



مقایسه کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج قبل و بعد از واگذاری مدیریتی: ۱۳۹۱

حسین ابوالقاسم کرجی^۱ / پوران رئیسی^۲ / بهرام دلگشایی^۳ / مرتضی نظری^۴ / زهرا عباس ایمانی^۵ / محمد محسنی^۶

چکیده

مقدمه: تمرکز زدایی به‌عنوان فرایند مطلوب ارتقاء نظام سلامت و بخش جدایی ناپذیر اصلاحات گسترده جهت ارتقاء برابری، کارایی، کیفیت شناخته شده است. واگذاری مدیریتی یکی از راهکارهای تمرکز زدایی است. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج قبل و بعد از واگذاری انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش تحلیلی-مقایسه‌ای بوده که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد و فرم جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌های قبل (سال ۱۳۹۰) و بعد از واگذاری (۱۳۹۱) پس از جمع‌آوری از طریق نرم افزار SPSS 19 و آزمون من-وینتی تحلیل شد.

یافته‌ها: بعد از واگذاری مدیریتی، تعداد تخت‌های فعال ۴/۸ درصد، تخت‌روز اشغالی ۳/۶ درصد، درصد اشغال تخت ۰/۳ درصد، تعداد کل ترخیص شدگان ۳/۴ درصد، چرخش تخت بیمارستانی ۱/۳ درصد، بیماران بستری ۳/۳ درصد، بیماران سرپایی ۱۶/۵ درصد و درآمدهای بیمارستان ۶/۵ درصد افزایش و هزینه‌های بیمارستان ۱۹ درصد کاهش داشته است. عفونت‌های بیمارستانی ۰/۰۶ درصد افزایش یافته است، میزان رضایت‌مندی کارکنان قبل از واگذاری «متوسط» و بعد از آن «زیاد» ارزیابی شد و بین میزان رضایت‌مندی کارکنان قبل و بعد از واگذاری، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). میزان رضایت‌مندی بیماران قبل از واگذاری «ضعیف» و بعد از آن «متوسط» ارزیابی شد و بین میزان رضایت‌مندی قبل و بعد از واگذاری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج بعد از واگذاری مدیریتی بهبود یافته است. بنابراین، مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت باید برای استفاده از این مکانیزم به عنوان راهکار اصلاحات در نظام سلامت، خصوصاً در بیمارستان‌های دولتی سطح کشور بسترسازی مناسب را ایجاد نمایند.

کلید واژه‌ها: واگذاری مدیریتی، کارایی، اثربخشی، بیمارستان

• وصول مقاله: ۹۳/۲/۱۳ • اصلاح نهایی: ۹۳/۱۰/۱۴ • پذیرش نهایی: ۹۳/۱۱/۱۵

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. قطب علمی آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (m.nazari595@gmail.com)
۶. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۷. دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

بیمارستان‌ها یکی از پرهزینه‌ترین بخش‌های اقتصادی کشورها می‌باشند. ماهیت فعالیت این سازمان‌ها به دلیل سر و کار داشتن با جان و سلامتی انسان‌ها، محصول عمل آن‌ها را به عنوان یک ضرورت اساسی غیرقابل انکار مشخص نموده است و ارائه‌ی خدماتی کارا و اثربخش را همواره مورد خواست مردم و توجه مسئولین قرار داده است [۱]. بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه بیش از ۵۰ درصد از هزینه‌های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند [۲]؛ بنابراین، صرفه‌جویی که از کنترل هزینه‌های بیمارستانی ایجاد می‌گردد، بسیار بیشتر از صرفه‌جویی است که از کنترل سایر مؤلفه‌های نظام سلامت حاصل می‌گردد [۳].

نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبروست. درحالی‌که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده، این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است [۴]. نگاهی به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی نشان می‌دهد که بیش از ۷۰ درصد از مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند [۵] و این درحالی است که کارایی و بهره‌وری پایین بسیاری از بیمارستان‌های دولتی، کیفیت نه‌چندان مناسب خدمات ارائه‌شده توسط دولت و فشار هزینه‌ها، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه این فرض را زیر سؤال برده است که سازمان‌های بهداشتی درمانی لزوماً باید به صورت کاملاً متمرکز اداره شوند [۶].

