

بررسی انواع نظام‌های سنجش عملکرد و رویکردهای خودارزیابی در بخش بهداشت و درمان

(مطالعه موردی: بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران)

علی هاشم زهی^۱

دکتر مراد هاشم زهی^۲

احمد قدس الهی^۳

چکیده

بهبود عملکرد سازمان‌های دولتی مستلزم داشتن مدلی مناسب برای ارزیابی عملکرد است. زیرا تحقق اهداف سازمان‌های دولتی بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه‌ها امکان پذیر نبوده و سازمان‌ها نمی‌توانند بدون توجه به نتایج حاصل از فعالیت‌ها مدیریت مؤثر خود را بر اجرای برنامه‌ها اعمال نمایند. مدل‌های مختلفی در مورد مدیریت عملکرد سازمان‌ها مطرح شده است که هر کدام دارای نقاط قوت و ضعفی هستند و هر کدام جنبه‌های خاصی را در سازمان مورد توجه قرار داده‌اند. این مدل‌ها سازمان را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهند و با در نظر گرفتن شاخص‌های چندگانه، ابزارهای مناسبی را برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های نوین فراهم می‌سازند.

با توجه به ادبیات پژوهش مدل‌های تعالی و سرآمدی، کارت امتیازی متوازن، مالکوم بالدريج، حاکمیت بالینی، اعتبار بخشی و ایزو از جمله مدل‌هایی هستند که مورد توجه بخش بهداشت و درمان قرار گرفته‌اند. در این پژوهش ابتدا مفاهیم این رویکردها تشریح گردیده و سپس چگونگی استفاده از آن‌ها در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران مطالعه شده است. قابل ذکر است که نمونه آماری پژوهش جاری متشکل از ۳۲ بیمارستان آموزشی شهر تهران می‌باشد.

واژگان کلیدی: سنجش عملکرد؛ خودارزیابی؛ روش امتیازی متوازن، الگوی تعالی و سرآمدی؛

1. دانشجوی دکتری مدیریت دانشگاه تهران. Dr.hashemzehi@ut.ac.ir

۲. دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. دانشجوی دکتری مدیریت دانشگاه تهران

مقدمه

دستیابی به اهداف و بهبود عملکرد سازمان‌های دولتی مستلزم داشتن مدلی مناسب برای ارزیابی عملکرد است. زیرا تحقق اهداف سازمان‌های دولتی، بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه‌ها امکان‌پذیر نبوده و سازمان‌ها نمی‌توانند بدون توجه به واقعیت‌ها و نتایج حاصل از فعالیت‌ها مدیریت مؤثر خود را بر اجرای برنامه‌ها اعمال نمایند. بدیهی است که ارائه و به کارگیری چنین مدلی می‌تواند عملکرد سازمان‌های دولتی را جهت داده و دارای چشم‌اندازها و افق‌های روشن و علمی نماید و در نهایت از پراکندگی، قضاوت و اعمال نظر شخصی و سلیقه‌ای جلوگیری کند (الوانی، ۱۳۸۴: ۳).

مدل‌های مختلفی در مورد مدیریت عملکرد سازمان‌ها مطرح شده که هر کدام دارای نقاط قوت و ضعفی هستند و ارائه‌دهندگان این مدل‌ها هر کدام به فراخور دانش، تجربه و مهارت خود، جنبه‌های خاصی را در سازمان مورد توجه قرار داده‌اند (داریانی، ۱۳۸۶: ۹). همچنین، سازمان‌ها به فراخور نیاز در ابتدا تنها از شاخص‌ها و معیارهای محدودی برای ارزیابی عملکرد استفاده می‌کردند. گسترش فعالیت‌ها و حوزه عملکردی سازمانی، پویایی محیط و مطرح شدن موضوعات و مسائل نوین مدیریتی مانند رضایت مشتری، مسئولیت اجتماعی و غیره، سازمان‌ها را بر آن داشت تا به شاخص‌های محدود اکتفا نکنند. از این رو، مدل‌های جامع و چند معیاره برای ارزیابی سازمان‌ها شکل گرفت و به تدریج تکامل یافت. این مدل‌ها سازمان را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهند و با در نظر گرفتن شاخص‌های چندگانه، ابزارهای مناسبی را برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های نوین فراهم می‌سازند (مجیبی میکلائی، ۱۳۸۵: ۲۲). اغلب این مدل‌ها به مرور زمان و جهت پاسخگویی به نیازهای محیطی جامع‌تر شده، معیارهای بیشتری را مد نظر قرار داده و تکامل یافته‌اند (قاسم بگلو، ۱۳۸۶: ۳۶). از این رهگذر، مدل‌های بنیاد اروپایی کیفیت، کارت امتیازی متوازن و مالکوم بالدریج، حاکمیت بالینی و ایزو از جمله مدل‌هایی هستند که در دهه اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

۱. استانداردهای ایزو

در اواخر دهه ۱۹۸۰ استانداردهای سری ایزو ۹۰۰۰^۱ مدیریت کیفیت سازمان‌ها را به طور محسوس تحت تأثیر قرار دادند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷: ۱۱). این استانداردها را می‌توان یک تغییر پارادایم از تمرکز داخل سازمانی به تمرکز بر مشتری دانست. استانداردهای ایزو ۹۰۰۰ مدل‌های پذیرفته شده بین‌المللی هستند که سیستم‌های تضمین کیفی را با تمرکز بر روش‌ها، اسناد و استانداردها، برای کمک به مشخص نمودن خطاهای سازمان‌ها، عملکردها و ضمانت سطح کیفی شکل داده‌اند (مژده کار، ۱۳۸۵: ۶۷).

استانداردهای سری ۹۰۰۰، به وسیله سازمان بین‌المللی استاندارد به منظور ایجاد و توسعه استانداردهای بریتانیایی سیستم‌های مدیریت کیفیت در انگلستان تهیه و تدوین گردید. کاربرد این استانداردها برای ارزیابی کامل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطح جهانی پذیرفته نشده است، به طوری که در سال ۱۹۹۶ میلادی تعدادی از انجمن‌های پزشکی آلمان و شرکت‌های بیمه آلمانی، بیانیه مشترکی در این باره، در رسانه‌های عمومی پخش کردند. بر طبق این بیانیه، استانداردهای ایزو اثرات نهایی خدمات بر جامعه تحت پوشش، نتایج خدمات بالینی و معیارهای واجد شرایط بودن پرسنل بیمارستان را پوشش نمی‌دهد (Heaton, 2000: 182-177). استانداردهای ایزو در حالت کلی، به میزان سازگاری و تطابق با فعالیت‌های مشخص شده در سیستم کیفیت، تأکید داشته و در واقع جهت کشف و جلوگیری از عدم انطباق‌ها مطرح می‌باشند (مژده کار، ۱۳۸۵: ۶۹).

۱-۱. نقاط قوت استاندارد ایزو

ایزو به طور سنتی، به عنوان راهی برای تضمین استاندارد کردن فرآیند و عملکردهای خاص مورد استفاده قرار گرفته و بیشتر در سطح کل بیمارستان و کلینیک‌ها به کار گرفته می‌شود. فرآیند ممیزی در ایزو نیز مطابق استانداردها صورت گرفته و هر چند هدف مستقیمی برای ارتقای سازمان ندارد (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷: ۱۴)، لیکن بررسی

عملکرد سازمان‌هایی که از ممیزی به عنوان یک ابزار بسیار قوی در جهت شناسایی نواحی و عرصه‌های بهبود استفاده نموده‌اند، حاکی از آن است که ممیزی‌های انجام شده در این سازمان‌ها رشد قابل توجهی در ابعاد مختلف عملکرد سازمان به وجود آورده است (کارگر شورکی، ۱۳۸۶: ۴-۳).

۲-۱. نقاط ضعف استاندارد ایزو

در خصوص نقاط ضعف ایزو نیز می‌توان چنین بیان نمود که استانداردهای ارزیابی فقط جنبه ممیزی و صدور گواهی دارد و به توسعه سازمان نمی‌پردازد؛ استانداردهای سری ۹۰۰۰، به فرایندهای اداری سازمان بیشتر توجه کرده و به عملکرد بیمارستان کمتر می‌پردازد. هرچند در ویرایش‌های جدیدتر و اصلاح شده ایزو تمایل بیشتری به توسعه سازمان و شباهت بیشتری به EFQM و برنامه اعتبارسنجی دیده می‌شود اما درک و فهم اصطلاحات به کار گرفته شده در استانداردها و مفاهیم آن نیز مشکل است (Shaw, 2004).

