

اندازه گیری عملکرد بیمارستان

رقیه خلیل نژاد^۱ - دکتر احمد براتی^۲

چکیده

مقدمه: شرط موفقیت سازمانهای پیشرو، انجام دادن کارهای درست و انجام کارها به درستی می باشد. امروزه سازمانها باید بتوانند از نظر عملیاتی و استراتژیکی عالی عمل نمایند تا بتوانند با چالشهای دنیای امروز و فردا روبرو شوند. یکی از راههایی که می تواند حرکت سازمان را در مسیر درست هدایت نماید و هرگونه انحراف در اقدامات سازمان را گوشزد نماید، اندازه گیری عملکرد است. اندازه گیری مؤثر عملکرد موجب می گردد پاسخگویی و مسوولیت پذیری در سازمان تقویت شود و حداکثر بهره برداری از منابع محدود و در دسترس سازمان میسر گردد. در این مقاله، برخی چارچوبها و ابعاد اندازه گیری عملکرد معرفی و بررسی شده است و پس از بحث مدل مفهومی برای تعیین شاخصها و ابعاد عملکردی پیشنهاد گردیده است.

روش پژوهش: این مقاله به روش مروری نگاشته شده است و تهیه متون مورد نیاز، با مطالعه کتابخانه ای و جستجوی مقالات اینترنتی صورت گرفته است.

مروری بر مطالعات: در این مقاله پس از ذکر تاریخچه مختصری از اندازه گیری عملکرد و ویژگیهای مدلهای سنتی اندازه گیری عملکرد، چارچوبها و مدلهای اندازه گیری عملکرد سیستمهای بهداشتی و درمانی و بیمارستانها؛ از جمله مدل BSC مورد استفاده در بیمارستانهای بنیادهای NHS و بیمارستانهای کانادا و مدل RDF، چارچوب دانشگاه مونترال، مدل به کار برده شده در دانمارک، پروژه شاخص کیفیت در آمریکا و چارچوب ارزیابی عملکرد NHS و ابعاد عملکردی مورد تاکید در هر یک، بررسی شده است.

بحث و نتیجه گیری: بررسی هر یک از چارچوبها و مدلها بر اساس اصول مطرح موجود، نشان می دهد که هر یک از آنها دارای نکات قوت و کمبودهای فراوانی هستند که یکی از دلایل آن ماهیت چندگانه عملکرد سیستمهای بهداشتی و بیمارستانها است. لیکن در اندازه گیری عملکرد بیمارستانها و سیستمهای بهداشتی نباید هیچ کدام از نواحی عملکردی مورد غفلت قرار گیرد. از اینرو در هنگام مطالعه عملکرد داخلی بیمارستانها نیز باید ویژگیهای سازمانی و تئوریک بیمارستان کاملاً درک گردد تا امکان تحلیلی جامع و کامل از عملکرد بیمارستان فراهم شود. در پایان مقاله چارچوب مفهومی ارائه شده است که ضمن تاکید بر اهداف و استراتژیهای بیمارستانی متمرکز بر بیمار. اندازه گیری داده ها، عملکرد فرایندها و ساختار سازمانی، ستانده ها و مهمتر از همه نتایج سازمانی را ضروری می شمارد، تا از این طریق بتوان از عملکرد یک بیمارستان تصویری متوازن و کامل ارائه نمود.

کلید واژه ها: عملکرد بیمارستان، اندازه گیری عملکرد، چارچوب، ابعاد عملکردی، معیار عملکردی

مقدمه

می کنند، مربوط می گردد.

لیکن، عملکرد مفهومی بسیار مشکل ساز و پیچیده است، به طوری که تعریف مفهومی منفرد و قابل انتقال که تمامی کاربردهای ممکن آن را منعکس سازد مشکل است (۱).

تعریفی که سازمان بهداشت جهانی (WHO) از عملکرد ارائه می دهد عبارت است از: دستیابی به اهداف مطلوب. عملکرد عالی بیمارستانی باید بر صلاحیتهای حرفه ای در

اندازه گیری عملکرد ابزاری مهم برای هر سازمان است. از طریق جمع آوری اطلاعات تعیین آنچه که سازمان انجام داده است و اینکه آیا کارهای انجام شده در ارتباط با اهداف، فرضیات یا عملکرد سازمانهای مشابه در همان زمینه رضایت بخش هستند یا خیر، امکان پذیر می گردد. بنابراین اندازه گیری عملکرد به نتایج سازمانی و نیز فعالیتها و روشهایی که این نتایج را ایجاد

۱- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس وزارت بهداشت و درمان

۲- استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران (Ph.D)

مفهوم عملکرد به اندازه گیری و آنچه که باید اندازه گیری شود و دلایل اندازه گیری بستگی دارد. شاخصهای عملکردی به دلایل مختلف درونی و بیرونی مورد استفاده قرار می گیرند. دلایل درونی به وظایف و اقدامات مختلف مدیریتی یک بیمارستان، به عنوان یک سازمان عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی مرتبط است و از شاخصهای این حیطه به عنوان اطلاعات مدیریتی جهت پایش، ارزیابی و بهبود اقدامات در بلند مدت (استراتژی) و کوتاه مدت استفاده می شود. دلایل برونی کاربرد شاخصها به پاسخگویی مربوط می شود، یعنی به پاسخگویی سؤالاتی که ذینفعان (تأمین کنندگان مالی، بیمه گران، دولت، بیماران/ مصرف کنندگان و عموم مردم در سطح کلان، خواهان پاسخ به آن هستند. درک عملکرد هر سازمان، بنابراین، پیچیده است و مستلزم رویکردی مناسب، اندیشمندانه و روشن است. بعلاوه معیارهای عملکردی که دارای کاربرد واقعی هستند، باید از نظر جمع آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات فعالیتهای آینده مرتبط، ساده، جامع و قابل کنترل باشند (کارتر ۱۹۹۱).

