی ماندند ولی سه نفر از کارکنان آشپزخانه برکنار شدند. بنابراین ۳ نیروی جدید استخدام شدند. ترالی های گرم و ظروف چینی برای سرو غذا در بخش دولتی بیمارستان جدید خریداری شد. لازم به ذکر است که غذای اتاق عمل و میان وعده های غذایی بخش دولتی همچنان در ظروف یکبار مصرف سرو می شد.

بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) در ابتدای ادغام، غذای خود را از کترینگ هانی تهیه می نمود. سپس مدتی غذای خود را از کترینگ بیمارستان محب یاس^۱ تهیه می کرد و در نهایت از اسفندماه سال ۹۳، تهیه غذای آن بر عهده شرکت محب تأمین قرار گرفت. نمودار زمانی ادغام واحدهای تغذیه دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ذیل نمایش داده شده است.

۱. در بیمارستان های محب مهر و محب کوثر، مکانی برای طبخ کامل غذا در نظر گرفته نشده است. با افتتاح بیمارستان محب یاس هم زمان با افتتاح کترینگ سلامت ایرانیان، یک آشپزخانه مجهز در خود بیمارستان محب یاس ساخته شد. این کترینگ برای بهره برداری نیاز به یک متولی داشت. به همین منظور کترینگ یاس به شرکت هانی واگذار شد و تهیه غذای مجموعه بیمارستان های محب و هاشمی نژاد را با قیمت مشخص به عهده گرفت. اما به دلیل بعد مسافت، هانی در سرو غذا دچار مشکل گردید؛ کیفیت و تنوع غذا پایین آمد و به همین دلیل قرارداد با هانی فسخ شد. سپس با متولی دیگری که از مجموعه ی هانی بود، برای کترینگ یاس قرارداد بسته شد.



شکل ۶-۱۳ نمودار زمانی ادغام واحدهای تغذیه

نمایی از شرایط واحدهای تغذیه قبل و بعد از ادغام در شکل زیر نمایش داده شده است.

پیش از ادغام				پس از ادغام			
بیمارستان حضرت فاطمه (س)		بیمارستان محب کوثر		بخش دولتی		بخش غیر دولتی	
تعداد پرسنل		۸		۸		۸	
نحوه سرو غذا	وعده اصلی	سرد		گرم		گرم	
	میان وعده	سرد		گرم		گرم	
ظروف مورد استفاده	وعده اصلی	یک بار مصرف		چینی		چینی (به جز اطلاق عدل)	
	میان وعده	یک بار مصرف		چینی		چینی	
تهیه غذا		پیمانکار		کترینگ هانی و به مدت ۲۰ روز از بیمارستان هاشمی نژاد		مدت کوتاهی کترینگ هانی و سپس شرکت محب تأمین	
انبار مواد غذایی		دارد		ندارد		ندارد	
تجهیزات آشپزخانه		تجهیزات کامل برای طبخ غذا		تجهیزات برای گرم کردن غذا و تهیه غذای فوری		تجهیزات برای گرم کردن غذا و تهیه غذای فوری	

شکل ۶-۱۴ مقایسه وضعیت واحدهای تغذیه پیش از ادغام و پس از ادغام

۶-۶-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام واحدهای تغذیه دو بیمارستان بادو مشکل اصلی روبه‌رو شد که در ادامه شرح داده می‌شود:

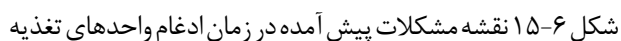
■ تغییر سیستم سرو غذا در بخش دولتی بیمارستان - غذا در بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) به صورت سرد و در ظروف یک بار مصرف سرد می‌شد و برای تبدیل این سیستم به سیستم سرو غذا به صورت گرم و در ظروف چینی، می‌بایست هم تجهیزات مناسب (شامل ظروف چینی و ترالی‌های گرم) تهیه می‌شد هم آموزش‌های لازم به کارکنان بخش دولتی ارائه می‌شد.

■ زمان ناکافی برای ادغام واحدهای تغذیه - واحد تغذیه از قبل برای ادغام آمادگی نداشت. در روز ۱۴ دی ماه ۱۳۹۳ دستور ادغام واحدهای تغذیه دو بیمارستان ابلاغ شد و از روز ۱۵ دی ماه نیز عملیاتی شد. سه نفر از کارکنان آشپزخانه بخش دولتی برکنار شدند و می‌بایست در مدتی کم سه نفر نیروی جدید، جذب و آموزش می‌دیدند. همچنین به دلیل تغییر سیستم سرو غذا در بخش دولتی، می‌بایست ظروف چینی و ترالی‌های مناسب خریداری و آموزش‌های مورد نیاز به کارکنان بخش دولتی ارائه می‌شد. انجام این وظایف در مدت زمان کم در نظر گرفته شده برای ادغام واحدهای تغذیه، برای تیم واحد تغذیه دشوار بود.

به منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام در شکل ۶-۱۵ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است مشکلات به وجود آمده در حوزه‌های مدیریتی و فرایندی منجر به بروز مشکلات در حوزه‌های منابع انسانی و تجهیزات شده‌اند.

۶-۷ ادغام در بخش اورژانس

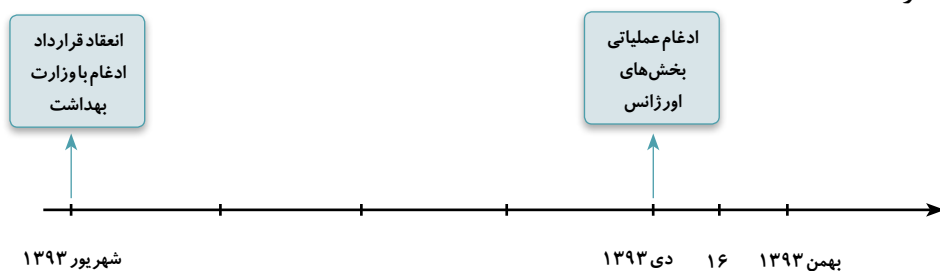
بخش اورژانس جزو اولین بخش‌هایی بود که ادغام مدیریتی دو بیمارستان در آن عملیاتی شد. اورژانس بیمارستان حضرت فاطمه (س) با سه تخت در ساختمانی قدیمی



واقع بود که هیچ گونه بازسازی ای در آن رخ نداده بود. امادر مقابل، اورژانس بیمارستان محب کوثر با ۱۲ تخت و داشتن امکاناتی مانند اتاق تریاژ، اتاق CPR، اتاق عمل سرپایی و اتاق تزریقات و پانسمان، امکان خدمت رسانی به بیماران قبلی، ارتوپدی، ترمیمی، مغزو اعصاب و غیره را داشت.

در زمان عملیاتی شدن ادغام مدیریتی دو بیمارستان، یعنی اول دی ماه ۱۳۹۳، اورژانس بیمارستان حضرت فاطمه (س) به دلیل تعمیرات تعطیل شده بود که این امر منجر به تسریع ادغام و تصمیم به استفاده از اورژانس بیمارستان جدید برای سرویس دهی به هر دو گروه بیماران دولتی و خصوصی شد. کارکنان اورژانس بیمارستان قدیمی حضرت فاطمه (س) حدود ۶-۷ نفر بودند که از این تعداد، ۲ نفر از بهیارها پس از ادغام به درخواست خود از بیمارستان جدا شدند. از آن جا که فرایندها و سیستم کاری دو اورژانس متفاوت بود، نیاز به ارائه آموزش های اولیه به کارکنان بخش دولتی در همان ابتدا وجود داشت.

ادغام بخش های اورژانس دو بیمارستان، بیشترین مزیت را برای بیماران و مراجعین بخش دولتی به همراه داشت، زیرا به جای مراجعه به اورژانسی با ساختمان و تجهیزات قدیمی، به اورژانسی با امکانات و تجهیزات پیشرفته تر در ساختمانی نو ساز مراجعه می کردند. پیش از این به دلیل کمبود تجهیزات و امکانات، بسیاری از بیماران اورژانسی بخش دولتی به سایر بیمارستان ها ارجاع داده می شدند؛ در حالی که اکنون با برطرف شدن کمبودها، کلیه خدمات اورژانس در همین بیمارستان ارائه می شد. به علاوه با ادغام مدیریتی دو بیمارستان، بیمار حق انتخاب میان استفاده از بیمه درمانی پایه و تکمیلی را دارد.



شکل ۶-۱۶ نمودار زمانی ادغام واحدهای اورژانس

نمودار زمانی ادغام بخش های اورژانس دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر و رویدادهای مهم مرتبط با آن در شکل ۶-۱۶ نمایش داده شده است. نمایی از شرایط بخش های اورژانس قبل و بعد از ادغام در شکل ۶-۱۷ نمایش داده شده است.



بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)	پس از ادغام	بیمارستان محبت کوثر	بیمارستان حضرت فاطمه (س)	پیش از ادغام
۴	تعداد پرسنل	۴	۶-۷	تعداد پرسنل
نوساز	قدمت ساختمان	نوساز	۴۰ ساله	قدمت ساختمان
۱۲	تعداد تخت	۱۲	۳	تعداد تخت
پایه و تکمیلی	نوع بیمه درمانی تحت پوشش	پایه و تکمیلی	پایه	نوع بیمه درمانی تحت پوشش
۴-۵-۶	سیستم کاری	۴-۵-۶	۳-۳-۳	سیستم کاری
تیراژه	سامانه پذیرش	تیراژه	رایاوران	سامانه پذیرش

شکل ۶-۱۷ مقایسه وضعیت اورژانس پیش از ادغام و پس از ادغام

۶-۷-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام بخش‌های اورژانس دو بیمارستان با مشکلاتی نیز همراه بود که در ادامه توضیح داده خواهند شد.

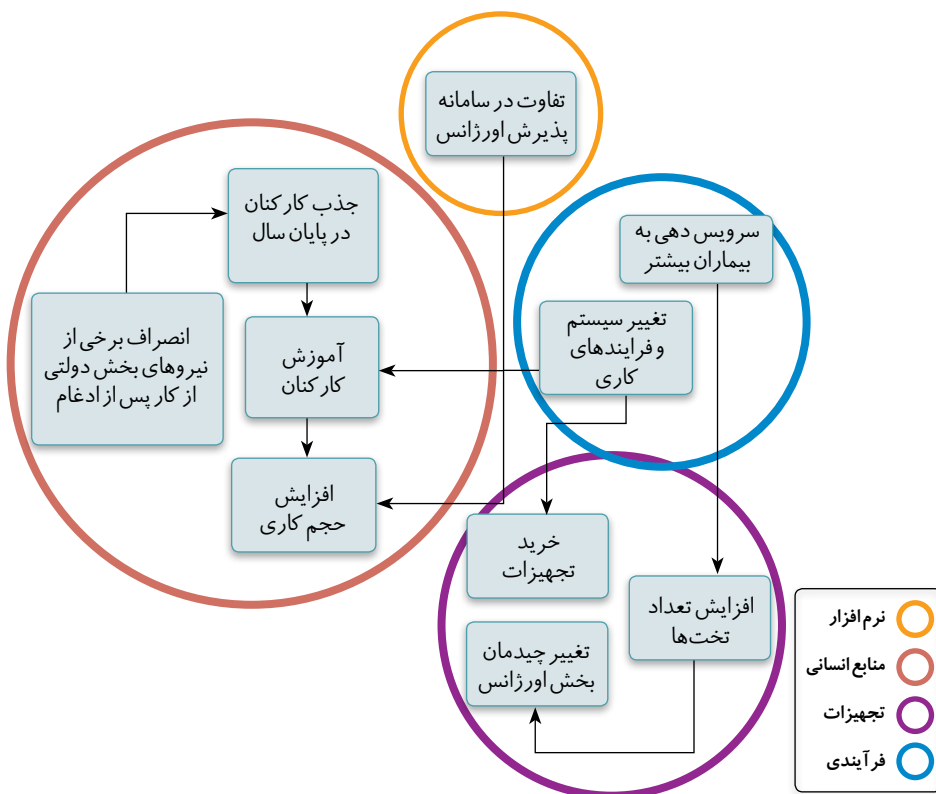
■ عدم آمادگی کارکنان بخش دولتی اورژانس برای ادغام: کارکنان اورژانس به خصوص در بخش دولتی، نگرانی‌های بسیار زیادی در زمان ادغام داشتند که این امر بر نحوه عملکرد آن‌ها نیز تاثیر منفی گذاشته بود. به علاوه به دلیل تفاوت میان برخی فرایندهای کاری بخش دولتی و خصوصی در اورژانس، کارکنان دولتی می‌بایست آموزش‌های لازم را می‌دیدند.

