



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۱: برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند
محصولی و پروژه‌محور برای بیمارستان‌های آموزشی

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۱: برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی و پروژه محور برای بیمارستانهای آموزشی

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

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

همکاران اصلی:

دکتر سعید محمد پور، سیده نفیسه ارفع شهیدی

فهرست مطالب

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی.....	۱
۱-۱) کلیات و بیان مساله	۲
۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان	۳
۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان	۴
۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان	۵
۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی	۸
۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی	۹
۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی	۹
۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی	۱۰
۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه	۱۳
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح	۱۴
۲-۱) مبانی نظری	۱۵
۲-۱-۱) مقدمه	۱۵
۲-۱-۲) مدیریت راهبردی	۱۵
۲-۱-۳) الگوی اصلی مدیریت راهبردی	۱۶
۲-۱-۴) استراتژی	۱۶
۲-۱-۵) سطوح مدیریت استراتژیک	۱۸
۲-۱-۶) ضرورت و مزایای مدیریت استراتژیک	۲۰
۲-۱-۷) برنامه‌ریزی استراتژیک	۲۱
۲-۱-۸) عناصر و ویژگی های برنامه ریزی استراتژیک	۲۱
۲-۱-۹) ضرورت و مزایای برنامه‌ریزی استراتژیک	۲۳
۲-۱-۱۰) فرآیند و مدل های برنامه‌ریزی استراتژیک	۲۴
۲-۱-۱۱) موانع و محدودیت های برنامه ریزی استراتژیک	۳۰
۲-۱-۱۲) چالش های برنامه‌ریزی در بیمارستان های ایران	۳۲
۲-۲) مرور برخی تجربیات و شواهد داخلی با تاکید بر عوامل موفقیت برنامه‌ریزی در بیمارستانهای ایران	۳۴
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح	۳۵
۲-۳-۱) روش کار	۳۵

۴۱	 چارچوب طرح (۲-۳-۲)
۴۹	 فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان
۵۰	 (۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
۵۳	 (۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا
۵۴	 فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی
۵۵	 (۴-۱) روش اجرا
۵۵	 (۴-۱-۱) حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه ریزی استراتژیک
۵۶	 (۴-۱-۲) شناسایی و روشن ساختن تکالیف، سیاست ها و اسناد بالادستی
۵۹	 (۴-۱-۳) تدوین و توافق روی ارزش ها و سیاست های اصلی بیمارستان
۶۰	 (۴-۱-۴) تحلیل ذینفعان، تدوین بیانیه مأموریت بیمارستان و شناخت محیط داخلی و خارجی
۶۸	 (۴-۱-۵) شناسایی مسایل استراتژیک و تدوین دورنمای بیمارستان
۷۵	 (۴-۱-۶) تدوین اهداف چهار ساله برای هر یک از موضوعات استراتژیک بر اساس SWOT
۷۷	 (۴-۱-۷) تدوین پروژه های یک ساله برای هر یک از پروژه های کلان بیمارستان
۷۹	 (۴-۱-۸) تدوین استراتژی های اجرایی برای تحقق پروژه های یک ساله
۷۹	 (۴-۱-۹) تدوین برنامه های عملیاتی متناسب با استراتژی های اجرایی تعریف شده
۷۹	 (۴-۱-۱۰) تعیین سازوکار پایش و بازخورد
۸۰	 (۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
۸۰	 (۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان
۸۰	 (۴-۴) یافته های اجرای پروژه
۸۴	 منابع

پیشگفتار

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

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

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

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

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

فهرست مطالب فصل:

- کلیات و بیان مساله
- شناسایی و تحلیل ذینفعان
 - گام اول: شناسایی ذینفعان
 - گام دوم: اولویت بندی ذینفعان
 - گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی
- حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی
 - بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی
 - راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی
 - نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مساله^۱

برنامه‌ریزی به عنوان یکی از مهم ترین ارکان مدیریت می باشد که زمان حال سازمان را با آینده آن پیوند می دهد. به بیان دیگر برنامه‌ریزی، روش نظام مند و عقلایی بررسی آینده است تا معین شود چه کاری را می توان برای نیل به آینده ای مطلوب انجام داد و چگونه می توان از آینده نامطلوب اجتناب کرد. برنامه خروجی فرآیند، برنامه‌ریزی است که باید در نظر داشت برنامه‌ریزی یک فرآیند پیوسته و پویاست که پیش از اتخاذ هر تصمیمی آغاز شده و پس از اجرای تصمیم ادامه می یابد. برنامه‌ریزی فرآیندی است که با تخصیص منابع یک سازمان به منظور دستیابی به مأموریت و هدف های حال و آینده آن در محیطی پویا و رقابتی سروکار دارد. مهم ترین هدف برنامه‌ریزی ایجاد و حفظ تعادل بین اهداف و منابع در دسترس سازمان است.

برنامه‌ریزی به معنای آینده نگری و تصمیم گیری برای آینده است تا دستیابی به اهداف مطلوب را ممکن سازد، برنامه‌ریزی با تعیین هدف و وضع خط مشی های سازمانی، تبدیل هدف به صورت برنامه عملیاتی و پیش بینی، چگونگی اجرا را میسر می سازد. در سازمان های بهداشتی برنامه شامل یک رشته فعالیت های مستمر و مرتبط برای رسیدن به هدف یا مقصد معینی می باشد. این فرآیند جهت توفیق در دستیابی به اهداف و آرمان ها، سازمان را رهبری می کند و راهنمایی برای فعالیت های عملیاتی سازمان محسوب می شود(۱).

بیمارستان‌ها سازمان‌های اجتماعی بسیار پیچیده بوروکراتیک و چند تخصصی هستند که نقش حیاتی در تامین، حفظ و ارتقای سلامتی جامعه دارند. هدف اصلی بیمارستان‌ها پاسخگویی به نیازهای بالینی و غیر بالینی مردم جامعه و ارتقاء سلامتی آن‌ها است. بیش از نیمی از بودجه نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص داده می شود. 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(۳). از طرف دیگر مدیریت اثربخش بیمارستان‌ها همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت بوده است. بیمارستان‌ها سیستم‌های بازی هستند که با عدم اطمینان در محیط داخلی و خارجی مواجه هستند. تغییرات محیط خارجی بیمارستان‌ها نظیر تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیکی، نوسانات اقتصادی، تغییر سبک زندگی مردم، انتظارات متغیر مردم و سیاستمداران و تغییرات محیط داخلی نظام سلامت نظیر پیچیدگی بازار سلامت، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، توسعه فناوری‌های جدید، تغییر کمیت و

^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

کیفیت کارکنان بخش سلامت، افزایش هزینه ها و تغییر قوانین و مقررات منجر شد که بیمارستان ها نیز تغییر کنند تا بتوانند در بازار رقابت بقا یابند(۵).

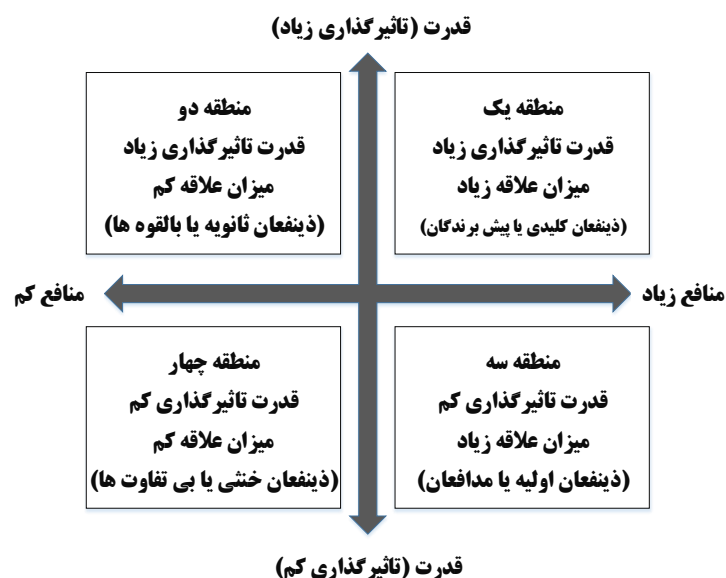
بنابراین بهبود نظام سلامت بدون بهبود بیمارستان ها به سختی امکان پذیر می باشد. در این راستا، لازمه تغییرات در جهت بهبود کارایی و اثر بخشی سازمان، داشتن یک برنامه مناسب و حرکت مبتنی بر آن است. در این ارتباط، مدیران باید رویکردهای نوآورانه ای را برای تفکر و عملکرد در سازمان های خود اتخاذ نمایند و آگاه باشند که برنامه ریزی با وجود هزینه و زمانبر بودن سبب بهبود عملکرد بیمارستان و افزایش کیفیت مراقبت های بهداشتی می گردد و یک سرمایه گذاری ارزشمند می باشد(۲)(۴).

در همین راستا مدیران سازمان های بهداشتی درمانی باید فرهنگی ایجاد کنند که پذیرای تغییرات مثبت باشد. لازمه ایجاد چنین فرهنگی داشتن یک برنامه مناسب است. مدیران با برنامه ریزی به پیش بینی وضعیت سازمان در آینده می پردازند، دورنما و اهدافی را برای سازمان تعیین می کنند، اقداماتی را با کمک کارکنان برای دستیابی به اهداف مشخص می کنند، کارکنان را تشویق به اجرای اقدامات برای دستیابی به اهداف سازمانی کرده و منابع لازم را در اختیار آن ها قرار می دهند. برنامه ریزی به مدیران سازمان های بهداشتی درمانی کمک می کند تا از منابع محدود خود برای پاسخگویی به نیازهای نامحدود جامعه به خوبی استفاده کنند. یک برنامه ریزی خوب به هدفمندی سازمان، استفاده بهینه از منابع، هماهنگی، کنترل و مدیریت زمان کمک می کند(۶).

مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد در ردیف یکی از بزرگترین مراکز عمده آموزشی، پژوهشی و درمانی دانشگاهی سطح کشور شناخته می شود. بدیهی است که با توجه به امکانات و محدودیت های دورنی و بیرونی سازمان، تعیین اولویت در انجام کارها و تخصیص منابع به فعالیت های مرجع از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف از انجام این پروژه طراحی و استقرار یک مدل مناسب جهت تضمین حرکت مبتنی بر برنامه در سطح مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد بود.

۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان

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



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل فوق دیده می‌شود دینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش‌برندگان یا دینفعان کلیدی نامگذاری شده‌اند (۷). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه می‌باشد که به تعیین وضعیت قدرت و منافع دینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به فرآیند برنامه‌ریزی هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که دینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تاثیرگذار و یا تاثیرپذیرند. جهت تحلیل دینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت‌بندی و شناخت دینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی دینفعان

اولین گام در جهت حرکت مبتنی بر برنامه، تهیه لیست اولیه از دینفعان است. دینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. دینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۸). اسامی دینفعان مرتبط با پروژه حرکت مبتنی بر برنامه در مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

¹ key informants

۲-۱-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می‌باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در حرکت مبتنی بر برنامه در سطح بیمارستان از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه‌های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

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

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی - پروژه محور برای بیمارستان ناشی از اختیار در تصویب پروژه می‌باشد و حیطه منافع وی می‌تواند مرتبط با مسائل مربوط به اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی باشد. حیطه منافع معاون توسعه مدیریت و منابع مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت می‌باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل تأکید بر سیاست «اهمیت برنامه‌ریزی به عنوان یکی از مهمترین

وظایف مدیران و نقش آن در پیشبرد و توسعه اهداف بیمارستان» در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری درخصوص مدیریت منابع بدون کاهش ارائه‌ی خدمات و تسهیلات اشاره دارد. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت مرتبط با اهداف و رسالت و توسعه فرصت‌ها می‌باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل تاکید بر سیاست تضمین و اولویت‌دهی به ایمنی درفرآیند ارائه خدمت در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری اشاره دارد.

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می‌باشد که هر ذینفع می‌تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن‌ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت‌های گوناگون مورد سنجش قرار می‌گیرد(۹). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن‌ها، چگونگی نفوذ بر آن‌ها برنامه ریزی گردد(۱۰). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می‌شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می‌باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
رئیس بیمارستان	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۸	۸
معاونت توسعه و مدیریت منابع	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۷	۸
رئیس اداره بهبود کیفیت	زمان / کیفیت	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۶	۸
معاونت آموزش و سلامت	زمان / تصویب	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۶	۷
مدیر خدمات پرستاری	زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۷	۶
مدیران سایت	زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۶	۶
سرپرستار/مسولین واحد ها	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/سلامت و ایمنی	۴	۶
پزشکان	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/سلامت و ایمنی	۴	۶
کارکنان	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/سلامت و ایمنی	۴	۶
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها	۴	۴
معاونت درمان دانشگاه	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها	۳	۴
بیماران	زمان	سلامت و ایمنی	۴	۴
مدیر گروه آموزشی مستقر در بیمارستان	زمان / کیفیت	حفظ شرایط موجود/ منافع اقتصادی	۶	۴
ریاست دانشگاه	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها	۴	۳
حراست	هزینه/ زمان	حق قانونی/ توسعه فرصت ها	۳	۳
رئیس امور مالی	هزینه/ زمان	حق قانونی/ توسعه فرصت ها	۶	۳
ریاست بخش های بالینی	هزینه/ زمان/کیفیت	حفظ شرایط موجود/سلامت و ایمنی	۶	۳
مسئول روابط عمومی بیمارستان	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود	۳	۳

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از ذینفعان شناسایی شده، در قسمت بعدی ذینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر ذینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن‌ها را به شکل متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی ذینفعان، مدل‌ها و چارچوب‌های مختلفی ارائه شده است (۱۱) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



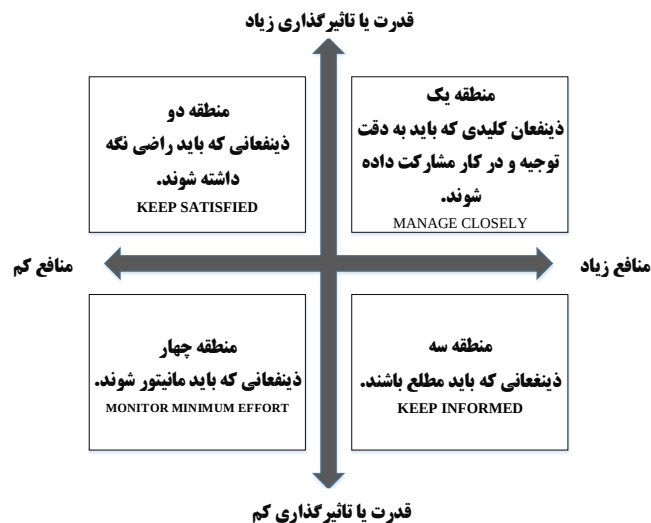
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثر پذیری بالا در تصمیم گیری‌ها، برنامه ریزی‌ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفعانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می بایست شناسایی گردند. بر این اساس ریاست بیمارستان، معاون توسعه ی مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، رئیس اداره بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری و مدیران سایت به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر هستند، کسانی هستند که می بایست به دقت به لحاظ علاقه مندی‌ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل سه دیده می شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



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

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که ذینفعان کلیدی پروژه برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه

ویژگی های اساسی سطح			نام سطح ^۱	سطح پذیرش	ذینفع کلیدی
پذیرش کامل و آگاهانه	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش ذهنی یا سطحی			
ندارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	سوم	رئیس بیمارستان
دارد	دارد	دارد	اطمینان (یقین)	چهار	معاون توسعه ی مدیریت و منابع
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	معاون آموزش و سلامت
ندارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	سوم	مدیر خدمات پرستاری
دارد	دارد	دارد	یقین	چهار	رئیس اداره بهبود کیفیت
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	مدیران سایت

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

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک

چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان ارائه شده است.

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

جدول ۴: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک چند

محصولی-پروژه محور برای بیمارستان

مدیران سایت	رئیس اداره بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزش و سلامت	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس بیمارستان	تکنیک	رویکرد
✓	✓	✓	✓	✓	✓	به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
						آموزش ذینفع	
✓	✓					بولتن ها اطلاع رسانی و مکاتبات با ذینفع	
	✓	✓	✓	✓	✓	گزارش کارهای انجام شده	
			✓	✓	✓	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	
						اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها	
						سخنرانی	
						ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها	
	✓	✓	✓	✓	✓	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	
						تبلیغات رسانه ای	
						نظرسنجی های پرسشنامه ای	مشاوره بنیادی
						گروه های کانون	
	✓	✓	✓	✓	✓	ارزیابی محیط کار	
	✓	✓	✓	✓	✓	کمیته های رسمی ویژه ذینفع	
						تربیین های دائمی	
		✓	✓	✓	✓	کمیته های مشورتی ذینفع	
	✓	✓	✓	✓	✓	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	
						گردهمایی ذینفعان چندگانه	دیالوگ، گفتگو عمیق
		✓	✓	✓	✓	میزگردهای مشورتی	
						جلسات سیاستگذاری	
	✓	✓	✓	✓	✓	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
✓	✓					انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	شرکت ها و منافع کاری
		✓	✓	✓	✓	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	
						انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع	
						انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع	

یکی از مهمترین ذینفعان کلیدی در اجرای پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان می باشد که در ادامه نمونه ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می گردد:

مدیر تغییر: معمولاً کار کردن در سازمان های دولتی با چالش های خاص خود همراه است ولی به عنوان یک تجربه می تواند اثرات مثبت یا منفی را بر سازمان که اینجا بیمارستان است داشته باشد. قاعدتاً بعد از چهار سال که یک فرد به عنوان رئیس یک مجموعه مثل این بیمارستان بوده، اگر شرایط تحویل بیمارستان تفاوت قابل توجه و رو به پیشرفتی نسبت به زمانی که بیمارستان تحویل گرفته، داشته باشد فرد میتواند عنوان کنه که من بیمارستان رو در این شرایط و با این شاخص ها تحویل گرفتم و الان دارم بیمارستان رو با این وضعیت تحویل میدم و این قاعدتاً حس خوبی اول برای خود فرد و بعد برای تیمی که همراه او کار کرده‌اند ایجاد می کند. از این نظر خواهشم این است که از این رویکرد به مسئله کار در بیمارستان و برای برنامه‌ریزی نگاه کنیم.

رئیس بیمارستان: کاملاً موافق هستم ولی خوب تجربه و سابقه‌ای که ما از موضوعات برنامه ریزی عمدتاً در سازمانهای دولتی داریم، همیشه برنامه‌ریزی یک موضوع لوکس بوده و معروف و برای گرفتن امتیاز صرفاً مستنداتی آماده میشه. این که ما علاقه‌مند باشیم و دوست داشته باشیم که بیمارستان را در شرایط بهتری از حالتی که تحویل گرفتیم به نفرات بعد تحویل بدیم حتماً علاقه من هم هست و دوست دارم در این مسیر حرکت کنم اما اینکه حرکت در این مسیر صرفاً وابسته به برنامه باشه خب یکم باید روش فکر کنیم ببینیم که چطور میشه در این مسیر حرکت کرد.

مدیر تغییر: خوب این رویکرد شما رویکرد خوبی هست حداقل در کل با هم موافق هستیم حالا باید روی این صحبت کنیم که در چه مسیری میشه حرکت کرد، حرکت به سمت بهتر بودن و بهتر شدن بیمارستان. قطعاً من هم الزاماً روی یک مدل خاص تعصب ندارم. روی مدل ها صحبت نمی‌کنیم اما همین که بیمارستان روی چند تا ریل مشخص حرکت کنه، برداشت من این است که ما با هم تفاهم داریم.

رئیس بیمارستان: بله ما کاملاً روی این مسئله تفاهم داریم اما باید به مدلی برسیم که اون مدل کارآمدی کافی رو داشته باشه و کاربردی باشه و با شرایط بیمارستان و شرایط کشور ما و بخش دولتی که در آن فعالیت می‌کنیم متناسب باشه و البته حرکت باید در مسیر واقعاً بیمار محوری باشه و اینکه بتوانیم خدمات بهتری به بیماران به عنوان مراجعین اصلی و مشتریان اصلی بیمارستان ارائه بدیم.

مدیریت تغییر: قطعاً همین طور هست، فعلاً توافق روی کلیات هست و قرار است که روی مدل ها کار کنیم و یک الگوی مناسب و کاربردی را برای بیمارستان ایجاد کنیم که انشالله در آینده همه با هم با افتخار این بیمارستان را به تیم بعدی تحویل بدیم.

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

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

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

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

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری

- مقدمه
- مدیریت راهبردی
- الگوی اصلی مدیریت راهبردی
- استراتژی
- سطوح مدیریت استراتژیک
- ضرورت و مزایای مدیریت استراتژیک
- برنامه ریزی استراتژیک
- عناصر و ویژگی های برنامه ریزی استراتژیک
- ضرورت و مزایای برنامه ریزی استراتژیک
- فرآیند و مدل های برنامه ریزی استراتژیک
- موانع و محدودیت های برنامه ریزی استراتژیک
- چالش های برنامه ریزی در بیمارستان های ایران

- مرور برخی تجربیات و شواهد داخلی با تاکید بر عوامل موفقیت برنامه ریزی در

بیمارستان های ایران

- روش کار و چارچوب طرح

- روش کار

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

- چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین مواردی که مدیران سازمان‌ها باید به آن توجه کنند، بحث تطابق با تغییرات محیطی به طور همزمان و یا حتی پیش‌بینی تغییرات محیطی (فرصت‌ها) است. در این راستا، مدیران با شناسایی و ارزیابی نقاط قوت و ضعف خود، از فرصت‌ها و تهدیدهای بوجود آمده در اثر تغییر و تحولات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی در بازارهای رقابتی بهره می‌جویند، که این مهم (شناسایی نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها) باید به صورت جدی، دقیق و با هدف حفظ و ارتقاء فعلی سازمان در بین مشتریان خود انجام گیرد. راهبردهای متناسب و مطابق با فرهنگ سازمانی، نقاط قوت و ضعف و فرصت‌های محیطی برگزیده و اجرا می‌شوند. در این بین استفاده از تجارب مدیران تحصیل کرده، با تجربه و متعهد سازمان می‌تواند بسیار مفید واقع شود؛ لذا مدیران عالی سازمان قبل از هر نوع تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی راهبردی لازم است مراحل مدیریت راهبردی را از نظر گذرانده و کمی به محتوای مراحل آن توجه و تمرکز نمایند تا بتوانند از ماحصل تمرکز و توجه خود برپایه نقاط قوت و ضعف داخلی و فرصت و تهدیدهای محیطی بهترین راهبرد را که جهت رقابت در این دهکده جهانی مناسب است، اتخاذ نمایند (۱۲).

۲-۱-۲) مدیریت راهبردی

توسعه بر مبنای هر کدام از الگوهای موجود، بدون توجه و در اختیار گرفتن یک فرآیند برنامه‌ریزی شده و مدیریت شده، امری محال و غیر ممکن است. بهینه‌سازی استانداردهای زندگی در جامعه و کار در سازمان مستلزم بهبود و ارتقاء کیفیت مدیریت در سازمان‌ها است. برای رسیدن به چنین موقعیتی ناچار از بهینه‌سازی و اصلاح ساختار بینشی، دانشی و عملی در مقوله مدیریت هستیم تا بتوانیم بهره‌وری را افزایش دهیم و از ظرفیت‌ها، فرصت‌ها و امکانات موجود کالا و خدمات بیشتری را تولید نماییم و موقعیت‌های اقتصادی بیشتر و بهتری را برای کشور یا سازمان خود فراهم سازیم (۱۳).

راهبرد، یک نوع بازی است که مدیران با دیگر گروه‌های سازمان خود یا دیگر سازمان‌ها انجام می‌دهند و این بازی چگونگی روند موفقیت یا شکست یک سازمان یا صنعت را تعیین می‌کند، زیرا که برگرفته از نوع حرکت آن دسته از بازیگرانی است که به واکنش دیگر بازیگران می‌انجامد و این فرآیند تا پیروزی یکی از طرفین و شکست دیگری ادامه می‌یابد. مدیریت راهبردی، برنامه‌ای هماهنگ، جامع و پیوسته است که استعداد ممتاز سازمان را با محیط پیوند می‌دهد و منظور از آن، تحقق هدف‌های سازمان در چارچوب اجرای صحیح مدیریت است (۱۲).

