

بیمارستان فوق تخصصی شهید هاشمی نژاد در سال ۱۳۳۶ توسط مرحوم دریانی وقف و از سال ۱۳۶۴ به عنوان مرکز کشوری درمان بیماریهای کلیوی به فعالیت ادامه داد. این بیمارستان مرکزی آموزشی درمانی بوده و تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از جمله بیمارستانه ای تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران است. این بیمارستان در حال حاضر ۲۲۷ تخت بستری در ۱۴ بخش کلینیکی، ۱۲ بخش پاراکلینیکی، ۷ درمانگاه و ۸ اتاق عمل فعال دارد که امکان انجام خدمات فوق تخصصی در زمینه های ارولوژی، نفرولوژی، اندویورولوژی، پیوند کلیه، جراحی قلب باز و جراحی عروق را ممکن می سازد.

در حال حاضر این مرکز به عنوان نمونه ای الگویی توسط وزارت بهداشت شناخته شده و طی سه سال گذشته بین بیمارستانهای تحت پوشش این وزارتخانه، بالاترین رتبه را در ارزیابی ها کسب نموده است. شش سال قبل، چالشهای بیمارستان تا حدی فراگیر بود که حتی به خاطر قطع برق و مشکلات مراجعین، موضوع بحث رسانه های جمعی قرار می گرفت.

تحولی که در طی چند سال گذشته اتفاق افتاده است، رخدادی میمون و مبارک بوده و با خود ارزیابی با استفاده از مدل EFQM در سال ۱۳۸۲ آغاز شده است نهایتاً در سال جاری وزارت بهداشت، تمامی بیمارستانهای کشور را ملزم نموده است که با استفاده از این مدل می بایست هر ساله خود را ارزیابی نموده و سالیانه نیز ۱۰ درصد نمره خود را در مسیر تعالی ترقی دهند. ما معتقدیم آنچه که در مرکز هاشمی نژاد اتفاق افتاده، نگاه مستمر با بازخورد های حاصل از خود ارزیابی و طراحی نقشه مسیر بر اساس ارزشها و خواسته های مدل بوده است. آنچه که امروز ما را از سایرین متمایز نموده، تعهد رهبران، مدیران، کارشناسان و کارکنان در تمامی ردهها به برتری جویی است که در چهار چوب EFQM حاصل شده است.

آنچه که هسته محوری مدل بوده و ما را در تمامی فعالیتها، آن را آویزه ی گوش کرده ایم، توجه به منطق رادار و به قول استفان کاوی، آغاز از پایان است. سالهاست که اتفاقی نمی افتد مگر اینکه حاصل از نتیجه ای ارزیابی شده و الزامی برای تغییر ایجاد شده باشد. فعالیتی جدید در سازمان آغاز نخواهد شد مگر آنکه رویکرد آن به طور شفاف تعریف شده باشد و رویکردی نوشته نخواهد شد، مگر اینکه ارتباط آن با استراتژی سازمان تعریف گردد. چشم انداز و اهداف سازمان به روشنی در تمامی حوزه های عملیاتی و برای تمام پرسنل سازمان تعریف شده و نقش هر یک از آنها در حصول اهداف استراتژیک معین گردیده و هم ه می دانند که به کجا می روند و چگونه باید این مسیر را با سرعت مناسب طی نمایند.

برای حصول اطمینان از اینکه روح مشتری مداری در سازمان حضور دائمی داشته و به صورت یکپارچه از رهبری تا کارگر ساده همه به آن متعهد شده اند، چه نتیجه ای شایسته تر از اینکه شاخص رضایت مندی مشتریان در بیمارستان بالاتر از متوسط بیمارستانهای آمریکا و نزدیک به بهترین است و این مسئله توسط وزارت بهداشت نیز در سطح بیمارستانهای کشور مورد تأیید قرار گرفته است. سنجش رضایت مندی مشتریان در تمامی طول سال و به صورت

^۱ مطالب ارائه شده در این نوشتار برگرفته از کتاب در مسیر تعالی، مولف: اعتمادیان، مسعود و همکاران - تهران، انتشارات واژه پرداز، ۱۳۸۸ می باشد.



گسترده صورت می گیرد تا نبض مشتریان، دائماً در دسترس تعالی سازان بیمارستان بوده و بتوانند نیازها و خواسته‌های آنها را در تعاملات روزمره به نحو شایسته‌ای رسیدگی نمایند.

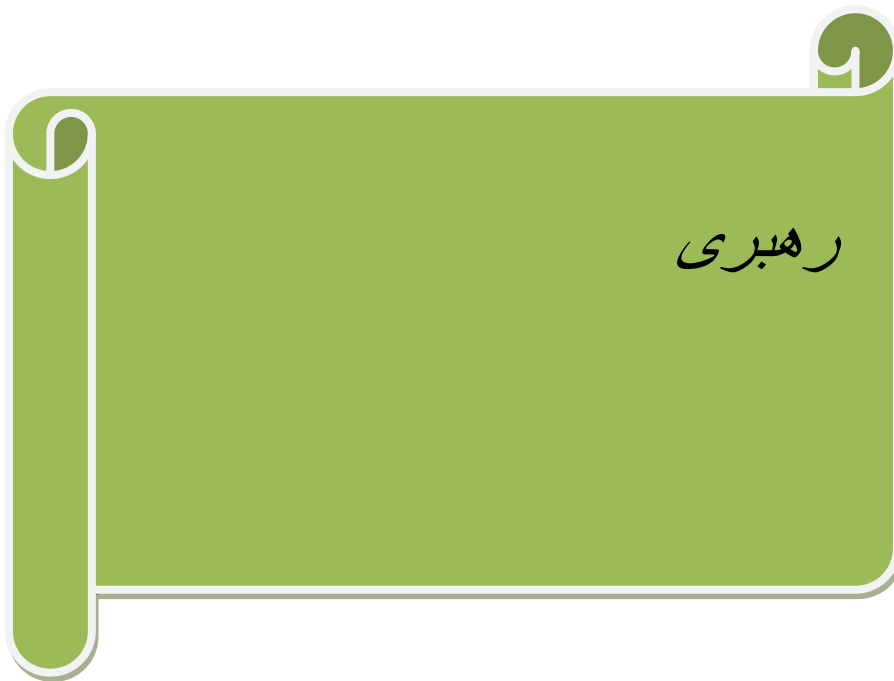
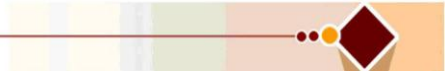
در مرکز هاشمی نژاد رهبری نه یک فرد، بلکه یک فرایند است. راهبری سازمان نه با دستور، بلکه با سامانه رهبری است که از هیات امنا تا کمیته رهبری، ۴ کمیته اصلی، ۲۰ کمیته فرعی و ۳۲ کارگروه گسترده شده است. این سامانه است که تصمیمات را ارزیابی، ساخته و پرداخته و اخذ می نماید. در این مرکز، ثبات در اهداف، طول عمری به اندازه‌ی کوچکترین تغییر محیطی دارد اما با بازنگری‌های ماهیانه علی‌رغم پابندی به تحقق اهداف توسط کارکنان، در صورت لزوم حتی در سطح اهداف استراتژیک نیز بنا به وضعیت محیط تغییر صورت پذیرفته و هدفی جدیدی جایگزین می‌شود. فرایندهای بیمارستانی هم منطبق بر استانداردهای بین‌المللی تخصصی بیمارستانها است، همچنین تمامی فرایندها و ساختار سازمانی، با استراتژی‌های سازمان همسوسازی شده است. تمامی تلاش بر این است که تنها عامل تعیین کننده برای اخذ تصمیمات، گردآوری علمی و تجزیه و تحلیل داده ها بوده و در این راستا تمامی فرایندها و زیر فرایندها را به نظام اطلاعاتی تخصصی بیمارستانی HMS متصل نموده است.

کارکنان بیمارستان، از طریق کانالهای مختلف و متعدد امکان عرضه نظرات، ایده‌ها و خلاقیت‌های خود را داشته و در این راستا هم نظام مشارکت کارکنان به عنوان یک نظام مستقر شده وهم بیش از ۲۷ کمیته و کارگروه تخصصی به صورت مغزافزایی در اداره بیمارستان مشارکت می‌نمایند.