■ تفاوت بیماران بخش دولتی و خصوصی: بیماران بخش دولتی و خصوصی از لحاظ فرهنگ و حتی علت مراجعه با یکدیگر متفاوت هستند. مراجعه‌کنندگان بیمارستان حضرت فاطمه (س) به دلیل فیلد تخصصی جراحی ترمیمی بیشتر از قشر کارگر بین ۱۵ تا ۴۵ سال بودند. پس از ادغام، بخش اورژانس با بیمارانی روبه‌رو شد که به دلایلی مانند آسیب دیدن در حین کار یا دعوا مراجعه می‌کردند. این تفاوت فرهنگی منجر به افزایش فشار روانی در حین کار و حتی افزایش حجم کاری به‌ویژه برای نیروهای خدمات شد.

■ تغییر در فرایندها و روش‌های اجرایی: ادغام بخش‌های اورژانس، منجر به تدوین

مجدد فرایندهای کاری و بالینی شد که نیاز به زمان و انرژی زیادی برای تدوین فرایندها و آموزش کارکنان داشت.

■ تغییر چیدمان بخش اورژانس: با ادغام اورژانس دو بخش دولتی و خصوصی، تنوع بیماران و تعداد آنها افزایش پیدا کرده بود که این امر نیازمند تغییر چیدمان فیزیکی اورژانس بود. تغییر چیدمان، باعث افزایش فشار روانی و حجم کاری کارکنان در زمان ادغام شد. به منظور شفاف سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام در شکل ۶-۱۸ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است مشکلات پیش آمده در حوزه های مدیریتی و فرایندی منجر به بروز مشکلات در حوزه های منابع انسانی و تجهیزات شده اند.



شکل ۶-۱۸ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام بخش های اورژانس



۸-۶ ادغام در واحد آزمایشگاه

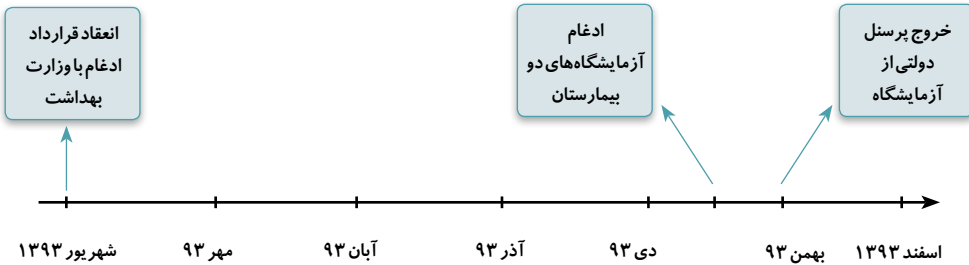
آزمایشگاه یکی از بخش‌های تشخیصی-پاراکلینیکی در بیمارستان است که خدماتی نظیر آزمایش‌های پاتولوژی، هماتولوژی، بیوشیمی، میکروب‌شناسی، ویروس‌شناسی، هورمون‌شناسی، ژنتیک، سلولی مولکولی، سرولوژی، بانک خون و آزمایش‌های غربالگری و چک‌آپ را به بیماران ارائه می‌دهد. آزمایشگاه‌های دو بیمارستان قبل از ادغام به صورت کاملاً مجزا فعالیت می‌کردند. تعداد کارکنان آزمایشگاه در بیمارستان حضرت فاطمه (س) برابر ۱۱ نفر بود که روزانه به‌طور متوسط ۵۰ نمونه در آزمایشگاه این بیمارستان آزمایش می‌شد. تعداد کارکنان آزمایشگاه در بیمارستان محب کوثر نیز برابر ۱۱ نفر بود که روزانه به‌طور متوسط ۱۲۰ تا ۱۳۰ نمونه آزمایش می‌شد.

در جلسه کمیته راهبری، مورخ ۱۶ دی‌ماه ۱۳۹۳، مصوب شد که آزمایشگاه و رادیولوژی موجود در ساختمان بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) برای ارائه خدمت به بیماران با پایه فعال باشد و آزمایشگاه و رادیولوژی موجود در ساختمان بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) برای بیماران با بیمه تکمیلی در نظر گرفته شود؛ با این توضیح که اداره هر دو آزمایشگاه و رادیولوژی موجود در دو فضا توسط یک گروه انجام شود. از مزایای ادغام دو آزمایشگاه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- کاهش هزینه‌ها و استهلاک تجهیزات
- کاهش زمان انتظار بیماران با بیمه پایه
- یکپارچه‌سازی اطلاعات آزمایش‌ها و تجهیزات
- استانداردسازی فرایندهای کاری آزمایشگاه

نمودار زمانی ادغام آزمایشگاه‌های دو بیمارستان در ذیل نمایش داده شده است.

۱۰۲ بیمارستان محب کوثر روایتی از تولد تابوغ



شکل ۶-۱۹ نمودار زمانی ادغام آزمایشگاه‌ها

نمایی از شرایط دو آزمایشگاه قبل و بعد از ادغام در شکل زیر نمایش داده شده است.

بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)	پس از ادغام	بیمارستان محب کوثر حضرت فاطمه (س)	پیش از ادغام
۱۱	تعداد پرسنل	۱۱	تعداد پرسنل
تیراژه	سیستم اطلاعاتی	رایاوران	سیستم اطلاعاتی
یکسان	نحوه انجام آزمایشات	متفاوت	نحوه انجام آزمایشات
یکسان	دامنه استاندارد	متفاوت	دامنه استاندارد
یکسان	ابزارهای آزمایشگاه	متفاوت	ابزارهای آزمایشگاه
در دو ساختمان مجزا	بانک خون	مجزا	بانک خون
در دو ساختمان مجزا	پاتولوژی	مجزا	پاتولوژی
در دو ساختمان مجزا	نمونه‌گیری	مجزا	نمونه‌گیری
ساختمان محب	محل انجام آزمایش نمونه	مجزا	محل انجام آزمایش نمونه
برون‌سپاری	نوع مدیریت آزمایشگاه	درون‌سپاری	نوع مدیریت آزمایشگاه
کم	میزان استهلاك دستگاه‌ها	متوسط	میزان استهلاك دستگاه‌ها
۱۲۰-۱۳۰ نمونه	متوسط تعداد آزمایش در روز	۵۰ نمونه	متوسط تعداد آزمایش در روز

شکل ۶-۲۰ مقایسه وضعیت آزمایشگاه‌ها پیش از ادغام و پس از ادغام

۶-۸-۱ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام دو آزمایشگاه با یکدیگر با مشکلاتی مواجه شد که در ادامه به مهم‌ترین آن‌ها

اشاره می‌شود:



■ عدم آمادگی برای ادغام: ادغام دو آزمایشگاه به صورت ناگهانی رخ داد و تاریخ مشخصی از قبل برای آن اعلام نشده بود. به همین دلیل گروه آزمایشگاهی بیمارستان محب کوثر با حجم زیادی از کارهای انجام نشده و نیمه تمام روبه‌رو شدند. همچنین تعداد جلسات توجیهی برگزار شده برای کارکنان هر دو بیمارستان و آماده‌سازی آن‌ها برای پذیرش ادغام به اندازه کافی نبوده و منجر به بروز مشکلاتی شد که موفقیت ادغام را به مخاطره انداختند.

■ مقاومت کارکنان آزمایشگاه بیمارستان حضرت فاطمه (س): عدم توجه کارکنان، تفاوت فرهنگ کاری میان بخش دولتی و بخش خصوصی و نیاز به تعدیل برخی از نیروهای بیمارستان حضرت فاطمه (س)، منجر به بروز مقاومت در کارکنان آزمایشگاه این بیمارستان در برابر طرح ادغام شده بود. این مقاومت به گونه‌ای بود که تا دو هفته بعد از اعلام رسمی ادغام آزمایشگاه‌ها، کارکنان آزمایشگاه بیمارستان حضرت فاطمه (س) به دلیل مخالفت، هیچ اطلاعاتی در رابطه با تعداد نمونه‌ها و لیست تجهیزات در اختیار کارکنان محب کوثر قرار ندادند.

■ نبود پروتکل /فرایند برای تحویل تجهیزات آزمایشگاه بیمارستان قدیم: فهرست دستگاه‌های موجود در آزمایشگاه بیمارستان حضرت فاطمه (س) و وضعیت آن‌ها (سالم یا معیوب) در زمان تحویل به بیمارستان جدید مشخص نبود. کلیه دستگاه‌ها و تجهیزات می‌بایست قبل از تحویل سرویس شده و به صورت سالم همراه با گارانتی (ضمانت طرف سوم) به بیمارستان جدید تحویل داده می‌شدند که این امر انجام نشد.

■ تفاوت در فرایندها و استانداردها: فرایندها و استانداردهای کاری دو آزمایشگاه مانند نحوه انجام آزمایش‌ها، دامنه استاندارد مورد استفاده برای بررسی نتایج آزمایش و ابزارهای آزمایش با یکدیگر متفاوت بودند که نیاز به آموزش و یکسان‌سازی داشتند.

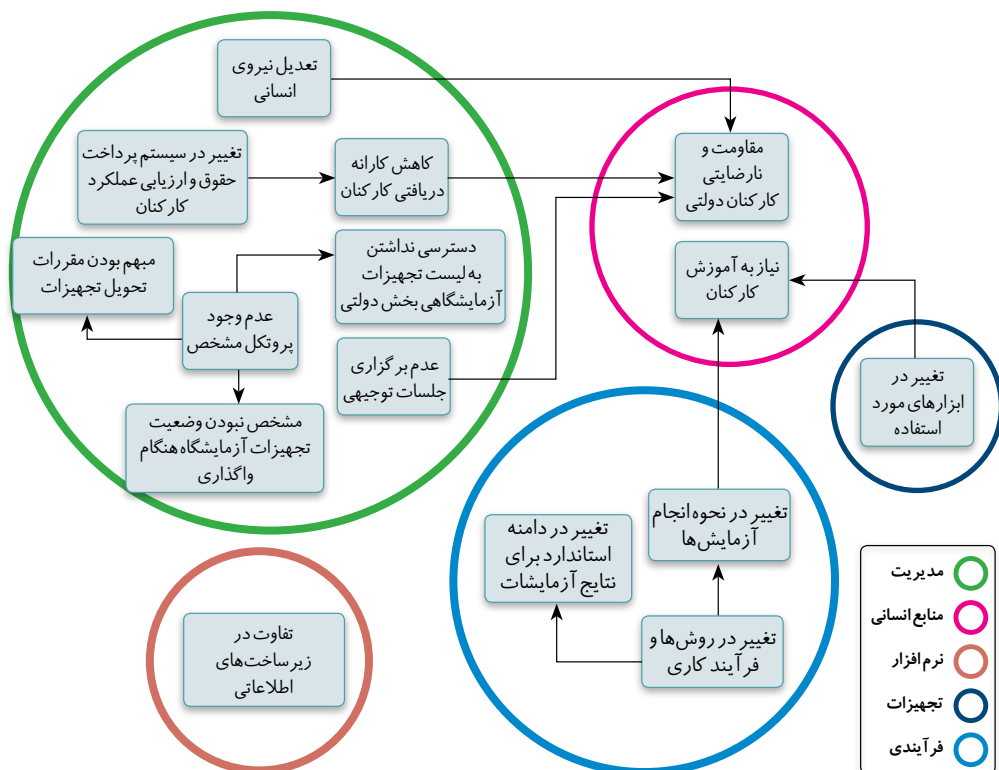
■ یکپارچه‌سازی سامانه‌های نرم‌افزاری: دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر از سیستم‌های اطلاعاتی مختلفی استفاده می‌کردند و ادغام اطلاعات آن‌ها با یکدیگر تبدیل به چالشی برای بخش‌های مختلف از جمله آزمایشگاه شده بود.

به‌منظور شفاف‌سازی ریشه و علت مشکلات پیش آمده، نقشه مشکلات پیش آمده در

زمان ادغام در شکل ۶-۲۱ نمایش داده شده است. همان گونه که در شکل قابل مشاهده است بیشتر مشکلات پیش آمده از دیدگاه مدیریتی و تفاوت در فرایندهای کاری رخ داده اند.

