



دانشگاه شمال
دانشکده فنی و مهندسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
رشته مهندسی صنایع - مدیریت سیستم و بهره‌وری

عنوان پایان نامه:

ارائه الگوی عمومی نقشه استراتژی بر مبنای کارت امتیازی
متوازن ویژه بیمارستان‌های دولتی ایران

استاد راهنما:

دکتر مجید بهزادیان

استاد مشاور:

دکتر احمد جعفرزاده افشاری

نگارش:

فرشاد عزیزی

زمستان ۱۳۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تشکر و قدردانی

خداوند را شاکرم که به من توفیق کسب علم، فرصت آشنایی با اساتید گرانقدر و نعمت داشتن خانواده ای صبور و دوستانی مهربان عنایت فرمود.

نخست جا دارد از استاد راهنمای گرامیم، دکتر بهزادیان، به خاطر همکاری ها، راهنمایی ها و آموزش های مؤثرشان طی دوران تحصیل و انجام پروژه حاضر سپاسگزاری کنم و سعادت و سلامت خود و خانواده محترمشان را آرزومندم.

از زحمات اساتید گرانقدرم، جناب آقای دکتر جعفرزاده افشاری، جناب آقای دکتر محمدپور عمران، جناب آقای دکتر رضوی و جناب آقای دکتر صالحی عمران کمال تشکر را دارم، بی تردید راهنمایی ها و آموزش های ایشان در طول دوران تحصیل برای اینجانب در طول انجام پژوهش راه گشا بود.

در نهایت از همکاری و کمک های صمیمانه تمامی عزیزان در گروه مهندسی صنایع دانشگاه شمال به ویژه جناب آقای مهندس کاوه، مدیر گروه محترم، تشکر می کنم. به ویژه لازم می دانم از کمک های جناب آقای دکتر سلیمانی در انجام پروژه مراتب سپاس و قدردانی را بجای آورم.

تقدیم به

پدر بزرگوارم و

مادر مهربانم ،

که با فراهم آوردن محیطی آرام و دلگرم کننده،

مجال تحصیل در سایه رفاه و آرامش را برایم امکانپذیر ساختند.

چکیده

بهبود و ارتقاء سیستم های بهداشت و درمان به منظور دستیابی به اهداف و چشم اندازهای ترسیم شده نیازمند تغییرات گسترده‌ای در سنجش و مدیریت استراتژیک هستند. بیمارستان ها به عنوان بخش مهمی از سیستم های سلامت در هر کشوری می توانند از طریق مدیریت عملکردشان بیشترین تأثیر را در رسیدن به اهداف و چشم اندازهای مذکور داشته باشند. از طرف دیگر، کارت امتیازی متوازن (BSC) و نقشه های استراتژی از توانمندترین و موفق ترین ابزار مدیریت استراتژیک در سال های اخیر هستند بطوریکه تعداد زیادی از بیمارستان های پیشرو در سرتاسر جهان بکارگیری موفقیت آمیز کارت امتیازی را گزارش کرده اند. این مطالعه قصد دارد تا یک الگوی عمومی نقشه استراتژی بر مبنای رویکرد کارت امتیازی متوازن را ویژه بیمارستان های دولتی ایران ارائه دهد. این نقشه می تواند ترجمه چشم انداز و مأموریت این بیمارستان ها را به اهداف استراتژیکشان شفاف سازد. به این صورت که، ابتدا یک مرور جامع بر کاربردهای کارت امتیازی متوازن در سیستم های بهداشت و درمان به منظور طراحی یک الگوی عمومی مقدماتی صورت پذیرفت. در بخش بعدی، روش دلفی برای اعتبارسنجی و تصدیق الگوی عمومی مقدماتی از دیدگاه متخصصین و خبرگان اجرا گردید. در نهایت، یافته اصلی این پژوهش، "الگوی عمومی نقشه استراتژی" نشان می دهد که چشم اندازهای ترسیم شده برای بهداشت و درمان در اسناد ملی (خصوصاً ۱۴۰۴) شذنی و قابل دستیابی هستند و نقشه های راهی (از جمله نقشه های استراتژی) برای کمک به سازمان های بهداشت و سلامت، خصوصاً بیمارستان ها، به منظور متمرکز کردن عملکردشان بر اهداف و چشم اندازهای ترسیم شده.

واژگان کلیدی: کارت امتیازی متوازن، نقشه استراتژی، بیمارستان دولتی، مدیریت استراتژیک

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول - کلیات تحقیق

۲	مقدمه
۲	۱-۱- عنوان تحقیق
۲	۲-۱- ضرورت تحقیق
۳	۳-۱- بیان مسئله و طرح سؤالات تحقیق
۴	۳-۱-۱- چرا BSC و نقشه استراتژی؟
۷	۳-۱-۲- آیا BSC می تواند چارچوبی در سطح ملی باشد؟
۷	۳-۳-۱- چرا الگویی عمومی؟
۸	۴-۱- اهداف جزئی و کلی
۸	۵-۱- روش شناسی تحقیق
۸	۶-۱- روش گردآوری اطلاعات و داده‌ها
۹	۷-۱- جامعه نمونه خبرگان
۹	۸-۱- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۰	۹-۱- کاربردهای تحقیق
۱۰	۱۰-۱- مراحل تحقیق
۱۱	۱۱-۱- تعریف واژگان کلیدی

