

کتاب پنجم

مدل توسعه و پویایی ساختار

بیمارستان‌های هیأت امنایی

ویرایش سوم (پیشنهادی)

بخش اول - مشاغل عملیاتی
(ضریب نیروی انسانی حوزه خدمات مراقبتی)



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



بازطراحی ساختار سازمانی
بیمارستان‌های منتخب (هیأت امنایی)

مجری طرح
سعید نوری

مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری
معاونت توسعه مدیریت و منابع

مردادماه ۱۳۸۸

[MOHME-RP(H)/B5][v3]

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



فهرست مطالب و مندرجات

۶	همکاران طرح
۷	همیاران طرح
۹	فرهنگ نامه
۱۲	پیش گفتار
	خلاصه مدیریتی

فصل اول- تعریف مسأله

۱۷	مقدمه
۱۹	اهمیت و ضرورت
۲۱	اهداف و خروجی ها

فصل دوم- مدل، منابع و متدولوژی محاسبات

۲۴	مقدمه
۲۶	محدودیت ها و مشکلات
۲۸	الزامات و پیش فرض ها
۳۰	بررسی منابع اطلاعاتی و مطالعات در زمینه محاسبه ضرایب نیروی انسانی کادر پرستاری و خدمات مراقبتی
۳۱	۱- محاسبه شاخص های تشکیلاتی بیمارستان ها؛ دانشگاه مازندران
۳۳	۲- گروه های نیروی انسانی بیمارستان و میانی محاسباتی آن؛ معاونت سلامت
۳۵	۳- برآورد نیروی انسانی با نگرشی نظام گرا (دفتر امور پرستاری معاونت درمان و داروی وزارتخانه)
۳۸	۴- مجموعه ضوابط و استانداردهای پرسنلی بیمارستان ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۹	متدولوژی محاسبات
۳۹	الف- محاسبه ضرایب پرستاری
۴۳	ب- محاسبه ساعات دسترسی پرستاران (قابل تخصیص به مراقبت)
۵۷	ج- ساعات مراقبت مورد نیاز یک بیمار در شبانه روز
۶۲	د- مدت زمان اقامت بیماران در بخش های مختلف
۶۷	هـ) ضریب توسعه و ارتقاء کیفیت و کمیت خدمات مراقبتی

فصل سوم- نتایج (نظام پیشنهادی و ضرایب نیروی انسانی)

۶۹	مقدمه
۷۰	فهرست انواع تخت ها/ بخش های مورد بررسی





الف - شرح کلی نظام جدید ارائه خدمات مراقبتی

۷۴

۱- اهمیت و جایگاه نظام پیشنهادی ۷۵

۲- بررسی مدل های ارائه خدمات پرستاری ۷۵

روش وظیفه های ۸۳

روش موردی ۸۵

روش تیمی ۸۷

۳- فرایند انتخاب و طراحی مدل مناسب ۸۹

مقایسه دو روش موردی و تیمی ۹۳

۴- نظام جدید پیشنهادی؛ چارچوب و ارکان ۱۰۰

۱-۴- رابطه روش تیمی با روش های موردی و وظیفه های ۱۰۱

۲-۴- دلایل پیشنهاد روش تیمی ۱۰۵

۳-۴- الزامات ۱۰۶

۴-۴- ساختار عمومی بخش های بالینی در روش تیمی ۱۰۷

۵- ترکیب مهارتی بهینه در بخش های بیمارستان ۱۰۸

۶- شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری ۱۱۲

۷- شرح وظایف عمومی کمک پرستار ۱۱۸

۸- تعیین درصد مهارت های مختلف کادر پرستاری در بخش های بیمارستانی ۱۲۰

ب- ضرایب نیروی انسانی

۱۲۶

شناسنامه انواع تخت ها/ بخش ها ۱۲۸

دستورالعمل شماره ۱- محاسبه تعداد سرپرستار ۲۰۲

دستورالعمل شماره ۲- محاسبه تعداد کمک پرستار مشترک ۲۰۵

دستورالعمل شماره ۳- محاسبه تعداد بیماربر در بیمارستان ۲۰۶

دستورالعمل شماره ۴- محاسبه تعداد نظافتچی مشترک ۲۰۷





فهرست جداول

جدول (۱-۲) - فهرست و زمان لازم برای امور عمومی و متفرقه پرستاران ۵۰

جدول (۲-۲) - ساعات حضور ماهانه پرستاران با فرض ۴۴ ساعت کار موظفی هفتگی ۵۳

جدول (۳-۲) - ساعات دسترسی ماهانه پرستاران (قابل تخصیص به مراقبت) با فرض ۴۴ ساعت کار موظفی هفتگی ۵۴

جدول (۴-۲) - ساعات حضور ماهانه پرستاران با فرض ۳۶ ساعت کار موظفی هفتگی ۵۵

جدول (۵-۲) - ساعات دسترسی ماهانه پرستاران (قابل تخصیص به مراقبت) با فرض ۳۶ ساعت کار موظفی هفتگی ۵۶

جدول (۱-۳) - انواع تخت ها/ بخش هایی که برای آنها شناسنامه ضرایب نیروی انسانی ارائه گردیده است ۷۰

جدول (۲-۳) - انواع تخت های ستاره دار که برای آنها شناسنامه ضرایب نیروی انسانی ارائه گردیده است ۷۳

