



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲: سازماندهی مجدد و اصلاح
ساختار بیمارستان

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲: سازماندهی مجدد و اصلاح ساختار بیمارستان

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

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

همکاران اصلی:

دکتر زهرا ابراهیمی، دکتر سمیه فضائلی، دکتر سعید محمد پور

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.....	۴
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) مفهوم و تعریف ساختار سازمانی.....	۱۵
۲-۱-۲) ابعاد ساختار سازمانی.....	۲۴
۲-۱-۳) سازوکارهای هماهنگی.....	۲۴
۲-۱-۴) سازمان رسمی.....	۲۷
۲-۱-۵) نمودار سازمانی.....	۲۷
۲-۱-۶) بیمارستان‌های هیأت امنایی.....	۲۸
۲-۲) مرور متون.....	۲۸
۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی.....	۲۸
۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی.....	۳۱
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح.....	۳۳
۲-۳-۱) روش کار.....	۳۳
گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه.....	۳۴
گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی.....	۳۷
گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی.....	۴۱
گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی.....	۴۲
۲-۳-۲) چارچوب طرح.....	۴۲
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان.....	۴۴

۳-۱	شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان	۴۵
۳-۲	نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا	۴۹
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی		
۴-۱	روش اجرا	۵۱
۴-۱-۱	ابلاغ ساختار بیمارستان	۵۱
۴-۱-۲	تنظیم ابلاغ برای افراد متناسب با ساختار باز طراحی شده	۵۱
۴-۱-۳	برگزاری جلسات توجیهی حین اجرا	۵۱
۴-۱-۴	استقرار نظامات هماهنگی	۵۴
۴-۱-۵	اجرای ساختار تشکیلاتی به صورت پایلوت، بررسی نتایج پایلوت اولیه و سازماندهی و ثابت سازی ساختار باز طراحی شده	۶۳
۴-۲	چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه	۶۳
۴-۳	روش های بازخورد به ذینفعان	۶۵
۴-۴	ویژگی ها، مزایا و یافته های حاصل از تحلیل ساختار	۶۵
۴-۴-۱	ویژگی های سازماندهی مجدد بیمارستان	۶۵
۴-۴-۲	مزایای سازماندهی مجدد بیمارستان	۶۷
۴-۴-۳	تحلیل ساختار بیمارستان بر اساس پرسشنامه ساختار سازمانی رایینز	۶۷
منابع		۷۱

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

دنیای امروز دنیای تغییرات سریع بوده و بخش بهداشت و درمان نیز مانند سایر بخش‌های اقتصادی-اجتماعی فعال در کشورها به دنبال ایجاد توان سازگاری با این تغییرات لحظه‌ای است. بیمارستان‌ها که دربرگیرنده بخش مهمی از خدمات بخش بهداشت و درمان و سهم بزرگی از منابع مصروفه در این بخش هستند، برای همسو شدن با تغییرات در اغلب کشورها مورد توجه ویژه قرار گرفته‌اند (۱، ۲). آنچه که بین کشورهای مختلف در راستای تغییرات پیش‌بینی شده یا احتمالی آینده مشترک است، ادعان به این مطلب است که بیمارستان‌ها نیاز به بازبینی و طراحی مجدد دارند (۳).

از جمله تغییراتی که در سال‌های اخیر لزوم بازبینی و طراحی مجدد بیمارستان‌ها را مطرح کرده است، می‌توان به تغییر الگوی بیماری‌ها، تغییر سطح انتظارات بیماران از سیستم سلامت، پیشرفت تکنولوژی بهداشتی و درمانی، تغییر نقش بیمارستان از مراکز صرفاً درمانی به مراکز توسعه سلامت در جامعه با اثرگذاری بر سایر بخش‌ها اشاره کرد (۴-۶). در سال‌های اخیر همچنین، انتظارات و توقعات بیماران در مورد افزایش کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده به سمت تغییر نقش بیمارستان‌ها از ارائه‌دهنده خدمات درمانی به افزایش‌دهنده خدمات رفاه اجتماعی با لحاظ موضوعات کارایی سازمانی تغییر یافته است (۷)(۸). برای شروع می‌بایست شناخت کافی نسبت به ابعاد سازمان بیمارستان ایجاد گردد. این ابعاد ویژگی‌های ساختار سازمانی بیمارستان را نشان می‌دهد (۹، ۱۰).

ساختار سازمانی سه وظیفه اساسی به عهده دارد: به تولید ستاده سازمانی برای نیل به اهداف سازمان کمک می‌کند، تأثیر تنوعات فردی را بر روی سازمان حداقل می‌کند و عرصه‌ای است که تصمیمات به صورت سازمانی و سیستمی اخذ می‌گردد و قدرت اعمال می‌شود (۱۱). برای تحلیل بیشتر سازمان می‌بایست سایر ابعاد ساختار بیمارستان شامل پیچیدگی، رسمیت و تمرکز (۱۲) و عواملی که بر ساختار سازمانی و ابعاد آن تأثیر می‌گذارند مانند استراتژی، اندازه، محیط و تکنولوژی مورد بررسی قرار گیرد (۱۳).

ساختار سازمانی نامطلوب بیشتر بیمارستان‌ها می‌تواند تا حدودی ناشی از عدم وجود یک ساختار سازمانی استاندارد و یکسان برای همه بیمارستان‌ها و همچنین تغییرات بعضاً بر اساس نظرات شخصی و نه کارشناسانه و علمی، در ساختارهای سازمانی استاندارد باشد. ساختار سازمانی از آن جهت حایز اهمیت است که ابزاری است در دست مدیر سازمان که بوسیله آن می‌تواند کل سازمان را به صورت یک مجموعه واحد در جهت تحقق اهداف سازمان هدایت نماید (۱۴).

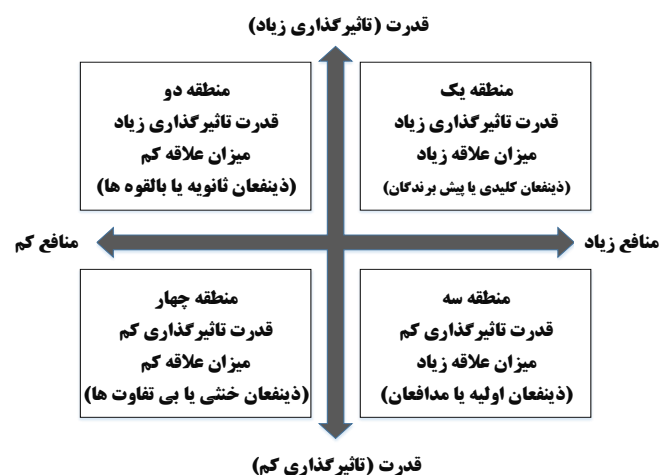
^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه‌های تغییر محور می‌باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می‌شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می‌خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط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

علاوه بر این، برخورداری از ساختار مناسب موجب رضایت کاری بیشتر کارکنان نیز می‌گردد. یافته‌های مطالعه دیگری در این زمینه نشان داد تغییر و بهبود ساختار بخش اورژانس یک بیمارستان باعث افزایش رضایت شغلی کادر بالینی می‌شود. برقراری ارتباطاتی اثربخش در محیط‌های بهداشتی_درمانی، به ویژه بیمارستان‌ها که با حیات انسان‌ها سر و کار دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۵). با توجه به شرایط ویژه کاری در بیمارستان و فعالیت‌های تخصصی در بخش‌های مختلف، استاندارد سازی وظایف و وجود دستورالعمل‌های مدون جهت فعالیت‌ها، امری منطقی و ضروری بوده و می‌تواند به ارتقای کارایی کمک کند (۱۶).

در این راستا مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های آموزشی کشور ضمن درک این نیاز، اقدام به اصلاح ساختار و نمودار سازمانی نموده است. لذا با توجه به اهمیت تحلیل وظایف و تقسیم کار، تعیین سلسله مراتب اداری و اختیارات و برقراری ساز و کار هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی در محیط بیمارستان، پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار در دستور کار مدیریت مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) شهر مشهد قرار گرفت.

۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می‌گیرد. 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 می‌دهد. شکل زیر الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می‌دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل فوق دیده می‌شود دینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا دینفعان کلیدی نامگذاری شده‌اند (۱۷). 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^۲ که شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به فرآیند ارزشیابی فراگیران 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، اولویت بندی و شناخت دینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی دینفعان

اولین گام جهت سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان، شناسایی 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 (۱۸). اسامی دینفعان مرتبط با پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول ۲ ارائه شده است.

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی دینفعان

اولویت بندی دینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر دینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت دینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می‌باشد. سرچشمه منافع دینفعان در پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان نشات گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

^۲ key informants

جدول ۱: ریشه های 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 می شود.
	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 می گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. 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 و 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 سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان ناشی از اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی می باشد. حیطه منافع معاون توسعه مدیریت و منابع مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت، منافع اقتصادی و توسعه فرصت ها می باشد. منشاء منافع در این معاونت به موضوعاتی از قبیل پیش بینی و تدوین برنامه ها و اقدامات لازم در حوزه مدیریت ساماندهی منابع مالی، مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی، امور قراردادها و مددکاری، ارزیابی عملکرد حوزه های مختلف تحت پوشش و مقایسه آن با هدف های از پیش تعیین شده و اصلاح احتمالی عملکردها با توجه به اهداف کلی بیمارستان، نظارت و کنترل بر تهیه و تدوین، اجرا و پایش بودجه های سالانه واحدهای تابعه نظارت و همچنین کنترل وضعیت واحدهای تحت پوشش از نظر تجهیزاتی، نیروی انسانی، عمرانی و ... اشاره دارد. حیطه منافع مدیر خدمات پرستاری مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و توسعه فرصت ها و حیطه قدرت وی زمان و کیفیت می باشد.

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 (۱۹). 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 (۲۰). 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 سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
معاون درمان وزارت بهداشت	تصویب، زمان و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت، حفظ شرایط موجود و حق قانونی	۸	۳
معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت	تصویب	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت و حفظ شرایط موجود	۸	۳
رئیس دانشگاه	تصویب و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت دانشگاه، حق قانونی، حفظ شرایط موجود و منافع اقتصادی	۹	۷
معاون درمان دانشگاه	تصویب و کیفیت	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت دانشگاه و حفظ شرایط موجود	۸	۴
معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	تصویب و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت دانشگاه، حفظ شرایط موجود و منافع اقتصادی	۸	۸
مدیر تحول اداری دانشگاه	زمان و کیفیت	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۷	۶
رئیس دبیرخانه هیات امنا	تصویب	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۸	۴
هیات امنا دانشگاه	تصویب	توسعه فرصت ها و حفظ شرایط موجود	۶	۴
رئیس بیمارستان	تصویب، زمان و هزینه	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی و توسعه فرصت ها	۹	۹
معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	هزینه و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، منافع اقتصادی و توسعه	۸	۸

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
		فرصت‌ها		
معاون آموزش و سلامت بیمارستان	کیفیت و زمان	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و توسعه فرصت‌ها	۷	۶
حراست بیمارستان	زمان	حق قانونی و حفظ شرایط موجود	۳	۴
مدیر خدمات پرستاری	زمان و کیفیت	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و توسعه فرصت‌ها	۷	۷
روسای بخش‌ها	زمان و کیفیت	توسعه فرصت‌ها و حفظ شرایط موجود	۲	۳
رئیس امور مالی	هزینه	منافع اقتصادی	۳	۴
رئیس بهبود کیفیت	کیفیت	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	۴	۷
مسئولین واحدهای اداری	زمان	منافع اقتصادی و حفظ شرایط موجود	۲	۳
سوپروایزرها	زمان و کیفیت	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود	۲	۳

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از ذینفعان شناسایی شده می‌بایست در قسمت بعدی ذینفعان 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 (۲۱) که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



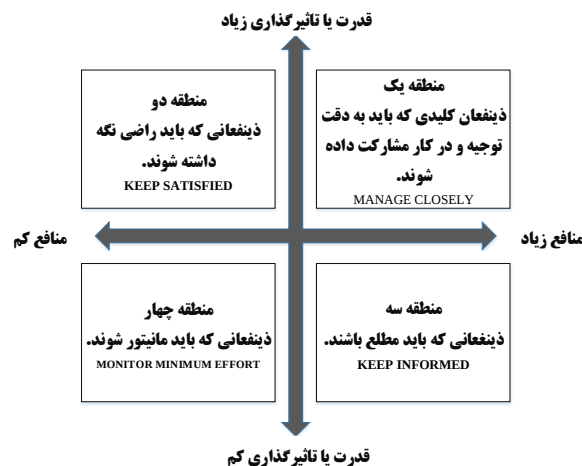
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

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 گیری ها، برنامه ریزی ها 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 رئیس دانشگاه، معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، مدیر تحول اداری دانشگاه، رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، رئیس بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار 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 ۳ 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 یا 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 سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان

ویژگی های اساسی سطح	نام سطح ^۳	سطح پذیرش	ذینفع کلیدی	پذیرش کامل و آگاهانه		
				پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش کامل و آگاهانه
	اعتقاد یا باور	دوم	رئیس دانشگاه	ندارد	دارد	ندارد
	اعتقاد یا باور	دوم	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	ندارد	دارد	ندارد
	اعتماد (ایمان)	سوم	مدیر تحول اداری دانشگاه	دارد	دارد	ندارد
	اعتقاد یا باور	دوم	رئیس بیمارستان	ندارد	دارد	ندارد
	اعتماد (ایمان)	سوم	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	دارد	دارد	ندارد
	اعتماد (ایمان)	سوم	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	دارد	دارد	ندارد
	اعتماد (ایمان)	سوم	مدیر خدمات پرستاری	دارد	دارد	ندارد

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

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان

ارائه شده است.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	رئیس بیمارستان	مدیر تحول اداری دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	رئیس دانشگاه	تکنیک	رویکرد
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
							آموزش ذینفع	
✓	✓	✓	✓				مکاتبات با ذینفعان	
							گزارش کارهای انجام شده	
							گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	
							اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها	

^۳ 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.

مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	رئیس بیمارستان	مدیر تحول اداری دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	رئیس دانشگاه	تکنیک	رویکرد
							سخنرانی	
							ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	
							تبلیغات رسانه‌ای	
							نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای	مشاوره بنیادی
							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	
							میزگردهای مشورتی	عمیق، دیالوگ، گفتگو
							جلسات سیاستگذاری	
							درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
							انجام پروژه به عنوان یک سرمایه‌گذاری مشترک	
		✓	✓				انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	شرکت‌ها و منافع کاری
		✓	✓				انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	
							انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع	

از مهم‌ترین ذینفعان کلیدی در اجرای پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان، رئیس بیمارستان می‌باشد که در ادامه نمونه‌ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می‌گردد:

مدیر تغییر: من فکر می‌کنم که در حال حاضر ما در بیمارستان ساختاری به شکل بوروکراسی عمودی داریم. از طرفی اعطای درجات مختلف خودگرانی به بیمارستان‌های دولتی را می‌توان بر روی یک طیف اصلاحات سازمانی در نظر گرفت و شعار بیمارستان‌های خودگردان همواره در ذهن من است " اجازه بدهید مدیران مدیریت کنند". در حال حاضر ما می‌توانیم مسایل استراتژیک را برای خود تعریف نماییم. باز طراحی ساختار سازمانی موضوع بسیار مهمی در بیمارستان به عنوان یک سازمان

پیچیده و بوروکراتیک است. ما این پتانسیل را داریم که از وضعیت کنونی استفاده کنیم و گامی در جهت تغییر و تحول، در راستای ارائه خدمات مطلوب و بهبود بهره‌وری فرآیندها برداریم.

رئیس بیمارستان: مسائل ساختاری جزء مسائل کلان در هر سازمان هستند. فشار برای بهبود بهره‌وری و کارایی بیشتر، بهبود مستمر و نیاز به تغییر در عصر حاضر از جمله موضوعاتی هستند که به سادگی نمی‌توان از آن‌ها چشم پوشید. اما واقعیت این است که موضوع باز طراحی ساختار هم موضوع ساده‌ای نیست و قبل از تغییر آن باید برای سولاتی از جمله: آیا ساختار بیمارستان بهینه است؟ آیا ساختار بیمارستان ارائه کارای خدمات سلامت را تضمین می‌کند؟ آیا باید بخش‌های بیمارستانی را به گروه‌های همگن تقسیم کرد؟ میزان اثرگذاری تغییرات مورد نظر در تداخل شرح وظایف نیروی انسانی به چه صورت می‌باشد؟ و بتوان پاسخ مناسبی پیدا کرد.

مدیر تغییر: آقای دکتر شما درست می‌فرمایید، اما در بیمارستان ما، برای مثال مدیریت نیروی انسانی به عنوان یکی از ارکان مهم سازمان آن طور که باید نقش خود را پیدا نکرده است. ما می‌توانیم برای حفظ انسجام فعالیت ها، استفاده بیشتر و کارا تر از منابع بیمارستانی و ایجاد وحدت فرماندهی در سطح بیمارستان بیشتر بر روی تفکیک حوزه‌های عملیاتی کار کنیم.

رئیس بیمارستان: عقیده من این است که سازماندهی مجدد و اصلاح ساختار بیمارستان در قالب دستور کار یک کمیته مشورتی قرار گیرد تا بررسی همه‌جانبه در این خصوص صورت پذیرد. هرچند ممکن است با ادغام مدیریت‌های پیشنهادی مکانیسم نظارتی پیش بینی شده در ساختار سابق بر امور اجرایی مخدوش گردد و ما در مسیر اجرا با چالش‌هایی از این قبیل مواجه باشیم.

مدیر تغییر: به نکته بسیار مهمی اشاره کردید ما باید دینفعان را در این فرآیند دخیل سازیم تا با حداقل مقاومت از جانب ایشان روبرو شده و به نوعی مشروعیت بخشی به تغییر جدید صورت پذیرد و از همه مهم‌تر از نظرات و انتقادات آن‌ها در جهت کمک به ایجاد ساختار مناسب بهره‌مند شویم. امید است که این مهم به بهترین شکل مطلوب صورت گیرد و واحدهای غیر ضرور و بوروکراسی‌های زائد اداری از ساختار تشکیلاتی بیمارستان حذف گردد و در واحدهای عملیاتی بتوانیم شاهد عملکرد بهتری باشیم.

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

به صورت کلی در ارتباط با فرآیند حمایت طلبی اولیه 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 مرادوات بین ایشان با ذینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مرادواتی 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 ای 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 مرادوه ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست 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/ ذینفعان کلیدی می باشند. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجیه 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 یا معاون توسعه مدیریت و منابع 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
 - مفهوم و تعریف ساختار سازمانی
 - ابعاد ساختار سازمانی
 - سازوکارهای هماهنگی
 - سازمان رسمی
 - نمودار سازمانی
 - بیمارستان‌های هیأت امنایی
- مرور متون
 - مرور تجربیات و شواهد داخلی
 - مرور تجربیات و شواهد خارجی
- 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

۱-۲) مبانی نظری

۱-۱-۲) مفهوم و تعریف ساختار سازمانی

امروزه سازمان‌ها برای استمرار و استقرار خود باید توجه بیشتر خود را به توسعه و تقویت ساختار سازمانی خود که از طریق مدیریت عملکرد صورت می‌گیرد، معطوف سازند. ساختار سازمانی چهارچوبی از روابط حاکم بر مشاغل، سیستم‌ها و فرآیندهای عملیاتی، افراد و گروه‌هایی است که برای دستیابی به اهداف سازمان تلاش می‌کنند. در حقیقت این ساختار تبیین کننده الگوهای روابط درونی سازمان، اختیار و ارتباطات می‌باشد که روابط گزارش‌دهی، کانال‌های ارتباط رسمی، تعیین مسئولیت و تفویض اختیار تصمیم‌گیری را روشن می‌سازد (۲۲).

ساختار ترکیبی از روابط بین عناصر سازمانی است که فلسفه وجود فعالیت سازمانی را تشکیل می‌دهد. بر مبنای ساختار سازمانی فعالیت‌های سازمان تقسیم‌بندی، سازماندهی و هماهنگ می‌شوند. سازمان‌ها ساختارهایی را برای هماهنگی فعالیت‌های عوامل کاری و کنترل عملکرد اعضا ایجاد می‌نمایند. ساختار سازمانی در نمودار سازمانی نمایش داده شده می‌شود (۲۳). بر اساس نظر مینتزبرگ^۴ (۱۹۷۲) ساختار سازمانی چارچوبی از روابط در مورد مشاغل، سیستم‌ها، فرایند عملیاتی، افراد و گروه‌هایی است که برای دستیابی به اهداف مشخص تلاش می‌کنند. ساختار سازمانی مجموعه روش‌هایی است که وظیفه را به وظایف تعیین شده تقسیم کرده و آن‌ها را هماهنگ می‌کند.

هلد و آنتونی^۵ (۱۹۹۱): ساختار یک مکانیسم هماهنگی نیست و بر تمام فرایندهای سازمانی تأثیر می‌گذارد. ساختار سازمانی به مدل‌های روابط داخلی سازمان، قدرت و روابط و گزارش‌دهی اشاره می‌کند. ساختار باعث می‌شود مجاری ارتباط رسمی، مسئولیت و تصمیم‌گیری واضح شود. آمولد و فلدمن (۱۹۸۶) کمک به جریان اطلاعات را یکی از امکانات ارائه شده توسط ساختار برای سازمان تعریف می‌کند. ساختار سازمانی باید تصمیم‌گیری، واکنش مناسب به محیط و حل تعارض بین واحدها را تسهیل کند (۲۳).