فصل دوم- بررسی وضعیت شاخص‌های سلامت و بیمارستان‌ها در ایران

۱۳	مقدمه
۱۳	۱-۲- بررسی وضعیت سلامت ملی در ایران و منطقه
۱۴	۲-۱-۱- هزینه‌های سلامت
۱۹	۲-۱-۲- منابع فیزیکی و انسانی
۲۵	۳-۱-۲- مروری بر آمار شاخص‌ها
۲۸	۲-۲- ارزشیابی و سنجش عملکرد و کارائی در بیمارستان‌های کشور
۲۹	۲-۲-۱- DEA
۳۱	۲-۲-۲- جایزه کیفیت مالکم بالدريج
۳۳	۳-۲-۲- BSC

فصل سوم- ادبیات و مرور مقالات

۳۶	مقدمه
۳۶	۱-۳- ادبیات
۳۶	۱-۱-۳- بهداشت و درمان
۴۰	۲-۱-۳- BSC
۴۲	۱-۲-۱-۳- توسعه BSC
۴۳	۲-۲-۱-۳- مفاهیم اساسی BSC
۴۸	۳-۲-۱-۳- مفهوم توازن در BSC
۴۸	۴-۲-۱-۳- BSC در محیط غیرانتفاعی
۴۹	۵-۲-۱-۳- نقدهای وارد بر BSC
۵۰	۳-۱-۳- BSC در بهداشت و درمان
۵۵	۴-۱-۳- مقایسه BSC با دیگر سیستم های سنجش
۵۷	۲-۳- مرور و تحلیل مقالات
۵۷	۱-۲-۳- گردآوری مقالات و استخراج اطلاعات
۶۷	۲-۲-۳- تحلیل مقالات
۷۳	۱-۲-۲-۳- حوزه های کاربرد
۷۳	۲-۲-۲-۳- نسل (سطح) BSC
۷۴	۳-۲-۲-۳- منظرهای بکار رفته
۷۶	۴-۲-۲-۳- سنجه ها
۷۸	۳-۲-۳- جمع بندی

فصل چهارم- طراحی الگوی عمومی نقشه استراتژی

۸۱	مقدمه
۸۱	۱-۴- طراحی الگوی مقدماتی نقشه استراتژی
۸۵	۱-۱-۴- مراحل گام به گام طراحی الگو
۸۵	۱-۱-۴- چشم انداز و رسالت
۸۶	۲-۱-۴- منظرها
۹۱	۳-۱-۴- اهداف استراتژیک
۱۰۲	۴-۱-۴- روابط علی و معلولی و نقشه استراتژی
۱۰۴	۲-۴- طراحی الگوی نهایی نقشه استراتژی
۱۰۴	۱-۲-۴- روش دلفی

- ۱۰۴----- ۴-۲-۱-۱- اجزاء دلفی
- ۱۰۶----- ۴-۲-۱-۲- فرآیند دلفی
- ۱۰۷----- ۴-۲-۲- اجرای دلفی برای طراحی الگوی نهایی نقشه استراتژی
- ۱۰۹----- ۴-۲-۲-۱- فعالیت قبل از شروع فرآیند
- ۱۱۰----- ۴-۲-۲-۲- راند اول
- ۱۱۱----- ۴-۲-۲-۳- راند دوم
- ۱۱۴----- ۴-۲-۲-۴- راند سوم
- ۱۱۵----- ۴-۲-۲-۵- تصویب طرح نهایی

فصل پنجم - یافته‌ها و پیشنهادات

- ۱۱۹----- ۵-۱- یافته‌های تحقیق
- ۱۲۰----- ۵-۲- پیشنهادات
- ۱۲۰----- ۵-۳- محدودیت‌های تحقیق
- ۱۲۱----- منابع و مراجع
- ۱۳۸----- پیوست الف- پرسشنامه راند دوم
- ۱۴۴----- پیوست ب- پرسشنامه راند سوم

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۰	جدول ۱-۲- فراوانی بیمارستان و تعداد تخت بیمارستان‌ها
۲۱	جدول ۲-۲- مقایسه سهم گروه‌های نیروی انسانی در گروه‌های چهارگانه بیمارستان‌ها
۲۲	جدول ۳-۲- نسبت نیروی انسانی به تفکیک نوع و گروه‌های بیمارستانی
۲۶	جدول ۴-۲- شاخص‌های سلامت کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی
۵۹	جدول ۱-۳- اطلاعات مقالات گردآوری شده
۶۷	جدول ۲-۳- چگونگی پراکندگی مقالات در انتشارات
۶۸	جدول ۳-۳- چگونگی پراکندگی مقالات در مجلات
۷۰	جدول ۴-۳- اطلاعات استخراج شده از مقالات مطالعه موردی
۷۸	جدول ۵-۳- بررسی مقالات مطالعه موردی از نظر ویژگی‌های مفهومی
۸۹	جدول ۱-۴- رویکرد تأمین مالی بیمارستان‌ها در نظام‌های سلامت
۹۳	جدول ۲-۴- ابعاد کیفی پیشنهادی توسط تئوری پردازان در مراقبت‌های درمانی
۹۴	جدول ۳-۴- مضامین و اهداف استراتژیک منظر بیمار و جامعه
۹۸	جدول ۴-۴- مضامین و اهداف استراتژیک منظر فرآیندهای داخلی
۱۰۱	جدول ۵-۴- مضامین و اهداف استراتژیک منظر یادگیری و رشد
۱۰۱	جدول ۶-۴- مضامین استراتژیک منظر تأمین منابع مالی
۱۰۹	جدول ۷-۴- مشخصات گروه متخصصین دلفی
۱۱۱	جدول ۸-۴- میانگین سطح توافق متخصصین در راند دوم
۱۱۲	جدول ۹-۴- شاخص‌های پیشنهادی محقق
۱۱۵	جدول ۱۰-۴- میانگین سطح توافق متخصصین در راند سوم
۱۱۷	جدول ۱۱-۴- مجموعه شاخص‌های پیشنهادی

