

پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان

علی محمد مصدق راد^۱، پروانه اصفهانی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۱۷

چکیده:

زمینه و هدف: برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها و افزایش میزان پاسخ‌گویی مدیران بیمارستان‌ها شود. برنامه‌ریزی استراتژیک به صورت اجباری در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی از سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های ایران بکار گرفته شد و با چالش‌هایی همراه بوده است. این مطالعه با هدف شناسایی پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در سال ۱۳۹۵ با روش کیفی و از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۴۷ نفر از تیم برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های استان تهران انجام شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوایی با رویکرد استقرایی انجام شد.

نتایج: توجه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک، معرفی مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک، تأمین منابع موردنیاز برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد و حمایت مدیران و کارکنان به ویژه پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، فرهنگ و روحیه کار مشارکتی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها از پیش‌نیازهای اصلی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بود.

نتیجه‌گیری: سیاست‌گذاران نظام سلامت و مدیران ارشد بیمارستان‌ها باید ابتدا پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک را تأمین کنند و سپس، نسبت به تدوین و اجرای برنامه استراتژیک اقدام کنند. عدم تأمین این الزامات و پیش‌نیازها منجر به بروز چالش‌های زیادی به هنگام تدوین و اجرای برنامه استراتژیک می‌شود.

کلمات کلیدی: مدیریت استراتژیک، برنامه‌ریزی استراتژیک، پیش‌نیازها، بیمارستان، مطالعه کیفی

^۱ دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران، (* نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیکی: p.isfehani@gmail.com

مقدمه

بیمارستان‌ها سازمان‌های اجتماعی بسیار پیچیده بوروکراتیک چند تخصصی هستند که نقش حیاتی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی جامعه دارند (۱). یکی از اهداف اصلی بیمارستان‌ها پاسخگویی به نیازهای بالینی و غیر بالینی مردم جامعه و ارتقای سلامتی آن‌ها است (۲). بیش از نیمی از بودجه نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص داده می‌شود (۳). بیمارستان‌ها با تغییرات زیادی در کمیت و کیفیت جمعیت تحت پوشش، اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بازار سلامت، علوم و فناوری‌های پزشکی و سبک زندگی مردم، سیاست‌ها و قوانین متغیر دولت‌ها، کمبود منابع و انتظارات بالای مردم جامعه مواجه هستند. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید خود را با این تغییرات وفق دهند و استراتژی‌های مناسبی را برای اداره اثربخش و کارآمد سازمان‌های خود به کار گیرند تا خدمات با کیفیت و اثربخش ارائه کنند، هزینه‌ها را کاهش و درآمدها را افزایش دهند.

برنامه‌ریزی نقش مؤثری در دستیابی به عملکرد مطلوب و بهره‌وری بیمارستان‌ها دارد. برنامه‌ریزی، فرآیند انتخاب اهداف درست و راه‌های درست دستیابی به اهداف است. برنامه‌ریزی خوب به هدفمندی سازمان، هماهنگی و استفاده بهینه از منابع، هدایت کارکنان و مدیریت زمان کمک می‌کند (۱). از آنجا که برنامه‌ریزی کلاسیک و سنتی پاسخگوی تحولات سریع و پیچیده صنعت سلامت نیست، بنابراین، برنامه‌ریزی استراتژیک چند سالی است که توجه مدیران بیمارستان‌ها را به خود جلب کرده است.

برنامه‌ریزی استراتژیک به تطبیق و حفظ تعادل سازمان با محیط خارجی آن کمک می‌کند (۴). برنامه‌ریزی استراتژیک شامل تحلیل استراتژیک سازمان، تعریف مأموریت سازمان، تبیین دورنما و اهداف استراتژیک سازمان و تدوین استراتژی‌های دستیابی به اهداف سازمانی با توجه به عوامل محیط داخلی و خارجی سازمان و با در نظر گرفتن آینده‌ی سازمان است (۱). به عبارتی، برنامه‌ریزی استراتژیک، علم و هنر پیش‌بینی تغییرات محیط داخل و خارج سازمان، آماده‌سازی سازمان و تخصیص بهینه منابع برای پاسخگویی مناسب و بهنگام به این تغییرات محیطی است (۵). برنامه‌ریزی استراتژیک نقش بسزایی در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها و دستیابی به مزیت برتری دارد (۶-۸). اجرای یک برنامه استراتژیک سه ساله در بیمارستان دانشگاهی ویسکانسین در امریکا منجر به افزایش ۱/۴ برابری رضایت بیماران، کاهش ۱۷ درصدی متوسط اقامت بیماران، کاهش ۳۸/۵ درصدی میزان جابجایی کارکنان و در نهایت، افزایش ۳/۹ برابری سود بیمارستان شد (۶). مطالعه‌ای دیگر در امریکا در سال ۲۰۰۶

میلادی ارتباط مثبتی بین برنامه استراتژیک و عملکرد مالی ۱۳۸ بیمارستان ایالت تگزاس یافت (۷).

نظام اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران بر تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های کشور تأکید زیادی دارد (۹). در نتیجه، از سال ۱۳۹۱ تقریباً همه بیمارستان‌های کشور باید برنامه استراتژیک داشته باشند. برنامه‌ریزی استراتژیک بدون مطالعه امکان‌سنجی در بیمارستان‌های ایران بکار گرفته شده است. در نتیجه، بیمارستان‌های کشور علی‌رغم داشتن برنامه استراتژیک، عملکرد متوسطی دارند و با چالش‌هایی در زمینه‌های کیفیت، کارایی و بهره‌وری مواجه هستند (۱۰-۱۲). به عبارتی، در برخی بیمارستان‌ها فقط برنامه استراتژیک نوشته می‌شود و این برنامه‌ها به درستی تدوین و اجرا نمی‌شوند. به کارگیری نامناسب برنامه استراتژیک علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع انسانی منجر به بی‌انگیزگی کارکنان بیمارستان‌ها می‌شود.

مطالعه‌ای میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در ۹۳ بیمارستان استان تهران را در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط (۵۶/۸ درصد) ارزشیابی کرد. بیشترین میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در محورهای برنامه‌ریزی و مدیریت مشتریان و کمترین میزان موفقیت آن در محورهای مدیریت کارکنان، فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی بود (۱۳). مطالعه‌ای دیگر که در ۲۴ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شد، میزان اجرای برنامه استراتژیک در ۹۶ درصد بیمارستان‌ها را ضعیف تا متوسط ارزشیابی کرد. تنها ۱۶/۷ درصد مدیران بیمارستان‌ها نتایج مثبتی از اجرای برنامه استراتژیک خود گزارش کردند (۱۴).

مهم‌ترین چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها عبارتند از عدم استفاده از مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد، حمایت و مشارکت کم مدیران ارشد، مدیریت و رهبری ضعیف، رویکرد غیر سیستمی مدیران، جابجایی بالای مدیران، ساختار سازمانی نامناسب، انعطاف‌ناپذیری ساختار سازمانی، کمبود بودجه و منابع، تعداد کم کارکنان و بار کاری زیاد آنها، دانش و مهارت پایین کارکنان، مقاومت آنها نسبت به تغییر، اولویت‌های متناقض سازمانی، اجرای نادرست استراتژی‌ها و برنامه‌ها، توجه کم به مشتریان، فرهنگ سازمانی نامناسب، ارتباطات نامناسب سازمانی، کمبود روحیه کار گروهی و تیمی و خلاقیت و ریسک‌پذیری پایین (۱۴-۱۶). اجرای برنامه استراتژیک مستلزم تغییرات زیادی در ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها است تا منجر به بهبود عملکرد آن‌ها شود. اجرای این تغییرات مستلزم صرف زمان و منابع است. بنابراین، اگر مدیران وزارت بهداشت و دانشگاه‌های

مصاحبه با آنها به صورت یادداشت‌برداری مستند شد. مصاحبه با ۷ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل محدودیت وقت آنها، در دو نوبت و با بقیه در یک نوبت انجام شد. میانگین زمان هر مصاحبه حدود ۴۶ دقیقه (حداقل ۲۹ و حداکثر ۸۱ دقیقه) بود. مصاحبه‌شوندگان با حرف «P» در این مقاله مشخص شدند. متن تایپ شده مصاحبه‌ها در صورت تمایل مصاحبه‌شوندگان، برای آن‌ها ارسال شد تا ضمن تأیید، مطالبی را اضافه یا کم کنند.

