

Designing a Downsizing Model for Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences

Jannati A¹, Jabbari Beirami H¹, Mousazadeh Y*²

1. Associate Professor of Health Services Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2. PhD Student in health services management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

* **Corresponding author.** Tel: +989143583021, Fax: +984113352291, E-mail: y.mousazadeh@yahoo.com

Received: Nov 29, 2014 Accepted: May 6, 2016

ABSTRACT

Background & aim: Hospitals are the most important healthcare institutions consuming major portion of national health budgets. High operating costs, inefficient, excess capacity of hospitals have increased the necessity for appropriate use of the resources. Many countries use downsizing strategy based on a strategic direction to solve these problems. This study was conducted to design a downsizing model in hospitals of Tabriz University of Medical Sciences.

Methods: This research is a qualitative three stage study. First stage was systematic review on hospital downsizing methods using defined keywords. The second stage was holding three focus group discussions. At this stage individuals were selected based on objective sampling method and the data were analyzed using content analysis. Finally, designed downsizing model was finalized based on results of the previous stages using three steps Delphi technique.

Results: The results showed that many countries widely use different methods of hospital downsizing. Participated experts in focus group discussions emphasized on integration and outsourcing (as the methods for hospital downsizing) and meeting general and specific requirements for the method implementation. Determining success indicators and prioritizing hospital units that are subject to integration and outsourcing were other components of downsizing model.

Conclusion: Downsizing is one of the methods that can be used when health organizations encounter with limited resources. However, the success of this method depends on careful planning and appropriate implementation of model steps.

Keywords: Hospital; Downsizing; Tabriz Medical Sciences; Qualitative Study; Modeling.

تدوین الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

علی جنتی^۱، حسین جباری بیرامی^۱، یلدا موسی زاده^{۲*}

۱. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۸۳۰۲۱. فکس: ۰۴۱۳۳۳۵۲۲۹۱. ایمیل: y.mousazadeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیمارستان‌ها مهمترین موسسات بهداشتی درمانی و مصرف کننده بخش اعظم بودجه بهداشت و درمان هر کشوری به شمار می‌روند. هزینه‌های عملیاتی بالا، ناکارآمدی، ظرفیت‌های مازاد بیمارستانی و... ضرورت استفاده صحیح از منابع را افزایش داده است. بسیاری از کشورهای جهان از استراتژی کوچک‌سازی بر اساس یک مسیر استراتژیک برای حل این کاستی‌ها بهره می‌برند. این مطالعه با هدف تدوین الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز طراحی و اجرا شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و سه مرحله ای می باشد. مرحله اول شامل مرور نظام‌مند روش‌های مربوط به کوچک‌سازی بیمارستان در پایگاه داده‌های مختلف و با بهره گیری از کلیدواژه‌های تعریف شده بود. مرحله دوم شامل برگزاری سه جلسه بحث گروهی متمرکز بود. انتخاب افراد در این مرحله بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوایی انجام گرفت. در مرحله آخر الگوی طراحی شده بر اساس یافته‌های دو مرحله قبل، با استفاده از روش دلفی سه مرحله‌ای نهایی شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعات در کشورهای مختلف حاکی از بکارگیری روش‌های مختلف کوچک‌سازی بیمارستان بصورت وسیع است. صاحب نظران شرکت کننده در جلسات بحث گروهی نیز بر ادغام و برون‌سپاری بعنوان دو روش کوچک‌سازی و در نظر گرفتن الزامات عمومی و اختصاصی برای پیاده سازی این دو روش تاکید داشتند. تعیین شاخص‌ها برای سنجش موفقیت و تعیین اولویت واحدهای قابل ادغام و برون‌سپاری از دیگر اجزای این الگو بود.

نتیجه گیری: کوچک‌سازی از جمله روش‌هایی است که در شرایطی که سازمان‌های سلامت با محدودیت منابع مواجه هستند می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد. با این وجود موفقیت این روش منوط به برنامه ریزی دقیق و طی نمودن گام‌های اجرایی این روش بصورت صحیح و در قالب یک الگو می‌باشد.

واژه های کلیدی: بیمارستان، کوچک‌سازی، علوم پزشکی تبریز، مطالعه کیفی، الگوسازی

دریافت: ۹۳/۹/۸ پذیرش: ۹۵/۲/۱۷

مقدمه

برای رسیدن به توسعه پایدار، سلامت از جایگاه محوری برخوردار بوده و استقرار سلامت در اصول بنیادین توسعه اجتناب ناپذیر است (۱). بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین موسسات بهداشتی و درمانی (۲)

نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته (۳) و مصرف کننده بخش اعظم بودجه بهداشت و درمان کشورها می‌باشند (۴). کار در محیط‌های به سرعت در حال تحول و چالش‌های عدیده ناشی از رشد تکنولوژی، انفجار دانش، تقاضای فزاینده مشتریان و

سیاست‌مداران، تغییر سیمای بیماری‌ها، مدیران بخش سلامت و بیمارستان را برای ارتقای بهره‌وری و یافتن راهکارهای جدید تحت فشار گذاشته است (۵). هر ساله مبالغ هنگفتی صرف بازسازی و یا تاسیس بیمارستان‌های جدید می‌شود. این در حالی است که شواهد مربوط به دستیابی به منافع مورد انتظار، بیانگر توجه بیش از پیش به هزینه‌کردها از منابع محدود می‌باشد (۶). در گزارش سال ۱۹۹۳ توسعه جهانی آمده است که آمریکا علیرغم سرمایه‌گذاری فراوان، به نتایج کمتر از حد انتظار در حوزه بهداشت و درمان نایل شده اما در کشور چین با وجود هزینه کمتر نتایج بهتر بدست آمده است. نتیجه اینکه بین هزینه بیشتر در بخش سلامت و برخورداری از سلامت بیشتر در سطح ملی الزاماً رابطه وجود ندارد و برنامه ریزی دقیق و عملکرد صحیح نیز بسیار تعیین کننده است (۵، ۷). مستندات نشان می‌دهند که بیمارستان‌های کشور ما نیز عملکرد پایینی داشته‌اند؛ بطوری که رتبه ایران در دستیابی به اهداف برابر ۱۱۴، در سطح سلامت ۹۳ و در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ۵۸ می‌باشد (۸). در کشور ما میزان اشغال تخت بیمارستانی بین ۷۵-۳۵ درصد و کمتر از استانداردهای جهانی (۸۵-۸۰٪) است تا جایی که کارشناسان بین‌المللی توقف گسترش تخت‌های بیمارستانی را توصیه می‌نمایند (۹). در پاسخ به مشکلات بوجود آمده از جمله هزینه‌های فزاینده و رسیدن به عملکرد کارآمد، کوچک‌سازی به عنوان فعالیتی شایع مورد استفاده مدیران بخش خصوصی و دولتی قرار گرفته است (۱۰). کوچک‌سازی اقدامی آگاهانه از سوی سازمان‌ها است که از طرق مختلفی مانند کاهش تعداد کارکنان (۱۱) ادغام بخش‌ها، دواير و حتی سازمان‌ها و شرکت‌ها در همدیگر، کاهش هزینه‌های تولید، کاهش پست‌های کارکنان دائمی، مشارکت با بخش خصوصی، خصوصی‌سازی و به پیمانکاری دادن خدمات و فعالیت‌ها صورت می‌گیرد (۱۱). طبق بررسی‌های مجله معتبر فورچون در میان

