

## تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان: یک مطالعه موردی

علی محمد مصدق‌راد<sup>۱\*</sup>، امین ابن شهیدی<sup>۲</sup>، نازنین عبدالمحمدی<sup>۳</sup>

• پذیرش مقاله: ۹۷/۹/۳۰

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۹/۲۷

• دریافت مقاله: ۹۷/۷/۴



## چکیده

**مقدمه:** استفاده کارآمد از منابع محدود بیمارستان‌ها برای تأمین نیازهای نامحدود مردم ضروری است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش به صورت اقدام‌پژوهی مشارکتی در یک بیمارستان خصوصی شهر اصفهان در بازه زمانی ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ انجام شد. برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین و در آن اهدافی برای افزایش بهره‌وری و کارایی بیمارستان نوشته شد. میزان تأثیر برنامه استراتژیک بر کارایی بیمارستان، قبل و بعد از اجرای آن با استفاده از شاخص‌های متوسط اقامت بیماران، میزان اشغال تخت بیمارستان، گردش تخت و فاصله گردش تخت بیمارستان سنجیده شد. داده‌ها با نسخه ۲۲ نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در سال ۱۳۹۳ میزان اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان به ترتیب ۱۶/۷ و ۲۵ درصد افزایش و متوسط اقامت بیمار و فاصله گردش تخت بیمارستان به ترتیب ۷/۵ و ۵۷ درصد کاهش نسبت به سال ۱۳۹۱ داشت. میزان اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان مورد مطالعه در سال ۱۳۹۳ به ترتیب حدود ۳/۲ و ۷۹/۸ درصد بیشتر از میانگین میزان اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان‌های عمومی کشور بود. متوسط اقامت بیماران و فاصله گردش تخت بیمارستان مذکور در سال ۱۳۹۳ به ترتیب ۵۷ و ۵۴ درصد میانگین اقامت بیماران و فاصله گردش تخت بیمارستان‌های عمومی کشور بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** تدوین و اجرای درست برنامه استراتژیک مناسب منجر به بهبود کارایی بیمارستان می‌شود. بومی‌سازی و استفاده صحیح از مدل‌های مدیریتی توسعه یافته در صنعت منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها می‌شود.

**واژگان کلیدی:** برنامه‌ریزی استراتژیک، کارایی، بیمارستان خصوصی، اقدام پژوهی مشارکتی

**ارجاع:** مصدق‌راد علی محمد، ابن شهیدی امین، عبدالمحمدی نازنین. تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان: یک مطالعه موردی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۳): ۳۴-۳۱۷.

۱. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. فوق تخصص بیهوشی، گروه بیهوشی، بیمارستان سعدی، اصفهان، ایران

۳. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمارستان سعدی، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول: تهران، میدان انقلاب، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

Email: mosadeghrad@tums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۰۶

## مقدمه

بیمارستان‌ها، سازمان‌های خدماتی بوروکراتیک چند تخصصی بسیار پیچیده هستند که نقش حیاتی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی جامعه و آموزش و پژوهش علوم پزشکی دارند (۱). هدف اصلی بیمارستان‌ها پاسخگویی به نیازهای بالینی و غیربالینی مردم جامعه و ارتقای سلامتی آن‌ها است. بیش از نیمی از بودجه نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص داده می‌شود (۲). افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، تقاضای روزافزون برای خدمات بیمارستانی، استفاده از فناوری‌ها و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی و خطاهای پزشکی منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی شده است (۱). بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید به افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها توجه بیشتری داشته باشند. بهره‌وری مجموع اثربخشی و کارایی سازمان است. مدیران باید به‌طور هم‌زمان به اثربخشی و کارایی خدمات بیمارستان‌ها توجه داشته باشند. عدم توجه به کارایی، منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستان‌ها شده و دسترسی به خدمات آن‌ها را محدود می‌کند. از طرف دیگر، اتلاف منابع، کیفیت خدمات بیمارستانی را کاهش داده و در بلندمدت موجب کاهش اثربخشی خدمات بیمارستانی خواهد شد. پژوهش‌هایی، بین کارایی پایین بیمارستان‌ها و مرگ‌ومیر بیمارستانی رابطه آماری معناداری نشان دادند (۳،۴).

کارایی نسبت ارزش پولی ستاده‌ها به داده‌ها است که باید بیشتر از یک باشد. کارایی به حداکثر رساندن منفعت در مقابل هزینه انجام شده یا به حداقل رساندن هزینه برای به دست آوردن یک منفعت مشخص است (۵). سازمان‌های کارآمد اتلاف منابع کمی داشته، از انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری بالاتری

برخوردارند و به سرعت نسبت به تغییرات محیطی واکنش نشان می‌دهند. سازمان‌های کارآمد از چابکی بیشتری برخوردار بوده و به خوبی برنامه‌ریزی شدند تا به طور اثربخش، فرآیندهای کاری را بهبود بخشند. مطالعاتی رابطه آماری معناداری بین کارایی و رضایت بیماران در بیمارستان‌ها نشان دادند (۶،۷). بنابراین، مدیران باید برای افزایش کارایی بیمارستان‌ها تلاش کنند.

با این وجود، کارایی بیمارستان‌های ایران پایین است. یک مطالعه مرور نظام‌مند در سال ۱۳۹۶ با بررسی ۹۱ مقاله پژوهشی اصیل، کارایی بیمارستان‌های ایران را در ۲۰ سال گذشته بین ۰/۵۸۴ و ۰/۹۹۸ ارزشیابی کرد. به عبارتی، بیمارستان‌های کشور در دو دهه گذشته از کارایی لازم برخوردار نبودند (۸). مطالعه نظام‌مند دیگری در سال ۱۳۹۷ با سنتز ۱۶۲ مقاله پژوهشی اصیل، به ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران در دو دهه اخیر پرداخت. پژوهش‌های ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران بیشتر بر بعد کارایی متمرکز بوده و شاخص‌های درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیماران در بیمارستان و گردش تخت بیمارستان، بیشتر برای سنجش کارایی بیمارستان‌ها استفاده شدند. کارایی بیمارستان‌ها در بیشتر مطالعات از کم تا متوسط گزارش شده بود (۹).

عوامل مختلفی مانند فقدان سیستم ارجاع مناسب، سیستم پرداخت نامناسب، قدمت بیمارستان‌ها، اندازه نامناسب بیمارستان‌ها، پیچیدگی خدمات سلامت، نقص در هماهنگی و ارائه خدمات سلامت، استفاده بیش از حد از خدمات سلامت، کمبود کارکنان حرفه‌ای، خرید تجهیزات و ملزومات غیرضروری، نقص تجهیزات بیمارستانی، پذیرش‌های غیرضروری،

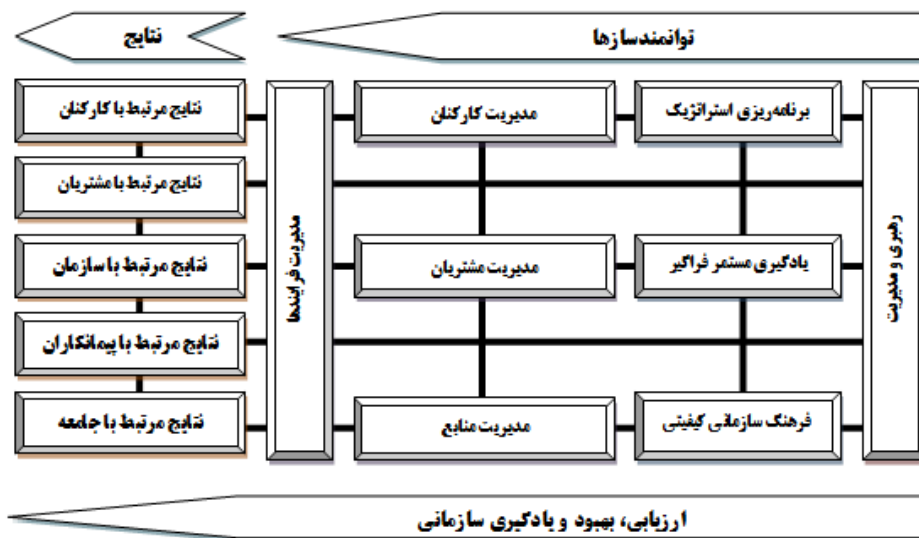
طول مدت اقامت زیاد بیماران، فقدان رقابت، بوروکراسی و پیچیدگی اداری بیش‌ازحد و تخلف و تقلب منجر به عدم کارایی بیمارستان‌ها می‌شود (۸). تخصیص تخت‌های بیمارستانی متناسب با نیاز جامعه، جلوگیری از توسعه غیرضروری بیمارستان‌ها، توزیع صحیح تخت‌ها بین بیمارستان‌ها، توسعه خدمات سرپایی بیمارستان‌ها، تغییر تعرفه‌های پزشکی به گلوبال، آموزش و توانمندسازی مدیران، ارزیابی اقتصادی عملکرد بیمارستان‌ها و ارائه بازخورد به مدیران، استخدام کارکنان متناسب با نیاز بیمارستان، آموزش کارکنان، پرداخت مبتنی بر عملکرد به کارکنان، افزایش انگیزه و رضایت شغلی کارکنان و کاهش بوروکراسی از راهکارهای مهم افزایش کارایی بیمارستان‌ها هستند (۱۰).