اندازه گیری عملکرد در مراقبتهای بهداشتی درمانی می تواند به دلایل زیر انجام شود: بهبود عملکرد، شناسایی نیازهای برآورده نشده، دستیابی به پاسخگویی بیشتر، شفاف سازی و اشاعه اهداف و استراتژیهای سازمانی، تعیین اهداف بهره وری، کاربرد به عنوان اساسی برای توسعه و تدوین استانداردهای عملکردی، رهنمودهای عملیاتی و مسیرهای بالینی، پایش و ارزیابی عملکرد کارکنان مدیریتی و تسهیل همکاری در بین مؤسسات

کاربرد دانش روز، فناوری و منابع در دسترس، کارایی در استفاده از منابع، ریسک حداقل برای بیماران، رضایت بیماران و نتایج بهداشتی مبتنی باشد. در درون محیط مراقبتهای بهداشتی درمانی، عملکرد عالی باید پاسخگویی به نیازها و تقاضاهای جامعه، ادغام خدمات در یک سیستم جامع عرضه، و تعهد به ارتقای سلامت و بهداشت را در بر بگیرد. عملکرد عالی بیمارستانی باید در ارتباط با در دسترس بودن خدمات بیمارستانی برای همه بیماران بدون توجه به موانع اقتصادی، جمعیت شناختی، اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی ارزیابی گردد. در بین کارشناسان WHO بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که عملکرد در درون خود ارزش ندارد به عبارت دیگر عملکردی که دارای ارزش باشد و ارزیابی شده باشد، کیفیت نامیده می شود به عقیده کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سه عنصر در طراحی و توسعه مدل ارزیابی عملکرد باید مورد توجه قرار بگیرد: کارکرد، روشهای اندازه گیری، قضاوت و ارزیابی نتایج (یا مشاهدات) بیمارستان (۲).

JCAHO سیستم اندازه گیری عملکرد سازمان بهداشتی را اینگونه تعریف می نماید: مجموعه ای دارای یک پایگاه داده ها به صورت خودکار، که بهبود عملکرد را در سازمانهای مراقبت بهداشتی، از طریق گردآوری و انتشار معیارهای فرایند یا نتیجه عملکرد، تسهیل کند. نظام اندازه گیری باید موجبات مقایسه عملکرد در داخل سازمان و بین سازمانهای مشابه را در زمانهای قابل مقایسه فراهم آورد (۳).

مروری بر مطالعات

اندازه گیری عملکرد مراقبتهای بهداشتی درمانی رویکرد جدیدی مترادف با اهداف سیاسی و یا همزمان با تئوری های نوین سازمانی نیست بلکه قدیمی ترین مدارک نشان می دهند که قوانین حمورابی به ارزش پولی مقایسه ای موفقیت جراحی و خسارات فیزیکی جراحی های نادرست و غلط اشاره می کنند. (۴). اما در مورد سیستمهای بعدی اندازه گیری تا اواخر قرن هیجدهم شواهدی وجود ندارد. توسعه نوین اندازه گیری عملکرد بیمارستان با کار دکتر کلیفتون در سال ۱۷۳۲ و سپس فلورانس نایتینگل در قرن نوزدهم همراه است. این متخصصان امور بهداشتی درمانی از جمع آوری داده های مربوط به بیماران برای تسهیل تحلیل ارزیابی عملکرد بیمارستان دفاع نموده اند (۵).

تا اواخر قرن نوزدهم، داده های مربوط به نیروی کار و هزینه ها جمع آوری می شد. ولی، مشکلات سیاسی، حرفه ای و عملی مانع از عملیاتی ساختن اندازه گیری ها می گردید. در همین دوران تلاشهایی برای ادغام این اطلاعات جهت به کارگیری آسانتر و تفسیر راحت تر آنها و اندازه گیری عملکرد بیمارستانها آغاز گردید. تنها طی ده ساله اخیر دورنمای کاربرد منابع اطلاعاتی در مقیاس وسیع جهت بهبود عملکرد سیستمهای بهداشتی تبدیل به یک واقعیت گردیده است. هم اکنون مدل های مختلفی برای ارزیابی و اندازه گیری عملکرد بیمارستانها وجود دارد که برخی از آنها به طور نمونه مورد بررسی قرار می گیرد: این چارچوبها برخی از اهداف اصلی ارزیابی عملکرد را، برخی از مشکلات

گروه های علاقه مند به روشهای مختلف تحلیل عملکرد مراقبتهای بهداشتی درمانی مانند حسابداری مالی، تضمین کیفیت، اقتصاد بهداشت یا بهداشت عمومی دارای تفاوت های اصولی هستند: تفاوت هایی که می توانند مانع از تحلیل جامع و با مفهوم عملکرد سازمانی گردند. بنابراین، پیش از اینکه بخواهیم ابزاری برای اندازه گیری عملکرد بیمارستان ایجاد کنیم، باید آن چه را که واقعا بیمارستان انجام می دهد درک نمائیم. این بدین معنی است که بررسی واقعیتها و زمینه های ویژه فعالیت سازمانی ضروری است. وقتی به طور کامل مفهوم عملکرد سازمانی درک گردید ایجاد روشی برای درک و اندازه گیری نتایج آن ممکن می گردد. درک عملکرد پیش از درک اندازه گیری عملکرد صورت می گیرد. فقط از طریق چنین فعالیتهایی می توان چارچوب مقایسه ای و اصولی و با مفهومی را برای عملکرد بیمارستان ایجاد کرد.

