

سیستم تپ بندی بیمارستان ها

کتاب اول

ویرایش اول (پیشنهادی)



بازطراحی ساختار سازمانی
بیمارستان های منتخب (هیأت امنایی)

مجری طرح
سعید نوری

مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری
معاونت توسعه مدیریت و منابع

اردیبهشت ماه ۱۳۸۸

[MOHME-RP(H)/B1][v1]

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



۸	فرهنگ نامه
۹	همکاران طرح
۱۰	همیاران طرح
۱۱	پیش گفتار
۱۳	خلاصه مدیریتی
۱۴	فصل اول - مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی
۱۵	مقدمه
۱۷	مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان ها
۱۸	اولین سیستم - سیستم تیپ بندی بیمارستان ها
۱۹	دومین سیستم - مدل توسعه و پویایی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی
۲۱	سومین سیستم - مدل فعال سازی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی
۲۵	جمع بندی
۲۷	فصل دوم - سیستم تیپ بندی بیمارستان ها؛ اهداف و خروجی ها
۲۸	مقدمه
۲۹	تیپ بندی؛ ابعاد، خروجی ها و اهداف
۳۲	حوزه های تیپ بندی؛ وظایف و فعالیت های کلان
۳۶	فصل سوم - متغیرهای ورودی / مؤثر در تیپ بندی
۳۷	فهرست متغیرهای ورودی / مؤثر در تیپ بندی بیمارستان ها
۳۹	شرح تفصیلی متغیرهای ورودی / مؤثر در تیپ بندی بیمارستان ها
۴۰	شناسنامه متغیر فرعی اول - تعداد کل تخت های بیمارستان
۴۳	شناسنامه متغیر فرعی دوم - تنوع بخش ها / تخت ها در بیمارستان
۴۸	شناسنامه متغیر فرعی سوم - تعداد خدمات پاراکلینیکی بیمارستان
۵۱	شناسنامه متغیر فرعی چهارم - تعداد بخش های آموزشی
۵۴	شناسنامه متغیر فرعی پنجم - تعداد هیأت علمی بیمارستان
۵۶	شناسنامه متغیر اصلی اول - اندازه بخش های بستری





- ۶۰ شناسنامه متغیر اصلی دوم- اندازه واحدهای پاراکلینیکی
- ۶۴ شناسنامه متغیر اصلی سوم- اندازه خدمات سرپایی (درمانگاهها)
- ۶۹ شناسنامه متغیر اصلی چهارم- اندازه آموزش و پژوهش

۷۳ فصل چهارم- تیپ بندی حوزه های فعالیت در بیمارستان

۷۴ الف- تیپ بندی حوزه عملیات

۷۵ الگوریتم تیپ بندی حوزه عملیات

۷۸ مدل های مرجع تیپ بندی حوزه عملیات

۹۰ ب- تیپ بندی حوزه خدمات و پشتیبانی

۹۱ طیف تغییرات متغیر «تعداد کل تخت های بیمارستان»

۹۲ الگوریتم تیپ بندی حوزه خدمات و پشتیبانی

۹۳ مدل مرجع تیپ بندی حوزه خدمات و پشتیبانی

۹۴ ج- تیپ بندی حوزه آموزش و پژوهش

۹۵ الگوریتم تیپ بندی حوزه آموزش و پژوهش

۹۷ مدل مرجع تیپ بندی حوزه آموزش و پژوهش

۹۸ د- تیپ بندی حوزه مدیریت ارتباط با مشتریان

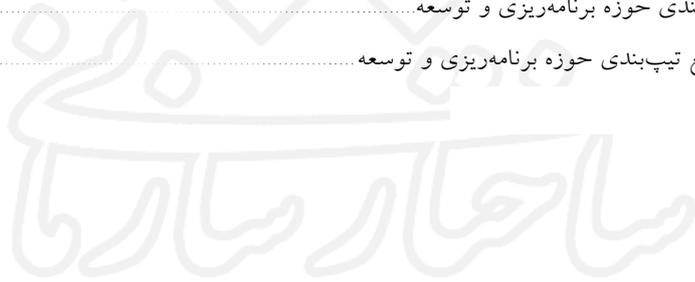
۹۹ الگوریتم تیپ بندی حوزه مدیریت ارتباط با مشتریان