۲. مدل جایزه کیفیت اروپا^۱

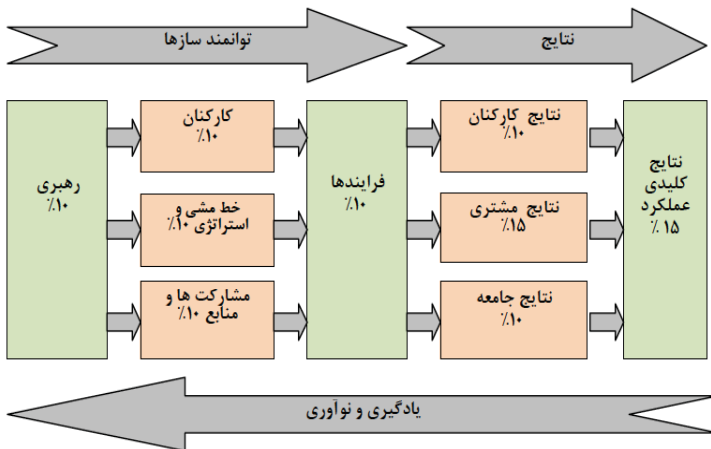
در دهه اخیر، مدل‌های موسوم به خودارزیابی طرفداران زیادی پیدا کرده‌اند. در مقایسه با مدل‌های طراحی سیستم، استفاده از این مدل‌ها بسیار سریع‌تر بوده، و نتایجی راه‌گشا در بر خواهد داشت. علت اصلی را می‌توان در عدم نیاز به طراحی و استقرار سیستم‌های پیچیده اندازه‌گیری عملکرد و انعطاف بالای این مدل‌ها (با توجه به تغییرات سریع شرایط درونی و برونی سازمان) دانست (نبی‌لو، ۱۳۸۳: ۱۹).

بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت یک سازمان غیر انتفاعی است که در سال ۱۹۸۸ میلادی توسط چهارده شرکت معتبر اروپایی و با حمایت اتحادیه اروپا تأسیس گردید (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۴۸). کار طراحی این مدل، به صورت جدی از سال ۱۹۸۹ میلادی آغاز شد و مدل سرآمدی در سال ۱۹۹۱ معرفی گردید (نجمی، ۱۳۸۸: ۱۰-۱۵). لازم به ذکر است که آخرین ویرایش نیز مربوط به سال ۲۰۱۰ می‌باشد که به جز در برخی تعاریف و امتیازات معیارها تفاوت اساسی با ویرایش سال ۲۰۰۳ نداشته است.

همچنین، از میان سه مدل دمینگ و مالکوم بالدريج و EFQM که از معروف‌ترین مدل‌های تعالی سازمانی هستند مدل EFQM عمومیت و استقبال بیشتری در سطح جهان یافته است (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۴۸) به گونه‌ای که مراکز بهداشتی و درمانی بسیاری از کشورهای اروپایی به سمت استفاده از مدل تعالی سازمانی رفته‌اند (ایزدی، ۱۳۸۴: ۳۰).

مطابق با شکل (۱) مدل تعالی EFQM یک چارچوب غیرتجزی‌پذیر بر اساس نه معیار سنجش می‌باشد. معیارها در مجموع، دارای ۱۰۰۰ امتیاز می‌باشند (۵۰۰ امتیاز برای توانمندسازها و ۵۰۰ امتیاز برای نتایج). معیارهای مربوط به توانمندسازها، فعالیت‌هایی که یک سازمان باید انجام دهد را نشان می‌دهد و معیارهای مربوط به نتایج نیز فعالیت‌هایی را که سازمان می‌بایست به آن‌ها دست یابد را مشخص می‌نماید (مدل تعالی و سرآمدی سازمان‌ها، ۲۰۱۰).

شکل ۱: مدل تعالی و سرآمدی سازمان‌ها ویرایش ۲۰۱۰



مأخذ: (EFQM, 2010)

۱-۲. EFQM در بیمارستان‌ها

گروه بهداشت و درمان بنیاد اروپایی در سال ۱۹۹۸ ایجاد شد تا رسالت خود را به انجام رساند که عبارت بود از: «عامل هدایت کننده برتری پایدار در سازمان‌های بهداشتی درمانی اروپا». امروزه تقریباً در تمام کشورهای اروپایی رویکرد بنیاد اروپایی در سازمان‌های بهداشتی درمانی برای انجام خودارزیابی به کار می‌رود (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۴۸).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الگوی EFQM را با توجه به مسائلی چون سازگاری بیشتر با شرایط بومی کشور، تجارب موفق داخلی در حوزه بیمارستان‌ها، اقبال به پیاده سازی مدل، شرایط سیاسی، امکانات اجرایی و امکان استفاده از تجارب سایر بخش‌ها، برای پیاده‌سازی در بیمارستان‌های کشور مناسب‌تر تشخیص داده است (مدل تعالی مراکز بیمارستانی، ۱۳۸۸). در ایران، با توجه به عمومی بودن مدل EFQM از یک طرف و متفاوت بودن نوع خدمت ارائه شده و مشتریان و ذی‌نفعان بیمارستان با سایر سازمان‌ها از طرف دیگر، تغییراتی در مدل اعمال شده است. بدین گونه که ارزش‌ها، معیارها، زیرمعیارها و منطق امتیازدهی مدل تعالی بیمارستانی همانند مدل EFQM است ولی در ادبیات بکارگرفته شده تغییراتی ایجاد شده و نکات راهنمای هر زیرمعیار، با توجه به شرایط بیمارستانی کشور، تغییرات قابل ملاحظه‌ای کرده است.

هدف از اجرای این نظام در بیمارستان‌های کشور عبارت است از:

- ارزیابی عملکرد سازمانی مراکز بیمارستانی تحت تصدی و بسترسازی جهت اتخاذ سیاست‌های تشویقی در مراکز بیمارستانی؛
- ایجاد رقابت بین مراکز بیمارستانی در سطح ملی و افزایش کیفیت از این طریق؛
- تشویق مراکز بیمارستانی به انجام عملیات خودارزیابی و شناخت نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود؛
- ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها از مجرای تعریف و اجرای پروژه‌های بهبود؛
- معرفی نمونه‌های موفق و تسهیل برقراری ارتباط و مبادله اطلاعات در مورد رویه‌های موفق ارتقای کیفیت خدمات مراکز بیمارستانی؛

- تعیین نقاط تمرکز تخصیص منابع به منظور بهبود عملکرد از طریق شناخت نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود؛
- ایجاد بسترهای لازم جهت استقرار جایزه تعالی سازمانی در نظام سلامت (مدل تعالی مراکز بیمارستانی، ۱۳۸۸).

۲-۲. مزایای مدل EFQM در بخش بهداشت و درمان

توانایی‌های EFQM در سادگی و آسان بودن آن است. اجرای آن، کم‌هزینه و به طور تجربی در کشورهای مختلف با تفاوت‌هایی اجرا شده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷: ۱۴). برخی پژوهش‌های صورت گرفته مدل فوق را به عنوان جامع‌ترین مدل از حیث پوشش مفاهیم در مورد ارزیابی کیفیت معرفی می‌نمایند. همچنین، این رویکرد به عنوان مدل بهینه مدیریت کیفیت برای یکپارچه‌سازی جامع و نظام‌مند مفاهیم ارتقای سلامت در درون ساختار و فرهنگ بیمارستان‌ها شناخته شده که این امر نه تنها به دلیل ابزار تشخیصی آن برای ارزیابی وضعیت جاری می‌باشد بلکه به سبب ایجاد تعهد حرکت به سمت کیفیت مستمر نیز می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵: ۶۹). همچنین، مدل بنیاد اروپایی استانداردها یا فرم‌های خاصی برای بهداشت و درمان تعیین نمی‌کند و معیارهای اصلی و فرعی مدل به حیطه اختیارات حرفه‌ای و برتری درمانی داخل نمی‌شوند (نبی لو، ۱۳۸۳: ۳).