^۴ Minterzberg

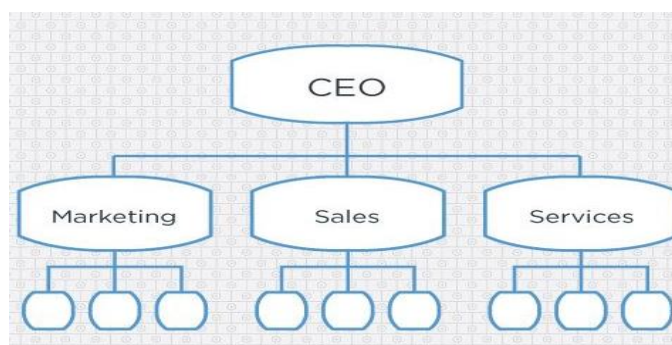
^۵ Hold and Antony

برخی از مهمترین انواع ساختار سازمانی را می توان به صورت زیر برشمرد:

۱. ساختار سازمانی وظیفه‌ای (Functional organizational structure)
۲. ساختار بخش بندی مبتنی بر محصول (Product-Based Divisional Structure)
۳. ساختار بخش بندی مبتنی بر بازار (Market-Based Divisional Structure)
۴. ساختار بخش بندی جغرافیایی (Geographical Divisional Structure)
۵. ساختار مبتنی بر فرآیند (Process-Based Structure)
۶. ساختار ماتریسی (Matrix Structure)
۷. ساختار مدور (Circular Structure)
۸. ساختار مسطح (Flat Structure)
۹. ساختار شبکه ای (Network Structure)

۱. ساختار سازمانی وظیفه‌ای

یکی از متداول ترین انواع ساختارهای سازمانی، ساختار وظیفه‌ای سازمان است که براساس کارکردهای شغلی مشترک، بخش ها را تقسیم بندی می کند. به عنوان مثال، یک سازمان با ساختار سازمانی کارآمد، همه بازاریاب ها را در یک بخش، کلیه فروشندگان را در بخشی جداگانه و کلیه افراد پشتیبان مشتری را در یک بخش سوم گروه بندی می کند. ساختار وظیفه‌ای تخصص بالایی را برای کارمندان امکان پذیر می نماید و در صورت رشد سازمان می تواند به راحتی مقیاس پذیر باشد. قراردادن کارکنان با مهارت های مشابه در یک بخش به آن ها این اجازه را می دهد تا به عمق حوزه خود بپردازند و بدانند که در چه شرایطی عملکرد بهتری دارند.

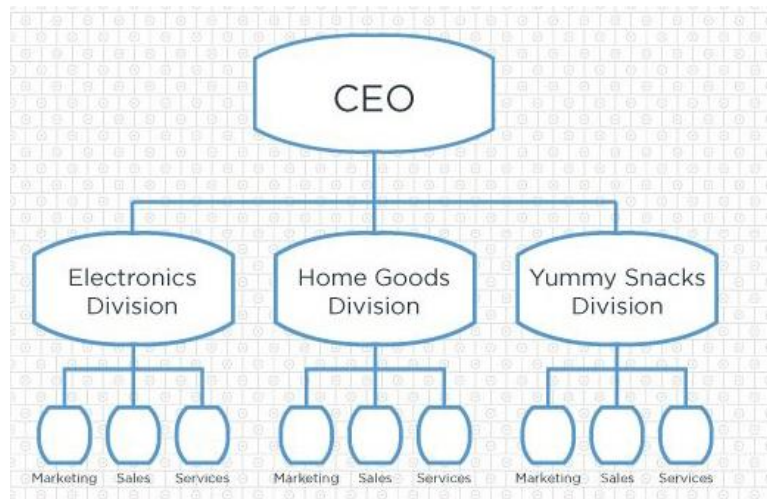


شکل ۴: نمونه ای از ساختار سازمانی وظیفه‌ای

از معایب ساختار وظیفه‌ای، امکان ایجاد اختلال بین عملکردهای مختلف است. به نحوی که در صورت داشتن محصولات مختلف و یا بازارهای هدف مختلف، می‌تواند ناکارآمد عمل کند. همچنین موانع ایجاد شده بین ادارات می‌توانند دانش و ارتباط مردم با سایر بخش‌ها، به ویژه مواردی که برای موفقیت به سایر بخش‌ها وابسته است را محدود کند.

۲. ساختار سازمانی مبتنی بر محصول

ساختار سازمانی تقسیم شده بر اساس محصول از ساختارهای عملکردی چندگانه و کوچکتر تشکیل شده است یعنی هر بخش می‌تواند به عنوان مثال تیم بازاریابی خاص خود، تیم فروش خود را داشته باشد. در این حالت، هر بخش سازمان به یک محصول خاص اختصاص دارد.



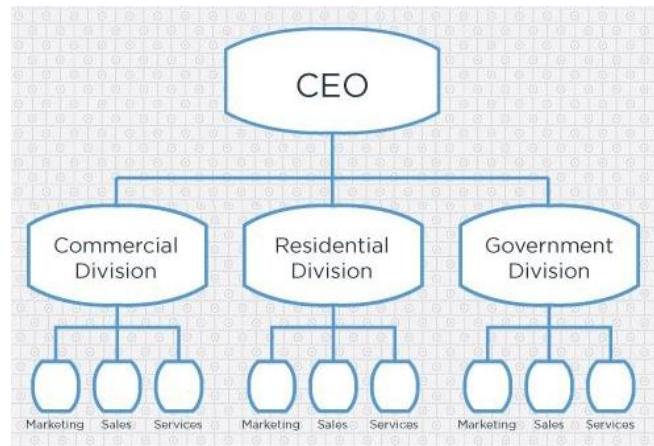
شکل ۵: نمونه ای از ساختار سازمانی مبتنی بر محصول

این نوع ساختار برای سازمان های چندمحصولی ایده آل است و می‌تواند به کوتاه شدن چرخه توسعه محصول کمک کند. همچنین این امر به مشاغل کوچک اجازه می‌دهد تا با عرضه‌های جدید سریع وارد بازار شوند. پیاده سازی این ساختار می‌تواند مشکلاتی به همراه داشته باشد و همچنین ممکن است سازمان با کمبود منابع مشابه مواجهه شود زیرا بخش‌های مختلف برای ارائه پیشنهادات جدید تلاش می‌کنند.

۳. ساختار سازمانی مبتنی بر بازار

ساختار سازمانی مبتنی بر بازار یکی دیگر از انواع ساختار سازمانی است که در آن تقسیمات یک سازمان حول بازار،

صنایع و یا انواع مشتری صورت می‌گیرد.

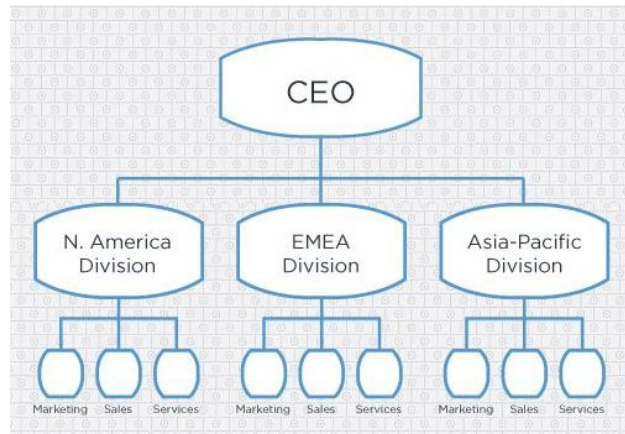


شکل ۶: ساختار سازمانی مبتنی بر بازار

ساختار سازمانی مبتنی بر بازار برای سازمان‌هایی که دارای محصولات یا خدمات بی نظیر برای بخش‌های خاص بازار باشند، مناسب است و در صورت داشتن دانش پیشرفته در مورد آن بخش‌ها، موثر خواهد بود. این ساختار سازمانی همچنین مخاطبان تجارت خود را دائماً از تغییرات تقاضا در بین بخش‌های مختلف آگاه می‌سازد. استقلال بیش از حد هر تیم مستقر در بازار می‌تواند منجر به ناسازگاری سیستم شود. به همین دلیل، بخش‌ها ممکن است فعالیت‌هایی را انجام دهند که بخش‌های دیگر قبلاً آن‌ها را انجام داده‌اند.

۴. ساختار سازمانی جغرافیایی

ساختار سازمانی جغرافیایی تقسیمات خود را براساس جغرافیا انجام می‌دهند، که این بخش بندی بطور خاص شامل سرزمین‌ها، مناطق و مرزبندی آن‌ها می‌شود.

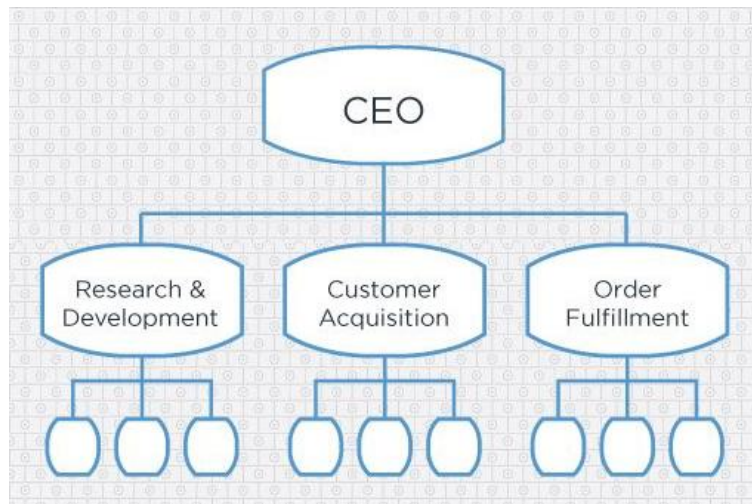


شکل ۷: نمونه ای از ساختار سازمانی جغرافیایی

این نوع ساختار برای سازمان‌هایی که باید در نزدیکی منابع تامین کننده و یا مشتری باشند (بعنوان مثال برای تحویل ها یا پشتیبانی در محل) مناسب تر هستند. همچنین انواع بسیاری از تخصص‌های تجاری را در خود جای می‌دهد و به هر بخش جغرافیایی اجازه می‌دهد تا از نقطه نظرهای متنوع‌تری برای تصمیم‌گیری استفاده نماید. غیر متمرکز شدن بخش‌ها موجب سهل شدن تصمیم‌گیری می‌شود، اما باید توجه داشت که تقسیمات جغرافیایی اغلب موجب استقلال زیاد بخش‌ها می‌شود و به دلیل وجود بخش‌های بازاریابی متعدد (برای هر منطقه یک دپارتمان بازاریابی)، در واقع ریسک ایجاد کمپین‌های رقابتی علیه بخش‌های دیگر افزایش می‌یابد.

۵. ساختار سازمانی مبتنی بر فرآیند

ساختارهای سازمانی مبتنی بر فرآیند، باتوجه به فرآیند های مختلف مانند "تحقیق و توسعه"، "جذب مشتری"، "تکمیل سفارش" و غیره طراحی می‌شوند. برخلاف یک ساختار کاملاً کاربردی، یک ساختار مبتنی بر فرآیند نه تنها فعالیت‌هایی را که کارمندان انجام می‌دهند، بلکه نحوه تعامل این فعالیت‌های مختلف را با یکدیگر در نظر می‌گیرد. برای درک کامل نمودار زیر باید از چپ به راست به آن نگاه کنید.

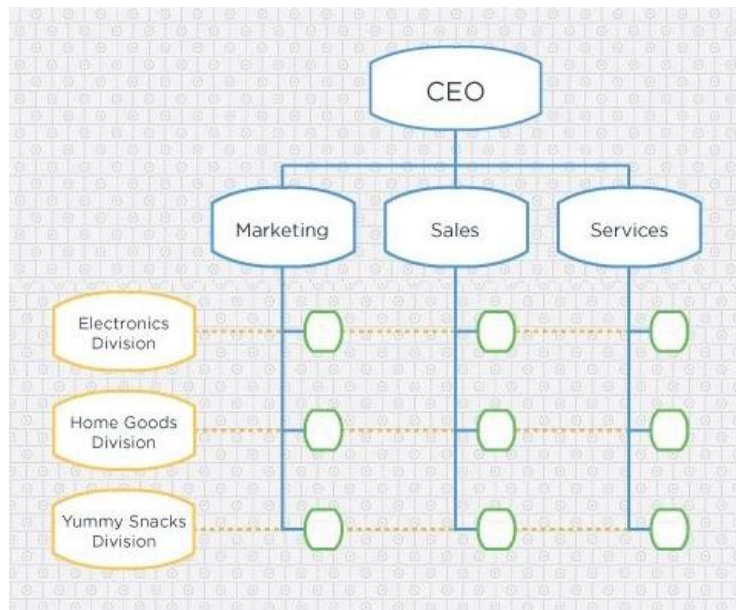


شکل ۸: نمونه ای از ساختار سازمانی مبتنی بر فرآیند

روند خرید مشتری تا زمانیکه تولید کامل محصول صورت نگرفته است، نباید آغاز شود و تا زمانیکه مشتریان به دست نیایند و برگه سفارشات محصول کامل نشود، روند اجرای سفارشات نمی تواند شروع شود. ساختار سازمانی مبتنی بر فرآیند برای بهبود سرعت و کارایی یک تجارت ایده آل است و برای کسانی که در صنایع با سرعت در حال تغییر هستند مناسب است، زیرا به راحتی سازگار است. مشابه ساختارهای دیگر موجود در این لیست، ساختار مبتنی بر فرآیند می تواند موانعی را بین گروه های مختلف فرآیند ایجاد کند. این امر منجر به ایجاد مشکل در برقراری ارتباط و واگذاری کار به تیم ها و کارمندان دیگر می شود.

۶. ساختار سازمانی ماتریسی

برخلاف ساختارهایی که تاکنون مورد بررسی قرار داده ایم، یک ساختار سازمانی ماتریسی از مدل سنتی و سلسله مراتبی پیروی نمی کند. در عوض، کلیه کارمندان (که در صندوق های سبز نشان داده شده اند) دارای روابط گزارش دوگانه هستند. بطور معمول، یک خط گزارش عملکردی (با رنگ آبی نشان داده شده است) و همچنین یک خط گزارش گیری مبتنی بر محصول (با رنگ زرد نشان شده است) وجود دارد. هنگامی که به نمودار ساختار ماتریسی نگاه می کنید، خطوط ممتد روابط قوی و مستقیم گزارش را نشان می دهند در حالیکه خطوط نقطه دار نشان دهنده روابط ثانویه هستند یا به همان اندازه قوی نیستند. در مثال زیر مشخص است که گزارش عملکردی بر گزارش مبتنی بر محصول ارجحیت دارد.

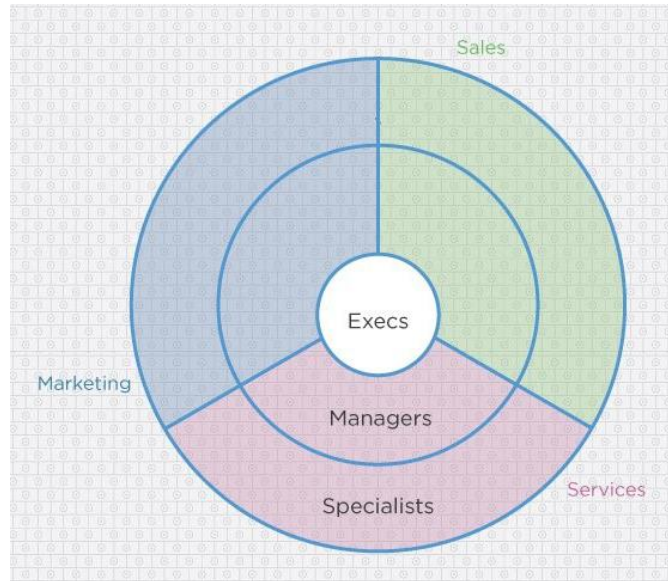


شکل ۹: نمونه ای از ساختار سازمانی ماتریسی

جذابیت اصلی ساختار ماتریسی این است که میتواند انعطاف پذیری و تصمیم گیری متعادل تری را فراهم کند (به دلیل وجود دو زنجیره فرمان). داشتن یک پروژه واحد تحت نظارت بیش از یک خط مشاغل، فرصتی را برای این خطوط ایجاد می کند تا منابع را به اشتراک گذارند و با یکدیگر به راحتی ارتباط برقرار کنند (کارهایی که در غیر این صورت ممکن است قادر به انجام منظم آن نباشند). پیچیدگی اصلی ترین ضعف ساختار سازمان ماتریسی است. هرچه لایه های بیشتری به وجود بیاید، سردرگمی بیشتری برای کارمندان بوجود می آید. این سردرگمی در نهایت می تواند باعث سرخوردگی کارکنان در مورد اینکه نهایتاً چه کسی وظیفه ی تصمیم گیری را برعهده دارد و چه کسی مسئول اشتباه در تصمیم گیری ها است، می شود.

۷. ساختار سازمانی مدور

اگرچه ممکن است ساختار سازمانی مدور تفاوت چشمگیر با سایر ساختارهای سازمانی برجسته در این بخش داشته باشد اما ساختار مدور هنوز به سلسله مراتب متکی است، درحالیکه کارمندان سطح بالاتر حلقه های داخلی دایره را تشکیل می-دهند و کارمندان سطح پایین نیز حلقه های بیرونی را تشکیل می دهند. گفته میشود رهبران یا مدیران یک سازمان مدور در راس امور دیده نمی شوند بلکه در مرکزیت سازمان قراردارند و دستورالعمل های خود را به سمت زنجیره فرمان ارسال می کنند و چشم انداز خود را به بیرون گسترش می دهند.

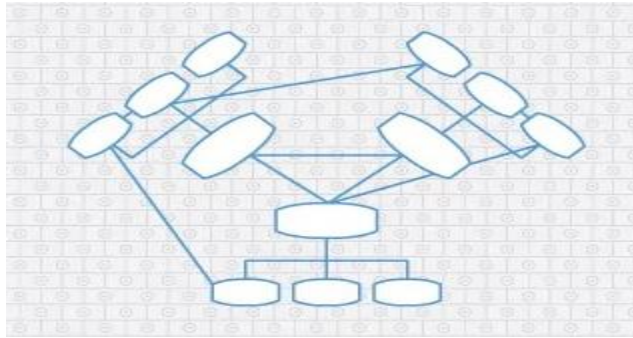


شکل ۱۰: نمونه ای از ساختار سازمانی مدور

از منظر ایدئولوژیک، یک ساختار دایره ای به منظور ارتقاء ارتباطات و گردش اطلاعات بین بخش های مختلف سازمان به کار می رود. در حالیکه یک ساختار سنتی بخش ها یا تقسیمات مختلف را مستقل یا نیمه مستقل می داند در صورتی که در ساختار دایره ای تمام تقسیمات را بخشی از کل می داند. از دیدگاه عملی، ساختار دایره ای میتواند گیج کننده باشد، به خصوص برای کارمندان جدید. بر خلاف ساختار سنتی از بالا به پایین، یک ساختار دایره ای می تواند کارمندان را دچار سردرگمی کند که ندانند به چه کسانی باید گزارش دهند و چگونه قرار است در سازمان جای گیرند.

۸. ساختار سازمانی مسطح

اگرچه یک ساختار سازمانی سنتی ممکن است بیشتر شبیه به یک هرم با ردیف های مختلف سرپرستان، مدیران و مدیران میانی باشد، ساختار مسطح سطح مدیریت را محدود می کند بنابراین همه کارکنان تنها چند قدم از رهبران فاصله دارند. همچنین ممکن است همیشه شکل خاصی برای آن ایجاد نکند.



شکل ۱۱: نمونه ای از ساختار سازمانی مسطح

یکی از دقیق ترین ساختارها، ساختار سازمانی مسطح است. همچنین تصور می شود که کارمندان می توانند در محیطی که فشارهای مربوطه به سلسله مراتبی کمتر است، موثرتر عمل کنند. این ساختار این احساس را به کارمندان می دهد که همه افراد مساوی هستند حتی مدیران و همه مانند اعضای یک تیم مشغول به کار هستند. اگر زمانی در یک پروژه ای مشکلی ایجاد شود یا همه ی اعضای تیم به توافق نرسند، حل مسئله بدون تصمیم گیری های اجرایی از سوی یک رهبر یا مدیر، کار دشواری خواهد بود. از آنجا که طراحی این نوع ساختار سازمانی کار پیچیده ای است، در صورت نیاز به تصویب یا تصمیم اجرایی برای کاری، نمی توان تشخیص داد که کدام مدیر باید به کدام مدیر دیگر مراجعه کند. بنابراین اگر تصمیم دارید که یک سازمان مسطح داشته باشید، باید یک مسیری کاملاً مشخص داشته باشید که کارفرمایان بتوانند هنگام ورود به این سناریو ها مراجعه کنند.