۳-۱-۲) الگوی اصلی مدیریت راهبردی

فرایند مدیریت راهبردی حلقه بازخوردی میان مراحل تجزیه، تحلیل و شناخت، انتخاب، اقدام و اصلاح است. بنابراین مدیریت راهبردی از سه عنصر اساسی تشکیل می شود:

۱. تجزیه تحلیل و تدوین راهبرد (شناسایی): در این مرحله ماموریت سازمان شناسایی می شود؛ عوامل داخلی و خارجی برای شناسایی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها بررسی و براساس آن‌ها اهداف و راهبردها در سطوح مختلف تعیین می شود.

۲. در این مرحله هریک از راهبردهای شکل گرفته در مرحله قبل ارزیابی و بهترین آن‌ها انتخاب می شود.

۳. اقدام، مجموعه ای از فعالیت های برنامه‌ریزی شده و منظم است و اصلاح، این برنامه ها را در جهت رسیدن به هدف مورد نظر کنترل می کند. پس در این مرحله طرح های انتخاب شده اجرا و براساس عوامل تاثیرگذار درونی و بیرونی اصلاح می شود. باید توجه کرد که این سه مرحله یک روند را تشکیل می‌دهند و بر طبق تئوری بازی، نقطه شروع می‌تواند هریک از مراحل ۱، ۲ و ۳ باشد (۱۲).

۴-۱-۲) استراتژی

استراتژی^۱ از یک اصطلاح یونانی بر گرفته شده است. واژه استراتژی به معنای ago به معنی ارتش و stratos به معنای فرمانده ارتش، مرکب از strategema رهبر گرفته شده است. مفهوم استراتژی ابتدا به معنای فن هدایت، تطبیق و هماهنگ سازی نیروها جهت نیل به اهداف جنگ در علوم نظامی بکار گرفته شد (۵). از طرفی دیگر استراتژی الگویی بنیادی از اهداف فعلی و برنامه‌ریزی شده، بهره برداری و تخصیص منابع و تعاملات یک سازمان با بازارها، رقبا و دیگر عوامل محیطی است. طبق این تعریف یک استراتژی باید سه چیز را مشخص کند:

- چه اهدافی باید محقق گردد؟
- بر روی کدام صنایع، بازارها و محصولات باید تمرکز کرد؟
- چگونه برای بهره برداری از فرصت‌های محیطی و مواجهه با تهدیدهای محیطی به منظور کسب یک مزیت رقابتی منابع تخصیص یابد و چه فعالیت‌هایی انجام گیرد؟

¹ Strategy

آنچه که یک استراتژی را اثربخش می‌سازد و سبب تمایز بین استراتژی‌ها با یکدیگر می‌شود، درونمایه اصلی آن است. درونمایه اصلی استراتژی به تشخیص فرصت‌ها و چگونگی بهره‌برداری از آنها باز می‌گردد. استراتژی یک برنامه واحد و همه جانبه است (۱۴). تعریف دیگری هم که از استراتژی می‌توان ارائه کرد تلفیقی است که، محاسن یا نقاط قوت اصلی سازمان را با عوامل و تغییرات محیط مربوط می‌سازد و به نحوی طراحی می‌شود که با اجرای صحیح آن از دستیابی به اهداف اصلی سازمان اطمینان حاصل شود. از طرفی نظریه پردازن علم مدیریت، استراتژی را چگونگی تخصیص مطلوب منابع کمیاب، جهت رسیدن به اهداف اقتصادی تعریف کرده‌اند. در زیر به تعریف استراتژی از دیدگاه چند تن از صاحب‌نظران می‌پردازیم.

استراتژی خطی^۱: مدل اول، استراتژی خطی است که بر برنامه ریزی تأکید دارد. واژه خطی به این دلیل برگزیده شده است که این مدل بیان‌کننده اقدام‌های متدولوژیک، هدایت شده و ترتیبی در برنامه ریزی است. تعریف "چندلر" از استراتژی در همین مدل قرار می‌گیرد. براساس این مدل، استراتژی از تصمیم‌ها، اقدام‌ها و برنامه‌های مرتبط به هم تشکیل شده است که هدف‌های حیاتی سازمانی را تنظیم و حصول آنها را تضمین می‌کند. هم هدف‌ها و هم وسایل دستیابی به آنها، هر دو از نتایج تصمیم‌های استراتژیک هستند. برای دست یافتن به این هدف‌ها، سازمان‌ها روابط خود را با محیط از طریق تغییر محصولات یا بازارهایشان یا انجام دیگر اقدام‌های کار آفرینانه تغییر می‌دهند. اصطلاحات مرتبط با این مدل شامل برنامه ریزی استراتژیک، فرمول‌بندی استراتژی و اجرای استراتژی است. در این مدل، مدیران سازمان برای چگونگی برخورد با رقبا در جهت دستیابی به هدف‌های سازمانی، برنامه ریزی می‌کنند (۱۵).

استراتژی انطباقی^۲: این مدل با مدل خطی پنج تفاوت دارد. اول اینکه در این مدل نظارت محیطی و ایجاد تغییرات به صورت همزمان و مداوم صورت می‌پذیرد. دوم، مدل انطباقی به اندازه مدل خطی که بر تصمیم درباره هدف‌ها تأکید دارد، به آن اهمیت نمی‌دهد. سوم، این مدل علاوه بر اینکه تغییرات اساسی در محصولات و بازارها را مانند مدل خطی ملحوظ می‌دارد، تغییر در الگو، بازاریابی، کیفیت و سایر جنبه‌های محصول را نیز در بردارد. چهارم، این مدل به برنامه ریزی اهمیت کمتری می‌دهد، بنابراین استراتژی را کمتر متمرکز در حوزه مدیریت رده بالای سازمان می‌داند و آن را بیشتر چند جنبه‌ای و نسبت به مدل خطی کمتر به هم پیوسته فرض می‌کند. در نهایت، محیط در این مدل، بصورت یک سیستم پیش‌بینی‌کننده از حیات سازمان، متشکل از روندها، وقایع، رقبا و افراد و سازمان‌های ذینفع ملاحظه می‌شود (۱۶).

¹ Linear Strategy

² Adaptive strategy

استراتژی تفسیری^۱ : استراتژی در این مدل ممکن است بعنوان جهت دهنده استعاره‌ها یا چارچوب‌های مرجعی که سازمان و محیط آن را برای افراد و سازمان‌های ذینفع قابل فهم و درک می‌کنند، تعریف شود. بر این اساس، افراد و سازمان‌های ذینفع ترغیب می‌شوند تا به نحوی که انتظار می‌رود برای سازمان نتایج مطلوبی به بار آورند و اعتقاد داشته و عمل کنند، هر چند که بصورت جداگانه مطرح شده باشند. ارتباط این سه مدل شباهت زیادی به سلسله مراتب سیستم‌ها دارد که در آن هر سطح در بردارنده سطح ساده‌تر قبلی خود است (۱۷). بنابراین سلسله مراتب سیستم‌ها با سلسله مراتب استراتژی‌ها ارتباط دارد. به عبارت دیگر سیستم‌های ساده‌تر از مدل ساده‌تر استراتژی و سیستم‌های پیچیده‌تر از مدل پیچیده‌تر استراتژی استفاده می‌کنند.

۵-۱-۲) سطوح مدیریت استراتژیک

سطوح مختلف مدیریت استراتژیک عبارتند از:

- سطح سازمان^۲
- سطح کسب و کار^۳
- سطح وظیفه‌ای^۴
- **سطح سازمان:** مدیریت استراتژیک سطح سازمان در مورد کسب و کارهایی که سازمان می‌خواهد در آنها سرمایه گذاری کند تصمیم می‌گیرد و اهداف کلی را تعیین می‌سازد. این سطح عمدتاً شامل اعضای هیئت مدیره، مدیر عامل و مدیران اداری است. این گروه مسئول عملکرد مالی کل سازمان و دستیابی به هدف‌های غیر مالی به عنوان مثال تصویر ذهنی و مسئولیت اجتماعی سازمان می‌باشند (۱۷). با استفاده از رویکرد پرتفوی (سبد سرمایه گذاری) در مدیریت استراتژیک، مدیران استراتژیک سطح سازمان کوشش می‌نمایند که ضمن برنامه‌ریزی برای افق مالی پنج ساله از توانایی‌های متمایز خود در صنعت مربوطه بهره‌برداری نمایند (۱۸).

¹ Interpretive strategy

² Organization level

³ Business level

⁴ functional Level

- **سطح کسب و کار:** واحد استراتژیک کسب و کار^۱ که به اختصار SBU گفته می‌شود می‌تواند یک بخش سازمان و یا یک خط محصول و یا سایر مراکز سودآوری سازمان را شامل شود. هر یک از واحدهای استراتژیک کسب و کار می‌توانند به صورت مستقل از سایر واحدها به فعالیت بپردازند. در سطح واحدهای کسب و کار موضوعات کمتر مربوط به همسوسازی کسب و کارها می‌باشد و اکثر موضوعات مربوط به ایجاد مزیت رقابتی پایدار برای محصولات می‌باشد. در این سطح با موضوعات زیر روبرو خواهیم بود:

- جایگاه یابی کسب و کار در مقایسه با سایر رقبا

- پیش بینی تغییرات مربوط به رفتار مصرف کننده و اتخاذ استراتژی مناسب برای روبرو شدن با آن تغییرات

- تاثیر گذاشتن بر ماهیت رقابت از طریق یکپارچه سازی عمودی و یا اقدامات سیاسی همچون لابی کردن (گفتگو و جلب نظر رهبران بازار).

مایکل پورتر سه استراتژی عام برای کسب و کارها شامل رهبری هزینه - تمایز - تمرکز را بر شمرده است که می‌توانند در سطح واحدهای کسب و کار به کار گرفته شوند و ایجاد کننده ارزش افزوده برای کسب و کار باشند (۱۸).

سطح کسب و کار عمدتاً مدیران سازمان و کسب و کار را در بر می‌گیرد. این مدیران باید بیانیه‌های عمومی مربوط به جهت‌ها و مقاصد سطح سازمان را به هدف‌ها و استراتژی‌های ملموس و وظیفه‌ای برای بخش‌های کسب و کار یا واحد استراتژیک کسب و کار تبدیل نمایند. در واقع، مدیران استراتژیک سطح کسب و کار باید مبنایی را که شرکت می‌تواند در یک میدان محصول یا بازار انتخاب شده رقابت کند، معین نمایند. در مبادرت به این کار سعی می‌کنند که پرسودترین و نوید بخش ترین بخش بازار را شناسایی کرده و در اختیار گیرند. این بخش بازار قسمت نسبتاً منحصر به فردی از کل بازار است که سازمان می‌تواند به لحاظ مزیت‌های رقابتی خود مدعی شود و از آن دفاع کند. هر شرکتی، حتی بزرگ‌ترین چند ملیتی‌ها، برای کارآیی مداوم به قوت بخش‌های بازار متکی است. شماری از تصمیمات معمول سطح کسب و کار عبارتند از: محل کارخانه، بخش بندی بازار، پوشش جغرافیایی و کانال‌های توزیع (۱۹).

- **سطح وظیفه‌ای:** سومین رده مدیریت استراتژیک سطح وظیفه‌ای است که عمدتاً مدیران تولید، منطقه جغرافیایی و حوزه‌های وظیفه‌ای را در بر می‌گیرد. مسئولیت آنها تدوین هدف‌های سالیانه و استراتژی‌های کوتاه مدت در زمینه‌هایی مثل تولید، عملیات، تحقیق و توسعه مالی و حسابداری، بازاریابی و روابط انسانی است. با این وجود، مسئولیت‌های بزرگتر آنها در اجرا یا پیاده کردن برنامه‌های استراتژیک سازمان است. در حالی که مدیران سطح سازمان و سطح

¹ Strategic Business Unit

کسب و کار توجه خود را به «انجام کارهای درست» معطوف می‌دارند، مدیران وظیفه ای باید بر «انجام درست کارها» تأکید نمایند. لذا، آنها مستقیماً مسائلی چون کارایی و اثربخشی نظام‌های تولید و بازاریابی، دامنه و کیفیت خدمات مشتری و موفقیت محصولات و خدمات ویژه در افزایش سهم بازار را مورد نظر قرار می‌دهند. همچنین این نوع تصمیمات معمولاً با فعالیتهایی سر و کار دارند که به حداقل هماهنگی سراسری سازمان نیاز دارند. این فعالیت‌ها ضمیمه فعالیت‌های جاری حوزه‌های وظیفه‌ای می‌شوند و قابل انطباق بر فعالیت‌های جاری هستند، لذا برای اجرای موفق آنها به حداقل هماهنگی نیاز است. اگر چه قابلیت سودآوری تصمیمات سطح وظیفه‌ای در مقایسه با سایر سطح‌ها اندک است، ولی نظر به این که این تصمیمات نسبتاً عینی و عددی هستند، تجزیه و تحلیل و توجه بسیاری را به خود جلب می‌کنند. برخی تصمیمات معمول سطح وظیفه‌ای عبارتند از: نام گذاری تجارتي، تحقیق و توسعه پایه یا کاربردی، میزان سطح موجودی کالا، تجهیزات تولیدی چند کاره یا مخصوص و سرپرستی نزدیک یا آزاد (۱۹).

۶-۱-۲) ضرورت و مزایای مدیریت استراتژیک

با نگاهی دقیق به مفهوم مدیریت استراتژیک، می‌توان به ضرورت استفاده از آن پی برد. با توجه به تغییرات محیطی که در حال حاضر شتاب زیادی به خود گرفته است و پیچیده شدن تصمیمات سازمانی، لزوم بکارگیری برنامه‌ای جامع برای مواجهه با اینگونه مسائل بیشتر از گذشته ملموس می‌شود. این برنامه چیزی جز برنامه استراتژیک نیست. مدیریت استراتژیک با تکیه بر ذهنیتی پویا، آینده‌نگر، جامع‌نگر و اقتضایی، راه حل بسیاری از مسائل سازمان‌های امروزی است. پایه‌های مدیریت استراتژیک بر اساس میزان درکی است که مدیران از شرکت‌های رقیب، بازارها، قیمت‌ها، عرضه‌کنندگان مواد اولیه، توزیع‌کنندگان، دولت‌ها، بستانکاران، سهامداران و مشتریانی که در سراسر دنیا وجود دارند، قرار دارد و این عوامل تعیین‌کنندگان موفقیت تجاری در دنیای امروز است. پس یکی از مهمترین ابزارهایی که سازمان‌ها برای حصول موفقیت در آینده می‌توانند از آن بهره گیرند «مدیریت استراتژیک»^۱ خواهد بود (۱۹).

از نظر تاریخی، منفعت اصلی مدیریت استراتژیک این بوده است که به سازمان کمک می‌کند از مجرای استفاده نمودن از روش منظم‌تر، معقول‌تر و منطقی‌تر راه‌ها یا گزینه‌های استراتژیک را انتخاب نماید و بدین گونه استراتژی‌های بهتری را تدوین نماید. تردیدی نیست که این یکی از منافع اصلی مدیریت استراتژیک است ولی نتیجه تحقیقات کنونی نشان می‌دهد که این فرآیند می‌تواند در مدیریت استراتژیک نقش مهم‌تری ایفا کنند. مدیران و کارکنان از طریق درگیر شدن در این فرآیند خود را متعهد به حمایت از سازمان می‌نمایند. یکی دیگر از مهم‌ترین منافع مدیریت استراتژیک این است که موجب تفاهم و تعهد هر چه بیشتر مدیران و کارکنان می‌شود. یکی از منافع بزرگ مدیریت استراتژیک این است که موجب فرصتی می‌شود تا

¹ Strategic Management

به کارکنان تفویض اختیار شود. تفویض اختیار، عملی است که به وسیله آن کارکنان تشویق و ترغیب می‌شوند در فرآیندهای تصمیم‌گیری مشارکت کنند، خلاقیت، نوآوری و خیال‌پردازی را تمرین نمایند و بدین گونه اثر بخشی آنها افزایش خواهد یافت (۱۹).

رویکرد مدیریت استراتژیک بر مبنای تعامل مدیران در همه سطوح سازمانی و کسب و کار تاکید نموده و نتایج رفتاری مشخصی را به همراه دارد که مشخصه نظام تصمیم‌گیری مشارکتی است به همین علت بررسی تشخیص و ارزیابی دقیق تاثیر فرموله کردن استراتژی بر عملکرد سازمان و یا کسب و کار اغلب نیازمند مجموعه‌ای از معیارهای مالی و غیره می‌باشد که اثربخشی مدیران را مورد ارزیابی قرار می‌دهند (۱۵).

۷-۱-۲) برنامه‌ریزی استراتژیک

برنامه‌ریزی استراتژیک به تطبیق و حفظ تعادل سازمان با محیط خارجی آن کمک می‌کند. برنامه‌ریزی استراتژیک شامل تحلیل استراتژیک، تعریف مأموریت سازمان، تبیین دورنما و اهداف استراتژیک سازمان و تدوین استراتژی‌های دستیابی به اهداف سازمانی با توجه به عوامل محیط داخلی و خارجی سازمان و با در نظر گرفتن آینده سازمان است. به عبارتی برنامه‌ریزی استراتژیک، علم و هنر پیش‌بینی تغییرات محیط داخل و خارج سازمان، آماده‌سازی سازمان و تخصیص بهینه منابع برای پاسخگویی مناسب بهنگام به این تغییرات محیطی است. برنامه‌ریزی استراتژیک نقش بسزایی در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها و دستیابی به مزیت برتری دارد (۴).

مفهوم برنامه‌ریزی استراتژیک فرآیندی است که طی آن مدیران ارشد اجرایی و عملیاتی، برنامه‌ریزی استراتژیک سازمان را طراحی می‌کنند. مهمترین ویژگی این فرآیند در ماهیت کار گروهی آن نهفته است. زیرا در قالب چنین فرآیند و کارگروهی است که اعتقاد و باور به استراتژی سازمان شکل می‌گیرد و افراد درگیر در این فرآیند، احساس تعلق و مالکیت نسبت به آن پیدا می‌کنند. بعلاوه چنین فرآیندی باعث تسهیل مرحله استقرار استراتژی سازمان می‌گردد (۴).

۸-۱-۲) عناصر و ویژگی‌های برنامه‌ریزی استراتژیک

برنامه استراتژیک از هفت عنصر تشکیل می‌شود (۲۰):

۱. **مأموریت سازمان:** تعریف مأموریت سازمان نقطه شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک به شمار می‌آید. مأموریت سازمان در واقع شالوده ایست که دیگر عناصر برنامه استراتژیک روی آن ساخته می‌شوند. مأموریت سازمان عبارتی است که به مفهوم سازمان هویت می‌بخشد و نقطه کانونی در تشخیص هویت و فلسفه وجودی سازمان محسوب

می‌شود. هر یک از شش عنصر دیگر از برنامه استراتژیک می‌بایست بطور مستقیم از مأموریت سازمان حمایت و پشتیبانی نمایند.

۲. تحلیل های استراتژیک: تحلیل های استراتژیک در حقیقت بانک اطلاعاتی برنامه استراتژیک را تشکیل می‌دهد.

این تحلیل ها شامل تجزیه و تحلیل آن دسته از عوامل درونی و برون سازمانی است که تاثیر بسزایی روی آینده سازمان دارند. این تحلیل ها در نهایت باعث اولویت بندی موضوعاتی می‌گردد که برنامه می‌بایست به نوعی راه حلی برای آن بیابد. مرحله تجزیه و تحلیل های استراتژیک یکی از زمان برترین مراحل فرآیند برنامه استراتژیک به شمار می‌آید، زیرا برنامه استراتژیک بطور طبیعی برنامه مفهومی است که برای پشتیبانی از نقاط کلیدی برنامه به یک بانک اطلاعاتی دقیق نیاز دارد.

۳. استراتژی: عناصر تشکیل دهنده یک استراتژی، جهت گیری کلان سازمان را مشخص می‌کند. فعالیت تعیین و توسعه استراتژی یکی از ابعاد بسیار مهم و کلیدی فرآیند برنامه ریزی استراتژیک محسوب می‌شود.

۴. اهداف بلند مدت: اهداف بلند مدت مشخص کننده نتایج استراتژیکی است که مأموریت و استراتژی سازمان باید به آنها دست یابد. این نتایج استراتژیک در مفهوم گسترده و عام خود، منعکس کننده آرزوها و انتظاراتی است که سازمان قصد دارد در حوزه هایی نظیر سودآوری، رشد، گسترش ابعاد و نوع فعالیت، محصولات جدید و بازارهای جدید به آنها دست یابد.

۵. برنامه های تلفیقی: برنامه های تلفیقی بیانگر عملیات عمده "میان فعالیتی" است که برای تحقق استراتژی و دستیابی به اهداف بلند مدت مورد نیاز هستند. برنامه های تلفیقی در واقع آن نقطه ای است که ادغام و تلفیق ضروری بین نیازهای واحدهای مختلف عملیاتی سازمان صورت می‌گیرد و منظور از آن حصول اطمینان نسبت به تفسیر و تبدیل اهداف بلند مدت به نتایج دقیق و مشخص است. در واقع این نقطه ای از برنامه ریزی استراتژیک است که در آن مسئولیت تک تک کارکنان سازمان در قبال تحقق نتایج پیش بینی شده مشخص و تعیین می‌گردد.

۶. برآوردهای مالی: برآوردهای مالی، برنامه و نتایج آن را به اعداد و ارقام پولی تبدیل می‌کند و معیارهایی را نیز برای سنجش نحوه اجرا و عملکرد برنامه فراهم می‌کند. هدف این بخش از فرآیند برنامه ریزی، خلاصه سازی ابعاد مالی برنامه در یک قسمت مستقل است. ابعاد مالی برنامه می‌بایست دقیقاً هم توسط کسانی که مسئولیت تصویب آن را به عهده دارند و هم توسط کسانی که مسئولیت اجرا و پیاده سازی آن را به عهده دارند، درک و تفهیم شود. در خلال طراحی و توسعه تفصیلی برنامه اعداد و ارقام برآوردهای مالی باید بر اساس اطلاعات تفصیلی تری که در این مرحله فراهم می‌آیند، به واقعیت نزدیکتر شوند. برخلاف دیگر اجزای برنامه استراتژیک، بخش برآوردهای مالی

وظیفه ترجمه اطلاعات اخذ شده از مراحل تحلیل استراتژیک، اهداف بلند مدت و برنامه های تلفیقی را به عهده دارد.

۷. خلاصه اجرایی: این گزارش بطور مختصر برنامه را از دیدگاه مدیریت عالی اجرایی نشان می دهد. این گزارش منعکس کننده موضوعات، منطق آزمایی و قراردادن برنامه در کانون توجه و تمرکز است. این گزارش به مدیریت عالی سازمان امکان می دهد تا دیدگاه های خود را نسبت به آینده سازمان بطور مختصر و مفید به دیگران منتقل کند (۲۰).

ویژگی های برنامه ریزی استراتژیک را می توان به صورت زیر برشمرد:

- برنامه ریزی استراتژیک، انعکاسی از ارزشهای حاکم بر جامعه است. جهان بینی ها، اعتقادات و سنت های جامعه در برنامه ریزی استراتژیک منعکس می شوند.
- برنامه ریزی استراتژیک معطوف به پرسش های اصلی و مسائل اساسی از سازمانها است.
- برنامه ریزی استراتژیک دارای دید درازمدت است و افق هایی دورتر را در سازمان مطرح می سازد.
- برنامه ریزی استراتژیک فراگیر است و برنامه های عملیاتی سازمان را در بر می گیرد و به آنها جهت می بخشد.
- برنامه ریزی استراتژیک در سطوح عالی سازمان شکل می گیرد، زیرا در این سطح است که تقریباً به گونه ای همه جانبه اطلاعات لازم در مورد امکانات و منابع سازمان و انتظارات و توقعات از آن متمرکزند.
- برنامه ریزی استراتژیک امکانات و محدودیتهای درونی و بیرونی سازمان را مدنظر دارد و پیش بینی های خود را با توجه به آنها انجام می دهد (۱۴).