۶-۹ ادغام در واحد بهداشت محیط

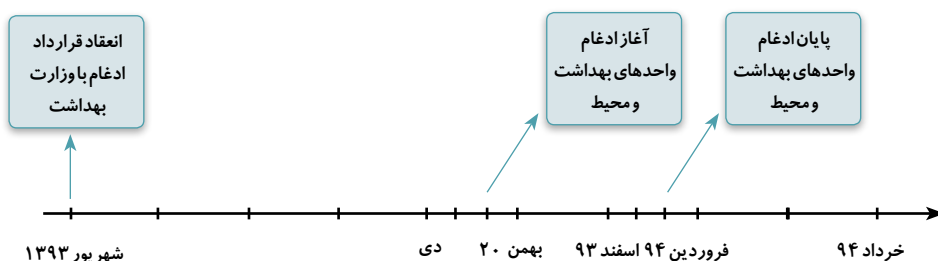
کنترل عوامل محیطی که در سلامت انسان تاثیر گذار است می تواند مانع از انتقال بیماری در بیمارستان و انتقال عوامل بیماری زا به محیط بیمارستان شود. در همین راستا وظیفه نظارت بر رعایت اصول بهداشتی در کلیه بخش های بالینی و غیر بالینی بر عهده واحد بهداشت محیط است. کلیه موارد مرتبط با آب شرب بیمارستان، فاضلاب و تصفیه آن، آموزش در خصوص کلیه موارد بهداشتی، گندزدایی و ضد عفونی، نظافت محیط، آلودگی هوا و صدا، تهویه مطبوع گرمایش و سرمایش، ارزیابی ریسک های ناشی از کار، مدیریت بر پسماند بیمارستانی و سایر موارد تحت نظارت این واحد انجام می شود.



شکل ۶-۲۱ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام آزمایشگاه ها

قبل از ادغام دو بیمارستان، واحد بهداشت محیط بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س)، در طبقه سوم این بیمارستان قرار داشت که یک نفر کارشناس بهداشت محیط، یک نفر مسؤول خدمات و حدود ۲۰ نفر کارکنان خدمات در آن مشغول به کار بودند که پس از ادغام بسیاری از آنها درخواست انتقال به سایر بیمارستان‌ها را دادند. پس از ادغام، واحد بهداشت محیط به بخش خصوصی بیمارستان جدید منتقل می‌گردد.

نمودار زمانی ادغام واحدهای بهداشت محیط دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۶-۲۲ نمودار زمانی ادغام واحدهای بهداشت محیط

نمایی از شرایط واحدهای بهداشت محیط قبل و بعد از ادغام در شکل زیر نمایش داده شده است.

پیش از ادغام			بیمارستان محب کوثر	بیمارستان حضرت فاطمه (س)
تعداد پرسنل	مسؤول خدمات	کارشناس بهداشت محیط		
۱	۱	۱	۱	۱
؟	۱	؟	؟	۱
۲۰	۲۰	؟	؟	۲۰

پس از ادغام

تعداد پرسنل	مسؤول بهداشت و خدمات	تعداد پرسنل	بیمارستان محب کوثر	بیمارستان حضرت فاطمه (س)
۱	۱	۱	۱	۱
۱	۱	۱	۱	۱
۱	۱	۱	۱	۱

شکل ۶-۲۳ مقایسه وضعیت واحدهای بهداشت و محیط پیش از ادغام و پس از ادغام

۹-۱-۶ مشکلات ناشی از ادغام

ادغام واحدهای بهداشت محیط دو بیمارستان منجر به بروز دو مشکل اصلی شده بود که در ادامه شرح داده می‌شوند:

■ تفاوت رویکردها و شیوه‌های کاری - با توجه به فیزیک بیمارستان‌های قدیم حضرت فاطمه (س) و محب کوثر، واحدهای بهداشت محیط دو بخش دولتی و خصوصی در مواد ضد عفونی مورد استفاده و روش‌های اجرایی از یکدیگر متفاوت بودند. این تفاوت یکی از دلایل زمان‌بر بودن فرآیند ادغام مدیریت واحدهای بهداشت محیط و رسیدن به حالت پایدار بود. آموزش و یکسان‌سازی فرآیندهای انجام کاری یکی از کارهایی است که پیش از ادغام نیازمند برنامه‌ریزی بوده است. به دلیل زیاد بودن تعداد کارکنان بخش دولتی و احتمال ریزش نیرو، یکسان‌سازی فرآیندها و روش‌های اجرای کار قبل از ادغام انجام نشده بود.

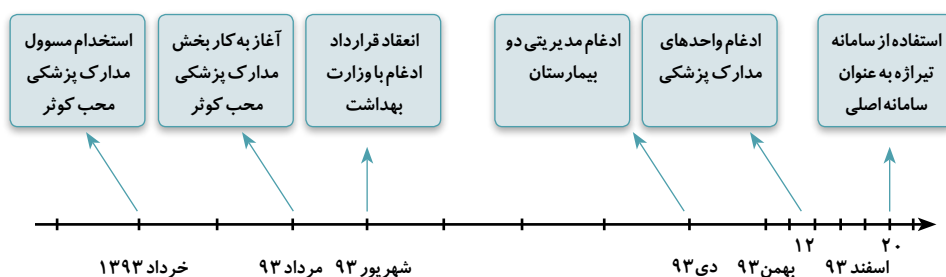
■ ریزش نیرو در بخش دولتی و نیاز به جذب کارکنان جدید - پس از ادغام، بسیاری از کارکنان بخش دولتی، درخواست انتقال به سایر بیمارستان‌ها را دادند که با درخواست انتقال بیشتر آن‌ها موافقت شد؛ بدین ترتیب نیروهای جدید جذب شدند که تعدادی از آن‌ها شرایط مناسب احراز شغل را نداشتند. البته آموزش به نیروهای جدید آسان‌تر از آموزش به کارکنان قدیمی بخش دولتی بود که به شیوه‌ها و روش‌های اجرایی قدیم عادت کرده بودند.

۱۰-۶ ادغام در بخش مدارک پزشکی

واحد مدارک پزشکی، مسئولیت جمع‌آوری مناسب، ثبت دقیق و همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات را بر عهده دارد. خروجی‌های این واحد می‌تواند در قالب ابزاری مطمئن و ارزشمند برای مدیران، محققین، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و مسئولین سازمان مورد استفاده قرار گیرد.

ادغام واحدهای مدارک پزشکی در ۱۲ بهمن ۱۳۹۳ رخ داد. از تاریخ چهارم اسفندماه

۱۳۹۳، سامانه تیراژه در پذیرش بستری مورد استفاده قرار گرفت و به صورت همزمان تا ۲۰ اسفندماه سامانه رایوران هم برای ترخیص بیماران قبلی فعال بود. سپس از ۲۰ اسفندماه، سامانه تیراژه به عنوان سامانه اصلی مورد استفاده قرار گرفت. نمودار زمانی ادغام واحدهای مدارک پزشکی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر در ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۶-۲۴ نمودار زمانی ادغام واحدهای مدارک پزشکی

۱۰-۶-۱ مشکلات ناشی از ادغام

مشکل اصلی در ادغام واحدهای مدارک پزشکی مربوط به تفاوت سامانه‌های پذیرش دو بیمارستان و کاستی‌های موجود در سامانه تیراژه بود که در جدول زیر فهرست شده‌اند.

جدول ۶-۱ فهرست مشکلات سامانه تیراژه در زمان ادغام واحدهای مدارک پزشکی

ردیف	عنوان مشکل	توضیح
۱	تعریف نشدن بسته‌های خدمت در سامانه تیراژه	در سامانه رایاوران برای پذیرش بیماران به خصوص بیماران اورژانسی، بسته خدمت تعریف شده بود. این در حالی است که در سامانه تیراژه، خدمات به صورت تکی انتخاب و ثبت می‌شد که منجر به افزایش زمان فرآیند پذیرش بیمار شده بود. با تعریف کدهای بسته خدمت در سامانه تیراژه این مشکل برطرف شد.
۲	عدم اتصال سامانه تیراژه به سامانه سپاس	تقریباً به مدت دو ماه و نیم (از اسفند ۹۳ تا اوایل اردیبهشت ۹۴) تیراژه به سپاس متصل نبود و پرونده‌ها در این مدت به صورت دستی در سیستم وارد می‌شد که بسیار زمان‌بر بود.
۳	مشکل جست‌وجو	برای جست‌وجوی افراد باید اسم فرد به طور کامل و به همراه پسوند وارد می‌شد. در غیر این صورت امکان پیدا کردن فرد وجود ندارد.
۴	عدم کدگذاری به صورت الکترونیکی	به دلیل عدم دسترسی به کتاب‌های مورد استفاده به صورت الکترونیکی باید جست‌جو در این کتاب‌ها به صورت دستی انجام می‌شد.
۵	عدم تعریف برخی گزارش‌ها	برخی گزارش‌های رایج در سامانه تیراژه تعریف نشده بود.
۶	مشکل در آمارگیری‌های روزانه	برخی از آمارگیری‌ها در سامانه تیراژه تعریف نشده است. کارکنان بخش دولتی که با سامانه رایاوران کار کرده بودند، برای آمارگیری دستی نیاز به آموزش داشتند که این امر هم زمان‌بر بود و هم خطای زیادی را به همراه داشت.
۷	عدم تعریف فرآیند انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر	در سامانه رایاوران، انتقال بیمار از بخش‌های مختلف مانند اتاق عمل، رادیولوژی و بخش‌های پرستاری کاملاً مشخص و تعریف شده بود و در صورت نیاز در قسمت آمار و بروز خطا با چک کردن فرآیند انتقال بیمار در کل بیمارستان به راحتی مشکل شناسایی و رفع می‌شد. فرایند انتقال بیمار در سامانه تیراژه تعریف نشده است.