بیمارستان هاشمی نژاد با انجام بیش از ۵۰ بازنگری در عملیات سازمان در طی یکسال، شرایط لازم برای تبدیل شدن به یک سازمان یادگیرنده را ایجاد کرده است. توسعه بخشهای پاراکلینیکی، ابداع روشهای منحصر به فرد جراحی به صورت یک پتنت بین المللی، توسعه بخش جراحی قلب، تویعه یک بخش خصوصی در درون بخش دولتی (بخش محب) و احداث بخش توریسم درمانی نه تنها به توسعه درآمدهای بیمارستان کمک نموده، بلکه روحیه‌ی خلاقیت، ابداع و نوآوری را در بیمارستان بیش از پیش تقویت نموده است.

ما معتقدیم که بخش عمده‌ای از موفقیت ما مرحون کمک و یاری شرکای کلیدی ما بوده که در زنجیره‌ی ارزش بیمارستان قرار دارند. اداره‌ی برخی از بخشهای پاراکلینیکی و حتی کلینیکی بیمارستان به صورت کاملاً خصوصی، تنها در صورت داشتن رویکردی موثر امکان پذیر خواهد بود که بیمارستان در این راستا شرکای کلیدی دیگری چون دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیش از ۱۰ پیمانکار تخصصی، دانشکده‌های تخصصی پرستاری و برخی از موسسات بین‌المللی را نیز در کنار خود در زنجیره ارزش دارد.

این مرکز بر اساس حس مسئولیت پذیری انسانهای خیر بنا نهاده شده است و این حس در تمامی تار و پود بیمارستان تنیده شده است. به طوری که برای جبران ناراحتی همسایه‌های همجوار از شلوغی خیابانهای اطراف، کارت تکریم همسایه صادر شده که امکان چک آب رایگان برای تمامی اعضای خانوار آنها را فراهم نموده است. سازمانهایی چون محیط زیست، وزارت بهداشت، دانشگاه، استانداری، شورای یاری محله و سایر ذینفعان با رضایتمندی متوسط ۸۵ درصد معتقدند که بیمارستان هاشمی نژاد به مسئولیتهای اجتماعی خود پایبند بوده و به عنوان یک الگو می تواند مورد تقدیر قرار گیرد که بارها نیز این مهم عملی شده است. تعهد و پابندی ما به ارزشهای تعالی مدل، موضوعی نهادینه است که تمامی افراد سازمان خود را متعهد به آن می‌دانند. ما بر این باوریم که تعالی همواره یک مسیر است و مقصدی را نمی توان برای آن متصور بود و بدین خاطر است که اعتقاد داریم تا تبدیل شدن به یک سازمان در کلاس جهانی راه درازی پیش رو داریم.



1a) رهبران آرمان ماموریت، ارزشها و مبانی اخلاقی را ایجاد و خود فرهنگ برتری سازمان می‌باشند.

در سال ۱۳۸۲ و شروع آشنایی سازمان با مدل تعالی کمیته‌ای با نام EFQM با همکاری شرکت مشاوران تعالی سازمان تشکیل گردید که در ابتدا با جلسات دو هفته‌ای و سپس ماهانه، در واقع رهبری سازمان را به عهده داشته است. این کمیته با حضور مدیران ارشد و ریاست بیمارستان، چارچوب پنداشتی و اصول تعیین کننده موقعیت کنونی و آینده سازمان را طراحی و بیانیه‌های اصلی سازمان را در آن تدوین و به شکل سالانه (از سال ۸۲ تا کنون) مورد بازنگری قرار می‌گیرد.



چهار کارگاه خودارزیابی و برگذاری کارگاه های مدیریت استراتژی متوازن (BSM) و کارگاه های SWOT و همچنین دوره های 5S، TQM، EATC، problem solving، ایزو، تفکر استراتژیک، مدیریت استراتژیک و ... که در سطح مدیران ارشد میانی و سرپرستان برگزار گردید، بستر مناسبی را جهت تحقق رسالت و آرمان سازمان و نهادینه سازی ارزشها و ایجاد الگوی فرهنگ برتری، ایجاد نمود. آخرین بازنگری ها بر روی آرمان و رسالت سازمان (در سال ۸۷) اعمال شده که به قرار زیر می باشد:

آرمان: پیشتاز کیفیت درمان و آموزش در منطقه

رسالت:

مرکز فوق تخصصی شهید هاشمی نژاد، طیف وسیعی از خدمات درمانی با کیفیت مطلوب را به مراجعینی که دارای بیماری هایی در حوزه دستگاه اداری و مشکلات مرتبط بوده، همچنین خدمات آموزشی با کیفیت مطلوب به آموزش گیرندگان ارائه می نماید.

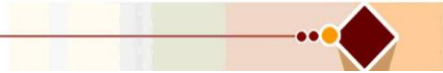
جلب رضایت بیماران و پاسخ خلاقانه به تامین نیازهای بهداشتی جامعه از اهداف این مرکز می باشد.

رسالت ما در سطح جامعه ارائه خدمات مراقبتی فوق تخصصی ارولوژی و نفرولوژی با کیفیت بالاست که قادر به تامین نیازها و برآورده نمودن انتظارات بیماران و دیگر مشتریان داخلی و خارجی در یک محیط پر از شان و احترام متقابل می باشد.

بیمارستان هاشمی نژاد با دارا اودن رویکرد سبز اقدام به ارتقاء کیفیت خدمات نموده و مسئولیتهای درمانی اجتماعی و زیست محیطی خود را به هم مرتبط می سازد.

بر اساس یادگیری حاصل شده از اجرای BSC در سال ۸۶، در سازوکار هدایت سازمان تغییر ایجاد نمودیم. بدین شکل که هرم تصمیم گیری سازمانی را ساماندهی نموده و در سه سطح طبقه بندی کرده و ارتباط آن را با کمیته های بیمارستانی نیز در این سه سطح برقرار نمودیم. بدین شکل که کمیته های فرعی به تصمیم پردازی، کمیته های اصلی به تصمیم سازی و کمیته های استراتژیک به تصمیم گیری می پردازند. روش سنجش اثربخشی استفاده از Feedback Report از حوزه کارشناسان از ۲۰ کمیته فرعی و پروژه های تحت هدایت آنهاست که چالشها را مطرح کرده و پیشنهاد بهبود داده و بر اساس یادگیری های ناشی از بهبود، به کمیته های اصلی گزارش می دهند. در ۴ کمیته اصلی، صورتج لسات و گزارشات کمیته های فرعی و همچنین نتایج اندازه گیری شاخص های کمی و کیفی بررسی و تصمیم سازی صورت گرفته و در نهایت گزارشات کمیته های اصلی به تناسب موضوع در ۳ کمیته استراتژیک مطرح و روی آنها تصمیم صورت می گیرد. بدین ترتیب بازنگری های لازم بر رویکردها اعم ال شده و اولویت بندی فعالیت بهبود و تصمیمات از طریق کمیته کام به کمیته های اصلی، فرعی و مسئولین پروژه منتقل می گردد.

به منظور اجرای نظام بندی برنامه ها، کارگروه هایی در واحدهای مختلف پرستاری، پزشکی، اداری، خدمات و پاراکلینیکی تشکیل، تا از طریق آن کلیه تصمیمات کمیته های فرعی به بدنه منتقل شود. از طرفی، امکان تصمیم و اجرای شیوه های کاری با آزادی عمل بیشتر و تصمیم گیری های مبتنی بر شرایط تخصصی و ویژه کار در هر یک از واحدهای سازمان فراهم گردید. به نحوی که، مدیران واحد از تفویض اختیارات در وظایف اختصاصی مدیریتی برخوردار بوده و از طرفی سیاست ها و خط مشی های استراتژیک سازمان را نیز پیاده می نماید. همچنین کارکنان واحدها که جزء کارگروه های پروژه های بهبود بیمارستان هستند براساس نتایج حاصل از ارزیابی ها، با خلاقیت



گامهای تغییر را اجرا و مجدداً نتایج تغییر را به مسئولین پروژه منتقل می نمایند و این مسیر ارتباطی از مسئولین پروژه، تا کمیته‌های استراتژیک منتقل می‌گردد.

