

گزارش مورد

ادغام دو بیمارستان: یک مطالعه موردی

امیر اشکان نصیری پور^۱، فرشته علی زاده^{۲*}

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۲۶، پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۳۰

چکیده

ادغام دو بیمارستان ها به دلایل مختلفی اتفاق می افتد که برخی از آنها عبارتند از: کمبود کارکنان مورد نیاز، افزایش تقاضا برای خدمات، روند افزایش هزینه ها و کمبود منابع مورد نیاز. این مطالعه جهت پاسخ به دو سوال اساسی انجام گرفته است: در یک ادغام موفقیت آمیز چه مواردی را باید در نظر گرفت؟ ادغام چه مزایا و معایبی دارد؟ این مطالعه به صورت موردی در ارتباط با ۲ بیمارستان انجام گرفته است و جهت جمع آوری اطلاعات از اسناد و مدارک کتابخانه ای استفاده شده است. در این مطالعه موردی فرایند ادغام دو بیمارستان کاملاً معتبر معرفی می شود که هر دو مجهز به تکنولوژیهای تشخیصی تصویری کاملی مانند MRI و CAT Scanner می باشند، در مراکز درمانی اورژانس شهری هردو بیمارستان پزشکان به صورت شبانه روزی حاضر هستند و هر دو مجهز به یک مرکز تخصصی زنان نیز می باشند. هر دو بیمارستان در یک جامعه ۶۰ هزار نفری قرار گرفته اند. موفقیت ادغام کاملاً بستگی به چند موضوع دارد: رهبری، پذیرش فرهنگ، مدیریت منابع انسانی، کارگزینی و بسته مزایای کارکنان.

کلید واژه‌ها: ادغام، بیمارستان.

مقدمه

طی دو دهه‌ی گذشته یکی از مهم‌ترین پدیده‌های مشاهده شده در بازارهای بیمارستانی در بحث سیستم‌های چند بیمارستانی (آرمان و گابل، ۱۹۸۴، مورسیسی و الکساندر، ۱۹۸۵) بوده است. در آمریکا در سال ۱۹۷۵ از هر چهار بیمارستان یک بیمارستان جزء سیستم چند بیمارستانی بوده است و روند ادغام‌ها طی دهه‌ی ۸۰ و ۹۰ سرعت بیشتری به خود گرفته است. بیش از ۱۳۰۰ اکتساب بیمارستانی طی سال‌های ۱۹۸۹ و ۱۹۹۳ مشاهده گردید (دانزن، ۱۹۹۴) و در سال ۱۹۹۳ از هر دو بیمارستان یک بیمارستان جزء این سیستم قرار گرفته است. امروزه در آمریکا بیش از ۴۵۰ سیستم چند بیمارستانی حدود ۹۰ درصد کل خدمات بیمارستانی را ارائه می‌نمایند [۱].

مطالعه‌ی موردی ادغام دو بیمارستان «الف» و «ب»

در این مطالعه‌ی موردی فرایند ادغام دو بیمارستان کاملاً معتبر مطرح می‌شود که هر دو مجهز به تکنولوژی‌های تشخیصی تصویری بسیار کاملی مانند MRI و CAT Scanner می‌باشند. در مراکز درمانی اورژانس شهری آن‌ها ۲۴ ساعته پزشکان حاضر هستند و هر دو مجهز

*نویسنده مسؤول:

نشانی کامل پستی: تهران- پونک، انتهای اشرافی اصفهانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

Email: dr.alizadehfereshteh@yahoo.com

به یک مرکز تخصصی زنان نیز می‌باشند. هر دو بیمارستان در یک جامعه‌ی ۶۰ هزار نفری قرار گرفته‌اند. موفقیت این ادغام کاملاً بستگی به چندین موضوع دارد: ۱. رهبری، ۲. پذیرفتن فرهنگ، ۳. مدیریت منابع انسانی، ۴. کارگزینی، ۵. موضوع بسته‌ی مزایای کارکنان

شرح کلی

بیمارستان الف

این بیمارستان یک بیمارستان انتفاعی با ۱۱۰ تخت می‌باشد که ۸ تخت آن برای خدمات انتقالی تخصیص یافته است. مالکیت این بیمارستان خصوصی است. این بیمارستان در سال ۱۳۷۰ ساخته شد و طراحی این بیمارستان به صورتی است که بیمار از اتاق اورژانس تا داروخانه را به راحتی طی می‌کند و به عنوان نقطه‌ی ارجاع برای بیمارانی که مشکلات پیچیده دارند محسوب می‌شود. خدماتی که در این بیمارستان ارائه می‌شود شامل جراحی عمومی و سرپایی، خدمات کامل توانبخشی و رادیولوژی می‌باشد. علاوه بر این موارد خدمات دیگری که این بیمارستان ارائه می‌دهد شامل دیالیز کلیه، بخش دارویی، بانک خون، خدمات ۲۴ ساعته آزمایشگاهی، خدمات مراقبت در منزل، تزریقات وریدی یا تزریقات در موارد اورژانسی و خدمات مرکز زنان شامل خدمات مامایی می‌باشد. در این بیمارستان ساختمان اداری و پزشکی در مجاورت یکدیگر قرار