۱۰۰۰ شرکت مورد مطالعه، بیش از ۸۵ درصد از استراتژی کوچک‌سازی بهره‌برده‌اند (۱۰). از سوی دیگر در دهه ۹۰ بسیاری از سازمان‌هایی که برنامه‌های بهبود کیفیت را دنبال می‌کردند، بطور معنی‌داری از کوچک‌سازی استفاده کرده‌اند (۱۲). کوچک‌سازی به وفور در بیمارستان‌های کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله کاهش حدود ۵۰ درصد در تخت‌های بیمارستانی فنلاند و ۱۰ درصدی در اروپای غربی، کاهش شاخص تخت به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۱۴/۵ به ۶/۵ در مولداوی، کاهش ۵۲ درصدی تخت‌ها در قزاقستان (۱۳)، ادغام ۹۰ بیمارستان در آمریکا مابین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۵ (۱۳)، یکی کردن سه مرکز استرلیزاسیون منطقه‌ای به صورت یک مرکز مجهز در اتریش (۱۴) و برون‌سپاری بخش‌های مختلف بیمارستانی از ۱۳/۵ تا ۹۴/۶ درصد در تایوان. برون‌سپاری داروخانه بیمارستان فیروزگر تهران و بخش مدارک پزشکی بیمارستان آیت‌الله کاشانی (ره) اصفهان، ادغام بخش‌های درمانی (با خدمات مشابه) در بیمارستان بوعلی تهران، کوچک‌سازی آزمایشگاه‌های شبکه جامع تبریز با ادغام نه واحد در یک واحد اصلی نیز از جمله تجارب مربوط به کوچک‌سازی در داخل کشور می‌باشند (۱۵-۱۹). در کشور ما با وجود تحولات مثبتی که در قلمرو بهداشت و توسعه نسبی آن بوجود آمده، اصلاحات مدیریتی چندانی در مقوله کوچک‌سازی انجام نشده است. وزارت بهداشت نیز در این خصوص سیاست مشخصی اتخاذ نکرده است (۱۱). این در حالی است که کشورهای توسعه یافته و حتی در حال توسعه از مزایای کوچک‌سازی بهره بسیار برده‌اند. با توجه به اهمیت کوچک‌سازی در راستای مدیریت کارآمد بیمارستان‌ها در کشورهای مختلف و در شرایط بسیار حساس کنونی که کشورمان با بی‌سابقه‌ترین تحریم‌های اقتصادی مواجه بوده و اقتصاد مقاومتی در سرلوحه امور قرار گرفته، جستجوی راهکارهایی برای کاهش هزینه‌ها و ارتقای

بهره‌وری را از اهمیت حیاتی به‌ویژه برای بخش بیمارستانی برخوردار نموده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تدوین الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز طراحی و اجرا شد.

روش کار

مطالعه حاضر پژوهشی کاربردی و از نوع کیفی است که در سه مرحله طراحی و اجرا شده است.

مرحله ۱: این مرحله شامل مروری نظام‌مند در database های Medlib, SID, Pub Med, Science و ابر جستجوگر Google Scholar با استفاده از کلیدواژه‌های Hospital Downsizing, Hospital Downsizing, Hospital Rightsizing, Hospital Restructuring, Hospital Reorganization و معادل‌های فارسی در بازه زمانی ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۲ بود. حاصل جستجو ۳۷۹ مقاله بود که مرتبط‌ترین مقالات با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن و بیان روش‌های مختلف کوچک‌سازی بیمارستان بود. بدین منظور، ابتدا عناوین تمام مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۲۹۱ مقاله بدلیل غیرمرتبط بودن و ۱۲ مقاله بدلیل تکراری بودن در پایگاه داده‌های مختلف از مطالعه خارج شدند. در مرحله دوم چکیده ۷۶ مقاله باقی مانده از مرحله قبل مورد بررسی قرار گرفت و ۳۶ مقاله بدلیل اشاره نکردن به کوچک‌سازی در بیمارستان (مربوط به دیگر ارائه دهندگان خدمات سلامت) و پرداخت صرف به پیشگویی عواقب کوچک‌سازی از مطالعه خارج شدند. در سومین مرحله ۴۰ مقاله باقی‌مانده بطور کامل بررسی شدند و ۲۱ مقاله بدلیل عدم اشاره دقیق و روشن به روش کوچک‌سازی و مشابهت روش مورد بررسی و تاثیر ناشی از آن، از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۱۹ مقاله مرتبط با اهداف مطالعه انتخاب شد. علاوه بر این مقالات، ۶

مقاله دیگر از طریق بررسی رفرنس مقالات بدست آمده و همچنین بررسی مقالات مرتبط انتخاب گردیدند. در نهایت نکات کلیدی ۲۵ مقاله حاصل استخراج شد. این قسمت مطالعه در طول مدت ۶ ماه و توسط نویسندگان مقاله انجام گرفته است. فرایند جستجوی مقالات در جدول ۱ نشان داده شده است. در طی این مرحله با بررسی منابع چهارچوب اولیه‌ای، برای استفاده در جلسات بحث گروه متمرکز بدست آمد.