کمیته کام جهت اولویت بندی فعالیتهای بهبود، در حوزه های مختلف، رویکردهای متناسب را طراحی می نماید. به طور مثال در حوزه رضایت مندی مشتریان و کارکنان از رویکرد رگرسیون چند متغییری برای شناسایی مهمترین فاکتورهای موثر بر رضایت مندی مشتریان و کارکنان استفاده می نماید. در جلسات این کمیته، مهمترین پروژه های این سازمان بر اساس تکنیک دلفی، اولویت بندی می‌شوند و در برخی دیگر نیز از مقایسه زوجی و بعضاً AHP نیز استفاده می‌گردد.

طبق مصوبه کمیته کام کلیه تغییرات و اعمال ناشی از یادگیری و فعالیتهای بهبود در سازمان مورد پشتیبانی قرار گرفته و افراد گروه‌ها بر اساس آن مورد تشویق قرار می‌گیرند. در این راستا کلیه پیشنهادات مطرح شده در کمیته‌ها پس از تصویب، اجرا، تشویق و قدردانی می‌شوند. به طور مثال بر اساس اجرای رویکرد استخدام و سنجش اثر بخشی آن، نتایج حاصله نشان دهنده عدم کارایی و نیاز به تغییر در رویکرد فوق بوده که توسط یکی از کارکنان در کمیته ESM مطرح و تحت پرتکل اجرای استخدام به شکل واحد در سازمان جاری گردید و پیشنهاددهنده مورد قدردانی قرار گرفت. به منظور توسعه و تشویق همکاری های درون سازمانی نیز، کلیه فعالیتهای تیمی در قالب کمیته‌ها به صورت ساعات حضور در جلسه و در قالب تیمهای کاری درون بخشی، مورد قدردانی قرار می‌گیرد. بازنگری بر روی اثر بخشی رفتار رهبری، رهبر سازمان را بر آن داشته تا برای ایجاد تغییر و یا رفتار سازمانی، به عنوان اولین فرد در کلاسها و ورکشاپها شرکت فعالانه داشته و در کار گروه‌ها نیز شرکت نمایند. همچنین برای حصول اطمینان از ایجاد روشهای الگویی در رفتار رهبران، سازمان کلیه مدیران ارشد را موظف نموده تا زودتر از کارکنان خود سر کار حاضر شوند، در همه کمیته‌ها حضور فعال داشته باشند. مسئولیت پروژه‌های سنگین سازمان به عهده ایشان گذارده می‌شود، در اجرای Case Study ها وظایف محوله توسط مدیران ارشد بیشتر از سایر کارکنان می‌باشد و ... این اقدامات منعکس کننده قابل دسترس بودن اهدا ف و به عنوان الگوی برتری برای کارکنان ایفای نقش می‌نماید. همچنین به منظور یکپارچه نمودن این فرهنگ، پیام رهبر سازمان در محل ورودی به شکل زیر قرار گرفته است:

«تمامی مراجعه کنندگان و خدمات گیرندگان بیمارستان از هر قشر اجتماعی که باشند معرفی شده از طرف اینجانب است. لذا ضروری است به امور فرد ایشان با رعایت احترام، عدالت، سرعت و کیفیت و با حفظ کرامت رسیدگی شود.»

1b) رهبران برای اطمینان یافتن از ایجاد توسعه و به کارگیری سیستم های مدیریت و بهبود مستمر آنها مشارکت می‌نمایند.

برای حصول اطمینان از انطباق خط مشی و راهبرد با ساختار عملیاتی سازمان، ساختار سازمانی مجدد بررسی و تنظیم گردید و بر اساس اهداف استراتژیک سازمان، از مشارکت شرکا و ذینفعان با درج در ساختار استفاده گردید به نحوی که تغییر ساختار سازمانی (پست مدیر سیستم ها و روشها، مشاوران، هیئت امنا و ...)، امکان دستیابی به اهداف استراتژیک بر اساس خط مشی و سیاست های سازمان را محقق نمود. همچنین بر طبق همین بازنگری ها و موافقت مسئولین دانشگاه و سازمانهای ذیربط و با مجوز هیئت امنا، کلیه کارکنان سازمان جزء خانواده هاشمی نژاد



قرار گرفته و با خود مرکز قرارداد کاری دارند. این اقدام تحولی در استقرار سیستم‌های تعالی در سازمانهای بهداشتی ایران است.

مهمترین نظام مدیریتی سازمان ما، نظام مدیریت استراتژی متوازن (BSM) می‌باشد که این نظام، خط مشی و راهبرد، سامانه رهبری و نتایج کلی سازمان را تحت پوشش قرار می‌دهد. بر اساس الگوی بدست آمده از این سیستم مدیریت، حوزه‌های مربوط به نتایج با نظام و رویکرد مدیریتی مشخص تحت مدیریت، نظارت و برنامه‌ریزی قرار می‌گیرد. به طور مثال CSM برای حصول اطمینان از 5d.6e.5c.5e به نحو شایسته ای سبب ارتقاء مدیریت نتایج شده است. ESM طراحی شده، توانسته نظرات کارکنان را مانیتور کرده و حوزه 7a و 7b را پوشش دهد، SSM طراحی شده، اندازه‌گیری و برنامه‌ریزی 8a و 8b را به عهده داشته است. نظام پیشنهادات و سیستم 5s، انگیزه کارکنان را افزایش داده و سبب توسعه عملکرد آنها و مشارکتشان در فعالیت های تیمی گردیده است. به منظور ایجاد نظام Team Building سازماندهی مناسبی در تیمها ایجاد کرده و توانسته ایم با انجام دو سری ارزیابی پرسشنامه ای از کل تیمها و کارگروه ها، ۲۵ نفر اعضای تیم تحول را تشکیل داده و با آموزش سیستماتیک و برنامه ریزی شده آنها، مأموریت های سازمانی را به آنان محول نمائیم. نظام مالی و مدیریت دانش مجدداً بازنگری کلی شده و بر اساس نتایج بدست آمده مأموریت‌های کمیته‌های مرتبط، تغییر نمود.

به طور کلی در پایان سال ۸۶، با ارزیابی اثر بخشی کارت امتیازی متوازن در همه شاخصها و همه پروژهها، نواقص و مشکلات استخراج گردیده ولی بر مبنای آن مجدداً توسط کمیته کام برنامه ریزی استراتژیک صورت گرفت. به نحوی که در نقشه استراتژیک بیمارستان رابطه بین آرمان، مأموریت و ارزشها با اهداف استراتژیک مجدداً ارزیابی و از طرف دیگر ارتباط آنها نیز با فرایندهای اصلی و فرعی سازمان برقرار گردید.

به طور مثال شاخص متوسط اقامت بیماران، در پروژه «ارتقاء سیستم پذیرش» اندازه‌گیری و کاهش آن برنامه‌ریزی می‌گردد. به دنبال آن در کمیته پذیرش و ترخیص، روند اجرای پروژه، بررسی و هدایت شده و این کمیته نیز یکی از زیر کمیته‌های، کمیته اصلی فرایندهای داخلی است که نتایج پروژه‌های تحت پوشش آن و موانع اجرایی آنها در کمیته اصلی فوق تصمیم گیری شده و دستیابی به هدف استراتژیک «مداومت در مراقبت» در آن ارزیابی و اثر بخشی اقدامات در آن سنجیده می‌شود.

سازمان رهبری ما سبب اطمینان از ایجاد و توسعه فرایندی در هدایت موثر سازمان است و مشخصاً سا زگاری در سطح Corporate Level داشته، بدین شکل که کمیته کام هر ماه گزارشهای عملکرد کلیه فعالیت‌های بهبود را دریافت نموده و بر اساس ورودی های فوق و با ارزیابی قانون چراغ راهنمایی، دستیابی و تغییرات شاخصهای کارت امتیازی را زیر نظر داشته و کنترل می‌نماید. نظارت، هدایت و برنامه ریزی در کمیته‌های اصلی سبب اطمینان بر مدیریت و برنامه ریزی شاخصها می‌گردد و این امر نتایج کلیدی سازمان را به نحو چشم گیری ارتقاء داده است که در معیار ۹ بدان اشاره می‌گردد.

