

چالش‌های بیمارستان‌های خیریه تهران: شواهدی از مشارکت بخش غیردولتی در ارائه مراقبت

ابراهیم جعفری پویان^۱، اسماعیل جوادی قلعه^۲، محمد عرب^۳، طاهره شریفی^{۴*}
 • دریافت مقاله: ۹۶/۵/۸ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۶/۹/۳۰ • پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۱



چکیده

مقدمه: بیمارستان‌های خیریه با افزایش مشارکت مردمی در ارائه خدمات سلامت می‌توانند نقش مهمی در کمک به دولت برای تأمین منابع مالی نظام سلامت و ارتقاء سلامت جامعه ایفا نمایند. از آنجا که بیشتر افراد محروم جامعه از خدمات این نوع بیمارستان‌ها استفاده می‌نمایند، توجه به این سازمان‌ها و نحوه مدیریت آن‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت کمک نماید؛ لذا این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های مدیریت بیمارستان‌های خیریه استان تهران و ارائه راهکار انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۲۶ نفر از مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌ها، کارشناسان معاونت درمان دانشگاه و کارشناسان سازمان اوقاف جمع‌آوری شد. روش نمونه‌گیری به صورت گلوله برفی بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی استفاده شد.

یافته‌ها: چالش‌های موجود در بیمارستان‌های خیریه در پنج کد اصلی شامل منابع مالی، انسانی، فیزیکی، مدیریت و رهبری و فرهنگی و ۱۳ کد فرعی استخراج گردیدند.

بحث و نتیجه‌گیری: فروش اوراق وقفی و ایجاد صندوق‌های وقفی در بیمارستان‌های خیریه جهت ایجاد منابع پایدار مالی، حمایت وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی در راستای آموزش، ارتقاء کیفیت، تأمین نیروی انسانی و همسوسازی با اهداف نظام سلامت، مشارکت در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان، ایجاد استانداردهای ساختاری در مدیریت این بیمارستان‌ها و ابلاغ آن توسط وزارت بهداشت از جمله راهکارهایی است که در راستای رفع چالش‌ها پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: بیمارستان‌های خیریه، بخش غیردولتی، مطالعه کیفی، چالش‌ها، تهران

ارجاع: جعفری پویان ابراهیم، جوادی قلعه اسماعیل، عرب محمد، شریفی طاهره. چالش‌های بیمارستان‌های خیریه تهران: شواهدی از مشارکت بخش غیردولتی در ارائه مراقبت. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۶؛ ۳(۴): ۳۷-۳۲۳.

۱. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۲. کارشناس ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۳. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 ۴. دانشجوی دکترا، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- * نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، طبقه ۴، گروه مدیریت، اقتصاد و سیاست‌گذاری سلامت

Email: sharifit@razi.tums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۵۸

مقدمه

برخی از نیازهای بشر به‌گونه‌ای بوده که نه دولت از عهده تأمین آن‌ها برآمده است و نه بخش خصوصی توانسته آن‌ها را مرتفع سازد. به همین دلیل از دیرباز در جوامع بشری، نهادهایی از میان اقشار گوناگون مردم متولد شده‌اند که پاسخگوی این نیازها بوده‌اند. سازمان‌های خیریه در دنیا بازوان کارآمد و سالم برای کمک به دولت‌ها و رشد و ارتقاء ملت‌ها و یک بازیگر اصلی در داخل و روابط بین‌الملل هستند (۱). بر اساس ویژگی و ماهیت خدمات سلامت به‌عنوان یکی از بخش‌های عمومی در کنار آموزش و امنیت (۲)، نقش خیرین در این حوزه بسیار چشمگیر می‌باشد؛ لذا در بخش بهداشت و درمان، جامعه شاهد حضور سازمان یافته مردمی بوده و بیمارستان‌های خیریه با تلاش افراد خیر به فعالیت و ارائه خدمات مشغول شده‌اند (۱). این نوع بیمارستان‌ها توسط افراد خیر و نیکوکار ساخته می‌شوند و ممکن است به دولت واگذار شوند و یا توسط خود آن‌ها اداره شود به‌طوری‌که قسمتی از هزینه‌های بیمارستانی از بیماران دریافت شود و بقیه هزینه‌ها توسط خیرین پرداخت شود (۳، ۱).

در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول نظام سلامت در کشور، حجم مراجعات به بیمارستان‌های دولتی به‌شدت افزایش یافته (۴) که می‌تواند احتمال دسترسی و دریافت خدمات را تحت‌الشعاع قرار داده و امکان ارائه خدمت را به افراد کم‌برخوردار آن‌چنان‌که باید فراهم ننماید. از سوی دیگر بخش خصوصی بنا به انگیزه‌های انتفاعی سهامداران و برخوردی که با بیماران بی‌بضاعت می‌شود، بیشتر به بنگاه اقتصادی شبیه است و به همین صورت امکان دریافت خدمات توسط افراد بی‌بضاعت چندان وجود

ندارد؛ لذا شاید بتوان ادعا کرد که بخش خیریه در این میان می‌تواند برای این نوع از بیماران یک نقش تعادلی را ایفا نماید (۳).

در سایر کشورها نیز خیریه‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به ارائه یا خرید خدمات بهداشتی و درمانی می‌پردازند. به‌عنوان مثال حدود ۶۰ درصد بیمارستان‌ها در آمریکا غیرانتفاعی و خیریه بوده و به‌صورت زنجیره‌ای و وابسته به کلیسا هستند (۶). در آلمان نیز برخی مؤسسات با جمع‌آوری اعانه و کمک‌های مردمی، سرمایه‌ای گردآوری کرده و در زمینه اقدامات خیریه در حوزه پزشکی و بهداشت عمومی فعالیت می‌کنند (۷). در انگلستان علیرغم وجود طب ملی و ادغام برخی از بیمارستان‌های خیریه در آن، باز هم این بیمارستان‌ها وجود دارند و هر کدام به طریقی هزینه‌های خود را تأمین می‌نمایند (۸).

به‌طورکلی در دنیا بیش از سه میلیون سازمان غیردولتی وجود دارد که سه هزار سازمان از میان آن‌ها در حوزه سلامت فعالیت دارند. گفته می‌شود حدود ۰/۵ درصد سازمان‌های غیردولتی جهان که شامل سازمان‌های خیریه نیز می‌شود در ایران فعال هستند (۱). بر اساس آمار وزارت بهداشت در اواخر سال ۹۶، تعداد ۸۷۵ خیریه در حوزه سلامت وجود داشته و نزدیک به ۴۰ بیمارستان خیریه و ۳۶۰ درمانگاه خیریه مشغول به کار هستند (۵).

در شرایط فعلی روش‌های مشارکت خیرین در حوزه سلامت در ایران شامل ساخت و اداره بیمارستان‌های خیریه و درمانگاه‌های خیریه، ایجاد انجمن‌های حمایتی در جهت حمایت از بیماران خاص و بازتوانی، مشارکت غیرمستقیم از طریق کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی، ایجاد

(۱۴)، استفاده از مدیران غیرمرتبط، عدم سیاست گذاری صحیح (۱۵)، مشکلات ساختاری (۱۶)، عدم ثبات مدیریتی (۱۷) روبه‌رو بوده است. این پدیده ممکن است در بیمارستان‌های خیریه به دلیل عدم وجود یک نظارت خارجی مستقیم بر آن‌ها بیشتر وجود داشته باشد (۹، ۸، ۱).