بخش دولتی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در بیشتر کشورها دچار چالش‌ها و کاستی‌های فراوانی بوده و از کارایی و اثربخشی پایینی برخوردار است، به همین جهت یکی از راهکارهای اصلی حل معضلات نظام سلامت و واگذاری خدمات مختلف در قالب پیمان مدیریت می‌باشد [۷]. در حال حاضر واگذاری خدمات سلامت به عنوان یک موضوع مهم و راه حل هزینه- اثربخش در بسیاری از کشورهای دنیا مطرح

است [۸]. عمل واگذاری در کشورهای صنعتی در خارج از بخش بهداشت شروع شد اما در حال حاضر یک مدل خوب و مدون برای ارائه‌دهندگان بخش سلامت محسوب می‌شود. واگذاری خدمات سلامت در کشورهای پیشرفته در میانه‌ی سال ۱۹۹۰ گسترش یافت [۹] و هم‌اکنون واگذاری با روند افزایشی به عنوان ابزاری برای افزایش موفقیت، اثربخشی و کارایی خدمات سلامت مطرح شده است [۱۰]. براساس نتایج پژوهش‌های رابرت لوسیر با استفاده از روش‌های واگذاری خدمات ضمن مقررات زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله مراتب مادون و ما فوق و در نتیجه استفاده مؤثر از منابع و نظارت به موقع، کارایی افزایش یافته است و در نتیجه می‌توان تولید به مقیاس را نیز افزایش و هزینه را کاهش داد [۱۱].

افزایش اثربخشی ارائه خدمات از طریق منطبق کردن آن با شرایط و نیازهای بومی، بهبود کارایی استفاده از منابع، افزایش کارایی تولید خدمات و هوشیاری نسبت به هزینه‌ها از طریق نزدیک کردن تخصیص منابع و بهره‌گیری از آنها، افزایش انگیزه کارکنان بخش سلامت از طریق سرپرستی محلی و بهبود پاسخگویی از جمله اهداف خاص واگذاری است [۱۲].

انواع روش‌های واگذاری به شرح ذیل می‌باشد:

الف: خرید خدمات از بخش غیر دولتی: استفاده از ظرفیت‌های بخش غیردولتی با پرداخت هزینه سرانه تأمین خدماتی که دستگاه اجرایی مربوط، طبق قوانین و مقررات موجود، عهده‌دار آن‌ها است.

ب: مشارکت با بخش غیردولتی: در اختیار قراردادن مراکز و واحدهای خدماتی اجتماعی، فرهنگی و رفاهی متعلق به بخش دولتی که توسط دستگاه دولتی در حال بهره‌برداری یا آماده بهره‌برداری و یا نیمه تمام است. به صورت اجاره به اشخاص حقیقی و حقوقی غیردولتی و مشارکت بخش غیردولتی در مالکیت مراکز و واحدهای نیمه‌تمام به میزان سرمایه‌گذاری انجام شده.

ج: واگذاری مدیریت به بخش غیردولتی: واگذاری اداره امور تحت مسئولیت دستگاه دولتی به اشخاص حقیقی و حقوقی مقرر در قانون و در چارچوب ضوابط دستگاه واگذار کننده و با حفظ مالکیت دولت.

جهت اندازه‌گیری میزان کارایی از شاخص‌های عملکردی تخت‌های بیمارستان، میزان هزینه‌ها و درآمدهای بیمارستان در قبل و بعد از واگذاری استفاده شد و برای سنجش میزان اثربخشی از شاخص‌های رضایت‌مندی بیماران و پرسنل بیمارستان و همچنین میزان عفونت‌های بیمارستانی استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به میزان رضایت‌مندی پرسنل و بیماران از پرسشنامه‌های استاندارد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی استفاده شد. پرسشنامه رضایت‌مندی بیماران دارای ۳۸ سؤال در چهار حیطه‌ی رفاهی، مدیریتی، درمانی و رفتاری بود و پرسشنامه‌ی رضایت‌مندی پرسنل نیز دارای ۵۴ سؤال در پنج حیطه‌ی رفاهی، ارزشیابی، آموزش، مدیریتی و ارتباطی بود. سئوال‌ها هر دو پرسشنامه به صورت سه‌گزینه‌ی خوب، متوسط و ضعیف تنظیم شد. برای به دست آوردن امتیاز در هر یک از حیطه‌ها، امتیاز یک به «ضعیف»، امتیاز دو به «متوسط» و امتیاز سه برای «خوب» داده شده بود که در نهایت میانگین مجموع پاسخ‌ها وضعیت رضایت‌مندی را مشخص می‌ساخت. به‌طور مثال، رضایت کارکنان در حیطه‌ی رفاهی ۱۴ سؤال بود که حداقل امتیاز ۱۴ و حداکثر ۴۲ می‌تواند باشد. حیطه ارزشیابی شامل ۱۰ سؤال، حیطه آموزش ۱۰ سؤال، حیطه مدیریتی هشت سؤال و حیطه ارتباطی ۱۱ سؤال بود. امتیاز رضایت کل به سه گروه تقسیم شد. بدین ترتیب که امتیاز کمتر از ۹۰، رضایت کم، بین ۹۰ تا ۱۲۶ رضایت متوسط و بیش از ۱۲۶ رضایت زیاد در نظر گرفته شد. در مورد رضایت‌مندی بیماران نیز امتیاز کمتر از ۶۳/۳ رضایت کم، بین ۶۳/۳ و ۸۸/۶ رضایت متوسط و بیش از ۸۸/۶ رضایت زیاد در نظر گرفته شد. در تمامی تحلیل‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

