[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]

[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان: یک مطالعه کیفی

علی محمد مصدق راد[1]، پروانه اصفهانی[2*]

۱. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

نشریه پایش
سال نوزدهم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۸ صص ۳۹- ۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱ بهمن ۹۸]

چکیده

مقدمه: برنامه‌ریزی استراتژیک، علم و هنر تحلیل استراتژیک سازمان، پیش‌بینی تغییرات محیط داخل و خارج سازمان، تعیین اهداف استراتژیک، توسعه استراتژی‌ها و تخصیص بهینه منابع برای دستیابی به مزیت برتری است. تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های ایران با چالش‌هایی همراه بوده است. این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش کیفی به روش پدیدارشناسی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۴۷ نفر از مدیران عضو تیم برنامه‌ریزی استراتژیک ۱۷ بیمارستان دولتی، تأمین اجتماعی، خصوصی، خیریه و نظامی استان تهران انجام شد. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته ها: مدیریت و رهبری ضعیف، برنامه‌ریزی نادرست، فرهنگ نامناسب سازمانی، عدم توجه به یادگیری سازمانی و مدیریت ضعیف کارکنان، بیماران، منابع و فرآیندهای کاری موانعی بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران ایجاد کردند. عدم توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک، استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها، آموزش ناکافی، مشارکت و تعهد کم مدیران، کارکنان و پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، کمبود منابع، توجه کم به کار گروهی و بیمار محوری و عدم وجود سیستم مناسب برای مدیریت و ارزشیابی فرآیندهای کاری از جمله مهمترین چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها بودند.

نتیجه گیری: مدیران بیمارستان‌های استان تهران با چالش‌های متعددی در برنامه‌ریزی استراتژیک مواجه هستند. این چالش‌ها در صورتی که به خوبی مدیریت نشوند، مشکلات زیادی در تدوین و اجرای برنامه‌های استراتژیک ایجاد خواهند کرد. بنابراین، ضروری است که سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت اقدامات لازم را برای رفع این موانع بکار گیرند.

کلیدواژه: برنامه‌ریزی استراتژیک، چالش، بیمارستان

کد اخلاق: IR.TUMS.REC.1394.332

* نویسنده پاسخگو: زابل، دانشگاه علوم پزشکی زابل
E-mail: p.isfehani@mail.com

مقدمه

بیمارستان‌ها حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد هزینه‌های سلامت را در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی تشکیل می‌دهند [۱]. از طرف دیگر، بیمارستان‌ها سازمان‌های دانش محور بسیار پیچیده‌ی چند تخصصی بروکراتیک با سازگاری و قابلیت تطبیق بالا هستند. بنابراین، مدیریت اثربخش بیمارستان‌ها همواره مورد توجه سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت بوده است. بیمارستان‌ها سیستم‌های بازی هستند که با عدم اطمینان در محیط داخلی و خارجی مواجه هستند. تغییرات محیط خارجی بیمارستان‌ها نظیر تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیکی، نوسانات اقتصادی، تغییر سبک زندگی مردم، انتظارات متغیر مردم و سیاستمداران و تغییرات محیط داخلی نظام سلامت نظیر پیچیدگی بازار سلامت، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، توسعه فناوری‌های جدید، تغییر کمیت و کیفیت کارکنان بخش سلامت، افزایش هزینه‌ها و تغییر قوانین و مقررات منجر شد که مدیران بیمارستان‌ها از دهه ۱۹۸۰ میلادی به مدل‌ها و فنون مدیریت استراتژیک متوسل شوند تا بهتر بتوانند به چالش‌های محیطی پاسخ دهند [۲]. نیاز بیماران، مدل‌ها و فناوری‌های مراقبت و درمان و روش‌های انجام کار در حال تغییر است. بنابراین، بیمارستان‌ها هم باید تغییر کنند تا بتوانند در بازار رقابت بقا یابند.

مدیریت استراتژیک شامل مراحل تدوین، اجرا و ارزشیابی استراتژی است. برنامه‌ریزی استراتژیک به عنوان اولین مرحله مدیریت استراتژیک، فرآیند توسعه استراتژی‌هایی برای دستیابی به اهداف استراتژیک و دورنمای سازمان است. استراتژی مجموعه اقداماتی است که مدیران ارشد سازمان برای دستیابی به اهداف استراتژیک و دستیابی به مزیت برتری یا رقابتی با توجه به تحلیل محیط درون و بیرون سازمان به کار می‌گیرند. برنامه‌ریزی استراتژیک، علم و هنر تحلیل استراتژیک سازمان، پیش‌بینی تغییرات محیط داخل و خارج سازمان، تعیین اهداف استراتژیک، توسعه استراتژی‌های دستیابی به اهداف و تخصیص بهینه منابع برای پاسخگویی مناسب و بهنگام به این تغییرات محیطی است. بنابراین، برنامه‌ریزی استراتژیک شامل تحلیل استراتژیک محیط داخلی و خارجی سازمان و پیش بینی آن، تعریف مأموریت سازمان، تعیین دورنما و اهداف استراتژیک سازمان و تدوین استراتژی‌های دستیابی به اهداف یادشده است [۲]. برنامه‌ریزی استراتژیک به ایجاد مأموریت، دورنما و ارزش‌های مشترک در سازمان منجر می‌شود تا مدیران و کارکنان با انگیزه بیشتر برای دستیابی به اهداف سازمانی تلاش کنند. فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک با تعیین مأموریت و دورنمای سازمان، جهت سازمان را برای یک دوره زمانی بلند مدت مشخص می‌کند. بدون برنامه استراتژیک، هر مدیری در سازمان می‌تواند در زمینه جهت سازمان، ساختار و فرهنگ سازمان، کمیت و کیفیت کارکنان و نتایج مورد انتظار تصمیم بگیرد. در نتیجه، با تغییر مدیران سازمان، اولویت‌ها و اهداف سازمان و مسیرهای دستیابی به آنها تغییر خواهد کرد که هزینه زیادی بدون دستیابی به نتایج قابل قبول به سازمان تحمیل می‌کند. برنامه استراتژیک مشخص می‌کند که سازمان چه کارهایی باید انجام دهد، چرا باید انجام دهد و چه کارهایی را نباید انجام دهد.

برنامه استراتژیک از قابلیت بالایی برای بهبود عملکرد بیمارستان‌ها برخوردار است [۷-۳]. به عنوان مثال، اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان دانشگاهی ویسکانسین در آمریکا موجب کاهش ۳۸/۵ درصدی میزان جابجایی کارکنان، کاهش ۱۷ درصدی متوسط اقامت بیماران، افزایش ۱/۴ برابری رضایت بیماران و افزایش ۳/۹ برابری سود بیمارستان شد [۳]. مطالعه‌ای دیگر در آمریکا ارتباط مثبت بین برنامه استراتژیک و عملکرد مالی ۱۳۸ بیمارستان ایالت تگزاس را در سال ۲۰۰۶ میلادی گزارش کرد [۴]. اجرای برنامه‌استراتژیک در بیمارستانی در شهر اصفهان در بازه زمانی ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ منجر به افزایش ۱۰/۱ درصدی رضایت شغلی کارکنان، کاهش ۶۱/۴ درصدی تمایل کارکنان به ترک سازمان [۵]، افزایش ۶ و ۸/۶ درصدی کیفیت خدمات بستری و سرپایی بیمارستان، افزایش۸/۳ و ۲۴ درصدی رضایت بیماران بستری و بیماران سرپایی، کاهش ۳۳ درصدی زمان انتظار بیماران سرپایی برای دریافت خدمات پزشکان متخصص، افزایش ۲۰ و ۸۷ درصدی میزان وفاداری بیماران بستری و سرپایی به بیمارستان [۶]، افزایش۱۶/۷ و ۲۵ درصدی میزان اشغال تخت و گردش تخت بیمارستان و کاهش ۷/۵ و ۵۷ درصدی متوسط اقامت بیمار و فاصله گردش تخت بیمارستان شد [۷].

با توجه به تأکید نظام اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران بر داشتن برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های کشور، از سال ۱۳۹۱ تقریباً همه بیمارستان‌های کشور دارای برنامه استراتژیک هستند. با این وجود، بیمارستان‌های کشور عملکرد متوسطی دارند و با چالش‌هایی در زمینه‌های کیفیت، کارایی و بهره‌وری مواجه هستند [۱۰-۸]. مطالعات قبلی میزان موفقیت برنامه‌های استراتژیک را در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

بیمارستان‌های ایران در حد کم تا متوسط گزارش کردند [۱۳-۱۱]. در برخی از بیمارستان‌ها فقط برنامه استراتژیک نوشته می‌شود و به مرحله اجرا در نمی آید [۱۲]. تدوین نادرست برنامه استراتژیک و اجرای نادرست آن، علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع، منجر به کاهش انگیزه مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها می‌شود. در نهایت، کارکنان اعتماد خود را به مدل‌ها و فنون مدیریتی از دست خواهند داد و نسبت به اجرای آنها در سازمان مقاومت خواهند کرد.

سه دلیل اصلی شکست برنامه‌های استراتژیک در سازمان‌های بهداشتی و درمانی عبارتند از استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، انتخاب فنون نامناسب برای به‌کارگیری مدل برنامه ریزی استراتژیک در عمل و آماده نبودن محیط سازمان برای برنامه‌ریزی استراتژیک [۲]. مطالعات متعددی به شناسایی و بررسی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های کشور پرداختند. پژوهشی در سال ۱۳۹۵، به بررسی موانع اجرایی برنامه-ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران در ۶ محور موانع مدیریتی، فرهنگی، انسانی، فرآیندی، ساختاری و تکنیکی پرداخت. موانع فرهنگی و فنی بیشترین تأثیر منفی را بر برنامه‌ریزی استراتژیک این بیمارستان‌ها داشتند [۱۴]. پژوهشی دیگر موانع ساختاری، انسانی و فرایندی را به ترتیب به عنوان مهمترین موانع برنامه‌ریزی استراتژیک در ۱۰ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۵ گزارش کرد [۱۵]. در پژوهشی دیگر در سال ۱۳۹۳ عوامل ساختاری، فرایندی و انسانی به ترتیب بیشترین مانع را در اجرای برنامه استراتژیک در ۱۲ بیمارستان شهر کرمان ایجاد کردند [۱۶].

اجرای طرح تحول سلامت در ایران در سال‌های اخیر منجر به افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستانی شد. در بازه زمانی ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶، تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی از ۱۰۶،۴۵۰ به ۱۲۵،۹۵۵ تخت (افزایش ۱۸/۳ درصد) و میزان پذیرش بیماران بستری در بیمارستان‌های کشور با رشد ۳۷/۳ درصد از ۸/۳ میلیون به حدود ۱۱/۴ میلیون نفر رسید [۱۷]. برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند به مدیران بیمارستان‌ها کمک کند تا بهتر به این تغییر پاسخ دهند و با استفاده بهینه از منابع بیمارستانی، خدمات با کیفیت به بیماران ارائه دهند. آگاهی از عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک و شناسایی چالش‌های آن منجر به برنامه‌ریزی بهتر و اجرای درست فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها انجام شده است. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد به‌منظور بکارگیری اقدامات لازم برای رفع موانع برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها قرار می‌دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات کیفی بود که به روش پدیدارشناسی (مطالعه پدیده‌ها) انجام شد. در مطالعات کیفی داده‌های جمع‌آوری شده به صورت کلمات هستند. بنابراین، داده‌ها ساختار نیافته و ذهنی Subjective بوده و بر اساس قضاوت تحلیل می‌شوند. پژوهش‌های کیفی ماهیت استقرایی داشته، برای موضوعاتی با دانش اندک مناسب هستند و منجر به کشف و توضیح پدیده‌های مورد پژوهش می‌شوند [۱۸]. هدف مطالعات کیفی توصیف و درک عمیق پدیده مورد مطالعه و تجربه زنده افراد در محیط طبیعی آنها است [۱۹]. این‌گونه پژوهش‌ها، اغلب بر مبنای مشاهدات و تفسیر درک افراد از پدیده‌های مختلف در مجموعه‌های واقعی صورت می‌گیرد. روش‌های مصاحبه، بحث متمرکز گروهی و مشاهده برای انجام پژوهش‌های کیفی مناسب هستند. در این مطالعه از مصاحبه‌های عمیق استفاده شد تا درک کامل، جامع و تفصیلی از عقاید، نگرش‌ها، احساسات و تجارب مدیران از چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان بدست آید.

