

## نتایج کوچک سازی واحدهای ستادی در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران (تجربه کلان شهر تبریز)

احمد رضا جودتی<sup>۱</sup> / حسین جباری بیرامی<sup>۲</sup> / فریبا بخشیان<sup>۳</sup>

چکیده

**مقدمه:** نظام سلامت ایران در محیط به سرعت در حال تغییر؛ و با چالش های متعددی در زمینه عدالت، مناسبت و اثربخشی مواجه است. در پاسخ به این فشارهای فزاینده، برای کاهش هزینه ها و افزایش کارایی، کوچک سازی واحدهای ستادی بهداشت در تبریز طراحی و اجرا گردید. این پژوهش با هدف یافتن شواهد و پاسخ هایی مستند به چالش های موجود در کلان شهرهای کشور در خصوص تعدد و وحدت مدیریتی بهداشت مراکز استان های مربوطه طراحی و اجرا شده است و طی آن مدیریت های ستادی جداگانه بهداشت تبدیل به مرکز واحد شدند.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کاربردی است. جامعه و نمونه پژوهش ستادهای بهداشت دوگانه قبل و مرکز واحد بعد از کوچک سازی به همراه واحدهای تابعه (از نظر تعداد پرسنل ستادی، هزینه ها، کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده و رضایت شغلی کارکنان) بود.

**یافته ها:** گرچه تعداد پرسنل ستادی با کوچک سازی از ۲۴۸ نفر به ۱۴۸ نفر کاهش یافت و هزینه های جاری نیز از ۶۷/۴۷ درصد سال ۸۲ به ۶۹/۹۳ درصد در سال ۸۳ رسید. با این حال کمیت و کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده (مهمترین وظیفه مرکز) نه تنها دچار نقصان نشد، بلکه در مواردی بهبود هم یافت و رضایت از کار پرسنل شاغل قبل و بعد از کوچک سازی تغییر معنی داری پیدا نکرد.

**نتیجه گیری:** بنابراین کوچک سازی رامی توان به عنوان استراتژی اصلاحات مدیریتی در سایر کلان شهرهای کشور و بخش های دانشگاه نیز اجرا نمود.

**کلیدواژه ها:** کوچک سازی، خدمات بهداشتی و درمانی، کیفیت خدمات، رضایت از کار پرسنل

◇ وصول مقاله: ۸۶/۱۰/۲۵، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۲/۲۲، پذیرش نهایی: ۸۷/۹/۲۴

## مقدمه

در حالی که برای رسیدن به توسعه پایدار، سلامت از جایگاه محوری برخوردار بوده و استقرار سلامت در اصول بنیادین توسعه اجتناب ناپذیر است. [۱] مدیران سازمان های سلامت در محیط های به سرعت در حال تحول با چالش های عدیده ای از جنبه های مواجهه با تکنولوژی جدید، انفجار دانش، مشتریان آگاه و با نیازهای تغییر شکل یافته، گذارهای اپیدمیولوژیک و جمعیتی، افزایش هزینه ها همراه با محدود شدن منابع، دگرگونی مؤلفه های تأثیرگذار برای سلامت و گوناگونی ارائه کنندگان خدمت به سر می برند. [۲]

در پاسخ به این فشارهای فزاینده به ویژه کاهش هزینه ها و رسیدن به عملکرد بسیار کارآمد، کوچک سازی سازمان ها به عنوان فعالیت رو به تزاید و شایع برای مدیران بخش دولتی و خصوصی در جهان در آمده است. در خلال سال های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۱ بیش از ۸۵ درصد از یک هزار شرکت تحت نظر مجله معتبر فورچون کوچک سازی شده اند [۳] به علاوه کاهش نیروی کاری طی دو دهه گذشته نقش تلفیقی در استراتژی محدود سازی بسیاری از کمپانی ها به ویژه در ۵۰۰ کمپانی گزارش شده به وسیله مجله فورچون بازی کرده است. [۴] از سوی دیگر در دهه ۹۰ بسیاری از سازمان هایی که برنامه های بهبود کیفیت خدمات در آنها در حال اجرا بود به صورت معنی داری کوچک سازی و محدود شدن را تجربه کرده اند. [۵] در اوایل سال ۱۹۹۶، روزنامه نیویورک تایمز مجموعه مقاله هایی را پیرامون کوچک سازی منتشر کرده که در آن مدعی گردید امروزه محیط کار دستخوش تغییراتی به بزرگی رویداد انقلاب صنعتی است. دراکر اندیشمند بزرگ مدیریت معتقد است که هر چند صد سال یک بار در تاریخ غرب تحول مهمی رخ داده است... ما هم اکنون در چنین تحولی (کوچک شدن ابعاد سازمان) زندگی می کنیم. [۶]