با توجه به موارد مطرح شده و جایگاه ویژه بیمارستان‌های خیریه در نظام سلامت کشور، این پژوهش بر آن بود تا با بررسی چالش‌های این بیمارستان‌ها در شهر تهران، پیشنهاد‌های مناسب و سازنده، متناسب با شرایط این بیمارستان‌ها در کشور را ارائه نماید.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. بیمارستان‌های خیریه استان تهران به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب گردیدند. مصاحبه‌شوندگان شامل ۲۶ نفر که شامل رؤسا (۴ نفر)، مدیران اجرایی (۴ نفر)، مدیران مالی (۳ نفر)، مدیران منابع انسانی (۵ نفر) و مترون (۵ نفر) بیمارستان‌های خیریه و موقوفه، کارشناس سازمان اوقاف (۱ نفر)، مسئول املاک بیمارستان (۱ نفر) و کارشناس معاونت درمان (۳ نفر) دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح تهران بودند.

نمونه‌گیری به‌صورت گلوله برفی انجام گرفت و جمع‌آوری داده‌ها تا جایی ادامه پیدا کرد که داده‌های حاصل از مصاحبه، اصطلاحاً به حد اشباع رسید. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود و با بهره‌گیری از راهنمای مصاحبه که بر اساس اهداف مطالعه و مرور متون تدوین شده بود (۱، ۸، ۹)، انجام گردید.

هماهنگی‌های بین بخشی با فعالیت در مجمع خیرین و همچنین مشارکت در حوزه آموزشی و پژوهشی است (۱). با این حال بیمارستان‌ها نقش اصلی را در ارائه خدمات خیریه دارند (۹) و نزدیک به ۴۰ بیمارستان خیریه در کشور مشغول به فعالیت هستند (۵) که بیش از نیمی از آن‌ها در دو شهر مشهد و تهران قرار دارند (۱). سه درصد تخت‌های بستری کشور در بخش خیریه فعالیت دارند (۱۰). علیرغم کم بودن سهم این بخش در ارائه خدمات سلامت، از آنجا که بیشتر افراد محروم جامعه از خدمات این نوع از بیمارستان‌ها استفاده می‌نمایند، توجه به این سازمان‌ها و نحوه مدیریت آن‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت کمک نماید (۱۱).

با عنایت به این که مأموریت اصلی بیمارستان‌ها، تأمین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آن‌ها است، تحقق این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان‌ها می‌باشد و به‌عنوان راهبردی مؤثر و فراگیر در دستور کار مدیریت سازمان‌ها قرار گرفته است (۱۲). از سوی دیگر، از آنجا که ضعف عملکرد سیستم مدیریت بیمارستان‌ها ممکن است باعث تأخیر در ارائه بهینه خدمات به بیماران و افزایش نارضایتی در بین ذی‌نفعان مختلف گردد، توجه به رویکردهای نوین، حرفه‌ای و علمی به مقوله مدیریت بیمارستان‌ها و تبیین جایگاه مدیریت در بیمارستان‌ها، به‌عنوان یک حرفه و علم برای ارتقاء سطح بهره‌وری و افزایش رضایت‌مندی بیماران ضرورت دارد؛ زیرا ارائه خدمات مناسب، وابسته به مدیریت خوب و مؤثر است (۱۳). مدیریت بیمارستان‌ها همیشه با چالش‌های مختلفی مانند کمبود منابع مالی و امکانات

برای اطمینان از روایی مصاحبه، در ابتدا چند مصاحبه پایلوت انجام شد و این مصاحبه‌ها توسط گروه پژوهش از نظر صحت انجام کار، بررسی و اصلاحات لازم در فرآیند مصاحبه انجام گردید. همچنین برای تأمین پایایی مطالعه از معیارهای Lincoln و Guba استفاده گردید. بدین منظور بر پایه این روش چهار معیار، موثق بودن و اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد (۱۸). برای دستیابی به معیار اعتبار، داده‌های مصاحبه پس از پیاده‌سازی به تأیید مصاحبه شونده رسید. برای انتقال‌پذیری، از چند صاحب‌نظر در زمینه مورد پژوهش که در مطالعه مشارکت نداشتند، در مورد یافته‌ها کسب نظر و تأیید شد. جهت اطمینان‌پذیری مطالعه، تمامی جزئیات پژوهش ثبت و ضبط شده و در تمامی گام‌های کار یادداشت‌برداری انجام گرفت و نهایتاً برای تأییدپذیری، مستندسازی و حفظ تمامی گام‌های پژوهش و مستندات در فرآیند پژوهش صورت گرفت.

جهت انجام مصاحبه، از افراد وقت قبلی گرفته شد و پیش از مصاحبه، توضیحاتی در خصوص هدف مطالعه، رعایت رازداری و محرمانه بودن محتوای مصاحبه ارائه گردید. کلیه مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط و سپس در نرم‌افزار Word پیاده شدند. مدت جلسات مصاحبه به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ترجیحاً در دفتر کار افراد و در ساعت تعیین شده توسط خود آن‌ها (اغلب در ساعات اداری)، انجام شد تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند.

تحلیل داده‌ها با روش تحلیل موضوعی انجام شد. در ابتدا مصاحبه‌ها به‌طور کامل بررسی و روی کاغذ پیاده‌سازی شدند. با بررسی چندباره مصاحبه‌ها، چارچوب موضوعی اولیه شکل گرفت. سپس جلسات مکرری بین اعضای گروه پژوهش برگزار گردید تا چارچوب موضوعات موردنظر نهایی گردید. این چارچوب موضوعی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها موردبررسی و بازنگری قرار گرفت. پژوهشگر، کدهای اصلی و فرعی هر کدام از مصاحبه‌ها را به‌صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها را به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب موضوعی از این مصاحبه‌ها استخراج نمود. این فرآیند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار شد. سپس جداول، ترسیم شده و نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از اجزای چارچوب موضوعی با یکدیگر مقایسه شد و ارتباط بین هر کدام از اجزای چارچوب با زیرمجموعه آن مشخص گردید. مکرراً در هر جا که لازم می‌شد، برای درک بهتر گفته‌های افراد، به اصل مصاحبه رجوع می‌شد و مطالب لازم اضافه یا کم می‌شد. در نهایت تم‌ها و زیر تم‌ها با نظر پژوهشگر و اساتید عضو گروه تحقیق تدوین شد.

یافته‌ها

چالش‌های موجود در بیمارستان‌های خیریه در ۵ حوزه منابع مالی، انسانی، فیزیکی، مدیریت و رهبری، و فرهنگی استخراج گردیدند (جدول ۱).