پدیدارشناسی Phenomenology علم مطالعه، بررسی، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های زندگی است. پدیده‌ها شامل واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیم هستند. در این نوع پژوهش تجربه، ادراک، احساس، قضاوت و تفسیر افراد در مورد پدیده یا موضوع مورد نظر مطالعه می‌شود [۲۰].

پژوهش پدیدارشناسی مطالعه هدفمند، ساختاریافته، علمی و عینی موضوعاتی است که معمولاً ذهنی تلقی می‌شوند. برنامه‌ریزی استراتژیک قابلیت بهبود عملکرد بیمارستان‌ها را دارد. ولیکن، مدیران بیمارستان‌ها با چالش‌هایی به هنگام تدوین و اجرای برنامه استراتژیک مواجه هستند. بنابراین، در این مطالعه از پدیدارشناسی تفسیری Interpretive phenomenology برای شناسایی، بررسی، توصیف، تبیین و تفسیر چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران استفاده شد. پدیدارشناسی تفسیری شامل سه مرحله درک اولیه موضوع پژوهش، انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات، و تأمل و تفکر بر روی داده‌ها است [۲۱].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

پژوهشگر قبل از انجام پژوهش پدیدارشناسی تفسیری باید تا حدودی در مورد موضوع پژوهش دانش و اطلاعات داشته باشد تا در زمان پژوهش، داده‌ها و اطلاعات غنی و عمیقی را جمع‌آوری کند و به هنگام تحلیل داده‌ها، یافته‌های پژوهش را بهتر تفسیر کند تا بتواند ایده و دانش جدید تولید کند [۲۲].

در این پژوهش به صورت هدفمند از پنج گروه بیمارستان دولتی دانشگاهی، تأمین اجتماعی، خصوصی، خیریه و نظامی استان تهران، سه بیمارستان با موفقیت کم، متوسط و زیاد در برنامه‌ریزی استراتژیک، انتخاب شدند (تعداد ۱۵ بیمارستان). مدیران سطوح ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌ها که عضو تیم برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان بوده و حداقل یک سال تجربه در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک داشتند، برای مصاحبه دعوت شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع و گلوله برفی بود. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تعداد ۴۷ نفر شامل ۱۰ مدیر ارشد، ۲۲ مدیر میانی و ۱۵ مدیر عملیاتی در ۱۷ بیمارستان در این پژوهش مشارکت داشتند.

از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش استفاده شد. راهنمای مصاحبه و سوالات مصاحبه با توجه به اهداف پژوهش طراحی شد. سوالات مصاحبه بر چگونگی تدوین برنامه استراتژیک و چالش‌های آن در بیمارستان‌ها متمرکز بود. تعداد پنج مصاحبه پایلوت برای ارتقای سوالات مصاحبه، افزایش مهارت مصاحبه کننده و افزایش روایی ابزار پژوهش انجام شد. مصاحبه‌ها در محل کار مصاحبه‌شوندگان و با تعیین وقت قبلی انجام شد. مصاحبه‌ها با ۱۷ نفر به صورت یادداشت برداری و با بقیه با دستگاه ضبط صوت ثبت شدند. هر مصاحبه به‌طور میانگین حدود ۴۶ دقیقه (حداقل ۲۹ و حداکثر ۸۱ دقیقه) طول کشید.

از روش تحلیل موضوعی Thematic analysis شش مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های این پژوهش استفاده شد [۲۳]. محتوای مصاحبه‌ها تایپ و برای استخراج کدهای اولیه چند بار مرور شدند تا شناخت کامل نسبت به جوانب مختلف داده‌ها بدست آید. کدهای اولیه مرتبط با چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها در متن مصاحبه‌ها شناسایی شدند. کدهای مشابه و دارای معانی نزدیک در درون های فرعی و در نهایت، در درون‌های اصلی گروه‌بندی شدند. درون‌های اصلی و فرعی چند بار مرور و در صورت نیاز ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین درون‌های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس، تم‌های اصلی و فرعی نام‌گذاری و تعریف عملیاتی شدند. در نهایت، با توجه به سوال اصلی پژوهش، تم‌های اصلی و فرعی با استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب یک داستان هدفمند به صورت گزارش آماده شد. در این مقاله نقل قول مصاحبه‌شوندگان با حرف P مشخص شدند.

اقداماتی مانند انجام مصاحبه‌های پایلوت، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، جمع‌آوری و تحلیل اسناد، مقایسه دایم بین اطلاعات بدست آمده، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آنها، تبادل نظر با همتایان و شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام پژوهش، برای افزایش میزان اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج در این پژوهش صورت گرفت.

اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کسب رضایت آگاهانه، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، احترام به استقلال مصاحبه‌شوندگان به هنگام پژوهش، کسب اجازه برای ضبط صدا، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و بی‌طرفی پژوهشگران در کلیه مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها از جمله ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بودند.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش زن (۷۶/۶٪)، متأهل (۵۱/۱٪)، با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد (۶۳/۹٪)، دارای سن ۳۱ تا ۴۰ سال (۵۵/۳ درصد) و با سابقه کاری کمتر از ۱۰ سال (۶۳/۸٪) بودند. مدیران شرکت کننده در این پژوهش به طور میانگین ۳/۶ سال مشارکت در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان داشتند. به طور کلی، ۳۴ چالش بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران شناسایی شد که در ۸ گروه اصلی شامل مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، فرهنگ سازمانی، یادگیری سازمانی، مدیریت کارکنان، مدیریت مشتریان، مدیریت منابع و مدیریت فرآیندها دسته بندی شد (جدول۱).

مدیریت و رهبری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

مصاحبه‌شوندگان مدیریت و رهبری ضعیف را چالش مهمی بر سر راه فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها می‌دانستند. آن‌ها عواملی نظیر دستور سازمانی و ابلاغ اجباری برنامه‌ریزی استراتژیک، عدم توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد، حمایت و مشارکت پایین مدیران ارشد، انگیزه پایین مدیران، فقدان تفکر سیستمی و اعتقاد نداشتن به برنامه استراتژیک، جابجایی مدیران، ثبات مدیران، سابقه شکست برنامه‌های مدیریتی و عدم رهبری اثربخش را در ایجاد چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک موثر می‌دانستند.

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برنامه استراتژیک بیش از آنکه یک نیاز درون سازمانی باشد، یک دستور سازمانی از طرف وزارت بهداشت و درمان در راستای الزامات اعتباربخشی بیمارستانی است. مدیر یک بیمارستان دولتی گفت: *"با توجه به ابلاغیه وزارت بهداشت و درمان برای انجام مولفه‌های اعتباربخشی، سعی کردیم برنامه‌ریزی استراتژیک را انجام دهیم. این برنامه در این راستا در بیمارستان ما انجام شد. گروه بهبود کیفیت در اواخر سال ۱۳۹۰ برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان ایجاد شد."* (P1) اجرای اجباری فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها نمی‌تواند زمینه را برای دستیابی به مزیت برتری فراهم سازد. هر بیمارستانی باید با توجه به نیاز درونی این برنامه را اجرا کند. مترون یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: *"تا زمانی که این برنامه* [برنامه استراتژیک] *یک دستور سازمانی باشد، نمی‌توان انتظار داشت که باعث موفقیت بیمارستان شود. با اجباری بودن اجرای این برنامه، بسیاری از مدیران انگیزه خود را از دست داده و تلاشی برای دستیابی به نتایج از طریق این برنامه نخواهند کرد. علاوه براین، با اجباری بودن برنامه، بسیاری از برنامه‌ها صرفاً مستندسازی می‌شود. بسیاری از ارزیابان وزارت خونه دنبال مستندسازی برنامه استراتژیک هستند و کاری به درستی و عدم درستی اجرای آن ندارند."*(P6) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم چنین گفت: *"تا زمانی که*[مدیران] *بیمارستان احساس نیاز نکنند، اجرای اجباری این برنامه* [برنامه استراتژیک] *نمی‌تواند مفید باشد؛ زیرا تعهدی وجود ندارد. چیزی که به صورت اجبار اجرا شود، فقط به صورت مستند در بیمارستان ارائه و بایگانی می‌شود."*(P5)

برخی از مصاحبه‌شوندگان عقیده داشتند که عدم توجیه کامل برنامه‌ریزی استراتژیک توسط وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، تدوین و اجرای برنامه‌های استراتژیک را با چالش‌های زیادی مواجه خواهد ساخت. یکی از مدیران عملیاتی یک بیمارستان دولتی چنین گفت: *"برنامه‌ریزی استراتژیک بدون هیچ توجیهی ابلاغ شد. این عدم توجیه یعنی ناهماهنگی و بی برنامگی. درستش آن است که هدف این برنامه و جزییاتش گفته شود و شفاف‌سازی شود."*(P3) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان هم اظهارات مشابهی داشت: *"در جلسات و بازدیدهای ماهانه برنامه‌ریزی استراتژیک، به کارکنان و مدیران ضرورت بکارگیری برنامه‌ریزی استراتژیک را ذکر می‌کنیم، اما اینکه توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک به صورت رسمی برگزار شود، چنین چیزی وجود ندارد."*(P4) مصاحبه شونده دیگری هم گفت: *"بدون هیچ برنامه‌ریزی و فراهم کردن زیر ساخت‌های آن، برنامه‌ریزی استراتژیک همراه با برنامه اعتباربخشی ابلاغ شد. بدون توجیه ضرورت برنامه استراتژیک نمی‌توان آن را درست اجرا کرد. با چنین شرایطی، برنامه نه تنها به خوبی اجرا نمی‌شود، بلکه، باعث می‌شود که اعتبار برنامه ریزی استراتژیک نیز از بین رود و یک نوع بی اعتمادی به این برنامه به وجود آید."*(P1) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت: *"اهمیت و ضرورت بکارگیری برنامه استراتژیک در بیمارستان ما توجیه نشده است. تدوین چنین برنامه‌ای در آینده بیمارستان ما تأثیری ندارد. چرا ما باید فقط دنبال تدوین این نوع برنامه‌ها باشیم، در حالی که می‌دانیم هرگز استفاده نمی‌شود. برنامه استراتژیک در بیمارستان ما خاک می‌خورد. وجود چنین برنامه‌هایی نه باعث پیشرفت بیمارستان ما شده و نه باعث عقب ماندگی سازمان‌مان. باید چاره‌ای اندیشید."*(P2) معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی به دنبال ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی، کارگاه‌های آموزشی در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک برای مدیران بیمارستان‌ها برگزار کرده است. با این وجود، تعدادی از مدیران شرکت کننده در این پژوهش، این آموزش‌ها را کاربردی ندانستند.

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که میزان تعهد و مشارکت مدیران سطوح مختلف بیمارستان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک ناکافی بوده است. برای مثال، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی گفت: *"میزان تعهد مدیران در برنامه‌ریزی استراتژیک خوب نیست. مدیران بیشتر وقت‌ها درگیر برنامه‌های دیگری هستند و اعتقادی به اثربخش بودن برنامه استراتژیک ندارند. این در بیمارستان سردرگمی ایجاد کرده است."*(P22) یکی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

از دلایل عدم تعهد و مشارکت مدیران در برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها، نحوه ابلاغ برنامه‌ریزی استراتژیک بوده است. مصاحبه‌شوندگان عقیده داشتند که در زمان ابلاغ برنامه‌ریزی استراتژیک، اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفت. مترون یک بیمارستان دولتی چنین گفت: *"نحوه ابلاغ برنامه در افزایش تعهد مدیران مهم است. اگر برنامه با جزییات و به درستی توجیه می‌شد، می‌توانستیم انتظار داشته باشیم که تعهد مدیران بالا برود."* (P23) یکی دیگر از دلایل عدم تعهد و مشارکت مدیران به برنامه‌ریزی استراتژیک، انگیزه پایین مدیران بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"مدیر بیمارستان تعهدی در اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک نداشت. ایشان در واقع اصلاً انگیزه‌ای برای این کار ندارند."* (P11) عدم اعتقاد به مفید بودن برنامه استراتژیک دلیل دیگر تعهد و مشارکت پایین مدیران بیمارستان‌ها در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بوده است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی معتقد بود که: *"مدیران علاقه زیادی به اجرای این برنامه ندارند. آنها می‌گویند که ما می‌خواهیم برنامه‌های خودمون رو جلو ببریم. چیزی که آن‌ها می‌خواهند روزمرگی است که این از نداشتن تفکر استراتژیک ناشی می‌شود."* (P24)

