مقاله پژوهشی

چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران

علی محمد مصدق راد [۱]، پروانه اصفهانی *[۲]

[۱] دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران، ایران

[۲] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، زابل، ایران

* **نویسنده مسؤول:** پروانه اصفهانی
p.isfehani@gmail.com

ارجاع: مصدق راد علی محمد، اصفهانی پروانه. چالش‌های برنامه ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۳(۳): ۲۰۰-۱۸۴.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۹/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌هایی همراه است. این پژوهش با هدف تعیین میزان شدت چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری شامل ۹۳ نفر از مدیران بیمارستان‌های استان تهران (در قالب سرشماری) بود. ابزار جمع آوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته با پایایی ۰/۸۵ بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی نظیر همبستگی اسپیرمن و رگرسیون با کمک نرم افزار SPSS 19 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران برابر با ۲/۹۸ از ۵/۰۰ امتیاز بوده است. موانع ساختاری با میانگین و انحراف معیار ۰/۸۷ ± ۳/۳۱ و موانع مدیریتی با میانگین و انحراف معیار ۰/۸۶ ± ۲/۶۹ به‌ترتیب بیشترین و کمترین موانع را در اجرای برنامه‌ریزی استراتژیک ایجاد کردند. موانع فرآیندی، موانع فرهنگی و موانع تکنیکی بیشترین تأثیر را بر برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند. مشارکت پزشکان در برنامه‌ریزی استراتژیک بسیار پایین بود. رابطه مثبت و معناداری بین میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به برنامه‌ریزی استراتژیک و مشارکت کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک وجود داشت ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌های استان تهران با چالش‌ها و موانع متعددی در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک مواجه هستند. انجام اقدامات لازم توسط مدیران بیمارستان‌ها برای رفع این موانع قبل از اجرای برنامه استراتژیک ضروری است.

واژه‌های کلیدی: برنامه‌ریزی استراتژیک، چالش، موانع، بیمارستان

کاربرد مدیریتی: افزایش عملکرد بیمارستان‌ها از طریق شناسایی و رفع چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

مقدمه

صنعت سلامت با تغییر و تحولات سریع زیادی مواجه است. تحولات اقتصادی و اجتماعی، توسعه علوم و فناوری‌های پزشکی، تغییرات جمعیتی و بار بیماری‌ها، محدودیت منابع و اصلاحات نظام سلامت، چالش‌هایی برای مدیران بهداشت و درمان به‌وجود آورده است. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید فرهنگی ایجاد کنند که پذیرای تغییرات مثبت باشد. لازمه ایجاد چنین فرهنگی داشتن یک برنامه مناسب است. برنامه‌ریزی فرایند انتخاب اهداف درست برای آینده و انتخاب روش درست برای دستیابی به اهداف است (۱). مدیران با برنامه‌ریزی به پیش‌بینی وضعیت سازمان در آینده می‌پردازند، دورنما و اهدافی را برای سازمان تعیین می‌کنند، اقداماتی را با کمک کارکنان برای دستیابی به اهداف مشخص می‌کنند، کارکنان را تشویق به اجرای اقدامات برای دستیابی به اهداف سازمانی کرده و منابع لازم را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند (۲). برنامه‌ریزی به مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا از منابع محدود خود برای پاسخگویی به نیازهای نامحدود جامعه به خوبی استفاده کنند. یک برنامه‌ریزی خوب به هدفمندی سازمان، استفاده بهینه از منابع، هماهنگی، کنترل و مدیریت زمان کمک می‌کند. برنامه‌ها از نظر اهمیت آن‌ها در دستیابی سازمان‌ها به مزیت رقابتی به ۳ دسته برنامه‌های استراتژیک، تاکتیکی و عملیاتی تقسیم می‌شوند (۲).

برنامه‌ی استراتژیک که در سطح مدیران ارشد سازمان تدوین می‌شود، شامل تعیین اهداف مهم و حیاتی سازمان در رسیدن به مزیت رقابتی و شناسایی استراتژی‌های دستیابی به آن‌ها با درنظر گرفتن عوامل داخلی و خارجی سازمان است. برنامه‌ی تاکتیکی توسط مدیران میانی در سطح بخش‌های سازمان برای اجرای برنامه‌ی استراتژیک تدوین می‌شود. در نهایت، برنامه‌ی عملیاتی توسط مدیران عملیاتی برای واحدهای سازمان در راستای رسیدن به اهداف اختصاصی تعیین شده در برنامه‌های استراتژیک و تاکتیکی تدوین می‌شود (۲).

بسیاری از مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی با توجه به تغییرات سریع صنعت سلامت به ضرورت استفاده از برنامه استراتژیک پی بردند. هدف برنامه‌ریزی استراتژیک، آماده سازی سازمان برای پاسخگویی مناسب و به‌هنگام در مقابل تغییرات محیط داخل و خارج سازمان است (۳). برنامه‌ریزی استراتژیک شامل تعیین اهداف استراتژیک، تعیین استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و اقدامات مناسب برای دستیابی به اهداف استراتژیک، افزایش قابلیت‌ها و توانمندی‌های استراتژیک سازمان و پایش و ارزیابی منظم فعالیت‌های سازمان برای حصول اطمینان از انجام کار درست به درستی است (۴). برنامه‌ریزی استراتژیک تلاشی سازمان یافته و منظم برای اتخاذ تصمیمات بنیادی و انجام دادن اقدامات اساسی است که قابلیت‌های استراتژیک سازمان را توسعه داده و کمک می‌کند تا سازمان بهتر و سریعتر به تغییرات محیطی پاسخ دهد، بقا یابد و به مزیت رقابتی دست یابد (۲). سازمان با پیش‌بینی آینده محتمل و برنامه‌ریزی استراتژیک، به‌طور هدفمند و با عزم راسخ در جهتی که آن را به مزیت رقابتی می‌رساند، حرکت کرده و از منابع در دسترس به‌طور منسجم و بهینه استفاده می‌کند (۵). برنامه استراتژیک به مدیران کمک می‌کند تا بهتر، پایدارتر و سریعتر به اهداف استراتژیک دست یابند. برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد سازمانی شود (۸-۶).

واژه استراتژی به معنای "هنر ژنرال" از قدمت زیادی در ادبیات نظامی برخوردار است. استراتژی تا قرن بیستم در انحصار فرماندهان ارتش و به عنوان یک هنر برای شکست دشمن استفاده می‌شد. با تحولات سریع و بزرگ دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی، استراتژی مورد استفاده سازمان‌های صنعتی و تجاری زیادی واقع شد. برنامه‌ریزی استراتژیک از دهه ۱۹۷۰ میلادی در بخش سلامت با هدف ارائه خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش و تأمین نیازهای نامحدود جامعه مورد استفاده قرار گرفت (۹).

مراحل تدوین برنامه استراتژیک شامل ارزیابی استراتژیک سازمان، تدوین مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان، تعیین اهداف استراتژیک و کلی سازمان، ارائه، ارزشیابی و انتخاب استراتژی‌های مناسب، تعیین اهداف اختصاصی، تدوین برنامه عملیاتی و تعیین بودجه و تعهد مالی برنامه است. با داشتن برنامه استراتژیک کلیه منابع موجود و در دسترس بخش‌های مختلف سازمان، به‌صورت منطقی تنها در راستای حصول

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

اهداف استراتژیک سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرند. بی توجهی به برنامه‌ریزی استراتژیک در این سازمان‌ها، عدم تحقق اهداف سازمانی، اتلاف زمان و منابع و کاهش بهره‌وری را به‌دنبال خواهد داشت (۲).

مطالعات انجام شده بیانگر شکست درصد قابل توجهی از برنامه‌های استراتژیک در جهان است. مطالعات، نرخ ۵۰ تا ۸۰ درصد شکست را برای برنامه‌ها و استراتژی‌های تغییر سازمانی برآورد کردند (۱۰،۱۱). استراتژی‌های سازمانی در صورتیکه به‌درستی تدوین، اجرا و ارزشیابی نشوند، بیشتر از اینکه منفعت برای سازمان ایجاد کنند، هزینه به بار خواهند آورد. مطالعه شرکت مکینزی در ۸۰۰ سازمان در سال ۲۰۰۶ میلادی بیانگر این واقعیت بود که در حالیکه سه چهارم آن‌ها دارای برنامه استراتژیک بودند، ولیکن، فقط ۴۵ درصد مدیران از موفقیت برنامه استراتژیک خود راضی بودند. بیشترین مشکلات آن‌ها در اجرای استراتژی‌ها، تفهیم آن به کارکنان، تطبیق ساختار سازمانی با استراتژی و ارزشیابی عملکرد سازمان بوده است (۱۲).