مرحله ۲: این مرحله از مطالعه شامل جمع‌آوری دیدگاه‌های متخصصین و صاحب‌نظران با استفاده از روش بحث گروه متمرکز بود. جمعیت هدف این مطالعه و در حقیقت افراد صاحب نظر را مدیران بیمارستان‌ها، کارشناسان ارشد امور بیمارستانی معاونت‌های درمان و پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجویان مقطع دکتری رشته فوق، اساتید مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل می‌دادند که اکثراً تجربه علمی و اجرایی کوچک‌سازی را در واحد خود داشتند. هدف مطالعه بررسی مقوله کوچک‌سازی و انتخاب روش مناسب کوچک‌سازی، همچنین مفاهیم و الزامات مربوط به تدوین الگوی مناسب مطابق دیدگاه افراد صاحب نظر بود. در این مرحله از پژوهش شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. این نمونه‌گیری تا جایی ادامه یافت که اطلاعات به اشباع برسند و داده‌های مورد نیاز پژوهش جمع‌آوری شود. در مجموع سه جلسه بحث گروهی متمرکز برگزار شد و ۲۰ نفر در این مباحث شرکت نمودند. جلسات در گروه پزشکی اجتماعی واقع در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکیل و توسط سه نفر شامل هماهنگ کننده، کاتب و مشاهده‌گر اداره گردید. هر بحث گروهی متمرکز به طور میانگین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بطول انجامید. در ابتدای هر جلسه پس از معارفه جهت آشنایی اجرا کنندگان و

شرکت کنندگان، توضیحات لازم درباره نحوه برگزاری بحث گروهی متمرکز ارائه و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده از طرف آنها کاملاً محرمانه خواهد بود. در طول برگزاری جلسات، سوالات توسط هماهنگ کننده از شرکت کنندگان پرسیده شده توسط کاتب یادداشت و بوسیله دستگاه ضبط صدا، ضبط می شد. هماهنگ کننده همچنین سعی می کرد کلیه شرکت کنندگان را مدنظر قرار دهد و افرادی که کمتر در بحث ها شرکت می کردند مشارکت دهد. برای افزایش قوام و درستی داده ها از روش بازبینی^۱ توسط شرکت کنندگان استفاده گردید. روند بازبینی بدین ترتیب بود که محقق خلاصه ای از یادداشت ها و برداشت های خود را برای اظهار نظر به شرکت کنندگان برمی گرداند و بعد از پیاده سازی مطالب ضبط شده بصورت نوشتاری و کلمه به کلمه با کمک تحلیل محتوا اقدام به تجزیه و تحلیل مطالب گردید (۲۰). روند تحلیل بدین صورت بود که بعد از پیاده سازی مطالب و چندین بار تطبیق با مطالب ضبط شده، ادغام با مطالب نوشته شده حین جلسات و در نهایت تسلط کامل بر مطالب، زیرموضوع ها (تم ها) شناسایی و استخراج شدند. برای هر کدام از زیرموضوع ها یک نشان اختصاری انتخاب و مطالب مرتبط بر اساس آن دسته بندی و شناسایی شدند و در گام بعدی تمامی زیرموضوع ها جمع آوری و بصورت گروه های اصلی دسته بندی شدند که برای این منظور زیرموضوع ها بر اساس ارتباط منطقی و موضوعی با یکدیگر در دسته های یکسان قرار گرفتند. از دو نفر از شرکت کنندگان در مباحث نیز درخواست شد که صحت و دقت روش کدگذاری را تایید کنند و پس از بحث با آنها تغییرات مختصری صورت گرفت. به منظور رعایت مسائل اخلاقی شرکت در مطالعه به صورت اختیاری بود و علاوه بر تکمیل فرم رضایت آگاهانه در ابتدای هر جلسه صدا نیز اجازه

گرفته می شد و محرمانه بودن اطلاعات تضمین شده بود. همچنین برای بیان دقیق گفته های شرکت کنندگان به جای اسامی افراد از کد استفاده گردید.

مرحله ۳: مرحله نهایی شامل تدوین الگوی کوچک سازی برای بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر اساس دو مرحله پیشین بود. برای این منظور الگوی ترسیم شده بر اساس مراحل پیشین، در قالب پرسشنامه دلفی در اختیار صاحب نظران قرار گرفت و نهایی شد. تکنیک دلفی به صورت «یک فن تسهیل گروه که با استفاده از پرسشنامه درصدد به دست آوردن نظر خبرگان است» تعریف شده است. در این روش از اطلاعات بدست آمده در هر مرحله برای مراحل بعدی استفاده می شود و این فرایند تا دستیابی به اجماع خبرگان ادامه می یابد. برای این منظور، ارسال پرسشنامه و اخذ نظرات از خبرگان حداقل در ۲ یا ۳ مرحله صورت می گیرد (۲۱). با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف ۲۴ نفر از صاحب نظران و متخصصین حوزه سلامت برای نظر سنجی دلفی انتخاب شدند. افراد صاحب نظر را مدیران بیمارستان ها، کارشناسان ارشد امور بیمارستانی معاونت های درمان و پشتیبانی دانشگاه، اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجویان مقطع دکتری رشته فوق، اساتید مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تشکیل می دادند که اکثراً تجربه علمی و اجرایی کوچک سازی را در واحد خود داشتند.

روش کار بدین صورت بود که ابتدا پرسشنامه بی نام با استفاده از مقیاس لیکرت طراحی گردید. در این مقیاس از ۵ گزینه بسیار زیاد (۱)، زیاد (۲)، نظری ندارم (۳)، کم (۴) و هیچ (۵) استفاده شد. مواردی که در این پرسشنامه گنجانده شده بود، شامل روش مورد نظر برای کوچک سازی، الزامات عمومی و اختصاصی برای هر یک از روش های انتخاب شده و مشخص نمودن گام های الگوی مدنظر بود. تکنیک

¹ Respondent Validation

هم که توافق بیش از ۶۰ درصد درباره آنها وجود داشت انتخاب می‌شدند. لازم به ذکر است که سطح استاندارد برای اجماع وجود ندارد و در نتایج مطالعات محدوده متفاوتی بین ۵۱ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۲).

دلفی تا سه مرحله ادامه یافت و توافق شد موارد اشاره شده که کمتر از ۳۰ درصد در موردشان توافق وجود داشت، حذف شوند. مواردی که میانگین درصد توافق بین آنها ۳۰ تا ۶۰ درصد بود، وارد مرحله بعد دلفی شده و مورد نظرسنجی قرار گرفتند. مواردی

جدول ۱. فرایند جستجوی مقالات

پایگاه داده	استراتژی جستجو	واژگان کلیدی	مقالات بدست آمده	کل مقالات بدست آمده	مقالات انتخاب شده
Pub Med	Advanced search	Downsizing	۳۲	۱۸۷	۵
	Title	Staff downsizing	۲۱		
	Title	Hospital downsizing	۱		
	And + Title	Hospital restructuring	۱۲۱		
	All fields	Hospital reorganization	۷		
Science Direct	And + Title	Hospital merger	۵	۶۵	۴
	Advanced search	Hospital downsizing	۹		
	Title, key word, abstract	Hospital restructuring	۲۱		
	And + Title	Hospital rightsizing	۱		
	And + Title	Hospital reorganization	۱۵		
Google scholar	And + Title	Hospital merger	۱۹	۳۱	۶
	Advanced search	Hospital downsizing	۳۰		
SID	With the exact Phrase + Title	Hospital rightsizing	۱	۹۵	۴
	Title	کوچک‌سازی	۲		
	عنوان	ادغام	۶۴		
Medlib	عنوان	برون‌سپاری	۲۹	.	.
	عنوان	کوچک‌سازی	.		
	عنوان	ادغام	.		
Medlib	عنوان	برون‌سپاری	.	.	.
	عنوان	ادغام	.		

