

زمینه و هدف: بیمارستان‌های خیریه در حفظ و اعاده سلامت مردم، به ویژه اقشار کم درآمد جامعه نقش برجسته‌ای دارند؛ از این رو چگونگی مدیریت در این بیمارستان‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف اصلی این پژوهش، ارائه الگویی برای مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کاربردی بوده و با روش توصیفی- تطبیقی انجام گرفته است. داده‌های تحقیق با مطالعه منابع علمی کتابخانه‌ای و بررسی مستندات عینی داخلی و خارجی، از طریق مراجعه به پایگاه‌های الکترونیکی، مکاتبه الکترونیک و مصاحبه با برخی از مدیران بیمارستان‌های خیریه و مشاهده تعدادی از بیمارستان‌های خیریه کشورهای منتخب با ارسال پرسشنامه فارسی برای بیمارستان‌های ایران و پرسشنامه انگلیسی برای بیمارستان‌های خارج کشور گردآوری شد. به‌منظور طراحی الگوی پژوهش، با مقایسه نقاط قوت و ضعف اداره بیمارستان‌های خیریه در ایران، آلمان، آمریکا و هندوستان، الگوی اولیه طراحی و پس از آزمون به روش شبه دلفی (قضاوت خبرگان) طی دو مرحله و با تأیید ده تن از اساتید و خبرگان اعتبار سنجی شد. روش نمره‌دهی پرسشنامه با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، بسیار خوب (۴) و بسیار ضعیف (۰) انجام شد، و باروش دلفی، نهایی گردید.

یافته‌ها: نتایج مطالعات در ایران نشان داد، که بیمارستان‌های خیریه با سلیقه‌های مختلف و بدون وجود یک چارچوب مشخص اداره می‌شوند، هیچ‌گونه کمکی از دولت دریافت نمی‌دارند، تعدادی از این بیمارستان‌ها خودکفا نیستند و به مدد کمک‌های خیرین استمرار فعالیت دارند. بیمارستان‌های خیریه مورد مطالعه در خارج از کشور به شکل بیمارستان‌های ایران اداره نمی‌شوند و اکثراً تحت پوشش یک بنیاد و یا شرکت می‌باشند. در بعضی از کشورها پس از برقراری نظام طب ملی، بیمارستان‌های خیریه در آن ادغام شده‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که هزینه درمان در بیمارستان‌های خصوصی بسیار گران بوده و اکثراً با بیمه قرارداد ندارند، نقش بیمارستان‌های خیریه در کمک به سلامت جامعه حیاتی است؛ لذا استفاده از الگوی ارائه شده می‌تواند در اداره مطلوب این سازمان‌ها و پاسخگویی به نیاز بیماران مستمند مؤثر واقع شوند. با برقراری نظام هیئت مدیره‌ای به‌عنوان عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری در بیمارستان‌های خیریه و دادن اختیارات لازم به آنان و همچنین تشکیل کمیته‌های برنامه‌ریزی، کنترل و نظارت، روابط برون‌بخشی و سیاست‌گذاری، می‌توان بهبود مدیریت و خودکفایی این بیمارستان‌ها در اداره امور جاری خود را شاهد بود.

:

/ / : / / :

()

مثلث فقر، سلامت و توسعه، درک جدیدی است از سلامت در قرن بیست و یکم و تغییرات در تعریف بیولوژیک سلامتی و پیدایی نظریه اپیدمیولوژی اجتماعی فقر، همیشه ریشه اصلی و مادر بیماری‌ها بیان شده است. آمار بیش از ۱/۲ میلیاردی جهانی، فقر مطلق (کمتر از یک دلار در روز) موجب شده تا در طبقه‌بندی بیماری‌ها (آی، سی، دی) گروه جدیدی با نشان (Z/۵۹/۵) به این مقوله اختصاص یابد و فقر ریشه بسیاری از بیماری‌ها تلقی گردد.^(۱)

در سالیان اخیر، هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی سرسام‌آور شده است و از طرفی پزشکان هر روز تکنولوژی و تجهیزات جدیدی را برای تشخیص دقیق‌تر و سریع‌تر طلب می‌کنند که علاوه بر هزینه‌ای که تهیه این تجهیزات برای بیمارستان دارد، هزینه‌ای اضافی برای بیمار نیز ایجاد می‌کند.^(۲)