ادغام

در پاییز سال ۱۳۸۱ رئیس هیأت امنای هر یک از بیمارستان‌ها جلسه‌ای تشکیل دادند تا روی گزینه‌های کاهش قیمت خدمات بحث کنند و مسائل مربوط به کاهش تعداد کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت و بهبود خدماتی که به جامعه تحت پوشش ارائه می‌شود را بررسی کنند.

در بهار سال ۱۳۸۲ بیمارستان «ب» یک نامه‌ای به مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان «الف» فرستاد و هدف از ادغام را در آن بیان کرد. در تابستان سال ۱۳۸۲ توافق جهت ادغام صورت گرفت و قرار شد که موارد زیر در نظر گرفته شود:

۱. برای بیمارستان جدید که ادغام شده است یک نام جدید در نظر گرفته شود.

۲. یک تیم انتقالی که شامل مدیران ارشد اجرایی بیمارستان «الف» می‌باشد تدارک دیده شود تا به تغییرات مدیریتی و بسته‌های رفاهی و مزایای کارکنان رسیدگی کند.

و در خواست‌های دیگر شامل: بیان مأموریت جدید و یک سیاستی را به کار گیرند که کارکنان به خدمت خود خاتمه ندهند و انتخاب ۱۵ نفر برای هیأت امنای بیمارستان که ۱۰ نفر آن‌ها از اعضای هیأت امنای بیمارستان «ب» و ۵ نفر از اعضای هیأت امنای بیمارستان «الف» باشند.

جلسه‌ای توسط اعضای هیأت امنای مدیران ارشد اجرایی جهت پاسخ به سؤالات و مسائل مربوط به فرایند ادغام برگزار شد. در طی این جلسات موضوعاتی مبنی بر این که ادغام رقابت را از بین می‌برد و منجر به افزایش هزینه‌ی بهداشت و درمان می‌شود، و نیز باعث کاهش خدمات و کاهش کیفیت می‌شود را مطرح کردند. در جلسات کارمندان موضوعاتی که بیش‌تر موبوط به سابقه‌ی خدمت، تعیین شغل، پاداش و بسته‌ی مزایا بود مطرح می‌شد.

رهبری

سبک رهبری در بیمارستان «ب» به صورت مشارکتی بود. وظیفه‌ی اولیه مدیر ارشد اجرایی بیمارستان «ب» این بود تا تیم مدیریت اجرایی را که به خاطر بازنشستگی، بیماری جدی و مواردی دیگر از این قبیل اتفاق افتاده است را بازسازی کند و نیروی مناسب را جای‌گزین نماید. بیمارستان «الف» به عنوان یک سازمان تابعه خدمات بهداشتی درمانی فعالیت می‌کند و همه سیاست‌ها و تصمیم‌های استراتژیک را یک واحد مجزا تعیین می‌نماید. مدیران سطوح پایین خیلی در فرایند تصمیم‌گیری درگیر نمی‌شدند. بنابراین ساختار مدیریت بسیار متمرکز و ساختارمند می‌باشد. در نتیجه بیمارستان «الف» حتی برای فعالیت‌های روزمره‌ی خود به این واحد مجزا و واحد متکی بود.

بعد از ادغام یک نام جدید برای بیمارستان جدید انتخاب شد و در این هنگام تعداد کارمندان بیش از ۱۴۰۰ نفر بود. کارکنان که در پست‌های مدیریتی بودند برای حفظ شغل‌شان یا یکدیگر رقابت می‌کردند. حدود ۹۰ نفر از پرسنل تصمیم گرفتند تا خودشان را بازنشسته کنند. در نتیجه حدوداً ۱۲۰۰ نفر از کارمندان عضو سازمان جدید شدند. مدیر بیمارستان جدید تصمیم گرفت که ۳۰ تا ۴۰ جلسه با کارمندان داشته

گرفته‌اند و ساختمان بیمارستان در نزدیکی محل زندگی دستیاران می‌باشد و علاوه بر این محوطه دانشگاه و مجموعه‌ی پزشکی نیز در مجاورت یکدیگر می‌باشند.