جدول (۳-۳) - مزایا و معایب روش وظیفه ای ۸۴

جدول (۴-۳) - مزایا و معایب روش موردی ۸۶

جدول (۵-۳) - مزایا و معایب روش تیمی ۸۸

جدول (۶-۳) - بررسی شاخص های محتوایی و فنی در مورد دو روش Team و Case ۹۴

جدول (۷-۳) - بررسی شاخص های اجرایی و عملیاتی در مورد دو روش Team و Case ۹۸

جدول (۸-۳) - تعیین درصد مهارت های مختلف کادر پرستاری در بخش های مختلف بیمارستان ۱۲۲

جدول (۹-۳) - تعیین درصد مهارت های مختلف کادر پرستاری در تخت های ستاره دار بیمارستان ۱۲۵

جدول (۱۰-۳) - ضرایب نیروی انسانی کادر پرستاری و خدماتی بخش های مختلف (جدول جامع) ۲۰۸

جدول (۱۱-۳) - ضرایب نیروی انسانی کادر پرستاری و خدماتی بخش های مختلف (جدول جامع) ۲۱۱





فهرست نمودارها

- نمودار (۱-۲) - در نظر گرفتن Allowance بیش از حد و غیرمنطقی بهره‌وری را در یک چرخه منفی قرار می‌دهد ۳۴
- نمودار (۲-۲) - سیستم محاسبه ضرایب نیروی انسانی کادر پرستاری و عوامل محیطی اثرگذار بر آن ۳۶
- نمودار (۳-۲) - زمان حضور پرستار در بیمارستان و تفکیک آن به بخش‌های مختلف ۴۳
- نمودار (۴-۲) - منحنی مقدار مراقبت پرستاری مورد نیاز یک بیمار با ۹ روز اقامت ۶۲
- نمودار (۵-۲) - منحنی میانگین مراقبت پرستاری مورد نیاز یک بیمار با ۹ روز اقامت ۶۳
- نمودار (۶-۲) - منحنی مقدار مراقبت پرستاری مورد نیاز سه بیمار با ۳ روز اقامت ۶۴
- نمودار (۷-۲) - منحنی میانگین مراقبت پرستاری مورد نیاز سه بیمار با ۳ روز اقامت ۶۴
- نمودار (۱-۳) - نظام ارائه خدمات مراقبتی؛ زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت ۷۶
- نمودار (۲-۳) - نحوه ارائه خدمات مراقبتی در روش وظیفه‌ای ۸۴
- نمودار (۳-۳) - نحوه ارائه خدمات مراقبتی در روش موردی ۸۵
- نمودار (۴-۳) - نحوه ارائه خدمات مراقبتی در روش تیمی ۸۷
- نمودار (۵-۳) - در تحلیل سیستمی حفظ پارادایم موجود ارائه خدمات مراقبتی (روش وظیفه‌ای) ۹۲
- نمودار (۶-۳) - تحلیل شاخص‌های محتوایی و فنی در دو روش «موردی» و «تیمی» ۹۷
- نمودار (۷-۳) - تغییر روش ارائه خدمات مراقبتی از روش وظیفه‌ای به روش تیمی ۱۰۲
- نمودار (۸-۳) - تغییر روش ارائه خدمات مراقبتی از روش وظیفه‌ای به روش موردی ۱۰۲
- نمودار (۹-۳) - تقویت ساختار بخش و حرکت به سمت مکانیکی تر شدن در روش تیمی ۱۰۴
- نمودار (۱۰-۳) - همپوشانی شیفت‌ها در روش‌های مختلف ارائه خدمات مراقبتی ۱۰۴
- نمودار (۱۱-۳) - همپوشانی شیفت‌ها و حضور پرستار مشترک در روش تیمی ۱۰۵
- نمودار (۱۲-۳) - ساختار مشاغل کادر پرستاری بخش در روش تیمی ۱۰۷
- نمودار (۱۳-۲) - تغییرات ترکیب مهارتی در کادر پرستاری ۱۰۸
- نمودار (۱۴-۲) - عرضه و تقاضای نیروی انسانی آموزش دیده و کارآمد در مشاغل کمک پرستاری ۱۰۹
- نمودار (۱۵-۲) - نحوه گذر از وضع فعلی به وضعیت جدید ترکیب مهارتی پرستاران ۱۱۱



همکاران پروژه در این بخش



سعید نوری

[کارشناس ارشد MBA]

مدیر پروژه؛ مدیر فنی و معمار ارشد سیستم

اعضای تیم اصلی



هدایت علی بیکی

[کارشناس م. صنایع؛ کارشناس ارشد مدیریت مالی]

مسؤول تیم؛ کارشناس طراح تفصیلی سیستم (بخش اول)



حسین یوسفیان ساروی

[کارشناس ارشد MBA]

کارشناس ارشد عضو تیم؛ مسؤول طراحی سیستم تیپ بندی



یاشار سلام زاده

[کارشناس ارشد مدیریت اجرایی]

کارشناس عضو تیم؛ مسؤول بهینه‌کاو و مطالعات تطبیقی

اعضای تیم پشتیبان و همیاران داخلی



سعید محمد میری

[کارشناس ارشد IT]

همیار تیم طراحی



طاهره کیوانمهر

[کاردان معماری و گرافیک]

مسؤول امور Office



همیاران پروژه در حوزه بازطراحی ساختار بیمارستان ها

بدینوسیله از همکاری و مساعدت کلیه دوستان و متخصصانی که به انحاء مختلف تیم طراحی را یاری نموده اند، قدردانی و تشکر می کنیم. برای ایشان از درگاه ایزد منان، سلامت و توفیق روزافزون مسألت می نماییم.
در ادامه اسامی تعدادی از همیاران پروژه در حوزه بازطراحی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی به صورت فهرست وار ذکر می شود:

آقایان:

دکتر مظهری (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت)؛ **رضوی** (مشاور ریاست سازمان تأمین اجتماعی و رئیس سابق مرکز نظارت و اعتبار بخشی درمان)؛ **دکتر محقق** (رئیس مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان)؛ **دکتر نعیمی** (ریاست سابق بیمارستان شهدای هفت تیر)؛ **دکتر جعفری** (عضو هیأت علمی دانشگاه)؛ **مهندس کبیر** (معاون اجرایی مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت)؛ **دکتر عابدیان** (رئیس اداره امور بیمارستان خاتم)؛ **غضنفر میرزاییگی** (رئیس سازمان نظام پرستاری)؛ **دکتر محمدعلی امیرزرگر** (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان)؛ **دکتر علی اکبر امیرزرگر** (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)؛ **دکتر آقاجانی** (ریاست بیمارستان امام حسین تهران)؛ **دکتر توکلی** (رئیس سابق بیمارستان میرزا کوچک خان)؛ **دکتر دکت حیدری** - **منفرد** (معاون درمان بیمارستان طالقانی تهران)؛ **دکتر مجید انجم روز** (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز)؛ **دکتر فیجانی** (معاونت درمان بیمارستان شهید فقیهی شیراز)؛ **دکتر محمدحسین سالاریان زاده** (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **فیاض** (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **شریفی مقدم** (معاونت پشتیبانی سازمان نظام پرستاری)؛ **یگانه** (مدیر نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان)؛ **دکتر عمادی** (مدیر بیمارستان فیروزگر تهران)؛ **سید کمال هاشمی نژاد** (مدیر بیمارستان لقمان تهران)؛ **محسنی** (رئیس امور اداری بیمارستان امام خمینی ساری)؛ **نظری** (عضو هیأت مدیره نظام پرستاری تهران و سوپروایزر بیمارستان امام خمینی تهران)؛ **محمد رضا بنی - حسینی** (دانشجوی پزشکی)

خانم ها:

اعظم گیوری (مدیر دفتر پرستاری معاونت سلامت)؛ **دکتر ایزدپناه** (دبیر کمیته راهبردی داروسازی بیمارستانی وزارتخانه)؛ **دکتر یاونگی** (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان)؛ **خورشید و سکویی** (مدیر پرستاری دانشگاه تهران)؛ **پریوش ملک لو** (مترون بازنشسته بیمارستان آذربایجان ارومیه)؛ **دکتر فاطمه طالبی** (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **زمانیان** (کارشناس امور اداری بیمارستان طالقانی تهران)؛ **بهادری** (مسئول دفتر مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **غلام عراقی** (مدیر پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران)؛ **اطاعتی** (مدیر





پرستاری دانشگاه شهید بهشتی؛ **عباسی** (مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران)؛ **کوهی** (کارشناس دفتر پرستاری وزارتخانه)؛ **محمودی** (کارشناس مسؤل دفتر پرستاری وزارتخانه)؛ **ناجی** (مدیر پرستاری مرکز طبی کودکان)؛ **جعفری** (مدیر پرستاری بیمارستان کودکان مفید)؛ **نظری** (رئیس اداره پذیرش بیمارستان فیروزگر)؛ **طاهره شریفی فرد** (رئیس اداره پذیرش و مدارک پزشکی بیمارستان امام حسین تهران)؛ **هاشمی** (کارشناس امور اداری بیمارستان هاشمی نژاد تهران)

همچنین بر خود لازم می‌دانیم از کلیه همکاران و همیاران محترم در تمامی بیمارستان‌های هیأت امنایی اعم از رؤسا، معاونان، مدیران بیمارستان‌ها، رؤسای بخش‌های بالینی، مدیران خدمات پرستاری، سرپرستاران و مسؤلین واحدهای مختلف پشتیبانی، پاراکلینیکی و . . . که در بازدیدهای حضوری از بیمارستان‌ها، پاسخگویی به سؤالات تلفنی و حضوری و همچنین تکمیل پرسشنامه‌ها و ارائه نظرات و پیشنهادات اصلاحی به تیم طراحی یاری رسانده‌اند، تشکر و سپاسگذاری نمایم.





فرهنگ نامه

تعاریف تخصصی

مراقبت های پرستاری

هرگونه فعالیت انجام شده توسط پرستار که با هدف پیاده سازی و اجرای برنامه مراقبتی (Care Plan) پرستاری صورت می گیرد. این اقدامات ممکن است حمایت، ایجاد محدودیت، دادن دارو یا درمان و بهبود وضعیت بیمار باشد تا از گسترش بیشتر تنش جلوگیری نماید.

مراقبت پرستاری مستقیم

مراقبت ارائه شده توسط پرسنل پرستاری در حین کار در حضور بیمار و در رابطه با نیازهای جسمی و روانی او و شامل مراقبت هایی است که مستلزم تماس بیمار و ارتباط رودررو با او به منظور اجرای طرح درمان توصیه شده باشد.

مراقبت های پرستاری غیرمستقیم

شامل فعالیت هایی است که به نمایندگی از بیمار و به دور از حضور او انجام شده و مشتمل بر فعالیت هایی نظیر: گزارش دهی، ثبت، هماهنگی مراقبت با دیگر بخش ها و سازمان ها، انتقال بیمار و تجهیزات و نمونه ها و ارتباطات مربوط به مراقبت و ... می باشد.