مهمترین دلایل شکست برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان‌ها عبارتند از عدم استفاده از مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، تعهد، حمایت و مشارکت کم مدیران ارشد، مدیریت و رهبری ضعیف، جابجایی بالای مدیران، ساختار نامناسب سازمانی، انعطاف ناپذیری ساختار سازمانی، کمبود بودجه و منابع، دانش و مهارت پایین کارکنان، مقاومت آن‌ها نسبت به تغییر، اولویت‌های متناقض سازمانی، اجرای نادرست استراتژی‌ها و برنامه‌ها، عدم رویکرد سیستمی و فرآیندی، عدم مشتری محوری، فرهنگ نامناسب سازمانی، عدم وجود روحیه کار گروهی و تیمی، عدم وجود فرهنگ خلاقیت و ریسک‌پذیری و ارتباطات نامناسب سازمانی (۱۰،۱۳-۱۶).

همه بیمارستان‌های ایران با توجه به تأکید برنامه اعتبار بخشی ملی بیمارستانی بر تدوین برنامه استراتژیک، دارای برنامه استراتژیک هستند. پژوهش‌های بسیار محدودی در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران انجام شده است. با این وجود، این مطالعات برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های کشور را با موفقیت محدودی ارزشیابی کردند. مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۱ خورشیدی در ۲۴ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران، موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک را در حد متوسط ارزشیابی کرد. بیمارستان‌ها در راستای الزامات برنامه اعتبار بخشی وزارت بهداشت دارای برنامه استراتژیک بودند، ولیکن نسبت به اجرا و ارزشیابی آن اقدامی سیستمی انجام نمی‌شد (۱۷). پژوهشی دیگر در سال ۱۳۹۵ خورشیدی میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک را در بیمارستان‌های استان تهران در حد متوسط (۵۶/۸ درصد) ارزشیابی کرد. بیشترین میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در محورهای برنامه‌ریزی و مدیریت مشتریان و کمترین موفقیت در محورهای مدیریت کارکنان، فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی بود (۱۸). بیمارستان‌های کشور با چالش‌هایی در زمینه‌های کیفیت، کارایی و بهره‌وری مواجه هستند (۱۹-۲۱). بسیاری از بیمارستان‌ها، برنامه‌های استراتژیک خود را اجرا نمی‌کنند. به‌کارگیری نادرست این برنامه‌ها علاوه بر صرف هزینه زیاد و اتلاف منابع انسانی منجر به کاهش انگیزه کارکنان بیمارستان‌ها می‌شود (۱۸).

برنامه‌ریزی استراتژیک ابتدا در مؤسسات صنعتی در کشورهای غربی توسعه یافت. بنابراین، ممکن است به راحتی نتوان آن را در بخش خدمات (مثل بخش سلامت) و در جامعه دیگر (مثل ایران) به‌کار گرفت. تفاوت‌های موجود در فرهنگ‌های سازمانی، سیستم‌های بهداشتی درمانی، سبک‌های رهبری، روابط کاری بین کارکنان، نیازها و انتظارات مشتریان بر برنامه‌ریزی استراتژیک و نتایج حاصل از آن اثر می‌گذارد (۲). بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران پرداخته است. نتایج این پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را برای سیاستگذاران کشور در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد به‌منظور ارتقای فرایند تدوین و اجرای برنامه استراتژیک فراهم کند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی- تحلیلی، مقطعی و کاربردی است که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش بیمارستان‌های استان تهران (بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی، سازمان تأمین اجتماعی، ارتش و نیروهای مسلح، بیمارستان‌های خصوصی و خیریه) بود که به صورت سرشماری انتخاب شدند. کلیه بیمارستاهای استان تهران که برنامه استراتژیک را تدوین و اجرا کردند، در این مطالعه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

مشارکت داده شدند. در نهایت، تعداد ۹۳ بیمارستان در این پژوهش شرکت کردند.

برای انجام این مطالعه از یک پرسشنامه‌ی محقق ساخته استفاده شد. برای طراحی پرسشنامه، یک مطالعه‌ای مروری انجام شد (۱۶-۱۳،۱۰). پرسشنامه دارای ۳ بخش بود. قسمت اول پرسشنامه شامل ۹ سؤال مرتبط با بیمارستان شامل نوع بیمارستان، تعداد تخت و کارکنان، مدت زمان تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، انگیزه به‌کارگیری آن، استفاده از مشاور در برنامه‌ریزی استراتژیک و تعداد افراد کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک بود. قسمت دوم پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال بسته و ۵ سؤال باز مرتبط با فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه بود. این سؤالات ویژگی‌های دموگرافیک افراد، آموزش‌های دریافتی در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک و مدت زمان فعالیت در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک را شامل می‌شد. قسمت سوم پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال بود که چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان را در ۶ محور موانع مدیریتی، فرهنگی، انسانی، فرآیندی، ساختاری و تکنیکی می‌سنجید (هر محور ۵ سؤال). سؤالات این قسمت بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای با گزینه‌های هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و کارشناسان مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ بود (جدول ۱).

جدول ۱: ابعاد موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک و ضریب آلفای کرونباخ

نام محور	تعداد سؤالات	شماره سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
موانع مدیریتی	۵	۱-۵	۰/۷۳
موانع فرهنگی	۵	۶-۱۰	۰/۸۴
موانع انسانی	۵	۱۱-۱۵	۰/۸۹
موانع فرآیندی	۵	۱۶-۲۰	۰/۸۵
موانع ساختاری	۵	۲۱-۲۵	۰/۶۸
موانع تکنیکی	۵	۲۶-۳۰	۰/۷۶
موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک	۳۰	۱-۳۰	۰/۸۵

پرسشنامه بایستی توسط افراد درگیر در فرآیند کامل تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان و دارای اطلاعات کامل از موانع اجرایی آن تکمیل می‌شد. آن‌ها می بایستی دارای اطلاعات کامل نسبت به کارکردها و عملکرد بیمارستان هم باشند. بنابراین، جامعه پژوهش شامل مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌ها بود.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 19 تحلیل شدند. از آماره‌های توصیفی نظیر فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار برای هر یک از سؤالات پرسشنامه استفاده شد. نمرات ممکن میزان موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها بین ۰ تا ۵ متغیر بود. کسب امتیاز کمتر از ۱/۰۰، بین ۱/۰۰ و ۱/۹۹، بین ۲/۰۰ و ۲/۹۹، بین ۳/۰۰ و ۳/۹۹ و بیشتر از ۴/۰۰ بیانگر میزان موانع بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد در برنامه-ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها بود. به‌منظور تعیین همبستگی بین متغیرها از همبستگی اسپیرمن و برای تعیین تأثیر عوامل مؤثر بر موانع برنامه‌ریزی استراتژیک از آزمون رگرسیون استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در تمامی مراحل مطالعه از جمع‌آوری تا تحلیل داده‌ها در این پژوهش رعایت شد. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.TUMS.REC.۱۳۹۴.۳۳۲ در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

تعداد ۹۳ بیمارستان در این پژوهش شرکت کردند. بیشتر بیمارستان‌های مورد مطالعه از نوع عمومی بودند (۶۶/۷ درصد). میانگین تعداد تخت بیمارستان‌ها ۱۹۳ تخت (حداقل ۳۹ و حداکثر ۱۱۰۰ تخت) و میانگین کارکنان بیمارستان‌ها ۵۳۶ نفر بود (جدول ۲).

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

جدول ۲: مشخصات بیمارستان‌های مورد پژوهش

	متغیر	فراوانی	درصد
از نظر تخصص	عمومی	۶۲	۶۶/۷
	تک تخصصی	۱۴	۱۵/۱
	فوق تخصصی	۱۷	۱۸/۲
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰
از نظر مالکیت	دانشگاهی آموزشی	۳۶	۳۸/۷
	دانشگاهی غیر آموزشی	۱۷	۱۸/۳
	خصوصی	۲۹	۳۱/۲
	تأمین اجتماعی	۵	۵/۴
	نیروهای مسلح	۴	۴/۳
	خیریه	۲	۲/۱
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰

بیشتر مدیران شرکت کننده در این پـژوهش زن (۷۳/۱ درصد)، در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال (۴۴/۱ درصد)، با سابقه کـاری ۵ تـا ۱۰ سـال (۴۳/۰ درصـد) و بـا تحصـیلات کارشناسی ارشد (۵۰/۵) بودند (جدول ۳). این مـدیران بـه طور میانگین ۲/۴ سال در زمینـه برنامـه‌ریـزی اسـتراتژیک فعالیت می‌کردند.