۶ مقاله از طریق بررسی رفرنس مقالات بدست آمده و همچنین بررسی مقالات مرتبط انتخاب گردیدند.

یافته‌ها

در بررسی متون بر مبنای روش نظام‌مند ۳۷۹ مقاله بدست آمده بصورت مرحله به مرحله مطالعه و بر اساس عنوان، چکیده و متن کامل پالایش شدند در نهایت ۲۵ مقاله با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب و تجزیه و تحلیل شدند. مهمترین روش‌های کوچک‌سازی بیمارستانی شناسایی شده در مطالعات عبارت بودند از: کاهش تعداد تخت‌ها، کاهش تعداد

کارکنان، ادغام بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی، برون‌سپاری و روشی که بر اساس آن از ترکیبی از روش‌های اشاره شده استفاده شده بود. در بسیاری از کشورهای اروپایی، آمریکا و کانادا سیاست کاهش تخت بعنوان سیاستی بمنظور کاهش هزینه‌های جاری مورد استفاده قرار گرفته است. بعلاوه در گذر زمان شاخص تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت کاهش یافته است. در کل خدمات سرپایی

جایگزین افزایش تخت شده است (۲۴،۲۳). کاهش تعداد کارکنان نیز اصلی‌ترین وسیله در مقابله با کاستی‌های اقتصادی بوده است. این کاهش در مواردی بدلیل کاستن از موقعیت‌ها و پست‌های هم‌ارز در سازمان بود. کاهش کارکنان گاه با پیامدهای ناگوار همراه بوده است. از جمله افزایش بار کاری پرسنل باقی مانده و آشفتگی روانی در این افراد به علت ترس از اخراج (۲۶،۲۵). ادغام روشی بود که بین بیمارستان‌ها یا بین بخش‌هایی از بیمارستان‌ها به وقوع پیوسته بود و در بسیاری موارد باعث هماهنگی بهتر امور و کاهش هزینه‌های عملیاتی شده بود (۲۸،۲۷). برون‌سپاری در خصوص حیطة

خدمات تشخیصی و پشتیبانی مشهودتر از بخش‌های بالینی بود. برون‌سپاری باعث کاهش نیروی کار تمام وقت، کاهش هزینه تمام شده خدمات و افزایش رضایت بیماران شده بود (۳۰،۲۹). در بسیاری موارد بیش از یک روش کوچک‌سازی مورد استفاده یک بیمارستان قرار گرفته بود. مثلاً ادغام دو واحد بیمارستانی و کاهش تعداد تخت‌ها در کانادا یا کاهش تعداد تخت‌های بیمارستان‌های دولتی و استفاده از توان بخش خصوصی در آمریکا (۳۲،۳۱). تأثیرات بر جای مانده از روش‌های مختلف کوچک‌سازی بیمارستان به تفصیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. تأثیرات برجای مانده از روش‌های مختلف کوچک‌سازی

روش کوچک‌سازی	تعداد مطالعات بدست آمده	تأثیر ایجاد شده	افزایش	کاهش
کاهش تعداد تخت	۶	تعداد ویزیت‌های سرپایی	+	
		مدت زمان بستری در بیمارستان		+
		هزینه		+
		جراحی‌هایی با طول مدت بستری کمتر	+	
کاهش تعداد کارکنان	۸	هزینه	+	
		انرژی روانی کارکنان	+	
		بار کاری	+	
		غیبت از کار	+	
		رضایت شغلی	+	
		تعهد سازمانی	+	
ادغام	۳	هزینه‌های جاری سازمان	+	
		درآمد به ازای هر بیمار	+	
		قدرت خرید سازمان	+	
برون‌سپاری	۵	هزینه	+	
		رضایت از خدمت انجام شده	+	
		ایجاد درآمد	+	
		انرژی صرف شده توسط کارکنان برای امر ثانویه و فرعی	+	
روش ترکیبی	۳	مدت اقامت در بیمارستان (۶)	+	
		کسری بودجه	+	
		میزان پذیرش بیمار	+	

در جلسات بحث گروهی متمرکز صاحب‌نظران بر روی دو روش ادغام و برون‌سپاری به عنوان کارسازترین

روش‌ها در کوچک‌سازی بیمارستان تأکید داشته و پیرامون این دو موضوع بحث نمودند.

جنبه‌های مختلف برون‌سپاری در بیمارستان‌ها

صاحب‌بنظران بیان داشتند که یکی از الزامات کوچک‌سازی به شیوه برون‌سپاری وجود و استفاده از بخش خصوصی توانمند و علاقه‌مند است که به اشکال مختلف در اکثر کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای تحقق فعالیت این بخش شرایطی مورد نیاز است که در ادامه بدان اشاره می‌گردد:

الف: الزامات مورد نیاز برای اجرایی شدن برون‌سپاری

شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که برای برون‌سپاری باید توانمندی لازم در بخش خصوصی وجود داشته باشد و گام‌های این فرایند بدرستی طی شود و بصورت اصولی انجام گیرد، یعنی اولاً قیمت تمام شده مشخص باشد، ثانیاً نظارت کافی وجود داشته باشد و بعلاوه مطمئن باشیم که از طریق برون‌سپاری خدمات به شکل بهتری ارائه می‌گردد. از طرف دیگر برای برون‌سپاری نباید استثنا قائل شد و قوانین را دور زد. شرکت‌کننده سوم در بحث گروه اول اظهار کرد: «وقتی تصمیم به واگذاری داریم، ابتدا باید بر اساس یک برنامه ریزی دقیق، فاکتورهای مربوط به برون‌سپاری یک واحد را مشخص کنیم، از جمله قیمت تمام شده. بعلاوه باید مطمئن باشیم که خدمات با همان کمیت و کیفیت و حتی بهتر از قبل ارائه شود.»