از دیدگاه برخی از مصاحبه‌شوندگان، عمر کوتاه مدیریت در بیمارستان‌های مورد مطالعه موجب کاهش تعهد مدیران به برنامه-ریزی استراتژیک شده بود. مدیر داخلی یک بیمارستان دولتی چنین گفت: *"من تعهد مدیران را کم می‌بینم. مدیر باید از شروع فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک تا پایان دوره حضور داشته باشد. مدیر امروز است و فردا نیست. در یک سال چندین مدیر عوض می‌شود. این مدیران به فکر برنامه استراتژیک نیستند، بیشتر می‌خواهند امروزشان را سپری کنند و به برنامه استراتژیک زیاد پای‌بند نیستند."* (P12) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت: *"برنامه‌های تدوین شده با جابجایی مکرر مدیران اجرایی نخواهند شد. وقتی مدیر جدیدی وارد بیمارستان می‌شود، تا زمان آشنایی ایشان با کارکنان و محیط بیمارستان، تدوین و اجرای برنامه استراتژیک به تعویق می‌افتد. این امر دستیابی به اهداف را* بسیار دشوار می‌کند." (P31)

با این وجود، برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که ثبات مدیریتی نیز می‌تواند زمینه را برای کاهش تعهد مدیران ارشد فراهم کند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"مدیران با موقعیت ثابت در بیمارستان انگیزه و علاقه اولیه را برای انجام کار ندارند. بنابراین، آنها زیاد تمایلی به دخالت در برنامه‌های مختلف نشان نمی‌دهند."* (P13) در این راستا مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی نیز گفت: *"هم ثبات و هم بی ثباتی مدیران می‌تواند برای سازمان خطرناک باشد؛ اگر یک مدیر چندین سال در سازمان باشد، کارکنان به او عادت می‌کنند و زیاد حرفش را گوش نمی‌دهند. با این وجود، این مدیر با محیط سازمان آشنایی کامل دارد. برعکس، اگر یک مدیر ثابت نباشد، از محیط سازمان آگاهی کامل ندارد. فرصت یادگیری هم به دلیل تغییرات دائمی برایش فراهم نمی‌شود. این امر برای کارکنان هم خیلی سخت است؛ چون در مقابل تغییرات به راحتی سازگار نیستند و طول می‌کشد تا با قوانین یک مدیر آشنا بشوند. وقتی هم که آشنا می‌شوند، مدیر تغییر می‌کند و این خیلی بد است."* (P31)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که در سال‌های گذشته برنامه‌های مختلفی نظیر مدیریت کیفیت فراگیر، ارزیابی متوازن عملکرد، حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در بیمارستان‌ها اجرا شده است. به رغم صرف زمان و هزینه زیاد، بسیاری از این برنامه‌ها با شکست مواجه شدند و ایجاد بی‌اعتمادی در مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها کرده است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان اجرا شد و کلی هزینه شد. آخرش چی شد؟ مسئولین به این نتیجه رسیدند که این برنامه خوب نیست و رهایش کردند. این باعث شد که خیلی از کارکنان دیدگاه خوبی به اجرای این برنامه‌ها نداشته باشند."* (P4) با این وجود، برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که بکارگیری برنامه‌های مدیریتی قبلی نظیر استانداردهای ایزو مزیت‌های فراوانی برای بیمارستان‌ها داشته است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان پیشرو در برنامه‌ریزی استراتژیک معتقد بود: *"مدیر بیمارستان در سال ۱۳۸۲، واحد R&D را راه اندازی کرد. سپس، در سال ۱۳۸۴، اولین خود ارزیابی را براساس استانداردهای مدیریت کیفیت انجام دادیم و گواهی ایزو ۲۰۰۱ و ۲۰۰۸ را دریافت کردیم. پس از آن، گواهی تعهد به تعالی را دریافت کردیم و سپس، تقدیرنامه دو ستاره در بحث مدیریت کیفیت را گرفتیم. سعی کردیم گواهی‌های ایزو خود را وسیع‌تر کنیم و برای دریافت گواهی ایزوهای ۱۸۰۰۱ و ۱۴۰۰۱، مشاور گرفتیم. این مشاوران یک سری اولویت‌ها را برای بیمارستان تعیین کردند. این اولویت‌ها در حال حاضر در حال اجرا می‌باشند."* (P8)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که مدیران ارشد بیمارستان به دلیل عدم تعهد و حمایت، رهبری اثربخشی ندارند. مدیران بیمارستان‌ها باید در کارکنان انگیزه ایجاد کنند، آنها را آموزش داده و در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک هدایت و رهبری کنند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت:*"تنها مدیر یا ریس بیمارستان می‌تواند کارکنان را تشویق به درگیر شدن در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک بکند. "*(P10) برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد هستند به دلیل فقدان تعهد مدیران به اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیران نمی‌توانند کارکنان را به مشارکت بیشتر هدایت کنند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی اشاره کرد:*"مدیر یا رئیس بیمارستان فردی است که رهبری تعالی سازمانی را بر عهده دارد و می‌تواند کارکنان و سایر اعضا را وادار به مشارکت در تدوین و اجرای برنامه بکند. مدیر اگر تعهد به برنامه استراتژیک داشته باشد، می‌تواند از کارکنان بخواهد که به طور فعالانه و علاقمند در برنامه‌ها شرکت کنند."*(P14)

برنامه‌ریزی

مدیران بیمارستان‌ها برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک باید برنامه‌ریزی کنند. عواملی نظیر فقدان تیم مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، دانش و مهارت ضعیف تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، دانش و مهارت ضعیف مدیر برنامه‌ریزی استراتژیک، استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تدوین اهداف از پیش تعیین شده در برنامه، عدم تدوین برنامه عملیاتی واقع گرایانه و زمان طولانی تدوین برنامه استراتژیک از چالش‌های فنی برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های استان تهران بودند.

ترکیب نادرست تیم برنامه‌ریزی استراتژیک یکی از چالش‌های جدی در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها بود. تعداد افراد درگیر در فرایند تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران از یک نفر تا ۲۰ نفر متغیر بود. در برخی از بیمارستان‌ها برای انتخاب افراد در تیم برنامه‌ریزی استراتژیک شاخص مشخصی وجود نداشت. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت:*"اعضای تیم برنامه‌ریزی استراتژیک ۱۵ نفر هستند، شاخص مشخصی برای بکارگیری این افراد وجود ندارد. معمولاً افراد پرمشغله عضو این تیم هستند و عملاً هیچ وقت در جلسه هم حضور ندارند."*(P10) برخی از مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش بر این باور بودند که مشارکت مدیران عملیاتی و ذینفعان در کمیته تدوین برنامه استراتژیک بسیار کمرنگ است. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: *" شرکت افراد در تیم برنامه‌ریزی استراتژیک باید از بالا به پایین و بلعکس باشد. در برنامه ما نظام از پایین به بالا خیلی کمرنگ است.* در بیمارستان ما، مدیران عملیاتی مشارکت چندانی در تدوین برنامه استراتژیک ندارند."(P8)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که دانش و مهارت تیم برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها ضعیف است. به عنوان مثال، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت:*"برخی از اعضای تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، مهارتی در تدوین برنامه استراتژیک ندارند. به دلیل اینکه برخی از مفاهیم مدیریتی و برنامه‌ریزی استراتژیک پیچیده و سخت هستند، آن‌ها نمی‌توانند این مفاهیم را خوب درک کنند. در تحلیل محیط داخلی و خارجی بیمارستان خیلی مشکل داریم. اعضای تیم نمی‌توانند به خوبی محیط را تحلیل کنند. برای انتخاب مدل* برنامه‌ریزی استراتژیک *هم از یک دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت کمک گرفتیم. اون هم می‌رفت جزوه‌هاشو می‌خواند و برای ما می‌گفت."*(P11) یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان هم گفت:*"خیلی وقت‌ها تیم برنامه‌ریزی استراتژیک نمی‌تواند تمام عوامل محیطی را بررسی کند. از روش بارش افکار استفاده می‌کنند، آیا با وجود اطلاعات محدود تیم، آنها می‌توانند همه عوامل را بررسی کنند؟"*(P12) وجود این چالش باعث شد که در برخی از بیمارستان‌ها از شاخص‌هایی نظیر میزان تحصیلات، میزان علاقه، تجربه و میزان آشنایی با برنامه‌ریزی استراتژیک برای انتخاب اعضای تیم برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده شود. همچنین، عدم تسلط مدیر برنامه‌ریزی منجر به شکست فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان خواهد شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان هم اظهار کرد:*"متاسفانه اون افرادی هم که قرار بود اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک را زیر نظر بگیرند و مثلاً مسئول برنامه باشند، افراد توانمند و قوی نبودند؛ برای همین منظور برنامه خوب پیش نرفت."*(P8)

استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک یکی دیگر از چالش‌های اظهار شده توسط مدیران بیمارستان‌ها بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه ذکر کرد:*"مدل سازمان یافته و خوبی برای* برنامه‌ریزی استراتژیک *وجود ندارد. وقت زیادی از سازمان صرف انتخاب مدل می‌شود. اغلب مدل‌ها برای بخش‌های صنعتی قابل استفاده اند."* (P9) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت:*" یکی از چالش‌ها، انتخاب مدل برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان است. ما نمی‌توانیم درک کنیم*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

که کدام مدل می‌تواند جامع‌تر و در عین حال ساده‌تر باشد." (P7)
مدیر یک بیمارستان دولتی هم چنین گفت:*"در بیمارستان ما از شروع برنامه‌ریزی استراتژیک، از مدل‌های مختلفی مثل مدل‌های سوات، دیوید و دکتر طبیبی استفاده شد. به دلیل نواقص مختلف مجبور شدیم که قسمتی از مدل را تغییر دهیم. در حال حاضر، از مدل ترکیبی دیوید و برایسون استفاده می‌کنیم. با این حال، این مدل هم خیلی پیچیده شده است."* (P1) برخی از مدیران بیمارستان‌ها در انتخاب مدل برنامه‌ریزی استراتژیک از مشاوران استفاده کردند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: *"از مدل مهندس .... استفاده می‌کنیم. ایشان چون مشاور بیمارستان بودند، مدل خودشان را برای تدوین برنامه استراتژیک پیشنهاد دادند. با این وجود، مدل ایشان خیلی پیچیده و سخت بود. مهندس ... گفتند برخی از مراحل را حذف کنید و بخش‌های ساده آن را انجام بدهید تا این مدل را راحت تر انجام بدهید. ما برنامه را با استفاده از بخش‌های ساده آن تدوین کردیم و سعی کردیم که اجرا کنیم".*(P13)

تعدادی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش اظهار داشتند که وزارت بهداشت اهداف مشخصی را تعیین کرده و از مدیران بیمارستان‌ها خواسته تا این اهداف را در برنامه‌های استراتژیک بیمارستان بیاورند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی اشاره کرد: *"یکی از چالش‌های برنامه استراتژیک ما این است که تطابقی بین اولویت‌های بیمارستان و اهداف تعیین شده، وجود ندارد. وزارت بهداشت اهداف را تعیین می‌کند و ما را مؤظف کرده که هر سال این اهداف در برنامه استراتژیک آورده شود."*(P15) همچنین، استانداردهای اعتباربخشی از مدیران بیمارستان‌ها خواسته تا یک برنامه عملیاتی بیمارستان و چند برنامه برای ایمنی بیمار، بحران، بهبود کیفیت و .... داشته باشند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این زمینه گفت: *"در متن استانداردهای اعتباربخشی آمده که برای استانداردهای ایمنی باید چندین گانت در برنامه عملیاتی تدوین گردد؛ در صورتی که بحث ایمنی بیمار ربطی به برنامه عملیاتی ندارد و مربوط به مبحث بهبود کیفیت می‌باشد. با این وجود، هر سال باید ۴۰ گانت در برنامه عملیاتی تدوین گردد خواه به نتایجش دست پیدا کنیم خواه نه."*(P16).

برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند که برنامه استراتژیک کلاً خوب است، ولیکن، بیشتر مشکلات مربوط به اجرای برنامه عملیاتی است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این زمینه چنین گفت: *"برنامه به خوبی تدوین و مستند می‌شد، اما، وقتی وارد اجرای برنامه عملیاتی شدیم، اشکالات برنامه زیاد شد."*(P16). مصاحبه شوندگان میزان موفقیت برنامه عملیاتی را بسیار ناچیز و جزیی می‌دانستند و اعتقاد داشتند که این برنامه به دلیل چالش‌های فراوان نتوانسته بیمارستان را به موفقیت برساند. یکی از مصاحبه شوندگان گفت: *"برنامه‌ای اثربخش است که میزان شاخص‌ها را تغییر بدهد. اگه این شاخص‌ها را در جهت مثبت تغییر دهد، می‌گوییم که این برنامه بسیار عالی عمل کرده است. اگر برنامه این شاخص‌ها را در جهت مثبت تغییر ندهد، اجرا یا عدم اجرای آن هیچ فایده‌ای برای سازمان ندارد."*(P1) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی نیز اشاره کرد:*" برنامه استراتژیک در سازمان ما هر سه ماه مورد پایش قرار می گیرد. بین تئوری و عمل فاصله زیادی وجود دارد. میزان پیشرفت آن نسبت به سال گذشته با توجه به شاخص‌ها بسیار کم بوده است. "*(P17)

برنامه‌ریزی استراتژیک فرآیندی زمان‌بر و هزینه‌بر است. در برخی از بیمارستان‌ها تدوین برنامه استراتژیک بسیار طولانی شد. مشارکت کم مدیران در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک یکی از دلایل مهم طولانی شدن آن بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این زمینه گفت: *"تدوین برنامه بسیار راحته چون اهداف مشخص است و ما باید فقط آنها بنویسیم؛ ولی برنامه به دلیل مشارکت کم مدیران با تأخیر نوشته می‌شود. طی جلساتی که با اعضای تیم داریم، این برنامه اطلاع رسانی می‌شود تا اگر کسی نظری داره اعلام کند. معمولاً کسی زیاد نظر نمی‌دهد. شاید وقت خواندن ندارند یا اینکه برنامه را جدی نمی‌گیرند."*(P19) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی هم گفت: *"تقریباً ۴ ماه طول می‌کشد تا برنامه نوشته شود. هماهنگ کردن مدیران به دلیل مشغله کاری برای این منظور مشکل است."*(P41) عدم آگاهی در زمینه نحوه تدوین برنامه استراتژیک، دلیل دیگر طولانی شدن فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بوده است. مترون یک بیمارستان دولتی در این زمینه گفت: *"اوایل اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، دقیق نمی‌دانستیم که باید چکار کنیم. بچه‌ها اصلاً نمی‌دانستند که چطوری باید برنامه را بنویسند. به همین خاطر فرآیند تدوین برنامه خیلی طولانی شد و ۹ ماه طول کشید. این باعث شد که تیم برنامه‌ریزی استراتژیک رغبتی به اجرای این برنامه نداشته باشند."*(P6) همزمانی برنامه اعتباربخشی بیمارستانی و الزام آن برای تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها با اجرای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

برنامه طرح تحول سلامت دلیل دیگر طولانی شدن فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی بوده است. اجرای طرح تحول سلامت وقت زیادی از مدیران بیمارستان‌ها گرفت و آنها فرصت کمی برای هماهنگی تدوین برنامه استراتژیک داشتند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"در سه ماهه اول سال، برنامه‌ها را مورد بازنگری قرار می‌دهیم تا بدانیم چه برنامه‌هایی اجرا شده و چه برنامه‌هایی قرار است استمرار پیدا کند. ما به طور کامل از بهمن سال ۱۳۹۲ به طور کامل درگیر برنامه طرح تحول نظام سلامت شدیم. به همین علت تدوین برنامه استراتژیک طولانی‌تر شد. هر روز در قالب طرح تحول، بسته‌هایی به ما ابلاغ می‌شد. این، موضوع زمان تدوین برنامه‌ریزی استراتژیک را طولانی‌تر کرده بود."* (P21) طولانی شدن فرآیند تدوین برنامه، موجب خستگی تیم برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود.

فرهنگ سازمانی

ارتباطات و هماهنگی ضعیف سازمانی و عدم وجود روحیه کار گروهی در بین مدیران و کارکنان از چالش‌های فرهنگی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بودند. برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که ارتباطات و هماهنگی ضعیف در بیمارستان‌ها به یک چالش عمده در زمینه اجرای فرآیند برنامه-ریزی استراتژیک تبدیل شده است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"در جلسات متعددی که برای تدوین برنامه داریم. به دلیل مسائل مختلفی مثل تحلیل محیط داخلی و خارجی، بیانیه مأموریت و ... بین تیم اختلافات نظرهای مختلفی به وجود می‌آید. هیچ کدام کوتاه نمی‌آیند. هر کدام سعی دارد که حرف خودش را بگوید."* (P13) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی هم اعتقاد داشت که: *"هماهنگ کردن کارکنان بین واحدها خیلی دشوار است. بعضی کارکنان علاقمند به انجام برنامه هستند، ولی برخی از آن‌ها اصلاً علاقه‌ای ندارند. سرپرستارهای واحدها همیشه در این زمینه اظهار نگرانی می‌کنند. از سوی دیگر، در بیمارستان واحدهای زیادی وجود دارد که هماهنگی آنها خیلی دشوار است."* (P18)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که عدم وجود روحیه کارگروهی منجر به شکست برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها شده است. در راستای فقدان فرهنگ مشارکتی و کار گروهی، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی گفت: *"ما توی کار گروهی خیلی ضعیف عمل می‌کنیم. هر کارمندی کار را بر دوش دیگری می‌اندازد. ما توی کارهای انفرادی موفق‌تر هستیم؛ وقتی کار به صورت گروهی انجام می‌شود، خیلی تضاد و تعارض توی سازمان به‌وجود می‌آید. مثلاً توی برنامه عملیاتی واحدها خیلی مشکل داریم. هر روز یکی از کارکنان در خصوص تک‌روی کارمند دیگری احساس ناراحتی و نگرانی می‌کند."* (P26) فقدان یک فرهنگ مشارکتی و کارگروهی منجر به دلسردی و کاهش انگیزه کارکنان در اجرای برنامه می‌شود. مترون یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: *"ما نباید انتظار داشته باشیم که یک نفر همه کارها را انجام بده. مدیر همه وظایف و مسئولیت‌ها را به یک شخص می‌دهد، بعد هم انتظار دارد که ظرف چندماه برنامه نوشته و اجرا بشود. نه تنها برنامه اجرا نمی‌شود، بلکه باعث کاهش انگیزه افراد سازمان می‌شود."* (P6)

یادگیری سازمانی

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، عدم آگاهی و آموزش کافی مدیران و کارکنان را به عنوان یکی از چالش‌های اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌دانستند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی بیان کرد: *"هنوز که هنوز است عدم ملموس بودن واژه‌های برنامه-ریزی استراتژیک کاملاً مشهود است. به طوری که وقتی برای اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان مطالب را پرزنت می‌کنم و توضیح می‌دهم که این‌ها فرصت‌ها هستند، این‌ها تهدیدات هستند و ... ، هیچ گونه بازخوردی دریافت نمی‌کنم. این نشان دهنده‌ی این است که آن‌ها خوب متوجه نشدند. برخی مواقع آنها به موضوعاتی گیر می‌دهند که اصلاً موضوعات کلیدی نیستند و نیاز است که چندین بار مطالب را از اول توضیح دهم. دلیل این ناآگاهی می‌تواند این باشد که برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان به صورت مقطعی انجام می‌گیرد و این امر باعث فراموشی مطالب می‌شود."* (P16)

ابلاغ سریع لزوم تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها از طریق معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی موجب شد که مدیران بیمارستان‌ها از آمادگی کمی برای اجرای صحیح فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک برخوردار باشند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این زمینه گفت: *"برنامه به صورت ناگهانی بدون هیچ زمینه سازی ابلاغ شد. بنابراین، فرصت کمی برای آموزش کارکنان فراهم شد. با این وجود، مدیر بیمارستان برای حل مشکل آموزش، شرکت در کارگاه‌های دانشگاه را پیشنهاد کرد."* (P29) دوره‌های آموزشی برگزار شده برای اعضای تیم تدوین بسیار محدود و کوتاه مدت بوده و فقط در همان زمان شروع تدوین برنامه انجام شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

بسیاری از شرکت کنندگان نیز به اثربخشی کم آموزش‌های ارائه شده آن اشاره داشتند. مترون یک بیمارستان دولتی در این راستا چنین گفت:"*دوره‌های آموزشی خاصی وجود ندارد. اسلایدهای دانشگاه و برنامه‌های دوره‌ای برای کارکنان فرستاده می‌شود. همه کارکنان درگیر در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک نیستند. آنها فقط در حد نوشتن بیانیه رسالت مشارکت می‌کنند. دو سال قبل در سازمان دوره آموزشی گذاشتیم که برای افراد جذابیت نداشت و مرتبط با کار آن‌ها نبود. آموزش صرف، بنظرم زیاد جذابیتی ندارد.*"(P47)

مدیریت کارکنان

عواملی نظیر تعهد و مشارکت کم کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک، شایستگی و مهارت کم کارکنان، تعداد کم کارکنان، بار کاری زیاد کارکنان، انگیزه پایین کارکنان و عدم وجود یک سیستم تقدیر و پاداش از مشارکت کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک، چالش‌هایی بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها ایجاد کردند. مصاحبه شوندگان میزان مشارکت کارکنان و پزشکان را در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک ضعیف برآورد کردند. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی بیان کرد: "*در سازمان ما کارکنان مخصوصاً کارکنان درمانی، نسبت به برنامه‌ریزی استراتژیک تعهد خاصی ندارند و در برابر انجام آن از خود مقاومت نشان می‌دهند.*"(P19) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت:"*میزان دخالت پزشکان به دلیل مشغله کاری بسیار کم است. بسیاری از این پزشکانی که در سازمان کار می‌کنند، هیأت علمی دانشگاه هم می‌باشند. بنابراین، افراد سرشناسی هستند که وقت و زمان زیادی را صرف امور تدوین و اجرای برنامه‌ریزی استراتژیک نمی‌کنند.*"(P20) مصاحبه‌شوندگان نا آگاهی و نداشتن اطلاعات کافی را یکی از دلایل عدم مشارکت کارکنان و پزشکان بیان کردند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت:"*متاسفانه میزان دخالت کارکنان و پزشکان کم است. آنها در زمینه‌ی برنامه-ریزی استراتژیک آموزش کافی ندیده‌اند؛ به نظرم آموزش می‌تواند بسیار مفید باشد. حضور و مشارکت آن‌ها در تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، خیلی از فرآیندهای بالینی را شفاف و دستیابی به اهداف را تسهیل می‌کند. خیلی از این همکاران تمایل به گذراندن دوره‌های برنامه‌ریزی استراتژیک دارند. در جلسات تیم برنامه‌ریزی کلی وقت، جهت آموزش‌های کلیدی این همکارانصرف می‌گردد.*"(P21)

از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، افزایش بارکاری کارکنان زمینه را برای کاهش مشارکت کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک کاهش می‌دهد. مسئول بهبود کیفیت در یک بیمارستان دولتی بیان کرد: "بحث افزایش بار کاری کارکنان همزمان با اجرای چندین برنامه یک مشکل جدی در بیمارستان ما است. با این تعداد نیرو هم که داریم، نمی‌توانیم برنامه‌ها را در جهت مثبت به پیش ببریم."(P22) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی بیان کرد: "بار کاری پرسنل زیاد است. توان اجرای چندین برنامه را ندارند. چندین *برنامه به صورت همزمان انجام می‌شود. که این امر منجر به بی علاقگی آن می‌گردد.*"(P31)

مصاحبه‌شوندگان فقدان سیستم انگیزشی را یکی دیگر از علل کاهش مشارکت کارکنان در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌دانستند. مسئول بهبود کیفیت در یک بیمارستان تأمین اجتماعی بیان کرد:"*بدون مشارکت کارکنان نمی توانیم این کار را انجام دهیم. از سوی دیگر، هیچ سیستم انگیزشی وجود ندارد. به همین دلیل کارکنان زیاد تمایل خاصی به این برنامه ندارند.*"(P22) سوپروایزر یک بیمارستان دولتی هم اظهار مشابهی داشت:" *ما بدون مشارکت کارکنان نمی‌توانیم این کار برنامه ریزی استراتژیک را انجام دهیم؛ ولی چون هیچ سیستم انگیزشی وجود ندارد، کارکنان تمایل خاصی به این کار ندارند.* "(P45) مسئول بهبود کیفیت در یک بیمارستان خیریه هم گفت:"*میزان مشارکت کارکنان پایین هست. بسیاری از کارکنان انگیزه‌ای برای انجام برنامه در سازمان ندارند و مطرح می‌کنند که فرقی بین کسی که تلاش می‌کنه و نمی‌کنه وجود ندارد و از هیچ سیستم پاداشی در سازمان استفاده نمی-شود.*"(P30)