برای گردآوری داده‌های مربوط به آمارهای فعالیت تخت‌ها و اطلاعات مالی نیز از فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. بعد از ورود داده‌های خام در نرم افزار SPSS ابتدا با استفاده از آمار توصیفی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی از قبیل میانگین و انحراف معیار اندازه‌گیری شد و سپس با استفاده از آزمون من-ویتنی میزان تغییرات در کارایی و اثربخشی

د: واگذاری مدیریتی در قالب انعقاد تفاهم‌نامه با مدیران واحدهای اجرایی دستگاه‌های دولتی براساس ماده ۱۶ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۱۴۴ قانون برنامه چهارم توسعه [۱۳].

ماده ۱۶ قانون مدیریت خدمات کشوری، واگذاری مدیریت سازمان‌های دولتی را به عنوان راهکار حل مشکلات بیان نموده است و دستگاه‌های دولتی موظف شده‌اند به منظور افزایش بهره‌وری و استقرار نظام کنترل نتیجه و محصول (ستانده) و کنترل مراحل انجام کار، جلوگیری از تمرکز تصمیم‌گیری و اعطاء اختیارات لازم به مدیران برای اداره واحدهای تحت سرپرستی خود، سازوکارهای نظارتی برای کنترل کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده را تعیین نمایند و تفاهم‌نامه‌ای را با مدیران واحدهای مجری بر اساس حجم فعالیت‌ها و خدمات و قیمت تمام شده آن و تعیین تعهدات طرفین منعقد نمایند [۱۳].

با توجه به این‌که در راستای اجرای ماده ۱۶ قانون مدیریت خدمات کشوری، دستورالعمل واگذاری مدیریتی در جلسه هیأت امنای دانشگاه علوم پزشکی البرز مورد تصویب قرار گرفت، در بیمارستان شهید رجایی شهر کرج که جزء بیمارستان‌های دانشگاهی و تک‌تخصصی قلب و عروق است و دارای ۱۳۰ تخت فعال می‌باشد، از سال ۱۳۹۱ به اجرا گذاشته شد، بنابراین در این پژوهش اثربخشی و کارایی بیمارستان شهید رجایی کرج قبل از واگذاری مدیریتی (سال ۱۳۹۰) و بعد از واگذاری مدیریتی (سال ۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار

این پژوهش تحلیلی-مقایسه‌ای بوده که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد و با توجه به این‌که حجم جامعه ۴۰۰ نفر بود، حجم نمونه ۲۰۰ نفر تعیین گردید و برای نمونه‌گیری، به دلیل دارا بودن گروه‌های نامتجانس و غیرهمگن، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. در این پژوهش،

بیمارستان قبل و بعد از واگذاری مدیریتی محاسبه و با یکدیگر مقایسه گردید.

یافته ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های عملکردی، میزان هزینه‌ها و درآمدهای بیمارستان، شاخص‌های رضایتمندی و میزان

عفونت بیمارستانی در جداول زیر نشان داده شده است. بر اساس یافته‌های مندرج در جدول شماره ۱، همه شاخص‌های مربوط به تخت‌های بیمارستانی رشد مثبتی بعد از واگذاری مدیریتی (۱۳۹۱) به نسبت قبل از واگذاری مدیریتی (۱۳۹۰) داشته‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های عملکردی تخت‌های بیمارستانی قبل و بعد از واگذاری مدیریتی