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۹	شکل ۱-۱- روش شناسی تحقیق
۱۰	شکل ۱-۲- مراحل تحقیق
۱۳	شکل ۱-۲- موقعیت جغرافیایی ایران
۱۳	شکل ۲-۲- مرزهای مشترک ایران
۱۶	شکل ۳-۲- سرانه کل هزینه سلامت در سال ۲۰۰۷
۱۶	شکل ۴-۲- درصد سهم هزینه‌های دولت از کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۰۷
۱۷	شکل ۵-۲- درصد سهم هزینه‌های دولت در سلامت از کل هزینه‌های دولت در سال ۲۰۰۷
۱۸	شکل ۶-۲- روند هزینه‌های سلامت برحسب فرآهم کنندگان مختلف طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۱
۲۴	شکل ۷-۲- تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۹
۲۴	شکل ۸-۲- تعداد پرستاران به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۹
۲۵	شکل ۹-۲- حوزه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی
۴۱	شکل ۱-۳- رویکرد BSC در ترجمه استراتژی
۴۸	شکل ۲-۳- نمونه نقشه استراتژی
۵۸	شکل ۳-۳- فراوانی مقالات برحسب نوع و سال
۸۲	شکل ۱-۴- آمادگی گروه‌های مختلف سازمان برای تغییر استراتژیک
۸۳	شکل ۲-۴- مراحل و نتایج رویکرد BSC در سازمان‌های بهداشت و درمان
۹۰	شکل ۳-۴- عنوان و توالی منظرها در الگوی پیشنهادی
۱۰۳	شکل ۴-۴- الگوی مقدماتی نقشه استراتژی
۱۰۸	شکل ۵-۴- فرآیند اجرای متد دلفی در طراحی الگوی نهایی
۱۱۲	شکل ۶-۴- الگوی مقدماتی ویژه پرسشنامه راند دوم
۱۱۶	شکل ۷-۴- طرح نهایی الگوی عمومی نقشه استراتژی ویژه بیمارستان‌های کشور

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

شروع هر پژوهش همراه است با تبیین مسأله و روشن شدن وجوه مختلف آن و سپس شناسایی راه حلی برای فائق آمدن بر این مسأله. لذا در این فصل، مسأله، حل مسأله و دلیل گزینش این روش حل شرح داده خواهند شد. همچنین اجزای پژوهشی این مطالعه از جمله تعریف واژگان کلیدی، روش شناسی تحقیق و روش گردآوری و تحلیل اطلاعات بیان خواهند شد.

۱-۱- عنوان تحقیق

"ارائه الگوی عمومی نقشه استراتژی بر مبنای رویکرد کارت امتیازی متوازن ویژه

بیمارستان‌های دولتی ایران"

۱-۲- ضرورت تحقیق

لزوم طراحی یک الگوی عمومی مدیریت استراتژیک در بخش بهداشت و درمان و برای اولین بار در کشور، و به طور ویژه برای بیمارستان های دولتی، نشأت گرفته است از نیاز به شفاف سازی مسیری جهت رسیدن به اهداف این حوزه در راستای چشم اندازهای ملی. بنا بر اهداف ترسیم شده در چشم انداز ۱۴۰۴، رسیدن به جایگاه نخست در منطقه، در حوزه سلامت یکی از جنبه های مورد تأکید می باشد که دست یابی به چنین جایگاهی، مستلزم بهبود مستمر در بخش های مختلف بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. ارتقای سلامت، صرف نظر از یک وظیفه اخلاقی، مقوله ای اجتماعی و اقتصادی است و هر نوع برنامه ریزی خدمات بهداشتی، درمانی باید جزئی از نگرش جامع سیاست بهداشتی بوده و در نهایت بخشی از طرح یکپارچه توسعه پایدار را تشکیل دهد (مرندی و همکاران، ۱۳۷۷). کمک به ارتقاء کیفیت ارائه خدمات در بیمارستان ها به عنوان بخشی اصلی، و حتی شاید اصلی-ترین بخش، در حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق طراحی الگویی عمومی برای بیمارستان ها به عنوان نقشه راهی برای طی کردن مسیر مذکور جهت هدایت به سمت چشم انداز، مسئله اصلی این تحقیق می باشد.