به طور مثال به منظور اندازه گیری نتایج کمی در کمیته مالی، اقدام به طراحی سیستم نرم افزاری جامع در سال ۱۳۸۴ گرفته شد. کلیه فعالیتها در واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی در سیستم نرم افزاری تعریف گردید به نحوی که از طریق سیستم فوق می‌توان بر درآمد و هزینه کلیه واحدها نظارت داشته و حتی برای اولین بار در کشور اقدام به ارسال اسناد و صورت حسابها به سازمانهای بیمه گر به صورت Data نمود. رهبران سازمان نیز می‌توانند از



طریق شبکه کلیه خدمات و فرایندها را زیر نظر داشته باشند و با ارزیابی تغییر شاخص‌های مرتبط مثل میزان درآمد و میزان هزینه به تفکیک واحد و ... فرآیندهای کارتری جهت بهبود در وجه مالی به کار گیرند.

1C) رهبران با مشتریان، شرکا و نمایندگان جامعه در تعامل هستند.

به منظور ایجاد ارزشهای افزوده در زنجیره تأمین، نسبت به مشارکت با شرکای سازمان مان اقدام نمودیم. مشارکت سازمان با دانشگاه علوم پزشکی ایران، به نحوی است که مسئولیت کمیته راهبردی دانشگاه با بیمارستان ما بوده و در کلیه آموزشها، کارگاه‌های تعالی و اقدامات استراتژیک سازمان ما، هیئت رئیسه دانشگاه نیز شرکت می نماید. با عضویت تعدادی از رهبران سازمان در دانشکده ها و برقراری کمیته های مشترک کاری، تعامل بین سازمان و این دانشکده‌ها برقرار می گردد به طور مثال سمینارهای مشترک تخصصی در دانشکده پرستاری به برگزاری کارگاه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی در بیمارستان، از جمله این موارد است. مشارکت با معاونت درمان به شکل عضویت تعدادی از رهبران سازمان در کمیته های سیاست‌گذاری و کیفیت در معاونت درمان، همچنین برگزاری پایگاه‌های اتاق عمل و دیالیز معاونت درمان، با سرپرستی و تدریس سازمان ما صورت می گیرد. برگزاری دوره‌های MBA برای روسا و مدیران بیمارستانهای نیروهای مسلح در این مرکز با مشارکت وزارتخانه و عضویت در کمیته راهبری بیمارستانهای منتخب نیز مثالی برای مشارکت سازمان با این نهاد است.

برای حصول اطمینان از اینکه رهبران سازمان با مشتریان، شرکا و نمایندگان جامعه تعامل دارند، ارتباط مان را از طرق مختلف، بسط و گسترش داده ایم. به طور مثال (صندوق پیشنهادات فرم‌های نظرسنجی، جلسات گروه‌های متمرکز با مشتریان، مصاحبه حضوری، دریافت شکایات به کارگیری سیاست دربهای باز توسط رهبران سازمان، جلسات مدون و برنامه ریزی شده مشترک با پیمانکاران، دانشگاه ها و ...) از جمله موارد ارتباطی در درک نیازها و توقعات مشتریان، شرکا و نمایندگان جامعه در سازمان ما است.

به طور مثال در تعامل با جامعه، در ۵ حوزه شناسایی شده اطلاعات جمع آوری و بر اساس نیازسنجی، برنامه های بهبود اولویت بندی می گردد (معیار ۸). سیستم‌های نظرسنجی و رضایت‌سنجی در مشتریان و ذینفعان به تفکیک هر ۳ ماه یک بار در سازمان انجام و بر طبق رویکردی که در معیار ۳ و ۶ بدان اشاره می گردد در سازمان جاری شده و اندازه گیری و اثربخشی آن نیز سنجیده می شود. به طور مثال می توان به تغییر سیستم تغذیه، طرح خوش آمدگویی به بیماران، طرح خدمات پس از ترخیص، احداث واحد سنگ شکن، آنزوگرافی و ... اشاره نمود که از جمله تغییرات ناشی از نتایج ارزیابی‌ها می باشد. یا به دلیل پاسخگویی به شکایات همسایگان، اقدامات زیست محیطی مثل الگوی بخش همودیالیز، دفع زباله‌های بیمارستانی به شکل صحیح و اصلاح سپتیک انجام شده است.

دستگاه کیوسک اطلاع رسانی کامپیوتری، وب سایت های سازمان www.hkc.ir (انگلیسی) و www.lums.ac.ir (فارسی) از سال ۱۳۸۴ طراحی شده که علاوه بر اطلاع رسانی، زمینه‌های ارتباط با ما نیز در آنها دیده شده و صندوق پستی مدیران، همگی امکان اعلام نظر و ارسال شکایات را فراهم می‌نمایند.

نمونه بارز دیگر از مشارکت با شرکا تاسیس موسسه غیرانتفاعی محب (موسسه حمایت از بیماران) توسط تعدادی از خیرین و تشکیل هیئت مدیره‌ای از آنان در درون سازمان و اقدام به احداث بخش ویژه محب (VIP) با بهترین امکانات و تجهیزات بوده که برای اولین بار در کشور محلی جهت جذب بیمه‌های مکمل و استفاده از منافع حاصله از آن در سازمانهای دولتی به وجود آورده است. همچنین با اقدام به هیئت امنایی شدن بیمارستان از مشارکت



نمایندگان مجلس (رئیس هیئت امنا)، نمایندگان شهرداری و شورای شهر و ... استفاده کرده و توجه و همیاری بخش بزرگ تری از جامعه نیز متوجه بیمارستان گردید. به منظور قدردانی از خدمات و وفاداری نمایندگان جامعه (هیئت امنا، و هیئت مدیره محب و خیرین) هر ساله جشن افطاری ماه رمضان توسط سازمان برگزار و علاوه بر قدردانی، مراتب پیشرفت و سیر اقدامات، اطلاع رسانی گردیده و با تجدید عهد و پیمان، جهت ادامه فعالیت های بهبود، هم قسم می گردیم.

انجام فعالیت های بهبود با مشارکت شرکاء و نمایندگان جامعه در سازمان ما به شکل استراتژیک ایجاد مزیت رقابتی نمود. این امر سبب گردید تا در سال ۱۳۸۵ با پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و با تصویب وزارتخانه و دانشگاه متبوعه و مجلس شورای اسلامی به عنوان Pilot کشوری انتخاب و نقش هدایت، راهنمایی و الگو را برای ۱۸ بیمارستان منتخب در این طرح بازی نماییم. این طرح برای ساماندهی مدیریت سلامت در کشور Pilot گردیده است و به طور مستمر سبب برنامه بازدیدها و تور پنچشونه ها از سازمان شده است.

همچنین برای یادگیری از سازمان های سرآمد، بهینه کاوی ها، سازمان را بر آن داشت که علاوه بر طراحی رویکرد بازدیدهای دوره ای از بیمارستان های موفق منطقه، بیمارستان های موفق کشورهای آمریکا، استرالیا و کشورهای اروپایی، رهبران سازمان نیز در نشست سالانه «مدیریت بیمارستان های آسیا» شرکت نمایند. یادگیری حاصله بر طبق برنامه ریزی قبلی و بر طبق هدف بوده و پس از آن جاری شدن این یادگیری در سازمان نیز طراحی گردیده است به طور مثال به دنبال شرکت ۴ نفر از مدیران ارشد در نشست HMA در فیلیپین در ۴ و ۵ مهر ماه، در تاریخ ۱ تا ۴ آبان ماه، کارگاه آموزشی در یزد با حضور ۸۰ نفر از کارکنان و مدیران ارشد و ۴۰ نفر از ذینفعان و شرکای خارج از سازمان، برگزار شد. همچنین به منظور جاری سازی یادگیریها و به دنبال آن تغییر و بهبود سازمان، رویکردهای مدونی در اجرای پیشنهادات عملی اتی شرکت کنندگان در کارگاه طراحی شده که در کمینه های فرعی پیگیری می گردد. این برنامه ریزی به نحوی است که شرکت در نشست سال آینده HMA در ویتنام و شرکت درسی و ششمین کنگره جهانی بیمارستانها در ریو برزیل در تاریخ ۱۰-۱۲ نوامبر ۲۰۰۹ از طرف IHF نیز طراحی گردیده است.