ساعات مراقبت پرستاری مستقیم

عبارتست از متوسط زمان لازم جهت ارائه مراقبت های پرستاری مستقیم به بیمار در ۲۴ ساعت (شبانه روز)

ساعات مراقبت پرستاری غیرمستقیم

عبارتست از متوسط زمان مورد نیاز جهت ارائه مراقبت های پرستاری غیرمستقیم و انجام مراقبت های مربوط به بخش در ۲۴ ساعت (شبانه روز)

مراقبت های حرفه ای

آن دسته از فعالیت های مراقبتی که تصمیم گیری راجع به آنها و اجرای صحیح آنها به آموزش آکادمیک و دانشگاهی نیاز دارد و با گذر زمان و پیشرفت های حاصله در دانش و فن آوری درمانی باید بروز و بهنگام گردند؛ مانند تزریق وریدی و عضلانی و ...





مراقبت های غیر حرفه ای

به کلیه فعالیت های مراقبتی که جزو مراقبت های حرفه ای نباشد، مراقبت غیر حرفه ای می گویند و معمولاً شامل فعالیت های عمومی است که انجام آنها نیاز به آموزش مستمر و خاص ندارد؛ مانند تعویض لباس بیمار و استحمام و کوتاه کردن ناخن ها و ...

ساعات موظفی

میزان ساعاتی است که قانونگذار مشخص می کند و یک کارمند موظف است که طی دوره مورد نظر (هفته) به آن میزان در محل کار حضور داشته باشد. (بدون در نظر گرفتن مرخصی ها و تعطیلات مناسبتی و سایر موارد)

ساعات حضور پرستاران

میزان ساعاتی که با ملاحظه ساعات موظفی، اضافه کاری، انواع مرخصی ها و تعطیلات مناسبتی و ... یک پرستار می تواند در محل کار خود حضور داشته باشد.

ساعات دسترسی پرستاران (قابل تخصیص به مراقبت)

آن بخش از ساعات حضور پرستاران است که می تواند صرف انجام فعالیت های مراقبتی (مستقیم و غیرمستقیم) گردد و از کسر کردن زمان های لازم برای فعالیت های متفرقه و عمومی از کل ساعات حضور پرستاران به دست می آید.

فعالیت های متفرقه یا عمومی پرستاران

کلیه فعالیت های غیرمراقبتی و عمومی است که پرستاران به ناچار در ساعات حضور خود در محل کار انجام می دهند و باعث کمتر شدن ساعات دسترسی قابل تخصیص به مراقبت از کل ساعات حضور می شود. مثل خوردن غذا و صرف چای، ادای فریضه نماز و ...

کادر پرستاری

کلیه کسانی که در امر مراقبت از بیماران در بخش های بیمارستانی اعم از بخش های بالینی، اتاق عمل، زایمان، دیالیز و تالاسمی و درمانگاه ها و ... مشارکت مستقیم دارند و شامل سرپرستار، پرستار، ماما، کمک پرستار، کاردان اتاق عمل، کاردان هوشبری (بیهوشی) و ... می باشد.





ترکیب مهارتی (Skill Mix)

نسبت ترکیب مهارت های مختلف (کارشناس پرستاری، کمک پرستار، کاردان و ...) در کادر پرستاری بخش های مختلف بیمارستان را نشان می دهد. مثلاً در بخش داخلی ۷۵٪ کادر پرستاری را پرستاران و ۲۵٪ بقیه را کمک پرستاران تشکیل می دهند.

انواع تخت های بیمارستانی

از یک منظر مجموع تخت های بیمارستان را می توان به دو دسته تخت های معمولی (بستری) و تخت های ستاره دار تقسیم نمود.

تخت های معمولی (بستری)

آن دسته از تخت هایی هستند که بیماران بر روی آنها بستری شده و خدمات درمانی دریافت می کنند و عموماً اقامت بیماران بر روی این تخت ها بیش از ۲۴ ساعت به طول می انجامد. تعداد تخت های بیمارستان که به صورت معمول عنوان می گردد، تعداد همین تخت های بستری می باشد.

تخت های ستاره دار

آن دسته از تخت های بیمارستان می باشد که بیمار بر روی آنها بستری نمی شود و عموماً ظرف کمتر از ۲۴ ساعت خدمات درمانی مورد نیاز را دریافت می نماید؛ مانند تخت های اورژانس، عمل، دیالیز، زایمان و ... این تخت ها به دلیل عدم بستری بلندمدت بیمار بر روی آنها در محاسبه تخت های بیمارستان در نظر گرفته نمی شوند.





پیش گفتار

هر سازمان فعال و پویا، در میدان عمل به وظایف و تحقق مأموریتها و چشم انداز خود، برای دستیابی به سرآمدی علاوه بر الزام به قرار گرفتن در بهترین جهت گیری رفتار بیرونی، نیازمند ایجاد تحول در ارکان خود به منظور قرار گرفتن در بهترین شرایط ساختاری و عملکردی درونی است.

به منظور ایجاد این تحول و دستیابی به سرآمدی مذکور، ایجاد تغییر و تحول در ارکان مختلف سازمان (ساختار، فرایندها، سیستمها، دانش و تکنولوژی، منابع انسانی، فرهنگ سازمانی، اهداف، استراتژیها و برنامهها و سبک مدیریت و رهبری) می بایست در دستور کار قرار گیرد.

عموماً و در مواردی که با تغییر مأموریتها (نقشها و وظایف یک سازمان) و یا تغییر در شرایط، ماهیت و موجودیت سازمان (مثلاً قرار گرفتن در معرض رقابت، خصوصی شدن، تغییر در وضعیت Governance و نظایر اینها) مواجهیم؛ تغییر در ساختار سازمانی به عنوان نیروی محرک (Driving Force) و چارچوب ایجاد سایر تغییرات، مورد توجه قرار می گیرد.