از دیگر مزایای این مدل در راستای کاربرد آن در بخش بهداشت و درمان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- تعیین دقیق نقاط قوت و حوزه‌های قابل بهبود؛
- حمایت از خواسته‌های مشتریان؛
- ایجاد بینش یا مدل در جهت تعالی و کمال جویی؛
- اندازه‌گیری عملکرد توانمندسازها، فرایندها و رابطه آن‌ها با نتایج کار؛
- اندازه‌گیری حوزه‌های کاری مالی و غیر مالی؛
- کمک به گوبورداری و مقایسه اجزای سازمان با سازمان‌های رقیب؛

- اندازه گیری به منظور بهبود به جای اندازه گیری به منظور کنترل؛
- نگاه جامعی به ذی‌نفعان سازمان دارد؛
- نگاه جامعی در انتخاب معیارها و شاخص‌ها دارد؛
- ارائه روش سیستماتیک و مبتنی بر واقعیت جهت ارزیابی سازمان؛
- ساختار مناسبی برای تحلیل نتایج ارزیابی سازمان ارائه می‌دهد؛
- قابل اندازه‌گیری کمی است؛
- از قابلیت انعطاف‌پذیری زیادی برخوردار است (شایق، ۱۳۸۴: ۸).

۳-۲. محدودیت‌های مدل EFQM

علی‌رغم ساده بودن مدل نسبت به برخی از رویکردهای دیگر ارتقای کیفیت مانند ایزو، پیاده‌سازی و اجرای آن در مراکز بیمارستانی با مشکلات و محدودیت‌هایی همراه می‌باشد. درک رویه‌ها و اصطلاحات مدیریت کیفیت در مدل EFQM به صورت کاملاً محسوسی برای کارکنان بیمارستان‌ها مشکل می‌باشد. به ویژه آن که، واژگان موجود در این مدل، مقوله‌ای جدا و غریب با مسائل و اصطلاحات بیمارستانی به نظر رسیده و درک فلسفه خود ارزیابی برای کارکنان دشوار است. این مشکلات زمانی که مفاهیم مدل با مفاهیم موجود در بخش بهداشت و درمان در هم می‌آمیزند (مانند توانمندسازی ارتقای سلامت) بسیار جدی‌تر می‌شود. همچنین، باید عنوان نمود که مسأله زمان در سازمان‌ها برای مدل تعالی و سرآمدی قابل اغماض نمی‌باشد.

جهت حل این معضلات و پیچیدگی‌ها، مدیران می‌بایست به منظور تلاش برای کاهش مشکلات ناشی از سلسله مراتب بیمارستانی، در تیم‌های پیاده‌سازی مدل مشارکت فعال داشته باشند. آموزش‌ها نیز هرچند امری مفید برای کاهش مشکلات (به ویژه هنگام مواجهه مدل با فرآیندهای مربوط به کارکنان) محسوب می‌گردند لیکن ارتقای اصلی دانش و مهارت تنها با فعالیت و نقش‌آفرینی مستقیم کارکنان در غالب پروژه‌های بهبود حاصل می‌گردد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵: ۷۱).

از دیگر محدودیت‌های این مدل برای کاربرد در بخش بهداشت و درمان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی، امتیازدهی برای ابعاد در نظر گرفته شده دشوار است؛
- زمان و تمرکز زیادی لازم دارد؛
- عملیاتی کردن آن دشوار است، چرا که عبارتها و مفاهیم به کار رفته در این مدل کلی است و هر سازمانی قادر خواهد بود با این عناوین، شاخص‌های ارزیابی متفاوتی را ایجاد کند؛
- از غنای لازم برای تجزیه و تحلیل علت‌ها برخوردار نیست (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۵۰).

۳. مدل مالکوم بالدريج

جایزه مالکوم بالدريج در بیستم آگوست ۱۹۸۷ ایجاد شد. این جایزه به منظور شناسایی میزان دستیابی سازمان‌های آمریکایی به کیفیت و عملکرد برتر و میزان رشد آگاهی آن‌ها نسبت به اهمیت کیفیت و تعالی عملکرد تحت یک قالب رقابتی ایجاد گردیده است. هدف اصلی برنامه ملی کیفیت بالدريج ایجاد رقابت در سطح ملی و ارتقای کیفیت از این طریق است (ایزدی، ۱۳۸۶: ۲۹).

در سال ۱۹۹۵ معیارهای بالدريج برای سازمان‌های بهداشتی درمانی تهیه و به صورت آزمایشی در ۴۶ موسسه بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار گرفت. در سال ۱۹۹۹ مؤسسات بهداشتی درمانی انتفاعی و غیرانتفاعی، مجاز به رقابت جهت دریافت جایزه شدند. معیارها، بر اساس مجموعه‌ای از ارزش‌ها و مفاهیم محوری ایجاد شده‌اند که همه آن‌ها با هم ارتباط داشته و بر هم تأثیر می‌گذارند (نبی‌لو، ۱۳۸۲: ۵۷-۶۷). رویکرد بالدريج دارای هفت معیار اصلی می‌باشد. این معیارها نشان‌دهنده سطح اول معیارهای ارزیابی عملکرد می‌باشند. برای ارزیابی عملکرد، نحوه برخورد و عمل سازمان در ارتباط با هر یک از این حوزه‌ها مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد تا نقاط قوت و ضعف آن شناسایی شده و امکان برنامه‌ریزی برای بهبود، به صورت مستمر و نیز بر

پایه‌ای منطقی فراهم گردد. حوزه‌های اصلی ارزیابی عبارتند از:

- رهبری؛
- برنامه‌ریزی راهبردی؛
- تمرکز بر بیماران، سایر مشتریان و بازارها؛
- اطلاعات و تحلیل آن؛
- تمرکز بر کارکنان؛
- مدیریت فرآیند؛
- نتایج عملکرد سازمانی (نبی‌لو، ۱۳۸۲: ۷۱-۸۵).

بر این اساس، جدول ۱ به بیان امتیازات معیارهای اصلی مدل بخش بهداشت و درمان بالدریج پرداخته است.

جدول ۱: معیارها و امتیازهای مدل بهداشت و درمان مالکوم بالدریج

امتیازها	معیارهای عملکرد برتر
۱۲۰	رهبری
۸۵	برنامه‌ریزی راهبردی
۸۵	توجه به مشتری
۹۰	اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن
۸۵	تمرکز بر منابع انسانی
۸۵	مدیریت فرآیند
۴۵۰	نتایج
۱۰۰۰	کل امتیاز

مأخذ: (نبی‌لو، ۱۳۸۲: ۷۱-۸۵)

شکل ۲: چارچوب مدل مالکوم بالدريج



مأخذ: (نبی لو، ۱۳۸۲: ۶۹)

با توجه به شکل ۲، چارچوب مدل بالدريج از بالا به پایین شامل سه عنصر اصلی می‌باشد:

- مشخصات سازمانی که زمینه و موقعیتی را که سازمان عمل می‌کند، تعریف و تشریح می‌کند.
- سیستم که از شش دسته یا طبقه در مرکز تشکیل می‌شود که سازمان، عملیات آن و نتایج آن را تشریح می‌کند. رهبری، برنامه‌ریزی استراتژیک، تمرکز بر بیماران و سایر مشتریان مثلث رهبری را تشکیل می‌دهند. رهبران ارشد، مسیر سازمانی را تعیین می‌کنند و به دنبال فرصت‌های آتی برای سازمان هستند. تمرکز بر کارکنان، مدیریت فرایند، نتایج عملکرد سازمانی، نمایانگر مثلث نتایج هستند. کارکنان سازمان و فرایندهای اصلی آن باعث انجام کار در سازمان می‌شوند که منجر به حصول نتایج می‌شود.
- اطلاعات و تحلیل آن در مدیریت مؤثر سازمان و سیستم (نبی لو، ۱۳۸۲: ۶۹).

۱-۳. نقاط قوت و ضعف مدل بالدریج

نقاط قوت این مدل عبارتند از:

- مدل جداگانه‌ای برای مؤسسات تجاری، آموزشی و بهداشتی و درمانی ارائه می‌کند؛
- رویکرد توسعه‌ای دارد؛
- تمرکز بر بازار و مشتری دارد (رفعی زاده، ۱۳۸۴: ۲۱)؛
- ضرایب وزنی مختلفی برای معیارها دارد؛
- تعداد کانون‌های توجه پایین است (مجیبی میکلائی، ۱۳۸۴: ۲۸)؛
- پتانسیل ادغام اقدامات جاری در سازمان مثل سرمایه گذاری در منابع انسانی، ایزو ۹۰۰۰ و سایر استانداردهای کیفیت را دارد؛
- معمولاً با انجام خودارزیابی درباره نقاط قوت و زمینه‌های بهبود در سازمان پیاده می‌شود؛
- دستورالعمل دولت را درباره مدیریت کارکنان در برمی‌گیرد و سازمان‌های مربوط به خدمات بهداشت ملی را تشویق می‌کند به مقایسه عملکردشان با بهترین‌ها بپردازند (نبی‌لو، ۱۳۸۳).