1d) رهبران تقویت کننده فرهنگ تعالی و پرسنل سازمان هستند.

الگوگیری از مدل های کیفیت، سازمان چند وجهی ما را بر آن داشت که جهت کلیه گروه های کاری متفاوتی که در آن مشغول به انجام وظیفه اند، تفکر سیستماتیک و فرهنگ تعالی ایجاد نماید در سال های اولیه به شکل بستر سازی های پایه ای و از پایان سال ۸۵ به شکل استراتژیک و هدفمند و نتیجه گرا، انجام می شود. در ابتدا جهت آشنا شدن پرسنل با بیانیه های اصلی سازمان و فرهنگ تعالی، کتابهای ۹ گانه EFQM توسط تعدادی از مدیران ارشد تهیه و در اختیار کلیه افراد سازمان قرار گرفت. هر ساله دو بار برنامه هایی جهت بیان و تشریح بیانیه ها و تغییرات (بیش از ۵ بار) بوجود آمده در آن برگزار و همچنین این موارد جزء آموزش های القایی افراد جدیدالورود و جزء آیین نامه آموزشی و شروط استخدامی سازمان می باشد. تشکیل کارگاه های مشارکتی (بین رهبر، مدیران ارشد، سرپرستان و کارکنان)، بازیهای ورزشی، Case Role play معرفی برترین گروه، تقدیم جایزه به بالاتری نمره مشارکت گروهی و ... از سال ۸۵ با شروع تفکر استراتژیک، نظامهای ارتقاء سطح کیفیت شامل، مدیریت بر دانش و تجربه، توسعه منابع انسانی، تشویق، پیشنهادات، رسیدگی به



شکایات، توسعه مرکز مطالعات، توسعه نشر و فرهنگ، در سازمان طراحی و برنامه های اجرایی آن پیاده و ارزیابی گردیده و سپس اثربخشی اقداماتشان سنجیده می‌شود.

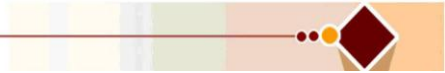
ایجاد فرصتهای مساوی و Diversity جهت مدیران ارشد، کارکنان میانی و رده پایین، به منظور مشارکت در گروه‌ها، اعلام نظرات، شرکت در آموزش های توانمندساز، تفویض اختیارات مدیریتی همگی سبب ایجاد انگیزه و توانمندسازی کارکنان گردیده است. در همین راستا کلیه نظرات مثبت و موثر در مسیر بهبود بر طبق نظام پیشنهادات پاسخ داده می شود. به طور مثال مشکل ازدحام بیماران در انتظار عمل و بالا رفتن مدت اقامت با پیشنهاد آقای خطیر (پرستار اتاق عمل) به احداث یک اتاق عمل جدید در محلی در همان فضا که اختصاص به مکانهای اداری و رختکن داشت، مورد توجه قرار گرفته و با انجام این پیشنهاد مشکل رفع و Cost-Benefit Analysis پیشنهاد ایشان انجام و مورد تقدیر نیز قرار گرفتند. در همین راستا، تلاش تیمی بخشها و واحدها با توجه به شاخصهای کیفی عملکرد سنجیده و در پایان فصل، رتبه‌بندی و تقدیر می‌گردد. به نحوی که اخذ بالاترین درصد رضایت بیمار در هر یک از بخشها، سبب تشویق کل کارکنان و مسئولین آن بخش می‌شود.

1C رهبران شناسایی کننده تغییرات سازمانی هستند.

متمترین مولفه شناسایی بیرونی سازمان ما، تغییر است. آن چنان در دامنه، نوع فعالیتها و نتایج عملکرد در ۵ ساله اخیر تغییر نموده ایم که به عنوان Role Model از طرف سازمانهای فرادست در سطح بیمارستانهای کشور مطرح گردیده ایم (اشاره در نتایج). توسعه فرهنگ سازمانی ما سبب گردید که، اجرای مدل EFQM و ارتقاء شاخصهای آن، در شورای تصمیم‌گیری سلامت با پیشنهاد این بیمارستان، یکی از معیارهای برتری ۱۸ بیمارستان منتخب تبدیل شود. همچنین هیئت امنایی شدن بیمارستانها با استناد و طرح پیشنهاد بیمارستان هاشمی نژاد، در مجلس شورای اسلامی مطرح گردید. طرح اولین بخش خصوصی در بیمارستانهای دولتی، ایجا د بخش توریست درمانی نیز از جمله تغییرات متأثر از این سازمان در بعد سلامت جامعه است.

تغییر محیط بیرونی سازمان ناشی از تغییر محیط درونی آن است که ضمیمه آن با بررسی تغییرات و تحولات بیرون موثر بر بیمارستان، از جمله دستورالعملها و قوانین جدید کشوری و وزارتخانه ای، احداث بخشهای جدید کلینیکی و پاراکلینیکی در سازمانهای مشابه و محدوده سازمان، تغییرات اقتصادی و مالی جامعه و ... آغاز و از طریق کمیته EFQM شناسایی و مطرح می گردد. یکی از وظایف این کمیته ماهانه، بررسی و تحلیل تغییرات و متعاقب آن تصمیمات اتخاذ شده جهت بازنگری برنامه‌ها و تصمیم‌گیری برای سایر کمیته‌های مربوط می‌باشد. از طریق این کمیته نه تنها تغییرات سازمان بلکه تغییر در روابط خارجی آن نیز انتخاب و هدایت می گردد. ورودی‌های جلسات ماهانه فوق نه تنها موارد ذکر شده بلکه نظرات ذینفعان و بازدیدکنندگان، نتایج نظرسنجی‌ها، نتایج benchmarking داخلی و خارجی انجام شده توسط مدیران ارشد، Auditing داخلی و خارجی انجام گرفته توسط بازرسان معاونت درمان و وزارتخانه و سوپروایزران نیز می‌باشد.

به دلیل اینکه سازمان ما اولین سازمان خدماتی - بهداشتی است نگاهی جدید به امر کیفیت و مدیریت دارد و برنامه‌ریزی برای تغییر، از اهم فعالیت‌های روزمره آن می باشد. نیازمند استفاده از رویکردی ساخت یافته در این ارتباط است. بر اساس اقدامات مدونی صورت می گیرد که تغییرات به کلیه ذینفعان اطلاع‌رسانی می‌گردد مثل نشست‌های سالانه رهبری، صورتجلسات کمیته EFQM و ارسال آن به واحدها و هیئت امناء، طرح تغییر در کارگروه های مشترک با سازمانها و نهادها، اجرایی شدن تصمیمات در کمیته‌های اصلی و فرعی و غیره.



قبل از اجرای هر گونه تغییری مراحل : اطلاع رسانی، اقدامات آموزشی، ارتقاء آگاهی کارکنان و تهیه امکانات صورت گرفته، پس از آن اجرای آزمایشی طرح شروع و سپس نتایج اجرای تغییر، ارزیابی می گردد. به طور مثال در اندازه گیری درصد پایین شاخص CSI در ارتباط با سرویس و تغذیه در سال جاری، کل فرایندهای مربوطه تغییر نموده و مجدداً نتایج یادگیری مورد ارزیابی قرار گرفت . لازم به ذکر است که پس از اتخاذ تصمیم درباره تغییر از طریق سازمانهای فرداست، هیئت امناء، هیئت مدیره محب و کمیته پرسنلی؛ سرمایه، منابع و پشتیبانی آن نیز تعیین می گردد. در طول اجرای تغییر در صورت امکان و یا نیاز سازمان برنامه قبلی به شکل هم زمان انجام گردیده و در غیر این صورت، پیش بینی بروز مشکلات احتمالی صورت گرفته و جهت آنها راه حل های پیشنهادی در نظر گرفته می شود. به طور مثال، تغییر در نگهداری کودکان پرسنل (حذف مهدکودک)، تغییر در ارائه خدمات بستری (احداث اولین بخش Day Care اندیورولوژی)، تغییر سیستم اداری از دستی به اتوماسیون، احداث بخشهای قلب، ایجاد نسخه شماره ۲ بیمارستان، حذف انبار در بیمارستان و غیره از جمله تغییرات موثر در سازمانند که در طول اجرای هر کدام، تمام مراحل ذکر شده قبلی اجرا می شود. لازم به ذکر است که ریسکهای مالی سازمان توسط هیئت امناء و خیرین تحت کنترل است . همچنین به تلاش وزیر بهداشت، نمایندگان مجلس، دانشگاه و فعالیتهای آنان در الگوسازی بیمارستانی، بسیاری از ریسکهای غیر مالی بیمارستان نیز پس از گذشت ۵ سال از شروع تغییر، تحت مدیریت قرار گرفته اند.