۹. ساختار سازمانی شبکه ای

هنگامی که یک شرکت با شرکتی دیگر همکاری می کند یا اگر شرکت شما دارای مکان های مختلفی است، برای به اشتراک گذاری منابع در توابع مختلف، ساختار شبکه ای اغلب ایجاد می شود. این روش عالی برای نشان دادن کارمندان یا ذینفعان است که برون سپاری فرآیندهای خارج از سایت چگونه کار می کنند. به عنوان مثال، اگر یک کارمند برای یک پروژه وبلاگ نویسی به یک توسعه دهنده وب احتیاج داشته باشد و توسعه دهندگان وب این شرکت برون سپاری شوند، می تواند به این نوع نمودار نگاه کند و بداند با کدام دفتر یا کدام شخص می تواند تماس بگیرد. شکل نمودار میتواند بسته به تعداد شرکت ها یا مکان هایی که با آن ها کار می کنید متفاوت باشد، که اگر این نمودار ساده و واضح ترسیم نشود، موجب سردرگمی های زیادی خواهد شد. به همین سبب اگر برون سپاری می کنید یا چندین محل کار دارید، اطمینان حاصل نمایید که در نمودار محل قرارگیری هرنقش خاص و عملکرد های شغلی به خوبی نشان داده شده است، بنابراین هر شخصی میتواند به راحتی از فرآیند های اصلی شرکت شما آگاه شود.

۲-۱-۲) ابعاد ساختار سازمانی

رسمیت، تمرکز و پیچیدگی سه رکن ساختار سازمانی هستند.

رسمیت: رسمیت به درجه استاندارد بودن کارها در سازمان اشاره دارد. در سازمان رسمی، روابط سازمانی به‌طور مکتوب و دقیق و طبق نمودار سازمانی برای کارکنان، تشریح می‌شود و در صورت لزوم، تغییرات بعدی نیز به‌طور رسمی توسط مدیر، ابلاغ می‌گردد؛ ولی در سازمان غیر رسمی، روابط سازمانی به‌طور شفاهی برای کارکنان بیان می‌شود و در صورت لزوم، به‌طور طبیعی تغییر می‌یابند.

پیچیدگی: مقصود از پیچیدگی، تعداد کارها یا سیستم‌های فرعی است که در درون یک سازمان انجام می‌شود یا وجود دارد. در بعد پیچیدگی، سازمان‌ها دارای تقسیم کار، عناوین شغلی، تقسیمات و واحدها، سطوح سلسله مراتبی، مهارت‌ها و فرهنگ سازمانی هستند و درجه پیچیدگی ساختار سازمانی به وسیله معیارهایی مانند تفکیک افقی (تعداد واحدهای فردی سازمان)، تفکیک عمودی (سطوح سلسله مراتبی)، پراکندگی جغرافیایی (پراکندگی فعالیت‌ها و پرسنل از نظر جغرافیایی) و محیط (میزان پیچیدگی محیط) قابل سنجش است.

تمرکز: تمرکز در سلسله مراتب اختیارات، به آن سطح از اختیارات گفته می‌شود، که قدرت تصمیم‌گیری دارد. هنگامی که تصمیم در رده‌های بالای سازمانی گرفته شود، آن سازمان را متمرکز می‌نامند. هنگامی که تصمیم‌گیری‌ها به سطوح پایین‌تر سازمان واگذار گردد، سازمان را غیر متمرکز می‌گویند.

۲-۱-۳) ساز و کارهای هماهنگی

با طراحی واحدهای سازمانی و تعیین اداره‌ها و بخش‌های داخلی، کارهای سازمان بین واحدهای اصلی تقسیم می‌شود و امکان استاندارد کردن کارها و تخصصی کردن فعالیت کارکنان فراهم می‌گردد؛ ولی موفقیت سازمان در تحقق اهدافش، مستلزم هماهنگ ساختن فعالیت‌های مذکور است. در واقع بدون هماهنگی، احتمال بروز تأخیر و اتلاف وقت در انجام فعالیت‌ها، پروژه‌ها و برنامه‌ها افزایش می‌یابد و ممکن است سازمان با عجز و ناکامی مواجه شود.

هماهنگی فراگردی است که طی آن، همه بخش‌های تشکیل دهنده یک کل برای کسب هدف مشترک ترکیب می‌شوند. هماهنگی با مجموعه‌ای از ساز و کارهای ساختاری و رفتاری تحقق می‌یابد که برای مرتبط ساختن اجزای سازمان با یکدیگر به کار می‌روند و نیل به اهداف سازمانی را تسهیل می‌کنند (۲۴). طبق نظر فایول هماهنگی وقتی ایجاد می‌شود که اولاً میان فعالیت‌ها و بخش‌های مختلف توافق و سازگاری ایجاد شود و ثانیاً سازمان دارای وحدت جهت و هدف باشد تا از این

طریق انجام دادن کارها سهولت پیدا نموده و شرایط موفقیت با حداقل هزینه تأمین گردد(۲۵). ایجاد هماهنگی ممکن است با هدف نیل به یکی از مقاصد ذیل صورت پذیرد:

- **بازداشتن:** پیش‌بینی مسائل و مشکلات آتی و ایجاد هماهنگی برای مقابله با آنها
- **اصلاح کردن:** تشخیص وضعیت غیر عادی و تعیین نقایص سیستم و ایجاد هماهنگی برای رفع آنها
- **تنظیم کردن:** شناسایی مختصات نظم موجود و ایجاد هماهنگی برای حفظ آنها
- **بهبود دادن:** بررسی عملیات خرده‌سیستم‌های موجود و ایجاد هماهنگی برای بهبود آنها

برخی از راهکارهایی که هماهنگی از طریق آنها می‌تواند ایجاد گردد به شرح ذیل می‌باشد:

- هماهنگی از طریق سلسله مراتب فرماندهی
- هماهنگی از طریق استاندارد کردن فعالیت های سازمانی
- هماهنگی از طریق واحدهای سازمانی هماهنگ‌کننده: الف: گروه‌های هماهنگ‌کننده موقت؛ ب: واحدها یا گروه‌های هماهنگ‌کننده ثابت
- هماهنگی از طریق خودهماهنگی(۲۶)
- استفاده از فناوری برای ایجاد هماهنگی (۲۷)

برای ایجاد هماهنگی معمولاً از چهار ساز و کار استفاده می‌شود:

۱. هماهنگی غیر رسمی برنامه ریزی نشده : در این روش، هماهنگی به صورت داوطلبانه، غیر رسمی و بدون

برنامه‌ریزی تفصیلی انجام می‌پذیرد؛ در موارد ذیل می‌توان از این روش هماهنگی استفاده کرد:

الف) هریک از کارکنان بر اهداف عملکرد خود و واحدش واقف باشد.

ب) هریک از کارکنان، تصویر روشنی از نیازهای خود (برای انجام وظیفه)، در نظر داشته باشد.

ج) هریک از کارکنان بتواند خود و عملکرد خود را با سازمان و اهداف سازمانی وفق دهد و سازمان به اندازه ای برای

کارکنان اهمیت بباید که آنان با اشتیاق به تحقق اهداف سازمانی علاقه نشان دهند.

د) گروه های کاری سازمان، خود را به سازمان وابسته بدانند؛ به گونه ای که به کار در آن افتخار کنند و پیوند افراد با سازمان تقویت شود.

۲. هماهنگی رسمی برنامه ریزی شده: اگر استفاده از هماهنگی داوطلبانه مقدور نباشد یا به دلیل بزرگی و پیچیدگی بیش از حد سازمان کارایی استفاده ارتباطات غیررسمی، در حد مطلوب نباشد، برای هماهنگی از روش برنامه ریزی شده و رسمی استفاده می شود و با به کارگیری رویه های عملیاتی استاندارد و مقررات مدون، اقدام به هماهنگی می گردد.

۳. هماهنگی به وسیله افراد: با توجه به تفاوت های فردی انسان ها، همواره امکان دارد که افراد مختلف از یک خط مشی واحد، برداشت های متفاوتی داشته باشند. درواقع هرکس تمایل دارد که خط مشی های موجود را با در نظر گرفتن منافع خود تفسیر کند. به همین دلیل هماهنگ ساختن برداشت های ذهنی افراد، کاری دشوار است؛ از این رو دو راهکار برای حل این مسئله ارائه می شود:

الف) استفاده از مسؤول مشترک

ب) ایجاد واحد هماهنگ کننده

۴. هماهنگی به وسیله گروه ها: ایجاد هماهنگی به وسیله گروه ها نیز امکان پذیر است و از طریق تشکیل گروه های کاری دائمی یا موقت و تشکیل جلسات گروهی نیز می توان امور مورد نظر را هماهنگ ساخت. البته ایجاد هماهنگی به وسیله گروه کار آسانی نیست؛ زیرا توجه به امکان جناح بندی اعضای گروه در مورد نحوه اولویت بندی اهداف سازمانی در مقایسه با اهداف فردی یا گروهی، احتمال دارد که نیل به توافق در گروه دشوار گردد.

از طریق هماهنگی نتایج زیر بدست می آید:

- هدف با حداقل هزینه تحقق پیدا می کند.
- تأثیرات اولیه و ثانویه امور مانند امور فنی و تجاری بررسی و نتایج آنها در نظر گرفته می شود.
- مخارج با منابع مالی در دسترس مطابقت پیدا می کند.
- تجهیزات با نیازها سازگار می شود.
- خرید مواد اولیه با مقدار مصرف تناسب پیدا می کند.
- مقدار تولید و فروش با یکدیگر تناسب می یابد.

- مؤسسه دارای اندازه‌های متناسب یعنی نه زیاد بزرگ و نه زیاد کوچک می‌گردد.
- ابزار و وسایل تولیدی در جای خود مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- متفرعات تابع اصول است و ابزار کار با هدف تناسب می‌یابد.

۴-۱-۲) سازمان رسمی

به طور کلی سازمان رسمی به معنای ساخت هدف دار نقش‌ها در یک مؤسسه است. به عبارت دیگر، سازمان رسمی شامل سلسله مراتب اداری است که در آن مقامات، مسئولیت‌ها، اختیارات و خطوط فرماندهی به وضوح استقرار یافته و تعریف شده‌اند. سازمان رسمی نظامی است که از مشاغل مشخص با نحوه‌ی ارتباطات، هماهنگی و تفویض اختیار معین تشکیل یافته است. سازمان رسمی آگاهانه برای هدف‌های از پیش تعیین شده به وجود می‌آید و به گونه‌ای طراحی می‌شود که افراد در درون سازمان بتوانند کوشش‌هایشان را برای رسیدن به هدف‌ها هماهنگ کنند.

سازمان رسمی باید قابلیت انعطاف داشته باشد و امکاناتی را برای بهره‌برداری از استعداد‌های خلاق و شناخت علایق و تمایلات فردی فراهم آورد. اما کوشش‌های فردی در یک گروه باید به سوی هدف‌های گروهی و سازمانی سوق داده شود.

۵-۱-۲) نمودار سازمانی

نمودار سازمانی، ترکیب رسمی سازمان را منعکس می‌کند و می‌تواند به عنوان یک وسیله با ارزش مورد استفاده قرار گیرد. نمودار سازمانی همچنین می‌تواند در نشان دادن اختیار و مسئولیت، فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی موثر واقع شود. به عبارت دیگر نمودار سازمانی یک مدل تصویری است که می‌تواند در تشریح و توصیف و یا تعیین روابط سازمانی ما را یاری دهد.

مزایای نمودار سازمانی این است که در تعیین روابط سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بدون نمودار ممکن است این طور تصور شود که سازمان فقط گروهی از فعالیت‌ها، قسمت‌ها یا واحدهاست. اما نمودار سازمانی که تصویری از ساختار سازمان را منعکس می‌کند، در واقع وسیله‌ای است که از طریق آن می‌توان به کل سازمان، اجزای آن و روابط بین آن‌ها پی برد.

نمودار سازمانی یک نمودار سلسله‌مراتبی از جایگاه‌ها و مشاغل موجود در سازمان و ارتباط میان آن‌هاست. این نمودار سلسله‌مراتب سازمان و جایگاه‌های شغلی موجود در سازمان را مشخص می‌کند، همچنین به صورت ساده ارتباط طولی و عرضی میان جایگاه‌های کاری و شغلی را مشخص می‌کند.

۶-۱-۲) بیمارستان‌های هیأت امنایی

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های عمومی نزدیک به ۸۰ درصد منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند، در حالی که فقط ۲۰ درصد خروجی‌های نظام سلامت را تولید می‌نمایند. مطالعات نشان داده‌اند تبدیل بیمارستان‌های دولتی به واحدهایی خودگردان، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود می‌بخشد و میزان پاسخگویی این بیمارستان‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین از طریق کاهش سازوکارهای کنترل مستقیم دولتی و همچنین انتقال تصمیم‌گیری‌های روزمره از سطح دولت به سطح مدیران بیمارستان‌ها دست‌یابی به این هدف امکان‌پذیر می‌شود.

بر اساس ماده ۴۴ قانون بودجه سال ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف بود از همان سال علاوه بر هشت بیمارستان هیأت امنایی موجود، پس از ارزیابی بیمارستان‌های آموزشی، به ازاء هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی حداقل یک بیمارستان آموزشی را که حائز حداکثر امتیاز است، به صورت هیأت امنایی اداره نماید. این موضوع در بند (د) ماده ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه نیز مورد تأکید قرار گرفت. اعمال این تغییرات ساختاری با هدف ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و در نهایت افزایش رضایت‌مندی آحاد جامعه برنامه‌ریزی گردید. انتظار می‌رفت این برنامه با به کارگیری استراتژی‌های مدیریت عملکرد کارکنان، بودجه‌ریزی عملیاتی، کاهش تصدی خدمات، مدیریت نگهداشت، استقرار نظام جامعه اطلاعات و ارتباطات بهداشتی و همچنین نظام جامعه مدیریت بیمارستان، الگویی نوین از مدیریت ارائه نماید.

۲-۲) مرور متون

۱-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد داخلی

نتایج مطالعه راهبر و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد سه مولفه ساختار سازمانی شامل رسمیت، عدم تمرکز و استراتژی-ها با استقرار مدیریت دانش در سازمان رابطه مثبت و معناداری دارند (۲۸).

دشتی (۱۳۹۹) با بررسی ساختار و تشکیلات بیمارستان‌ها در تمدن اسلامی (از نیمه‌ی قرن دوم تا نیمه‌ی قرن هشتم هجری قمری) به این نتیجه دست پیدا کرد که بیمارستان‌ها در تمدن اسلامی، ساختاری منظم و تشکیلاتی کارآمد داشته و دارای بخش‌های درمانی مختلفی بوده‌اند. همچنین ساختار و تشکیلات بیمارستان‌های اسلامی به مرور زمان تکامل یافته‌تر شده است (۲۹).

یوسفی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به تعیین ارتباط بین ساختار و استراتژی‌های سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شیراز پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان هر سه مولفه ساختار سازمانی شامل: رسمیت، پیچیدگی و تمرکز در بیمارستان‌های مورد بررسی در سطح بالایی قرار داشت. در چنین سازمان‌هایی مدیران ارشد و آنان که در راس سازمان هستند، حق تصمیم‌گیری دارند. همچنین بین استراتژی غالب و بعد پیچیدگی ساختار سازمانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ارتباط معنی دار و معکوسی وجود داشت (۲۲).

نتایج مطالعه شعبانی کیا و همکاران (۱۳۹۵) در ارزیابی محیط داخلی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر مبنای مدل وایزبورگ نشان داد محیط داخلی بیمارستان‌های مورد مطالعه در بعد ارتباطات در وضعیت ضعیف، در بعد ساختار سازمانی در وضعیت خنثی و در ابعاد هدف‌گذاری، هماهنگی، رهبری، پاداش، نگرش کارکنان به تغییر و کل در وضعیت قوت قرار دارد. بین ساختار سازمانی با نوع استخدام و بین هدف‌گذاری و هماهنگی با رسته شغلی رابطه معنادار آماری مشاهده شد. همچنین بین هماهنگی و مکانیسم پاداش با وضعیت تأهل نیز رابطه معنادار آماری مشاهده شد (۱۴).

نتایج تحقیق ابراهیم نیا و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که ادغام سیستم آموزش پزشکی با ستاد عالی در یک سازمان بهداشتی درمانی باعث تمرکز تصمیم‌گیری‌های ستادی شده و مدیریت متمرکز منابع انسانی نیز ایجاد شده است (۳۰).

براتی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود به بررسی چالش‌های مدیریت بیمارستان پرداختند. مشکلات ساختاری و دانشگاهی از جمله عدم تناسب اختیار و مسئولیت در بیمارستان به عنوان مهم‌ترین چالش پست مدیریت بیمارستان شناخته شد (۳۱).

تورانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود به بررسی ابعاد مهم ساختاری و محتوایی در ساختار سازمانی بیمارستان خاتم زاهدان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد ساختار موجود با رسمیت و پیچیدگی بالا به شکل مکانیکی می‌باشد. ساختار فعلی دارای عدم تمرکز بود و تاکنون نتوانسته ساختار موجود را به شکل ارگانیک تبدیل نماید (۳۲).

میرزایی (۱۳۹۴) در مطالعه خود بیان کرد که مشکلات ساختاری دانشگاه یکی از چالش‌های مدیریت بیمارستان می‌باشد (۳۳).

آیین پرست و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود اشاره کردند که یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های واحد توسعه تحقیقات بالینی نداشتن جایگاه مشخص ساختاری در سیستم است و به دلیل آنکه این دفاتر هنوز تشکیلات ندارند از طرف رئیس بیمارستان به رسمیت شناخته نمی‌شود، همچنین نقض قانون وحدت مدیریت، مشکلات واحد در جذب و نگهداشت نیروی انسانی و عدم تامین اعتبار مالی از مشکلات ساختاری در این واحد به شمار می‌آید (۳۴).

یافته‌های مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۲) ارتباط معنی داری را بین ساختار سازمانی با هوش سازمانی در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی اراک نشان داد. این ارتباط در بعد پیچیدگی با هوش سازمانی معنی دار نبود، اما در دو بعد دیگر ساختار سازمانی (درجه رسمیت و تمرکز گرایی) با هوش سازمانی ارتباط معنادار به دست آمد (۳۵).

صفارانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در بررسی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اساس مدل وایزبورد، سه بعد رهبری، هدف گذاری و ساختار سازمانی را بررسی کردند و وضعیت بیمارستان ها را در این حوزه ها ضعیف ارزیابی کردند (۳۶).

مجدزاده و همکاران (۱۳۹۰) در برشماری نکات مثبت ادغام، با اشاره به این نکته که توسعه نیروی انسانی منجر به پژوهش و تولید اسناد علمی شده است و با تاکید ارتباط بیشتر سیاست گذار و پژوهشگر که منجر به درک نیازهای جامعه و ارتباط علم و سلامت گشته، نیز به دستاوردهای پژوهشی حاصل از این تاکید نموده اند (۳۷). همچنین در تحقیق دیگری که نیز توسط مجد زاده و همکاران (۱۳۸۹) انجام شد، همکاری در تحقیق را منجر به ارتباط نزدیکتر پژوهشگر و سیاستگذار، انتخاب بهتر موضوع تا اجرا، ضمانت اجرایی نتایج مطالعه، دسترسی به اطلاعات، درگیری سیاستگذار در جریان مطالعه، پذیرش نظر خبرگان توسط سیاستگذار، افزایش رضایتمندی پژوهشگران، آشنایی بیشتر پژوهشگر با محیط اجرایی، اطلاع پیدا کردن سیاستگذار از عملکرد خود و تقویت مهارت پژوهشی سیاستگذار دانستند (۳۸).

خجسته و همکاران (۱۳۸۹) افزایش پذیرش دانشجویان را در نتیجه تغییر ساختار، نظام آموزشی و ارائه خدمات سلامت در ایران می دانند و معتقدند که همین تغییر ساختار باعث افزایش تعداد دانشگاه های علوم پزشکی، ایجاد عرصه های گسترده تر برای آموزش و توزیع مناسب آن ها در سراسر کشور و در نهایت جهش کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی شده است (۳۹).

مطالعه نجات و همکاران (۱۳۸۸) به ارتباط بیشتر پژوهشگران با نظام ارائه خدمات و ایجاد محیط تعاملی بین پژوهشگر و تصمیم گیرنده در نتیجه پیاده سازی ادغام اشاره دارد (۴۰).

عامری و محمدزاده (۱۳۸۷) در مطالعه خود بیان کردند که وجود رسمیت و پیچیدگی بالا در ساختار سازمان، مانع شکل گیری ایده های جدید می شود، در صورتی که انعطاف پذیری موجب ارائه شیوه های بهتر انجام کار، تنوع در انجام امور، تبادل ایده ها و تجربیات و در نتیجه خلق و انتقال دانش می شود. آنان همچنین نشان دادند تمرکز در اختیار تصمیم گیری مانع ارائه راه حل های خلاقانه می شود، در حالی که توزیع قدرت موجب خودجوشی، تجربه و آزادی بیان می شود که این موارد مایه حیات خلق دانش محسوب می شوند (۴۱).

وطن خواه و بهرامی (۱۳۸۴) در بررسی بیمارستان های آموزشی و درمانی شیراز، ۸۰ درصد از بیمارستان های مورد مطالعه را از نظر بعد ساختار سازمانی دارای ضعف گزارش نموده اند (۴۲).