۱۰۰ مدل مرجع تیپ بندی حوزه مدیریت ارتباط با مشتریان

۱۰۱ ه- تیپ بندی حوزه برنامه ریزی و توسعه

۱۰۳ الگوریتم تیپ بندی حوزه برنامه ریزی و توسعه

۱۰۶ مدل های مرجع تیپ بندی حوزه برنامه ریزی و توسعه





فرهنگ نامه



همکاران پروژه در این بخش



سعید نوری

[کارشناس ارشد MBA]

مدیر پروژه؛ مدیر فنی و معمار ارشد سیستم

اعضای تیم اصلی



حسین یوسفیان ساروی

[کارشناس ارشد MBA]

مسئول تیم؛ کارشناس طراح تفصیلی سیستم



سعید محمد میری

[کارشناس ارشد IT]

کارشناس ارشد عضو تیم؛ ناظر کیفی طراحی



یاشار سلام زاده

[کارشناس ارشد مدیریت اجرایی]

کارشناس عضو تیم؛ مسئول بهینه‌کاوی و مطالعات تطبیقی



هدایت علی بیکی

[کارشناس ارشد مدیریت مالی]

کارشناس عضو تیم

اعضای تیم پشتیبان و همیاران داخلی



حمزه نعیمی

[کارشناس ارشد MBA]

همیار تیم طراحی



محمد حسین زارع

[کارشناس ارشد م. صنایع]

همیار تیم طراحی



صادق نادى زاده

[کارشناس ارشد م. صنایع]

همیار تیم طراحی



طاهره کیوانمهر

[کاردان معماری و گرافیک]

مسئول 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 نموده‌اند، قدردانی و تشکر می‌کنیم. برای ایشان از درگاه ایزد منان، سلامت و توفیق روزافزون مسألت می‌نماییم.

آقایان:

غضنفر میرزاییگی (رئیس سازمان نظام پرستاری)؛ **دکتر نعیمی** (ریاست سابق بیمارستان شهدای هفت تیر)؛ **دکتر جعفری** (عضو هیأت علمی دانشگاه)؛ **دکتر مظهری** (مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت)؛ **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 رضوی** (مشاور ریاست سازمان تأمین اجتماعی و رئیس سابق مرکز نظارت و اعتبار بخشی درمان)؛ **دکتر حیدری منفرد** (معاون درمان بیمارستان طالقانی تهران)؛ **دکتر مجید انجم‌روز** (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز)؛ **دکتر فیجانی** (معاونت درمان بیمارستان شهید فقیهی شیراز)؛ **دکتر محمدحسین سالاریان‌زاده** (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 هاشمی‌نژاد** (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 بنی‌حسینی** (دانشجوی پزشکی)

خانم‌ها:

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 ملک‌لو** (مترون بازنشسته بیمارستان آذربایجان ارومیه)؛ **دکتر فاطمه طالبی** (مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **زمانیان** (کارشناس امور اداری بیمارستان طالقانی تهران)؛ **بهداری** (مسئول دفتر مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)؛ **غلام‌عراقی** (مدیر پرستاری بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد تهران)؛ **اطاعتی** (مدیر پرستاری دانشگاه شهید بهشتی)؛ **عباسی** (مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران)؛ **کوهی** (کارشناس دفتر پرستاری وزارتخانه)؛ **محمودی** (کارشناس مسئول دفتر پرستاری وزارتخانه)؛ **ناجی** (مدیر پرستاری مرکز طب کودکان)؛ **جعفری** (مدیر پرستاری بیمارستان کودکان مفید)؛ **نظری** (رئیس اداره پذیرش بیمارستان فیروزگر)؛ **طاهره شریفی‌فرد** (رئیس اداره پذیرش و مدارک پزشکی بیمارستان امام حسین تهران)؛ **هاشمی** (کارشناس امور اداری بیمارستان هاشمی‌نژاد تهران)





اجزاء و فعالیت های فوق الاشاره دارای خروجی ها و نتایجی به شرح زیرند:

- ۱- کتاب اول- سیستم تیپ بندی بیمارستان ها
- ۲- کتاب دوم- الگوی نمودار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی
- ۳- کتاب سوم- الگوی شرح وظایف واحدهای سازمانی در بیمارستان های هیأت امنایی
- ۴- کتاب چهارم- الگوی ساختار مشاغل در بیمارستان های هیأت امنایی
- ۵- کتاب پنجم- مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی
- ۶- کتاب ششم- مدل فعال سازی ساختار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی

کتاب حاضر (کتاب اول؛ سیستم تیپ بندی بیمارستان ها)؛ فصل های زیر را در بر دارد:

- فصل اول؛** مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی را تبیین کرده است.
- فصل دوم؛** سیستم تیپ بندی و اهداف و خروجی های مورد انتظار از آن را توضیح داده است.
- فصل سوم؛** توضیح و تشریح متغیرهای ورودی / مؤثر در تیپ بندی بیمارستان را در بر دارد و
- فصل چهارم؛** نحوه تیپ بندی حوزه های مختلف فعالیت در بیمارستان را شرح می دهد.

با امید به اینکه مجموعه فعالیت های تعریف شده در مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، در حوزه بیمارستان ها، 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 می دانم 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 کرده اند

نهایت تشکر، سپاس و قدردانی را بنمایم.

سعید نوری

مجری طرح و مدیر پروژه بازطراحی ساختار سازمانی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۱۳۸۸/۲/۱۵





خلاصه مدیریتی



فصل اول

مدل کلان

تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی

بازطراحی ساختار سازمانی بیمارستان های منتخب (هیأت امنایی)

کتاب اول - سیستم تیپ بندی بیمارستان ها



مقدمه

همانگونه که در پیش گفتار کتاب حاضر ذکر شد، به منظور بازطراحی ساختار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی، به دلایلی همچون:

- تنوع و تفاوت بسیار زیاد در شرایط درونی و محیطی این بیمارستان ها
- پیچیدگی فوق العاده نظام مدیریت بیمارستان و اساساً سازمانی به نام بیمارستان
- لزوم نگاه خاص و سفارشی (Customized) به هر بیمارستان براساس منابع، ظرفیت ها و شرایط محیطی و درونی آن بطوری که بیمارستان های با شرایط متفاوت و متنوع، همگی با یک نسخه ساختاری و تشکیلات یکسان تعیین تکلیف نشوند.
- بهبود در شرایط فعلی ساختار سازمانی بیمارستان ها و نه بدتر کردن وضعیت جاری
- تغییرات نسبتاً زیاد در شرایط درونی و محیطی و عملکردی بیمارستان ها، مثلاً در مواردی همچون تعداد تخت ها، ضریب اشغال تخت و ...





□ ایجاد پویایی های لازم و بسترهای مناسب جهت پاسخگویی لحظه به لحظه و سریع به نیازهای ساختاری و نرم افزاری بیمارستان ها متناسب با تغییراتی که در شرایط آنها ایجاد می شود. □ و ...

لازم است که سیستم ها یا مدل هایی در مجموعه دستگاه متولی (حاکمیت / سازمان مادر) تعریف و مستقر گردد تا این سیستم ها و یا مدل ها بتوانند به مجموعه مطالباتی که از ناحیه دلایل فوق الذکر ایجاد می شود، پاسخ مناسب، درخور، سریع و پویا ارائه دهند.

این سیستم ها و مدل ها می بایست به گونه ای طراحی شوند که علاوه بر پاسخگویی سریع به تغییرات در شرایط بیمارستان های موجود (در حوزه نیازمندی های ساختاری و تشکیلاتی آنها)؛ نیازهای ساختاری و تشکیلاتی بیمارستان های جدیدالتأسیس را نیز پوشش دهند.

به عبارتی این سیستم ها باید بتوانند مبتنی بر مجموعه ای از ورودی ها (تحت عنوان متغیرها و شاخص های درونی و محیطی بیمارستان های مختلف) خروجی ها و نتایجی که ساختار سازمانی و تشکیلات تفصیلی سازمان بیمارستان را تعریف می کنند؛ ارائه کرده و در عین حال پویایی های لازم در بستر زمان و در موارد تغییر در شاخص ها و متغیرهای ورودی را نیز تضمین نمایند.