در ایران تاکنون بخش بهداشت و درمان دولتی از نظر کمی و کیفی نتوانسته پاسخگوی نیاز بیماران مخصوصاً تپیدستان باشد. گواه این موضوع بلااستفاده ماندن بخش عمده‌ای از ظرفیت بیمارستان‌های دولتی کشور است، به طوری که طبق آمار در سال ۱۳۸۴ از ۱۱۳۲۴۴ تخت، تنها تعداد ۹۳۰۰۲ تخت آن فعال می‌باشد و با توجه به ضریب اشغال تخت ۵۷/۱ درصدی تعداد ۶۱۲۴۴ تخت از تخت‌های موجود در کشور غیر فعال و بلااستفاده می‌باشد.^(۳) از سوی دیگر بخش خصوصی بنا به انگیزه سهامداران و برخوردی که با بیماران بی‌بضاعت می‌شود بیشتر به بنگاه اقتصادی شبیه است. لذا بخش خیریه در این میان برای بیماران توانسته یک نقش تعادلی را ایفا نماید.

مؤسسه‌های نیکوکاری و خیریه در کشور ما از سابقه زیادی برخوردارند و این سابقه را می‌توان همزمان با تشکیل هسته‌های اجتماعی و واحدهای جمعیتی خانواده دانست. به واقع مؤسسات خیریه را باید اولین نهادهای حمایتی خود جوش و مؤثر در جریان فقرزدائی و مقابله با آسیب‌های اجتماعی قلمداد کرد، که طی آن گروه‌ها، اصناف و طبقات اجتماعی، با تکیه بر محور منافع جمعی و بهره‌گیری از تجربیات افراد شاخص جامعه سامان گرفته و حرکتی هدفمند را بر اساس انگیزه‌های عاطفی و مذهبی، بدون چشم‌داشت مادی و دنیایی در راستای رفع نیاز افراد هم‌وطن خود آغاز نمودند.^(۴)

حال که بخش‌های خیریه با هدف کمک به این معضل قدم پیش نهاده‌اند، باید بدانند که هر گونه کمک از سر خیرخواهی تا زمانی که در چهارچوب رعایت یک سری قوانین و مقررات نباشد، نمی‌تواند بازدهی مطلوب داشته باشد.

بیمارستان‌های خیریه مسایل و مشکلات خاص خود را دارند. از جمله حضور فعال خیرین و هیئت امناء در تمامی مراحل اجرایی بیمارستان، دخالت در روش‌های مدیریت، ایجاد کانون‌های متعدد تصمیم‌گیری، بها ندادن به روابط و سلسله مراتب و مخدوش نمودن شرح وظایف، وجود تمرکز بیش از حد در محدوده هیئت امناء و هیئت مدیره، برقراری روابط غیر رسمی که گاهی کارسازتر هم می‌باشد، و حتی دخالت در امور فنی پزشکی که بعضاً می‌تواند مخاطره‌آمیز نیز باشد. اگر تمامی این مسایل، حتی از سر خیرخواهی انجام پذیرد، باز هم نمی‌توان بی تفاوت از کنار آن‌ها گذشت و باید با مطالعه دقیق و علمی، راهکارهای مناسب برای آن معرفی نمود.

نظر به نقش سازمان‌های خیریه در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به مردم، طی سال‌های اخیر پژوهش‌هایی چند در این زمینه انجام یافته است.

در پژوهشی سیر تحولات بیمارستان‌ها از نظام سنتی و حمایتی تا قبل از آستانه انقلاب فرانسه و نحوه جدا شدن آن، بعد از انقلاب مطرح و به چند مهارت مدیریتی از جمله نیروی انسانی، فرآیندها و فرهنگ در بیمارستان‌های خیریه و چگونگی نگرشی جدید به آن اشاره شده است.^(۵)

فرنیا، طی پژوهشی با هدف بررسی نحوه اداره بیمارستان‌های خیریه استان تهران در مورد ترکیب هیئت مدیره، امور استخدای، ساختار سازمانی و شیوه‌های تأمین مالی این مراکز مطالعه نموده، ولی الگویی در این رابطه ارائه ننموده است.^(۶) در مطالعه‌های دیگر، به منظور دست یابی به تعالی خدمات در بیمارستان، به این نتیجه رسیدند، که زیر بنای تمامی بهبودهای مدیریتی و کیفیت مستمر، چهار استراتژی تغییر عمده در: ساختار، فرآیند، افراد و فرهنگ است.^(۷)

مطالعات دیگری نیز در رابطه با (سازمان‌های غیردولتی) و بیمارستان‌های خیریه در کشورهای اسلامی،^(۸) مشارکت کارکنان دولت انگلستان در امور خیریه و بهره‌مندی از معافیت‌های مالیاتی،^(۹) نحوه اطلاع رسانی خدمات بیمارستان‌های خیریه^(۱۰) و نقش بیمه‌های حمایتی در قالب خیریه^(۱۱) انجام یافته است. در تمامی این بررسی‌ها نشان داده شده که، بیمارستان‌های خیریه در کشورهای مختلف با نظام‌های سلامت گوناگون از جمله طب ملی در انگلیس، باز هم وجود دارند و هر کدام به طریقی هزینه‌های خود را تأمین می‌نمایند.