عباسی مقدم و همکاران (۱۳۸۴) اذعان داشتند که پژوهش های میدانی و کاربردی در نتیجه اجرای ادغام آموزش پزشکی محقق شده است (۴۳).

یافته های پژوهش عرب و همکاران (۱۳۸۱) نشان می دهد که در حال حاضر ساختار سازمانی کلیه بیمارستان های عمومی- دولتی ایران کاملاً متمرکز بوده و تمرکز بیش از حد ساختار سازمانی سبب می گردد که تصمیم گیری ها و سیاستگذاری های مدیریتی عموماً در خارج از بیمارستان اتخاذ گردد و تا مرحله اجرا تسری یابد. در زمینه تعیین شیوه های مدیریتی از شیوه های مدیریتی ابداع شده توسط پروفیسور رنسیس لایکرت استفاده شده است و نتایج نشان می دهد که بیشترین استفاده از شیوه مدیریت استبدادی-خیرخواهانه با ۴۵/۴۷ درصد و کمترین استفاده از شیوه مدیریت مشارکتی با ۸۶/۵ درصد بوده است. از شیوه مدیریت مشورتی به میزان ۸۳/۲۹ درصد و از شیوه مدیریت استبدادی-استثمار به میزان ۸۲/۱۶ درصد استفاده شده است (۴۴).

مروندی (۱۳۸۰) نیز درگیر شدن و مشارکت اعضای هیات علمی در حل مشکلات سلامت جامعه و مدیریت دانشگاه را بیان داشته و معتقد بود همچنان ضروریست اصلاحات برای تغییر در برنامه های آموزشی و جامعه نگر شدن آن ها ادامه یابد (۴۵).

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

کی زو^۶ و همکاران (۲۰۱۹) در بررسی بیمارستان های چین به این نتیجه دست پیدا کردند که بیمارستان های دولتی آموزشی باید چارچوب و ساختار سازمانی و تصمیم گیری خود را بهبود بخشند به طوری که در اجرای عملکردها به بهترین نحو عمل نموده و به توسعه سازمانی مطلوب دست یابند (۴۶).

ایم^۷ و پارک^۸ (۲۰۱۸) در مطالعه خود به بررسی چگونگی تاثیر ساختار سازمانی بیمارستان ها بر الگوی تعارض در میان منابع انسانی و سپس ارائه راه حل برای رفع تعارض پرداختند. از عوامل ساختار سازمانی «تقسیم کار»، «شیوه تصمیم گیری»، «فرآیند نظرسنجی»، «تدوین مسئولیت ها و حقوق» و «مستندسازی وظایف» تاثیری منفی بر الگوهای تعارض دارند. بر

6 Yu Xie

7 Im

8 Park

اساس یافته‌های این مطالعه، برای کاهش درگیری های سازمانی، بیمارستان‌ها باید سازماندهی مجدد شوند تا ساختار ارگانیک‌تری داشته باشند و اقدامات متمایزی را برای حل تعارض انجام دهند(۴۷).

گیتل^۹ و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود اشاره کردند زمانی که هماهنگی درون سازمانی مطلوبی در بیمارستان‌ها برقرار باشد بر ابعاد عملکردی بیمارستان از جمله متوسط زمان اقامت بیمار تاثیر مثبتی داشته و باعث کوتاه تر شدن آن می-شود(۴۸).

بوئلن^{۱۰} (۱۹۹۹) فواید ادغام را پاسخگو نمودن آموزش پزشکی نسبت به نیازهای جامعه و ارائه نوآوری ها در طراحی و ارائه خدمات و پیش بینی تحولات آتی نظام ارائه خدمات دانسته است(۴۹).

هنن^{۱۱} (۱۹۹۷) معتقد است تنها اجرای کوریکولوم آموزش در عرصه و گذاشتن دانشجویان در جامعه برای پاسخگویی آموزش پزشکی به نیازهای جامعه کافی نبوده بلکه برای ایفای این نقش یک استراتژی جامع آموزشی که شامل ارائه خدمات درمانی و نیز انجام تحقیقات باشد لازم است(۵۰). مشارکت پنجمه سیاستگذاران، مجریان امور سلامت، متخصصین حوزه سلامت، موسسات آموزشی و دانشکده های پزشکی در پاسخگویی اجتماعی و دستیابی به اهداف آموزش و سلامت امری ضروری و اجتناب ناپذیر است(۵۱).

نتایج پژوهش ژنگ^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که سازمان‌ها با استراتژی تحلیل‌گر هم انعطاف‌پذیری و هم ثبات را جستجو می‌کنند. بخشی از این چنین سازمان‌هایی، سطوح استاندارد شده بالا داشته و برای کارایی بیشتر وظایف به صورت یکنواخت در آن‌ها انجام می‌گیرد(۵۲).

یافته‌های مطالعه ماتیس^{۱۳} (۲۰۰۷) نشان داد بهبود مهارت های ارتباطاتی در سازمان می‌تواند اثربخشی را افزایش داده و مانع از تحمیل هزینه های اضافی گردد(۵۳)

⁹ Gittle

¹⁰ Boelen

¹¹ Hennen

¹² Zheng

¹³ Mathis

۳-۲) روش کار و چارچوب طرح

۳-۲-۱) 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. این مرکز با زیر بنای ۱۸۷۲۰۰ متر مربع، ۱۸۳۸ تخت مصوب، حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل و ۲۰۰ نفر پزشک هیات علمی به عنوان یکی از بزرگترین مراکز درمانی و آموزشی فعالیت می نماید و سالانه تعداد ۶۲ دستیار فوق تخصصی، ۴۱۷ دستیار تخصصی و ۱۴۷ دانشجوی پزشکی و ۳۷۰ دانشجوی پیراپزشکی پذیرش دارد. ماهانه پذیرای حدود ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار نفر بیمار مراجعه کننده به اورژانس می باشد. این مجتمع علاوه بر درمان بیماران مراجعه کننده به عنوان یک پایگاه تحقیقات آموزش پزشکی و یک مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان و دانش پژوهان رشته های علوم پزشکی در دوره های تخصصی و فوق تخصصی فعالیت دارد. ویژگی های کلیدی مجتمع در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۵: ویژگی های کلیدی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع)

ویژگی های کلیدی مجتمع	
مساحت بیمارستان	۲۸۵۰۰ مترمربع
زیر بنا	۱۹۲۰۰۰ مترمربع
تخت های مصوب	۱۸۳۸ تخت
تخت های ستاره دار	۱۱۶ تخت
تخت های اورژانس	۱۰۹ تخت
تعداد بخش ها	۴۲ بخش
تعداد اتاق های عمل	۳۸ اتاق
تعداد تخت CCU	۴۷ تخت
تعداد تخت ICU	۱۳۰ تخت
تعداد ترخیص شدگان	۵۵۷۶۲ نفر در سال
تعداد پذیرش اورژانس	۲۱۷۰۰۰ نفر در سال
متوسط ضریب اشغال تخت	۸۰ درصد

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 اول شناسایی مساله: رئیس بیمارستان در سال ۱۳۹۳ از یک نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه تقاضا می- کند پروژه را تحت عنوان بررسی وضعیت بهره‌وری بیمارستان و راهکارهای بهبود آن را در بیمارستان امام رضا(ع) اجرا نماید. عضو هیئت علمی مربوطه در مراجعاتی که به بیمارستان داشته متوجه می شود بسیاری از مسئولین واحدهای عملیاتی و حتی پرسنل زیر مجموعه ایشان برای بسیاری از کارهای معمول که قاعدتا می‌بایست در سلسله مراتب مشخص و حتی با مسئول بلافصل خود حل و فصل نماید در سالن انتظار مدیر و رئیس بیمارستان مدت ها می نشینند تا موضوع مربوطه را با ایشان در میان بگذارند. موضوع توسط عضو هیئت علمی مربوطه مستند گردید و در اختیار مدیران ارشد بیمارستان قرار داده شد و ریشه آن را مربوط به مشکل در سازمان دهی بیمارستان عنوان کرد. بعد از آن موضوع سازماندهی مجدد بیمارستان به عنوان یک اولویت از سمت رئیس بیمارستان تعیین و مقرر شد ابتدا ابعاد و چالش های مرتبط با موضوع شناسایی و راهکارهای لازم برای آن تدوین و اجرایی گردد.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در دو جلسه بحث گروهی

متمرکز با حضور هفت نفر شامل رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت، مدیر پرستاری بیمارستان و مسئول دفتر بهبود کیفیت و دو نفر عضو هیات علمی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اقتصاد سلامت چالش های پیرامون مساله مورد بررسی قرار گرفت.

در جلسه اول از دو جلسه برگزار شده برای شناسایی ابعاد مساله ابتدا به مدت ۲۰ دقیقه موضوع به بحث گذاشته شد و از هر فرد درخواست شد تا چالش های مرتبط با ساختار و سازماندهی فعالیت ها در بیمارستان را روی یک کاغذ ثبت نماید. سپس در ادامه همان جلسه و جلسه دیگر از افراد درخواست شد موارد مد نظر خود را بگویند و موارد همزمان در یک فایل تایپ و در معرض دید سایرین قرار گرفت. در مرحله بعدی در یک نشست متخصصان شامل تیم مدیریتی بیمارستان به

علاوه دو نفر از مسئولین واحدهای اداری و دو نفر از سوپروایزرهای بیمارستان یافته های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز بررسی گردید.

ابعاد مساله: چالش های اساسی در حوزه ساختار بیمارستان و سازماندهی فعالیت ها به صورت زیر دسته بندی شد:

• **وظایف**

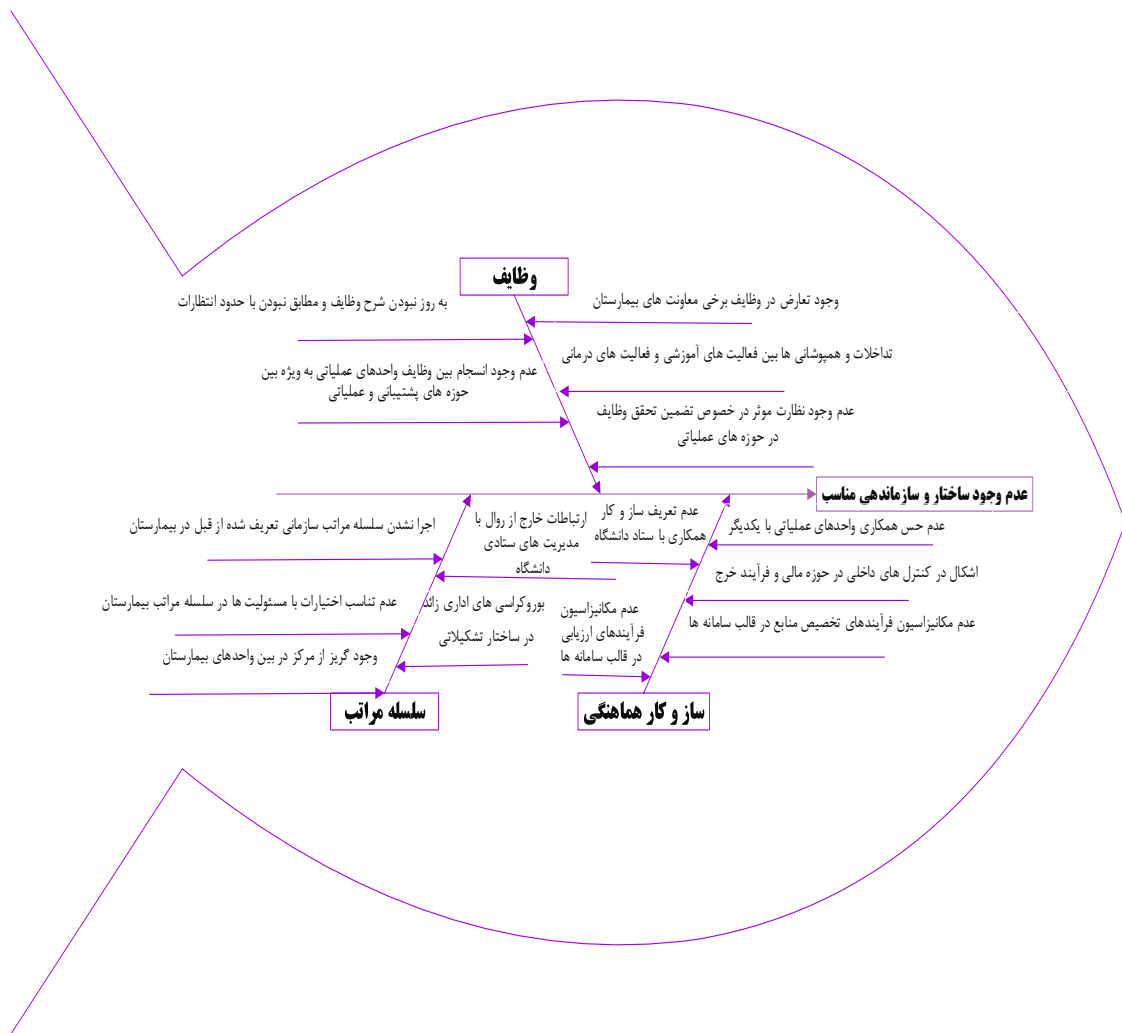
- به روز نبودن شرح وظایف و مطابق نبودن با حدود انتظارات
- عدم وجود انسجام بین وظایف واحدهای عملیاتی به ویژه بین حوزه های پشتیبانی و عملیاتی
- وجود تعارض در وظایف برخی معاونت های بیمارستان
- تداخلات و همپوشانی ها بین فعالیت های آموزشی و فعالیت های درمانی
- عدم وجود نظارت موثر در خصوص تضمین تحقق وظایف در حوزه های عملیاتی

• **سلسله مراتب**

- اجرا نشدن سلسله مراتب سازمانی تعریف شده از قبل در بیمارستان
- عدم تناسب اختیارات با مسئولیت ها در سلسله مراتب بیمارستان
- وجود گریز از مرکز در بین واحدهای بیمارستان
- ارتباطات خارج از روال با مدیریت های ستادی دانشگاه
- بوروکراسی های اداری زائد در ساختار تشکیلاتی

• **سازو کارهای هماهنگی**

- عدم حس همکاری بین واحدهای عملیاتی با یکدیگر
- اشکال در کنترل های داخلی در حوزه مالی و فرآیند خرج
- عدم مکانیزاسیون فرآیندهای تخصیص منابع در قالب سامانه ها
- عدم تعریف ساز و کار همکاری با ستاد دانشگاه
- عدم مکانیزاسیون فرآیندهای ارزیابی در قالب سامانه ها



شکل ۱۲: نمودار چالش های شناسایی شد سازماندهی و اصلاح در بیمارستان

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست 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 ذینفعان 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 برنامه ریزی

مرحله اول: هدف اصلی در این مرحله تحلیل شرح وظایف و تقسیم کار بود و روش پژوهش عمده در این قسمت بررسی متون و استفاده از نشست متخصصان بود. در این مرحله، از کتاب شرح وظایف واحدهای سازمانی بیمارستان های هیأت امنایی که توسط مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت منتشر شده است، کمک گرفته شد. همچنین با رجوع به سایت های بین المللی و داخلی، با بهره گیری از ۱۰ موتور جستجو و سایت های اینترنتی با کلید واژه های اصلی که عبارت بود از بیمارستان^{۱۴}، سازمان ها^{۱۵}، سازمان و مدیریت^{۱۶}، سازمان های خدمات مدیریت^{۱۷}، مدیریت بیمارستان^{۱۸}، سازمان های برنامه ریزی سلامت^{۱۹}، هزینه های بیمارستان^{۲۰}، در پایگاه های اینترنتی Web WHO Iranmedex, of Science Pubmed, Scopus, Wiley, Proquest, Emerald, Magiran, SID, website, جستجو انجام گردید. علاوه بر این موارد سایت های بیمارستان های مطرح در سطح جهان از جمله بیمارستان جانز هاپکینز ایالات متحده، بیمارستان شاریته برلین در آلمان، بیمارستان دانشگاه زوریخ سوئیس، بیمارستان دانشگاهی کارولینسکا سوئد، بیمارستان دانشگاهی آرهوس دانمارک، بیمارستان بومرونگراد تایلند و بیمارستان عمومی سنگاپور نیز مورد بررسی قرار گرفت.

تحلیل محتوای متون یافت شده به روش مرسوم انجام شد. یافته های این مرحله در حوزه وظایف سازمانی بیمارستان و تقسیم کار در مرحله بعد برای نهایی سازی در نشست متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. اعضای نشست متخصصان شامل اعضای کمیته مدیریتی بیمارستان، دو نفر از سوپروایزهای بالینی و دو نفر از مسئولین واحدها بودند. مجموعاً سه جلسه دو ساعته برگزار شد. در هر یک از جلسات برگزار شده به هریک از اعضا فرصت اظهار نظر و ذکر نکات قابل بهبود داده شد. در جلسات تاکید شد با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاه های افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد مورد نظر، ارائه نمایند. به منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، بر حسب ضرورت پاسخ ها هدایت می شدند (۵۴). در

¹⁴ Hospital

¹⁵ Organizations

¹⁶ Organization and Administration

¹⁷ Management Service Organizations

¹⁸ Hospital Administration

¹⁹ Health Planning Organizations

²⁰ Hospital Costs

این مرحله دانش، دیدگاه و نگرش اعضا در خصوص شرح وظایف استخراج گردید و پس از رسیدن به مرحله اجماع، منجر به شناسایی شرح وظایف و تقسیم کار مطابق با ساختار سازمانی گردید.

مرحله دوم: هدف اصلی این مرحله تعیین سلسله مراتب اداری، مسئولیت و اختیارات بود و روش پژوهش عمده در این گام نیز بررسی متون و استفاده از نشست متخصصان بود. با رجوع به سایت‌های بین المللی و داخلی، با بهره گیری از ۱۰ موتور جستجو و سایت‌های اینترنتی با کلید واژه های اصلی که عبارت بود از نمودار سازمانی، سلسله مراتب در بیمارستان، حوزه های عملیاتی در بیمارستان، مسئولین اجرایی ریاست^{۲۱}، کارکنان اجرایی^{۲۲} در پایگاه های اینترنتی، Web of Science, Pubmed, WHO website, Iranmedex Scopus, Wiley, Proquest, Emerald, Magiran, SID, جستجو انجام گردید.

شاخص های لازم برای تعیین سلسله مراتب سازمانی در بیمارستان که در نشست متخصصان برای چینش واحدها مورد استفاده قرار گرفت به شرح زیر بودند:

- ارتباط کاری و فعالیت ها
- عدم وجود تضاد منافع
- تضمین کنترل های داخلی
- کارایی مقیاس و امکان نظارت موثر
- خط ارتباطی روشن و ممتد از بالا تا پایین سازمان

با لحاظ شاخص های فوق فرآیند چینش واحدها در نشست متخصصان بر اساس مراحل زیر انجام شد:

در مرحله اول کلیه واحدها و بخش های بیمارستان در یکی از حوزه های پشتیبانی، درمان، آموزش، بهبود کیفیت و حوزه ریاست جاریزی شد. در مرحله دوم شاخص های چهارگانه در خصوص هر یک از واحدهای جاریزی شده مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعد نمودار اولیه سازمانی بیمارستان بر اساس نتایج حاصل از مراحل قبل رسم شد. در مرحله چهارم نمودار اولیه طراحی شده در یک جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور پنج نفر از مسئولین واحدهای عملیاتی در حوزه درمان، چهار نفر از مسئولین واحدهای پشتیبانی، دو نفر از روسای ادارات، یک نفر از حوزه پاراکلینیک و دو نفر از مدیران ارشد بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله پایانی یافته های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز در یک نشست متخصصان جهت نهایی سازی نمودار سازمانی بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. اعضای تیم مدیریتی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) به عنوان اعضای نشست متخصصان انتخاب شدند. اعضای کمیته مدیریتی شامل رئیس بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان،

²¹ Hospital Chief Executive

²² Administrative Personnel

معاون آموزش و سلامت بیمارستان، مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، رئیس امور مالی بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان بودند. برای غنای بیشتر جلسات مربوطه از دو نفر دیگر شامل مدیر تحول اداری دانشگاه، یک نفر عضو هیات علمی آشنا به اصلاحات ساختار سازمانی و بیمارستانی در جلسات دعوت شد. در این مرحله از تکنیک گروه اسمی (NGT) و در قالب ۲۰ جلسه استفاده شد. در ابتدا نتایج حاصل از مرحله قبل در جلسه ارائه شد سپس هرکدام از اعضای نشست خبرگان اولین پیشنهاد که به ذهنش رسید را بیان کرد مشروط بر اینکه راه حل ذکر شده تکراری نباشد. با بهره گیری از نظرات هریک از افراد ایده های جدیدی مطرح گردید. رهبر گروه با سمت معاون توسعه مدیریت و منابع نقش دبیر جلسه را بر عهده داشت و پاسخ های گروه را بر روی یک صفحه مناسب که برای همه شرکت کنندگان قابل مشاهده بود، ثبت نمود. در مرحله اول هیچ یک از افراد حق اظهار نظر در مقابل ایده های مطروحه را نداشتند. فرآیند تصمیم گیری با استفاده از تکنیک گروه اسمی در چهار مرحله شامل خلق ایده ها، ثبت ایده ها، تصریح ایده ها و رای گیری درباره ایده ها طی شد (۵۵).