در کشور ما با وجود تحولات مثبتی که در قلمرو بهداشت و توسعه آن به طور نسبی پدید آمده است، اصلاحات مدیریتی چندانی در مقوله کوچک سازی (Down sizing) انجام نشده است و نظام بهداشت و درمان کشور ما از این نظر دچار سردرگمی شگفت آوری است. [۷] به طوری که کلان شهرهایی مانند مشهد، اصفهان، شیراز، تبریز و ... در کشور در مواجهه با

گسترش سریع و افزایش انفجار گونه جمعیت و مهاجرت های بی رویه در ایجاد ستادهای مدیریتی بهداشت (دو یا سه واحد مستقل) و یا حفظ یک ستاد به طرق مختلف و غالباً سلیقه ای عمل کرده اند و وزارت بهداشت نیز سیاست مشخصی در این خصوص اتخاذ نکرده است. در حالی که کوچک سازی در کشورهای مختلف در حال توسعه و گسترش است. [۸]

کوچک سازی عبارت است از حذف بخشی از نیروی کار با هدف دستیابی به سازمان کارا تر و اقتصادی تر، کوچک کردن ابعاد سازمان با حفظ قابلیت و توانمندی آن در پاسخ به نیازهای جامعه تحت پوشش، یا حتی کوچک سازی ابعاد سازمان با افزایش توانمندی آن در قبال تأمین نیازهای «مشتری». بدیهی است این کوچک سازی نه تنها به مفهوم کاهش «پوشش» نیازهای جمعیتی نیست، بلکه به مفهوم افزایش قابلیت های عملکردی توأم با تقلیل هزینه هاست. توجه به نیازهای جمعیت، دسترسی به خدمات، عدالت در ارائه خدمات و کاهش هزینه ها و افزایش رضایت مشتری، از مقوله های مهم در بحث کوچک سازی است. [۷] مروری بر پژوهش های انجام شده در سطح بین الملل در زمینه نتایج کوچک سازی نشان می دهد که در زمینه های زیر کارهای کمتری انجام شده است:

- ۱- اثرات کاهش شمار کارکنان بر روی بهبود وضعیت مالی در کوتاه مدت و بلند مدت. [۴]
- ۲- تأثیر کوچک سازی بر بهبود کیفیت خدمات.
- ۳- نگرش ها و واکنش های رفتاری کارکنان در محیطی که کوچک سازی در آن اتفاق افتاده است. [۳]
- ۴- تأثیر کوچک سازی بر سلامت کارکنان. [۹]
- ۵- ارتباط متغیرهای فردی و سازمانی کارکنان در تطابق با تغییر. [۱۰]

گرچه در سال های اخیر در کشور ما نیز فعالیت کوچک سازی و محدود کردن سازمان ها حتی در سطح وزارتخانه ها کم و بیش صورت گرفته است و موضوع تعدد یا یگانه بودن مرکز بهداشت شهرستان در کلان شهرهایی مثل مشهد، شیراز، اصفهان و ... فاقد استراتژی مشخص مانده است. مطالعه ای در رابطه با موضوع و حیطه های مورد اشاره بالا در راهنمای مقالات علوم پزشکی ایران (SID، IRANMEDEX) و DOC IRAN به ثبت نرسیده است. در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و

درمانی و پایگاه‌های مربوطه) می‌باشد. نمونه پژوهش در هدف هزینه‌ها شامل کل هزینه‌ها، در هدف پرسنلی شامل پرسنل شاغل در ستادهای دوگانه و ستاد واحد، در هدف رضایت از کار پرسنل ۱۰ درصد از جامعه یک هزار نفری بودند. همچنین آمار عملکردی گزارش شده در ماه‌های بهمن ۸۲ و بهمن ۸۳ به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای بررسی کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده، ۱۰ مرکز بهداشتی، درمانی عمده (پرمراجعه) به تعداد یک صد فرایند خدمتی اصلی به عنوان نمونه انتخاب شدند. فرایندهای عملکردی شامل مراقبت از مادران باردار، خدمات تنظیم خانواده، مراقبت از کودکان، واکسیناسیون، بهداشت محیط و فرایند بازدیدهای کارشناسی از سوی ستاد و تدارک اقلام بهداشتی و واکسن بودند.

جمع‌آوری داده‌ها در بخش هزینه‌ها و پرسنل و کمیت عملکردها به استناد اسناد موجود، در بخش رضایت سنجی با پرسشنامه استاندارد، در بررسی کیفیت خدمات از پرسشنامه محقق ساخته مورد استفاده در پژوهش بین دانشگاهی قبلی صورت گرفته است.