جدول ۱: کدهای اصلی و فرعی چالش‌های بیمارستان‌های خیریه در استان تهران

کدهای اصلی	کدهای فرعی	کدهای اصلی	کدهای فرعی
منابع مالی	ماهیت دوگانه در تأمین منابع مالی بیمارستان خیریه تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت مطالبات زیان ده بودن بیمارستان‌های خیریه	مدیریت و رهبری	ارتباطات ضعیف ضعف در روابط درون بخشی ضعف در روابط برون بخشی بی‌توجهی به تبلیغات جهت جذب بیمار ضعف تصمیم‌گیری - ترکیب نامناسب هیأت امناء بیمارستان - تمرکز قدرت در رأس سازمان و هیأت امناء روابط غیررسمی و برخورد شخصی
منابع فیزیکی	ساختمان و تجهیزات فیزیکی فرسوده خرید سلیقه‌ای تجهیزات سرمایه‌ای	ضعف فرهنگی	کم‌رنگ شدن فرهنگ وقف در جامعه امکان سوءاستفاده از خدمات خیریه
منابع انسانی	حقوق و مزایای کم کارکنان کمبود نیروی پزشکی و پرستار		

۱- چالش‌های مربوط به منابع مالی

۱-۱- ماهیت دوگانه بیمارستان‌های خیریه در تأمین مالی

داشتن ماهیت خیریه در این بیمارستان‌ها موجب ایجاد دو دیدگاه متضاد نسبت به تأمین مالی آن‌ها شده است. از یک سو بیماران معتقدند این بیمارستان‌ها به‌طورکلی توسط خیرین تأمین مالی می‌شوند؛ بنابراین ارائه خدمت به آن‌ها باید به‌صورت رایگان و یا با هزینه بسیار پایین انجام گردد، در صورتی‌که از دیدگاه دولت این بیمارستان‌ها، غیردولتی و خودگردان بوده و تعرفه خدمات بالاتری نسبت به تعرفه دولتی دارند؛ لذا هیچ بودجه‌ای به آن‌ها پرداخت نمی‌شود؛ بنابراین علیرغم تصور مراجعین، مسئولین بیمارستان برای تأمین هزینه‌های جاری خود ناگزیر به کسب درآمد و دریافت هزینه از بیماران هستند که این پدیده، بیمارستان‌های خیریه را با نوعی چالش تأمین مالی مواجه می‌سازد.

«اسم خیریه تداعی‌کننده ارائه خدمات رایگان برای بیماران است درحالی‌که در بطن کار این گونه نیست.» (م.۵).

«بیمارستان ما از دید وزارت بهداشت از نظر تعرفه خصوصی است؛ اما خود ما، حد وسط تعرفه خصوصی و دولتی می‌گیریم و برای جبران این ما به تفاوت، از خیرین کمک می‌گیریم.» (م.۱۲).

۱-۲- تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت مطالبات با توجه به این که بخش زیادی از گردش مالی بیمارستان‌ها وابسته به بازپرداخت سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد؛ لذا تأخیر در بازپرداخت، این بیمارستان‌ها را نیز همانند کلیه بیمارستان‌های دولتی با مشکلات مالی فراوانی مواجه می‌نماید.

«ما بیش از سه میلیارد تومان از سازمان‌های بیمه‌گر طلب داریم و حتی نتوانستیم حقوق ماه قبل پرسنلمان را پرداخت کنیم.» (م.۲۴).

۱-۳- زیان‌ده بودن بیمارستان‌های خیریه (تراز مالی منفی)

عدم سوددهی این بیمارستان‌ها چالش مهمی است که دلایل متفاوتی برای آن مطرح شده است. از جمله این دلایل، توان مالی ضعیف اغلب مراجعین به این بیمارستان‌ها و عدم پرداخت صورت‌حساب هنگام ترخیص، عدم دریافت بودجه از دولت به خاطر

۲-۲- کمبود نیروی انسانی

کلیه بیمارستان‌های کشور اعم از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با کمبود نیرو به‌ویژه پزشک و پرستار مواجه هستند؛ اما این مسئله در بیمارستان‌های خیریه با شدت بیشتری وجود دارد چرا که علاوه بر پرداخت کم به کارکنان، اغلب این بیمارستان‌ها از نظر موقعیت جغرافیایی، نامناسب بوده و در مناطق پایین شهر و با امکان تردد مشکل، قرار گرفته‌اند که موجب تمایل اندک نیروها به اشتغال در این مراکز شده است. در نتیجه بیمارستان‌های خیریه با کمبود نیرو مواجه هستند.

«قبلاً بین بیمارستان ما با سایر بیمارستان‌ها تفاوتی وجود نداشت؛ اما از دوره دولت دهم جذب نیروی کارآمد برای ما دشوار شده، به دلیل پرداختی کم، تعداد نیروهامون کاهش پیدا کرده و فقط نیروهای قدیمی ما ثابت هستند.» (م.۱۲).

۳- چالش‌های مدیریت و رهبری

۳-۱- ضعف ارتباطی: این مورد شامل ضعف در روابط درون‌بخشی، روابط برون‌بخشی و بی‌توجهی به تبلیغات می‌شود.

ضعف در روابط درون‌بخشی: ارتباط خیرین با مسئولین اجرایی بیمارستان‌ها ضعیف بوده که موجب شده حمایت خیرین به ساخت و تعمیرات فیزیکی بیمارستان و خرید تجهیزات سرمایه‌ای آن محدود شود و در تأمین هزینه‌های جاری مشارکت چندانی نداشته باشند.

«خیرین مواقعی که بیمارستان توان مالیش خیلی ضعیف می‌شود، وارد عمل می‌شوند؛ ولی در بیشتر مواقع مشارکتی ندارند.» (م.۱۵).

ضعف در روابط برون‌بخشی: ارتباط سازمان اوقاف و وزارت بهداشت به‌عنوان سازمان‌های بالادستی با

خصوصی و خودگردان بودن و در نهایت ضریب اشغال تخت پایین در اغلب بیمارستان‌های خیریه می‌باشند.

«تراکنش مالی در این بیمارستان پایین است و اکثر مراجعه‌کنندگان از گروه‌های آسیب‌پذیر و قشر ضعیف هستند که نمی‌توانند هزینه بیمارستان‌شان را بدهند؛ لذا بیمارستان سود که ندارد هیچ، ضرر هم می‌دهد.» (م.۹).

۲- چالش‌های مربوط به منابع انسانی

۱-۲- حقوق و مزایای کم کارکنان

محدودیت منابع مالی در بیمارستان‌های خیریه موجب شده تا حقوق و مزایای کمتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی به کارکنان خود پرداخت نمایند. متعاقباً رغبت نیروی کار برای اشتغال در این بیمارستان‌ها کاهش یافته و در نتیجه بیمارستان در رقابت با بیمارستان‌های خصوصی و دولتی برای جذب نیروی توانمند موفق نخواهد بود.

از سوی دیگر، در شرایط حاکم، بیمارستان به دلیل حقوق کم و نارضایتی کارکنان، نمی‌تواند با اعمال سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد بین کارکنان رقابت و انگیزه ایجاد نماید؛ لذا کاهش انگیزه کارکنان موجب تنزل کیفیت خدمات و عواقب ناشی از آن می‌شود.