کلیه مصاحبه‌های انجام‌شده تایپ شدند. متن مصاحبه‌ها حدود ۱۴۱ صفحه شد. از روش تحلیل موضوعی Thematic analysis شش مرحله‌ای براون Braun و کلارک Clarke شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این مطالعه استفاده شد (۱۹). اقداماتی نظیر تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه مصاحبه، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و تبادل نظر با هم‌تایان برای افزایش روایی و اعتبار داده‌های پژوهش بکار گرفته شد. از روش‌هایی مانند انجام مصاحبه‌های پایلوت، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده و جمع‌آوری هر چه بیشتر اطلاعات و شواهد برای تضمین بی-طرفی پژوهش استفاده شد. ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.REC.1394.332)، اخذ رضایت آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان و آزاد بودن آنها نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

تعداد ۴۷ نفر از افراد مطلع کلیدی عضو تیم برنامه‌ریزی استراتژیک ۱۷ بیمارستان استان تهران در این مطالعه مشارکت کردند. افراد مصاحبه‌شونده شامل ۱۰ مدیر ارشد، ۲۲ مدیر میانی و ۱۵ مدیر عملیاتی بیمارستان‌ها بودند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش زن (۷۶/۶٪)، متأهل (۵۱/۱٪)، دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس (۶۳/۹٪) و دارای سابقه کار کمتر از ۱۰ سال (۶۳/۸٪) بودند (جدول ۱). مصاحبه‌شوندگان در این مصاحبه به طور میانگین ۳/۶ سال درگیر برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان بودند.

علوم پزشکی کشور بخواهند که برنامه‌ریزی استراتژیک را در بیمارستان‌ها اجباری کنند، باید یک سری الزامات و پیش‌نیازهایی برای بیمارستان‌ها فراهم کنند تا امکان اجرای این برنامه تسهیل شود. عدم توجه به این موضوع موجب ایجاد چالش‌های زیادی در اجرای این نوع برنامه‌ریزی برای بیمارستان‌ها می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها انجام شده است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها در سطح خرد برای افزایش شانس موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها قرار می‌دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کیفی به روش پدیدارشناسی Phenomenology (مطالعه پدیده‌ها) انجام شد تا تجربه، ادراک، احساس و قضاوت افراد در مورد موضوع (پدیده) موردنظر (به عنوان مثال، پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان در پژوهش حاضر) مطالعه شود (۱۷). پژوهش‌های کیفی برای آشکارسازی موضوعاتی که دانش اندکی درباره آن‌ها وجود دارد، استفاده می‌شوند. بنابراین، ماهیت استقرایی آنها منجر به کشف و توضیح پدیده‌های مورد نظر می‌شود (۱۸).

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با افراد مطلع کلیدی درگیر در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های دانشگاهی، تأمین اجتماعی، خصوصی، ارتشی و خیریه استان تهران در بازه زمانی مرداد تا اسفند سال ۱۳۹۵ جمع‌آوری شد. انتخاب هدفمند افراد مطلع کلیدی منجر به دستیابی به داده‌های غنی و درک بهتر موضوع مورد مطالعه می‌شود. معیار ورود این افراد به مطالعه عضویت در تیم برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان و دارا بودن حداقل یک سال تجربه در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک بود. یک راهنمای مصاحبه بر اساس اهداف پژوهش و مطالعات گذشته طراحی شد. تمرکز اصلی سوالات مصاحبه بر الزامات و پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها بود. تعداد ۵ مصاحبه پایلوت برای بهینه‌سازی سوالات مصاحبه، افزایش مهارت مصاحبه‌کننده در برقراری ارتباط با مصاحبه‌شوندگان و انجام مصاحبه و افزایش روایی پژوهش انجام شد.

انجام مصاحبه‌ها به صورت هدفمند و به روش گلوله برفی تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت (۴۷ مصاحبه). مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در محل کار افراد انجام شد. با توجه به عدم تمایل برخی از شرکت‌کنندگان به ضبط صدا (به جز ۳۰ نفر)،

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۳۶	تأهل	۲۳	۴۸/۹
	مرد	۱۱	مجرد	۲۴	۵۱/۱
سن	زیر ۳۰ سال	۹	سابقه فعالیت	۳۰	۶۳/۸
	۳۱-۴۰ سال	۲۶	کمتر از ۱۰ سال	۱۵	۳۱/۹
	۴۱-۵۰ سال	۱۱	۱۰-۲۰ سال	۲	۴/۳
	بالای ۵۰ سال	۱	۲۱-۳۰ سال		
وضعیت تحصیلی	لیسانس	۱۵	بالای ۳۰ سال		
	فوق لیسانس	۳۰	نوع استخدامی	۲۲	۴۶/۸
	پزشک عمومی	۱	پیمانی و رسمی	۲۳	۴۸/۹
دکترای تخصصی	۱	قراردادی	۲	۴/۳	
			طرحی		

نسبت به کلیت برنامه‌ریزی استراتژیک و دلایل اجرای آن منجر به آگاهی آن‌ها نسبت به مزایای این برنامه خواهد شد و انتظارات آن‌ها را بالا می‌برد. در نتیجه، بیمارستان‌ها ملزم به اجرای برنامه استراتژیک در راستای دستیابی به اهداف خواهند شد.

معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی به دنبال ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی و ضرورت تدوین برنامه استراتژیک، جلساتی در زمینه توجیه اهمیت به‌کارگیری برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها برای مدیران بیمارستان‌ها برگزار کرده است. ولیکن، این توجیه و آگاه‌سازی در عمل چندان مفید نبوده است. مسئول بخش جراحی یک بیمارستان دولتی در زمینه ضرورت توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک چنین گفت: «برنامه-ریزی استراتژیک بدون هیچ توجیهی ابلاغ شد. این [عدم توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک] یعنی ناهماهنگی و بی برنامه‌گی. درستش آن است که هدف برنامه و جزییاتش گفته شود و شفاف‌سازی شود. وقتی به‌کارگیری برنامه در سازمان به‌درستی توجیه شود، خیلی از مدیران و کارکنان از اهمیت برنامه‌ریزی و دلایل اجرای آن آگاه می‌شوند و برنامه را با انگیزه بیشتری اجرا می‌کنند.» (P3)

با توجه به اینکه مدیران ارشد بیمارستان‌ها در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک توجیه نشدند، نتوانستند به خوبی تدوین و اجرای برنامه استراتژیک را برای مدیران سطوح پایین و کارکنان توجیه کنند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: «در جلسات ماهانه‌ای که با برخی از مدیران و کارکنان در بیمارستان برگزار می‌کنیم، راجع به

توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک، معرفی مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک، تأمین منابع موردنیاز برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد و حمایت مدیران و کارکنان به‌ویژه پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، فرهنگ و روحیه کار مشارکتی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک از پیش‌نیازهای اصلی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بود.

توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک

بیمارستان‌های استان تهران به دلیل الزامات استانداردهای اعتباربخشی موظف به تدوین و اجرای برنامه استراتژیک شدند. به قول مدیر یک بیمارستان دولتی: «برنامه استراتژیک بدون هیچ برنامه‌ریزی و فراهم کردن زیرساخت‌های آن، همراه با اعتباربخشی ابلاغ شد. بدون توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک نمی‌توان آن را درست اجرا کرد. با چنین شرایطی، برنامه نه‌تنها به خوبی انجام نمی‌شود، بلکه باعث می‌شود که اعتبار برنامه‌ریزی استراتژیک نیز از بین رود و یک نوع بی‌اعتمادی به این برنامه به وجود آید.» (P1) مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها باید دینفعان اصلی بیمارستان را توجیه کنند و آن‌ها را با مفاهیم و دلایل اجرای برنامه استراتژیک آشنا سازند. مسئول بخش داخلی یک بیمارستان دولتی چنین گفت: «وزارتخانه باید به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها بگوید که برنامه‌ریزی استراتژیک کار خیلی خوبی است و به نفع بیمارستان و دینفعان آن است.» (P2) آگاهی و توجیه دینفعان

(P8) مترون یک بیمارستان دولتی دیگر هم‌چنین مشکلی را بیان کرد: "ما در ایران یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک که مختص سازمان‌های بهداشتی و درمانی باشد، نداریم." (P6) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه دلیل این موضوع را این‌گونه بیان کرد: "مدل سازمان‌یافته و خوبی برای برنامه‌ریزی استراتژیک وجود ندارد. وقت زیادی از سازمان صرف انتخاب مدل می‌شود. اغلب مدل‌ها برای بخش‌های صنعتی قابل استفاده‌اند." (P9)

در نتیجه، مدیران بیمارستان‌های استان تهران از مدل‌های مختلفی نظیر مدل‌های سوات SWOT، برایسون و دیوید برای تدوین برنامه استراتژیک استفاده کردند. انتخاب این مدل‌ها با توجه به عواملی نظیر اجبار، مشاوره و تجربه صورت گرفته بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی چنین گفت: "از سال ۱۳۸۳، مدل‌های زیادی از برنامه‌ریزی استراتژیک مانند مدل برایسون، مدل سوات و مدل مهندس ... در سازمان ما استفاده شد. در سال‌های اخیر از مدل معرفی شده توسط معاونت درمان دانشگاه استفاده کردیم. معاونت درمان دانشگاه کارگاه برنامه‌ریزی استراتژیک برگزار کرد و در آنجا رسماً اعلام کرد که باید از مدل برنامه‌ریزی استراتژیک دیوید استفاده کنید. در سال‌های اخیر، با توجه به تجربه خودمون، از ترکیب سه مدل برنامه‌ریزی استراتژیک دیوید، برایسون و سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌کنیم." (P5)

بسیاری از مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه به مرور زمان با استفاده از تجربه، مدل‌هایی را انتخاب کردند. به عنوان مثال، پرستار یک بیمارستان دولتی چنین گفت: "از مدل برنامه‌ریزی استراتژیک دکتر طیبی و دکتر ملکی استفاده می‌کنیم. این مدل با بیمارستان‌های ایران تطبیق بیشتری دارد. مدل‌های دیگر برای سازمان‌های صنعتی طراحی شده است." (P10) مترون یک بیمارستان نظامی هم گفت: "از مدل سوات استفاده می‌کنیم؛ این مدل خیلی راحت چون با امکانات ما جوره. از طرفی، برای مدل‌های دیگر آموزش ندیده‌ایم. علاوه بر این، همه از این مدل استفاده می‌کنند." (P8) سوپروایزر یک بیمارستان دولتی هم گفت: "از مدل ساده سوات استفاده می‌کنیم. انجام آن خیلی راحت و با این حجم کار می‌توان به راحتی انجام داد." (P11) مدیران بعضی از بیمارستان‌ها با ترکیب برخی از مدل‌های موجود، مدلی را برای تدوین برنامه استراتژیک درست کردند. به عنوان مثال، مترون یک بیمارستان دولتی گفت: "از سال ۱۳۸۹، از مدل‌های مختلفی برای تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان ... استفاده شده است. با این وجود، ما سعی کردیم که از مدل ترکیبی مدل دیوید و مدل برایسون استفاده کنیم. اما همان‌طور که می‌دانید این مدل‌ها دارای

اهمیت برنامه‌ریزی و دلایل به کارگیری آن صحبت می‌کنیم، اما اینکه توجیه به صورت رسمی و برای تمام کارکنان اتفاق بیفتد، وجود ندارد." (P4) مدیر بهبود کیفیت بیمارستانی هم در این زمینه گفت: "دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی هر سال کارگاه‌هایی در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک برگزار می‌کند. از هر بیمارستان چند نفر در کارگاه‌ها شرکت می‌کنند، اما توجیه خاصی در خصوص اهمیت، اهداف و مزایای آن ارائه نمی‌شود." (P5)

توجیه و آگاه‌سازی مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک نقش بسزایی در کاهش مقاومت آن‌ها در اجرای برنامه استراتژیک داشت. به‌عنوان مثال، مترون یک بیمارستان دولتی گفت: "اوایل بچه‌های بهبود کیفیت خیلی اضطراب داشتند و اظهار نگرانی [در مورد سخت و پیچیده بودن برنامه‌ریزی استراتژیک] می‌کردند. اما، بعد از یک مدت با برگزاری دوره‌های آموزشی و استفاده از مشاور فهمیدند که برنامه‌ریزی استراتژیک خیلی پیچیده نیست و اتفاقاً خیلی هم برای بیمارستان می‌تواند مؤثر باشد." (P6)

معرفی مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک

استفاده از یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک یکی از مهم‌ترین عوامل کلیدی موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک است. استفاده از مدل‌های برنامه‌ریزی استراتژیک توسعه‌یافته برای بخش صنعت تولیدی، نمی‌تواند منجر به دستیابی به نتایج چشمگیری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شود. مصاحبه‌شوندگان وجود یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک را برای بیمارستان‌ها ضروری می‌دانستند. مدیر یک بیمارستان دولتی گفت: "برای اجرای برنامه استراتژیک باید یک مدل باشد که مسیر را به ما نشان دهد. وقتی مدلی برای این سازمان‌ها نباشد، مطمئناً سردرگم می‌شویم که چه کار کنیم." (P1) در راستای مؤثر بودن مدل در اجرای موفق برنامه، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی پیشرو در برنامه‌ریزی استراتژیک چنین گفت: "وقتی مدل مناسب داشته باشیم، توی زمان تدوین برنامه صرفه‌جویی می‌شود و انگیزه کارکنان برای ادامه مسیر افزایش پیدا می‌کند." (P5)

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که انتخاب مدل مناسب برای برنامه‌ریزی استراتژیک به یک چالش در بیمارستان آن‌ها تبدیل شده بود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در این راستا گفت: "یکی از چالش‌ها، انتخاب مدل برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان است. ما نمی‌تونیم درک کنیم که کدام مدل می‌تواند جامع‌تر و در عین حال ساده‌تر باشد." (P7) مترون یک بیمارستان دولتی هم گفت: "ما برای استفاده مدل‌ها آموزش ندیده‌ایم؛ اینکه چگونه و کدام مدل را انتخاب کنیم، تبدیل به یک چالش شده است."