مدیریت

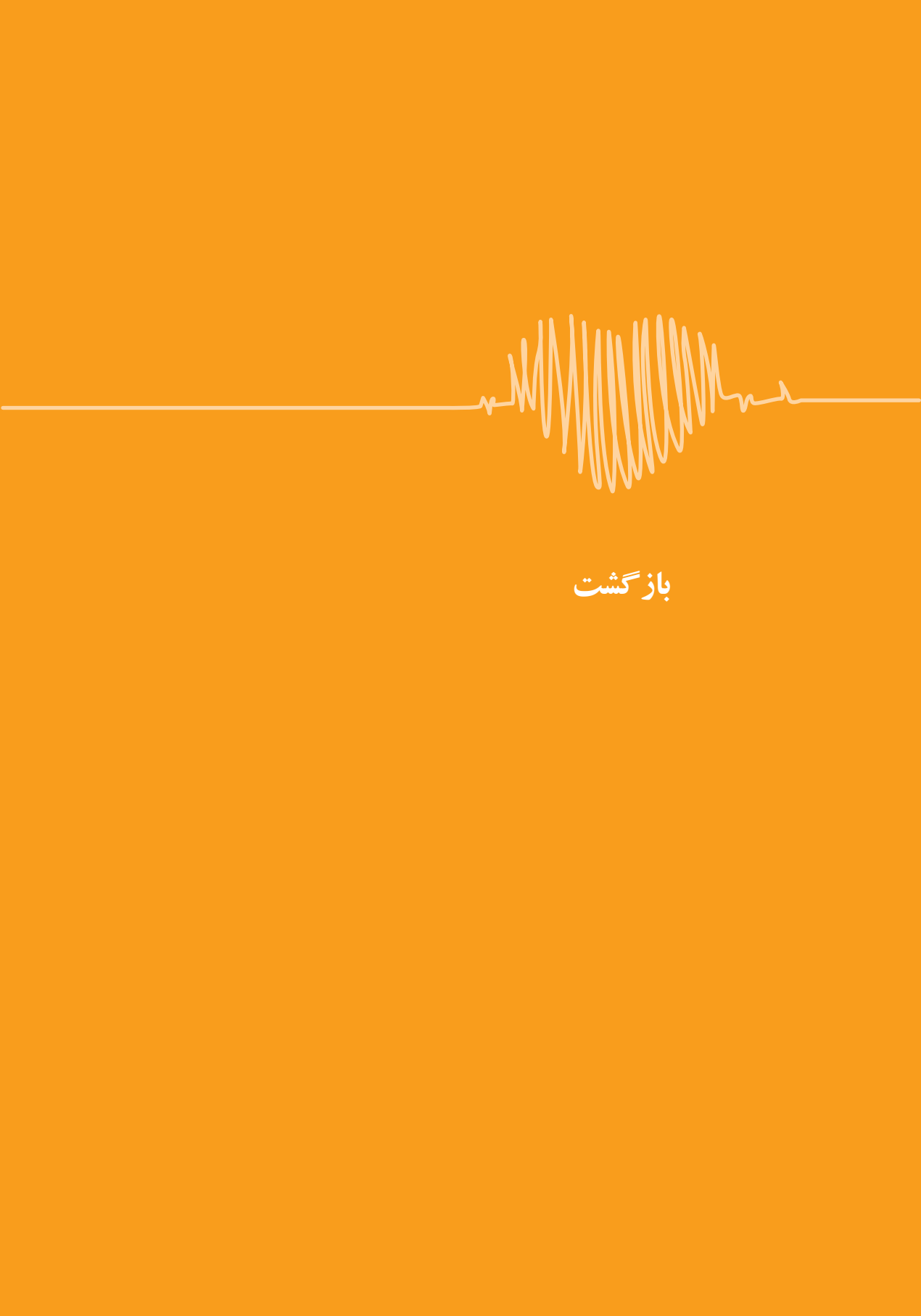
منابع انسانی

نرم افزار

تجهیزات

فرآیندی

شکل ۶-۲۵ نقشه مشکلات پیش آمده در زمان ادغام واحدهای مدارک پزشکی



بازگشت

دوران تفکیک

ادغام مدیریتی دو بیمارستان محب کوثر و حضرت فاطمه (س) در دی ماه ۱۳۹۳ عملیاتی شد و دو بیمارستان در قالب یک بیمارستان با ماهیت ترکیبی دولتی و غیردولتی تحت نام بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) مشغول به کار شدند. ماه‌های اولیه ادغام همراه با فشار کاری و روانی زیاد برای کارکنان هر دو بخش دولتی و غیردولتی سپری شد و زمانی که تقریباً آرامش و نظم بر بیمارستان حاکم شده بود و ادغام مدیریتی مورد پذیرش قرار گرفته بود، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ارسال نامه‌ای در دی ماه ۱۳۹۴، لغو ادغام مدیریتی دو بیمارستان را اعلام و دستور تفکیک مجدد آن دو را صادر نمود. دو بیمارستان مجدداً از هم تفکیک شدند. آن همه تلاش و زحمات شبانه‌روزی به باد رفت و حال، دو بیمارستان همسایه‌هایی بودند که دیگر هیچ گونه همکاری با یکدیگر نداشتند. در این فصل، چرایی تفکیک و وضعیت بیمارستان محب کوثر را پس از آن بررسی خواهیم نمود.

۷-۱ چرایی تفکیک دو بیمارستان

این که چرا تفکیک دو بیمارستان پس از یک سال تلاش مداوم رخ داد، بحثی است که

در این بخش به آن می پردازیم. اما در کنار بررسی چرایی تفکیک، نحوه اعلام تفکیک نیز جای سؤال دارد. تفکیک با اعلام نامه ای از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد. هیچ کس از مؤسسه محب در جریان روند این تصمیم گیری نبود؛ به عبارت دیگر این تصمیمی بود که از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه ایران به صورت یک جانبه گرفته شد. مقایسه اعلام تفکیک در قالب یک نامه در مقابل تصمیم به ادغام دو بیمارستان در طی جلسات مختلف رایزنی و بحث های گوناگون و در مقایسه با تمام مشکلات و تلاش های صورت گرفته برای پیاده سازی ادغام، می تواند برای بخش خصوصی بسیار مایوس کننده باشد.

دلایل تصمیم به تفکیک را می توان در قالب شش محور بررسی نمود که در جدول ۷-۱ بررسی شده اند. توجه داشته باشید که نمی توان این دلایل را اولویت بندی کرد زیرا دیدگاه هر یک از ذینفعان مختلف، اولویت متفاوتی داشته که بر یکدیگر نیز اثر می گذارند. در واقع مجموع این دلایل در کنار هم می تواند علت تفکیک را توجیه کند.

جدول ۷-۱ چرایی تفکیک دو بیمارستان

توضیح	دلیل
شاخصی برای ارزیابی پروژه ادغام دو بیمارستان تعریف نشده بود که براساس آن بتوان تمامی طرف های قرارداد را متوجه پیشرفت و بهبود ایجاد شده نسبت به شرایط سابق نمود. نظارت مستمر بر این شاخص ها در قالب گزارش های سه ماهه می توانست دید شفافی نسبت به پروژه ادغام ایجاد کند. مسأله این است که نهاد نظارتی نیز در قرارداد مشخص نشده بود.	عدم تعریف شاخص ارزیابی برای پروژه
هیچ یک از طرفین ریسک های پروژه را از ابتدا مشخص نکردند و برای آن ها راه حل (گزینه های اجتناب یا کاهش ریسک) تعریف نکردند. بنابراین زمانی که ریسک ها پیش آمد باید در لحظه تصمیم گرفته می شد، تصمیماتی که لزوماً بهترین نبودند و این امر خود منجر به اثرات منفی ذهنی و عملکردی می شد. در ضمن نهاد مسؤول مدیریت ریسک نیز مشخص نبود؛ در صورت وقوع ریسک چه کسانی مسؤول بر طرف کردن آن بودند؟ وزارت خانه، دانشگاه ایران یا مدیران ارشد بخش دولتی و خصوصی بیمارستان؟	بی توجهی به مدیریت ریسک پروژه از ابتدا
در پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان، ابتدا قرارداد بسته شد و سازمان های نظارتی در زمان اجرا در بخش هایی که قانون دیده نشده بود، وارد عمل می شدند.	نبودن زیرساخت های قانونی لازم



توضیح	دلیل
نبود شاخص برای اندازه‌گیری، عدم توجه به مدیریت ریسک پروژه، نبود زیرساخت‌های قانونی لازم و غیره همگی به این دلیل بود که تمامی ذینفعان پروژه در مرحله برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری به ادغام به صورت کامل یا مناسب درگیر نشدند. در واقع احساس امضای قراردادی با مدل برد-برد برای ذینفعان ایجاد نشد و در نتیجه برخی ذینفعان زمانی که احساس کردند منافعیشان به خطر افتاده است، تصمیم به توقف ادغام گرفتند.	درگیر نکردن تمامی ذینفعان پروژه و توجه نشدن آن‌ها
هر دو گروه مدیران ارشد بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) و بیمارستان غیردولتی محب کوثر در برهه‌هایی از زمان با یکدیگر همکاری مؤثر نداشتند.	عدم همکاری میان مدیران ارشد بخش دولتی و خصوصی
فضای شایعات در مورد عملکرد بیمارستان جدید بیشتر به دلیل عدم همکاری مدیران ارشد بخش دولتی بسیار تأثیرگذار بود. برخی پزشکان بخش دولتی به دلیل این شایعات و ترس از به خطر افتادن موقعیت خود، به وزیر وقت بهداشت و ریاست دانشگاه ایران شکایت کردند. حتی برخی از این شایعات نیز در فضای رسانه مطرح شد و به طرح در مجلس شورای اسلامی نیز کشیده شد.	عدم مدیریت فضای شایعات

۲-۷ تغییرات ساختاری بیمارستان پس از تفکیک

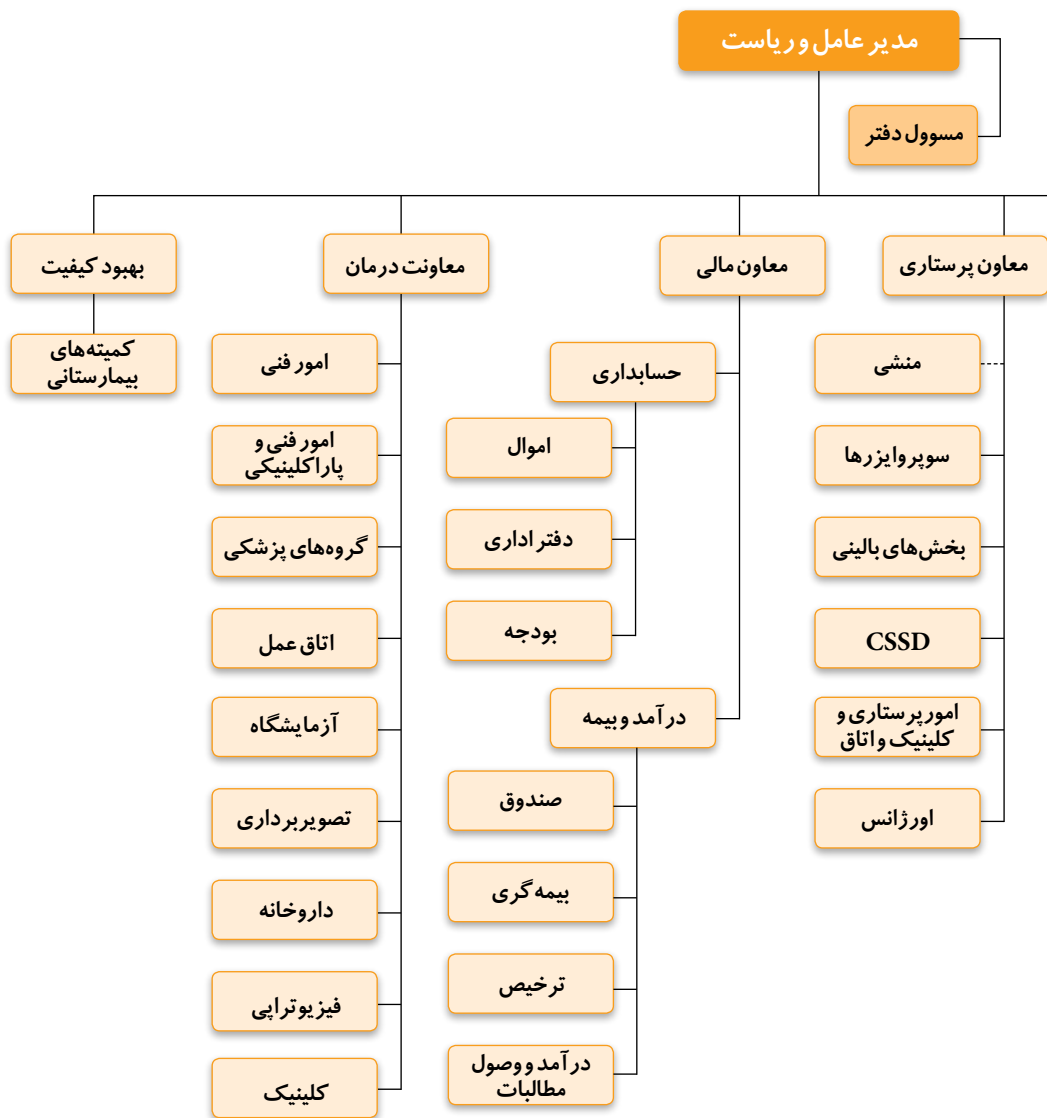
بیمارستان محب کوثر قبل از ادغام و بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) پس از ادغام مدیریتی، هر دو زیر نظر هلدینگ محب اداره می‌شدند اما پس از تفکیک، بیمارستان محب کوثر در سال ۱۳۹۵ به عنوان زیر مجموعه شرکت شمس، شرکت محب سلامت ایرانیان، به فعالیت خود ادامه داد. شمس با ماهیت شرکت سهامی توسط هلدینگ آوا پزشکی تشکیل شده و هدف آن در اساس نامه ساخت، تجهیز، بهره‌برداری، بهینه‌سازی و اداره بیمارستان‌ها به صورت مستقل و مطلوب تعیین شده است. هلدینگ آوا پزشکی زیر مجموعه هیات امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران^۱ است.

نمودار سازمانی جدید بیمارستان محب کوثر پس از تفکیک در شکل ۷-۱ نمایش

۱. هیات امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران بر اساس قانون مصوب مجلس شورای اسلامی، مورخ ۲۱ آذرماه ۱۳۷۸، با سه هدف اصلی تشکیل شد: (۱) فراهم‌یابی زمینه معالجه همه بیماران در داخل کشور، (۲) بی‌نیاز کردن کشور از اعزام بیماران به خارج از کشور و (۳) صرفه جویی ارزی در هزینه‌های درمانی بیماران.

داده شده است. مهم ترین تغییرات ناشی از تفکیک دو بیمارستان در قسمت معاونت درمان رخ داد بدین صورت که واحد آموزش و پژوهش که در ساختار بیمارستان های دولتی وجود دارد، از قسمت معاونت درمان حذف شد. همچنین انبار نیز به ساختار بیمارستان افزوده شد.