برنامه‌ریزی نقش مؤثری در بهبود کارایی و اثربخشی بیمارستان‌ها دارد. از آنجا که برنامه‌ریزی کلاسیک و سنتی پاسخگوی تحولات سریع و پیچیده صنعت سلامت نیست، چند سالی است که برنامه‌ریزی استراتژیک توجه مدیران بیمارستان‌ها را به خود جلب کرده است. برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به سازگاری و تطبیق بهتر سازمان با محیط خارجی آن می‌شود. برنامه‌ریزی استراتژیک شامل تحلیل استراتژیک سازمان و محیط پیرامون آن، تعریف مأموریت سازمان، تعیین دورنما و اهداف استراتژیک سازمان و تدوین استراتژی‌های دستیابی به اهداف سازمانی با توجه به عوامل محیط داخلی و خارجی سازمان و پیش‌بینی آینده سازمان است (۱). به عبارتی، برنامه‌ریزی استراتژیک، علم و هنر پیش‌بینی تغییرات محیط داخل و خارج سازمان، آماده‌سازی سازمان و تخصیص بهینه منابع برای

پاسخگویی مناسب و به هنگام به این تغییرات محیطی است. مدیران سازمان با پیش‌بینی آینده محتمل، به‌طور هدفمند و با عزم راسخ در جهت مزیت برتری حرکت کرده، از منابع در دسترس استفاده بهینه کرده و با استفاده از فرصت‌های موجود، نقاط ضعف خود را برطرف می‌کنند و از تهدیدها اجتناب می‌کنند (۱۱).

ده‌ها مدل برنامه‌ریزی استراتژیک توسط اندیشمندان مدیریت ارائه شده است. بیشتر این مدل‌ها در کشورهای غربی و برای صنایع تولیدی طراحی شدند (۱) که فرهنگی متفاوت با ایران به عنوان یک کشور اسلامی و بخش خدماتی سلامت دارند. استفاده از مدل‌ها و تکنیک‌های نامناسب در برنامه‌ریزی استراتژیک موجب کاهش اثربخشی و کارایی فرآیند تدوین برنامه استراتژیک خواهد شد و در اجرا نیز مشکلاتی برای سازمان ایجاد خواهد کرد (۱۲، ۱۳). مطالعات قبلی میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران را در حد ضعیف تا متوسط گزارش کردند (۱۴، ۱۵). مدیران بیمارستان‌ها باید از یک مدل مناسب با ساختار و فرهنگ بیمارستان خود برای برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده کنند.

مصدق‌راد یک مدل مدیریت استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد (۱۶، ۱۷) که دارای ۸ توانمندساز شامل مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی استراتژیک، یادگیری مستمر فراگیر، فرهنگ سازمانی، مدیریت کارکنان، مدیریت بیماران، مدیریت منابع و مدیریت فرایندهای کاری و ۵ نتیجه مرتبط با کارکنان، بیماران، پیمانکاران، جامعه و سازمان می‌باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱: ساختار مدل مدیریت استراتژیک مصدق راد

اهداف کلی و تاکتیک‌های مناسب برای دستیابی به اهداف اختصاصی سازمان مشخص می‌شوند. در نهایت، برنامه‌های عملیاتی برای اجرای استراتژی‌ها و تاکتیک‌ها تدوین می‌شوند و بودجه برنامه تعیین و تصویب می‌شود (نمودار ۲).

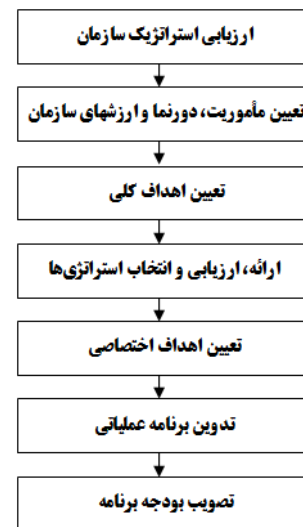
اجرای این مدل برنامه‌ریزی استراتژیک در یک بیمارستان موجب بهبود ۱۰/۱ درصدی رضایت شغلی کارکنان و کاهش ۶۱/۴ درصدی تمایل به ترک سازمان آن‌ها شده بود (۱۸). همچنین، به‌کارگیری این مدل برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به افزایش ۶ و ۸/۶ درصدی کیفیت خدمات بستری و سرپایی بیمارستان و افزایش ۸/۳ درصدی رضایت بیماران بستری و ۲۴ درصدی رضایت بیماران سرپایی شد. زمان انتظار بیماران سرپایی برای دریافت خدمات پزشکان متخصص ۳۳ درصد کاهش یافت. در نهایت، میزان وفاداری بیماران بستری و سرپایی به بیمارستان حدود ۲۰ و ۸۷ درصد افزایش یافت (۱۹).

برنامه‌ریزی استراتژیک یکی از عناصر اصلی این مدل مدیریت استراتژیک است که شامل هفت مرحله می‌باشد (۱). در مرحله اول، با استفاده از یک پرسشنامه ۲۷۰ سؤالی به ارزشیابی محیط داخلی سازمان در ۹ بعد رهبری و مدیریت، برنامه‌ریزی، یادگیری سازمانی، فرهنگ سازمانی، مدیریت کارکنان، مدیریت بیماران، مدیریت منابع، مدیریت فرآیندها و عملکرد سازمان و ارزشیابی محیط خارجی سازمان در ۹ بعد قدرت محصول جایگزین، قدرت مشتریان، قدرت پیمانکاران و قدرت رقبای، عوامل سیاسی و قانونی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تکنولوژیک و محیط‌زیست پرداخته می‌شود. بر اساس تحلیل استراتژیک صورت گرفته، موقعیت استراتژیک سازمان تعیین شود. با توجه به موقعیت استراتژیک سازمان، جهت استراتژیک سازمان شامل مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف کلی و اختصاصی سازمان تعیین می‌شود. سپس، استراتژی‌های دستیابی به

پژوهش‌شوندگان، مشکلات کاری محیط پژوهش را شناسایی کرده، با کمک هم راهکارهایی برای رفع آن‌ها پیدا کرده، ارزشیابی نموده و در نهایت اجرا می‌کنند. این چرخه بهبود چندین بار ادامه می‌یابد تا اهداف تعیین شده حاصل شود (۲۰).

بیمارستان عمومی مورد مطالعه در سال ۱۳۶۱ با ۹۶ تخت تأسیس شد. این بیمارستان در سال ۱۳۹۳ دارای ۱۳۵ تخت فعال، ۱۱ نفر پزشک عمومی مقیم، ۳۰۰ نفر کادر پرستاری، ۸۲ نفر کادر پشتیبانی، ۴۰ نفر کادر پیراپزشکی و ۹۷ نفر کارمند اداری بود. در این پژوهش از مدل برنامه‌ریزی استراتژیک مصدق‌راد برای بهبود کارایی بیمارستان استفاده شد (۱).

کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان با حضور مدیران ارشد و میانی و تعدادی از مدیران عملیاتی تشکیل شد. آموزش‌های لازم در زمینه مدل برنامه‌ریزی استراتژیک و مراحل اجرای آن در بیمارستان به اعضای کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک ارائه شد. سپس، اعضای کمیته برنامه‌ریزی با استفاده از پرسشنامه تحلیل استراتژیک سازمان به ارزشیابی عوامل داخلی در ۹ بعد با ۱۸۰ سؤال و خارجی بیمارستان در ۹ بعد با ۹۰ سؤال پرداختند. بعد از آن، موقعیت استراتژیک بیمارستان تعیین شد و بیانیه‌های مأموریت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف کلی و استراتژی‌های بیمارستان تدوین شدند. سپس، مدیران میانی با همکاری مدیران عملیاتی، اهداف اختصاصی را برای دستیابی به اهداف کلی بیمارستان تعیین کردند و به تأیید مدیران ارشد رساندند. در ادامه، مدیران عملیاتی با همکاری کارکنان اقدامات لازم را برای دستیابی اهداف اختصاصی مشخص کردند. اقدامات مورد نظر به تأیید مدیران میانی و مدیران ارشد بیمارستان در کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک



نمودار ۲: مدل برنامه‌ریزی استراتژیک مصدق‌راد

از سال ۱۳۹۱ کلیه بیمارستان‌های کشور به خاطر برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستانی دارای برنامه استراتژیک هستند. با این وجود، پژوهشی در کشور به بررسی تأثیر برنامه استراتژیک بر کارایی بیمارستان‌های کشور پرداخته است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه استراتژیک بر کارایی بیمارستان انجام شد. این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت، مدیران و کارکنان بیمارستان‌های کشور در زمینه مزایای برنامه‌ریزی استراتژیک و نحوه تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های استراتژیک در بیمارستان ارائه می‌دهد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع اقدام‌پژوهی مشارکتی بود که در یک بیمارستان عمومی با مالکیت خصوصی در شهر اصفهان در بازه زمانی فروردین ۱۳۹۱ تا اسفند ۱۳۹۳ انجام شد. اقدام‌پژوهی مشارکتی یک نوع پژوهش مداخله‌ای است که در آن پژوهشگر با کمک

بستری در یک دوره زمانی معین است. شاخص گردش تخت بیمارستان نسبت تعداد بستری‌شدگان (کل ترخیص‌شدگان و فوت‌شدگان) در یک دوره زمانی خاص به متوسط تخت‌های فعال همان دوره زمانی است. شاخص فاصله گردش تخت بیمارستان بیانگر فاصله زمانی (بر حسب روز) بین ترخیص یک بیمار و پذیرش بیمار بعدی برای هر تخت بیمارستان است. این شاخص میانگین زمان‌های خالی بودن هر یک از تخت‌های بیمارستان را در یک دوره زمانی معین نشان می‌دهد. برای محاسبه شاخص فاصله گردش تخت بیمارستان، اختلاف بین تخت روز کل و تخت روز اشغالی بیمارستان در یک دوره زمانی معین را بر کل ترخیص‌شدگان و فوت‌شدگان همان دوره تقسیم می‌کنند (۵).

کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه و رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش، عدم آسیب به مشارکت‌کنندگان در پژوهش و بی‌طرفی پژوهشگر در کلیه مراحل انجام پژوهش، جمع‌آوری، تحلیل و گزارش اطلاعات رعایت شدند. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ وارد شدند.

#### یافته‌ها

اعضای کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک با تکمیل پرسشنامه تحلیل استراتژیک سازمان به ارزشیابی محیط داخلی و خارجی بیمارستان پرداختند. جدول ۱ نتایج ارزشیابی عوامل داخلی و خارجی بیمارستان را نشان می‌دهد.

بیمارستان رسید و بودجه لازم برای اجرای آن‌ها تصویب شد. فرآیند تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان حدود دو ماه طول کشید. در پایان هر سال، برنامه عملیاتی آن سال با محاسبه شاخص‌های عملکردی بیمارستان و درصد اجرای اقدامات تدوین شده ارزشیابی شد. سپس، برنامه عملیاتی سال بعد با تحلیل استراتژیک مجدد بیمارستان و اعمال تغییرات لازم در اهداف اختصاصی، استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و اقدامات نوشته شد.

برای سنجش اثر این مدل برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان به مقایسه شاخص‌های کارایی بیمارستان قبل و بعد از اجرای مداخله پرداخته شد. علاوه بر این، شاخص‌های کارایی بیمارستان مورد مطالعه در این بازه زمانی با شاخص‌های کارایی تمام بیمارستان‌های عمومی و خصوصی کشور مقایسه شد. شاخص‌های کارایی شامل شاخص‌های متوسط اقامت بیماران، درصد اشغال تخت، گردش تخت و فاصله گردش تخت بیمارستان بودند. شاخص متوسط مدت اقامت بیماران در بیمارستان عبارت است از متوسط دوره‌ای (بر حسب روز) که هر بیمار پذیرش شده در بیمارستان اقامت داشته و به او خدمت ارائه شده است. برای محاسبه این شاخص کل تخت روز اشغالی در یک دوره زمانی را بر کل ترخیص‌شدگان و فوت‌شدگان همان دوره تقسیم می‌کنند. شاخص ضریب اشغال تخت بیمارستان نسبت تخت روز اشغالی به تخت روز کل در یک دوره زمانی معین است که به صورت درصد نشان داده می‌شود. شاخص گردش تخت بیمارستان بیانگر تعداد دفعات استفاده از یک تخت بستری بیمارستان توسط بیماران

جدول ۱: ارزشیابی عوامل داخلی و خارجی در بیمارستان مورد بررسی

| عوامل داخلی                     | ضریب اهمیت | امتیاز      | امتیاز نهایی | عوامل خارجی                     | ضریب اهمیت | امتیاز      | امتیاز نهایی |
|---------------------------------|------------|-------------|--------------|---------------------------------|------------|-------------|--------------|
| رهبری و مدیریت                  | ۰/۱۲       | ۲/۹         | ۰/۳۵         | قدرت محصول جایگزین              | ۰/۱۰۸      | ۳/۲         | ۰/۲۶         |
| برنامه‌ریزی                     | ۰/۱۰       | ۳/۵         | ۰/۳۵         | قدرت مشتریان                    | ۰/۱۲       | ۲/۷         | ۰/۳۲         |
| فرهنگ سازمانی                   | ۰/۱۰       | ۲/۷         | ۰/۲۷         | قدرت پیمانکاران                 | ۰/۱۰       | ۲/۸         | ۰/۲۸         |
| یادگیری سازمانی                 | ۰/۱۰       | ۳/۱         | ۰/۳۱         | قدرت رقبا                       | ۰/۰۹       | ۲/۸         | ۰/۲۵         |
| مدیریت کارکنان                  | ۰/۱۱       | ۲/۶         | ۰/۲۹         | عوامل سیاسی و قانونی            | ۰/۱۵       | ۲/۱         | ۰/۳۱         |
| مدیریت مشتریان                  | ۰/۱۱       | ۳/۲         | ۰/۳۵         | عوامل اقتصادی                   | ۰/۱۳       | ۲           | ۰/۲۶         |
| مدیریت منابع                    | ۰/۰۹       | ۲/۹         | ۰/۲۶         | عوامل اجتماعی و فرهنگی          | ۰/۱۲       | ۲/۹         | ۰/۳۵         |
| مدیریت فرایندها                 | ۰/۱۲       | ۳/۳         | ۰/۴۰         | عوامل تکنولوژیکی                | ۰/۱۱       | ۲/۲         | ۰/۲۴         |
| عملکرد سازمان                   | ۰/۱۵       | ۲/۹         | ۰/۴۳         | عوامل محیط‌زیست                 | ۰/۱۰       | ۲/۲         | ۰/۲۲         |
| <b>امتیاز نهایی عوامل داخلی</b> |            | <b>۳/۰۱</b> |              | <b>امتیاز نهایی عوامل خارجی</b> |            | <b>۲/۴۹</b> |              |

بنابراین، این بیمارستان با توجه به ماتریس ارزشیابی عوامل داخلی و خارجی مصدق‌راد (۱) در موقعیت IV قرار داشت (نمودار ۳). به عبارتی، بیمارستان از لحاظ عوامل داخلی به ویژه در حوزه‌های برنامه‌ریزی، مدیریت فرایندهای کاری، مدیریت

مشتریان (بیماران) و یادگیری سازمانی دارای نقاط قوت خوبی بود، اما در خصوص محیط بیرونی، با تهدیدهای زیادی به ویژه از لحاظ اقتصادی و تکنولوژیکی مواجه بود.