جدول ۳: مشخصات مدیران شرکت کننده در پژوهش

	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۶۸	۷۳/۱
	مرد	۲۵	۲۶/۹
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰
گروه سنی	زیر ۳۰	۲۳	۲۴/۷
	۳۰-۳۹	۴۱	۴۴/۱
	۴۰-۴۹	۲۴	۲۵/۸
	بالاتر از ۵۰	۵	۵/۴
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۱۹	۲۰/۴
	۵-۱۰	۴۰	۴۳/۰
	۱۱-۱۵	۱۴	۱۵/۱
	۱۶-۲۰	۱۱	۱۱/۸
	۲۱-۲۵	۸	۸/۶
	۲۶-۳۰	۱	۱/۱
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰
تأهل	مجرد	۴۴	۴۷/۳
	متاهل	۴۹	۵۲/۷
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰
میزان تحصیلات	زیر لیسانس	۱	۱/۱
	لیسانس	۳۹	۴۱/۹
	فوق لیسانس	۴۷	۵۰/۵
	پزشک عمومی	۲	۲/۲
	دکتری تخصصی	۴	۴/۳
	جمع کل	۹۳	۱۰۰/۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

میانگین زمان تدوین برنامه استراتژیک ۴ ماه و اجرای آن در بیمارستان‌ها ۲۴ ماه بود. تنها ۱۰ بیمارستان برای برنامه‌ریزی استراتژیک از خدمات مشاوره افراد و سازمان‌های دیگر استفاده کردند. مهمترین عامل تدوین برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های مورد مطالعه ابلاغ از سوی دانشگاه بوده است (۸۶/۰ درصد). سایر بیمارستان‌ها به‌دلیل احساس نیاز به بهبود عملکرد نسبت به برنامه‌ریزی استراتژیک اقدام کردند. به‌طور میانگین ۸ نفر در کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها مشارکت داشتند.

مطابق جدول ۴ میانگین موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۲/۹۸ از ۵/۰۰ امتیاز بود (در سطح متوسط). اجرای برنامه استراتژیک در ۵۹/۱ درصد بیمارستان‌ها با موانع زیاد یا بسیار زیاد مواجه بود. بیشترین میزان موانع مربوط به موانع ساختاری و کمترین چالش‌ها مربوط به موانع مدیریتی بود. کمبود منابع مالی (۳/۶۶)، انگیزه کم کارکنان برای برنامه‌ریزی استراتژیک (۳/۴۳)، تعداد کم کارکنان و بارکاری زیاد آن‌ها (۳/۳۳)، کمبود منابع فیزیکی (۳/۳۰)، عدم وجود یک سیستم اطلاعاتی مناسب برای جمع‌آوری، ثبت و تحلیل داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز (۳/۲۶)، عدم وجود مکانیسم‌های منظم برای ممیزی و ارزیابی برنامه استراتژیک (۳/۲۳)، نداشتن برنامه اجرایی برای برنامه‌ریزی استراتژیک (۳/۲۱)، پیچیدگی مدل برنامه‌ریزی استراتژیک (۳/۱۶)، خلاقیت، نوآوری و ریسک‌پذیری کم (۳/۱۶) و نبود فرهنگ مشارکتی (۳/۱۵) بیشترین مانع را در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها ایجاد کردند.

موانع فرایندی و فرهنگی بیشترین تأثیر منفی را در برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها داشتند و حدود ۸۰/۰ درصد تغییرات چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها را توضیح می‌دادند. کمبود کارکنان شایسته و با مهارت و تجربه کافی، نداشتن تجربه کافی برای برنامه‌ریزی، خلاقیت، نوآوری و ریسک‌پذیری کم، پیچیدگی فرایندهای کاری و نبود فرهنگ بهبود مستمر فرایندهای کاری در سازمان به‌ترتیب بیشترین اثر منفی را بر برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها داشتند و مسئول ۸۳/۰ درصد تغییرات چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان بودند.

میانگین موانع مدیریتی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۲/۶۹ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع مدیریتی در ۴۳/۰ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد گزارش شد. در این محور، عدم توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک (۲/۹۴)، تعهد و حمایت کم مدیران ارشد از برنامه‌ریزی استراتژیک (۲/۹۰) و مدیریت و رهبری ضعیف (۲/۸۷) بیشترین مانع را ایجاد کردند. تجربه شکست مدیران سازمان در برنامه‌های مدیریتی قبلی، مدیریت و رهبری ضعیف و عدم توجیه برنامه‌ریزی استراتژیک بیشترین اثر را بر مشکلات مدیریتی برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و حدود ۸۶/۰ درصد تغییر آن را توضیح دادند.

میانگین موانع فرهنگی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۳/۰۴ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع فرهنگی در ۶۱/۳ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد وجود داشت. در محور موانع فرهنگی، خلاقیت، نوآوری و ریسک‌پذیری کم (۳/۱۵)، نبود فرهنگ مشارکتی و کار گروهی (۳/۱۴)، عدم اعتقاد به مفید بودن برنامه‌ریزی استراتژیک (۲/۹۹) و نبود فرهنگ بهبود مستمر فرایندهای کاری در سازمان (۲/۹۸) بیشترین مانع را در برنامه‌ریزی استراتژیک ایجاد کردند. عدم اعتقاد به مفید بودن برنامه‌ریزی استراتژیک، نبود فرهنگ بهبود مستمر فرایندهای کاری و موانع فرهنگی نظیر مسئولیت ناپذیری، عدم پاسخگویی و بی نظمی بیشترین اثر را بر مشکلات فرهنگی مرتبط با برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و مسئول ۸۹/۰ درصد تغییر آن بودند.

میانگین موانع انسانی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۲/۹۸ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع انسانی در ۵۴/۹ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد گزارش شد. در این محور، انگیزه کم کارکنان برای برنامه‌ریزی استراتژیک، آموزش ناکافی کارکنان برای برنامه‌ریزی استراتژیک و مقاومت کارکنان در مقابل تدوین و اجرای برنامه استراتژیک بیشترین مانع را ایجاد کردند. کمبود کارکنان شایسته، انگیزه کم کارکنان و مقاومت آن‌ها در برابر برنامه‌ریزی استراتژیک بیشترین اثر را بر مشکلات

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

انسانی برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و حدود ۸۹/۰ درصد تغییر آن را توضیح دادند.

میانگین موانع فرایندی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۲/۸۰ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع فرایندی در ۴۸/۴ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد بود. در محور موانع فرایندی برنامه‌ریزی استراتژیک، نداشتن مکانیسم‌هایی برای ممیزی و ارزیابی برنامه استراتژیک سازمان (۳/۲۳)، تعداد زیاد فرایندهای کاری در بیمارستان (۲/۸۴) و پیچیدگی فرایندهای کاری (۲/۸۳) بیشترین مانع را ایجاد کردند. پیچیدگی فرایندهای کاری، ارتباط نامناسب بین واحدهای کاری در بیمارستان و نداشتن مکانیسم‌های ممیزی و ارزیابی برنامه استراتژیک بیشترین اثر را بر مشکلات فرایندی برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و مسئول ۹۰/۰ درصد تغییر آن بودند.

میانگین موانع ساختاری برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۳/۳۱ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع ساختاری در ۷۲/۱ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد گزارش شد. در محور موانع ساختاری برنامه‌ریزی استراتژیک، بودجه ناکافی (۳/۶۶)، تعداد کم کارکنان و بارکاری زیاد آن‌ها (۳/۳۳)، کمبود منابع فیزیکی مورد نیاز برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک (۳/۳۰) و نداشتن سیستم اطلاعاتی مناسب برای جمع‌آوری، ثبت و تحلیل داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز (۳/۲۶) بیشترین مانع را ایجاد کردند. عدم وجود یک پست سازمانی مرتبط برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، کمبود منابع فیزیکی و تعداد کم کارکنان بیشترین اثر را بر مشکلات ساختاری برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و حدود ۹۲/۰ درصد تغییر آن را توضیح دادند.

میانگین موانع تکنیکی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها برابر با ۳/۰۶ از ۵/۰۰ امتیاز بود. موانع تکنیکی در ۶۳/۴ درصد بیمارستان‌ها در سطح زیاد و بسیار زیاد گزارش شد. در این محور، عدم وجود یک برنامه اجرایی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک (۳/۲۱)، پیچیدگی مدل برنامه‌ریزی استراتژیک (۳/۱۶) و طولانی شدن فرایند تدوین برنامه استراتژیک (۳/۰۳) بیشترین مانع را ایجاد کردند. نداشتن برنامه اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک، نبود مدل مناسب برنامه استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران و تجربه ناکافی برای برنامه‌ریزی استراتژیک بیشترین اثر را بر مشکلات تکنیکی برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند و حدود ۹۳/۰ درصد تغییر آن را توضیح دادند.