روش پژوهش

این مقاله به روش مروری نگاشته شده است و برای تهیه منابع مورد نیاز، از مطالعه کتابخانه ای و جستجوی مقالات اینترنتی استفاده گردیده است که پس از بیان تاریخچه مختصری از اندازه گیری عملکرد، بررسی چارچوبها و مدل های مورد استفاده برای اندازه گیری عملکرد بیمارستانها، بیان ابعاد عملکردی مورد استفاده در مدل های مختلف اندازه گیری عملکرد بیمارستان و در نهایت به عنوان نتیجه گیری مدل مفهومی برای اندازه گیری عملکرد بیمارستان پیشنهاد گردیده است.

روش کارت امتیاز متوازن (BSC)^۱ (۶)، از چهار بعد عملکردی مالی، فرایندی، مشتری و یادگیری تشکیل شده است. چنین مدلی عملکرد سازمانی را بر اساس ابعادی تصویر تصویر می‌نمایند که تعداد بیشتری از ویژگیهای درگیر در فعالیتها و نتایج سازمانی را منعکس می‌کنند.

BSC در بیمارستانهای مربوط به بنیادهای NHS^۲، مورد استفاده قرار گرفته است. مزیت این رویکرد تاکید بر استراتژیها و همسوئی سازمانی و تاکید بر ابعاد غیر مالی عملکرد معیارهای عملکردی با اهداف و استراتژیهای است (شکل ۱).

لیکن بر استفاده از این مدل برای بیمارستانهای NHS ایراداتی وارد شده است. برای مثال، تاکید مدل بر حفظ مشتری، این معیار برای سیستمی که بر بیمارستانهای محلی وارجاعات پزشکان و قدرت پائین مصرف کننده تکیه دارند، مناسب نیست. سهم بازار حتی در بازارهای داخلی معیار نامناسبی است زیرا شرایط واضح بازار واقعی در بخش بهداشت و درمان وجود ندارد. مدل مذکور اتصال روشنی بین چستی و چگونگی عملکرد ایجاد نمی‌کند. ولی با همه این مسائل، این مدل به دلیل چارچوب ویژه ای که بازخورد سازمانی را تسهیل می‌کند و جریان اطلاعات پیش نگر و مربوط به آینده را ساده تر می‌کند، مورد توجه و استفاده است (۷).

انجمن بیمارستانهای اونتاریو (OHA)^۳، نیز مدل کارت امتیاز متوازن را با ابعاد مشتری،

را و چگونگی ارتباط آنها، نحوه مرتبط شدن آنها با بخش بهداشت را شرح می‌دهند.

در تئوریهای سستی اندازه گیری عملکرد نگرانی و موضوع اصلی عملکرد مالی است مانند: سود و سهم بازار، برای اکثریت شرکتهای بخش خصوصی چنین معیارهایی کاملاً مناسبند زیرا موضوعات مالی حد پائینی برای موفقیت سازمانی یک سازمان تجاری هستند. عرضه یک محصول یا یک خدمت، یک نتیجه سازمانی است که ابزاری را برای دستیابی به یک نقطه پایانی سود آور و مطلوب فراهم می‌سازد. این مساله قانون تولید، بازاریابی، و فروش به مشتریان را در بر می‌گیرد. لیکن در بخش بهداشت و درمان، حد پائین عملکرد، تضمین بهداشت بهتر برای بیماران، جامعه و ملت است. بیمارستان افراد را سالم می‌کند و این در حقیقت به خودی خود یک هدف برای بیمارستان است، درحالی که عملکرد مالی و سایر جنبه‌های عملکردی تنها ابزارهایی را برای ایجاد عملکرد مطلوب فراهم می‌سازند. در مواردی مثل اورژانسها، نتایج زندگی و سلامت، نتایج مطلق و مورد توجه هستند نه مسائل مالی.

یک بیمارستان بیش از هر چیز در ابتدا در مورد عرضه اثربخش، کارا و عادلانه مراقبتهای بهداشتی درمانی نگران است. بنابراین لازم است که ابزارها و اهداف صحیحی را برای اندازه گیری عملکرد خود تعیین و ایجاد نماید. تئوریهای پیشرفته و نوین اندازه گیری عملکرد برای بهره برداری از اطلاعات غیر مالی و اتصال آنها به استراتژی و اهداف سازمان در تلاشند.

^۱ - Balanced Scorecard

^۲ - Trusts Hospitals in National health System

^۳ Ontario Hospitals Association

سازمانهای خدماتی بیشتر بر روی عواملی غیر از هزینه و قیمت رقابت می‌کنند. چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده (RDF) از شش بعد عملکردی تشکیل شده است که دو بعد مالی و رقابت پذیری بر اساس مفهوم سنتی خود جزء نتایج قرار گرفته اند. چهار بعد دیگر (بهره برداری از منابع، کیفیت خدمات، نوآوری و انعطاف پذیری) عوامل تعیین کننده و برخی از نتایج اصلی فعالیت سازمانی توسعه و عرضه خدمات را تشکیل می‌دهند.