### عوامل داخلی

|             |   |      |      |     |   |
|-------------|---|------|------|-----|---|
|             |   | ۴    | ۳    | ۲   | ۱ |
| عوامل خارجی | ۳ | I    | II   | III |   |
|             | ۲ | IV * | V    | VI  |   |
|             | ۱ | VII  | VIII | IX  |   |

نمودار ۳: ماتریس ارزشیابی عوامل داخلی و خارجی بیمارستان

سیس، مأموریت، دورنما و ارزش‌های بیمارستان تدوین شدند. بیانیه مأموریت بیمارستان عبارت بود از: «بیمارستان ... شهر اصفهان با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، آموزش دیده، متعهد و دلسوز و با استفاده از تسهیلات و تجهیزات مدرن، خدمات مورد نیاز جامعه را در حوزه‌های تخصصی داخلی،

جراحی، زنان و زایمان، قلب و عروق و اورژانس با کیفیت بالا ارائه می‌دهد». بیانیه دورنمای بیمارستان عبارت بود از: «ما بر آنیم تا خدمات بیمارستانی با کیفیت بالا را به نحوی ارائه دهیم که تا پایان سال ۱۳۹۵ در استان اصفهان برترین و مطمئن‌ترین بیمارستان ارائه‌کننده خدمات درمانی باشیم و

- بیمارستان
- G807- تقویت تاب‌آوری سازمانی بیمارستان
- G808- افزایش درآمد بیمارستان به میزان ۱۰ درصد
- G809- کاهش هزینه‌های غیرضروری بیمارستان به میزان ۱۰ درصد
- G8010- ارتقای کارایی بیمارستان به میزان ۱۰ درصد
- با توجه به اهداف کلی و نتایج تحلیل استراتژیک بیمارستان، استراتژی‌های معماری سازمانی (مدیریت ارتباط با کارکنان، پیمانکاران و بیماران)، مدیریت مشارکتی، مدیریت کیفیت، منحصربه‌فرد بودن، توسعه محصول و مدیریت هزینه انتخاب شدند. به عنوان مثال، برای دستیابی به هدف کلی هشتم (بهبود بهره‌وری بیمارستان)، استراتژی‌های مدیریت مشارکتی، مدیریت کیفیت و مدیریت هزینه تعیین شدند. در نهایت، برنامه عملیاتی بیمارستان برای دستیابی به اهداف اختصاصی تدوین شد. در هر سال بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ اقدام در برنامه عملیاتی بیمارستان گنجانده شد. هر اقدام نیز شامل چندین فعالیت بود. به عنوان مثال، تعداد ۵۵۲ اقدام برای هدف کلی هشتم بیمارستان (بهبود بهره‌وری بیمارستان) در سال ۱۳۹۱ نوشته شد. توسعه اورژانس بیمارستان، توسعه پلی کلینیک تخصصی، بهسازی فضای فیزیکی زایشگاه، بخش مامایی، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و داروخانه، راه‌اندازی اتاق مادران پرخطر در بخش مامایی، اصلاح سیستم رسیدگی به شکایات، خرید تجهیزات مورد نیاز بخش‌های مختلف بیمارستان، تعویض زیرساخت شبکه فناوری اطلاعات، توسعه سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان، ایجاد واحد تحقیق و توسعه بیمارستان، تهیه لیستی از
- بیماران، کارکنان، سهامداران و جامعه از خدمات ما کاملاً راضی باشند». در نهایت، بیانیه ارزش‌های بیمارستان عبارت بود از: «مشتری‌مداری، قانون‌مداری، مسئولیت‌پذیری، کارگروهمی، سرعت و دقت در ارائه خدمات، آموزش و توسعه نیروی انسانی، خلاقیت، نوآوری و بهبود مداوم ارزش‌های بیمارستان که منجر به تأمین رضایت بیماران، کارکنان و سهامداران می‌شوند».
- با توجه به مأموریت و دورنمای بیمارستان، اهداف کلی بیمارستان برای سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ این گونه نوشته شد:
- G1: بهبود رضایت کارکنان بیمارستان
- G2: بهبود رضایت بیماران بیمارستان
- G3: بهبود رضایت تأمین‌کنندگان کالاها و خدمات بیمارستان
- G4: بهبود رضایت سهامداران بیمارستان
- G5: بهبود رضایت جامعه از خدمات بیمارستان
- G6: بهبود ایمنی خدمات بیمارستان
- G7: بهبود کیفیت خدمات بیمارستان
- G8: بهبود بهره‌وری بیمارستان
- برای هر هدف کلی بیمارستان، چند هدف اختصاصی نوشته شد. به‌طورکلی ۵۳ هدف اختصاصی برای بیمارستان تعیین شد. به عنوان مثال، برای هدف کلی هشتم «بهبود بهره‌وری بیمارستان» تعداد ۱۰ هدف اختصاصی به شرح زیر نوشته شد:
- G801- تدوین برنامه عملیاتی بیمارستان
- G802- توسعه فضای فیزیکی بیمارستان
- G803- توسعه تجهیزات بیمارستان
- G804- توسعه امکانات آموزشی بیمارستان
- G805- توسعه امکانات پژوهشی بیمارستان
- G806- توسعه سیستم ارتباطات و اطلاع‌رسانی



کتاب‌ها و نوارهای آموزشی مورد نیاز بیمارستان، بازدید از بیمارستان‌های موفق برای الگوبرداری و راه‌اندازی وب‌سایت بیمارستان از جمله اقدامات لازم برای بهبود بهره‌وری بیمارستان بود. مشارکت مدیران و کارکنان بیمارستان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک و عملیاتی خوب بود.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میزان اشغال تخت بیمارستان مورد بررسی در شهر اصفهان از ۵۵/۳ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶۴/۵ درصد در سال ۱۳۹۳ رسید (افزایش ۱۶/۷ درصدی). میزان اشغال تخت تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و بیمارستان‌های خصوصی کشور به ترتیب در این بازه زمانی به میزان ۸/۳ و ۳/۱ درصد افزایش داشت. میزان اشغال تخت بیمارستان منتخب در سال ۱۳۹۳ به ترتیب حدود ۳/۲ و ۱۲/۵ درصد بیشتر از میانگین میزان اشغال تخت تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و بیمارستان‌های خصوصی کشور بوده است.

متوسط اقامت بیمار در بیمارستان مورد مطالعه از ۱/۵۸ روز در سال ۱۳۹۰ به ۱/۴۷ روز در سال ۱۳۹۳ کاهش یافت (کاهش ۷/۵ درصدی). متوسط اقامت بیمار در تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و خصوصی کشور به ترتیب در این بازه زمانی به میزان

۳/۱ و ۵/۱ درصد کاهش داشت. متوسط اقامت بیماران در این بیمارستان در سال ۱۳۹۳ به ترتیب ۵۷ و ۶۷ درصد متوسط اقامت بیماران در تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و خصوصی کشور بوده است.

گردش تخت بیمارستان منتخب از ۱۲۸ بار در سال ۱۳۹۰ به ۱۶۰ بار در سال ۱۳۹۳ رسید (افزایش ۲۵ درصدی). گردش تخت تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و بیمارستان‌های خصوصی کشور به ترتیب در این بازه زمانی به میزان ۱۱/۲ و ۷/۹ درصد افزایش داشت. گردش تخت این بیمارستان حدود ۱/۸ و ۱/۷ برابر تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و بیمارستان‌های خصوصی کشور بود.

در نهایت، فاصله گردش تخت در بیمارستان مورد مطالعه از ۱/۲۷ روز در سال ۱۳۹۰ به ۰/۸۱ روز در سال ۱۳۹۳ کاهش یافت (کاهش ۵۷ درصدی). فاصله گردش تخت در تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و بیمارستان‌های خصوصی کشور به ترتیب در این بازه زمانی به میزان ۲۶ و ۱۱ درصد کاهش داشت. فاصله گردش تخت در این بیمارستان در سال ۱۳۹۳ به ترتیب ۵۴ و ۴۷ درصد فاصله گردش تخت تمام بیمارستان‌های عمومی کشور و خصوصی کشور بود.