۹-۱-۲) ضرورت و مزایای برنامه ریزی استراتژیک

هر سازمانی که تحت مدیریت علمی اداره شود لاجرم برای هدایت منطقی فعالیت های خود نوعی از انواع برنامه ریزی استراتژیک را به عنوان ابزار مدیریتی لازم بایستی انتخاب کند. اهم ضرورت هایی که در رابطه با تدوین برنامه ریزی استراتژیک مطرح می شود، عبارتند از:

- **شرح وظایف اساسی مدیریت:** هر مدیر سازمان برای هماهنگی منابع تحت اختیار خود جهت نیل به اهداف، دارای شرح وظایف معین و مشخص است. در رأس شرح وظایف مدیریت علمی، تبیین و تدوین برنامه های استراتژیک سازمان و تنویر مسیرهای حرکت آن برای نیل به اهداف معین است. برنامه ریزی و تهیه استراتژی

های مناسب اولین و مهمترین شرح وظیفه مدیران عالی سازمان تلقی شده و این مهم در رأس وظایف پیشنهاد شده آنها قرار داشته است (۱۷).

• **ضرورت پاسخ به پرسش های مهم سازمان:** برای مدیریت عالی سازمان در فرآیند برنامه ریزی استراتژیک

سئوالات حائز اهمیت و کلیدی مطرح می شود که بایستی به طور منطقی و علمی و تحت ترتیب و اولویت های معین پاسخ داده شود. اهم این سئوالات که در راستای طرح ریزی اساسی برای سازمان ممکن است در ذهن مدیریت عالی ایجاد گردد عبارت از:

○ فعالیت اصلی ما چیست؟

○ آرمان و اهداف ما چیست؟

○ اهداف بلند مدت و کوتاه مدت سازمان چیست؟

○ آیا اهداف بلندمدت و کوتاه مدت متوازن هستند؟

○ تغییرات عمده تأثیر گذار محیط روی فعالیت های ما، کدامند؟

○ فرصت ها و تهدیدها ونحوه بهره برداری یا پرهیز از آنها در سالهای آتی کدامند؟ (۱۹).

• **استراتژیک بودن برنامه:** مهمترین مزیت برنامه ریزی استراتژیک همان استراتژیک بودن آن است. این نوع

برنامه ریزی جهت و مسیر فعالیت ها و عملیات سازمان را مشخص می سازد و به عنوان راهنمای سازمان عمل می کند. جهت گیری آینده، اولویت ها را مشخص می کند و تصمیم های امروز را در پرتو پیامدهای آینده اتخاذ می کند. برنامه ریزی استراتژیک نقش هماهنگ کننده بین برنامه های عملیاتی سازمان را انجام می دهد و اقدامات واحدهای مختلف را در یک مسیر جهت می بخشد. برنامه ریزی استراتژیک با نگرش بلندمدت، به پیش بینی های آینده می پردازد و از این رو دارای اطلاعاتی است که برای اقدامات درازمدت مدیران مفید است (۱۹).

۱۰-۱-۲) فرآیند و مدل های برنامه ریزی استراتژیک

برنامه ریزی استراتژیک، گونه ای از برنامه ریزی است که هدف آن تعریف و تدوین راهبردهاست (۲۱). از نظر عملیاتی برنامه ریزی راهبردی را می توان به دو مرحله عمده تقسیم کرد: یکی تعیین راهبرد و دیگری اجرای آن. در مرحله ی نخست عوامل مهمی که مورد توجه و ارزیابی قرار می گیرند عبارتند از: اهداف سازمان، وضعیت کنونی یا نقاط قوت و ضعف سازمان، موقعیت محیط بیرون سازمان از نظر عوامل اقتصادی، قانونی، اجتماعی و تکنولوژیک. در مرحله دوم یعنی اجرای راهبرد، عوامل مهمی که نیاز به تجزیه و تحلیل دارند شامل ساختار سازمان، فرهنگ و منابع سازمان و زیرسیستم هایی چون کنترل، اطلاعات، نظام حقوق و دستمزد و تشویق سازمان می باشند. متغیرهای سازمانی را در مرحله اجرای راهبرد باید به نحوی تغییر داد و متحول کرد که منطبق با مسیر انتخاب شده در مرحله نخست باشد (۲۱).

به هنگام تدوین برنامه برای تحقق اهداف سازمان، باید سطوح برنامه و تفاوت های هر سطح مورد توجه مدیران و برنامه ریزان قرار گیرد. انواع برنامه براساس سطوح سازمانی به سه دسته استراتژیک، تاکتیکی و عملیاتی تقسیم می شوند:

- **استراتژیک:** عبارت است از تعیین اهداف بلندمدت و حیاتی سازمان و طریقه رسیدن به آن، با توجه به عوامل محیطی و با در نظر گرفتن آینده سازمان.
- **تاکتیکی:** عبارت است از اتخاذ تصمیم های کوتاه مدت برای حداکثر بهره وری از منابع موجود با توجه به تحولات محیط. در این نوع برنامه ریزی وسایل لازم برای تحقق اهداف استراتژیک مشخص می شود و این کار سبب هماهنگی واحدهای سازمانی می گردد. در این حالت، تلاش جهت حصول به بهترین نتایج یا همان اثربخشی است.
- **عملیاتی:** عبارت است از تعیین عملیات (فعالیت های) لازم جهت رسیدن به اهداف استراتژیک، از طریق وسایل (تکنیک های) تعیین شده. در این حالت، تلاش جهت بهتر انجام دادن کارها یا همان کارایی می باشد (۲۲).

تنظیم برنامه عملیاتی یا اجرایی، مرحله ای است که در آن خروجی واقعی برنامه ها مشخص شده و منابعی از قبیل کارکنان، آموزش، تجهیزات، اطلاعات و فناوری تخصیص می یابد. همچنین این مرحله جایی است که در آن فرایند کار برای ارائه خدمات، مورد تحلیل قرار می گیرد. این برنامه، محتوی جزئیات هر فعالیت یا اقدام، رویه ها و فرآیندهای مورد نیاز برای هر فعالیت یا اقدام است. قبل از پرداختن به تدوین برنامه عملیاتی، باید ساختار مناسب این کار را در داخل سیستم فراهم کرد و افراد کلیدی را توجیه و همراه نمود. بدون اجرا، برنامه ها در سطح نظری باقی می مانند. بنابراین برای به اجرا درآوردن هر راهکار یا استراتژی مجموعه ای از فعالیت ها در نظر گرفته می شود. لذا مدیر باید تعیین کند که چه کارهایی یا اقداماتی برای رسیدن به اهداف و توسط چه کسانی، در کجا، در چه زمانی و چگونه باید انجام شود. برای عملی نمودن برنامه باید چهار نوع تصمیم در زمینه های هماهنگی فعالیت ها، استفاده موثر از افراد، تخصیص منابع و پردازش اطلاعات اتخاذ گردد. پس از آن اهداف برنامه تصمیم گیری می شود. یک سیستم کاری مرکب از کارکنان اداری و اجرایی برنامه عملیاتی خود را در جهت تحقق اهداف تدوین می نماید. دخیل کردن همه کارکنان در تدوین برنامه عملیاتی مهم است. کارکنان اجرایی آگاهی بیشتری از فرآیندهای کاری داشته و افراد متخصص در زمینه شغلی ارتباط کاری بیشتری دارند پس آن ها می توانند با درک صحیح تر و بهتر از مشکلات و منابع از اجرای برنامه در موفقیت آن نقش مهمی ایفا نمایند. برای اینکه کارکنان این پشتیبانی را به طور موثر و کافی فراهم نمایند، نیاز دارند که درک دقیقی از فعالیت هایی که به آن ها مربوط می شود و چگونگی تطبیق خود

با شرایط سازمان داشته باشند. زمانی که سازمان ها تجربه قبلی و موفقی در برنامه ریزی عملیاتی نداشته باشند، آوردن یک مشاور خارجی می تواند ضروری باشد (۲۳)(۲۴).

مدل برنامه ریزی استراتژیک

• مدل برنامه ریزی استراتژیک برایسون:

در میان مدل های مطالعه شده، مدل برایسون از قدیمی ترین مدل هایی است که در سال ۱۹۸۸ توسط یکی از صاحب نظران به همین نام برای برنامه ریزی استراتژیک در سازمان های غیر انتفاعی ارائه شده است. بدلیل قدمت و جامعیت این مدل، تهیه کنندگان سایر مدل ها در طراحی خود به این مدل نیز نیم نگاهی داشته اند. الگوی برنامه ریزی استراتژیک برایسون که فرآیند آن بررسی می شود، دارای ۸ مرحله است و این الگو نسبت به الگوهای دیگر فهرستی مناسب از مواردی تهیه کرده است که ارایه یک برنامه ریزی استراتژیک را ممکن می کند. مراحل فرآیند مورد نظر عبارت است از:

۱. آغاز فرآیند برنامه ریزی استراتژیک و حصول توافق درباره آن
 ۲. تعیین و شناسایی دستور سازمانی
 ۳. روش به وجود آوردن رسالت و ارزش های سازمانی
 ۴. ارزیابی محیط خارجی (فرصت ها و تهدیدها)
 ۵. ارزیابی محیط داخلی (نقاط ضعف و قوت)
 ۶. شناسایی مسایل استراتژیکی که سازمان با آن ها روبه روست
 ۷. تنظیم استراتژی ها برای مدیریت مسایل استراتژیک
 ۸. برقراری دیدگاه سازمانی کارساز برای آینده.
- این هشت مرحله باید به اجرا، نتیجه گیری و ارزیابی منتهی شود. باید توجه داشت که نتیجه گیری و ارزش یابی در هر مرحله از فرآیند انجام شود.

مرحله ی اول: آغاز فرآیند برنامه ریزی استراتژیک و حصول توافق بر سر آن: هدف از این مرحله گفت و گو و جلب حمایت تصمیم گیرندگان کلیدی و رهبران فکری به منظور موفقیت برنامه ریزی سازمان است. توافق به دست آمده باید کوشش ها، مراحل مرجع در طول فرآیند، شکل و زمان بندی گزارش ها و نقش و وظایف اعضا را دربرگیرد (۱۷).

مرحله ی دوم: تعیین و شناسایی دستور سازمانی: دستورهای رسمی و غیررسمی که بر عهده سازمان گذارده می شود، باید هایی هستند که سازمان با آن ها روبه روست. سازمان های معمولی به طور دقیق می دانند که چه کارهایی را باید انجام دهند و چه کارهایی را انجام ندهند.

مرحله‌ی سوم: روشن کردن رسالت و ارزش‌های سازمان: در این مرحله تعیین مأموریت سازمان و یا به عبارت دیگر علت وجود سازمان مشخص می‌شود؛ بدین معنا که چرا سازمان به وجود آمده است و برای تحقق چه چیزی تلاش می‌کند. تعیین هدف، می‌تواند مقدار قابل توجهی از تضادهای غیرضروری در سازمان را از بین ببرد و به آسان ساختن مذاکرات و بهره‌وری فعالیت‌ها کمک کند. موافقت بر سر اهداف، زمینه‌هایی را که سازمان در آن‌ها با رقابت روبه‌رو خواهد شد، معین می‌کند. سازمان پیش از تدوین شرح رسالت خود باید گروه‌های تاثیرگذار را مورد بررسی و تجزیه و تحلیلی قرار می‌دهد. تاثیرگذار، فرد، گروه یا سازمانی است که می‌تواند بر منابع و یا برون‌داد سازمان تاثیر بگذارد. به عنوان مثال تعدادی از تاثیرگذاران دولت، شهروندان، مالیات‌دهندگان، اتحادیه‌ها، گروه‌های دارای قدرت نفوذ و احزاب و از تاثیرگذاران سازمان غیرانتفاعی، ارباب رجوع، کارکنان و تامین‌کنندگان منابع مالی می‌باشند (۱۷).

مرحله چهارم: ارزیابی محیط خارجی: تیم برنامه‌ریزی باید فرصت‌ها و تهدیدها را به خوبی شناسایی و تعیین کند. مطالعه‌ی محیط خارجی و ارزیابی آن برای بهتر شناختن فضایی است که در آن فعالیت می‌شود. روشن است که اگر محیط ثابت بود موضوع تاثیرات محیطی چندان با اهمیت نبود، اما امروزه تغییر به عنوان یک واقعیت انکارناپذیر قلمداد می‌شود و به همین دلیل شناخت عوامل تاثیرگذار خارجی بسیار مهم است. هدف اصلی در این مرحله شناخت فرصت‌ها و تهدیدهاست. هر موقعیتی که به حرکت و پیشرفت سازمان کمک کند، فرصت و هر موقعیتی که در عملکرد سازمان مانع ایجاد کند، تهدید نامیده می‌شود (۱۹).

مرحله پنجم: ارزیابی محیط داخلی: بیش‌تر سازمان‌ها اطلاعات بسیاری در مورد درون‌دادهای خود دارند اما در مورد استراتژی جاری خود، چه به صورت کلی و چه بر مبنای کارکرد، نظر مشخصی ندارند. برای شناخت محیط داخلی سازمان باید از مزیت استراتژیک آن آگاه بود. تحلیل و تشخیص مزیت استراتژیک فرآیندی است که توسط آن بازاریابی، تحقیق و توسعه، منابع و کارکنان و سیستم‌های اطلاعات مدیریت سازمان آزمایش می‌شود تا نقاط قوت و ضعف سازمان شناسایی شود.

مرحله ششم: شناسایی مسایل استراتژیکی سازمان: مسایل و موضوعات استراتژیک باید در نتیجه‌ی فعالیت بررسی محیطی ظاهر شوند. این موضوعات باید با نقاط ضعف داخل سازمان، تهدیدات خارج سازمان و یا فرصت‌های آینده‌ی سازمان در نظر گرفته شوند. سازمان ممکن است خدمات و رویکردهای جدیدی در ارایه‌ی خدمات پیشنهاد کند. موضوع‌های استراتژیک باید به نوعی از موضوع‌های روزمره متمایز شوند و فهرست آن‌ها به عنوان تشکیل‌دهنده‌ی پایه‌های استراتژی‌هایی به کار برده شوند که باید تنظیم و اجرا شوند (۱۹).

مرحله ی هفتم: تدوین استراتژی‌ها، برای مدیریت مسایل: تنظیم و تدوین استراتژی که گاهی طرح اجرایی نامیده می‌شود، مرحله‌ای است که در آن موضوع‌های استراتژیک استنتاج شده از مراحل قبلی به صورت اجرایی در می‌آیند. در این مرحله استراتژی‌هایی برای تحقیق اهداف عینی منتخب تنظیم می‌شوند و می‌توان در عمل آن‌ها را طرح‌های اجرایی که نشان‌دهنده‌ی مراحل اصلی، پاسخ‌گویی‌ها، ضرب‌الاجل‌ها و منابع مورد نیاز جهت تحقیق اهداف عینی هستند، دانست.

مرحله هشتم: برقراری دیدگاه کارساز برای آینده: یک استراتژی کارساز باید با چند معیار مطابقت داشته باشد، از نظر فنی قابل اجرا و از نظر سیاسی مورد قبول گروه‌های تاثیرگذار کلیدی باشد و با فلسفه و ارزش‌های محوری سازمان هماهنگ باشد. افزون بر این، استراتژی کارساز باید مسایل اخلاقی، معنوی و قانونی را نیز رعایت کند.

نقاط قوت مدل برایسون: در این مدل اجرایی، امکان انجام تغییرات و اصلاح احتمالی قبل از اجرای برنامه استراتژیک و در زمان تدوین برنامه فراهم است. همچنین تعامل دوسویه‌ای که در بین مرحله تعیین مسائل استراتژیک و مرحله ی تنظیم استراتژی‌ها تعریف شده است، از دیگر نقاط قوت این مدل است.

نقاط ضعف مدل برایسون: در مدل برایسون، به این سوال که چگونه متوجه شویم که به مقصد رسیده ایم؟ پاسخی ارائه نشده است. به عبارت دیگر در این مدل به این که شاخص‌های نیل به اهداف و رسالت چیست و این که این شاخص‌ها چگونه باید پایش شوند، پرداخته نشده است.

• مدل برنامه‌ریزی استراتژیک استونر:

این مدل از نظر قدمت، جدیدتر از مدل برایسون است و از مدل‌های نسبتاً جامع در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک است. این دانشمند برای تدوین برنامه استراتژیک، ۹ مرحله را تعریف و مشخص ساخته است. براساس محتوای این مدل، این مراحل عبارتند از: تعیین هدف، شناسایی استراتژی و هدف‌های کنونی، شناسایی فرصت‌ها و تهدیدها، تجزیه و تحلیل تغییرات، تصمیم‌گیری استراتژیک، اجرای استراتژیک و بالاخره اندازه‌گیری و کنترل پیشرفت.

نقاط قوت مدل: توجه به اندازه‌گیری و کنترل پیشرفت، از نکات بارز این مدل است که نویسنده آن را در مراحل پایانی مدل در نظر گرفته است. تصمیم استراتژیک که در حقیقت همان تنظیم استراتژی است، با توجه به تحلیلی که نویسنده ارائه می‌نماید، بسیار مفید است.

نقاط ضعف مدل: یکی از نقاط ضعف این مدل داخل کردن اجرای استراتژیک در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک است. زیرا اجرای برنامه به عنوان بخشی از مدیریت استراتژیک تلقی شده و خارج از حوزه برنامه‌ریزی است. همچنین شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک با مرحله ی تعیین هدف جای بحث و تامل دارد. گرچه، اگر در ابتدای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک،

هدف مشخص باشد، فرآیند با سهولت و صرف منابع محدودتر به پایان می رسد، ولی نارسایی آن این است که شاید چیزی که در ابتدای فرآیند برنامه ریزی به عنوان مشکل تلقی می شود، مشکل حقیقی نباشد و یا شاید مشکل های حادثی نیز مطرح باشد. در نتیجه مدل این امکان را نمی دهد که در ابتدا با بررسی های محیطی، مشکلات استخراج و براساس اولویت بندی، تعیین هدف صورت گیرد. این مدل به صورت یک طرفه طراحی شده است و در صورت بروز نقص در تعیین هدف، عوارض آن تا پایان برنامه ریزی تداوم می یابد.

• مدل برنامه ریزی استراتژیک سازمان جهانی بهداشت:

این مدل که از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان بخشی از فرآیند مدیریت و طراحی ارائه شده است، از نظر برنامه ریزی استراتژیک شامل شش مرحله مستقل است. این مراحل عبارتند از: انجام اقدامات مقدماتی برای برنامه ریزی، تحلیل وضع موجود، بررسی مشکل، تعیین اولویت ها و هدف، تنظیم استراتژی بهداشتی، تنظیم و ارزیابی برنامه بهداشتی. این مدل از نمونه های نسبتاً قدیمی در این زمینه است و از جامعیت خوبی برخوردار است.

نقاط قوت مدل: توالی مراحل در این مدل از تناسب بسیار خوبی برخوردار است، به ویژه تعاملی که بین هریک از مراحل با مراحل بعدی و همین طور کل مدل وجود دارد، بسیار مفید است. در این مدل برخلاف مدل استونر، پس از اتمام مرحله سوم است که مشکلات استراتژیک مشخص شده و براساس اولویت، اهداف برنامه تعیین می گردد. تعاملی که در مدل دیده می شود این مزیت را دارد که اگر در هریک از مراحل مشخص شود امکان تحقق اهداف یا استراتژی وجود ندارد، بلافاصله نسبت به اصلاح مراحل قبل اقدام گردد. به عبارت دیگر، مراحل برنامه ریزی در این مدل حالت یک سویه نبوده و کاملاً دینامیک است. این مدل از اولین مدل های برنامه ریزی استراتژیک است که برای حوزه بهداشت و درمان طراحی شده است.

نقاط ضعف مدل: با وجود اینکه بخشی از رسالت در هدف مطرح می گردد، ولی در این مدل برخلاف مدل های دیگر، درخصوص تبیین رسالت و دورنما به صورت واضح و شفاف بحث نشده است.

• مدل برنامه ریزی استراتژیک دانکن و همکاران:

این مدل که توسط دانکن و همکاران در سال ۱۹۹۵ ارائه شده است، از کامل ترین و جامع ترین مدل هایی است که در زمینه برنامه ریزی استراتژیک تاکنون ارائه شده است. این مدل در قالب مدیریت استراتژیک مطرح شده و از نظر برنامه ریزی استراتژیک شامل پنج مرحله قابل تمیز می باشد. این مراحل عبارتند از: تحلیل محیط داخلی، تحلیل محیط خارجی، تعیین رسالت و دورنما و ارزش ها و اهداف، تعیین استراتژی و کنترل.

نقاط قوت مدل: در این مدل، اجزای اساسی برنامه ریزی استراتژیک به چشم می خورد و بین اجزا تعامل مناسبی طراحی شده است. ابعادی که در ارزیابی های محیطی ارائه شده است، از کفایت مناسب برخوردار است. پرداختن به تدوین استراتژی از ابعاد مختلف، یکی از نقاط بسیار بارز این مدل است. براساس این مدل، اجرای برنامه مستلزم طراحی استراتژی های لازم در این

خصوص است. سنجش عملکرد، ارزشیابی و اقدام برای تصحیح براساس روابطی که در مدل پیش بینی شده است، کاملاً قابل اجراست.

نقاط ضعف: شاید مهم ترین نقطه ضعف همان رویکرد تک محصولی بودن و خاستگاه صنعتی داشتن باشد.

- **مدل برنامه ریزی استراتژیک پیگلز و روجر:**

مدل پیگلز و روجر نیز در جای خود قابل ملاحظه است و بنا به شرایط خاص برخی سازمان ها، می تواند مورد استفاده قرار گیرد. در این مدل نیز اجزا و مراحل مختلف برنامه ریزی استراتژیک به صورت مناسب دیده شده است. شاید یکی از نقاط ضعف مدل مذکور عدم توجه به شاخص های سنجش عملکرد است که بدون توجه به این نکته، مرحله تدوین هدف-های ویژه در مدل، موضوعیت خود را از دست می دهد. دیگر نقطه ضعف مدل یک طرفه بودن آن است. در این مدل، پیش بینی نشده است که به عنوان مثال اگر در مرحله تدوین هدف های عالی، ضرورت تغییر رسالت مطرح شود، آیا امکان انجام این امر میسر است یا خیر؟

- **مدل برنامه ریزی استراتژیک گوداشتانین و همکاران:**

ویژگی و نقطه بارز این مدل توجه به ممیزی اجرای کارهای استراتژیک است. حاصل این ممیزی مقایسه مرحله اجرا با وضعیت مطلوب و تحلیل شکاف بین وضعیت موجود و شرایط مطلوب است. اگر فاصله این دو وضعیت قابل قبول باشد، فاز تدوین برنامه عملیاتی آغاز می شود. در این مدل به تدوین اهداف عالی و ویژه و انتخاب شاخص های سنجش عملکرد به صورت مستقل پرداخته نشده است.

۱۱-۲) موانع و محدودیت های برنامه ریزی استراتژیک

- **محیط برنامه ریزی:** در فرآیند برنامه ریزی استراتژیک مفروضاتی برای محیط فضای پیرامونی به عنوان فاکتور و عوامل تأثیرگذار پیش بینی شده است. ممکن است به لحاظ دلایلی، شرایط مفروض، برای محیط برنامه ریزی تغییر کند و بدین ترتیب موانع و محدودیت های جدی برای تحقق برنامه های تدوین شده بوجود آید (۲).

- **هزینه زیاد:** هر گونه اقدام و یا حرکت به سمت برنامه ریزی سازمانی، مستلزم صرف هزینه قابل ملاحظه برای جمع-آوری اطلاعات، داده ها و آمارها و متعاقباً بررسی و تحلیل نسبتاً طولانی آنها جهت جمع بندی و استخراج برنامه-های عملیاتی است. شاید این هزینه ها برای سازمان های بزرگ و یا متوسط چندان مشکل آفرین نباشد ولی برای سازمان های کوچک، تخصیص منابع برای امور برنامه ریزی ممکن است به سهولت امکان پذیر نباشد (۲).

- **مشکل برنامه ریزی:** امر برنامه ریزی کاری پیچیده و مشکل بوده و نیاز شدید به تفکر و ذهن قوی و خلاقیت و ابتکار دارد. بنابراین سازمانی که فاقد افراد متبحر و کاردان باشد، عملاً در انجام و تدوین برنامه های استراتژیک با مشکل مواجه خواهد شد. زیرا در برنامه ریزی ضرورت دارد فارغ از روزمرگی های جاری به اتکاء ذهنیت های پویا

و فعال نسبت به پیش بینی موضوعاتی که در آینده تأثیرات خود را روی سازمان بروز خواهند داد نیز اهمیت داد و مسیرهای حرکت مناسب انتخاب و تصمیمات جاری را نیز بر اساس مسیرهای تعیین شده اتخاذ نمود(۲).