۱-۳- بیان مسئله و طرح سؤالات تحقیق

بیمارستان‌ها برای بهبود عملکردشان نیاز دارند تا همزمان با کنترل هزینه‌ها، کیفیت خدمات را نیز بهبود دهند. هزینه‌های پزشکی نیز به افزایش خود ادامه می‌دهند و نسبت رو به رشدی از تولید ناخالص ملی (GNP) در سطح جهانی را مصرف می‌کنند. فشار هزینه‌ها تغییرات شدیدی را در محیط مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کرده است. رقابت بین امکانات بهداشت و سلامت عمومی همه سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی را مجبور کرده که هزینه‌هایشان را کاهش دهند، کوچک‌سازی کنند، یا حتی لغو امکانات (Gumbus et al., 2003). یک نتیجه فشارهای هزینه‌ها که افراد، کارکنان، شرکت‌های بیمه و دولت با آن روبرو شده‌اند، جابجایی اولویت‌های عملکردی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در نواحی مختلف است (Walker and Dunn, 2006). در گذشته، یک هدف اصلی سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی جذب بیمار بیشتر بود (یک استراتژی متمرکز بر درآمد). اکنون، آنها به دنبال کاهش هزینه‌ها برای برآوردن تقاضای مشتری هستند. در گذشته، بیمارستان‌ها قصد داشتند به سادگی پزشکان برجسته که در آخرین تکنولوژی‌ها آموزش دیده‌اند را جذب کنند (یک استراتژی پر هزینه). اکنون، تأکید بر خدمات کیفی بهتر است برای برآورده کردن نیازهای پرداخت کنندگان. در گذشته، بیمارستان‌ها آرزو داشتند صورتحساب بیشتری را با مراقبت‌های بیشتر از بیماران بیشتر ایجاد کنند (استراتژی دیگر برای افزایش درآمد). امروزه، آنها به دنبال متوازن کردن هزینه در مقابل خروجی‌های بیمار هستند از طریق بستری‌های کوتاه مدت، درمان‌های کم هزینه و آزمایش‌های کم‌تر. به طور سنتی، بیمارستان‌ها به پزشکان اجازه حکمفرمایی آزاد در برنامه‌های درمانی می‌دادند که تقاضا را برای خدمات بیمارستان افزایش می‌داد (و هزینه). اکنون، بیمارستان‌ها به دنبال جذب بیماران از برنامه‌های مراقبتی مدیریت شده و متوازن کردن دو هدف حمایت از وفاداری پزشکان و محدودیت‌های به کارگیری آخرین و گران‌تر تکنولوژی‌های پزشکی (به منظور کاهش هزینه‌ها) هستند. نهایتاً، بیمارستان‌ها تنها با نوآوری‌های محدود در مدیریت و ارائه خدمات بهداشتی دلگرم بودند. اکنون، نرخ‌های بالای نوآوری در هر دو ناحیه برای دستیابی به اثربخشی هزینه‌ها و مراقبت بهداشتی کارآمد لازم هستند. کلید دست‌یابی به کنترل هزینه‌ها در مراقبت‌های بهداشتی تطبیق دادن رویکردهای نوین بر عملکرد و سنجش عملکرد است (Adler et al., 2003).

کیفیت خدمات (درمانی) نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های عملکرد بیمارستان‌ها هستند (Zelman et al., 2003) که به وضوح بر سطح سلامت جامعه تأثیرگذار است. نشان داده شده است که همواره در زمینه ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات، سیستم‌های سنجش عملکرد نقش حیاتی ایفا می‌کنند (Oakland, 1993). این شرایط

لزوم سنجش عملکرد در بیمارستان ها را توجیه می کنند. صنعت بهداشت و درمان سابقه ای طولانی از سنجش عملکرد میسوط و جزء به جزء را دارد (Pieper, 2005). در مورد بیمارستان ها نیز مفاهیم متعددی در ارتباط با سیستم های سنجش عملکرد به عنوان ابزارهای سنجش وجود دارد (Asenjo, 1997; Temes, 1997; Errasti, 1996). کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان های بهداشتی و درمانی¹ (JCAHO) سیستم سنجش عملکرد را اینگونه تعریف می کند: سیستمی خودکار جهت جمع آوری و تحلیل سنجه های خروجی یا فرآیند عملکرد (Schyve, 2000). از طرف دیگر، کاپلان و نورتون² (۱۹۹۶d) تأکید می کنند که برای موفقیت در سنجش، این سنجه ها می بایست به اهداف استراتژیک مرتبط باشند، نه به داده های عمومی؛ و می بایست به عنوان ابزاری در برنامه ریزی استراتژیک کوتاه مدت و بلند مدت و تصمیم گیری بکار گرفته شوند (Kaplan and Norton, 1992). این امر نشان می دهد که سنجش عملکرد خود می بایست به عنوان بخشی از یک برنامه استراتژیک باشد و به تنهایی قادر به فراهم آوردن دست آوردهای مورد انتظار، یعنی ارتقاء سطح خدمات و کنترل هزینه ها در بیمارستان ها و در نهایت بهبود وضعیت بهداشت و درمان نمی باشد. در حقیقت بیمارستان ها نیازمند سیستم سنجش عملکردی هستند که از درون یک برنامه استراتژیک حاصل شود.

رویکرد مورد استفاده در این تحقیق برای طراحی الگوی عمومی مورد نظر که بنا بر مطالب فوق می بایست یک رویکرد برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک با قابلیت سنجش عملکرد باشد، کارت امتیازی متوازن³ (BSC) و ابزار ویژه مدیریت استراتژیک آن یعنی نقشه استراتژی است.

۱-۳-۱- چرا BSC و نقشه استراتژی؟

کاپلان و نورتون (۲۰۰۱c، ۱۹۹۶b) برای بیش از یک دهه است که استفاده از BSC به عنوان ابزاری برای سنجش عملکرد و مدیریت استراتژیک در سازمان های تجاری (انتفاعی) را پیشنهاد کرده اند. در طی این مدت، BSC به عنوان یک رویکرد قدرتمند برای پیاده سازی استراتژی پدیدار شده است و به طور موفقیت آمیزی به وسیله بسیاری از سازمان ها در حوزه های مختلف به کار گرفته شده است بطوریکه حدود ۵۰٪ از کمپانی های فورچون⁴ ۱۰۰۰ در آمریکای شمالی و حدود ۴۰٪ در اروپا BSC را استفاده می کنند (Pineno and Cristini, 2003). پس از معرفی BSC در سال ۱۹۹۰ بواسطه یک مطالعه چند شرکتی از شرکت های بخش خصوصی

¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

² Kaplan and Norton

³ Balanced Scorecard

⁴ Fortune

(Kaplan and Norton, 1992)، در طول یک دهه بعد، BSC از یک سیستم سنجش بهبود یافته به یک سیستم مدیریت استراتژیک رشد کرد. مدیران ارشد، BSC را برای فرموله کردن، منتقل کردن و اجرا کردن استراتژی و تطبیق دادن استراتژی‌شان به شرایط در حال تغییر بکار گرفتند (Kaplan and Norton, 2001c).

