



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۳: مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی
و غیر پزشکی در بخش‌های بالینی

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۳: مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش‌های بالینی

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکاران اصلی:

محمد اسماعیل رحیمی، مینو آرمند، رقیه نجف زاده، شهین علیزاده

فهرست مطالب

فصل اول : حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی	۱
۱-۱) کلیات و بیان مساله	۲
۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان	۲
۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان	۳
۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان	۴
۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی	۷
۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی	۷
۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی	۸
۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی	۹
۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه	۱۰
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح	۱۱
۲-۱) مبانی نظری	۱۲
۲-۱-۱) مفهوم و تعریف مدیریت توزیع	۱۲
۲-۲) مرور متون	۱۴
۲-۳) روش کار و چهارچوب طرح	۱۶
۲-۳-۱) روش کار	۱۶
۲-۳-۲) چارچوب	۲۴
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان	۳۱
۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان	۳۲
۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا	۳۵
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی	۳۶
۴-۱) روش اجرا	۳۷
۴-۱-۱) طراحی فرایند مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی	۳۷
۴-۱-۲) تحلیل سیستم (تعریف فرآیندهای طراحی شده در قالب زبان نرم افزاری و یارانه ای)	۳۷

۳۸.....	۳-۱-۴) تولید نرم افزار.....
۳۸.....	۴-۱-۴) تهیه محتوای آموزشی و آموزش بخش های پایلوت و اجرای پایلوت برنامه
۳۸.....	۵-۱-۴) انجام اصلاحات بر اساس ارزیابی های انجام شده
۳۸.....	۶-۱-۴) آموزش برای کل مسئولین واحدها و بخش ها.....
۳۹.....	۷-۱-۴) اجرای نرم افزار در کل بخش ها و واحدها
۳۹.....	۸-۱-۴) ارزیابی و بازدید های مستمر از بخش ها.....
۳۹.....	۲-۴) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
۴۰.....	۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان
۴۰.....	۴-۴) یافته های اجرای پروژه
۴۰.....	۱-۴-۴) تسهیل فرایندهای درخواست و تحویل اقلام
۴۱.....	۲-۴-۴) استقرار یک سامانه هوشمند برای اجرای کامل دستورالعمل تدوین شده
۴۴	منابع

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه، در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح‌های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

فصل ۱

فصل اول : حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

۱. کلیات و بیان مساله

۲. شناسایی و تحلیل ذینفعان

أ. گام اول: شناسایی ذینفعان

ب. گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

ج. گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

۳. حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

أ. بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

ب. راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی

ج. نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مساله

بیمارستان ها با هزینه های متنوعی مواجه هستند. تنوع این هزینه ها نشان دهنده ضرورت استفاده از روش های مختلف و مناسب برای مدیریت آنها می باشد. برخی از هزینه های بیمارستان ها در حوزه تجهیزات پزشکی سرمایه تعریف می شود که در قسمت قبل توضیح داده شد که چگونه می توان در یک بیمارستان از طریق استقرار یک نظام مناسب و با استاندارد سازی تجهیزات پزشکی سرمایه آن را تا حدودی مدیریت کرد. بخش دیگری از هزینه ها در حوزه سرمایه های انسانی تعریف می گردد که خود روش های مناسب با ماهیت سرمایه های انسانی را می طلبد. بخشی از هزینه های بیمارستان در حوزه اقلامی تعریف می گردد که عموماً از سمت سازمانهای بیمه گر به عنوان گلوبال یا در کنار سایر هزینه ها مانند هزینه تخت روز بیمارستان پرداخت می گردد. این نوع هزینه ها خود در قالب های مختلفی تعریف می گردد. در این بخش ما روی هزینه هایی متمرکز می گردیم که آنها را در قالب اقلام شش درصد مراقبتهای پرستاری، ملزومات مصرفی غیر پزشکی و برخی از اقلامی که در قالب هتلینگ تعریف می گردد می شناسیم.

ماهیت این دسته از هزینه ها به گونه ای است که در پرونده بیمار یا در سیستم اطلاعات بیمارستانی منعکس نمی گردند. لذا عموماً در بخش ها به صورت ذخیره از قبل وجود دارند و بر اساس صلاحدید سرپرستار یا پرستاران بخش مورد استفاده قرار می گیرند. از این نظر فرایند مدیریت آنها پیچیده تر از برخی دیگر از هزینه ها مانند داروهای تجویزی برای بیماران می باشد. نظر به این پیچیدگی و همچنین ریسک بالای بیمارستان ها در خصوص رعایت سقف هزینه های مربوطه، این پروژه با هدف ایجاد یک فرایند با رویکرد خود کنترلی جهت مدیریت اقلام ذکر شده انجام شده است.

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تاثیرگذاری و منافع که شاخصه تاثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می دهد. شکل ۱ الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل ۱ دیده می‌شود دینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا دینفعان کلیدی نامگذاری شده‌اند (۱). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ساختار یافته است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع دینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به موضوع هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که دینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تاثیرگذار و یا تاثیرپذیرند. جهت تحلیل دینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت بندی و شناخت دینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی دینفعان

اولین گام جهت طراحی و اجرای پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش‌های بالینی، شناسایی دینفعان است. دینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. دینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۲). اسامی دینفعان مرتبط با پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش‌های بالینی در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

^۱ key informants

۲-۲-۱) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در طراحی و استقرار نظام ارزیابی مستمر چند بعدی فراگیران گروه های پزشکی نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی ناشی از اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی می باشد. معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان (مدیر بیمارستان) در حیطه قدرت می تواند از طریق زمان انجام پروژه و

هم چنین کیفیت بر پروژه تاثیر گذار باشد و از دیدگاه منافع از لحاظ اینکه پروژه در راستای اهداف و رسالت تعیین شده و منافع اقتصادی و هم چنین توسعه فرصت ها باشد می تواند برای ایشان حساس و مهم باشد.

مسئول انبار از نظر حیطه قدرت می تواند در قالب زمان انجام پروژه و کیفیت آن تاثیر گذار باشد و از آنجایی که پروژه می تواند شرایط کاری و روال های قبلی آن ها را تغییر دهد، حفظ شرایط موجود در حیطه منافع و هم چنین هم سو بودن با اهداف و رسالت های تعیین شده بیمارستان نیز در حیطه منافع از مواردی است که برای مسئول انبار مهم و برانگیزاننده می باشد. مسئول بخش ها و واحدها در حیطه قدرت می تواند از طریق نحوه همکاری و هم چنین پایبند بودن به فرآیندهای مصوب بر کیفیت و از طریق عدم مدیریت در ثبت درخواست ها و درخواست بیش از مورد نیاز بر هزینه پروژه تاثیر گذار باشد. این گروه از ذینفعان نیز همانند مسئول انبار به دلیل اینکه پروژه تغییری در روندهای کاری ثابت ایشان تغییر ایجاد می کند و تصور اینکه این پروژه می تواند باعث عدم دسترسی به موقع و به میزان مناسب به کالاها باشد و این موضوع می تواند بر سلامت و ایمنی بخش و کارکنان تاثیر گذار باشد، دارای منافع و حساسیت بر روی پروژه می باشند.

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد(۳). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد(۴). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه طراحی و استقرار نظام ارزیابی مستمر چند بعدی فراگیران گروه های پزشکی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی

نمره علاقه	نمره قدرت	حیطه/حیطه های علاقه	حیطه/حیطه های قدرت	ذینفع
۸	۷	منافع اقتصادی، حق قانونی، توسعه فرصت ها، اهداف و رسالت	تصویب، زمان، هزینه	رئیس بیمارستان
۳	۴	منافع اقتصادی	زمان، هزینه	مدیر مالی دانشگاه
۳	۶	منافع اقتصادی	هزینه	مدیر مالی بیمارستان
۱۰	۱۰	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، منافع اقتصادی، حق قانونی	تصویب، زمان، هزینه، کیفیت	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان
۴	۷	حفظ شرایط موجود	کیفیت	مسئول تامین و توزیع دارو
۶	۸	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، منافع اقتصادی	کیفیت، زمان	مسئول انبار
۷	۷	حفظ شرایط موجود، منافع اقتصادی	کیفیت، زمان	کارشناسان انبار
۵	۷	حفظ شرایط موجود، منافع اقتصادی، سلامت و ایمنی	زمان، هزینه، کیفیت	سرپرستار
۷	۴	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، سلامت و ایمنی	کیفیت	مدیر پرستاری
۶	۳	منافع اقتصادی، حفظ شرایط موجود	کیفیت	سوپروایزران
۸	۹	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، منافع اقتصادی	زمان، هزینه، کیفیت	کارشناسان اداره بودجه و منابع
۸	۹	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها، منافع اقتصادی	زمان، هزینه، کیفیت	رئیس اداره بودجه و تخصیص منابع
۲	۴	حفظ شرایط موجود، سلامت و ایمنی	هزینه، کیفیت	کادر بالین
۶	۴	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	تصویب	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه
۶	۴	منافع اقتصادی، حفظ شرایط موجود	زمان، هزینه، کیفیت	کارپردازان لوازم مصرفی پزشکی
۱	۳	سلامت و ایمنی	کیفیت	بیماران
۲	۲	منافع اقتصادی	زمان، هزینه، کیفیت	تامین کنندگان
۴	۳	اهداف و رسالت	زمان	حراست
۶	۴	اهداف و رسالت	تصویب	معاون آموزش و سلامت بیمارستان

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از ذینفعان شناسایی شده در قسمت بعدی ذینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر ذینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی ذینفعان، مدل ها و چارچوب های مختلفی ارائه شده است (۵) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



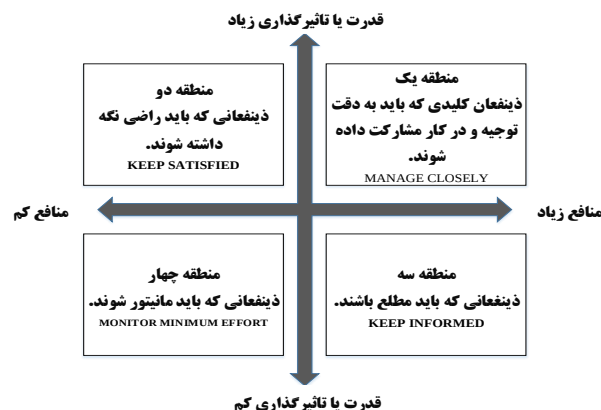
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۳-۲-۱) کام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثرپذیری بالا در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفعانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می‌گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می‌بایست شناسایی گردند. بر این اساس رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، مسئول انبار، رئیس اداره بودجه و تخصیص منابع، کارشناسان اداره بودجه و تخصیص منابع، مسئول بخش/ واحد و کارشناسان انبار به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش‌های بالینی شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر می‌باشند، کسانی هستند که می‌بایست به دقت به لحاظ علاقه‌مندی‌ها و نوع دیدگاه به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل ۳ دیده می‌شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می‌گیرند و باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش‌های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی ذینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع-قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علایق و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که ذینفعان کلیدی پروژه طراحی و استقرار نظام ارزیابی مستمر چند بعدی فراگیران گروه های پزشکی با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی

ویژگی های اساسی سطح			نام سطح ^۱	سطح پذیرش	ذینفع کلیدی
پذیرش کامل و آگاهانه	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش ذهنی یا سطحی			
ندارد	دارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	رئیس بیمارستان
دارد	دارد	دارد	اعتقاد یا ایمان	سوم	معاون توسعه بیمارستان
دارد	دارد	دارد	اعتقاد یا ایمان	سوم	رئیس اداره بودجه و تخصیص منابع
ندارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	دوم	کارشناسان اداره بودجه و منابع
ندارد	ندارد	ندارد	عدم اعتقاد/ باور	اول	کارشناسان انبار
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	مسئول انبار
ندارد	ندارد	ندارد	عدم اعتقاد	اول	سرپرستاران

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی ارائه شده است.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون توسعه بیمارستان	رئیس اداره بودجه	مسئول انبار	سرپرستار	کارشناسان اداره بودجه	کارشناسان انبار
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع			✓	✓	✓	✓	✓
	بولتن ها اطلاع رسانی و مکاتبات با ذینفع			✓	✓	✓		
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	✓	✓					
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای							
	ارزیابی محیط کار		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	کمیته های مشورتی ذینفع							
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر			✓	✓	✓	✓	✓
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه							
	میزگردهای مشورتی			✓	✓	✓	✓	✓
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک							
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع			✓	✓	✓	✓	✓
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع			✓	✓	✓	✓	✓

۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از ذینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مراودات بین ایشان با ذینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این ذینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با ذینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموماً ذینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات ذینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر ذینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند ذینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.

فصل ۲

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح

۱. مبانی نظری

أ. مفهوم و تعریف

۲. مرور متون

أ. مرور تجربیات و شواهد داخلی

ب. مرور تجربیات و شواهد خارجی

۳. روش کار و چارچوب طرح

أ. روش کار

۱. گام اول: شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه

۲. گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

۳. گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

۴. گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

ب. چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مفهوم و تعریف مدیریت توزیع

امروزه بیمارستانها به عنوان بخش های اصلی نظام سلامت اهمیت خاصی در مباحث اقتصاد بهداشت و درمان دارند. هزینه ها و مخارج بطور روزافزون در حال افزایش است و تامین منابع مالی برای ادامه حیات و جلوگیری از وقفه در روند ارائه خدمات دغدغه زاست لذا مراکز درمانی بعنوان یک بنگاه اقتصادی باید از هزینه یابی و تحلیل هزینه ها در راستای استفاده اثربخش از منابع و ارتقای بهره وری استفاده نمایند(۶). ساماندهی نظام توزیع به عنوان یکی از بخش های محوری اقتصاد کشور و مدیریت در هر سازمان مستلزم شناخت محیط توزیع، شناسایی و به کارگیری ابزارها و روش های نوین توزیع، اصلاح قوانین و فرآیندها و سیاست گذاری اصولی می باشد(۷).

فرآیند توزیع^۱ شامل کلیه عوامل و فعالیت هایی است که از تولیدکننده تا محل دسترسی مصرف کنندگان را در بر میگیرد. یا به تعبیر دیگر توزیع به معنای مجموعه حرکاتی است که کالاها یا خدمات را از منابع تولید به سمت خریداران و مصرف کنندگان انتقال می دهد. در واقع هزینه های توزیع سهم بزرگی از قیمت کالا را به خود اختصاص داده و نقش تعیین کننده ای در قیمت تمام شده کالا و خدمات برای مصرف کنندگان ایفا می کند و از این لحاظ نقش مهمی در تأمین سلامت اقتصاد کشور و رفاه مردم دارد. بدیهی است که هماهنگی سه بخش تولید، توزیع و مصرف الزامی بوده است و رفع نیازمندی های مصرف کنندگان را تسهیل و تسریع می نماید(۸).

در همین راستا یکی از مسائل مهمی که مدیران ارشد سازمان ها با آن مواجه اند تصمیم گیری در مورد نحوه توزیع کالا می باشد. این تصمیم بر دیگر تصمیمات مهم سازمان اثر مستقیم دارد(۹). وظیفه اصلی سیستم توزیع، حمل و ارائه کالاهای تولید شده توسط تولیدکننده به مصرف کننده است. سیستم توزیع از نظر مکانی، فاصله بین کالا یا خدمات و مصرف کننده را از بین برده و از نظر زمانی نیز به هر دو طرف کمک شایانی می نماید. هدف اساسی از توزیع، رفع نیاز مصرف کننده جهت دوره زمانی معینی می باشد. منظور از دوره زمانی مدت زمانی است که کالا جهت مصرف برای همان مدت واگذار می گردد(۱۰). مأموریت های سیستم توزیع را به شرح زیر می توان تشریح نمود :

¹ distribution

الف) سهمیه بندی کالا : در این مأموریت توزیع کننده نسبت به تعیین سهمیه هر کالا بر اساس فرم های مصرف و جداول تجهیزات و سازمان اقدام می نماید. بدیهی است تعیین سهمیه در هر کالا شاخصی از برآورد نیازمندی آن کالا می باشد. در سیستم سهمیه بندی کالا ممکن است هر دسته یا طبقه از کالاها با شرایط و مبانی معین و مربوط به خود تقسیم گردد. لذا شاخص های سهمیه بندی کالا در هر رده و در هر دسته از کالاها متنوع و متفاوت می باشد .

ب) تعیین مالکیت کالا بر اساس سهمیه های تعیین شده : دومین مأموریت سیستم توزیع پس از تعیین سهم هر رده از یک کالا بر اساس روش معین، انجام اقدامات لازم جهت تملک کالا توسط رده ذی ربط می باشد. بدیهی است مأموریت سیستم توزیع با خروج کالا از انبار پایان می پذیرد . اصولاً واگذاری و تحویل کالا بدون توجه به معیارها و مبانی تعیین سهمیه و مشخص نمودن قطعی سهم یک رده متناسب با نیاز و مأموریت آن رده قابل قبول نخواهد بود لازم به ذکر است که یکی از شاخص های مهم تحویل سهمیه ها، واگذاری آن کالا در موعد مقرر می باشد. یک سیستم مناسب توزیع زمانی می تواند مأموریت خود را به خوبی انجام داده باشد که در وقت نیاز کالا را به مصرف کننده تحویل داده باشد. تأخیر زمانی در تحویل کالا موجب به هم خوردن دوره مصرف و نرسیدن کالا به یک رده خواهد شد(۸).

سازمان های بهداشتی و درمانی که مسئول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می باشند دارای خدمات و فعالیت های بسیار متنوعی هستند این تنوع باعث گردیده است که طیف گسترده و متنوعی از کالاها به عنوان اقلام و تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمات در بیمارستان مورد نیاز باشد. این تنوع و گستردگی از یک سو باعث افزایش هزینه ها گردیده است و از سوی دیگر وابستگی سازمان را به محیط خارجی که تامین کننده این موارد می باشد را افزایش داده است(۱۱). تضمین وجود کالاهای مصرفی و سرمایه ای جهت ارائه خدمات و انجام مأموریت های اساسی هر سازمان ضروری می باشد. در هر سازمان حجم قابل ملاحظه ای از هزینه های سازمانی صرف خریداری کالاهای مورد نیاز می شود. تمامی تلاش سازمان ها بر این است که از کالاهای خریداری شده بیشترین بهره را ببرند. یکی از مهم ترین این تلاش ها موضوع توزیع این کالاها در بین بخش ها و واحدهای مختلف می باشد. در صورتی که مدیریت صحیح و مناسبی بر روند توزیع کالا در سازمانی وجود نداشته باشد باعث می شود که در یک بخش از سازمان حجم مازادی از کالاها رسوب پیدا کند و باعث خرابی و از بین رفتن و عدم استفاده از کالا شود و در بخش دیگری از سازمان به دلیل عدم وجود کالا مأموریت اصلی انجام نشود و خدمات مطلوبیت مناسبی نداشته باشد.

در بیمارستان ها، انبارها با توجه به نوع کالا، لوازم مورد نیاز واحدهای تحت پوشش بیمارستان به انواع مختلف تقسیم میشوند که تمامی آنها از سیستم انبارداری گذر می کنند. موجودی بیش از اندازه و نیاز کالا در انبار، رکود سرمایه را در پی دارد. از طرفی کمبود کالا باعث وقفه و رکود فعالیتهای جاری می گردد. بنابراین، برنامه ریزی مناسب در امر تدارکات و نگه داری کالا از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

بیمارستان ها با توجه به ماهیت خود و طیف گسترده ای از خدماتی که ارائه می دهند دارای حجم زیادی کالا و تجهیزات مورد نیاز به همراه تنوع قابل ملاحظه می باشند. این حجم کالایی بالا اصولاً در گروه های کالایی متنوعی دسته بندی میشود. گروه های کالایی هم چون داروها- ابزار و لوازم طبی پزشکی- تجهیزات پزشکی- ساختمانی- اثاثیه و لوازم اداری و ملزومات دسته بندی کالایی هستند که در مراکز بهداشتی و درمانی رواج دارد. از آنجایی که هر گروه کالایی با توجه به ماهیت اقلام و هم چنین موارد مصرف با یکدیگر متفاوت می باشند نحوه مدیریت موجودی آنها و به طبع آن مدیریت توزیع آن متفاوت می باشد. به عنوان مثال نحوه توزیع و مدیریت کالایی هم چون سرنگ ها که در گروه ابزار و لوازم طبی پزشکی دسته بندی می گردند.

۲-۲) مرور متون

عطاران در پژوهش خود با عنوان "آسیب شناسی تأمین نامنظم ملزومات مصرفی بیماران پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان ها" در سال ۱۳۹۳ عنوان می کند یکی از مهمترین مؤلفه های مؤثر بر تأمین بهینه ملزومات مصرفی در بیمارستان ها جلوگیری از هدرروی منابع مالی و تجهیزات و همچنین تأمین کالاهای پزشکی با مناسب ترین قیمت است. برای این منظور علاوه بر نظارت دقیق مدیران بیمارستان، به یک فرایند بهینه با هدف نظام مند شدن فرآیند تأمین کالاهای و تجهیزات و شارژ مجدد آنها نیاز می باشد (۱۲).

صدقیانی معتقد است علت پایین بودن شاخص های عملکردی و به تبع آن افزایش هزینه های بیمارستانی به دلیل کمبود نیرو و منابع انسانی و غیر انسانی نیست بلکه بیشتر به عدم بهره برداری، حفظ و بکارگیری صحیح نیروهای انسانی و تجهیزات موجود است که بیشتر نقش مدیران را در این زمینه و برنامه ریزی مناسب جهت بهره برداری از تخت های موجود قبل از ایجاد تخت های اضافی مورد تاکید قرار میدهد (۱۳).

آقازاده و همکاران در پژوهش خود با عنوان "هزینه فایده دارو و لوازم مصرفی در اعمال جراحی گلوبال شایع" در دو بیمارستان آموزشی درمانی تبریز عنوان کردند که به نظر میرسد تعرفه دارو و لوازم مصرفی در اعمال جراحی گلوبال، متناسب با هزینه‌های واقعی مربوطه در بیمارستان‌ها نمی‌باشد و نیازمند بازنگری جهت جلوگیری از ضرر و زیان بیمارستان‌های دولتی می‌باشد (۱۴).

حمید درفشی و همکارانش در سال ۱۳۹۴ در مطالعه‌ای در بیمارستان رجائی کرج با عنوان "محاسبه قیمت تمام شده خدمات بخش دیالیز بر اساس روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت" به این نتیجه رسیدند که اصلاح فرآیندهای تامین لوازم مصرفی و کنترل هزینه نیروی انسانی بتواند هزینه‌های این بخش را کاهش دهد (۱۵).

پیتر دراگر^۱، بر این باور است که بزرگ‌ترین تغییرات در روش‌های تولیدی و مصرف ایجاد نخواهد شد بلکه، در کانال‌های توزیع اتفاق خواهد افتاد. انتخاب کانال‌های توزیع مناسب، چالش عمده‌ای به شمار می‌آید. فیلیپ کاتلر^۲ توصیه اکید دارد که شرکت‌ها و سازمان‌ها باید به طور مداوم و مستمر درباره‌ی راهکارهای مختلف توزیع محصولات خود بیندیشند.

سوسامانون^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۵ پژوهشی را با عنوان "استفاده از هزینه یابی بر مبنای فعالیت در بخش پزشکی هسته‌ای" در یک بیمارستان آموزشی در تایلند انجام دادند. نتایج نشان دادند که زمان لازم برای کار با دستگاه مربوط به پزشکی هسته‌ای، زمان صرف شده توسط کارکنان و همچنین هزینه داروهای صرف شده در درمان بیماران بیشترین تاثیر را بر هزینه‌های بوجود آمده در درمان بوسیله پزشکی هسته‌ای دارد و همچنین روش مذکور می‌تواند موجب تخصیص بهتر منابع و نیز مدیریت بهتر گردد (۱۶).

لیونس^۴ و همکاران نیز طی مطالعه‌ای با عنوان "Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy" با بررسی هزینه یابی بر مبنای فعالیت مدلی عملی برای محاسبه هزینه‌های بخش رادیوتراپی که در کشور بلژیک انجام شده نشان دادند که بهترین راه ممکن برای محاسبه هزینه‌های واقعی خدمات رادیوتراپی استفاده از روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت است (۱۷).

¹ P. Drucker

² Philip kattler

³ Suthummanon

⁴ Lievens

آوریل^۱ و همکارانش در تحقیقی به وجود آمدن نظامی که براساس آن بتوان بیمارستان‌ها را از لحاظ محدوده مصرف منابع و مقیاس‌های پیامد مقایسه نمود و همچنین اساسی برای برنامه ریزی و مدیریت داخلی و پرداخت سرانه باشد را ضروری دانسته است (۱۸).

جکسون^۲ در مطالعه ای در سال ۲۰۰۱ با عنوان "Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights" در استرالیا بیان میکند در اختیار داشتن منابع هزینه ای مناسب و محاسبه وزن های هزینه ای هر گروه بیماری یا اقدام درمانی ضروری است (۱۹).

کاپلان^۳ در تحقیقی با عنوان "Yesterday's accounting undermines production" به این نتیجه دست یافت که تحلیل هزینه ها در اتخاذ سیاست‌ها و استراتژی های بهداشتی و درمانی نقش موثری دارند و به تصمیم گیرندگان کمک می کنند تا بتوانند از طریق مقایسه قیمت تمام شده خدمات با آنچه مورد عمل واقع میشود، استراتژی مطلوب جهت رسیدن به اهداف مورد نظرشان را مشخص نمایند (۲۰).

۳-۲) روش کار و چهارچوب طرح

۳-۲-۱) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش، مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می دهد و شامل ۱۷۱ واحد/بخش می باشد. این مجتمع در فضایی حدود ۲۸ هکتار بنا شده و حدود ۴۰۰۰ پرسنل در رشته های مختلف فعالیت دارند.

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

- گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه
- گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی
- گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی
- گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

¹ Averill

² Jackson

³ Kaplan

گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

جرقه اول شناسایی مساله: فرآیند درخواست و توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی در مجتمع به چه صورت است؟ این فرآیند آیا باعث گردیده است که هزینه های بیمارستان کنترل گردد یا باعث افزایش هزینه ها شده است؟ روش مرسوم توزیع کالا باعث رسوب کالا در انبار مرکزی و هم چنین انبارهای اقماری در درون بخش ها شده است؟ با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی موجود و افزایش هزینه های سازمان، می توان روشی برگزید که در عین کاهش هزینه ها بتواند اصل مهم توزیع یعنی رساندن کالا در زمان مناسب به میزان مناسب به دست مصرف کننده را تضمین نماید؟ میزان مصرف کالاهای مصرفی پزشکی چه میزان است و آیا این میزان با شش درصد خدمات پرستاری که بیمارستان می تواند بابت آن دریافت کند همگونی دارد؟ این سوال ها و چالش ها از جمله مواردی می باشد که باعث شد موضوع مدیریت توزیع کالاها در مجتمع به عنوان یک طرح و برنامه اصلاحی در مجتمع مطرح و تیم مدیریت اجرایی بیمارستان نسبت به آن حساس گردد.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در یک جلسه بحث گروهی

متمرکز با حضور افراد مرتبط شامل معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع (مدیر بیمارستان)، مدیر خدمات پرستاری، مسئول داروخانه، مسئول اداره بودجه و تخصیص منابع، کارپرداز لوازم مصرفی پزشکی، سوپروایزر کنترل عفونت و دو نفر از سرپرستاران بخش ها درخصوص موضوع مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی در مجتمع و سوال های بالا بحث و تبادل نظر صورت گرفت.

ابعاد مساله: مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی و پاراکلینیک بیمارستان از جنبه

های زیر می بایست مورد توجه و بررسی قرار گیرد:

ا. نحوه پاسخدهی به نیازهای روزافزون درخواست شده از سمت مسئولین واحدها

ب. مشکل در تامین درخواست ها

ج. عدم تشخیص نیاز واقعی بخش و ریسک ناشی از عدم تامین لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی

د. عملکرد سلیقه ای انباردارها

ه. وجود کالای انباشت شده در بخش ها و واحدها

و. عدم وجود شاخص مناسب برای کنترل توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد.

بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب سه مرحله به شرح ذیل انجام شد.

مرحله اول: بررسی جزئیات وضعیت موجود و توافق روی روند اجرایی مدیریت لوازم مصرفی پزشکی و غیر

پزشکی

هدف اصلی در مرحله اول بررسی جزئیات وضعیت موجود نحوه توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی بود و روش پژوهش عمده در این قسمت جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان درگیر در فرآیند بود. بدین منظور ابتدا گزارش های استخراج شده (میزان کالاهای تحویل شده به بخش ها به تفکیک نوع کالا، گزارش میزان هزینه ریالی صرف شده در جهت خرید لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی و گزارش مقایسه ای میزان کالاهای تحویل شده بین بخش های مختلف) توسط مسئول اداره بودجه و تخصیص منابع ارائه گردید. در ادامه هر یک از اعضاء جلسه نظرات خود را در خصوص فرآیند درخواست و توزیع کالا در مجتمع و هم چنین گزارشات ارائه شده بیان نمودند. کلیه نظرات ارائه شده توسط اعضاء توسط مسئول اداره بودجه و تخصیص منابع (دبیر جلسه) ثبت و پس از اینکه کلیه اعضا نظرات خود را بیان نمودند، نکات کلیدی و مهم بیان شده توسط هر یک از اعضا توسط دبیر جلسه در پاسخ به یکی از سوالات مطرح شده در ابتدای جلسات ارائه شد. در ادامه جلسه مقرر شد گامهای زیر برای حصول به یک طرح جهت مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی طی شود:

الف) بررسی وضعیت ثبت لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در سامانه های مرتبط

ب) دریافت داده های در خصوص میزان تحویل شده هر یک از اقلام به بخش ها در بازه زمانی یک سال قبل و مشخصات فعالیت هر بخش و واحد از قبیل تعداد تخت فعال - تعداد کل پذیرش - تعداد کل پرسنل - مبلغ دریافتی بابت ۶ درصد خدمات پرستاری - لیست کلیه خدمات و فعالیت های ارائه شده در بخش و سایر مشخصات مرتبط با مصرف لوازم مصرفی غیر پزشکی

ج) بازدید از انبارهای بخش های بیمارستان و بررسی وضعیت موجودی هتلینگ ها در این انبار ها

ه) تعیین شاخص میزان درخواست برای هر کالا با استفاده از اطلاعات کسب شده از سامانه ها یا واحدهای مرجع و کارشناسان داروخانه و با هماهنگی مترون و واحد های تخصصی در هر زمینه (به عنوان مثال در خصوص دستکش یکبار مصرف از بررسی و گزارش گیری از میزان درخواستی بخش ها و میانگین مصرف ماهانه در سال ۹۵ و میانگین مصرف ماهانه ۶ ماه اول سال ۹۶ جهت سهمیه بندی استفاده شد، در خصوص اوراق پرونده هماهنگی با واحدهای مدارک پزشکی و بهبود کیفیت به منظور بررسی استانداردهای لازم یا هماهنگی با واحد بهداشت محیط در خصوص کالاهایی هم چون سفتی باکس - جرم گیر - وایتکس - مایع دستشویی و ...). در خصوص اقلام مشمول شش درصد مراقبت های پرستاری طبق نامه از ابلاغیه های شورای عالی بیمه سلامت استفاده شد. اقلام مشمول شش درصد خدمات پرستاری و هتلینگ به صورت کلی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: اقلام مشمول ۶٪ خدمات پرستاری و هتلینگ و فهرست خدمات مذکور

ملزومات پزشکی مشمول ۶٪ خدمات پرستاری در بخش های بستری	انواع سرنگ (به جز سرنگ لاواژو گاواژ) - گاز - باندساده - پنبه - الکل - ساوین - آب اکسیژنه - بتادین - چسب
خدمات پرستاری بخش های بستری	تزریقات - وصل سرم - انمای پرستاری - پانسمان (به جز پانسمان نوین)
اقلام پایه هتلینگ	لباس بیمار - دستکش غیراستریل - دروشیت - کاور کفش - روتختیو ملحفه - روبالشتی

ی) برگزاری جلسه بحث گروهی متمرکز با متخصصان جهت دستیابی به یک روش مناسب برای توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی

مرحله دوم: ایجاد چارچوب اولیه برای مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی

هدف اصلی در این مرحله ایجاد چارچوب اولیه برای مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی بود و روش پژوهش عمده در این قسمت جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان درگیر در فرآیند بود. اعضاء جلسه شامل معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع (مدیر بیمارستان)، مدیر خدمات پرستاری، مسئول انبار مرکزی، مسئول واحد کارپردازی، مسئول اداره بودجه و تخصیص منابع، رئیس امور مالی، سه نفر از سرپرستاران بخش ها بودند. در این مرحله پنج جلسه برگزار شد و نتایج زیر از جلسات نهایی گردید:

أ. مقرر شد با توجه به تفاوت در ماهیت اقلام مصرفی پزشکی و غیرپزشکی مدیریت توزیع لوازم مذکور در قالب سه مدل و به شرح زیر انجام گردد:

۱) اقلام مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری در بخش های بستری

۲) اقلام مصرفی پزشکی در اطاق های عمل

۳) اقلام پایه هتلینگ در بخش های بستری و لوازم مصرفی غیر پزشکی در بخش های بالینی و سایر بخش

های بیمارستان

ب. در خصوص اقلام مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری مقرر شد از یک نظام برنامه ریزی در توزیع با الگوگیری از روش های بهینه یابی خطی ریاضی استفاده گردد. به این منظور ابتدا مبلغ ۶ درصد ماهانه یک سال قبل کلیه بخشهای بیمارستان محاسبه می شود و تعیین می گردد که دریافتی هر بخش از محل اقلام مربوطه به چه میزان بوده است. در مرحله بعد بر اساس حواله های صادر شده از انبار جهت اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری تعیین می گردد که ارزش اقلام دریافتی بخش چه نسبتی از دریافتی بخش در قالب ۶ درصد مراقبت های پرستاری بوده است. این داده ها در یک جلسه بحث گروهی متمرکز مورد بررسی قرار گرفت و نسبت به تعیین تعداد ماهانه مورد نیاز هر یک از اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری برای هر یک از بخش های بستری اقدام شد. در این مرحله برای تعیین قیمت هر یک از اقلام مربوطه از آخرین قیمت هر یک از اقلام خریداری شده استفاده شد. پیشنهاد تایید شده در چارچوب اولیه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری به این صورت بود که برای هر بخش با توجه به نیاز آن بخش و همچنین بر اساس سابقه مصرف آن بخش با درصدی افزایش نسبت به دریافتی بخش از محل ۶ درصد مراقبت های پرستاری، یک

ردیف اعتباری تعریف گردد و سرپرستار بخش بتواند بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری به هر میزان که نیاز دارد تا سقف اعتبار تعیین شده برای آن اقلام مربوطه را درخواست دهد.

ج. برای تعیین سهمیه هر یک از اقلام مصرفی پزشکی اتاق عمل از گزارش گیری فعالیت های اتاق عمل در ماه قبل و استفاده از آن برای ماه جدید استفاده شد. پیشنهاد تایید شده برای مدیریت مصرف لوازم مصرفی پزشکی در اتاق های عمل به این صورت بود که یک اعتبار برای سرپرستار اتاق عمل بر اساس تعداد هر یک از اقلام مربوطه و بر اساس آخرین قیمت خریداری شده هر یک از اقلام مربوطه تعیین گردد و سرپرستار اتاق عمل بتواند تا سقف اعتباری تعیین شده به هر میزانی که نیاز دارد اقلام مربوطه را درخواست دهد. این سقف اعتباری بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام و سهمیه تعیین شده برای بخش متغیر خواهد بود.

د. درباره اقلام پایه هتلینگ بخش های بستری و همچنین لوازم مصرفی غیر پزشکی در کلیه بخش های بیمارستان ابتدا اقلام مربوطه شناسایی شد سپس این سوال پاسخ داده شد که مهمترین ویژگی بخش که نشان دهنده میزان استفاده از هر یک از اقلام مربوطه است چه می باشد؟ به دنبال پاسخ به این سوال برای هر یک از اقلام مربوطه نسبت به اندازه گیری هر کدام از آن ویژگی های مشخص شده (ویژگی مربوطه می بایست قابل اندازه گیری باشد) اقدام شد. در نتیجه برای هر بخش یا واحد تعیین شد که هر یک از اقلام مصرفی غیر پزشکی به چه تعداد در هر شش ماه نیاز دارد. پیشنهاد روش مدیریت لوازم مصرفی غیر پزشکی در سطح بخش ها و واحدهای بیمارستان نیز به این صورت بود که برای هر بخش یا واحد ارزش کل اقلام مشمول لوازم مصرفی غیر پزشکی و اقلام پایه هتلینگ بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام محاسبه و به صورت یک اعتبار در اختیار سرپرستار/مسئول واحد قرار گیرد. سرپرستار/مسئول واحد مجاز خواهد بود بر اساس نیاز خود تا سقف اعتبار مورد نظر از هر یک از اقلام مربوطه به هر میزانی که نیاز دارد درخواست دهد. این سقف اعتباری بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام و سهمیه تعیین شده برای بخش متغیر خواهد بود.

مرحله سوم: تصویب چارچوب اولیه برای مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در هیات رئیسه

مجتمع

در این مرحله چارچوب اولیه تولید شده برای مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیرپزشکی در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان در هیئت رئیسه بیمارستان مطرح شد. در مجموع با توجه به گستردگی موضوع دو جلسه به صورت کامل به بررسی چارچوب تدوین شده تخصیص یافت. به صورت کلی چارچوب های تولید شده در مرحله قبل تایید شد برخی موارد و اصلاحات به صورت زیر پیشنهاد و تصویب گردید:

ا. با توجه به پیچیدگی روش محاسبه سهمیه ها و همچنین کنترل اعتبار مورد نیاز مقرر شد این پروژه در مرحله اجرا حتماً از طریق یک سامانه مناسب اجرایی گردد.

ب. با توجه به نوسان فعالیت بخش ها این امکان وجود دارد که برخی از بخش ها در برخی زمان ها به لحاظ تعداد پذیرش بیمار نوسان های قابل توجه داشته باشند. لذا مقرر شد این موضوع و نیازهای سرپرستاران بخشهای بستری در این خصوص با سرعت توسط اداره بودجه و تخصیص منابع مجتمع بررسی و پاسخ لازم داده شود. به عبارت دیگر نباید افزایش نیاز به اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری و همچنین اتاق های عمل که ناشی از افزایش تعداد بیمار است بدون پاسخ بماند و ارائه خدمت به بیماران دچار اختلال گردد.

ج. سقف اعتباری تعیین شده برای اقلام پایه هتلینگ و لوازم مصرفی غیر پزشکی نیز می بایست در صورتی که بخش نسبت به سقف مربوطه اعتراض دارد یا درخواست افزایش سهم را دارد این امکان وجود داشته باشد که در دوره مذکور سقف فعلی بخش یا واحد مربوطه افزایش یابد و این افزایش در دوره های بعدی جبران گردد.

د. موضوع مهمی که می تواند باعث بهینه شدن مدیریت مصرف لوازم مصرفی پزشکی و غیرپزشکی در سطح بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان گردد ایجاد یک سیستم تشویق برای سرپرستاران و مسئولین واحدها می باشد. بر این اساس مقرر شد هر مقداری که در یک دوره مشخص توسط سرپرستار یا مسئول واحد در یکی از حوزه ها صرفه جویی اتفاق بیفتد به میزان ۱۵ درصد از صرفه جویی اتفاق افتاده به عنوان پاداش به سرپرستار پرداخت گردد. علاوه بر این تا سقف ۷۰ درصد از صرفه جویی اتفاق افتاده سرپرستار/مسئول واحد می تواند به تشخیص خود اقلام مورد نیاز بخش/واحد را با تمرکز بر موارد رفاهی کارکنان درخواست دهد تا نسبت به خرید آنها یا تحویل آنها به بخش/واحد اقدام گردد.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که علاوه بر دینفعان کلیدی، نظرات دینفعان پروژه که در ناحیه ۲ (دینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه ۳ (دینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد. بر این اساس با روش های مختلف و متناسب با هر دینفع اقدام لازم صورت پذیرفت. جزئیات بیشتر در فصل سوم ارائه شده است.

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این مرحله بعد از آماده شده نرم افزار برای استقرار پروژه اقدامات لازم برای آموزش افراد درگیر در فرآیند انجام شد. پروژه ابتدا به صورت پایلوت در دو بخش بالینی پوست و قلب اجرایی گردید. چالش ها و نواقص موجود در روند اجرایی شناسایی و در جلسات بحث بحث گروهی متمرکز متخصصان در خصوص آنها صحبت و راه حل های لازم تعیین و ارائه شد. جزئیات بیشتر در فصل چهار ارائه شده است.

عنوان

دستورالعمل مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بخش های بالینی

ماده ۱: مقدمه و کلیات:

هدف اصلی این دستورالعمل ایجاد یک چارچوب برای مدیریت توزیع و مصرف بهینه لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در بیمارستان می باشد. روش پژوهش عمده در فرآیند تولید این دستورالعمل جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان درگیر در فرآیند بوده است. با توجه به تفاوت در ماهیت اقلام مصرفی پزشکی و غیرپزشکی در این دستورالعمل مدیریت توزیع لوازم مذکور در قالب سه مدل با عناوین زیر انجام می گردد:

- ۱) اقلام مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری در بخش های بستری
- ۲) اقلام مصرفی پزشکی در اطاق های عمل
- ۳) اقلام پایه هتلینگ در بخش های بستری و لوازم مصرفی غیر پزشکی در بخش های بالینی و سایر بخش های بیمارستان

ماده دو: اقلام مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری

در خصوص اقلام مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری مقرر شد از یک نظام برنامه ریزی در توزیع با الگوگیری از روش های بهینه یابی خطی ریاضی استفاده گردد. به این منظور ابتدا مبلغ ۶ درصد ماهانه یک سال قبل کلیه بخشهای بیمارستان محاسبه می شود و تعیین می گردد که دریافتی هر بخش از محل اقلام مربوطه به چه میزان بوده است. در مرحله بعد بر اساس حواله های صادر شده از انبار جهت اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری تعیین می گردد که ارزش اقلام دریافتی بخش چه نسبتی از دریافتی بخش در قالب ۶ درصد مراقبت های پرستاری بوده است. این داده ها در یک جلسه بحث گروهی متمرکز مورد بررسی قرار گرفت و نسبت به تعیین تعداد ماهانه مورد نیاز هر یک از اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری برای هر یک از بخش های بستری اقدام شد. در این مرحله برای تعیین قیمت هر یک از اقلام مربوطه از آخرین قیمت هر یک از اقلام خریداری شده استفاده شد. پیشنهاد تایید شده در چارچوب اولیه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری به این صورت بود که برای هر بخش با توجه به نیاز آن

بخش و همچنین بر اساس سابقه مصرف آن بخش با درصدی افزایش نسبت به دریافتی بخش از محل ۶ درصد مراقبت های پرستاری، یک ردیف اعتباری تعریف گردد و سرپرستار بخش بتواند بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری به هر میزان که نیاز دارد تا سقف اعتبار تعیین شده برای آن اقلام مربوطه را درخواست دهد.

ماده سه: اقلام مصرفی پزشکی اتاق عمل

برای تعیین سهمیه هر یک از اقلام مصرفی پزشکی اتاق عمل از گزارش گیری فعالیت های اتاق عمل در ماه قبل و استفاده از آن برای ماه جدید استفاده شد. پیشنهاد تایید شده برای مدیریت مصرف لوازم مصرفی پزشکی در اتاق های عمل به این صورت بود که یک اعتبار برای سرپرستار اتاق عمل بر اساس تعداد هر یک از اقلام مربوطه و بر اساس آخرین قیمت خریداری شده هر یک از اقلام مربوطه تعیین گردد و سرپرستار اتاق عمل بتواند تا سقف اعتباری تعیین شده به هر میزانی که نیاز دارد اقلام مربوطه را درخواست دهد. این سقف اعتباری بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام و سهمیه تعیین شده برای بخش متغیر خواهد بود.

ماده چهار: اقلام پایه هتلینگ بخش های بستری و همچنین لوازم مصرفی غیر پزشکی در کلیه بخش های

بیمارستان

درباره اقلام پایه هتلینگ بخش های بستری و همچنین لوازم مصرفی غیر پزشکی در کلیه بخش های بیمارستان ابتدا اقلام مربوطه شناسایی شد سپس این سوال پاسخ داده شد که مهمترین ویژگی بخش که نشان دهنده میزان استفاده از هر یک از اقلام مربوطه است چه می باشد؟ (پیوست ب دستورالعمل) به دنبال پاسخ به این سوال برای هر یک از اقلام مربوطه نسبت به اندازه گیری هر کدام از آن ویژگی های مشخص شده (ویژگی مربوطه می بایست قابل اندازه گیری باشد) اقدام شد. در نتیجه برای هر بخش یا واحد تعیین شد که هر یک از اقلام مصرفی غیر پزشکی به چه تعداد در هر شش ماه نیاز دارد. پیشنهاد روش مدیریت لوازم مصرفی غیر پزشکی در سطح بخش ها و واحدهای بیمارستان نیز به این صورت بود که برای هر بخش یا واحد ارزش کل اقلام مشمول لوازم مصرفی غیر پزشکی و اقلام پایه هتلینگ بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام محاسبه و به صورت یک اعتبار در اختیار سرپرستار/مسئول واحد قرار گیرد. سرپرستار/مسئول واحد مجاز خواهد بود بر اساس نیاز خود تا سقف اعتبار مورد نظر از هر یک از اقلام مربوطه به هر میزانی که نیاز دارد درخواست دهد. این سقف اعتباری بر اساس آخرین قیمت هر یک از اقلام و سهمیه تعیین شده برای بخش متغیر خواهد بود.

ماده پنج: نکات فرآیندی

بند ۱: با توجه به پیچیدگی روش محاسبه سهمیه ها و همچنین کنترل اعتبار مورد نیاز و مصرف شده پروژه در مرحله اجرا از طریق یک سامانه مناسب می بایست اجرایی گردد.

بند ۲: با توجه به اینکه برخی از بخش ها در برخی زمان ها به لحاظ تعداد پذیرش بیمار نوسان های قابل توجه خواهند داشت می بایست این موضوع و نیازهای سرپرستاران بخشهای بستری در این خصوص با سرعت توسط اداره بودجه و تخصیص منابع مجتمع بررسی و پاسخ لازم داده شود. به عبارت دیگر نباید افزایش نیاز به اقلام مشمول ۶ درصد مراقبت های پرستاری و همچنین اتاق های عمل که ناشی از افزایش تعداد بیمار است بدون پاسخ بماند و ارائه خدمت به بیماران دچار اختلال گردد.

بند ۳: در صورتی که بخش نسبت به سقف اعتباری تعیین شده برای اقلام پایه هتلینگ و لوازم مصرفی غیر پزشکی اعتراض داشته باشد و یا درخواست افزایش سقف داشته باشد می بایست این امکان وجود داشته باشد که در دوره مذکور سقف فعلی بخش یا واحد مربوطه بررسی و در صورت تایید افزایش یابد و این افزایش در دوره های بعدی جبران گردد.

بند ۴: موضوع مهمی که می تواند باعث بهینه شدن مدیریت مصرف لوازم مصرفی پزشکی و غیرپزشکی در سطح بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان گردد ایجاد یک سیستم تشویق برای سرپرستاران و مسئولین واحدها می باشد. بر این اساس مقرر شد هر مقداری که در یک دوره مشخص توسط سرپرستار یا مسئول واحد در یکی از حوزه ها صرفه جویی اتفاق بیفتد به میزان ۱۵ درصد از صرفه جویی اتفاق افتاده به عنوان پاداش به سرپرستار پرداخت گردد. علاوه بر این تا سقف ۷۰ درصد از صرفه جویی اتفاق افتاده سرپرستار/مسئول واحد می تواند به تشخیص خود اقلام مورد نیاز بخش/واحد را با تمرکز بر موارد رفاهی کارکنان درخواست دهد تا نسبت به خرید آنها یا تحویل آنها به بخش/واحد اقدام گردد.

پیوست های دستورالعمل

جدول شماره الف - لیست اقلام مصرفی بخش های بستری و اتاق های عمل

کالاهای هتلینگ در بخش ها						کالاهای هتلینگ در اتاق عمل			
ردیف	نام کالا	ردیف	نام کالا	ردیف	نام کالا	ردیف	نام کالا	ردیف	نام کالا
۱	کلاه جراح	۲۰	پیش بند	۱	سرنگ انسولین	۲۰	دستکش لاتکس	۳۹	آستین کشدار
۲	پدالکلی	۲۱	لانست	۲	سرنگ ۲	۲۱	اپلیکاتور پنبه دار	۴۰	شنل بانوان
۳	شنل بانوان	۲۲	کاور تخت	۳	سرنگ ۵	۲۲	گان جراح	۴۱	پاپوش
۴	پاپوش	۲۳	ملحفه	۴	سرنگ ۱۰	۲۳	گان-شلوار-کلاه	۴۲	انواع سرسوزن
۵	دستکش نایلونی	۲۴	زیر انداز	۵	سرنگ ۲۰	۲۴	پگ جنرال	۴۳	کلاه بیمار
۶	آستین کشدار	۲۵	پگ جنرال	۶	سرنگ ۵۰	۲۵	پگ قلب	۴۴	ساک بیمار مردانه زنانه
۷	پنبه معمولی	۲۶	پگ قلب	۷	سرنگ گاوژ	۲۶	پگ ارتوپدی	۴۵	شان استریل و ساده
۸	پنبه توپک	۲۷	پگ ارتوپدی	۸	باند ۵	۲۷	پگ TUR	۴۶	ماسک بندار
۹	چسب کاغذی	۲۸	پگ TUR	۹	باند ۱۰	۲۸	پگ پیس	۴۷	ماسک کشدار
۱۰	ماسک کاغذی	۲۹	پگ پیس	۱۰	باند ۱۵	۲۹	پگ سزارین	۴۸	پیش بندنایلونی
۱۱	ژل الکترو کوچک	30	پگ سزارین	۱۱	باند ۲۰	30	پگ آنژیوگرافی	۴۹	زیرانداز
۱۲	ژل الکترو عددی	۳۱	پگ آنژیوگرافی	۱۲	باند قهوه ای	۳۱	پگ عروق	۵۰	ملحفه
۱۳	نوار الکترو کتابی فوکودا	۳۲	پگ عروق	۱۳	گاز کندهال (ساده)	۳۲	پگ جنرال زنان	۵۱	پدالکلی
۱۴	نوار الکترو کتابی Arza 600	۳۳	شان استریل	۱۴	گاز متری (لانگ گاز)	۳۳	پگ لاپاراسکوپی	۵۲	چسب Ok
۱۵	رابط قلم کوتر	۳۴	شان غیراستریل	۱۵	پنبه معمولی	۳۴	ملحفه	۵۳	چسب حصیری
۱۶	کلاه بیمار	۳۵	قلم کوتر	۱۶	پنبه توپک	۳۵	زیر انداز		
۱۷	گان جراح	۳۶	پلیت گوتر	۱۷	چسب ضد حساسیت	۳۶	عینک محافظ		
۱۸	گان-شلوار-کلاه	۳۷	عینک محافظ	۱۸	چسب کاغذی	۳۷	لانست		
۱۹	پگ های جراحی	۳۸	رابط پلیت کوتر	۱۹	دستکش نایلونی	۳۸	کاور تخت		

جدول ب- شاخص تعیین سهمیه کالاهای مصرفی غیر پزشکی

ردیف	نام انبار	کد	نام کالا در نظام نوین مالی	واحد	شاخص تعیین سهمیه
۱	ملزومات	101,010,100,030	استامپ	عدد	به ازای هر استیشن هر ۳ ماه یک عدد
۲	ملزومات	101,010,100,034	پاک کن	عدد	به ازای هر پرستار هر ۳ ماه یک عدد
۳	ملزومات	101,010,100,056	چسب نواری بزرگ	عدد	به ازای هر میز هر ۲ ماه یک عدد
۴	ملزومات	101,010,100,093	A۴ کاور	بسته	به ازای کل بخش هردو ماه یک بسته
۵	ملزومات	101,010,100,102	لاک غلط گیر سفید	عدد	به ازای استیشن هر ماه یک عدد
۶	ملزومات	101,010,100,115	ماژیک وایت برد	عدد	به ازای هر استیشن ماهانه ۲ عدد
۷	ملزومات	101,010,100,118	ماژیک فسفری	عدد	به ازای استیشن هر ۲ ماه یک عدد
۸	ملزومات	101,010,100,128	مداد تراش	عدد	به ازای هر پرستار هر ۳ ماه یک عدد
۹	ملزومات	101,010,100,131	مداد مشکی	عدد	به ازای هر پرستار هر ۳ ماه یک عدد
۱۰	ملزومات	101,010,100,249	A۴ پاکت	عدد	به ازای هر بیمار یک عدد
۱۱	ملزومات	101,010,100,254	چسب پهن	عدد	به ازای استیشن هر ۶ ماه یک عدد
۱۲	ملزومات	101,010,100,294	گیره کنت	بسته	به ازای هر بیمار ماهانه یک عدد
۱۳	ملزومات	101,010,100,295	ماژیک معمولی	عدد	به ازای اتاق کاروسرپرستار ماهانه یک عدد
۱۴	ملزومات	101,010,100,297	دفتر گزارش پرستاری	جلد	به ازای استیشن هر چهار ماه یک عدد
۱۵	ملزومات	101,010,100,360	کلاسور	عدد	به ازای استیشن فصلی یک عدد
۱۶	ملزومات	101,010,200,016	A۴ کاغذ	بسته	به ازای استیشن ماهیانه یک بسته
۱۷	ملزومات	101,010,200,103	کاغذ گراف	کیلوگرم	به ازای تخت فعال ماهانه ۲ کیلو
۱۸	ملزومات	101,010,900,085	سرنسخه	برگ	به ازای هر بیمار ۵ برگ ماهانه
۱۹	ملزومات	101,010,900,128	کارت کاردکس دارویی	عدد	به ازای هر بیمار ماهیانه دو عدد
۲۰	ملزومات	101,010,900,189	فرم برچسب سرم	برگ	به ازای هر روز بستری بیمار ۵ عدد
۲۱	ملزومات	101,010,900,216	فرم خلاصه پرونده	برگ	به ازای هر پرونده ۲ برگ
۲۲	ملزومات	101,010,900,253	فرم سیر بیماری	برگ	به ازای هر پرونده ۳ برگ
۲۳	ملزومات	101,010,900,254	فرم شرح حال بیمار	برگ	به ازای هر پرونده ۳ برگ
۲۴	ملزومات	101,010,900,266	فرم گزارش آزمایشگاه	برگ	به ازای هر پرونده ۱ برگ
۲۵	ملزومات	101,010,900,269	فرم گزارش رادیولوژی	برگ	به ازای هر بیمار دو عدد
۲۶	ملزومات	101,010,900,402	فرم دستورات پزشک	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۳ برگ
۲۷	ملزومات	101,010,900,513	گزارش پرستار	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۵ برگ

ردیف	نام انبار	کد	نام کالا در نظام نوین مالی	واحد	شاخص تعیین سهمیه
۲۸	ملزومات	101,010,900,515	نمودار علائم حیاتی	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۲ برگ
۲۹	ملزومات	101,010,900,519	جذب و دفع مایعات	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۱ برگ
۳۰	ملزومات	101,010,900,659	فرم کنترل علائم حیاتی	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۱ برگ
۳۱	ملزومات	101,010,900,851	فرم مشاوره	برگ	به ازای هر بیمار ماهانه ۴ برگ
۳۲	ملزومات	101,090,900,031	سوزن دوخت متوسط	بسته	به ازای هر میز هر ۲ ماه یک بسته
۳۳	ملزومات	101,090,900,045	جوهر استامپ	عدد	به ازای استیش هر ۳ ماه یک عدد
۳۴	ملزومات	109,010,903,830	آب ژاول (کیلوئی)	کیلوگرم	به ازای هر سرویس بهداشتی هر ماه نیم کیلو
۳۵	ملزومات	199,090,300,004	جرم گیر	لیتر	به ازای هر سرویس بهداشتی هر ماه ۱ لیتر (سهمیه مشخص شده لیتری می باشد)
۳۶	ملزومات	199,090,300,009	شیشه شور	عدد	هر ۶ ماه یک عدد به ازای هر پنجره
۳۷	ملزومات	199,090,300,016	پودر رخشا	عدد	به ازای هر روشویی فصلی یک عدد
۳۸	ملزومات	199,090,401,457	سرچاهی پلاستیکی	عدد	ماهانه ۲۰ درصد چاهای موجود در بخش
۳۹	ملزومات	199,090,500,010	کیسه زباله مشکی	کیلوگرم	به ازای سطل های زباله آبی (ابعاد ۱۰۰*۱۲۰) ماهانه ۹۰ عدد
۴۰	ملزومات	199,090,500,020	لیوان یکبار مصرف	عدد	به ازای استیشن ماهانه ۱۰۰ عدد
۴۱	ملزومات	199,090,500,021	لیوان یکبارمصرف	عدد	به ازای هر بیمار ماهانه ۱۰ عدد
۴۲	ملزومات	199,090,500,136	کیسه زباله زرد ۱۲۰*۱۰۰	کیلوگرم	به ازای سطل های زباله آبی (ابعاد ۱۰۰*۱۲۰) ماهانه ۹۰ عدد
۴۳	ملزومات	199,090,800,014	دستمال کاغذی	بسته	به ازای پرسنل هر دو ماه یک عدد
۴۴	ملزومات	199,090,800,028	مایع دستشویی ۴ لیتری	لیتر	به ازای هر روشویی ماهانه یک لیتر
۴۵	ملزومات	199,090,900,060	چکمه	جفت	سالانه یک جفت به ازای هر مامور
۴۶	ملزومات	199,090,900,205	روتختی	عدد	به ازای هر تخت هر ۶ ماه یک عدد
۴۷	ملزومات	199,090,900,237	ملحفه	عدد	به ازای هر تخت هر ۶ ماه یک عدد
۴۸	ملزومات	199,091,000,036	برس توالت	عدد	به ازای هر سرویس بهداشتی فصلی یک عدد
۴۹	ملزومات	199,091,200,061	باطری متوسط	عدد	به ازای هر لارنگوسکوپ هر دو ماه یک عدد
۵۰	ملزومات	199,091,200,068	باطری قلمی	عدد	به ازای هر ساعت ماهانه ۱ عدد
۵۱	ملزومات	199,091,200,072	باطری نیم قلمی	عدد	به ازای هر گلوکومتر یک عدد و کنترل تلویزیون هر ۳ ماه یک عدد
۵۲	ملزومات	199,091,400,012	اسکاج	عدد	ماهی ۳ عدد به ازای هر آبدارخانه
۵۳	ملزومات	199,091,400,038	تی نخ	عدد	به ازای هر تی شور هر ۳ ماه یک عدد
۵۴	ملزومات	199,091,400,056	طی آبگیر	عدد	به ازای هر تی شور هر ۳ ماه یک عدد
۵۵	ملزومات	199,092,900,111	دستکش ظرفشویی	جفت	هر ۶ ماه به ازای آبدارخانه یک جفت

ردیف	نام انبار	کد	نام کالا در نظام نوین مالی	واحد	شاخص تعیین سهمیه
۵۶	ملزومات	199,092,901,061	ست جارو خاک انداز	عدد	فصلی یک عدد به ازای تی شور
۵۷	پزشکی و آزمایشگاهی	109,010,900,570	گارو خونگیری	عدد	به ازای اتاق کار ماهانه ۵ عدد
۵۸	ملزومات	101,010,100,016	خودکار آبی	عدد	به ازای هر پرستار ماهانه یک عدد، به ازای هر منشی هر دو ماه یک عدد، به ازای هر کمکی و مامور هر سه ماه یک عدد
۵۹	ملزومات	101,010,100,017	خودکار مشکی	عدد	به ازای هر پرستار ماهانه یک عدد
۶۰	ملزومات	101,010,100,018	خودکار قرمز	عدد	به ازای هر پرستار هر سه ماه یک عدد
۶۱	مواد غذایی	199,091,800,071	چای	کیلوگرم	به ازای هر پرسنل ماهانه ۹۰ گرم
۶۲	مواد غذایی	199,091,800,104	قند	کیلوگرم	به ازای هر پرسنل ماهانه ۳۰۰ گرم

فصل ۳

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

۱. شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
۲. نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان طور که در فصل ۱ بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می‌باشند. این گروه که همانطور که در شکل ۳ (فصل اول) نشان داده شده است ذینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می‌گیرند و می‌بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد.

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه ۲ قرار گرفته اند. این ذینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائماً ذینفعانی که در این منطقه قرار می‌گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد. ذینفعان در منطقه ۱، به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجیه شوند.

بنابراین ذینفعان هدف جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح

ذیل می باشند:

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

از آنجایی که ذینفعانی که در ناحیه دو قرار گرفته اند باید راضی نگه داشته شوند، استراتژی در نظر گرفته برای آنها برگزاری جلسه های هماهنگی و مشورتی و اغلب به صورت حضوری بود. در این جلسات و ملاقات های حضوری ابتدا در خصوص نحوه اصلاح فرآیندها و روال های کاری و هم چنین گزارشات تهیه شده صحبت و نظرات و پیشنهادهای آنان اخذ گردید. در جلسات بعدی نتایج اعمال نظرات و پیشنهادهای آنان در فرآیندهای اصلاحی ارائه شد. برای ذینفعان قرار گرفته در ناحیه سه ماتریس نیز در جلسات حضوری گزارش هایی در خصوص میزان کالاهای تحویلی به بخش ها- گزارش مالی میزان هزینه صرف

شده جهت خرید این کالاها ارائه گردید. هم چنین در این جلسه توضیحاتی در خصوص پروژه و هدف از اجرای آن و هم چنین نتایج قابل انتظار ارائه گردید. در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۶: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه مدیریت

توزیع لوازم پزشکی در حوزه هتلینگ بخش های بالینی

رویکرد	تکنیک	مدیر مالی بیمارستان	مسئول تامین و توزیع دارو	رئیس بیمارستان	معاون توسعه بیمارستان	رئیس اداره بودجه	مسئول انبار	سرپرستار	کارشناسان اداره بودجه	کارشناسان انبار
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع									
	مکاتبات با ذینفعان	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی									
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها									
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه ای									
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای	✓	✓						✓	✓
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع									
	تربییون های دائمی									
	کمیته های مشورتی ذینفع									
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
دیالوگ، گفتگو، همی	گردهمایی ذینفعان چندگانه								✓	✓
	میزگردهای مشورتی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	جلسات سیاستگذاری									
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک									
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع				✓	✓	✓		✓	
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع				✓	✓	✓		✓	
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع									

جدول ۷: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه مدیریت توزیع

لوازم پزشکی در حوزه هتلینگ بخش های بالینی

مدیر پرستاری	سوپروایزران	معاون توسعه دانشگاه	کارپردازان لوازم مصرفی پزشکی	تکنیک	رویکرد
✓	✓	✓	✓	به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
✓	✓		✓	آموزش کارکنان	
✓	✓	✓		مکاتبات با ذینفعان	
✓	✓	✓	✓	گزارش کارهای انجام شده	
				سخنرانی	
				ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها	
✓	✓	✓		جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	
				تبلیغات رسانه ای	
				نظرسنجی های پرسشنامه ای	مشاوره بنیادی
				کمیته های رسمی ویژه ذینفع	
✓				کمیته های مشورتی ذینفع	
✓	✓		✓	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	
✓	✓	✓	✓	گردهمایی ذینفعان چندگانه	دیالوگ، گفتگو عمیق
✓	✓		✓	میزگردهای مشورتی	
				جلسات سیاستگذاری	
				درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
				انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	شرکت ها و منافع کاری
				انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	
				انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	
				انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع	

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی‌های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع‌رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه‌های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن‌ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن‌ها غیرممکن خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به فراگیران در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می باشد.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

۱. روش اجرا

ا. طراحی فرآیند مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی مشمول دستورالعمل

ب. تحلیل سیستم (تعریف فرآیندهای طراحی شده در قالب زبان نرم افزاری و یارانه ای)

ج. تولید نرم افزار

د. تهیه محتوای آموزشی و آموزش بخش های پایلوت و اجرای پایلوت برنامه

ه. انجام اصلاحات بر اساس ارزیابی های انجام شده

و. آموزش برای کل مسئولین واحدها و بخش ها

ز. اجرای نرم افزار در کل بخش ها و واحدها

ح. ارزیابی و بازدیدهای مستمر از بخش ها

۲. چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

۳. روش های بازخورد به ذینفعان

۴. نتایج و یافته های اجرای پروژه

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی در در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح زیر می باشد:

- ✓ طراحی فرآیند مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی مشمول دستورالعمل
- ✓ تحلیل سیستم (تعریف فرآیندهای طراحی شده در قالب زبان نرم افزاری و یارانه ای)
- ✓ تولید نرم افزار
- ✓ تهیه محتوی آموزشی و آموزش بخش های پایلوت و اجرای پایلوت برنامه
- ✓ انجام اصلاحات بر اساس ارزیابی های انجام شده
- ✓ آموزش برای کل مسئولین واحدها و بخش ها
- ✓ اجرای نرم افزار در کل بخش ها و واحدها
- ✓ ارزیابی و بازبینی های مستمر از بخش ها

۴-۱-۱) طراحی فرایند مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی

در اولین مرحله از روش اجرا پروژه، روند و گام های لازم برای ثبت درخواست توسط واحد درخواست کننده، مسیر ارسال درخواست به واحد انبار و هم چنین چگونگی ثبت پاسخ انبار به درخواست های ثبت شده (چگونگی ثبت کالای تحویل شده به بخش) توسط گروه متخصصان از جلسه گروهی بحث متمرکز بر اساس دستورالعمل تدوین شده مشخص گردید.

۴-۱-۲) تحلیل سیستم (تعریف فرآیندهای طراحی شده در قالب زبان نرم افزاری و یارانه ای)

پس از نهایی شدن فرآیندهای درخواست کالا و هم چنین لیست کالایی اختصاصی هر بخش با هدف وارد کردن و تولید نرم افزار رایانه ای، جلساتی با حضور کارشناس فناوری اطلاعات گرایش تولید و تحلیل نرم افزار برگزار شد. در جلسه اول مسئول اداره بودجه و تخصیص منابع، مطالب اولیه در خصوص دستورالعمل تدوین شده و نحوه و فرآیند ثبت درخواست ها و تحویل آنها از سوی داروخانه/انبار، دسته بندی کالایی در بیمارستان، الزامات قانونی و ... را بیان نمود. در جلسه دوم روندی از پروژه مدیریت توزیع کالا و مسیر طی شده در جهت تهیه و استخراج شاخص های کالایی و لیست کالایی سهمیه بندی برای هر بخش ارائه گردید. هم چنین در جلسات بعدی نیز فرایند مصوب شده در خصوص نحوه ثبت درخواست و تحویل آنها و هم چنین ایجاد لیست سهمیه بندی کالایی به همراه مستندات لازم جهت بارگذاری و تولید نرم افزار ارائه شد.

۳-۱-۴) تولید نرم افزار

با توجه به جلسات توجیهی برگزار شده و هماهنگی های صورت گرفته در مرحله قبل (تحلیل سیستم)، به صورت منظم بخش های طراحی شده نرم افزار اولیه، در جلسات هماهنگی بررسی و با توجه به الزامات و فرآیندهای تعیین شده نواقص و خطاها بررسی شد تا نرم افزاری منطبق با نیاز طراحی و تولید گردد.

۴-۱-۴) تهیه محتوی آموزشی و آموزش بخش های پایلوت و اجرای پایلوت برنامه

در ابتدا در این مرحله و پس از طراحی و تولید نرم افزار، راهنمای آموزشی کاربری نرم افزار در قالب فایل متنی تهیه و به کلیه مسئولین واحدها و بخش ها ارائه گردید. به صورت موازی و هم زمان با تهیه راهنمای آموزشی کاربری نرم افزار با هماهنگی مدیریت خدمات پرستاری و داروخانه در دو بخش قلب و پوست به صورت آزمایشی و پایلوت نرم افزار هم آموزش حضوری داده شد و هم کار با نرم افزار آغاز گردید.

۵-۱-۴) انجام اصلاحات بر اساس ارزیابی های انجام شده

هر نرم افزار و برنامه تولیدی تا زمانی که در مرحله واقعی استفاده قرار نگیرد و در شرایط و موقعیت های مختلف ارزیابی نگردد، نمی تواند برنامه کامل و جامعی باشد؛ نرم افزار طراحی شده نیز از این قاعده مستثنی نمی باشد. از این رو به منظور بررسی خطاها در محیط واقعی و کاملاً منطبق با شرایط، پس از طراحی نرم افزار و آموزش و اجرایی شدن آن در بخش های پایلوت، نقص ها و خطاهایی که در هنگام استفاده به وقوع پیوسته و مشخص شده بود، مکتوب گردید و با هماهنگی با پشتیبان نرم افزار نسبت به رفع نقص آن اقدام شد. برخی از این نواقص مربوط به خطاهای سیستمی و نرم افزاری بود و برخی مربوط به اصلاح برخی از جزئیات فرآیند طراحی شده در نرم افزار بود. نتیجه پایانی این مرحله که پس از گذشت حدود دو ماه ارزیابی و استفاده واقعی از آن بود وجود نرم افزاری با حداقل خطاها و بیشترین انطباق با فرآیندهای مدنظر و کاربر پسند می باشد.

۶-۱-۴) آموزش برای کل مسئولین واحدها و بخش ها

در کنار ایجاد راهنمای کاربری آموزشی نرم افزار که به صورت متنی تهیه شده بود، آموزش حضوری در قالب کارگاه های آموزشی ضروری لازم و ضروری بود. برای این منظور جلسه آموزشی نرم افزار به مدت دو ساعت با حضور کلیه مسئولین واحدها و بخش ها تشکیل و در آن، ضمن رونمایی از نرم افزار به صورت رسمی در کل مجتمع، آموزش های لازم در جهت استفاده بهینه و مناسب از نرم افزار ارائه گردید. در این جلسه نیز مقرر گردید که در فاصله سه روز از برگزاری جلسه آموزشی، کلیه مسئولین

واحدها و بخش ها نام کاربری سازمانی به همراه اسکن امضاء خود را به اداره بودجه و تخصیص منابع ارسال تا در سامانه بارگذاری و دسترسی آن برای هر فرد با استفاده از نام کاربری و رمز عبور اختصاصی ایجاد گردد. همچنین در این مرحله تاکید گردید که هر بخش و واحد دارای یک نام کاربری اختصاصی با مشخصات مسئول واحد می باشد و از نظر سازمانی و فرآیندهای طراحی شده مسئولیت کلیه درخواست ها و هم چنین پاسخهای ثبت شده در آن با خود شخص مسئول واحد می باشد.

۷-۱-۴) اجرای نرم افزار در کل بخش ها و واحدها

پس از ایجاد نام کاربری اختصاصی برای هر مسئول بخش و واحد، نرم افزار در کلیه واحدها و بخش های بیمارستان اجرا شد. طبق هماهنگی صورت گرفته با واحد های مرتبط از جمله داروخانه و مدیریت خدمات پرستاری از تاریخ اجرای نرم افزار هیچگونه کالا و جنسی بدون ثبت در سامانه قابلیت پاسخگویی و بررسی را دارا نمی باشد.

۸-۱-۴) ارزیابی و بازدید های مستمر از بخش ها

شرط اساسی هر فرآیند و پروژه اصلاحی پس از اجرا جهت پایداری پروژه، نظارت بر روش اجرایی و همگام شدن با اعضای اجرایی پروژه می باشد. در این پروژه نیز پس از اجرای نرم افزار در کلیه بخش های و واحدهای مجتمع، گروهی متشکل از معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع، رئیس اداره بودجه و کارشناسان بودجه به صورت روزانه از بخش های مختلف مجتمع بازدید نموده و بر روند اجرایی کار نظارت داشتند. همزمان با انجام بازدیدهای نظارتی، پاسخگویی به ابهامات و سوالات کاربران و مسئولین در مسیر اجرا صورت گرفته و در صورت نیاز مشکل مربوطه برطرف میگردد. همچنین کارشناسان بودجه به صورت مستمر پاسخگویی سوالات کاربران بخش ها بوده و به صورت تلفنی نیز راهنمایی های مورد نیاز ارائه میگردد.

۲-۴) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

در مراحل مختلف اجرای پروژه مدیریت توزیع لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی با چالش های زیادی رو به رو شد که مهم ترین و برجسته ترین چالش ها به صورت ذیل بود:

أ. چالش های اجرایی در حوزه انبار به دلیل:

- محدود شدن اختیارات انباردار
- تحویل خارج از سامانه
- عدم همخوانی واحد های کالایی در سامانه و کالای واقعی خرید شده
- عدم همخوانی و مطابقت عناوین کالایی موجود در سامانه و سیستم نظام نوین

ب. چالش ها در رابطه با مسئولین بخش ها

○ انجام مبادلات کالایی بین بخش ها بدون اطلاع اداره بودجه و تخصیص منابع

ج. چالش در خصوص عدم لینک به HIS در خصوص نام بخش ها

د. عدم ثبت و اطلاع از کالاهایی که توسط خیرین تهیه میگردد

ه. چالش در خصوص تغییر ماهیت بخش ها (مثال: بخش هماتولوژی-روماتولوژی به کوید)

و. چالش در خصوص عدم مدیریت سرپرستاران در ثبت (با توجه به اینکه هر بخش مبلغ مشخص جهت استفاده از لوازم

مصرفی سهمیه بندی داشت و می تواند به اختیار هر کالایی را با هر تعدادی تا سقف ریالی تعریف شده درخواست

دهد و این ممکن است یک کالا را بیشتر از تعداد مورد نیاز درخواست دهد و با کسری بودجه مواجه شود)

عمده این چالش ها از طریق بازدیدهای حضوری و ارائه توضیحات برای ذینفعان مدیریت می شد. در مواردی که

محدودیت های جدی وجود داشت و غیر قابل حل بود با ذینفعان به اشتراک گذاشته می شد.

۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان

یکی از مهمترین مراحل موفقیت در مسیر اجرای هر پروژه، همگام نمودن صاحبان فرایند و ذینفعان میباشد که در این

مسیر بازخورد به ایشان از مهمترین موارد روند همگام سازی میباشد که در این پروژه غیر از برگزاری جلسات مکرر با ذینفعان

مختلف، بازخورد به صورت های زیر نیز ارائه شده است:

ز. بازخورد آنلاین به ذینفعان بر اساس گزارشات ظراحی شده در نرم افزار

ح. بازدیدهای دوره ای توسط کارشناس بودجه و بررسی وضعیت کالاهای درخواستی و میزان درخواست و تحویل

۴-۴) یافته های اجرای پروژه

۱-۴-۴) تسهیل فرایندهای درخواست و تحویل اقلام

أ. آسان سازی ثبت درخواست

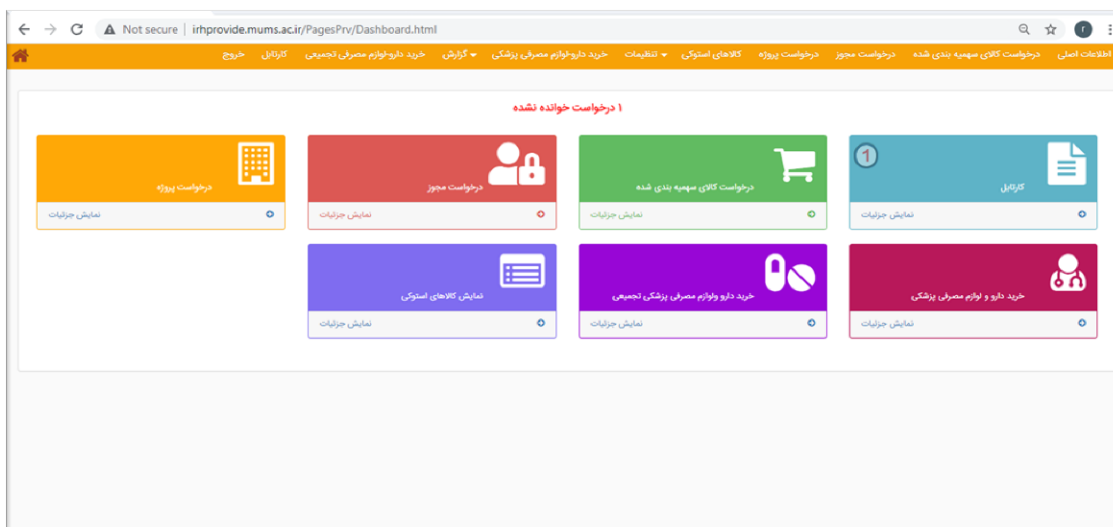
ب. عدم نیاز به استفاده از نیروی خدماتی جهت ارسال درخواست یا پیگیری روند تایید

ج. الکترونیکی شدن درخواست های کالا از انبار و حذف کاغذ از فرآیند مربوطه

د. شفافیت پیگیری درخواست ها

أ. خود کنترلی سرپرستار/مسئول واحدها در خصوص بهینه سازی مصرف لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی

۲-۴-۴) استقرار یک سامانه هوشمند برای اجرای کامل دستورالعمل تدوین شده



شکل ۴: نمای صفحه ورودی سامانه تامین کالا

نام کاربری: najafzadehr* نام رقیبه نام خانوادگی: نجف زاده

از تاریخ: تا تاریخ: بخش: گروه کالا: کالا: ارجاع دهنده: شمه کاربران: شمه موارد: کاربر: رقیبه نجف زاده: وضعیت درخواست: نوع درخواست: شمه موارد: ۱۶ آیتم انتخاب شده

رای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

رد	شماره درخواست	شماره پیگیری	نحوه اقدام	نوع	وضعیت مجوز	کد پروژه	وضعیت	کالا	گروه کالا	درخواستی	تحویل شده	تحویل	نوع نامه	ارجاع دهنده	آخرین ارجاع
۱	۱۴۰۱۵۷۲۲		خرید	انجام نشده	در جریان	هوسانت	لوازم طبی پزشکی	۵۰	*	*			✓	علیرضا رجایی منش	رقیبه نجف زاده
۲	۱۴۰۰۲۰۳۱۳		خرید	انجام نشده	در جریان	قرارداد	ملزومات	۱	*	*			✓	محمدرضا ناصری	رقیبه نجف زاده
۳	۱۴۰۰۱۹۵۲۴		خرید	انجام نشده	در جریان	کابل	ملزومات	۲	*	*			✓	میترا محصولی	رقیبه نجف زاده
۴	۱۴۰۰۲۶۸۱		خرید	انجام نشده	در جریان	برده	ساختمانی	۱۵	*	*			✓	حمید غلیبوز	محمود سفید فریمان
۵	۱۴۰۰۱۸۲۰۳		خرید	انجام نشده	در جریان	خط تلفن	ملزومات	۱	*	*			✓	آلوسا آریاف	رقیبه نجف زاده

ردیف ۱ از ۵۷۲۲ ردیف

شکل ۵: نمای صفحه کار تابل کارشناس بودجه جهت تعیین تکلیف درخواست ها

درخواست کلای سهمیه بندی شده درخواست مجوز ویرایش کلمه عبور گزارش کارنابل خروج

گزارش کالاهای سهمیه بندی درخواستی بخش ها

بخش: گزارش و جنرال داخلی 2 گروه کالا: شنبلیگ تاریخ شروع: 1399/05/01 تاریخ پایان: 1399/05/31

اکمل چاپ جستجو

برای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

ردیف	بخش	شماره درخواست	نام کالا	مبلغ واحد	تعداد درخواستی	تعداد تحویل شده	تعداد تحویلی	تاریخ ثبت درخواست	تاریخ تحویل
1	گزارش و جنرال داخلی 2	139915146	آب مفطر دو بار نظفیر	6,950	40	40	=	1399/05/03	1399/05/10
2	گزارش و جنرال داخلی 2	139915147	مخلول دست دروسیت+شسی سی	3,810,000	20	20	=	1399/05/03	1399/05/05
3	گزارش و جنرال داخلی 2	139915202	فیلتر آتشی باکتریال و ویرال HME	170,000	10	10	=	1399/05/03	1399/05/11
4	گزارش و جنرال داخلی 2	139915304	مخلول دست دروسیت+شسی سی	3,810,000	40	40	=	1399/05/10	1399/05/13
5	گزارش و جنرال داخلی 2	139915333	آب مفطر دو بار نظفیر	6,950	30	30	=	1399/05/10	1399/05/16
6	گزارش و جنرال داخلی 2	139915305	اکل سفید 70 درجه	2,990,000	10	10	=	1399/05/10	1399/05/13
7	گزارش و جنرال داخلی 2	139917112	گاز ساده	15,417	2000	1,980	=	1399/05/17	1399/05/18
8	گزارش و جنرال داخلی 2	139917115	پنبه توپک صدگرمی	75,000	400	400	=	1399/05/17	1399/05/18
9	گزارش و جنرال داخلی 2	139917116	ماسک سه لایه کش دار	2,880	5000	5000	=	1399/05/17	1399/05/18
10	گزارش و جنرال داخلی 2	139917119	آبسلانگ چوبی	15,600	5	5	=	1399/05/17	1399/05/18
11	گزارش و جنرال داخلی 2	139917180	چسب الکیلاست	100,640	200	200	=	1399/05/17	1399/05/18

CSV... گزارش داروخانه جهت Show all

شکل ۶: نمای صفحه گزارش سهمیه بندی درخواست بخش ها

اطلاعات اصلی درخواست کلای سهمیه بندی شده درخواست مجوز درخواست پروانه کالاهای استوکی تنظیمات خرید داروخانم مصری پزشکی گزارش خرید داروخانم مصری تجمعی کارنابل خروج

اعتبار بخش

بخش: جنرال عمومی گروه کالا: 1: شنبلیگ تاریخ شروع: 1399/06/01 تاریخ پایان: 1399/06/30

جستجو ذخیره

برای گروه بندی بر اساس یک ستون، عنوان ستون را به اینجا بکشید

کالا	تعداد کالا	مبلغ واحد	مبلغ کل	واحد کالا	توضیحات
سرنگ انسولین	3350	11,400	15,561,000	عدد	
سرنگ 2 سی سی	225	9,600	11,760,000	عدد	
دستکش نایلونی	1081	1,190	1,295,910	جفت	
چسب آنژیوتکت	123	12,500	11,662,500	عدد	
لانست	600	1,600	960,000	عدد	
ماسک سه لایه کش دار	550	2,880	1,584,000	عدد	
ماسک یکبار مصرف بندار	617	6,000	2,502,000	عدد	
	20070		309,777,660		

ذخیره

شکل ۷: نمای صفحه اختصاصی اعتبار به بخش ها

Not secure | inprovide.mums.ac.ir/Pages/ReqSubmit.aspx

اطلاعات اصلی | درخواست کالای سهمیه بندی شده | درخواست مجوز | درخواست پروژه | کالاهای استوکی | تنظیمات | خرید دارو لوازم مصرفی پزشکی | گزارش | خرید دارو لوازم مصرفی تحصیلی | کتابخانه | خروج

درخواست کالا

کاربر: رقیه نجف زاده

بخش: جراحی عمومی

تاریخ درخواست: ۱۴۰۰/۰۶/۰۹

اعتبار هتلیگ بخش	ذخیره ماه های قبل	درخواست شده	کل مانده اعتبار براساس درخواست شده	تحويل شده	کل مانده اعتبار براساس تحويل شده
۲۸۳,۵۸۶,۵۲۴	۵۳,۰۶۷,۰۰۹	۲۹۹,۰۹۶,۵۰۰	۳۷,۵۵۷,۰۳۳	۱۶,۸۶۴,۰۰۰	۳۱۹,۷۸۹,۵۳۳

شماره درخواست: ۱۴۰۰۲۰۴۰۳

بخش: جراحی عمومی

گروه کالا: هتلیگ

نوع شیف: انتخاب نمایید

قیمت کل: ۶,۹۵۰

واحد کالا: لیتر

تعداد:

نام خانوادگی:

کد ملی:

توضیحات:

ارجاع گیرنده: سید روح الله زرقانی

پيوست فایل:

گردش کار | چاپ گردش کار | ارجاع

شکل ۸: نمای صفحه درخواست کالای سهمیه بندی شده مسئولین واحدها

۱. Bahadorestani A, Ghalehnovi M, Motahari Farimani N. Designing a Model of key Stakeholders' Expectations in the Subway Construction Projects: Studied in MUR Construction Project. Amirkabir Journal of Civil Engineering. 2018;50(1):227-42.
۲. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.
۳. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005. ۳۱-۴۰؛ (۴) ۱۱۰؛
۴. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis, Motaleate Shahri, 10 (37), 71. doi: 10.34785/J011. 2020.361. Jms. 2020.
۵. Lin X, Ho CM-F, Shen GQ. For the balance of stakeholders' power and responsibility: A collaborative framework for implementing social responsibility issues in construction projects. Management Decision. 201۱. ۸
۶. SAEID RAA. STUDY ECONOMIC EFFICIENCY OF TEACHING HOSPITALS OF QAZVIN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES (1999-2007). Journal of Gilan University of Medical Sciences. 2009;18-: (۷۱)
۷. Aghajani z. New tools and methods of distributing goods in retail units. Business reviews. 2008;31(22):36-45.
۸. Nosratpanah, ranaei, gholinejad. Pathology of commodity production system in Naja. The scientific mind of Amad. 2015;15(58):1-25.
۹. Nader D. Purchase management and storage principles. Tehran: Termeh; 2005. 296 p.
۱۰. Maryam N. RFID and warehouse management and goods distribution centers. RFID magazine, the second international conference. 2008;1(1):26-38.
۱۱. Fatemeh M. The effect of removing the warehouse on the efficiency of Hashminejad Hospital in 2013. Health management. 2014;4(5):13-7.
۱۲. Attaran AR. Assessment of Pitfalls in Unbalanced Provision of Medical Supplies for Patients after Implementation of Health System Reform Project in Iranian Hospitals. journal of mashhad medical council. 2015;18(3):146-5۰.
۱۳. Sedghiyani E. Healthcare problems and the role of hospitals in developing countries. Journal of Health Administration. 1997;1(1):59-78.
۱۴. Aghazadeh S, Nemati M, Sharif Nia E, Hamishehkar H. The cost benefit of drugs and medical consumables in common global gynecological surgeries of two educational-therapeutic hospitals of Tabriz city. Journal of Modern Medical Information Sciences. 2017;3(2):49-55.
۱۵. M. DHKBBKENMRFVMA. COMPUTING COST PRICE BY USING ACTIVITY BASED COSTING (ABC) METHOD IN DIALYSIS WARD OF SHAHID RAJAEI MEDICAL & EDUCATION CENTER, IN ALBORZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES KARAJ IN 2015. ALBORZ UNIVERSITY MEDICAL JOURNAL. 2016;5(3):163-72.
۱۶. Suthummanon S, Omachonu VK, Akcin M. Applying activity-based costing to the nuclear medicine unit. Health services management research. 2005;18(3):141-50.
۱۷. Lievens Y, Van den Bogaert W, Kesteloot K. Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy. International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics. ۳۵-۵۲۲: (۲) ۵۷; ۲۰۰۳.

- .١٨ Goldfield N, Averill R. On" risk-adjusting acute myocardial infarction mortality: are APR-DRGs the right tool"? Health Services Research. 2000;34(7):1491.
- .١٩ Jackson T. Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weight studies. Health Policy. 2001;56(2):149-63.
- .٢٠ Kaplan RS. Yesterday's accounting undermines production. 1984.