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان فقدان سیستم پاداش و قدردانی را به عنوان یکی از چالش‌های اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک نام برده اند. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی بیان کرد: " *چنین سیستم پاداش و قدردانی وجود ندارد. کارکنان فقط اگر سازمان رتبه بیاورد، مورد تشویق قرار می‌گیرند؛ به صورت عادی چنین چیزی وجود ندارد.*"(P22) مترون یک بیمارستان دولتی گفت: "*نه متاسفانه، در این زمینه هیچ اقدامی نشده است و فقط رتبه اول شدن ملاک است. آن کادو و هدیه هم نمی تواند زحمات کارکنان را جبران کند. این کادو یک لوح تقدیر است. طی مراسمی از مسئول برنامه‌ریزی استراتژیک قدردانی می‌کنند، ولی اینکه سیستم خاصی باشد، نه وجود ندارد.*"(P23) مصاحبه‌شوندگانی که آشنایی بیشتری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

با برنامه داشتند، مشارکت کارکنان را تنها در حد اجبار و اعمال قوانین تنبیهی می‌دانستند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی بیان کرد: *"کارکنان همیشه از تغییر استقبال نمی‌کنند. آنها دوست دارند همون سطحی که هستند، ثابت باشند. برای وادار کردن افراد به مشارکت ناچاراً باید از یک سری تکنیک‌های تنبیهی استفاده کرد؛ مثل لحاظ کردن در نمره عملکرد سالیانه آنها."*(P17) فقدان سیستم قدردانی و پاداش باعث ایجاد نارضایتی در برخی از مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شده بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه گفت: *" پاداش یک جورایی مشوق بود برای اون کسی که دریافت می‌کرد. ولی، برخی از پرسنل پاداشی دریافت نکردند. ای کاش تشویقی‌ها برای همه پرسنل در نظر گرفته بشود؛ چون از کارکنان خدماتی و نگهبانی گرفته، همه دارند تلاش شون را می‌کنند."*(P9)

مدیریت بیماران

مصاحبه‌شوندگان در حیطه مدیریت بیماران، مواردی مانند فقدان بیمار محوری و تعهد و تلاش کارکنان برای جلب رضایت مشتریان را در ایجاد چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها موثر می‌دانستند. برخی از مصاحبه‌شوندگان در بیمارستان‌های خصوصی معتقد بودند که رضایت بیماران برای آنها خیلی مهم است، اما، در تدوین برنامه استراتژیک از مشارکت نمایندگان بیماران استفاده نکردند. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان خصوصی گفت: *"درسته که رضایت بیماران در بیمارستان ما خیلی مهمه و ما باید به دنبال بیمار باشیم، اما، در تدوین برنامه استراتژیک، نماینده‌ای از بیماران حضور ندارد. مدیر معتقد است که نیاز نیست که نماینده‌ی بیماران باشد؛ ما خودمون نیازها و انتظاراتشون را می‌دانیم."*(P38)

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که فرهنگ بیمارستان‌ها بیمار محور نیست و تعهد و تلاش پرسنل برای افزایش رضایت مشتریان کافی نیست. مترون یک بیمارستان دولتی گفت: *" رضایت بیماران برای مدیران مهم نیست. آنها معتقدند که بیمار به دنبال بیمارستان ما است و باید با هر کمبودی بسازد."*(P6) مسئول بهبود کیفیت بیمارستان دیگری هم نظر مشابهی داشت: *"در تدوین برنامه استراتژیک هیچ وقت از نماینده بیماران دعوت نشده. وقتی هم به مدیر این موضوع را میگویی، او می‌گوید که بیمار به ما وابسته است و مجبور است که برای درمان بیماریش به ما مراجعه کند."*(P39)

مدیریت منابع

از دیدگاه مصاحبه شوندگان، عواملی نظیر منابع مالی ناکافی، منابع فیزیکی ناکافی و فقدان سیستم اطلاعاتی مناسب زمینه را برای شکست برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها فراهم می‌کند. یکی از چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های مورد مطالعه، عدم تخصیص اعتبارات مالی مناسب بود. مدیر یک بیمارستان دولتی عقیده داشت که: *"در مورد منابع مالی هر وقت ما برنامه را تدوین کردیم، در زمینه اجرا با مشکل برخورد کردیم و مجبور شدیم که برخی از اهداف بیمارستان را حذف کنیم."*(P1) به دلیل عدم حمایت دولت، بیمارستان‌های خصوصی و خیریه نیز در اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک با چالش‌های زیادی مواجه شدند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی اشاره کرد: *"با توجه به این که ما از پایه یک سری مشکلات داریم، هنوز زود بود که برنامه استراتژیک را اجرا کنیم. ما باید اول پایه‌ها رو درست می‌کردیم. برنامه‌ریزی استراتژیک تغییر آن چنانی در ساختار بیمارستان ما نداشت. ما پول زیادی نداشتیم که بتوانیم کار آن چنانی بکنیم. تلاش کردیم، ولی هزینه‌ها خیلی بالاست."*(P19)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که سیستم اطلاعاتی ناقصی در بیمارستان‌ها وجود دارد. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: *"برای تحلیل داده‌های خارجی و داخلی یک نرم افزار درست کردیم، اما این‌قدر این سیستم کامپیوتر بیمارستان قدیمی بود که هر وقت برنامه را می‌خواستیم اجرا کنیم، هنگ می‌کرد. بالاخره بی‌خیال این نرم افزار شدیم."*(P37) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی معتقد بود: *"سیستم اطلاعاتی بیمارستان باید جامع و به روز باشد. به دلیل فقدان چنین سیستمی، خیلی وقت‌ها در پایش برنامه عملیاتی و تحلیل محیط داخلی و خارجی مشکل داریم."*(P42)

مدیریت فرآیندهای کاری

مصاحبه‌شوندگان در حیطه مدیریت فرآیندها، مواردی مانند فقدان مدیریت فرآیندهای کاری و فقدان پایش و ارزشیابی برنامه را در ایجاد برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها موثر می‌دانستند. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که فرآیندهای کاری زیادی در بیمارستان‌ها وجود دارد که فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک را با مشکل مواجه می‌کند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه بیان کرد: *"ما در بیمارستان بخش‌ها و فرآیندهای زیادی داریم. اجرای برنامه استراتژیک در ۱۰۰ واحد بیمارستان با ۴۰۰ فرآیند، کار مشکلی است."*(P40) مترون یک بیمارستان دولتی نیز گفت: *"برخلاف سازمان‌های دیگر که یک فرآیند وجود دارد، در*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

بیمارستان فرآیندهای کاری زیادی وجود دارد که اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک را با مشکل مواجه می‌کند. "(P6)

پایش و ارزیابی سیستمی و منظم برنامه استراتژیک می‌تواند منجر به شناسایی زود هنگام مشکلات برنامه و در صورت نیاز بکارگیری اقدامات اصلاحی شود. از دیدگاه مصاحبه شوندگان، اگرچه در مواردی میزان پیشرفت برنامه‌های استراتژیک به طور مجزا در برخی از واحدها انجام می‌شود، اما پی گیری اجرای برنامه‌های استراتژیک در سطوح عالی مدیریتی سازمان به میزان کافی صورت نگرفت و در معدودی از جلسات هیئت رئیسه برنامه استراتژیک در دستور کار قرار گرفته است. مترون یک بیمارستان خیریه عقیده داشت: *"پایش‌های برنامه باید منسجم‌تر شود؛ اگر افراد بدانند که مانیتور می‌شوند، خیلی حرکاتشون منظم می‌شود. اگر این پایش وجود نداشته باشد، قطعاً نه.. هر واحد بیمارستان باید جلساتی برگزار کند و پیشرفت برنامه خود را مورد بررسی قرار بدهند."*(P36) علاوه بر این، مصاحبه شوندگان بر این اعتقاد بودند که بیشتر از شاخص‌های کمّی برای ارزشیابی برنامه استفاده می‌شود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این راستا چنین گفت: *"تأکید برنامه بیشتر بر مسائل کمی است. جنبه‌های کیفی زیاد توجه نمی‌شود."*(P44)

علاوه‌براین، در فرآیند اعتباربخشی بیمارستان‌ها که توسط معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌شود، برنامه‌های استراتژیک بیمارستان‌ها هم ارزشیابی می‌شوند. مصاحبه شوندگان معتقد بودند که ارزیابان اعتباربخشی، ارزشیابی کاملی از برنامه استراتژیک بیمارستان انجام نمی‌دهند. بسیاری از ارزیابان صرفاً به داشتن برنامه استراتژیک در بیمارستان توجه کرده و محتوا و اجرای برنامه برایشان اهمیتی نداشته است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی معتقد بود: *"فرهنگ حجیم بودن برنامه (کاغذی و شکیل و...) مدل شده است. خیلی از ارزیابان بیشتر به ظاهر برنامه توجه می‌کنند تا محتوا و کیفیت برنامه."*(P43) از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان بسیاری از ارزیابان وزارت بهداشت در خصوص برنامه‌ریزی استراتژیک تخصص و تجربه نداشتند. مسئول بهبود کیفیت در یک بیمارستان تأمین اجتماعی بیان کرد: *"برخی کارشناسان ارزیاب برنامه استراتژیک، شرایط احراز جهت ارزیابی برنامه نداشتند. به نظر من کسی می‌تواند برنامه استراتژیک را ارزیابی کند که حداقل اولاً دوره‌های برنامه‌ریزی استراتژیک را به صورت کامل گذرانده و تحصیلات آکادمیک داشته باشد. ثانیاً در این حیطه سابقه تدریس داشته باشد. ثالثاً: حداقل ۲-۳ برنامه نوشته باشند و در مسیر اجرایی برنامه باشند."*(P22)

جدول۱: چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران

	موضوعات فرعی
مدیریت و رهبری	دستور سازمانی و ابلاغ اجباری برنامه‌ریزی استراتژیک، عدم توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد، حمایت و مشارکت پایین مدیران ارشد، انگیزه پایین مدیران، فقدان تفکر سیستمی و عدم اعتقاد به برنامه استراتژیک، جابجایی مدیران، ثبات مدیران، سابقه شکست برنامه‌های مدیریتی و عدم رهبری اثربخش
برنامه‌ریزی	ترکیب نامناسب تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، دانش و مهارت ضعیف تیم برنامه‌ریزی استراتژیک، دانش و مهارت ضعیف مدیر برنامه‌ریزی استراتژیک، مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تدوین اهداف از پیش تعیین شده در برنامه استراتژیک، عدم تدوین برنامه عملیاتی واقع‌گرایانه و زمان طولانی تدوین برنامه استراتژیک
فرهنگ سازمانی	ارتباطات و هماهنگی ضعیف سازمانی و عدم وجود روحیه کار گروهی
یادگیری سازمانی	برنامه‌ریزی ناکافی آموزشی برای برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش ناکافی مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک و فقدان ارزشیابی اثربخشی آموزش ارائه شده
مدیریت کارکنان	تعهد و مشارکت کم کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک، شایستگی و مهارت کم کارکنان، تعداد کم کارکنان، بار کاری زیاد کارکنان، انگیزه پایین کارکنان و نداشتن سیستم تقدیر و پاداش از مشارکت کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک
مدیریت بیماران	فقدان بیمار محوری و عدم تعهد و تلاش کارکنان برای جلب رضایت بیماران
مدیریت منابع	منابع مالی ناکافی، منابع فیزیکی ناکافی و فقدان سیستم اطلاعاتی مناسب
مدیریت فرآیندها	عدم ارتقای فرآیندهای کاری و عدم وجود یک سیستم پایش و ارزیابی برنامه استراتژیک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش شناسایی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بود. بیمارستان‌های استان تهران با چالش‌های متعددی بر سر راه تدوین و اجرای برنامه‌های استراتژیک مواجه هستند. مدیریت و رهبری ضعیف، برنامه‌ریزی نادرست، فرهنگ نامناسب سازمانی، عدم توجه به یادگیری سازمانی و مدیریت ضعیف کارکنان، مشتریان، منابع و فرآیندهای کاری، چالش‌های زیادی بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران ایجاد کرده اند. عدم توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک، استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، نبود روحیه کار گروهی، آموزش ناکافی، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها، مشارکت و تعهد کم مدیران، کارکنان و پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، کمبود منابع، تعداد زیاد بخش‌ها و فرآیندهای کاری در بیمارستان، ارتباطات و هماهنگی ضعیف سازمانی، توجه کم به بیمار محوری و نداشتن سیستم مناسب برای مدیریت و ارزشیابی فرآیندهای کاری از جمله چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها هستند.