خط مشی و راهبرد

2a) خط مشی و راهبرد مبتنی بر نیازها و توقعات حال و آینده ذی نفعان می باشد.

بر مبنای متودولوژی SIA، مدیران ارشد در سازمان با توجه به بلوغ سازمان و توانایی اجرای مدیریت استراتژی متوازن (BSM)، تصمیم به اجرای این روش در پیاده سازی خط مشی و راهبرد نمودند. در اولین گام برنامه ریزی استراتژیک، برای تجزیه و تحلیل موقعیت، خود ارزیابی سوم سازمان در تاریخ ۸۵/۱۰/۲۴ انجام بخشی از اطلاعات لازم برای کارگاه های بیانیه ها و BSM فراهم گردید، سپس مصاحبه با مدیران در خصوص مسائل استراتژیک و کارگاه SWOT به منظور شناسایی و ارزیابی نقاط قوت، ضعف، فرصتها، تهدیدات و تغییرات برگزار شد. از طریق اقدامات فوق همچنین مطالعه میدانی، بازاریابی، اندازه گیری شاخص های عملکرد، نتایج حاصله از ممیزی سازمانهای فرادست و تحقیقات مرکز مطالعات و مدیریت سلامت نیازها و توقعات جاری و آینده ذی نفعان شامل (مشتریان، کارکنان، شرکاء و جامعه) نیز شناسایی گردید. و به منظور فرموله کردن برنامه، کارگاه های ۳۰ بهمن و ۱ اسفند ۱۳۸۵، کارگاه های تدوین استراتژی برگزار و اهداف استراتژیک در ۴ وجه مشتری و بازار (مشتری مداری) وجه فرایند (سرامدی فرایند) وجه رشد و یادگیری (بهپویی) و وجه مالی (سودآوری) تعریف و منجر به تدوین استراتژی ها و برنامه ها در غالب BBP و BBS گردید سپس نقشه استراتژی در وجوه کارت امتیازی (BSC) به همراه سایر اجزای سازنده از جمله سنجها، اهداف کمی، مسئولین سنجه و پایش، نیز تعیین شد

مهمترین ویژگی سازمان استراتژی محور، ترجمه استراتژی به اصطلاحات عملیاتی است که هدف از آن قرار دادن استراتژی در کانون فعالیت های مدیریتی است. در همین راستا در طراحی نقشه استراتژیک و کارت امتیازی تلاش



گردید تا کلیه فعالیتهای سازمان از طریق کارت پوشش گیرد به نحوی که استراتژیک به کار روزانه و فرایندی مستمر تبدیل گردد. در کارگاه‌های همسوسازی و تدوین پروژه‌ها که در تاریخ ۸۵/۱۲/۲۳ برگزار گردید، اصلاحات مورد نیاز در کارت امتیازی متوازن و نقشه استراتژیک صورت گرفته و شرکت کنندگان به طراحی شناسنامه پروژه‌ها، گانت چارت و در نهایت کارت امتیازی پرداختند

متعاقب اقدامات فوق از شروع سال ۱۳۸۶ کمیته کام تشکیل و با نظارت این کمیته کلیه فعالیتهای سازمان در غالب پروژه‌ها انجام، اندازه گیری و پایش می شود. به منظور هماهنگی و تعامل بین صاحبان پروژه و متولیان سنج و پایش در سازمان، دبیر کمیته کام مرتباً با افراد فوق در تماس بوده و اقدامات را تصریح و گزارش پیشرفت پروژه‌ها را در اختیار ریاست بیمارستان قرار داده و در جلسات کام نیز بر روی آنها ارزیابی نیز صورت می‌گیرد. در شروع سال ۸۷ به طور کلی نتایج اجرای طرح فوق و نواقص و مشکلات مرتب با کلیه اهداف، شاخص‌ها، پروژه‌ها، روند نتایج و محدوده حاصله از آنها توسط دبیر کمیته کام استخراج گردید. پیشنهادات اصلاحی نیز لیست شد. مجدداً در جلسات مکرر کمیته کام، توسط رهبر و مدیران ارشد سازمان تغییرات اصلاحی در کارت صورت گرفت . **Strategic Map** سازمانی نیز به نحوی تغییر نمود تا بتواند در جاری سازی و اندازه گیری تغییر، کمک بیشتری به سازمان نموده و نتایج حاصله از آن کامل‌تر گردیده و محدوده بیشتری را شامل و ما را به اهداف سازمانی نزدیکتر نماید. سازمان ما رویکردی منظم در اخذ نظرات و دریافت انتظارات از ذینفعان سازمان دارد . به طور مثال اهداف استراتژیک سازمان ما نگاهی به اهداف دانشگاه علوم پزشکی ایران و وزارت بهداشت داشته و از طرفی اجرای کلیه توقعات سازمانهای فرادست جزء الزامات قانونی مرکز ما است که مرتباً گزارش و بر طبق شاخص های خود سازمانهای فرادست ارزیابی می گردد. جهت تعامل و دریافت نظرات سازمانهای بیمه گر، اتافی به نمایندگان آنها اختصاص یافته تا بتوان تمام انتظارات سازمانهای بیمه‌گر را به شکل رودررو دریافت و بر طبق آن برنامه‌ریزی نمود. این رویکرد سبب افزایش پذیرش تعداد بیماران با تنوع بیمه‌ای مختلف گردیده (۴ بیمه اصلی و ۳۲ بیمه مکمل) که نشان دهنده ارتباطات تنگاتنگ سازمان ما با این شرکت‌ها می‌باشد.

از طرفی به دلیل رسالت آموزشی سازمان، علاوه بر شرکت در نشست های دوره‌ای مدون با مسئولین دانشکده‌های پزشکی، پیراپزشکی، پرستاری و ... و توافق با پروتکل های کاری، در برنامه ریزی **CSM** سازمان، فراگیران در رده‌های مختلف نیز در نظر گرفته شده و نظرات آنان نیز اخذ و بر طبق آن مطابق با سایر نتایج، در کارگروه ها بررسی و بر روی آن برنامه ریزی صورت می‌گیرد. لازم به یادآوری است که آموزش دهندگان بالینی دانشجویان در حرف مختلف از کادر هیئت علمی پزشکی و پیراپزشکی خود سازمان بوده و این مسئله، ضرورت نزدیکی و همخوانی اهداف سازمان ما با دانشکده ها را مشخص تر می‌نماید. جمع‌آوری نظر سایر ذینفعان از قبیل پیمانکاران، هیئت امناء، خیرین و ... از طریق تشکیل کمیته‌های مربوطه صورت گرفته (پیوست) و بر طبق پروتکل جلسات در سازمان، انجام و پیگیری می شود. حاصل تمامی این ارزیابی‌ها و کسب اطلاعات از وضعیت حال و آینده بازار سلامت ما را بر آن داشت که وارد عرصه قلب، احداث بخش خصوصی و توریست درمانی و ... گردیم.

2b) خط مشی و راهبرد مبتنی بر اطلاعات حاصل از اندازه گیری عملکرد، تحقیقات، یادگیری و فعالیتهای مرتبط خارجی می‌باشد.