«حقوق در بیمارستان‌های خیریه به نسبت سایر بیمارستان‌ها پایین بوده و عملاً هیچ‌گونه سرمایه‌گذاری روی نیروی انسانی نداشته و نمی‌تواند داشته باشند.» (م.۲۰).

«جذب نیروی کارآمد برای ما دشوار شده، به دلیل پرداختی کم، خروج نیروهامون افزایش پیدا کرده و فقط پرسنل قدیمی ما ثابت هستند. تنها امکاناتی که به پرسنل می‌دهیم، پرداخت مبلغ کمی به‌عنوان کارانه هست.» (م.۱۷).

بیمارستان‌های خیریه بسیار کم‌رنگ بوده و همکاری و حمایت اندکی از سوی آن‌ها وجود دارد. علیرغم این که به نظر می‌رسد بیمارستان‌های خیریه و موقوفه به نوعی تحت نظارت سازمان اوقاف باشد؛ اما این سازمان تنها در خصوص دریافت سهم ۱۰ درصدی خود از درآمد بیمارستان اعمال نظارت نموده و در مورد مشکلات مالی بیمارستان نقش حمایتی خاصی ایفا نمی‌نماید.

از سوی دیگر وزارت بهداشت نیز در خصوص حمایت و نظارت فنی و مالی و حتی تأمین نیروی انسانی مجرب، ارتباط ضعیفی با مراکز درمانی فوق دارد.

«اداره اوقاف هیچ کمکی به این سازمان‌های وقفی نمی‌کند مگر این که در شرایطی باشد که اوقاف بخواهد از سهم اوقاف خود (۱۰ درصد درآمد بیمارستان) بگذرد و دریافت نکند.» (م.۲۶).

ضمن آن که بین این دو سازمان نیز به‌عنوان ناظرین بیمارستان‌های خیریه، هیچ ارتباط کاری در این خصوص وجود ندارند.

«این جای تأسف است با توجه به این که برای اداره این گونه بیمارستان‌ها که اداره اوقاف ناظر منابع مالی بیمارستان و وزارت بهداشت ناظر ارائه خدمات با کیفیت متناسب با نیاز جامعه می‌باشد، هیچ ارتباط کاری و سازمانی برای اداره این گونه بیمارستان‌ها بین این دو سازمان کاری و مهم نیست.» (م.۱).

بی‌توجهی به تبلیغات جهت جذب بیمار: بیمارستان هم مانند هر سازمان دیگری برای جذب بیمار و در نتیجه افزایش اشغال تخت و تأمین منابع مالی خود، بایستی از ابزارهای بازاریابی و تبلیغاتی استفاده نماید در صورتی که این عامل در اغلب بیمارستان‌های خیریه و به‌طور کلی در نظام سلامت ایران مورد توجه قرار

نمی‌گیرد.

«در بیمارستان به دلیل ماهیت کار و هدف و سیاست‌های بیمارستان بر اساس ارزش‌های حاکم و نیت عدم انتفاع و از طرف دیگر عدم آگاهی کافی مدیران ارشد این بیمارستان‌ها از استراتژی‌های تبلیغاتی، هیچ وقت به این نوع راهکارها روی نمی‌آورند.» (م.۲۵).

۲-۳- ضعف تصمیم‌گیری: مشکلات ساختاری در بیمارستان‌های خیریه موجب تصمیم‌گیری ضعیف در این بیمارستان‌ها و متعاقباً عملکرد نامناسب آن‌ها شده است که در ذیل به این مشکلات اشاره می‌شود:

- ترکیب نامناسب هیأت امناء بیمارستان: برای تصمیم‌گیری اثربخش در بیمارستان لازم است تا ترکیب گروه حاکمیتی متناسب بوده و افرادی با تخصص و تجربه مدیریتی، مالی، بیمارستانی و درمانی عضو گروه تصمیم‌گیری بیمارستان باشند. عدم وجود افرادی با تحصیلات و تجربه مرتبط در ترکیب هیأت امناء بیمارستان‌های خیریه از جمله مواردی است که موجب تصمیم‌گیری ضعیف در اداره این بیمارستان‌ها شده است.

«اکثر بیمارستان‌های موقوفه مالکیتی هستند و اغلب هیأت امناء غیرپزشک دارند و سهامدار هم نیستند.» (م.۶).

«در اکثر بیمارستان‌های خیریه افراد یا خیرینی که در رأس کار هستند، تحصیلات مرتبط مدیریتی یا بیمارستانی ندارند.» (م.۲۲).

- تمرکز قدرت در رأس سازمان و هیأت امناء: عدم تفویض برخی اختیارات به مدیر داخلی (مدیرعامل) بیمارستان و تمرکز قدرت در رأس سازمان موجب کند شدن سرعت تصمیم‌گیری در بیمارستان شده و اغلب مدیران داخلی بیمارستان برای حل مسائل پیش روی

طی سال‌های اخیر فرهنگ وقف در جامعه تا حدودی رنگ باخته است که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان دلایل متفاوتی می‌تواند داشته باشد. از جمله این دلایل، منفعتی است که هدف برخی از واقفین دستیابی به آن است و دیگری می‌تواند گذار فرهنگی جامعه و کاهش توجه به امور معنوی چون وقف باشد. در برخی موارد حتی مسئولین نیز دید مثبتی نسبت به خیرین نداشته و آن‌ها را افرادی سودجو می‌نامند. (م. ۱۲).

«به خاطر این که خیریه بودن سازمان، منفعت‌هایی چون معافیت‌های مالیاتی، حمایت‌های ذی‌نفعان خارجی و ... برای سهامداران و مالکین ایجاد می‌کند، خیلی از آن‌ها سازمان‌شان را با نام خیریه دایر می‌کنند.» (م. ۳).

«در سال‌های اخیر تعداد خیرین برای کمک به بیمارستان به‌خصوص برای سرمایه‌گذاری کلان، خیلی کم شده‌اند و به‌ندرت خیرینی هستند که بخواهند این‌گونه هزینه نمایند.» (م. ۲۰).

«در خیلی از بیمارستان‌های خیریه، اولاد واقف از وقف ملک توسط اجدادشان برای بیمارستان خیلی ناراحت هستند و اظهار پشیمانی می‌کنند که اگر به جای این بیمارستان، در کسب‌وکار دیگری وقف می‌شد ما می‌توانستیم خیلی بهتر عمل کنیم.» (م. ۱).

«در سازمان‌های دیگر خیلی ارج و قرب برای خیرین قائل هستند درحالی‌که در سازمان‌های درمانی این‌گونه افراد علناً فرصت‌طلب و سودجو خوانده می‌شوند.» (م. ۲۵).