به عنوان مثال برای یک بیمارستان ۹۶ تختخوابه و دارای بخش های x و y و z و ... و با مقادیر مشخص برای متغیرهای در نظر گرفته شده؛ این سیستم ها باید پس از اخذ ورودی های لازم، ساختار سازمانی متناسب با این ظرفیت ها و منابع را تعیین نمایند و چنانچه پس از مدتی تعداد تخت های بیمارستان به ۱۲۰ تخت و بخش ها با تغییرات مواجه شدند، سیستم های مذکور تغییرات ساختار سازمانی آنها را مشخص کنند.

به این ترتیب فرایند چانه زنی های غیرمعقول برای کسب تعداد پست ها و واحدهای سازمانی بیشتر و قبض و بسط وظایف و مسئولیت ها و اختیارات، حذف شده و جای خود را به سیستم های هوشمند، کارآمد و مبتنی بر یک نظم منطقی و کارشناسانه می دهد.

البته سیستم های اشاره شده می بایست در درون خود، مکانیزم های پویایی خود و همچنین پویایی ساختارهای سازمانی که به عنوان خروجی آنها شناخته می شود را به همراه داشته و تضمین نمایند.





مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی

آنچه که در مقدمه این فصل ذکر شد، فرایندی را به ذهن متبادر می سازد که طی آن، ورودی های مختلفی از شرایط محیطی و درونی (منابع و ظرفیت ها و . . .) یک بیمارستان، تحت عنوان متغیرها و شاخص های مختلف وارد سیستم هایی شده و پس از انجام پردازش ها و تجزیه و تحلیل ها و در گذر از یک سری فرمول ها، ماتریس ها، جداول و نظایر اینها؛ ساختار سازمانی آن بیمارستان را بدست می دهد. ما این فرایند را تحت عنوان «مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی» نامیده ایم.

برای اینکه اجزاء مختلف این مدل و به عبارتی سیستم ها و زیرسیستم های موجود در این مدل مشخص شود لازم است ابتدا مشخص سازیم که آن ساختار سازمانی و تشکیلاتی را که به عنوان خروجی این مدل انتظار داریم، دارای چه بخش ها یا اجزاء و ابعادی است. ابعاد مورد نظر و انتظار به قرار زیرند:

- ۱) نمودار واحدهای سازمانی (به عنوان ساختار مدیریتی بیمارستان)
- ۲) ساختار مشاغل و پست ها (یا فهرست مشاغل و پست ها که علاوه بر تعیین نوع مشاغل، تعداد پست ها را نیز معین می کند)

البته همانگونه که پیش از این ذکر گردید، یک ساختار سازمانی منسجم و کامل ابعاد دیگری از جمله شرح وظایف واحدها، شرح و ویژگی های مشاغل، ساختار تصمیم گیری، نظام اختیارات و مسؤولیت ها و . . . را نیز شامل می شود که تقریباً همه موارد ذکر شده مبتنی بر دو بعد اصلی مورد نظر ما (یعنی نمودار واحدها و نمودار یا ساختار مشاغل و پست ها) طراحی شده و اسکلت و شیرازه اصلی ساختار را این دو جزء تشکیل می دهند. بنابراین خروجی های اصلی مورد انتظار از سیستم هایی که در مدل تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی تعبیه می شوند، عبارتند از دو جزء بر شمرده شده که البته این سیستم ها و این مدل در ارائه خروجی های مذکور می بایست به شرایط اساسی زیر متعهد و ملتزم باشند:

- ۱) پاسخگویی سریع به تغییرات
- ۲) کاربرد آسان این سیستم ها
- ۳) منطقی و کارشناسی بودن نتایج
- ۴) تضمین پویایی این سیستم ها و همچنین خروجی های این سیستم ها و مهمتر از همه
- ۵) برخورداری از جامعیت، یکپارچگی و انسجام





اولین سیستم - سیستم تیپ بندی بیمارستان ها

اگر چه هر بیمارستانی با توجه به شرایط محیطی و دورنی خاص و منحصر بفرد خود، ساختار سازمانی ویژه و منحصر بفرد خود را نیز می طلبد، اما از آنجا که با کنار هم قرار گرفتن بیمارستان های مختلف وجوه تشابه بسیاری بین آنها هویدا می گردد و صرفاً تفاوت در ظرفیت ها و منابع و برخی از پارامترها هر بیمارستان را منحصر بفرد می سازد، لذا می توان با ارائه یک دسته بندی منطقی از بیمارستان های مختلف، ساختارهای مدیریتی خاص هر دسته را تعریف نمود.