شکل ۷-۱ نمودار سازمانی بیمارستان محب کوثر پس از تفکیک

۷-۳ تفکیک در حوزه‌های ۱۰ گانه

در فصل ششم، نحوه پیاده‌سازی ادغام مدیریتی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر را در ده حوزه اصلی شامل منابع انسانی، پرستاری، تجهیزات پزشکی، فناوری اطلاعات، مالی و بیمه‌گری، تغذیه، اورژانس، آزمایشگاه، بهداشت محیط و مدارک پزشکی مورد بررسی قرار دادیم. در این بخش نیز تفکیک را در این ده حوزه بررسی می‌کنیم. لازم به ذکر است که به صورت کلی تفکیک بر خلاف ادغام، با مشکل خاصی روبه‌رو نشد.

۷-۳-۱ تفکیک در واحد منابع انسانی

تفکیک در واحد منابع انسانی بدون هیچ مشکلی انجام شد و تنها کارکنان بخش دولتی از فهرست اسامی بیمارستان محب کوثر خارج شدند.

۷-۳-۲ تفکیک در واحد پرستاری

در زمان ادغام، به دلیل تفاوت فرهنگی کارکنان و بیماران دو بخش دولتی و خصوصی تصمیم بر این گرفته شد که پرستاران بیمارستان حضرت فاطمه (س) در بخش دولتی و پرستاران بیمارستان محب کوثر در بخش خصوصی به خدمات خود ادامه دهند. به عبارت دیگر ادغام در بخش پرستاری کاملاً کنترل شده بود و به همین دلیل در زمان تفکیک، واحد پرستاری با مشکل خاصی روبه‌رو نشد و تنها تعدادی از کارکنان از بخش اورژانس رفتند. عملکرد واحد پرستاری پس از تفکیک با وجود افزایش تعداد کارکنان و افزایش بخش‌ها و تخصص‌ها، بهتر، منظم‌تر و سبک‌تر شد و تعداد بیماران نیز به تعداد قابل توجهی افزایش پیدا کرد.

۷-۳-۳ تفکیک در واحد تجهیزات پزشکی

در زمان ادغام دو بیمارستان در دی‌ماه ۱۳۹۳، بیمارستان حضرت فاطمه (س)، تجهیزات پزشکی خود را در قالب لیست اموال، به مدیریت بیمارستان محب حضرت



فاطمه تحویل داد. برخی تجهیزات تحویل داده شده به دلیل فرسودگی و عدم کارایی اسقاط شد و تجهیزات جدیدی نیز برای بخش دولتی بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) خریداری شد. در زمان تفکیک، بیمارستان حضرت فاطمه درخواست بازگشت تمامی اموال خود را که در زمان ادغام به بخش خصوصی واگذار شده بود را داد. بازگشت تجهیزات پزشکی به بیمارستان حضرت فاطمه (س) حق قانونی این بیمارستان بود، منتهی مشکل اصلی این بود که این بیمارستان می‌خواست تجهیزات اسقاط شده نیز به آنها بازگردد. تحویل تجهیزات پزشکی بیمارستان حضرت فاطمه (س) در اوایل دی‌ماه ۱۳۹۴ با نظارت ناظر دانشگاه علوم پزشکی ایران و طبق لیست اموال تحویل داده شده (در زمان ادغام) در دی‌ماه ۱۳۹۳ انجام شد. در کل ۱۶۰۴ قلم تجهیزات تحویل بیمارستان حضرت فاطمه (س) شد.

در مقابل بیمارستان حضرت فاطمه نیز می‌بایست تجهیزات پزشکی که مجموعه محب برای تجهیز بخش دولتی بیمارستان ادغام شده محب حضرت فاطمه (س) خریداری نمود را بازگرداند که برخی از تجهیزات را پس ندادند و توافق کردند که مابه‌التفاوت آن را حساب کنند. در زمان ادغام تعدادی تجهیزات نیز برای انجام عمل‌های جراحی زیبایی و ترمیمی در بخش دولتی بیمارستان ادغام شده خریداری شده که بیمارستان حضرت فاطمه (س) به بیمارستان محب کوثر بازگرداند اما به دلیل عدم انجام این عمل‌ها در بیمارستان محب کوثر بدون استفاده ماند و در انبار بیمارستان نگهداری می‌شود.

۷-۳-۴ تفکیک در واحد فناوری اطلاعات

تفکیک در واحد فناوری اطلاعات نیز به سادگی انجام شد زیرا تنها باید سرورهای دو بیمارستان از یکدیگر تفکیک می‌شدند. بازگشت اموال و تجهیزات کامپیوتری نیز مساله‌ای بود که طبق روال و براساس لیست اموال انجام شد. در حال حاضر واحد فناوری اطلاعات با یک نفر مسؤول و دو نفر کارشناس به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

۷-۳-۵ تفکیک در واحد مالی و بیمه‌گری

تفکیک زمانی اتفاق افتاد که کسورات بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) برابر ۷ میلیارد تومان بود. دو دلیل اصلی این اتفاق در ذیل توضیح داده می‌شوند:

■ بیمارستان در سال ۱۳۹۴ با مشکل جدی جواز و پروانه بهره‌برداری روبه‌رو شده بود. به دلیل ماهیت نامشخص دولتی-خصوصی بیمارستان، پول‌های بیمارستان در بیمه‌ها بلوکه شده بود و پرداخت‌ها انجام نمی‌شد. بیمه‌های خصوصی پس از مدتی در این زمینه همکاری کردند اما عمده حجم درآمدها از بیمه‌های پایه بود که متأسفانه همکاری نمی‌کردند.

■ همچنین قرارداد بود طبق بندهای مالی تفاهم‌نامه ادغام، ۳۰ درصد از درآمد تخت‌ها متعلق به بخش خصوصی و ۷۰ درصد متعلق به بخش دولتی باشد و دانشگاه مابه‌التفاوت را به حساب بیمارستان واریز نماید که این اتفاق نیز نیافتاد.

پس از تفکیک دو بیمارستان، پول بیمه‌ها به حساب دانشگاه علوم پزشکی ایران واریز شد و حدود یک سال زمان برد تا سهم بیمارستان محب کوثر از آن مشخص و به حساب بیمارستان واریز شود. دانشگاه هنوز بحث مابه‌التفاوت تخت‌های خصوصی و دولتی را نپذیرفته و مبلغ آن را نیز پرداخت نکرده است. در اواسط سال ۱۳۹۷، بیمارستان محب کوثر مبلغی (حدود ۵۰۰-۶۰۰ میلیون تومان) از دانشگاه علوم پزشکی ایران مطالبه دارد.

در سال ۱۳۹۷، بیمارستان محب کوثر به سوددهی جاری رسید اما زیان انباشته داشت. در حال حاضر بیشترین سهم درآمدی بیمارستان به ترتیب از بخش‌های زنان و زایمان، ارتوپدی، جراحی عمومی، ارولوژی و مغز و اعصاب حاصل می‌شود.



۷-۳-۶ تفکیک در واحد تغذیه

با تفکیک دو بیمارستان، واحد تغذیه بیمارستان محب کوثر با مشکل خاصی روبه‌رو نشد زیرا هدف این واحد در زمان ادغام، بهبود شرایط در بیمارستان حضرت فاطمه (س) بود. در عمل تنها به دلیل تفکیک بیماران دو بیمارستان، غذای کمتری سفارش داده می‌شد. همچنین ظروف و تراس‌های اضافی که در زمان ادغام برای سرو غذا در بخش دولتی خریداری شده بود، به بیمارستان محب کوثر بازگردانده شد. در حال حاضر ۲۴ نفر در واحد تغذیه بیمارستان محب کوثر شامل مسؤول واحد، یک نفر کارشناس و ۲۲ نفر مهماندار فعالیت دارند.

آن‌چه که بیشتر در واحد تغذیه پس از تفکیک جلوه می‌کند، تاثیر ایجاد کترینگ محب^۱ بر فعالیت‌های این واحد است. از جمله مزایای ایجاد کترینگ محب برای بیمارستان محب کوثر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

■ واحد تغذیه می‌تواند به جای صرف وقت خود بر نظارت آشپزخانه و کیفیت طبخ غذا، بیشتر به بالین بیمار برود و به رسالت اصلی خود، مشاوره و رژیم‌درمانی بیماران، بپردازد

■ هزینه‌های مرتبط با ساخت آشپزخانه، هزینه آب، برق و گاز، دستمزد آشپز و کارگر، به همراه فضای اشغال شده توسط آشپزخانه می‌تواند صرف مسائل درمانی و خدماتی بیمارستان شود.

■ تحلیل غذا در همه بیمارستان‌ها یکی شود و کیفیت غذا یکسان می‌شود. البته ایجاد کترینگ خارج از بیمارستان نگرانی‌هایی را نیز برای واحد تغذیه به همراه دارد مانند نگرانی بابت کاهش کیفیت غذا به دلیل طولانی بودن مسیر حمل، دیر رسیدن

۱. کترینگ تخصصی محب به عنوان اولین کترینگ تخصصی بیمارستانی در ایران در مساحت ۱۷،۵۰۰ متر مربع و زیربنای ۳،۶۰۰ متر مربع در شهر گرم‌دره روز دوشنبه، مورخ ۱۰ اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷، افتتاح شد. این کترینگ با توانایی پخت ۵۰،۰۰۰ غذا در روز امکان تامین غذای ۳۳ بیمارستان را دارد. در فاز اولیه، کترینگ محب به بیمارستان‌های محب سرویس می‌دهد.

غذا به بیمارستان به دلیل ترافیک، تصادف و مشکلات حمل و نقل و یا فراهم شدن امکان رشد باکتری و فساد مواد غذایی به دلیل مناسب نبودن دمای ماشین حمل.

۷-۳-۷ تفکیک در بخش اورژانس

تفکیک اورژانس دو بیمارستان بدون مشکل خاصی انجام شد. با انجام تفکیک حجم کاری بخش اورژانس کمتر شد زیرا هم تعداد مراجعه کنندگان اورژانس کمتر شد و هم با مشکلاتی نظیر بیماران مراجعه کننده به دلیل دعوا و نزاع روبه رو نبودند. تنها مساله ای که با تفکیک اورژانس رخ داد، سردر گرمی بیماران بخش دولتی و مراجعه آن ها به اورژانس بیمارستان محب کوثر بود که این مشکل پس از یک ماه برطرف شد.

۷-۳-۸ تفکیک در واحد آزمایشگاه

در حال حاضر بیمارستان حضرت فاطمه از آزمایشگاه و تصویربرداری بیمارستان محب کوثر استفاده می کند که خود یک موفقیت برای بخش خصوصی است. تا پایان سال ۱۳۹۶ بیمارستان حضرت فاطمه (س) از آزمایشگاه بیمارستان محب کوثر برای خدمات آزمایشگاهی خود استفاده می کرد.

۷-۳-۹ تفکیک در واحد بهداشت محیط

از آن جا که در زمان ادغام، اکثر نیروهای خدمات با سابقه به سایر بیمارستان ها رفته بودند، بعد از تفکیک، به مدت سه ماه، یعنی تا آخر سال ۱۳۹۴، مسؤولیت بهداشت محیط بیمارستان حضرت فاطمه (س) همچنان با بیمارستان محب کوثر بود. در زمان ساخت بیمارستان محب کوثر به دلیل تصمیم به مشارکت این بیمارستان با بیمارستان حضرت فاطمه (س) چه در قالب مشارکت با مدیریت مستقل مانند مدل محب مهر چه در قالب مشارکت با مدیریت ادغام شده، تصمیم گرفته شد برای مدیریت پسماند، فاضلاب و رختشویی خانه از تجهیزات و خدمات بیمارستان حضرت فاطمه (س) استفاده شود. پس از



تفکیک دو بیمارستان، تمایل به مشارکت از سوی بیمارستان حضرت فاطمه (س) از بین رفت بدین ترتیب که:

■ بیمارستان محب کوثر موظف است هزینه پسماند دارویی را روزانه و هزینه پسماند شهرداری را ماهانه پرداخت کند و بیمارستان حضرت فاطمه (س) حتی تاخیرهای یک روزه در این پرداخت‌ها را نیز نپذیرفته و پسماندها را تا زمان پرداخت هزینه قبول نمی‌کند.