مدیریت و رهبری ضعیف مانع مهمی در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران است. مطالعات قبلی نیز حمایت کم مدیران ارشد از برنامه‌ریزی استراتژیک، رهبری ضعیف، مشغله زیاد و انگیزه کم مدیران، اختیارات کم مدیران و تمایل آنها به حفظ وضع موجود و جابجایی زیاد مدیران را از چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران گزارش کردند [۱۶-۱۴،۲۴]. موفقیت یا شکست سازمان‌ها تا حد زیادی به مدیران آنها بستگی دارد. بیمارستان‌ها به مدیران باهوش، فرهمند، سیاستمدار، توانا، با تجربه و متعهد نیاز دارند [۲]. بیشتر مدیران ارشد بیمارستان‌ها در ایران متخصصان علوم پزشکی هستند که در کنار وظایف بالینی خود وظیفه مدیریت بیمارستان را بر عهده دارند. مدیران پزشک (مدیران ترکیبی) Hybrid managers قسمت قابل توجهی از زمان مدیریتی خود را به انجام وظایف بالینی اختصاص می‌دهند و از دانش تخصصی مدیریت بهداشت و درمان کمی برخوردار هستند. آموزش‌های لازم و کافی باید به مدیران پزشک داده شود تا دانش و مهارت‌های مدیریت و رهبری را فرا گیرند تا بتوانند بهره‌وری بیمارستان‌ها را افزایش دهند.

تعهد و حمایت مدیران ارشد بیمارستان برای موفقیت فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بسیار ضروری است [۱۱]. تعهد و مشارکت مدیران بیمارستان در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان در اجرای برنامه خواهد شد [۱۳]. در صورتی‌که مدیران ارشد بیمارستان‌ها مشارکت فعالی در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک نداشته باشند، برنامه استراتژیک خوبی تدوین نخواهد شد، منابع لازم برای اجرای برنامه فراهم نمی‌شود و در نتیجه، کارکنان انگیزه لازم را برای اجرای برنامه استراتژیک نخواهند داشت. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آنها باید در کلیه مراحل تدوین و اجرای برنامه استراتژیک مشارکت فعالی داشته باشند و منابع لازم را تأمین کنند. مسئولیت نهایی برنامه‌ریزی استراتژیک سازمان با مدیران ارشد آن است. وظیفه برنامه‌ریزی استراتژیک نباید به واحد بهبود کیفیت بیمارستان تفویض شود. برنامه‌ریزی یک کار تیمی است. مدیران کلیه واحدهای بیمارستان باید در تعیین اهداف و اقدامات دستیابی به اهداف سازمان مشارکت فعالی داشته باشند. واحد بهبود کیفیت نقش تسهیل کننده را بر عهده داشته و هماهنگی‌های لازم برای آموزش مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک، حصول اطمینان از تأمین منابع لازم و مشارکت فعال کارکنان بخش‌های مختلف سازمان در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک را بر عهده دارد.

ویژگی‌های خاص بیمارستان‌ها مانند ساختار مکانیکی، بروکراتیک و پیچیده، ماهیت اضطراری خدمات، ناهمگونی کارکنان و بیماران، عدم اطمینان و پیش‌بینی ناپذیری، استقلال‌طلبی متخصصان بالینی و تعاملات پیچیده بین ذینفعان کلیدی، فرآیند تدوین و اجرای برنامه استراتژیک را دشوار می‌سازد [۲]. بنابراین، مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید باید تفکر استراتژیک را در خود توسعه دهند، رویکرد مدیریت استراتژیک را بکار گیرند و برنامه‌ریزی استراتژیک را جزیی از سیستم مدیریت استراتژیک سازمان بدانند. به‌عبارتی، آنها باید همراه با برنامه‌ریزی استراتژیک، تصمیم‌گیری استراتژیک، سازماندهی استراتژیک، رهبری استراتژیک و کنترل استراتژیک را هم در سازمان بکار گیرند.

بیشتر مدیران بیمارستان‌ها به خاطر الزامات استانداردهای اعتباربخشی اقدام به تدوین برنامه استراتژیک کرده اند. این اجبار برای تدوین برنامه استراتژیک و عدم آموزش‌های کافی در این زمینه باعث شده است که برنامه‌ریزی استراتژیک به یک هدف تبدیل شود و مدیران فقط سعی در تدوین برنامه استراتژیک کنند و تلاش زیادی برای اجرای آن بکار نگیرند. مدیران ارشد باید نسبت به ضرورت تدوین برنامه استراتژیک برای مدیران و کارکنان سازمان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

دلایل موجهی بیاورند تا مشارکت آنها را در اجرای برنامه بدست آورند. وقتی مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه استراتژیک نباشند، کارکنان هم خود را ملزم به اجرای برنامه استراتژیک نمی‌بینند. کارکنان به مدیران خود به‌عنوان یک الگو نگاه می‌کنند. عدم حضور مدیران ارشد در جلسات برنامه‌ریزی استراتژیک، کلاس‌های آموزشی و عدم تلاش آن‌ها برای تغییر سیاست‌ها، ساختارها و فرهنگ سازمان به کارکنان سازمان نشان می‌دهد که جدیتی از طرف مدیران برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک وجود ندارد. اگر آنها مدیران خود را متعهد به برنامه تغییر سازمانی ببیند، مشارکت خود را در اجرای آن برنامه تغییر سازمانی، افزایش خواهند داد [۱۱].

این پژوهش نشان داد که عدم ثبات مدیران بیمارستان‌ها و جابجایی مکرر آنها منجر به شکست برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود. پایین بودن امنیت شغلی مدیران ارشد بیمارستان‌ها منجر به کاهش خطر آنها و در نتیجه، تلاش برای حفظ وضع موجود خواهد شد [۲۵]. در نتیجه، مدیران بیمارستان‌ها به جای استفاده از برنامه‌های بلند مدت استراتژیک، به برنامه‌ریزی‌های عملیاتی برای حفظ وضعیت موجود روی خواهند آورد. جابجایی مدیران منجر به تغییر مداوم اهداف و استراتژی‌های سازمانی می شود که علاوه بر تحمیل هزینه زیاد به سازمان، موجب کاهش انگیزه کارکنان و عدم مشارکت آنها در اجرای برنامه‌ها خواهد شد. ثبات مدیران ارشد بیمارستان پیش نیاز مدیریت و برنامه‌ریزی استراتژیک است. با این وجود، با توجه به عمر کوتاه دوره مدیریت مدیران بیمارستان‌های ایران بهتر است که حاکمیت سازمانی در بیمارستان‌های کشور نهادینه شود. در حاکمیت سازمانی مسئولیت نهایی سازمان به هیأت مدیره یا هیأت امناء سپرده می‌شود که وظیفه برنامه‌ریزی استراتژیک را هم بر عهده دارد. در چنین شرایطی، تغییر مدیران منجر به توقف برنامه‌های بلند مدت سازمانی نخواهد شد و مدیر بعدی مجری برنامه استراتژیک سازمان خواهد بود.

این پژوهش نشان داد که موفقیت یا شکست مدیران در اجرای مدل‌ها و فنون مدیریتی در آینده بر میزان مشارکت و همکاری کارکنان در برنامه‌های مدیریتی تأثیر می‌گذارد. اجرای نادرست برنامه‌های مدیریتی علاوه بر اتلاف منابع بیمارستانی، منجر به مقاومت کارکنان نسبت به سایر برنامه‌های مدیران می‌شود. در مقابل، اجرای درست مدل‌ها و فنون مدیریتی علاوه‌بر افزایش بهره‌وری سازمان‌ها، منجر به تقویت اعتماد کارکنان به مدیران سازمان و همکاری بیشتر آنها در سایر برنامه‌های مدیران سازمان می‌شود.

تدوین یک برنامه استراتژیک خوب، شانس اجرای درست آن و دستیابی به اهداف سازمانی را افزایش می‌دهد. فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک باید دارای یک برنامه منسجم مشخصی باشد. تیم برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان باید از دانش و مهارت‌های لازم برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک برخوردار باشند. مدیر برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان علاوه بر داشتن شایستگی‌های لازم باید مورد قبول سایر مدیران و کارکنان بیمارستان هم باشد. منابع لازم باید برای تدوین برنامه استراتژیک فراهم شود و جدول زمانی مشخصی هم برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در نظر گرفته شود. طولانی شدن فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به کاهش انگیزه کارکنان و در نتیجه، مشارکت کم آنها در مرحله اجرای برنامه استراتژیک خواهد شد. مدت زمان ۳ ماه برای تدوین برنامه استراتژیک یک بیمارستان ۲۰۰ تا ۳۰۰ تختخوابی کافی خواهد بود [۲].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها در قالب برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها از مدیران بیمارستان‌ها خواستند که اهدافی نظیر کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان را در قالب اهداف کلی بیمارستان بیاورند. اگرچه مدیران بیمارستان‌ها از این دستور تبعیت کردند، ولی این اهداف به دلیل کمبود منابع سازمانی عملیاتی نشدند. هر مدل برنامه‌ریزی استراتژیک از فنون خاصی برای تحلیل استراتژیک موقعیت سازمان، تعیین جهت استراتژیک سازمان (مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف سازمانی)، تعیین استراتژی‌ها و تاکتیک‌ها و در نهایت، تدوین برنامه عملیاتی استفاده می‌کند [۲]. بنابراین، با توجه به مدل انتخاب شده برنامه‌ریزی استراتژیک برای بیمارستان باید از فن خاص آن مدل برای نوشتن اهداف کلی آن بیمارستان استفاده کرد. کیفیت و ایمنی با توجه به اینکه ویژگی خدمات بیمارستان هستند، بهتر است در قالب اهداف اختصاصی بیمارستان آورده شوند تا با تدوین برنامه های عملیاتی شانس دستیابی به آنها افزایش یابد. الزامات اعتباربخشی از مدیران بیمارستان‌ها خواست تا یک برنامه عملیاتی برای بیمارستان و چند برنامه بهبود کیفیت، ایمنی بیمار و بحران تدوین کنند. بیمارستان فقط باید یک برنامه عملیاتی در ذیل برنامه استراتژیک داشته باشد که حوزه‌های بهبود کیفیت، ایمنی و بحران را هم شامل شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

یافته‌های این مطالعه نشان داد که عدم وجود یک برنامه استراتژیک و عملیاتی واقع‌گرایانه منجر به عدم موفقیت برنامه استراتژیک در بیمارستان می‌شود. برنامه‌های واقع‌گرایانه منجر به دستیابی اهداف سازمانی می‌شوند [۲۶]. مدیران باید از اطلاعات محیط داخلی و خارجی بیمارستان به خوبی استفاده کنند تا برنامه‌های استراتژیک واقع‌گرایانه تدوین کنند. دانش و تجربه کم مدیران بیمارستان‌ها در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک، نداشتن برنامه اجرایی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، نامشخص بودن وظایف مدیران در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، طولانی شدن فرآیند تدوین برنامه استراتژیک، تدوین برنامه استراتژیک ضعیف یا برنامه عملیاتی ایده‌آل‌گرا از جمله چالش‌های تکنیکی برنامه‌ریزی استراتژیک بیان شده در پژوهش‌های قبلی در بیمارستان‌های ایران بودند [۱۶-۱۴]. بیشتر مدل‌های مدیریت و برنامه‌ریزی استراتژیک برای صنایع تولیدی کشورهای غربی توسعه یافتند که ساختار و فرهنگ متفاوتی با سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران دارند [۲]. کپی کردن مدل‌های برنامه‌ریزی استراتژیک توسعه یافته در بخش خصوصی و بکارگیری آن در بیمارستان‌ها، به ویژه در بخش دولتی ایده خوبی نیست. مطالعات قبلی هم فقدان یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک برای بخش بهداشت و درمان، را چالشی جدی در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها گزارش کردند [۱۶-۱۴،۲۷]. استفاده از مدل‌ها و تکنیک‌های نامناسب در برنامه‌ریزی استراتژیک موجب کاهش اثربخشی و کارایی فرآیند تدوین برنامه استراتژیک خواهد شد و در اجرا نیز مشکلاتی ایجاد خواهد کرد. بیمارستان یک سازمان ماشینی بروکراتیک نیست، بلکه، یک سازمان اجتماعی خدماتی شبکه‌ای بسیار پیچیده‌ی چند تخصصی است که به‌صورت شبکه‌ای از واحدهای پزشکی، پیراپزشکی، پشتیبانی و اداری مرتبط به هم فعالیت می‌کند. مدیران باید ویژگی‌های منحصربه فرد بیمارستان خود را به هنگام انتخاب مدل‌ها و فنون برنامه‌ریزی استراتژیک مورد توجه قرار دهند. بنابراین، مدل‌های برنامه‌ریزی استراتژیک توسعه یافته برای سازمان‌های عقلایی سلسله مراتبی صنعتی باید متناسب با ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها تغییر یابند. مصدق‌راد یک مدل برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد [۲] که اجرای آن موجب افزایش رضایت شغلی کارکنان [۵]، افزایش کیفیت خدمات بیمارستان، افزایش رضایت بیماران، کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات بیمارستان [۶] و افزایش کارایی بیمارستان شد [۷].