جدول ۴: میزان موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران از ۵/۰۰ امتیاز

موانع برنامه‌ریزی استراتژیک	میزان موانع										انحراف معیار ± میانگین
	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
موانع مدیریتی	۵	۵/۴	۱۳	۱۴/۰	۳۵	۳۷/۶	۳۷	۳۹/۸	۳	۳/۲	۲/۶۹ ± ۰/۸۶
موانع فرهنگی	۱	۱/۱	۴	۴/۳	۳۱	۳۳/۳	۵۱	۵۴/۸	۶	۶/۵	۳/۰۴ ± ۰/۶۹
موانع انسانی	۱	۱/۱	۶	۶/۵	۳۵	۳۷/۶	۴۶	۴۹/۵	۵	۵/۴	۲/۹۸ ± ۰/۶۶
موانع فرآیندی	۳	۳/۲	۱۱	۱۱/۸	۳۴	۳۶/۶	۳۶	۳۸/۷	۹	۹/۷	۲/۸۰ ± ۰/۸۴
موانع ساختاری	۱	۱/۱	۴	۴/۳	۲۱	۲۲/۶	۴۱	۴۴/۱	۲۶	۲۸/۰	۳/۳۱ ± ۰/۸۷
موانع تکنیکی	۷	۷/۵	۸	۸/۶	۱۹	۲۰/۴	۳۶	۳۸/۷	۲۳	۲۴/۷	۳/۰۶ ± ۱/۰۸
موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک	۰	۰/۰	۶	۶/۵	۳۲	۳۴/۴	۵۲	۵۵/۹	۳	۳/۲	۲/۹۸ ± ۰/۵۷

جدول ۵ رابطه معنی‌داری بین موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک و ۶ بعد چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک نشان می‌دهد. بیشترین ارتباط بین موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک با موانع فرایندی ($r = ۰/۷۳۵, p < ۰/۰۰۱$) و کمترین ارتباط با موانع ساختاری ($r = ۰/۴۶۹, p < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

جدول ۵: ماتریس همبستگی بین موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک و ابعاد آن در بیمارستان‌های استان تهران

ضریب همبستگی اسپیرمن	موانع مدیریتی	موانع فرهنگی	موانع انسانی	موانع فرآیندی	موانع ساختاری	موانع تکنیکی
موانع مدیریتی	-					
موانع فرهنگی	۰/۶۱۷ **	-				
موانع انسانی	۰/۵۴۷**	۰/۴۱۵ **	-			
موانع فرآیندی	۰/۲۹۴**	۰/۲۱۸ **	۰/۴۵۵ **	-		
موانع ساختاری	۰/۱۲۹	۰/۰۸۶	۰/۱۹۲	۰/۴۶۲ **	-	
موانع تکنیکی	۰/۰۹۰	۰/۲۱۵ *	۰/۳۱۸ **	۰/۴۳۶ **	۰/۴۴۸ **	-
موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک	۰/۵۲۱ **	۰/۵۸۴ **	۰/۷۱۰ **	۰/۷۳۵ **	۰/۴۶۹ **	۰/۶۸۰ **

** معنی دار در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ > p

* معنی دار در سطح معنی داری ۰/۰۱ > p

میانگین تعهد مدیران، کارکنان و پزشکان به برنامه‌ریزی استراتژیک به‌ترتیب ۲/۱۶، ۱/۷۵ و ۰/۷۰ از ۵/۰۰ امتیاز بود. میزان تعهد مدیران ارشد در ۴۱/۹ درصد بیمارستان‌ها در حد متوسط بود. تعهد و همکاری کارکنان در ۸۴/۹ درصد از بیمارستان‌های مورد مطالعه، در حد متوسط و کمتر بود. پزشکان در حدود ۹۷/۸ درصد بیمارستان‌ها مشارکت کمتر از حد متوسط در برنامه‌ریزی استراتژیک داشتند (جدول ۶).

رابطه مثبت و معنی‌داری بین میزان تعهد مدیران بیمارستان‌ها به برنامه‌ریزی استراتژیک و مشارکت کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک وجود داشت (r = ۰/۲۴۹, p = ۰/۰۱۶). بین تعهد و مشارکت کارکنان و موانع مدیریتی (r = ۰/۲۵۸, p = ۰/۰۱۳) و فرهنگی (r = ۰/۲۸۷, p = ۰/۰۰۵) رابطه آماری مشاهده شد. بین تعهد و مشارکت پزشکان و موانع فرهنگی (r = ۰/۲۱۲, p = ۰/۰۴۲) رابطه آماری مشاهده شد.

جدول ۶: میزان تعهد و مشارکت مدیران، کارکنان و پزشکان در برنامه‌ریزی استراتژیک

تعهد و مشارکت	میزان تعهد و مشارکت										انحراف معیار ± میانگین
	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مدیران ارشد	۵	۵/۴	۱۶	۱۷/۲	۳۹	۴۱/۹	۲۵	۲۶/۹	۸	۸/۶	۳/۱۶ ± ۰/۹۹
کارکنان	۷	۷/۵	۲۴	۲۵/۸	۴۸	۵۱/۶	۱۳	۱۴/۰	۱	۱/۱	۲/۷۵ ± ۰/۸۳
پزشکان	۴۷	۵۰/۵	۲۹	۳۱/۲	۱۵	۱۶/۱	۲	۲/۲	۰	۰/۰	۱/۷۰ ± ۰/۸۱

میانگین میزان چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک به تفکیک بیمارستان‌ها در جدول ۷ نشان داده شده است. اگرچه بیمارستان‌های تأمین اجتماعی با موانع بیشتری مواجه شدند، ولیکن، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود (p > ۰/۰۵).

جدول ۷: میانگین و انحراف معیار میزان موانع اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک به تفکیک نوع بیمارستان از ۵/۰۰ امتیاز

نوع بیمارستان	انحراف معیار ± میانگین
بیمارستان‌های آموزشی- دانشگاهی	۲/۹۵ ± ۰/۶۱
بیمارستان‌های غیر آموزشی- دانشگاهی	۲/۸۹ ± ۰/۳۷
بیمارستان‌های خصوصی	۳/۰۱ ± ۰/۷۱
بیمارستان‌های تأمین اجتماعی	۳/۲۳ ± ۰/۱۶
بیمارستان‌های خیریه	۲/۹۰ ± ۰/۲۸
بیمارستان‌های نیروهای مسلح	۳/۰۶ ± ۰/۰۴

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران انجام شد. چالش‌های تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در این بیمارستان‌ها در حد متوسط ارزشیابی شد. موانع ساختاری، تکنیکی و فرهنگی بیشترین مشکلات را در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌ها ایجاد کردند. میزان موفقیت برنامه-ریزی استراتژیک در پژوهشی که در بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد، در حد متوسط (۵۶/۸ درصد) ارزشیابی شد. بیشترین میزان موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در محورهای برنامه‌ریزی و مدیریت مشتریان و کمترین موفقیت در محورهای مدیریت کارکنان، فرهنگ سازمانی و یادگیری سازمانی بود (۱۸). بنابراین، پژوهش حاضر دلایل موفقیت کم برنامه‌ریزی استراتژیک را در بیمارستان‌های تهران توضیح می‌دهد.

مدیریت نقش بسزایی در موفقیت یا شکست هر سازمان دارد. وجود مدیران باهوش، فرهمند، توانا، با سیاست و تجربه و متعهد برای اداره بیمارستان‌ها ضروری است (۲). در این پژوهش تجربه شکست مدیران بیمارستان‌ها در برنامه‌های قبلی مدیریتی، مدیریت و رهبری ضعیف و عدم توجیه ضرورت برنامه‌ریزی استراتژیک از جمله موانع مهم مدیریتی بر سر راه تدوین و اجرای موفقیت آمیز برنامه استراتژیک بود. پژوهش‌های قبلی نیز موانع مدیریتی زیادی را در برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های ایران گزارش کردند (۱۷،۱۸). ثبات، تعهد و مشارکت مدیران، مدیریت و رهبری قوی، رهبری مشارکتی، تصمیم‌گیری مبتنی بر حقایق و حمایت مدیران از کارکنان نقش قابل توجهی در موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها دارد (۲۲،۲۳). پژوهش حاضر نشان داد که تعهد و مشارکت فراگیر مدیران منجر به افزایش مشارکت و تعهد کارکنان خواهد شد. وقتی مدیران ارشد بیمارستان دارای تفکر استراتژیک نباشند و تعهدی به اجرای برنامه استراتژیک نداشته باشند، کارکنان نیز خود را مسئول اجرای متعهدانه برنامه سازمان نخواهند دید. کارکنان همواره به مدیران خود به‌عنوان یک الگو نگاه می‌کنند. عدم حضور مدیران ارشد در جلسات برنامه‌ریزی استراتژیک، کلاس‌های آموزشی و عدم تلاش آن‌ها برای تغییر سیاست‌ها، ساختار و فرهنگ سازمان به کارکنان سازمان نشان می‌دهد که جدیت و اجماعی در سازمان از طرف مدیران برای اجرای برنامه استراتژیک وجود ندارد. اگر آن‌ها مدیران خود را متعهد به برنامه تغییر سازمانی ببینند، مشارکت خود را در اجرای آن برنامه تغییر سازمانی، افزایش خواهند داد. تعهد مدیران باید به صورت عملی باشد و به حرف محدود نباشد.