ب: واگذاری امور حاکمیتی

شرکت‌کنندگان معتقد بودند که می‌توان گروهی از مدیران مجرب و متخصص را شناسایی نموده و اداره چند بیمارستان و اجرای کوچک‌سازی را به آنها سپرد تا حدی که معتقد بودند حتی امور تحت نام حاکمیتی را هم می‌توان واگذار نمود. شرکت‌کننده سوم در بحث گروه دوم در این رابطه بیان کرد:

«امروز انجام کلیه امور در سازمان‌ها مبتنی بر خرد جمعی است. این امر حتی می‌تواند در خصوص اداره سازمانی مثل بیمارستان رخ دهد. بعبارت دیگر می‌توان حاکمیت بیمارستان را واگذار نمود.»

ج: برون‌سپاری، کاهش هزینه و کسب سود

شرکت‌کنندگان بیان می‌کردند در بیمارستان‌های کشور ما نیز بعضی بخش‌ها مانند داروخانه ماهیتاً سودده هستند، اما در صورتی که به بخش خصوصی واگذار شوند، علاوه بر تغییر نکردن کیفیت خدمت و کاهش هزینه‌ای که صرف تامین منابع می‌گردد، سود بیشتری نیز عاید بیمارستان می‌شود. در این خصوص شرکت‌کننده اول در بحث گروه سوم اظهار کرد: «بعضی واحدهای بیمارستانی ماهیتاً سود و درآمد ایجاد می‌کنند با استفاده از واگذاری سود بیشتری عاید بیمارستان می‌شود. از جمله این واحدها داروخانه‌ها هستند.»

د: تجارب موفق برون‌سپاری

استفاده از نتایج اقدامات قبلی در خصوص برون‌سپاری می‌تواند در مورد تصمیم‌گیری در برون‌سپاری واحدها نقش مهمی ایفا کند. شرکت‌کنندگان طی مباحث گروهی به تجارب موفق خود در خصوص برون‌سپاری اشاره نمودند. بعلاوه آنها برون‌سپاری را با توجه به شرایط فعلی کشور، در مورد خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی مفیدتر می‌دانستند. از جمله واحدهایی که شرکت‌کنندگان به عنوان نمونه‌های موفق معرفی نمودند: واگذاری خدمات نیروی انسانی غیر تخصصی مانند نیروهای نظیفات، داروخانه سرپایی، تغذیه، نقلیه، مهدکودک مخصوص فرزندان کارکنان بود. واحدهایی نیز تحت عنوان واحدهایی که پتانسیل قوی برای برون‌سپاری داشتند نیز در مباحث مطرح شدند که عبارتند از: امحاء زباله، نگهبانی، تلفن خانه، رختشویخانه، رادیولوژی، استرلیزاسیون، سی تی اسکن و کارپردازی. شرکت‌کننده سوم در بحث گروه دوم در این خصوص اظهار کرد:

«از جمله نمونه‌های موفق برون‌سپاری در بیمارستان مهدکودک، داروخانه سرپایی و خدمات آمبولانس است.»

عوامل تعیین کننده ادغام درون و بین بیمارستانی

صاحب نظران معتقد بودند گاهی اوقات مشاهده می شود که از ظرفیت بعضی بخش های بیمارستانی بدرستی استفاده نمی شود. در این شرایط می توان از ادغام استفاده کرد. یکی از روش های کوچک سازی ادغام است که می تواند از طریق یکی کردن واحدهایی که خدمات مشابه انجام می دهند در درون و بین بیمارستان، رخ دهد. این درون مایه در قالب زیر موضوعات ادغام بواسطه بعد مسافت، گسترش تکنولوژی، اورژانسی نبودن خدمات، حذف موقعیت های شغلی ارائه می گردد.

الف: ادغام بواسطه بعد مسافت

شرکت کنندگان در مباحث گروهی معتقد بودند بیمارستان های نزدیک به هم می توانند از ظرفیت های یکدیگر در ارائه خدمات بهره ببرند. در همین زمینه شرکت کننده سوم در بحث گروه سوم بیان می کند: «در سطح شهر تبریز، داروخانه، آزمایشگاه، اکو و توان بخشی می توانند بین بیمارستان های شهید مدنی، امام رضا (ع)، شهید قاضی و دانشکده دندانپزشکی بصورت مشترک استفاده شوند، چون بسیار به هم نزدیکند و مشکلی هم پیش نمی آید».

ب: ادغام بعلاوه گسترش تکنولوژی

شرکت کنندگان در بحث های گروهی بر این باور بودند که در بعد تکنولوژی می توان با کوچک سازی کار بیشتری را با سرعت بالا انجام داده و کاهش نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و... را نتیجه گرفت. در این خصوص شرکت کننده اول در اولین بحث گروهی بیان کرده است: «برای کل شهر می توان از یک رختشویخانه و زباله سوز مجهز استفاده کرد، این دو واحد بسیار برای بیمارستان ها هزینه برند و بازده چندان ندارند».

شرکت کننده دوم در بحث گروهی دوم بیان کرده است: «اگر یک سیستم انفورماتیک قوی داشته باشیم، می شود به راحتی یک دبیرخانه و یا کارگزینی مجهز

هم برای کل بیمارستان ها ایجاد کرد، و کلی در صرف منابع صرفه جویی کرد».

به نظر شرکت کننده چهارم در بحث گروهی سوم: «با استفاده از یک سیستم اطلاعات مدیریتی قابل ادغام می توان بسیاری از امور پذیرش، ترخیص و... را برای بیمارانی که از چند بیمارستان خدمات تشخیصی، درمانی و مشاوره ای و... دریافت می کنند به یک بار کاهش داده و در نیروی انسانی و سایر منابع صرفه جویی نمود».