نقاط ضعف این مدل نیز عبارتند از:

- فرهنگ نتیجه گرایی را ترویج می‌دهد؛
- توجهی به فرهنگ سازی ندارد (مجیبی میکلائی، ۱۳۸۴: ۲۸)؛
- جامعیت آن در مقایسه با مدل‌هایی که بعداً ظهور کردند، کمتر است؛
- اجرای مدل زمان‌بر است (رفعی زاده، ۱۳۸۴: ۲۱).

۲-۳. حاکمیت بالینی

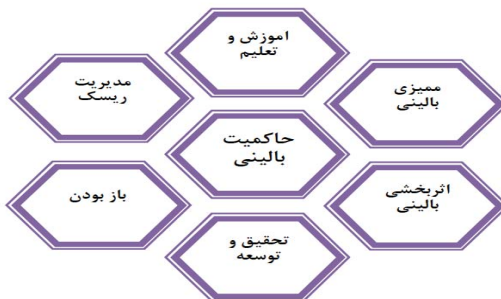
حاکمیت بالینی به عنوان ابزاری مطرح است که دست‌یابی به کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی درمانی را میسر می‌سازد و مکانیسمی می‌باشد که با تضمین استانداردهای متعالی بالینی، پاسخگویی عملکرد و بهبود مستمر از این طریق را در پی دارد. حاکمیت بالینی در بخش سلامت به عنوان مرکز چارچوبی است که کلیه رویکردهای کیفیت را در این بخش

انسجام می‌بخشد و همچون حاکمیت تجاری به دنبال کیفیت، پاسخگویی و مدیریت مناسب عملکرد در یک سازمان اجتماعی و بهداشتی است.

حاکمیت بالینی خود را مبتنی بر ارکانی چون رهبری، برنامه‌ریزی راهبردی، فرایندها، کارکنان، بیمار محوری، اطلاعات و ارتباطات، مشارکت بیماران، کارکنان و جامعه می‌داند و از اجزای آموزش و تربیت، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت ریسک، پژوهش و توسعه و باز بودن سیستم متشکل می‌باشد. به نظر می‌رسد در نظام سلامت هر کشوری وجود نهادی که مسئول بنیان‌گذاری و پایه‌ریزی استانداردهای اختصاصی برای سازمان‌ها و خدمات این حوزه باشد، ضروری است (یوسفیان، ۱۳۸۷، ۱۰۵).

همان‌گونه که در شکل ۳ نشان داده است. مدل حاکمیت بالینی از شش رکن و عنصر اصلی تشکیل شده است که عبارتند از: آموزش و تعلیم، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، پژوهش و توسعه، باز بودن و مدیریت ریسک.

شکل ۳: عناصر اصلی مدل حاکمیت بالینی



مأخذ: (یوسفیان، ۱۳۸۷، ۱۰۵)

۴. مدل اعتبارسنجی

اعتبارسنجی یک فرآیند ارزشیابی معتبر است که ارزشیابان توسط آن قادر به اندازه‌گیری فعالیت‌ها می‌باشند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۸: ۱۹) و به معنای ارزیابی نظام‌مند مراکز ارائه خدمات سلامت یا استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که

به بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد. اعتبار بخشی به طور اختصاصی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی طراحی و ارائه شده است. بنابراین استانداردهای آن در مقایسه با EFQM یا ایزو، برای سازمان‌های بهداشتی درمانی اختصاصی‌تر به شمار می‌آید. اعتباربخشی خواهان آن است که در جایی که تقاضای قاطعانه‌ای برای تعهد و شفافیت وجود دارد به عنوان راهی برای هدایت نظارت دولت انتخاب شود (وزارت بهداشت، ۱۳۸۸: ۱۰).

اعتبارسنجی یک برنامه مستقل داوطلبانه است که به منظور ارزیابی بیمارستان‌ها و به طور کلی برای اعتبارسنجی سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی به وسیله دانشکده جراحان آمریکا در سال ۱۹۱۷ میلادی شکل گرفت و در سال ۱۹۲۶ به کشور استرالیا و در سال ۱۹۵۳ به کشور کانادا گسترش یافت. گسترش برنامه اعتبارسنجی به اروپا سال‌ها طول کشید و به مرور زمان کشورهای انگلیس، پرتغال و فنلاند از برنامه‌های اعتبارسنجی استقبال کردند. اعتبارسنجی در ایتالیا و فرانسه به طور اجباری اجرا می‌شود و زیربنای قانونی دارد. اگر چه کشورهای زیادی در اروپا از مدل اعتبارسنجی استقبال کرده‌اند، اما بعضی از آن‌ها از مدل‌های دیگر ارزیابی نظیر ISO و EFQM نیز استفاده کرده‌اند. شاخه بین‌المللی آن با شورای مشترک اعتبارسنجی بین‌المللی تحت عنوان یک پروژه پژوهش‌هایی به منظور بررسی نیازهای اعتبارسنجی در سطح بین‌المللی و تدوین و توسعه یک مجموعه استانداردهای اعتبارسنجی در سال ۱۹۹۸ شروع شد. در سال ۱۹۹۹، اولین ویرایش شاخص‌های اعتبارسنجی بین‌المللی منتشر شد و در نوامبر سال ۱۹۹۹ اولین پیمایش اعتبارسنجی در سطح بین‌المللی به وسیله شورای مشترک اعتبارسنجی بین‌المللی^۱ انجام گرفت (رئیس، ۱۳۸۵: ۳). مطالعات انجام شده نشان دهنده آن است که ۱۶ کشور از ۲۷ کشور اتحادیه اروپا این برنامه‌ها را اجرا نموده و یا در دست اجرا دارند، لیکن تاکنون هیچ‌گونه چشم‌اندازی از برنامه اعتباربخشی توسط اتحادیه اروپا مورد تصویب قرار نگرفته است (KCE Reports, 2008: 72).

اعتبارسنجی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن بر طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردها، به وسیله افراد مجرب و متخصص

انجام می‌شود. سازمان یا بیمارستانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که به صورت داوطلبانه اما رسمی، از سازمان اعتبارسنجی تقاضا نماید و گروه اعتبارسنجی، با استفاده از استانداردهای مرتبط، بیمارستان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پس از تجزیه و تحلیل یافته‌ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها به آن سازمان اعلام می‌شود. در یک سیستم اعتباربخشی، منابع سازمانی به صورت دوره‌ای برای اطمینان از کیفیت خدمات مبتنی بر استانداردهای پذیرفته شده گذشته ارزیابی می‌شود. استانداردها ممکن است حداقل، تعریف کننده سطح پایین یا پایه، یا مفصل‌تر باشد. اعتباربخشی به طور مطلوب باید مستقل از کنترل دولت باشد و گروه‌های اجرا کننده آن باید بیمارستان‌ها را نه فقط در رابطه با برخی خدمات یا فعالیت‌های کوچک بلکه به طور جامع ارزیابی کنند. بهترین برنامه‌های اعتباربخشی فعالیت‌های آکادمیک از قبیل آموزش و پژوهش در بیمارستان‌ها را نیز شامل می‌شود (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۱۲۹).

استانداردهای اعتبارسنجی شاخه بین‌المللی شورای مشترک، منحصرأً برای ارزیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی تهیه و تدوین شده است. اعتبارسنجی با یک ارزیابی درونی یا خود ارزیابی از بیمارستان شروع می‌شود؛ بعد از آن ارزیابی خارجی به وسیله یک تیم از افراد و گروه‌های مختلف حرفه‌های پزشکی با تخصص‌های مختلف که کلیه خدمات سازمان را پوشش می‌دهد انجام می‌گیرد. ارزیابی شامل پیمایش و بررسی کلیه زیر سیستم‌های بیمارستان به منظور اصلاح مستمر کیفیت خدمات بالینی، ساختار، فرایندها، نتایج و عملکرد سازمانی می‌باشد. فهرست بیمارستان‌هایی که اعتبارسنجی شده‌اند همچنین اطلاعات مربوط به نتایج و درجه اعتبارسنجی آن‌ها در پایگاه یا سایت اینترنتی شورای مشترک اعتبارسنجی سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای دسترسی عموم مردم به نمایش گذاشته می‌شود. جزئیات مربوط به فرایند اعتبارسنجی و نتایج آن فقط در دسترس سازمان‌های ذی‌ربط و ذی‌نفعان دیگر قرار می‌گیرد (رئیس، ۱۳۸۵: ۳). برخی شاخص‌های کلیدی موفقیت در برنامه‌های اعتباربخشی عبارتند از: مشارکت فعال واحدها از ابتدای شروع برنامه، توجه به فرهنگ‌سازی کافی جهت حرکت به سمت برنامه‌های بهبود در سازمان، تبیین اهمیت خودارزیابی و استفاده از سیستم‌های چندمنظوره جهت هدایت ارزیابان خارجی (KCE Reports, 2008: 72).