بر پایه مطالعات نگارندگان مقاله، تا کنون پژوهش جامعی در زمینه مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران انجام نشده است، لذا هدف اصلی پژوهش حاضر ارائه الگوی مدیریت بیمارستان‌های خیریه کشور بر اساس شرایط خاص و مقتضیات این مؤسسات می‌باشد.

چنین مطالعاتی از این نظر که بتواند تشویق و ترویج خیرین و ادامه کار آنان در محدوده شرح وظایف تعیین شده و ورود افراد جدید را موجب شود، حائز اهمیت است. بعد دیگر این که، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وجود این تشکلهای خودجوش مردمی را که با عشق و علاقه به هموعان تأسیس می‌شود، به عنوان یک بازوی کمکی بشناسد و با آن‌ها تعامل و نه تقابل داشته باشد. ارائه الگوی مدیریت ضمن ارج نهادن به عواطف انسان‌دوستانه خیرین، می‌تواند از درگیری‌ها و تنش‌های موجود بکاهد و در بازدهی خدمات به بیماران نیازمند بیافزاید.

این پژوهش از نوع کاربردی بوده و به شیوه توصیفی - تطبیقی انجام گرفته است. جامعه پژوهش عبارت بود از مدیران تمامی ۳۰ بیمارستان خیریه ایران. یک بیمارستان خیریه از کشورهای هندوستان، آلمان و امریکا. در این پژوهش نمونه‌گیری انجام نشد و کلیه اعضای جامعه در مطالعه شرکت نمودند (n=۳۳). ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل یک پرسشنامه فارسی و انگلیسی بود، که اعتبار آن به روش قضاوت خبرگان محرز گردید. گردآوری داده‌های مورد نیاز در داخل کشور، با ارسال پرسشنامه‌های مذکور از طریق دفتر خدمات خیریه به

بیمارستان‌های جامعه پژوهش و تکمیل آن توسط مسئولین این بیمارستان‌ها انجام پذیرفت. داده‌های بیمارستان‌های خارج کشور نیز از طریق ارسال پرسشنامه به زبان انگلیسی با پست الکترونیک و پاسخگویی مدیران ذیربط در آن مؤسسات جمع‌آوری گردید. محتوی پرسشنامه در پنج بخش شامل بخش اول، سؤالات عمومی و مشخصات بیمارستان، بخش دوم، دوازده سؤال مربوط به ساختار که به ابعاد تمرکز پیچیدگی و رسمیت توجه شده، بخش سوم سیزده سؤال مربوط به تصمیم‌گیری از بعد منابع انسانی، تجهیزات و مالی بوده، بخش چهارم، شامل نه سؤال مربوط به نظارت و کنترل از بعد ارزیابی عملکرد بیمارستان، ارزیابی عملکرد کارکنان و کنترل کیفی بود، بخش پنجم، شامل یازده سؤال در رابطه با روابط برون‌بخشی بود، که به محدوده فعالیت، سازمان‌های مرتبط و سیستم مددکاری توجه شده بود. داده‌ها پس از گردآوری به جداول تطبیقی حاوی متغیرهای پژوهش در چهار بعد تصمیم‌گیری، ساختار، کنترل و نظارت و روابط برون‌بخشی منتقل، و وجوه اشتراک و افتراق آن‌ها مشخص گردید. سپس الگوی پیشنهادی بر اساس یافته‌های جداول مقایسه‌ای و با توجه به شرایط و مقتضیات کنونی در ایران از دیدگاه علمی، عملیاتی طراحی و در نهایت الگوی نهایی پس از سه مرحله اعتبار سنجی به روش دلفی ارائه شد. صاحب نظران و کارشناسانی که از نظرات آنان در تکنیک دلفی استفاده گردیده، شامل کارشناسان وزارت بهداشت و درمان، سازمان اوقاف و حج زیارت، دفتر خدمات خیریه، نماینده (پی، اچ، ام) بین‌المللی و رئیس اسبق سازمان جهانی بهداشت، ریاست دانشکده علوم قرآنی، رئیس سازمان آپسکو بوده‌اند.