پیاده سازی BSC در حال پذیرش موافقت‌ها در بخش غیرانتفاعی نیز است، خصوصاً بخش دولتی (Atkinson and McCrindell, 1997; Silk, 1998; Kloot and Martin, 2000; Cameron, 2002; Chan and Ho, 2002; Chan, 2004) جایی که سنجش عملکرد و مدیریت استراتژیک به موضوع نگرانی در بین مدیران بدل شده است (Foltin, 1999; Poister and Streib, 1999). اگر چه سازمان‌های غیرانتفاعی و دولتی کمتری نسبت به سازمان‌های تجاری هستند که BSC را در مدیریت استراتژیکشان به کار گرفته‌اند، پیاده‌کنندگان آن در کل، تجربه کار با BSC را مثبت تفسیر کرده‌اند (Chan and Ho, 2002). همین طور که سازمان‌های دولتی و غیرانتفاعی بیشتر و بیشتری تجربه کار با BSC را بدست می‌آورند، شواهد تجربی بیشتری نیز گواه بر ارزش آن برای مدیریت فراهم خواهد شد.

رویکرد BSC به طور رو به رشدی در بهداشت و درمان نیز به کار گرفته شده است، هم به عنوان یک چارچوب برنامه ریزی استراتژیک (Griffith et al., 2002; Gumbus et al., 2003; Lawrie and Cobbold, 2004) و هم به عنوان بخشی از سیستم‌های سنجش عملکرد. چو¹ و همکارانش (۱۹۹۸) نیز از استفاده از BSC در سازمان‌های بهداشت و درمان طرفداری کرده‌اند. آنها بیان می‌کنند که ترجمه مفاهیم کلی به فعالیت‌های به هم پیوسته، یکی از چالش برانگیزترین جنبه‌های مدیریت است. چو و همکارانش (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کنند که سازمان بهداشت و درمان ابتدا می‌بایست مأموریتش را تعیین کند، درباره مهم‌ترین اهدافش تصمیم‌گیری کند و استراتژی‌ها را برای به انجام رساندن اهدافشان فرموله کند. با دفاعیات از BSC برای سازمان‌های بهداشت و درمان، استفاده روزافزونی از آن در بیمارستان‌ها وجود دارد و همانگونه که اشاره شد، علاقه سازمان‌های بهداشت و درمان در پیاده‌سازی BSC به گونه‌ای رو به رشد ادامه دارد (Meliones, 2000; Kershaw and Kershaw, 2001)، و بنابراین، مدیران بهداشت و درمان نیاز دارند تا یک درک خوبی از مسائل پیاده‌سازی داشته باشند تا از یک تطبیق نرم و موفقیت‌آمیز BSC، به عنوان یک ابزار مدیریت استراتژیک در سازمانشان مطمئن شوند. اما آیا با گذشت بیش از یک دهه از ارائه این رویکرد و تغییرات پیوسته‌ای که در محیط‌های عملیاتی غیرانتفاعی رخ داده است،

¹ Chow

همچنان علاقمندی به استفاده از آن در حوضه بهداشت و درمان مشاهده می شود؟ و آیا همچنان این پتانسیل در رویکرد BSC دیده می شود تا بتواند به نیازهای سازمان های مذکور پاسخ دهد؟

کاپلان و نورتون اشاره می کنند که: یک BSC خوش ساخت می بایست قصه استراتژی را بگوید (Kaplan and Norton, 1996b, p. 149). بنابراین آنها چارچوبی را نشان می دهند، یک معماری جامع و منطقی برای تشریح استراتژی، یک "نقشه استراتژی" (Kaplan and Norton, 2001c, p. 10). یک استراتژی نمی تواند اجرا شود اگر درک نشده باشد و درک نمی شود اگر نتواند تشریح (توصیف) شود. نقشه های استراتژی ارتباط بین هر یک از اهداف استراتژیک منظرها را شرح می دهند و به نوعی همانگونه که اشاره شد، قصه استراتژی را شرح می دهند. در ارتباط با شاخص های سنجش عملکرد، یک نقشه استراتژی مسیری را فراهم می کند که به وسیله آن بهبودها و پیشرفت ها در محرک های عملکردی به خروجی های مالی و مشتری ترجمه می شوند (Kaplan and Norton, 2001c, pp. 65-99). کاربردهای BSC در بخش بهداشت و درمان نیز به طور قابل توجهی طی چند سال اخیر تغییر کرده و از سنجش عملکرد به مدیریت استراتژیک سازمان های بهداشت و سلامت و نیز سیستم های سلامت در حال تغییر است (سوئیچینگ) (Chan, 2009). حرکت به سمت این تمرکز استراتژیک فرصت های بزرگی را برای سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان جهت کسب کامل ارزش (توانایی) نقشه استراتژی و BSC در مدیریت خدمات بهداشت و سلامت فراهم می کند. اگر چه بسیاری از سازمان های غیرانتفاعی شامل سازمان های بهداشت و درمان در مدیریتشان مجموعه متنوعی از برنامه ها و ابتکارات را بکار گرفته اند، لیکن شاید یک استراتژی به خوبی تعریف شده نداشته باشند. کاپلان (۲۰۰۱) استدلال می کند که نقشه استراتژی و BSC یک ابزار مدیریت استراتژیک بسیار با ارزش است بواسطه "پل زدن در فاصله بین مأموریت و بیانیه های استراتژی مبهم سازمان تا سنجه های عملیاتی روز به روز؛ آسان سازی فرآیند به طوری که سازمان های غیرانتفاعی بتوانند به تمرکز استراتژیک دست یابند؛ و جا به جا کردن تمرکز یک سازمان غیرانتفاعی از برنامه ها و ابتکارات به خروجی هایی که برنامه ها و ابتکارات را برای به انجام رساندن حمایت می کنند". از آنجا که هر بیمارستان در یک محیط خاص و یگانه عمل می کند، می بایست استراتژی ها و طرح های عملیاتی ویژه خود و بر طبق آن، BSC ویژه خود را به عنوان بخشی از سیستم مدیریت استراتژیک طراحی کند و توسعه دهد. اما آیا می توان الگویی عمومی نقشه استراتژی طراحی نمود تا ضمن برخورداری از نیازهای تمامی بیمارستان ها بتواند برای هر کدام از آنها نیز جداگانه خصوصی سازی شود؟