۱-۴. اعتبارسنجی در ایران

در خصوص مدل مورد استفاده اعتبارسنجی در ایران نیز باید چنین بیان نمود که در سپتامبر ۲۰۰۲ دفتر کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی و دفتر منطقه‌ای در اجلاس مصر مدلی انعطاف پذیر از اعتباربخشی بیمارستانی را برای منطقه خاورمیانه مناسب ارائه دادند که برای منطقه خاورمیانه مناسب به نظر می‌رسید به نحوی که آن مدل متناسب و قابل اجرا در سطح کشور تشخیص داده شده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷: ۱۵). استانداردهای بیمارستانی به دلیل نقش با ارزشی که در نشان دادن عملکرد مورد انتظار و کمک در ارزشیابی فعالیت‌های بیمارستان دارند، یکی از بارزترین عناصر مفهومی سازمان به شمار می‌روند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت به دلیل ناکارآمدی در نمایش ضعف‌ها و کاستی‌های مراکز درمانی، نیازمند مطالعه و بررسی می‌باشند. در همین راستا تطبیق استانداردهای بیمارستانی مورد عمل وزارت بهداشت با استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک نشان داده است که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت علی‌رغم این که از جهت کمیت نسبت به استانداردهای مورد مطالعه کمیسیون مشترک بیشتر بوده‌اند؛ اما نتوانسته‌اند بیش از ۵۰٪ آن‌ها را پوشش دهند. به عبارت دیگر، از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمارستانی کمیسیون مشترک، ۹۸ گزاره آن هیچ مصدافی در استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت نداشته است. این امر نشان می‌دهد که وزارت بهداشت در تدوین استانداردهای بیمارستانی به بسیاری از موارد مهم مربوط به فرآیند مراقبت بیمار توجه نکرده است از جمله: تداوم مراقبت‌ها، حقوق بیمار و خانواده، رضایت آگاهانه، ارزیابی بیمار و آموزش بیمار و خانواده (احمدی، ۱۳۸۳: ۴۶).

اکنون با توجه به آن که بیش از ده سال از آخرین بازنگری چک‌لیست‌های ارزشیابی و با توجه به این که طی سال‌های اخیر، نظام اعتباربخشی در کشورهای توسعه یافته و برخی کشورهای در حال توسعه به طور روزافزون در مسیر تکامل قرار گرفته، ضرورت به‌روز رسانی و معرفی دیدگاه‌های نوین اعتبارسنجی بیش از پیش احساس می‌شود و امروزه در تعیین اعتبار باید به این اصل مهم توجه داشت که مؤسسه‌های درمانی تا چه

اندازه قابلیت تأمین نیازهای ایمنی، رفاهی، مراقبتی و حقوقی بیماران را دارا هستند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷: ۲۴-۲۳).

۲-۴. محدودیت‌های اعتبارسنجی

پس از چند دهه پیاده‌سازی و صرف هزینه برای اجرای برنامه‌های اعتبارسنجی در بیمارستان‌ها هیچ گونه شاهدهی دال بر اثربخشی برنامه‌های اعتباربخشی مشاهده نشده است. به گونه‌ای که اکثر بیمارستان‌های اجراکننده این برنامه ارزیابی، دستاوردها و خروجی‌های سیستم را یا اندازه گیری ننموده اند و یا به طور کل بهبود چشمگیری در فعالیت‌های آنان حاصل نشده است. در مواردی هم که پیشرفت‌هایی مشاهده شده، رابطه علی آن‌ها با بهبود صورت یافته قابل ارائه نبوده است (KCE Reports, 2008: 72).

۵. مدل ارزیابی امتیازی متوازن

مدل ارزیابی متوازن عملکرد^۱ در سال ۱۹۹۲ توسط رابرت کاپلان و دیوید نورتون^۲ ارائه گردید. این مدل با ابعاد چهارگانه حیاتی مالی، فرایندهای داخلی، مشتری، و یادگیری و رشد، در پی کنترل عملیات کوتاه مدت سازمان با چشم‌انداز و استراتژی‌های بلند مدت آن است. لذا سازمان تاکید خود را بر نسبت‌های کلیدی عملکرد در محدوده اهداف متمرکز می‌سازد. ابعاد اصلی این مدل عبارتند از:

- بعد مالی^۳؛
- بعد فرایندهای داخلی^۴؛
- بعد مشتری^۵؛
- بعد یادگیری و رشد^۶ (نورتون و کاپلان، ۱۳۸۷: ۲۲).

1 BSC : The Balanced Score Card

2 R.S. Kaplan and D.P. Norton

3 Financial Perspective

4 Internal Process

5 Customer Perspective

6 Learning and Growth Perspective

ارزیابی متوازن بر سه بعد زمانی گذشته، حال و آینده در ارزیابی‌ها تاکید می‌نماید چرا که ممکن است عملکرد گذشته‌ای منجر به نتیجه‌ای در امروز شده یا فردا گردد و عملکرد امروز منجر به نتیجه‌ای در امروز یا فردا گردد. همچنین، در این مدل شاخص‌ها به دو نوع شاخص‌های محرک عملکردی^۱ و پیامد^۲ دسته‌بندی می‌گردند. این مدل می‌کوشد استراتژی‌های سازمانی را از طریق تعیین عوامل بحرانی موفقیت و شاخص‌های استراتژیک با عملیات سازمانی مرتبط نموده و میان آن‌ها پیوند برقرار نماید.

مدل کارت امتیازی متوازن، سیستمی است برای ترجمه راهبردها به عمل (آزادی خواه سلیمی، ۱۳۸۶: ۴۶). بر اساس تجربه مشاوران صاحب نامی چون کاپلان و نورتون اکثریت سنجه‌های ارزیابی در سازمان‌ها به سنجه‌های مالی اختصاص دارد (حدود ۳۵٪) (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۱۵) و در این میان رویکرد BSC تلاش می‌کند توازن را در نظام ارزیابی عملکرد فراهم آورد. لازم به ذکر است که عبارت متوازن در کارت امتیازی متوازن، به معنای ایجاد توازن بین سنجه‌های مالی و غیر مالی از لحاظ اهمیت، توازن میان ذی‌نفعان داخلی و خارجی سازمان، توازن بین اهداف بلندمدت و کوتاه مدت و همچنین، توازن میان شاخص‌های هادی و تابع عملکرد می‌باشد (نورتون و کاپلان، ۱۳۸۷: ۳۱-۳۰).

سنجش متوازن در واقع یک رویکرد مدیریتی است که بتواند بر روی نتایج مالی و ارزشی که در آینده از طریق فعالیت‌های استراتژیک ایجاد می‌شود متمرکز شود. این رویکرد کمک می‌کند تا سازمان‌ها بتوانند بین فعالیت‌ها و استراتژی‌ها توازن برقرار کنند. سنجش متوازن، استراتژی بلند مدت سازمان را در قالب اهداف کاملاً مشخص و قابل اندازه‌گیری در همه ابعاد سازمانی تعیین می‌کند و می‌تواند موجب یکپارچه‌نمودن فراگردهای مالی و بودجه‌بندی و نیز برنامه‌ریزی استراتژیک گردد و به مدیران عالی این امکان را دهد که به صورت جامع و سریع سازمان را مورد ارزیابی قرار داده و توازن واقعی را ایجاد نمایند (طیبی، ۱۳۸۳: ۳۳).