آموزش نقش بسزایی در کاهش مقاومت کارکنان در اجرای تغییر دارد. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی اعتقاد داشت: "خیلی از کارکنان قبل از برگزاری دوره آموزشی، می ترسیدند که چطور برنامه استراتژیک را بنویسند. بعد از برگزاری دوره آموزشی و توجیه کارکنان، خیلی از مشکلاتشون حل شد و برنامه ریزی استراتژیک رو به عنوان یک ابزار مدیریتی پیچیده نمی دیدند." (P12) در برخی از بیمارستان ها از مشاوران خارجی برای آموزش برنامه ریزی استراتژیک کمک گرفته شد. آموزش و تغییر ذهنیت افراد مؤثرترین روش کاهش مقاومت افراد در اجرای برنامه استراتژیک است. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان پیشرو در برنامه ریزی استراتژیک گفت: "برای افزایش میزان پذیرش اجرای برنامه استراتژیک در مدیران و کارکنان، سعی شد که برنامه ریزی استراتژیک از طریق آموزش و فرهنگ سازی به متن کار وارد شود. با آموزش های تئوریک و کاربردی میزان آگاهی مدیران و کارکنان از نحوه برنامه ریزی استراتژیک افزایش داده شد." (P5) در برخی از بیمارستان های آموزشی به مدیران آموزش داده شد تا آنها بعداً کارکنان خود را آموزش دهند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی گفت: "ما این آموزش ها را در جلساتی با مسئولین واحدها و سرپرستارها به آنها منتقل می کنیم و آنها به صورت آشنایی در بخش خود به کارکنان انتقال می دهند." (P15)

با این وجود، مدیران ارشد برخی بیمارستان ها به ضرورت آموزش کارکنان در این زمینه آگاه نبودند و منابع لازم را برای آموزش کارکنان در نظر نمی گرفتند. به عبارتی، برخی بیمارستان ها به ویژه بیمارستان های خیریه، نظامی و خصوصی از منابع لازم و کافی برای آموزش برنامه ریزی استراتژیک برخوردار نبودند. مترون یک بیمارستان نظامی در این راستا گفت: "کارکنان آگاهی کامل از نحوه اجرای برنامه استراتژیک ندارند. سازمان توان پرداخت هزینه برگزاری کلاس های آموزشی را ندارد." (P8) کاربردی نبودن آموزش ها هم یکی از چالش های مهم در زمینه آموزش فرایند برنامه ریزی استراتژیک بود. به عنوان مثال، مدیر یک بیمارستان خیریه گفت: "دوره های آموزشی محدودی برای کارکنان گذاشته شد. ما دو سال قبل دوره آموزشی در بیمارستان گذاشتیم، اما برای مخاطب زیاد جذابیتی نداشت. شرکت کنندگان معتقد بودند که مباحث مطرح شده به صورت تئوری ارائه شده و کاربردی نبوده است." (P16).

تأمین منابع مالی مورد نیاز برنامه ریزی استراتژیک

تدوین و اجرای برنامه استراتژیک نیازمند پیش بینی و تأمین منابع انسانی، فیزیکی و مالی است. مصاحبه شونده گان تأمین منابع لازم را برای اجرای برنامه های استراتژیک ضروری می-

پپچیدگی زیادی هستند که فرآیندهای کاری در سازمان را افزایش می دهند." (P6) مدیر یک بیمارستان دولتی هم چنین گفت: "در بیمارستان ما از شروع برنامه ریزی استراتژیک، از مدل های مختلفی مثل مدل های سوات، دیوید و دکتر طیبی 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 می کنیم. با این حال، این مدل هم خیلی پیچیده شده است." (P1)

ناآشنایی برخی از مدیران بیمارستان ها با مدل های برنامه ریزی استراتژیک باعث شد که انتخاب مدل برنامه ریزی استراتژیک به مشاوران سپرده شود. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی عقیده داشت: "آقای مهندس ... مشاور تدوین و اجرای برنامه استراتژیک بیمارستان ما بود. ما براساس مدلی که ایشان مطرح کردند، برنامه ها را تدوین کردیم. به دلیل پیچیدگی آن مدل، نتوانستیم مدل ایشان را اجرا کنیم، تا مراحل اولش رفتیم و بعد مدلس را رها کردیم." (P12) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: "از مدل مهندس ... استفاده می کنیم. ایشان چون مشاور بیمارستان بودند مدل خودشان را برای تدوین برنامه پیشنهاد دادند. با این وجود، این مدل برای ما که دانش مدیریتی نداشتیم، خیلی پیچیده و سخت بود. مهندس ... گفتند برخی از مراحل را حذف کنید و بخش های ساده آن را انجام بدهید تا این مدل را راحت تر انجام دهید. ما برنامه را با استفاده از بخش های ساده آن تدوین کردیم و سعی کردیم که اجرا کنیم." (P13)

آموزش مدیران و کارکنان در زمینه برنامه ریزی استراتژیک

اجرای هر برنامه ای باید با آموزش شروع شود. مدیران بیمارستان ها معتقد بودند که با توجه به جدید بودن برنامه ریزی استراتژیک، آموزش های لازم بایستی توسط وزارت بهداشت و یا دانشگاه برای مدیران و کارکنان بیمارستان ها برگزار می شد. اگر چه آموزش های پراکنده ای توسط برخی از دانشگاه ها برای بیمارستان های دانشگاهی ارائه شد، ولیکن، این آموزش ها رضایت مدیران را تأمین نکرد. بنابراین، مدیران بیمارستان ها به ویژه بیمارستان های پیشرو، یک سری آموزش هایی را در بیمارستان های خود شروع کردند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی پیشرو در امر برنامه ریزی استراتژیک گفت: "ما از همان ابتدا که برنامه ریزی استراتژیک را شروع کردیم، جلسات آموزشی برای کارکنان برای آشنایی با مفاهیم و اهمیت برنامه ریزی استراتژیک برگزار کردیم. هر ماه جلسات آموزشی برای کارکنان برگزار می کردیم. این باعث شد که ما از خیلی از بیمارستان های دیگر در این عرصه جلو بیفتیم." (P14)

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان منابع مالی را مناسب و هماهنگ با اجرای برنامه استراتژیک نمی‌دانست و راهکار آن را نیز تعیین اولویت‌ها و اهداف واقعی‌تر می‌دانست: "من فکر می‌کنم اگر اهداف را واقعی‌تر و اولویت‌ها را در برنامه‌های استراتژیک بنویسیم، می‌توانیم منابع مالی را به درستی مدیریت کنیم". (P20)

تعهد مدیران و کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک

تعهد و حمایت مدیران و کارکنان یکی از تسهیل‌کننده‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها است. اگر مدیران در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک مشارکت داده شوند، احساس مسئولیت و تعهد آن‌ها در قبال تدوین و اجرای برنامه افزایش می‌یابد. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: "اگر مدیر در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک دخالت بیشتری می‌داشت، طبیعتاً میزان تعهدش به برنامه بیشتر می‌شد. توی بیمارستان خودمون هر قسمتی از برنامه را که تدوین می‌کردیم، نظر مدیران را هم می‌گرفتیم. مدیران وقتی انگیزه و تلاش ما را برای برنامه می‌دیدند، در اجرای برنامه هم مصمم‌تر می‌شدند". (P21)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که تعهد مدیران به تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در سطوح مختلف ناکافی بود. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان تأمین اجتماعی بیان کرد: "میزان تعهد مدیران در برنامه خوب نیست. مدیران بیشتر وقت‌ها درگیر برنامه‌های دیگری هستند و اعتقادی به اثربخش بودن این برنامه ندارند و این در بیمارستان سردرگمی ایجاد کرده است". (P22)

نحوه ابلاغ ضرورت تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها عامل مهمی در افزایش میزان تعهد مدیران از دیدگاه شرکت‌کنندگان بود. آن‌ها معتقدند که در زمان ابلاغ ضرورت تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها، اهمیت برنامه استراتژیک باید به اندازه کافی مورد توجه قرار می‌گرفت. مترون یک بیمارستان اظهار داشت: "به نظر من نحوه ابلاغ برنامه استراتژیک در افزایش تعهد مدیران مهم است. وقتی برنامه با جزئیات و به درستی توجیه می‌شد، می‌توانستیم انتظار داشته باشیم که تعهد مدیران بالا برود". (P23) مصاحبه‌شوندگان تعهد مدیران به اجرای برنامه را مدیون درک اهمیت آن توسط مدیران می‌دانستند. به طور مثال، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی پیشرو در برنامه‌ریزی استراتژیک عقیده داشت که "میزان تعهد مدیران خوب است و یکی از دلایل آن این است که آنها به اهمیت این برنامه پی بردند". (P24)