مدیران بیمارستان‌ها گاهی اوقات آنقدر درگیر کارهای روتین و روزمره بیمارستان‌ها می‌شوند که فراموش می‌کنند که با پیش‌بینی آینده و تعیین اولویت‌ها و اهداف سازمانی و تدوین یک برنامه مناسب می‌توان سریعتر و بهتر به اهداف سازمانی دست یافت. از طرف دیگر تغییر و تحولات زیاد صنعت سلامت و عدم اطمینان موجود در آن موجب می‌شود که مدیران بیمارستان‌ها بیشتر رفتار واکنشی از خود نشان دهند و با تدوین برنامه‌های مکانیکی به‌دنبال حفظ شرایط موجود باشند تا اینکه با تدوین برنامه‌های استراتژیک پویا به‌دنبال غلبه بر نقاط ضعف داخلی و تهدیدهای خارجی و تقویت نقاط قوت داخلی با بهره‌گیری هرچه بیشتر از فرصت‌های بیرون سازمانی باشند. اجرای برنامه استراتژیک در سازمان مستلزم اعمال تغییراتی در ساختارها، سیستم‌ها، فرایندها و کارکنان است که مقاومت کارکنان را به‌دنبال خواهد داشت. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید دانش و مهارت‌های مدیریت تغییر را فرا گیرند تا بتوانند اجرای استراتژی را در بیمارستان به خوبی مدیریت کنند.

مدیران بیمارستان‌ها باید فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان را رهبری کنند. آن‌ها باید یک محیط مشارکتی ایجاد کنند، ضرورت به‌کارگیری برنامه استراتژیک را برای کارکنان توضیح دهند، دورنما و اهدافی را به‌صورت مشارکتی تعیین کنند، منابع لازم را برای آن‌ها فراهم کنند و برای دستیابی به اهداف آن‌ها را هدایت کنند. مشارکت مدیران میانی هم در برنامه‌ریزی استراتژیک باید تقویت شود. مشارکت مدیران میانی از طرفی منجر به بهبود کیفیت استراتژی‌های تدوین شده و از طرف دیگر موجب مشارکت بیشتر آن‌ها در اجرای برنامه استراتژیک می‌شود که همراهی مدیران عملیاتی و کارکنان را به‌دنبال خواهد داشت.

رویکرد برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بیشتر از بالا به پایین بود. پژوهش حاضر نشان داد که حدود ۸۶/۰ درصد بیمارستان‌ها به خاطر دستور و ابلاغ

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت در راستای الزامات برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستانی به برنامه‌ریزی استراتژیک مبادرت کردند. به‌عبارتی، توجیه قوی برای به‌کارگیری برنامه‌ریزی استراتژیک در این بیمارستان‌ها به‌وجود نیامد. در نتیجه، تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان در اجرای برنامه استراتژیک کم بود. مدیران ارشد بیمارستان در صورت عدم توجیه ضرورت برنامه استراتژیک، نخواهند توانست مشارکت مدیران سطوح پایین و کارکنان را در اجرای آن به‌دست آورند. برنامه‌ریزی استراتژیک ابزاری برای بهبود عملکرد بیمارستان‌ها است. بنابراین، مدیران باید به‌صورت آگاهانه از آن برای ارتقای عملکرد بالینی، عملیاتی و مالی بیمارستان‌ها استفاده کنند. برای تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان باید از هر ۲ رویکرد از «بالا به پایین» و از «پایین به بالا» استفاده شود (۲). مدیران و کارکنان باید به این نتیجه برسند که برنامه‌ریزی استراتژیک برای افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها الزامی و ضروری است.

ابلاغ برنامه‌های متعدد و پراکنده توسط نهادهای ناظر نظیر دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و وزارت بهداشت و عدم پیگیری مناسب منجر به استفاده ابزاری از این برنامه‌ها خواهد شد. در نتیجه، هزینه زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌شود، در حالی‌که، منفعت چندانی ممکن است حاصل نشود. وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱ خورشیدی در قالب برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستانی از مدیران بیمارستان‌ها خواست که برنامه استراتژیک تدوین کنند (۱۸). این پژوهش هم نشان داد که عدم توجیه ضرورت برنامه استراتژیک در اجرای موفقیت آمیز آن مشکلاتی ایجاد می‌کند. برخی از بیمارستان‌ها سابقه تدوین و اجرای یک برنامه عملیاتی به‌صورت سیستمی را هم نداشتند. در نتیجه، برخی از مدیران فقط اقدام به تدوین برنامه استراتژیک کردند که در برخی از بیمارستان‌ها استانداردهای یک برنامه استراتژیک را هم دارا نبود. عدم اجرا یا اجرای ناقص برنامه استراتژیک موجب می‌شود که نتیجه رضایت بخشی از آن به‌دست نیاید که علاوه بر تحمیل هزینه زیاد موجب مقاومت کارکنان نسبت به سایر برنامه‌های مدیریتی در آینده خواهد شد. بدون شک، ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها به برنامه‌ریزی نیاز دارد، ولیکن، لزوماً نباید برنامه‌ریزی استراتژیک انجام شود. برنامه‌ریزی استراتژیک برای بیمارستان‌های فاقد سابقه برنامه‌ریزی چالش‌های زیادی ایجاد می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این نوع بیمارستان‌ها با یک برنامه‌ریزی عملیاتی کوتاه مدت شروع کنند تا ساختار و فرهنگ سازمانی ارتقا یابد و زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک برای آینده فراهم شود.

فرهنگ سازمانی مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک کارکنان یک سازمان است که نگرش‌ها، عادات، رفتارها، نحوه پوشش و انجام کارهای آن‌ها را تعیین می‌کند (۲). فرهنگ سازمانی به انسجام کارکنان در درون سازمان و تطبیق سازمان با محیط بیرون کمک می‌کند. فرهنگ سازمانی تأثیر بسیار زیادی بر موفقیت یا شکست استراتژی‌های سازمانی دارد (۲۶-۲۴). پژوهش‌های قبلی هم فرهنگ سازمانی را بر موفقیت برنامه‌ریزی استراتژیک تأثیرگذار دانستند (۱۸،۲۳،۲۷). بهبود ارتباطات بین مدیران، کارکنان و بیماران، ارتقای همکاری بین کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان، آموزش کارکنان در زمینه توسعه یک فرهنگ مشارکتی و خلاقانه، زمینه‌های فرهنگی لازم را برای اجرای برنامه استراتژیک فراهم می‌کند. تعهد و حمایت مدیران پیش نیاز مهندسی فرهنگی در بیمارستان‌ها است.

کارکنان مهمترین سرمایه یک سازمان هستند. بهره‌وری سازمان‌ها تا حد زیادی به کارکنان و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمانی بستگی دارد (۲). کارکنان با انگیزه و متعهد، مشارکت بیشتری در سازمان داشته و نقش بسزایی در موفقیت سازمان دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که در محور موانع انسانی برنامه‌ریزی استراتژیک، کمبود کارکنان شایسته، توانا و با تجربه، انگیزه پایین کارکنان برای برنامه‌ریزی استراتژیک و مقاومت آن‌ها در مقابل تدوین و اجرای برنامه استراتژیک مشکلاتی در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان‌های استان تهران ایجاد کردند. ناآگاهی کارکنان نسبت به فرایند و نتایج برنامه‌ریزی استراتژیک یکی از موانع مهم محسوب می‌شود. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها پیش از اجرای هر برنامه تغییر سازمانی باید کارکنان را در زمینه منافع تغییر سازمانی توجیه کنند و در زمینه نحوه اجرای برنامه تغییر آموزش دهند. آموزش به کارکنان برای اجرای تغییر در سازمان انگیزه می‌دهد. سپس، مدیران باید اختیارات لازم را به کارکنان داده، انگیزه لازم را ایجاد کرده و آن‌ها را در راستای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

تغییر سازمانی هدایت و رهبری کنند. در این‌صورت است که کارکنان توانمند شده و تلاش‌های آن‌ها منجر به عملکرد مثبت خواهد شد.

مشارکت کارکنان در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک ضروری است و نقش بسزایی در همکاری آن‌ها در اجرای استراتژی‌ها دارد (۲۳،۲۸). عدم مشارکت کارکنان در پژوهش‌های قبلی نیز به‌عنوان یکی از مهمترین دلایل شکست برنامه‌های استراتژیک و استراتژی‌های سازمانی گزارش شد (۱۰،۱۳،۲۹). بسیاری از مشکلات سازمانی با تحلیل استراتژیک در برنامه‌ریزی استراتژیک شناسایی می‌شوند که تا به حال مورد توجه مدیران قرار نگرفته بودند. در نتیجه، برنامه‌ریزی استراتژیک ممکن است مورد استقبال برخی از مدیران و کارکنان واقع نشود. کارکنان باید دلیلی برای مشارکت در فرایند برنامه‌ریزی سازمان داشته باشند. کارکنان باید در زمینه منافع برنامه‌ریزی برای سازمان توجیه شوند. کارکنان به ویژه پزشکان ممکن است برنامه‌ریزی استراتژیک را کار زیاد تلقی کنند که منفعتی برای آن‌ها ندارد. بنابراین، مدیران باید اهداف برنامه‌ریزی استراتژیک را برای کارکنان توضیح دهند. مشارکت کارکنان در تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به اهداف اختصاصی و تدوین برنامه عملیاتی واحد خود، منجر به افزایش تعهد آن‌ها در اجرای برنامه می‌شود و شانس موفقیت برنامه را افزایش می‌دهد. علاوه‌براین، اجرای درست برنامه استراتژیک منجر به دستیابی به اهداف کارکنان نیز می‌شود. مدیران و کارکنانی که توسط برنامه استراتژیک متأثر می‌شوند و یا باید برنامه استراتژیک را به‌کار گیرند، باید در فرایند تدوین برنامه استراتژیک مشارکت فعالی داشته باشند. مشارکت مدیران و کارکنان اطلاعات زیادی را برای فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک فراهم می‌کند و درصد موفقیت برنامه استراتژیک را در آینده افزایش می‌دهد. با توجه به تنوع کارکنان بیمارستان‌ها، نمایندگانی از حوزه‌های پزشکی، پرستاری، اداری و پشتیبانی باید در کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک حضور داشته باشند. علاوه براین، مشارکت افراد بیشتر در برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به توسعه فرهنگ خلاقیت می‌شود و راه‌کارهای اساسی‌تری برای مشکلات ارائه خواهد شد. افرادی که در برنامه‌ریزی مشارکت دارند، در اجرای برنامه نیز مشارکت فعال‌تری خواهند داشت (۳۰).