در سال ۱۹۹۶ ورود روش امتیازی متوازن به بخش دولتی و غیرانتفاعی در مرحله آغازین خود بوده است لیکن در طی چهار سال این مفهوم به طور وسیعی در این دسته از سازمان‌ها در سرتاسر جهان مورد پذیرش قرار گرفت (نورتون و کاپلان، ۱۳۸۷: ۲۱۵). ورود این رویکرد به سازمان‌های بخش بهداشت و درمان را (چه در آمریکای شمالی و چه خارج از آن) می‌بایست به حدود یک دهه پس از معرفی آن دانست (Weir, 2009: 127). اصطلاح BSC، گاهی برای نشان دادن مجموعه‌ای از شاخص‌ها استفاده می‌شود. برای مثال چارچوب ارزیابی بیمارستان‌ها در اونتاریو به یک BSC اشاره می‌کند که شاخص‌های مرتبط با بهره برداری و نتایج بالینی، عملکرد مالی، رضایت بیماران و تغییر و ادغام سیستم را در بر گرفته و بررسی می‌نماید. پیچیدگی توسعه و پیاده‌سازی استراتژی در مؤسسات بهداشتی و درمانی کاملاً واضح است (نورتون، ۱۳۸۷: ۲۴۰). به همین سبب مدل تعدیل‌شده کاپلان و نورتون به عنوان چارچوبی برای پایش عملکرد سیستم بهداشتی یکپارچه مطرح شده است. با استفاده از این چارچوب عملکرد بر اساس پنج جنبه مورد بررسی قرار می‌گیرد (یوسفیان، ۱۳۸۷: ۱۷):

- مالی؛
- مشتری؛
- فرآیندهای داخلی؛
- نوآوری و یادگیری؛
- منافع جامعه و نحوه اینکه چگونه سیستم بر محیط اثر می‌گذارد.

روش ارزیابی متوازن در اغلب سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای آمریکا، استرالیا، کانادا و نیوزیلند به صورت مستقل از کل و در واحدهای استراتژیک ارائه دهنده مراقبت‌ها، طراحی شده است. در به کارگیری این روش در بخش بهداشت و درمان به رسالت‌بخشی، مسئولیت‌پذیری، بهبود برنامه‌ها و خدمات و نیز نیازهای سیاسی خاص تمرکز شده است. مخاطبان این روش، در هنگام اجرای آن در سطح کل سازمان، مدیران، متخصصین بالینی و سایر کارکنانی هستند که می‌توانند

باعث تحول شوند و هنگامی که روش امتیازی متوازن در سطح بخش‌ها پیاده شود، علاوه بر موارد فوق هیئت مدیره و مخاطبان خارجی از قبیل عموم مردم و دولت را نیز در بر می‌گیرد. بر حسب نیاز سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند روش امتیازی متوازن متناسب با شرایط خود را طراحی کنند اما در هنگام به کارگیری گسترده در بخش سلامت عمومی، روش فوق متناسب نیازهای اکثریت سازمان‌ها تعیین می‌شود. معمولاً نتایج روش فوق برای سازمان ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمان مکانیزم بازخورد داخلی را برای مدیران ارشد و عملیاتی فراهم می‌نماید و در صورت نیاز مدیران و کارکنان تصمیم می‌گیرند که در سازمان تحولات لازم را ایجاد نمایند. نتایج این روش باعث حذف برخی مداخلات ناشی از فشارهای داخلی و خارجی در بیمارستان‌های دولتی نیز می‌شود (قاسم بگلو، ۱۳۸۶: ۹۲). هرچند BSC در ابتدا برای مراقبت‌های بهداشتی مطرح نشد، لیکن قابل کاربرد برای صنایع و سازمان‌های مختلف می‌باشد و چنین به نظر می‌رسد که روش ارزیابی متوازن برای ارزیابی سازمان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی چارچوب مناسبی باشد (دیواندری، ۱۳۸۴: ۹).

۱-۵. نقاط قوت مدل امتیازی متوازن

به طور کلی، مدل امتیازی متوازن با تاکید بر حوزه‌های چندگانه یاد شده دارای مزایایی است که در سایر مدل‌ها چندان مورد التفات قرار نگرفته است. یکی از امتیازات این مدل ارائه گزارش جامع و مختصر از عناصر اساسی و کلی سازمان است. همچنین این مدل قادر می‌باشد تا استراتژی و رسالت سازمان را به اهداف قابل اندازه گیری و محسوس تبدیل نماید. در اهمیت رسالت نیز باید بیان نمود که به عنوان فلسفه وجودی سازمان به شمار می‌رود (قاسم بگلو، ۱۳۸۶: ۲۲۴). مدل امتیازات متوازن یکی از بهترین مدل‌هایی است که برای سنجش عملکرد بخش دولتی کاربرد دارد. این مدل با تمرکز بر استراتژی‌های سازمان قادر به اندازه گیری بهره وری در محیط‌های بسیار پیچیده و سیاسی دولتی است. ابن الرسول نیز در رساله دکتری خود نشان داده است که مدل امتیازی متوازن با توجه به شاخص‌های مقایسه‌ای، ملموس‌ترین و مناسب‌ترین مدل برای

ارزیابی و سنجش عملکرد در سازمان‌های ایران می‌باشد. مدل امتیازات متوازن به عنوان سیستمی فراگیر در سازمان‌های مختلف تولیدی، خدماتی، دولتی و عام‌المنفعه و غیره به کار برده شده است (الوانی، ۱۳۸۲: ۱۴). امروزه BSC به عنوان یکی از ۱۵ ابزار مدیریتی پرکاربرد، کم‌خطا و مؤثر بین مدیران ۲۳ کشور دنیا شناخته شده است و پژوهش‌های نیز نشان می‌دهد ۷۰٪ شرکت‌های آمریکایی از این ابزار بهره‌برده و یا درصدد استفاده از آن هستند (الوانی، ۱۳۸۲: ۲۰). همچنین، باید خاطر نشان نمود که در کنار ارزیابی ساده عملکرد، BSC ارائه‌دهنده چارچوبی ساختار یافته برای مدیریت عملکرد نیز می‌باشد. امتیازات دیگر این مدل به شرح ذیل می‌باشد:

- قابلیت انعطاف و سازگار با هرگونه سازمان؛
- تمرکز بر تعداد محدودی معیار مهم و کنار گذاشتن اطلاعات غیر مرتبط؛
- یادگیری و به‌کارگیری آسان (یوسفیان، ۱۳۸۶: ۱۵)؛
- گسترش‌دهنده درک علت و معلولی از معیارهای عملکردی سازمان و توانمندسازی برای اخذ تصمیمات استراتژیک؛
- ارتباط دو جانبه‌ای از استراتژی و روندهای استراتژیک در سازمان برقرار می‌کند؛
- یک مبنای تئوریک برای هر جنبه ارائه می‌کند؛
- بر مبنای ایجاد توازن میان عملکرد داخلی و خارجی معیارهای مالی و غیرمالی و غیره استوار است؛
- بر روابط علی و معلولی بین چهار بعد مدل، تأکید می‌شود؛
- از جامعیت برخوردار است (کریمی، ۱۳۸۴: ۱۰).

۲-۵. محدودیت‌های پیاده سازی BSC در بیمارستان‌ها

با وجود همه تعاریف درخصوص استفاده از این مدل برای بیمارستان‌ها ایراداتی وارد شده است. برای مثال، تأکید مدل بر حفظ مشتری، این معیار برای نظامی که بر بیمارستان‌های محلی و ارجاعات پزشکان و قدرت پایین مصرف‌کننده تکیه دارد، مناسب نیست. با همه این مسائل این مدل به دلیل برخورداری از چارچوب ویژه‌ای که

بازخورد سازمانی، جریان اطلاعات پیش‌نگر و آینده‌نگر را تسهیل می‌کند، مورد توجه و استفاده می‌باشد (یوسفیان، ۱۳۸۶: ۱۸).

چالش‌های دیگری نیز فراروی پیاده‌سازی BSC در بیمارستان‌ها گزارش شده است که برخی از آن‌ها عبارتند از: مشکل بودن ایجاد تغییر در مقررات و فرآیندهای بخش سلامت، تنوع روز افزون نیازهای مشتریان، بروز تعارض میان اهداف مدیران و پزشکان، بروز تعارض میان ارزش‌های پیشنهادی برای مشتریان مختلف، کمبود رویکردهای نوین سنجش عملکرد، ناکافی بودن سیستم‌های اطلاعاتی (Silva, 2005: 1)، دشوار بودن یافتن شاخص‌های صحیح (Daniel, 2003: 2)، کمبود تعهد، عدم ثبات در شرایط متغیر محیطی، عدم درک و یا درک نادرست مفاهیم و شوک فرهنگی (Bambang, 2007: 4).

مدل امتیازات متوازن یک مدل مفهومی است و به راحتی قابل تبدیل به یک مدل اندازه‌گیری نبوده و همچنین، نقش جامعه را در تعریف محیطی که سازمان در آن کار می‌کند را در نظر نمی‌گیرد (یوسفیان، ۱۳۸۶: ۱۶). اجرای این رویکرد نیز تنها در صورتی ممکن است که سازمان مورد مطالعه دارای چشم‌انداز استراتژی تعریف شده‌ای باشد. اگرچه کارت امتیازدهی متوازن چارچوب ارزشمندی است که نواحی مهم و حساس را برای ارزیابی ارائه می‌کند، اما در مورد اینکه چگونه می‌توان شاخص‌های مناسب را پس از شناسایی به کار برد، حرفی به میان نمی‌آورد (کریمی، ۱۳۸۴: ۱۲).

