

الزامات مدیریت و رهبری در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی: یک مطالعه ترکیبی

موسی‌الرضا محقق نژاد^۱، امیر اشکان نصیری پور^۲، روح اله زابلی^۳، حسین دامغانیان^۴

^۱ دانشجوی دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
^۲ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
^۳ دانشیار، گروه مدیریت بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران
^۴ استاد، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسؤول: امیر اشکان نصیری پور
nasiripour@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی یکی از حوزه‌های جدید و بسیار پرچالش می‌باشد و نیاز است که مسئولین مربوطه دارای توانایی لازم باشند. چراکه مسلماً موفقیت در این زمینه، به خصوصیات مدیران و چگونگی اعمال مدیریت و سبک رهبری آنان بستگی دارد. پژوهش حاضر باهدف بررسی الزامات مدیریت و رهبری در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی انجام گرفت.

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی دومرحله‌ای بوده‌است که طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ انجام شده‌است. در مرحله اول طی یک مطالعه کیفی، به‌صورت هدفمند با ۱۵ نفر از خبرگان در پست‌های مختلف مدیریتی مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته انجام شد. داده‌های این مرحله با استفاده از روش آنالیز چارچوب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس در مرحله بعد، موضوعات اولیه تعیین و به‌صورت پرسشنامه در اختیار ۸ نفر از خبرگان قرار گرفت. پس از دریافت پاسخ‌ها، میزان توافق آنان در موضوعات مختلف تحلیل گردید. برای ارزیابی توافق درباره موضوعات مختلف، روش دلفی، ضریب توافق کندال و مقایسه میانگین‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: مشارکت‌کنندگان موضوعات اصلی مثل تحول‌گرایی، توانایی برنامه‌ریزی، مدیریت بحران و خلاقیت را بیشتر مورد نیاز می‌دانستند. همچنین در زیر موضوعاتی مثل تأثیرگذاری مدیران با میانگین $(0/51 \pm 4/62)$ ، دوری از روزمرگی با میانگین $(0/53 \pm 4/50)$ و توجه به حوادث مختلف در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی با میانگین $(0/53 \pm 4/50)$ بیشترین میزان توافق وجود داشت. با توجه به اینکه ضریب هماهنگی کندال (W) در مرحله اول $0/53$ و در مرحله دوم $0/72$ و از نظر آماری نیز معنی‌دار بوده، نشان دهنده‌ی وجود اتفاق نظر قوی بین اعضای خبرگان می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، ضرورت دارد توجه جدی به تغییر سبک مدیریت اتفاق افتاده و در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی نگاه خاصی به احتمال بروز یا تاثیر حوادث ناگهانی نیز وجود داشته باشد. همچنین اقدامات روزمره و بدون بازده حذف شده و از خلاقیت مدیران و کارکنان در بهبود این زنجیره استفاده گردد. رهبران تحول‌گرا با تشکیل تیم‌های تخصصی و استفاده از توانمندی‌های کارکنان سعی کنند با استفاده صحیح از منابع مالی و زیر ساخت‌های مناسب از جمله فناوری اطلاعات، زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی را مدیریت نمایند.

واژه‌های کلیدی: مدیریت، رهبری، تحول‌گرایی، زنجیره تأمین، بیمارستان

ارجاع: محقق نژاد موسی‌الرضا، نصیری پور امیر اشکان، زابلی روح اله، دامغانیان حسین. الزامات مدیریت و رهبری در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی: یک مطالعه ترکیبی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۸(۴): ۳۷۵-۳۸۷.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۲

مقدمه

برخورداری از زندگی سالم، مولد، باکیفیت و عاری از بیماری حقی است که مسئولیت آن بر عهده دولت بوده و پیش‌شرط تحقق توسعه پایدار است (۱). بدون تردید سلامتی به‌عنوان مهم‌ترین جنبه زندگی (۲) بخشی از حقوق اجتماعی، فردی و جزو خواسته‌ها و نیازهای افراد جامعه محسوب می‌شود (۳). در این بین بیمارستان‌ها با اختصاص حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد بودجه‌های سلامتی به خود، به‌عنوان مهم‌ترین سیستم ارائه خدمات سلامتی هستند (۲). سازمان جهانی بهداشت معتقد است بیمارستان‌ها ترکیب پیچیده‌ای از تجهیزات تشخیصی و درمانی، آب، برق، تأسیسات و مواد خطرناک بوده و از همه مهم‌تر بیمارانی با شرایط مختلف سلامت جسمی و روانی دارند که بایستی به‌موقع نیازهایشان تأمین شود تا از ناتوانی آن‌ها در ارائه خدمات به‌موقع جلوگیری شود. درغیراین صورت می‌تواند باعث نتایج مرگباری شود (۴)؛ بنابراین همانند سایر سازمان‌ها، باید زنجیره تأمین آن‌ها به‌عنوان یک حلقه رابط در همه برنامه‌ها و خدمات با حداقل چالش‌ها باشد (۵). چراکه زنجیره تأمین، پایه‌ی کل سیستم سلامتی برای گسترش دسترسی ساده به کالاها و خدمات تشخیصی و درمانی باکیفیت بالا می‌باشد (۶). این زنجیره تأمین شامل به‌کارگیری اطلاعات، تجهیزات و سرمایه برای خدمت‌رسانی به بیماران است و هدف از آن بهبود نتایج بالینی و کنترل هزینه‌هاست (۷)؛ اما به نظر می‌رسد به دلیل اهمیت یا بحرانی بودن محصولات، پیچیدگی آن‌ها و تأثیر کارکنان در این زنجیره تأمین، نسبت به سایر صنایع انحصارگرایی وجود دارد (۸). گاهی به نظر می‌رسد هیچ تصویر کلی از نقشه‌های زنجیره تأمین بیمارستانی وجود ندارد (۹) و گسترش این زنجیره و مدیریت آن درزمینه‌ی مراقبت‌های درمانی آهسته (۱۰) و حتی در برخی شرایط نگران‌کننده می‌باشد (۱۱).