در پژوهش حاضر مشارکت پزشکان در برنامه‌ریزی استراتژیک بسیار پایین بود. پژوهش‌های متعددی مشارکت پزشکان را در برنامه‌های مختلف مدیریتی چالشی بزرگ بیان کردند (۱۷،۱۸). کمبود وقت یکی از دلایل مهم مشارکت کم پزشکان در برنامه‌ریزی استراتژیک است (۳۱،۳۲). زمانی‌که از روش کارانه برای جبران خدمات پزشکان استفاده می‌شود، آن‌ها ترجیح می‌دهند که به جای شرکت در جلسات برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان، بیماران را ویزیت کنند که برایشان درآمد هم دارد. پزشکان باید نتایج ملموس اجرای استراتژی‌های سازمانی را در عمل به‌ویژه در رضایت بیماران خود ببینند. در چنین حالتی امکان مشارکت آن‌ها بیشتر می‌شود. دادن مسئولیت اجرایی در زمینه برنامه‌ریزی استراتژیک به پزشکان با سابقه بیشتر و دارای نفوذ در سایر پزشکان، می‌تواند مشارکت سایر پزشکان را تشویق کند. علاوه‌براین، استفاده از پزشکان جوان و علاقمند دارای وقت آزاد بیشتر در فعالیت‌های برنامه‌ریزی استراتژیک منجر به تشویق سایر کارکنان بیمارستان در برنامه‌ریزی استراتژیک خواهد شد. استفاده از پاداش مبتنی بر عملکرد نیز برای تشویق مشارکت پزشکان و کارکنان توصیه می‌شود. سازمان باید دارای نظام قدردانی و پاداش مناسبی باشد و کارکنان به‌خاطر اجرای برنامه استراتژیک مورد قدردانی و پاداش قرار گیرند (۵). دستیابی به اهداف سازمانی باید به اطلاع کارکنان رسانده شود تا انگیزه لازم برای تداوم همکاری آن‌ها ایجاد شود. بنابراین، مدیران می‌توانند در یک مراسم رسمی ضمن اعلام موفقیت‌های به‌دست آمده، از کارکنان قدردانی کنند و بازخوردهای لازم را به آن‌ها بدهند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که پیچیدگی فرایندهای کاری در سازمان، ارتباط نامناسب بین واحدهای کاری سازمان و نبود مکانیسم‌های ممیزی و ارزیابی برنامه استراتژیک بیشترین مشکلات فرایندی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های شهر تهران بودند. نوع سازمان بروکراتیک و پیچیده بیمارستان و ناهمگونی کارکنان و مشتریان، فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک را طولانی و دشوار می‌سازد. بنابراین، مدیران باید یک برنامه مقدماتی برای برنامه‌ریزی استراتژیک تدوین کنند. در این برنامه اجرایی، منابع و امکانات مورد نیاز تدوین و اجرای موفق برنامه استراتژیک، چگونگی استفاده از شواهد علمی در برنامه‌ریزی،

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

نحوه مشارکت مدیران و کارکنان در برنامه‌ریزی استراتژیک و ارزیابی استراتژی‌ها و نتایج اجرای آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد.

کمبود منابع به‌ویژه منابع مالی، انسانی و فیزیکی از جمله موانع ساختاری مهم بر سر راه تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران بودند. پژوهش‌های قبلی نیز آماده نبودن ساختارها و کمبود منابع را موانعی در برنامه‌ریزی استراتژیک گزارش کردند (۱۷،۱۸). بسیاری از بیمارستان‌های دولتی که از منابع و بودجه دولتی استفاده می‌کنند، از آزادی عمل کمتری در تخصیص منابع برخوردار هستند. منابع مالی باید به شکل صحیح و براساس اولویت‌های استراتژیک سازمان تخصیص داده شوند تا اجرای استراتژی‌ها را در سازمان امکان پذیر سازند. بنابراین، مدیران باید بودجه‌ای برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در نظر گرفته، ساختارهای لازم را در سازمان ایجاد کرده و منابع لازم را در اختیار کارکنان قرار دهند تا بتوانند برنامه را به خوبی اجرا کرده و به نتایج خوب دست یابند. در برخی از سازمان‌ها با توجه به منابع و امکانات موجود سازمان برنامه استراتژیک نوشته می‌شود که ممکن است تأثیر قابل توجهی بر عملکرد سازمان نداشته باشد. در حالیکه، مدیران در برنامه‌ریزی استراتژیک با توجه به تحلیل استراتژیک محیط داخلی و خارجی سازمان، اهداف استراتژیک چالشی تعیین کرده، استراتژی‌های مناسب را انتخاب می‌کنند و اقدامات لازم را برای تأمین مالی اجرای استراتژی‌ها به‌کار می‌گیرند. عدم تأمین بودجه کافی برای برنامه استراتژیک مشکلات زیادی به هنگام اجرای آن ایجاد می‌کند.

پژوهش‌های متعددی به اهمیت ساختار سازمانی در موفقیت استراتژی‌های سازمانی پرداختند (۳۱). یکی از موانع برنامه‌ریزی استراتژیک در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران، عدم انعطاف‌پذیری ساختار سازمانی است. در حالیکه بیمارستان‌ها خدمات پزشکی فوق تخصصی و به روز قرن بیست و یکم را ارائه می‌دهند، ولیکن، همچنان از ساختارهای سازمانی و روش‌های مدیریتی قرن نوزدهم استفاده می‌کنند. ساختار سازمانی بیمارستان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌های دولتی ثابت بوده و مدیران نمی‌توانند برای دستیابی به اهداف سازمانی آن را تغییر دهند. ساختار سازمانی باید دنباله‌روی استراتژی سازمان باشد (۳۲). مدیران برای دستیابی به اهداف سازمانی باید از استراتژی‌های مناسب استفاده کنند. اجرای استراتژی‌های سازمانی گاهی اوقات نیاز به تغییر ساختار سازمانی دارد. ساختار سازمانی وظیفه تخصیص نیروی انسانی، تعریف مسئولیت‌ها و نقش‌های کارکنان و توزیع منابع سازمانی بر عهده دارد (۲). سازمان باید انعطاف‌پذیر باشد تا از طریق تغییر در ساختار، فرهنگ و فرآیندهای کاری، امکان دستیابی به اهداف استراتژیک مقدور باشد.

نداشتن یک برنامه اجرایی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک، نبود یک مدل مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران و تجربه ناکافی مدیران برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک بیشترین اثر را بر مشکلات تکنیکی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران داشتند. مدیران باید اولویت‌های سازمان و مسائل حیاتی را در برنامه استراتژیک مورد توجه قرار دهند و اقداماتی را برای دستیابی به اهداف استراتژیک تعیین و اجرا کنند تا به مزیت رقابتی دست یابند. برای این منظور باید یک برنامه مقدماتی برای تدوین و اجرای برنامه استراتژیک در نظر گرفته شود که شامل موضوعات مربوط به اعضای کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک، جلسات کمیته، مدل برنامه‌ریزی استراتژیک و تکنیک‌های اجرایی آن، بازه زمانی تدوین و اجرای برنامه استراتژیک و تأمین بودجه آن باشد.