۶. مدل‌های مورد استفاده در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های شهرستان تهران

در این قسمت انواع سیستم‌های ارزیابی عملکرد مورد استفاده در تعداد ۳۲ مرکز آموزشی درمانی شهر تهران معرفی خواهند شد. قابل ذکر است که اطلاعات حاصله توسط پرسشنامه و از طریق بررسی اکتشافی در میان مدیران ارشد بیمارستان‌ها در پاییز سال ۱۳۸۹ گزارش گردیده است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، وضعیت سیستم‌های سنجش عملکرد ایزو، حاکمیت بالینی، مالکوم بالدريج، شش سیگما، روش امتیازی متوازن و مدل تعالی

سازمانی در نمونه مورد مطالعه مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

در این میان دو مدل تعالی سازمانی و حاکمیت بالینی با دارا بودن ۴۳٫۸٪ پیاده‌سازی به عنوان پرکاربردترین مدل‌ها شناسایی شده‌اند که البته اهمیت مدل تعالی سازمان‌ها به مراتب پررنگ‌تر و بیشتر می‌باشد.

جدول ۲: بررسی رویکردهای ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های آموزشی تهران

گزینه‌ها				شیوه سنجش عملکرد	
مد نظر قرار نگرفته	مد نظر قرار گرفته و سپس رد شده	پیاده سازی و سپس رها شده	در حال اجرا. و پیاده سازی		
۴۲٫۵٪	۳٫۱٪	۹٫۴٪	۲۵٪	درصد	استاندارد ایزو
۲۰	۱	۳	۸	فراوانی	
۹۶٫۸٪	۰٪	۰٪	۳٫۲٪	درصد	مالکولم بالدريج
۳۰	-	-	۱	فراوانی	
۷۸٫۱٪	۰٪	۳٫۱٪	۱۸٫۸٪	درصد	روش امتیازی متوازن
۲۵	-	۱	۶	فراوانی	
۵۰٪	۰٪	۴٫۲٪	۴۳٫۸٪	درصد	مدل تعالی سازمانی
۱۶	-	۲	۱۴	فراوانی	
۵۶٫۳٪	۰٪	۰٪	۴۳٫۸٪	درصد	حاکمیت بالینی
۱۸	-	-	۱۴	فراوانی	
۹۳٫۸٪	۰٪	۳٫۱٪	۳٫۱٪	درصد	نش سبگما
۳۰	۰	۱	۱	فراوانی	

۱-۶. مدل حاکمیت بالینی

مدل حاکمیت بالینی مدلی است که در حال حاضر صرفاً در دانشگاه تهران مد نظر قرار گرفته و دو دانشگاه ایران و شهید بهشتی چندان به آن نپرداخته‌اند. درصد بالای اظهار شده توسط این مدل را نیز صرفاً می‌توان به دلیل شرایط الزام آور دانشگاه مزبور در مورد مراکز درمانی تحت پوشش دانست. ضمن اینکه مدل حاکمیت بالینی نخستین سال‌های حضورش در مراکز فوق را گذرانده و در اکثر آن‌ها به طور کامل و شایسته‌ای پیاده سازی نشده است. بنابراین در بین مدل‌های مورد بررسی به استثناء مدل حاکمیت بالینی سایر مدل‌ها به انتخاب و خواست مراکز درمانی مورد توجه قرار

گرفته و پیاده سازی کامل تری در خصوص آن‌ها مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است که بیمارستان فیروزگر دانشگاه ایران تنها بیمارستانی است که خارج از حیطه دانشگاه تهران به مدل حاکمیت بالینی توجه نموده است.

۲-۶. مدل تعالی و سرآمدی سازمان

مدل تعالی سازمانی هر چند با تغییر نام از سوی وزارت بهداشت ایران با نام مدل تعالی بیمارستان‌ها معرفی شده، لیکن اجرای آن صرفاً به خواست و اراده مراکز فوق وابسته بوده و هیچ گونه الزامی در پیاده سازی آن مشاهده نمی‌گردد. درصد بالای پیاده سازی این سیستم نشان دهنده مورد قبول واقع شدن آن از سمت بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه می‌باشد. بنابراین چنانچه به نظر می‌رسد در سال‌های آتی شاهد استفاده مراکز بیشتری از مدل فوق خواهیم بود.

مطابق با داده‌های حاصل از بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، دانشگاه شهید بهشتی با ۶۰٪ (معادل ۶ مرکز از ۱۰ نمونه) استفاده از مدل تعالی و سرآمدی سازمان‌ها رتبه اول و دانشگاه‌های ایران با ۳۸٪ (معادل ۳ بیمارستان از ۸ نمونه) و تهران ۳۶٪ (معادل ۵ بیمارستان از ۱۴ نمونه) نیز رتبه‌های دوم و سوم پیاده سازی این سیستم‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. ضمن این که میزان انصراف ۱۰٪ در دانشگاه ایران و ۷٪ در دانشگاه تهران قابل توجه به نظر رسیده و دلایل شکست این سیستم در آن‌ها قابل بررسی می‌باشد.

۳-۶. استاندارد ایزو

پس از بررسی مدل‌های فوق مرتبه دوم اهمیت و کاربرد را می‌بایست به حضور نسبتاً پر رنگ استاندارد ایزو نسبت داد. پاسخ‌های مخاطبان حاکی از آن است که ۲۵٪ مراکز درمانی آموزشی مورد مطالعه استاندارد فوق را پیاده‌سازی نموده و یا در حال پیاده سازی آن می‌باشند. این در حالی است که حدود ۱۰٪ مراکز نیز پس از پیاده سازی کامل آن

به دلایلی مانند هزینه‌های این سیستم و یا عدم مشاهده نتایج ملموس استفاده از آن را متوقف نموده‌اند.

جدول متقاطع ۳ نشان دهنده وضعیت بسیار مطلوب‌تر دو دانشگاه ایران و شهید بهشتی در پیاده سازی ایزو نسبت به دانشگاه تهران می‌باشد. به گونه‌ای که مشاهده می‌گردد ۱۲,۵% پاسخ دهندگان مراکز مورد مطالعه در دانشگاه ایران و ۱۴,۳% در دانشگاه تهران پس از پیاده سازی این استاندارد آن را رها نموده‌اند.

جدول ۳: بررسی چگونگی و میزان استفاده از رویکرد ایزو.

در حال اجرا و پیاده سازی	پیاده سازی و سپس رها شده	مد نظر قرار گرفته و سپس رد شده	مد نظر قرار نگرفته	استاندارد ایزو	
				درصد	فراوانی
۷,۱٪	۱۴,۳٪	۷,۱٪	۷۱,۶٪	درصد	دانشگاه تهران
۱	۲	۱	۱۰	فراوانی	
۳۷,۵٪	۱۲,۵٪	۰٪	۵۰٪	درصد	دانشگاه ایران
۳	۱	۰	۴	فراوانی	
۴۰٪	۰٪	۰٪	۴۰٪	درصد	دانشگاه شهید بهشتی
۴	۰	۰	۶	فراوانی	

۴-۶. روش امتیازی متوازن

استفاده ۱۸,۸% از روش امتیازی متوازن در مراکز درمانی شهر تهران کاملاً جالب توجه و فراتر از انتظارات به نظر می‌رسد. دلیل این امر آن است که هیچ گونه حمایتی از این رویکرد چه در سطح وزارت مربوط و چه در سطح دانشگاه‌ها صورت نپذیرفته و استفاده از آن کاملاً خودجوش می‌باشد. با بررسی جدول ۴ مشاهده می‌گردد در مراکز وابسته به دانشگاه تهران هیچ گونه موردی از پیاده سازی روش امتیازی متوازن گزارش نشده است. در این بین دانشگاه ایران با ۳۷,۵% بالاترین نرخ پیاده سازی BSC را اظهار نموده، در حالی که در مراکز وابسته دانشگاه شهید بهشتی نیز با نرخ ۳۰% پیاده سازی میزان قابل توجهی در استفاده از این روش دیده می‌شود.