علاوه بر این موارد این بیمارستان به عنوان یک مرکز مراقبت روزانه نیز فعالیت می‌کند. کل این مجموعه در یک فضای به مساحت ۱۷۴۶۵ مترمربع قرار گرفته است. این بیمارستان ۴۵۰ پرسنل دارد. بودجه‌ی عملیاتی این بیمارستان در سال ۱۳۸۰، ۳۴۰۰۰ میلیون ریال بود و این بیمارستان در همان سال ۱ میلیون دلار ضرر کرد و مجدداً در سال ۱۳۸۱ نیز ۵۰۰ هزار ریال ضرر کرد. بعد از گذشت ۳ سال در وضعیت بحرانی تصمیم گرفته شد که بیمارستان منحل شود.

بیمارستان ب

این بیمارستان دارای ۱۵۴ تخت، یک مرکز بهداشتی درمانی برای سالمندان شامل ۱۰۰ تا ۱۰۶ تخت و ۱۳ تخت برای درمان انتقالی و ۷ تخت برای خدمات توانبخشی دارد مساحت زمین این بیمارستان ۵۲۱۵۰ مترمربع می‌باشد. بودجه‌ی عملیاتی این بیمارستان در سال ۱۳۸۰، ۷۹۰۰ میلیون ریال بود. در این بیمارستان یک صندوق ذخیره‌ی پول به مبلغ ۲۰۰۰ میلیون ریال وجود دارد که آن را به بازسازی تجهیزات اتاق اورژانس و واحد مراقبت ویژه تخصیص دادند. خدماتی که این بیمارستان ارائه می‌دهد شامل: پزشک خانواده، واحد مراقبت ویژه نوزادان، مرکز زنان، امداد هوایی (مراقبت ویژه‌ی سیار)، بخش کودکان، مرکز سالمندان، کلینیک داروسازی و کلینیک ورزشی می‌باشد.

این بیمارستان ۹۱۴ نفر پرسنل دارد. عمده خدمات این بیمارستان در داخل بیمارستان ارائه می‌شود ولی این مرکز خدمات مراقبت در منزل را هم ارائه می‌دهد.

هدف برنامه‌ریزی استراتژیکی که برای این بیمارستان در نظر گرفته شده است به این دلیل است که مدیریت بیمارستان می‌دانست که برای برآورده کردن و پاسخگو بودن در برابر نیازهای جامعه باید این مرکز را بازسازی کند پس با این دید اهداف برنامه‌ریزی استراتژیک این بیمارستان تعیین شدند.

مرحله‌ی آمادگی برای ادغام دو بیمارستان

بیمارستان «الف» به خاطر ۳ سال ضررهای پی‌درپی که متحمل شده بود و بیمارستان «ب» با مسأله‌ی مستهلک شدن تجهیزات آتش روبرو بود. فرایند ادغام ۳ سال طول می‌کشید تا این ۲ بیمارستان در یکدیگر ادغام شوند و یک مرکز جدید ایجاد شود.

هیأت امنای بیمارستان «ب» یک بیمارستان را برای استان پیشنهاد دادند تا سازمان‌های خارجی دیگر توان رقابت در منابع و بیماران را پیدا نکنند. جهت انتخاب مدیر برای بیمارستان جدید مدیران ارشد اجرایی ۲ بیمارستان درخواست‌های خود را ارائه دادند. به خاطر شکافی که ایجاد شده بود از یک شرکت مشاور خارجی دعوت شد تا رزومه، تجربیات و عملکرد شغلی هر مدیر بررسی شود. در نهایت مشاوران به مدیر بیمارستان «ب» رأی دادند زیرا وی بیش از ۲۰ سال هم مدیر مؤسسه بود و هم رئیس دانشکده‌ی نظامی بوده است.

شد که این ۴ پست سازمانی حفظ شود. رئیس بخش کارکنان پزشکی از بیمارستان «ب» انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد نیاز بود تا آیین‌نامه‌ها، قوانین و مقررات مربوط به کارمندان بیمارستان «الف» و «ب» بررسی شود. در طی یک رأی‌گیری ۲ کارمند پزشک برای بررسی آیین‌نامه‌ها، قوانین و مقررات انتخاب شدند و به ۲ کارمند از کارمندان پزشکی برای اعطای اعتبارنامه در قالب یک تیم قانونی نیاز بود. از آن جایی که هر پزشک باید هر ۲ سال یکبار مورد ممیزی قرار می‌گرفت که برآورد شود آیا استانداردها را رعایت کرده است یا خیر. بدین منظور نیز یک سری از کارمندان انتخاب شدند. هر یک از بیمارستان‌ها جهت بررسی کیفیت فعالیت‌هایشان استانداردهای کیفی متفاوتی را استفاده می‌کردند ولی آن‌ها با توجه به رأی‌گیری که صورت گرفت تصمیم گرفتند تا از استانداردهای بیمارستان «الف» برای بیمارستان ادغام شده استفاده کنند زیرا استانداردهای آن‌ها سخت‌گیرانه‌تر، دقیق‌تر و به صورت مکتوب بودند.