جدول ۲: شاخص‌های کارایی بیمارستان منتخب در شهر اصفهان

| سال  | بیمارستان منتخب |                   |          | بیمارستان‌های عمومی کشور |                   |          | بیمارستان‌های خصوصی کشور |                   |          |
|------|-----------------|-------------------|----------|--------------------------|-------------------|----------|--------------------------|-------------------|----------|
|      | درصد اشغال تخت  | متوسط اقامت بیمار | گردش تخت | درصد اشغال تخت           | متوسط اقامت بیمار | گردش تخت | درصد اشغال تخت           | متوسط اقامت بیمار | گردش تخت |
| ۱۳۹۰ | ۵۵/۲۹           | ۱/۵۸              | ۱۲۸      | ۵۷/۶۹                    | ۲/۶۳              | ۸۰       | ۵۷/۶۹                    | ۲/۶۳              | ۱۲۸      |
| ۱۳۹۱ | ۶۱/۱۱           | ۱/۴۱              | ۱۵۸      | ۶۰/۰۱                    | ۲/۶۵              | ۸۳       | ۶۰/۰۱                    | ۲/۶۵              | ۱۵۸      |
| ۱۳۹۲ | ۶۰/۹۸           | ۱/۴۱              | ۱۵۸      | ۶۰/۲۱                    | ۲/۶۵              | ۸۳       | ۶۰/۲۱                    | ۲/۶۵              | ۱۵۸      |
| ۱۳۹۳ | ۶۴/۵۲           | ۱/۴۷              | ۱۶۰      | ۶۲/۴۹                    | ۲/۵۵              | ۸۹       | ۶۲/۴۹                    | ۲/۵۵              | ۱۶۰      |

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان بود. برنامه استراتژیک بیمارستان با همکاری مدیران و کارکنان با استفاده از اقدام پژوهی مشارکتی تدوین، اجرا و ارزشیابی شد. از استراتژی‌های مدیریت مشارکتی، مدیریت کیفیت و مدیریت هزینه برای ارتقای کارایی بیمارستان استفاده شد. مداخلات ساختاری و فرآیندی متعددی در بیمارستان برای افزایش کارایی بیمارستان به کار گرفته شد. ایجاد واحد تحقیق و توسعه بیمارستان، الگوبرداری از بیمارستان‌های بهره‌ور، توسعه بخش‌های پزشکی و پیراپزشکی بیمارستان، خرید تجهیزات مورد نیاز بخش‌های مختلف بیمارستان، ارتقای زیرساخت شبکه فناوری اطلاعات و توسعه سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان و آموزش کارکنان برخی از اقدامات بهبود کارایی بیمارستان بود. در نتیجه این اقدامات، در سال ۱۳۹۳ درصد اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان به ترتیب ۱۶/۷ و ۲۵ درصد افزایش و متوسط اقامت بیمار و فاصله گردش تخت بیمارستان به ترتیب ۷/۵ و ۵۷ درصد کاهش نسبت به سال ۱۳۹۱ داشت. بهبود شاخص‌های کارایی این بیمارستان به مراتب بیشتر از بهبود شاخص‌های کارایی بیمارستان‌های عمومی و خصوصی کشور بود.

مطالعات قبلی هم نشان داده است که برنامه‌ریزی استراتژیک نقش بسزایی در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها و دستیابی به مزیت برتری دارد (۲۳-۲۱). به عنوان مثال، اجرای یک برنامه استراتژیک سه ساله در بیمارستان دانشگاهی ویسکانسین در آمریکا منجر به افزایش ۱/۴ برابری رضایت بیماران، کاهش ۱۷ درصدی متوسط اقامت بیماران، کاهش ۳۸/۵

درصدی میزان جابه‌جایی کارکنان و در نهایت، افزایش ۳/۹ برابری سود بیمارستان شد (۲۱). مطالعه‌ای دیگر در آمریکا در سال ۲۰۰۶ میلادی ارتباط مثبتی بین برنامه استراتژیک و عملکرد مالی ۱۳۸ بیمارستان ایالت تگزاس یافت (۲۲).

در پژوهش حاضر با اجرای برنامه استراتژیک میزان اشغال تخت بیمارستان از حدود ۵۵ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶۴ درصد در سال ۱۳۹۳ افزایش یافت. میزان اشغال تخت بیمارستان‌های عمومی و خصوصی کشور در سال ۱۳۹۳ به ترتیب حدود ۶۲ و ۵۶ درصد بود. به عبارتی، این شاخص در بیمارستان مورد مطالعه بیشتر از میانگین کشوری بود. با توجه به این که، میزان ۸۵٪ اشغال تخت برای یک بیمارستان مطلوب بود، بیمارستان مورد مطالعه همچنان ظرفیت ارائه خدمات بیشتر به بیماران را دارد. میزان اشغال تخت بیمارستان به عواملی نظیر بروز و شیوع بیماری‌ها، تقاضا برای خدمات بیمارستانی، تعداد بیمارستان‌های یک منطقه، رقابت در ارائه خدمات بیمارستانی، شهرت بیمارستان، کارکنان متخصص و متعهد و رضایت شغلی آن‌ها، تسهیلات و تجهیزات پیشرفته و کارآمد، نرخ تعرفه‌ها نسبت به قیمت تمام شده خدمات، کارایی نظام بیمه‌ای، سیاست بیمارستان در مورد مدت اقامت بیمار و رضایت بیماران بستگی دارد (۵). میزان اشغال تخت در بیمارستان‌های مختلف و در کشورهای مختلف متفاوت است. به عنوان مثال، میانگین اشغال تخت بیمارستان‌های کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۱۳ میلادی ۷۷٪ (حداقل ۶۵٪ در آمریکا و حداکثر ۹۴٪ در ایرلند) بود (۲۴).

متوسط اقامت بیماران در بیمارستان مورد مطالعه با اجرای برنامه استراتژیک از ۱/۵۸ روز در سال

۱۳۹۱ به ۱/۴۷ روز در سال ۱۳۹۳ کاهش یافت که کمتر از متوسط اقامت بیماران بیمارستان‌های عمومی (۲/۵۵ روز) و خصوصی کشور (۲/۱۷ روز) در این سال بود. عواملی نظیر سن، جنسیت، نژاد، محل سکونت، شغل و درآمد بیمار، نوع و شدت بیماری، اثربخشی روش درمان، تراکم مراجعان در واحد زمان، پزشک معالج و تعداد بیماران پزشک در روز، میزان فراهم بودن خدمات تشخیصی مورد نیاز، هماهنگی بین پزشک، پرستار و کارکنان تشخیصی، هماهنگی در زمینه ارجاع صحیح بیمار در داخل بیمارستان، هماهنگی بین کارکنان بالینی و اداری، رعایت مسائل ایمنی و بهداشتی در بیمارستان، میزان هزینه‌های بیمارستانی، روش پرداخت هزینه بیمار، پوشش بیمه‌ای و نوع بیمه بیمار، انگیزه‌های اقتصادی ارائه دهندگان خدمات، تمایلات خانواده بیمار برای گذراندن دوره نقاهت بیمار در بیمارستان، تعداد کارکنان بیمارستان، تخصص، مهارت، سلامت و رضایت شغلی کارکنان بیمارستان، تعداد تخت‌های بیمارستان و تجهیزات و تسهیلات پیشرفته آن بر مدت اقامت بیمار در بیمارستان اثر می‌گذارد (۵). میانگین اقامت بیماران در بیمارستان‌های مختلف و در کشورهای مختلف متفاوت است. به عنوان مثال، میانگین اقامت بیماران در بیمارستان‌های کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۱۳ میلادی ۸ روز (حداقل ۴ روز در ترکیه و حداکثر ۱۶ روز در ژاپن) بود (۲۴). مدت اقامت بیماران در بیمارستان مورد مطالعه بسیار پایین بود و کاهش بیش از این توصیه نمی‌شود. کاهش بیش از اندازه مدت اقامت بیمار در بیمارستان منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت به‌ویژه در بخش خدمات سرپایی به خاطر افزایش مراجعات بعدی

بیماران در صورت عدم بهبودی کامل خواهد شد. شاخص گردش تخت بیمارستان مورد مطالعه از ۱۲۸ بار در سال ۱۳۹۰ به ۱۶۰ بار در سال ۱۳۹۳ رسید که به مراتب بیشتر از میانگین این شاخص در بیمارستان‌های عمومی (۸۹ بار) و خصوصی کشور (۹۵ بار) در این سال بود. به عبارتی، از هر تخت بیمارستان مورد مطالعه در سال ۱۳۹۳ حدود ۱۶۰ دفعه استفاده شد. البته با توجه به درصد اشغال تخت ۶۴ درصدی بیمارستان هنوز جا برای افزایش شاخص گردش تخت این بیمارستان وجود دارد. میانگین شاخص گردش تخت بیمارستان‌ها در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۱۳ میلادی ۳۵ بار در سال بود (۲۴). به عبارتی، کارایی بیمارستان‌های ایران در مقایسه با آن بیمارستان‌ها بالا است.

اجرای برنامه استراتژیک موجب شد که شاخص فاصله گردش تخت بیمارستان مورد مطالعه از ۱/۲۷ روز در سال ۱۳۹۰ به ۰/۸۱ روز در سال ۱۳۹۳ کاهش یابد. به عبارتی، پس از ترخیص هر بیمار در بیمارستان مورد مطالعه، بیمار بعدی در کمتر از یک روز، در تخت مورد نظر بستری می‌شد. میانگین این شاخص در بیمارستان‌های عمومی کشور در سال ۱۳۹۳ برابر با ۱/۵ روز بوده است که حدود دو برابر بیمارستان مورد مطالعه بود.