■ بیمارستان حضرت فاطمه (س) پس از یک هفته از اعلام تفکیک دو بیمارستان، اعلام کرد که دیگر خدمات رختشوی خانه به بیمارستان محب کوثر ارائه نمی‌دهد. به همین دلیل بیمارستان محب کوثر، خدمات رختشوی خانه را به پیمانکار برون سپاری کرده است.^۱

۷-۳-۱۰ تفکیک در واحد مدارک پزشکی

مسئول واحد مدارک پزشکی در بیمارستان محب حضرت فاطمه همان مسئول سابق واحد نظیر در بیمارستان حضرت فاطمه (س) بود. به همین دلیل مهم‌ترین مشکل پیش آمده در زمان تفکیک دو بیمارستان، بازگشت مسئول واحد مدارک پزشکی به بیمارستان حضرت فاطمه (س) و جذب نیروی جدید برای به عهده گرفتن مسئولیت این واحد بود.

۷-۴ وضعیت فعلی بیمارستان محب کوثر

بیمارستان محب کوثر به منظور افزایش درآمدزایی خود، تبدیل به یک بیمارستان عمومی با ۹ رشته جراحی عمومی، ارتوپدی، جراحی مغزو اعصاب و ستون فقرات، ارولوژی، گوش و حلق و بینی (ENT)، زنان و زایمان، فک و صورت و زیبایی شده است.

۱. پیمانکار رختشویی در جاده امام رضا (ع) است و هزینه حمل و نقل به عهده خود بیمارستان است.

خدمات شیمی درمانی و کمک به بیماران سرطانی و همچنین NICU^۱ و ICU نیز در این بیمارستان وجود دارد. همچنین در حال حاضر پروژه راه اندازی بخش IVF^۲ هم در حال انجام است.

در حال حاضر، بیمارستان محب کوثر براساس سنجه های اعتبار بخشی وزارت بهداشت، یک بیمارستان خصوصی درجه یک است که به عنوان بیمارستانی خوش ساخت و خوش نام با بالاترین استانداردهای خدماتی و پرستاری، پاراکلینیکی و تجهیزات پزشکی تبدیل به یک نام تجاری معتبر در حوزه خدمات بیمارستانی شده است.

بیمارستان محب کوثر با بیمه های پایه مانند تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و طرح سلامت قرارداد دارد و با وجود فشارهای موجود بر اثر تاخیر در پرداخت ها، بیمارستان محب کوثر رسالت خود را که ارائه خدمات با کیفیت عالی و قیمت مناسب به دارندگان بیمه های پایه بود، حفظ کرده است. همچنین بیمارستان با تمام بیمه های تکمیلی نیز قرارداد بسته است تا میزان پرداخت از سوی بیمار را به حداقل برساند.

۱. بخش مراقبت های ویژه نوزادان نارس

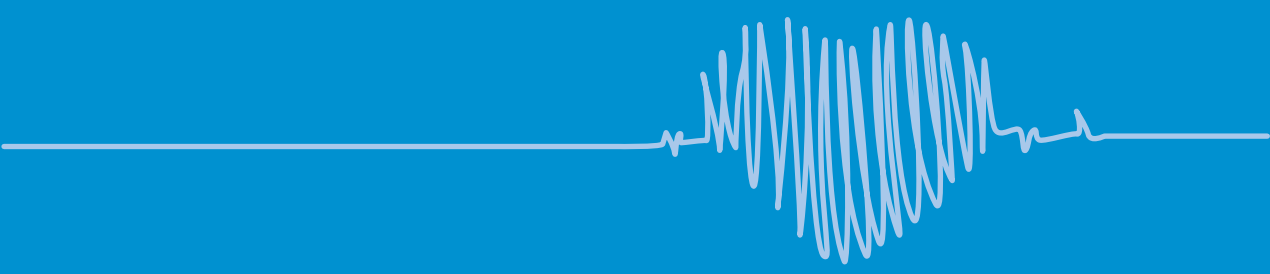
۲. لقاح خارج رحمی (IVF: In Vitro Fertilization)



MOHEB KOWSR HOSPITAL

بیمارستان محب کوثر امکان عمل جراحی برای پزشکان خوش نام
را بدون اجبار به سهام دار بودن در بیمارستان فراهم کرده است. در
حال حاضر لیست انتظار اتاق عمل ها تکمیل است.





نگاهی به گذشته
رو به آینده



درس‌های آموخته شده

روایت کردن داستان زندگی بیمارستان محب کوثر از تولد تا بلوغ تمام شد. در طول داستان، هر جا که نیاز بود تحلیل‌های مناسب از وضعیت مورد انتظار و مشکلات ایجاد شده، ارائه شد. در آخرین فصل از این زندگینامه، قصد داریم تا درس‌های آموخته شده برای تکرار الگوی یکسان یا مشابه با مدل مشارکتی بیمارستان محب کوثر و بیمارستان حضرت فاطمه (س) از طریق واگذاری مدیریت به بخش خصوصی را بیان کنیم. ۱۰ درس آموخته شده، مطابق شکل ۸-۱، بسیار ساده اما مؤثر هستند. امید است که مطالب این بخش بتواند یاری‌گر مؤسسه محب و هر شخص حقیقی یا حقوقی نقش‌آفرین در حوزه خدمات بیمارستانی باشد.

۸-۱ درس ۱: مستند کنیم، مستند کنیم، مستند کنیم

اتفاقات بسیاری در زمان واگذاری مدیریت بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) به بیمارستان خصوصی محب کوثر رخ داده است و حاشیه‌های فراوانی نیز در این بین اتفاق افتاده است که لزوماً بیان تمامی آنها در این کتاب جایگاه نداشت. دلیل ثبت کلیه اتفاقات رخ داده شده و بیان مشکلات به‌ویژه در فصل ۶ که به پیاده‌سازی ادغام در حوزه‌های

۱۰ گانه می پردازد، همراه بودن تیم مستندات کتاب حاضر در طول مدت ادغام (از دی ماه ۱۳۹۳ تا تیر ماه ۱۳۹۴) و پس از دوران تفکیک است که اگر این گونه نبود، بسیاری از نکات و جزییات اثر گذار از دست می رفت، زیرا تنها موارد مستند شده توسط تیم ادغام، چهار صورت جلسه کمیته راهبردی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) بود. تنها در صورت وجود مستندات کافی است که می توان فهمید آیا تصمیم های مدیریتی گرفته شده در آن زمان بهترین تصمیم بودند و برای حرکت بهتر در مسیر آینده چه باید کرد. ذهن ها فرار است و جبر تاریخ، فراموشی است. پس مستند کنیم، مستند کنیم و مستند کنیم.

درس ۱: مستند کنیم، مستند کنیم، مستند کنیم
درس ۲: قانون حرف آخر را می زند
درس ۳: برنامه ریزی کنیم
درس ۴: برای مدیران و پرسنل بخش دولتی ارزش قائل شویم
درس ۵: به منابع انسانی بیشتر اهمیت بدهیم
درس ۶: تفاوت های فرهنگ کاری دولتی و خصوصی را درک کنیم
درس ۷: تجربیات خود را به یک برنامه عملیاتی تبدیل کنیم
درس ۸: سفیران محب را تربیت کنیم
درس ۹: مدلی برد - برد برای همه ذینفعان بسازیم
درس ۱۰: علمی تر قرارداد بنویسیم

شکل ۸-۱ درس های آموخته شده از پروژه ادغام مدیریتی

دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر



۸-۲ درس ۲: قانون حرف آخر رامی زند

شاید بتوان اصلی‌ترین عامل شکست پروژه ادغام مدیریت دو بیمارستان را فراهم نبودن زیرساخت‌های قانونی دانست. بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) با ماهیت ترکیبی دولتی و خصوصی از لحاظ قانونی تعریف نشده بود و پروانه بهره‌برداری برای آن صادر نمی‌شد. همین امر منجر شد تا بیمارستان جدید نتواند با بیمه‌های پایه وارد تعامل شود و برای پرداخت‌های خود از سوی بیمه دچار مشکل شود. بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) ناچار شد تا مدت‌ها از پروانه بیمارستان قدیم حضرت فاطمه (س) استفاده کند. از طرف دیگر بیمه‌های مکمل برای بستن قرارداد و ادامه همکاری با بیمارستان بعد از ادغام ابهاماتی داشتند زیرا بیمه‌های مکمل با بیمارستان‌های آموزشی و دولتی قرارداد نمی‌بندند پس برای نتیجه‌بخش بودن ادغام مدیریتی دو بیمارستان، ابتدا باید زیرساخت‌های قانونی فراهم شود و بعد از آن مشکلات بیمه حل گردد.

۸-۳ درس ۳: برنامه ریزی کنیم

برنامه ریزی به ما کمک می‌کند تا برای رسیدن به آینده دلخواه خود، قدم‌های مناسب برداشته و میزان پیشرفت خود در مسیر را اندازه‌گیری کنیم. اگر ما تصویری از آینده و نحوه رسیدن به آن نداریم، نمی‌توانیم از دیگران انتظار داشته باشیم در این راه به ما کمک کنند. برنامه ریزی در ادغام مدیریتی دو بیمارستان، می‌تواند از چندین بعد بررسی شود که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

۸-۳-۱ شاخص‌های ارزیابی تعریف کنیم

زمانی که از مدیران ارشد مؤسسه محب و بیمارستان محب کوثر درباره اهداف پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان، سؤال کردیم همه به مواردی مانند بازسازی بیمارستان‌های دولتی فرسوده، ارائه خدمت به همه اقشار مردم و تزریق فرهنگ محب در بیمارستان‌های دولتی اشاره می‌کنند. اما هیچ‌یک متری مشخص برای اندازه‌میزان موفقیت پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان ارائه نمی‌دهند. سؤال این است با استفاده از کدام شاخص

ارزیابی متوجه می‌شویم که میزان پیشرفت پروژه چقدر بوده است؟ آیا شاخصی مانند درآمدزایی بیمارستان مناسب است یا باید از شاخصی مانند درصد بازسازی ساختمان فرسوده بیمارستان دولتی استفاده کرد؟

بنابراین باید هدف از پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان در ابتدا مشخص شود و سپس به شاخص‌های کمی قابل اندازه‌گیری ترجمه شود.

۸-۳-۲ برای ریسک‌های پروژه آماده باشیم

مقاومت مدیران ارشد و کارکنان بیمارستان دولتی حضرت فاطمه (س) در برابر ادغام، صادر نشدن پروانه بهره‌برداری برای بیمارستان جدید و حتی لغو قرارداد ادغام همگی از جمله ریسک‌های ساده‌ای هستند که باید از ابتدا برای پروژه در نظر گرفته می‌شد و به راه‌حل‌های ممکن در صورت وقوع آن‌ها فکر می‌شد. هرچه بیشتر بر مدیریت ریسک تمرکز کنیم، در آینده هزینه کمتری برای آن‌ها می‌پردازیم.

پس در همان ابتدای پروژه، مدیریت ریسک را انجام دهید.

۸-۳-۳ زمان منطقی برای ادغام در نظر بگیریم

دو نکته از بعد زمانی در پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان رخ داد:

- عملیاتی شدن ادغام از اول دی‌ماه ۱۳۹۳ آغاز شد. بسیاری از کارکنان بخش دولتی پس از ادغام درخواست انتقال به سایر بیمارستان‌ها را دادند، بیمارستان جدید با کمبود نیرو مواجه شد. اما جذب نیروی مناسب در آخر سال بسیار دشوار است. از سوی دیگر با توجه به آن سال مالی تمام نشده بود، واحد مالی نمی‌توانست حساب‌ها را از بخش دولتی تحویل بگیرد. به نظر می‌رسد انجام ادغام در اوایل سال بهتر است.
- همچنین ادغام در بسیاری از واحدها ناگهانی و در بازه زمانی کوتاه اتفاق افتاد و این امر منجر به فشار بسیار زیاد بر کارکنان می‌شد. بهتر است ابتدا بازه‌ای کوتاه برای آمادگی واحدها برای ادغام در نظر گرفته شود و سپس ادغام در زمان مناسب اجرا شود.



۸-۳-۴ به مدیریت فرایندها بیشتر توجه کنیم

واحدهای هم‌نام در بخش دولتی و بخش خصوصی، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های متفاوتی برای انجام کارهای خود دارند. بهتر است در زمان برنامه‌ریزی برای ادغام، از همان ابتدا برای یکسان‌سازی فرایند و رویه‌های اجرایی واحدهای ادغام شده نیز آماده شویم.