بسیاری از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که میزان تعهد مدیران بستگی به رشته و تخصص آنها هم دارد. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی گفت: "میزان تعهد

دانستند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی عقیده داشت: "برای اجرای برنامه استراتژیک درآمد باید زیاد شود. برنامه‌ریزی استراتژیک بی‌نهایت پول می‌خورد و بی‌نهایت کار هزینه‌بری است. من همیشه فکر می‌کنم که سیستم باید سیستم تعهد و توقع باشد. من موقعی می‌توانم از سیستم توقعاتی داشته باشم که تهدداتی هم در قبال اون وجود داشته باشد. اگر برنامه‌ریزی استراتژیک بخواهد موفق باشد، باید انرژی به سیستم تزریق شود. ما برای انجام دادن خیلی از کارها احتیاج به سرمایه، انرژی و وقت داریم. اگر این‌ها به سیستم وارد نشوند، سیستمی که داره با تمام توانش کار می‌کند، متلاشی خواهد شد". (P17) مدیر یک بیمارستان دولتی هم معتقد بود که: "بار مالی اجرای برنامه استراتژیک خیلی زیاده. با وجود مشکلاتی که بیمارستان‌ها از نظر مالی دارند، برای پیشرفت در برنامه‌ریزی استراتژیک، به نظرم دولت هم باید حمایت‌هایی بکند و یک سهمیه‌هایی برای این سازمان‌ها در نظر بگیرد". (P18)

بیمارستان‌های خیریه و خصوصی که حمایت دولت را نداشتند، در اجرای فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک با چالش‌های زیادی مواجه شدند. به عقیده مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه: "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) بنابراین، بیشتر مدیران بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که دولت بایستی از نظر مالی به سازمان‌ها برای برنامه‌ریزی استراتژیک کمک می‌کرد.

عدم تخصیص اعتبارات مالی مناسب براساس برنامه استراتژیک بیمارستان چالش بزرگی در مقابل اجرای برنامه استراتژیک بود. اغلب مصاحبه‌شوندگان میزان تأمین منابع را برای اجرای برنامه‌ها ناکافی می‌دانستند. 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) از طرف دیگر، تحمیل برخی از اهداف کلی از طرف وزارت بهداشت در برنامه استراتژیک بیمارستان‌ها نه تنها باعث شد که بیمارستان‌ها از اهداف و اولویت‌های سازمانی خود دور شوند، بلکه زمینه برای تدوین و اجرای یک برنامه استراتژیک نمادین فراهم شد. به قول یکی از مدیران: "برخی اهداف را که وزارت بهداشت گفته که حتماً باید در برنامه استراتژیک بیمارستان باشه، را مجبور شدیم در برنامه بیاوریم. ولی بودجه‌ای برای برنامه استراتژیک اختصاص پیدا نکرد". (P1)

می توانند مقطعی باشند و بسته به زمان تغییر کنند؛ مثلاً شاخص‌هایی مثل میزان رضایت کارکنان، بیماران و ... که در این زمینه نمی‌توان به طور قاطعانه گفت که میزان رضایت بیماران برای دوره‌های طولانی کم یا زیاده. من معتقد هستم که باید در برنامه‌ها از شاخص‌های عملکردی استفاده شود نه شاخص‌های قضاوتی. میزان تأثیر برنامه بسیار ملموس نیست. با توجه به الزام تدوین و اجرای برنامه در استانداردهای اعتباربخشی و مشخص بودن هدف‌ها نمی‌توان گفت که عملکرد کارکنان نسبت به گذشته تغییر زیادی کرده است." (P26)

میزان مشارکت پزشکان هم در برنامه‌ریزی استراتژیک نقش مهمی در موفقیت برنامه دارد. با این وجود، میزان مشارکت پزشکان در بیمارستان‌های مورد مطالعه بسیار کم‌رنگ بوده است. به عنوان مثال، مسئول بخش مراقبت‌های ویژه یک بیمارستان دولتی گفت: "میزان همکاری پزشکان در برنامه‌ریزی استراتژیک به دلیل مشغله کاری زیاد آنها، بسیار کم است. بسیاری از این پزشکانی که در بیمارستان کار می‌کنند، هیأت علمی دانشگاه هم می‌باشند و بنابراین افراد سرشناسی هستند که وقت و زمان زیادی را صرف امور تدوین و اجرای برنامه‌ریزی استراتژیک نمی‌کنند." (P27) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان هم معتقد بود که: "میزان مشارکت پزشکان زیاد خوب نیست. آنها چون بالینی هستند، مفاهیم مدیریتی را کمتر می‌دانند و توی جلسات هم کمتر شرکت می‌کنند." (P28)

در برخی از بیمارستان‌ها برای افزایش جلب مشارکت پزشکان از اهرم‌های مالی استفاده شد. با این وجود، این راهکار زیاد مؤثر نبود. مدیر یک بیمارستان دولتی چنین گفت: "با وجود صحبت‌هایی که با پزشکان داشتیم، باز هم نتوانستیم همکاری آنها را جلب کنیم. برخی پزشکان زیان عدم اجرای برنامه استراتژیک را کمتر از منفعت حاصل درک می‌کردند و تمایل و انگیزه‌ای به مشارکت نداشتند." (P29) برخی مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که مدیران ارشد بیمارستان نقش مهمی در آشنا نمودن پزشکان با برنامه و جلب همکاری آنها دارند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: "پزشکان علاقه‌ای به این مباحث ندارند و فقط مدیر یا ریس بیمارستان می‌تواند آنها [پزشکان] را تشویق به درگیر شدن کند." (P5)

فرهنگ و روحیه کار مشارکتی در اجرای برنامه‌ریزی استراتژیک
برخی از مصاحبه‌شوندگان وجود فرهنگ و روحیه کار مشارکتی را برای برنامه‌ریزی استراتژیک مؤثر می‌دانستند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: "برای اجرای برنامه استراتژیک باید فرهنگ کار گروهی و مشارکتی

مدیران بستگی به رشته و تخصص آنها دارد. در طول این سال‌ها تجربه کردم که اگر مدیر، رشته مدیریت خوانده باشد، قطعاً تبحر دارد و این برنامه را از سر نیاز انجام می‌دهد." (P25) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت: "مدیران با تحصیلات مدیریتی با مفاهیم و مزایای این برنامه آشنا هستند و این باعث میشه که اهمیت بیشتری به این برنامه‌ها بدهند." (P5)

فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک علاوه بر حمایت مدیران، به تعهد و حمایت کارکنان هم نیاز دارد. مدیران نقش مهمی در آشنایی کارکنان خود با برنامه استراتژیک و جلب همکاری آنها دارند. مدیرانی که خود با برنامه استراتژیک آشنا هستند، سعی در افزایش آگاهی و ترغیب کارکنان به مشارکت در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌کنند. مترون یک بیمارستان دولتی چنین گفت: "میزان مشارکت کارکنان در برنامه قبلی بیمارستان بسیار کم بود، اما، با تغییر مدیر و تدوین برنامه استراتژیک جدید، میزان مشارکت کارکنان افزایش یافت. به طور کلی، به دلیل شایسته‌سالاری نبودن سازمان‌ها بسیاری از کارکنان رغبتی به تدوین و اجرای چنین برنامه‌هایی در سازمان ندارند. بنابراین، ضروری است که مدیران میزان انگیزه را در روسای واحدها افزایش دهند." (P6) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی معتقد بود که میزان مشارکت کارکنان با علاقه و تعهد مدیران سطوح بالاتر رابطه دارد: "مشارکت کارکنان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک رابطه خیلی قوی با میزان علاقه سرپرست واحد دارد. اگر سرپرست واحد احساس کند که انجام این برنامه خیلی مهم است، به خوبی مداخله می‌کند. اگر سرپرست واحد همکاری نکند، میزان دخالت کارکنان واحد هم کاهش می‌یابد. اما خوشبختانه در بیمارستان ما سرپرستان واحدها علاقه خیلی شدیدی به برتر شدن واحدها در برنامه‌های ممیزی و ارزیابی دارند که این امر میزان مشارکت آنها را در این برنامه افزایش داده است" (P5)

اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها منجر به بهبود عملکرد کارکنان نشده است. دلایل مختلفی برای این تناقض از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان مطرح شده است. مترون یک بیمارستان دولتی ذکر کرد: "صرف تدوین یک برنامه مستند شده نمی‌توان گفت که این برنامه منجر به بهبود عملکرد کارکنان در سازمان ما شده است. اگر برنامه استراتژیک به صورت دقیق و کامل در سازمان اجرا بشه، اولین تأثیر آن بهبود عملکرد کارکنان در سازمان است." (P6) یکی دیگر از مسئولین بهبود کیفیت گفت: "اجرای برنامه‌ای مؤثر و اثربخش است که بتواند عملکرد کارکنان را بهبود بدهد. در برنامه عملیاتی اکثراً شاخص‌های مبتنی بر قضاوت مطرح می‌شود که

این رابطه گفت: "پاداش یک جوایبی 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)

بسیاری از شرکت کنندگان معتقد بودند که قدردانی از کارکنان به صورت خیلی جزئی انجام می‌شود و آنها فقط با لوح تقدیر یا پول نقد جزئی مورد قدردانی قرار می‌گیرند. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: "باید چنین سیستمی [سیستم پاداش و قدردانی] در سازمان‌ها وجود داشته باشد. ما در پایان هر سال به صورت غیرنقدی مورد تشویق قرار می‌گیریم. اگر در ارتباط با ارزشیابی اعتباربخشی رتبه‌ای کسب کنیم و به عنوان بیمارستان برتر انتخاب شویم، نهایتاً از طریق دانشگاه به صورت نقدی و غیرنقدی مورد تشویق قرار می‌گیریم." (P5) مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت: "هر سال طی مراسم‌هایی که برگزار می‌کنند از خدمات کارکنان با جوایزی از قبیل لوح تقدیر تشکر می‌کنند. اما به صورت رسمی که مختص این کار باشد وجود ندارد." (P13)

بحث

هدف اصلی این پژوهش شناسایی پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بود. توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک، معرفی مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک، تأمین منابع مورد نیاز برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد و حمایت مدیران و کارکنان به ویژه پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، فرهنگ و روحیه کار مشارکتی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها از پیش‌نیازهای اصلی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بود.

این پژوهش نشان داد که عدم توجیه اهمیت و ضرورت بکارگیری برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران منجر به ایجاد چالش‌های زیادی برای مدیران بیمارستان‌ها در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک شد. مدیران باید نسبت به ضرورت تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها توجیه شوند تا بتوانند کارکنان خود را برای اجرای برنامه استراتژیک توجیه کنند. برنامه استراتژیک به مدیران بیمارستان‌ها کمک می‌کند تا با تقویت نقاط قوت و استفاده بهینه از فرصت‌ها، بر نقاط ضعف و تهدیدهای بیرونی غلبه کنند. وقتی مدیران و کارکنان از اهمیت و مزایای برنامه استراتژیک برای بیمارستان آگاه شوند، تلاش بیشتری برای

باشد تا دست در دست هم بتوانیم به اهداف سازمانی برسیم." (P5) در راستای مؤثر بودن فرهنگ مشارکتی و کار گروهی در اجرای موفق برنامه، مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان چنین گفت: "وجود کار گروهی به ویژه برای مدیران باعث میشه که انگیزه کارکنان در اجرای برنامه بیشتر شود. علاوه بر این، دیگه کارمندی اظهار نگرانی نمی‌کنه که همه کارها بر دوش من افتاده است." (P26)

با این وجود، در بسیاری از بیمارستان‌ها، مسئولیت تدوین و اجرای برنامه استراتژیک بر عهده مسئولین بهبود کیفیت بیمارستان‌ها گذاشته شد. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی چنین گفت: "اینجا همه انتظار دارند که همه کارها توسط مسئول بهبود کیفیت انجام بشه و بقیه افراد از قبیل پزشکان و مدیران هیچ نقشی در این برنامه ندارند. لازمه که فرهنگ اداری در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک اصلاح شود." (P23) مترون یک بیمارستان دولتی هم گفت: "ما نباید انتظار داشته باشیم که یک نفر [مسئول بهبود کیفیت] همه کارها رو انجام بده. مدیر همه وظایف و مسئولیت‌ها را به یک شخص می‌دهد، بعد هم انتظار داره که ظرف چندماه برنامه استراتژیک نوشته و اجرا شود. نه تنها برنامه اجرا نمی‌شه، بلکه باعث کاهش انگیزه افراد سازمان می‌شود." (P6) در عین حال بعضی از مصاحبه‌شوندگان لزوم اصلاح فرهنگ سازمانی را بیان کردند. مسئول بهبود کیفیت در یک بیمارستان دولتی پیشرو در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک اعتقاد داشت: "برنامه‌ریزی استراتژیک اجرا نمی‌شه مگر اینکه توی بیمارستان‌های ما فرهنگ مشارکتی ایجاد و تقویت شود؛ مثلاً، ما برای افزایش میزان مشارکت مدیران و کارکنان در برنامه، به طور مداوم سعی کردیم از شون نظرخواهی کنیم. با این کار میزان مشارکت از قبل بهتر شد." (P5)

در نظر گرفتن مکانیزم‌های تشویقی

مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید از انگیزه لازم و کافی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک برخوردار باشند. برخی از مدیران اعلام کردند که پرداختی‌ها به کارکنان باید متناسب با تلاش‌شان باشد تا آن‌ها هم انگیزه مشارکت داشته باشند: "اگر من بدونم که بین کسی که در برنامه‌ریزی استراتژیک همکاری می‌کنه یا نمی‌کنه، تفاوتی قایل می‌شوند، مسلماً تلاشم برای مشارکت، بیشتر می‌شود." (P30) در برخی از بیمارستان‌ها پاداشی برای افزایش انگیزه و مشارکت بیشتر کارکنان اعطا شد. ولیکن، با توجه به اینکه مشارکت برخی بخش‌ها و واحدها در برنامه استراتژیک دیده نشده بود، برخی از مدیران و کارکنان پاداشی دریافت نکردند که موجب ایجاد نارضایتی شد. مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان خیریه در

استفاده کرد. کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان با توجه به اینکه ویژگی خدمت هستند، معمولاً در قالب اهداف اختصاصی سازمان بیان می‌شوند تا قابلیت تدوین برنامه عملیاتی مناسب را داشته باشند. اصرار در قراردادن آنها در قالب اهداف کلی سازمان، ضمن به هم ریختن ساختار مدل برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان، از نظر فنی شانس دستیابی به نتایج مورد نظر را هم کاهش می‌دهد.