موضوع دیگر در رابطه با کارمندان بخش پرستاری بود. در تحلیل نیروی کار ادغام شده مشخص شد که در خدمات پرستاری نسبت پرستاران تحصیل کرده به پرستاران تجربی ۳۰ به ۷۰ است و این مقدار نامناسب بود. این نسبت دقیقاً مغایر با چیزی بود که آن‌ها برای ارائه‌ی خدمات با تکنیک پیشرفته برنامه‌ریزی شده نیاز داشتند و این خدمات شامل کاردیواسکولار، خدمات جراحی قلب باز، آزمایشگاه پیشرفته و مرکز سرطان بود. و آن‌ها برای ارائه‌ی این خدمات نیاز به پرستاران متخصص و تحصیل کرده داشتند و آن نسبت باید ۴۰ به ۶۰ تغییر پیدا می‌کرد.

به علاوه تحلیل و بررسی که روی کارکنان صورت گرفت نشان داد که سطح مهارت کارکنان باید ارتقاء یابد تا آن‌ها بتوانند در محیط‌هایی که نیاز به تکنیک‌های پیشرفته است بتوانند فعالیت کنند مثلاً سیستم بایگانی عکس‌ها به صورت کامپیوتری، ثبت اسناد به صورت الکترونیک.

بسته‌ی مزایا

هر بیمارستان یک سری مزایای خاصی را به کارمندان پیشنهاد می‌کرد که آن‌ها شامل: مرخصی بیماری، پرداخت اضافه‌کاری، بیمه‌ی سلامت، بیمه‌ی عمر و برنامه‌ی بازنشستگی که این موارد در دو بیمارستان متفاوت بود. در بیمارستان «ب» همه‌ی افراد بیمه شده بودند ولی در بیمارستان «الف» برنامه‌ی بیمه‌ی خدمات درمانی کاملی را به کارمندان پیشنهاد داده بود. به علاوه پوشش خدمات بهداشتی و درمانی، کسر مالیات، حق بیمه و هزینه‌های پرداخت از جیب بین دو بیمارستان تفاوت داشت. کارمندان بیمارستان «الف» به خاطر ترس از دست دادن مزایایشان تمایل نداشتند که به سمت سیستم بازنشستگی بیمارستان «ب» بروند. در نهایت ۹۰ نفر از کارمندان به خاطر ترس از دست دادن مزایا کارشان را ترک کردند. ولی گروه‌های دیگر به امید به دست آوردن بسته‌ی مزایای بهتر در سیستم باقی ماندند.

بحث

ادغام در سطح سیستم‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی

باشد و به طور هفتگی جلساتی را برای مدیران بخش‌ها برگزار می‌کرد تا به سؤالاتی که آن‌ها پاسخ دهد. کارمندان با برقراری این جلسات تشویق شدند تا احساساتشان را بیان کنند. مددکاران اجتماعی به برنامه نظام ارزیابی عملکرد دسترسی پیدا کردند و برقراری رابطه نزدیک و شخصی به کارمندان کمک می‌کرد تا بر ترس و هراسشان فائق آیند.

پذیرش فرهنگ

فرهنگ هر سازمان در کلام، مکان فیزیکی سازمان، ارزش‌ها و نشانه‌ها و فرایندهای روزمره به طور مشخص و بارز نمود پیدا می‌کند. در بیمارستان «ب» یک فرهنگ توسعه یافته خودمختاری، استقلال و خودهدایتی وجود داشت. ولی در بیمارستان «الف» استقلال بسیار کمی وجود داشت و برای تصمیم‌گیری‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و اجرای فرایندها به شدت وابسته به آن سازمان واحد و مرکزی بودند. این عوامل روی فرهنگ بسیار تأثیرگذار است و تأثیر نهایی آن در کل مجموعه ادغام شده دیده می‌شود. فرهنگ روی شیوه‌ی رقابتی هر یک از بیمارستان‌ها تأثیر داشت به طوری که در موارد بی‌شماری از لغت «آن‌ها» در مقابل «ما» در درون بیمارستان «ب» دیده شده بود. و این عاملی بود که ریشه‌ی قوی در فرهنگ و وفاداری سازمان داشت.

هر دو بیمارستان یک سری شاخص‌هایی داشتند که فرهنگ آن‌ها را نشان می‌داد و حتی اشخاصی که در این بیمارستان‌ها کار می‌کردند این موارد را در فعالیت‌ها و رفتارهایشان نشان می‌دادند. بیمارستان «الف» یک بیانیه‌ی مأموریت و دورنمای مشخص و واضحی داشت که توسط همان سازمان مرکزی تهیه و تعریف شده بود. اگرچه بیمارستان «ب» هم یک بیانیه مأموریت و دورنمای تعریف شده داشت که توسط هیأت امنای آن تهیه شده بود ولی به طور واضح برای کارمندان آن مجموعه تعریف شده نبود.

