

چالش‌های روابط ستاد دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های وابسته: مورد مطالعه یکی از دانشگاه‌های مستقر در تهران

چکیده

فرید ابولحسنی^۱ / آزاده سیاری فرد^۲ / لاله قدیریان^۳ / مژگان فرشادی^۴ / فاطمه رجیبی^۵

مقدمه: ناکارآمدی ارتباطات بین دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی وابسته آن، می‌تواند در مدیریت بیمارستان و کارکردهای مختلف آن مانند ارائه خدمات، آموزش و پژوهش مشکلاتی ایجاد کند. این مطالعه به منظور درک دقیق این ارتباطات و نیز چالش‌های موجود از دیدگاه ذی‌نفعان مختلف در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران، انجام شد.

روش پژوهش: در این مطالعه کیفی، برای جمع‌آوری داده‌ها، ۳۳ مصاحبه حضوری نیمه‌ساختارمند و یک بحث گروهی متمرکز انجام شد. شرکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، از بیمارستان‌های آموزشی و واحدهای ستادی انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌های مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی و نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA استفاده شد. کدزنی و طبقه‌بندی کدها توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد.

یافته‌ها: از چالش‌های موجود در ارتباطات بیمارستان‌ها و واحدهای مختلف ستادی دانشگاه، ۱۲۷۵ کد به دست آمد که پس از دسته‌بندی‌های مفهومی، به ۱۴ ساب‌تم و ۴ تم اصلی «تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری»، «تأمین منابع»، «نظارت و ارزیابی» و «جریان اطلاعات» طبقه‌بندی شدند که همه این تم‌ها زیرمجموعه یک تم محوری به نام «یکپارچگی» قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: تحلیل وضعیت موجود و چالش‌های ناشی از آن، لزوم بازنگری ارتباطات بین بیمارستان‌های آموزشی با واحدهای ستادی دانشگاه را نشان داد. این بازنگری باید به سمت کاهش تمرکزگرایی و افزایش قدرت تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها در ابعاد مختلف باشد. بدیهی است با توجه به مسئولیت اجتماعی و لزوم پاسخگویی دانشگاه و بیمارستان‌ها به انتظارات آموزشی و نیازهای درمانی جامعه، باید نقش حاکمیتی و نظارتی ستاد دانشگاه به خوبی مشخص و به درستی اجرا گردد.

کلید واژه‌ها: ارتباطات سازمانی، چالش، ستاد، صف، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی.

- ۱- دانشیار طب داخلی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، گروه آناتومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: frajabi@tums.ac.ir

مقدمه

در سال ۱۳۶۵، با ادغام آموزش پزشکی در ارائه خدمات سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت که مسئول برنامه‌ریزی، پایش و نظارت بر همه فعالیت‌های مرتبط با سلامت در بخش دولتی و خصوصی است [۱-۴]. در نتیجه این اقدام، دانشکده‌های پزشکی از دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم جدا شده و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سرتاسر کشور شکل گرفتند [۲].

بیمارستان‌های آموزشی بخش مهمی از ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند که علاوه بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، بستر اصلی آموزش بالینی و پژوهش هستند. این بیمارستان‌ها تعاملات متعددی با واحدهای مختلف ستادی شامل معاونت‌ها، واحدهای پشتیبان و حوزه ریاست و نیز دانشکده‌های مختلف دارند. تعدد ارتباطات، بیمارستان‌ها را با چالش‌هایی روبه‌رو کرده است که عمدتاً به دلیل هم‌راستا نبودن سیاست‌ها و تصمیمات ابلاغ شده در حوزه‌های مختلف مانند آموزش، درمان، منابع انسانی، امور مالی و متعدد بودن استانداردها و نظام‌های ارزشیابی بیمارستانی می‌باشد. نتیجه نهایی این چالش‌ها کاهش کارایی، افزایش هزینه و نارضایتی می‌باشد از این‌رو مطالعات متعددی در جهت تحلیل این ارتباطات و ارائه مدل مناسب برای حاکمیت بیمارستان‌های آموزشی انجام شده است [۲۷-۳۱، ۹]. در سایر کشورهای دنیا بسته به ماهیت نظام سلامت، ارتباط بین دانشکده یا دانشگاه با بیمارستان‌های آموزشی برای اهداف آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات، به صورت گوناگون شکل گرفته است؛ مثلاً تشکیل مراکز سلامت دانشگاهی [۵، ۶] و مراکز بالینی مرتبط با دانشگاه‌ها [۱۰] دیده می‌شود. تفاوت ماهیت ارتباطات نه‌تنها بین کشورهای مختلف بلکه درون یک کشور و بعضاً درون یک دانشگاه بین دانشکده‌ها و بیمارستان‌های مختلف دیده می‌شود. برخی مواقع دانشکده یا دانشگاه علوم پزشکی مالک بیمارستان است یا بیمارستان را مدیریت می‌کند ولی در برخی موارد مدیریت بیمارستان به هیچ فردی در دانشکده یا دانشگاه پاسخگو نمی‌باشد. گاهی هم دولت

مالک بیمارستان و دانشکده پزشکی است [۱۱]. در اثر عواملی مانند ساختارهای سازمانی متنوع، محیط بیرونی دینامیک و تأثیرگذار بر نظام سلامت و همچنین تعارض منافع بین نیروی انسانی متخصص با علائق و مهارت‌های متفاوت که نقش‌های متعددی در مراکز سلامت دانشگاهی دارند؛ پیچیدگی فراوانی در حوزه حاکمیت و تصمیم‌گیری در این سازمان‌ها وجود دارد که روزبه‌روز بیشتر می‌شود [۶]. با توجه به این پیچیدگی‌ها، توصیه به یک مدل واحد برای حاکمیت بیمارستان‌های دانشگاهی منطقی نیست و هر دانشگاهی باید با توجه به شرایط زمینه‌ای، مدل مناسب برای پیشبرد همه‌جانبه اهداف و مأموریت‌های خود را انتخاب نماید. مرزها و محدوده‌های مدل‌های توصیه شده نیز مشخص و بدیهی نیست و مراکز دانشگاهی ممکن است در انجام وظایف مختلف خود از ترکیبی از مدل‌ها استفاده کنند. هریک از مدل‌ها بسته به شرایط زمینه‌ای دانشگاه دارای نقاط قوت و ضعف است [۶، ۱۱، ۱۲]. این مطالعه با هدف تبیین دیدگاه‌های ذی‌نفعان کلیدی در مورد ارتباطات بین بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی منتخب با سایر واحدهای دانشگاه و چالش‌های موجود، به اجرا در آمد تا بتوان بر این اساس و با کمک شواهد علمی موجود، مدلی مطلوب برای تعاملات این بیمارستان‌ها با سایر واحدهای دانشگاه ارائه داد.

روش پژوهش

در این مطالعه کیفی که در سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران انجام گردید، ۳۳ مصاحبه نیمه‌ساختارمند فردی با ذی‌نفعان و یک جلسه بحث گروهی متمرکز (شامل ۶ رئیس بیمارستان و ۳ مشاور رئیس دانشگاه) انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل سیاست‌گذاران، رؤساء مدیران و کارکنان از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه، دانشکده‌ها و معاونت‌های دانشگاه منتخب بودند که با نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. تا زمانی که در مورد موضوع به اشباع اطلاعاتی برسیم،

ذکر است مصاحبه‌ها با رضایت مصاحبه‌شوندگان ضبط، پیاده‌سازی و از محتوای آنها استفاده شد.

یافته‌ها

کدهای به دست آمده پس از دسته‌بندی‌های مفهومی به ۱۴ ساب‌تم و ۴ تم اصلی «تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری»، «تأمین منابع»، «ارزیابی و نظارت» و «جریان اطلاعات» ختم گردید. البته همه این تم‌ها زیرمجموعه یک تم محوری به نام «یکپارچگی» قرار می‌گیرند. یکپارچگی بدین معنا که واحدهای مختلف ستادی در برخورد با بیمارستان‌ها هماهنگ و هم‌راستا نبوده و وحد رویه وجود ندارد. (جدول ۲)

تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

وزارت بهداشت مسئولیت برنامه‌ریزی، پایش و نظارت بر تمامی فعالیت‌های مرتبط با سلامت در بخش دولتی و خصوصی را به عهده دارد که دانشگاه‌های علوم پزشکی بازوی اجرایی این سیاست‌ها در سرتاسر کشور هستند.

ایجاد سرگردانی و آشفتگی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های وابسته و مدیران میانی به دلیل روند «نامنسجم» و گاه متضاد سیاست‌ها و استراتژی‌های کلی وزارت بهداشت در قبال بیمارستان‌های دولتی مشهود است. طرح‌های متعدد مانند «خودگردانی بیمارستان‌ها»، «خرید خدمت»، «خدمات خصوصی» و «بیمارستان‌های هیئت امنایی» در گذشته و «طرح تحول نظام سلامت» پس از آن توسط وزارت بهداشت طراحی و ابلاغ شده است. مصاحبه‌شونده‌ها معتقد بودند برخی از طرح‌ها بدون توجه به مقتضیات محیط درون و بیرون بیمارستان‌ها و نظرات ذی‌نفعان اصلی طراحی شده و به الزامات پیاده‌سازی و زمینه‌سازی برای اجرای موفق آن‌ها کمتر توجه شده است.

مصاحبه‌شونده شماره ۳۷: کاش موقع برنامه‌ریزی‌های به این بزرگی نظر ماها رو هم می‌پرسیدند یا حداقل چند جای کوچک پالیوت کنند بعد برای کل کشور برنامه تحول بریزند و ابلاغ کنند.

گردآوری اطلاعات ادامه یافت. ملاک انتخاب افراد، داشتن تجربه، تأثیرگذاری، تأثیرپذیری و تمایل به مشارکت بود. تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۹ نفر بود که مشخصات آن‌ها در جدول ۱ آورده شده است. (جدول ۱)

سؤال اصلی پژوهش چگونگی تعامل و ارتباط بیمارستان‌ها با واحدهای ستادی و شناسایی مشکلات ناشی از تعاملات ناکارآمد بود. با توجه به این سؤالات، در ابتدا راهنمای پرسشگری با سؤالات باز، طراحی و با توجه به تحلیل مصاحبه‌ها کامل‌تر و هدفمندتر شد (پیوست یک). مصاحبه‌ها در محل کار شرکت‌کنندگان و پس از ارائه توضیحات کافی در مورد طرح و اهداف آن و کسب رضایت از آنان انجام شد. مصاحبه‌ها و جلسه بحث گروهی با اطلاع شرکت‌کنندگان و رضایت آنان، ضبط شده و پیاده‌سازی شد. دو نفر از محققین هم‌زمان در مصاحبه‌ها شرکت داشتند و یادداشت‌برداری حین مصاحبه نیز انجام شد. یافته‌های اولیه به دست آمده از مصاحبه‌ها در جلسه بحث گروهی مطرح گردید و دو محقق نقش تسهیلگری و هدایت بحث گروهی را داشتند که مباحث ضبط و پیاده‌سازی شد.

برای تحلیل داده‌های مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوا و نرم‌افزار تحلیل کیفی MAXQDA استفاده شد (۱۳، ۱۴). کدها توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل طبقه‌بندی شد و در نهایت پس از دسته‌بندی‌های مفهومی ۱۴ ساب‌تم و ۴ تم اصلی به دست آمد. به منظور افزایش اعتبار و باورپذیری یافته‌ها، شرکت‌کنندگان از جایگاه‌ها و واحدهای مختلف مورد مصاحبه قرار گرفتند. هم‌چنین پس از تحلیل مصاحبه‌ها جلساتی با تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها در دفتر مجری پژوهش با هدف تأیید اعضاء برگزار شد. تنوع در استفاده از روش‌های مختلف گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه، بحث گروهی متمرکز نیز انجام گردید. به منظور افزایش تأثیرپذیری نتایج، کدگذاری مستقل هم‌زمان توسط دو نفر از محققین بر روی متن پیاده‌شده مصاحبه‌ها و مقایسه کدها انجام شد. لازم به

مصاحبه‌شونده شماره ۶: ما می‌خواهیم برای بیمارستان نیروی انسانی انتخاب کنیم حتماً باید با نظر نیروی انسانی دانشگاه باشد.

مصاحبه‌شونده شماره ۸: دلیل این نوع انتصابات خیلی روشن نیست. الان رئیس دانشگاه، رئیس بیمارستان‌ها را منصوب می‌کند. ولی رؤسای بخش‌های بیمارستان و معاون آموزشی بیمارستان را رئیس دانشکده منصوب می‌کند. تعهد آن‌ها در برابر آموزش بیشتر از ارائه خدمت است.

کثرت تصمیم‌گیرندگان و ناهماهنگی در سیاست‌گذاری چالشی کلیدی است. دانشکده‌ها و معاونت‌های مختلفی در دانشگاه وجود دارند که هر یک ساختارهای متفاوت با فرآیندهای تصمیم‌گیری و اولویت‌های مختلف دارند. بیمارستان‌ها با این واحدها در تعامل‌اند. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در حال حاضر دانشگاه از اهداف استراتژیک و سیاست‌های مشخص و پایایی در ارتباط با بیمارستان‌ها برخوردار نیست. اکثریت مشارکت‌کنندگان، برخی از روندهای موجود در دانشگاه را «متعارض» و «متضاد» دانسته‌اند که منجر به «بالاتکلیفی و سردرگمی» در گروه‌های مختلف شده است. ناهماهنگی بین واحدهای ستادی مختلف در تصمیماتی که برای بیمارستان‌ها گرفته می‌شود؛ از سوی ذی‌نفعان بیمارستانی چالشی جدی بود. کثرت تصمیم‌گیرندگان، عدم هماهنگی آن‌ها با هم و نیز مشارکت‌ندادن بیمارستان‌ها در مراحل مختلف تصمیم‌گیری موجب تنش در بیمارستان و دست نیافتن به اهداف دانشگاه می‌شود. تعدد تصمیمات اتخاذ شده در دانشگاه در جهت مدیریت بیمارستانی که «همپوشانی» و یا «تفاوت‌های ساختاری» با یکدیگر دارند از دغدغه‌های مدیران میانی است. مثال بارز آن اعتباربخشی بیمارستانی، ارتقای هیئت‌علمی، و آموزش بالینی دانشجویان است.

مصاحبه‌شونده شماره ۲۱: امور جاری و روزمره بیمارستان از این جهت که به جاهای مختلفی بند است دچار اشکال می‌شود. مثلاً بیمارستان از نظر مالی تابع سیستم دانشگاه و معاونت توسعه است. از نظر درمان

مصاحبه‌شوندگان معتقدند توجه به درمان در وزارت بهداشت، به‌خصوص در برنامه تحول نظام سلامت، بسیار بیشتر از آموزش، پژوهش و بهداشت است. به نظر تعدادی از مدیران، توجه زیاد به بعد درمانی در به‌حاشیه‌راندن شدن و کاهش منابع پژوهش و آموزش پزشکی نقشی مهم داشته است. تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در سطح دانشگاه علوم پزشکی منتخب:

یکی از بیشترین موضوعات مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان، چالش‌های متعدد به دلیل تمایل به تمرکزگرایی در دانشگاه است که در تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های حوزه آموزش، پژوهش و ارائه خدمات به چشم می‌خورد. مشارکت‌کنندگان بیمارستانی به «ارتباط یک‌طرفه» خود با ستاد اشاره نموده‌اند. مصاحبه‌شوندگان معتقدند ارتباط یک‌طرفه، ناشی از نگرش «بالاسری و دستوری» ستاد و «کنترل زیاد» و «ندادن اختیار» به بیمارستان‌ها است. مصداق این موضوع، انتصاب افراد مختلف در بیمارستان توسط افرادی غیر از مدیریت ارشد بیمارستان است. از دیدگاه اکثریت مشارکت‌کنندگان، این وضعیت به دلایل متعدد از جمله کاهش پاسخگویی رئیس و مرئوس، بیمارستان را دچار تنش می‌کند. در این موارد فرد منصوب بیشتر در قبال اولویت‌ها و برنامه‌های واحدی که او را نصب کرده، مسئول و پاسخگو است. همچنین «طولانی‌بودن فرآیند مجوزگیری» که به کندی امور اداری برای انجام فعالیت‌های بیمارستان منجر می‌شود، مطرح شد. به نظر می‌رسد تمرکزگرایی منجر به افزایش بوروکراسی، کاهش چابکی و کاهش کارایی بیمارستان‌ها شده است. از طرف مصاحبه‌شوندگان، به «بی‌اعتمادی» بین واحدهای ستاد و صف به عنوان عاملی برای تمایل به تمرکزگرایی در دانشگاه، اشاره شد. از سوی دیگر مصاحبه‌شوندگان ستادی معتقد بودند که در بسیاری از مواردی که امکان تمرکززدایی وجود دارد، بیمارستان‌ها اختیارات کافی دارند ولی یا اطلاع ندارند یا اینکه به سبب لزوم پاسخگویی در برابر اقدامات، تمایلی به استفاده از اختیارات ندارند.

شده است. به نظر می‌رسد توانایی مدیران بیمارستانی در تعاملات غیررسمی با واحدهای مختلف و افراد با نفوذ دانشگاه احساس امنیت بیشتری برای رسیدن به اهداف ایجاد می‌نماید. اما از سوی دیگر باعث کاهش نقش حاکمیتی دانشگاه و عدم اجرای برنامه‌های تدوین شده آن می‌شود. به عنوان نمونه ایجاد ساختارهای متعدد بدون جامع‌نگری و گسترش فضاهای فیزیکی، عملکردی و هم‌چنین واحدهای جدید با نظرات شخصی و سلیقه‌ای مطرح شده است.

مصاحبه‌شونده شماره ۱۹: یکی از تعاملاتی که داریم حالا درست یا نادرست هرچقدر ارتباطات بیشتر باشد منابع بهتری هم می‌تواند در سازمان بیاید.

مصاحبه‌شونده شماره ۱۳: به واسطه دوستی‌ای که با معاونت آموزشی دانشگاه‌ها دارم کارم را راه می‌اندازم. اگر یک معاون آموزشی بیمارستانی باشد که با من دوست نباشد کارم سخت می‌شود.

تأمین منابع:

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی منتخب، همگی تحت مالکیت دانشگاه قرار دارند. در حال حاضر بیمارستان‌ها درجاتی از خودگردانی دارند؛ اما درآمد آن‌ها به دانشگاه ارسال می‌شود و سپس دانشگاه، هزینه‌های بیمارستان‌ها را از محل درآمدشان پرداخت می‌کند. این پرداخت شامل حقوق و دستمزد کارکنان و اعضای هیئت علمی، هزینه‌های عمرانی، خرید تجهیزات و... می‌شود. البته مشخص است که بیمارستان برای هزینه‌کرد این مبلغ نیاز به کسب مجوز از واحدهای مربوطه در دانشگاه دارد. «اولویت‌بندی تجهیزات مورد نیاز»، «نحوه کارشناسی برای خرید دستگاه»، «چگونگی خرید»، «تأمین مالی و پرداخت»، از مهم‌ترین دغدغه‌های مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان بوده است. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مدیریت در این حوزه، «چگونگی خرید تجهیزات» است. با توجه به این که بیشتر تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی شرکت‌های خصوصی هستند؛ «نحوه تعامل»، «ارزشیابی تجهیزات» و «نظارت بر پرداخت‌ها» حساسیت‌برانگیز بوده است. این

تابع معاونت درمان با استانداردهای او است و اینها هر کدام کارهای خودشون را با بیمارستان‌ها مستقلاً انجام می‌دهند، و هرکدام مدلی دارند. این استانداردها هم با هم نمی‌خوانند مثل اعتباربخشی که معاونت درمان یکسری انتظارات دارد و معاونت توسعه با استانداردهای خودش، منابع می‌دهد.

از موضوعاتی که توسط شرکت‌کنندگان مطرح شد ابهام در ارتباطات رسمی است. ابهام به این معنا که ارتباط بیمارستان‌ها با دانشکده‌ها و معاونت‌های دانشگاه هیچ نمودی در عملکرد و ساختار سازمانی به جز برخی انتصابات (همانند انتصاب رؤسای بخش‌ها، معاونت آموزشی و معاونت پژوهشی بیمارستان توسط رئیس دانشکده پزشکی و یا مدیر بیمارستان توسط معاونت توسعه دانشگاه) ندارد که آن هم به دلیل شفاف نبودن شرح وظایف، ضمانتی برای تأمین اهداف ارتباطی نیست. در ارتباطات، مهم است که انتظارات متقابل به روشنی تبیین و نحوه ارزیابی و بازخورد مشخص شود. ارتباط بین واحدهای مختلف به صورت مستقیم یا غیرمستقیم صورت می‌پذیرد. بسیاری از این ارتباطها بنا به ضرورت و تعدادی هم به دلایل غیرضروری شکل می‌گیرند؛ اما تفکیک این دو از یکدیگر به دلیل نامشخص بودن روابط عمودی و افقی بین واحدهای سازمانی، به سادگی امکان‌پذیر نیست.

مصاحبه‌شونده شماره ۸: هیچ ارتباط ارگانیک تعریف شده‌ای بین دانشکده‌ها و بیمارستان‌ها وجود ندارد، در مسائلی اینها با هم تعامل دارند منتهی این غیرمستقیم است.

مصاحبه‌شونده شماره ۹: ارتباط دانشکده پرستاری مامایی با حوزه‌های بیمارستانی، تعریف نشده، مبهم و غیرمعین است و کاملاً ابهام و سردرگمی وجود دارد.

اکثریت شرکت‌کنندگان به اهمیت ارتباطات غیررسمی در دانشگاه اشاره داشته‌اند. شفافیت ناکافی و نواقص موجود در ارتباطات رسمی در گسترش این ارتباطات مؤثر بوده است. این ارتباطات در جهات مختلفی از جمله تأثیرگذاری بر ارزیابی‌ها، کاهش سخت‌گیری‌های قانونی و جذب منابع و نیروی انسانی تأثیرگذار بیان

مشکلات در تأمین منابع انسانی نیز مطرح گردید. در حال حاضر انتخاب نیروی انسانی بیمارستان توسط واحدهای مربوط در دانشگاه انجام می‌شود و نقش بیمارستان در گزینش نیروی انسانی با توجه به مهارت‌ها و توانایی‌های مورد نیازش بسیار محدود است. از سوی دیگر در جواب سؤال «آیا بیمارستان‌ها با کمبود نیرو مواجه‌اند؟» طیفی از پاسخ‌ها از بیش از نیاز بودن تا کمبود شدید نیروی انسانی مطرح شده است. نگرش‌های متفاوت در واحدهای مختلف بیمارستانی و ستادی در زمینه استاندارد تعداد نیروی انسانی وجود دارد که تعامل این واحدها را دچار مشکل می‌کند. مشارکت‌کنندگان بیمارستانی به کمبود نیروی انسانی در بیمارستان اشاره داشتند و چالش کمبود نیرو را علتی برای کاهش کیفیت خدمات بیان نمودند که به فرسودگی نیروی انسانی نیز منجر می‌شود. تعدادی از مشارکت‌کنندگان به توانمندسازی نیروی انسانی نیز اشاره داشتند که در اکثریت موارد بدون مشارکت بیمارستان‌ها و نیازهای آنان توسط دانشگاه طراحی و اجرا شده است. نکته دیگر اینکه بیمارستان‌ها به دلیل محدودیت‌های موجود و پرداخت‌های متمرکز نمی‌توانند بازخورد متناسب با عملکرد کارکنان به خصوص از لحاظ مالی داشته باشند. این امر از چالش‌های مطرح شده توسط آنان در ایجاد انگیزه در کارکنان برای عملکرد بهتر بیان شد.

مصاحبه‌شونده شماره ۵: الان وزارتخانه یکسری خواسته‌ها از ما دارد یا خود جامعه که رضایت بیمار افزایش پیدا کند، برای این مثلاً من باید نیروی خدماتی استخدام کنم که بیمارستان تمیزتر باشد، معاونت توسعه باز میگه نمی‌تونم بگیرم، معاونت درمان هم فقط از دید درمان نگاه می‌کند.

ارزیابی و نظارت:

اگر بیمارستان را به عنوان سیستمی یکپارچه با وظایف مختلف آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات در نظر بگیریم؛ هیچ ارزیابی جامعی از عملکرد کلی بیمارستان براساس اهداف دانشگاه و سلامت جامعه صورت نمی‌پذیرد. تعدد مراجعی که ارزیابی انجام می‌دهند

حساسیت موجب شده است که معاونت توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع و و نیز معاونت درمان به ایجاد واحدهای تجهیزات پزشکی مبادرت ورزند. به عقیده مصاحبه‌شوندگان، واحدهای مربوط در این دو معاونت از دیدگاه و جنبه‌های متفاوتی بر این فرایندها تأثیر می‌گذارند. در واحد تجهیزات پزشکی معاونت توسعه، دیدگاه اقتصادی و فرایندهای تخصصی تجاری مورد نظر است؛ در صورتی که در معاونت درمان به عملکرد فنی براساس شواهد علمی پرداخته می‌شود. این در حالی است که در بخش تهیه تجهیزات بیمارستان‌ها تعامل این دو واحد به صورت شفاف صورت نمی‌پذیرد و روشن نیست که چگونه هر کدام به برآیندی مشترک از تهیه تجهیزات پزشکی براساس ویژگی‌های فنی، تخصصی و مالی دست می‌یابند. تعدادی از مشارکت‌کنندگان از بیمارستان‌ها به متفاوت بودن استانداردها و دستورالعمل‌ها در زمینه تجهیزات پزشکی این دو واحد اشاره می‌کردند. ایده‌های درحال عملیاتی‌شدن متعددی در فرایندهای تهیه تجهیزات پزشکی از طرف تعدادی از مشارکت‌کنندگان ستادی بیان شده است. از اهداف مهم این ایده‌ها رسیدن به شفافیت و مشارکت می‌باشد. ایجاد «کمیته‌های تخصصی تجهیزات پزشکی»، «طراحی فرایندهای مجوزدهی»، «ارائه کمک‌های فنی و تخصصی به بیمارستان‌ها»، «برنامه‌ریزی براساس اهداف سالانه» از جمله موارد مطرح شده است. شرکت‌کنندگان ستادی اعتقاد داشتند بیمارستان‌ها از مسیرهای مختلفی جهت دستیابی به تجهیزاتی که فکر می‌کنند ضروری است، استفاده می‌کنند که لزوماً در همه موارد کارشناسی مناسب انجام نمی‌شود مانند تأمین بودجه مستقل از وزارت بهداشت، خیرین و... آن‌ها معتقدند محدودیت به اندازه‌ای که از سوی بیمارستان‌ها ادعا می‌شود، شدید نیست.

مصاحبه‌شونده شماره ۲۹: بیمارستان‌ها راست نمیکن یعنی مدیر بیمارستان از این حرف‌ها می‌زند ولی قشنگ می‌بینید که یک دستگاه خریده بدون اینکه کارشناسی لازم انجام شود قبلاً به خصوص بیشتر رخ می‌داده.

بیمارستان‌ها در تصمیم‌گیری‌های تأثیرگذار بر آن‌ها، کثرت تصمیم‌گیرندگان و تعدد سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغ شده، که ناهماهنگی در آن‌ها مشکلات بیمارستان‌ها را افزایش می‌دهد، ابهام در ارتباطات رسمی در حوزه‌های کلیدی مانند ارتباط آموزشی با دانشکده‌ها و یا ارتباط با مراکز تحقیقاتی مستقر در بیمارستان‌ها، ارتباطات غیررسمی شکل گرفته در اثر نقایص ارتباطات رسمی، مشکلات مالی و تأمین تجهیزات بیمارستانی، محدودیت اختیار بیمارستان‌ها در زمینه‌گزینش و انتخاب منابع انسانی و دادن بازخورد متناسب با عملکرد به آنها مانند تشویق‌های مالی، نبود نگاه سیستمی به بیمارستان، عدم جامعیت در ارزیابی بیمارستان‌ها به صورت یکپارچه؛ برخی از مهم‌ترین این مشکلات هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی بود که با هدف بررسی چالش‌های ارتباطات ساختاری و عملکردی موجود بین بیمارستان‌های آموزشی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران، با دانشکده‌ها و واحدهای ستادی از دیدگاه آگاهان کلیدی انجام شد. چالش‌های استخراج شده در این مطالعه در حوزه‌های تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری (در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی منتخب)، تأمین منابع، نظارت و ارزیابی و جریان اطلاعات گروه‌بندی گردید. براساس دیدگاه ذی‌نفعان مختلف، در دانشگاه علوم پزشکی منتخب، ساختار متمرکز تحت مدیریت یکپارچه با کنترل و قدرت بالای دانشگاه وجود دارد. در این مدل یک مدیر و ساختار حاکمیتی هم بر بیمارستان و هم بر دانشکده پزشکی نظارت دارد. انتصاب رؤسای دانشکده‌ها، مدیران گروه‌ها، رؤسای بخش‌های بالینی و رؤسای مراکز تحقیقاتی توسط رئیس دانشگاه علوم پزشکی منتخب انجام می‌گردد که خودش منصوب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. شواهد علمی بیانگر این است که چنین مدلی در اثر تمرکز مالکیت و قدرت تصمیم‌گیری می‌تواند باعث افزایش

منجر به تعدد شاخص‌ها و بعضاً تناقض آن‌ها شده و بیمارستان‌ها را دچار مشکل می‌کند.

مصاحبه‌شونده شماره ۳: در ارزیابی عملکرد چک لیستی را ارائه می‌دهند که مثلاً اگر تعداد نیروی انسانی را زیاد کنید امتیاز دارید، مگر اول سال نگفتند نیرو اضافه نکنید، اگر وزیر بخشنامه کرده که نیرو اضافه نشه و شما بابت این دارید امتیاز از من کم می‌کنید و اون بیمارستانی که زرنگی کرده و از طریق ارتباطات و لابی نیرو گرفته امتیازشون بیشتر میشه.

مصاحبه‌شونده شماره ۳: مدیریت بودجه دانشگاه که سیاست‌گذاری بودجه دانشگاه با او است، خبری از این سنجه‌های اعتبار بخشی وزارتخونه نداره. جریان اطلاعات:

دسترسی به اطلاعات واقعی و به‌روز از عوامل مهم در شکل‌گیری ارتباطات مؤثر بین واحدهای سازمانی است. به گفته تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بین فرآیندها و پیامدهای مشخص شده بر روی کاغذ تا واقعیت عملکردی تفاوت زیادی وجود دارد و دسترسی به واقعیت عملکردی از سوی نهاد حاکمیتی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. اطلاعات «پراکنده»، «ناقص»، «نامشخص»، «قدیمی» و «غیر قابل استناد» یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در حوزه اطلاعات است. با وجود توانمندی و ایجاد ظرفیت‌های مهم در حوزه دسترسی اینترنتی برای اکثریت واحدهای فعال در دانشگاه، استفاده مناسبی از این توانمندی نشده است.

مصاحبه‌شونده شماره ۳: شاید اگر آماری از بیمارستان‌ها بخوان شاید آمار درستی ندن شاید بعضی از بیمارستان‌ها دانشگاه برایشون مهم نباشه و کار خودشون رو کنند و مشکلات برای دانشگاه ایجاد بشه. مصاحبه‌شونده شماره ۱۳: اولین کاری که باید انجام شود این است که همه‌چی مکانیزه و شفاف باشد و همه، به همه اطلاعات دسترسی داشته باشند.

به طور خلاصه می‌توان گفت چالش‌های ذکر شده در محورهای فوق باعث شده است تا بیمارستان‌ها در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات دچار مشکلات متعددی شوند. تمرکزگرایی و مشارکت ندادن

مختلف ساختاری باید هماهنگ با هم صورت پذیرد. در غیر این صورت، بیمارستان به اهداف مورد نظر از تحول دست نمی‌یابد [۱۶]. چنانچه مطالعات نشان داده‌اند در هر کشوری بسته به شرایط نظام سلامت، برنامه تغییر در جهت افزایش خودمختاری بیمارستان‌ها خاص آن سیستم بوده و در بخش‌های مختلف یک کشور نیز می‌تواند متفاوت باشد [۱۷-۱۹]. بررسی تغییرات حاکمیتی در بیمارستان‌های دولتی در کشورهای اروپایی که توسط رصدخانه اروپا در مورد سیستم‌ها و سیاست‌های بهداشتی در سال ۲۰۱۱ منتشر شده است، نیز ۸ مدل مختلف خودمختاری را در کشورهای مختلف شناسایی و معرفی کرده است [۲۰].

در حال حاضر در دانشگاه علوم پزشکی منتخب، هریک از دانشکده‌ها و معاونت‌ها مانند معاونت آموزشی، معاونت درمان، معاونت بهداشت و توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع و... به‌طور جداگانه و بدون توجه به سایر واحدهای ستادی، در راستای اهداف خود به نفوذ و تأثیرگذاری در واحدهای نظیر خود در بیمارستان‌ها از طریق انتصابات، آیین‌نامه‌ها، استانداردها، مجوزها و... مبادرت می‌ورزد که منجر به کاهش یکپارچگی در بیمارستان شده است. بیمارستان یک سیستم پیچیده تطبیقی متشکل از اجزا و افراد گوناگون است که تعاملات متعددی با هم دارند و عملکرد مجموعه آنها متفاوت از مجموع عملکرد تک‌تک آنها است [۲۱]. بدیهی است این اجزا در بیمارستان در کنار هم و در تعامل با هم قرار دارند و بر هم تأثیر گذاشته و از هم تأثیر می‌پذیرند. کوچکترین تغییری در بیمارستان بر سایر بخش‌ها و افراد تأثیر می‌گذارد که در بسیاری از موارد این تأثیر غیرقابل پیش‌بینی است. پژوهشگران معتقدند که اقدام اصلی مدیران نظام سلامت در جهت حل مشکلات باید در راستای اصلاح ارتباطات بین افراد و اجزای این سیستم‌های پیچیده با استفاده از اصول تفکر سیستمی باشد [۲۲، ۲۳]. مطالعه انجام گرفته بر بیمارستان‌های دولتی ایران نیز نشان داده است که عدم توجه به ماهیت سیستمی بیمارستان‌ها باعث شده است که تغییرات لازم در ابعاد مختلف ساختاری به

شفافیت اطلاعات مالی، تمرکز استراتژیک، ایجاد تعادل و هم‌افزایی بین آموزش، پژوهش، و ارائه خدمات بالینی شود [۹، ۱۲]. اما مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که در دانشگاه، علیرغم تمرکز ساختاری، تمرکز استراتژیک قابل توجهی وجود ندارد.

خروج از تمرکزگرایی و تغییر در نحوه ارتباطات بیمارستان‌ها با سایر واحدهای دانشگاهی به عنوان راه‌حلی برای کاهش مشکلات مشابه در دنیا تجربه شده است. دانشگاه پنسیلوانیا به دلیل تحمیل مشکلات مالی بیمارستان به دانشگاه به سمت استقلال بیمارستان‌ها حرکت کرد [۱۱]. بیمارستان آموزشی دانشگاه مریلند نمونه دیگری است که به دلیل مشکلات ناشی از فرآیند پیچیده تصمیم‌گیری و تخصیص منابع مالی در دانشگاه مریلند، تحت مدیریت یک شرکت مستقل غیرانتفاعی که توسط دولت تأسیس شد قرار گرفت. این تغییر منجر به موفقیت چشمگیر این بیمارستان در ارائه خدمات کارا در کنار پرداختن به تعهدات آکادمیک به دانشگاه مریلند شد [۷]. در ارتباط دانشگاه پیتزبورگ با دانشکده پزشکی و مرکز پزشکی دانشگاه پیتزبورگ تصمیم‌گیری مشارکتی در مسائل کلیدی، تعهد به مسئولیت‌های اجتماعی و تهیه مجموعه‌ای از تفاهم‌نامه‌های رسمی مورد قبول طرفین مورد تأکید قرار گرفت که از جمله عوامل موفقیت این مدل ارتباطی بوده است [۱۵].

چارچوب ارائه‌شده توسط بانک جهانی برای بررسی چگونگی و نتایج ایجاد تغییر در بیمارستان‌های دولتی که از طریق مرور سوابق و مستندات موجود و تجربه عملی بیمارستان‌ها تهیه گردید، راهنمای مفیدی برای بررسی وضعیت بیمارستان‌ها و نحوه تغییر در آنها است [۱۶]. محققین نتیجه گرفتند که ابعاد مختلف ساختاری بیمارستان‌ها شامل حق تصمیم‌گیری و افزایش اختیار بیمارستان‌ها، مواجهه با بازار، مالکیت بر مانده پول، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در هر تغییری باید مورد توجه قرار گیرد و با توجه به ماهیت سیستمی بیمارستان‌ها و تأثیرات بخش‌ها و کارکردهای مختلف بیمارستان بر هم، تغییر در این ابعاد

صورت منسجم و هم‌زمان انجام نشود که یکی از علل اصلی عدم توفیق مداخلات قبلی همانند برنامه خودگردانی بیمارستان‌ها و یا بیمارستان‌های هیئت امنایی است [۴۲،۲۵].

با در نظر گرفتن چالش‌های موجود، لزوم بازنگری و شفاف‌سازی در ارتباطات بین بیمارستان‌های دانشگاه با دانشکده‌ها و سایر واحدهای دانشگاه با رویکرد افزایش استقلال بیمارستان‌ها در کنار تقویت نقش نظارتی و حاکمیتی واحدهای ستادی بیشتر نمایان می‌شود. با توجه به تجارب قبلی داخل و خارج از کشور [۴۲،۲۵] و با تکیه بر اصول تفکر سیستمی، اگر دانشگاه علوم پزشکی منتخب قصد دارد تا در جهت کاهش مشکلات موجود به سمت کاهش تمرکزگرایی در اداره بیمارستان‌ها حرکت کند؛ نمی‌تواند به افزایش قدرت تصمیم‌گیری بیمارستان‌ها فقط در یک بعد بپردازد و سایر ابعاد را نادیده بگیرد. مثلاً نمی‌توان فقط تصمیم‌گیری در حیطه آموزش یا درمان را به بیمارستان‌ها واگذار کرد ولی در حیطه مالی یا منابع انسانی اختیاری به بیمارستان‌ها نداد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه کیفی عدم دسترسی برای مصاحبه است که با توجه به حمایت مدیریت ارشد، امکان مصاحبه با تمامی ذی‌نفعان مورد نظر حاصل شد. در ضمن مصاحبه شونده‌ها تجارب زیاد و عملی داشته و شناخت کاملی از چالش‌های مورد مطالعه داشتند.

پیشنهاد می‌شود شرایط موجود در کنار جلب مشارکت ذی‌نفعان کلیدی تحلیل شود و با توجه به اصول توصیه شده توسط سایر مطالعات (۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۶)، اصول متناسب با شرایط خود بومی کنیم تا در اجرا دچار کمترین چالش شویم.

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران، به شماره قرارداد ۹۲-۰۴-۷۴-۲۴۹۸۷ می‌باشد.

جدول ۱- مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

سازمان	جایگاه سازمانی	تعداد مصاحبه‌شونده‌ها	جمع
بیمارستان	رئیس بیمارستان	۷	۱۸
	مدیر بیمارستان	۶	
	معاون بیمارستان	۱	
	مسئول بهبود کیفیت	۲	
	مسئول مالی	۱	
	مترون	۱	
دانشگاه	رئیس دانشگاه	۱	۱۳
	معاون رئیس دانشگاه	۳	
	مشاور رئیس دانشگاه	۲	
	مدیر ستادی دانشگاه	۷	
دانشکده‌ها	رئیس دانشکده	۳	۵
	معاون دانشکده	۲	
خبرگان موضوعی شامل افراد پیش‌کسوت دارای سابقه ارزشمند در حیطه مورد نظر		۳	۳
جمع شرکت‌کنندگان		۳۹	۳۹

جدول ۲- حوزه‌های چالشی ارتباط بین بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه با دانشکده‌ها و معاونت‌های دانشگاه

تم محوری	تم	سوابق تم
بیمارستانی	تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری	در سطح وزارت بهداشت: تعدد سیاست‌ها و برنامه‌ها طرح تحول سلامت کمرنگ شدن آموزش و پژوهش در مقایسه با درمان
	تأمین منابع	در سطح دانشگاه علوم پزشکی منتخب: تمرکزگرایی کثرت تصمیم‌گیرندگان و ناهماهنگی در سیاست‌گذاری ابهام در ارتباطات رسمی ارتباطات غیررسمی
	نظارت و ارزیابی	فرآیند نامناسب تأمین منابع مالی و اعتباری فرآیند نامناسب تأمین منابع تجهیزاتی فرآیند نامناسب تأمین منابع نیروی انسانی
	جریان اطلاعات	نقایص ارزیابی‌های موجود از بیمارستان‌ها
		مشکل در دسترسی به اطلاعات واقعی مستندسازی ناکافی تجربه‌های مدیریتی استفاده نامناسب از ظرفیت‌های فناوری اطلاعات

Reference:

- 1- Marandi A. Integrating medical education and health services: the Iranian experience. *Medical Education*, 1966; 30: 4-8.
- 2- Marandi A. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. *Iranian Journal of Medical Education*, 2001; 1: 8-11.
- 3- Bagheri Lankarani K, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran*, 2013; 27(1): 42-9.
- 4- Mehrdad R. Health System in Iran. *JMAJ*, 2009; 52(1): 69-73.
- 5- Petersdorf RG, Wilson MP. The Four Horsemen of the Apocalypse, Study of Academic Medical Center Governance. *Jama*, 1982; 247(8): 1153-61.
- 6- Hastings DA, Crispell KR. Policy-making and governance in academic health centers. *Medical Education*, 1980; 33(4): 8.
- 7- Schimpff SC, Rapoport MI. Ownership and governance of university teaching hospitals: let form follow function. *Acad Med*, 1997; 72(7): 576-88.
- 8- Allison RF, Dalston JW. Governance of University-Owned Teaching Hospitals. *Inquiry*, 1982; 19: 3-17.
- 9- Barrett DJ. The evolving organizational structure of academic health centers: the case of the University of Florida. *Acad Med*, 2008; 83(9): 804-8.
- 10- Karpf M, Perman J, Lofgren R, Melgar S, Butler F, Day Z, et al. Creating an integrated clinical enterprise at the University of Kentucky: the emergence of UK HealthCare. *Acad Med*, 2007; 82(12): 1163-71.
- 11- Medicine AoPo. Governance of Teaching Hospitals: Turmoil at The University of Pennsylvania and The Johns Hopkins University. *THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE*, 2003; 114: 3.
- 12- Culbertson RA, Goode LD, Dickler RM. Organizational models for medical school-clinical enterprise relationships. *Acad Med*, 1996; 71(11): 1258-74.
- 13- Krippendorff, K. Content Analysis. An Introduction to Its Methodology (3rd ed). California, CA: Sage Publications; 2013: 81-85.
- 14- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 2004; 24(2): 105-12.
- 15- Levine AS, Detre TP, McDonald MC, Roth LH, Huber GA, Brignano MG, et al. The relationship between the University Of Pittsburgh School Of Medicine and the University of Pittsburgh Medical Center--a profile in synergy. *Acad Med*, 2008; 83(9): 816-26.
- 16- Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. Washington, DC: World Bank Group; 2003.
- 17- Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. From Corporate Governance to Hospital Governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals board and management. *Health Policy*, 2004; 68(1): 1-15.

- 18- Chawla M, Govindaraj R, Berman P, Needleman J. Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines. Boston: United States Agency for International Development (USAID); 1996.
- 19- Govindaraj R, Obuobi AAD, Enyimayew NKA, Antwi P, Ofosu-Amaah S. Hospital Autonomy in Ghana: The Experience of Korle Bu and Komfo Anokye Teaching Hospitals; 1996.
- 20- Governing public hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- 21- Holden LM. Complex adaptive systems: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52(6): 651-7.
- 22- Anderson RA, McDaniel RRJ. Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review*, 2000; 25(1): 83-92.
- 23- Savigny Dd, Adam T, editors. Systems thinking for health systems strengthening: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2009.
- 24- Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *Int J Health Plann Manage*, 2011; 26(3): 121-37.
- 25- Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *Int J Health Policy Manag*, 2014; 4(4): 207-16.
- 26- Preparing for the introduction of hospital autonomy in Laos: an assessment of current situation and suggestions for policy-making [Internet]. *Int J Health Plann Mgmt*; 2015.
- 27- De Geyndt W. Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. *Soc Sci Med*. 2017 Apr; 179:74-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.02.038. Epub 2017 Feb 27.
- 28- Geng J1, Yu H2, Chen Y1, 3. Preparing for the introduction of hospital autonomy in Laos: an assessment of current situation and suggestions for policy-making. *Int J Health Plann Manage*. 2016 Apr; 31(2):148-66. doi: 10.1002/hpm.2283. Epub 2015 Feb 10.
- 29- Xie Y1, Liang D2, Huang J3, Jin J4. Hospital Ownership and Hospital Institutional Change: A Qualitative Study in Guizhou Province, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 24; 16(8). pii: E1460. doi: 10.3390/ijerph16081460.
- 30- Hsiao B1, Chen LH2, Wu HT1. Assessing performance of Taiwan hospitals using data envelopment analysis: In view of ownership. *Int J Health Plann Manage*. 2019 Jan; 34(1):e602-e616. doi: 10.1002/hpm.2676. Epub 2018 Oct 5.
- 31- Duran A1, Chanturidze T2, Gheorghe A2, Moreno A1. Assessment of Public Hospital Governance in Romania: Lessons from 10 Case Studies. *Int J Health Policy Manag*. 2019 Apr 1; 8(4):199-210. doi: 10.15171/ijhpm.2018.120.

Relationships between Medical Universities and Educational Hospitals: A Review of Challenges

● **Abstract** Abolhasani F¹, Sayarifard A², Ghadiriyan L³, Farshadi M⁴, Rajabi F⁵

Introduction: The relationship between medical universities and teaching hospitals is a challenging issue. Lack of appropriate relations can create challenges in hospital management and its various functions, such as providing services, education and research. Therefore, this study was conducted to understand the current challenges of the relationship a university of medical sciences using different stakeholders' perspectives.

Methods: For data collection, 33 semi structured in-depth interviews and one focused group discussion were conducted. The participants were selected through targeted and snowball sampling, from educational hospitals and university departments. Qualitative content analysis method using qualitative analysis software, MAXQDA, was used for analyzing data. Coding and classification of codes were done by two researchers independently.

Results: After conceptual categorization, the obtained categories were turned into 14 sub-themes and 4 main themes of “decision and policy making”, “resource provision”, “supervision and evaluation” and “information flow”. All these themes are subsets of the main “unity” theme.

Conclusion: analysis of the condition and related challenges emphasized the need for a revision of the relationships between educational hospitals and university departments. According to scientific evidence, this reform should focus on decentralization in order to increase hospitals decision-making power in different aspects. Obviously, due to social responsibility of university and hospitals and the necessity of their accountability to educational expectations and therapeutic needs of the community, the university governance and supervision role should be well defined and implemented correctly.

Keywords: Organizational relationship, Challenges, Line, Staff, Hospital, University Medical Center.

1- Associate Professor of Internal Medicine, National Institute of Health Research, Department of Anatomy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor of Social Medicine, Center for Research and Policy Development, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor of Social Medicine, Center for Research and Policy Development, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Expert in Health Services Management, Research and Policy Development Center of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Associate Professor of Social Medicine, Research and Policy Development Center of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding Author), frajabi@tums.ac.ir