بخش خدمات دارای ماهیت پیچیده ای است، یعنی جایی که تمایز قائل شدن بین نتایج سازمانی و فرایندها بسیار مشکل است. این مدل برای بخش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است. بالتین و همکاران آن را برای ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی درمانی در سوئد و انگلیس به کار برده اند. این روش نشان داد که بهترین معیارهای موفقیت بهره برداری از منابع، انعطاف پذیری و کیفیت هستند و الزاما ابعاد عملکرد مالی بهترین معیار نیست. بنابراین در حالی که تمرکز اصلی آن بر نتایج مالی بوده است - یک ناحیه کاملا معتبر برای بررسی - این مدل ضمنا نیاز به جستجوی در طیف وسیعتری از مسائل و عناصر عملکردی را هم در مورد مسائل داخلی، ابزارها و اهداف، و هم در مورد عوامل زمینه ای خارجی تصدیق می‌نماید (۷).

محققان دانشگاه مونترال مدل دیگری را تدوین نموده اند؛ بر اساس تئوری سیستم اجتماعی پارسونز، هر سازمان باید:

۱. با محیط خود سازگاری ایجاد نماید؛ پاسخ به ارزشهای اجتماعی، اکتساب منابع،

مالی، فرایندهای داخلی، رشد و یادگیری با اعمال تغییراتی اندک جهت متناسب سازی آن با شرایط خود به کار می‌بندد. انجمن بیمارستانها اونتاریو چارچوب عملی را توسعه داده است که:

- از عرضه کننده مشتق شده است.
- در آن مشارکت داوطلبانه وجود دارد.
- از نظر ریسک برای مقایسه منصفانه تعدیل شده است.
- از متدولوژی در دسترس عموم استفاده می‌کند.
- انتخاب علمی و معتبر شاخصها را تضمین می‌کند.

هر چهار بعد مورد توجه در گزارش OHA، از جنبه های مهم عملکرد بیمارستان هستند. لیکن هیچ یک از آنها نمی‌تواند به تنهایی نشان دهنده عملکرد بیمارستان باشد. بعد تغییر و ادغام سیستم فرایندها، نوآوری‌هایی که بیمارستانها برای بهبود عملکرد و ادغام صورت می‌دهند، بعد نتایج و بهره برداری بالینی تعداد و حجم خدمات ارائه شده، بعد رضایت بیماران، درک بیماران در خصوص خدمات ارائه شده و بعد موقعیت و عملکرد مالی بهره‌وری، کارائی و پایداری بیمارستان را نشان می‌دهند (۸).

یک مدل پیچیده‌تر برای اندازه گیری عملکرد، (RDF)، چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده است که امکان ارائه اطلاعات بازخوردی و پیش نگر را فراهم می‌کند، و در زمینه عملکرد سازمانی مشاغل خدماتی توسعه یافته است (بالتین ۱۹۹۶ و برینگال و همکاران ۱۹۹۱). اختلاف اصلی بین این مدل و سایر مدلها، تشخیص این مساله است که

اجرای QIP، پاسخگوئی است: پروژه به تولید شاخص‌هایی برای هیأت مدیره بیمارستانها اختصاص یافته است. پروژه شاخصهای کیفیت بر یک مدل خاص مبتنی نیست، بلکه اساس آن اپیدمیولوژی عملکرد (نه تفکر جاری در خصوص ساختار خدمات بهداشتی درمانی) و این فرض است که همه شاخصها قابل مقایسه هستند. این پروژه با بیماریهای حاد شروع شد اما سپس خدمات سرپائی، بلند مدت و مراقبتهای مربوط به بیماریهای روانی را نیز شامل گردید. بعلاوه، این پروژه در حال حاضر ایمنی بیماران را یعنی میزان خطاها، که اپیدمیولوژی برای مدیریت ریسک فراهم می‌سازد، نیز در بر می‌گیرد. این پروژه داوطلبانه و محرمانه است. گزارشهای فردی چهار بار در سال برای همه اعضا تهیه می‌شوند (۱۰).

چارچوب ارزیابی عملکرد NHS^۲ (PAF)، در سال ۱۹۹۹ به منظور اندازه‌گیری، ارزیابی و پاداش دهی به عملکرد NHS طراحی و تصویب گردیده است. این چارچوب بر روش کارت امتیاز متوازن مبتنی است و مجموعه‌ای از معیارهای مرتبط با شش ناحیه عملکردی را در بر می‌گیرد: بهبود بهداشت عمومی، دسترسی عادلانه به خدمات، عرضه اثر بخش مراقبتهای، کارائی، تجربه بیماران و مراقبین آنها و نتایج بهداشتی (۱۱).

سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ خود، شش بعد عملکردی را مطرح کرد که بر اساس آنها عملکرد سیستمهای بهداشتی در مناطق مختلف جهان را ارزیابی نموده

پشتیبانی جامعه، نوآوری و یادگیری، وجود بازار و غیره

۲. دستیابی به اهداف: رضایت ذینفعان، اثربخشی، کارائی

۳. تولید خدمات: بهره‌وری، تعداد خدمات، کیفیت، همکاری و...

۴. حفظ ارزشها و فرهنگ: اجماع، جو سازمانی، سلامت نیروی کار.