یافته‌های مربوط به تصمیم‌گیری در بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان داد که بالاترین مرجع در بیمارستان‌های ایران، هیئت امناء است. در حالی که در بیمارستان‌های خارج از کشور هیئت مدیره در تصمیم‌گیری‌ها نقش بیشتری دارد. هیئت امناء در تمام بیمارستان‌های خیریه ایران و منتخب خارج از کشور در مورد تصمیمات کلان صاحب رأی می‌باشند. برای تأمین مالی در بیمارستان‌های خیریه ایران فقط خیرین تصمیم‌گیری می‌نمایند. در حالی که در بیمارستان‌های خارج از کشور تأمین‌کننده‌ها، بیشتر سازمان‌ها و مؤسسات مختلف می‌باشند.

گزارشات مالی در ایران همگی به هیئت امناء و در بیمارستان‌های خارج از کشور به هیئت مدیره ارائه می‌شود. در ایران صندوق‌های قرض‌الحسنه برای کمک به بیماران در پرداخت هزینه‌هایشان وجود دارد (جدول ۱).

در ایران قدرت در سطوح بالا، از جمله هیئت امناء متمرکز بوده، محدودیت زمانی برای هیئت امناء وجود نداشته، هیئت امناء و هیئت مدیره شرح وظایف نداشته، در حالی که در بیمارستان سنت وینسنت هیئت امناء وجود ندارد. در ایران روابط غیر رسمی زیاد مشاهده می‌شود. در بیمارستان‌های خیریه ایران و در بیمارستان لوکاس پیچیدگی (پیچیدگی بر تعداد سطوح سازمانی) (درجه تفکیک عمودی) و هم بر تعداد دوایر، ادارات یا مشاغل در سطح افقی سازمان) زیاد بوده ولی در بیمارستان هندومیسون هندوستان، پیچیدگی در حد متوسط بوده، در سنت وینسنت شرح وظایف کاملاً شفاف

می‌باشد. رسمیت زیاد در تمامی بیمارستان‌های مورد مطالعه وجود دارد (جدول ۱).

جدول شماره ۱- مقایسه نظام تصمیم‌گیری در بیمارستان‌های خیریه ایران و منتخب خارج از کشور

بیمارستان	موارد تصمیم‌گیری	منابع انسانی	تجهیزات	مالی
بیمارستان‌های خیریه ایران	هیئت امناء، هیئت مدیره و رئیس مراجع اصلی تصمیم‌گیری هستند.	هیئت امناء تصمیم‌گیرنده اصلی است.	خیرین عهده دار مسائل مالی هستند و تراز به ایشان گزارش می‌شود.	
بیمارستان سنت وینسنت امریکا	هیئت پزشکی و کمیته پزشکی نقش کلیدی دارند.	هیئت امناء تصمیم‌گیرنده اصلی است.	شرکت سهامی خواهران خیریه نظارت دارند.	
بیمارستان هندومیسون هندوستان	هیئت امناء عالی‌ترین مرجع صمیم‌گیری است.	هیئت امناء تصمیم‌گیرنده اصلی است.	خیرین نظارت دارند.	
بیمارستان لوکاس آلمان	رئیس و کمیته پزشکی با توجه به نظر کارکنان تصمیم‌گیرنده‌اند.	هیئت امناء تصمیم‌گیرنده اصلی است.	رئیس بیمارستان نظارت دارد.	

بیمارستان	ساختار	تمرکز	پیچیدگی	رسمیت
	تمرکز در هیئت امناء و هیئت مدیره و در برخی بیمارستان‌ها ریاست	به شدت زیاد	از متوسط تا زیاد	
	هیئت امناء ندارد، کمیسیون پزشکی نظارت کامل دارد	زیاد	زیاد	
	هیئت امناء اقتدار کامل دارد	در حد متوسط	متوسط	
	هیئت امناء اقتدار کامل دارد	زیاد	در حد متوسط	

این مبنا در دوره‌های آموزش حین خدمت شرکت می‌کنند. رسیدگی به شکایات بیماران در بیمارستان‌های خارج از کشور نیز مانند بیمارستان‌های ایران از طریق مراجع قانونی صورت می‌گیرد، اما واحدهای ویژه‌ای در بیمارستان‌ها برای رسیدگی اولیه وجود دارد. در ایران مسئول فنی در برابر مراجع قانونی پاسخگو است (جدول ۳). در بعد روابط برون‌بخشی، تمام بیمارستان‌های خیریه ایران در محدوده‌های منطقه و شهر و استان خود فعالیت داشته، کمتر با خارج از کشور ارتباط دارند. این بیمارستان‌ها به طور الزامی با وزارت