ج: ادغام بعلاوه اورژانسی نبودن خدمات

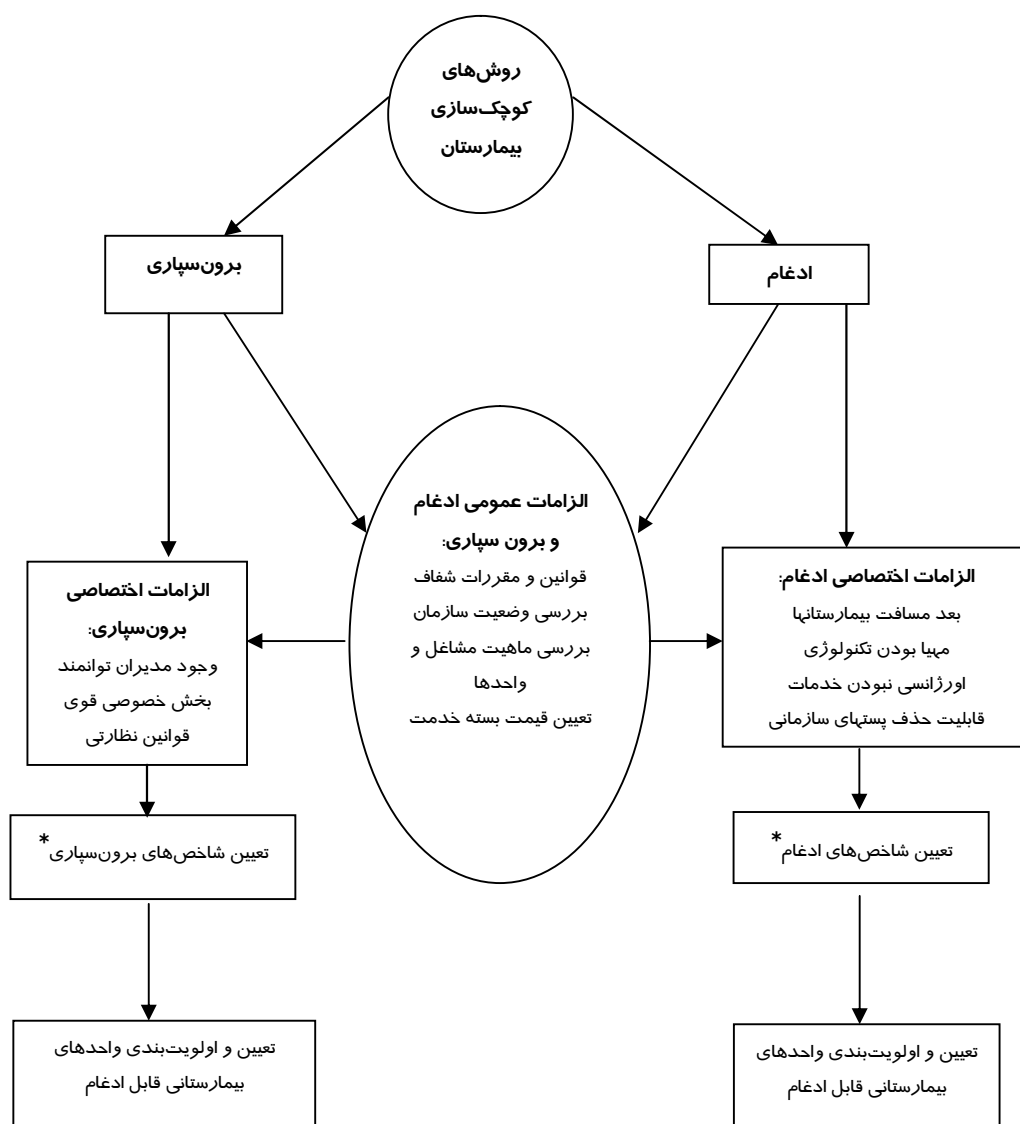
شرکت کنندگان در هر سه بحث گروهی معتقد بودند گر چه ادغام بصورت مطلق نمی تواند اتفاق بیفتد اما زمانی که حالت اورژانسی وجود ندارد، سانترال کردن برخی بخش ها به نفع سیستم است. مثلاً انجام آزمایشی که جواب آن چند روز بعد آماده می شود چه در محل بیمارستان باشد چه نباشد چندان فرقی نمی کند. در این رابطه شرکت کننده پنجم در بحث گروهی دوم اظهار داشت: «بسیاری از فرایندهای آزمایشگاهی، پاتولوژی را می توان به کمک نمونه بردار و نمونه گیر مجرب در بیمارستان و با استفاده از توان آزمایشگاه سانترال انجام و علاوه بر صرفه جویی در منابع حتی کیفیت کار را هم ارتقا داده و رضایت بیشتر مراجعین را هم جلب کرد».

د: ادغام از طریق حذف موقعیت های شغلی

مشاغل و تخصص های متعددی را می توان در هم ادغام و موقعیت های شغلی غیر ضرور را حذف نمود. شرکت کنندگان بر این باور بودند که تعداد قابل توجهی از پست های بیمارستان قابل ادغام بوده و در صورت ادغام مشکلی از نظر بار کاری به وجود نمی آید. شرکت کننده دوم در بحث گروهی اول در مورد پست های قابل ادغام چنین نظر داده است: «به نظر من کارشناس حاکمیت بالینی، کارشناس امور بیمارستان و مسئول کمیته های بیمارستانی می تواند یک نفر باشد و مشکلی از لحاظ دانش و تخصص ایجاد نمی کند».

خدمات و قابلیت حذف پست‌های سازمانی بعنوان الزامات اختصاصی ادغام و وجود مدیران توانمند، بخش خصوصی قوی و قوانین نظارتی بعنوان الزامات اختصاصی برون‌سپاری تعیین شدند. در پایان سه مرحله دلفی الگوی کوچک‌سازی با محوریت دو روش ادغام و برون‌سپاری برای بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز تدوین و پیشنهاد گردید که در نمودار ۱ بدان اشاره شده است.

نتایج مرحله دلفی نشان داد پس از انتخاب روش‌های مدنظر برای کوچک‌سازی ضروری است الزامات عمومی و اختصاصی برای تحقق این روش‌ها تعیین گردد. الزامات عمومی انتخاب شده در طی مراحل دلفی عبارت بودند از: قوانین و مقررات شفاف، بررسی وضعیت سازمان، بررسی ماهیت مشاغل و واحدها و تعیین قیمت بسته خدمت. بعد مسافت بیمارستان‌ها، می‌بایست تکنولوژی، اورژانسی نبودن

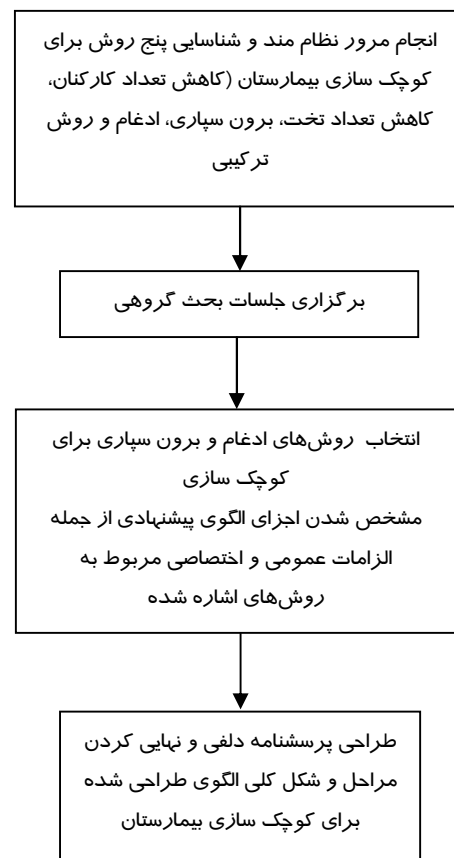


نمودار ۱. الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* لازم به ذکر است صاحب نظران در این مدل تعیین شاخص‌ها را علاوه بر عامل تعیین و اولویت‌بندی واحدهای بیمارستانی قابل ادغام و برون‌سپاری برای سنجش میزان موفقیت این استراتژی‌ها قبل و بعد از اجرا ضروری می‌دانستند.