#### یافته‌ها

تعیین و مقایسه هزینه‌های جاری مراکز دو گانه در سال ۸۲ و مرکز واحد در سال ۸۳ نشان دهنده افزایش هزینه از محل اعتبارات ابلاغی برابر ۱۶ درصد می‌باشد. در حالی که به طور معمول این افزایش سالانه ۱۳ درصد در نظر گرفته می‌شود. به علاوه درآمدهای اختصاصی مرکز نیز افزایش ۱۴/۷۷ درصدی را نشان می‌دهد. بررسی صورت ریز مقایسه‌ای هزینه‌ای از محل فوق نشان دهنده کاهش هزینه‌های اداری در نتیجه ادغام و نیز افزایش فقط ۲/۵ درصدی هزینه‌های فصل اول (حقوق و اضافه کار) می‌باشد که در مقایسه با افزایش‌های سالانه حدود ۳ درصد، رقم پایینی می‌باشد. مقایسه هزینه‌های غیر پرسنلی از محل اعتبارات ابلاغی جاری در سال‌های ۸۲ و ۸۳ نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۲، هزینه‌های غیر پرسنلی ۱۷/۲ درصد و در سال ۸۳ نیز ۱۷/۵ درصد از هزینه‌ها را شامل می‌شود.

به علاوه مقایسه هزینه‌های پرسنلی ستادی و غیر ستادی نشان می‌دهد که درصد اضافه کاری و مأموریت کارکنان ستادی در سال‌های ۸۲ و ۸۳ به مقدار قابل توجهی کاهش یافته

مرکز بهداشت شهرستان تبریز بحث کوچک‌سازی در زمستان سال ۸۲ با نظر مدیریت ارشد دانشگاه طراحی و اجرا گردید. این مرکز به عنوان دومین سطح ارائه خدمات در نظام بهداشتی تحولات سازمانی متعددی را در ۲۴ سال گذشته با هزینه‌های زیاد بر خود دیده است. مثلاً بارها مدیریت‌ها، ساختمان‌ها، ... و تابلوهای سردرب مراکز عوض شده‌اند و کارکنان و مراجعین مدت‌ها سردرگم مانده‌اند. این واحد مهم ابتدا به عنوان یک مرکز (در سال ۱۳۶۰) سپس تحت عنوان دو مرکز روستایی و شهری (۱۳۶۷)، مجدداً یک مرکز بهداشت شهرستان (۱۳۷۰) همراه با ساختار تشکیلاتی ۲ مرکز و از سال ۱۳۷۵ به ۳ مرکز بهداشت شهرستان و در مراحل بعدی در سال ۱۳۷۷ با راه‌اندازی شبکه جامع شمال غرب تبریز حتی به ۴ مرکز بهداشت توسعه یافته است و مجدداً حذف یک مرکز بهداشت شهرستان به ۲ مرکز شهرستان به اضافه شبکه جامع دچار تغییر و تحول گردیده است. (۱۳۸۰) و در سال (۱۳۸۳) مدیریت ارشد دانشگاه با توجه به محدود شدن گستره جغرافیایی شهرستان و در راستای سیاست خصوصی‌سازی و واگذاری برخی از واحدهای تابعه و از همه مهمتر کوچک‌سازی بدنه دولت و با هدف مدیریت بهینه منابع انسانی و مالی و بهره‌وری بیشتر تصمیم به تلفیق دو مرکز و ایجاد یک مرکز واحد گرفت. هدف این پژوهش بررسی نتایج اقدام فوق و تعیین نقاط قوت و ضعف آن است تا در صورت لزوم بتوان از تجربه فوق در سایر واحدهای تابعه وزارتخانه، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها و حتی بخش‌های مختلف دانشکده‌ها و ... با تمهیدات بهینه استفاده نمود. به عبارت دیگر هدف نهایی این طرح بررسی نتایج ادغام دو مرکز بهداشت و ایجاد یک مرکز بهداشت شهرستان است. که از سال ۱۳۸۳ با پیشنهاد مدیریت ارشد و تصویب هیأت امناء دانشگاه علوم پزشکی اجرا گردید.

#### روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای است که وضعیت مدیریت‌های دوگانه و مرکز بهداشت واحد تبریز در سال ۸۳ را با نگرش فرایندی (ورودی‌ها، عملیات، خروجی‌ها) مقایسه نموده است. جامعه پژوهش ستادهای دوگانه قبل از ادغام و ستاد واحد بعد از ادغام به همراه کلیه واحدهای تابعه (مراکز بهداشتی،

بیماری ها در زمان های خاص نیازمند بررسی می باشد. نتیجه اینکه آمارهای فوق پیامد روشنی را از ادغام نشان نمی دهد. مقایسه کیفیت خدمات ارائه شده در مرکز بهداشت قبل و بعد از ادغام از طریق جمع آوری داده های مستند از روی پرونده خانوار برای یکصد فرایند مراقبت مادر، کودک، تنظیم خانواده، واکسیناسیون، بهداشت محیط (انجام گرفت که نتایج بخش مادران آن در جدول ۲ نمایش داده می شود.