- **تعهد و محدودیت:** برنامه‌ریزی استراتژیک بر مبنای واقعیت‌های کاملاً مملوس محیط و عوامل تأثیرگذار برای یک دوره زمانی مشخص تدوین می‌شود. متعاقب تدوین برنامه‌های استراتژیک بایستی کلیه فعالیت‌های جاری در راستای جهت‌های کاملاً مشخص شده، سازماندهی و اجراء شوند. سازماندهی و اجراء فعالیت‌ها در جهت‌های مشخص که جزو تعهدات بدیهی مدیریت و کارکنان محسوب می‌شوند، محدودیتی‌هایی را در آزادی عمل سازمان اعمال می‌کنند که نبایستی به عنوان نکات منفی و بازدارنده تلقی گردند(۲۲).

- **مقاومت درونی:** هر گونه تغییر توأم با مقاومت است ولو این تغییر در جهت مثبت باشد. بنابراین در ماهیت و بطن برنامه‌ریزی استراتژیک تغییراتی مترتب است که سبب مقاومت عمومی و بروز موانع ضد برنامه‌ریزی می‌گردد. زیرا کارکنان به رویه‌ها و شیوه‌های قدیمی خو گرفته و انجام امور و وظایف محوله به صورت گذشته برای آنان به مراتب سهل‌تر است. لذا هنر یک مدیر این است که قبل از معرفی هرگونه برنامه با استفاده از رویه‌های خاص انگیزشی و ترتیب دادن جلسات آگاه‌سازی، صبورانه نسبت به حذف و یا در نهایت کاهش مقاومت‌های ضد برنامه اقدام لازم به عمل آورد.

در همین راستا نظام اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران بر تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های کشور تأکید زیادی دارد. در نتیجه از سال ۱۳۹۱ تقریباً همه بیمارستان‌های کشور باید برنامه استراتژیک داشته باشند. برنامه‌ریزی استراتژیک بدون مطالعه امکان‌سنجی در بیمارستان‌های ایران بکار گرفته شده است. در نتیجه، بیمارستان‌های کشور علی‌رغم داشتن برنامه استراتژیک، عملکرد متوسطی دارند و با چالش‌هایی در زمینه‌های کیفیت، کارایی و بهره‌وری مواجه هستند. به عبارتی، دربرخی بیمارستان‌ها فقط برنامه استراتژیک نوشته می‌شود و این برنامه‌ها به درستی تدوین و اجرا نمی‌شوند. به کارگیری نامناسب برنامه استراتژیک علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع انسانی منجر به بی‌انگیزگی کارکنان بیمارستان‌ها می‌شود(۴).

۱۲-۱-۲) چالش‌های برنامه‌ریزی در بیمارستان‌های ایران

مدیریت و رهبری ناکارآمد، برنامه‌ریزی نادرست، فرهنگ نامناسب سازمانی، عدم توجه به یادگیری سازمانی و مدیریت ضعیف کارکنان، مشتریان، منابع و فرآیندهای کاری، چالش‌های زیادی بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها ایجاد کرده‌اند. عدم توجه برنامه‌ریزی استراتژیک، استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، نبود روحیه کارگروهی، آموزش ناکافی، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آن‌ها، مشارکت و تعهد کم مدیران و کارکنان و پزشکان در تدوین و اجرای برنامه، کمبود منابع، تعداد زیاد بخش‌ها و فرآیندهای کاری در بیمارستان، ارتباطات و هماهنگی ضعیف سازمانی، توجه کم به بیمارمحوری و نداشتن سیستم مناسب برای مدیریت و ارزشیابی فرآیندهای کاری از جمله چالش‌های برنامه‌ریزی در بیمارستان‌ها هستند.

مدیریت و رهبری ضعیف مانع مهمی در موفقیت برنامه‌ریزی در بیمارستان است. در صورتیکه مدیران ارشد بیمارستان‌ها مشارکت فعالی در فرآیند برنامه‌ریزی نداشته باشند، برنامه خوبی تدوین نخواهد شد، منابع لازم برای اجرای برنامه فراهم نمی‌شود و در نتیجه کارکنان انگیزه لازم را برای اجرای برنامه نخواهند داشت. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آن‌ها باید در کلیه مراحل تدوین و اجرای برنامه مشارکت فعالی داشته باشند و منابع لازم را تامین کنند. ویژگی‌های خاص بیمارستان‌ها مانند ساختار مکانیکی، بروکراتیک و پیچیده، ماهیت اضطراری خدمات، ناهمگونی کارکنان و بیماران، عدم اطمینان و پیش‌بینی ناپذیری، استقلال طلبی متخصصان بالینی و تعاملات پیچیده بین ذینفعان کلیدی، فرآیند تدوین و اجرای برنامه را دشوار می‌سازد.

عدم حضور مدیران ارشد در جلسات برنامه‌ریزی، کلاس‌های آموزشی و عدم تلاش آن‌ها برای تغییر سیاست‌ها، ساختارها و فرهنگ سازمان به کارکنان سازمان نشان می‌دهد که جدیتی از طرف مدیران برای تدوین و اجرای برنامه وجود ندارد. اگر مدیران متعهد به تغییر سازمان باشند، مشارکت خود را در اجرای برنامه افزایش خواهند داد. عدم اعتقاد به مفید بودن برنامه‌ریزی، نبود فرهنگ بهبود مستمر فرآیندهای کاری، مسئولیت ناپذیری، عدم پاسخگویی و بی‌نظمی موانع جدی بر سر راه موفقیت برنامه‌ریزی در بیمارستان‌های ایران است. بودجه ناکافی، ساختار نامناسب و کمبود منابع مورد نیاز برای تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها، از جمله چالش‌های ساختاری برنامه‌ریزی بیان شده در بیمارستان‌های ایران در سایر مطالعات هستند (۵).

مدیران بیمارستان‌ها گاهی اوقات آنقدر درگیر کارهای روتین و روزمره بیمارستان‌ها می‌شوند که فراموش می‌کنند که با پیش‌بینی آینده و تعیین اولویت‌ها و اهداف سازمانی و تدوین یک برنامه مناسب می‌توان سریعتر و بهتر به اهداف سازمانی دست یافت. از طرف دیگر تغییر و تحولات زیاد صنعت سلامت و عدم اطمینان موجود در آن موجب می‌شود مدیران

بیشتر رفتار واکنشی از خود نشان دهند و با تدوین برنامه‌های مکانیکی به دنبال حفظ شرایط موجود باشند تا اینکه با تدوین برنامه‌های پویا به دنبال غلبه بر نقاط ضعف داخلی و تهدیدهای خارجی و تقویت نقاط قوت داخلی با بهره‌گیری هرچه بیشتر از فرصت‌های بیرون سازمانی باشند.

نتایج مطالعات نشان داد که کمبود کارکنان شایسته، توانا و با تجربه، انگیزه پایین کارکنان برای برنامه‌ریزی و مقاومت آن‌ها در مقابل تدوین و اجرای برنامه مشکلاتی در برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها ایجاد کرده است. ناآگاهی کارکنان نسبت به فرآیند و نتایج برنامه‌ریزی یکی از موانع مهم محسوب می‌شود. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها پیش از اجرای هر برنامه تغییر سازمانی باید کارکنان را در زمینه منافع تغییر سازمانی توجیه کنند و در زمینه نحوه اجرای برنامه تغییر آموزش دهند. عدم مشارکت کارکنان در مطالعات مختلف، به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل شکست برنامه‌های راهبردی و برنامه‌ریزی در بیمارستان‌ها شناخته شده است. همچنین پیچیدگی فرآیندهای کاری در سازمان، ارتباط نامناسب بین واحدهای کاری سازمان و نبود مکانیسم‌های ممیزی و ارزیابی برنامه‌ریزی، بیشترین مشکلات فرآیندی برنامه‌ریزی در بیمارستان‌ها هستند.

یکی از موانع برنامه‌ریزی در سازمان‌های بهداشتی درمانی ایران، عدم انعطاف‌پذیری ساختار سازمانی است. ساختار سازمانی بیمارستان‌ها به ویژه بیمارستان‌های دولتی ثابت بوده و مدیران نمی‌توانند برای دستیابی به اهداف سازمانی آن را تغییر دهند. ساختار سازمانی باید دنباله روی استراتژی سازمان باشد. ساختار سازمانی وظیفه تخصیص نیروی انسانی، تعریف مسئولیت‌ها و نقش‌های کارکنان و توزیع منابع سازمانی را برعهده دارد. سازمان باید انعطاف‌پذیر باشد تا از طریق تغییر در ساختار، فرهنگ و فرآیندهای کاری، امکان دستیابی به اهداف استراتژیک مقدور باشد.

مطالعات مختلف دلایل اصلی شکست برنامه‌های استراتژیک را انتخاب مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، انتخاب تکنیک‌های نامناسب اجرای مدل برنامه‌ریزی استراتژیک در عمل و محیط نامناسب سازمان برای برنامه‌ریزی استراتژیک بیان می‌کنند. استفاده از مدل و تکنیک‌های نامناسب در برنامه‌ریزی موجب کاهش اثربخشی فرایند تدوین برنامه‌ریزی خواهد شد و در اجرا نیز مشکلاتی را برای سازمان ایجاد خواهد کرد. ده‌ها مدل برای تدوین برنامه استراتژیک توسط دانشمندان مدیریت ارائه شده است. بیشتر این مدل‌ها در کشورهای غربی و در بخش صنعت طراحی شدند که فرهنگی متفاوت با بخش سلامت دارند. مدیران سازمان‌های بهداشتی درمانی باید از یک مدل مناسب با ساختار و فرهنگ سازمان خود برای برنامه‌ریزی استفاده نمایند (۶).

۲-۲) مرور برخی تجربیات و شواهد داخلی با تاکید بر عوامل موفقیت برنامه‌ریزی در بیمارستان‌های ایران

مصدق راد و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای با عنوان "عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان: یک مطالعه کیفی" به تعیین عوامل موثر بر موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک پرداختند. آن‌ها با استفاده از روش پدیدار شناسی و استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۴۷ نفر از اعضای ۱۷ بیمارستان استان تهران عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک را شناسایی نمودند. ۴۴ عامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها شناسایی و در قالب ۸ موضوع اصلی و ۲۳ موضوع فرعی دسته‌بندی شدند. اعتقاد به مفید بودن برنامه استراتژیک، توجیه مدیران و کارکنان نسبت به ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک و حمایت مدیران ارشد از عوامل موثر در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک بود. مدیران باید از مدل متناسب با ساختار و فرهنگ بیمارستان‌ها برای برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده کرده، مشارکت فعالی در برنامه‌ریزی استراتژیک داشته باشند، منابع لازم را تامین کنند و فرایند اجرای استراتژی را مدیریت و رهبری کنند (۲۵).

مصدق راد و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان "تاثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان: یک مطالعه موردی" تاثیر برنامه‌ریزی استراتژیک را بر کارایی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان در بازه زمانی ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار دادند. میزان تاثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان با استفاده از شاخص‌های متوسط اقامت بیماران، میزان اشغال تخت بیمارستان، گردش تخت و فاصله گردش تخت سنجیده شد. یافته‌های مطالعه آن‌ها نشان داد که تدوین و اجرای درست برنامه استراتژیک مناسب منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها می‌شود (۳).

بشارتی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان "تاثیر عوامل سازمان دهی و هدایت عملیات بر فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان" در یک پژوهش کاربردی با استفاده از روش‌های مروری، تطبیقی و کمی به بررسی میزان تاثیر عوامل سازمان دهی و هدایت عملیات بر برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان‌های ایران پرداختند. عوامل سازماندهی تیم برنامه‌ریزی، هدایت عملیات برنامه‌ریزی، تشکیل تیم عملیاتی و تعیین وظایف آنان، شناسایی مسائل استراتژیک و اولویت بندی آن‌ها به عنوان مهم‌ترین عوامل موثر شناسایی شدند. سازماندهی و هدایت عملیات برنامه‌ریزی به طور صحیح می‌تواند منجر به بهبود عملکردی برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان‌ها گردد (۲۳).

بشارتی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان "طراحی الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی برای بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران" با استفاده از یک پژوهش کاربردی و روش‌های مروری، تطبیقی، کمی و کیفی، الگویی برای برنامه‌ریزی بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت طراحی نمودند. یافته‌های مطالعه آن‌ها نشان داد که هدایت عملیات برنامه‌ریزی و ایجاد هماهنگی و مدیریت اهداف در امر برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان‌های وابسته به وزارت

بهداشت و آموزش پزشکی ایران از موثرترین عوامل محسوب می شوند که به کارگیری آن‌ها به همراه سایر ابعاد الگوی نهایی می تواند سبب بهبود مراحل تدوین و اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی گردد (۲۴).

۳-۲) روش کار و چارچوب طرح

۱-۳-۲) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد در سال ۱۳۰۷ هجری شمسی در زمینی به مساحت ۲۸ هکتار احداث گردید. این مجتمع در ابتدا با صد تخت و بخش های داخلی، جراحی، چشم پزشکی، کودکان، عفونی، زایشگاه، درمانگاه، آزمایشگاه رادیولوژی، دندانپزشکی و تشریح حیوانات و قسمتهای وابسته شروع به فعالیت نمود. طی سالهای گذشته از آغاز فعالیت، این مجتمع با تغییرات بسیاری در تعداد تخت ها و بخش های فعال مواجه بوده است. در حال حاضر این مجتمع با حدود ۱۰۰۰ تخت فعال و ۴۴ بخش به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر پزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیات علمی، ۲۰۰ عضو هیات علمی و حدود ۱۰۰۰ فراگیر در رشته های مختلف پزشکی فعالیت دارند. بعنوان یک بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی در ردیف یکی از بزرگترین مراکز عمده آموزشی، پژوهشی و درمانی دانشگاهی سطح کشور شناخته می شود. سالانه حدود ۶۰ هزار بیمار به این مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی مراجعه می کنند. از آغاز اپیدمی کرونا این مجتمع به عنوان مهم ترین مرکز ارجاعی در سطح استان خراسان رضوی، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به این بیماری را در دستور کار خود قرار داد. تغییرات زیادی در اندازه و نحوه ی ارائه خدمات مراقبتی و درمانی در سطح مجتمع به وجود آمد که از آن جمله می توان به کاهش تعداد تخت های فعال به حدود پانصد تخت بستری و اختصاص هشت بخش بستری جهت درمان این بیماران اشاره کرد. با توجه به نقش و اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک در پیشبرد اهداف سازمانی، پیچیدگی سازمان های بهداشتی درمانی، افزایش روز افزون انتظارات و تقاضای بیماران، رشد هزینه-های سلامت و تغییر نگرش و انگیزه ارائه دهندگان خدمات سلامت، هدف از انجام این پروژه ارائه یک تجربه موفق در راستای حرکت مبتنی بر برنامه در مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد می باشد.

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

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

جرقه ی اول شناسایی مساله: "برنامه برای تعیین مسیر یا برنامه برای برنامه و صرفا نمایش" این شاید مهم ترین موضوعی بود که ذهن مدیران بیمارستان را به خود مشغول کرده بود. موضوع اتمام زمان برنامه راهبردی بیمارستان و نیاز به استفاده از مدل های کاربردیتر جهت تدوین برنامه همچنین دستیابی به اهداف برنامه های عملیاتی، اجرای برخی از برنامه ها و تبعیت بخش ها و واحدها از برنامه های عملیاتی به عنوان چالش های مهم در حوزه برنامه ریزی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت در جلسه کمیته تیم مدیریتی طرح گردید. با توجه به اینکه حرکت در مسیر یک برنامه ی بلند مدت و انجام برنامه های عملیاتی سالیانه از الزامات استانداردهای اعتباربخشی در دوره های مختلف بوده تقریبا تمامی مدیران بیمارستان با اهمیت موضوع آشنایی کامل داشتند. اما اینکه چرا در طی چند سال گذشته بیمارستان در مسیر برنامه ها برای نیل به اهداف حرکت نکرده بود مهم ترین مساله پیش رو برای برنامه ریزی بود. در واقع اصلی ترین چالش حصول اطمینان از حرکت مبتنی بر برنامه در تمامی سطوح عالی، میانی و عملیاتی بیمارستان بود. از طرفی مدیران نگران تهیه و تدوین یک برنامه ی راهبردی قابل قبول و قابل اجرا و مورد تائید ارزیابان کشوری و از طرف دیگر نگران اجرایی شدن این برنامه و حرکت بیمارستان در مسیر آن بودند.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان: برای شناسایی ابعاد مساله کارگروهی متشکل از ذینفعان اصلی برنامه ریزی متشکل از ریاست مجتمع، معاونت توسعه ی مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت، مدیر خدمات پرستاری، ریاست امور مالی، مسئول بهبود کیفیت و سه نفر از اعضای هیات علمی دارای سابقه علمی و عملی در حوزه برنامه ریزی در سطح بیمارستان تشکیل شد. هدف از تشکیل این کارگروه سازماندهی تیم برنامه ریزی و همچنین سیاست گذاری و ایجاد فرهنگ برنامه ریزی، مدیریت اهداف و هدایت عملیات، تامین منابع لازم برای اجرای برنامه ها و طراحی نظام پایش و ارزشیابی برنامه ها بود.

با برگزاری جلسات متعدد، با استفاده از داده‌ها و اطلاعات موجود موانع دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده و چالش‌های موجود با همفکری تیم برنامه‌ریزی شناسایی شد. در مجموع ۵ جلسه برگزار گردید. در ابتدای جلسه در خصوص نقش و اهمیت برنامه‌ریزی مطالبی توسط مسئول بهبود کیفیت عنوان شد. بعد از آن از حاضرین درخواست شد با توجه به مشکلات موجود در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها در بیمارستان، نسبت به شناسایی مشکلات موجود اقدام نمایند. یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین مشکلاتی که حاضرین در جلسات به آن اشاره کردند توجه ناکافی مدیران عالی بیمارستان به اهمیت برنامه‌ریزی و پایبندی به راهبردها و همچنین الزام مدیران میانی و عملیاتی به حرکت در مسیر برنامه‌ها بود. حاضرین تعداد زیاد برنامه‌ها در هر بخش و واحد - عدم تطابق برنامه‌ها با استراتژی‌ها و چشم‌انداز بیمارستان - عدم پیگیری و پایش دقیق برنامه‌ها به دلیل تعدد آن‌ها و الزام در اجرای برنامه‌ها را از دیگر چالش‌ها عنوان کردند. به طور مثال یکی از حاضرین عنوان کرد که "به دلیل وسعت و تعدد بخش‌ها و واحدها عملاً نمی‌توان برای هر بخش و واحد چندین برنامه تعریف کرد و انتظار داشت همه برنامه‌ها اجرا شود".

ابعاد مساله: در نهایت از حاضرین درخواست شد براساس دانش و تجربه و با توجه به شناختی که از فرآیند برنامه‌ریزی در بیمارستان دارند مهم‌ترین ابعاد مساله‌ی برنامه‌ریزی در بیمارستان را عنوان نمایند. در ادامه ابعاد مساله حرکت مبتنی بر برنامه در سطح بیمارستان از جنبه‌های زیر مورد توجه قرار گرفت:

• مدیران ارشد بیمارستان

- عدم مشارکت در فرآیند تدوین برنامه
- عدم اعتقاد به اثربخشی برنامه‌ریزی
- عدم وجود دانش و آگاهی کافی پیرامون برنامه‌ریزی
- پاسخگو نبودن مدیران بیمارستان
- عدم اعتقاد و تعهد به حرکت بر اساس برنامه‌های تدوین شده
- عدم پیگیری موثر پیشرفت برنامه‌ها

• مدیران میانی و عملیاتی

- عدم وجود رابطه مناسب بین سطوح مدیریتی
- عدم وجود فرهنگ حرکت مبتنی بر برنامه

- محتوای برنامه‌ها

- مبتنی بر شرایط نبودن برنامه‌های تدوین شده
- اسمارت نبودن برنامه‌ها اهداف عینی
- تعدد برنامه‌ها
- کاربردی نبودن برنامه‌های تدوین شده

- مدل مورد استفاده

- عدم تطبیق با شرایط بیمارستان
- نامناسب بودن مدل برنامه‌ریزی و تضاد بین اهداف و برنامه‌ها

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مساله، ذینفعان مختلف در همان

جلسات از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا در خواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد. بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه‌ریزی

این گام در چهار مرحله به شرح ذیل انجام شد:

مرحله اول: شناسایی مدل‌های موجود و ایجاد جدول تطبیقی

هدف اصلی در مرحله اول شناسایی الگوهای منتخب برنامه‌ریزی و روش عمده در این قسمت مطالعه ی تطبیقی بود. برای رسیدن به این هدف، به روش کتابخانه‌ای و بررسی متون، مستندات مورد نیاز گردآوری شدند. این جستجو از منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی معتبر مانند پایگاه‌های داده ای گوگل اسکولار، SID, MAGIRAN, IRAN MEDEX استفاده شد. کلید واژه‌های مورد جستجو شامل برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی راهبردی، برنامه‌ریزی استراتژیک، برنامه‌ریزی عملیاتی و بیمارستان بودند. جستجو در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ و محدود به زبان فارسی و انگلیسی انجام پذیرفت. سپس ابعاد مختلف این الگوها به صورت تطبیقی مقایسه گردید و بر این اساس الگوی اولیه‌ای شامل مولفه‌های لازم برای انجام مراحل بعدی تحقیق طراحی شد. برای انجام برنامه‌ریزی استراتژیک، تاکنون مدل‌های مختلفی ارائه شده است که هرکدام از آنان بسته به فعالیت‌های سازمانی و حوزه کاری تفاوت‌هایی را با یکدیگر نشان می‌دهند.

مرحله دوم: بررسی نقاط قوت و ضعف و مدل‌های موجود و راهکارهای پیشنهادی

هدف اصلی در مرحله دوم بررسی نقاط قوت و ضعف مدل‌های شناسایی شده بود. روش عمده مورد استفاده در این قسمت بررسی متون و جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان کلیدی برنامه‌ریزی در سطح بیمارستان بود.

مرحله سوم: ارزیابی مدل‌ها و انتخاب مدل پایه و توسعه اولیه مدل منتخب

پس از شناسایی مدل‌های برنامه‌ریزی استراتژیک و بررسی نقاط قوت و ضعف هریک از مدل‌ها، چندین جلسه در جهت باز طراحی و توسعه مدل‌های برنامه‌ریزی در جهت رفع چالش‌ها و ابهامات اساسی برنامه‌ریزی در سطح بیمارستان برگزار گردید. این جلسات با هدف ارائه ی یک مدل مورد توافق جمعی برای اهداف برنامه‌ریزی در سطح بیمارستان برگزار شد. در طی این جلسات مدل‌های مختلف برنامه‌ریزی مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت مشارکت‌کنندگان به ارائه ی پیشنهاداتی در جهت بهبود و رفع ابهامات مدل برنامه‌ریزی در سطح بیمارستان پرداختند. با توجه به اجماع تیم برنامه‌ریزی، مدل برنامه‌ریزی **برایسون** به عنوان مدل پایه در جهت برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان در نظر گرفته شد؛ اما با توجه به ساختار، پیچیدگی و پویایی سازمان بیمارستان، تغییراتی در این مدل اعمال گردید که در ادامه توضیح داده می‌شود.

مرحله چهارم: توافق روی مدل در تیم مدیریتی بیمارستان

پس از دریافت پیشنهادات و ارائه نقطه نظرات، مدل برنامه‌ریزی نهایی و در جلسه تیم مدیریتی بیمارستان مطرح شد. هدف از برگزاری این جلسه آشنایی اعضای تیم مدیریتی بیمارستان با مسیر برنامه‌ریزی در بیمارستان و حصول اطمینان از اجماع و توافق آنها در خصوص اجرایی شدن مدل بود. در این جلسه توضیحاتی در خصوص گام های اجرایی مدل برنامه‌ریزی و نقش مدیران در هر یک از مراحل ارائه گردید. همچنین از اعضای حاضر در جلسه تقاضا شد پیشنهادات خود را در جهت هرچه بهتر اجرا شدن مدل اعلام نمایند. در نهایت مدل برنامه‌ریزی طراحی شده توسط اعضای حاضر در جلسه مورد تأیید و توافق قرار گرفت.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه دو (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه سه (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد (شکل ۳). بر این اساس، در جلسات مشترک نحوه اجرای برنامه‌ها و فرایند طراحی شده، برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت رسمی ارائه و از ایشان درخواست شد به مدت یک هفته نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعان که در ناحیه دو قرار می‌گرفتند و قدرت تأثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است)

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا مدیران پروژه‌ها انتخاب شدند. سپس برای کلیه مدیران پروژه یک دوره آموزشی تعریف شد. بعد از این دوره، فرایند برنامه‌ریزی شروع شد. به جهت پایدار سازی فرایند، اقدامات لازم برای طرح موضوع در هیات رئیسه دانشگاه و توسعه فرایند طراحی شده در سایر بیمارستان‌ها انجام شد. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است).