تمام بیمارستان‌ها خیریه ایران توسط وزارت بهداشت و درمان نظارت و ارزیابی می‌شوند، ولی بازرسی‌های دیگری نیز وجود دارد. مثلاً در ایران ستاد فوریت‌های پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و هیئت ارزشیابی برخی از دانشگاه‌ها، نیز بر بیمارستان‌ها نظارت دارند. در بیمارستان سنت وینسنت ارزیابی توسط شرکت خواهران خیریه نیز انجام می‌شود. در بیمارستان‌های خیریه ایران هیئت امناء خود بازرس داخلی دارند. کارکنان از طریق فرم‌های رضایت‌مندی که توسط بیماران و همراهان آنان پر شده ارزیابی می‌شوند. بر

دریافت می نمایند. نظام اطلاع رسانی خدمات بهداشتی درمانی خیریه در ایران بسیار ضعیف، ولی در بیمارستان‌های خارج از کشور سیستم اطلاع رسانی وجود دارد، که عمدتاً از طریق رادیو و روزنامه اطلاع رسانی می نمایند (جدول ۴).

بهداشت و درمان ارتباط دارند، ولی با بعضی از سازمان‌ها از جمله سازمان‌های غیر دولتی و دیگر بیمارستان‌های خیریه روابط اختیاری می باشد. در بیمارستان‌های خیریه داخلی سیستم مددکاری قوی وجود دارد، که کمک آن‌ها به مراجعین متکی بر منابع درونی است، ولی در خارج از نهادهای مختلف کمک

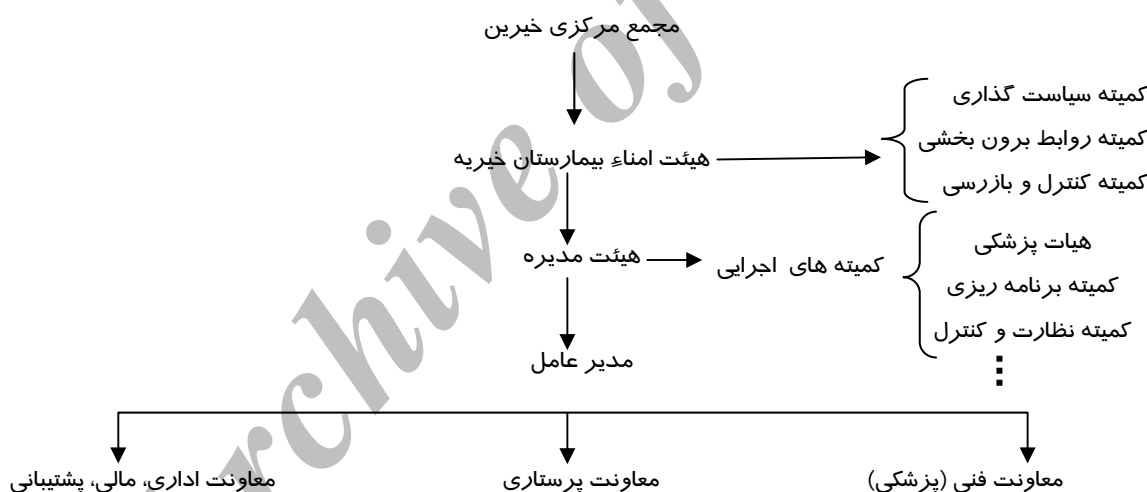
جدول شماره ۳- کنترل و نظارت در بیمارستان‌های خیریه ایران و بیمارستان‌های منتخب خارج از کشور

جدول شماره ۴- روابط برون بخشی در بیمارستان‌های خیریه ایران و منتخب خارج از کشور

روابط برون بخشی	محدوده فعالیت	سازمان‌های مرتبط	سیستم مددکاری
بیمارستان‌های خیریه ایران	محدوده شهر و استان، به ندرت خارج از استان و خارج از کشور	وزارت بهداشت و درمان، پزشکی قانونی، سازمان اوقاف (به جز برخی از بیمارستان‌ها)	کمک مالی
بیمارستان سنت وینسنت امریکا	محدوده شهر و استان مربوطه	وزارت سلامت، پزشکی قانونی	کمک مالی و عاطفی
بیمارستان هندومیسون هندوستان	محدوده شهر و استان مربوطه	وزارت سلامت، پزشکی قانونی	کمک مالی
بیمارستان لوکاس آلمان	محدوده شهر و استان مربوطه	وزارت سلامت، پزشکی قانونی	کمک مالی و عاطفی