این مدل مساله کمبود یکپارچگی بین ابعاد مختلف مدلهای را با جنبه همسوئی بین جنبه‌های مختلف بیان می‌سازد. انواع مختلف همسوئی عبارتند از: تخصیص منبع، همسوئی استراتژیک، تاکتیکی، زمینه‌ای، عملیاتی و قانون گذاری است. عملکرد خوب مدل برای سازمان ظرفیتی را برای حفظ همسوئی بین ابعاد مختلف عملکردی ایجاد خواهد کرد. این مدل قابل مقایسه با چارچوب اروپائی مدیریت کیفیت (EFQM) است (۹).

مدل Danish بر مسیر حرکت بیماران از سه جنبه مختلف تمرکز می‌کند:

■ جنبه بالینی: پذیرش، ارزشیابی،

رسیدگی، ارزیابی، ترخیص و پیگیری

■ جنبه بیماران: اطلاعات / ارتباطات،

همکاری و هماهنگی، استمرار، حقوق

بیماران، ایمنی و

■ جنبه ساختاری: از جمله اطلاعات

عمومی، رهبری، منابع انسانی، پژوهش،

آموزش، مدیریت ریسک (۲).

پروژه شاخص کیفیت^۱ (QIP, USA)، ۱۸

سال پیش در مریلند شروع شد، و در حال

حاضر در حدود ۲۰۰۰ شرکت کننده از همه

قاره‌ها در آن شرکت می‌کنند. نیروی محرک

^۲ - The NHS Performance Assessment Framework

^۱ - Quality Indicator Project

الحاق به استراتژی سازمان، استفاده از دیدگاه‌های متنوع و گسترده، تعداد محدود شاخصها و ظرفیت بالقوه برای صف آرایی در سرتاسر سازمان (۱۷).

انجمن اعتباربخشی خدمات بهداشتی کانادا (۲۰۰۱) معیارهای زیر را برای انتخاب شاخصها مطرح می‌کند: ارتباط با استانداردهای اعتباربخشی و چهار بعد کیفیت (پاسخگوئی، توانمندی و شایستگی‌های سیستم، تمرکز بر مشتری/مراجعیین، زندگی کاری)، تعاریف پذیرفته شده ملی، اعتبار و ثبات، ارتباط با یک یا تعداد بیشتری از بخشهای مراقبت بهداشتی درمانی (برای مثال، مراقبت حاد، مراقبتهای طولانی مدت)، ترکیب شاخصهای ساختار، فرآیندها و نتایج، پوشش برخی شاخصهای مرتبط با بهداشت جمعیت و تداوم خدمات (۱۸).

با توجه به اصول ذکر شده، هر یک از چارچوبهای مطرح شده، دارای نقاط مثبت و کمبود هائی می‌باشند؛ به عنوان مثال به چارچوب BSC، مدل استفاده شده توسط انجمن بیمارستانهای اونتاریو، منتقدان اشکالات زیر را وارد می‌سازند:

چارچوب سایر ذینفعان کاری را مانند کارمندان، عرضه‌کنندگان، جامعه، قانونگذاران را مورد غفلت قرار می‌دهد.

عملکرد عرضه کننده تنها به عنوان زیر مجموعه ای از بعد فرایندهای کاری مورد توجه قرار می‌گیرد. بر بعد مالی در سطوح بالای سازمان تاکید می‌نماید، مساله ای که با ماهیت غیرانتفاعی بیمارستانها همخوانی ندارد. علاوه بر این همانطور که قبلا ذکر گردید، به

است. این ابعاد عبارت است از: اثر بخشی (شامل پیشگیری و ارتقای سلامت)، تمرکز بر بیماران، ایمنی، نوآوری، مسوولیت پذیری جامعه (در بردارنده نیازها و تقاضاها) و یکپارچگی در سیستم جامع عرضه خدمات بهداشتی درمانی. بعد ایمنی بیمار از جمله مواردی است که توسط WHO بسیار بر آن تاکید شده است (۱۲).

بحث و نتیجه گیری

همانطور که ذکر شد، چارچوبهای متنوعی برای اندازه گیری عملکرد بیمارستانها مطرح گردیده است و از روشهای زیادی نیز استفاده شده است. برخی نویسندگان معیارهایی را مطرح کرده اند که باید در تدوین و ارزیابی چارچوبهای اندازه گیری عملکرد مورد استفاده قرار بگیرند:

دونابدیان (۱۹۶۶) ترکیبی از شاخصهای ساختاری، فرآیندی و نتایج آنها را پیشنهاد می‌دهد (۱۳).

کاپلان و نورتون (۱۹۹۶)، (Torrance 1986) و Lewis and Modle (1982)، بر اهمیت تضمین این نکته تاکید می‌کنند که اندازه گیری عملکرد باید دامنه کاملی از اقدامات و خدمات سازمان و تعاملات بین آنها را معرفی نماید (۱۴)، (۱۵)، (۱۶).

شاید مفیدترین پیشنهادها برای تدوین و ایجاد چارچوبهای اندازه گیری عملکرد توسط لگات (۱۹۹۸) و همکارانش ارائه شده باشد. آنها چهار اصل را برای کمک به طراحی و ایجاد مدلهای ارزیابی عملکرد سازمانی (OPA)^۱ شناسایی نموده اند که عبارتند از:

^۱ -organizational performance assessment

چارچوب در بخشهای مرتبط با مراقبتهای اولیه و تجارب بیماران، بسیار ارتقا یافته است، لیکن برای اینکه بتواند تصویر کاملتری از عملکرد NHS ارائه نماید باید در زمینه عملکرد بنیادهای بیمارستانی حاد، توسعه و تکامل بیشتری یابد (۱۹).