اگرچه در کشور ما عموماً ساختار سازمانی را مترادف و معادل با نمودار سازمانی در نظر می گیرند، لکن اجزاء و ابعاد یک ساختار سازمانی منسجم و جامع عبارتند از:

- ❖ نمودار واحدهای سازمانی
- ❖ شرح وظایف واحدها
- ❖ ساختار مشاغل (فهرست مشاغل و پستها، شرح مشاغل، ویژگیها و شرایط احراز مشاغل)
- ❖ ساختار تصمیم گیری
- ❖ ساختار مواجهه با رویدادهای سازمانی
- ❖ ساختار کنترل مدیریت
- ❖ نظام یکپارچه اختیارات و مسؤولیتها





به منظور بازطراحی ساختار سازمانی بیمارستان‌های منتخب (بیمارستان‌های هیأت امنایی)، با توجه به تنوع و تفاوت شرایط درونی و محیطی این بیمارستان‌ها و با توجه به اینکه نظام مدیریت بیمارستان و اساساً سازمانی به نام بیمارستان، جزء پیچیده‌ترین انواع سازمان‌ها به حساب می‌آید، لذا فعالیت‌هایی به شرح زیر تعریف شده و به انجام رسیده است:

- ۱) طراحی سیستم تیپ‌بندی بیمارستان‌ها
- ۲) طراحی الگوی نمودار واحدهای سازمانی برای تیپ‌های مختلف (برای هر تیپ، یک الگو)
- ۳) طراحی الگوی شرح وظایف واحدها برای تیپ‌های مختلف (برای هر تیپ، یک الگو)
- ۴) طراحی الگوی ساختار مشاغل و پست‌ها برای تیپ‌های مختلف (برای هر تیپ، یک الگو)
- ۵) طراحی سیستم (یا مدل) توسعه و پویایی ساختار سازمانی
- ۶) طراحی سیستم (یا مدل) فعال‌سازی ساختار سازمانی بیمارستان

اجزاء و فعالیت‌های فوق‌الشاره دارای خروجی‌ها و نتایجی به شرح زیرند:

- ۱- کتاب اول - سیستم تیپ‌بندی بیمارستان‌ها
- ۲- کتاب دوم - الگوی نمودار سازمانی بیمارستان‌های هیأت امنایی
- ۳- کتاب سوم - الگوی شرح وظایف واحدهای سازمانی در بیمارستان‌های هیأت امنایی
- ۴- کتاب چهارم - الگوی ساختار مشاغل در بیمارستان‌های هیأت امنایی
- ۵- کتاب پنجم - مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان‌های هیأت امنایی
- ۶- کتاب ششم - مدل فعال‌سازی ساختار سازمانی بیمارستان‌های هیأت امنایی

کتاب حاضر که بخش اول از کتاب پنجم؛ مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان‌های هیأت امنایی را با عنوان ضرایب نیروی انسانی حوزه خدمات مراقبتی از مشاغل عملیاتی بیمارستان را تشکیل می‌دهد؛ فصول زیر را در بر دارد:

فصل اول: تعریف مسأله مورد بحث در این کتاب را در بر دارد.

فصل دوم: مدل، منابع اطلاعاتی و متدولوژی تدوین نتایج را تشریح می‌نماید.

فصل سوم: نتایج طرح را که مشتمل بر نظام جدید پیشنهادی برای ارائه خدمات مراقبتی در بیمارستان و ضرایب نیروی انسانی حوزه خدمات مراقبتی در بیمارستان می‌باشد، بدست می‌دهد.

لازم به ذکر است که تعداد پست‌های لازم از عناوین شغلی مختلفی که در ساختار مشاغل بیمارستان طراحی شده است؛ در بخش دوم مدل توسعه و پویایی مشخص و تعیین می‌گردد.

به عبارتی در کتاب چهارم؛ ساختار مشاغل، صرفاً عناوین شغلی موجود در بیمارستان‌های هیأت امنایی و الگوی ساختار مشاغل بیمارستان مشخص و تبیین شد و تعداد پست‌های مورد نیاز از هر شغل (بسته به تیپ‌ها و یا شاخص‌های مختلف)

در دو بخش ۱- مشاغل و پست‌های مرتبط با کادر پرستاری (پست‌های عملیاتی) و ۲- مشاغل و پست‌های پشتیبانی، مدیریتی، ستادی (پست‌های غیر عملیاتی)؛ در کتاب پنجم - مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان‌های هیأت

امنایی، به تفصیل طراحی و تبیین شده است. و کتاب حاضر بخش اول از دو بخش اشاره شده را پوشش می‌دهد.





در این طرح سعی شده است که ضرایب کادر پرستاری براساس نیازها و شرایط (تنگناها و توانمندی‌های) روز جامعه و با ملاحظه برنامه‌های توسعه آتی و با استفاده از تجربیات گذشته و اطلاعات و آمارهای مختلف در داخل و خارج از کشور تعیین گردد.

موضوع اصلی این کتاب ارائه ساختار و نظام پرستاری مطلوب (در سطح کلان و عمومی)، با نگاه به کلیه بخش‌های بیمارستانی و متناسب با شرایط عمومی بیمارستان‌ها و با فرض ضریب اشغال ۱۰۰٪ برای تخت‌ها، است.

در فصل اول با بیان یک مقدمه به تبیین اهداف و خروجی‌ها و اهمیت و ضرورت کار خواهیم پرداخت و در فصل دوم مدل و متدولوژی محاسبات مربوطه را به طور مختصر مرور خواهیم نمود و الزامات، پیش‌فرض‌ها، متدولوژی، محدودیت‌ها، منابع اطلاعاتی و نقاط قوت و ضعف آنها را بررسی می‌کنیم و در فصل سوم نیز نتایج و پیشنهادات در خصوص ساختار مراقبتی بیمارستان ارائه خواهد شد.