با توجه به اینکه سیستم های مورد نظر صرفاً در ارتباط با بیمارستان های هیأت امنایی که می توان از آنها با عنوان بیمارستان های خودگردان نیز نام برد، تعریف می شوند و این بیمارستان ها در ابعاد حکمرانی (Governance) کاملاً مشابه و قابل انطباق بر یکدیگرند، لذا این موضوع که می توان ساختارهای مدیریتی آنها را در چند دسته مشخص، تیپ بندی نمود، صحیح تر و منطقی تر جلوه می کند.

بنابراین سیستم تیپ بندی بیمارستان ها به عنوان اولین جزء مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی مطرح بوده و خروجی آن تعیین ساختار مدیریتی و به عبارتی نمودار واحدهای سازمانی بیمارستان است.



نمودار (۱-۱) - سیستم تیپ بندی بیمارستان ها و نتیجه و خروجی حاصل از آن

از آنجا که در فصول بعد این کتاب به تفصیل پیرامون این سیستم توضیح داده می شود، لذا از توضیح بیشتر در این قسمت صرف نظر می گردد.





دومین سیستم - مدل توسعه و پویایی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی

پس از آنکه ساختار مدیریتی بیمارستان و به عبارت دیگر نمودار واحدهای سازمانی آن تعیین گردید، می بایست دومین خروجی مورد انتظار یعنی ساختار مشاغل و پست ها برای هر بیمارستان احصا گردد. حال:

اولاً؛ در ساختار مشاغل و پست ها می بایست هم عناوین شغلی و پستی مشخص و فهرست شوند و هم تعداد پست های مورد نیاز از عناوین شغلی مختلف در واحدهای سازمانی طراحی شده برای بیمارستان معین گردد.

ثانیاً؛ با توجه به اینکه ظرفیت ها و منابع و متغیرها/ شاخص های درونی سازمان در هر بیمارستان با بیمارستان دیگر متفاوت است و این ظرفیت ها، منابع، متغیرها و شاخص ها بر حجم کار و حجم فرایندهای عملیاتی و پشتیبانی و مدیریتی بیمارستان کاملاً تأثیرگذار و تعیین کننده هستند؛ لذا هر بیمارستان ساختار مشاغل و پست های خاص و منحصر بفرد خود را می طلبد.

ثالثاً؛ در تعیین ساختار مشاغل و پست های هر بیمارستان می بایست همه شاخص ها و متغیرهایی که به نحوی بر نوع مشاغل و پست هایی که برای بیمارستان در نظر گرفته می شود و بر تعداد آنها تأثیرگذار هستند، مشخص و مورد استفاده قرار گیرند. به عبارتی برای هر نوع شغل می بایست با استفاده از یک یا چند شاخص به تعیین تعداد پست های لازم از آن پرداخت.

رابعاً؛ از آنجا که در سیستم تیپ بندی، همه بیمارستان ها در چند تیپ مشخص دسته بندی می شوند و از طرفی متغیرها و شاخص هایی که به عنوان ورودی سیستم تیپ بندی در نظر گرفته می شوند، به دلایل مختلف^۱، شاخص ها و متغیرهایی کلی و کلان و با تعداد محدود می باشند، لذا این سیستم شرایط لازم برای اینکه بتواند ساختار مشاغل و پست های خاص هر بیمارستان را بدست دهد، دارا نیست.

با توجه به دلایل و شرایط فوق الذکر، نیاز به وجود سیستمی که با استفاده از متغیرها/ شاخص های متعدد ورودی و براساس فرمول ها، جداول، ماتریس ها و سایر ابزارها و تکنیک های مورد استفاده در طراحی و مهندسی سیستم؛ تشکیلات تفصیلی بیمارستان یعنی ساختار مشاغل و پست های آن را بطور دقیق و جامع توسعه دهد، ضروری می نماید.