ابعاد مطرح شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سطح بسیار وسیع، عملکرد سیستمهای بهداشتی درمانی را پوشش می‌دهد، ولیکن این چارچوب بر عملکرد بیمارستان به طور خاص تاکید نموده است.

در تمامی چارچوبهای مطرح شده بر توانائی معیارهای عملکردی برای فراهم سازی اطلاعات بازخوردی مرتبط با اهداف اصلی و فرعی تاکید شده است. لیکن هیچکدام از این چارچوبها دارای دیدگاه کامل و جامعی نیستند، در حالی که باید در نظر داشت که هیچ کدام از نواحی عملکردی در اندازه‌گیری‌ها نباید مورد غفلت قرار گیرد و یا بر معیارهای عملکردی خاص و مربوط به یک جنبه خاص تاکید گردد، زیرا این امر اثراتی منفی بر ارزیابی و اندازه‌گیری کامل، مناسب و مفصل یک سیستم خواهد داشت. در هنگام مطالعه عملکرد داخلی بیمارستانها نیز باید ویژگی‌های سازمانی و تئوریک بیمارستان کاملا درک گردد تا امکان تحلیل جامع و کامل از عملکرد بیمارستان فراهم شود.

با توجه به نکات مطرح شده، مدل مفهومی برای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان پیشنهاد می‌گردد که اساس آن منطبق بر برنامه باشد، درین مدل برای هر جزء منطبق بر برنامه (داده‌ها، ساختار و سیستمهای سازمانی، ستاندها و

کاربرد این مدل در بیمارستانهای NHS نیز انتقاداتی شده است (۷).

چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده، که برای ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در سوئد و پادشاهی انگلستان به کاربرده شده است، برخی از بهترین معیارهای موفقیت از جمله کیفیت و انعطاف در بهره برداری را مشخص نموده است و نیاز به در نظر گرفتن طیف گسترده‌ای از عناصر عملکردی (عوامل زمینه‌ای و ابزارها و نتایج داخلی) را مطرح می‌سازد. لیکن تمرکز اصلی آن بر ابعاد مالی عملکرد است.

تاکید مدل Danish بر مسیر حرکت بیماران، از نکات قوت و بسیار مثبت این مدل است، لیکن این تاکید باعث کم رنگ شدن مسائل مالی گردیده است و از طرفی در این مدل سایر ذینفعان سازمانی تا حدودی فراموش گشته اند.

مدل پژوهشگران دانشگاه مونترال بر دستیابی به هدف، تولید، تطبیق و فرهنگ و ارزشها تاکید می‌کند. با وجود این که این مدل بسیاری از ویژگی‌های مورد نیاز برای بررسی عملکرد عالی یک سازمان را عنوان می‌سازد، لیکن بر ویژگی‌های خاص فرایندهای مرتبط با ارائه خدمات، و مهمتر از آن بر نتایج سازمانی اشاره نا محسوسی نموده است.

در چارچوب ارزیابی عملکرد NHS، ابعاد کارائی و قابلیت دسترسی می‌توانند از نظر منطقی جزء ابعاد عملکردی بیمارستان باشند، اما این مساله قابل بحث است که این ابعاد بیشتر به عملکرد کلی یک سیستم بهداشتی وابسته‌اند تا به عملکرد بیمارستانهای مستقل و منفرد. در حقیقت می‌توان گفت این

نیروی انسانی، طراحی کار، سیاستها و برنامه‌ها.

۴. فرایندهای بیمارستانی را می‌توان به سه گروه فرایندهای اصلی مراقبتی و درمانی، پشتیبانی (پاراکلینیکی، اداری، مالی و خدماتی) و مدیریتی تقسیم بندی نمود، مهمترین معیارهای مورد توجه در خصوص فرایندها، کیفیت و زمان فرایندها هستند.

۵. ستاندها: بر کمیت خدمات و تولیدات فراهم شده تاکید می‌گردد.

۶. نتایج عملکردی: نتایج مربوط به رضایت بیماران، ذینفعان و کارکنان، نتایج مراقبتهای بالینی (بهبود بیمار، ایمنی بیمار) نتایج اثربخشی سازمانی (کاهش عفونتهای بیمارستانی، میزان مراجعات مجدد، ترخیصها)، نتایج کارکنان و سیستمهای کاری، نتایج مالی.

نتایج نهائی)، درخت تصمیم‌گیری ترسیم می‌گردد سپس هر گروه اصلی به زیر گروههای فرعی تقسیم شده و با توجه به هر زیر گروه شاخصهای همسو با استراتژیها و اهداف بیمارستان تعیین می‌گردد، در نهایت این شاخصها بر حسب اهمیت وزن دهی شده و شاخصهای نهائی مشخص می‌گردند.

نکته مهم در این زمینه تاکید بر ابعاد مهم، و انتخاب معیارها به تعداد محدود و قابل کنترل و قابل مدیریت است، که بدین منظور باید این اصل رعایت گردد:

در انتخاب و اندازه گیری شاخصها سطوح سازمانی در نظر گرفته شود، این مسأله موجب می‌گردد در هر سطح شاخصهای اصلی آن سطح اندازه گیری شود، معمولا در پایین ترین سطح سازمان، تاکید اصلی بر شاخصهای فرایندی اصلی و رشد و نوآوری پرسنل مورد توجه می‌باشند، در سطوح میانی سازمان، بیشتر بر ساختار، فرایندهای مدیریتی و ستاندها تاکید می‌گردد و در سطوح عالی سازمان، شاخصها و معیارهای مربوط به نتایج و منابع مالی بیشتر مورد توجه هستند.