سازمان ما با شروع تفکر کیفی و به منظور پوشش دهی به اهداف استراتژیک «ارتقاء سطح کیفیت ارائه خدمات» اقدام به فعالیت‌هایی نمود که بتواند خط مشی سازمان را در این زمینه دنبال نماید . تفکر استراتژیک، این امکان را



به سازمان داد تا اقدامات پراکنده قبلی را به سمت حرکت جمعی و سیستماتیک از طریق رهبری مدیریت ارشد سوق دهد. با اجرای BSC، سازمان توانست از اطلاعات حاصل از اندازه گیری عملکرد، تحقیقات، یادگیری و فعالیتهای خارجی استفاده نموده و آن را در بازنگری کارت امتیازی دخیل نماید (۶۰ درصد تغییر در کارت از ابتدا تا کنون). به طور م ثال بررسی تأثیر خدمات درمانی در تمامی منحنی ارائه خدمت (طرح خوشامدگویی، بدرقه و خدمات پس از ترخیص) از پذیرش تا بعد از ترخیص در منزل، در بازنگری کارت لحاظ گردیده است. با تحلیل قابلیت های شرکا، در اهداف کارت به ارائه خدمت در سطح جهانی و رفع نیازهای سلامت بهداشتی منطقه، توجه و در برنامه ریزی به احداث بخش توریسم درمانی و بیمارستان جدید اقدام نمودیم

بر همین اساس، جهت کلیه واحدها مجدداً بر اساس مقررات سازمانهای فرادست، استانداردها و نتایج استخراج شده از ارزیابی های قبلی، شرایط احراز و شرح وظایف، مراحل انجام کار، دستورالعملهای کاری تهیه شده و بر پایه آن فرم های ارزیابی عملکرد فردی تنظیم و کلیه افراد سازمان بر طبق پروتکل و رویکرد تهیه شده در بازارهای زمانی مشخص مورد بررسی عملکرد قرار می گیرند. از طرف دیگر فعالیتها و وظایف کلیه واحدها از ابتدا تا انتهای فرآیند کاری، تعریف و بر اساس برآیند مورد انتظار از هر واحد که شامل عملکرد فردی، رضایت مشتری، مقایسه شاخص های کیفی کار با سایر سازمانها و ... می باشد. فرمهای ارزیابی عملکرد واحدها نیز تهیه گردید. این روند نیز بر طبق رویکرد مدون تهیه شده، در محدوده های زمانی مورد بررسی قرار گرفته و کب سازمان را نیز در بر می گیرد. جهت شکل دهی کلیه اقدامات ذکر شده، واحدی تحت عنوان «واحد توسعه و کنترل کیفیت» تعریف و در ساختار سازمانی قرار گرفت و بر اساس شرح وظایف استاندارد، شروع به کار نمود. این واحد از طریق پروژه های ارزیابی عملکرد، CMS و EMS، سیستم ارزیابی نیازهای مراقبتی، توریست درمانی، ارزیابی جامعه،

Benchmarking بیمارستانها، سازمانهای مرتبط و ... اطلاعات مربوط به نیاز مشتریان، عملکرد سیستم بهداشتی، توقعات و تصورات ذینفعان، عملکرد رقبا و سازمانهای مشابه را جمع آوری نموده و با اندازه گیری تغییرات شاخص های کیفی و کمی عملکرد، به جاری سازی و گسترش کیفیت در سازمان، همت می گمارد. علاوه بر آن جهت اطمینان از حصول نتایج، به طور مثال در شاخص CSI، این شاخص با شاخص های بهترین بیمارستان - کل بیمارستانها و شاخص کل رضایت در آمریکا سنجیده شده است. یکی دیگر از اقدامات این واحد استفاده از نتایج ارزیابی های بیرونی می باشد. به طور مثال ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری در بین ۷۱ بیمارستان توسط معاونت درمان یا رتبه بندی ارائه خدمات کمی و کیفی در بین کل بیمارستانها توسط بهداشت، مورد ارزیابی قرار گرفته و سازمان از نتایج آن در تحلیل عملکرد رقبا خود و بهترینها در ایران و تعیین اهداف استفاده می نماید.

به منظور استفاده از اطلاعات بدست آمده از تحقیقات و یادگیری سازمانی و بر اساس نتایج استخراج شده از پروژه های بهبود اولیه، سازمان اقدام به احداث «مرکز مطالعات و تحقیقات بیمارستان هاشمی نژاد» نمود. این واحد، اطلاعات مربوط به رقبا، سازمانهای مشابه و تأثیر خدمات سازمان ما را در روند سلامت و بهداشت جامعه ایران، جمع آوری نموده و سازمان با استفاده از این اطلاعات و همچنین نتایج و بررسی پروژه های بیمارستانی در مورد تصویر بیرونی و شاخص های اقتصادی و مالی، اقدام به برنامه ریزی اصلاحی و هدف گذاری استراتژیک می نماید. به طور مثال در سال جاری کارشناسان ارشد سازمان با حضور در چندین بازدید و سمینار بین المللی (TMS-HMA-UNICLINIC) شرکت نموده و به ارزیابی عملکرد سازمانهای مشابه و الگوهای جدید پرداخته اند. بخشهای ویژه مراقبتی با این بخشها در بیمارستان استرالیا، آمریکا و آلمان، مقایسه و بر اساس استانداردهای



تجهیزاتی و ساختمانی مشابه بازسازی گردیده اند. توجه به احداث بخش قلب جهت بیماران کلیوی که نیازمند خدمات قلبی بوده و این امکان را هیچ مرکزی به شکل همزمان به آنها ارائه نمی کند و با استفاده از روشهای غیر تهاجمی در درمان سنگ با استفاده از خدمات Day care و سنگ شکن لیزری از جمله این تغییرات است. از طرفی مطالعات وضعیت اقتصادی و الگوهای کاری و تکنیکهای به کار گرفته شده جدید و تأثیر آن بر عملکرد سازمان ما را بر آن داشت تا از تکنولوژی ها و روشهای درمانی استفاده نماییم که کم هزینه تر، کیفی تر و غیر تهاجمی تر بوده و از طرفی مدت زمان بستری و زمان اشغال تخت را نیز کاهش دهد. پس در روی داده های موجود تجزیه و تحلیل انجام داده و با اقداماتی از قبیل سرعت بخشی و انجام خدمات پاراکلینیکی و انجام آنها در خود مرکز تشکیل گروه های تشخیصی متخصص در مرکز (پزشک قلب، متخصص ریه و ...) ایجاد بخش بیماران نیازمند خدمات بستری کوتاه مدت، یکی از شاخص های کمی یعنی متوسط اقامت بیمار را از ۹.۵ روز به ۴ روز برسانیم.

2C) خط مشی و راهبرد، ایجاد، بازنگری و به روزآوری می شوند.

همانگونه که ذکر شد با شروع فعالیتهای تحول، خط مشی سیاستهای سازمان ایجاد و برطبق آن حرکت می شد و با استفاده از BSC در غالب سیستم BSM، خط مشی و استراتژی سازمان بازنگری و اصلاح سیستماتیک گردید و به اصطلاحات عملیاتی ترجمه شد. ما با بهره جویی از سیستم گزارشهای چراغ راهنمایی (TRAFIC LIGHT) در کمیته کام وضعیت شاخص ها و پروژه ها را پیگیری می نماییم. بدین ترتیب که رنگ قرمز نشان نامناسب بودن، رنگ زرد غیرمطلوب بودن و رنگ سبز مناسب بودن شاخص یا پیشرفت پروژه در مسیر اهداف و با توجه به زمان را نشان می دهد. با این روش به راحتی می توان از طریق یک کارت و با یک نگاه، وضعیت استراتژیهای سازمان، شاخص و پروژه ها را دید. کارت هر ماهه در کمیته کام بررسی و بر روی شاخص ها ارزیابی ماهانه صورت گرفته و اثربخشی و مرتبط بودن آنها نیز از طریق نقشه و کارت بررسی می گردد.

بررسی تغییرات در هرم جمعیتی ایران، پیش بینی WHO در مورد جمعیت ایران (در سال ۲۰۲۵، ۱۰۰ میلیون نفر)، رشد خالص تقاضای رده سنی ۱۵ تا ۵۹ سال به ۶۴ میلیون نفر و همچنین بررسی CAGR (تقاضا برای بستری بیمارستانی) ما که نمایانگر ۲۸ درصد رشد می باشد، سازمان را بر آن داشت تا استراتژی خود را بروزآوری نموده و در برنامه کار سازمان، افزایش ۱۰۰ تخت بیمارستانی را قرار دهد. پیش بینی و برنامه ریزی سازمان در بهره برداری از طبقات تا زیر همکف تا سال ۸۷ و کل پروژه و بهره برداری تا پایان سال ۱۳۸۸ می باشد.