با امید به اینکه مجموعه فعالیت‌های تعریف شده در مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، در حوزه بیمارستان‌ها، که با هدف ایجاد تحول و بهبود ارائه خدمات به مردم شریف ایران انجام گرفته است، بتواند با همکاری صمیمانه تمامی ذینفعان این حوزه به ثمر نشسته و ثمره آن که رضایت مردم عزیزمان و نهایتاً رضایت قادر متعال است، کام همه خدمتگزاران واقعی در این عرصه را شیرین نماید. انشاء...

در انتهای این مقدمه کوتاه، بر خود لازم می‌دانم که از:

- جناب آقای دکتر لنکرانی؛ مقام محترم وزارت
 - جناب آقای دکتر حافظی؛ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع
 - جناب آقای مهندس حبیبیان؛ ریاست محترم مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری
 - جناب آقای دکتر اعرابی؛ ناظر محترم پروژه
 - جناب آقای مهندس رستمی؛ مشاور ارشد پروژه
 - و همه عزیزانی که در این راه ما را یاری کرده‌اند
- نهایت تشکر، سپاس و قدردانی را بنمایم.

سعید نوری

مجری طرح و مدیر پروژه بازطراحی ساختار سازمانی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۱۳۸۸/۰۵/۱۷





خلاصه مدیریتی



فصل اول

تعریف مسأله

بازطراحی ساختار سازمانی بیمارستان های منتخب (هیأت امنایی)

کتاب پنجم - مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی

بخش اول - مشاغل عملیاتی (خدمات مراقبتی)



مقدمه

امروزه جهت گیری و نگاه عمومی سازمان ها در دنیا از تولیدمحوری به سوی خدماتی شدن و ارائه خدمات با کیفیت متمایل شده است و از طرف دیگر مشتریان و کلیه ذی نفعان به حقوق خود آشنایی کامل دارند؛ لذا سازمان هایی موفق ترند که بتوانند خدمات مورد نیاز جامعه را در اسرع وقت و با حداقل بهای تمام شده و با کیفیت مطلوب ارائه نمایند و سیاست مشتری محوری را به نحو احسن سرلوحه کلیه فعالیت های خود قرار دهند.

از جمله مهمترین سازمان های ارائه خدمات که بهداشت و سلامت جسم و روان افراد جامعه را رقم می زنند، بیمارستان ها و مراکز تشخیصی درمانی می باشند و اساسی ترین عاملی که اثربخشی و کارایی خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان ها را تضمین می نماید، منابع انسانی بیمارستان و به خصوص مجموعه ای که مسؤول ارائه خدمات مستقیم به بیماران هست، می باشد. در این میان، کادر پرستاری که عموماً بیش از ۵۰٪ کل پرسنل یک بیمارستان را تشکیل می دهد، مهمترین نقش را در جلب رضایت مشتریان، افزایش سودآوری بیمارستان، کاهش هزینه های جامعه، افزایش بهره وری کل بیمارستان، کاهش مرگ و میر و به طور کلی، ارتقاء سطح سلامت جامعه دارند. پرستاران، اولین و آخرین گروهی هستند که مستقیماً با بیماران سروکار دارند و به آنها خدمت ارائه می دهند. لذا ارائه خدمات مراقبتی مطلوب در گرو توسعه کمی و کیفی نیروی پرستاری می باشد.





توسعه کیفی مراقبت های پرستاری از طریق آموزش مداوم و مستمر و انگیزش مادی و معنوی و نظارت و ارزیابی فعالیت های کادر پرستاری حاصل می شود.

اما توسعه کمی و به عبارتی تأمین تعداد مناسب پرستاران برای ارائه خدمات مراقبتی به عوامل بی شماری بستگی دارد؛ از جمله:

- سیاست های کلان دولت و قوانین منطقه ای
- تحولات تکنولوژیکی و پیشرفت های حاصل شده در علوم و برنامه های مراقبتی
- فرهنگ عمومی جامعه و سطح اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی منطقه تحت پوشش
- محیط کلان کشور از منظر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و میزان دسترسی به نیروی پرستاری کافی
- شرایط اکولوژیکی منطقه و عوامل دیگری مثل جنگ، بحران، قحطی و . . .
- شرایط خاص هر بیمارستان (فیزیکی، جغرافیایی، جمعیتی، تخصص ها، مدت اقامت بیماران، ضرایب اشغال تخت ها و . . .)
- سایر موارد

لذا فرایند تعیین و تأمین نیروی پرستاری لازم برای ارائه خدمات مراقبتی در بیمارستان ها، امری پویا و مستمر می باشد و باید در طی زمان به طور مداوم مورد بازنگری و ارزیابی قرار گیرد.

در حال حاضر به دلیل نبود یک استاندارد مدون که براساس شرایط تخت های بیمارستانی کشورمان تدوین شده باشد، آشفتگی در ارائه خدمات و ناهمسانی قابل توجهی در توزیع نیروی در پرستاری بخش های مختلف مشاهده می شود؛ و نیاز به مطالعه ای جامع و یکپارچه در خصوص تعیین ضرایب صحیح و علمی نیروی پرستاری و تعدیل و اصلاح ضرایب فعلی احساس می شود.