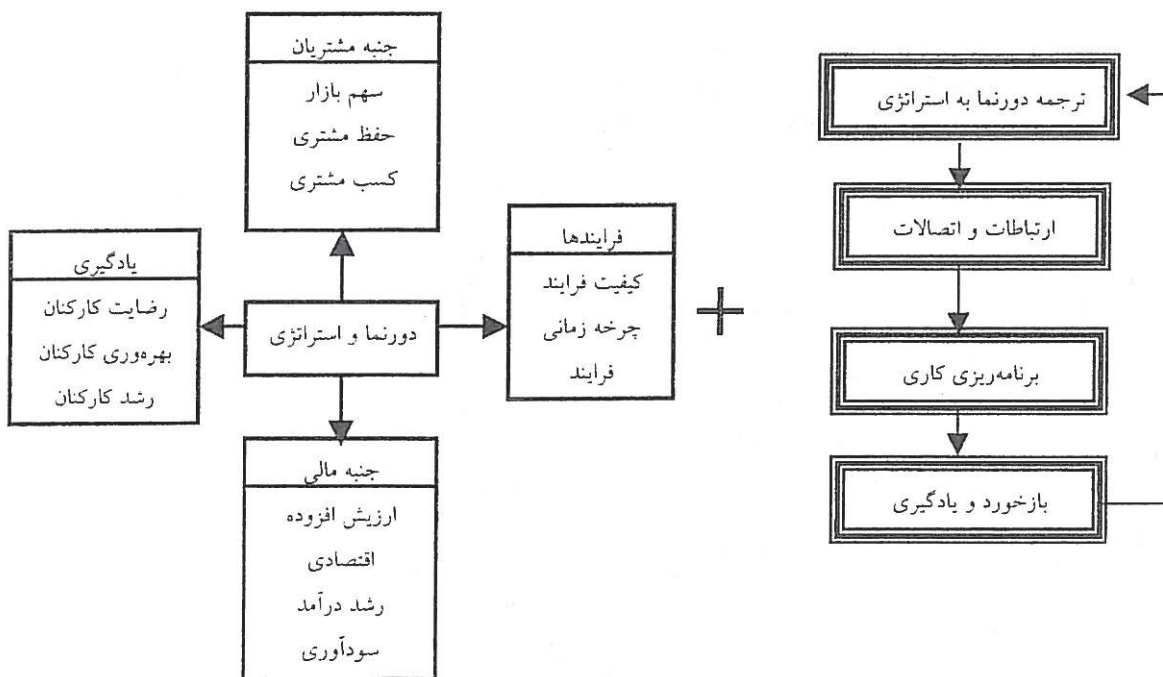
بخشهای مدل را می‌توان اینگونه توضیح

داد:

۱. مرکز مدل استراتژیها و اهدافی هستند که بر اساس نیازها و انتظارات بیماران و سایر ذینفعان شکل گرفته اند.

۲. داده های ورودی به بیمارستان: شامل نیروی انسانی، منابع مالی، تجهیزات، اطلاعات مربوط به متغیرهای زمینه ای و از همه مهمتر نیازهای بیماران و سایر ذینفعان.