۸-۳-۵ یک برنامه عملیاتی مشخص داشته باشیم

همان‌طور که برای ساخت بیمارستان محب کوثر یک نقشه طراحی شد، برای عملیاتی شدن ادغام مدیریتی دو بیمارستان نیز باید یک برنامه و نقشه مشخص تهیه می‌شد که براساس آن گام‌های عملیاتی شدن ادغام مشخص و زمان‌بندی می‌گردید. در این صورت می‌توانستیم میزان پیشرفت پروژه را نیز براساس قدم‌های مشخص شده تعیین کنیم.

۸-۳-۴ برای مدیران و کارکنان بخش دولتی ارزش قائل شویم

دو مساله در حین عملیاتی شدن فرایند ادغام حاشیه‌های بسیار پرنرنگی ایجاد کرد که بی‌تاثیر در لغو ادغام دو بیمارستان نیز نبودند: (۱) عدم رعایت اخلاق و اصول ارزشی در برخی مواقع (۲) عدم استفاده مؤثر از مدیران و کارکنان بخش دولتی. در ادامه به این دو مهم می‌پردازیم.

۸-۴-۱ محبی باشیم: اخلاق را هیچ‌گاه فراموش نکنیم

رعایت اصول و منش اخلاقی همواره از سیاست‌هایی بوده‌اند که مؤسسه محب از ابتدای تأسیس بر آن تاکید داشته است. در برخی موارد مانند ادغام اورژانس و ادغام واحدهای مالی، برخوردهای نامناسب با مدیران و کارکنان بخش دولتی صورت گرفته است. درست است که مافزار نیست قضاوت کنیم و می‌دانیم که هر تصمیمی در آن زمان وابسته به شرایط است، اما این امر توجیهی برای زیر پا گذاشتن اخلاق نیست. فراموش نکنیم که

گذشته، آینه آینده است و همان رفتارهایی که با برخی کارکنان و مدیران بخش دولتی در زمان ادغام انجام شد، در زمان تفکیک نیز متقابلاً با کارکنان و مدیران بخش خصوصی انجام شد؛ این موضوع به خصوص در مورد مدیریت پسماند و رختشوی خانه بسیار پررنگ جلوه کرد. در مقابل نیز مواردی وجود داشت که برخی از کارکنان بخش دولتی به دلیل رفتار خوبی که مجموعه محب با آن‌ها داشت، پس از تفکیک همچنان علاقه‌مند به ماندن در بیمارستان محب کوثر بودند.

پس سعی کنیم همیشه محبی باشیم، پای‌بند به اصول ارزشی.

۸-۴-۲ از تجربه مدیران بخش دولتی استفاده کنیم

پس از ادغام دو بیمارستان، باید برای بسیاری از ردیف‌ها و پست‌های سازمانی مسئول یا مدیر انتخاب می‌شد. یکی از راه‌حل‌های ممکن، واگذاری برخی پست‌ها در بیمارستان جدید به مدیران و مسئولین سابق بیمارستان حضرت فاطمه (س) بود. درست است که تفاوت محب در نگرش مدیریتی است که مدیران و کارکنان خود را براساس آن تربیت کرده است. اما می‌توان با آموزش مسئولین و مدیران بخش دولتی، رسالتی را که قرار بود بعد از ۱۲ سال محقق شود، هم‌اکنون آغاز نمود.

در زمان ادغام مدیریتی دو بیمارستان، از مدیران و مسئولین بخش دولتی در سطوح پایین‌تر سازمانی استفاده شد زیرا مدیریت بیمارستان معتقد بودند که استفاده از آن‌ها در سطوح بالاتر، نیازمند صرف زمان و آموزش زیادی است. قرار بود در درازمدت و با گذشت زمان این امر محقق شود اما یکی از حاشیه‌هایی که لغو ادغام را سریع‌تر رقم زد همین نارضایتی مدیران و مسئولین بخش دولتی از وضعیت فعلی بود. در زمان ادغام، تنها مسئول واحد مدارک پزشکی از بخش دولتی انتخاب شده بود.

پس گاهی لازم است کمی ریسک کنیم و از مدیران و مسئولین بخش دولتی نیز استفاده کنیم.



۸-۴-۳ کمی هم سیاست بد نیست

فراموش نکنیم که بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) در اصل متعلق به بخش دولتی بود که قرار بود به مدت ۱۲ سال نزد ما به امانت گذاشته شود. می‌توانستیم از ابتدا با برخی رفتارها و تصمیم‌ها نشان دهیم که امانت‌داران خوبی هستیم. به عنوان مثال می‌توانستیم از لباس سازمانی بخش دولتی به عنوان پوشش اصلی کارکنان بیمارستان جدید استفاده کنیم تا این یکسان‌سازی، بار منفی ادغام و تصور غصب اموال را در ذهن کارکنان بخش دولتی کمتر کند.

۸-۵ درس ۵: به منابع انسانی بیشتر اهمیت بدهیم

سرمایه اصلی هر سازمانی، منابع انسانی آن است. این جمله تازمانی که به آن عمل نکنیم فقط یک شعار است. اتفاقات زیادی در بیمارستان محب کوثر از تولد تا کنون بلوغ آن رخ داده است و تغییرات ایجاد شده، فشار کاری و روانی زیادی را به کارکنان تحمیل کرده است. در همین رابطه، چند موضوع نیاز به اهمیت ویژه دارند که در ادامه بیان می‌شوند.

۸-۵-۱ اشکالی ندارد هر از گاهی کاری را که وظیفه دیگران است ما انجام

دهیم

توجیه نیروی انسانی بهترین روش برای کاهش مقاومت آن‌ها در برابر تغییر است. مدیران ارشد بیمارستان محب کوثر با برگزاری جلسات متعدد (بالغ بر ۴۵ جلسه) با مسئولین بخش‌های مختلف بیمارستان، سعی در توجیه آن‌ها برای فرایند ادغام نمودند. بنابراین هدف از ادغام دو بیمارستان برای همه کارکنان بیمارستان محب مشخص شده بود. اما کارکنان بیمارستان حضرت فاطمه (س) به خوبی در مورد هدف از ادغام دو بیمارستان توجیه نشده بودند و این تصور را داشتند که بیمارستان محب کوثر قصد دریافت درآمدهای بیمارستان دولتی را دارد.

در این شرایط می‌توانستیم جلسات توجیهی برای کارکنان هر دو بیمارستان به

همراه جلسات آموزشی مشترک برای تیم‌های هم جایگاه در دو بیمارستان ارائه دهیم. برگزاری دوره‌های توجیهی متعدد خارج از بیمارستان به هزینه مؤسسه محب می‌توانست منجر به انگیزه در نیروهای بخش دولتی شود. پس اگر بقیه کاری نکردند، لزومی ندارد ما فقط نظاره گر باشیم.

۸-۵-۲ پاداش‌های مالی نیز مشوق‌های خوبی هستند

در زمان ادغام، حجم کاری کارکنان محب چند برابر شد. چرا که علاوه انجام وظایف خود در بیمارستان محب کوثر، باید فعالیت‌های مرتبط در بیمارستان حضرت فاطمه (س) را نیز حمایت می‌کردند. برای مثال مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان محب باید برای یکپارچه‌سازی سرورها و آموزش سامانه اطلاعاتی تیراژه به کارکنان دولتی، حجم کاری بیشتری را انجام می‌داد. کارکنان محب، فقط به دلیل انگیزه‌ها و پشتیبانی‌های مدیران ارشد محب با وجود عدم تغییر در میزان حقوق به فعالیت خود ادامه دادند. قطعاً پرداخت پاداش مالی با عنوان مشخص قدردانی بابت همکاری در ادغام مدیریتی دو بیمارستان، می‌توانست انگیزه‌های افراد را چند برابر کند.

۸-۵-۳ شارژ نیروهای انسانی را فراموش نکنیم

در بازه زمانی حضور تیم مستندات در بیمارستان ادغام شده محب حضرت فاطمه (س)، از دی‌ماه ۱۳۹۳ تا تیرماه ۱۳۹۴، مسئولین و کارکنان بیمارستان هر یک مانند یک مبلغ برای مؤسسه محب بودند، بسیار متعهد و بسیار دلسوز. اما امروز بعد گذشت حدود چهار سال و با توجه به اتفاقات و تغییرات مدیریتی رخ داده شده در بیمارستان، احساس وفاداری کارکنان محب کمرنگ شده است. اینکه چرا نیروهای انسانی سازمان به این حس رسیده‌اند، یک مسأله است و این که چگونه می‌توان دوباره میزان وفاداری و انگیزه آن‌ها را افزایش داد، مسأله‌ای مهم‌تر. به نظر می‌رسد نیروهای انسانی بیمارستان محب کوثر احساس می‌کنند در تلاطم تغییرات اتفاق افتاده در بیمارستان محب کوثر دیگر دیده نمی‌شوند.



۸-۶ درس ۶: تفاوت‌های فرهنگ کاری دولتی و خصوصی را درک کنیم و

برای آن آماده باشیم

بیمارستان حضرت فاطمه (س) به واسطه دولتی بودن و مراجعه کنندگان خود فرهنگ کاری متفاوتی در مقایسه با بیمارستان محب کوثر دارند. کارکنان بخش دولتی دغدغه‌هایی مانند میزان حقوق، ساعت کاری و حتی سرویس ایاب و ذهاب دارند که برای کارکنان بخش خصوصی دغدغه محسوب نمی‌شود. به همین دلیل باید از قبل خود را آماده درک چنین فرهنگی و تغییر آن به مرور زمان بکنیم.

آموزش یکی از راه‌حل‌های مفید برای کاهش تفاوت‌های فرهنگی کاری است.

۸-۷ درس ۷: تجربیات خود را به یک برنامه عملیاتی تبدیل کنیم

ما فرصت برنامه‌ریزی در زمان ادغام مدیریتی دو بیمارستان را از دست دادیم. به دلیل نداشتن مدل عملیاتی در زمان ادغام، فازهای طراحی و اجرای پروژه ادغام باهم انجام شد که باعث به وجود آمدن چالش‌های مختلف و کاهش سرعت ادغام شد. اما حال می‌توانیم از تجربیات و درس‌های آموخته شده در پروژه ادغام مدیریت بیمارستانی استفاده کنیم تا یک مدل اجرایی و عملیاتی برای آینده تهیه کنیم که توسط شاخص‌ها و مولفه‌های تعریف شده قابل سنجش و ارزیابی باشد. در این صورت می‌توانیم از این برنامه عملیاتی برای تکرار مدل ادغام مدیریتی دو بیمارستان دولتی و خصوصی مجاور بهره ببریم.

۸-۸ درس ۸: سفیران محب را تربیت کنیم

آنچه در بیمارستان محب کوثر و همچنین در مؤسسه محب واضح است، وابسته بودن فعالیت‌ها به تعدادی از مدیران ارشد است. یکی از دلایل این اتفاق، تعداد کم نیروهای ارشد توانمند در این مجموعه است. مؤسسه محب اهداف بزرگی دارد که برای دستیابی به آن‌ها نیروی آموزش دیده به تعداد کافی ندارد. بنابراین به نظر می‌رسد مؤسسه محب یا باید همین‌جا متوقف شود یا باید مدیرانی توانمند را تربیت کند که در نقش سفیران محب،

خود افرادی دیگر را تربیت کرده و آموزش دهند تا چرخه یادگیری و آموزش ایجاد شود. بدین ترتیب مؤسسه محب تنها می‌بایست پس از چند سال بر سفیران خود نظارت کند و مسئولیت آموزش و تربیت را به آن‌ها بسپارد.

۸-۹ درس ۹: مدلی برد-برد^۱ برای همه ذینفعان بسازیم

ذینفعان بسیاری در پروژه ادغام مدیریتی دو بیمارستان حضرت فاطمه (س) و محب کوثر دخیل بودند که از میان همه آنها، وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مؤسسه محب و بیمه‌های بیشترین تاثیر را در موفقیت یا شکست این پروژه داشتند. برای هر کدام از این ذینفعان اصلی، ادغام مدیریتی بیمارستان یک سری مزایا به همراه داشته که در جدول ۵-۱ فهرست شده‌اند و در مقابل یک سری چالش نیز به همراه دارد که در در فصل ششم (پیاده‌سازی ادغام) به تفصیل مورد بررسی قرار گرفتند. این مزایا و چالش‌ها لزوماً برای ذینفعان نام برده شده به یک میزان اهمیت ندارند. پس شناسایی اولویت‌های مزایا و چالش‌های ادغام مدیریتی دو بیمارستان، این امکان را به مؤسسه محب می‌دهد که مدلی برای مشارکت بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایجاد کنند که برای همه ذینفعان اصلی برد-برد باشد. در این صورت می‌توان انتظار داشت که پروژه به موفقیت برسد. پس تحلیل منافع ذینفعان یکی از مهم‌ترین کارهایی است که انجام آن می‌تواند موفقیت پروژه را تضمین کند.