مدیریت نیروی انسانی

در سال ۱۳۸۳ معاون رئیس منابع انسانی، افراد جدیدی را برای بیمارستان ادغام شده استخدام کرد. این فرد تجربه‌ی اجرایی در زمینه ادغام داشت. او خیلی زود درک کرد که ادغام چیزی فراتر از ارائه‌ی خدمات دو برابر است. ادغام یعنی در کنار هم آوردن ۲ گروه متفاوت از هیأت امنای بیمارستان‌ها، ۲ گروه جدا از پزشکان و کارکنان و ۲ گروه از بسته‌ی مزایای رفاهی متفاوت است.

کارگزینی

برای انتخاب کارمند در بیمارستان ادغام شده چندین مسأله‌ی مهم وجود داشت. ۶ ماه پس از ادغام هر دو بیمارستان مجبور شدند تا یک ساختار پزشکی مشترکی را ایجاد کنند و در این ساختار مسائل مربوط به: رهبری، احکام، آیین‌نامه‌ها، قوانین و مقررات و مرور سازمان‌های همتا مطرح شد. رئیس کارگزینی، معاون رئیس و منشی برای یک مجموعه ۶ نفری از پزشکان یک فرایندی را ایجاد کردند که ۶ پست سازمانی را در ۴ مورد ادغام کنند. ۴ تا از اسامی پزشکان برای کارمندان پزشکی پیشنهاد شده بود در نتیجه در یک رأی‌گیری قرار

سیستم‌های پایش عملکرد بسیار گسترده و پیشرفته دارد و آن نیاز به یک سری از شاخص‌ها برای اندازه‌گیری برون دادها در سطوح مختلف دارد [۱۲].

ایجاد و به کارگیری سیستم‌های الکترونیک در سازمان‌های ادغام شده بسیار پیچیده، وقت‌گیر و هزینه‌بر است. علی‌رغم این موارد، سیستم‌های ثبت الکترونیکی اطلاعات در بیمارستان‌های ادغام شده به مدیریت مؤثرتر و بهبود جریان اطلاعات نیز کمک می‌کند [۱۳].

برای فعالیت‌های اجرایی در سیستم‌های بهداشت و درمان ادغام یافته نیاز به یک رهبر با دورنمای تعریف شده و فرهنگ سازمانی که موافق با این دورنما باشد مورد نیاز می‌باشد. برخورد فرهنگ‌های متفاوت مانند تفاوت‌های بین ارائه دهندگان خدمات پزشکی متفاوت و خدمات بلند می‌باشد [۱۴]. در پژوهش حاضر نیز به هر دو مورد توجه شده است و جزء ارکان اصلی برای ادغام موفقیت‌آمیز به حساب آمده است و نیز هر دو بیمارستان روی آن‌ها اتفاق نظر داشتند.

پزشکان نیاز دارند تا در تمام سطوح سیستم به طور مؤثر ادغام شوند. برای این که این ادغام به صورت مؤثر و صحیح صورت گیرد نیاز هست که رهبر در سیستم نقش خود را به طور مؤثر در زمینه طراحی، اجرا و ادغام ایفا نماید. تصور از دست دادن قدرت، منزلت، درآمد یا تغییر در سبک عملکرد می‌تواند منتج به نارضایتی، رنجش شوند و در نهایت به عنوان مانعی در برابر تغییرات اقدام نمایند [۱۵]. در پژوهش حاضر نیز در هنگام ادغام و بعد از آن به مسأله‌ی ادغام پزشکان و سایر کارکنان نیز توجه خاصی مبذول شده است.

در کنار هم آوردن دو سازمان و خدمات آن‌ها و تبدیل کردن آن‌ها به یک سیستم ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت ادغام یافته از طریق روابط قراردادی یا شبکه‌ها نوعاً نیاز به توسعه‌ی ساختاری دارد که هماهنگی را ارتقا بخشد [۱۶].