بیمارستان‌ها سازمان‌های اجتماعی بروکراتیک پیچیده‌ی با سازگاری و قابلیت تطبیق بالا هستند. کارکنان در چنین سازمان‌هایی محافظه کار بوده و نسبت به تغییرات مقاومت می‌کنند تا به‌نوعی بقای خود را تضمین کنند. برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به ایجاد تغییرات زیادی در ساختار و فرهنگ سازمانی و فرآیندهای بیمارستانی می‌شود که می‌تواند منجر به افزایش استرس شغلی کارکنان [۲۸] و کاهش کیفیت زندگی کاری آنها شود [۲۹]. بنابراین، کارکنان نسبت به این تغییرات مقاومت می‌کنند. عدم آگاهی کارکنان از ماهیت تغییر و نتایج آن برای آنها و سازمان، منجر به تشدید این مقاومت می‌شود. در پژوهش‌های قبلی نیز، کمبود آموزش به عنوان یک چالش جدی بر سر راه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران گزارش شد [۱۵-۱۴].

کارکنان باید آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا بتوانند برنامه استراتژیک سازمان را درست اجرا کنند. آموزش کارکنان در زمینه‌های ماهیت و اهمیت تغییرات سازمانی و نحوه اجرای تغییرات منجر به کاهش استرس آنها و افزایش دانش، مهارت و توانایی آنها برای انجام بهتر تغییرات می‌شود. آموزش و یادگیری منجر به کاهش مقاومت کارکنان در مقابل اجرای تغییرات ناشی از برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود [۱۱]. هر تغییری در سازمان باید با آموزش شروع شود، با آموزش ادامه یابد و با آموزش به پایان رسد. کارکنان بیمارستان با آموزش باید به این باور برسند که برنامه استراتژیک برای آنها و سازمان ضروری و مفید است. این آموزش‌ها ابتدا باید توسط معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی برای مدیران ارشد بیمارستان‌ها ارائه شود و سپس، توسط آنها به صورت آبشاری در اختیار سایر مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها قرار گیرد. برنامه زمانی آموزش کارکنان بیمارستان باید هماهنگ با حجم کاری آنها برنامه‌ریزی شود. مدیران بیمارستان‌ها باید قبل از برنامه‌ریزی استراتژیک، کارکنان را در زمینه منافع آن توجیه کنند و در زمینه نحوه اجرای برنامه تغییر آموزش دهند. سپس، اختیارات لازم را به آن‌ها داده، انگیزش لازم را ایجاد کرده و آن‌ها را در راستای اجرای موفقیت آمیز برنامه و تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در نتیجه، کارکنان توانمند شده و در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک مشارکت فعالی خواهند داشت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

اثربخشی برنامه‌های آموزش باید مورد ارزشیابی قرار گیرد و اقدامات اصلاحی لازم بکار گرفته شود.

فرهنگ سازمانی مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک کارکنان یک سازمان است که نگرش‌ها، عادت‌ها، رفتارها، نحوه پوشش و انجام کارهای آنها را تعیین می‌کند [۲]. فرهنگ سازمانی منجر به تقویت انسجام کارکنان در درون سازمان و افزایش قابلیت تطبیق آن با محیط بیرون می‌شود. فرهنگ سازمانی بر موفقیت استراتژی‌های سازمانی سازمانی تأثیر زیادی دارد. حدود ۵۰ تا ۵۵ درصد موفقیت استراتژی‌های سازمانی به فرهنگ سازمان بستگی دارد [۳۱-۳۰]. پژوهش‌های قبلی هم نقش فرهنگ سازمانی را در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک تأیید کردند [۱۱، ۳۲]. عدم اعتقاد به مفید بودن برنامه‌های استراتژیک، نبود فرهنگ بهبود مستمر فرآیندهای کاری، مسئولیت ناپذیری، عدم پاسخگویی و بی‌نظمی موانع جدی بر سر راه موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران هستند [۱۶-۱۴]. اصول بنیادین استراتژی باید هماهنگ با ارزش‌های فرهنگ سازمانی باشد. به عنوان مثال، اجرای استراتژی مدیریت کیفیت در سازمان نیاز به توسعه یک فرهنگ کار تیمی، مسئولیت پذیری، پاسخگویی و ارتقای مستمر کیفیت دارد [۳۳]. مدیران بیمارستان‌ها متناسب با استراتژی سازمانی، باید تغییراتی در فرهنگ سازمان خود ایجاد کنند. تعهد و حمایت مدیران، آموزش کارکنان، تدوین قوانین و مقررات، بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان، نظارت و ارزشیابی مستمر و بکارگیری اقدامات اصلاحی پیش نیازهای مهندسی فرهنگی در بیمارستان‌ها می‌باشند. کارکنان مهم‌ترین سرمایه‌های هر سازمانی محسوب می‌شوند. کمیت و کیفیت کارکنان و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمانی منجر به افزایش بهره‌وری سازمان‌ها می‌شود [۲]. کارکنان با انگیزه و متعهد، مشارکت بیشتری در سازمان داشته و نقش به‌سزایی در موفقیت سازمان دارند. یافته‌های این پژوهش بیانگر این واقعیت است که کمبود کارکنان، بار کاری زیاد، انگیزه پایین و مقاومت آنها نسبت به تغییر مانع از مشارکت فعال آنها در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها شده است. مطالعات قبلی نیز چنین چالش‌هایی را گزارش کردند [۱۶-۱۴].

تدوین یک برنامه استراتژیک به تنهایی کافی نیست. اجرای برنامه استراتژیک منجر به بهبود عملکرد بیمارستان می‌شود. مدیران و کارکنان بیمارستان گاهی اوقات به‌رغم داشتن برنامه استراتژیک، با توجه به کمبود وقت فقط به انجام کارهای روتین می‌پردازند. به‌عبارتی، نوع سازمان بیمارستان و ماهیت خدماتی که ارائه می‌کند، می‌تواند مانع اجرای درست برنامه استراتژیک شود. کارکنان به ویژه کارکنان بالینی بیمارستان ممکن است با توجه به تعداد زیاد بیماران برای انجام کارهای رایج خود وقت نداشته باشند. در نتیجه، آنها فرصت کافی برای انجام کارهای جدید برنامه استراتژیک نخواهند داشت. مشارکت کارکنان در فرآیند تدوین برنامه استراتژیک منجر به افزایش حس مالکیت آنها نسبت به برنامه استراتژیک سازمان و تلاش بیشتر برای اجرای آن می‌شود. مدیران با بکارگیری ترکیب مناسبی از منابع انسانی و فیزیکی باید حجم کار را برای کارکنان کم کنند تا بتوانند حداقل ۱۰ درصد وقت خود را به اجرای برنامه استراتژیک اختصاص دهند. علاوه‌براین، مدیران باید یکی از اهداف اصلی بیمارستان را افزایش رضایت شغلی کارکنان در نظر بگیرند و با استفاده از استراتژی‌ها و تاکتیک‌های مناسب به جذب کارکنان شایسته و متعهد، بهبود ارتباط بین مدیران و کارکنان، ارزشیابی صحیح عملکرد کارکنان، جبران خدمات کارکنان و قدردانی از تلاش‌های آن‌ها اقدام کنند [۵]. مدیران باید اهداف و استراتژی‌های بیمارستان را به خوبی به کارکنان منتقل کنند و آن‌ها را برای اجرای برنامه استراتژیک تشویق و ترغیب کنند. بکارگیری یک سیستم پاداش و قدردانی عادلانه نیز منجر به افزایش مشارکت مدیران و کارکنان در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود. مدیران بیمارستان‌ها باید از کارکنان به خاطر اجرای برنامه استراتژیک قدردانی کنند.

پزشکان نقش کلیدی در ارائه خدمات بیمارستانی دارند. بنابراین، آنها باید مشارکت فعالی در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک داشته باشند. این پژوهش نشان داد که پزشکان مشارکت کمتری در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک دارند. پژوهش‌های قبلی نیز مشارکت کم پزشکان در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک را یکی از چالش اصلی مدیران بیمارستان‌ها گزارش کردند [۲۶،۱۴،۳۴]. بدون همکاری آنها اجرای برنامه‌های استراتژیک با شکست مواجه می‌شود. پزشکان از استقلال، اختیار و قدرت بیشتری نسبت به سایر کارکنان بیمارستان برخوردار هستند. آنها ممکن است با توجه به نوع پرداخت کارانه بیمارستان، ترجیح دهند که به جای مشارکت در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، به تشخیص و درمان بیماران خود بپردازند که برای آنها درآمد هم دارد. پزشکان باید بپذیرند که همانطوری‌که برای درمان و مراقبت از بیماران خود از پروتکل‌ها و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد استفاده می‌کنند، سازمان بیمارستان هم باید دارای یک برنامه استراتژیک هماهنگ و جامعی باشد تا بتواند با ارتقای ساختارها و فرایندهای کاری زمینه را برای ارائه خدمات بالینی اثربخش آنها فراهم کند. مدیران ارشد بیمارستان باید نقش فعالی در آموزش و توجیه پزشکان در زمینه اهمیت و مزایای برنامه‌ریزی استراتژیک داشته باشند. توسعه ارتباط با پزشکان و جلب اعتماد آنها، حضور پزشکان با سابقه و با نفوذ بیمارستان در کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک، تعریف انتظارات مدیران از پزشکان، دادن گزارش‌های ادواری برنامه استراتژیک به پزشکان و پیگیری فعال مشارکت آنها در اجرای برنامه استراتژیک می‌تواند موجب افزایش مشارکت پزشکان در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان شود. حضور پزشکان با سابقه کاری بیشتر و دارای نفوذ در سایر پزشکان در کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان مشوق مشارکت سایر پزشکان در اجرای برنامه استراتژیک می‌شود. علاوه‌براین، مشارکت دادن پزشکان جوان و علمی با وقت آزاد بیشتر در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به ترغیب سایر کارکنان بیمارستان در اجرای برنامه استراتژیک می‌شود. همچنین، مدیران می‌توانند از پاداش مبتنی بر عملکرد نیز برای افزایش مشارکت کارکنان و پزشکان استفاده کنند [۳۵].

هدف اصلی بیمارستان‌ها ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی با کیفیت، ایمن و اثربخش به بیماران است. با این وجود، این پژوهش نشان داد که بیمار محوری کمتر مورد توجه مدیران بیمارستان‌ها قرار دارد. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با توجه به ماهیت اضطراری خدمات بیمارستانی، نارسایی‌های بازار سلامت، نیاز بیماران به خدمات بیمارستانی و رقابت ناقص بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کمتر مشتری مدار هستند. با این وجود، این وضعیت در آینده نزدیک تغییر خواهد کرد. افزایش دانش و آگاهی بیماران، افزایش تعداد ارائه کنندگان خدمات سلامت و مشارکت بیشتر بیمه‌های سلامت در مدیریت نظام سلامت موجب می‌شود که مدیران بیمارستان‌ها برای بقا در بازار سلامت، مشتری مداری را مورد توجه جدی قرار دهند. برنامه‌ریزی استراتژیک از طریق شناسایی نیازهای مشتریان اصلی سازمان و بکارگیری اقدامات مناسب برای ارائه ارزش بیشتر با هزینه کمتر به آنها به سازمان‌ها کمک می‌کند تا به مزیت برتری دست یابند. بنابراین، افزایش رضایت مشتریان بیمارستان به ویژه بیماران باید یکی از اهداف اصلی بیمارستان‌ها باشد و مدیران بیمارستان‌ها با آموزش و توانمندسازی کارکنان اقدامات لازم را برای جلب رضایت بیماران بکار گیرند [۶].