مصدق راد (۱۳۹۴) ۳ دلیل اصلی شکست برنامه‌های استراتژیک را انتخاب مدل نامناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، انتخاب تکنیک‌های نامناسب اجرای مدل برنامه‌ریزی استراتژیک در عمل و محیط نامناسب سازمان برای برنامه‌ریزی استراتژیک بیان می‌کند. استفاده از مدل و تکنیک‌های نامناسب در برنامه‌ریزی استراتژیک موجب کاهش اثربخشی فرایند تدوین برنامه استراتژیک خواهد شد و در اجرا نیز مشکلاتی برای سازمان ایجاد خواهد کرد (۲). ده‌ها مدل برای تدوین برنامه استراتژیک توسط اندیشمندان مدیریت ارائه شده است. بیشتر این مدل‌ها در کشورهای غربی و در بخش صنعت طراحی شدند که فرهنگی متفاوت با ایران به عنوان یک کشور اسلامی و بخش سلامت دارند. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید از یک مدل مناسب با ساختار و فرهنگ سازمان خود برای برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده کنند. علاوه‌براین، تکنیک‌های مختلفی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

برای تدوین بیانیه‌های مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان، تحلیل محیط داخلی و خارجی سازمان، تعیین اهداف کلی و اختصاصی سازمان، تدوین استراتژی‌ها و تاکتیک‌ها و در نهایت تدوین برنامه عملیاتی سازمان وجود دارد. مدیران باید از تکنیک‌های مناسبی استفاده کنند که ساده ولی جامع بوده و متناسب با فرهنگ سازمانی آن‌ها باشد. به عنوان مثال، استفاده از یک مدل بومی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستانی در ایران موجب افزایش رضایت کارکنان به میزان ۱۰ درصد شده بود (۲۳).

بیمارستان یک سازمان اجتماعی خدماتی چند تخصصی بسیار پیچیده است. مدیران باید ویژگی‌های منحصر به فرد این سازمان‌ها را به هنگام طراحی و اجرای مدل‌ها و استراتژی‌های مدیریتی مورد توجه قرار دهند. متأسفانه برخی از مدیران بدون توجه به ساختار، بافتار و فرایندهای سازمانی شروع به بکارگیری مدل‌ها و استراتژی‌های توسعه یافته در صنایع تولیدی می‌کنند و بعد از مدتی که از اجرای آن‌ها نتایج ملموس چشمگیری به‌دست نیاوردند، آن‌ها را متوقف کرده و به دنبال مدل‌ها و استراتژی‌های دیگر می‌روند. مدیران بیمارستان‌ها در صورت نداشتن دانش بنیادی برنامه‌ریزی استراتژیک می‌توانند از نظرات اساتید و مشاوران تخصصی استفاده کنند تا با استفاده از الگوی مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک از منابع سازمانی برای دستیابی به اهداف سازمانی بهینه استفاده کنند.

مدیران بیمارستان‌های استان تهران بیشتر در مرحله اجرای برنامه استراتژیک چالش داشتند. به‌عبارتی، مدیران برای برنامه‌ریزی استراتژیک آماده هستند ولی برای اجرای استراتژی‌ها آماده نیستند. داشتن برنامه استراتژیک لازم است، ولی کافی نیست. اجرای استراتژی‌ها منجر به دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان می‌شود. بهترین استراتژی در صورتی‌که به درستی اجرا نشود، شکست خواهد خورد. برخلاف تدوین برنامه استراتژیک که معمولاً یک رویکرد از بالا به پایین است و با مشارکت مدیران سازمان صورت می‌گیرد، اجرای برنامه استراتژیک یک رویکرد ترکیبی از بالا به پایین و از پایین به بالا است که به مشارکت و همکاری کارکنان واحدهای مختلف سازمان و حتی ذینفعان کلیدی خارج سازمان نیاز دارد. کیتر و پوکو (۲۰۱۰) پژوهشی بر روی ۱۷۲ شرکت اسلوانی انجام دادند، نتایج نشان داد که اگرچه ۸۰ درصد سازمان‌ها استراتژی مناسبی داشتند، تنها ۱۴ درصد آن‌ها توانستند آن استراتژی‌ها را به خوبی اجرا کنند (۳۳). در حالی‌که مدیران بیمارستان‌ها وقت زیادی صرف تدوین برنامه استراتژیک می‌کنند، تلاش زیادی برای اجرای آن استراتژی‌ها به عمل نمی‌آورند. مدیران بیمارستان‌ها باید سعی کنند با تحلیل استراتژیک محیط داخلی و خارجی سازمان، اهداف استراتژیک مناسبی برای سازمان خود انتخاب کنند. سپس، استراتژی‌های مناسبی برای دستیابی به اهداف استراتژیک انتخاب کنند و با اجرای درست آن‌ها به اهداف استراتژیک دست یابند. فرآیند تدوین استراتژی بیشتر به مهارت‌های ادراکی مدیران نیاز دارد تا با تحلیل دقیق نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای سازمان، اهداف و استراتژی‌های مناسبی را تعیین کنند. در مقابل، فرآیند اجرای استراتژی‌ها بیشتر به مهارت‌های فنی و انسانی مدیران نیاز دارد که با هدایت و رهبری کارکنان، تأمین منابع و استفاده بهینه از آن‌ها برنامه‌های تدوین شده اجرا شوند.

برنامه‌ریزی استراتژیک هزینه بر و زمان‌بر است. بنابراین، در برنامه‌ریزی استراتژیک باید به عوامل کلیدی موفقیت آن توجه ویژه‌ای داشت. استفاده از یک مدل مناسب برای برنامه استراتژیک، ایجاد ساختارهای لازم، برنامه‌ریزی صحیح، مدیریت و رهبری قوی، توسعه فرهنگ بهبود مستمر، تقویت کار تیمی، استفاده بهینه از اطلاعات و تأمین منابع مورد نیاز برای موفقیت برنامه استراتژیک در بیمارستان‌های ایران ضروری است. داشتن تفکر استراتژیک و سیستمی لازمه برنامه‌ریزی استراتژیک است. برنامه‌ریزی استراتژیک مرحله اول مدیریت استراتژیک است. بنابراین، مدیرانی که از برنامه استراتژیک استفاده می‌کنند، باید کلیه وظایف مدیریت نظیر سازماندهی، رهبری، ارتباطات، تصمیم‌گیری و کنترل را به‌صورت استراتژیک انجام دهند تا بتوانند به نتایج مطلوبی دست یابند.

کمیته‌ای در بیمارستان باید مسئولیت تدوین و اجرای برنامه استراتژیک را بر عهده بگیرد. بیمارستان‌های کشور دارای واحد بهبود کیفیت هستند که یکی از وظایف آن‌ها تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان است. مدیران ارشد بیمارستان‌ها کمتر درگیر فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک می‌شوند و در نتیجه، حمایت کمتری از مدیران بهبود

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

کیفیت در زمینه اجرا و پایش برنامه‌های استراتژیک به‌عمل می‌آید. با توجه به اینکه برنامه‌ریزی اساس مدیریت را تشکیل می‌دهد، ساختاری باید در سازمان برای این منظور در نظر گرفته شود. ایجاد واحد برنامه‌ریزی یا واحد تحقیق و توسعه و در نظر گرفتن تعدادی کارشناس برای این واحد منجر به ایجاد یک تفکر سیستمی و استراتژیک در سازمان می‌شود. این واحد هماهنگی‌های لازم را برای تشکیل منظم کمیته برنامه‌ریزی استراتژیک، جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی، پایش فعالیت‌ها، ارزیابی استراتژی‌ها و تاکتیک‌های سازمان، هماهنگی منابع مورد نیاز اجرای برنامه استراتژیک و در نهایت، ارزشیابی دوره‌ای برنامه‌ریزی استراتژیک به‌عمل می‌آورد. ایجاد چنین ساختاری در سازمان شانس کم رنگ شدن برنامه‌ریزی و کنار گذاشتن برنامه استراتژیک سازمان با تغییر مدیران ارشد را کاهش می‌دهد.

بیمارستان یک سازمان اجتماعی تخصصی بسیار پیچیده بروکراتیک است که با تغییرات سریع و شدید محیط داخلی و خارجی مواجه است. برنامه‌ریزی استراتژیک قابلیت کاربرد در بیمارستان‌ها را دارد و برای آن‌ها می‌تواند مزایای زیادی داشته باشد. با این وجود، ویژگی‌های منحصر به فرد بیمارستان‌ها نظیر ماهیت اضطراری خدمات سلامت، ساختار مکانیکی و بروکراتیک پیچیده آن‌ها، عدم اطمینان، پیش بینی ناپذیری، ناهمگونی، استقلال‌طلبی متخصصان بالینی و تعاملات پیچیده بین ذینفعان مختلف اجرای استراتژی‌های سازمانی را با مشکل مواجه می‌کند. اداره چنین سازمانی نیاز به یک مدل مدیریت سیستمی دارد که شامل الزامات مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، فرهنگ سازمانی، مدیریت کارکنان، مدیریت بیماران، مدیریت منابع، مدیریت فرایندها و نتایج مرتبط با کارکنان، مشتریان، سازمان و جامعه است (۲). عناصر این سیستم مدیریت باید در برنامه استراتژیک و عملیاتی سازمان وارد شود تا اجرای آن‌ها موجب دستیابی به مزیت رقابتی برای بیمارستان شود. بنابراین، اهداف کلی بیمارستان‌ها باید بر تقویت سیستم مدیریت و رهبری، یادگیری سازمانی، توسعه فرهنگ سازمانی، توسعه قابلیت‌ها و توانمندی‌های کارکنان، بهبود روابط بین مدیران و کارکنان، مشتری مداری و بهبود مستمر فرایندهای کاری تأکید داشته باشد.