۴-۲- امکان سوء استفاده از خدمات خیریه

برخی از مراجعین به بیمارستان‌های خیریه، با تظاهر به ناتوانی مالی و مستحق نشان دادن خود، علیرغم عدم نیاز مالی، صورت‌حساب بیمارستان را پرداخت

سازمان، مجبور هستند زمان زیادی را صرف توجیه و متقاعد نمودن هیأت امنا و خیرین نمایند. این پروسه گاهی چندین ماه به طول می‌انجامد؛ لذا وجود ساختار هرمی در این بیمارستان‌ها موجب تعدد تصمیم‌گیری شده، به طوری که حتی هیأت امنا در فرآیندهای درمانی و تصمیم‌گیری‌های تخصصی بیمارستان نیز مشارکت می‌نمایند.

«اکثر بیمارستان‌های خیریه به‌خصوص موقوفه‌ها با توجه به این که مالکیتی اداره می‌شوند، قدرت به‌صورت مناسب تفویض نمی‌شود و مدیران ارشد در جایگاه‌های خود نیستند.» (م. ۶).

«در بیمارستان، خیلی وقت‌ها زمان طلایی برای انجام کارها به دلیل سخت متقاعد کردن خیرین از دست می‌رود.» (م. ۱۹).

۳-۳- روابط غیررسمی و برخورد شخصی: در بیمارستان‌های خیریه، علاوه بر تمرکز قدرت در رأس سازمان، در سایر سطوح، سلسله‌مراتب قدرت و اختیار تعریف نشده و یا در صورت وجود، رعایت نمی‌شود به طوری که اغلب امور از طریق روابط و به‌صورت برخورد شخصی انجام می‌گردد و ارتباطات در چارچوب رسمی خود اتفاق نمی‌افتد. در چنین شرایطی ساختار مسئولیت و وظیفه افراد مخدوش شده و سازمان با بی‌نظمی مواجه می‌گردد.

«در بیمارستان، جو رسمی بین پرسنل بیمارستان حاکم نیست. از طرف دیگر هم به خاطر کمبود نیرو نمی‌توان بر پرسنل اعمال قدرت و ضوابط کرد؛ لذا همیشه جو در بین افراد و سطوح مختلف بیمارستان به‌صورت غیررسمی هست.» (م. ۲۴).

۴- ضعف فرهنگی

۴-۱- کم‌رنگ شدن فرهنگ وقف در جامعه

گردد. در نتیجه تحلیل یافته‌های مصاحبه‌ها، ۵ کد اصلی استخراج شد.

چالش‌های مربوط به منابع مالی شامل ماهیت دوگانه بیمارستان‌های خیریه در تأمین مالی، تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت مطالبات و تراز مالی منفی بیمارستان‌های خیریه می‌باشد. اغلب مدیران اجرایی و مدیران مالی بیمارستان‌ها بر این چالش‌ها تأکید داشتند. نکویی و همکاران نیز در مطالعه خود به این چالش در کلیه مؤسسات خیریه فعال در حوزه سلامت اشاره نموده‌اند (۹). البته طرح تحول سلامت نیز به علت کاهش پرداخت از جیب بیماران در بیمارستان‌های دولتی، این انتظارات را شدت بخشیده است (۱۳). همچنین زارعی در مطالعه خود به چالش ماهیت دوگانه در تأمین مالی بیمارستان‌های خیریه اشاره نموده و گزارش می‌کند که جامعه تعریف روشنی از این بیمارستان‌ها نداشته و آگاهی کمی در خصوص ماهیت واقعی آن‌ها وجود دارد (۱). با توجه به این که بیمارستان خیریه، در تقسیم‌بندی اخیر وزارت بهداشت جزء بیمارستان‌های عمومی غیردولتی محسوب می‌شود که مانند بیمارستان‌های خصوصی خودگردان بوده و بودجه‌ای از دولت دریافت نمی‌نماید؛ لذا می‌تواند برای تأمین هزینه‌های جاری خود، تعرفه‌های بالاتری نسبت به بیمارستان دولتی دریافت کند. این در حالی است که بیماران انتظار دارند تعرفه‌ها پایین‌تر از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و حتی رایگان باشد و این‌ها دلایلی است که موجب این دوگانگی بوده است.

چالش دیگر در این حوزه، عدم بازپرداخت به‌موقع سازمان‌های بیمه‌گر است که در کلیه بیمارستان‌ها وجود دارد؛ اما بیمارستان‌های خیریه بیشتر از سایر بیمارستان‌ها متکی به بازپرداخت سازمان‌های بیمه‌گر

نکرده و یا با پرداخت بخش کمی از هزینه بیمارستان تریخیص می‌شوند.

«۱۰٪ مراجعین در بدو ورود پول نمی‌دهند و بعدها برای دریافت هزینه از آن‌ها با مشکل مواجه می‌شویم و ۷۰٪ هم کلاً پول خدمات را پرداخت نمی‌کنند که ۵۰٪ آن‌ها راست می‌گویند و بضاعت مالی ندارند و ۲۰٪ هم از دیگران یاد گرفتند که تظاهر به نداشتن کنند.» (م. ۹).

۵-چالش‌های فیزیکی و تجهیزاتی

۱-۵- ساختمان و تجهیزات فرسوده

اغلب بیمارستان‌های خیریه و موقوفه دارای ساختمان مستهلک و تجهیزات قدیمی هستند که با توجه به کمبود منابع، بیمارستان قادر به بازسازی، ترمیم و یا خرید مجدد نمی‌باشند.

«اغلب بافت‌های ساختمانی بیمارستان‌های خیریه قدیمی بوده و نیاز به بازسازی دارد و تجهیزاتمان به خاطر کمبود منابع، به روز نیستند.» (م. ۲).

۲-۵- خرید سلیقه‌ای تجهیزات سرمایه‌ای

در خرید تجهیزات سرمایه‌ای برای بیمارستان، خیرین و هیأت اماناء به‌صورت سلیقه‌ای و بدون دریافت مشاوره فنی از مسئولین فنی بیمارستان، تصمیم‌گیری و اقدام به خرید می‌نمایند که در اغلب موارد نیز متناسب با نیاز واقعی بیمارستان نبوده و هزینه اثربخشی مناسب را ندارد.

«متأسفانه خرید تجهیزات سرمایه‌ای بر اساس اولویت نظرات خیرین انجام می‌شود، نه بر اساس نیاز بیمارستان و بیماران» (م. ۲۱).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه سعی شد تا چالش‌هایی که بیمارستان‌های خیریه با آن مواجه هستند شناسایی

وقفی و ایجاد منابع درآمدی پایدار اتفاق افتد (۲۲)، (۲۱).

چالش دیگر مربوط به منابع انسانی بود که بیشتر مورد تأکید مترون، مدیران منابع انسانی و کارشناسان معاونت درمان قرار داشت. این چالش‌ها شامل حقوق و مزایای کم و کمبود نیرو در این بیمارستان‌ها بودند. همان‌طور که مصدق‌راد و شکیبایی نیز در مطالعه خود به این مسئله اشاره نمودند که تعداد نیروی کار در بیمارستان‌های خیریه کمتر از این تعداد در بخش دولتی است (۲۳). در مطالعه عباسچیان و همکاران بیشترین عامل نارضایتی کارکنان پرستاری بیمارستان‌های زنجان امکانات رفاهی و حقوق و مزایا بود (۲۴) که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در آلمان نیز سطح دستمزد مدیران و کارکنان سازمان‌های خیریه پایین‌تر از این میزان در سازمان‌های مشابه انتفاعی است (۷). ریشه این چالش می‌تواند در کمبود منابع مالی در دسترس این بیمارستان‌ها دانست که مانع پرداخت حقوق معادل سایر سازمان‌ها شده است.

چالش‌های حوزه مدیریت و رهبری شامل ضعف ارتباطات، روابط غیررسمی و ضعف تصمیم‌گیری در بیمارستان‌های خیریه می‌باشد که به‌ویژه مدیران اجرایی و ریاست بیمارستان‌های تحت مطالعه بر این نکته تأکید داشتند که بیمارستان‌های خیریه هیچ‌گونه حمایتی توسط وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان متولی سلامت مردم دریافت نمی‌نمایند. مطالعه نکویی‌مقدم و همکاران نیز بر لزوم حمایت دولت از خیریه‌ها تأکید دارد (۹). جعفری پویان و همکاران نیز در مطالعه خود به ضعف ارتباطات در بیمارستان‌ها اشاره می‌نماید (۲۰). با تشکیل مجمع خیرین در سال‌های اخیر، تقویت این نهادهای هماهنگ‌کننده می‌تواند در رفع مشکلات

هستند. نوری حکمت و همکاران و جعفری پویان و همکاران نیز در مطالعات خود به این چالش اشاره نموده‌اند که مشکلات مالی فراوانی برای بیمارستان‌ها ایجاد می‌نماید (۲۰، ۱۹). این چالش می‌تواند به دلیل عدم دریافت بودجه از دولت و درآمدزایی پایین در اثر مراجعه کم بیماران و عدم پرداخت فرانشیز توسط بیماران کم‌بضاعت جهت اداره امور جاری بیمارستان‌های خیریه باشد درحالی‌که پرداختی بیمه‌ها به‌صورت منظم صورت نمی‌گیرد و بیمارستان‌های خیریه را با مشکل نقدینگی و گردش مالی مواجه می‌سازد.

تراز مالی منفی بیمارستان‌های خیریه نیز چالش دیگری در حوزه منابع مالی است. نصیری‌پور و همکاران در پژوهش خود به این چالش در بیمارستان‌های خیریه اشاره می‌کنند (۸). در خصوص علت احتمالی این چالش می‌توان گفت از آنجا که اغلب مراجعین این بیمارستان‌ها از اقشار ضعیف جامعه بوده که توان پرداخت بالایی ندارند و تعداد مراجعین نیز کمتر از بیمارستان‌های دولتی است؛ لذا بیمارستان سود مالی نداشته و حتی زیان‌ده می‌باشد. زارعی نیز در مطالعه‌ای بیان می‌نماید علیرغم این که مهم‌ترین مشکل بیمارستان‌های خیریه، کمبود منابع مالی است؛ اما مهم‌تر از آن فقدان مدیریت مالی مناسب است چرا که جمع‌آوری کمک مالی، برخورداری از حمایت بانیان خیر و ثروتمند و مواردی از این قبیل راهکارهای استمرار روند تأمین مالی در این سازمان‌ها است؛ اما حسابرسی صحیح و دقیق در این سازمان‌ها ضرورت ویژه‌ای دارد (۱). از سوی دیگر پایداری منابع راهکار اصلی رفع چالش‌های مالی بیمارستان‌های خیریه می‌باشد که می‌تواند با ایجاد صندوق‌های وقفی برای سرمایه‌گذاری، فروش اوراق

ارتباطی خیریه‌های فعال در حوزه سلامت راهگشا باشد. حمایت‌های وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی می‌تواند در راستای آموزش، ارتقاء کیفیت خدمات، نیروی انسانی و مواردی از این دست باشد چرا که کیفیت پایین خدمات ارائه شده توسط آن‌ها ممکن است سلامت جامعه را با خطر مواجه نماید. علیرغم این که ماهیتاً کار خیریه‌ها، در غیردولتی بودن نمو و گسترش می‌یابد، نباید از حمایت‌های کارشناسی و هدفمند دولتی جدا شوند. به‌ویژه آن که این همسوسازی مانع اتلاف منابع خواهد شد.

از جمله موارد ضعف در ارتباطات برون‌بخشی، عدم مشارکت نمایندگان بیمارستان‌های خیریه در شورای سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد. متولیان امور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بخش بهداشت و درمان از اهمیت نقش تشکل‌های مردمی و خیریه در امر برنامه‌ریزی آگاه نبوده و به‌هیچ‌وجه قائل به دخالت دادن چنین تشکل‌هایی و لحاظ نمودن جایگاه‌شان نمی‌باشند. زارعی نیز در مطالعه خود به چالش مذکور اشاره نموده است (۱)؛ لذا بهبود سیاست‌های کلان جهت تسهیل مشارکت خیریه‌ها در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری پیشنهادی است که در این راستا مطرح می‌گردد.

حمایت محدود خیرین یکی دیگر از ضعف‌های بیمارستان‌های خیریه در ارتباطات است. این حمایت اغلب محدود به خرید تجهیزات سرمایه‌ای می‌شود و بیمارستان در تأمین تجهیزات مصرفی و هزینه‌های جاری خود با کمبود منابع مواجه است. به‌ویژه آن که این بیمارستان‌ها جهت جذب بیمار، از ابزارهایی چون تبلیغات و بازاریابی بهره‌مند نمی‌گردند. علاوه بر دلایلی چون ناآگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها از این ابزار کارآمد، سیاست‌های کلان کشوری نیز موافق

تبلیغات در زمینه بهداشت و درمان نمی‌باشد. به اعتقاد زارعی ارتباط ضعیف بیمارستان‌های خیریه با مردم از طریق تبلیغات و .. موجب کاهش آگاهی جامعه از اهداف این بیمارستان‌ها و در نتیجه کاهش حمایت‌های مردمی شده است (۱). ایجاد تسهیلات لازم در زمینه جلب حمایت‌های داخلی و خارجی و تمهیدات قانونی لازم برای ایجاد امکان تبلیغات و .. در رفع این چالش می‌تواند کارگشا باشد.

از جمله چالش‌ها در زمینه ضعف تصمیم‌گیری، ترکیب نامناسب هیأت امناء بیمارستان و تمرکز قدرت در رأس سازمان می‌باشد که بیشتر کارشناسان معاونت درمان، مدیران اجرایی و رؤسای بیمارستان‌ها بر آن تأکید داشتند. نحوه اداره بیمارستان‌های خیریه به‌صورت مالکیتی و یا هیأت امنائی بوده و شامل خیرینی است که اغلب آن‌ها تخصص و تجربه مدیریتی یا درمانی نداشته و درک جامعی از محیط و تصمیمات ضروری بیمارستان ندارند؛ بنابراین طبیعتاً سیاست‌های هیأت امناء یا هیأت مدیره با دیدگاه‌های پزشکان بیمارستان در تناقض بوده و موجب دلسردی پزشکان از مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بیمارستان می‌شود. نکویی و همکاران نیز در مطالعه خود عامل اصلی ناکارآمدی مراکز خیریه در حوزه سلامت را فقدان مدیریت علمی می‌داند که ناشی از ترکیب نامناسب گروه تصمیم‌گیرنده در رأس این سازمان است (۹). از سوی دیگر تعدد تصمیم‌گیران موجب کند شدن این فرآیند شده است که نصیری‌پور و همکاران نیز در مطالعه خود دلیل آن را حضور فعال خیرین و هیأت امناء در تمامی مراحل اجرایی بیمارستان و حتی دخالت در امور فنی پزشکی می‌داند (۸) که با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. همچنین علت دخالت هیأت امناء در امور داخلی بیمارستان

این چالش ممکن است دید منفی جامعه نسبت به وقف باشد که در نتیجه سوءاستفاده‌ها و نیت‌های غیراخلاقی برخی از افرادی باشد که هدف‌شان از وقف استفاده از معافیت‌های مالیاتی بوده است.

به‌طور کلی از میان گروه‌های مشارکت‌کننده در مطالعه، مدیران اجرایی و رؤسای بیمارستان‌ها تأکید بیشتری بر چالش‌های مربوط به منابع مالی و چالش‌های مدیریت و رهبری داشتند، چرا که یکی از بزرگ‌ترین گرفتاری مدیران هر سازمانی، تأمین منابع مالی است (۹). کارشناسان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی بر مشکلات مربوط به منابع فیزیکی و انسانی، ضعف فرهنگی و تصمیم‌گیری اشاره داشتند. طبیعتاً مدیران مالی بیمارستان‌ها نیز بیش از همه تأکید بر چالش‌های حوزه منابع مالی داشته و مترون و مدیران منابع انسانی بیمارستان‌ها بیشتر در حوزه تخصصی خود و چالش‌های مربوط به منابع انسانی را مطرح نمودند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه می‌توان به تعداد بسیار محدود پژوهش‌های انجام شده در خصوص مؤسسات خیریه حوزه سلامت و به‌ویژه بیمارستان‌های خیریه اشاره نمود که مانع از مقایسه جامع نتایج حاضر با سایر مطالعات گردید.

با توجه به این که دولت به تنهایی و حتی در شرایط ایده‌آل به لحاظ نیروی انسانی و امکانات، مشکلاتی در اداره کشور خواهد داشت، سازمان‌های غیردولتی و خیریه با افزایش مشارکت مردمی می‌توانند در ارتقای سلامت جامعه به دولت کمک نمایند؛ لذا استفاده از پتانسیل بالقوه این بیمارستان‌های خیریه، مستلزم حل چالش‌های موجود در آن‌ها می‌باشد. از سوی دیگر فعالیت هدفمند و هماهنگ سازمان‌های اوقاف و خیریه و وزارت بهداشت، توجه به اصول کیفیت

نداشتن شرح وظایف مشخص و مصوب و وجود روابط غیررسمی می‌باشد.

در بیمارستان‌های خیریه در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها، تفویض اختیار به‌صورت محدود بوده که موجب کاهش استقلال مدیران ارشد و کاهش مشارکت کارکنان در امور اجرایی و داخلی بیمارستان می‌گردد. نصیری‌پور و همکاران نیز به مسئله بها ندادن به سلسله‌مراتب و مخدوش شدن شرح وظایف در بیمارستان‌های خیریه اشاره می‌نمایند (۸). اجرای برنامه‌های آموزشی با کیفیت، در جهت آگاه نمودن هیأت‌امناء از اختیارات و مسئولیت‌های خود و مدیران ارشد بیمارستان و همچنین توانمندسازی مدیران این بیمارستان‌ها راهکاری است که در رفع چالش‌ها کمک‌کننده می‌باشد. ارتقاء ظرفیت‌های درون‌سازمانی و اصلاح ساختار مدیریتی و اجرایی گام ضروری دیگری در راستای حل مسائل بیمارستان‌های خیریه است.

چالش کمرنگ شدن فرهنگ وقف، در نتیجه کاهش تعداد خیرین و واقفین طی سال‌های اخیر است که حکایت از تضعیف فرهنگ وقف در جامعه کنونی دارد و کارشناسان اداره اوقاف و معاونت درمان دانشگاه بر آن تأکید داشتند. نکویی و همکاران دلیل این چالش را ناتوانی مسئولین در فرهنگ‌سازی و ناکافی بودن اطلاعات مردم از مزایای این کار پسندیده در جوامع می‌دانند (۹). از سوی دیگر زارعی در مطالعه خود یکی از چالش‌های بیمارستان خیریه را عدم وجود هدف معین معرفی می‌نماید که موجب می‌شود به تدریج از اهداف اولیه خود فاصله گیرد. در ابتدا با هدف ارائه خدمت به اقشار ضعیف و کم‌درآمد تأسیس شده؛ اما به دلیل مواجهه با کمبود بودجه به سمت کسب درآمد متمایل می‌گردد (۱). یکی از دلایل

در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در رفح چالش‌های بیمارستان‌های خیریه مؤثر خواهد بود.

پیشنهادها

فروش اوراق وقفی و ایجاد صندوق‌های وقفی در بیمارستان‌های خیریه از راهکارهای ایجاد منابع پایدار مالی برای رفح مشکلات مالی این بیمارستان‌ها می‌باشند. حمایت وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی در راستای آموزش، ارتقاء کیفیت، نیروی انسانی و همسوسازی با اهداف نظام سلامت، مشارکت در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان و همچنین ایجاد استانداردهای ساختاری در مدیریت این بیمارستان‌ها و ابلاغ آن توسط وزارت بهداشت از جمله اقداماتی است که در این راستا ضروری به نظر می‌رسد.

استفاده از نیروهای طرحی و مشمول سربازی آقایان، تعامل وزارت بهداشت با این بیمارستان‌ها برای گذراندن دوره‌های کارورزی دانشجویان، ارائه مجوزهای قانونی برای پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی جهت فعالیت در این مراکز جهت تأمین نیروی انسانی بیمارستان‌های خیریه و الزام آموزش دوره‌های مدیریتی به هیأت امانت و مدیران، اختصاص فضای فیزیکی بیمارستان‌های خیریه به امور پر درآمد و تزریق درآمد حاصله به بیمارستان جهت پوشش خدمات رایگان و یا تعرفه‌های پایین برای سایر خدمات ارائه شده به اقشار ضعیف جامعه از جمله

پیشنهاداتی است که در راستای رفح تعدادی از چالش‌های موجود وجود دارد. همچنین افزایش فعالیت مجمع مرکزی خیرین با حضور نمایندگان اوقاف، نماینده وزارت بهداشت و نمایندگان خیرین جهت تدوین اهداف و خط‌مشی‌های بیمارستان‌های خیریه و مشارکت آن‌ها در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان نیز ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین انجام بررسی کارایی بیمارستان‌های خیریه بر اساس مدل‌های کارایی اقتصاد سلامت و بررسی مسئولین ذی‌صلاح در رابطه با آموزشی کردن بیمارستان‌های خیریه جهت مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مصوب با عنوان «ارائه راهکارهایی برای بهبود روند اداره بیمارستان‌های خیریه استان تهران» در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۵ و کد ۹۳۱۱۳۸۲۰۰۴ بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شد. از همکاری شایسته مدیران و کارکنان شاغل در بیمارستان‌های خیریه و معاونت درمان استان تهران که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، نهایت قدردانی و سپاسگزاری را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

1. Zarei A. private and Charity Organizations in Iran's health system. Hospital 2008; 7(1, 2): 25-9. Persian
2. Vaezi SM, Alborzi Z. the status of public service in administrative law of Iran. Administrative Law 2017; 4 (12): 9- 31. Persian
3. Javadi ghaleh E. Improving the management of

charitable hospitals in Tehran Province 2016-2017 [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2017. Persian

4. Nabilou B, Salem Safi P, Yusefzadeh H. Performance assessment of health system reform plan in the hospitals affiliated with Urmia

- University of Medical Sciences. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;14(11):896-905.
5. Wikiniki Association. Charities importance in health section; 2017 [cited 2018 Aug 26]. Available from: <https://www.wikiniki.org/charities-importance-in-health-section/>
6. Boris E, Ebadi S. Philanthropic Foundation in the United State, Council on Foundation. *Mirase Javedan* 2008; 15(58): 80-95.
7. Organization of Endowment and Charity. Introduction to Endowment and charitable affairs management system of Germany. Tehran: Organization of Endowment and Charity; 2017.
8. Nasiripour AA, Tofighi S, Farhadi F. Designing an administrative model for Iranian charity hospitals. *Iran Journal of Nursing* 2007;20(50):71-81. Persian
9. Nekoeimoghadam M, Amiryousefi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(1): 1-10. Persian
10. Ministry of Health and Medical Education (Iran). To increase frequency of bed hospitals to 130 thousands bed; 2018 [cited 2018 Aug 25]. Available from: <http://behdasht.gov.ir/?siteid=1&pageid=1508&newsview=178095>
11. Bromideh AA, Rezaei A, Bromand-Rad H, Aarabi N. The impact of health system reform plan on NGOs's activities in health sector. *Health-Based Research* 2017;2(4):355-68. Persian
12. Maleki M, Kohyari Haghghat A, Kohyari Haghghat A. The role of hospital services quality on hospital brand preference in health services marketing. *Hospital* 2016; 15(4): 39-48. Persian
13. Mohammad Aghajani, Mosa Tabatabaei, Marziyeh Zangeneh, Alireza Olyaeemanesh, Faranak Nadarkhani, Seyedeh Fatemeh Abolfazlsagha, et al. Study of the program of support for patients admitted to government hospitals in the health transformation plan: reducing the patient's franchise by paying for the difference, reducing the price of drugs and equipment, adhering to referral system and using family physician and laboratory network, supporting extending the basic health insurance coverage and accumulation of insurances, looking at the achievements and challenges ahead. *Hakim Health Sys Res* 2018;20(4):202-12. Persian
14. Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E. Investigation of hospitals management challenges: a qualitative study in Shiraz hospitals. *Quarterly Sadra Medical Sciences Journal* 2016; 4(3): 149-60. Persian
15. Oroomiei N. Implementation challenges of accreditation in military and university hospitals in Kerman city and offering suggestion-2014 [dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2015. Persian
16. Mirzaei S. Explanation of the executive challenges of clinical governance in military and university hospitals in Kerman city and offering suggestion-2014 [dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2015. Persian
17. Ziari A, Abachizade K, Rassouli M, Haidarnia Ma, Mohseny M. Assessment of barriers of implementation of clinical governance in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical sciences: a qualitative study. *Hospital* 2015;13(4):93-103. Persian
18. Lincoln YS, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. 1th ed. India: SAGE Publications; 1985.
19. Noori Hekmat S, Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Sharifi T. Health care financing for the victims of traffic accidents in Iran; challenges and solutions. *Health Develop J* 2015;4(3):219-0. Persian
20. Jaafari-pooyan E, Pourreza A, Kheirollahi F. Communication challenges between insurance companies and hospitals: an exploratory study in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2017;15(3):225-38. Persian
21. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Health Sys Res* 2006;9(3):1-18.
22. Mesbahi Moghaddam GR, Kavand M, Esmaily Givi HR. A Modeling of WAQF development financing by issuing Manfa'ah securities. *Journal of Economic Essays* 2009; 5(10): 69-92. Persian
23. Mosadeghrad AM, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. *Hospital* 2017;16(3):43-56. Persian
24. Abbaschian R, Avazeh A, Rabi Siahkali S S. Job satisfaction and its related factors among nurses in the public hospitals of Zanjan University of Medical Sciences, 2010. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal* 2011;1(1):17-24. Persian

Challenges of Charity Hospitals in Tehran: Evidence of Private Sector Participation in the Provision of Health Care

Jaafaripooyan Ebrahim¹, Javadi Ghale Esmaeel², Arab Mohamad³
Sharifi Tahere^{4*}

• Received: 30. 07.2017

• Revised: 21. 12. 2017

• Accepted: 22. 12. 2017



Abstract

Background & Objectives: Charity hospitals with increasing public participation in the provision of health services could play an important role in assisting government for providing health care and promoting society health. Since most deprived people use the services of these hospitals, paying attention to these organizations and their management can help improve the quality and equality of health services distribution. Thus, this study aimed to explore the challenges of management of charity hospitals in Tehran province and provide solutions for these challenges in 2017.

Methods: This qualitative phenomenological study was conducted in 2017. Data were collected through semi-structure interviews with 26 participants from various organizations including top and middle hospital managers, experts from Vice-chancellor in treatment affairs of Universities of Medical Sciences in Tehran, and the Endowments and Charity Affairs Organizations. Snowball sampling method was used to select the respondents. Data were analyzed using a thematic analysis method.

Results: The challenges of charity hospitals could be categorized into 5 main codes including financial resources, human resources, physical and structural resources, management, and cultural challenges, and 13 sub codes.

Conclusion: Endowment selling and creating endowment funds in charity hospitals to develop sustainable financial resources, supervision of Ministry of Health (MOH) and Universities of Medical Sciences (UMS) for teaching, quality improvement, development of human resources, reconciliation with the goals of the health system, participation in macro policy making and planning, development of structural standards for the management of these hospitals and their announcement by the MOH, are the main solutions for these challenges.

Keywords: Charity hospitals, Qualitative study, Challenges, Tehran

•**Citation:** Jaafaripooyan E, Javadi Ghale E, Arab M, Sharifi T. Challenges of Charity Hospitals in Tehran: Evidence of Private Sector Participation in the Provision of Health Care. Journal of Health Based Research 2018; 3(4): 323-37.

1. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MSc, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. PhD Candidate, Health Care Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Correspondence:** Fourth Floor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Poursina St, Ghods St, Keshavarz Blvd, Tehran

Tel: 00982142933058

Email: sharifit@razi.tums.ac.ir