از ابعاد مرتبط به کیفیت خدمات مراقبت از مادران (تداوم خدمت، جامعیت خدمت، مقبولیت، به هنگام بودن خدمات) در جدول بالا مقایسه شده اند و سایر ابعاد کیفیت در خدمات بهداشتی، درمانی شامل دسترسی، هزینه اثربخشی و هزینه کارایی، مناسبت به دلیل رایگان بودن خدمات و عدم تغییر شاخص ها مورد بررسی قرار نگرفتند. باین حال در میان هفت آیت مورد بررسی دو مورد بهبود (مراقبت کامل از مادر باردار) از ۷/۲ بار مراقبت در طول دوران بارداری به ۷/۴ بار و تشکیل پرونده برای مادر باردار که از ۳/۱۲ ماهگی حاملگی به ۳/۱۱ ماهگی را نشان می دهند. به علاوه در چهار مورد نیز یعنی مراقبت های بعد از زایمان، مکمل یاری آهن، آغاز خدمات تنظیم خانواده بعد از زایمان شاهد کاهش بوده ایم.

در ضمن خدمت واکسیناسیون مادر طبق دستورالعمل کشوری در قبل و بعد از ادغام تفاوتی را نشان نمی دهند. بررسی بیشتر یافته های فوق هیچ رابطه آماری معنی داری را در قبل و بعد از ادغام نشان نداد. به عبارت دیگر ادغام مرکز تأثیر معنی داری در کیفیت مراقبت از مادران باردار نگذاشته است. اما مقایسه فرایند مراقبت از کودکان زیر شش سال قبل و بعد از ادغام در ابعاد مناسبت، به هنگام بودن، جامعیت خدمات نشان می دهد که در چهار بعد بهبودی بعد از ادغام مراکز اتفاق

است، به طوری که افزایش حدود ۲ درصدی اضافه کار با توجه به مقدار مورد انتظار ۱۳ درصد رقم بسیار پایینی است. به علاوه کاهش مأموریت ها نیز در حد ۷۴ مقادیر سال ۸۲ بسیار قابل توجه می باشد. تعداد پرسنل شاغل در ستادهای دو گانه سال ۸۲ برابر ۲۴۸ نفر بود که در ستاد واحد سال ۸۳ به ۱۴۸ نفر (۵۹ درصد کاهش) تقلیل یافت.

بررسی نتایج میزان رضایت از کار پرسنل با پرسشنامه معتبر ارائه شده توسط WHO نشان می دهد که میزان رضایت از کار پرسنل قبل و بعد از ادغام چندان تفاوتی نکرده است. میانگین رضایت قبل از ادغام برابر ۲/۹۲ و بعد از ادغام برابر ۲/۹۳ می باشد. با  $Z = ۰/۶۲۳$ ،  $N = ۹۰$ ،  $P = ۰/۵۳$  معنی دار نمی باشد. به علاوه هیچ کدام از گزینه های بیستگانه نیز معنی دار نبودند. مقایسه بر آورد انتظارات معاونت ها و مدیریت های ستادی دانشگاه از عملکرد مرکز قبل و بعد از ادغام علی رغم افزایش تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد.

مقایسه عملکرد مراکز دو گانه سال ۸۲ و مرکز واحد سال ۸۳ در بهمن ماه در جدول ۱ آورده شده اند.

بررسی عملکرد آماری مرکز بهداشت شهرستان قبل و بعد از ادغام بر اساس گزارشات موجود در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی (معاونت بهداشتی دانشگاه) تفاوت چندان قابل ملاحظه ای را نشان نمی دهد. به طوری که پوشش زوج ها یا همان شاخص زوج تحت پوشش سالانه (protection Couple years) در زمینه خدمات تنظیم خانواده کاهش را نشان می دهد در حالی که مراقبت کودکان افزایش ۵ درصدی را نشان می دهد. خدمات بهداشت محیط (بهبودی امکان) تغییری را نشان نمی دهد ولی در بیماریابی کاهش قابل توجهی به چشم می خورد که این امر با توجه به احتمال شیوع برخی

جدول ۱: شاخص های آماری بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان تبریز قبل و بعد از ادغام

ردیف	عنوان	قبل از ادغام	بعد از ادغام
۱	مراقبت از مادران باردار	گزارش نشده بود	گزارش نشده بود
۲	تنظیم خانواده (CYP)	۲۶۹۵۳۱	۲۵۸۵۵۵
۳	مراقبت از کودکان زیر یکسال	٪۷۱	٪۷۶
۴	بهداشت محیط (بهبودی امکان)	٪۵۱	٪۵۱
۵	بیماریابی	مورد ۳۲۳۶	مورد ۲۱۳۶

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی کیفیت فرایند مراقبت از مادران قبل و بعد از ادغام مرکز بهداشت