مرحله سوم: این مرحله با هدف تعریف ساز و کارهای هماهنگی و همکاری های بین بخشی انجام شد. این سازوکارها در چهار حوزه به شرح زیر تعریف شد:

• شناسایی و تعریف روابط درون و برون سازمانی:

برای شناسایی و تعریف روابط درون و برون سازمانی از ابزارهای مصاحبه و بررسی مستندات استفاده شد. ارتباطات درون سازمانی عبارت است از مجموعه ارتباطاتی که در راستای اهداف سازمانی یا روابط میان فردی کارکنان شکل می گیرد (۵۶). ارتباطات داخلی سازمان به منظور جذب استراتژی های سازمان در هویت آن، هماهنگ کردن فعالیت ها و ایجاد اتحاد و وفاداری در اعضا به کار می روند (۵۷). ارتباطات برون سازمانی ارتباطات و مراودات با نهادهای خارج از بیمارستان را شامل می شود. مشارکت کنندگان در این قسمت شامل یک نفر متخصص مراقبت های درمانی، دو نفر از اعضا هیات علمی، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان، مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی بیمارستان که با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل تمایل برای شرکت داوطلبانه و آگاهانه در مطالعه، تجربه حداقل شش ماه تجربه مدیریتی و دارای توان ارائه انتقال اطلاعات غنی از تجارب و چالش های مرتبط با مسائل مدیریتی بیمارستان بود و عدم همکاری و رضایت برای شرکت در مطالعه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

محقق طی مصاحبه حضوری ضمن معرفی رسمی خود و تبیین اهداف و کسب رضایت شفاهی از مصاحبه شوندگان منتخب و زمان مناسب برای انجام مصاحبه با شرکت کننده برنامه ریزی و توافق لازم را انجام داد و برای ضبط کلیه مصاحبه

ها از دستگاه الکترونیکی^{۲۳} استفاده و پس از اخذ رضایت آگاهانه مبنی بر ضبط مصاحبه ها و حفظ گمنامی و رازداری اقدام به انجام مصاحبه ها با شرکت کنندگان می نمود، همچنین به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد گفته های آن ها سبب به وجود آمدن مسئله ای برای آنان نشود. برای حفظ معیار گمنامی از اسامی مستعار استفاده و برای حفظ معیار رازداری از انتشار اطلاعات خصوصی مشارکت کنندگان جلوگیری شد. از مصاحبه شوندگان یک سؤال باز کلی شامل "لطفا در خصوص روابط درون سازمانی و برون سازمانی توضیح دهید؟" پرسیده شد. مصاحبه با توجه به پاسخ های ارائه شده توسط شرکت کننده ادامه یافت و بر اساس این پاسخ ها سؤالات عمیق تری مانند "کدام یک از واحدها بایستی با یکدیگر روابط درون سازمانی داشته باشند؟" و "اگر چالشی در زمینه هماهنگی بین ادارات و واحدها وجود دارد بیان کنید" پرسیده شد و هدایت مصاحبه ها در راستای اهداف مطالعه نیز صورت پذیرفت. مدت زمان مصاحبه ها به طور متوسط ۲۰ دقیقه و بین ۳۵ - ۱۵ دقیقه در نوسان بود. نمونه گیری و جمع آوری داده ها تا رسیدن به اشباع و بدست آوردن داده های جدید از مصاحبه ها ادامه پیدا کرد (۵۸).

داده های جمع آوری شده با استفاده از روش تجزیه و تحلیل محتوای Graneheim و Lundman's (۵۹) با رویکرد استقرایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا، مصاحبه ها واژه به واژه در نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ پیاده سازی و بررسی مکرر و دقیق مصاحبه تا ادراک کلی از مصاحبه ها ادامه یافت. در مرحله اول، بیانات توصیفی مصاحبه مشخص و مورد توافق محققان از طریق بحث و گفتگو قرار گرفت و در این مرحله چندین مرتبه مصاحبه های ضبط شده گوش داده شد. در مرحله دوم، دسته بندی و برچسب گذاری بوسیله گوش دادن متمرکز برای استخراج جملات و نظرات خوب انتخاب گردید. در مرحله سوم، تحلیل استقرایی از طریق خواندن و بازخوانی متفکرانه متن برای تلفیق گزاره ها انجام شد و آخرین مرحله، دستیابی به دیدگاه های دقیق مصاحبه شوندگان و اهمیت شواهد از طریق سازماندهی جملات تلفیقی برای پرداختن به هدف مطالعه بود و در نهایت توافق برای اجماع صورت گرفت. جهت بررسی مستندات به بررسی نامه های اتوماسیون درون سازمانی پرداخته شد.

• تعیین مسیر برای انجام تصمیم گیری ها و تصمیم سازی های چند حوزه ای شامل چالش های نیازمند

تحلیل و تصمیم گیری :

برای شناسایی چالش های تصمیم گیری و تعیین مسیر برای انجام تصمیم گیری ها و تصمیم سازی های چند حوزه ای ابتدا حوزه ها، وظایف و فعالیت های کلی بیمارستان برای تعیین مصادیق نیازمند تصمیم گیری ها و تصمیم سازی های چند حوزه ای مورد بررسی قرار گرفت. و در مرحله بعد شوراها یا کمیته ها برای انجام تصمیم گیری ها و تصمیم سازی های چند

^{۲۳} Digital voice recorder

حوزه ای مشخص گردید. در مواردی که کمیته مناسب برای تصمیم سازی یا تصمیم گیری در خصوص یک موضوع مشخص وجود نداشت راهکار مناسب ارائه گردید.

• تعریف مسیر انجام هماهنگی های افقی :

در مرحله سوم ضمن بررسی نتایج مراحل قبل توسط اعضای نشست متخصصان، شناسایی/ تعریف روابط درون سازمانی، شناسایی/ تعریف روابط برون سازمانی، تعیین مسیر برای انجام تصمیم گیری ها و تصمیم سازی های چند حوزه ای-کمیته و شوراها و تعریف مسیر انجام هماهنگی های افقی مورد بحث قرار گرفت. اعضای نشست متخصصان در این مرحله اعضای کمیته مدیریتی بیمارستان، دو نفر از روسای اداره های بیمارستان، دو نفر از سوپروایزرهای بالینی بیمارستان، سه نفر کارشناس صاحب نظر در حوزه تحول اداری، یک نفر متخصص در حوزه باز طراحی ساختار سازمانی و یک نفر متخصص بهبود کیفیت مراقبت های درمانی بودند. در این مرحله ساز و کار هماهنگی و همکاری های بین بخشی تشریح و تصویب گردید.

مرحله چهارم: طی مراحل تصویب نمودار سازمانی در هیات امنای دانشگاه می باشد که در این مرحله کلیه مستندات سازماندهی مجدد بیمارستان ابتدا برای مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری ارسال شد. بعد از برگزاری جلسات کارشناسی در مدیریت مربوطه مستندات برای دبیرخانه هیات امنای دانشگاه ارسال گردید. در این مرحله نیز چند جلسه کارشناسی برگزار و در نهایت بعد از شنیده شدن توجیحات بیمارستان در خصوص فرآیند طی شده نمودار سازمانی با چند تغییر جزئی در دستور کار جلسه هیات امنای قرار گرفت و تصویب شد.

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 در ناحیه دو (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افراد در ناحیه سه ماتریس تحلیل ذینفعان (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد)، اخذ گردد. (شکل ۳)

بر این اساس، ساختار باز طراحی شده برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت نامه رسمی ارسال 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 ماتریس قرار می گرفتند 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 پایداریسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداریسازی بود. در این مرحله ساختار سازمانی پس از بازآرایی و اصلاح، برای ایجاد تغییر به اجرا گذاشته شد. بعد از تفاهم کلی روی متن اصلاحات مورد انتظار در ساختار بیمارستان در خصوص نحوه ادغام عملکردی و ساختاری معاونت آموزش و معاونت درمان با یکدیگر و تفکیک حوزه خدمات پرستاری و سایر اصلاحات در نشست های برگزار شده بین ذینفعان کلیدی، ابتدا تغییرات ساختاری و عملکردی مورد نظر در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) اجرا شد. در ادامه، به جهت پایداری سازی فرایند دستورالعمل تهیه شده در هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی مشهد مطرح و با ابلاغ ریاست دانشگاه وارد فرایند اجرا در همه بیمارستان های آموزشی و درمانی شد. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداریسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است)

۲-۳-۲) چارچوب طرح

نمودار سازمانی طراحی شده برای مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) در ادامه ارائه شده است. گزارش کامل شامل کلیات فعالیت های مرتبط با سازماندهی بیمارستان، شرح وظایف هر یک از واحدها و نهادهای ذکر شده در نمودار سازمانی، روابط درون سازمانی و برون سازمانی به تفکیک هر یک از واحدها و نهادهای سازوکارهای هماهنگی بیمارستان در پیوست این گزارش ارائه شده است.

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 مهم دیگر نیز هستند. گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم، دارای منافع بالایی در خصوص پروژه مربوطه می باشند. این گروه همانطور که توضیح داده شد ذینفعانی هستند که در منطقه سه قرار می گیرند و می بایست 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 می گیرند را راضی نگه دارد.

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.

به صورت خلاصه ذینفعانی که برای حمایت طلبی برای اجرای پروژه می بایست مد نظر قرار گیرند به صورت زیر می باشد.

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد. در پروژه حاضر انجام مکاتبه رسمی با هدف اطلاع رسانی قبل از اجرا و اخذ نظرات ایشان مهمترین روش برای ذینفعان قرار گرفته در منطقه سوم ماتریس قدرت منافع بود. برای ذینفعان قرار گرفته در منطقه دو نیز از جلسات حضوری به عنوان مهمترین اقدام استفاده شد. بحث روی روش اجرا و پیش بینی چالش های احتمالی با ذینفعان کلیدی نیز مهمترین روش برای جلب حمایت طلبی بهت اجرای پروژه در خصوص ذینفعان کلیدی بود. 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 ۶: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه

سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	رئیس بیمارستان	مدیر تحول اداری دانشگاه	معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	رئیس دانشگاه	تکنیک	رویکرد
							به اشتراک گذاری اطلاعات	ارتباط یکسویه
							آموزش ذینفع	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	مکاتبات با ذینفعان	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	گزارش کارهای انجام شده	
							گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	
							اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها	
							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	
							میزگردهای مشورتی	دیالوگ، گفتگو عمیق
						✓	جلسات سیاستگذاری	
							درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت	
							انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک	
			✓				انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	شرکت ها و منافع کاری
			✓				انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	
							انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع	

جدول ۷: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه

رویکرد	تکنیک	معاون درمان وزارت بهداشت	معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت	معاون درمان دانشگاه	رئیس دبیرخانه هیات امناء دانشگاه	هیات امناء دانشگاه	رئیس بهبود کیفیت	حراست بیمارستان
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات							
	آموزش کارکنان							
	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							
	نظرسنجی های پرسشنامه ای							
مشاوره بنیادی	ارزیابی محیط کار							
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع							
	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 نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع							
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع							

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگوارائه می گردد:

رئیس بیمارستان: موضوع نمودار سازمانی و استقرار کامل آن در بیمارستان منجر به ایجاد نظم در بیمارستان خواهد شد. ممکن است در ابتدا برای برخی حوزه ها و واحدها نارضایتی هایی ایجاد شود که بنده مطمئن هستم در طول زمان همه از این نظم جدید و تعیین تکلیف روابط در سلسله مراتب بیمارستان منتفع خواهند شد. ما اینجا هستیم تا بیشتر صحبت های شما رو بشنویم و همراه معاونین به ویژه معاون محترم توسعه مدیریت و منابع بیمارستان که این کار را پشتیبانی و هدایت کردند به سوالات شما پاسخ بدیم.

مسئول واحد کارپردازی: سلام ضمن تشکر از زحمات شما. اول اینکه ایجاد نظم چیزی نیست که کسی با آن مخالف باشد اما نگرانی ما در حوزه تدارکات این است که آیا برای هر کاری ما باید سلسله مراتب را طی کنیم؟ به این معنی که اگر کالایی را بخواهیم به لحاظ کیفیت مورد ارزیابی قرار دهیم حتماً باید در این سلسله مراتب تعریف شده حرکت کنیم؟ نگرانی ما این است که این مسئله باعث کندی فرایند و ایجاد نارضایتی در رفع نیازها و درخواست های بخش ها گردد.

معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان: ما دو نوع در واقع تعامل داریم. تعاملات رسمی در قالب همین سلسله مراتبی که در نمودار سازمانی هم مشخص است انجام می شود. اما تعاملات عمده بیمارستان تعاملات است که به اصطلاح به صورت موازی و افقی در سطح بیمارستان انجام می شود. این تعاملات با کد ۲۰ تعریف شده است. این کد نشان می دهد که بخش ها چگونه می توانند به صورت افقی و خارج از سلسله مراتب رسمی بیمارستان با یکدیگر تعامل داشته باشند و جلسه بگیرند و نتایج حاصل از جلسات شان را اجرا کنند. لذا این نمودار روابط رسمی بیمارستان را نشان می دهد و عمده کارها و هماهنگی ها در قالب ساز و کارهای هماهنگی تعریف شده انجام می شود.

یک نفر از سوپروایزران در گردش: به نظر نمودار سازمانی طراحی شده مقداری باعث تضعیف مدیریت پرستاری و حوزه پرستاری بیمارستان شده است. ما انتظار داشتیم که مدیریت پرستاری به صورت مستقیم زیرمجموعه رئیس بیمارستان باشد اما طبق نموداری که در اینجا رسم شده است این مدیریت زیرمجموعه معاونت آموزش و سلامت بیمارستان تعریف شده است. می خواستم در این خصوص توضیحاتی بشنوم که چرا این اتفاق نیفتاده است.

معاون آموزش و سلامت بیمارستان: من هم عرض سلام و خسته نباشید دارم خدمت شما. ببینید وقتی در مورد ساختار-بندی و سازماندهی بیمارستان صحبت می کنیم قاعدتاً یکی از کارهایی که باید انجام شود حوزه بندی فعالیتها در سطح

بیمارستان است. همین صحبت شما در خصوص حوزه آموزش و پژوهش هم مطرح است مرتبط بودن فعالیت‌های آموزشی با درمانی و مراقبتی باعث شد که این تصمیم گرفته شود که همه اینها به صورت واحد در یک معاونت جمع گردد. این جمع باعث می شود که هم افزایی بیشتری بین این واحدها و حوزه ها ایجاد شود و در نهایت منجر به ارائه خدمات بهتر به بیماران گردد. البته همانطور که معاون محترم توسعه مدیریت و منابع بیمارستان توضیح دادند ساز و کارهای هماهنگی زیادی پیش‌بینی شده است که این محدودیت را برای حوزه مدیریت پرستاری بیمارستان رفع می‌کند. علاوه بر این افزایش تعداد نفرات مدیریت پرستاری در تیم مدیریتی بیمارستان نکته مهم دیگری است که باعث تقویت جایگاه این حوزه در نهادهای تصمیم سازی و تصمیم گیری در سطح بیمارستان شده است.

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 و بر اساس این شناسایی طرح حمایت طلبی برای اجرا را آماده کند.
- در پروژه سازماندهی مجدد بیمارستان قبل از اجرا آن دسته از واحدهایی که در حال حاضر در سطح بالاتری قرار دارند و بعد از اجرای پروژه در سطح پایین تری قرار خواهند گرفت باید به صورت دقیق شناسایی شوند. مسئولین این واحدها به صورت بالقوه می توانند مقاومت های مستقیم و غیر مستقیم زیادی را در مسیر اجرای پروژه ایجاد کنند.
- 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 استراتژی‌های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع‌رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه‌های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می‌تواند 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.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به معاونین و مدیران در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می‌باشد.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا
 - ابلاغ ساختار بیمارستان
 - تنظیم ابلاغ برای افراد متناسب با ساختار باز طراحی شده
 - برگزاری جلسات توجیهی حین اجرا
 - استقرار نظامات هماهنگی
 - اجرای ساختار تشکیلاتی به صورت پایلوت، بررسی نتایج پایلوت اولیه و سازماندهی و ثابت سازی ساختار باز طراحی شده
- چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
- روش های بازخورد به ذینفعان
- ویژگی ها، مزایا و یافته های حاصل از تحلیل ساختار

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- ابلاغ ساختار بیمارستان
- تنظیم ابلاغ برای افراد متناسب با ساختار باز طراحی شده
- استقرار نظامات هماهنگی
- اجرای ساختار تشکیلاتی به صورت پایلوت، بررسی نتایج پایلوت اولیه و سازماندهی و ثابت سازی ساختار باز طراحی شده

۴-۱-۱) ابلاغ ساختار بیمارستان

نمودار سازمانی بیمارستان به همراه شرح وظایف واحدها و حوزه های مختلف بیمارستان و سازوکارهای هماهنگی واحد طی یک نامه رسمی با امضای رئیس مجتمع جهت اجرا ابلاغ شد. مواردی که در این ابلاغ رسمی آورده شده در سه دسته کلی به شرح ذیل بود:

- کلیات سازماندهی مجدد بیمارستان شامل نمودار کلی سازمان
- شرح وظایف واحدهای سازمان
- سازوکارهای هماهنگی

۴-۱-۲) تنظیم ابلاغ برای افراد متناسب با ساختار باز طراحی شده

در این مرحله تمام ابلاغ های قبلی مجدد منطبق با نمودار سازمانی جدید بیمارستان به همراه وظایف واحد مربوطه تنظیم و ابلاغ گردید.

۴-۱-۳) برگزاری جلسات توجیهی حین اجرا

جلسات توجیهی با حضور مدیران، معاونین، روسای اداره ها و مسئولین واحدها برگزار شد. در این جلسات ابتدا هدف از تغییر و ارتقا ساختار سازمانی در بیمارستان به صورت مبسوط تشریح گردید. سپس شرح وظایف تدوین شده در اختیار اعضای شرکت کننده قرار گرفت. در جلسات مذکور بر لزوم همکاری و هماهنگی کلیه مدیران بیمارستان در سطوح مختلف

اشاره شد. گفتنی است در این جلسات مدیران عالی بیمارستان بر ضرورت انتقال مطالب مطرح شده در جلسه به پرسنل زیر مجموعه تاکید کردند. فرمت نمونه جلسات توجیهی حین اجرا به شرح ذیل بود:

- مقدمه و کلیات (۱۰ دقیقه)
- توضیحات هدایت کننده اصلی (ریاست یا معاون توسعه بیمارستان) (۲۰ دقیقه)
- پرسش‌های مشارکت کنندگان و پاسخ به آن‌ها (۲۰ دقیقه)
- جمع بندی و اختتام جلسه (۱۰ دقیقه)

علاوه بر این جلسات توجیهی رسمی جلسات دیگری نیز برگزار شد که برخی از این جلسات به همراه مشخصات مهم جلسه در جدول زیر خلاصه شده است:

جدول ۸: چکیده شرح وظایف اداره‌ها، واحدها و سوپروایزرهای بالینی مجتمع و روش آموزشی بنا نهاده شده بر شرح وظایف

نام اداره / واحد	مختصری از شرح وظایف	روش آموزشی	تایید کننده
اداره برنامه‌ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت	برنامه ریزی، پیش بینی و تدوین برنامه‌ها و اقدامات لازم در حوزه برنامه ریزی، ارزیابی عملکرد و بهبود کیفیت و سنجش رضایت ذینفعان	جلسات آموزشی (گروهی)	ریاست بیمارستان
اداره منابع انسانی	برنامه ریزی پیش بینی و تدوین برنامه‌ها و اقدامات لازم در حوزه برنامه ریزی و نگهداشت نیروی انسانی، آموزش و توسعه کارکنان، اموراداری کارکنان، بهداشت حرفه ای و طب کار و دبیرخانه و بایگانی	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره مدیریت درآمد	طراحی توسعه استقرار و بروز آوری سیستم توسعه درآمد و بیمه گری بیمارستان جمع آوری، مطالعه، طبقه بندی و نگهداری کلیه قوانین و مقررات، دستورالعمل‌ها، آیین نامه‌ها و بخشنامه های مرتبط با تعرفه خدمات بیمارستانی ضریب k و تعرفه سازمان‌های بیمه گر و... انجام کلیه اقدامات لازم به منظور کسب اطلاع از آخرین وضعیت تعرفه‌های مذکور	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره بودجه و تخصیص منابع	طراحی، توسعه، استقرار و بروز آوری نظام بودجه ریزی و بودجه بندی و کنترل بودجه بیمارستان به روش بودجه ریزی عملیاتی مبتنی بر مدل‌ها، استانداردها، تکنیک‌ها و رویکردهای روز و پذیرفته شده در کشور و در سطح بین المللی مرتبط با بیمارستان‌ها	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره مدیریت و فن-آوری اطلاعات سلامت	برنامه ریزی، پیش بینی و تدوین برنامه‌ها و اقدامات لازم در حوزه پذیرش و مدارک پزشکی، آمار و اطلاعات بیمارستانی و فناوری اطلاعات بررسی چگونگی مطالعه، ارزیابی، اظهار نظر و پیاده سازی (در حد امکان) پیشرفت‌های روز دنیا در زمینه فناوری سخت افزاری، نرم افزاری، شبکه و متدولوژی اطلاعاتی	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت توسعه مدیریت و منابع

نام اداره / واحد	مختصری از شرح وظایف	روش آموزشی	تایید کننده
اداره خدمات عمومی	برنامه ریزی، پیش بینی و تدوین برنامه ها و اقدامات لازم در حوزه واحدهای نقلیه، فضای سبز، لثری، مخابرات و خیاط خانه تهیه و تنظیم برنامه کاری و کنترل های داخلی نیروهای خدماتی همکاری در نیازسنجی نیروهای خدمات در بخش ها	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره خدمات آموزشی و تکنولوژی آموزشی	طراحی، توسعه، استقرار و بروز آوری مجموعه دستورالعمل ها، آیین نامه ها، قوانین، ضوابط، ابزارها، فرم ها و فرمت های مورد نیاز به منظور ارائه خدمات آموزشی و سمعی بصری در بیمارستان	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت آموزش و سلامت
دفتر توسعه آموزش بالینی	تعیین نیازهای آموزشی اعضای هیات علمی و فراگیران برگزاری دوره های آموزشی برای توانمندسازی اعضای هیات علمی و فراگیران ارزیابی و ارتقاء مهارت های آموزشی در فراگیران توسعه آموزش الکترونیک و آموزش های مجازی در مجتمع اجرای اعتباربخشی آموزشی در حوزه های مرتبط با اجرا و پایش فرآیندها و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت آموزش و سلامت
مرکز نظارت بر درمان	بررسی پرونده های پزشکی به صورت تصادفی یا هدفمند از نظر اندیکاسیون و... ارائه توصیه های لازم به پزشکان بر اساس بررسی های صورت گرفته ارائه پیشنهاد به کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان در خصوص تعدیل گرنت درمانی همکاری با گروه های آموزشی در خصوص ایجاد گایدلاین های درمانی و نظارت بر اجرای آن کسب دستورالعمل های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و اجرای آن در بیمارستان	جلسات آموزشی (گروهی)	معاونت آموزش و سلامت
سوپروایزرهای بالینی	همکاری با مدیر پرستاری در جهت تنظیم و تدوین اهداف و خط مشی های واحدهای زیر مجموعه تأمین و ایجاد شرایط مناسب و اقدام در زمان بروز فوریت ها (تأمین نیروی انسانی، تجهیزاتی، امکانات و ...) نظارت و کنترل برنامه پرسنلی بخش های ذیربط و کنترل کارکرد نیروها نظارت و کنترل بر وضعیت ثبت و اصلاح و ارتقاء فرایندهای بخش های تحت پوشش با هماهنگی سرپرستار نظارت بر نحوه اجرای استانداردهای اعتبار بخشی	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT ¹	مدیریت خدمات پرستاری

¹ On the job training

۴-۱-۴) استقرار نظامات هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی در سازماندهی مجدد بیمارستان در قالب روش ها و دستورالعمل زیر انجام شد.