اجرای هر برنامه تغییر در سازمان با آموزش شروع می‌شود، با آموزش ادامه یابد و در نهایت، با آموزش به پایان می‌رسد. برای اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها، آموزش مدیران و کارکنان ضروری است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی این امر، باید آموزش‌های لازم را در زمینه ماهیت و اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک و نحوه اجرای آن در اختیار مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها قرار دهد. با توجه به نقش تولید دانشگاه‌های علوم پزشکی، آموزش و توانمندسازی کارشناسان معاونت درمان دانشگاه‌ها توسط وزارت بهداشت ضروری است. سپس، این آموزش‌ها باید به صورت آشنایی از طرف معاونت درمان دانشگاه‌ها در اختیار مدیران بیمارستان‌ها قرار گیرد. در نهایت، مدیران بیمارستان‌ها، باید مدیران سطوح پایین‌تر و کارکنان را در زمینه اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان و نحوه تدوین و اجرای آن آموزش دهند. تدوین و انتشار کتابچه اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک و پمفلتهای آموزشی نیز مفید است.

تدوین و اجرای برنامه استراتژیک زمان‌بر بوده و هزینه زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. بنابراین، فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک نیازمند صرف هزینه و تأمین منابع است. این هزینه سرمایه‌گذاری محسوب شده و از اتلاف منابع و دوباره‌کاری‌ها در آینده جلوگیری خواهد کرد. دستیابی به نتایج خوب در بیمارستان‌ها نیازمند داشتن ساختارها و فرآیندهای خوب است. بنابراین، مدیران باید ساختارها و منابع لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند تا بتوانند برنامه استراتژیک را به خوبی اجرا کرده و به نتایج خوبی دست یابند. با این وجود، توجه به اصل کارایی در استفاده از منابع سازمانی الزامی است. عدم توجه به کارایی، دستیابی به اثربخشی را هم محدود می‌سازد.

تعهد و حمایت مدیران ارشد یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها است (۱۵). در صورت عدم تعهد مدیران به برنامه‌ریزی استراتژیک، امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم نشده و کارکنان انگیزه لازم را برای اجرای موثر برنامه استراتژیک نخواهند داشت. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد. آنها باید منابع مورد نیاز را

اجرای آن در سازمان خواهند کرد و متعهد به دستیابی به اهداف سازمانی خواهند شد.

ده‌ها مدل برنامه‌ریزی استراتژیک توسط اندیشمندان مدیریت ارائه شده است. بیشتر این مدل‌ها در کشورهای غربی و برای صنایع تولیدی طراحی شدند (۱) که فرهنگی متفاوت با ایران به عنوان یک کشور اسلامی و بخش خدماتی سلامت دارند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، نه تنها موجب عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار می‌شود، بلکه موجب کاهش انگیزه مدیران و کارکنان و حتی توقف برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شود. مطالعات قبلی هم فقدان یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک برای بخش بهداشت و درمان، را به عنوان چالشی جدی در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها گزارش کردند (۲۰-۲۱).

مدیران بیمارستان‌ها باید از یک مدل مناسب با ساختار و فرهنگ بیمارستان خود برای برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده کنند. به عنوان مثال، مصدق‌راد مدلی را برای برنامه‌ریزی استراتژیک سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران توسعه داد (۱). اجرای این مدل در بیمارستانی در اصفهان موجب بهبود ۱۰/۱ درصدی رضایت شغلی کارکنان، کاهش ۶۱/۴ درصدی میزان تمایل آنها به ترک سازمان، افزایش ۶ و ۸/۶ درصدی کیفیت خدمات بستری و سرپایی بیمارستان، کاهش ۳۳ درصدی زمان انتظار بیماران سرپایی برای دریافت خدمات پزشکی متخصص، افزایش ۸/۳ درصدی رضایت بیماران بستری و ۲۴ درصدی رضایت بیماران سرپایی، افزایش ۲۰ و ۸۷ درصدی وفاداری بیماران بستری و سرپایی، افزایش ۱۶/۷ 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 (۲۲-۲۴).

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 تکنیک‌های 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. بنابراین، با توجه به مدل انتخاب شده برنامه‌ریزی استراتژیک برای بیمارستان باید از تکنیک خاص آن مدل برای نوشتن اهداف کلی آن بیمارستان

استراتژیک منجر به تشویق سایر کارکنان سازمان در اجرای برنامه استراتژیک خواهد شد.

فرهنگ‌سازمانی به میزان ۵۰ درصد در موفقیت یا شکست استراتژی‌های سازمانی اثر دارد (۲۸-۲۹). پژوهش‌های قبلی هم فرهنگ‌سازمانی را بر موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک تأثیرگذار دانستند (۱۵ و ۳۰). فقدان فرهنگ‌سازمانی مناسب می‌تواند منجر به مقاومت افراد و کاهش انگیزه آن‌ها شود که می‌تواند اجرای برنامه استراتژیک را با مشکل مواجه کند. بهبود ارتباطات سازمانی، توسعه همکاری بین کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان و آموزش کارکنان در زمینه توسعه یک فرهنگ ریسک‌پذیر، مشارکتی و خلاقانه، زمینه‌های فرهنگ‌سازمانی لازم را برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک فراهم می‌کند. فرهنگ‌سازمانی باید حافظ و تقویت‌کننده برنامه‌های سازمانی باشد. اصول بنیادی استراتژی سازمان باید هماهنگ با ارزش‌های فرهنگ سازمان باشد. بنابراین، مدیران باید متناسب با استراتژی انتخاب‌شده، تغییراتی در فرهنگ‌سازمانی بیمارستان خود ایجاد کنند تا اجرای استراتژی در سازمان تسهیل شود. در غیر این صورت، اجرای استراتژی در سازمان شکست خواهد خورد.

مدیران بیمارستان‌های استان تهران معتقد بودند که وجود یک سیستم پاداش و قدردانی برای افزایش مشارکت مدیران و کارکنان در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک ضروری است. بنابراین، بیمارستان‌ها باید دارای نظام قدردانی و پاداش مناسبی باشند و کارکنان به خاطر اجرای برنامه‌ریزی استراتژیک مورد قدردانی و پاداش قرار گیرند. دستیابی به اهداف سازمانی باید به اطلاع کارکنان رسانده شود تا انگیزه لازم برای تداوم همکاری آن‌ها ایجاد شود بنابراین، مدیران باید در یک مراسم رسمی ضمن اعلام موفقیت‌های به‌دست‌آمده، از کارکنان قدردانی کنند و بازخوردهای لازم را به آن‌ها دهند.

نتیجه‌گیری

مدیران بیمارستان‌ها با توجه به تغییرات سریع محیط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری پیرامون بیمارستان‌ها، به منظور ارائه خدمات با کیفیت، ایمن، اثربخش و قابل پرداخت به جامعه نیازمند بهره‌گیری از برنامه استراتژیک هستند. باین‌وجود، تدوین و اجرای برنامه استراتژیک با توجه به ماهیت بسیار پیچیده و چند تخصصی بیمارستان‌ها با چالش‌های زیادی مواجه است. بنابراین، رعایت یک سری الزامات و پیش‌نیازهایی نظیر توجه ضرورت به کارگیری برنامه استراتژیک، استفاده از مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش مدیران و کارکنان، تأمین منابع موردنیاز، تعهد و

برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک فراهم کنند. تعهد و مشارکت فراگیر مدیران منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان خواهد شد (۲۵). مدیران ارشد بیمارستان نباید مسئولیت برنامه‌ریزی استراتژیک را به کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک یا دفتر بهبود کیفیت بیمارستان واگذار کنند. آنها باید خود مسئولیت نهایی برنامه‌ریزی استراتژیک را بر عهده داشته باشند.

بهره‌وری سازمان‌ها تا حد زیادی به تلاش منسجم کارکنان برای دستیابی به اهداف سازمان بستگی دارد. تعهد و مشارکت کارکنان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک نقش کلیدی در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها دارد (۱۵-۱۶). مدیران پیش از اجرای هر برنامه تغییر باید کارکنان را در زمینه منافع آن تغییر سازمانی 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 موفقیت‌آمیز برنامه و تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در این صورت است که کارکنان توانمند شده و در برنامه مشارکت می‌کنند. کارکنان با انگیزه و متعهد، مشارکت بیشتری در تدوین و اجرای برنامه‌های سازمان داشته و نقش به‌سزایی در موفقیت سازمان دارند. فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک باید مشارکتی و دموکراتیک باشد.