ردیف	فعالیت	فراوانی نسبی (قبل از ادغام)	فراوانی نسبی (بعد از ادغام)	P value
۱	انجام حداقل ۶ مراقبت در طول بارداری	٪۷۲	٪۷۴	۰/۶۹
۲	انجام مراقبت کامل بعد زایمان (دو مراقبت روتین)	٪۴۷	٪۳۹	۰/۸
۳	مکمل یاری آهن برای مادر باردار	٪۷۲	٪۷۱	۰/۸۴
۴	زمان تشکیل پرونده برای مادر	۳/۱۲ ماهگی	۳/۱۱ ماهگی	۰/۸۵
۵	انجام مراقبت بعد از زایمان	٪۴۳	٪۳۸/۵	۰/۸۴
۶	انجام خدمات تنظیم خانواده بعد از زایمان	٪۳۶	٪۳۲/۵	۰/۵۸
۷	انجام واکسیناسیون مادر طبق برنامه	٪۶۰	٪۶۰	۱/۰۰

در نهایت می توان نتیجه گرفت که عملکرد واحدهای محیطی ارتباط معنی داری با ستاد نداشته است. به عبارت دیگر کوچک سازی واحدهای ستادی رابطه معنی داری را با عملکرد واحدهای محیطی ارائه کننده خدمات نداشت.

### بحث و نتیجه گیری

مرکز بهداشت شهرستان کلان شهر تبریز به عنوان مهمترین واحد ستادی سطح دوم نظام شبکه های بهداشتی، درمانی کشور از اهمیت ویژه ای در ارائه خدمات سلامت و تأثیرگذاری بر سلامت جامعه دارد. این مرکز با حدود ۱۰۰۰ نفر پرسنل و بیش از یکصد پایگاه بهداشتی، مرکز بهداشتی، درمانی و خانه بهداشت جمعیت ۷۵ میلیون نفری شهری و یکصد و پنجاه هزار نفری روستایی را تحت پوشش خود دارد. علاوه بر آن تبریز به عنوان بزرگترین کلان شهر شمال غرب کشور تأثیر بسیار مهمی در امنیت غذایی و خدمات بیماریابی منطقه و کشور دارد.

یافته ها نشان داد که بیش از ۸۰ درصد هزینه های مرکز بهداشت راهزین پرنسلی در بر می گیرد. که این یافته با مستندات سازمان بهداشت جهانی در بسیاری از کشورها مطابقت دارد. [۱۱] با این حال سازمان های مختلف در سراسر دنیا به دنبال پیشرفت های حاصل شده در تکنولوژی، تغییرات و مقررات بازارها و رشد اقتصادی جهان به شدت تحت فشار قرار گرفته و به دنبال یافتن راه هایی برای کسب و حفظ مزیت رقابتی خود از جمله کوچک سازی و کاهش نیروی انسانی خود هستند. [۷]

افتاده است که شامل وضعیت رشد کودکان یعنی کاهش کودکان زیر صدک سوم از ۳/۶۹ درصد به ۱/۹۴ درصد، میزان رسم درست منحنی های رشد از ۷۱ به ۷۹ درصد ( $P < 0/100$ )، موارد ارجاع به پزشک از سوی واحد بهداشت خانواده، به علاوه اولین روز مراقبت از کودک در واحد بهداشتی از ۴۰ روز به ۳۸ روز بیانگر بهبود در عملکرد می باشد.

در کنترل افزایش جمعیت و ارائه خدمات تنظیم خانواده شاهد افزایش پوشش و تداوم خدمت می باشیم در عین حال میزان ترک استفاده از روش نیز افزایش یافته است.

یافته ها تدارک واکسن های مورد نیاز واحدها از سوی ستاد با توجه به حساسیت زنجیره سرد و دستورالعمل های کشوری نشان داد که در شش ماهه دوم قبل از ادغام ۶/۲ و بعد از ادغام ۶/۸ نوبت واکسن به واحدهای مورد بررسی تحویل داده شده بود که با دستورالعمل کشوری هر ماه یک نوبت مطابقت می نماید. بررسی انجام به موقع واکسیناسیون یکصد کودک زیر ۱۸ ماه در قبل و بعد از ادغام نشان می دهد که قبل از ادغام ۷۵/۸ درصد از کودکان و بعد از ادغام ۷۷ درصد به موقع و طبق برنامه واکسن دریافت کرده اند.

تحلیل آماری بیشتر رابطه معنی داری را در تحویل واکسن و انجام به موقع واکسیناسیون قبل و بعد از ادغام نشان نداد. مقایسه کیفیت فرایند خدمات بهداشت محیط قبل و بعد از ادغام مرکز بهداشت نشان دهنده بهبود عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در زمینه خدمات بهداشت محیط می باشد. تحلیل های بیشتر در این زمینه نیز هیچ گونه رابطه آماری را نشان نداد.

مالی می باشد تغییر درصد هزینه های فصل اول از هزینه های جاری از ۶۷/۴۷ درصد سال ۸۲ به ۶۹/۹۳ درصد در سال ۸۳ رسید که افزایش فوق بسیار کمتر از حد انتظار می باشد. به علاوه هزینه های اداری (فصل دوم) نیز از ۱۹/۶۲ درصد به ۱۷/۰۳ درصد کاهش یافت که این یافته نیز قابل توجه می باشد.