استراتژی مدیریت مشارکتی در بیمارستان مورد مطالعه به کار گرفته شد. برای این منظور از تکنیک نظام پیشنهادها استفاده شد. مدیران با استفاده از این تکنیک مدیریتی، سیستمی ایجاد می‌کنند که کلیه کارکنان، مشتریان و پیمانکاران سازمان، نظرات، ایده‌ها و پیشنهادهای خود را در زمینه حل مشکلات سازمان و بهبود مستمر فعالیت‌ها و خدمات سازمان

شهر اصفهان توانست میزان اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان را ۷ و ۳۱/۵ درصد افزایش و متوسط اقامت بیماران و فاصله گردش تخت بیمارستان را به میزان ۲۵/۳ و ۳۰/۴ درصد کاهش دهد (۲۰). همچنین، اجرای مدیریت کیفیت منجر به افزایش ۲/۸٪ میزان اشغال تخت و ۱۹/۲٪ گردش تخت و کاهش ۱/۴٪ متوسط اقامت بیماران و ۳۵/۶٪ فاصله گردش تخت بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی یک بیمارستان تأمین اجتماعی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ شد (۲۸).

با این وجود، تدوین و اجرای برنامه استراتژیک با چالش‌های متعددی مواجه است. تدوین و اجرای برنامه استراتژیک زمان‌بر بوده و هزینه زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ میلادی بر روی ۲۲۵ شرکت آمریکایی نشان داد که تدوین برنامه استراتژیک سازمان در سال نیازمند حدود ۱۰/۵ روز کاری حدود ۲۲ درصد کارکنان سازمان است. شرکت‌ها به طور متوسط ۳/۱ میلیون دلار خرج تدوین برنامه استراتژیک کردند (۲۹). مطالعاتی به بررسی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های کشور پرداختند. عدم استفاده از مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد، حمایت و مشارکت کم مدیران ارشد، مدیریت و رهبری ضعیف، جابه‌جایی بالای مدیران، رویکرد غیرسیستمی مدیران، اولویت‌های متناقض سازمانی، ساختار نامناسب سازمانی، کمبود بودجه و منابع، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آن‌ها، دانش و مهارت پایین کارکنان و مقاومت آن‌ها نسبت به تغییر، اجرای نادرست استراتژی‌ها و برنامه‌ها، توجه کم به مشتریان، فرهنگ نامناسب سازمانی، کمبود روحیه کار گروهی و تیمی، خلاقیت و ریسک‌پذیری پایین و

ارائه می‌کنند. مدیران پس از بررسی نظرات و پیشنهادها، موارد قابل اجرا را به کار می‌گیرند و برای دوام ارائه پیشنهادها، پاداش مناسبی به پیشنهاد دهنده می‌دهند و او را در منافع حاصل از اجرای پیشنهاد شریک می‌کنند. کارکنان در صورتی که در برنامه‌های سازمان مشارکت فعالی داشته باشند، در اجرای برنامه‌ها، هم همکاری بیشتری خواهند داشت. مطالعات قبلی هم به‌کارگیری استراتژی مدیریت مشارکتی را در بیمارستان‌ها سودمند معرفی کردند (۲۵، ۲۶). اجرای مدیریت مشارکتی (نظام پیشنهادها) در یک بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی در شهر تهران موجب افزایش ۵/۶ درصدی گردش تخت و افزایش ۱۱/۶ درصدی رضایت بیماران شد (۲۵). به‌کارگیری مدیریت مشارکتی در بیمارستانی در قزوین هم منجر به کاهش ۲۶/۵ درصدی زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات سرپایی، افزایش ۱۶/۵ درصدی زمان ویزیت پزشکان و بهبود ۱۴ درصدی رضایت بیماران سرپایی شد (۲۶).

استراتژی مدیریت کیفیت از سال دوم در بیمارستان مورد مطالعه استفاده شد. استراتژی مدیریت کیفیت با ارتقای فرآیندهای کاری منجر به ارائه خدمات با کیفیت به بیماران و کاهش اتلاف منابع بیمارستانی و در نتیجه، افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها می‌شود. پژوهش‌های مشابه دیگری نیز تأثیر مدیریت کیفیت را بر شاخص‌های کارایی بیمارستان‌ها، مثبت ارزشیابی کردند. ظهیری و همکاران با استفاده از گروه‌های بهبود کیفیت، موجب افزایش ۶/۳ و ۶/۸ درصدی میزان اشغال تخت و گردش تخت و کاهش ۲۰ درصدی متوسط اقامت بیماران در بیمارستان لولاگر تهران شدند (۲۷). مصدق راد با اجرای مدل مدیریت کیفیت استراتژیک در یک بیمارستان دانشگاهی در

برنامه‌ریزی استراتژیک را بر عهده داشته باشند. کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان شامل مدیران ارشد و میانی به همراه تعدادی از مدیران عملیاتی باید برای برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان تشکیل شود. مدیر بهبود کیفیت بیمارستان باید نقش تسهیلگر و هماهنگ کننده را بر عهده داشته باشد.

مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید برنامه‌ریزی استراتژیک را به عنوان یک جزء از سیستم مدیریت استراتژیک سازمان خود تلقی کنند. مدیریت استراتژیک فرآیند نظام‌مند تحلیل استراتژیک سازمان، اولویت‌بندی اهداف سازمانی، تعیین جهت و اهداف استراتژیک سازمان، ارائه و انتخاب استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و اقدامات مناسب دستیابی به اهداف، تعیین مسئولیت‌های افراد، تخصیص بهینه منابع مالی، اجرای استراتژی‌ها، توسعه قابلیت‌های استراتژیک سازمان و پایش و ارزشیابی منظم فعالیت‌های سازمان به منظور حصول اطمینان از دستیابی به اهداف استراتژیک است (۱). بنابراین، موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک، نیازمند سازمان‌دهی استراتژیک، تصمیم‌گیری استراتژیک، رهبری استراتژیک و کنترل استراتژیک در سازمان است. داشتن تفکر استراتژیک هم پیش‌نیاز مدیریت استراتژیک محسوب می‌شود. با تغییر نرم‌افزارهای سازمانی، باید تغییراتی هم در سخت‌افزارهای سازمان ایجاد شود.

اجرای هر برنامه تغییر در سازمان با آموزش شروع می‌شود، با آموزش ادامه می‌یابد و در نهایت، با آموزش به پایان می‌رسد. برای اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان ضروری است. مدیران بیمارستان‌ها، باید مدیران سطوح پایین‌تر و کارکنان را در زمینه اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان و نحوه تدوین و

ارتباطات نامناسب سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران هستند (۱۴، ۱۵، ۳۰).

فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک نیازمند صرف هزینه و تأمین منابع است. این هزینه سرمایه‌گذاری محسوب شده و از اتلاف منابع و دوباره‌کاری‌ها در آینده جلوگیری خواهد کرد. دستیابی به نتایج خوب در بیمارستان‌ها نیازمند داشتن ساختارها و فرآیندهای خوب است. بنابراین، مدیران باید ساختارها و منابع لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند تا بتوانند برنامه استراتژیک را به خوبی اجرا کرده و به نتایج خوبی دست یابند. با این وجود، توجه به اصل کارایی در استفاده از منابع سازمانی الزامی است. عدم توجه به کارایی، دستیابی به اثربخشی را هم محدود می‌سازد.

موفقیت یا شکست استراتژی‌ها تا حد زیادی به مدیران سازمان‌ها بستگی دارد. بیمارستان‌ها به مدیران باهوش، فرهیمنده، سیاستمدار، توانا، با تجربه و متعهد نیاز دارند (۱). ثبات، تعهد و حمایت مدیران ارشد مهم‌ترین عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۵، ۳۱). در صورت عدم تعهد مدیران به برنامه‌ریزی استراتژیک، امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم نشده و کارکنان انگیزه لازم را برای اجرای مؤثر برنامه استراتژیک نخواهند داشت. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آن‌ها باید منابع مورد نیاز را برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک فراهم کنند. تعهد و مشارکت فراگیر مدیران منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان خواهد شد (۳۲). مدیران ارشد بیمارستان نباید مسئولیت برنامه‌ریزی استراتژیک را فقط به کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک یا دفتر بهبود کیفیت بیمارستان واگذار کنند. آن‌ها باید خود مسئولیت نهایی

اجرای آن آموزش دهند. تدوین و انتشار کتابچه اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک و پمفلت‌های آموزشی نیز مفید است.