مدل برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی- پروژه محور

بیمارستان‌ها در زمره پیچیده‌ترین سازمان‌ها قرار می‌گیرند. سازمانهایی که به جهت نوع فعالیت‌ها و ارتباط با حیات انسان‌ها و همچنین طیف گسترده تخصص و تحصیلات در آن‌ها و به جهت ترکیب متنوع فعالیت‌ها همانند یک شهر کامل از پیچیدگی بسیار بالایی برخوردار هستند. در این بین بیمارستان‌های آموزشی به دلیل ورود یک بعد دیگر به لیست ویژگی‌های بیمارستان که آن هم آموزش دانشجویان و فراگیران در رشته‌های مختلف و در سطوح مختلف می‌باشد دارای پیچیدگی دوجندان هستند. بر این اساس چارچوب طراحی شده برای تضمین حرکت مبتنی بر برنامه در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا علیه السلام بر اساس روشی که توضیح داده شد به شرح ذیل می‌باشد:

نام مدل "مدل برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی پروژه محور" می‌باشد و پایه اصلی آن مدل برنامه‌ریزی استراتژیک برایسون بوده است که بر حسب شرایط بیمارستان‌های آموزشی اصلاحاتی در آن انجام شده است. در ادامه مراحل مدل توضیح داده شده است:

مرحله ۱- حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک

منظور از نخستین مرحله در فراگرد برنامه‌ریزی استراتژیک دست یافتن به توافق مقدماتی بر شروع کوشش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک و مراحل عمده آن بین ذینفعان کلیدی بیمارستان می‌باشد. این توافق تعیین می‌کند که چه کسانی باید در فرآیند برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک بیمارستان درگیر باشند، چه زمانی مقاطع اصلی تصمیم‌گیری رخ می‌دهد و چه توافق‌هایی می‌توانند در مقاطع مختلف فراگرد کارساز باشند. همچنین، این توافق می‌تواند منابع حیاتی لازم نظیر مشروعیت قانونی، تعیین کارکنان، بودجه و محل جلسات را تدارک ببینند(۸).

مرحله ۲- شناسایی و روشن ساختن تکالیف، سیاست ها و اسناد بالادستی

هدف از این مرحله شناسایی و روشن ساختن اعمال و تکالیف رسمی و غیر رسمی است که از خارج تحمیل می شوند و در سرنوشت بیمارستان تأثیر گذارند (۹). وظایف رسمی و غیررسمی سازمان «بایدهای» است که سازمان با آنها روبروست. در این مرحله هدف این است که سازمان و افراد آن وظایفی را که از طرف مراجع ذیصلاح (دولت، مجلس و...) به آنها محول شده است شناسایی نمایند. شاید این هدف به ظاهر خیلی روشن باشد ولی این واقعیت در بیشتر سازمان ها وجود دارد که بیشتر افراد اختیارات و وظایف سازمانی که در آن مشغول بکارند را نمی دانند و اساسنامه آن را حتی برای یکبار مطالعه نکرده اند. از طرف دیگر وظایف محول شده به سازمان عموماً کلی بوده و تمام فضایی را که سازمان می تواند در آن فعالیت کند تعریف نمی کند. بنابراین ضروری است که با مطالعه وظایف مکتوب و مصوب سازمان اولاً با آن وظایف آشنا شد (که از این طریق بعضی از اختیارات و ذینفعان سازمان نیز شناسایی می گردند)، ثانیاً مواردی را که در حیطه اختیارات سازمان قرار می گیرند اما تا بحال کشف نشده اند، شناخت.

مرحله ۳: تدوین و توافق روی ارزش ها و سیاست های اصلی بیمارستان

ارزش ها و سیاستهای اصلی بیمارستان تعیین کننده چارچوب های کاری اصلی بیمارستان می باشد. ارزش ها دارای ماهیتی کلی تر و جهان شمول تر هستند و بیشتر بر موضوعات انسانی و اخلاقی تاکید دارد. سیاست های کلی ماهیتی اختصاصی تر دارد و بر چارچوب های ویژه برای بیمارستان مورد نظر اشاره دارد. این سیاست ها جهت گیری و روال های کاری و اولویت های بیمارستان را نشان می دهد. سیاست های اصلی بیمارستان چارچوب برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی و هدایت گر برنامه ها با تمرکز بر رفتارهای سازمانی می باشد. تیم مدیریتی بیمارستان می بایست سند استراتژیک بیمارستان و همچنین برنامه های عملیاتی و پروژه های مربوطه را بدون مغایرت با ارزش ها و سیاست های اصلی بیمارستان تدوین نماید. به عبارت دیگر هیچ پروژه و اقدامی در بیمارستان نباید نقض کننده سیاست های اصلی بیمارستان باشد.

مرحله ۴: تحلیل ذینفعان، تدوین بیانیه مأموریت بیمارستان و شناخت محیط داخلی و خارجی

• **تحلیل ذینفعان:** تحلیل ذینفعان در مدل برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک بیمارستان می بایست با توجه به نکات و موارد زیر انجام و مورد بهره برداری قرار گیرد:

○ ذینفع فرد، گروه یا سازمانی است که می تواند بر نگرش، منابع یا خروجی های بیمارستان تأثیر گذارد و یا از خروجی های سازمان تأثیر پذیرد. تحلیل ذینفعان پیش درآمد ارزشمندی برای تنظیم بیانیه مأموریت سازمان است. تحلیل ذینفعان بسیار ضروری است، چرا که رمز موفقیت در بخش دولتی و غیرانتفاعی ارضای ذینفعان

کلیدی سازمان است. اگر سازمان نداند که ذینفعانش چه کسانی هستند، چه معیارهایی برای قضاوت درباره سازمان به کار می‌برند، و وضعیت عملکردی سازمان در قبال این معیارها چیست، به احتمال زیاد نخواهد توانست فعالیت‌هایی را که باید برای ارضای ذینفعان کلیدی خود انجام دهد، شناسایی کند. تحلیل ذینفعان به خودی خود باعث می‌شود که یک بار به صورت کامل و مستند کلیه ذینفعان بیمارستان لیست شوند، حوزه عملکردی آنها تعریف گردد و ارتباط ایشان با بیمارستان در حوزه‌ای که از بیمارستان تاثیر می‌پذیرند یا تاثیر می‌گذارند یا هر دو روشن شود. ممکن است برخی افراد یا مدیران بیمارستان اینگونه بیان کنند که این یک کار بیهوده است و ما می‌دانیم که ذینفعان بیمارستان که هستند، بنابراین نیاز نیست برای آن وقت بگذاریم. پاسخ این موضوع این است که در ذهن بودن یک مطلب با مکتوب کردن و روی کاغذ آوردن همان موضوع متفاوت است. مغز انسان به گونه ای طراحی شده است که وقتی می‌بایست یک موضوع را از ذهن به صورت مکتوب تبدیل کند اغلب تغییراتی در آن ایجاد می‌کند گویی در این حالت مغز انسان در قالب یک کاتالیزور بسیاری از مطالب زائد را حذف میکند و چارچوبی دقیق‌تر و کامل‌تر را روی کاغذ پیاده می‌کند. در اینجا است که ما متوجه می‌شویم که برخی از ذینفعان را احتمالاً شناسایی نکرده‌ایم یا در تحلیل ذینفعان متوجه می‌شویم که به عنوان مثال یک حوزه مهم از تاثیرپذیری یا تاثیر گذاری ایشان را غافل شده ایم. این غفلت ممکن است در آینده تاثیرات قابل توجهی را بر روند اجرای برنامه ها و فعالیت های بیمارستان بگذارد.

○ مسئله دوم پیرامون تحلیل ذینفعان به این موضوع اشاره دارد که ذینفعان باید به تفکیک اهداف کلی بیمارستان که در مأموریت آن آمده است انجام شود. اهداف کلی که قبلاً برای یک بیمارستان آموزشی ذکر شد شامل توسعه خدمات تشخیصی و درمانی، توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی و پاسخگویی به انتظارات غیر طبّی گیرندگان خدمت می‌باشند. انجام تحلیل ذینفعان به تفکیک اهداف کلی بیمارستان باعث می‌شود وقتی که در حال چاره جویی و تدوین اهداف بلند مدت برای حل مسائل استراتژیک بیمارستان هستیم به این نکته توجه کنیم که این مسئله استراتژیک مرتبط با کدام یک از اهداف کلی بیمارستان است و به صورت منطقی ذینفعان مربوطه بر اساس تحلیل صورت گرفته از افراد تاثیرگذار و تاثیرپذیر در خصوص این هدف بیمارستان، می‌بایست در فرایند تدوین اهداف مربوطه و فرآیند چاره‌جویی برای حل مسئله استراتژیک استخراج شده مشارکت داشته باشند.

○ موضوع سومی که باید در بحث تحلیل ذینفعان مورد توجه قرار گیرد تفکیک ذینفعان در چهار گروه برای هر یک از اهداف کلی بیمارستان می‌باشد. گروه اول ذینفعان کلیدی هستند. ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعانی هستند که هم دارای قدرت تاثیرگذاری بالا در هدف کلان مربوطه هستند و هم منافع زیادی در واقع از

هدف مربوطه دارند. به عبارت دیگر هم در حوزه تاثیرگذاری و هم در خصوص تاثیر پذیری امتیاز بالایی را بیش از متوسط کسب کردند. ذینفعان کلیدی می‌بایست همواره در جریان مسائل و فعالیت های بیمارستان در فراگرد هدف کلان مربوطه قرار گیرند. این موضوع به ویژه در زمانی که ما در حال تعریف یک راه چاره یا هدف بلند مدت برای یک مسئله مهم استراتژیک مرتبط با آن هدف هستیم بسیار اهمیت پیدا می کند. دلیل این اهمیت به این موضوع برمی گردد که برخی از این افراد قدرت تصویب دارند یعنی بود و نبود آن هدف بلند مدت وابسته به نظر ایشان است. گروه بعدی از ذینفعان افرادی هستند که درعین منافع پایین، دارای قدرت تاثیرگذاری بالا در خصوص هدف کلان مربوطه هستند و این ذینفعان همواره باید راضی نگه داشته شوند. راضی نبودن ایشان می تواند مشکلاتی جدی در سر راه تحقق اهداف و پیشرفت برنامه های مرتبط با هدف مربوطه را داشته باشد. گروه بعدی ذینفعانی هستند که دارای منافع زیاد ولی قدرت تاثیرگذاری پایین هستند. این ذینفعان عمدتاً کسانی هستند که مشارکت ایشان می تواند تاثیر بسیار مهمی در پیشرفت و استقرار پروژه ها داشته باشد. بنابراین همواره باید این افراد به عنوان مطلع این در جریان امور قرار داشته باشند. گروه چهارم ذینفعانی هستند که در خصوص هدف کلی بیمارستان که برای آن تحلیل ذینفعان انجام شده است دارای قدرت تأثیرگذاری و منافع پایین هستند که در خصوص این هدف و مسائل استراتژی که در خصوص آن مطرح است نیاز به مشارکت جدی شان نمی باشد.

- **تنظیم بیانیه مأموریت سازمان:** مأموریت سازمان جملات و عباراتی است که اهداف نهایی سازمان، فلسفه وجودی، ارزشهای حاکم بر سازمان و نحوه پاسخگویی به نیاز ذینفعان را مشخص می کند. علاوه بر این موارد، اختلافات درون سازمانی را مرتفع ساخته و بستر بحث ها و فعالیتهای سازنده و مؤثر را هموار می کند. توافق بر مأموریت سازمان، تمام فعالیت های آن را همسو می سازد و انگیزش و توجه ذینفعان سازمان خصوصاً کارکنان آن را افزایش می دهد. بیمارستان های آموزشی دارای سه هدف کلی شامل توسعه خدمات تشخیصی و درمانی، توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی و بهبود پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت می باشند. بیانیه مأموریت می بایست با مشارکت ذینفعان کلیدی و مشمول اهداف کلی بیمارستان باشد.

- **شناخت محیط داخلی و خارجی:** اساس استراتژیک عمل کردن شناخت شرایط است. یک بازیکن موفق فوتبال علاوه بر اینکه از توانایی ها و وظایف هر یک از اعضای تیم خود آگاهی دارد، سعی می کند شرایط تیم مقابل و نقاط قوت و ضعف هر یک از افراد آن را دریابد و با داشتن این مأموریت در ذهن یعنی پیروز شدن در بازی، در هر لحظه بهترین حرکت را انجام دهد. برای اینکه یک سازمان نیز در رسیدن به مأموریت خود موفق گردد باید شرایط حاکم بر خود را به خوبی شناسایی نماید. در این مرحله، محیط خارجی سازمان در قالب شرایط سیاسی، اقتصادی،

اجتماعی و تکنولوژیکی مورد بررسی قرار گرفته و نقاط قوت و ضعف آنها برای سازمان تعیین می‌گردند. در راستای شناخت محیط سازمان، در این مرحله محیط داخلی نیز در قالب ورودی‌ها، خروجی‌ها، فرآیند و عملکرد سازمان مورد مطالعه قرار می‌گیرند. هدف از بررسی عوامل خارجی این است که از فرصت‌هایی که می‌توان از آنها بهره‌برداری کرد و تهدیداتی را که می‌توان احتراز نمود، یک فهرست نهایی تهیه شود. همان گونه که از مفهوم واژه "نهایی" استنباط می‌شود، بررسی عوامل خارجی با این هدف انجام نمی‌شود که فهرست کاملی از هر عاملی که می‌تواند بر سازمان اثر بگذارد، تهیه شود، بلکه هدف شناسایی متغیرهای اصلی است که سازمان باید در برابر آنها واکنش عملی نشان دهد (۴). از تحلیل محیط داخلی سازمان به عنوان یک ضرورت جهت بهبود عملکرد یاد می‌شود و توصیه شده است مدیران به طور دوره‌ای به انجام تحلیل محیط داخلی جهت شناخت نقاط قوت و ضعف سازمان مبادرت ورزند (۱۰).

مرحله ۵: شناسایی مسایل استراتژیک و تدوین دورنمای بیمارستان

- **شناسایی مسایل استراتژیک:** این مرحله قلب فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک است. موضوعات استراتژیک تصمیمات سیاسی و اساسی هستند، که بر اختیارات، مأموریت، ارزش‌ها، محصول یا خدمات ارائه شده، مراجعان یا استفاده‌کنندگان، هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، سازمان یا مدیریت تأثیر می‌گذارد. هدف این مرحله تعیین انتخاب‌هایی است که سازمان با آنها مواجه است (۱۱). مسائل استراتژیک در دو دسته کلی شامل مسائل استراتژیک توسعه‌ای و مشکل قرار می‌گیرند. مسائل استراتژیک می‌بایست با نگاه به مأموریت بیمارستان و تحلیل صورت گرفته از بررسی محیط بیمارستان و به تفکیک برای هر یک از اهداف کلی بیمارستان شناسایی شوند.
- **تنظیم دورنمای سازمانی برای آینده:** در این مرحله، توصیفی از شرایط آینده سازمان با توجه به مسایل استراتژیک شناسایی شده صورت می‌پذیرد. این توصیف دورنمای موفقیت سازمان نامیده می‌شود که در آن شرحی از مأموریت، سیاست‌های اصلی و استانداردهای اخلاقی مد نظر همه کارمندان ارائه می‌شود. در صورت تنظیم چنین دورنمایی، افراد سازمان خواهند دانست که چه انتظاری از آنها می‌رود، پویایی و همسویی انگیزه و نیروی افراد در رسیدن به اهداف سازمان به وجود آمده و نیاز به نظارت مستقیم کاهش می‌یابد.

مرحله ۶: تدوین اهداف چهار ساله برای هر یک از موضوعات استراتژیک بر اساس SWOT

به منظور پرداختن به هر یک از موضوعات استراتژیک پیش روی سازمان و تحقق دورنمای بیمارستان باید اقداماتی صورت گیرد که در قالب اهداف چهار ساله با مقصد مشخص بیان می‌شوند. تدوین اهداف چهار ساله به منظور مدیریت مؤثر فرصت‌ها و تهدیدهای محیطی و تقویت نقاط قوت و پوشش نقاط ضعف بیمارستان و با مشارکت ذینفعان کلیدی مرتبط انجام می‌گردد.

مرحله ۷: تدوین پروژه های یک ساله برای هر یک از پروژه های کلان بیمارستان

پروژه‌های یک ساله با تصویب تیم مدیریتی بیمارستان و در ابتدای هر سال و بعد از بررسی وضعیت پیشرفت پروژه‌های سال قبل تعیین می‌گردد. هر یک از پروژه های یک ساله دارای شرایط زیر می باشند:

- رییس بیمارستان یک نفر را به عنوان مدیر پروژه تعیین و برای وی به صورت کتبی ابلاغ صادر می کند.
- مدیر پروژه خود یک موقعیت حقوقی خواهد بود.
- در راستای پروژه مربوطه مدیر پروژه اختیار تام خواهد داشت و حوزه های مختلف می بایست پاسخگو باشند.
- هر پروژه یک ساله همانند پروژه مرتبط چهار ساله باید دارای مقصد شفاف (SMART¹) باشد.
- مدیر پروژه می بایست گام‌های عملیاتی پروژه را تدوین و به تصویب تیم مدیریتی بیمارستان برساند. این گام‌ها و مقاصد میانی تعیین شده در آن مبنای پایش پروژه در طول سال خواهد بود.

مرحله ۸: تدوین استراتژی های اجرایی برای تحقق پروژه های یک ساله

بعد از تعیین اهداف پروژه های یک ساله در این مرحله می بایست استراتژی های اجرایی برای تحقق پروژه های مربوطه تدوین گردد. استراتژی های اجرایی در واقع بیانگر مسیرهایی می باشد که به صورت شفاف تصمیم مدیر پروژه را برای تحقق مقاصد تعیین شده در پروژه مربوطه تعیین می کند. به عنوان مثال اگر مقصد یک پروژه یک ساله تحقق نمره ۹۰ درصد در کیفیت مراقبت های پرستاری در سطح بیمارستان باشد، استراتژی هایی مانند بهبود آموزش بیمار، بهبود بهداشت دست، بهبود وضعیت تحویل و تحول بیماران بین شیفت های پرستاری می تواند مثال هایی از استراتژی های اجرایی برای پروژه فوق باشد. استراتژی های اجرایی همانطور که در این مثال مشخص می باشد الزاماً خود دارای مقصد مشخص نیستند و تعیین کننده حوزه‌ای هستند که می بایست برای آنها برنامه عملیاتی تعریف گردد.

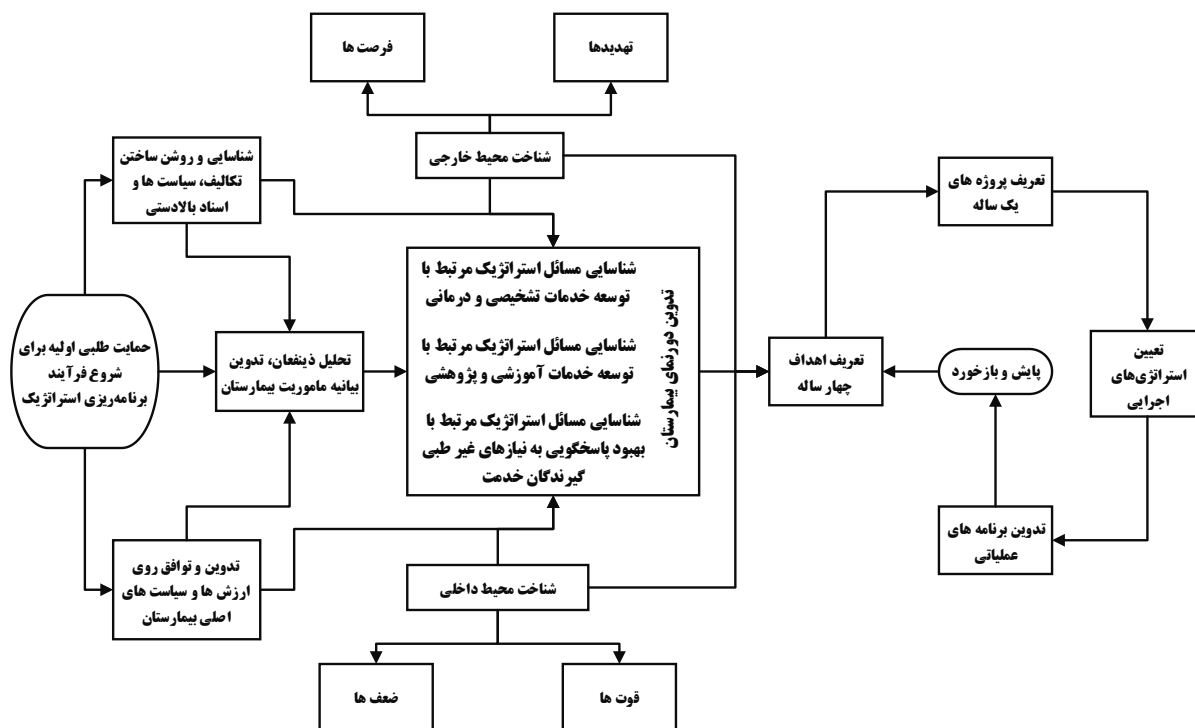
¹ Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-Bound

مرحله ۹: تدوین برنامه های عملیاتی متناسب با استراتژی های اجرایی تعریف شده

بعد از تعیین استراتژی های اجرایی در این مرحله می بایست برنامه های عملیاتی متناسب با استراتژی های اجرایی تدوین شده تعریف کردند. یک برنامه عملیاتی به صورت شفاف نشان می دهد که می خواهیم چه کاری را انجام دهیم؛ این کار در قالب چه گام هایی انجام می شود و شاخص مورد نظر برای ارزیابی موفقیت در گام های پروژه و همچنین کل برنامه چه هست. علاوه بر این مسئول اجرایی برنامه عملیاتی و همچنین ارتباط برنامه عملیاتی با استراتژی ها و پروژه مربوطه نیز روشن شده است. در واقع برنامه های عملیاتی محیطی ترین فعالیت ها برای تحقق پروژه های یکساله و بعد از آن اهداف چهار ساله می باشند و زیربنای برنامه ریزی استراتژیک در سطح بیمارستان را تشکیل می دهد.

مرحله ۱۰: تعیین سازوکار پایش و بازخورد

جهت تضمین حرکت مبتنی بر برنامه بیمارستان، کلیه افرادی که به عنوان مدیر پروژه فعالیت دارند می بایست به صورت مستمر گزارش پیشرفت پروژه ها را برای دفتر بهبود کیفیت بیمارستان ارسال نمایند. دفتر بهبود کیفیت بیمارستان بعد از راستی آزمایی گزارشات واصله، نسبت به ارائه پیشرفت پروژه ها به صورت ماهانه در تیم مدیریتی بیمارستان با حضور مدیر پروژه مربوطه اقدام خواهد نمود. مدیر پروژه در تیم مدیریت اجرایی می بایست موانع و چالش های احتمالی پیشرفت در پروژه تحت مدیریت خود را اعلام نماید. این روند باعث تکمیل چرخه برنامه ریزی استراتژیک و تبدیل آن به مدیریت استراتژیک در بیمارستان خواهد شد. فرآیند پایش و بازخورد و کمک اعضای تیم مدیریتی بیمارستان برای حل چالش ها و موانع پیش روی پروژه ها کمک می کند تا حداکثر دستیابی ممکن به اهداف تعیین شده برای پروژه مورد نظر در پایان سال ایجاد گردد.