الف: تعریف روابط درون بیمارستانی و برون بیمارستانی

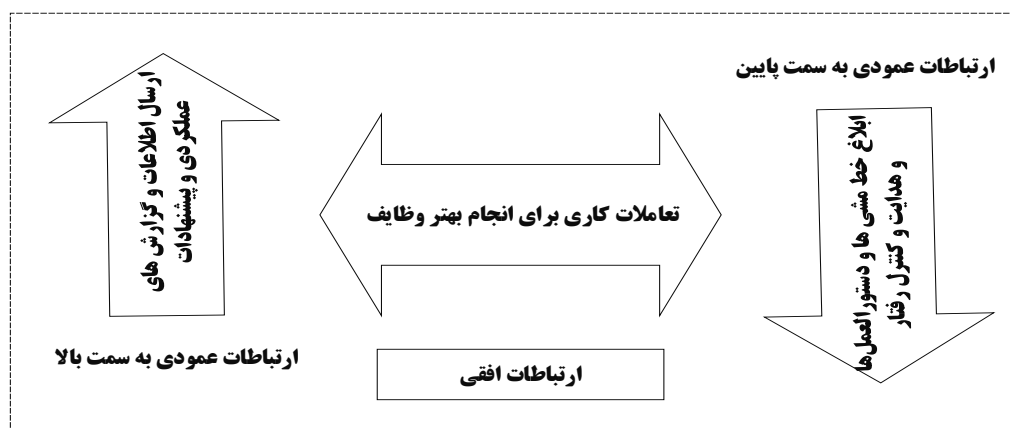
ارتباطات درون و برون سازمانی می تواند در جهات مختلفی حرکت کند و در طبیعت خود رسمی یا غیر رسمی باشد.

ارتباط درون سازمانی به تبادل اطلاعات بین دو یا بیشتر از دو واحد در بیمارستان گفته می شود که باعث ایجاد درک و احساس مشترک در خصوص یک موضوع می شود.

ارتباطات درون سازمانی می تواند به صورت ارتباطات عمودی و افقی تعریف شود. ارتباط عمودی شامل ارتباط رو به پایین و ارتباط رو به بالا است. هدف ارتباطات رو به پایین، هدایت، آموزش، درخواست اطلاعات، ابلاغ دستورات مقام مافوق به زیردستان می باشد. هدف اصلی ارتباطات رو به بالا این است که اطلاعاتی درباره سطوح پایین تر سازمان به مقامات بالاتر سازمان برساند که شامل ارائه گزارش، پیشنهاد، ادای توضیحات و یا درخواست های مختلف است. ارتباط افقی زمانی اتفاق می افتد که یک واحد در عرض سازمان و به صورت تعریف شده با برخی واحدها ارتباط کاری دارد. این نوع ارتباطات نشان می دهد که واحدهای بیمارستان برای انجام کارهای خود بر یکدیگر تکیه می کنند.

معمولا شبکه ارتباطی افقی دارای الگویی از جریان کارها در یک سازمان است که بین اعضای یک گروه، این گروه و گروههای دیگر و بین اعضای دواير مختلف برقرار می شود. هدف ارتباطات افقی ایجاد هماهنگی و حل مسائل از طریق کانال مستقیم در سازمان است.

سطوح بالای سازمان



سطوح پایین سازمان

شکل ۱۴: ارتباطات درون سازمانی

ارتباطات برون‌سازمانی در مورد نحوه ارتباط سازمان با دنیای خارج است. ارتباطات برون‌سازمانی برای تقویت یک فعالیت های واحد و همچنین حفظ روابط قوی با حوزه های خارج بیمارستانی اهمیت دارد. هر واحد باتوجه به نوع فعالیت ممکن است دارای ارتباطات برون سازمانی به صورت رسمی یا غیر رسمی باشد.

ب: توسعه هماهنگی های افقی

توسعه هماهنگی های افقی از طریق ابلاغ کد ۲۰ در بیمارستان انجام شد. این سازوکار به صورت رسمی ابلاغ شد. هدف اصلی از ابلاغ کد ۲۰ ایجاد همدلی بین حوزه های مختلفی در سطح مجتمع، چابک سازی و تسهیل فرآیندهای بیمارستان از طریق توسعه گفتگو، همکاری ها و هماهنگی های افقی بدون طی سلسله مراتب سازمانی البته با حفظ جهت گیری های اصلی تیم مدیریت و رهبری مجتمع می باشد. موضوعات دارای بار مالی صرفا بعد از تایید مقام مجاز اجرایی مجتمع قابل اجرا خواهد بود.

کد ۲۰ به صورت فراگیر در تمامی سطوح مدیریتی و حتی پرسنلی بیمارستان قابلیت اجرایی دارد. کد ۲۰ می تواند بین روسای بخش ها با یکدیگر، بین سرپرستاران، مسئولین واحدها با یکدیگر، بین مسئولین صف با یکدیگر و یا به صورت ضربدری بین یک واحد از یک حوزه با یک واحد دیگر از یک حوزه متفاوت صورت پذیرد. به عنوان مثال زمانی که یک بخش دارای یک نقص در ارائه خدمات درمانی به بیمار می باشد و این نقص باعث طولانی شدن ماندگاری بیمار در بخش مربوطه شده است و حل این موضوع در انجام یک اقدام توسط رئیس یا مدیر گروه بخشی دیگر است، کد ۲۰ توصیه می کند قبل از ورود مدیران مجتمع برای حل این موضوع رئیس بخش مبدا از رئیس بخش یا مدیر گروه بخش مقصد درخواست نشست مشترک نماید و در نشست مشترک مشکل خود را مطرح و بخش مقصد نیز با تعهد به همکاری حداکثری، موضوع را بررسی و در صورت امکان حل نماید. این توافق در یک صورتجلسه مشترک به امضای طرفین می رسد و یک نسخه نیز برای معاونت مربوطه در سطح مجتمع ارسال می گردد. به عبارت دیگر روسای بخش ها از طریق اجرای کد ۲۰ بدون مداخله تیم مدیریتی مجتمع و از طریق توسعه گفتگوی بین بخشی مشکل را حل و ارائه خدمت بیماراران را تسهیل می کنند. مثال دیگری از اجرای کد ۲۰ می تواند مربوط به زمانی باشد که بیمارستان دارای یک نیاز فوری به یک کالا یا خدمت می باشد که در این وضعیت کلیه واحدهای درگیر بالینی یا پشتیبانی اقدام به همکاری های افقی جهت حل موضوع می نمایند. در این مسیر واحدهای کارپردازی، انبار، امورمالی و اداره بودجه و داروخانه اقدام به هماهنگی هایی می کنند که در برخی موارد ممکن است خارج از شرح وظایف رسمی آن واحد باشد و همانطور که قبلا هم تاکید شد در مواردی که اجرای کد ۲۰ به صورت جلسات روتین یا حضوری محقق می شود حتما توافقات به صورت مکتوب صورتجلسه گردد و یک نسخه از صورتجلسه توسط واحد مبدا برای معاون یا مدیر مربوطه ارسال گردد و معاون یا مدیر مربوطه نیز صورت جلسه مورد نظر را بعد از مطالعه جهت ثبت به اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت ارسال خواهد نمود. اجرای کد ۲۰ در حوزه ارتباطات بین پرسنل نیز می تواند بروز نماید

به عنوان مثال اگر یک نفر از پرسنل بالینی بیمارستان برای یک سوال به حوزه حقوق و دستمزد امور مالی مجتمع مراجعه نماید و پاسخ کامل به ایشان نیازمند یک سوال تخصصی از واحد امور اداری کارکنان است انتظار می رود کارشناس حقوق و دستمزد راسا سوال مربوطه را از کارشناس امور اداری کارکنان بپرسد و به صورت کامل به ارباب رجوع مربوطه پاسخگو باشد. در صورتی که اجرای کد ۲۰ نیازمند برگزاری یک نشست حضوری باشد برگزاری جلسه در محل واحد مبدا خواهد بود و طرف مقابل ملزم به حضور در محل مذکور می باشد.

مدیران و معاونین مجتمع تا حد امکان قبل از اجرای کد ۲۰ در مواردی که امکان اجرای کد وجود داشته است برای حل موضوع ورود پیدا نخواهند کرد. البته در موارد ویژه اقدام لازم صورت خواهد پذیرفت. استفاده بیشتر از کد ۲۰ برای تحقق اهداف بیمارستان توسط یک مسئول واحد به عنوان یک علامت مثبت از عملکرد ایشان بوده و معاونین محترم باید در تعیین افراد جهت اخذ مشورت، انتصابات و ارتقاء شغلی میزان استفاده از این کد را توسط فرد مربوطه مورد توجه قرار دهند.

ج: شورای منابع انسانی

مهم ترین سرمایه سازمان ها، نیروی انسانی شاغل در آن ها است و در سال های اخیر، سازمان های پیشرفته و موفق بخش عظیمی از زمان و سرمایه خود را به نیروی انسانی اختصاص داده اند. از این رو بهبود مدیریت و فرآیندهای مرتبط با این حوزه موضوعی بسیار مهم است که همه افراد (مدیران و کارکنان) باید وظایف خود را در قبال آن به خوبی انجام دهند. در سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامتی نیز نیروی انسانی نسبت به سایر عوامل نقشی کلیدی دارد. یکی از این سازمان ها، بیمارستان می باشد که همواره با چالش های متعدد مواجه است، سهم بالای هزینه های نیروی انسانی نسبت به کل مخارج بیمارستان از یک طرف و پیچیدگی، توسعه علوم پزشکی و مداخلات پزشکی جدید در بیمارستان ها، مسائل و تصمیمات حوزه منابع انسانی بیمارستان ها را حساستر و نیازمند بررسی های کارشناسی نظام مند کرده است. در همین راستا شورای منابع انسانی مجتمع آموزش، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع)، تشکیل می شود تا با ایجاد یک نظام مناسب مدیران ارشد را در تصمیمات مرتبط یاری دهند.

حوزه منابع انسانی تحت پوشش شورا شامل کلیه کارکنان پزشک و غیرپزشک (با هر رابطه استخدامی اعم از رسمی، پیمانی، . . . و نیروهای شیفت دوم) و سایر افراد مشارکت کننده در ارائه خدمات (دانشجویان، افراد در قالب قراردادهای مشخص و . . .) در مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا(ع) می باشد. اعضای هیأت علمی از شمول این شورا خارج هستند. اهداف و وظایف پیش بینی شده برای شورای منابع انسانی بیمارستان با رویکرد سازوکارهای هماهنگی بین بخشی در فرآیندهای تصمیم سازی و تصمیم گیری در سطح بیمارستان به شرح زیر می باشد:

۱. تصویب خط مشی ها و سیاست های کلی منابع انسانی مجتمع
۲. تصویب فرآیندهای بین بخشی منابع انسانی
۳. بررسی گزارش های مربوط به عملکرد مسئولین واحدها
۴. بررسی شرایط احراز پست برای مسئولین واحدهای مجتمع و ارائه نظریه پیشنهادی
۵. تصمیم گیری در خصوص نقل و انتقال های پرسنلی، محل خدمت و فرآیندهای مربوطه
۶. بررسی و تصویب برنامه های حوزه منابع انسانی
۷. بررسی نیازهای پرسنلی واحدهای مجتمع
۸. بررسی پیشنهادات مربوط به اقدامات انگیزشی (تشویقی، تنبیهی...)
۹. بررسی گزارشات تخلفات افراد مشمول این آیین نامه
۱۰. بررسی و تصمیم گیری در خصوص امور رفاهی و ورزشی کارکنان
۱۱. بررسی سایر امور محوله از طرف رئیس مجتمع

د: آیین نامه مدیریت پرستاری مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا (ع)

عملیات اصلی بیمارستان ها در سطح بخش های بالینی در دو حوزه درمان و مراقبت تعریف می شود و حوزه پرستاری با کادری بزرگ و متنوع عهده دار ارائه خدمات مراقبتی به بیماران می باشد. مدیریت این حوزه در مجتمع آموزشی پژوهشی درمانی امام رضا(ع) با بیش از ۱۸۰۰ تخت مصوب نیازمند سازماندهی ویژه و منظمی می باشد که نظارت موثر بر این حوزه را تضمین نماید. ارکان مدیریت پرستاری مجتمع به صورت زیر تعریف می شود:

- مدیر پرستاری مجتمع
- مدیر پرستاری سایت
- شورای عالی پرستاری مجتمع
- شورای پرستاری مجتمع

وظایف و اختیارات شورای عالی پرستاری مجتمع به شرح ذیل تعریف شده است:

۱. طراحی، توسعه، استقرار و به روزآوری نظام یکپارچه کنترل و نظارت بر مراقبت های پرستاری
۲. بررسی عملکرد سوپروایزرهای در گردش، آموزشی، آموزش بیمار و کنترل عفونت و ارائه بازخورد به ایشان
۳. برنامه ریزی کنترل و نظارت عالی و کلان برحضور به موقع کادر مراقبتی بیمارستان اعم از سوپروایزران و سرپرستاران
۴. بررسی کلی عدالت در چینش نیروها در بخش های مختلف

۵. بررسی مشکلات و موانع اجرایی مربوط به استقرار فرآیندها و بخش نامه ها و ارائه راهکار
۶. رسیدگی به شکایات پرسنل حوزه پرستاری و بازخورد به ایشان
۷. تدوین و تصویب مسیر ارتقاء شغلی کادر پرستاری
۸. برنامه ریزی و محاسبات پرسنل کادر پرستاری و نحوه چینش نیرو ها در شیفت ها
۹. تصمیم گیری در خصوص تخصیص نیروهای انسانی کادر مراقبتی به سایت های بیمارستان
۱۰. بررسی، برنامه ریزی و ابلاغ «طرح مراقبت بالینی» به سوپروایزران و سرپرستاران
۱۱. طراحی، توسعه و ایجاد اولیه پایگاه های داده و بانک های اطلاعاتی مورد نیاز جهت ثبت سوابق و اطلاعات به وجود آمده و تجربیات کسب شده
۱۲. مطالعه و بررسی چیدمان و نحوه قرارگیری تخت ها، نیروی انسانی و تجهیزات و لوازم موجود در بخش های مختلف بیمارستان و شناسایی نقایص و کاستی های کمی و کیفی ناشی از چیدمان غیر بهینه و انجام کلیه پیگیری ها و اقدامات لازم جهت بهبود چیدمان اجزاء بخش ها.
۱۳. بررسی، برنامه ریزی و ارزیابی عملکرد سوپروایزران و سرپرستاران و در صورت نیاز ایجاد تغییر و جابجایی و یا تعویض
۱۴. برنامه ریزی و ایجاد نظام نظارتی بر حضور و مسئولیت های مربوط به سرپرستاران در خارج از ساعت موظفی
۱۵. بررسی در خواست های کارکنان پرستاری برای تعویض و جابجایی بخش بین سایت ها (تصمیم گیری قطعی) یا به خارج از بیمارستان (طرح در شورای منابع انسانی جهت تایید نهایی)
۱۶. طراحی و برنامه ریزی جهت ایجاد نظام کارآمد تشویق و تنبیه در حوزه پرستاری مجتمع
۱۷. برنامه ریزی جهت بررسی عملکرد سرپرستاران در کلیه حیطه های مدیریت بخش، بررسی سطح شکایات مراجعین بخش، بررسی شکایات و مشکلات پرسنل پرستاری در ارتباط با نحوه مدیریت سرپرستار و در صورت ضرورت ارائه گزارش و پیشنهادات مناسب به معاونین و ریاست مجتمع جهت تصمیم گیری در مورد تداوم مسئولیت آنان
۱۸. کنترل و بروزآوری چک لیست های نظارتی عملکردی بخش در کلیه حیطه های مراقبتی، آموزشی، بهداشت و کنترل عفونت و برنامه ریزی جهت زمان بندی بازدید ها و ارائه بازخورد و اخذ گزارشات اصلاحی انجام شده در بخش ها
۱۹. برنامه ریزی جهت بررسی، بازنگری و اصلاح فرایندهای جاری دفتر مدیریت پرستاری
۲۰. برنامه ریزی و بررسی وضعیت عملکرد کارکنان پرستاری و نحوه اجرای فرایندهای جاری بخش ها
۲۱. بررسی شرح وظایف سطح مختلف کارکنان درمانی و تدوین و بازنگری شرح وظایف مطابق با شرح وظایف وزارتخانه

ه: دستورالعمل اجرایی تحقق کامل آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه در حوزه مراحل خرج و نظارت بر وصول درآمدها در بیمارستان

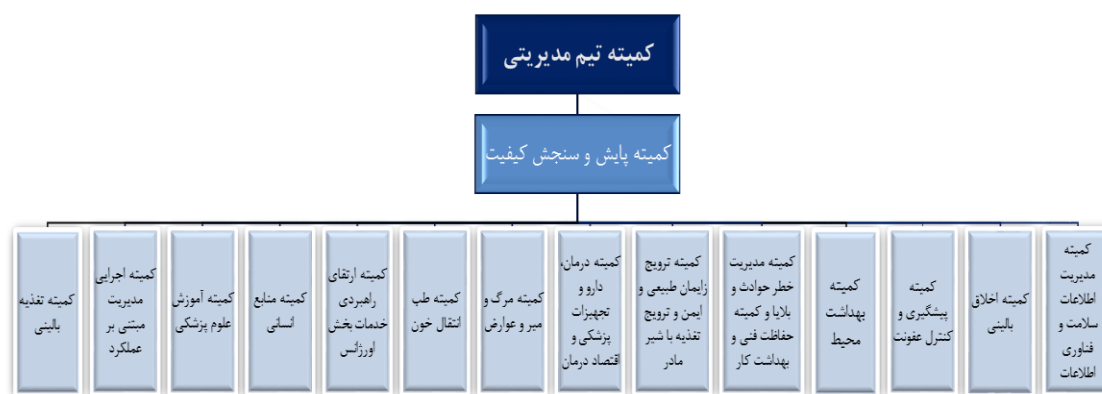
به منظور اعمال کنترل‌های کافی بر مصرف اعتبارات مصوب بیمارستان (بر اساس تفاهم نامه بودجه) و حصول اطمینان از اجرای صحیح برنامه ها و فعالیتها در جهت تحقق اهدافی که بیمارستان در خصوص تضمین ارائه خدمت به بیماران دارد، مراحل انجام خرج و مسئولیت نظارت بر وصول درآمدها در قوانین و مقررات مالی و محاسباتی کشور و آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی تعیین شده است. مسئولیت انجام برخی از مراحل بر عهده مدیر و رئیس بیمارستان (به عنوان مقام مجاز اجرایی) و مسئولیت برخی مراحل که جنبه نظارت و کنترل دارد به رئیس امور مالی (در نقش ذیحساب) واگذار شده است (ماده ۴۴ آیین نامه مالی و معاملاتی و ماده ۵۳ قانون محاسبات عمومی). این تفکیک مسئولیت و اختیارات به مقامات جداگانه موجب ارتقاء درشفافیت مسئولیت و پاسخگویی هریک از مقامات مسئول درقبال مصرف اعتبارات خواهد بود که از ضرورت‌های نظام کنترل و نظارت بر مخارج دولتی بوده و جمع اختیارات و مسئولیت کلیه مراحل خرج در یک مقام واحد به دلیل آنکه سیستم کنترل و نظارت را مخدوش می نماید، مجاز نبوده و منع قانونی دارد. بر این اساس دستورالعمل اجرایی تحقق کامل آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه در حوزه مراحل خرج و نظارت بر وصول درآمدها در بیمارستان برای شفاف سازی برخی از فعالیت های حوزه های مختلف درگیر فرآیند های مذکور در مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) تدوین شده است.