این پژوهش با استفاده از یک پرسشنامه معتبر به ارزشیابی چالش‌های اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌های استان تهران اقدام کرد که نتایج ارزشمندی به دنبال داشت. با این وجود، نتایج این پژوهش تنها به بیمارستان‌های استان تهران قابل تعمیم است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در سایر استان‌های کشور با استفاده از پرسشنامه توسعه یافته در این مطالعه انجام شود تا تصویر بهتری از وضعیت برنامه‌ریزی استراتژیک و موانع اجرایی آن در بیمارستان‌های کشور به‌دست آید.

نتیجه‌گیری

این پژوهش میزان چالش‌ها و موانع برنامه‌ریزی استراتژیک را در بیمارستان‌های استان تهران در حد متوسط ارزشیابی کرد. بیمارستان‌ها با چالش‌های ساختاری، تکنیکی، فرهنگی، انسانی، فرایندی و مدیریتی متعددی در تدوین و اجرای برنامه استراتژیک مواجه هستند. به‌کارگیری اقدامات لازم توسط مدیران بیمارستان‌ها برای رفع این موانع قبل از اجرای برنامه-ریزی استراتژیک ضروری است. به‌کارگیری الگوی مناسب برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت و رهبری قوی، ایجاد فرهنگ مشارکتی، توسعه منابع مورد نیاز و آموزش و توانمندسازی کارکنان در اجرای موفق برنامه استراتژیک در بیمارستان‌ها نقش بسزایی دارد. علاوه براین، سیاستگذاران بهداشت و درمان باید قبل از معرفی و ابلاغ استراتژی‌های صنایع غربی به سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران، با در نظر گرفتن ساختار و فرهنگ سازمانی و میزان بلوغ سازمانی کارکنان، مدل مناسب این سازمان-ها را تدوین و برای اجرا پیشنهاد کنند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه مدیران بیمارستان‌های شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ع م. م ر، پ. الف

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

جمع آوری داده‌ها: پ. الف
تحلیل داده‌ها: ع م. م ر، پ. الف
نگارش و اصلاح مقاله: ع م. م ر، پ. الف

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "توسعه یک مدل برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران" می باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Mosadeghrad AM. Hospital organization and professional administration handbook (Volume 2). Tehran: Dibagran Tehran; 2004. [Persian]
2) Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [Persian]
3) Sackett K, Jones J, Erdley WS. Incorporating healthcare informatics into the strategic planning process in nursing education. Nurs Leadersh Forum 2005; 9(3): 98-104. PMID: 16206693.
4) Johnson G, Scholes K, Whittington R. Exploring corporate strategy. 8th ed. Prentice Hall; 2008.
5) Mosely GB. Managing Health Care Business Strategy. 2nd ed. Jones and Batlett Publishers; 2017.
6) Andersen TJ, Nielsen BB. Adaptive strategy making: The effects of emergent and intended strategy modes. European Management Review 2009; 6(2): 94-106. doi: https://doi.org/10.1057/emr. 2009.7.
7) Fadol Y, Barhem B, Elbanna S. The mediating role of the extensiveness of strategic planning on the relationship between slack resources and organizational performance. Management Decision 2015; 53(5): 1023-44. doi: https://doi.org/10.1108/MD-09-2014-0563.
8) Kalkan A, Bozkurt ÖÇ. The choice and use of strategic planning tools and techniques in Turkish SMEs according to attitudes of executives. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2013; 99: 1016-25. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.575
9) Zuckerman AM. Healthcare strategic plannnig. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 2005.
10) Mosadeghrad AM, Ansarian M. Why do organizational change programs fail?. Int J Strategic Change Management 2014; 5(3): 189-218. doi: 10.1504/IJSCM.2014.064460.
11) Beer M, Nohria N. Cracking the code of change. Harv Bus Rev 2000; 78(3): 133-41. PMID: 11183975.
12) Dye R. Improving strategic planning: A McKinsey survey. McKinsey Quarterly 2006; 3.
13) Sail A, Khawar Usman M, Zufiqar S, Satti AM, Khursheedet I. Why do public sector organizations fail in implementation of strategic planning in Pakistan?. Public Policy and Administration Research 2013; 3(1): 33-41.
14) Lihalo MA. Barriers to Strategy Implementation by Mid Sized Companies in Kenya. Global Journal of Management and Business Research 2013; 13(12): 1097-118.
15) Mosadeghrad AM, Fayaz-Bakhsh A, Amini F. Challenges of Strategic Planning in Welfare Organization. Payavard 2018; 11(5): 518-31. [Persian]
16) Mosadeghrad AM. Why TQM programs fail? A pathology approach. The TQM Journal 2014; 26(2): 160-87. doi: https://doi.org/10.1108/TQM-12-2010-0041
17) Sadeghifar J, Jafari M, Tofighi S, Ravaghi H, Maleki MR. Strategic Planning, Implementation, and Evaluation Processes in Hospital Systems: A Survey from Iran. Glob J Health Sci 2014; 7(2): 56-65. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p56.
18) 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; 16(6): 759-73. [Persian]
19) Tabibi J, Maleki, MR, Mojdehkar R. Measuring hospital performance by using Bldridge model. Journal of Iranian medical Association 2009; 27(1): 23-30. [Persian]
20) Azami A, Akbarzadeh K. Patients Satisfaction of Medical Services in Ilam Hospitals. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2004; 12 (44 and 45): 10-16. [Persian]
21) 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. [Persian]
22) Kaissi AA, Begun JW. Strategic planning processes and hospital financial performance. J Healthc Manag 2008; 53(3): 197-209. PMID: 18546921.
23) Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, Abdolmohammadi N. The Impact of Strategic Planning on Job Satisfaction among Hospital Staff:

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

a case study. Journal of Health Based Research 2017; 3(2): 99-114. [Persian]
24) Carman JM, Shortell SM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, O'Brien JL, et al. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. Health Care Manage Rev 1996; 21(1): 48-60. PMID: 8647690.
25) Wakefield BJ, Blegen MA, Uden Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, Wakefiled DS. Organizational culture, continuous quality improvement and medication administration error reporting. Am J Med Qual 2001; 16(4): 128-34. doi: 10.1177/106286060101600404.
26) Mosadeghrad AM. The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. The TQM Magazine 2006; 18(6): 606-25. doi 10.1108/09544780610707101.
27) Brenes ER, Mena M, Molina GE. Key Success Factors for Strategy Implementation in Latin America. Journal of Business Research 2008; 61(6): 590-8. doi: https://doi.org/10.1016/j. jbusres. 2007. 06.033.
28) Hamel G. Strategy as revolution. Harv Bus Rev 1996; 74(4): 69-80. PMID: 10158475.
29) Fulmer WE. Human resources management: the right hand of strategy implementation. Human Resource Planning 1990; 13(1): 1-11.
30) Lombardi DJ, Schermerhorn JR, Kramer B. Health care management. Wiley; 2007.
31) Markiewicz P. Change Management in the Strategy Implementation Process. Intellectual Economics 2011; 5(2): 257-67.
32) Chandler Jr. AD. Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise. Cambridge: Beard Books; 1962.
33) Cater T, Pucko D. Factors of effective strategy implementation: Empirical evidence from Slovenian business practice. Journal for East European Management Studies 2010; 15(3): 207-36.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]

Manage Strat Health Syst

Research Article

The Challenges of Strategic Planning in Tehran Province Hospitals

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

[1] Associate Professor, Health Information Management Research Centre, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

*** Corresponding Author:** Parvaneh Isfahani
p.isfehani@gmail.com

Citation: Mosadeghrad AM, Isfahani P. The Challenges of Strategic Planning in Tehran Province Hospitals. Manage Strat Health Syst 2018; 3(3): 184-200.

Received: August 07, 20188
Revised: December 12, 2018
Accepted: December 15, 2018

Funding: This study has been supported by Tehran University of Medical Sciences.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Strategy formulation and implementation in healthcare is challenging. This study aimed to examine strategic planning challenges in Tehran province hospitals.
Methods: This study was a cross-sectional study which conducted in 2016. 93 hospital managers participated in the study using census sampling. Data were collected using self-administrated questionnaire with a reliability of 0.85. Data analysis was carried out using descriptive and analytical tests such as Spearman correlation and regression with SPSS $_{19}$ software.
Results: The mean score of strategic planning implementation barriers in Tehran province hospitals was 2.98 out of 5.00 score. Structural barriers (3.31) and managerial barriers (2.69) were the most and least barriers of strategic planning respectively. Procedural, cultural and technical barriers had the largest impact on strategic planning implementation. Physicians' participation in strategic planning was low. There was significant statistical correlation between managers' commitment to strategic planning and employees' involvement in strategy implementation ($p < 0.05$).
Conclusion: Tehran province hospitals encountered many barriers in implementing strategic planning. Hospital managers should overcome these barriers before strategy formulation and implementation.

Key words: Strategic planning, Challenge, Barriers, Hospital

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.3.4]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.248]