زیربند مدنظر قرار گرفته است. ماحصل این روابط در ساختار مدیریتی بیمارستان‌های خیریه تجلی یافته است. در این الگو تشکیل مجمع مرکزی خیرین پیشنهاد می‌گردد، که مجموعه‌ای از خیرین، نمایندگان از سازمان اوقاف و نمایندگان از دانشگاه می‌باشد که خط‌مشی و اهداف استراتژیک خیریه‌ها را تدوین می‌نماید. بالاترین مرجع سیاستگذاری هیأت امناء و عالی‌ترین نهاد اجرایی بیمارستان‌های خیریه هیأت مدیره معرفی شده است. حوزه عملکرد هیأت امناء سیاستگذاری و نظارت عالی بر فعالیت‌های بیمارستان و حیطه اختیارات هیأت مدیره تصمیم‌گیری در کلیه امور جاری آن می‌باشد (نمودار ۱).

با استناد به وجوه اشتراک و افتراق نحوه مدیریت بیمارستان‌های خیریه در داخل و خارج کشور، الگوی پژوهش در چهار بعد بدین شرح طراحی گردید. در نظام تصمیم‌گیری مندرج در این الگو، عناصر کلیدی فرایند و اموری که باید در آن تصمیم‌گیری نمایند، مشهود است و سپس در مورد ساختار بیمارستان و این که چه کسی به چه کسی فرمان می‌دهد و محدوده وظایف هر کدام را مشخص می‌نماید. در مقوله کنترل، نحوه نظارت بر عملکرد هیئت مدیره و هیئت امناء و اندازه‌گیری نتایج حاصل از کنترل و در مورد روابط برون بخشی بیمارستان‌های خیریه روابط دوگانه اجباری و اختیاری با سازمان‌های



نمودار شماره ۱ - الگوی پیشنهادی مدیریت بیمارستان‌های خیریه ایران

به هم‌نوعان بیمار خود احداث می‌گردد، از این‌رو نگران نحوه اداره آن می‌باشند و گاهی از روش‌های سلیقه‌ای در مدیریت آن‌ها بهره می‌جویند. لذا اداره این مراکز باید از یک ساختار صحیح و متناسب برخوردار باشد تا مشکلی ایجاد ننماید.

وضعیت بیمارستان‌های خیریه از بسیاری جهات با بیمارستان‌های دولتی و خصوصی (انتفاعی) کاملاً تفاوت دارد، به دلیل این که این بیمارستان‌ها توسط یک نفر و یا عده‌ای افراد با انگیزه انسان دوستانه و به قصد خدمت

نتایج حاصل از مطالعه چهار بعد مدیریت در بیمارستان‌های خیریه ایران نشان داد، که هیئت امناء و متولیان و واقفان، عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری می‌باشند که در رابطه با اقدامات اصلی از جمله اهداف بیمارستان، خرید زمین و هزینه‌های سنگین و برنامه‌ریزی‌های مطابق با رسالت مؤسسه مستقیماً نظارت می‌نمایند و در کارهای دیگر از جمله اداره امور جاری و مسایل درمانی نیز اظهار نظر می‌نمایند؛ شرح وظایف ندارند و محدوده وظایف و اختیارات ایشان مشخص نبوده، در مورد تصمیم‌گیری نیز نظارت و علایق ایشان ملحوظ شده، به طوری که حتی در مورد ساختمان و اصول مهندسی آن نظر ایشان رأی بالایی دارد. بر پایه تحقیقی که در سال ۱۳۸۰ انجام شده، حدود ۳۳/۳۳ درصد این ساختمان‌ها از اصول مهندسی صحیح و مؤثر برخوردار نبوده‌اند.^(۶) که یکی از دلایل آن را می‌توان به مطلب یاد شده نسبت داد.

با توجه به این‌که در ایران هنوز تعرفه‌های واقعی خدمات بهداشتی درمانی مشخص نشده و به دلیل ضعف نظام بیمه‌ای و درآمد پایین اقشار آسیب‌پذیر دریافت همان تعرفه‌های غیر واقعی و ناچیز هم در بسیاری از موارد مقدور نمی‌باشد، در صورت عدم مدیریت صحیح و علمی و تعیین محدوده وظایف افراد کلیدی در بیمارستان‌های خیریه به هرز رفتن بودجه را در پی دارد.

بر پایه بررسی‌های تطبیقی بیمارستان‌های خیریه در چند کشور حتی یک بیمارستان وجود ندارد، که فاقد هیئت مدیره بوده و اداره امور بیمارستان تحت مدیریت و تصدی مستقیم دولت و یا یک نفر و یا تعدادی از افراد خیر باشد؛^(۱۲) لذا در گام نخست تشکیل مجمع خیرین تأمین سلامت پیشنهاد می‌گردد تا مسئولین و معتمدین کشور و استان بتوانند در جهت

افزایش سطح کمی و کیفی مشارکت‌های مردمی و خیریه، ارتقای سلامت جامعه، کمک به عملی شدن نیات خیرخواهانه و هدفمند نمودن فعالیت‌های مردمی نقش مؤثری داشته باشند.