عنوان شاخص	قبل از واگذاری (۱۳۹۰)	بعد از واگذاری (۱۳۹۱)	درصد تغییرات
تعداد تخت فعال	۱۰۵	۱۱۰	+۴/۷۶
تخت روزاشغالی	۳۶۵۱۳	۳۷۸۱۷	+۳/۵۷
درصد اشغال تخت	٪۹۵/۷	٪۹۶	+۰/۳
تعداد کل ترخیص شدگان	۸۰۹۰	۸۳۶۸	+۳/۴۳
متوسط روزهای بستری	۳/۸۹	۳/۷۶	-۰/۱۳
میزان چرخش تخت	۷۷	۷۸	+۱/۲۹

بر اساس جدول ۲، در سال بعد از واگذاری مدیریتی تعداد مراجعین بیمارستان اعم از سرپایی و بستری افزایش داشته‌اند. رشد ارائه‌ی خدمات به بیماران در قسمت سرپایی افزایش بیشتری داشته است.

جدول ۲. تعداد کل بیماران بستری و سرپایی قبل و بعد از واگذاری مدیریتی

نوع بیماران	قبل از واگذاری (۱۳۹۰)	بعد از واگذاری (۱۳۹۱)	درصد تغییرات
بستری	۸۰۸۴	۸۳۵۲	+۳/۳۱
سرپایی	۴۴۸۱۰	۵۲۲۰۱	+۱۶/۵
جمع	۵۲۸۹۴	۶۰۵۵۳	+۱۴/۵

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در صورتی که نرخ تورم سال بعد از واگذاری مدیریتی (۱۳۹۱) که در سایت رسمی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران ۳۰/۵ درصد اعلام شده است محاسبه گردد، در کلیه فصول، میزان هزینه‌ها

جدول ۳. هزینه‌های بیمارستان به تفکیک فصول هزینه قبل از واگذاری و بعد از واگذاری مدیریتی با محاسبه نرخ تورم

ردیف	فصول هزینه	قبل از واگذاری (۱۳۹۰) به ریال	بعد از واگذاری (۱۳۹۱) به ریال	میزان اختلاف با محاسبه نرخ تورم سال ۱۳۹۱
۱	هزینه کل فصل اول	۶۶۱۰۹۳۱۷۶۲	۵۵۸۰۱۲۲۲۵۴	-٪۱۵/۶
۲	هزینه کل فصل دوم	۵۵۸۸۱۳۰۲۳۰۹	۴۵۱۱۷۵۸۴۳۹۵	-٪۱۹/۲
۳	هزینه کل فصل ششم	۱۴۰۹۸۴۳۷۷۹	۱۰۷۸۴۹۸۹۹۱	-٪۲۳/۵
۴	هزینه کل سایر فصول	۴۵۱۲۴۵۹۵۴	۳۵۳۹۲۸۶۱۱	-٪۲۱/۵
۵	جمع کل هزینه‌ها	۶۴۳۶۰۳۲۳۸۰۴	۵۲۱۳۰۱۳۴۲۵۲	-٪۱۹

اعمال افزایش تعرفه سال ۱۳۹۱ که طبق اعلام مراجع رسمی و سازمان‌های بیمه‌گر در بخش بستری ۲۴ درصد و در بخش سرپایی ۱۸ درصد بوده است و به طور میانگین ۲۱ درصد بوده که در نهایت درآمدها به میزان ۶/۵ درصد بعد از واگذاری

افزایش داشته‌اند. افزایش درآمد بیشتر مربوط به کسب درآمدهای نقدی می‌باشد تا درآمدهای بیمه‌ای که احتمالاً دلیل آن افزایش درمانگاه‌های سرپایی تخصصی بعد از واگذاری می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه درآمدهای بیمارستان قبل و بعد از واگذاری با احتساب افزایش تعرفه

ردیف	محل درآمد	قبل از واگذاری (۱۳۹۰) به ریال	بعد از واگذاری (۱۳۹۱) به ریال	میزان اختلاف بدون احتساب افزایش تعرفه
۱	بیمه تأمین اجتماعی	۳۰۵۷۲۲۷۸۸۶۳	۳۱۴۶۳۱۰۰۹۰۱	+ ۲/۹٪
۲	بیمه خدمات درمانی	۲۳۰۲۰۲۶۱۵۳۶	۲۲۹۳۹۰۱۸۸۰۹	- ۰/۳۵٪
۳	بیمه کمیته امداد	۲۷۶۷۷۲۴۹۷۲	۲۴۸۲۶۵۷۰۱۲	- ۱۰/۲٪
۴	بیمه نیروهای مسلح	۴۹۴۰۷۲۳۹۰۷	۴۹۴۳۱۷۰۸۰۱	+ ۰/۰۴٪
۵	سایر بیمه‌ها	۴۶۲۸۸۰۸۴۵۶	۴۳۵۶۱۳۳۷۰۴	- ۵/۸٪
۶	درآمد نقدی	۱۹۶۳۵۶۴۲۱۴۶	۲۴۹۳۳۹۱۹۵۲۰	+ ۲۷٪
	جمع کل درآمد	۸۵۵۶۵۴۳۹۸۸۲	۹۱۱۱۸۰۰۰۷۴۷	+ ۶/۵٪