بحث

مطالعه حاضر در راستای تدوین الگوی کوچک‌سازی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گردید. در این راستا از دو روش مرور نظام‌مند برای شناسایی روش‌های کوچک‌سازی بیمارستان و بحث گروهی متمرکز به‌منظور شناسایی چهارچوب‌های لازم برای تدوین الگوی کوچک‌سازی بهره گرفته شد. الگوی مذکور با استفاده از تکنیک دلفی مورد تایید نهایی صاحب‌نظران قرار گرفت. یافته‌ها و مسیر مطالعه در نمودار ۲ ارائه می‌گردد.



نمودار ۲. یافته‌ها و مسیر مطالعه

پزشکی تبریز با محوریت این دو روش بود. جباری و همکاران نیز در مطالعه خود در راستای مرور سیستماتیک روش‌های کوچک‌سازی بیمارستان و ارائه روش مناسب برای ایران دو روش ادغام و برون‌سپاری را با توجه به شرایط فعلی کشور مفیدتر دانستند (۳۲). در الگوی طراحی شده یکی از گام‌های اشاره شده توسط صاحب‌نظران الزامات عمومی ادغام و برون‌سپاری شامل قوانین و مقررات شفاف، بررسی وضعیت سازمان، بررسی ماهیت مشاغل و واحدها و تعیین قیمت بسته خدمت عنوان گردید. در کل نتایج حاکی از آن بود که قبل از اقدام به کوچک‌سازی باید برنامه‌ریزی کرده و ارزیابی‌های دقیقی انجام داد. کازمیک و همکاران در مطالعه خود اشاره کرده اند، تحلیل بهره‌وری در بخش‌های مختلف، ارزیابی خدمات انجام شده و ارزیابی سازمانی به عنوان نقطه شروع برای اقدام به کوچک‌سازی است (۳۳). وجود مدیران توانمند، بخش خصوصی قوی و قوانین نظارتی نیز از جمله الزامات اختصاصی برون‌سپاری در این مطالعه بود. به اهمیت این مساله در مطالعات مختلف اشاره شده است، از جمله گرسنی و همکاران در بررسی نظام سلامت ایران و در گزارش نهایی خود، نبود مهارت لازم در مدیران در زمینه عقد قرارداد و نبود بخش خصوصی توانمند را بعنوان معضلات برون‌سپاری در ایران مطرح نمودند (۹). بعد مسافت بیمارستان‌ها، می‌بایست تکنولوژی، اورژانسی نبودن خدمات و قابلیت ادغام و حذف پست‌های سازمانی نیز از جمله موارد اشاره شده مربوط به الزامات اختصاصی ادغام بود. رجنبرگ و همکاران در مقاله‌ای کوتاه به بررسی ادغام کتابخانه سه بیمارستان و کتابخانه دانشکده پرستاری در نیوجرسی آمریکا بواسطه بعد مسافت پرداختند. این ادغام باعث دسترسی بیشتر به اطلاعات سلامت گردید (۳۴). اما مطالعات دافلد و همکاران در استرالیا نتایج منفی مربوط به ادغام را بیان نمودند و نشان دادند ادغام پست‌های پرستاری علی‌الخصوص

در این مطالعه متخصصین شرکت‌کننده در جلسات بحث گروهی متمرکز با دو روش ادغام و برون‌سپاری بیش از سایر روش‌های کوچک‌سازی موافق بودند و در حقیقت الگوی طراحی شده برای کوچک‌سازی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم

پست‌های نظارتی ممکن است ایمنی بیماران را به خطر بیندازد (۳۵).

صاحب‌نظران در این مطالعه تاکید داشتند که وجود شاخص‌های مربوط به روش‌های ادغام و برون‌سپاری برای سنجش موفقیت و همچنین شناسایی واحدهای کاندید برای کوچک‌سازی از ضروریات است. برایسون معتقد است برای بررسی موفقیت کاهش تصدی‌گری از طریق برون‌سپاری وجود شاخص‌های ارزیابی ضروری است. از نظر وی این شاخص‌ها عبارتند از: نتایج مطلوب، میزان رضایت مشتری، کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط بخش غیردولتی، عدم تمرکز و بوروکراسی پس از انجام واگذاری به بخش غیردولتی، افزایش تحرک و پویایی سازمان و بهبود قدرت تغییر، بهبود تمرکز سازمان بر روی فعالیت‌های اصلی خود و در نتیجه افزایش رضایت‌مندی از وظایف اصلی سازمان (۳۶).

یافته‌های مطالعه نشان داد که تدوین الگو در حقیقت یک برنامه‌ریزی دقیق است که قبل از اقدام به کوچک‌سازی دقیق صورت می‌پذیرد که ضامن موفقیت کوچک‌سازی است. مادیسون نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت اگر توجه لازم در مرحله برنامه‌ریزی و اجرا مبذول نگردد، نتایج کوچک‌سازی کمتر از حد مورد انتظار خواهد بود (۳۷).

نتیجه‌گیری

کوچک‌سازی با توجه به نتایج مثبت آن و منابع محدود، در قلمرو پاسداری از سلامت، یک ضرورت

به شمار می‌رود که در صورت اعمال یک روش سیستماتیک اجرایی و اعمال فنون پایش و ارزیابی، نتایج مفید به بار خواهد آورد (۳۸). لذا توصیه می‌گردد که قبل از آغاز فرایند کوچک‌سازی از طریق جمع‌آوری و ثبت مستندات نسبت به برنامه‌ریزی‌های دقیق اقدام و شاخص‌های مربوط تعریف شود تا ارزشیابی نتایج میسر گردد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم حضور به موقع شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در موعد مقرر به سبب مشغله کاری شرکت‌کنندگان بود که یکی از سخت‌ترین معضلات در راستای انجام این پژوهش محسوب می‌شد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره الف/۱۲۷ و طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۵/۵۳/۸۹۹۸ می‌باشد. از کلیه مسئولین و مدیران شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی متمرکز و نظرسنجی دلفی، که بدون حضورشان برگزاری جلسات امکان‌پذیر نبود، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

- 1-Jodati A, Jabaribeirami H, Bakhshian F. Results of staff units downsizing in Iran health system network (Tabriz metro police experience). Health Manag. 2006; 23(9): 51-8.
- 2-Sadaghiani E. Organization and Management of hospital, 2nd ed. Tehran: Jahan Rayaneh electronic information publication; 2006: 35.
- 3-Asefzadeh S. Management and Research Hospital. 3rd ed. Qazvin: Research deputy; 2005: 35.
- 4-Jacobs P. The economics of health and medical care, 3rd ed. New York: Aspen Publishers, 1991: 75-77.
- 5-Hajizadeh, Mohamad. Health Economics, 3rd ed. Tehran: Jamea negar publication; 2006: 15.
- 6-Recchel B, wright S, Edwards N, Dowdeswell B, Mackee M. Investing in hospitals of the future: WHO Regional Office for Europe; 2009: 103-23.