بهره‌وری سازمان‌ها تا حد زیادی به تلاش منسجم کارکنان برای اجرای استراتژی‌های سازمانی به‌منظور دستیابی به اهداف سازمان بستگی دارد. استراتژی‌های سازمانی باید به درستی به کارکنان منتقل شود و توسط آن‌ها درک و پذیرفته شود. تعهد و مشارکت کارکنان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک نقش کلیدی در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها دارد (۱۵، ۳۲). با این وجود، بیمارستان‌ها سیستم‌های پیچیده‌ای سازگاری *Complex adaptive system* هستند که کارکنان آن‌ها محافظه کار بوده و نسبت به تغییرات سازمانی مقاومت می‌کنند. کارکنان در سیستم‌های پیچیده‌ی سازگار از انعطاف‌پذیری بالایی برخوردار بوده و دائم سعی در انطباق با محیط پیرامون خود دارند (۳۳). در چنین سازمان‌هایی کارکنان با یکدیگر در تعامل بوده، به بررسی رفتار یکدیگر می‌پردازند و با تغییر رفتار دیگران، رفتار خود را متناسب با آن تغییر می‌دهند و بدین نحو بقا می‌یابند (۳۴). برای این منظور، مدیران پیش از اجرای هر برنامه تغییر باید کارکنان را در زمینه منافع آن تغییر سازمانی توجیه کنند و در زمینه نحوه اجرای برنامه تغییر آموزش دهند. سپس، اختیارات لازم را به آن‌ها داده، انگیزش لازم را ایجاد کرده و آن‌ها را در راستای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه و تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در این صورت است که کارکنان توانمند شده و در برنامه مشارکت می‌کنند. کارکنان با انگیزه و متعهد، مشارکت بیشتری در تدوین و اجرای برنامه‌های سازمان داشته و نقش به‌سزایی در موفقیت سازمان

دارند. فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک باید مشارکتی و دموکراتیک باشد. مدیران می‌توانند از پاداش‌های مبتنی بر عملکرد نیز برای افزایش مشارکت کارکنان استفاده کنند. بیمارستان‌ها باید دارای نظام قدردانی و پاداش مناسبی باشند و کارکنان به خاطر اجرای برنامه استراتژیک مورد قدردانی و پاداش قرار گیرند. دستیابی به اهداف سازمانی باید به اطلاع کارکنان رسانده شود تا انگیزه لازم برای تداوم همکاری آن‌ها ایجاد شود بنابراین، مدیران باید در یک مراسم رسمی ضمن اعلام موفقیت‌های به دست آمده، از کارکنان قدردانی کنند و بازخوردهای لازم را به آن‌ها دهند.

فرهنگ سازمانی مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک کارکنان یک سازمان است که نگرش‌ها، عادات، رفتارها، نحوه پوشش و انجام کارهای آن‌ها را در سازمان تعیین می‌کند (۱). فرهنگ سازمانی به انسجام کارکنان در درون سازمان و تطبیق سازمان با محیط بیرون آن کمک می‌کند. اجرای استراتژی‌های سازمانی تحت تأثیر فرهنگ سازمان قرار دارد. فرهنگ سازمانی به میزان ۵۰ درصد در موفقیت یا شکست استراتژی‌های سازمانی اثر دارد (۳۵، ۳۶). پژوهش‌های قبلی هم فرهنگ سازمانی را بر موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک تأثیرگذار دانستند (۲۰، ۳۷). فقدان فرهنگ سازمانی مناسب می‌تواند منجر به مقاومت افراد و کاهش انگیزه آن‌ها شود که می‌تواند اجرای برنامه استراتژیک را با مشکل مواجه کند. بهبود ارتباطات سازمانی، توسعه همکاری بین کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان و آموزش کارکنان در زمینه توسعه یک فرهنگ ریسک‌پذیر، مشارکتی و خلاقانه، زمینه‌های فرهنگی لازم را برای اجرای برنامه استراتژیک فراهم می‌کند. اصول بنیادی استراتژی سازمانی باید هماهنگ با ارزش‌های فرهنگ

سازمانی بیمارستان باشد. بنابراین، مدیران باید متناسب با استراتژی انتخاب شده، تغییراتی در فرهنگ سازمانی بیمارستان خود ایجاد کنند تا اجرای استراتژی در سازمان تسهیل شود. در غیر این صورت، اجرای استراتژی در سازمان شکست خواهد خورد.

استراتژی‌ها به دو صورت انقلابی (Revolutionary) و تکاملی (Evolutionary) در سازمان‌ها قابل اجرا هستند. رویکرد تغییر تکاملی و تدریجی، بیشتر برای بیمارستان‌ها به ویژه در کشورهای در حال توسعه مناسب است و با مقاومت کمتری از جانب متخصصان علوم پزشکی مواجه می‌شود. با تغییرات تدریجی در ساختار سازمانی، فرهنگ سازمانی و استراتژی تغییر، زمینه سازگاری، تطبیق و یادگیری در کارکنان فراهم می‌شود. از مدل تدریجی منطقی (Logical-incremental) برای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان مورد مطالعه استفاده شد (۳۸). از رویکرد عقلایی برای تحلیل استراتژیک، تعیین جهت استراتژیک، تدوین اهداف کلی و اختصاصی، تعیین استراتژی مناسب و تدوین برنامه عملیاتی بیمارستان استفاده شد. سپس، از رویکرد تدریجی برای اجرای استراتژی‌های مدیریت مشارکتی، مدیریت کیفیت و مدیریت هزینه برای افزایش کارایی بیمارستان استفاده شد و با تغییرات تدریجی در ساختار، بافتار و فرآیندهای سازمان به تدریج کارکردهای سازمان برای ارتقای عملکرد سازمان بهبود یافتند.

این پژوهش یک مطالعه موردی از تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در یک بیمارستان بود که می‌تواند به عنوان راهنمای برنامه‌ریزی استراتژیک برای سایر بیمارستان‌ها تلقی شود. با این وجود، با توجه به این که این پژوهش در یک بیمارستان خصوصی در شهر

اصفهان انجام شد، نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست و یافته‌های پژوهش باید با احتیاط استفاده شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه با استفاده از مدل برنامه‌ریزی استراتژیک معرفی شده در این پژوهش در سایر بیمارستان‌های کشور انجام شود، تا تصویر بهتری از اثربخشی برنامه استراتژیک و چالش‌های احتمالی آن به دست آید.

### پیشنهادها

بیمارستان‌های کشور به خاطر الزامات اعتباربخشی دارای برنامه استراتژیک هستند ولیکن، موفقیت زیادی از اجرای برنامه‌های استراتژیک حاصل نشد. این پژوهش نشان داد که تدوین و اجرای درست برنامه استراتژیک می‌تواند منجر به افزایش کارایی بیمارستان‌های کشور شود. بومی‌سازی و استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مدیریتی توسعه یافته در بخش صنعت می‌تواند منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها هم شود. مشارکت مدیران و کارکنان به ویژه پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک ضروری است و منجر به تحقق اهداف استراتژیک بیمارستان می‌شود. همچنین، منابع لازم برای اجرای برنامه استراتژیک باید تأمین شود. مدیران بیمارستان‌های کشور باید در زمینه نحوه تدوین و اجرای برنامه استراتژیک آموزش‌های تخصصی دریافت کنند.

علاوه بر این، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم باید دارای یک برنامه استراتژیک باشد تا ضمن تحلیل استراتژیک و تعیین دورنمای نظام سلامت کشور، اولویت‌ها و اهداف استراتژیک نظام سلامت تعیین شوند و استراتژی‌ها و تاکتیک‌های



### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری کلیه مدیران و کارکنان بیمارستان که در این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر می‌کنیم. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این پژوهش کمک کردند، تشکر می‌کنند.

### تضاد منافع

دکتر ابن شهیدی رئیس و سرکار خانم عبدالحمیدی مدیر بیمارستان بودند.

مناسب برای تقویت شش بلوک ساختاری شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و داروها و در نهایت، فرآیندهای ارائه خدمات سلامت به کار گرفته شوند. در این صورت، برنامه‌های استراتژیک پراکنده بیمارستان‌های کشور تحت پوشش چتر برنامه استراتژیک وزارت بهداشت قرار خواهد گرفت و از اثربخشی و کارایی بیشتری برخوردار خواهند بود. همچنین، سیاست‌های ملی نظام سلامت باید به وضوح تدوین شوند تا راهنمای تدوین برنامه استراتژیک سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور باشند.