همان‌طور که در (جدول ۵) نشان داده شده است میزان رضایت‌مندی کارکنان قبل از واگذاری ۱۱۴ امتیاز بوده و «متوسط» ارزیابی شد ولی بعد از واگذاری مدیریتی رضایت‌مندی ۱۳۴ امتیاز بود که «زیاد» ارزیابی شد. نتایج آزمون من-ویتنی $P < ۰/۰۰۰۱$ نشان داد که بین میزان رضایت‌مندی قبل و بعد از واگذاری اختلاف معنی‌داری وجود دارد و در تمامی حیطه‌ها متوسط رضایت افزایش داشته است.

میزان رضایت‌مندی بیماران نیز قبل از واگذاری ۶۰ امتیاز بوده است و «ضعیف» ارزیابی شد ولی بعد از واگذاری مدیریتی میزان رضایت‌مندی ۷۹ امتیاز بود و «متوسط» ارزیابی شد. با استفاده از نتایج آزمون من-ویتنی میزان $P < ۰/۰۰۰۱$ نشان داد که بین میزان رضایت‌مندی قبل و بعد از واگذاری، اختلاف معنی‌داری وجود دارد و در تمامی حیطه‌ها، متوسط رضایت افزایش داشته است.

جدول ۵. مقایسه میانگین امتیاز رضایت‌مندی کارکنان در حیطه‌های مختلف قبل و بعد از واگذاری

حیطه رضایت‌مندی	قبل از واگذاری (۱۳۹۰)	بعد از واگذاری (۱۳۹۱)
کارکنان	رفاهی	۳۲
	ارزشیابی	۲۷
	آموزش	۲۷
	مدیریتی	۲۴
	ارتباطی	۲۴
جمع کل	۱۱۴	۱۳۴
بیماران	رفاهی	۲۵
	مدیریتی	۱۸
	درمانی	۱۶
	رفتاری	۲۰
	جمع کل	۶۰

مقایسه میزان عفونت‌های بیمارستانی نیز یافته‌ها نشان داد که میانگین عفونت قبل از واگذاری ۰/۶۵ درصد و بعد از واگذاری ۰/۷۱ درصد بوده است که نمایانگر ۰/۰۶ درصد افزایش است.

بنابراین در مجموع، کلیه شاخص‌های کارایی بعد از واگذاری مدیریتی ارتقاء داشته‌اند. در مورد شاخص‌های اثربخشی نیز، رضایت‌مندی بیماران و پرسنل بعد از واگذاری مدیریتی ارتقاء یافته و میزان عفونت‌های بیمارستانی افزایش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته‌ها، شاخص‌های کارایی بیمارستان شهید رجایی کرج بعد از واگذاری مدیریتی ارتقاء داشته است به طوری که هزینه‌های بیمارستان بعد از واگذاری مدیریتی در همه فصول هزینه به میزان ۱۹ درصد کاهش یافته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه نصیری پور و نجفی [۱۴] همخوانی دارد. آن‌ها تأثیر تفاهم نامه واگذاری مدیریتی ماده ۱۴۴ قانون برنامه چهارم توسعه ایران بر عملکرد مالی یک بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران را بررسی نمودند و به این نتیجه رسیدند که مجموع هزینه‌های پرسنلی و رفاهی بیمارستان بعد از واگذاری مدیریتی کاهش قابل توجهی داشته است و در مجموع عملکرد مالی بیمارستان نسبت به قبل از واگذاری مدیریتی وضعیت بهتری پیدا کرده است. همچنین در یک بررسی چندرا [۱۵] به منظور تحلیل مالی و سنجش کارایی خدمات بیمارستانی برون سپاری شده در هندوستان نشان داد که بیمارستان‌هایی که برون‌سپاری انجام داده بودند به نسبت بیمارستان‌هایی که از این روش بهره نبرده بودند، در خصوص هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم در حدود ۴۰ درصد کاهش داشته‌اند که این نتیجه نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. بر اساس نتایج مطالعات کیانمهر [۱۶]، برون‌سپاری باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود و از طرفی به اعتقاد الوانی و اشرف زاده [۱۷]، استفاده از برون‌سپاری سبب کاهش هزینه‌ها، کاهش کارکنان سازمان و ایجاد حس رقابت در قسمت‌های مختلف سازمان می‌گردد که ناکارآمدی محسوس وجود دارد.