و: کمیته های بیمارستانی

کمیته های بیمارستانی با هدف بهبود فرایندهای تصمیم سازی و تصمیم گیری در سطح بیمارستان از طریق افزایش مشارکت ایجاد شده اند. نقش کمیته ها در پشتیبانی جهت اجرای یک تصمیم و همچنین بررسی همه جانبه موضوعات مرتبط با یک تصمیم بی بدیل می باشد. بر همین اساس در بررسی مجدد کمیته های بیمارستانی سعی شد علاوه بر ارتقای نقش کمیته‌ها در فرایندهای تصمیم سازی و تصمیم گیری در سطح بیمارستان، در خصوص اعضای کمیته بیش از آنکه بر "افراد حقیقی" تمرکز شود بر وجه "حضور افراد و جایگاه حقوقی ایشان" تاکید گردد. این تغییر با هدف افزایش اثربخشی حضور افراد در کمیته ها و مشارکت واقعی ایشان در بحث ها و تصمیم گیری ها در سطح کمیته ها انجام شده است. اهداف مورد انتظار از کمیته ها به صورت زیر می باشد:

- ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخشها / واحدها و مدیریت بیمارستان
- پاسخ مثبت به انتظارات سازمان‌های بالا دستی
- شناسایی مؤثرتر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آنها

- پیگیری روند ارتقا کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی
 - ایجاد ارتباط و ریشه یابی دلیل مشکلات موجود
 - جهت دهی اثربخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان در نیل به اهداف کلی و اختصاصی
- تعداد کمیته های اصلی بیمارستان بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران ویرایش چهارم ۱۲ مورد می باشد که با اضافه شدن کمیته های تیم مدیریتی، آموزش علوم پزشکی، منابع انسانی و کمیته اجرایی مدیریت مبتنی بر عملکرد این تعداد به ۱۶ در این مجتمع افزایش یافته است.



شکل ۱۵: چارت سازمانی کمیته های بیمارستان

ز: ابلاغ کایزن (تغییر خوب، ساده و مداوم)

نظر به تجربیات موفق سازمان های دولتی و غیر دولتی در داخل و خارج از کشور در خصوص روش های بهبود کیفیت و بهره وری بیمارستان، معرفی، ترویج و نهادینه کردن رویکرد مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان یک ضرورت قطعی می باشد. هسته اصلی تحقق این رویکرد توجه به استفاده بهینه از سرمایه های انسانی در بیمارستان است. بنابراین ایجاد زیرساخت های مناسب جهت استفاده حداکثری از سرمایه های انسانی به گونه ای که با ساختار فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بیمارستان متناسب باشد هدفی است که تیم مدیریتی بیمارستان به شدت آن را دنبال می کند و رویکرد کایزن یکی از راهکارهای ارائه شده در این زمینه است. کایزن یک الگوی ساده، کم هزینه و موفق است که کلید موفقیت بسیاری از سازمان ها بوده است. کایزن این ظرفیت بالقوه را دارد که امکان مشارکت کلیه کارکنان در تمامی سطوح و رشته های کاری را در سازمان ایجاد نماید و جوی را در بیمارستان ایجاد نماید که همه پرسنل از طریق ارائه و اجرای پیشنهادات حتی خیلی کوچک خود سهمی در انجام بهتر کار خود و بیمارستان داشته باشند و از طریق مسیری که در این بخش نامه تعیین می شوند این تغییر ارزشمند در سطح مدیریتی نیز دیده شود و مورد تقدیر واقع گردد. بر این اساس و با تایید تیم مدیریت مجتمع آموزشی

پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) این رویکرد تحت عنوان **کایزن** جهت اجرا ابلاغ گردید. این رویکرد جایگزین نظام پیشنهادات و فرصت های بهبود خواهد شد.

اصطلاح کایزن بر پایه یک مفهوم ساده و محدود برای فعالیتهای بهبود کیفیت و بهره‌وری در کلیه فعالیت ها و حوزه های بیمارستان مورد توجه قرار می گیرد. به صورت دقیق تر در مفهوم کایزن ما به دنبال اصلاح فعالیت ها و اقداماتی هستیم که هر چند کوچک ولی می‌تواند در مسیر بهبود کیفیت و بهره‌وری ارائه خدمات موثر باشد. بر این اساس هدف اصلی از ابلاغ کایزن ایجاد یک زمینه مناسب و ساده جهت مشارکت تمامی کارکنان در تمام سطوح جهت ارائه یا ارائه و اجرای پیشنهادات حتی خیلی کوچک اما مداوم برای بهبود فرآیندهای کاری می باشد.

اجرای کایزن آسان است، به طور کلی قاعده‌ی اصلی این است که می بایست کمی از کارها فاصله گرفت و به راه‌های بهتری برای انجام دادن آن‌ها فکر نمود. البته همیشه اصول ابتدایی را در هنگام کار باید در ذهن داشت و هنگامی که پیشنهاد خوبی به ذهن رسید نباید آن را مخفی کرد بلکه باید آن را با دیگران به اشتراک گذاشت.

یک کایزن به صورت ساده پاسخ به یک سوال ساده می‌باشد: "آیا من نمی توانم این کار را به گونه ای بهتر انجام دهم؟"، "آیا در فرایند انجام این کار فعالیتهایی هست که دلیلی برای انجام آن نداشته باشم؟"، "آیا این اقدام حاصلی برای بیمارستان دارد؟" این سوالات قابلیت پاسخ در کلیه رده های کاری بیمارستان و گروه‌های مختلف پرسنل را دارد. ممکن است یک نیروی خدماتی در انجام فعالیت های نظافت اتاق بیمار، یک نیروی انتظامات در خصوص نحوه کنترل تردد افراد به داخل بخش، یک پرستار در فرآیند تزریق یک دارو، یا مدیر بیمارستان در فرایند تخصیص منابع این سوالات را مطرح نمایند و به یک کایزن دست یابد.

در این راستا هر یک از کارکنان در هر سطحی می بایست فعالیتهایی را که به صورت روزمره انجام می دهند مرتب مورد بازبینی قرار داده و آن دسته اقداماتی را که بی دلیل انجام می شود یا از ثبات لازم برخوردار نمی باشد و یا اینکه بی حاصل است را در صورت نیاز حذف نماید. جایگزین اقدامات بی دلیل، بی ثبات و بی حاصل انجام اقداماتی می باشد که بیشتر با ارائه خدمات در بیمارستان متناسب بوده و فرد دلایل واقعی تر و محکم تری برای انجام آن‌ها دارد که به روش ذیل ثبت و اجرایی می گردد:

- کارکنان : ارائه کایزن به مسئول مستقیم و ثبت کایزن توسط سرپرستاران، سوپروایزرها و ارزیابان دفتر بهبود کیفیت در سامانه ارزیابی مستمر قسمت کایزن

- اعضای هیات علمی، مدیران و سرپرستاران و مسئولین بخش ها و واحد ها : ورود به سامانه ارزیابی مستمر و ثبت کایزن در قسمت مربوطه

پس از ثبت کایزن بررسی کارشناسی توسط ارزیابان مربوطه و با مشارکت صاحبان فرایند انجام شده و نتیجه بررسی ظرف مدت ده روز کاری در سایت مجتمع اعلام می شود. کایزن جایگزین نظام پیشنهادات و فرصت های بهبود در مجتمع بوده و نتایج آن در سامانه ارزشیابی سالیانه لحاظ می شود همچنین مبنای دریافت تشویقی خواهد بود. ثبت حداقل یک کایزن در سال برای هر یک از کارکنان و پنج کایزن برای مدیریتی مجتمع به عنوان حداقل انتظار از ایشان می باشد. کایزن های اجرا شده پنج امتیاز و کایزن های صرفاً پیشنهاد شده یک امتیاز خواهد داشت.

ح: تفاهم نامه بین بیمارستان، ستاد دانشگاه و دانشکده پزشکی

یکی از مهمترین وظایف دانشگاههای علوم پزشکی کشور تربیت منابع انسانی مورد نیاز بیمارستان ها و سایر مراکز ارائه خدمات درمانی و بهداشتی در جامعه می باشد و بیمارستان های آموزشی به عنوان مهمترین عرصه آموزش های بالینی قطعاً نقشی بی بدیل را در تحقق این وظایف داشته است. علاوه بر این نقش، بیمارستان ها مأموریت مهم دیگری را در نظام سلامت بر عهده دارند که آن ارائه خدمات درمانی به آحاد جامعه می باشد. بر این اساس فرآیند آموزش دانشجویان رشته های بالینی در هر دانشگاه علوم پزشکی دارای حداقل سه رکن یا نهاد اصلی می باشد این ارکان عبارتند از حوزه ستاد دانشگاه (شامل معاونت آموزشی، معاونت درمان، معاونت پژوهشی و شوراهای مرتبط)، دانشکده پزشکی به عنوان نهاد صف برنامه ریزی و بیمارستان آموزشی به عنوان نهاد صف که به عنوان فیلد آموزشی دانشجویان و اعضای هیئت علمی مورد استفاده قرار می گیرد. تعریف و تبیین روابط بین این سه نهاد تضمین کننده اثربخشی آموزش و همچنین کارایی هر یک از این نهادها می باشد. همانطور که توضیح داده شد بیمارستان ها صرفاً فعالیت درمانی ندارند و در کنار تحقق مأموریت درمانی عرصه لازم را برای فعالیت های آموزشی فراهم کرده اند. با این دیدگاه، وزارت بهداشت بیمارستان ها را از نظر درمانی (از طریق سنجه های استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران) و از نظر آموزشی (سنجه های اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها) به صورت مستمر مورد ارزیابی قرار می دهد. بنابراین بیمارستان به عنوان واحد صف باید تمامی سنجه ها را اجرا و در خصوص اجرای آن ها پاسخگو باشد از طرف دیگر بیمارستان باید برای تحقق سنجه های آموزشی ارتباط تنگاتنگی با دانشکده پزشکی به عنوان نهاد صف برنامه ریز داشته باشد تا تحقق سنجه های مربوط در سایه این تفاهم تضمین گردد. با این توضیحات تفاهم نامه فعلی به نوعی شیوه نامه اجرایی تبیین کننده نقش واحدهای صفی (بیمارستان و دانشکده پزشکی) در تحقق سنجه های آموزشی بیمارستان های آموزشی می باشد.

بیمارستان، دانشکده پزشکی و ستاد دانشگاه از یکدیگر مستقل بوده و هر کدام در فرآیند آموزش دانشجویان دارای وظایف مشخصی به شرح زیر می باشند:

۱- بیمارستان: بیمارستان در این فرآیند فیلد آموزش عملی را برای دانشجویان و اعضای هیات علمی مربوطه فراهم می‌کند. این کارکرد در کنار سایر کارکردهای دیگر بیمارستان مانند ارائه خدمات درمانی به مردم تعریف می‌گردد و نباید این موضوع محل تحقق کارکردهای دیگر گردد.

۲- دانشکده پزشکی: دانشکده پزشکی به عنوان نهاد صف برنامه ریز فعالیت های مرتبط با مدیریت امور آموزشی دانشجویان و همچنین مدیریت امور اعضای هیات علمی به ویژه در خصوص همکاری ایشان با بیمارستان ها را بر اساس این تفاهم نامه محقق می‌کند.

۳- ستاد دانشگاه: ستاد دانشگاه وظیفه تولیتهی شامل نظارت، سیاست گذاری و اعتبار بخشی بیمارستان و دانشکده پزشکی را بر عهده دارد. این ستاد شامل حوزه معاونت های معاونت آموزشی دانشگاه، معاونت پژوهشی دانشگاه، معاونت درمان دانشگاه و شوراهای مرتبط (شورای آموزشی، شورای پژوهشی و ...) در سطح دانشگاه می باشند.

۵-۱-۴) اجرای ساختار تشکیلاتی به صورت پایلوت، بررسی نتایج پایلوت اولیه و سازماندهی و ثابت سازی ساختار باز طراحی شده

هر طرح خلاقانه و نو ممکن است در مرحله اجرا دارای مشکلات و چالش های پیش بینی نشده ای باشد. بر این اساس انجام مرحله پایلوت در پروژه های جدید به شدت توصیه می شود. در پروژه فعلی نیز از هر یک از مسئولین بیمارستان و کارکنان درخواست شد نظرات خود را در خصوص اصلاحات ساختاری مجتمع در قسمت کایزن سامانه ارزیابی مستمر ثبت نمایند. در این قسمت از سامانه امکان درج هر گونه پیشنهاد در جهت ارتقاء سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان فراهم بود. پیشنهادات ارسالی بعد از کارشناسی اولیه در یک فایل اکسل جمع بندی شد و برای بررسی و تحلیل در کمیته مدیریتی بیمارستان ارائه و اقدامات اصلاحی مقتضی برنامه ریزی گردید. خوشبختانه در پروژه فعلی پیش بینی های صورت گرفته کافی بود و پروژه بر اساس روند تعریف شده استقرار یافت.

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

۱- چالش: با ادغام عملکردی و ساختاری معاونت درمان و معاونت آموزش و پژوهش بیمارستان تحت عنوان معاونت آموزش و سلامت، افزایش مسئولیت و حجم کاری معاونت جدید

✓ راهکار: تعریف مدیر اجرایی معاونت آموزش و سلامت و مرکز نظارت بر درمان زیر مجموعه معاونت آموزش و سلامت و تفویض برخی اختیارات به آنها

✓ راهکار: تهیه و تنظیم سامانه ارزیابی مستمر در مرکز پایش بیمارستان و ارائه گزارشات مرتبط با نحوه عملکرد بخش ها و واحدهای درمانی، اعضای هیات علمی و فراگیران به صورت آنلاین

۲- چالش: تعریف اداره بودجه و تخصیص منابع به عنوان زیر مجموعه معاونت توسعه مدیریت و منابع و به دنبال آن مقاومت مدیر مالی دانشگاه بعنوان ذیحساب و رئیس اداره حسابداری بیمارستان به جهت محدود سازی اختیارات در خصوص تخصیص منابع به بخش‌ها و واحدها و اولویت بندی پرداخت‌ها

✓ راهکار: برگزاری نشست‌های متعدد با تاکید بر طراحی، توسعه، استقرار و بروز آوری نظام بودجه ریزی و بودجه بندی و کنترل بودجه بیمارستان به روش بودجه ریزی عملیاتی مبتنی بر مدل‌ها، استانداردها، تکنیک‌ها و رویکردهای روز و پذیرفته شده در کشور و در سطح بین المللی مرتبط با بیمارستان‌ها

۳- چالش: تعریف اداره بودجه و تخصیص منابع به عنوان زیر مجموعه معاونت توسعه مدیریت و منابع و واکنش مسئولین واحدها و سرپرستاران پس از استقرار سامانه تامین به جهت کارشناسی دقیق اداره بودجه و تخصیص منابع و موافقت نشدن با درخواست‌های غیر ضرور و ثبت جزئیات درخواست‌ها در سامانه و وقت گیر بودن آن

✓ راهکار: برگزاری دوره‌های متعدد آموزشی کار با سامانه تامین
✓ راهکار: برگزاری جلسات با مدیران پرستاری سایت‌ها، سوپروایزرها و سرپرستاران با تاکید بر مصرف بهینه منابع بیمارستانی و به دنبال آن افزایش درآمد بیمارستان، افزایش کارانه پرسنل، حذف سلیقه‌ای عمل نمودن مدیران مالی و تخصیص منابع به بخش و واحدها بر حسب روابط

۴- چالش: عدم آگاهی و رعایت سلسله مراتب اداری توسط سوپروایزرها، سرپرستاران و پرستاران
✓ راهکار: ابلاغ نامه رسمی با پیوست ساختار سازمانی و شرح وظایف جدید با تاکید بر تفکیک بدنه اصلی عملیات بیمارستان به دو سایت

۵- چالش: عدم شفافیت جایگاه بیمارستان به صورت عملیاتی و حاکمیت آن در حوزه آموزش پزشکی
✓ راهکار: جهت ایجاد جایگاه مناسب، رایزنی با دانشکده پزشکی انجام شد و نتایج آن منجر به ابلاغ معاون آموزش و سلامت مجتمع بعنوان قائم مقام رئیس دانشکده پزشکی در مجتمع

۶- چالش: ناکافی بودن مسیرهای ارتباطی با مدیریت مجتمع
✓ راهکار: یکی از امکانات موجود در سامانه ارزیابی مستمر مجتمع نظام ارائه ی پیشنهادات داخلی (کایزن) جهت بهبود مستمر فرایندهای اجرایی می باشد. در این قسمت از سامانه امکان درج هر گونه پیشنهاد در جهت ارتقاء سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان فراهم بود. پیشنهادات ارسالی بعد از کارشناسی اولیه در هیات رئیسه مطرح و اقدامات اصلاحی مقتضی برنامه ریزی گردید.

۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان

برای ارائه بازخورد سازنده مدل های بسیاری توسعه یافته و اجرا شده است. در این پروژه از روش ارائه بازخورد پندلتون^۱ استفاده شد. مراحل ارائه بازخورد بر اساس مدل پندلتون در پروژه سازماندهی و اصلاح ساختار بیمارستان به شرح زیر بوده است:

۱. بررسی شد که آیا ذینفعان تمایل به دریافت بازخورد و آمادگی برای حضور در جلسه بازخورد را دارند؟
۲. به ذینفعان فرصت داده شد در مورد ساختار بازآرایی شده اظهارنظر نمایند.
۳. ذینفعان مشخص نمودند که کدام قسمت از اصلاحات ساختاری خوب پیش می رود.
۴. مدیر تغییر مشخص نمود که کدام قسمت از اصلاحات ساختاری خوب پیش می رود.
۵. ذینفعان موارد قابل بهبود در سازماندهی ساختار بیمارستان را تعیین نمودند.
۶. مدیر تغییر موارد قابل بهبود در سازماندهی ساختار بیمارستان را تعیین نمود.
۷. مدیر تغییر و ذینفعان با هم بر روی «برنامه عملیاتی برای بهبود» توافق کردند (۶۰).

۴-۴) ویژگی ها، مزایا و یافته های حاصل از تحلیل ساختار

۱-۴-۴) ویژگی های سازماندهی مجدد بیمارستان

نکات مهم در خصوص نمودار سازمانی مجتمع آموزشی، پژوهشی درمانی امام رضا(ع) به شرح زیر می باشد:

- بالاترین کمیته/ شورای مجتمع کمیته مدیریت و رهبری می باشد که اعضاء و وظایف آن بر اساس استانداردهای ملی اعتباربخشی تعیین شده است.
- امورات مربوط به منابع انسانی (موضوعات اداری و رفاهی) در شورای منابع انسانی مجتمع که بر اساس آیین نامه مربوطه تشکیل شده است، بررسی و تصمیم گیری می شود.
- مدیریت خدمات پرستاری مجتمع، بر اساس آیین نامه جامع مدیریت پرستاری مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) اداره می شود.
- اداره برنامه ریزی ارزیابی و بهبود کیفیت، با توجه به ماهیت فعالیت ها می تواند به صورت مستقیم با معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت، ریاست و حوزه مدیریت پرستاری مجتمع ارتباط برقرار کرده و در این موارد حتما نیازی به طی کردن سلسله مراتب از طریق مدیر مربوطه نیست.

¹ Pendleton

- واحد حسابداری درآمد دارای دو نقش می باشد : در نقش اول که موضوعات ترخیص بیماران و گزارش های درآمدی، عملکردی، کارانه و مواردی از این دست مطرح است، مستقیم زیر نظر معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع فعالیت دارد و در حوزه نظارت بر وصول درآمدها زیر نظر عامل مدیر مالی فعالیت خواهد نمود.
- ناظر و هماهنگ کننده امور پشتیبانی مجتمع، فردی که بعد از تعریف یک پروژه از طرف معاون توسعه مدیریت و منابع مرکز (یا قائم مقام وی) اقدام به پیگیری موضوع و نظارت و هماهنگ ساختن فعالیت های مربوط به پروژه مذکور می باشد. در حالت عادی هم این فرد وظیفه تهیه گزارش در خصوص تحقق وظایف محوله به حوزه های پشتیبانی را بر عهده دارد. در هر حالت این فرد مجاز به تصمیم گیری و شروع کار جدید نیست.
- روابط بین دانشکده پزشکی با بیمارستان تحت یک تفاهم نامه با عنوان تفاهم نامه بین بیمارستان، ستاد دانشگاه و دانشکده پزشکی تنظیم می شود.