کنترل هزینه‌ها یکی از مشکلات عمده و اصلی در سازمان‌های بهداشتی درمانی ادغام شده می‌باشد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سازمان‌های ادغام شده‌ی درمانی مزایای اقتصادی فراوانی به همراه دارند به خاطر این که ادغام باعث صرفه‌جویی به مقیاس و کاهش هزینه‌ها هم در سطح مدیریتی و هم در سطح کلینیکی می‌شود [۱۷]. پژوهشی توسط الکساندر و هالپرن در سال ۱۹۹۶ با عنوان تأثیرات کوتاه مدت ادغام بر عملکرد بیمارستان‌ها انجام شد. این پژوهش روی ۱۹۴ بیمارستان که پس از ادغام به ۹۷ بیمارستان تبدیل شده بودند انجام گرفت. نتایج نشان داد که نرخ ظرفیت بیمارستان‌های ادغام شده، کاهش یافته است و نیز هزینه‌ها پس از ادغام افزایش یافت اما این افزایش نسبت به بیمارستان‌هایی که ادغام نشده بودند کم‌تر بود. این دو شاخص نشان داد که بیمارستان‌های ادغام شده کارایی بالاتری دارند. ادامه‌ی بررسی‌ها نشان داد که ادغام در بیمارستان‌ها نتیجه و تأثیر خاصی روی کارمندان نداشته است [۱۸] که با نتیجه پژوهش حاضر در این زمینه مغایر می‌باشد. زیرا در این پژوهش ادغام باعث ریزش یک سری از کارمندان شد.

پژوهشی توسط بوگه و همکارانش در سال ۱۹۹۵ تحت عنوان سازماندهی مجدد بیمارستان‌ها بعد از ادغام انجام شد. در این پژوهش بیمارستان‌های ادغام شده را طی ۵ سال بین سال‌های ۱۹۸۳ تا

به این منظور انجام می‌شود تا عملکرد بهتر و مناسب‌تری در زمینه‌ی کیفیت، ایمنی بیمار، ارتباطات مؤثرتر و پروتکل‌های استاندارد شده فراهم شود، اگر چه این پیامدها به طور کامل و آن طور که مد نظر بوده است در سیستم‌های ادغام شده دیده نشده‌اند [۲]. همچنین از طرف دیگر یکپارچگی افقی به بیمارستان‌ها این اجازه را می‌دهد که اولاً از صرفه‌جویی به مقیاس بهره گیرند، ثانیاً هزینه‌های اداری را کاهش دهند و ثالثاً دسترسی مشتریان را به خدمات تسهیل نمایند [۳].

در مورد ادغام بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است و در هر پژوهش تأثیر ادغام را بر جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته داده‌اند [۴]. در مؤسسه‌ی کوآتری در سال ۲۰۰۹ پژوهش‌های مختلفی درباره‌ی موضوع ادغام توسط افراد مختلف انجام شده است. به طور خلاصه جنبه‌هایی که باید در یک ادغام موفقیت‌آمیز در مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت در نظر گرفت عبارتند از:

یکی از اصول مهم در سیستم‌های سلامت ادغام شده، ارائه‌ی خدمات جامع و کامل مرتبط با آن حوزه می‌باشد، به طوری که کل آن حوزه را پوشش دهد. سیستم‌های سلامت ادغام شده مسؤلیت‌ها را در تمام زمینه‌های برنامه‌ریزی برای ارائه‌ی خدمات به جمعیت تحت پوشش، و هماهنگی هسته‌ی مرکزی خدمات در طول دوره‌ی ارائه‌ی درمان به افراد تحت پوشش را متقبل می‌شوند [۵]. این فرایند شامل هر سه سطح خدمات (خدمات سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه) می‌شود و نیز هماهنگی بین سازمان‌های درمانی و بهداشتی را نیز بر عهده می‌گیرند [۶].

سیستم‌هایی ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی وقتی ادغام می‌شوند باید پیش‌تر به برآورده کردن نیازهای بیمار توجه داشته باشند تا نیازهای ارائه دهندگان خدمات، ولی در نهایت باید یک تعادل برای ارائه‌ی انتظارات و نیازهای هر دو گروه ایجاد کرد [۷]. تمرکز بر نیازهای بیماران مستلزم ارزیابی دقیق از نیازهای جمعیت تحت پوشش می‌باشد. در نتیجه این کار باعث می‌شود تا برنامه‌ریزی برای خدمات مورد نیاز، مدیریت اطلاعات، طراحی فرایندهای داخلی بهتر صورت گیرد و در نهایت رضایت بیماران و پیامدها بهبود می‌یابد. در نهایت باید اطمینان حاصل کرد که خدمات درمانی صحیح در مکان مناسب و در زمان درست به بیمار ارائه شده است [۸].

اکثر سازمان‌های بهداشتی درمانی وقتی ادغام می‌شوند سعی می‌کنند حداکثر دسترسی برای بیماران در منطقه‌ی جغرافیایی مورد نظر فراهم شود تا از ارائه‌ی خدمات تکراری در این منطقه جلوگیری شود [۹]. در زمان ادغام این اقدام یعنی شناسایی تمام نیازهای افراد منطقه و مشتریان بسیار سخت و مشکل می‌باشد خصوصاً در مناطق روستایی این مشکل‌تر می‌باشد [۱۰].