داشتن منابع کافی و با کیفیت برای ارائه خدمات بیمارستان ضروری است. فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک، به ویژه اجرای استراتژی‌ها هزینه زیادی به سازمان تحمیل می‌کند. بودجه ناکافی، ساختار نامناسب و کمبود منابع فیزیکی مورد نیاز برای تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه استراتژیک، از جمله چالش‌های ساختاری برنامه‌ریزی استراتژیک بیان شده در بیمارستان‌های ایران در مطالعات قبلی بودند [۱۶-۱۴]. تدوین و اجرای برنامه‌های استراتژیک مستلزم تأمین منابع لازم و کافی است. در نظر نگرفتن بودجه کافی برای اجرای استراتژی‌های سازمانی منجر به شکست برنامه‌های استراتژیک خواهد شد [۳۶]. بسیاری از بیمارستان‌های دولتی که از منابع و بودجه دولتی استفاده می‌کنند، از آزادی عمل کمتری در تخصیص منابع برخوردار هستند. منابع مالی باید به شکل صحیح و براساس اولویت‌های استراتژیک سازمان تخصیص داده شوند تا اجرای استراتژی‌ها را در سازمان امکان پذیر سازند. مدیران بیمارستان‌ها باید بودجه‌ای برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در نظر گرفته، ساختارهای لازم را در سازمان ایجاد کرده و منابع لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند تا بتوانند برنامه را به خوبی اجرا کنند و به نتایج خوب دست یابند. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید توسعه منابع سازمانی را در اهداف اختصاصی برنامه استراتژیک لحاظ کنند و با توجه به نقاط قوت بیمارستان و فرصت‌های موجود، استراتژی‌ها و اقدامات لازم را برای دستیابی به این اهداف تدوین و اجرا کنند. همچنین، مدیران بیمارستان‌ها باید به اصول کارایی توجه کنند و یکی از اهداف اختصاصی بیمارستان را به افزایش کارایی اختصاص دهند [۷].

در برخی از سازمان‌ها با توجه به منابع و امکانات موجود سازمان برنامه استراتژیک نوشته می‌شود که ممکن است تأثیر قابل توجهی بر عملکرد سازمان نداشته باشد. در حالی‌که، مدیران باید در برنامه‌ریزی استراتژیک با توجه به تحلیل استراتژیک محیط داخلی و خارجی سازمان، اهداف استراتژیک چالشی تعیین کرده، استراتژی‌های مناسب را انتخاب کنند و اقدامات لازم را برای تأمین مالی اجرای استراتژی‌ها بکار گیرند. در این صورت، برنامه استراتژیک منجر به مزیت برتری بیمارستان‌ها خواهد شد.

این پژوهش نشان داد که تعداد زیاد بخش‌ها و فرآیندهای کاری در بیمارستان و پیچیدگی آنها، ارتباطات و هماهنگی ضعیف بین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

واحدهای کاری در بیمارستان و نداشتن سازوکارهایی برای پایش و ارزیابی برنامه استراتژیک از چالش‌های فرآیندی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران هستند. فرایندهای بیمارستانی باید ارتقا یابند تا خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش به بیماران ارائه شود. بنابراین، مدیریت فرایندهای بیمارستانی باید یکی از اهداف بسیار مهم در برنامه‌های استراتژیک بیمارستان‌ها باشد. بیمارستان‌ها باید دارای سیستم پایش و ارزیابی برنامه باشند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۲ مهم‌ترین چالش مدیریت استراتژیک در سازمان‌های بهداشتی و درمانی یوگوسلاوی را فقدان یک سیستم ارزیابی عملکرد و پایش برنامه گزارش کرد [۳۷]. مدیران باید با برگزاری جلسات منظم سالانه برنامه عملیاتی سازمان را مورد بازنگری قرار دهند [۳۸]. تعیین و پایش منظم شاخص‌های کلیدی عملکردی نقش مهمی در موفقیت برنامه‌های استراتژیک دارد. مطالعه‌ای نشان داد که پایش منظم شاخص‌های عملکردی منجر به ارتقای کیفیت خدمات و کاهش مرگ و میر بیمارستانی شده است [۳۹]. این پژوهش با رویکرد کیفی استقرایی و با استفاده از نظرات مدیران درگیر در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک به شناسایی و تبیین چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی، خیریه و نظامی استان تهران پرداخت. ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها، پیچیدگی مدل برنامه‌ریزی استراتژیک مورد استفاده، تجربه کم مدیران بیمارستان‌ها در برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت و رهبری ضعیف، جابجایی بالای مدیران، تعهد و مشارکت کم مدیران ارشد، کمبود زمان و منابع، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها، مقاومت مدیران و کارکنان در برابر تغییر، کمبود روحیه کار گروهی و تیمی، خلاقیت و خطر پایین، طولانی شدن فرآیند تدوین برنامه استراتژیک و مشارکت کم کارکنان به ویژه پزشکان در اجرای برنامه استراتژیک، از موانع اصلی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بودند.

بنابراین، مدیران و سیاستگذاران سلامت برای رفع این موانع باید اقدامات لازم را بکار گیرند. یافته‌های این پژوهش با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، نحوه ابلاغ اجباری و همسان برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های کشور و تنوع و بزرگی بیمارستان‌های استان تهران، قابلیت تعمیم به سایر بیمارستان‌های ایران را دارد. مدل مفهومی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک توسعه یافته در این پژوهش می‌تواند مبنایی برای انجام مطالعات کمّی بعدی باشد. پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران با استفاده از این مدل مفهومی هشت محوری و طراحی یک پرسشنامه استاندارد به کمّی‌سازی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های کشور اقدام کنند.

سهم نویسندگان

علی محمد مصدق‌راد: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

پروانه اصفهانی: مجری پژوهش، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "توسعه یک الگوی برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران اجرا شد. بدینوسیله از همکاری کلیه‌ی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها که در این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر می‌کنیم. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

منابع

1. McKee M, Healy J, Edwards N, Harrison A. Pressures for change. In: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press: UK, 2002

2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Dibagran:Tehran, 2015 [Persian]

3. Sollenberger DK. Strategic Planning in Healthcare: The Experience of the University of Wisconsin Hospital and Clinics. Frontiers of Health Services Management 2006; 23: 17-31

4. Virtue A, Chaussalet T, Kelly J. Healthcare planning and its potential role increasing operational efficiency in the health sector. Journal of Enterprise Information Management 2013; 26:8 - 20

5. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on job satisfaction among hospital staff: A case study.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

Journal of Health Based Research 2017; 3: 99-114 [Persian]
6. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on patient satisfaction: a case study. Journal of Health Based Research 2018; 4: 13-29 [Persian]
7. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on hospital efficiency: A case study. Health_Based Research 2018; 4:317-334 [Persian]
8. Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. International Journal of Health Care quality Assurance 2011; 24:57-66
9. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' Efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard 2017; 11: 318-31 [Persian]
10. Mosadeghrad AM, Dehnavi H. Evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review and meta-analysis. Payesh. 2018; 17 (6):603-615. [Persian]
11. Mosadeghrad AM, Akbari SA, Esfahani P. successful implementation of strategic planning in hospitals in Tehran province. Journal of Payesh. 2017; 16:759-773 [Persian]
12. Sadeghifar J, Jafari M, Tofighi S, Ravaghi H, Maleki MR. Strategic planning, implementation, and evaluation processes in hospital systems: A survey from Iran. Global Journal of Health Science 2014; 7: 56- 65
13. Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbarisari A. The success of strategic planning in health care organizations of Iran. International Journal of Health Care Quality Assurance 2018; 31:563-74
14. Mosadeghrad AM, Esfahani P. The challenges of strategic planning in Tehran province hospitals. Manage Strat Health System 2018; 3:184-200 [Persian]
15. Yusefi A, Kavosi Z, Heydari R, Siavashi E. The barriers against strategic plan implementation from managers' perspectives in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences, Sadra Medical Sciences Journal 2017; 5:87-98 [Persian]
16. Amerion A, Shahabi-nejad M. Assessing the Barriers of Strategic Plan Implementation from hospital managers' perspective in Kerman city. Journal of Hospital 2015;14:95-102 [Persian]
17. Iran Ministry of Health, Hospital beds statistics. Ministry of Health, Treatment deputy. 2019. Available at: http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp [Access date 30/04/2019]
18. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research 1994; 2:105
19. Magilvy JK. Qualitative designs. In K.S. Oman, M. Krugman, & R. Fink (Eds.), Nursing research secrets (pp. 123–128). 1st Edition, Hanley & Belfus, Inc: Philadelphia, 2003
20. Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. 1st Edition, Springer Science & Business Media: USA, 2001
21. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 219-225
22. Mitchell GJ. The Same-Thing-Yet-Different Phenomenon: A Way of Coming to Know—Or Not? Nursing Science Quarterly 1993; 6:61-2
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3:77-101
24. Kalali NS, Anvari MR, Pourezzat AA, Dastjerdi DK. Why does strategic plans implementation fail? A study in the health service sector of Iran. African Journal of Business Management 2011; 5:9831-7
25. Mosadeghrad AM. Ferdosi M, Afshar H, & Hosseini-Nejhad M. The impact of top management turnover on quality management implementation. Medical Archives 2013; 67: 134-140
26. Hrebiniak L. Obstacles to Effective strategy implementation. Organizational Dynamics 2006; 35:12-31
27. Alexander L. Successfully implementing strategic decisions. Long Range Planning 1991; 18: 91-7
28. Mosadeghrad AM, Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. Leadership in Health Services Journal 2014; 27: 224 - 239
29. Mosadeghrad AM. Ferlie E, & Rosenberg D. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. Health Services Management Research Journal 2011; 24: 170-181
30. Wakefield BJ, Blegen MA, Uden Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, & Wakefiled DS. Organizational culture, continuous quality improvement and medication administration error reporting. American Journal of Medical Quality 2001; 16: 128-134

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

31. Mosadeghrad AM. The impact of organisational culture on the successful implementation of total quality management. TQM Journal 2006; 18: 606 - 625
32. Brenes ER, Mena M, Molina GE. Key success factors for strategy implementation in Latin America. Journal of Business Research 2008; 61: 590-8
33. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management in healthcare: A systematic review. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2014; 27:544-558
34. Saleh S, Kaissi A& Semaan A. Strategic planning processes and financial performance among hospitals in Lebanon. International Journal of Health Planning and Management 2013; 28: 34–45
35. Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. Journal of Hospital 2017; 16:43-56 [Persian]
36. Hamel G. Strategy as revolution. Harvard Business Review 1996; 74: 69-80
37. Mihic M. M. Obradovic V. L. Todorovic M. L. Petrovic D. C. Analysis of implementation of the strategic management concept in the healthcare system of Serbia. Journal of Health Medicine 2012; 6: 34-48
38. Dye Renee. Olivier Sibony. How to Improve Strategic Planning. The McKinsey Quarterly 2007; 3: 40-48
39. Jiang H, Lockee C, Bass K, Fraser I, Norwood EP. Board Oversight of Ouality: Any Differences in Process of Care. Journal of Healthcare Management 2009; 54:15

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]
[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.19.1.2.6]

[DOI: 10.29252/payesh.19.1.19]

ABSTRACT

Strategic planning challenges in the hospital: A qualitative study

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Parvaneh Isfahani[2 *]

1. School of Public Health, Health information management research center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

Payesh 2020; 19 (1): 19-39
Accepted for publication: 18 January 2020
[EPub a head of print-21 January 2020]

Objective (s): Strategic planning (SP) is the art and science of strategic analysis of an organization, forecasting changes in an organization's internal and external environments, articulating strategic goals, developing strategies, and utilization resources to achieve competitive advantage. Iranian hospitals are facing challenges in formulating and implementing strategic plans. Hence, this study aimed to explore and identify strategic planning challenges in hospitals.
Methods: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews with 47 managers of 17 public, private, social security, charity and military hospitals in 2016. Hospitals were selected purposefully from Tehran province hospitals in Iran. Content thematic analysis was used for data analysis using inductive approach. Overall, 8 themes and 34 codes were identified from the data.
Results: weak leadership and management, in-effective planning, inappropriate organizational culture, insufficient organizational learning, and ineffective management of employees, patient, resources and processes caused obstacles to effective strategic planning in hospitals. Lack of justification for strategic planning, incompetent strategic planning team, inaapropriate strategic planning model, lack of teamwork morale, poor communication and coordination, inadequate education and training, lack of managers', employees' and physicians' commitment and participation, lack of resources, lack of monitoring and evaluation were the main challenges of strategic planning in hospitals.
Conclusion: Hospital managers are facing challenges in strategic planning. If these challenges are not managed well, more problems will occur during strategic plans implementation. Policy makers and managers have to address these barriers before implementing the strategic plans.

Key Words: Strategic plannig, challenge, hosptial

[*] Corresponding author: School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
E-mail: p.isfehani@mail.com