۸-۱۰ علمی تر قرارداد بنویسیم

تفاهم‌نامه‌ای که در شهریور ماه ۱۳۹۳ به امضای مشترک وزارت بهداشت و مؤسسه محب رسید، دارای ابهامات زیادی بوده و بندهای آن به صورت کامل مشخص و شفاف نشده بود. این امر به خصوص در بخش بندهای ماهیتی و مالی قرارداد خود را بیشتر نشان می‌داد.



سؤال این است که چگونه یک قرارداد خوب برای مشارکت بخش دولتی و خصوصی بنویسیم. برای پاسخ به این سؤال باید ببینیم:

۱. طرفین انتظار چه نتایجی را دارند؟ پاسخ به این سؤال در تحلیل ذینفعان حاصل می‌شود. در واقع باید ببینیم هر یک از ذینفعان اصلی به دنبال چه نتایج یا منافعی در مدل مشارکتی هستند.

۲. این نتایج چگونه ارزیابی می‌شوند؟ سپس باید نتایج مورد انتظار را در قالب شاخص‌های قابل اندازه‌گیری مشخص کنیم. بهتر است قرارداد را به بندهایی مرتبط با شاخص‌های مورد نظر خود بشکنیم، مشابه کاری که در بخش ۱-۵ انجام شده است.

۳. این نتایج حدوداً چه زمانی به دست خواهند؟ حال باید ببینیم شاخص‌های مورد نظر را چه زمانی به مقدار مطلوب می‌رسند. به عنوان مثال آیا عدد ۱۲ سال در این تفاهم‌نامه برای رسیدن بیمارستان جدید به بازدهی مالی، بازسازی بیمارستان دولتی مجاور و انتقال فرهنگ محب به آن کافی است؟ این کافی بودن را می‌توان با استفاده از تکنیک‌هایی مانند شبیه‌سازی و سیستم دینامیک مشخص نمود.

۸-۱۰-۱ حداقل عوامل مؤثر در پروژه ادغام را شناسایی کنیم

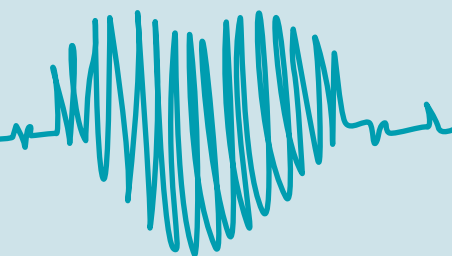
حداقل کاری که می‌توانستیم قبل از امضای قرارداد انجام دهیم تا قرارداد بهتری بنویسیم یا بعد از امضای آن انجام دهیم تا برای مشکلات و ریسک‌های پیش رو کمی آمادگی داشته باشیم، شناسایی عوامل مؤثر بر پروژه است. در صورتی که عوامل شناسایی شده تاثیر مثبت بر پروژه داشته باشند، باید آن‌ها را تقویت کنیم و در غیر این صورت باید از آنها اجتناب کرده یا تلاش کنیم مقدار آن‌ها در کمترین حد ممکن باقی بماند. عوامل مؤثر در پروژه حاضر در جدول ۸-۱ فهرست شده‌اند.

جدول ۸-۱ عوامل مؤثر در پروژه ادغام مدیریت دو بیمارستان دولتی و خصوصی

ردیف	عامل تاثیرگذار	توضیح	اثر
۱	عملکرد ضعیف منابع انسانی	رسالت منابع انسانی در ادغام خیلی مهم بود اما بسیار ضعیف عمل کرد که خود منجر به بروز نارضایتی در میان کارکنان شد.	منفی
۲	عدم پرداخت‌های به موقع از سوی دانشگاه	به گفته مدیران بیمارستان، پرداخت‌ها به موقع نبوده و در مضيقه بوده‌اند.	منفی
۳	چکشی عمل کردن برخی از مدیران ارشد	برخورد برخی از مدیران ارشد محب در برابر بیمارستان حضرت فاطمه نامناسب بود.	منفی
۴	عدم امنیت شغلی	به دلیل ادغام واحدهای یکسان در دو بیمارستان بایکدیگر، ترس از دست دادن پست و مقام میان مسئولین و مدیران ایجاد شد. عدم امنیت شغلی در میان کارکنان رده پایین‌تر مانند خدمات و نگهبانی نیز وجود داشت.	منفی
۵	مقاومت کارکنان بخش دولتی در مقابل ادغام	کارکنان بخش دولتی به خوبی در مورد ادغام توجه نشده بودند به همین دلیل در برابر تغییرات مقاومت می‌کردند.	منفی
۶	فرهنگ متفاوت کارکنان بخش دولتی و خصوصی	بطور مثال پرستاران بخش خصوصی می‌دانند که باید به بیماران احترام بگذارند. در زمان ادغام این پذیرش برای پرستاران بیمارستان حضرت فاطمه وجود نداشت و آنها نمی‌توانستند این ارتباط و احترام متقابل را ایجاد کنند	منفی
۷	فرهنگ متفاوت بیماران بخش دولتی و خصوصی	مدیریت رفتارهای خشن در میان بیماران دولتی و در عین حال سرویس‌دهی مناسب به آن منجر به افزایش فشار کاری و روانی در کارکنان به‌ویژه کارکنان اورژانس شد.	منفی
۸	افزایش فشار کاری	در ابتدای ادغام بار کاری به‌ویژه برای کارکنان محب زیاد شده بود زیرا باید هم فعالیت‌های خود را انجام می‌دادند، هم به امور ادغام نظم بخشیده و به کارکنان دولتی آموزش دهند.	منفی
۹	نام تجاری محب	بیماران به دلیل اطمینان به ساختار و پرستاران، و بهره‌مندی از خدمات هتلینگ مناسب از خدمات بیمارستان محب راضی هستند	مثبت



ردیف	عامل تاثیرگذار	توضیح	اثر
۱۰	تفاوت بیمارستان جنرال و بیمارستان تک تخصصی	کار کردن در بیمارستان جنرال بسیار سخت‌تر از بیمارستان تک تخصصی است و نیاز به آموزش و صرف زمان زیادی برای کارکنان دارد. این موضوع به خصوص برای پرستاران بخش دولتی مهم بود.	منفی
۱۱	مشکل در پرداخت‌های بیمه	برای بیمه‌ها، بیمارستان خصوصی -دولتی تعریف نشده بود.	منفی
۱۲	نبود زیرساخت‌های قانونی	این موضوع به‌ویژه در مورد پروانه بیمارستان پررنگ‌تر بود و صادر نشدن پروانه برای بیمارستان، خود منجر به بروز مشکل مالی برای بیمارستان شد.	منفی
۱۳	برگزاری دوره‌های آموزشی-توجیهی خارج از بیمارستان	دوره‌های آموزشی خارج از بیمارستان باعث ایجاد انگیزه در کارکنان می‌شود. وجود همین امکانات رفاهی باعث جلب رضایت پرستاران بیمارستان حضرت فاطمه هم شده بود.	مثبت
۱۴	دوساختمانی بودن در هنگام ادغام	دو ساختمانی بودن این دو مجموعه باعث می‌شد فرهنگ‌سازی به درستی صورت نگیرد	منفی
۱۵	تفکیک بخش‌های بستری بیماران	بیماران دولتی در بخش دولتی و بیماران خصوصی در بخش خصوصی بستری می‌شدند که خود منجر به مدیریت بهتر بیماران با فرهنگ‌های مختلف و عدم سرگردانی آنها می‌شد.	مثبت
۱۶	کارشکنی برخی مدیران ارشد بیمارستان حضرت فاطمه و دانشگاه ایران	در زمان ادغام عده‌ای از رؤسای بیمارستان حضرت فاطمه کارشکنی کردند و شکایات و اعتراضاتی به مجلس و وزارت بهداشت مبنی بر غیرقانونی بودن ادغام، صورت پذیرفت.	منفی
۱۷	عدم همکاری مدیران ارشد بیمارستان حضرت فاطمه در ادغام	به دلیل عدم توجه مدیران وقت بیمارستان حضرت فاطمه در مورد طرح ادغام مدیریتی و همچنین خصوصیات شخصیتی برخی افراد، همکاری مناسبی از سوی آنها صورت نپذیرفت.	منفی
۱۸	عدم حمایت دانشگاه ایران	یکی از مشکلات اصلی ادغام، عدم حمایت دانشگاه از بندهای قرارداد و انجام تعهدات خود بود و در نهایت نیز قرارداد ادغام را لغو کردند.	منفی



کلام آخر

به نقطه پایان رسیدیم. در این کتاب تلاش کردیم تا روایتی صادقانه و تحلیلی را از رویدادهای بزرگ زندگی بیمارستان محب کوثر ارائه دهیم. با ما از نحوه شکل گیری و تولد آن در سال ۱۳۹۰ خواندید که قرار بود تکرار تجربه موفق بیمارستان محب مهر باشد. با ما از تصمیم بزرگ ادغام مدیریتی بیمارستان محب کوثر با بیمارستان حضرت فاطمه (س) و شکل گیری بیمارستان جدید محب حضرت فاطمه (س) در سال ۱۳۹۳ خواندید. با ما از جزئیات ادغام دو بیمارستان در حوزه های ده گانه منابع انسانی، مالی و بیمه گری، اورژانس، پرستاری، تجهیزات پزشکی، مدارک پزشکی، آزمایشگاه، تغذیه، بهداشت محیط و فناوری اطلاعات خواندید و با چالش ها و مشکلات آنها آشنا شدید. با ما از تفکیک مجدد دو بیمارستان در سال ۱۳۹۴ خواندید و از همه مهم تر، با ما از درس های آموخته شده از تولد تا بلوغ بیمارستان محب کوثر خواندید.

تلاش ما بر این بوده است تا کتاب حاضر، نقشه راهی باشد برای پروژه های آتی مشارکت بخش دولتی و خصوصی در حوزه بیمارستانی. جزئیات مطرح



شده به ویژه در بخش پیاده سازی ادغام و نقشه های مشکلات در حوزه های ده گانه، با هدف انتقال تجربیات به آیندگان مستند شده اند. درس های بیان شده در فصل آخر، خلاصه ای از تجربیات مؤسسه محب از لحظه عقد قرارداد تا نحوه اجرایی شدن مشارکت بخش دولتی و خصوصی در بیمارستان است. نتایج مصاحبه ها و تحلیل ها بیانگر این مطلب است که زیر ساخت های قانونی و بستر فرهنگی موجود به بلوغ کافی برای مشارکت بخش دولتی و خصوصی در حوزه بیمارستانی نرسیده اند. همچنین ارزیابی موفقیت این دست از پروژه ها از دیدگاه هر دو ذینفع دولتی و خصوصی بر اساس سنجه های مشخص و قابل اندازه گیری، فقدان است که به وضوح حس می شود. بنابراین تعریف پروژه های جدید در این حوزه بدون برطرف سازی موانع فعلی و تعریف نقشه راهی سنجش پذیر به معنای تکرار تجربه های غیر موفق پیشین است، یعنی تکرار بخش های تلخ تاریخ.

زمان گذرا است و روایت ما تنها بخشی از داستان زندگی بیمارستان محب کوثر از لحظه تولد تا حال را ثبت کرده است. امیدواریم ادامه این داستان سرشار از خیر و برکت برای کارکنان و بیماران آن باشد.

از همراهی شما سپاسگزاریم.

۱۴۰ بیمارستان محب کوثر روایتی از تولد تابوغ

بیمارستان محب کوثر به روایت تصویر



فروردین ۱۳۹۰



خرداد ۱۳۹۰



پاییز ۱۳۹۰



زمستان ۱۳۹۰

۱۴۲. بیمارستان محب کوثر روایتی از تولد تابوغ



بهار ۱۳۹۱



تابستان ۱۳۹۱



پاییز ۱۳۹۱



افتتاح بیمارستان در فروردین ۱۳۹۲



MOHEB KOWSAR HOSPITAL



moheb.com