بر اساس یافته‌ها، میزان عملکرد تخت‌های بیمارستانی و تعداد بیماران پذیرش شده در بیمارستان، خصوصاً بیماران سرپایی، بعد از واگذاری مدیریتی رشد چشم‌گیری داشته است که باید علت آن را در افزایش انگیزه پرسنل و مسئولین بیمارستان بعد از واگذاری مدیریتی جستجو نمود. همچنین در نتیجه افزایش پذیرش بیماران، درآمد بیمارستان شهید رجایی کرج نیز بعد از واگذاری مدیریتی به طور میانگین ۶/۵ درصد افزایش یافته است که این نتیجه با یافته‌های مطالعه هاوول [۱۸] همخوانی دارد که در کشور آمریکا در بیمارستان فالس چرج به منظور بررسی میزان درآمد داروخانه بیمارستان بعد از واگذاری انجام شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در نتیجه برون‌سپاری، درآمد داروخانه بیمارستان طی سه سال ۷/۶ میلیون دلار افزایش یافته است. در پژوهش دیگری که طیبی و همکاران [۱۹] به منظور مطالعه تجارب کشورهای منتخب در خصوص به کارگیری قرارداد پیمان مدیریت در حوزه بهداشت و درمان انجام دادند، این چنین نتیجه‌گیری کردند که واگذاری پیمان مدیریت یکی از راه‌های کارآمد برون‌سپاری خدمات سلامت است. همچنین جباری بایرامی و موسی‌زاده [۲۰] در تحقیقی که با هدف بررسی نظرات صاحب‌نظران و مدیران بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در خصوص کوچک‌سازی بیمارستان‌ها با استفاده از مکانیزم‌های ادغام و برون‌سپاری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که در صورت برنامه‌ریزی و تدوین قوانین در سطح وزارت بهداشت در خصوص برون‌سپاری، بازنگری در تعرفه خدمات و قوانین نظارتی قوی برای نظارت بر بخش‌های واگذار شده، مکانیزم برون‌سپاری موجب ارتقاء کارایی در بیمارستان‌های دولتی خواهد گردید. البته برخی از پژوهش‌های صورت گرفته، مخالف یافته‌های این پژوهش می‌باشد به عنوان مثال در پژوهشی که دانینگان و پولک [۲۱] برای بررسی اثرات واگذاری بخش‌های درمانی حاد به بخش‌های خصوصی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مشارکت جامعه و بخش خصوصی با این که با هدف فعال نمودن ارائه خدمت بود، باعث کاهش نرخ پذیرش بیماران و کاهش درآمد در تخصص‌های مختلف در بیمارستان‌های اسکاتلند گردید، که به نظر می‌رسد برای موفقیت در واگذاری

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، متوسط میزان عفونت‌های بیمارستانی، بعد از واگذاری مدیریتی در مقایسه با سال قبل از واگذاری افزایش داشته است. اگر چه در کل، میزان آن در سطح استاندارد می‌باشد ولی با توجه به این که این مورد از شاخص‌های مهم اثربخشی خدمات بالینی محسوب می‌گردد، باید مسئولین بیمارستان به کاهش آن توجه بیشتری نموده و برنامه‌های جامع، دقیق و مدونی را برای کاهش عفونت‌های بیمارستانی تدوین نمایند.

در نهایت این طور می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج بعد از واگذاری مدیریتی ارتقاء داشته و بهبود یافته است و با توجه به این که بر اساس این نوع واگذاری اختیارات بیشتری به مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها تفویض می‌شود و این عامل منجر به افزایش انگیزه، تسریع در ارائه خدمات درمانی، افزایش کمیت و کیفیت خدمات می‌گردد. بنابراین، باید مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت بسترسازی مناسب را برای استفاده از این سازوکار، به عنوان راهکار اصلاحات در نظام سلامت خصوصاً در بیمارستان‌های دولتی سطح کشور ایجاد نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان «مقایسه کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج قبل و بعد از واگذاری مدیریتی: ۱۳۹۱» در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۱ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است. پژوهشگران از کلیه کسانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

خدمات سلامت به بخش‌های خصوصی باید قبل از واگذاری، تحلیل مناسبی از نوع خدمت قابل واگذاری، نوع قرارداد مربوطه، نحوه نظارت بر قرارداد و غیره صورت گیرد و در غیر این صورت واگذاری نتایج منفی خواهد داشت.