تشکیل هیئت مدیره نیز در بیمارستان‌های خیریه در واقع به منظور تفکیک وظایف ارگان سیاستگذاری از ارگان‌های اجرایی می‌باشد، به طوری که هیئت مدیره باید به‌طور رسمی و ثبت شده باشد، تعداد آن‌ها مشخص بوده که بر حسب بزرگی بیمارستان متفاوت می‌باشد. وظایف ایشان طبق تعریفی شفاف و جدا از وظایف مدیریت اجرایی باشد، هیئت مدیره در قبال مراجع قانونی در حیطه وظایف تعریف شده‌ای مسئول می‌باشند.

نتایج این پژوهش و برخی از مطالعات داخلی نشان داد که در بیمارستان‌های خیریه توجه به مشارکت نیروی انسانی در رابطه با مسایل مختلف مدیریتی، فقط در موارد ساده و کم‌اهمیت بوده و هیئت امناء، راسا تصمیم‌گیری نموده و به نیروی انسانی به‌عنوان صاحبان فرایند چندان توجهی نمی‌شود.^(۱۳) در حالی که پژوهش‌های مشابه در خارج کشور، خلاف این امر را تبیین نموده‌اند.^(۱۴، ۱۵) در الگو تقسیم کار و اختیارات و نقش نیروی انسانی سعی شده است مشکلاتی که در بیمارستان‌های خیریه بیشتر مطرح است و موجب درگیری و تقابل مدیریت با خیرین است، مورد توجه قرار گیرد.

روابط برون‌بخشی مراکز خیریه مؤلفه دیگری است که در بیمارستان‌های خیریه می‌بایست به آن پرداخت. Fahra و Currie در گزارش یک پژوهش خاطر نشان می‌کند که در بیمارستان‌های دولتی قسمتی از خدمات خود را به صورت خیریه ارائه می‌نماید، از طریق دریافت مبالغی تحت عنوان مالیات مخفی از

جبران هزینه‌های مراجعین به بیمارستان‌های خیریه و تعدیل مشکلات مالی این مؤسسات تلقی می‌گردد.

فهرست منابع

1- WHO documents: Poverty, health and development; 2005. (Sarikhani F, Trans). Tehran: Pajvak-e-Keyvan Publications: P.12.

2- Francis C.M. Hospital administration; 1999. (Kebriaei A, Trans). Tehran: Higher research institute of social security: P. 46.

3- Activity statistics of Ministry of Health affiliated hospitals (annual report); 2005. Tehran: Statistics structure office of development and coordination, Deputy of research and technology: P. 27.

4- Rezayi M. NGOs are going: NGO or Charity organization. The Journal of Qods; 2003, 25: 1-2.

5- Zolfaghari M, Shah-Hoseini A. Comparative study of performance and economic low level indicators of development in social security hospitals. Unpublished Dissertation. Industrial Management Organization; 1997: P.51.

6- Farnia, MR. The study of charity hospitals management in Tehran. Unpublished Dissertation. Tehran Azad University; 2000: P. 17.

7- Ho W . Organizational transformation for services excellence in a public hospital in Honkong. Manag Serv Qual; 1999.9(6): 383-388.

8- Wiktorowicz Q, farouk S. Islamic NGOS and Muslim politics: a case from Jordan. Third world Q; 2000. 21(4): 685-699.

بیمارانی که هزینه پرداخت می‌نمایند، مخارج خود را تأمین می‌نمایند و بیمارستان‌های خصوصی هم خدمات خیریه خود را به تدریج کاهش داده و این باعث فشار به بیمارستان‌های دولتی شده است.^(۱۶) در حالی که نتایج یک بررسی از بیمارستان‌های خیریه ایران، مؤید آن است که همگی با سازمان‌های بیمه قرارداد دارند و قسمی از هزینه‌ها از طریق این سازمان‌ها پرداخت می‌شود،^(۶) اما این مبالغ بسیار نازل بوده و کفاف هزینه‌های سنگین خدمات را نمی‌دهد، لذا در الگوی موجود کمیته روابط برون بخشی طراحی شده که بتواند به جذب منابع مالی مختلف مبادرت نماید.