«مدل توسعه و پویایی ساختار سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی»، این نیاز را در ارتباط با بیمارستان های خودگردان (هیأت امنای) پوشش می دهد.

۱- رجوع کنید به «گزارش تحلیلی و توجیهی سیستم تیپ بندی بیمارستان ها»





این مدل، به عنوان دومین جزء مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی، مأموریت دارد براساس شاخص ها و متغیرهای ساختاری متعدد و تفصیلی (به عنوان ورودی)، ساختار مشاغل و پست های خاص و منحصر بفرد هر بیمارستان را بدست بدهد. همانگونه که ذکر شد ساختار مشاغل و پست های بیمارستان (به عنوان خروجی مدل) دارای دو بعد اساسی زیر خواهد بود:

- (۱) انواع مشاغل و پست های موجود در سازمان بیمارستان
- (۲) تعداد پست های مورد نیاز از هر نوع شغل



نمودار (۱-۲)- مدل توسعه و پویایی ساختار بیمارستان ها و نتیجه و خروجی حاصل از آن

نکته مهم:

تذکر این نکته لازم است که مدل توسعه و پویایی (که توضیح داده شد) صرفاً مخصوص بیمارستان های هیأت امنایی یا خودگردان بوده و برای استفاده از آن در مورد سایر انواع بیمارستان ها، اعمال تغییرات (ولو محدود و اندک) در آن ضروری و لازم است.





سومین سیستم - مدل فعال سازی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی

پیش از این ذکر شد که ابعاد و خروجی های مورد انتظار از مدل کلان تعیین ساختار به قرار زیرند:

(۱) نمودار واحدهای سازمانی (ساختار مدیریتی بیمارستان)

(۲) ساختار و تشکیلات تفصیلی (ساختار مشاغل و پست ها)

از طرفی دو جزء قبلی از این مدل یعنی «سیستم تیپ بندی» و «مدل توسعه و پویایی ساختار» بطور کامل پوشش دهنده دو خروجی مورد انتظار ما هستند. پس چرا جزء سوم از این مدل کلان، تحت عنوان «مدل فعال سازی ساختار» مطرح گردیده است. توضیحات زیر دلایل این بحث را روشن می سازد:

اولاً؛ بنابر شواهد قطعی و مسلم، بیمارستان های مختلف در شاخص ها و متغیرهای عملکردی شان و همچنین در شرایط محیطی شان با یکدیگر کاملاً متفاوتند، یکی از مهمترین این شاخص ها، شاخص «ضریب اشغال تخت» می باشد که در بیمارستان های مختلف از حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد شروع و تا مقادیر بیشتر از ۱۰۰ درصد نیز ادامه پیدا می کند. دلایل متعددی باعث این حالت شده است و ما حتی اگر فرض کنیم که احداث بیمارستان ها و تعیین تعداد تخت های آنها مبتنی بر مطالعات کارشناسی انجام گرفته باشد، باز هم تفاوت در ضرایب اشغال تخت ها در بیمارستان های مختلف در نقاط مختلف کشور امری طبیعی است. از جمله این دلایل می توان به چند مورد مهم زیر اشاره کرد:

□ تقریبی بودن محاسبات در ظرفیت بیمارپذیری مناطق مختلف

□ امکان پذیر نبودن پیش بینی دقیق رفتار درمانی مردم از این منظر که با توجه به شرایط موجود کشور و نظام ارجاع محدودیتی برای مردم در مراجعه به بیمارستان های مختلف وجود ندارد.

□ تفاوت های فرهنگی و اقتصادی در مناطق مختلف و عدم امکان محاسبه این تفاوت ها

□ و ...