شکل ۴: مدل برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستانی‌های آموزشی

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

فهرست مطالب فصل:

- شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
- نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

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

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

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه دو قرار گرفته اند. این ذینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائماً ذینفعانی که در این منطقه قرار می‌گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می‌بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش‌های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد.

ذینفعان در منطقه یک، به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجیه شوند. بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

الزامات اجرایی این پروژه شامل موارد زیر بود که به تائید تیم مدیریتی مجتمع رسید.

۱- استفاده از نتایج پروژه ساماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان با تاکید بر سند راهبردی مجتمع و حرکت مبتنی بر

برنامه

۲- حصول اطمینان از وفاق جمعی اعضای تصمیم گیر مجتمع بر لزوم برنامه‌ریزی و حرکت مبتنی بر برنامه

۳- تفویض اختیار و مسولیت برای پیگیری و اجرای پروژه ها به مدیران اجرایی پروژه

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۵: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه

برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس اداره بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	رئیس امور مالی	ریاست بخش های بالینی	مدیران سایت	مدیر گروه آموزشی مستقر در بیمارستان
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات									
	آموزش ذینفع									
	مکاتبات با ذینفعان									✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی									
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها									
	سخنرانی									
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها									
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی									
	تبلیغات رسانه ای									
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای									
	گروه های کانون									
	ارزیابی محیط کار									
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع									
	تربیین های دائمی									
	کمیته های مشورتی ذینفع	✓	✓	✓						✓
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر									
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه									
	میزگردهای مشورتی									
	جلسات سیاستگذاری									✓
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت									
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	✓	✓	✓		✓				
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع									
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع	✓	✓	✓		✓				
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع									

جدول ۶: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان

رویکرد	تکنیک	بازشکار	کارکنان	سرپرستان و مسئولین واحدها
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓
	آموزش کارکنان			
	مکاتبات با ذینفعان	✓		✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓		✓
	گزارش‌های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی			
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها	✓		
	سخنرانی	✓		
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها	✓		
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓		
	تبلیغات رسانه‌ای	✓		
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای			
	گروه‌های کانون			
	ارزیابی محیط کار			
	کمیته‌های رسمی ویژه ذینفع		✓	
	تربییون‌های دائمی			
	کمیته‌های مشورتی ذینفع			
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر			
	گردهمایی ذینفعان چندگانه			
دیالوگ، گفتگو عمیق	میزگردهای مشورتی			
	جلسات سیاستگذاری			
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت			
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک			
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع		✓	
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع		✓	
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع		✓	

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان در در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

معاون آموزش و سلامت بیمارستان: شما اگر از یک مدیر پروژه که خودش یک پست مسئولیتی مهم در بیمارستان دارد و زمان زیادی مشغول به کارهای جاری و پیگیری‌ها هست توقع داشته باشید که همزمان یک پروژه را در سطح مجتمع بخواند به طور کامل پیگیری و اجرا کند، یک مقدار دور از ذهن است .

مدیر تغییر: درست می فرمایید آقای دکتر. اما برای اینکه بهتر بتوانیم روی این موضوع صحبت کنیم باید به این نکته توجه کنیم که هر برنامه از بررسی دقیق شاخص ها و فرآیندهای تحت مدیریت مدیر پروژه انتخاب شده و در واقع اصلاح اون فرآیند یا شاخص در پیشبرد اهداف آن معاونت یا اداره نقش مهمی خواهد داشت و لذا اگر یک فرد توانایی تصمیم گیری و اجرایی کافی نداشته باشد به عنوان مسئول پروژه انتخاب بشه عملاً مانند سال های قبل برنامه ها فقط روی کاغذ باقی خواهند ماند.

معاون آموزش و سلامت بیمارستان: ببینید آقای دکتر من هم با این نظر موافق هستم که ما باید مدیر پروژه قوی انتخاب کنیم ولی باز هم اشکال وارده به قوت خودش باقی هست.

مدیر تغییر: صحبت شما درست هست اما با توجه به ابلاغ مدیر پروژه و اختیارات داده شده بر اساس آن کلیه مدیران و مسئولین بیمارستان به عنوان بازوی اجرایی مدیر پروژه خواهند بود و موظف به اجرای بند های پروژه و همکاری کامل هستند.

معاون آموزش و سلامت بیمارستان: اگر رئیس مجتمع این موضوع رو ابلاغ کنه و به عنوان یک وظیفه جدی برای معاون آموزش و سلامت باشه و از طرف دیگه عنوان پروژه در مسیر مأموریت های اصلی معاونت باشه خب موضوع مقداری متفاوت میشه و احتمالاً کاربردی تر.

مدیر تغییر: دقیقاً همینطور باید باشه و البته خود شما هم باید مشارکت کنید که به همین سمت تعریف اهداف و پروژه های یک ساله پیش بره.

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

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

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

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا
 - حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک
 - شناسایی و روشن ساختن تکالیف، سیاست‌ها و اسناد بالادستی
 - تدوین و توافق روی ارزش‌ها و سیاست‌های اصلی بیمارستان
 - تحلیل ذینفعان، تدوین بیانیه مأموریت بیمارستان و شناخت محیط داخلی و خارجی
 - شناسایی مسایل استراتژیک و تدوین دورنمای بیمارستان
 - تدوین اهداف چهار ساله برای هر یک از موضوعات استراتژیک بر اساس SWOT
 - تدوین پروژه‌های یک ساله برای هر یک از پروژه‌های کلان بیمارستان
 - تدوین استراتژی‌های اجرایی برای تحقق پروژه‌های یک ساله
 - تدوین برنامه‌های عملیاتی متناسب با استراتژی‌های اجرایی تعریف شده
 - تعیین سازوکار پایش و بازخورد
- نتایج و یافته‌های اجرای پروژه
- چالش‌ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
- روش‌های بازخورد به ذینفعان

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک چند محصولی-پروژه محور برای بیمارستان امام رضا(ع) در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک
- شناسایی و روشن ساختن تکالیف، سیاست ها و اسناد بالادستی
- تدوین و توافق روی ارزش ها و سیاست های اصلی بیمارستان
- تحلیل ذینفعان، تدوین بیانیه ماموریت بیمارستان و شناخت محیط داخلی و خارجی
- شناسایی مسایل استراتژیک و تدوین دورنمای بیمارستان
- تدوین اهداف چهار ساله برای هر یک از موضوعات استراتژیک بر اساس SWOT
- تدوین پروژه های یک ساله برای هر یک از پروژه های کلان بیمارستان
- تدوین استراتژی های اجرایی برای تحقق پروژه های یک ساله
- تدوین برنامه های عملیاتی متناسب با استراتژی های اجرایی تعریف شده
- تعیین سازوکار پایش و بازخورد

۴-۱-۱) حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک

با توجه به سطح پذیرش مدیران ارشد در خصوص برنامه ریزی استراتژیک، حمایت طلبی اولیه برای شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در دو مرحله به صورت زیر انجام شد:

در مرحله اول یک لیست اولیه و خام برای مسائل استراتژیک بیمارستان بر اساس تحلیل محتوی صورت گرفته بر اساس منابع زیر انجام شد:

- تحلیل محتوای صحبت های مدیران ارشد بیمارستان در جلسات مختلف
- تحلیل نتایج حاصل از سامانه ارزیابی مستمر و وضعیت عملکرد بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان
- بررسی مصوبات کمیته‌ها و شوراهای مختلف بیمارستان
- مصاحبه با برخی صاحب نظران و افراد دارای تجربه و سابقه پژوهشی مدیریت بیمارستانی
- تحلیل وضعیت برنامه‌های استراتژیک قبلی

در مرحله دوم لیست اولیه و خام برای مسائل استراتژیک بیمارستان برای رئیس بیمارستان تشریح شد و موافقت ایشان برای طرح موضوع در هیأت رئیسه اخذ گردید. مسائل استراتژیک اولیه به عنوان یک ابزار برای جذاب کردن موضوع برنامه ریزی استراتژیک مورد استفاده قرار گرفت و بعد از گفتگوی اولیه روی مسائل ارائه شده، مقرر شد فرآیند برنامه ریزی استراتژیک با قوت در بیمارستان دنبال گردد.

۲-۱-۴) شناسایی و روشن ساختن تکالیف، سیاست ها و اسناد بالادستی

مهمترین تکالیف، سیاست ها و اسناد بالادستی که باید ها و نبایدهایی را برای فعالیت های بیمارستان تعیین می کند به شرح زیر می باشد:

ا. سیاست های کلی سلامت

- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی- اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه
- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات
- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق:
 - ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی
 - افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها
- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارآیی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم
- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور

- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام

ب. اصل ۴۴ قانون اساسی

- توسعه سرمایه انسانی پایه و متخصص
- توسعه و ارتقای استانداردهای ملی و انطباق نظامهای ارزیابی کیفیت با استانداردهای بین المللی

ج. برنامه ششم توسعه

- کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفه های مصوب دولت از خط مشی های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.
- سازمانها و صندوق های بیمه گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری ژنریک ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان (موضوع بند الف این ماده) هستند.

د. سیاست های کلی بند "ج" اصل چهل و چهار قانون اساسی

- آماده سازی بنگاه های داخلی جهت مواجهه هوشمندانه با قواعد تجارت جهانی در یک فرآیند تدریجی و هدفمند
- توسعه سرمایه انسانی دانش و پایه و متخصص
- توسعه و ارتقای استانداردهای ملی و انطباق نظامهای ارزیابی کیفیت با استانداردهای بین المللی
- سیاست های کلی نظام برای "رشد و توسعه علمی و تحقیقاتی کشور در بخش آموزش عالی و مراکز

تحقیقاتی

- بهینه سازی ساختار نظام آموزشی و تحقیقاتی کشور با هدف ارتقای بهره وری و شکوفایی علمی با تأکید بر تقویت منابع مالی پایدار و متنوع در دانشگاه‌ها و تجهیز زیربنای آموزشی و پژوهشی و ارتقای شاخص‌های توسعه علوم و فناوری با توجه به استانداردهای جهانی

و. سیاست‌های کلی نظام در بخش "مدیریت نظام اداری"

- بهبود معیارها و روزآمدی روش‌های گزینش منابع انسانی به منظور جذب نیروی انسانی توانمند، متعهد و شایسته و پرهیز از تنگ نظریها و نگرش‌های سلیقه‌ای و غیرحرفه‌ای
- دانشگرایی و شایسته سالاری مبتنی بر اخلاق اسلامی در نصب و ارتقای مدیران
- چابک‌سازی، متناسب‌سازی و منطقی ساختن تشکیلات نظام اداری در جهت تحقق اهداف
- انعطاف پذیری و عدم تمرکز اداری و سازمانی با رویکرد افزایش اثربخشی، سرعت و کیفیت خدمات
- توجه به اثربخشی و کارآیی در فرآیندها و روشهای اداری به منظور تسريع و تسهيل در ارائه خدمات
- کارآمدسازی و هماهنگی ساختارها و شیوه‌های نظارت و کنترل در نظام اداری و یکپارچه سازی اطلاعات

ز. سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی

- محور قراردادن رشد بهره‌وری در اقتصاد با تقویت عوامل تولید، توانمندسازی نیروی کار، تقویت رقابت‌پذیری اقتصاد، ایجاد بستر رقابت بین مناطق و استانها و به کارگیری ظرفیت و قابلیت‌های متنوع در جغرافیای مزیت‌های مناطق کشور

- صرفه جویی در هزینه‌های عمومی کشور با تأکید بر تحول اساسی در ساختارها، منطقی سازی اندازه دولت و حذف دستگاه‌های موازی و غیرضرور و هزینه‌های زای.

ح. نقشه ی جامع علمی سلامت

- ارتقای کیفیت در بیمارستان‌های دانشگاهی براساس استانداردهای جهانی و فرهنگ اسلامی - ایرانی
- تهیه دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های الویت‌دار (بسته‌های استاندارد خدمات و راهنماهای بالینی) مبتنی بر شواهد بومی در سطوح مختلف ارائه خدمات
- تهیه دستورالعمل مدیریت مبتنی بر شواهد بومی شهرستانی، استانی، ملی و بین المللی در سطوح مختلف پیشگیری برای برنامه‌های جاری نظام سلامت

ط. اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران

- اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده ترین روشهای ارزیابی نظام مند مراکز ارائه خدمات سلامت، زمینه ی پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات پزشکی با کیفیت و ایمن را به شیوه ای علمی فراهم می آورد. در

راستای دستیابی به این اهداف متعالی، علاوه بر استاندارد های مدون، انجام ارزیابی صحیح و دقیق با استفاده از ارزیابان حرفه ای و دارای دانش و تجربه کافی ضروری است.

- ارتقاء کیفیت و ایمنی بیمار بر اساس مدیریت بهینه منابع
- رهبری و مدیریت کارآمد
- اصول اخلاق حرفه ای و بیمار محوری
- تعهد به روش های اجرایی، دستورالعمل ها و خط مشی ها
- تحقق نتایج مطلوب و متوازن

۳-۱-۴) تدوین و توافق روی ارزش ها و سیاست های اصلی بیمارستان

هیچ فعالیت و اقدامی در بیمارستان نمی تواند سیاست های اصلی زیر را نقض کند:

- بیمارمحوری با اولویت رعایت تکریم در فرآیندهای ارائه خدمت
- تضمین و اولویت دهی به ایمنی در فرآیند ارائه خدمت
- بهبود فرآیندهای آموزشی با مشارکت ذینفعان
- مدیریت منابع بدون کاهش ارائه خدمات و تسهیلات به بیمار
- تصمیم گیری مبتنی بر شواهد

به ارزشهای ذیل معتقدیم:

- احترام به حقوق بیماران و سایر ذینفعان
- پاسخگویی
- نوآوری و ابتکار
- نظم و انضباط
- همدلی و صداقت
- شور و نشاط
- حفظ محیط زیست
- شایسته سالاری
- دسترسی عادلانه به خدمات

۴-۱-۴) تحلیل ذینفعان، تدوین بیانیه ماموریت بیمارستان و شناخت محیط داخلی و خارجی

• تحلیل ذینفعان

ذینفع فرد، گروه یا سازمانی است که می‌تواند بر نگرش، منابع یا خروجی‌های بیمارستان تأثیر گذارد و یا از خروجی‌های سازمان تأثیر پذیرد. در ادامه و به تفکیک اهداف کلی بیمارستان ذینفعان بیمارستان شناسایی و اولویت بندی شده اند:

جدول ۷: تحلیل ذینفعان مرتبط با هدف کلان توسعه خدمات تشخیصی و درمانی

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
رییس بیمارستان	۱۰	۱۰	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
ریاست دانشگاه	۹	۹	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
معاونت درمان دانشگاه	۹	۹	کیفیت/تصویب /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
مدیر خدمات پرستاری	۹	۷	تصویب / کیفیت/ زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
سازمان های بیمه گر(تامین اجتماعی، سلامت، کمیته امداد و ...)	۸	۸	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
بیماران	۸	۴	زمان	سلامت و ایمنی
معاونت توسعه و مدیریت منابع	۸	۹	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
رییس اداره بهبود کیفیت	۸	۶	زمان / کیفیت	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
معاونت آموزشی دانشگاه	۸	۷	کیفیت	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
معاونت سلامت	۸	۸	تصویب/ زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
معاونت آموزشی	۸	۶	تصویب/ زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
سازمان نظام پزشکی	۸	۸	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
دانشکده ی پزشکی	۸	۷	کیفیت/زمان/هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
پزشکان	۸	۷	زمان / کیفیت	حفظ شرایط موجود/ منافع اقتصادی
همراهان بیمار	۷	۳	زمان	سلامت و ایمنی
دانشکده ی پرستاری مامایی	۷	۶	کیفیت/زمان/هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	۷	۸	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
مدیران سایت	۷	۶	تصویب/ کیفیت/زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
سرپرستار	۷	۶	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/ سلامت و ایمنی
سوپروایزرها	۷	۶	تصویب/ کیفیت/زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
ناظم فنی واحدهای تشخیصی	۷	۶	تصویب/ کیفیت/زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
معاون پژوهشی	۷	۶	زمان /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
مدیر گروه آموزشی مستقر در بیمارستان	۷	۷	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود
ریاست بخش های بالینی	۷	۶	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/ منافع اقتصادی
تامین کنندگان	۶	۶	کیفیت/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
سازمان نظام پرستاری	۶	۴	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
پیمانکاران	۶	۵	کیفیت/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
شهرداری	۶	۴	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
فرمانداری	۶	۴	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
معاون بهداشتی دانشگاه	۶	۶	زمان /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
معاون غذا، دارو	۶	۶	زمان /هزینه	اهداف و رسالت /حق قانونی/ توسعه فرصت ها
استانداری	۶	۵	تصویب/ زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
رئیس امور مالی	۶	۶	هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
آستان قدس رضوی	۶	۴	زمان /هزینه	توسعه فرصت ها
دادگستری	۶	۵	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
بهبهزیستی	۶	۳	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
مسئول روابط عمومی بیمارستان	۵	۴	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود
مسئولین واحدهای پشتیبانی	۴	۵	تصویب/ کیفیت/زمان	اهداف و رسالت/ توسعه فرصت ها
کارکنان	۴	۳	زمان/ کیفیت	حفظ شرایط موجود/ منافع اقتصادی
حراست	۴	۴	تصویب/زمان	حق قانونی/ توسعه فرصت ها
سازمان حفاظت محیط زیست	۴	۴	زمان /هزینه	حق قانونی/ توسعه فرصت ها

جدول ۸: تحلیل ذینفعان مرتبط با هدف کلان توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
فراگیران	۱۰	۷	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مسئول دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی	۱۰	۴	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مسئول دفتر توسعه آموزش بالینی بیمارستان	۱۰	۶	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
رئیس بیمارستان	۱۰	۱۰	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/حق قانونی
ریاست دانشگاه	۹	۹	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
رئیس دفتر بهبود کیفیت	۹	۸	تصویب/ زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مدیر گروه های آموزشی	۹	۸	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
اعضای هیات علمی	۹	۸	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
دانشکده پزشکی	۹	۸	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
معاونت آموزشی دانشگاه	۹	۹	تصویب/زمان/هزینه/	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
دانشکده پرستاری مامایی	۸	۷	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان	۸	۵	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
معاونت پژوهشی دانشگاه	۸	۶	زمان/هزینه/	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
بیماران	۸	۳	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها/سلامت و ایمنی
معاونت سلامت	۷	۷	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/حق قانونی
معاونت آموزشی	۷	۸	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/حق قانونی
معاونت توسعه و مدیریت منابع بیمارستان	۷	۹	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/حق قانونی
سرپرستار	۷	۳	زمان/هزینه/کیفیت	توسعه فرصت ها/سلامت و ایمنی
معاونت درمان دانشگاه	۷	۷	تصویب/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مدیر خدمات پرستاری	۷	۶	تصویب/زمان/هزینه/	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	۷	۸	تصویب/ زمان /هزینه	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/حق قانونی
معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه	۷	۵	زمان/هزینه/	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
سازمان نظام پزشکی	۶	۵	زمان/ کیفیت	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
سازمان نظام پرستاری	۶	۳	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
معاونت غذا دارو	۶	۴	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
مدیران سایت	۶	۵	تصویب/زمان/هزینه/	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
دانشگاه آزاد اسلامی	۶	۴	زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
رئیس بخش های بالینی	۵	۴	زمان/هزینه/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
همراهان	۵	۲	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها / سلامت و ایمنی
حراست	۵	۵	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
تامین کنندگان	۵	۵	زمان/هزینه/کیفیت	توسعه فرصت ها
پیمانکاران	۵	۴	زمان/هزینه/کیفیت	توسعه فرصت ها
سازمان های بیمه گر	۵	۴	زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
کارشناس گروه	۴	۶	زمان/کیفیت	حفظ شرایط موجود
پزشکان غیر هیات علمی	۴	۵	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها / حفظ شرایط موجود
پرستاران	۴	۳	زمان/هزینه/کیفیت	توسعه فرصت ها / سلامت و ایمنی
رئیس امور مالی بیمارستان	۴	۴	زمان/هزینه/	اهداف و رسالت /توسعه فرصت ها
فرمانداری	۴	۴	زمان /	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
شهرداری	۴	۳	زمان /کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
کارکنان	۳	۲	زمان/هزینه/کیفیت	توسعه فرصت ها / سلامت و ایمنی

جدول ۹: تحلیل ذینفعان مرتبط با هدف کلان بهبود پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی گیرندگان خدمت

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
بیماران	۱۰	۷	زمان / کیفیت	سلامت و ایمنی
رئیس بیمارستان	۱۰	۱۰	تصویب/ هزینه / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها/ حق قانونی
ریاست دانشگاه	۸	۹	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
معاونت درمان دانشگاه	۸	۸	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
استانداری	۸	۸	زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
رئیس دفتر بهبود کیفیت	۸	۶	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
خیرین	۸	۴	زمان / کیفیت	حفظ شرایط موجود
معاون توسعه مدیریت و منابع	۸	۸	تصویب/ هزینه / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها/ حق قانونی
معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	۷	۷	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
فرمانداری	۷	۵	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
همراهان بیمار	۷	۶	زمان / کیفیت	سلامت و ایمنی
معاونت سلامت	۷	۷	تصویب/ هزینه / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها/ حق قانونی
معاون آموزشی	۷	۷	تصویب/ هزینه / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها/ حق قانونی
مدیر خدمات پرستاری	۷	۶	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
مسئول روابط عمومی	۷	۶	زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
معاون آموزشی	۶	۶	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
معاون بهداشتی دانشگاه	۶	۶	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
دانشکده پزشکی	۶	۶	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
معاونت غذا دارو	۶	۳	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
سازمان های بیمه گر	۶	۴	تصویب/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
تامین کنندگان	۶	۶	هزینه/زمان / کیفیت	توسعه فرصت ها
دانشکده پرستاری مامایی	۶	۴	زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها
مدیران سایت	۶	۶	هزینه/زمان / کیفیت	اهداف و رسالت / توسعه فرصت ها

ذینفع	نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع
سرپرستار	۶	۶	تصویب/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
پزشکان	۶	۵	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
حراست	۶	۶	تصویب/زمان/هزینه	اهداف و رسالت/حق قانونی/توسعه فرصت ها
شهروندان	۶	۴	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
رئیس بخش	۶	۵	تصویب/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
رئیس امور مالی	۶	۶	تصویب/زمان/هزینه	اهداف و رسالت/حق قانونی/توسعه فرصت ها
همسایگان	۶	۲	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
نظام پرستاری	۵	۵	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
معاونت پژوهشی	۵	۴	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
سوپروایزر	۵	۷	تصویب/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مدیرگروه های آموزشی مستقر در بیمارستان	۵	۴	تصویب/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
کارکنان غیر بالینی	۵	۵	زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها/منافع اقتصادی
پرستار	۴	۶	زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
رسانه ها	۴	۷	زمان/کیفیت	حفظ شرایط موجود
پیمانکاران	۳	۵	هزینه/زمان/کیفیت	توسعه فرصت ها
شهرداری	۳	۶	هزینه/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
سازمان فردوس ها	۳	۷	هزینه/زمان/	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
مسئول واحد	۳	۲	تصویب/زمان/کیفیت	اهداف و رسالت/توسعه فرصت ها
دادگستری	۳	۶	تصویب/زمان/هزینه	اهداف و رسالت/حق قانونی/توسعه فرصت ها

• بیانیه مأموریت مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) مشهد مقدس:

مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) در قالب یک نظام هماهنگ و با بهره گیری از تعاملات و همکاری های موثر با کلیه ذینفعان سعی در استفاده از فرصت ها و تقویت قوت ها و غلبه بر تهدیدات و رفع ضعف ها در انجام وظایف خود دارد. در این راستا مجتمع با بهره گیری از ظرفیت ها و قابلیت های علمی، تخصصی، اساتید، متخصصین، پژوهشگران، کارکنان، دانشجویان و مزیت های مطلق و نسبی در حوزه خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی و جامعیت خدمات بیمارستانی، خود را در دستیابی به اهداف کلان ذیل متعهد می داند:

G1- توسعه خدمات تشخیصی و درمانی

G2- توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی

G3- بهبود پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت

• شناخت محیط داخلی و خارجی:

لیست تهدیدها، فرصت ها و نقاط قوت و ضعف های مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۱۰: تهدیدهای شناسایی شده

کد	نام تهدید
T1	تحریم های اقتصادی و تنگناهای مالی پیش آمده در کشور
T2	نرخ تورم بالا و نوسانات شدید قیمتی
T3	غیرواقعی بودن تعرفه خدمات بیمارستانی
T4	کمبودهای دارویی و کیت های آزمایشگاهی در کشور
T5	گیرندگان خدمات بیمارستانی از دهک های پایین درآمدی هستند
T6	وجود موانع قانونی و محدودیت های دولتی در جذب نیرو
T7	تحمیل تقبل ماده ۱۶ (قوه قضاییه)
T8	شیوع اپیدمی بیماری های واگیردار (مانند کرونا)
T9	شیوع رفتارهای پرخطر (مصرف دخانیات، مصرف الکل،)
T10	سواد سلامت پایین مراجعین به بیمارستان
T11	فقدان نظام ارجاع و ارائه خدمات مبتنی بر آن
T12	حجم بالای مراجعین اورژانس
T13	تمایل پزشکان به خروج از تمام وقتی
T14	ترجیح فعالیت در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی

جدول ۱۱: فرصت های شناسایی شده

کد	نام فرصت
O2	انحصاری بودن برخی خدمات بیمارستان های دولتی
O3	اقبال سازمان های بیمه گرتکمیلی و غیرپایه در عقد قرار داد با بیمارستان های دولتی
O4	برخورداری از نام مقدس امام رضا (ع)
O5	زیرساخت ارتباطات الکترونیکی (فیبر نوری)
O6	زیرساخت پرونده ی الکترونیک سلامت
O7	ایجاد زیرساخت های لازم پزشکی از راه دور توسط وزارت و دانشگاه متبوع
O8	حساسیت نهادهای استانی روی بیمارستان امام رضا(ع)
O9	برخورداری از ظرفیت طرح نیروی انسانی وزارت بهداشت
O10	آموزشی بودن بیمارستان
O11	هیات امنایی بودن دانشگاه
O12	موقعیت جغرافیایی شهر مشهد
O13	اتخاذ رویکر توسعه پژوهش های کاربردی بالینی در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه

جدول ۱۲: قوت های شناسایی شده

کد	نام قوت
S1	حمایت مدیران از تصمیم گیری مبتنی برشواهد در تیم مدیریتی بیمارستان
S2	تمایل و تلاش مدیران ارشد بیمارستان برای بهبود وضعیت اقتصادی بیمارستان
S3	وجود نظام تشویق و کنترل انضباطی کارکنان در بیمارستان
S4	آگاهی از میزان رضایت ذی نفعان و شناسایی عوامل موثر بر آن
S5	وجود مرکز توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان
S6	استقرار نظام حسابداری تعهدی در بیمارستان
S7	وجود امکانات آموزشی
S8	شهرت و تخصص پزشکان شاغل در بیمارستان
S9	مهارت تخصصی کارکنان شاغل در بیمارستان
S10	قابلیت های سامانه ی اطلاعات بیمارستانی (HIS)
S11	سامانه مدیریت منابع تجهیزات پزشکی (PMQ)
S12	وجود سیستم اطلاعات تصمیم یار (داشبورد مدیریت)
S13	دسترسی به مشاورین متخصص در حوزه مدیریت و اقتصاد بیمارستانی
S14	وجود سامانه ارزیابی و پایش مستمر
S15	وجود سامانه مدیریت خدمات پرستاری
S16	وجود سامانه مدیریت تامین

جدول ۱۳: ضعف‌های شناسایی شده

کد	نام ضعف
W1	ناپایداری نمودار سازمانی
W2	عدم اختیار در مدیریت منابع مالی توسط بیمارستان
W3	کمبود نقدینگی بیمارستان
W4	نقص در کاربری تجهیزات پزشکی بیمارستان
W5	شفاف نبودن عملکرد کیفی پزشکان هیات علمی دانشگاه
W6	ضعف در ارزیابی عملکرد کیفی پزشکان و ارائه بازخورد
W7	نبود ارزیابی عملکرد دقیق دانشجویان پزشکی در بالین و ارائه بازخورد
W8	وضعیت نامناسب خدمات مراقبتی به بیماران
W9	عدم وجود رویکرد انجام پژوهش‌های بالینی کاربردی در بیمارستان
W10	عدم وجود رعایت دیسپلین‌های کاری در بیمارستان توسط گروه‌های مختلف
W11	موثر نبودن اقدامات مربوطه به تکریم ارباب رجوع و بیمارمحوری
W12	عدم استفاده از ظرفیت‌های گردشگری سلامت استان
W13	ضعف در ارائه امکانات رفاهی همراهان بیمار
W14	تعدد دانشجویان حاضر در اورژانس
W15	شفافیت نبودن شرح وظایف واحدها
W16	عدم وجود شاخص‌های شفاف برای انتصاب افراد در پست‌های مدیریتی
W17	عدم آگاهی و اعتقاد به فلسفه‌ی وجودی برنامه ریزی در بین کارکنان مجتمع در تمامی سطوح سازمانی
W18	عدم آگاهی و شناخت تمامی کارکنان از مأموریت و چشم انداز مجتمع
W19	عدم وجود همسویی اهداف فردی و سازمانی
W20	نبود سیستم مدیریت مبتنی بر عملکرد
W21	تمایل کارکنان به یادگیری و پیشرفت
W22	مقاومت کارکنان در برابر الکترونیک شدن فرآیندهای بیمارستانی
W23	عدم وجود انگیزه‌ی شغلی کارکنان به ویژه در ارتباط با ارائه خدمات با کیفیت به بیماران

۵-۱-۴) شناسایی مسایل استراتژیک و تدوین دورنمای بیمارستان

• شناسایی مسایل استراتژیک:

بر اساس تحلیل صورت گرفته از بررسی محیط بیمارستان شش مساله استراتژیک برای مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) به شرح ذیل شناسایی گردید.

- رضایت بخش نبودن جایگاه و وضعیت آموزش
- مشکلات اقتصادی مجتمع
- عدم وجود دیسپلین در فرآیند ارائه خدمات و مراقبت از بیماران

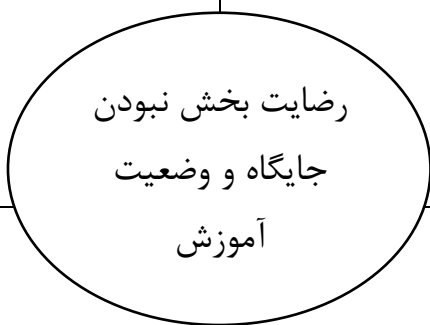
○ بهبود رضایتمندی مراجعین

○ عدم شفافیت در وضعیت عملکرد بالینی اساتید

○ نبود رویکرد انجام پژوهش های کاربردی بالینی

اهداف مرتبط با هر یک از این مسائل استراتژیک به همراه تحلیل محیط داخلی و خارجی مرتبط در ادامه ارائه شده است:

هدف کلی مرتبط:		قوت ها - S	ضعف ها - W
شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی		S5- وجود مرکز توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان S7- وجود امکانات آموزشی S8- شهرت و تخصص پزشکان شاغل در بیمارستان	W5- شفاف نبودن عملکرد پزشکان هیات علمی دانشگاه W6- ضعف در ارزیابی عملکرد پزشکان و ارائه بازخورد W7- ضعف در ارزیابی عملکرد دانشجویان پزشکی و ارائه بازخورد W10- عدم وجود رعایت دیسپلین های کاری در بیمارستان توسط گروه های مختلف W14- تعدد دانشجویان حاضر در اورژانس
موقعیت اصلی استراتژیک: استراتژی تقویتی (محافظه کارانه)			
فرصت ها - O		S5O6 S7O7 S8O10	W6O6 W7O10 W14O10
O6 - زیرساخت پرونده ی الکترونیک سلامت O7- ایجاد زیرساخت های لازم پزشکی از راه دور توسط وزارت و دانشگاه متبوع O10- آموزشی بودن بیمارستان			
تهدید ها - T		S8T11	W10T11
T11- فقدان نظام ارجاع و ارائه خدمات مبتنی بر آن			



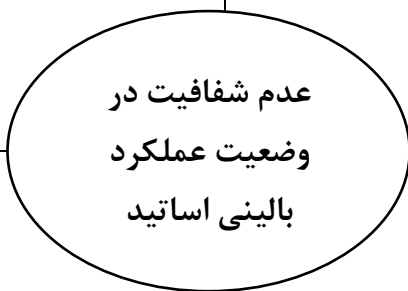
ضعف ها - W W2- عدم اختیار در مدیریت منابع مالی توسط بیمارستان W3- کمبود نقدینگی بیمارستان W4- نقص در کاربری تجهیزات پزشکی بیمارستان W12- عدم استفاده از ظرفیت های گردشگری سلامت استان W20- نبود سیستم مدیریت مبتنی بر عملکرد W22- مقاومت کارکنان در برابر الکترونیک شدن فرآیندهای بیمارستانی	قوت ها - S S1- حمایت مدیران از تصمیم گیری مبتنی برشواهد در تیم مدیریتی بیمارستان S2- تمایل و تلاش مدیران ارشد بیمارستان برای بهبود وضعیت اقتصادی بیمارستان S6- استقرار نظام حسابداری تعهدی در بیمارستان S8- شهرت و تخصص پزشکان شاغل در بیمارستان S10- قابلیت های سامانه ی اطلاعات بیمارستانی S11- سامانه مدیریت منابع تجهیزات پزشکی S12- وجود سیستم اطلاعات تصمیم یار (داشبورد مدیریت) S13- دسترسی به مشاورین متخصص در حوزه مدیریت و اقتصاد بیمارستانی S16- وجود سامانه مدیریت تامین	هدف کلی مرتبط: شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با توسعه خدمات تشخیصی درمانی موقعیت اصلی استراتژیک: استراتژی رقابتی
W3 O1 W12 O1 W20 O11 W4O2	S1 O1 S2 O1 S13 O1	فرصت ها - O O1- حمایت دولت و وزارت بهداشت از نوآوری ها برای بهینه سازی هزینه ها O2- انحصاری بودن خدمات بیمارستان های دولتی O3- اقبال سازمان های بیمه گر در عقد قرار داد با بیمارستان های دولتی O9- برخورداری از ظرفیت طرح نیروی انسانی وزارت بهداشت O11- هیات امنایی بودن دانشگاه O12- موقعیت جغرافیایی شهر مشهد
W2T7 W2T8 W3T8	S1T8 S11T8 S12T8 S16T8	تهدید ها - T T1- تحریم های اقتصادی و تنگناهای مالی پیش آمده در کشور T2- نرخ تورم بالا و نوسانات شدید قیمتی T3- غیرواقعی بودن تعرفه خدمات بیمارستانی T7- تحمیل تقبل ماده ۱۶ (قوه قضاییه) T8- شیوع اپیدمی بیماری های واگیردار (مانند کرونا)



هدف کلی مرتبط:	قوت ها - S	ضعف ها - W
شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با بهبود پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی گیرندگان خدمت	S3- وجود نظام تشویق و کنترل انضباطی کارکنان در بیمارستان S4- آگاهی از میزان رضایت ذی نفعان و شناسایی عوامل موثر بر آن S9- مهارت تخصصی کارکنان شاغل در بیمارستان S14- وجود سامانه ارزیابی و پایش مستمر S15- وجود سامانه مدیریت خدمات پرستاری	W1- ناپایداری نمودار سازمانی W5- شفاف نبودن عملکرد پزشکان هیات علمی دانشگاه W6- ضعف در ارزیابی عملکرد پزشکان و ارائه بازخورد W7- ضعف در ارزیابی عملکرد دانشجویان پزشکی و ارائه بازخورد W8- وضعیت نامناسب خدمات مراقبتی به بیماران W10- عدم وجود رعایت دیسپلین های کاری در بیمارستان توسط گروه های مختلف W11- موثر نبودن اقدامات مربوطه به تکریم ارباب رجوع و بیمارمحوری W15- شفافیت نبودن شرح وظایف واحدها W17- عدم آگاهی و اعتقاد به فلسفه ی وجودی برنامه ریزی در بین کارکنان مجتمع در تمامی سطوح سازمانی W19- عدم وجود همسویی اهداف فردی و سازمانی W20- نبود سیستم مدیریت مبتنی بر عملکرد W23- عدم وجود انگیزه ی شغلی کارکنان به ویژه در ارتباط با ارائه خدمات با کیفیت به بیماران
موقعیت اصلی استراتژیک: استراتژی تقویتی (محافظه کارانه)		
فرصت ها - O O4- برخورداری از نام مقدس امام رضا (ع) O8- حساسیت نهادهای استانی روی بیمارستان امام رضا (ع) O10- آموزشی بودن بیمارستان	S3O4 S4O10 S14O10	عدم وجود دیسپلین در فرآیند ارائه خدمات و مراقبت از بیماران
W1O8 W5O10 W7O10 W17O8 W17O4	S15T6	تهدید ها - T T5- گیرندگان خدمات بیمارستانی از دهک های پایین درآمدی هستند T6- وجود موانع قانونی و محدودیت های دولتی در جذب نیرو T10- سواد سلامت پایین مراجعین به بیمارستان

هدف کلی مرتبط: شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با بهبود پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت	قوت S- S3_وجود نظام تشویق و کنترل انضباطی کارکنان در بیمارستان S8_شهرت و تخصص پزشکان شاغل در بیمارستان S9_مهارت تخصصی کارکنان شاغل در بیمارستان S14_وجود سامانه ارزیابی و پایش مستمر S15_وجود سامانه مدیریت خدمات پرستاری	ضعف W- W5-شفاف نبودن عملکرد پزشکان هیات علمی دانشگاه W6_ضعف در ارزیابی عملکرد پزشکان و ارائه بازخورد W7_ضعف در ارزیابی عملکرد دانشجویان پزشکی و ارائه بازخورد W8_وضعیت نامناسب خدمات مراقبتی به بیماران W10_عدم وجود رعایت دیسپلین‌های کاری در بیمارستان توسط گروه‌های مختلف W13_ضعف در ارائه امکانات رفاهی همراهان بیمار W19_عدم وجود همسویی اهداف فردی و سازمانی W21_تمایل کارکنان به یادگیری و پیشرفت W23_عدم وجود انگیزه ی شغلی کارکنان به ویژه در ارتباط با ارائه خدمات با کیفیت به بیماران
W5O8 W6O10 W7O10 W8O8 W10O8 W8O2	فرصت O- O2_انحصاری بودن خدمات بیمارستان های دولتی O4_برخورداري از نام مقدس امام رضا (ع) O8_حساسیت نهادهای استانی روی بیمارستان امام رضا(ع) O10_آموزشی بودن بیمارستان	تهدید T- T4_کمبودهای دارویی و کیت های آزمایشگاهی در کشور T5_گیرندگان خدمات بیمارستانی از دهک های پایین درآمدی هستند T10_سواد سلامت پایین مراجعین به بیمارستان T11_فقدان نظام ارجاع و ارائه خدمات مبتنی بر آن T12_حجم بالای مراجعین اورژانس T13_ترجیح فعالیت در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی
W5T10 W6T13	بهبود رضایتمندی مراجعین S3T12 S9T12 S8T11	

ضعف - W W5_شفاف نبودن عملکرد پزشکان هیات علمی دانشگاه W6_ضعف در ارزیابی عملکرد پزشکان و ارائه بازخورد W8_وضعیت نامناسب خدمات مراقبتی به بیماران W10_عدم وجود رعایت دیسپلین های کاری در بیمارستان توسط گروه های مختلف W11_موثر نبودن اقدامات مربوطه به تکریم ارباب رجوع و بیمارمحوری W15_شفافیت نبودن شرح وظایف واحدها W17_عدم آگاهی و اعتقاد به فلسفه ی وجودی برنامه ریزی در بین کارکنان مجتمع در تمامی سطوح سازمانی W19_عدم وجود همسویی اهداف فردی و سازمانی W20_نبود سیستم مدیریت مبتنی بر عملکرد W23_عدم وجود انگیزه ی شغلی کارکنان به ویژه در ارتباط با ارائه خدمات با کیفیت به بیماران	قوت - S S4_آگاهی از میزان رضایت ذی نفعان و شناسایی عوامل موثر بر آن S8_شهرت و تخصص پزشکان شاغل در بیمارستان S10_قابلیت های سامانه ی اطلاعات بیمارستانی (HIS) S14_وجود سامانه ارزیابی و پایش مستمر	هدف کلی مرتبط: شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با توسعه خدمات تشخیصی و درمانی
W10O2	S4O2 S8O4 S10O6	فرصت - O O2_انحصاری بودن خدمات بیمارستان های دولتی O4_برخورداري از نام مقدس امام رضا (ع) O6_زیرساخت پرونده ی الکترونیک سلامت O10_آموزشی بودن بیمارستان
W5T3 W6T13 W19T3 W11T12 W19T13	S8T3 S14T12 S4T12	تهدید - T T3_غیرواقعی بودن تعرفه خدمات بیمارستانی T5_گیرندگان خدمات بیمارستانی از دهک های پایین درآمدی هستند T10_سواد سلامت پایین مراجعین به بیمارستان T11_فقدان نظام ارجاع و ارائه خدمات مبتنی بر آن T12_حجم بالای مراجعین اورژانس T13_ترجیح فعالیت در بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی



ضعف-W W9- عدم وجود رویکرد انجام پژوهش‌های بالینی کاربردی در بیمارستانش	قوت-S S1 -حمایت مدیران از تصمیم گیری مبتنی برشواهد در تیم مدیریتی بیمارستان S5-وجود مرکز توسعه تحقیقات بالینی در بیمارستان S7- وجود امکانات آموزشی S10- قابلیت‌های سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS) S12-وجود سیستم اطلاعات تصمیم یار (داشبورد مدیریت)	هدف کلی مرتبط: شناسایی مسائل استراتژیک مرتبط با توسعه خدمات آموزشی و پژوهشی موقعیت اصلی استراتژیک: استراتژی تقویتی(محافظه کارانه)
W9O1 W9O10	S5O6 S1O10 S10O6 S12O1 S12O10 S7O1 S7O10	فرصت-O O1-حمایت دولت و وزارت بهداشت از نوآوری‌ها برای بهینه سازی هزینه‌ها O5- زیرساخت ارتباطات الکترونیکی (فیبر نوری) O6- زیرساخت پرونده ی الکترونیک سلامت O7- ایجاد زیرساخت های لازم پزشکی از راه دور توسط وزارت و دانشگاه متبوع O10- آموزشی بودن بیمارستان
W9T1	S1T1 S5T1 S7T1	تهدید-T T1- تحریم های اقتصادی و تنگناهای مالی پیش آمده در کشور

نبود رویکرد انجام پژوهش های کاربردی بالینی

• **دورنمای مجتمع آموزشی پژوهش و درمانی امام رضا(ع) به صورت زیر می باشد:**

مجتمع آموزشی پژوهش و درمانی امام رضا(ع) با اتکال به ایزدمنان و آموزه های دین مبین اسلام و با بهره گیری از

ظرفیت ها و قابلیت های علمی-تخصصی مصمم به دستیابی به موفقیت های زیر در پایان سال ۱۴۰۴ می باشد.

○ پیشرو در حوزه کارایی اقتصادی بیمارستان

○ پیشرو در حوزه استقرار کدهای اخلاق حرفه ای

○ الگو در حوزه رعایت حقوق گیرندگان خدمت

○ الگو در حوزه کیفیت خدمات آموزشی بالینی

○ پیشرو در حوزه انجام پژوهش های کاربردی بالینی

۶-۱-۴) تدوین اهداف چهار ساله برای هر یک از موضوعات استراتژیک بر اساس SWOT

اهداف چهار ساله به منظور مدیریت مؤثر فرصت ها و تهدیدهای محیطی و تقویت نقاط قوت و پوشش نقاط ضعف

مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) به تفکیک مسائل استراتژیک شناسایی شده و شاخص ها و نکات مرتبط با

هر یک از اهداف چهار ساله در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۱۴: اهداف چهار ساله مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

ردیف	مساله استراتژیک مرتبط	عنوان هدف برای پایان سال ۱۴۰۴	وضعیت موجود در سال ۱۴۰۰
۱	نبود رویکرد انجام پژوهش های کاربردی بالینی	دستیابی به حداقل ۲۵ پژوهش کاربردی بالینی پایان یافته در سال	صفر
۲	بهبود رضایتمندی مراجعین	دستیابی به نمره حداقل ۹۵ در رضایت مندی بیماران	۸۳ درصد
۳	عدم شفافیت در وضعیت کیفیت عملکرد بالینی اساتید	انجام اعمال جراحی با حضور اساتید (با یا بدون حضور رزیدنت) به میزان ۸۰ درصد	بیهوشی: (هر چهار اتاق یک پزشک در شیفت صبح، هر هشت اتاق یک پزشک در شیفت عصر، شیفت شب بدون حضور اساتید) ارتوپدی: هر سه یا چهار اتاق یک پزشک در شیفت صبح و عصر، در شیفت شب بدون حضور اساتید گوش و حلق و بینی: تمام جراحی ها با حضور اساتید جراحی: هفتاد درصد اورولوژی: پنجاه درصد اتاق عمل اورژانس: بدون حضور اساتید
۴	عدم شفافیت در وضعیت کیفیت عملکرد بالینی اساتید	انجام ویزیت های بستری با حضور اساتید بر بالین بیمار به میزان ۸۰ درصد	نفرولوژی: معمولاً یک بار ویزیت استاد در طول مدت بستری در بقیه موارد رزیدنت ویزیت می کند و گزارش دهی می شود. هماتولوژی: معمولاً هر روز در طول مدت بستری ریه: بستگی به بیمار دارد. جنرال داخلی: معمولاً هر روز در طول مدت بستری روماتولوژی: بستگی به بیمار دارد. جراحی: بعد از جراحی معمولاً ویزیت می شود و در صورت طولانی شدن اقامت بیمار بستگی به شرایط بیمار دارد.
۵	عدم وجود دیسپلین در فرآیند ارائه خدمات	تدوین و اجرای حداقل ۱۵ کد رفتاری در بیمارستان با استقرار ۷۰ درصدی	—
۶	عدم وجود دیسپلین در فرآیند ارائه خدمات	دستیابی به حداقل نمره ۹۶ در حوزه شاخص های ارزیابی مستمر مرتبط با پرستاری در بخش های بالینی	۸۶:۰۰ درصد:
۷	مشکلات اقتصادی مجتمع	دستیابی به افزایش حداقل ۲۰ درصدی منابع اختصاصی بیمارستان از هزینه های تامین شده از محل منابع اختصاصی	براساس وضعیت پایه سال ۱۴۰۰ می باشد که در تیرماه سال ۱۴۰۱ محاسبه خواهد شد.
۸	رضایت بخش نبودن جایگاه و وضعیت آموزش	کسب ۹۰ درصد نمره اعتبار بخشی آموزشی در ارزیابی کشوری	۷۰ درصد

جدول ۱۵: شاخص ها و نکات مرتبط با هر یک از اهداف چهار ساله

ردیف	عنوان هدف برای پایان سال ۱۴۰۴	شاخص و نکات در پایش
۱	دستیابی به حداقل ۲۵ پژوهش کاربردی بالینی پایان یافته در سال	پژوهش کاربردی بالینی می بایست مصوب شورای پژوهشی بیمارستان باشد و دارای حداقل یکی از شرایط زیر باشد: - باعث تغییر در یک روش درمانی شده باشد. - به عنوان یک شواهد در ارتباط با ارائه خدمت به بیمار مورد استفاده قرار گرفته باشد.
۲	دستیابی به نمره حداقل ۹۵ در رضایت مندی بیماران	شاخص های مورد استفاده در خصوص این هدف همان شاخص های مربوط به محور در سامانه ارزیابی مستمر می باشد.
۳	انجام اعمال جراحی با حضور اساتید (با یا بدون حضور رزیدنت) میزان ۷۰ درصد	منظور اعمال جراحی می باشد که پزشک در اتاق عمل حضور دارد خواه این عمل توسط خود ایشان انجام شود یا با مشارکت رزیدنت انجام شود.
۴	انجام ویزیت های بستری با حضور اساتید بر بالین بیمار به میزان ۸۰ درصد	منظور از این هدف حضور مستقیم پزشک معالج اصلی بر بالین بیمار و برقراری ارتباط با بیمار می باشد که پرسش مربوطه از بیمار پرسیده خواهد شد.
۵	تدوین و اجرای حداقل ۱۲ کد رفتاری در بیمارستان با استقرار ۷۰ درصدی	کدهای رفتاری در سال اول شامل معرفی پزشک به بیمار، عدم استفاده از تلفن همراه، تدوین و استقرار نحوه ارتباط پرسنل انتظامات با مراجعین می باشد. در سال های بعد نیز قبل از اتمام سال کدهای مربوطه تعریف خواهد شد.
۶	دستیابی به حداقل نمره ۹۰ در حوزه شاخص های مرتبط پرستاری در بخش های بالینی	شاخص های مورد استفاده در خصوص این هدف همان شاخص های مرتبط با پرستاری در محورهای سامانه ارزیابی مستمر می باشد.
۷	دستیابی به افزایش حداقل ۲۰ درصدی منابع اختصاصی بیمارستان از هزینه های تامین شده از محل منابع اختصاصی	این هدف از طریق محاسبه نسبت منابع اختصاصی بیمارستان تقسیم بر هزینه های تامین شده از محل منابع اختصاصی بدست می آید.
۸	دستیابی به نمره ی حداقل ۹۰ در اعتباربخشی آموزشی	شاخص های مورد استفاده در خصوص این هدف همان شاخص های مورد استفاده در اعتباربخشی آموزشی بیمارستان می باشد.