نکته مهم این است که ضرایب نیروی پرستاری مورد نیاز در بخش های مختلف با توجه به نیازها و شرایط مراقبتی بیماران خاص آن بخش، متفاوت است و به عنوان مثال یک بیمار بخش ویژه، به مراقبت های پرستاری بیشتری نسبت به سایر تخت ها نیاز دارد و تعداد پرستار بیشتری را می طلبد. در مجموع، ضرایب در هر بخش، بسته به نوع تخت و نیازهای مراقبتی بیمار بستری روی آن، ضریب اشغال و مدت اقامت بیماران و . . . با بخش های دیگر متفاوت است. از طرفی چون در کلیه بیمارستان های کشور نسبت تخت های ویژه، جراحی، داخلی، اطفال، زنان و زایمان و . . . یکسان نیست، نمی توان یک ضریب کلی یا متوسط برای همه تخت های بیمارستان اعلام نمود.





اهمیت و ضرورت

در راستای رسیدن به مهم‌ترین مأموریت نظام سلامت کشور، یعنی ارتقاء کیفی و کمی سطح سلامت افراد جامعه، یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین فعالیت‌ها و برنامه‌ها، ارائه و پیشبرد خدمات تشخیصی، مراقبتی و درمانی می‌باشد. آن چه که متضمن ارتقاء سلامت جامعه و افزایش بهره‌وری در عملکرد نظام سلامت کشور است، در وهله اول تشخیص صحیح و به موقع آسیب‌ها و ناهنجاری‌ها و در مرحله بعد انجام فعالیت‌های پیشگیرانه و مراقبتی است.

اگر نیک بنگریم محور و مبنای توسعه پایدار و پیشرفت همه جانبه کشور عزیز اسلامی مان را انسان‌های سالم از نظر جسمی و روحی تشکیل می‌دهند؛ در این راستا آن چه اهمیت می‌یابد تقویت زیرساخت‌ها و بهبود ساختار و زیرسیستم‌های نظام سلامت کشور به منظور حفظ و ارتقاء سطح سلامت آحاد جامعه می‌باشد.

بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین مراکز تشخیصی درمانی و توانبخشی و قلب‌های تپنده نظام سلامت کشور، برای ارائه خدمات مراقبتی مطلوب، باید خود را از نظر منابع فیزیکی و عمرانی و تجهیزات و منابع انسانی و به خصوص کادر مراقبت آموزش دیده و متبحر، مجهز نمایند. مسؤلیت ارائه خدمات مستقیم مراقبتی به بیماران به عهده کادر پرستاری است و آنها با مهر و محبت و صبر و پایداری دلسوزانه، درد و رنج جسمی و روحی افراد جامعه را تحمل نموده و التیام می‌بخشند و موجبات کسب کرامات انسانی و توسعه مادی و معنوی کشور را فراهم می‌سازند.

لذا با عنایت به موارد فوق تلاش در جهت آموزش و انگیزش پرستاران و افزایش کیفیت پرستاری به شدت ضرورت می‌یابد. از طرفی جلب رضایت بیماران و دستیابی به استانداردهای مطلوب درمانی و مراقبتی جز با تأمین نیروی پرستاری مناسب بر مبنای شرایط بیمارستان، نوع تخت‌ها و نوع بیماران آنها، ضرایب اشغال تخت‌ها، مدت اقامت بستری بیماران، ساختار فیزیکی و ... ممکن نمی‌باشد.

پیش از این، طبق استانداردها و بخش‌نامه‌های پرسنلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کلیه تخت‌های بستری بیمارستان نیروی پرستاری لازم بر مبنای ضریب ۰/۷ به ازای هر تخت تعیین می‌شده است.

اولاً؛ باید توجه داشت که در بخش‌های مختلف، نیازهای مراقبتی بیماران، ضرایب اشغال تخت‌ها و مدت اقامت بستری بیماران متفاوت است و نمی‌توان ضریبی کلی برای همه تخت‌ها در نظر گرفت.

ثانیاً؛ در شمارش تخت‌هایی که به مراقبت پرستاری نیاز دارند، تخت‌های غیر بستری بیمارستان (تخت‌های ستاره‌دار) از جمله اورژانس، تالاسمی، دیالیز، اتاق عمل و زایمان و ... به این دلیل که بیمار، مدتی طولانی روی آنها بستری نمی‌شود، مغفول واقع می‌شوند؛ در صورتی که اتفاقاً این بخش‌ها به کادر پرستاری حرفه‌ای‌تر با آموزش‌های خاص و تعداد بیشتر نیاز دارند؛ و در حال حاضر بیمارستان‌ها می‌باید





از کادر پرستاری بقیه بخش‌ها کاسته و به این قسمت‌ها اضافه نمایند. در نتیجه متوسط ضریب کادر پرستاری بخش‌ها از ۰/۷ هم کمتر می‌شود.

با توجه به موارد فوق، کاملاً روشن است که باید با نگاه علمی و مبتنی بر واقعیات به ساماندهی و تعدیل اصولی ضرایب نیروی پرستاری در بخش‌های بیمارستان‌ها پرداخت.





اهداف و خروجی ها

هدف متعالی این طرح، کمک به ارتقاء سلامت فردی و اجتماعی و تأمین امنیت و آرامش و آسایش جسمی، روحی و روانی انسان ها از طریق کاهش دردها و ناراحتی هاست. همه سیاست ها، اهداف و برنامه هایی که از این پس عنوان می گردد، در راستای پیشبرد همین هدف متعالی و مقدس می باشد.