جدول ۴: بررسی چگونگی و میزان استفاده از روش امتیازی متوازن

روش امتیازی متوازن		مد نظر قرار نگرفته	مد نظر قرار گرفته و سپس رد شده	در حال اجرا و پیاده سازی
درصد	٪۹۲٫۹	٪۷٫۱	٪۰	دانشگاه تهران
فراوانی	۱۳	۱	۰	
درصد	٪۶۲٫۵	٪۰	٪۳۷٫۵	دانشگاه ایران
فراوانی	۵	۰	۳	
درصد	٪۷۰٫۰	٪۰	٪۳۰	دانشگاه شهید بهشتی
فراوانی	۷	۰	۳	

۵-۶. مدل شش سیگما و بالدریج

رویکردهای شش سیگما و مالکوم بالدریج را نیز می‌توان از مواردی دانست که تنها یک مشاهده در خصوص پیاده سازی برای آن‌ها به ثبت رسیده است. هر چند میزان پیاده‌سازی مدل شش سیگما با توجه به شرایط سازمانی موجود و دشوار بودن استفاده از این مدل کاملاً بدیهی به نظر می‌رسد، لیکن با توجه به وجود مدل سفارشی شده مالکوم بالدریج برای بیمارستان‌ها، استفاده از آن بسیار کم رنگ به نظر رسیده و چنانچه مطالعات مقدماتی نشان می‌دهد پیاده سازی آن بیشتر در سطح بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی محدود شده است. لازم به ذکر است که هر سه مورد مشاهده شده در خصوص پیاده سازی کامل و یا نیمه تمام شش سیگما و مالکوم بالدریج مربوط به مراکز وابسته به دانشگاه شهید بهشتی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مشکل اصلی سنجش عملکرد در بخش عمومی به جای آنکه یک مسأله اندازه گیری و سنجش باشد، مفهومی است. به همین دلیل به منظور سنجش عملکرد دولتی این مفهوم در ابتدا می‌بایست توسط دولت تعریف شده و بر روی اهداف آن توافق حاصل شود. بنابراین توصیه می‌گردد رویکرد حمایتی به کارگیری نظام‌های نوین سنجش عملکرد و زیر مجموعه‌های آن مانند نظام اطلاعات بیمارستانی از سطوح بالا و از دانشگاه‌ها به وجود آید.

همچنین با توجه به ادبیات پژوهش، الگوهای گوناگونی در خصوص ارزیابی عملکرد وجود دارد که هر کدام دارای نقاط قوت و محدودیت‌هایی می‌باشند. بنابراین لزوم توجه کافی به نقاط ضعف رویکردهای مورد بررسی می‌تواند مانع از شکست در پیاده‌سازی آن‌ها گردد.

منابع و مأخذ

- آزادی خواه سلیمی، مجید، (شهریور ۱۳۸۶)، کارت امتیازی متوازن و ارتباط آن با سایر روش‌های ارزیابی عملکرد، عصر مدیریت، سال دوم شماره هشتم.
- احمدی دانیالی، آرزو (۱۳۸۳)، مطالعه تطبیقی مدیریت عملکرد در بیمارستان‌های منتخب تهران و ارائه الگو برای ایران، رساله دکتری تخصصی مدیریت خدمات و بهداشت درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی: واحد علوم و پژوهش‌های، تهران.
- الوانی، سید مهدی، ناصر میرسپاسی و تورج مجیبی، (زمستان ۱۳۸۴)، توسعه مدل امتیازات متوازن در بخش دولتی، فصلنامه مدیریت، سال دوم شماره ۵.
- الوانی، سید مهدی و میر علی سید نقوی، (۱۳۸۲)، مدل امتیازات متوازن: مدلی برای سنجش عملکرد در بخش دولتی، فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۷ و ۳۸.
- ایزدی، احمدرضا، (۱۳۸۴). ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران بر اساس مدل تعالی سازمانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی: واحد علوم و پژوهش‌های، تهران.
- دیواندری، علی، محمد ابراهیم محمد پور زرنندی و کوبک شریفی، (دی ماه ۱۳۸۴)، بررسی اجرای نظام جامع ارزیابی عملکرد در مراکز پژوهشی با رویکرد کارت امتیازی متوازن، سومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت، تهران.
- رفیع زاده، علاءالدین (۱۳۸۸)، مدل مناسب مدیریت عملکرد در بخش دولتی، ماهنامه تدبیر شماره ۲۰۵.
- رئیزی، احمدرضا، سعید آصف زاده و محمدحسین یارمحمدیان، (۱۳۸۵)، مطالعه تطبیقی مدل‌های اطلاعات اعتبارسنجی در اروپا و آمریکا، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره سوم، شماره دوم.
- شایق، رضا، (۱۳۸۴)، آشنایی با تعالی سازمانی و خود ارزیابی، دومین کنفرانس ملی مدیریت عملکرد، جهاد دانشگاهی.
- قاسم بگلو، امین (۱۳۸۶)، طراحی مدلی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی ایران با استفاده از روش ارزیابی متوازن، رساله دکتری تخصصی مدیریت خدمات و بهداشت درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی: واحد علوم و پژوهش‌های، تهران.
- کارگر شورکی، هدایت، (۱۳۸۶)، آسیب شناسی مدیریت عملکرد در بخش دولتی ایران (با تأکید بر ممیزی در دستگاه‌های اجرایی)، سومین کنفرانس ملی مدیریت عملکرد، مرکز همایش‌های علمی جهاد دانشگاه، تهران.
- کریمی، تورج، (۱۳۸۴)، مطالعه تطبیقی مدل‌های ارزیابی عملکرد سازمانی، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت تولید، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران.

مدل تعالی و سرآمدی مراکز بیمارستانی بر اساس EFQM، (۱۳۸۸)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر توسعه و تحول اداری، تهران.

مجیبی میکائیلی، تورج، (۱۳۸۴)، ارائه مدل جامع ارزیابی عملکرد سازمان‌های دولتی در استان مازندران. رساله دکتری رشته مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی: واحد علوم و پژوهش‌های، تهران.

مژده کار، ریحانه، (۱۳۸۵)، ارزیابی عملکرد بیمارستان آیت... کاشانی شهر تهران بر اساس مدل مالکوم بالدريج: ۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات و بهداشت درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی: واحد علوم و پژوهش‌های، تهران.

نبی لو، بهرام، (۱۳۸۲)، مطالعه تطبیقی الگوهای برتری سازمانی در نظام بهداشت و درمان کشورهای منتخب: ارائه الگوی ایران، رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

نبی لو، بهرام، (۱۳۸۳)، الگوهای برتری در بهداشت و درمان، مجله علمی- آموزشی تدبیر، سال پانزدهم، شماره ۱۴۵.

نجمی، منوچهر و سیروس حسینی، (دی ماه ۱۳۸۸)، مدل سرآمدی EFQM از ایده تا عمل (بر اساس ویرایش ۲۰۰۳)، نشر سرآمد، تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۸۷)، نگاهی به استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستانی، معاونت سلامت، مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی. تهران.

یوسفیان، نجفی (۱۳۸۷)، گزارش مرور ادبیات ارزیابی عملکرد سازمانی (مراکز بیمارستانی). معاونت توسعه مدیریت و منابع، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Bambang, T., (2007), The implementation of The Balanced Scorecard to Improve Competitive Advantage in The Era of Globalization: Case Study at Local Hospital Organization in Surabaya-Indonesia, 13th Asia Pacific Management Conference, Melbourne Australia, pp376-386.

Daniel, I. (2003), Hospital Performance Committe Report, Ontario ministry of health and long term care and the Ontario hospital association.

EFQM (2009). EFQM model teaser triptych DEF 3.

Heaton C. (2000), External peer review in Europe: an overview from ExPeRT project, International journal for quality in healthcare; 12:177-182.

KCE reports, (2008), Comparative study of hospital accreditation

- programs in Europe, Belgian Health Care Knowledge Centre.
- Shaw, c. (2004), The external assessment of health services, hospitals and Health services, Vol 40, No1.
- Silva, Bruno Folly Guimarães e. Prochnik, Victor (2005), Seven Challenges for the Implementation of Balanced Scorecard in Hospitals, 3rd conference on performance measurement and management control nice, September 22-23.
- Simmons, Joann, Kurji, Karim, (2008), Balance Scorecard for York Region Public Health, Health Services Branch Community and Health Services Department the Regional Municipality of York.
- Weir ,Erica, Entremont, Nadine, Stalker, Shelly, Kurji, Karim, Robinson, Victoria, (2009), Applying The Balance Scorecard to Local Public Health Performance Measurement : Deliberation and Decisions, BMC Public Health, 9:127.