از سوی دیگر بررسی هزینه های پرسنلی کارکنان ستادی در سال های ۸۲ و ۸۳ نشان می دهد که در خلال سال های ۸۲ و ۸۳ هزینه حقوق پرسنل ستادی از ۵۹/۲۱ به ۶۰/۹۵ درصد افزایش و در عین حال هزینه حقوق پرسنل غیر ستادی (شاغل در واحدهای تابعه) از ۶۴/۸۵ درصد به ۶۸/۲۱ درصد تغییر یافته است. مقدار هزینه های مأموریت پرسنل ستادی از ۷/۷۹ درصد به ۱۷/۹۵ درصد کاهش یافته است. نتیجه اینکه در حالت کلی شاهد بهبود عملکرد مالی مرکز می باشیم که با یافته های حاصل از ۲۵۰ شرکت بزرگ آمریکایی مورد بررسی در سال ۱۹۹۲ همخوانی دارد. بررسی های فوق نشان می دهند که کوچک سازی به ویژه در کوتاه مدت می تواند باعث کاهش هزینه و افزایش سهم سازمان در بازار گردد. [۳]

در سال های اخیر بحث های فزاینده ای در خصوص سلامت و بهداشت روانی کارکنان شاغل به طور موقت و غیر دائم به صورت پیمانی و نیز از دست دادن شغل به خاطر کوچک سازی و محدود سازی وسعت و شمار کارکنان سازمان ها و صنایع در میان صاحب نظران و مجامع مربوطه رواج یافته است. [۱۳] بررسی مطالعات مربوطه شامل ۹۳ مطالعه از ۱۱ کشور مختلف جهان منتشر شده به وسیله اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۰ نشان می دهد که برای بررسی سلامت و بهداشت روانی کارکنان فوق متدولوژی های مختلفی از جمله گزارشات محیط کار مثل بررسی پرسشنامه ای، مطالعات موردی کیفی، و مقایسه شاخص های سلامت مثل میزان صدمات محیط کار، فشار خون، سوانح و حوادث و بیماری و غیبت از کار به کار گرفته شده اند. با این حال در ۲۳ مطالعه از ۲۹ مطالعه اثرات سوء از دست دادن و تغییر محیط کار بر روی سلامت کارکنان به اثبات رسید. در پیگیری (Follew-up) ۶۶ مطالعه در مورد اثرات کوچک سازی بر سلامت کارکنان تنها در هفت

در سال ۱۳۸۲ از تعداد یک هزار نفر نیروی انسانی شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تعداد ۲۴۸ نفر در دو واحد ستادی مشغول به کار بودند یعنی به ازای هر سه نفر پرسنل شاغل در واحدهای محیطی یک نفر در ستاد مشغول انجام امور پشتیبانی و اداری، نظارتی بودند و به علاوه دو واحد ساختمان بزرگ در مرکز شهر به عنوان ستادهای اداری شماره ۱ و ۲ هر یک با بیش از ۵۰۰۰ متر مربع فضا و ۸۰۰۰ متر مربع زیر بنا با هزینه های متعدد نگهداری، تهویه، آب، گاز و برق به کار گرفته شده بودند.

چنانچه با نگرش فرایندی [۱۲] موضوع را مورد توجه قرار دهیم منابع انسانی، مالی، تجهیزاتی، فضای فیزیکی را به عنوان ورودی یا input فرایند، فعالیت های حمایتی، پشتیبانی، مدیریتی ستاد را به عنوان پروسه های Process مختلف فرایند در نظر بگیریم. بر اساس مطالعات متعدد انجام شده می توانیم: ارائه خدمات بهداشتی از جمله خدمات بهداشت محیط، بهداشت خانواده (مراقبت مادران، کودکان، تنظیم خانواده) بیماریابی را به عنوان Output مرکز بهداشت در نظر بگیریم.

به همین ترتیب چنانکه ادغام (Integration) دو مرکز بهداشت در همدیگر یا به اصطلاح علمی downsizing را به عنوان یک ریفورم مدیریتی رایج در دهه های اخیر مدنظر قرار دهیم. پیامدهای آن را می توان در ارائه خدمات بهداشتی به جامعه از نظر کمی و کیفی (عملکرد مرکز بهداشت)، میزان رضایتمندی یا سلامت جسمی و روانی کارکنان، تغییرات هزینه های جاری به ویژه هزینه های پرسنلی، تغییرات در کم و کیف نیروی انسانی شاغل، گزارشات عملکردی (آمارهای روتین)، میزان برآورد انتظارات مدیران سطوح بالا پیگیری نمود.