از طرف دیگر، حتی در یک بیمارستان مشخص نیز در مقاطع زمانی مختلف، ضرایب اشغال تخت متغیری وجود دارد بطوریکه می توان این فرایند را برای آن تصور کرد که بیمارستان ها در ماه ها یا در سال های اولیه تأسیس از ضریب اشغال تخت پایین تری برخوردار بوده و هر چه زمان می گذرد و بیمارستان مربوطه در منطقه خود و برای مردم منطقه آشناتر و قابل اعتمادتر (از جنبه های مختلف درمانی و تجهیزات و منابع انسانی و ...) می شود ضریب اشغال آن افزایش می یابد. همچنین است در صورت بروز عوامل پیش بینی نشده مثلاً یک بیماری خاص در منطقه و یا بروز یک بحران (مانند زلزله و ...) و نظایر اینها که باعث ایجاد تغییرات بعضاً عمیق در شاخص ضریب اشغال تخت می گردد.





ثانیاً؛ منطق کارشناسی و ادبیات مدیریت، بویژه در حوزه مباحث ساختار سازمانی حکم می کند که برای هر سازمان با یک ظرفیت مشخص و تعریف شده (در زمان تأسیس و یا در مقاطع توسعه سازمان) همانگونه که منابع و تجهیزات فیزیکی (در مورد بیمارستان، از قبیل ساختمان، تخت، امکانات هتلینگ، تجهیزات پزشکی و...) متناسب با ظرفیت اسمی و رسمی آن پیش بینی و در اختیار قرار می گیرد، می بایست نرم افزارهای لازم (از جمله ساختار سازمانی) و متناسب با آن ظرفیت ها نیز برای آن تعبیه گردد.

ثالثاً؛ باز هم منطق کارشناسی حکم می کند که با توجه به توضیحات ذکر شده در قسمت اولاً که ناظر به تفاوت های زیاد در ضریب اشغال تخت بیمارستان های مختلف بود، نگاه یکسان به این بیمارستان ها از حیث در اختیار داشتن کارکنان و شاغلین اشتباه بوده و می بایست این تفاوت ها در ساختار و منابع انسانی در اختیار بیمارستان های مختلف لحاظ گردد. به عنوان مثال اگر دو بیمارستان ۱۰۰ تختخوابی را در نظر بگیریم بطوریکه بیمارستان اول ۳۰٪ ضریب اشغال تخت و بیمارستان دوم ۸۰٪ ضریب اشغال تخت داشته باشد؛ از یک طرف با توجه به توضیحات گذشته می بایست ساختار سازمانی متناسب با ۱۰۰ تخت برای هر دو بیمارستان تعبیه گردد و از طرف دیگر قطعاً می بایست تعداد شاغلین دو بیمارستان با یکدیگر متفاوت باشند.

همانطور که از توضیحات ذکر شده برمی آید، استدلال های بر شمرده شده ما را دچار نوعی تناقض و پارادوکس می کند.

مدل فعال سازی ساختار به عنوان جزء سوم یا سومین سیستم از مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی، این تناقض را (که در بندهای ثانیاً و ثالثاً نهفته است) بصورت زیر حل و رفع می کند.

ما برای بیمارستان دو ساختار تعریف می کنیم:

- ۱) **ساختار مبنا:** این ساختار مبتنی برای منابع و ظرفیت های اسمی و رسمی تعریف شده برای بیمارستان و با فرض عملکرد صد درصدی بیمارستان توسعه می یابد.
- ۲) **ساختار فعال (یا عملیاتی):** این ساختار مبتنی بر عملکرد واقعی و شرایط محیطی بیمارستان تعیین می گردد.

ساختار مبنا یک طراحی متناسب با تمامی ظرفیت های بیمارستان است که مبحث مندرج در قسمت «ثانیاً» را پوشش داده و بسترهای لازم برای تغییر شرایط بیمارستان و متناسب با آن تغییر در ساختار سازمانی بیمارستان را فراهم می سازد.





در ساختار عملیاتی یا فعال مشخص می شود که با توجه به شاخص ها و متغیرهای محیطی و عملکردی بیمارستان (که از جمله مهمترین آنها شاخص ضریب اشغال تخت است) چند درصد از ساختار مبنا می تواند فعال گردد. به عبارتی چه تعداد از مشاغل و پست های تعبیه شده در ساختار مبنا می توانند جذب شاغل داشته باشند و به عبارت دیگر ساختار فعال یا عملیاتی، مبنایی برای صدور مجوزهای استخدامی است.