- 7-Mousazadeh Y, Jannati A, Jabbari Beirami H, AsghariJafarabadi M, Ebadi A. Advantages and Disadvantages of Different Methods of Hospitals' Downsizing: A Narrative Systematic Review. *Health Promot Perspect*. 2014; 3: 276-85.
- 8-Jabbari Beirami H, Bakhshian F. Decentralization in health system, 3rd ed. Tabriz: Research deputy of Tabriz University of medical sciences; 2009: 4-7.
- 9-Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran Health Sector Review: The World Bank Group Human Development Sector Middle East and North Africa; 2007. Report No.: 39970 – IR.
- 10-Hutchinson JC, Murrmann SK, Murrmann KF. Planning and implementing an effective downsizing program. *Int J Hospitality Manag*. 1997; 15(1): 23 - 38.
- 11-Sadaghiani, A. Final report of hospital service units downsizing, research project's in Tehran province. Tehran: development functional management research center in Iran. 2005: 231.
- 12-Armstrong - stassen M, Terry HW. Julian Cuttaneo R. Sustaining a service quality initiative in the midst of downsizing can it be done? *J Qual manag*. 2001; 6: 211 - 33.
- 13-McKee M. Reducing hospital beds (what are lessons to be learned?). European observatory on health systems and policies; 2004: Report NO.6.
- 14-M.kemt RJ, Kersten N, Severjnen M. Price Effects of Dutch Hospital Mergers: An Ex-post Assessment of Hip Surgery. *De economic*. 2012; 3(160): 237-55.
- 15-Tung Hsiao C, Yuan Pai J, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research survey research. *BMC Health Serv Research* [serial online] 2009 May; 78(9): 1-9.
- 16-Torani S, Maleki M, Ghodosimoghadam S, Gohari M. Comperation of efficiency and effectiveness of Firoozgar hospital pharmacy before and after outsourcing. *Health manag*. 2009; 38(12): 59-71.
- 17- Ferdosi M, Farahabadi ME, Rejalian F, Haghighat M. Outsourcing of medical record unit services: case assessment Isfahan's kashani hospital. *Health inform manag*. 2010; 7: 658-68.
- 18-Tabibi J, Maleki M, Mirzaye A, Farshid P. Effwct of hospital wards integration on current expenditure in tehranboali hospital. *Health inform manag*. 2010; 4(4): 490-5.
- 19-Jabbari beirami H, Bakhshian F, Jafari G, editors. The optimal management of resources in asadabadi's comprehensive network laboratory. Tehran; 2002. 2005 Oct: 15-16.
- 20-Adibhajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Methods of quality Researchs Tabriz: boshra Publications co-worker tohfe publication; 2011:170-95.
- 21-Zeigler VL, Decker-Walters B. Determining Psychosocial Research Priorities for Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators Using Delphi Methodology. *J Cardio Nurs*. 2010; 25:398-404.
- 22-Ahmadi M. Introduction and critics on Delphi method. *Soc sci j*. 2009; 22: 25-37.
- 23-Mishra KE, Spreitzer G, Mishra AK. Preserving employee morale during downsizing. *Sloan Managt Rev*. 1998;39(2):83-95.
- 24-Bevelacqua G. A Review of the Downsizing of Eastern State Hospital and the Impact on Hampton RoadsBevelacqua. Office of the Inspector General Behavioral Health and Developmental Services, Contract No.: OIG Report No. 2010: 197-10.
- 25-Collins AL, Noble R, editors. Hospital rightsizing: in line with long-term strategies and economic realities. *Healthcare Manag Forum*. Elsevier. 1992:4-18
- 26-Brown C, Arnetz B, Petersson O. Downsizing within a hospital: cutting care or just costs? *Soc sci & med*. 2003;57(9):1539-46.
- 27-Tully P, Saint-Pierre E. Downsizing Canada's hospitals, 1986/87 to 1994/95. *HEALTH REPORTS-STATISTICS CANADA*. 1997;8:33-40.
- 28-Sheps SB, Reid RJ, Barer ML, Krueger H, McGrail KM, Green B, et al. Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia. *Canadian Med Assoc J*. 2000;163(4):397-401.
- 29-Hsiao CT, Pai JY, Chiu H. The study on the outsourcing of Taiwan's hospitals: a questionnaire survey research. *BMC health serv res*. 2009;9(1):78.
- 30-Khodaverdi R, Zohre E. Outsourcing strategy; benefits, problems and challenges. *Exp j park grow cen*. 2010;25(71):65-72.

- 31-Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ*. 2003;326(7395):905.
- 32-Arndt EM, Duchemin C, Duchemin KF. More Than "Band-aids": Emotional Support and Education during the Downsizing Process. *Health care Management FORUM*. 1993; 6(3): 5-10.
- 33-Jabbari beirami H, Jannati A, Mousazadeh Y. Conducting A Systematic Review on Hospital Downsizing Methods and its Global Consequences and Choosing Suitable Method for Iran. *J hosp*. 2013; 12 (3) :91-102.
- 34-Kazemek EA, Channon BS. Nine steps to hospital downsizing. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financ Managem Assoc*. 1988;42(12):96, 8.
- 35-Regenberg PB, Joyce MK, Moeller K, Ratner J. Surviving a merger: how four hospital libraries created a unified system. *J Med Lib Assoc*. 2002;90(1):98.
- 36-Duffield C, Kearin M, Johnston J, Leonard J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Aus j advance nurs*. 2007;24(4):42.
- 37-Ferdosi M, Farahabadi M, Rejalian F, Haghighat M. Outsourcing of medical record unit services: case assessment of Isfahan's kashani hospital. *Health inform manag*. 2010; 7: 58-68.
- 38-Day KM, Armenakis AA, Feild HS, Norris DR. Other Organizations Are Doing It, Why Shouldn't We? A Look at Downsizing and Organizational Identity through an Institutional Theory Lens. *J Change Manage*. 2012;12(2):165-88.