یافته ها نشان می دهد که با کوچک سازی ستاد مرکز بهداشت از نظر فضای فیزیکی دو ساختمان ستادی به یک ساختمان تقلیل یافته که نتیجه آن آزاد شدن بیش از ۵۰۰۰ متر مربع فضای فیزیکی با هزینه های متعدد نگهداری ساختمان بود. هزینه های جاری مرکز قبل و بعد از ادغام گرچه به دلیل ثابت بودن پرسنل در کل نه تنها کاهش نداشت بلکه با افزایش هم همراه بود که این با توجه به ماهیت دولتی بودن نظام بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان دور از انتظار نبود. تحلیل هزینه های جاری نشان دهنده بهبود در عملکرد

کوچک سازی پاسخ رایجی برای کاهش هزینه ها به شمار می رود ولی توجه به اینکه بیمارستان ها چقدر برای کوچک سازی و طراحی جدید کار بدون وجود شواهد تجربی اقدام نموده اند، بسیار مهم است. [۱۷] مطالعه ای در آمریکا نشان داد که کوچک سازی بیمارستان کیفیت مراقبت های بالینی را پایین آورده است با این حال ارتباط بین کوچک سازی و پیامدهای آن در مراقبت های بالینی روشن نیست. [۱۸] مقایسه نظرات بیماران در رابطه با کیفیت مراقبت ها قبل و بعد از کوچک سازی نیز نتایج ضد و نقیضی داشته است. [۱۹]

اصلی ترین هدف کوچک سازی عبارت از بهبود عملکرد می باشد که در خصوص واحدهای بهداشتی و درمانی خدمات بهداشتی مادران، کودکان، واکسیناسیون، تنظیم خانواده، بهداشت محیط از نظر کمی و کیفی در این پژوهش بررسی شدند نتایج کل بیانگر کاهش کیفیت خدمات نبود که در مطالعات مشابه خارجی افزایش سهم بازار شرکت ها و مؤسسات مد نظر قرار می گیرند. [۲۰] اگر چه بررسی کمی مراقبت های بهداشتی بر اساس آمار مستند و بررسی کیفی مراقبت های بهداشتی مادران، کودکان، تنظیم خانواده و بهداشت محیط نتایج غیر ملموسی را نشان داد. با این حال در حالت کلی و با توجه به کاهش هزینه های پرسنلی، کاهش ابعاد فضای فیزیکی، عدم تغییر رضایت از کار کارکنان، عدم افت کیفیت خدمات و تأیید یافته های مطالعه قبلی محقق در امکان کاهش حجم فعالیت های ستادی دانشگاه تا ۱۷/۵ درصد [۲۱] می توان نتیجه گرفت که استراتژی کوچک سازی از کارایی لازم برخوردار بوده است. ذکر این نکته نیز ضروری است که در سال های اخیر میانگین توقف بیماران از ۱۵ روز در غرب به حدود ۷ روز رسیده است. [۲۲] این تقلیل که گردش تخت های بیمارستانی را به بیش از نصف و هزینه ها را به کاهشی چشمگیر کشانده است، از مقوله های حائز اهمیت در کوچک سازی ابعاد در مقایسه با سال های پیشین و لزوم توجه جدی به کوچک سازی است.

مطالعه اثرات تخریبی بر سلامت کارکنان به اثبات رسید. [۱۳]

در مطالعه ادغام شهرستان تبریز به دلیل امکانپذیر نبودن سایر روش ها از سنجش رضایت از کار پرسنل استفاده کردیم. و یافته ها نشان داد که ادغام (کوچک سازی ستاد) تأثیری بر روی رضایت از کار پرسنل و بهداشت و امنیت شغلی آنها نداشته است. طی مطالعه ای در انتاریو (Ontario) کانادا اثرات کوچک سازی در بیمارستان ها را بر روی پرسنل پرستاری تمام وقت و نیمه وقت نشان دهنده تیدگی هیجانی (emotional exhaustion) و ضعف در سلامت و افزایش غیبت در بین پرستاران تمام وقت بود. [۱۴] در مطالعه ای در شهر Raisio فنلاند کلیه کارکنان دولتی (۹۸۱) نفر را به مدت یک سال کاری (قبل و بعد از کوچک سازی) از نظر میزان غیبت از کار، سوانح و حوادث محیط کار، بیماری، تروما، اختلالات اسکلتی عضلانی بررسی و نتایج نشان داد که: بین کوچک سازی و غیبت به دلایل پزشکی همبستگی وجود داشت. میزان غیبت ۲/۳ بار نسبت به قبل از کوچک سازی بیشتر شده بود. [۱۵]

در مطالعه ما بررسی میزان غیبت از کار به دلیل بیماری (مرخصی های استعلاجی) و استفاده از مرخصی های مقرر (عدم ذخیره مرخصی برای سال های آتی) در بین کارکنان نیز تفاوت معنی داری را در قبل و بعد از ادغام نشان نداد.