وقتی که دو بیمارستان در یکدیگر ادغام می‌شوند باید یک سری تیم‌های حرفه‌ای در درون سازمان شکل گیرد و در طول دوره‌ی درمان، خدمات مورد نیاز را به بیماران ارائه دهند. در دوران سازمان باید دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مربوط به ارائه‌ی خدمات توسط تیم‌های درمانی ادغام یافته نیز تدوین شود [۱۱].

موفقیت بیمارستان‌هایی که در یکدیگر ادغام می‌شوند بستگی به

نشان داد که در ادغام اکثر پزشکان شغلشان را از دست می‌دهند. ادغام بقای سازمان را تضمین نمی‌کند و در نهایت تعدادی از کارمندان از سیستم خارج می‌شوند تا بتوانیم خدمات با کیفیت‌تر و با هزینه‌ی کم‌تر ارائه دهیم [۲۲]. انگیزه‌ی اصلی این پژوهش با پژوهش فعلی در بیمارستان «الف» همخوانی دارد و در یک راستا می‌باشد.

دنیس و همکارانش [۲۳] پژوهشی را تحت عنوان تلاش جهت ادغام در بیمارستان‌های آموزشی در سال ۱۹۹۹ انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که برای ادغام ۴ مرحله باید طی شود. آن‌ها به ترتیب عبارتند از: ۱) مذاکرات قبل از ادغام، ۲) توسعه‌ی رهبری در طی مراحل ادغام، ۳) قالب‌بندی استراتژی‌ها، ۴) به کارگیری عملیات اجرایی. نتایج به دست آمده از این پژوهش با مراحل انجام ادغام در پژوهش حاضر در یک راستا می‌باشد. لذا سازمان‌ها برای انجام ادغام باید به دقت این مراحل را در نظر گرفته و برای موفقیت در هر مرحله و گذر به مرحله‌ی بعدی اقدامات مقتضی را انجام دهند.

نتیجه گیری

ادغام، اکتساب‌ها و سایر موارد در بیمارستان‌ها به دلایل مختلفی اتفاق می‌افتد. با این حال هیچ اتفاق نظر و یا یک چارچوب مفهومی و مدل واحدی برای ادغام در سیستم‌های بهداشتی درمانی وجود ندارد. مواردی مانند کمبود کارکنان مورد نیاز، افزایش تقاضا برای خدمات، روند افزایش هزینه‌ها، کمبود منابع مورد نیاز باعث شده است که از ادغام برای ارائه‌ی خدمات استفاده شود. لذا انتظار می‌رود با در نظر گرفتن مواردی مانند فرهنگ سازمان‌ها، سبک رهبری، وضعیت منابع انسانی، ساختار سازمانی و بسته‌ی مزایا در سازمان و شرایط محیطی اقدام به ادغام نمود. بنابراین در زمان بررسی ادغام یا تمرکز زدایی بیمارستان‌ها یا سایر برنامه‌های سلامت برنامه‌ریزان حوزه‌ی سلامت همواره باید در ذهن خود هزینه‌های اجرایی و منافع بالقوه ناشی از آن را در نظر داشته باشند.

۱۹۸۸ مورد بررسی قرار داد. شاخص‌های این پژوهش شامل فرم سازماندهی، تعداد تخت و میزان ظرفیت بیمارستان برای جمعیت تحت پوشش بود. این شاخص در زمان قبل و بعد از ادغام مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از ادغام دو استراتژی مهم شناسایی شد. اولاً کاهش رقابت ثانیاً ادغام شبکه‌ها به صورت افقی بود. نتایج نشان داد که ادغام یک ابزار قدرتمند و کارا برای ایجاد ساختار مجدد در جهت ارائه‌ی خدمات می‌باشد و نیز فعالیت‌های اجرایی در بیمارستان‌های ادغام شده براساس اهداف آن‌ها بود [۱۹]. نتایج پژوهش حاضر و پژوهش انجام گرفته در یک راستا نمی‌باشند.

بوند و همکارانش پژوهشی را تحت عنوان ادغام و دستاوردها در بیمارستان‌های آمریکا انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که بیماران در مواجهه با بیمارستان‌های ادغام یافته قدرت انتخابشان افزایش می‌یابد [۲۰]. پژوهشی توسط کونور و همکارانش درباره‌ی ادغام بیمارستان در سال ۱۹۹۷ انجام گرفت. در این پژوهش تأثیر شاخص‌های بازار روی ادغام‌ها و تأثیرات ادغام افقی در هزینه‌ی بیمارستان‌ها و پرداخت مصرف کننده انجام گرفت. در این پژوهش ۱۲۲ بیمارستان ادغام شده بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۸۶ مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعات روی بازار نشان داد که بیمارستان‌ها در بازارهای غیر متمرکز گرایش به ادغام دارند. علاوه بر این ادغام از نظر اقتصادی مقرون به صرفه نیست. در نتیجه برای کاهش هزینه‌های سرمایه‌ای آن‌ها باید حوزه‌ی عملیات خودشان را گسترده‌تر نمایند [۲۱]. مواردی که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته شده است در پژوهش فعلی به آن‌ها اشاره نشده است.