مشارکت فعال پزشکان در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک با توجه به نقش مهم آنها در ارائه خدمات بیمارستانی ضروری است (۲۶). با این وجود، مشارکت پزشکان در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک چالش بزرگی برای مدیران بیمارستان‌ها است (۱۴-۱۵ و ۲۷). پزشکان با توجه به نقش کلیدی که در درمان بیماران دارند، از استقلال، اختیار و قدرت زیادی در بیمارستان برخوردار هستند. پزشکان به ویژه در زمانی که نظام پرداخت از نوع کارانه باشد، ترجیح می‌دهند که به جای شرکت در جلسات برنامه‌ریزی استراتژیک، به ویزیت بیماران خود بپردازند که برای آنها درآمد هم دارد. پزشکان باید نتایج ملموس اجرای برنامه استراتژیک را در عمل به ویژه در رضایت بیماران خود ببینند تا امکان مشارکت آن‌ها بیشتر شود. جلب اعتماد پزشکان، تعریف انتظارات مدیران از پزشکان، دادن گزارش‌های دوره‌ای از عملکرد برنامه استراتژیک بیمارستان و پیگیری مشارکت پزشکان می‌تواند منجر به تقویت مشارکت آنها در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک شود. دادن مسئولیت اجرایی در برنامه‌ریزی استراتژیک به پزشکان با سابقه کاری بیشتر و دارای نفوذ در سایر پزشکان می‌تواند مشوق مشارکت سایر پزشکان شود. علاوه بر این، مشارکت دادن پزشکان جوان و علمی دارای وقت آزاد بیشتر در فعالیت‌های برنامه‌ریزی

در بیمارستان‌ها و در نتیجه، توسعه یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه 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 کلیه 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.

حمایت مدیران و کارکنان، توسعه فرهنگ مشارکتی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی برای موفقیت فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک ضروری است.

این پژوهش با رویکرد کیفی استقرایی و با استفاده از نظرات مدیران و کارکنان درگیر در فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک به شناسایی و تبیین پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران پرداخت. 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. با این وجود، انجام یک مطالعه مروری بر روی پژوهش‌های مشابه انجام شده در جهان، به درک جامعی از الزامات و پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی استراتژیک

References

- Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran; 2015. [in Persian]
- Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management, International Journal of Health Care Quality Assurance, 2014; 27 (2): 152-164.
- Rechel B, Wright S, & Edwards N. Investing in hospitals of the future. 1st Edition, WHO Regional Office Europe, 2009.
- Sackett K, Jones, J. and Erdley, W. Incorporating healthcare informatics into the strategic planning process in nursing education. Nursing Leadership Forum, 2005; 9 (3): 98-104.
- Mosely GB. Managing health care business strategy. Jones and Batlett Publishers. 2009.
- Sollenberger DK. Strategic Planning in Healthcare: The Experience of the University of Wisconsin Hospital and Clinics. Frontiers of Health Services Management; 2006; 23 (2): 17-31.
- Virtue A, Chausalet T, Kelly J. Healthcare planning and its potential role increasing operational efficiency in the health sector. Journal of Enterprise Information Management. 2013; 26(1/2):8 - 20.
- Kaissi AA, Begun JW. Strategic planning processes and hospital financial performance. J Healthc Manag 2008; 53:197-208.
- Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. Razi Journal of Medical Sciences. 2017; 23(153):50-61. [in Persian]
- Tabibi, J. Maleki, M.R. & Mojdehkar, R. Measuring hospital performance by using Bldridge model. Journal of Iranian medical Association 2009; 27 (1), pp.23-30. [in Persian]
- Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard 2017; 11(3): 318-31. [in Persian]
- Mosadeghrad AM, Dehnavi H. Evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review and meta-analysis. Payesh. 2018; 17 (6):603-615. [in Persian]
- Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Esfahani P. Successful implementation of strategic planning in hospitals in Tehran province. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (Payesh) 2017; 6: 759- 773. [in Persian]
- 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, 2015;7(2):56.
- Mosadeghrad AM, Esfahani P. The challenges of strategic planning in Tehran province hospitals. Manage Strat Health Syst. 2018; 3 (3) :184-200. [in Persian]
- Esfahani P, Mosadeghrad AM, Akbari SA. The success of strategic planning in health care organizations of Iran, International journal of health care quality assurance. 2018;31(6):563-74.
- Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. Springer Science & Business Media, Netherlands, 2001; p.21-43.
- Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. Advances in nursing science, 1986. 8 (3): 27-37.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2):77-101.
- Alexander L. Successfully Implementing Strategic Decisions. Long Range Planning. 1991; 18(3): 91-7.

21. Norris D. M., Poulton N. L. A guide to planning for change. Ann Arbor, MI: Society for College and University Planning, 2008.
22. Mosadeghrad AM, Ebnesahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on job satisfaction among hospital staff: A case study. *Journal of Health Based Research* 2017; 3(2): 99-114. [in Persian]
23. Mosadeghrad AM, Ebnesahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on patient satisfaction: a case study. *Journal of Health Based Research* 2018; 4(1): 13-29. [in Persian]
24. Mosadeghrad AM, Ebnesahidi A, Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on hospital efficiency: A case study. *Health-Based Research*. 2018; 4 (3) :317-334. [in Persian]
25. Mosadeghrad AM. Ferdosi M, Afshar H, & Hosseini-Nejhad M. The impact of top management turnover on quality management implementation. *Medical Archives*, 2013; 67(2): 134-140.
26. Schwartz RW, & Cohn CH. The necessity for physician involvement in strategic planning in healthcare organizations. *The American Journal of Surgery*, 2002; 184: 269–278.
27. 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: e34–e45.
28. Wakefield BJ, Blegen MA, Uden Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, & Wakefield DS. Organizational culture, continuous quality improvement and medication administration error reporting. *American Journal of Medical Quality*, 2001; 16(4): 128-134.
29. Mosadeghrad AM. The impact of organisational culture on the successful implementation of total quality management. *TQM Journal*, 2006; 18 (6): 606 - 625.
30. Brenes ER, Mena M, Molina GE. Key success factors for strategy implementation in Latin America. *Journal of Business Research* 2008; 61(6): 590-8.

Hospital strategic planning prerequisites

Ali. Mohammad Mosadeghrad¹, Parvaneh Esfahani^{2*}

Submitted: 2018.7.8

Accepted: 2019.11.17

Abstract

Background: Strategic planning is an appropriate strategy for improving hospitals' performance and increasing managers' responsiveness and accountability. Iranian hospitals were requested to have mandatory strategic plans due to the accreditation requirements since 2012. As a result, they faced several challenges in formulating and implementing strategic plans. Hence, this study aimed to identify the prerequisites of hospital strategic planning.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews with 47 managers of teaching, private, military, social security and charity hospitals in 2016. Hospitals were selected purposefully from Tehran province hospitals. Content thematic analysis was used for data analysis using inductive approach.

Results: Justifying the need for strategic planning, using an appropriate strategic planning model, training hospital managers and employees on strategic planning process, providing necessary resources, promoting a collaborative and innovative culture, providing incentives for formulating and implementing strategic plans and managers' and employees' commitment and involvement are the main prerequisites of strategic planning in hospitals.

Conclusion: Hospitals managers must commit the strategic planning prerequisites prior to formulating and implementing strategic plans. Otherwise, they will encounter several serious challenges.

Key words: Strategic management, strategic planning, prerequisites, hospital, qualitative study

¹ Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant professor, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran, (*Corresponding author), Email: p.isfehani@gmail.com