کوچک سازی یا محدود سازی شمار کارکنان به عنوان بحث رایجی در بیمارستان ها به عنوان روشی برای برآورد تقاضاها و کاهش بودجه ها مطرح می باشد. مطالعه انجام شده در سوئد به بررسی دیدگاه های کارکنان نسبت به محیط کار، سلامت فردی آنها و کیفیت مراقبت های ارائه شده توسط آنها در دوره کوچک سازی پرداخته است. نتایج نشان داد که گرچه در کیفیت مراقبت های انجام شده تغییر معنی داری دیده نشد. اما از دیدگاه کارکنان بار کاری افزایش و متعاقب آن انرژی روانی آنها کاهش یافت. این دو تغییر بیانگر آغازی بر مشکلات آتی در مورد کیفیت مراقبت در آینده می تواند باشد. بین نمره بالای رضایت کارکنان و نمره ارزیابی داده شده به مراقبت کارکنان توسط بیمار رابطه ای مشاهده شده است. [۱۶]

فهرست منابع

- 13- Quinlan M. work place health and safety Effects of precarious Employment GOHNET Newsletter2002;(2):1-12.
- 14- Brochures N. Stress at work. 1999. DHHS (NIOSH) publication no 99 - 101 [http0://www.cdc.gov/Niosh/stress wk.html](http://www.cdc.gov/Niosh/stress wk.html)
- 15- Ronald J , Burke E , Greenglass. Effects of hospital restructuring of full time and part time nursing staff Ontario. International Journal of Nursing studies 2000; (37): 163 - 171.
- 16- Brown C, Arnetz B, Peterson V. Downsizing Within a hospital: cutting care or Just costs? J social Science and Medicine 2003; (57): 1539 - 1546 .
- 17- Aiken IH, Fagin CM. Evaluating the consequences of hospital restructuring. Medical Care 1997; 35 (10):1-4.
- 18- Berlowit ZD, young J, Brandeis G, lader B, Anderson J. Healthcare reorganization and quality of care. J Medical Care 2001; 39(2): 138 -146.
- 19- Brown s, lumely J. Are cuts to health care expenditure in Victoria compromising quality of care ? Australian and Newzland J Public Health (1999);22(2):279-281.
- 20- Bandera, Karen, Chin, Sherman. (August 1998). Report of an Oversight Special Study: Downsizing in The Federal Government, U.S. Office of Personnel Management, Office of Merit Systems Oversight and Effectiveness.
- ۲۱- جبباری بیرامی، حسین؛ بخشیان، فریبا. بررسی مأموریت ها و فرآیندهای قابل تفویض معاونت های دانشگاه علوم پزشکی تبریز سال ۱۳۸۳، مجله مدیریت توسعه و سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز. سال اول، شماره ۴ بهار ۸۶
- ۲۲- حسن زاده، ع. شاخص های کیفی برای ارزیابی مراقبت های بیمارستانی و دسترسی به خدمات بهداشتی. مؤسسه عالی پژوهش های تأمین اجتماعی (معاونت درمان) تهران، ۱۳۸۰.
- ۱- صدقیانی، ابراهیم. مطالعه تطبیقی نظام های بهداشت و درمان کشورهای مختلف. طرح پژوهشی. سازمان مدیریت صنعتی. ۱۳۷۸
- 2- World Health Organization (WHO).2002."Management Effectiveness Program :Mep Guide ; Geneva .Tabriz. IRAN. National Public Health management Center (NPMC) 2001;2-4.
- 3- Hutchinson JC, Murrmann SK, Murrmann kf, Planning and implementing an effective downsizing program. Int J Hospitality Management 1997 ; 15(1): 23 - 38 .
- 4- Wayhan VB, Werner S. the Impact of work force Reductions on financial performance: A longitudinal perspective. J of Management 2000; 26(2): 341 -363 .
- 5 - Armstrong - stassen M, Terry HW , Julian Cuttaneo R. Sustaining a service quality initiative in the midst of downsizing can it be done? Journal of Quality management 2001; (6): 211 - 233.
- 6 - Drunker, PF. (1993). Post capitalist society , Harper Collins , new York.
- ۷- صدقیانی، ابراهیم. گزارش نهایی طرح پژوهشی کوچک سازی واحدهای خدماتی بیمارستانی در استان تهران ۱۳۸۴، پژوهشکده توسعه مدیریت کاربردی در ایران.
- 8 - Espahbodi R, Teresa AJ , Copula V. The Effects of Downsizing on operating performance. Review of Quantitative finance and Accounting 2000; 15 (2): 107 - 126.
- 9- Wetzal, K, soloshy D, Gallagher D. The work attitudes of full time and part time registered nurses. J Health care Management Review 1990; (3): 79 - 85 .
- 10- Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring and downsizing in Canada: are less experienced nurses at risk ? psychol Rep 2000; 87 (3): 1013 - 21.
- ۱۱- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰. چاپ اول، تهران، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. تابستان ۱۳۸۲ ص ۲۱.
- ۱۲- جبباری بیرامی، حسین؛ بخشیان، فریبا. مدیریت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأمین اجتماعی ..... در ربع. ۱۳۸۶، صفحه ۴۷، رشیدی تبریز، تبریز مرکز کشوری مدیریت سلامت