۱-۳-۲- آیا BSC می تواند چارچوبی در سطح ملی باشد؟

دلایل مختلفی وجود دارد برای انتخاب یک BSC برای یک چارچوب ملی (ten Asbroek, 2004): اولاً یک BSC نیاز اطلاعاتی یک دولت را که فلسفه اصلی اداره کردنش از یک مکانیزم بودجه محور به یک مکانیزم تنظیم بازار تغییر کرده را بر طرف می کند. ثانیاً، یک BSC یک مدل پویا است که استراتژی‌های تغییر را همساز و تطبیق می کند و بنابراین انعطاف پذیری در یک فضای دگرگون (در حال تغییر) اقتصادی را بهینه‌سازی می کند. ثالثاً، این مدل در گذشته در بسیاری از دیگر چارچوب‌های عملکردی ملی مراقبت‌های بهداشتی تطبیق داده شده است که ما را قادر می سازد بر مبنای تجربیات دیگران آن را بنا کنیم. (Inamdar, 2002; Ontario Hospital Association, 1999). اما آیا BSC می تواند در سطح ملی در کشورهای در حال توسعه نیز بکار گرفته شود؟ آیا سطح ملی BSC می تواند با خصوصی سازی در سطح سازمانی مورد استفاده قرار گیرد؟

۱-۳-۳- چرا الگوی عمومی؟

در یک مطالعه ای از بیمارستان‌های بکار برنده BSC، یاپ^۱ و همکارانش (۲۰۰۵) نتیجه گیری می کنند که بیمارستان‌ها می بایست کارت‌های امتیازی ویژه خود را طراحی کنند. اگرچه یک چارچوب عمومی، یک الگوی مدیریت استراتژیک کلی و مشترک برای بیمارستان‌ها فراهم می آورد، اما بیمارستان‌ها نیاز دارند که کارت‌های امتیازی خاص سازمان خودشان را ایجاد کنند، به خاطر تعدادی دلیل: اولاً، کارت امتیازی یک بیمارستان می بایست استراتژی‌های خاص آن سازمان را منعکس کند. ثانیاً داده‌های عملکرد بیمارستان در کارت امتیازی می بایست به روز شوند، بیشتر از آنچه که در چارچوب‌های عمومی سالانه ممکن (امکان پذیر) است. ثالثاً، یک بیمارستان می بایست داده‌های کارت امتیازی را در سطح واحدهای سازمان تفکیک کند و می بایست مشوق‌ها و تمایز درونی بیمارستانی را تنظیم کند. رابعاً، کارت‌های امتیازی ویژه سازمان، مدیران و کارکنان را به تغییر رفتار و فعالیت‌هایشان به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمانی تشویق می کند، چرا که شاخص‌های عملکرد در این کارت‌های امتیازی مؤسسه‌ای (خاص این مؤسسه) مانند رضایت بیمار و کارائی کلینیکی، نشان می دهند که چگونه افراد می توانند به طور مستقیم بر نتایج تأثیر گذارند (Oliveira, 2001). در حقیقت، هدف الگوی عمومی نقشه استراتژی که مدنظر این پژوهش است آن است که به بیمارستان‌ها کمک کند تا مسیری که سیستم بهداشت و سلامت کشور جهت رسیدن به چشم اندازهای ملی طی می کند، اهداف استراتژیک که می بایست به آنها دست یابد و همچنین رابطه علت و معلولی بین این اهداف در ابعاد مختلف استراتژیک را به گونه‌ای شفاف و

¹ Yap

واضح درک کنند و پس از شخصی سازی و تطبیق آن برای محیط خود، کارت امتیازی ویژه سازمان خود را بر مبنای آن طراحی و عملکردشان در طول مسیر دست یابی به اهداف را سنجش کنند. به عبارت دیگر این الگو دیدگاهی کلی و جامع از مسیری که بیمارستان‌ها می‌بایست طی سال‌های آینده بپیمایند تا عملکرد خود را بهبود بخشیده و در نتیجه سیستم سلامت کشور را به سطح هدف گذاری شده برسانند، در اختیار آنها قرار می‌دهد. اما آیا می‌توان الگویی طراحی کرد که سطح عمومیت آن تا حدی باشد که بتواند نیازها و اهداف تمامی سازمان‌های بهره‌ور از یافته‌های این پژوهش را برآورده کند؟ و در عین حال انعطاف پذیری آن را داشته باشد تا متناسب با هر کدام از کاربران خصوصی سازس شود؟