الگوی پیشنهادی تا حد زیادی توانسته حدود و اختیارات هیات امناء را از هیئت مدیره جدا نماید و ضمن نظارت و سیاست‌گذاری توسط خیرین دیگر، در کارهای اجرایی که شامل خدمات فنی و تخصصی می‌باشد وارد نشوند و مسئولین این قسمت‌ها کارشان را با اختیارات کامل انجام دهند.

نقش مراکز خیریه به عنوان یک سازمان غیر دولتی و چگونگی به چالش کشیدن دولت خود از مباحث جذابی است که به آن پرداخته شده است. به طوری که ارتباط این مراکز با هم و چگونگی ارتباط آن‌ها با وزارت بهداشت و درمان و سایر ارگان‌های دولتی بسیار مهم می‌باشد^(۱۷)، این خود جایگاه کمیته روابط برون بخشی را آشکار می‌نماید.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که جایگاه مؤسسات خیریه سلامت در وزارت بهداشت و درمان مشخص و شفاف شود. تعرفه‌های ویژه خیریه از سوی شورای عالی سیاستگذاری و وزارت رفاه اجتماعی تصویب شود. تأسیس صندوق بیمه خیریه سلامت نیز به منظور کمک به افرادی که از هیچ سیستم بیمه درمانی استفاده نمی‌کنند، به‌عنوان راهکاری مؤثر در

9- Johnson M. Sets charity challenge for British business. UK: Government ;2000. p.1

10- Giffords ED, Lind W, David M, Kass D, Rosemarie G. Increasing access to health care: examination of hospital community benefits and free care programs. J Health Soc Work; 2005. 30(3): 213-225.

11- Hood D. Build or not to build a charity, Greater Baton Rouge Business Report. USA: Louisiana Business; 2005.p.32.

12- Sedghiani E. Comparative study of hospital management methods in Iran and some developed countries. Tehran. Research Deputy of Constitutional; 2003: P. 30.

13- Chitchin MR. the effect of participation (quality improvement groups) on efficiency of Kashani hospital. Unpublished dissertation. Tehran Azad University; 2002: P. 43-44.

14- Gerard MH. Charity care by non-profit Hospital: The price of tax-exempt Debt. Int J Econ Bus;2000.7(1): 47-62.

15- Trogen N, Ugur Y. Non-Profit Multi-Hospital Organizations:Challenges and Prospects. J Manage Med; 2002. 16(6): 451-462

16- Currie J, Fahra J. Hospitals , managed care , and the charity caseload in California. J Health Econom;2002:421-442.

17- Lethbridge J. Combining worker and user interests in the health sector, trade unions and NGOs. Develop Pract;2004.14(1&2):1.

Archive

Designing an Administrative Model for Iranian Charity Hospitals

*A.A. Nasiripour¹ PhD, SH. Tofighi² PhD, F. Farhadi³ PhD

Abstract:

Introduction and Aim: Healthcare is considered as one of the most important indicators for determining the level of development in all societies. To this end, hospitals play an important role and the role of the charity hospitals which provide healthcare for poor patients is of great importance. Therefore, understanding and analyzing the administrative manner of these hospitals is crucial. The main goal of this study is to design an administrative model for charity hospitals in Iran.

Materials and Methods: Information from Library documents including books, scientific magazine, and domestic foreign texts; documents as e-mail, electronic database; and also contact with several charity hospital executive in several countries; and visiting charity hospitals in other countries were used. Further information gathered about weaknesses and strengths of charity hospitals in Iran, and several foreign countries charity hospital models. The primary model was designated and after analyzing various view points, reviews and criticism by scholars and experts, the final model was presented using the Delphi method.

Results: This study showed that charity hospitals in Iran are managed in different ways without any specific model and do not supported financially by the government. A number of these hospitals are not autonomous. In charity hospitals outside Iran, different management styles were being used, but they were not managed like Iranian charity hospitals and most of them were foundations or companies. Furthermore, a number of them were not managed as charity hospital since the nationalization of healthcare had taken place.

Conclusion: Whereas the cost of healthcare in private sector is very expensive and most of them do not have contracts with insurance companies, charity hospitals can have an important role in providing healthcare for the society. Using model described in this paper could be helpful in responding to the needs of poor clients.

Keywords: Hospitals_ Hospital Administration_ Iran_ Charity Hospitals.

Accepted for Publication: 17 September 2007

¹ Assistant Professor, Health Care Management Department, Science & Research Campus , Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: drnp20@yahoo.com.

² Assistant Professor, Health Care Management Department, Iran University of Medical Science.

³ Doctoral Student of Health Care Management, Science & Research Campus, Islamic Azad University. .