۷-۴) تدوین پروژه های یک ساله برای هر یک از پروژه های کلان بیمارستان

- تعریف پروژه های یک ساله: پروژه های یک ساله با تصویب تیم مدیریتی بیمارستان و در راستای اهداف چهار ساله تعریف شد.

- تعیین مدیر پروژه: در راستای اجرای برنامه ها و تحقق اهداف مورد نظر برای هریک از پروژه ها یک نفر به عنوان مدیر پروژه انتخاب شد. معیارهای انتخاب مدیر پروژه شامل مواردی زیر بود:
 - مدیر پروژه جزء صاحبان اصلی فرآیندهای اجرای پروژه باشد.
 - مدیر پروژه دارای اختیار و مسولیت در حوزه پروژه مورد نظر باشد.

○ مدیر پروژه به اجرای برنامه در راستای بهبود عملکرد بیمارستان علاقه و تعهد داشته باشد.

مدیران پروژه‌ها غالباً بالاترین فرد مسئول در هر حوزه تعیین شده و با ابلاغ رسمی از طرف رئیس بیمارستان معرفی می شوند. در این ابلاغ ذکر شده بود که تمامی واحدها و بخش‌های مجتمع موظف به همکاری و اجرای بندهای تعیین شده در هر پروژه بوده و این پروژه‌ها در تمامی بخش‌ها و واحدها فراخور موضوع لازم الاجرا می-باشند.

- **شناسایی و تعیین گام‌های اجرای برنامه ها:** پس از تعیین مدیران پروژه، از آنها تقاضا شد تا طی جلساتی اختصاصی در محل اداره بهبود کیفیت بیمارستان حاضر شوند و نسبت به تعیین گام‌های اجرای پروژه اعلام نظر کنند. منظور از گام‌ها، مراحل اجرای هر برنامه در جهت نیل به اهداف اختصاصی مورد نظر بود. در ضمن در طی جلسات مقرر شد برای اجرای گام‌های پیشنهادی یک بازه زمانی تعیین نمایند. همچنین یک نفر به عنوان مسئول اجرای هریک از گام‌ها از طرف مدیران پروژه با توجه به شناختی که به فرآیندهای دخیل در برنامه داشتند، معرفی گردید. در ادامه گام‌های اجرای یکی از پروژه های سال ۱۳۹۹ بیمارستان با عنوان "استقرار تکریم گیرندگان خدمت از حوزه اداری مجتمع از طریق ایجاد همیار تاپایان سال ۱۳۹۹" نشان داده شده است.

ردیف	عنوان فعالیت	بودجه مورد نیاز (ریال)	مسئول پیگیری	تاریخ انجام	
				شروع	پایان
۱	اولویت بندی واحد های اداری- پشتیبانی جهت اجرای پروژه	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۰۷/۰۱	۹۹/۰۷/۱۵
۲	طرح اولویت بندی اجرای پروژه جهت تایید در تیم مدیریتی مجتمع		مسئول بهبود کیفیت	۹۹/۰۷/۱۶	۹۹/۰۷/۳۱
۳	تشکیل جلسه توجیهی با مسئولین واحدها	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۰۷/۱۶	۹۹/۰۷/۳۱
۴	جمع آوری لیست فرایند های مرتبط با ارباب رجوع در واحدها	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۰۸/۰۱	۹۹/۰۸/۳۰
۵	بررسی و در صورت لزوم اصلاح فرایند ها با همکاری مسئول واحد مربوطه	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۰۹/۰۱	۹۹/۰۹/۳۰
۶	طراحی و تصویب فرایند استقرار همیاران در واحد ها	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۱۰/۰۱	۹۹/۱۱/۳۰
۷	آموزش کارکنان همیار بر اساس فرایند های مصوب شده	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۱۰/۰۱	۹۹/۱۱/۳۰
۸	استقرار پروژه	+	جانشین معاون توسعه مدیریت	۹۹/۱۲/۰۱	۹۹/۱۲/۲۵

شکل ۵: گام‌های اجرای پروژه استقرار تکریم گیرندگان خدمت از حوزه اداری مجتمع از طریق ایجاد همیار تا پایان سال

۱۳۹۹

- **شناسایی شاخص های پیشرفت اهداف اختصاصی:** یکی از مهم ترین مراحل اجرای پروژه تعیین شاخص- های پیشرفت اهداف اختصاصی بود. منظور از شاخص پیشرفت، سهم اجرای پروژه در جهت نیل به اهداف اختصاصی بیمارستان بود.

۸-۴) تدوین استراتژی های اجرایی برای تحقق پروژه های یک ساله

۹-۱-۴) تدوین برنامه های عملیاتی متناسب با استراتژی های اجرایی تعریف شده

۱۰-۱-۴) تعیین سازوکار پایش و بازخورد

حصول اطمینان از اجرای پروژه ها براساس گام های اجرایی از پیش تعیین شده یکی از مهم ترین اجزای برنامه ریزی در بیمارستان بود. مسئولیت پایش پروژه ها بر عهده اداره ارزیابی، برنامه ریزی و بهبود کیفیت گذاشته شد. در جلسات اختصاصی با مدیران پروژه ها نحوه پایش هریک از گام های اجرایی نیز مشخص می گردید. مشاهده میدانی، مصاحبه با صاحبان فرایند و بررسی مستندات از اصلی ترین سازوکارهای پایش پروژه ها بود. دوره پایش پروژه ها سه ماهه در نظر گرفته شد.

پس از پایش اجرای پروژه ها در دوره های سه ماهه، مدیران پروژه ملزم به ارائه ی گزارش پیشرفت پروژه براساس ارزیابی های صورت گرفته و چالش های مشاهده شده در کمیته پایش و سنجش کیفیت یا بر حسب ضرورت در کمیته تیم مدیریتی بیمارستان خواهند بود. مبنای گزارش پیشرفت هر پروژه پایش های انجام شده توسط اداره بهبود کیفیت می باشد. گزارش ها به صورت هرسه ماه یک بار و با استفاده از ابزار داشبورد بیمارستان ارائه می گردد. در همین جلسات اقدامات اصلاحی جهت رفع مشکلات پیشنهاد شده و اقدامات جهت پیشرفت برنامه تسهیل خواهد شد.

همچنین در آخرین جلسه در پایان هر سال به موفق ترین پروژه لوح تقدیر تعلق گرفته و برنامه هایی که به طور کامل اجرایی نشدند، شناسایی و مورد تحلیل قرار خواهند گرفت. در صورتی که در تحلیل پروژه ادامه پروژه در دستیابی به اهداف بیمارستان مورد تأیید قرار گیرد؛ با رفع چالش های پیش رو یا تغییر مدیر پروژه، اجرای آن در سال بعد نیز در دستور کار بیمارستان قرار خواهد گرفت.

استفاده از داشبورد بیمارستان و توجه به شاخص های عملکردی در راستای اجرای پروژه، یکی از اصلی ترین ابزارهای ارائه بازخورد می باشد. با توجه به اینکه داده ها در داشبورد بیمارستان به صورت بر خط و تحت سیستم اطلاعات بیمارستانی به روز رسانی می گردد از صحت و قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است. شاید ارائه گزارشات دوره ای و پویا از وضعیت عملکرد بخش ها و واحدها در راستای تحقق اهداف پروژه ها، بدون ویرایش و اصلاحات سلیقه ای از مهم ترین نقاط قوت در راستای حرکت مبتنی بر برنامه در بیمارستان باشد.

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

- چالش: اجرای برنامه ها به صورت یکپارچه با توجه به وسعت بیمارستان
 - راهکار: تشویق بخش ها و واحدهایی که بیشترین درصد تحقق اهداف برنامه ها را داشتند و اعلام در وب سایت بیمارستان
- چالش: عدم مسئولیت پذیری کامل برخی مدیران میانی و عملیاتی در اجرای گام های پروژه ها
 - راهکار: ابلاغ رئیس بیمارستان به تمامی مسئولین و مدیران و تاکید بر الزام همکاری و مشارکت کامل با مدیران برنامه ها در جهت تحقق گام ها
- راهکار: پیگیری مستقیم مدیران ارشد در صورت مشاهده چالش در اجرای گام ها در برخی واحدها و بخش ها

۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان

در مسیر حرکت مبتنی بر برنامه در سطح بیمارستان از ابزارهای زیر برای بازخورد و انتشار داده ها استفاده شد:

- ارائه گزارشات در کمیته ها
- ارسال مکاتبات رسمی به واحدهای هدف
- انعکاس پیشرفت برنامه های در وب سایت بیمارستان
- ارائه خلاصه ای از نتایج پایش برنامه ها به صورت مستمر و دوره ای در تیم مدیریتی بیمارستان
- ارائه برنامه ها و نتایج برنامه های اجرا شده در جلسات با مسئولین واحدها و بخش های بیمارستان ها

۴-۴) یافته های اجرای پروژه

برای نمونه در اینجا به یکی از پروژه های بیمارستان اشاره می شود:

عنوان پروژه:

استقرار کد اخلاقی در خصوص اقدام تیم پزشکی به معرفی خود

هدف کلی:

ارتقاء اخلاق حرفه ای در فراگیران پزشکی با شناسایی پیشران های اصلی در بخش های بالینی و استفاده از روش -

های مختلف برای طی فرآیند یادهی پیشران های مربوطه و یادگیری فراگیران

اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

- شناسایی پیشران‌های اصلی و دارای نفوذ در حوزه اخلاق حرفه ای و مرتبط با کد "معرفی خود به بیمار"
- طراحی و اجرای مستمر برنامه مداخله آموزشی در حوزه ارتقاء دانش و تغییر رفتار پیشران‌ها در خصوص اجرای کد "معرفی خود به بیمار"

- ارزیابی قبل از اجرای مداخله در بخش‌های منتخب

- ارزیابی اول از مداخله در بخش‌های منتخب برای بررسی تاثیر مداخله صورت گرفته

- ارزیابی دوم برای بررسی مجدد تاثیر مداخله صورت گرفته

گام اول: شناسایی پیشران‌های اصلی و در حوزه اخلاق حرفه ای و مرتبط با کد "معرفی خود به بیمار"

در این مرحله بر اساس نظر متخصصان، رئیس بخش، سرپرستار، دستیار ارشد به عنوان پیشران تعریف شدند.

گام دوم: طراحی و اجرای مستمر برنامه مداخله آموزشی در حوزه ارتقاء دانش و تغییر رفتار پیشران‌ها در خصوص اجرای کد "معرفی خود به بیمار"

- انتخاب روش‌های مختلف برای یاددهی پیشران‌ها
- جهت آموزش محتوی آموزشی (در قالب تراکت، فایل الکترونیک) با موضوع اهمیت رعایت کد اخلاقی معرفی خود به بیمار و نقش آن در بهبود ارتباط موثر با بیمار و افزایش همکاری بیمار در مدت درمان تهیه شد. این محتوی در جلساتی توسط اعضای اکسپرت پنل به پیشران‌ها آموزش داده شد.
- انتخاب روش‌های مختلف یادگیری فراگیران
- در این مرحله از پیشران‌ها خواسته شد تا مطالب آموخته شده در مرحله قبل را در راندهای صبحگاهی و به دو صورت عملی در هنگام ویزیت و طرح مطالب به صورت گروهی به سایر فراگیران انتقال دهند. به ایشان یادآور شد هر گونه سوال و ابهام در فرایند یاددهی را به اکسپرت پنل اعلام نمایند تا در به روز رسانی مطالب آموزشی لحاظ شود.
- آموزش پزشکان تاثیرگذار
- در این مرحله به پیشنهاد نشست متخصصان مبنی بر استفاده از نفوذ پزشکان تاثیرگذار در ایجاد تغییر رفتار، در کمیته اخلاق بالینی مصوب شد این پزشکان در هر گروه شناسایی و در فرایند یاددهی و یادگیری قرار گیرند.

گام سوم: ارزیابی قبل از اجرای مداخله در بخش های منتخب و استفاده از نتایج در طراحی و اجرای برنامه اولیه مداخله آموزشی

در سال ۹۷ دو گروه داخلی و زنان که پیشرانها در آن بخشها تمایل به همکاری بیشتری در موضوع اخلاق حرفه‌ای داشتند، به عنوان پایلوت انتخاب شده و قبل از انجام مداخله مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند. سپس با استفاده از روش‌های ذکر شده در گام دوم فرایند یاددهی و یادگیری در این بخشها اجرا شد.

گام چهارم: ارزیابی اول بعد از مداخله در بخش های منتخب برای بررسی تاثیر مداخله صورت گرفته و بازخورد

در دوره ی زمانی ۶ ماهه پیشرفت فرایند مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از این ارزیابی توسط اکسپرت پنل در کمیته اخلاق بالینی گزارش گردید. از پیشرانهای هر دو بخش در کمیته اخلاق بالینی دعوت به عمل آمد و نتایج حاصل از ارزیابی و مقایسه قبل و بعد از مداخله ارائه و مورد بحث و بررسی قرار گرفت. بر این اساس کمیته اخلاق بالینی پیشنهاد استقرار پروژه‌ای با این مضمون را به تیم مدیریتی مجتمع ارائه نمود.

گام پنجم: ارزیابی دوم برای بررسی مجدد تاثیر مداخله صورت گرفته و بازخورد

در سال ۹۸ موضوع “رعایت کد اخلاقی معرفی خود به بیمار” به عنوان یکی از پروژه‌های اجرایی در سطح مجتمع توسط تیم مدیریتی تصویب شد. در این راستا برنامه عملیاتی تدوین و پیشرفت آن مورد پایش قرار گرفت. برای ایجاد وحدت رویه در ارزیابی و امکان دسترسی آنلاین به اطلاعات، شاخصی اختصاصی در سامانه ارزیابی مستمر مجتمع تعریف شد. ارزیابان آموزش دیده پیشرفت فرایند یاددهی و یادگیری را از این مسیر پایش نمودند. جهت ارائه بازخورد به پیشرانان در سامانه مذکور دسترسی به گزارشات آنلاین ایجاد گردید. همچنین به پیشنهاد کمیته اخلاق، محتوی آموزشی بازنگری شد. با هماهنگی گروه‌های آموزشی برنامه مدون تهیه و توسط فرد منتخب اکسپرت پنل به پیشرانان و فراگیران ارائه شد.

گام ششم: ارزیابی سوم برای بررسی مجدد تاثیر مداخله صورت گرفته و بازخورد

در سال ۹۹ با توجه به میزان پیشرفت برنامه پروژه مذکور همچنان در فهرست برنامه‌های عملیاتی مجتمع قرار گرفت. بر اساس نتایج حاصله، طی نامه ای رسمی وضعیت رعایت شاخص ذکر شده به مدیران گروه‌های تخصصی اعلام شد. همچنین در جلسات کمیته آموزش پزشکی مجتمع با حضور پیشرانان، معاون آموزش و سلامت، مسوول دفتر توسعه آموزش بالینی، وضعیت رعایت شاخص مذکور به تفکیک فرد، گروه و رده ی آموزشی گزارش شد و نیز در طی بازدیدهای مدیریتی ایمنی مجتمع از بخش های بستری با حضور رئیس بخش و دستیار ارشد گروه های تخصصی، عملکرد فراگیران تخصصی در مورد شاخص معرفی پزشک به بیمار گزارش گردید. در محتوای گزارشات علاوه بر میزان رعایت شاخص به

اهمیت رعایت کد اخلاقی معرفی خود به بیمار و نقش آن در بهبود ارتباط موثر با بیمار و افزایش همکاری بیمار در مدت درمان و دستیابی به اهداف کلی مجتمع اشاره شد.

نتایج حاصل از اجرای این پروژه:

یافته های پروژه ی حاضر نشان داد که قبل از انجام مداخله، درصد رعایت شاخص معرفی فراگیران تخصصی در بین گروه های آموزشی ۲۰ درصد بوده است. بعد از انجام مداخله آموزشی در بین گروه آزمون، فراوانی رعایت معیار مورد نظر بعد از مداخله اول به ۲۹,۳ و بعد از مداخله دوم و سوم به ترتیب ۳۰,۹۹ و ۵۱,۱۵ درصد افزایش یافت که از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($p \text{ value} < 0.05$). یافته های مطالعه بر اساس ارزیابی قبل و بعد از مداخله نشان داد که ارائه بازخورد عملکردی می تواند بر ارتقاء سطح رعایت شاخص معرفی پزشک به بیمار در بین فراگیران تخصصی موثر باشد.

جدول ۱۶: وضعیت مقایسه ای درصد رعایت شاخص معرفی فراگیران تخصصی

گروه	وضعیت پایه	وضعیت بعد از اجرای پروژه	گروه	وضعیت پایه	وضعیت بعد از اجرای پروژه
ارتوپدی	۳۹	۵۰	داخلی	۲۵	۴۸
ارولوژی	۴۰	۶۶	زنان	۱۵	۴۱
بیهوشی	۲۹	۸۸	عفونی	۱۲	۷۵
پوست	۶۲	۵۰	قلب	۳۳	۴۴
جراحی عمومی	۴۲	۵۰	کل	۲۰	۵۱

بعد از تحلیل یافته ها و تدوین گزارش ارزیابی، نتایج اثربخشی مداخله ی طراحی شده از طریق دسترسی به گزارشات آنالاین سامانه ارزیابی مستمر و ارسال نامه ای کتبی در اختیار تمامی مدیران گروه های تخصصی و روسای بخش ها قرارگرفت.

منابع

۱. بشارتی، رئیسی، پوران، پورن، امیراشکان، طبیبی. et al. «تأثیر عوامل» سیاست‌گذاری و مدیریت اهداف «بر فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان‌های دولتی ایران. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی. ۲۰۱۹؛ ۵(۱): ۵۵-۶۸.
۲. Bigdeli A, Aghaali M. Barriers to the Implementation of the Strategic Plan from the Viewpoint of Managers of the Hospitals of Qom Province in 2019 (Iran). Qom University of Medical Sciences Journal. 2020;14(1):11-20.
۳. مصدق‌راد، علی‌محمد، شهیدی ا، امین، عبدالمحمدی، نازنین. تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر کارایی بیمارستان: یک مطالعه موردی. نشریه پژوهش‌های سلامت محور. ۲۰۱۸؛ ۴(۳): ۳۱۷-۳۴.
۴. مصدق‌راد، علی‌محمد، اصفهانی، پروانه. پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان. بیمارستان. ۲۰۱۹؛ ۱۸(۳): ۷۳-۸۶.
۵. راد، محمد، اصفهانی، پروانه. چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان: یک مطالعه کیفی. پایش. ۲۰۲۰؛ ۱۹(۱): ۱۹-۳۹.
۶. راد، اصفهانی، پروانه. چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۲۰۱۸؛ ۳(۳): ۱۸۴-۲۰۰.
۷. امیرب، منصور قن، ناصر م. طراحی مدل انتظارات ذینفعان کلیدی در پروژه‌های احداث خطوط مترو: مورد مطالعه پروژه ساخت خطوط قطار شهری مشهد.
۸. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.
۹. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.
۱۰. پناه شح، معهود م. شناسایی و تحلیل ذینفعان کلیدی، منافع، منابع قدرت و نحوه تعامل آنان در پروژه‌های ساخت و ساز با بهره‌گیری از ماتریس تحلیل ذینفعان (مطالعه موردی: ساخت دانشکده مدیریت و اقتصاد).
۱۱. فاطمه ت، کلثوم ع، احسان ک. طراحی چارچوب شناسایی و اولویت‌بندی ذینفعان مبتنی بر روش فراتلفیق.
۱۲. بشردوست ا، امید، شجاعی، منصوری، محسن. برنامه‌ریزی کمی راهبردی و ارائه راهکارهای بهبود جایگاه علامت تجاری با استفاده از ماتریس QSPM. فصلنامه توسعه تکنولوژی صنعتی. ۲۰۱۱؛ ۹(۱۷): ۸۳-۹۴.
۱۳. زاده گ، المیرا، زاده ر. ارائه الگوی تأثیر برنامه‌ریزی استراتژیک بر موفقیت پیاده‌سازی استراتژی در وزارت ورزش و جوانان با نقش میانجی‌گری مشارکت مدیران و عدم اطمینان از ذینفعان. مطالعات مدیریت ورزشی. ۲۰۱۸؛ ۱۰(۵۰): ۱۸۷-۲۰۲.
۱۴. احمد ر، حمید ش، حمداله سق، محمدرضا ر. برنامه‌ریزی راهبردی فضایی توسعه پایدار مقاصد گردشگری روستایی با استفاده از مدل استراتژیک SOAR.

۱۵. Svedin L, Valero JN. Strategic Planning in Practice: The Case of Utah's Statewide Strategic Plan on Homelessness. *Journal of Participatory Research Methods*. 2020;1(1):13294.
۱۶. Uechi E. Public Service Information Technology: The Definitive Manager's Guide to Harnessing Technology for Cost-Effective Operations and Services: CRC Press; 2019.
۱۷. Thomas RK. Strategic planning. *Health services Planning*: Springer; 2021. p. 215-45.
۱۸. Dibrell C, Craig JB, Neubaum DO. Linking the formal strategic planning process, planning flexibility, and innovativeness to firm performance. *Journal of Business Research*. 2014;67(9):2000-7.
۱۹. Sadeghpour A, Motahari AH, Nejatbakhsh Esfahani A. Goal and Goal Setting in Strategic Planning, Case study: Qom Water and Wastewater Company. *Journal of Water and Sustainable Development*. 2021. ۴۰-۳۱: (۱)۸;
۲۰. Rahimnia F, Pouya A, Elhami S. The Investigation of Innovation Leadership and Knowledge Sharing on Organizational Performance with Mediator of Strategic Fit. 2016.
۲۱. خانی م، مشفق، وحید. برنامه‌ریزی راهبردی بر پایه تحلیل کارکردی. فصلنامه مدیریت توسعه و تحول. ۲۰۱۶؛ ۱۳۹۵: (۲۵) ۹-۱.
۲۲. درویش، حسن، کولیوند، پیرحسین، رسولی، مبارکی. et al. طراحی مدل برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های خصوصی به کمک روش دلفی: یک مورد مطالعه در بیمارستان خاتم الانبیاء. *مجله علوم اعصاب شفا* خاتم. ۲۰۱۴؛ ۲(۳) ۱۰-۱.
۲۳. بشارتی، رئیسی، پوران، پورن، امیراشکان، طبیبی. et al. تأثیر عوامل "سازمان‌دهی و هدایت عملیات" بر فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی در بیمارستان. *مجله پرستاری و مامایی*. ۲۰۱۶؛ ۱۴(۲) ۶۹-۱۵۹.
۲۴. بشارتی ر. طراحی الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی برای بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران. *مجله پرستاری و مامایی*. ۲۰۱۹؛ ۱۷(۲) ۶۷-۱۵۴.
۲۵. محمد مرع، پروانه ا. عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان: یک مطالعه کیفی.
۲۶. Whitwell K, Maynard R, Barry N, Cowling V, Sood T. Strategic planning and response to COVID-19 in a London emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2020;37(9):567-70.