۴-۱- اهداف جزئی و کلی

هدف کلی: تدوین الگوی عمومی نقشه استراتژی بر مبنای رویکرد کارت امتیازی متوازن ویژه بیمارستان‌های دولتی کشور

اهداف جزئی:

- ۱) بررسی وضعیت بهداشت و سلامت کشور از طریق بررسی شاخص‌های کلان (ملی) سلامت و مقایسه آن با سایر کشورهای همسایه و منطقه و همچنین بررسی وضعیت و نحوه ارزیابی عملکرد و کارایی در بیمارستان‌های کشور
- ۲) ارائه مجموعه پیشنهادی از شاخص‌ها به منظور راهنمایی بیمارستان‌ها در سنجش اهداف استراتژیک موجود در الگوی پیشنهادی پژوهش

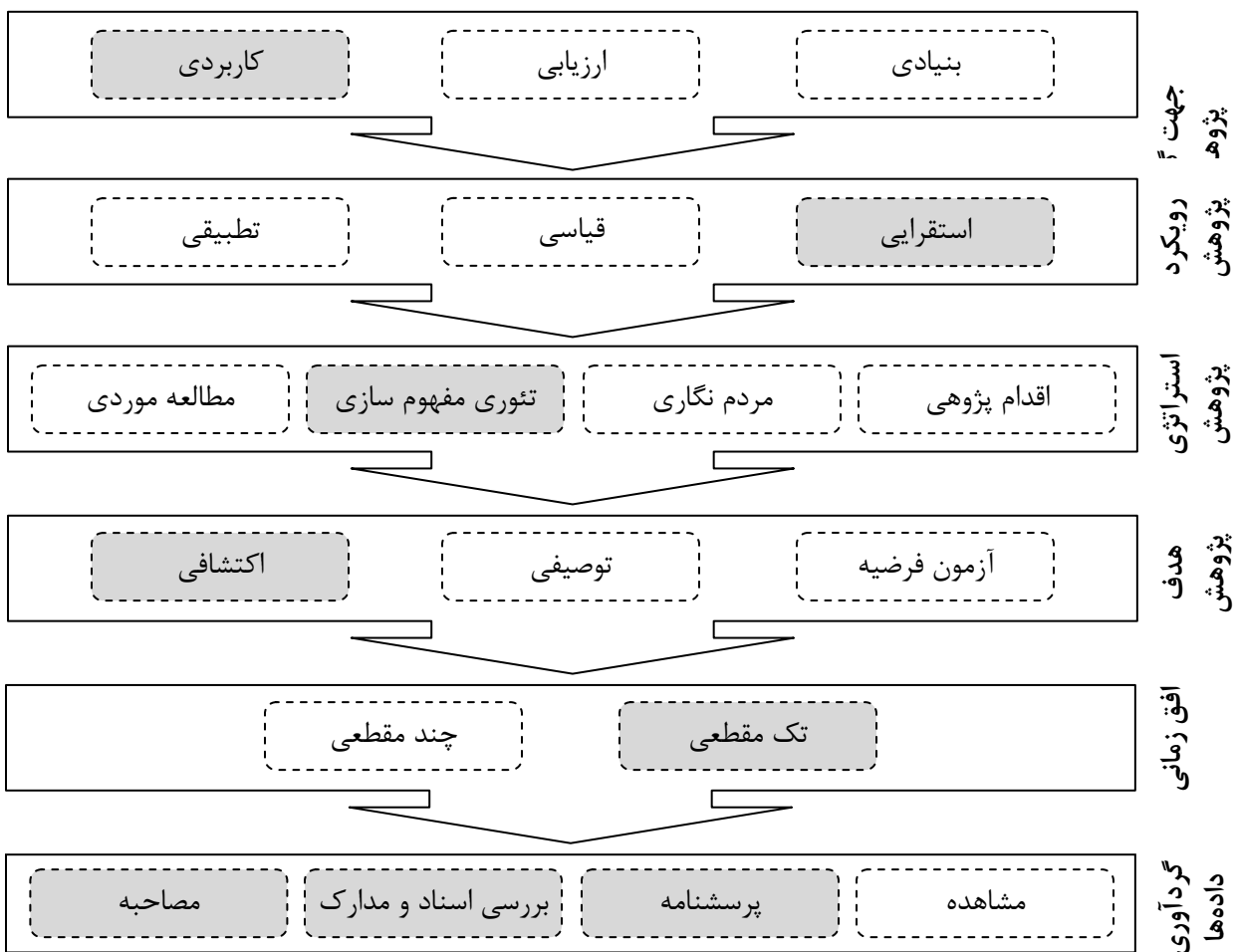
۵-۱- روش شناسی تحقیق

تحقیق حاضر در زمره پژوهش‌های کیفی قرار دارد که روش شناسی آن مطابق شکل ۱-۱ می‌باشد.

۶-۱- روش گردآوری اطلاعات و داده‌ها

اطلاعات و داده‌های مورد استفاده در این پژوهش از طرق مختلف به شرح زیر گردآوری شدند.

اطلاعات کتابخانه‌ای و اینترنتی: در مراحل مختلف تحقیق به کرات از اطلاعات مستند کتابخانه‌ای، مقالات معتبر داخلی و بین‌المللی، و وب سایت‌های علمی و اطلاعاتی حوزه سلامت و بهداشت استفاده گردیده است.



شکل ۱-۱- روش شناسی تحقیق

اطلاعات کیفی (نظرات خبرگان): نظرسنجی از خبرگان در رویکرد دلفی در بخش متدولوژی، از طریق مذاکرات توجیهی، مصاحبه‌های فردی و توزیع پرسشنامه صورت گرفت.