۳. ساختار و سیستمهای سازمانی: از جمله شیوه سازماندهی منابع مختلف از جمله

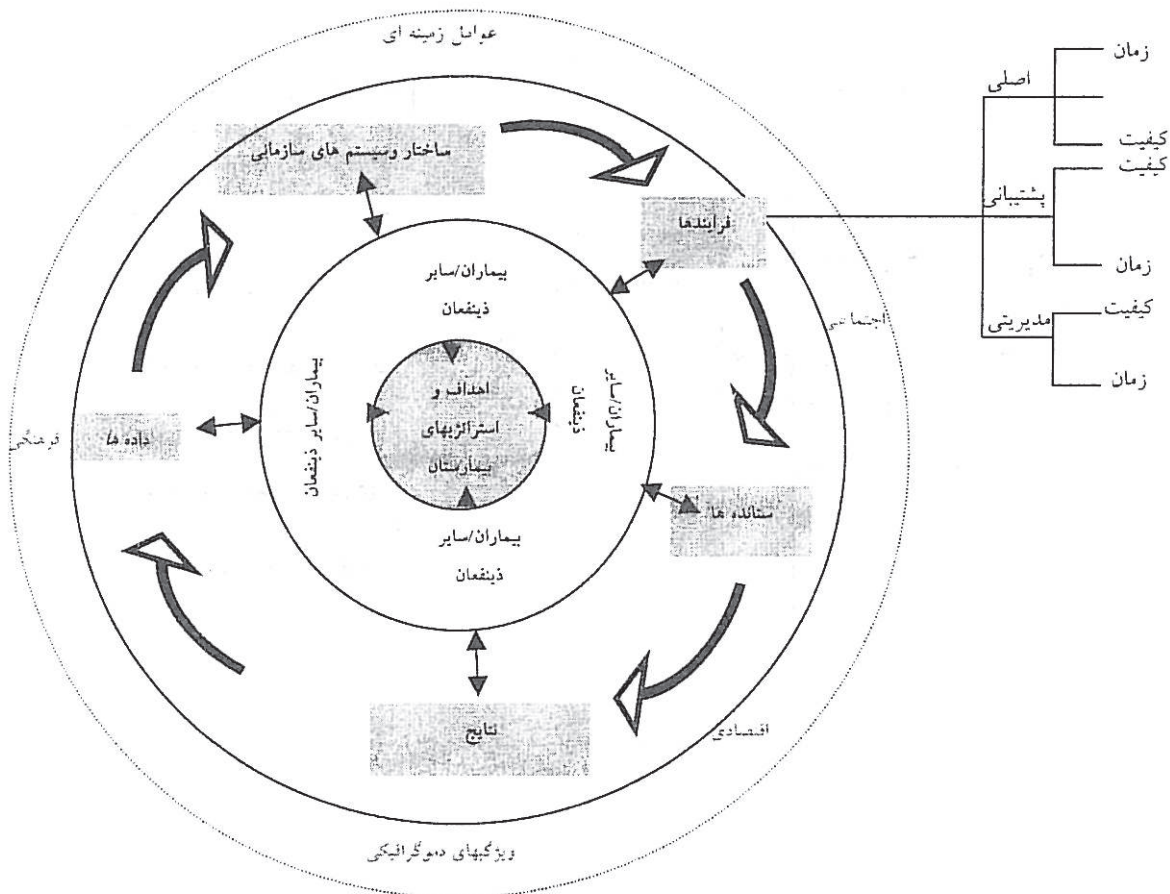


شکل (۱): کارت امتیاز متوازن (منبع Booth, 1997)

انواع معیارها	ابعاد عملکردی
نتایج	عملکرد مالی رقابت پذیری
عوامل تعیین کننده	سودآوری، نسبتهای بازار، ساختار سرمایه سهم نسبی و موقعیت بازار، رشد فروش، معیارهای مبتنی بر مشتری کرائی، بهره‌وری شاخصهای کلی کیفیت: ثبات، مسوولیت پذیری، دسترسی، راحتی، فراهم بودن، ایمنی، ارتباطات، زیبایی، شایستگی عملکرد فرایندهای نوآوری، عملکرد نوآوری افراد انعطاف پذیری ویژگیها، انعطاف پذیری تعداد و حجم، انعطاف پذیری سرعت تولید
	بهره‌برداری از منابع کیفیت خدمات نوآوری انعطاف پذیری

شکل (۲): چارچوب نتایج و عوامل تعیین کننده (منبع: Ballantine & Brignall 1996)

شکل (۳). مدل مفهومی پیشنهادی برای اندازه گیری عملکرد بیمارستان



فهرست منابع

5- Jewett's, P. and Roth well, M. "Performance Indicators in the Public Sector", (1988) London: Macmillan.

6-Kaplan, R. and Norton, D. "The balanced scorecard – measures that drive performance", Harvard Business Review, (1992) January-February, pp.71-79.

7- Warring, J. "Towards an integrated organizational framework of hospital performance", Aston Centre for Health Services Organization Research, (2000) July.

8- Hospital report 2001, Emergency department care, <http://www.hospitalreport.ca>

9- Scottie, C. et al. "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance", Health Services Management Research, 1998, 11: 24-48.

10- Kazandjian V. "Accountability through measurement: a global healthcare imperative", Milwaukee, ASQ Quality Press, 2002.

1- Carter, N. "Learning to measure performance: the use of indicators in organizations", Public Administration, (1991) vol.69, pp.85-101.

2- Report on a WHO Workshop. "Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensional", WHO, Regional Office for Europe, January 2003, Barcelona, Spain.

۳- شورای مشترک اعتبار بخشی سازمانها و مراکز بهداشتی و درمانی (بیمارستانها) (JCAHO)، صدقیانی، ابراهیم. "استانداردهای ممیزی و اعتبار بخشی بیمارستان"، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۲.

4- Rosser, R. "A history of the development of health indicators", (1983) in Smith, G.T. (ed.) measuring the social benefits of medicine, London: Office of Health Economics.

- Review of Organizational Performance Assessment in Health Care. Health Services Management Research, 11, 3-23.
- 18- Canadian Council on Health Services Accreditation. (2001). Indicators and the AIM Accreditation Program. Ottawa: CCHSA.
- 19- Healy J, McKee M. "Monitoring hospital performance", Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2000, Vol. 2, 2:1-3.
- 20- Training Resources and Data Exchange (TRADE), Performance-Based Management Special Interest Group. "How to Measure Performance A Handbook of Techniques and Tools". October 1995.
- 21- Department of Planning and Budget. "Performance Measurement". Department of State Internal Auditor Auditing Performance Measures, September 28, 2000
- 11- Department of Health, NHS Performance Indicators: A Consultation, May 2001
- 12- Murray .JL Christopher, Frank, Julio. "WHO Framework for Health System Performance Assessment". Evidence and Information for Policy World Health Organization, 2000.
- 13- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. Millbank Memorial Fund Quarterly. 44 (2), 166-206.
- 14- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review, January-February, 75-85.
- 15- Torrance, G. W. (1986). Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal. Journal of Health Economics. 5, 1-30.
- 16- Lewis, A.F. and Modle, W. (1982). Health Indicators: What Are They? An Approach to Efficacy in Health Care. Health Trends. 14, 3-7.
- 17- Leggatt, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L, Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., hampagne, F., & Bilodeau, H. (1998). A