### References

- Mosadeghrad AM. Essentials of Healthcare Organization and Management. Tehran: Dibagran; 2015. Persian
- Rechel B, Wright S, Edwards N. Investing in hospitals of the future. 1th ed. United Kingdom: WHO Regional Office Europe; 2009.
- Deily ME, McKay NL. Cost inefficiency and mortality rates in Florida hospitals. Health Econ 2006;15(4):419-31. doi:10.1002/hec.1078
- McKay NL, Deily ME. Cost inefficiency and hospital health outcomes. Health Econ 2008;17(7):833-48. doi:10.1002/hec.1299
- Mosadeghrad AM. Handbook of Hospital Professional Organization and Management (2). Tehran: Dibagran; 2004. Persian
- Huerta TR, Harle CA, Ford EW, Diana ML, Menachemi N. Measuring patient satisfaction's relationship to hospital cost efficiency: can administrators make a difference? Health Care Manage Rev 2016;41(1):56-63. doi:10.1097/HMR.0000000000000045.
- Stanowski AC, Simpson K, White A. Pay for Performance: Are Hospitals Becoming More Efficient in Improving Their Patient Experience? J Healthc Manag 2015;60(4):268-85.
- Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: a systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard Salamat 2017;11(3):318-31. Persian
- Mosadeghrad AM, Dehnavi H. Evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review and meta-analysis. Payesh 2018; 17(6):603-15. Persian
- Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. Payesh 2019;18(1):7-21. Persian
- Mosely GB. Managing Health Care Business Strategy. 1th ed. Canada: Jones & Bartlett Learning; 2009.
- Alexander LD. Successfully implementing strategic decisions. Long Range Planning 1985;18(3):91-7. doi.org/10.1016/0024-6301(85)90161-X
- Meyer Junior V, Pascucci L, Murphy JP. Implementing strategies in complex systems: lessons from Brazilian Hospitals. BAR - Brazilian Administration Review 9(SPE):19-37. doi: 10.1590/S1807-76922012000500003
- Sadeghifar J, Jafari M, Tofighi S, Ravaghi H, Maleki MR. Strategic planning, implementation, and evaluation processes in hospital systems: a survey from Iran. Glob J Health Sci 2014;7(2):56-65. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p56.
- Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Esfahani P. Successful implementation of strategic planning in hospitals in Tehran province. Payesh 2017; 16(6): 759- 73. Persian
- Mosadeghrad AM. Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations. TQM Journal 2015; 27(5): 544- 64. doi: 10.1108/TQM-04-2013-0051
- Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: using a Delphi study. Int J



- Health Policy Manag 2013; 1(4): 261-71. doi: 10.15171/ijhpm.2013.55
18. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on job satisfaction among hospital staff: A case study. Journal of Health Based Research 2017; 3(2): 99-114. Persian
19. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on patient satisfaction: a case study. Journal of Health Based Research 2018; 4(1): 13-29. Persian
20. Mosadeghrad AM. Implementing strategic collaborative quality management in healthcare sector. International Journal of Strategic Change Management 2012; 4(3-4): 203-28. doi: 10.1504/IJSCM.2012.051846
21. Sollenberger DK. Strategic planning in healthcare: the experience of the University of Wisconsin Hospital and Clinics. Front Health Serv Manage 2006;23(2):17-31. doi: 10.1097/01974520-200610000-00003
22. Virtue A, Chausalet T, Kelly J. Healthcare planning and its potential role increasing operational efficiency in the health sector: A viewpoint. Journal of Enterprise Information Management. 2013; 26 (1/2):8-20. doi: 10.1108/17410391311289523
23. Kaissi AA, Begun JW. Strategic planning processes and hospital financial performance. J Healthc Manag 2008;53(3):197-208. doi: 10.1097/00115514-200805000-00011
24. OECD. Health at a Glance. Paris: OECD Publishing; 2015. dx.doi.org/10.1787/health\_glance-2015-en
25. Mosadeghrad AM. The role of participative management (suggestion system) in shahid fayazbakhsh hospital effectiveness and efficiency. Journal of Research in Medical Sciences 2003; 8(3): 85-9. Persian
26. Mosadeghrad AM. The role of participative management in outpatients' waiting time, visit time and satisfaction at razi hospital, Qazvin, Iran (2002). Hakim 2004; 7(3): 14-23. Persian
27. Zahiri M, Abedi G, EbadiAzar F. A survey on the effect of Quality Improvement Teams (QIT) in the hospital efficiency. Journal of Health Sciences 2010; 2(3): 75-84. Persian
28. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The effect of quality management on the efficiency of the respiratory intensive care unit in a hospital. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2018;15(4):303-14. Persian
29. Taub S. Is Planning a Waste of Time? Long Range Planning, 2003; 12(4):4.
30. Mosadeghrad AM, Isfahani P. The Challenges of Strategic Planning in Tehran Province Hospitals. Manage Strat Health Syst 2018;3(3):184-200. Persian doi: 10.18502/mshsj.v3i3.248
31. Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, Hosseini-Nejhad SM. The impact of top management turnover on quality management implementation. Med Arch 2013;67(2):134-40.
32. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. Int J Health Care Qual Assur. 2018;31(6):563-74. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2017-0145.
33. Axelrod R, Cohen MD. Harnessing Complexity: Organizational Implications of a Scientific Frontier. New York: The Free Press. 1999.
34. Stacey RD. Complexity and Creativity in Organizations. San Francisco: Berret-Koehler; 1996.
35. Wakefield BJ, Blegen MA, Uden-Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, Wakefield DS. Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. Am J Med Qual 2001;16(4):128-34. doi: 10.1177/106286060101600404
36. MosadeghRad MA. The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. The TQM Magazine 2006; 18(6): 606-25. doi.org/10.1108/09544780610707101
37. Brenes ER, Mena M, Molina GE. Key success factors for strategy implementation in Latin America. Journal of Business Research 2008;61(6):590-8. doi.org/10.1016/j.jbusres.2007.06.033
38. Quinn JB. Strategic change: logical incrementalism. Sloan Management Review 1978, 20(1): 7-21.

## The Impact of Strategic Planning on Hospital Efficiency: A Case Study

Mosadeghrad Ali Mohammad<sup>1\*</sup>, Ebneshahidi Amin<sup>2</sup>, Abdolmohammadi Nazanin<sup>3</sup>

• Received: 26. 09. 2018

• Revised: 18. 12. 2018

• Accepted: 21. 12. 2018



### Abstract

**Background & Objectives:** It is necessary to utilize hospital scarce resources to meet patients' unlimited needs. Hospital managers should pay more attention to efficiency. This study aimed to examine the impact of strategic planning on hospital efficiency in 2012-2014.

**Methods:** A participatory action research was used in this study. The hospital strategic plan was formulated and implemented. There was a goal and objectives for increasing hospital productivity and efficiency in the strategic plan. Hospital efficiency was measured before and after implementing the strategic plan using bed occupancy (BO), patients' average length of stay (LOS) in the hospital, bed turnover (BT) and bed turnover interval (BTI) indicators. Data was analyzed using the SPSS software.

**Results:** The hospital BO and BT rates were increased by 16.7% and 25% respectively in 2014 compared to 2011. The average LOS and BTI rates were reduced by 7.5% and 57% respectively during the same period. The case hospital's BO and BT rates were respectively 3.2% and 79.8% higher than the average of all Iranian general hospitals' BO and BT rates. Patient LOS and hospital BTI rate in the case hospital were 57% and 54% lower than the average of these indicators among the country's general hospitals.

**Conclusion:** Developing an appropriate strategic plan and implementing it properly help to improve hospital efficiency. Adopting and adapting industrial management theories and models could enhance hospitals' performance. Hospital managers should be trained properly in strategic planning formulation and implementation.

**Keywords:** Strategic planning, Efficiency, Private hospital, Participative action research.

**Citation:** Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The Impact of Strategic Planning on Hospital Efficiency: A Case Study. *Journal of Health Based Research* 2018; 4(3): 317-34. [In Persian]

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

2. Anesthesiologist, Department of Anesthesiology, Sadi Hospital, Isfahan, Iran

3. B.Sc in Health Services Management, Sadi Hospital, Isfahan, Iran

\***Correspondence:** Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Pour Sina Street, Enghelab Square, Tehran, Iran

**Tel:** 00982142933006

**Email:** mosadeghrad@tums.ac.ir