برخی از مهمترین ویژگی های سازماندهی مجدد به صورت زیر می باشد:

- ادغام عملکردی و ساختاری معاونت آموزشی و معاونت درمان، تحت عنوان معاونت آموزش و سلامت
- تعریف معاون آموزش و سلامت به عنوان قائم مقام دانشکده پزشکی در بیمارستان به جهت نقش برجسته اعضای هیات علمی، دستیاران تخصصی و فوق تخصصی در امور درمانی بیمارستان و تعامل بیمارستان با دانشکده پزشکی
- تدوین راهنمای شرح وظایف عمومی و اختصاصی به تفکیک هر حوزه و اداره با توجه به اهداف کلی بیمارستان
- تفکیک و مجزا نمودن حوزه خدمات پرستاری به ۲ سایت. تاپ چارت حوزه پرستاری مشتمل بر مدیریت خدمات پرستاری، مدیریت پرستاری سایت ۱ و مدیریت پرستاری سایت ۲
- اضافه نمودن دفتر توسعه آموزش بالینی به نمودار سازمانی در مسیر ارتقا نیازهای آموزشی اعضای هیات علمی و فراگیران، ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی و غیره
- اضافه نمودن مرکز نظارت بر درمان در راستای کسب دستورالعمل های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و اجرای آن در بیمارستان، بررسی پرونده های پزشکی به صورت تصادفی یا هدفمند از نظر اندیکاسیون و غیره
- استقرار اداره بودجه و تخصیص منابع به عنوان اداره مستقل به جهت بهبود کارایی، تخصیص بهینه منابع و تمرکز بر تحلیل هزینه ها
- استقرار اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت به عنوان اداره مستقل و زیر مجموعه مستقیم ریاست مجتمع در راستای استانداردهای اعتبار بخشی

۲-۴-۴) مزایای سازماندهی مجدد بیمارستان

برخی از مهمترین مزایای حاصل از اجرای پروژه سازماندهی مجدد و اصلاح ساختار بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

- چابک سازی از طریق بازآرایی و اصلاح ساختار تشکیلاتی و سازمانی
- کاهش بوروکراسی اداری با هدف افزایش بهره وری سازمانی در سطح کل واحدها
- ایجاد تمرکز تصمیم گیری های ستادی و انجام تصمیم گیری توسط یک فرد و شناخت یک نفر به عنوان مسئول آموزش و سلامت بیمارستان
- کنترل متمرکز مدیریت منابع انسانی و شناخت بهتر نیازهای تخصصی و منابع انسانی بیمارستان
- ایجاد کارایی و صرفه جویی در منابع انسانی
- ایجاد تمرکز در خصوص انجام وظایف واحدهای صفی در راستای اهداف سازمان
- افزایش انعطاف پذیری در ساختار ادغام در حوزه امکانات و الزامات
- مرکزیت نظارتها
- تسهیل فرآیندها و کاهش تداخلات و همپوشانی ها بین فعالیت های آموزشی و فعالیت های درمانی
- تقویت جایگاه فعالیت های آموزشی در بیمارستان
- افزایش حس همکاری بیشتر بین واحدهای زیر مجموعه
- شفاف سازی اهداف بیمارستان برای تمامی رده های درمانی
- توسعه شیوه ها و سازوکارهای اثربخش در زمینه همکاری نظام سلامت (بیمارستان) با گروه های آموزشی (پزشکی، پرستاری، مامایی، هوشبری و اتاق عمل)
- افزایش پژوهش های میدانی و کاربردی
- افزایش کارایی، اثربخشی و رضایت مندی بیماران و کارکنان

۳-۴-۴) تحلیل ساختار بیمارستان بر اساس پرسشنامه ساختار سازمانی رابینز

هدف از این مطالعه بررسی ساختار سازمانی طراحی شده در مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد بر اساس نظریه استیفن رابینز بود. سوالهای پژوهش شامل بررسی میزان پیچیدگی، رسمیت و تمرکز در سازماندهی مجدد بیمارستان بود. روش پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی و نمونه آماری شامل ۱۱۰ نفر شامل کلیه رده های مختلف مدیریتی (ریاست، معاونین، مدیران، روسای ادارات، مسئولین واحدها، سوپروایزرها و سرپرستاران) در مجتمع بیمارستانی امام

رضا(ع) در سال ۱۴۰۰ بود. نمونه گیری بر اساس جدول مورگان انجام شد($n=86$). ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه های پیچیدگی، رسمیت و تمرکز رابینز بود. پرسشنامه مذکور شامل ۲۴ سوال است که سوالات ۱ تا ۷ مربوط به بعد پیچیدگی، سوالات ۸ تا ۱۴ مربوط به بعد رسمیت و سوالات ۱۵ تا ۲۴ مربوط به بعد تمرکز سازمان است. امتیاز پیچیدگی و رسمیت در پرسشنامه ساختار سازمانی رابینز از ۷ تا ۳۵ است و هر قدر این امتیاز به ۳۵ نزدیک تر بود، میزان پیچیدگی و رسمیت در ساختار سازمانی افزایش می یابد. امتیاز تمرکز نیز از ۱۰ تا ۵۰ است. هر قدر این امتیاز به ۵۰ نزدیک تر باشد، ساختار سازمانی تمرکز بیشتری را نشان می دهد. بخش اول پرسشنامه نیز اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات و سابقه خدمت) را مورد سنجش قرار داد.

جدول ۹: نمره گذاری مقیاس ابعاد ساختاری بر اساس پرسشنامه ساختار سازمانی رابینز

متغیر	تعریف عملیاتی	دامنه امتیازات	تعریف عملیاتی	دامنه امتیازات
پیچیدگی	پیچیدگی زیاد	۲۲-۳۵	پیچیدگی کم	۷-۲۱
رسمیت	رسمیت زیاد	۲۲-۳۵	رسمیت کم	۷-۲۱
تمرکز	تمرکز زیاد	۲۲-۳۵	تمرکز کم	۱۰-۳۰

تعداد ۶۷ پاسخنامه صحیح جمع آوری شد، بدین ترتیب ضریب بازگشت پاسخنامه ها ($0.77/90$) بوده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی برای تعیین شاخص هایی نظیر فراوانی، درصد و جدول استفاده گردید. همچنین در بخش آمار استنباطی از آزمون همبستگی اسپیرمن بهره گرفته شد. واکاوی داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱۰: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در پژوهش

تعداد (درصد)	مشخصات	
۲۳ (۳۴/۳)	۳۰ تا ۴۰ سال	سن
۳۵ (۵۲/۲)	۴۰ تا ۵۰ سال	
۹ (۱۳/۴)	بالای ۵۰ سال	
۶ (۹)	۵ تا ۱۰ سال	سابقه کاری
۱۷ (۲۵/۴)	۱۰ تا ۱۵ سال	
۲۵ (۳۷/۳)	۱۵ تا ۲۰ سال	
۱۹ (۲۸/۴)	بالای ۲۰ سال	
۴۲ (۶۲/۷)	زن	جنس
۲۵ (۳۷/۳)	مرد	
۲ (۳)	فوق دیپلم	میزان تحصیلات
۵۱ (۷۶/۱)	لیسانس	
۱۲ (۱۷/۹)	فوق لیسانس	
۲ (۳)	دکتری	

در این پژوهش با بررسی ابعاد مهم ساختاری (پیچیدگی، رسمیت و تمرکز) در ساختار سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشخص گردید که در ساختار موجود پیچیدگی با امتیاز ۲۱/۸۸ در محدوده متوسط، رسمیت با امتیاز ۲۱/۵۰ در محدوده متوسط و تمرکز با امتیاز ۲۶ در محدوده کم قرار دارد. به منظور تعیین بعد پیچیدگی از میانگین و انحراف معیار برای هریک از سوالات پرسشنامه به تفکیک استفاده شد که داده‌های حاصل در جدول زیر درج شده است.

جدول ۱۱: بررسی توصیفی پرسشنامه ابعاد ساختار سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) (پیچیدگی)

ردیف	گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۱	تعداد عناوین شغلی	۳/۵۰	۰/۶۳
۲	درصد کارکنان با میزان تحصیلات بالا	۳/۳۸	۰/۷۹
۳	تعداد سلسله مراتب از بالاترین تا پایین ترین رده سازمانی	۳/۰۵	۰/۷۱
۴	میانگین تعداد سلسله مراتب در شاخه‌های مختلف	۲/۸۳	۰/۶۴
۵	تعداد واحدهای مختلف سازمان جدای از ساختمان اصلی	۳/۰۴	۰/۶۶
۶	میانگین فواصل واحدها از اداره مرکزی	۳/۰۲	۰/۶۹
۷	درصد کل نیروی انسانی در واحدهای پراکنده	۳/۰۱	۰/۷۸

جدول ۱۲: بررسی توصیفی پرسشنامه ابعاد ساختار سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) (رسمیت)

ردیف	گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۱	شرح وظایف مدون و قابل دسترسی	۳/۶۸	۰/۸۲
۲	میزان کنترل تطابق عملکرد با اعضا با ضوابط شغلی	۳/۱۷	۰/۹۰
۳	میزان انحراف کارکنان از ضوابط و استانداردها	۲/۳۷	۱/۰۹
۴	میزان دسترسی کارکنان به آئین نامه‌های لازم برای انجام وظایف‌شان	۳/۰۵	۰/۹۹
۵	میزان پیروی کارکنان از آئین نامه‌ها و دستورالعمل‌های شغلی	۲/۹۵	۰/۶۶
۶	میزان تصمیم‌گیری روسای ادارات/ سوپروایزرها مستقل از قوانین و دستورالعمل‌ها	۲/۶۱	۰/۹۶
۷	میزان قوانین و دستورالعمل‌های مکتوب در بیمارستان	۳/۶۴	۰/۸۱

جدول ۱۳: بررسی توصیفی پرسشنامه ابعاد ساختار سازمانی مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) (تمرکز)

ردیف	گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۱	میزان جمع‌آوری اطلاعات به طور مستقیم توسط مدیران برای تصمیم‌گیری	۲/۹۴	۱/۰۱
۲	میزان تحلیل اطلاعات توسط مدیران بیمارستان	۳/۳۱	۰/۹۰
۳	میزان نظارت مستقیم بر اجرای تصمیمات توسط مدیران عالی بیمارستان	۲/۹۸	۰/۸۲
۴	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در تعیین بودجه واحد خود	۲/۳۸	۱/۰۲
۵	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در ارزیابی عملکرد واحد خود	۳/۳۵	۰/۸۲
۶	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در استخدام و اخراج پرسنل واحد خود	۲/۴۳	۱/۰۴
۷	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در اعطای پاداش‌های مالی پرسنل خود	۱/۸۸	۰/۹۲
۸	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در خریداری تجهیزات و ملزومات	۲/۰۷	۰/۹۸
۹	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در تعیین نحوه انجام امور استثنایی و بی سابقه	۲/۲۳	۱/۱۰
۱۰	میزان آزادی روسای ادارات/ سوپروایزرها در ایجاد طرح‌های جدید	۲/۳۸	۱/۰۲

۱. Schofield DJ, Earnest A. Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia, 2005 to 2050. *Australian Health Review*. 2006;30(4):507-15.
۲. Pickering BW, Litell JM, Herasevich V, Gajic O. Clinical review: the hospital of the future-building intelligent environments to facilitate safe and effective acute care delivery. *Critical care*. 2012;16(2):1-11.
۳. Barber SL, Borowitz M, Bekedam H, Ma J. The hospital of the future in China: China's reform of public hospitals and trends from industrialized countries. *Health policy and planning*. 2014;29(3):367-78.
۴. Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science*. 2004;305(5691):1733-6.
۵. Gluckman PD, Hanson MA. The developmental origins of health and disease. *Early life origins of health and disease*: Springer; 2006. p. 1-7.
۶. Intelligence DF. Fit for the Future. *Dr Foster Hospital Guide 2012*. 2012.
۷. Maguire R, kreit B, Smith S, Hamamoto B, Hendricks D future of the hospitals: public summary report united state institute for future. 2013;305(6322):650-854.
۸. Amin E, Ghasemi E, Haghdooost A, Hashemian F, Sabermahani A. The Hospital Wards of the Future Framework. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;15(7):607-20.
۹. Hinings CR, Greenwood R. ASQ forum: disconnects and consequences in organization theory? *Administrative Science Quarterly*. 2002;47(3):411-21.
۱۰. Miles RE, Snow CC. Organization theory and supply chain management: An evolving research perspective. *Journal of operations management*. 2007;25(2):459-63.
۱۱. Abolqasem A. Impact of Organizational culture on organizational structure: MSc Thesis of Islamic Azad University. Tehran. 1386.
۱۲. Annem-Walsh K, Sabot S. Factors Influencing strategy selection in Academy Health centers. *Journal of Healthcare Management*. 2002;47(6):37-45.
۱۳. Alizadeh S, Maleki MR, Khodayari Zarnaq R, Darzi Ramandi S, Sadeqi A. Relationship between Strategy and Organizational Structure: A Comparative Study between Public and Private Hospitals of Tehran 2012. *Journal of Hospital*. 2014;13(3):35-42.
۱۴. Shabanikiya H, Vafaei-Najar A, Esmaili H, Allahverdi Sarasiabi F. Assessment of Internal Environment of Hospitals at Mashhad University of Medical Sciences Based on Wiseboard Model; 2016. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2018;7(2):74-82.
۱۵. Burke M, Boal J, Mitchell R. Communicating for Better Care: Improving nurse-physician communication. *AJN The American Journal of Nursing*. 2004;104(12):40-7.
۱۶. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh PP. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim Research Journal*. 2008;11(2):59-71.
۱۷. Ginige K, Amaratunga D, Haigh R. Mapping stakeholders associated with societal challenges: A Methodological Framework. *Procedia engineering*. 2018;212:1195-202.
۱۸. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. *Built Environment Project and Asset Management*. ۲۰۱۳.
۱۹. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. *Business and society review*. 2005;110(4):407-31.
۲۰. Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M-H, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis. *Motaleate Shahri*. 2021;10(37):71-84.

۲۱. Lin X, Ho CM-F, Shen GQ. For the balance of stakeholders' power and responsibility: A collaborative framework for implementing social responsibility issues in construction projects. *Management Decision*. 2018.
۲۲. Yusefi A, Kavosi Z, Keshvari M, Mehrabi M. The Relationship between Organizational Structure and Organizational Strategy: Case Study of Shiraz University of Medical Sciences. *Sadra Medical Journal*. 2017;5(4):217-26.
۲۳. Ahmady GA, Mehrpour M, Nikooravesh A. Organizational structure. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016;230:455-62.
- ۲۴/ رضائیان، علی؛ مبانی سازمان و مدیریت، تهران، سمت، ۱۳۸۶، چاپ دهم، ص ۳۶۳.
۲۵. نیکوآقبال، علی اکبر؛ برگزیده نظریه های سازمان و مدیریت، تهران، سمت، ۱۳۸۷ چاپ اول، ص ۴۳.
۲۶. امیر کبیری، علیرضا؛ مروری بر تئوری و اصول مدیریت، تهران، نگاه دانش، چاپ چهارم، ۱۳۸۴، ص ۱۵۹-۱۶۱.
۲۷. رضائیان، علی؛ تهران، سمت، ۱۳۸۶، چاپ دهم، ۳۷۳.
۲۸. Rahbar A, Rahbar S, Mohammadbeigi A, Omid Oskoue A. Investigating the effect of organizational structure dimensions on knowledge management in public hospitals in Qom province. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2021;15(2):0.-
۲۹. Dashti R. Investigating the Structure and Organization of Hospitals in Islamic Civilization (From the middle of the second century to the middle of the eighth century AH). *Medical Ethics and History of Medicine*. 2020;13(1):75-90.
۳۰. نیا، فرزانه، علی، زاده، عبادی، عباس، et al. آسیب شناسی ادغام سیستم آموزش پزشکی با ستاد عالی در یک سازمان بهداشتی درمانی؛ یک تحقیق کیفی. *مجله پژوهش سلامت*. ۲۰۱۷؛ ۲(۲): ۱۳۳-۴۲.
۳۱. Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E. Investigation of Hospitals Management Challenges: A Qualitative Study in Shiraz Hospitals. 2016.
۳۲. TOURANI S, ZANGANEH BM, SALEHI M, CHUBAN B. Relationship between structural and contextual dimensions in organizational structure of ZahedanKhatamolambia hospital. 2015.
۳۳. Mirzaei S. Explanation of the executive challenges of clinical governance in military and university hospitals in Kerman city and offering suggestion-2014: MSc. Thesis, Kerman University of Medical Sciences; 2015.
۳۴. افسون آپ، کاظم زد، فرانک ف، فرزانه م، تلماظم، حامد ز. عملکرد واحدهای توسعه تحقیقات بیمارستان های آموزشی و راهکارهای ارتقای این واحدها.
۳۵. Jadidi R, Memari F, Anbari Z. The relationship between organizational structure and organizational intelligence in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences. 2013.
۳۶. Safarani S, Arab M, Rahimi A, Ahangar A, Fayazbakhsh A. Internal environment analysis of Tehran University of Medical Sciences Hospitals based on Wiseboard model. *Journal of Payavard Salamat*. 2012;6(2):101-9.
۳۷. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis J, Yazdizadeh B, Gholami J. 'Linking research to action' in Iran: Two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. *Public Health*. 2010;124(7):404-11.
۳۸. Majdzadeh R, Nedjat S, Gholami J, Nedjat S, Maleki K, Qorbani M, et al. Research collaboration in Tehran University of Medical Sciences: two decades after integration. *Health research policy and systems*. 2009;7(1):8.
۳۹. Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, EYN EB. Integration of medical education and healthcare service. 2009.
۴۰. Nedjat S, Yazdizadeh B, Gholami J, Ashorkhani M, Nedjat S, Maleki K, et al. Effect of Ministry of Health and Medical Education structure on application of medical research. *Hakim Research Journal*. 2008;11(3):1-10.

۴۱. Ameri S MZK. The relationship between organizational factors (structure and technology) Physical Education Organization's knowledge management strategy. *Journal of Research in Sport Sciences*. 2008;20(1):157-72.
۴۲. Vatankhah S, Bahrami M. An assessment on internal teaching-curative hospital environment according Wise board's six-dimensions Model (Shiraz City, 2006). *Journal of health administration*. 2008;10(30):7-14.
۴۳. Abbasi M, Razavi S, Nouraei S. Academic experts Attitude, to medical integration with health care. *J Tehran Uni Med Sci*. 2005;1:80-8.
۴۴. Arab M AF, Sedghiany E. Management method and organizational structure of public-government hospitals in Iran from the perspective of hospital managers. *Hospital*. 2003;3(4):5-12.
۴۵. MARANDI S. The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: a historical overview. 2001.
۴۶. Xie Y, Liang D, Huang J, Jin J. Hospital Ownership and Hospital Institutional Change: A Qualitative Study in Guizhou Province, China. *International journal of environmental research and public health*. 2019. ۱۶:۸(۱۶);
۴۷. Im B, Park J. The Effects of Organizational Structure of Hospital on the Conflict Patterns of Human Resources. *Korea Journal of Hospital Management*. 2018;23(3):63-71.
۴۸. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical care*. 2000;807-19.
۴۹. Boelen C. Adapting health care institutions and medical schools to societies' needs. *Academic Medicine*. 1999;74(8):S11-20.
۵۰. Hennen B. Demonstrating social accountability in medical education. *Cmaj*. 1997;156(3):365-7.
۵۱. Rourke J. Social accountability in theory and practice. *The Annals of Family Medicine*. 2006;4(suppl 1):S45-S8.
۵۲. Zheng W, Yang B, McLean GN. Linking organizational culture, structure, strategy, and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management. *Journal of Business research*. 2010;63(7):763-71.
۵۳. Mathis R. Building bridges through effective communication. *Supervision*. 2007;68(10):3.
۵۴. Gerjevic KA, Rosenbaum ME, Suneja M. Resident perceptions of the impact of duty hour restrictions on resident-attending interactions: an exploratory study. *BMC medical education*. 2017;17. ۱:۸-۱(۱)
۵۵. Tran C, Archibald D, Humphrey-Murto S, Liddy C, Keely E. What makes a high-quality electronic consultation (eConsult)? A nominal group study. *Journal of telemedicine and telecare*. 2020;26(4):239-47.
۵۶. Akbari M, Esmaeilpour R, Aletaha H, Ghavidel A. The Effect of Inter-Organizational Communication on Employees' Extra-Role Behavior and Engagement: Mediating Role of Organizational Commitment and Role Ambiguity. *JOURNAL OF HUMAN RESOURCE STUDIES*,[online]. 2020;10(2):125-50.
۵۷. پور ق, ارین, پور عزت, محمدی. تبیین عوامل درون سازمانی و برون سازمانی مؤثر بر ساخت سازمانی هویت در سازمان های دولتی. مدیریت دولتی. ۲۰۱۱;۳(۷):۱۴۹-۶۶.
۵۸. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
۵۹. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.

9. Brown N, Cooke L. Giving effective feedback to psychiatric trainees. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(2):123-8.