یکی از مهمترین اهدافی که در تمام سطوح تولیدی و خدماتی باید مد نظر باشد، افزایش بهره وری در ارائه خدمات است. بهره وری مشتمل بر دو بعد جدایی ناپذیر کارایی و اثربخشی است. میزان افزایش در کارایی خدمات مراقبتی را با شاخص هایی مثل کاهش مدت اقامت بستری بیماران در بیمارستان، کاهش هزینه های تشخیصی و درمانی، افزایش ضریب اشغال تخت ها و ... اندازه می گیرند. اثر بخشی در واقع میزان نزدیک شدن به همان هدف اصلی یعنی ارتقاء سلامت جامعه است.

باید توجه داشت که توجه به یک بعد بهره وری بدون توجه به بعد دیگر، یا مسیر به سوی هدف را تغییر می دهد و به مقصد نمی رسیم یا راه رسیدن به هدف را دور و صعب می کند. لذا باید هر دو جنبه را در هر لحظه در نظر داشت؛ چرا که یکی بدون دیگری ناقص و بی فایده است.

از دیگر اهداف این طرح، تأمین عدالت در دسترسی آحاد جامعه به خدمات درمانی با کیفیت مناسب و همچنین تخصیص تعداد مناسب پرستار به تخت های بیمارستان بر اساس متغیرها و شاخص های تأثیرگذار است و به این هدف جز با مطالعه جامع استانداردهای مراقبتی و فعالیت ها و فرایندهای پرستاری، نمی توان دست یافت. هدف عمده و اصلی که بقیه اهداف تحت الشعاع آن قرار می گیرند، جلب رضایت مشتری در تمام زمینه های مراقبتی و درمانی است و مشتریان (بیماران و خانواده و همراهان آنها) در صورت پاسخگویی به موقع و مناسب به نیازهایشان رضایت خواهند داشت. از آنجا که پرستاران، مسؤول اصلی پاسخگویی به بیماران هستند، در قبال این مسؤولیت و پاسخگویی، می بایست به آنها اختیارات و امکانات لازم، البته با ملاحظه شرایط و محدودیت های دولت و جامعه، ارائه گردد.

در نهایت، هدف منطقی و اصولی این طرح جلب منفعت و رضایت کلیه ذی نفعان از جمله بیماران، پزشکان، کلیه شاغلین در بیمارستان ها، افراد جامعه، دولت و ... می باشد.

در خصوص خروجی های این طرح توجه به نکات زیر الزامی است:

- با توجه به اینکه در زمان تهیه و تدوین این سند، آیین نامه اجرایی مربوط به قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت مصوب ۸۷/۱۲/۵ توسط مجلس شورای اسلامی، تدوین و ابلاغ نشده است و مشمولین و شرایط کاهش ساعات کار به طور دقیق مشخص نیست؛ لذا با توجه به عدم





اطمینان ناشی از این مسئله، کلیه ضرایب برای بخش‌های بستری، در قالب شناسنامه‌هایی برای هر بخش و بر اساس دو سناریوی مختلف ساعات کار پرستاران و کمک‌پرستاران در هفته؛ به شرح زیر محاسبه و ارائه خواهد شد:

سناریوی اول - ساعات موظفی هفتگی؛ ۴۴ ساعت (طبق روال سابق)

سناریوی دوم - ساعات موظفی هفتگی؛ ۳۶ ساعت (طبق قانون جدید)

□ ضرایب پیشنهاد شده، با توجه به بسته‌های خدمات پرستاری که در حال حاضر ارائه می‌گردد، محاسبه شده است. باید توجه داشت که در صورت توسعه خدمات پرستاری و تعریف بسته‌های خدمتی جدید و همچنین در صورتی که فناوری‌های درمانی و مراقبتی تغییر نماید و نیاز به کیفیت بیش از آن چیزی که در حال حاضر ارائه می‌شود، باشد، باید مطالعه‌ای جامع صورت گیرد و ضرایب مجدداً اصلاح گردد. پس این ضرایب لزوماً در سال‌های متمادی نمی‌تواند مبنای تخصیص نیروی پرستاری باشد و لزوم مطالعه مجدد وجود دارد.

□ با توجه به اینکه در کشور تنوع بیمارستان‌ها از نظر تعداد تخت (از ۸ تخت تا ۱۲۰۵ تخت) بسیار زیاد و پراکنده است و بخش‌هایی حتی با یک یا دو تخت وجود دارد و اینکه امر مراقبت از بیماران، فعالیتی شبانه‌روزی است و در تمام ساعات شبانه‌روز باید مراقبت‌های پرستاری ارائه شود، برای بعضی از بخش‌های بیمارستان ضرایبی تحت عنوان **حداقل نیروی پرستاری لازم** برای پوشش شبانه‌روزی بخش ارائه خواهد شد.

□ طبق مستندات در دسترس و مشاهدات به عمل آمده، آموزشی یا درمانی بودن بیمارستان، نقش چندانی در افزایش یا کاهش حجم مراقبت‌های پرستاری ندارد. لذا ضرایب به دست آمده هم در مراکز آموزشی و هم در بیمارستان‌های درمانی قابل اجرا و پیاده‌سازی است.

□ در مدل توسعه و پویایی ساختار بیمارستان‌ها، ضرایب نیروی انسانی با فرض **ضریب اشغال ۷۵ درصد در بخش‌های معمولی و ۹۰ درصد در بخش‌های مراقبت‌های ویژه** و با فرض ایده‌آل بودن سایر شرایط محاسبه و پیشنهاد می‌گردد. از آنجا که ممکن است بیمارستان‌ها در شرایط واقعی، در وضعیتی کاملاً متفاوت با پیش‌فرض‌های این طرح عمل نمایند، مدل فعال‌سازی ساختار بیمارستان‌های هیأت امنایی برای پیاده‌سازی ضرایب با در نظر گرفتن شرایط واقعی در کتابی دیگر ارائه می‌گردد.