مدل فعال سازی ساختار، پست ها و مشاغل تعبیه شده در ساختار مبنا را به دو دسته زیر تقسیم بندی می کند:

۱) **مشاغل و پست های ثابت:** که با تغییر در شرایط عملکردی بیمارستان هیچ تغییری از نظر فعال یا غیرفعال بودن نمی کنند.

۲) **مشاغل و پست های متغیر:** که فعال بودن آنها مبتنی بر شرایط عملکردی و محیطی بیمارستان تعیین می گردد.

مدل فعال سازی ساختار، حاوی مجموعه ای از فرمول ها، جداول و ماتریس ها و سایر ابزارها و تکنیک های سیستمی است که براساس ورودی هایی که عبارتند از شاخص ها و متغیرهای محیطی و عملکردی بیمارستان، تعیین می کند که در دوره های زمانی مشخص چه مقدار از ساختار مبنا می تواند فعال و عملیاتی شود. این مدل می بایست مجموعه شرایط و ملاحظات زیر را تضمین نماید:

تغییرات و تلرانس هایی که بطور مداوم و در بازه های زمانی کوتاه در شاخص هایی مثل ضریب اشغال تخت ایجاد می گردد.

عدم تغییر پی در پی و در بازه های زمانی کوتاه، در بیمارستان که بوجود آورنده نوعی بی ثباتی در ساختار بیمارستان است.

تعیین تکلیف این موضوع که در صورت پایین آمدن مقدار شاخص های ورودی، تکلیف نیروهای استخدام شده و به عبارتی ساختار فعال شده چه خواهد شد.

ملاحظه شرایط بحران و ایجاد شرایط اضطراری (مثل زلزله) که در این شرایط امکان فعال سازی قسمت های غیرفعال ساختار مبنا عملاً در یک زمان سریع و کوتاه ممکن نخواهد بود.

پویایی و در اختیار گذاشتن شرایط انعطاف پذیر در اختیار مدیریت بیمارستان

با در کنار هم قرار گرفتن دو مدل «توسعه و پویایی ساختار» و «فعال سازی ساختار» تناقضی که پیش از این در بندهای اولاً و ثانیاً ذکر کردیم مرتفع شده و جای خود را به یک وضعیت مطلوب سیستمی که علاوه بر انعطاف لازم، پویایی و انسجام مورد نیاز را نیز تأمین می کند.

بهرحال مدل «فعال سازی ساختار» به عنوان سومین جزء و یا سومین سیستم موجود در مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان های هیأت امنایی؛ مأموریت دارد براساس





۱- دو سیستم تیپ بندی و توسعه و پویایی ساختار و

۲- شاخص ها و متغیرهای محیطی و عملکردی بیمارستان

به عنوان ورودی، ساختار فعال بیمارستان را بدست بدهد. به عبارتی تعیین کند که از میان مجموعه مشاغل و پست های طراحی شده برای بیمارستان در ساختار مبنا (براساس مدل توسعه و پویایی)، چه انواعی و از هر نوع، چه تعدادی از مشاغل و پست ها می توانند دارای شاغل بشوند.



نمودار (۳-۱) - مدل فعال سازی ساختار بیمارستان ها و نتیجه و خروجی حاصل از آن

نکته مهم:

تذکر این نکته لازم است که مدل فعال سازی ساختار (که توضیح داده شد) صرفاً مخصوص بیمارستان های هیأت امنایی یا خودگردان بوده و برای استفاده از آن در مورد سایر انواع بیمارستان ها، اعمال تغییرات (ولو محدود و اندک) در آن ضروری و لازم است.





جمع بندی

بنابر آنچه که تا کنون گفته شد می توان مدل کلان تعیین ساختار بیمارستان را بطور کامل ترسیم نمود. این مدل دارای سه زیرسیستم اساسی به شرح زیر است:

- ۱- سیستم تیپ بندی بیمارستان ها
- ۲- مدل توسعه و پویایی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی
- ۳- مدل فعال سازی ساختار بیمارستان های هیأت امنایی

نمودار (۱-۴) (شکل صفحه بعد) این مدل را بطور کامل نمایش می دهد.