اطلاعات میدانی: بخشی از اطلاعات میدانی بر اساس بررسی مدارک، اسناد و گزارشات (به ویژه در سطح ملی) موجود در سازمان های دولتی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردآوری شده است.

۷-۱- جامعه نمونه خبرگان

جامعه نمونه خبرگان تحقیق، گروهی ۱۵ نفره از مدیران بیمارستانی و متخصصین حوزه مدیریت استراتژیک بوده است که با راهنمایی ها، مساعدت و معرفی دیگر متخصصین شناسایی شدند ویژگی های این گروه در بخش اول فصل چهارم در توضیح اجرای متد دلفی تشریح شده است.

۸-۱- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

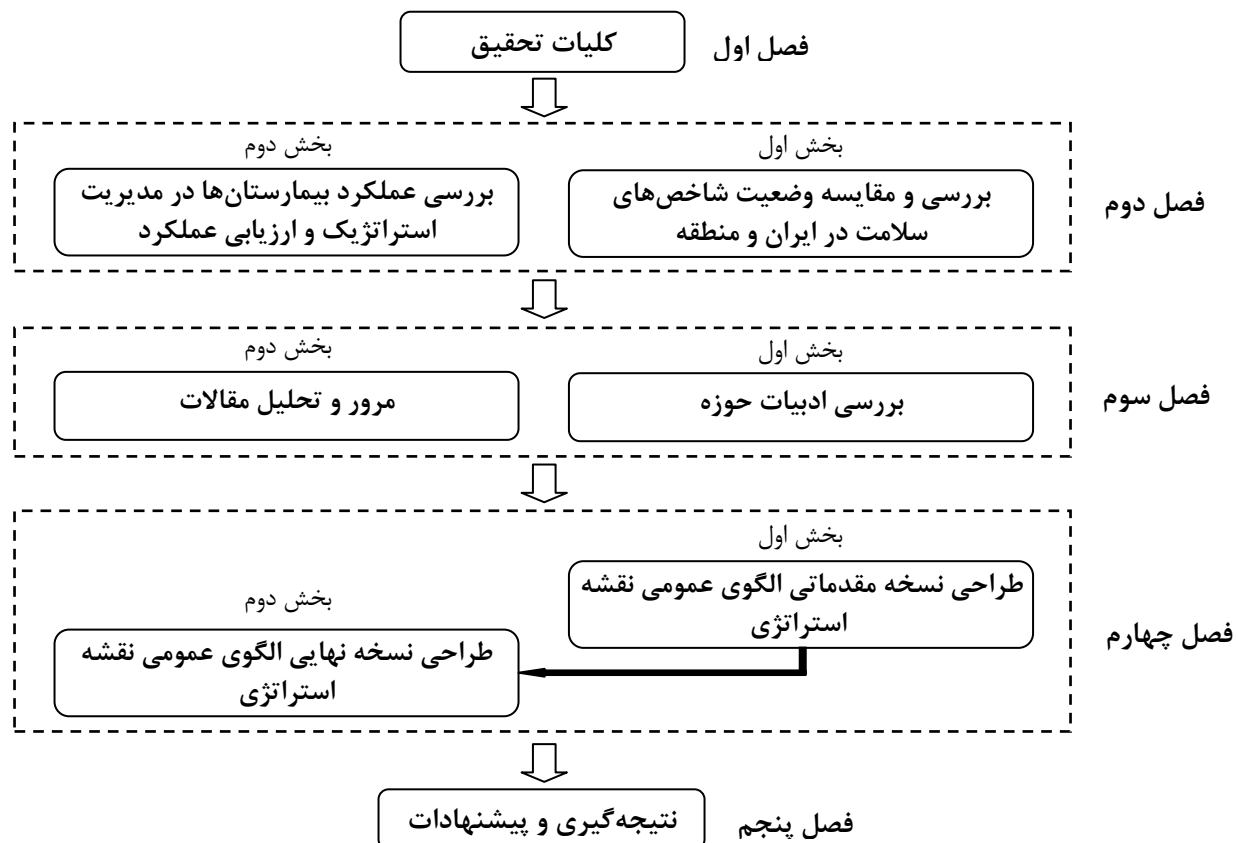
در این پژوهش به منظور اعتبار سنجی و تجزیه و تحلیل الگوی مقدماتی طراحی شده توسط محقق و رسیدن به الگوی نهایی، روش دلفی در پنج راند مورد استفاده قرار گرفت که مقیاس بکار رفته در پرسشنامه این روش مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت می باشد.

۹-۱- کاربردهای تحقیق

الگوی عمومی نقشه استراتژی به عنوان نتیجه کاربردی این تحقیق می باشد و کاربران اصلی آن، همانگونه که از عنوان پژوهش نیز بر می آید، بیمارستان های دولتی کشور می باشند که به نوعی با منطبق سازی الگوی عمومی می توانند آن را به منظور مدیریت استراتژیک سازمان به کار برند. همچنین سایر بخش های دولتی سیستم سلامت کشور مانند سازمان های توان بخشی نیز می توانند با ایجاد تغییراتی جزئی به ویژه در فرآیندهای داخلی الگو، نتایج را مورد استفاده قرار دهند. به طور کلی تمامی بخش های دولتی سیستم سلامت کشور می توانند با انطباق الگوی عمومی نقشه استراتژی حاصل از این پژوهش، از آن به عنوان ابزار مدیریت استراتژیک خود بهره مند شوند.

۱۰-۱- مراحل تحقیق

مراحل تحقیق حاضر در شکل ۱-۲ نشان داده شده است.



شکل ۱-۲- مراحل تحقیق