براساس یافته‌های این پژوهش دو مورد از شاخص‌های مهم اثربخشی در بیمارستان یعنی میزان رضایت‌مندی بیماران و پرسنل بعد از واگذاری مدیریتی ارتقاء یافته است و رابطه معنی‌داری بین واگذاری مدیریتی و افزایش میزان رضایت‌مندی بیماران و کارکنان وجود دارد ($P < 0/0001$).

این یافته‌ها با نتایج مطالعه فردوسی و همکاران [۱] همخوانی دارد که نشان داد واگذاری بخش پذیرش موجب کاهش هزینه‌ها، افزایش ۷۸ درصدی در عملکرد واحد و گذار شده و همچنین بهبود رضایت مشتریان داخلی گردید. همچنین بیماران [۲۲] در مطالعه‌ای که برای ارزشیابی راهبرد کاهش تصدی در خدمات پشتیبانی بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت به این نتایج رسیدند که واگذاری خدمات می‌تواند موجب افزایش کارایی بیمارستان و ارتقاء رضایت‌مندی بیماران و کارکنان گردد و میانگین رضایت‌مندی کارکنان و بیماران از واگذاری خدمات به بخش‌های خصوصی ۷۶/۸۹ درصد بوده است و در تحقیق ماجوریس و کاندیلیس [۲۳] نیز بیان شد که صرفه جویی در هزینه‌ها و رضایت مشتری به عنوان مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای واگذاری خدمات هستند و نتیجه گرفته شد که همکاری با طرف واگذاری می‌تواند کیفیت خدمات را بهبود چشمگیری دهد و اغلب مشتریان از خدمات ارائه شده راضی هستند و از طرفی واگذاری خدمات منجر به افزایش میزان استفاده از خدمات می‌گردد. سمین و طیب [۲۴] نیز در مطالعه‌ای که در کشور پاکستان در ۱۰۳ مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بعد از واگذاری خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه رضایت بیماران افزایش پیدا کرد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داد.

References

1. Ferdosi M, Farahabadi E, Jandaghian M, Haghghat M, Naghdi P. Out sourcing effectiveness of admission units of imaging centers in ayat o allahkashani hospital to non govenementalsector .Hospital journal 2011; (3): 2-9. [Persian]
2. Akbari F, Torabi A, Arab M, Tarahi M. [Relationship between managers leadership style and conflict management in lorestan university hospitals]. Journal of lorestan university of medical sciences 2006; 7(2): 51-58. [Persian]
3. Ahmad Kiyadaliri A. Role of hospital in health services [online]. 2008[Cited 2008 Nov18]; Available from: <http://www.alidaliri.com/post-58aspx/>
4. Central Bank of the Islamic Republic of Iran. The main economic indicators[online]. 2012[cited 2012 may 5]. Available from: <http://www.cbi.ir/>
5. Asefzadeh S, Rezapour A. Health management. Qazvin: Hadisemroz ; 2010. 100
6. Jafari M. Surveyof Implementation heiat omana plan in the Univercitisof medical sciences.Tadbir Magazine 2012; 10-13.[persian]
7. Vatankhah S, Maleki MR, Tofighi SH, Barati O, Rafiei S. The study ofmanagement contract condition in health care organization of selected countries. Health information management 2012; 9(3): 424- 431. [persian]
8. Albreht T.Privatization Processes in health care in Europe—a move in the right direction, atendencyoption, or a step back? Eur j public health 2009; 19(5): 448-50
9. Laamanen R ,Simonsen N,Souminen S,Ovretveit J,Bromels M.Outsourcingprimary health care services. Health policy 2008; 88(2-3): 294-307.
10. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S, Bitran R, Giedion U. Contracting for primary health services: evidence on its effects and a framework for evaluation. Partners for health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004. Available from: http://www.phrplus.org/Pubs/Tech053_f_in.pdf.
11. Lussier RN. Management concepts, applications, skill development Cincinnati, ohio: south-western college publishing; 1997.
12. Brinkerhoff DW, centralization and health system reform. 2002[online] Available from: <http://www.healthsystem2020.org/content/resource/detail/860>
13. Sheikhradodi A. The low of country services management. Tehran: Sheikhradodi; 2010. 12-13.[Persian]
14. Nasiripour AA, Najafi B. The effect of management empowerment regarding Iran development Plan _article 144 _on financial performance of a pilot hospital. J Manage Med Inform Sch 2013; 1(1): 48-56
15. Chandra H. Financial Management Analysis of Outsourcing of the Hospital Services for Cost Containment and Efficiency: Case Study of Sanjay Gandhi Post-Graduate Institute of Medical Sciences, Lucknow, India. J Financ Manage Analysis 2007; 20(1): 70-77.
16. Kianmehr MR. Survey of outsourcing effect or using from 2. External resources on productivity of Tolyers Corporation [M.A.