تحقیقات سازمان ما در ایران نشان می دهد که افزایش سنی جامعه و افزایش مشکلات سلامتی، افزایش درآمد مردم، تغییر رفتار بیماران در طلب سلامتی، افزایش بهای کالا و تجهیزات، تغییر در سبک زندگی و شرایط محیطی، سبب افزایش تقاضا برای خدمات درمانی در آینده خواهد بود. در ایران میزان تخت ۱.۱ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت است در حالی که این میانگین در دنیا به گزارش WHO، ۴.۸ تخت می باشد. رشد GDP از میزان ۴.۵ درصد در سال ۲۰۰۷ در ایران به ۶.۳ درصد در سال ۲۰۱۲ کاهش خواهد یافت و رشد مصرف عمومی به میزان ۵.۱ درصد در سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲ خواهد رسید.

تحقیقات در کشورهای آسیایی و پیشرفته نیز نشان می دهد که: جذب یک میلیون بیمار توریست، ۲ میلیارد دلار درآمد و ۱۳۰۰۰ هزار شغل در سنگاپور ایجاد کرده است. برخی کشورها نظیر آذربایجان قادر به ارائه همه نوع خدمات درمانی نیستند. خدمات درمانی در بسیاری از کشورها نظیر آمریکا و کشورهای اروپایی بسیار گران است.



برخی کشورها نظیر عراق کیفیت درمان مناسبی ندارند. لیست انتظار عمل در انگلستان ۱۸ ماه و در کانادا ۷ سال است و با اینکه در برخی کشورها پیوند اعضا از دهنده زنده ممنوعیت قانونی دارد همه مطالعات ذکر شده ما را بر آن داشت تا استراتژی‌های جدیدی را در این راستا با مشارکت شرکا (اعضا هیئت امنای بیمارستان و هیئت امنای محب) و قابلیت‌های سازمان‌های فرادست (دانشگاه علوم پزشکی و وزارت بهداشت) در نظر بگیریم. به طوری که در جهت هدف استراتژیک «رفع نیازهای سلامت پزشکی منطقه» اقدام به احداث اولین بخش توریسم درمانی کشور نموده به نحوی که در سال جاری تا کنون بیش از ۱۰۰ بیمار خارجی پذیرفته و درآمد ارزی نیز داشته‌ایم.

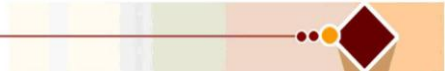
عوامل بحرانی موفقیت و قابلیت‌های کلیدی در سازمان ما از قبیل، کاهش هزینه درمان، بهره مندی از درمان‌های خاص مثل پیوند کلیه، مدت زمان انتظار بسیار اندک، جاذبه‌های توریستی کشور، کیفیت خدمات درمانی (استاندارد بودن شاخص‌های بین‌المللی مثل درصد مرگ و میر، میزان عفونت بیمارستانی و ... که در بحث نتایج بدان اشاره می‌شود) شناسایی گردید. همچنین قابلیت‌های شرکا و سازمان‌های فرادست در توسعه و رشد نیز، ما را بر آن داشت جهت به روزآوری هدف استراتژیک «ارائه خدمات درمانی در مسیر جهانی شدن» اقدام به پیاده‌سازی اصول JCL از طریق پروژه نماییم که با نزدیک شدن به استانداردهای جهانی در لیست بیمارستان‌های منتخب توریست درمانی قرار گیریم. در همین راستا یکی از اعضای اصلی این جمعیت از آمریکا به ایران دعوت و کارگاه آموزشی ۲ روزه‌ای با شرکت مدیران ارشد و مسئولان واحدها، همچنین شرکا و نمایندگان از سازمان‌های فرادست، برگزار گردید و در نهایت توسط ایشان بازدید از کلیه واحدها و مستندات به عمل آمد. به دنبال آن بازدیدهای میدانی از چند مرکز درمانی در منطقه مه از این الگو استفاده نموده و جزء بیمارستان‌های توریست‌پذیر هستند نیز انجام شد (ایرانیان دبی، فیلیپین و ...). نتایج حاصل از Benchmarking در پروژه‌های مرتبط، به شکل گام‌های اجرایی طراحی و در حال اجرا و ارزیابی است.

2d) خط‌مشی و راهبرد مرتبط بوده و از طریق چارچوب فرآیندهای کلیدی استقرار می‌یابند.

از طریق سیستم مدیریت کیفیت در کل سازمان، براساس چرخه PDCA و چارت برنامه ریزی مدیریتی کلیه فرآیندهای کلیدی تعریف گردید و همچنین فعالیت و دستورالعملها تدوین، چارت و نمودار جریان کار آنها نیز رسم و با کلیه واحدها در مورد آن توافق به عمل آمد

به منظور جاری سازی خط‌مشی و راهبرد، رابطه علت و معلولی بین اجزای مختلف به همراه همسو سازی اهداف بلندمدت - کوتاه مدت و برنامه‌های ارتباطی به خصوص با فرآیندهای کلیدی سازمان برقرار گردید. به طور مثال خط‌مشی «ارتقاء سطح کیفیت ارائه خدمات» در ارتباط با فرآیند مراقبت درمانی و رهبری (زیر فرایند نظام‌دهی و پایش عملکرد سیستم) می‌باشد. این فرآیندها از طریق پروژه‌های: سیستم ارزیابی عملکرد، سیستم ارزیابی نیازهای مراقبتی و سیستم ارزیابی مراقبت‌های مدیریت شده، در سازمان جاری و با شاخص‌های - درصد کیفیت خدمات ارائه شده در واحدهای پاراکلینیکی، اداری، پرستاری و پزشکی (به تفکیک) و - میزان رعایت مراقبت‌های مدیریت شده، اندازه‌گیری می‌گردد.

همچنین نتایج اجرای مراحل پروژه ها و تغییرات شاخص های آن در کمیته «نظارت و ارزشیابی» بررسی و راهکارهای اصلاحی اعلام و موانع و نواقص بوجودآمده در کمیته بالاتر یعنی کمیته «مشتری و بازار» بررسی می‌شود. لازم به ذکر است که بر اساس تصمیمات کمیته های سازمانی، ارتباط درون سازمانی و نحوه تعاملات



درونی واحدها، طراحی و توسط مسئولین واحدها اطلاع رسانی می‌گردد. گستره این عملیات از درون هر واحد (به طور مثال واحد رادیولوژی در ارزیابی عملکرد فردی و ارزیابی عملکرد واحدی) شروع و در طول کمیته‌ها جاری و سپس به دبیر کمیته کام گزارش شده تا توسط ایشان به مدیران ارشد اطلاع‌رسانی گردیده و حتی در صورت نیاز با طرح در کمیته‌های استراتژیک مثل کمیته EFQM جهت پشتیبانی در اجرا و دستیابی به اهداف، از مشارکت شرکا و منابع درونی و بیرونی (ذینفعان) کمک گرفته شود.

حال اگر ارزیابی اقدامات و تصمیمات فوق، سازمان را نیازمند تغییر در استراتژیها و فرآیند های کلیدی نمود این تغییرات در جلسات هیأت امنای بیمارستان مطرح و تصمیمات به تمامی ذینفعان از طریق کمیته EFQM و کمیته کام اطلاع رسانی می‌گردد. به طور مثال در برنامه استراتژیک سال ۸۶ «توسعه شاخه‌ای هاشمی نژاد» قرار گرفته بود ولی تحقیقات بازار و مراحل اجرای پروژه، سازمان را با موانع قانونی و مشکلات مطرح شده از سوی سازمانهای دیگر مواجه نمود، در نتیجه از برنامه استراتژیک با نظر هیئت امنای و سایر ذینفعان حذف گردید و توجه سازمان معطوف به توسعه خدمات در درون سازمان شد. یا در استراتژی سازمان، هدف توسعه منابع انسانی در وجه یادگیری قرار داشت ولی با تحلیل گزارشات برنامه‌های آموزشی و پی‌گیری پیشرفت آنها، کمیته کام تصمیم به تغییر جایگاه هدف به وجه فرآیندهای داخلی و تربیت تیم تحول سازمانی با آموزشهای تخصصی نمود