پژوهشی که توسط کاسیر و همکارانش انجام شد نشان داد که انگیزه‌ی اصلی در ادغام‌ها جبران کمبود درآمدها می‌باشد. بدین منظور جهت دستیابی به این امر آن‌ها سعی کردند در ادغام مواردی مانند کاهش هزینه، قرار دادن سازمان در موقعیت بهتر جهت داد و ستد و ارائه‌ی خدمات آموزشی و پژوهش توسط سازمان‌ها را در نظر بگیرند. نتایج

References

1. sabagh kermani, majid. 1385. eghtesad salamat. chap aval, entesharate samt.
2. Fleury, M.J. 2006. "Integrated Service Networks: The Quebec Case." Health Services Management Research 19: 153-65.
3. Fox, D.M. 2005. "Evidence of Evidence-Based Health Policy: The Politics of Systematic Reviews in Coverage Decisions." Health Affairs 24: 114-22.
4. Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair and Gail D. Armitage. 2009. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration, 13: 16-23.
5. Leatt, P., G.H. Pink and M. Guerriere. 2000. "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare." Healthcare Papers 1: 13-35.
6. imoens, S. and A. Scott. 2005. "Integrated Primary Care Organizations: To What Extent Is Integration Occurring and Why? Health Services Management Research 18: 25-40.
7. Rogers, A. and R. Sheaff. 2000. "Formal and Informal Systems of Primary Healthcare in an Integrated System: Evidence from the United Kingdom." Healthcare Papers 1: 47-58.
8. Shortell, S.M., R.R. Gillies, D.A. Anderson, K.M. Erickson and J.B. Mitchell. 2000. "Integrating Health Care Delivery." Health Forum Journal 43: 35-9.
9. Coddington, D.C., F.K. Ackerman, Jr. and K.D. Moore. 2001a. "Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned." Healthcare

- Leadership & Management Report 9: 1-9.
10. Leggat, S.G. and M. Walsh. 2000. "From the Bottom Up and Other Lessons from Down Under." *Healthcare Papers* 1: 37-46.
 11. Coxon, K. 2005. "Common Experiences of Staff Working in Integrated Health and Social Care Organisations: A European Perspective." *Journal of Integrated Care* 13: 13-21.
 12. Wilson, B., D. Rogowski and R. Popplewell. 2003. "Integrated Services Pathways (ISP): A Best Practice Model." *Australian Health Review* 26: 43-51.
 13. Hurst, K., J. Ford and C. Gleeson. 2002. "Evaluating Self-Managed Integrated Community Teams." *Journal of Management in Medicine* 16: 463-83.
 14. Coddington, D.C., F.K. Ackerman, Jr. and K.D. Moore. 2001a. "Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned." *Healthcare Leadership & Management Report* 9: 1-9.
 15. Budetti, P.P., S.M. Shortell, T.M. Waters, J.A. Alexander, L.R. Burns, R.R., Gillies et al. 2002. "Physician and Health System Integration." *Health Affairs* 21: 203-10.
 16. Coddington, D.C. 2001b. "Integrated Healthcare Is Alive and Well." *Frontiers of Health Services Management* 17: 31-40.
 17. Coburn, A.F. 2001. "Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas." *Journal of Applied Gerontology* 20: 386-408.
 18. Alexander J.A., Halpern M.T., Lee S.Y.D. (1996). "The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations," *Health Services Research*, 30 (6):729:847.
 19. Bogue R.J., Shortell S.M., Sohn M.W, Manheim L.M., Bazzoli G., Chan C. (1995). "Hospital Reorganization After Merger Medical Care, 33 (7): 676-686.
 20. Bond P., Weissman R. (1997) "The Costs of Mergers and Acquisitions in the U.S. Health Care Sector International Journal of Health Services, 27 (1): 77-87.
 21. Connor R.A., Feldman R.D., Dowd B.E., Radcliff T.A. (1997) "Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money?" *Health Affairs*, 16 (6): 62-74.
 22. Kassirer, J.P. (1996) "Mergers and Acquisitions – Who benefits? Who loses?" *The New England Journal of Medicine*, 334 (11): 722-723.
 23. Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. (1999). "The Struggle to Implement Teaching Hospital Mergers, Canadian Public Administration.