Thesis].Tehran. Tarbiat Modares University; 2001. [Persian]

17. Alvani SM, Ashrafzadeh F. Guidance outsource (for decision making of managers in outsourcing services) Tehran.Iran: Ghasidehsara Publication; 2005. [Persian]

18. Howell J. Pharmacy choice. Pharm J 2008; 7

19. Tabibi SJ, Maleki MR, Mirzaie A, Farshid P. The effect of hospital wards combination on the going expenditure of Tehran bouali hospital. Health information management 2011; 7(4): 490-495.[Persian]

20. Jabbaribeiramy H, losazadeh Y. Downsizing throuth using of outsourcing mechanism. J Melitari medicin 2013; 15(2): 133-142

21. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. BMJ 2003; 326(7395): 905.

22. Tabibi SJ, kakhani MJ, Ehsani E. An evaluation of the outsourcing strategyin supportive services in thehospitals affiliated to the ministry of health education. J health management 2007; 10: 59-67

23. Moschuris SJ, Kondylis MN. Outsourcing in public hospitals:agreek perspective.journal health organization management 2006; 20(1): 4-14

24. Sameen S,Tayyeb IM. Contracting but not without caution:experience with outsourcing of health services in country of the eastern mediterranean region 2006; 84(11): 867-875.

A Comparison of Efficiency and Effectiveness of Karaj Shahid Rajaie Hospital before and after Decentralization: 2012

Abolghasem Gorji H^{1,2,3}, Raeissi P⁴, Delgoshaei B⁴, Nazari M⁵, Abbasimani Z⁶, Mohseni M⁷

Abstract

Introduction: decentralization is known an improve process and Promotion of health system and Inevitable part of wide reforms to promote equity, efficiency, quality, Economic justification. Administrative assignment is a method for Decentralization of government. The aim of this study was Comparison of Efficiency and Effectiveness of Karaj Shahid Rajaie Hospital before and after decentralization.

Methods: This study was analytical and Comparison. Undertaken work cross - sectional. The data were collected via the questionnaire and Data collection form. After of data collection of before and after decentralization analysis was carried out with the SPSS 19 software and Statistical methods used are descriptive and analytical statistics (Mann-Whitney U).

Results: after of decentralization inpatient beds 4.8 % , occupation beds 3.6 % , percent of occupation Bed 0.3 % , numbers of discharge of those 3.4 % rate of rotation of the hospital bed 1.3 % was increase . Numbers of inpatient in the after decentralization 3.3 % and numbers of outpatient 16.5 % increased. hospital costs with inflation 2012, 19 % decreased and hospital total revenues was increase overall of 6.5 % .hospital infection rates in the after decentralization, 0.06 % increased .employee satisfaction average before of decentralization was mean and after decentralization was high. There are significant differences (P <0.0001), inpatient satisfaction average before of decentralization was low and after decentralization was mean. There are significant differences (P<0.0001).

Conclusion: Efficiency and Effectiveness of karaj Shahid Rajaie Hospital after decentralization was Improvement, therefore Politicians and managers of health system should good infrastructure for the use of this mechanism in order to health system reform , especially public Hospitals.

Keywords: Decentralization, Efficiency, Effectiveness, Reform

• Received: 3/May/2014 • Modified: 4/Jan/2015 • Accepted: 4/Feb/2015

1. Assistant Professor of Health Services Management Department, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Center of Excellence in Health Management and Economics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate Professor of Health Services Management Department, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. MSc in Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (m.nazari595@gmail.com)
6. MSc in Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Ph.D Student in Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran