

ساخت و تجهیز بیمارستان های خیر ساز

محبوبه دهقان زاده: کارشناس مسئول امور خیرین معاونت اجتماعی استان یزد

چکیده:

سیر صعودی تکنولوژی جهان و ارتباط زنجیره ای فن آوریها، صنعت بیمارستان سازی را به سوی استفاده از مصالح نوین و تکنولوژی های پیشرفته ساختمانی هدایت می کند زیرا سیستم های رایج صنعت ساختمان در ایران دیگر پاسخگوی نیاز مبرم ساخت فضاهای درمانی با عملکرد مطلوب تر نیست، همچنین سرعت و کیفیت نازل سیستم های مرسوم در مواردی باعث ناتمام رها شدن ساخت بیمارستان ها در ایران می گردد. در این مقاله هدف هماهنگی نهادهای ذیربط در جهت ساخت و تجهیز بیمارستان های ایمن با طراحی های نوآورانه و جلب بیشتر مشارکت های مردمی می باشد.

واژگان کلیدی

صنعتی سازی، بیمارستان سازی، پیش ساختگی، مشارکت مردمی

بیمارستان نیز گرچه مانند حرفه پزشکی تاریخچه‌های بس طولانی دارد ولی از نظر درمان بیماری و ارائه خدماتی چون آموزش پزشکی و تحقیقات علمی قدمت چندانی ندارد. مفهوم کلمه بیمارستان در حال حاضر با گذشته تفاوت دارد. حتی تا شروع قرن بیستم در اغلب نقاط دنیا بیمارستان یک سازمان خیریه بود. مثلاً در کشورهای اروپایی بیمارستانها، مکانهایی برای نگهداری و حمایت از فقرا، معلولان، آوارگان، سالخورده‌گان، ولگردان و... نیز محسوب میشد. در قرون وسطی اولین بیمارستان یا پناهگاه ویژه بیماران روانی در دنیا توسط مسلمانان تأسیس گردید که در آن به مراقبت و درمان بیماران روانی با روشهای خاص خود میپرداختند.

تا قبل از ظهور مسیح در دنیای غرب، محلی که بتوان آن را بیمارستان نامید، وجود نداشت و تا قرن پنجم میلادی مراقبت از بیماران و معلولان، خصوصی انجام میشد. برخلاف غرب پیش از اسلام در دوران شکوه مسلمانان و شکوفایی علم بیمارستانهای متعددی در ایران و اطراف آن عموماً به همت ایرانیان بنا گردیده و ثمره آن به جهان پزشکی آن دوران رسیده است. بیمارستان جندیشاپور، بیمارستان ری، بیمارستان نیشابور، بیمارستان عضدی و بیمارستان معزالدوله دیلمی از جمله این بیمارستانها بودند. اما ساخت اولین بیمارستان به سبک غربی به دوره قاجاریه برمیگردد. در سال ۱۲۹۰، ناصرالدین شاه دستور ساخت یک بیمارستان را صادر کرد. او در یکی از سفرهایش به کشورهای غربی، بیمارستانهای غربیان را دیده بود. ناصرالدین شاه پس از بازگشت به تهران تصمیم گرفت تا بیمارستانی در تهران دایر کند. لذا ناظمالاطباء، پزشک مخصوص خود را مامور تأسیس اولین بیمارستان تهران کرد و به این ترتیب اولین بیمارستان با سبک و سیاق فرنگ در تهران و ایران، در میدان حسنا‌آباد و در محله‌های به نام هشتگنبد در سال 1298 به ریاست مرحوم

ناظمالاطباء تأسیس گردید. این بیمارستان تا سالها به نام «مریضخانه دولتی» نامیده میشد. مریضخانه دولتی در سال ۱۳۱۹ به پاس زحمات پدر طب ایران به بیمارستان سینا تغییر نام داد. از آنجائیکه نظام سلامت به

عنوان یکی از زیر نظامهای اصلی جامعه به دلیل پیچیدگی و مسائل خاص خود در معرض بیشترین تحولات می باشد و در این میان با توجه به هزینه بری امر درمان بویژه احداث و نگهداری بیمارستانها لازم است توجه و مدیریتی جامع بر آن حاکم باشد. پر واضح است که به دلیل سرمایه گذاری کلان انجام شده برای بیمارستانها بایستی بازدهی و کارآمدی آن با ارائه خدمات مراقبتی مطلوب و مورد نظر بیماران و همراهان آنها توأم باشد. از آنجائیکه در این بخش اصولی همچون دسترسی به عدالت، رضایت بیماران، رضایت پرسنل بخش و کارایی منابع، مسئولیتهای متنوعی را فراروی این نظام خدمات اجتماعی قرار می دهد، لذا استقرار مدیریتی جامع در یک چنین حوزه ای از الویت دو چندان برخوردار می گردد با توجه به سرمایه گذاری عظیم در بخش تاسیسات و تجهیزات پزشکی هر بیمارستان، اهمیت وجود یک سیستم دقیق جهت تعمیرات، نگهداری و راهبری مشخص می باشد. برنامه ریزی دقیق در این خصوص می تواند علاوه بر کاهش هزینه ها، عمر مفید سیستم را نیز افزایش دهد. تجربه نشان می دهد به دلیل عدم دقت و توجه به نگهداری صحیح و عدم تعمیرات به موقع سیستم، دستگاه ها قبل از اینکه از طریق اتمام عمر مفید شان از بین بروند مستهلک گردیده و از رده خارج می شوند و هزینه های سنگینی که برای جایگزینی زودرس آنها صرف می شود ضربات جبران ناپذیری به بهر بردار وارد می نماید. پیشرفتهای روزافزون دانش و تکنولوژی پزشکی، تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی و اجتماعی، تغییر الگوی بیماریها، نیازهای پزشکی مردم و رشد شتابان جمعیت سبب گردیده است ارائه خدمات مذکور با مشکلات و موانع جدیدی روبرو گردد، که حل این مشکلات با کمک گرفتن اصول علم مدیریت امکانپذیر است. ضرورت رعایت اصل بهره وری در استفاده از منابع و امکانات موجود در دستیابی به اهداف سازمانی و تلاش در جهت افزایش آنها، بر کسی پوشیده نیست. ، اما، موضوع بهره وری از منابع کمیاب و ارزیابی دقیق آنها برای استفاده مطلوب از منابع، در راستای تامین، حفظ و ارتقای سلامت انسانها در بخش سلامت اهمیت دوچندان می یابد.

زندگی و سلامت افراد بسیاری، در دستان نظام های بهداشت و درمان (سلامت) قرار دارد. از زایمان بی خطر یک نوزاد سالم گرفته تا مراقبت همراه با احترام از یک فرد سالمند، بخش بهداشت و درمان مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در کل دوره زندگی شان دارد. در بخش سلامت، بیمارستان، به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی و آموزشی کشور به شمار می رود که با تسهیلات ویژه خود در بازگشت سلامت جسمانی و روانی افراد بیمار جامعه، آموزش نیروهای متخصص بخش بهداشت درمان، پژوهشهای پزشکی و نهایتاً ارتقا سطح سلامت جامعه نقش اساسی ایفا می کند. از سوی دیگر براساس مطالعه وسیع بانک جهانی، بین ۵۰ تا ۸۰ درصد منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه، به بیمارستانها اختصاص دارد. بنابراین استفاده بهینه و صحیح از منابع آنها بایستی کانون توجه مدیران و مسوولان بیمارستانی قرار گیرد.

بیمارستان های آینده باید هوشمند، سبز و ایمن باشند

یکپارچه سازی و هماهنگی بین همه دستگاه ها و نهادهای مرتبط و فعال در حوزه ساخت بیمارستان و مدیریت منابع و تجهیزات در سطوح نیازسنجی، طراحی، مشاوره، تصویب، پیمانکاری، اجرا، نظارت و بهره برداری به منظور افزایش بهره وری منابع و جلب مشارکت های مردمی براساس آخرین استانداردهای بین المللی و ملی از اهداف اصلی می باشد.

با توجه به معضلات و چالش هایی که در بیمارستان ها دیده می شود و این نیاز احساس می شد که تمام دست اندرکاران بیمارستانی اعم از آنهایی که در ساخت بیمارستان فعال هستند و هم کسانی که در استانداردسازی فرآیندها کار می کنند، باید در مورد شاخص های بیمارستانی به تبادل نظر بپردازند، درحقیقت بحث پایدار بودن و ایمن بودن مسئله ی مهمی می یاشد.

ایران کشوری است که هم اکنون به دنبال تولید انرژی در بیمارستان می باشد، اما این ایده در کشورهای خارجی برای برنامه ی ده سال آینده تدوین شده است و نشان می دهد از این نظر ایران چقدر جلو هست هم اکنون مشکل مشترک ایران و کشورهای خارجی مثل آلمان هم عدم هماهنگی در طراحی و بهره برداری است، چون علم پزشکی و تجهیزات پزشکی هر سال تغییر می کند. در نتیجه باید در ساخت سرعت بیشتری داشته باشیم، تکنیک ها را افزایش دهیم تا تغییر فضا را برایمان راحت تر کند. مسئله ی دیگر نیز هوشمند سازی و تله مدیسن و در جهت جلب رضایت مشتری است که روند رو به رشدی داشته است.

روش پژوهش

مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی، پیمایشی و اسنادی

صنعتی سازی در ساخت بیمارستان ها

طراحی و ساخت بیمارستان ها بعنوان یکی از مهمترین بناهای عمومی و مکانی برای افزایش آسایش و بهبود شرایط جسمی و روانی بیماران همواره از درجه اهمیت زیادی برخوردار است. به همین سبب در ساخت آن عملکرد و طراحی دست در دست هم می دهند و با کارگیری اصول و روش های فنی صحیح و پیشرفته در طراحی و ساخت، سبب بهبود کارایی و کیفیت بیمارستان، افزایش عمر مفید و کاهش هزینه ها در زمان ساخت و بهره برداری آنها خواهند شد.

این روش های پیشرفته ساخت شامل کلیه گروه های ساختمانی (معماری، سازه، تأسیسات برقی و مکانیکی) و می گردد. در صنعتی سازی و پیش ساخته کردن بیمارستان ها می توان با طراحی، ساخت و کنترل دقیق کلیه گروه های ذکر شده بیمارستان هایی با بهترین کیفیت و بیشترین کارایی را ساخت.

در دهه های اخیر در اکثر کشورهای صنعتی و پیشرفته جهان، صنعت بیمارستان سازی نیز در کنار سایر

ساختمان ها در جریان صنعتی سازی ساختمان وارد شده است و با موفقیت هر چه بیشتر به روند خود ادامه می دهد.

در سال های اخیر این جریان در بسیاری از کشورهای آسیایی و حوزه خلیج فارس نیز نتایج چشمگیر و قابل ملاحظه ای داشته است.

مشکلات بیمارستان ها و بیمارستان سازی در ایران

مشکلات بیمارستان ها در ایران به دو دسته در زمان طراحی و ساخت و در زمان بهره برداری قسمت می شود.

عموم این مشکلات عبارتند از عدم طراحی مناسب براساس استانداردها و ضوابط، کوتاهی در طراحی و ساخت صحیح بیمارستان ها با انتخاب گروه های تخصصی طراحی درمانی کم و حتی بی تجربه به دلیل انتخاب و پرداخت دستمزدهای کم جهت طراحی و نظارت در هنگام مناقصات و قراردادهای طولانی شدن زمان ساخت اغلب بیمارستان ها تا ۸ الی ۳۱ سال و در نتیجه کاهش عمر مفید بنا در زمان بهره برداری، عدم پرداخت به موقع صورت وضعیت های مشاوران و پیمانکاران و گاهی متوقف شدن کوتاه یا میان مدت روند ساخت بیمارستان به دلیل عدم تغذیه مالی توسط کارفرما و مجری، اتمام اعتبار ساخت به علت رشد تورم اقتصادی و متوقف شدن صددرصد ساخت تعداد بسیار قابل توجهی بیمارستان و مراکز درمانی در نقاط مختلف کشور، شروع بهره برداری از بیمارستان پیش از تمام شدن کامل ساخت به دلیل افزایش تعداد بیماران، عدم وجود تعداد تخت کافی برای بیماران در نقاط مختلف ایران به جهت رشد سریع جمعیت و روند کند و طولانی مدت ساخت بیمارستان ها و مراکز درمانی، عدم بازسازی و مقاوم سازی بیمارستان های فرسوده، افزایش تعداد بیمارستان های فرسوده با احتمال خطر ریزش و تخریب برخی از فضاها به دلیل عمر مفید بنای بیمارستان، خرابی و از کارافتادگی تأسیسات مکانیکی و الکتریکی به دلیل اجرا، نصب و یا

کیفیت نامناسب مصالح، فرسودگی و توزیع نامناسب بیمارستانها در نقاط مختلف ایران و عدم مقرون به صرفه بودن بازسازی بسیاری از آنها، بودجه بسیار ناکافی برای نوسازی و یا بازسازی بیمارستان های فرسوده، عدم تمایل بسیاری از پزشکان و پرستاران برای کار در بیمارستان های موجود به دلیل عدم داشتن فضای کار و استراحت امن و مناسب،...

با کمی دقت در موارد بالا متوجه خواهیم شد که ۹۲٪ مشکلات در بیمارستان های فعال و یا بیمارستان های در حال ساخت مربوط به زیاد بودن هزینه ها و زمان ساخت، کاهش عمر مفید بنا، دقت و توجه کم در زمان ساخت و کیفیت نامناسب اجرا و مصالح می باشد، که تمام موارد بالا با استفاده از صنعتی سازی ساختمان و پیش ساختگی تا حدود ۹۱٪ قابل برطرف شدن می باشد.

استاندارد سازی بیمارستان

برای نخستین بار مجموعه استانداردهای فضای فیزیکی با عنوان «استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن» زیر نظر وزارت بهداشت و با همکاری دانشگاه هنر تدوین شد.

بیشتر از ۷۰ سال از تأسیس وزارت بهداشت می گذرد، اما [به رغم تلاش های قابل توجهی که در تدوین ضوابط و دستورالعمل های طراحی فضاهای بیمارستانی انجام شده است]، تاکنون مجموعه استانداردهای جامع، منسجم، قابل استناد و مورد تأیید تمامی معاونت های این وزارتخانه در زمینه طراحی فضای فیزیکی بیمارستان وجود نداشته است؛ البته وزارت بهداشت ضوابط طراحی بیمارستانها را تعریف و تعیین کرده بود اما این موارد در قالب گزارش، دستورالعمل، راهنمای طراحی، آیین نامه تأسیس، کتابچه و غیره، در اختیار مشاوران و بهره برداران از فضاهای بهداشتی و درمانی قرار می گرفت نه در قالب یک مجموعه یک پارچه.

به همین سبب وزارت بهداشت در راستای انجام وظایف حاکمیتی خود در تعریف و تعیین ضوابط طراحی بیمارستان‌ها، برای نخستین بار اقدام به تدوین مجموعه کتاب‌هایی با عنوان «استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن» کرده است تا از این پس طراحی بیمارستان‌ها منطبق با استانداردهای مدون و بومی‌سازی شده، به صورت کارآمد و از سوی مهندسان و مشاوران کاردان در زمینه ساخت مجموعه‌های درمانی صورت پذیرد. برای تهیه این مجموعه کتب، می‌توانید به دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی وزارت بهداشت مراجعه کنید.

از اواخر سال ۱۳۸۶ با تلاش و پیگیری مهندس سید محمد مهدی کلانتریان، مدیر کل دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی وزارت بهداشت، تهیه و تدوین استاندارد بیمارستان ایمن به جریان افتاد و با همکاری دکتر بنی‌اردلان، معاونت پژوهشی دانشگاه هنر آغاز شد. حالا بعد از پنج سال تلاش شبانه‌روزی، این کتاب با هدف بهره‌برداری مهندسان مشاور طراح بیمارستان، وارد عرصه‌ی مهندسی مراکز درمانی کشور شده است.

از آنجایی که مراکز درمانی برای بهبود سلامت افراد بیمار جامعه استفاده می‌شود، طراحی نامناسب می‌تواند جان بیماران را به خطر بیندازد یا حتی منجر به فوت آنها شود. جای خالی یک استاندارد مدون در طراحی بیمارستان‌ها، آنان را برآن داشته که این مجموعه را تدوین کنند: «علاوه بر آن طراحی و ساخت یک بیمارستان نیازمند اعتبارات میلیاردی است. طراحی نامناسب و ناکارآمد می‌تواند ضررهای جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد. به همین خاطر با توجه به نبود یک نظام‌نامه جامع و استاندارد یکسان در چگونگی طراحی و اجرای فضاهای درمانی در کشور، هر گروه طراحی و مشاور یا دستگاه‌های اجرایی اعم از دولتی یا خصوصی بنا به تجربه و آیین‌نامه‌های محدود عمل می‌کند که گاهی اشتباهات سلیقه‌ای و تجربی شخصی در آن بالا می‌گیرد. این واقعیت که گریبان‌گیر دست‌اندرکاران این عرصه است، لزوم نگارش یک

استاندارد مدون را با توجه به سوابق و تجربیات چند دهه، همراه با تکنیک‌ها و روش‌های نوین ساخت و نیز برنامه‌های جدید درمان لازم و ضروری می‌سازد.

افزایش سرانه در بخش درمان به ۲،۶ تخت و بهداشت به ۷۵ مترمربع

برای ارتقاء شاخص‌های فیزیکی و عمرانی در حوزه سلامت در بخشی که مربوط به وزارت بهداشت است برنامه کلانی را در معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت برنامه ریزی شده است و در حال اجرا می‌باشد که چند جزء برنامه و زیربرنامه دارد. از جمله برنامه‌های آن در حوزه‌های درمان، بهداشت و مراکز بهداشتی، آموزش و نیازمندی‌های آموزشی در حوزه فیزیکی، نگهداشت منابع و مدیریت این برنامه‌ها و کنترل و تدوین استانداردها است.

کمبود منابع برای ایجاد و توسعه زیرساخت‌ها

طبق بررسی‌های انجام شده در حوزه منابع فیزیکی وزارت بهداشت چالش‌های عمده‌ای وجود دارد، کمبود منابع برای ایجاد و توسعه زیرساخت‌ها از جمله این چالش‌ها است چراکه با توجه به فرسودگی گسترده‌ای که در ساختارها، ساختمان‌ها، تاسیسات و تجهیزات بیمارستانی داریم منابع دولتی کفاف این کارها را نمی‌دهد و برای نگهداری از آنها با توجه به تنوعی که دارند به یک سیستم دقیق‌تری نیاز داریم که بتوانیم به صورت بهینه‌تری از آنها بهره‌بریم. تاخیری که امروز در پروژه‌ها داریم بیشتر به مدیریت، منابع، ساختار و تغییر در محدوده طرح‌ها برمیگردد که مشکلاتی را برای ما ایجاد می‌کند، طبق بررسی‌های انجام شده می‌توان به هدف‌گذاری‌های کلی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت اشاره کرد و نتایج زیر را به دست آورد، در بخش درمان سرانه ۶۷.۱ تخت را به ۶.۲ تخت به ازای هر هزار نفر، در بخش بهداشت سرانه فضای واحدهای بهداشتی را از ۴۴ مترمربع به ۷۵ مترمربع به ازای هر هزار نفر و سرانه فضای استاندارد آموزشی را از ۱۰ مترمربع به ۸.۲۱ مترمربع برای هردانشجو برسانیم.

طبق بررسی ها در ابتدای دولت یازدهم ۹۶ هزار و ۷۶۳ تخت داشتیم که به ازای هر هزار نفر ۶۷.۱ تخت اما برنامه افزایش این تعداد به ۱۶۷ هزار و ۵۰۰ تخت و رسیدن به سرانه ۶.۲ تخت به ازای هر هزار نفر است

هدف گذاری ۵۷۰ بیمارستان فعال در طرح ارتقاء هتلینگ بیمارستانی

طرح ارتقاء هتلینگ بیمارستان های کشور به عنوان یکی از طرح های مهم وزارت بهداشت می باشد. در این طرح ارتقاء هتلینگ ۵۷۰ بیمارستان فعال کشور با تراژ دومیلیون و ۵۰۰ هزار مترمربع هدف گذاری شده است، که تاکنون در بخش بستری ۸۰ درصد، اورژانس ۴۶ درصد، اتاق عمل ۳۵ درصد و عملیات زیربنایی و تاسیسات ۵۷ درصد محقق شده است.

برنامه توسعه و بهبود شبکه بهداشتی از دیگر برنامه های معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت می باشد و در طی سال های گذشته در این موضوع کارهای بسیاری صورت گرفته است اما با نگاه تازه ای که به آن صورت می گیرد می توان برنامه ای را طراحی کرد که بتوان این بخش را به خوبی بهبود و توسعه بخشید و در این طرح اولویت را در بحث تکمیل روستاها و مناطق محروم حاشیه شهرها قرار می دهیم و چندین زیربرنامه از جمله برنامه احداث و تکمیل طرح گسترش شبکه بهداشتی و بازسازی واحدهای بهداشتی و تعمیر و نگهداری آنها را نیز برای آنها در نظر گرفت همچنین طبق چشم اندازی که وجود دارد افزایش سرانه این مراکز از ۴۴ مترمربع به ۷۵ مترمربع به ازای هر هزار نفر است به طوریکه تعداد مراکز جامع سلامت شهری از ۱۱ ۲۹ به ۲۷۱۶ ، مراکز جامع سلامت روستایی از ۱۷۵۶ به ۲۶۲۵ ، پایگاه های سلامت از ۱۰۴۵ به ۹۹ ۴۰ و خانه های بهداشت از ۱۴ هزار و ۶۳۲ به ۱۸ هزار و ۱۷۹ خواهد رسید و به طور کلی باید در این مراکز تعداد مراکز بهداشتی را در قالب یک برنامه پنج ساله ۹۵ تا ۹۹ از ۱۸ هزار و ۵۵۳ فعلی به ۲۷ هزار و ۹۶۱ برسانیم.

طبق فازهای کاری تعریف شده می توان چنین بیان کرد که: در فاز اول این طرح به تکمیل و بهره برداری حدود دوهزار خانه بهداشت و ۵۰ مرکز سلامت جامع شهری و روستایی که پیشرفت فیزیکی آنها حدود ۶۱ درصد است اقدام کرده ایم و خانه های بهداشت تکمیل شده و مراکز جامع شهری و روستایی نیز تا نیمه سال بعد تکمیل می شود. برای فاز دوم خانه های بهداشت دیگر و پایگاه های سلامت و مراکز جامع سلامت شهری و آموزشگاه های بهورزی و تسهیلات زایمانی را هدف گذاری کرده اند.

در این برنامه نیز به تحقق ۸۰۲۱ مترمربع به ازای هر دانشجو خواهیم رسید. در این زمینه باید اقدامی صورت می گرفت تا وضع فضای آموزشی کشور ارتقاء یابد چرا که هر ساله به تعداد دانشجویان اضافه می شود و ما باید فضای مناسب را برای آنها مهیا کنیم به طوریکه این کار مبنای کارهای ما در کشور است.

کاهش زمان و هزینه در منابع و تعمیر تجهیزات پزشکی با سامانه CMMS

یکی دیگر از کارهای مهمی که در حوزه بهداشت صورت گرفته است برنامه نگه داشت منابع و تجهیزات پزشکی (CMMS) است که در قالب بیمارستان های دولتی است، در بحث نگهداشت برای تجهیزات گران قیمتی که برای به دست آوردن آنها تلاش بسیاری می شود و در بیمارستان ها به آنها کم توجهی می شد می توان سامانه ای را طراحی کرد که بتوان از این تجهیزات به نحو احسن نگهداری کند و برنامه ریزی دقیقی را برای تعمیر آنها داشته باشد تا بتوانیم کارایی و بهره وری آنها را بالا برد. به طوریکه در فاز یک آن در سال ۹۶ در ۳۴ بیمارستان حدود ۱۰ هزار تخت را تحت پوشش این سامانه قرار داد و طی سال ۹۷ این تعداد را به ۲۲۴ بیمارستان رساند که حدود ۷۱ هزار تخت را شامل می شود و در فاز بعدی تصمیم بر این است که ۲۵۹ بیمارستان دولتی دیگر به این تعداد اضافه شود. برخی از فواید این سامانه بدین گونه می باشد که: در این سامانه شاهد کاهش ۲۰ درصد مدت زمان رسیدگی به تعمیرات، کاهش ۱۰ درصد هزینه نگهداری و ۲۰ درصد هزینه های نگهداشت در ۳۴ بیمارستان، چهار برابر شدن نسبت هزینه های

پیشگیری به کل هزینه های تعمیرات، افزایش ۸ درصد نرخ بازگشت سرمایه و افزایش اطمینان در دسترس بودن منابع حیاتی هستیم.

خیرین سلامت

برای کمک به حوزه بهداشت و درمان رفع محرومیت‌ها در مناطق کم برخوردار: راهکارهای تاثیر سرمایه گذاری در حوزه سلامت و افزایش بهره وری را باید به گونه ای طراحی و اجرا کنیم تا مشوق حضور حداکثری بخش خصوصی و خیرین در این حوزه و خدمت رسانی بهتر به بیماران باشیم.

مجمع خیرین سلامت کشور با جذب مشارکت‌های مردمی طی مدت ۸ سال فعالیت تاکنون ۲۷۰ واحد فعال در سراسر کشور دارد، مجمع خیرین سلامت کشور بیش از ۷۰ هزار نفر خیر نیکوکار را سازماندهی و بالغ بر ۵۰ هزار میلیارد ریال توسط خیرین ارجمند در عرصه سلامت هزینه کرده که حاصل آن احداث و تجهیز بیش از ۴۶۰۰ واحد درمانی و بهداشتی با هماهنگی وزارت بهداشت و توسط دانشگاه های علوم پزشکی در اقصی نقاط کشور است.

یکی از سیاست‌های اساسی پیش روی مجمع خیرین سلامت کشور فرهنگ سازی برای جلب بیشتر مشارکت‌های مردمی در حوزه پیشگیری و پژوهش و سوق دادن خیرین ارجمند به سمت امور نرم افزاری در عرصه سلامت جهت کاهش هزینه های درمان است.

یکی از اهداف یکپارچه سازی و هماهنگی بین کلیه دستگاهها و نهادهای مرتبط و فعال در حوزه ساخت بیمارستان و مدیریت منابع و تجهیزات در تمامی سطوح است، در این ارتباط ایجاد و احداث بیمارستان های ایمن و پاسخگویی در مواقع بحران و حوادث و بلایای طبیعی با توجه به خصوصیات جغرافیایی و

اقلیمی کشورمان و حوادث اخیر زلزله در مناطق غربی کشور یکی از ضروریات و اولویتهای اساسی در حال حاضر است.

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با تمام توان راهکارهای تقویت نظام سلامت و تامین منابع مورد نیاز و تسهیل در جذب سرمایه گذاری خارجی و نظارت بر اجرای صحیح قوانین را پی گیری می کند از یابی تاب آوری بیمارستانها در هنگام حوادث و بحرانها یکی دیگر از اولویتهای اساسی میباشد که باید در سرلوحه برنامهها قرار گیرد، در این زمینه تشکیل اتاقهای فکر جهت تدوین راهکارها و قوانین و آیین نامههای مورد نیاز و همفکری و همراهی همه متخصصین بسیار راهگشا است.

ارتقاء مکارم اخلاقی و کمک به نیازمندان و مستمندان در کشور

یکی از موارد مهمی که می توان به آن اشاره کرد ، ایجاد عزم ملی برای هماهنگی نهادهای ذیربط و افزایش جلب مشارکتهای مردمی در جهت ساخت و تجهیز بیمارستانهای ایمن با طراحی های نوآورانه به منظور افزایش بهره وری منابع و خدمت رسانی بهتر به بیماران است که خوشبختانه در راستای منشور مجمع خیرین سلامت کشور است.

در کشور ما در این شرایط آن چیزی که بیشتر از همه نیاز است این بوده که ارتقاء مکارم اخلاقی صورت گیرد و چه اخلاقی بالاتر از اینکه ایرانیان به همدیگر مهر بورزند و کمک به مستمندان را سرلوحه زندگی خود قرار دهند.

در شرایط آشوب زده دنیا و همچنین غفلتی که در زندگی مدرن امروزی اتفاق می افتد، داشتن این روحیه هنر است که انسان از مال خودش بگذرد و در راه سلامت و سعادت دیگران هزینه کند.

۲میلیون و ۵۰۰ هزار مترمربع فضای بیمارستانی بهسازی و نوسازی تا کنون

بحث بیمارستان سازی از مهمترین موضوعات حوزه سلامت است، و بیشترین منابع حوزه سلامت جهان در بیمارستانها ثبت میشود همچنین دشوارترین مراقبتها در بیمارستانها بوده و از حیث منابع مالی نیز آمار بالایی را به خود اختصاص می دهد.

ارائه خدمات به بیماران، منابع مالی و نیروی انسانی جایگاه ممتازی را در حوزه سلامت به بیمارستانها داده است، و باید توجه زیادی همچون توجهات علمی و ... به موضوع بیمارستانها داشت.

در جریان طرح تحول سلامت در سه سال اخیر به موضوع بیمارستانها توجه بیشتری شده و با نگاه متفاوتی در جهت رشد آن پیش رفته است همچنین در این مدت از لحاظ بازسازی، توسعه و تجهیزات بیمارستانی اقدامات زیادی صورت گرفته است.

مهمترین ابزار برای رشد خدمات بیمارستانی اصلاح تعرفه ها می باشد در طرح تحول از حیث منابع مالی 56 درصد منابع به حفاظت مالی از مردم و کاهش هزینه های آنها اختصاص یافت و 19.9 درصد صرف نیروی انسانی و 24.1 درصد صرف توسعه زیرساختها شده است.

همچنین از ابتدای اجرای طرح تحول 1800 واحد تک نفره اختصاصی زایمان در 366 بلوک زایمانی ساخته شده و ساخت 182 مرکز سطح یک سرطان نیز انجام گرفته است.

طی سه سال گذشته 120 بخش اورژانس جدید در حال ساخت بوده و یا به بهره برداری رسیده است همچنین 2400 تخت ICU در حال ساخت بوده و تا پایان سال بخش اعظمی از آن به بهره برداری خواهد رسید.

همچنین با اجرای طرح تحول 180 تخت ICU سوختگی و 9 بخش مسمومیت راه اندازی شده و یک هزار تخت روانپزشکی طی روزهای آینده افتتاح خواهد شد.

در حوزه ناباروری نیز 17 بخش جدید در حال ساخت بوده و 24 بخش نیز در حال تجهیز است. در حوزه هتلی‌نینگ بیمارستانی نیز 2 میلیون و 500 هزار مترمربع فضای بیمارستانی بهسازی و نوسازی شده و 27 هزار و 500 قلم تجهیزات پزشکی در میان بیمارستان‌های دولتی توزیع شده است. تعداد زیادی بیمارستان و تخت بیمارستانی تصویب شده بود و تا دولت یازدهم بسیاری از آنها تکمیل نشد ولی خوشبختانه در این دولت نهضت جدیدی در این زمینه ایجاد شد. 21 هزار تخت بیمارستانی در این دولت به بهره برداری می‌رسد، این در حالی است که 12 هزار تخت تاکنون افتتاح شده و سایر برنامه‌های افتتاح نیز تا پایان دولت اجرایی خواهد شد.

نتایج

با فرصت‌هایی که برای سرمایه‌گذاری‌های سودآور اقتصادی فراهم است باید از سطوح بالایی برخوردار باشند تا انگیزه کافی برای ارزش‌آفرینی اجتماعی به دست آورند. در این راستا با سیاستگذاران نظام سلامت نیز پیشنهاد می‌شود برای افزایش فعالیت‌های خیرخواهانه بر شکوفایی در بخش بهداشت و درمان تمرکز کنند

منابع:

- رشید پزوه شهای دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- درگاهی، حسین؛ صدرممتاز، ناصر؛ فرجی، فرزاد؛ استانداردهای بیمارستان، مؤسس هی انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، 1384
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، معاونت امور اجتماعی، دفتر امور بهداشتی و درمان؛ نیاز سنجی، فضایی و الگوی
- .طراحی بیمارستان های تیپ 64 و 100 تخت خوابی؛ مهندسین مشاور نوی، 1383
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، معاونت امور اجتماعی، دفتر امور بهداشتی و درمان؛ نیاز سنجی، فضایی و الگوی .طراحی بیمارستان های تیپ 160 تخت خوابی؛ مهندسین مشاور نوی، 1386
- سازمان برنامه و بودجه، وزارت مسکن و شهرسازی، معاونت امور فنی، دفتر امور فنی و تدوین معیارها، ضوابط طراحی .ساختمان های اداری، نشریه 178
- شامقلی، غلامرضا؛ یکی تا، حامد؛ مفاهیم پایه در طراحی معماری بیمارستان، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی سروش دانش، چاپ دوم، 1391
- شرکت خانه سازی ایران، گروه معماری، بخش تحقیق، بررسی و برنامه ریزی در امور بن اهای درمانی، طرح و عملکرد .بیمارستان، چاپ اول، 1364
-
- شهرداری تهران، معاونت شهرسازی و معماری، دستورالعمل جامع بهسازی و تغییر کاربری بیمارستان ها و مراکز تشخیصی و درمانی موجود شهر تهران؛) جلد اول(، شرکت مهندسی طرح و توسعه جم.

شهرداری تهران، معاونت شهرسازی و معماری، دستورالعمل جامع بهسازی و تغییر کاربری بیمارستان ها

و مراکز تشخیصی و

درمانی موجود شهر تهران؛) جلد دوم(، شرکت مهندسی طرح و توسعه جم.

1:Brooks, A. Social Entrepreneurship: A Modern Approach to Social Venture Creation. Person International Edition; 2008.

2. Certo, S. Miller, T. Social entrepreneurship: key issues and concepts. Business Horizons, 2008; 51: 267-271.

3. Farmer, J. Kilpatrick, S. Are rural health professionals also social entrepreneurs? Social Science & Medicine, 2009; 69: 1651-58.

4. Neck, H. Candida, B. Elaine, A. The landscape of social entrepreneurship. Business Horizons, 2009; 52: 13-19.

5. Luckcock, T. (2008). Spiritual Intelligence in Leadership Development: A Practitioner Inquiry into the Ethical Orientation of Leadership Styles in LPSH. Educational Management Administration & Leadership, 2008; 36: 373-391.

6. Yang, KP. Mao, XY. A Study of Nurses' Spiritual Intelligence: A Cross-sectional Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies, 2007; 44: 999-1010.

7. Kauanui, SK. Thomas, KD. Rubens, A. Sherman, CL. Entrepreneurship and Spirituality: A Comparative Analysis of Entrepreneurs' Motivation. Journal of Small Business & Entrepreneurship, 2010; 23(4): 621-635.

8. Singh, MP. & Sinha, J. Impact of Spiritual Intelligence on Quality of Life. International Journal of Scientific and Research Publications, 2013; 3(5): 1-5.

9. Abbaszadeh, A. Borhani, F. Abbasi, M. Spiritual health, a model for use in nursing. The Iranian Journal of Medical Ethics, 2015; 8(30): 57-76. [in Persian]

10. Chin, STS. Raman, K. Yeow, AJ. Eze, UC. Relationship between Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence in Nurturing Creativity and Innovation Among Successful Entrepreneurs: A conceptual Framework. Procedia-Social and Behavioral Science, 2012; 261-267.

11. Kalantarkousheh, SM. Sharghi, N. Soleimani, M. Ramezani, S. The Role of Spiritual Intelligence on Organizational Commitment in Employees of Universities in Tehran Province, Iran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014; 140: 499-505.
12. Zahra, SA. Gedajlovic, E. Neubaum, DO. Shulman, JM. A typology of social entrepreneurs: Motives, search processes and ethical Challenges. *Journal of Business Venturing*, 2009; 24: 519-532.
13. Naeiji, MJ. Abbasalizadeh, M. Designing a Scale for Measuring Social Entrepreneurship in Cultural Context of Iran Society. *The 1th International Entrepreneurship Conference*, Tehran: Iran; 2010.
14. Baldacchino, D. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. *Nurse Education Today*, 2008; 28(5): 550-62.
15. Lockett, A. Currie, G. Waring, J. Finn, R. Martin, G. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social Science & Medicine*, 2011; 70 (2): 1-