نکته‌ی مهم‌تر اینکه شیوه‌های مدیریت برای ایجاد یکپارچگی بین بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و تأمین‌کنندگان کالا و تجهیزات پزشکی و درمانی، با چالش‌هایی مواجه است (۱۲). چون سیستم‌های سلامتی متشکل از گروه‌های حرفه‌ای، بخش‌ها و تخصص‌های بی‌شماری با تعاملات پیچیده‌ی که بین آن‌ها وجود دارد،

می‌باشد، ممکن است این گروه‌هایی که خرده‌فرهنگ‌های خاص خود را دارند از یکدیگر حمایت کرده یا در تعارض با یکدیگر باشند. در این شرایط مدیر یا رهبر باید از تنوع درون سازمان به‌عنوان یک کل بهره‌برد و در هنگام طراحی فرآیندهای مدیریت، ضمن تشویق پرسنل برای کار در جهت اهداف مشترک، از منابع به‌طور مؤثر استفاده نماید (۱۳). علی‌رغم تأثیر رهبری بر نتایج درمان، هنوز به این مسئله به‌خوبی پرداخته نشده است. همان‌طور که تمرکز بر عملکرد بیمارستان شدت می‌یابد، رهبری برای افزایش کارایی و بهبود کیفیت از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد شد (۱۴).

از جنبه‌ی دیگر، تصمیم‌گیری مدیران در زنجیره تأمین بیمارستان مشکلاتی دارد. به‌طوری‌که گاهی بیش از ۶۱ درصد منابع مالی در بیمارستان صرف تصمیماتی شده که الزاماً سودمند نیست (۱۵). حال اگر این تصمیمات در شرایط بحران باشد مشخص نیست که چه نتایجی ایجاد خواهد شد. نحوه تأمین نیرو یکی دیگر از چالش‌های مدیران است. هرچند که تأمین نیروی ماهر و غیر ماهر برای اجرای بهتر زنجیره تأمین خدمات سلامتی ضروری است (۱۶)، اما هنوز نوع تمرکز بر منابع انسانی توسط مدیران، برای حفظ و بهبود زنجیره تأمین سلامت کفایت ندارد (۱۷). مشخص نیست که آیا استخدام بودن پرسنل در بهره‌وری عملکرد بیمارستان تأثیر دارد یا خیر (۱۸). از سویی دیگر، وجود افراد متفاوت در این سیستم باعث ارزش‌های متفاوت و حتی اهداف متضاد خواهد شد (۶) که مدیریت آنان را سخت‌تر خواهد نمود. درمجموع به نظر می‌رسد هنوز مدیریت و رهبری به‌عنوان رکن اصلی در تأمین خدمات بیمارستانی چالش‌هایی دارد و ضروری است سبک سنتی مدیران تغییر کند. چراکه نحوه تصمیم‌گیری و به دنبال آن عملکرد بعدی باعث خواهد شد تا منابع مالی و انسانی و از همه مهم‌تر سلامت جامعه به مخاطره بیفتد. لذا پژوهش حاضر باهدف تبیین تجارب مدیران سیستم خدمات بهداشتی-درمانی در بررسی الزامات مدیریت و رهبری در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی و تعیین میزان توافق آنان در موضوعات مختلف انجام گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی دومرحله‌ای بوده‌است

میزان توافق در مورد موانع و تسهیل‌گرهای عمده‌ی زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی استخراج‌شده، پرسشنامه‌ی اولیه که شامل ۴۶ گویه بود طراحی گردید. روایی این پرسشنامه توسط ۷ نفر از اعضای هیات علمی تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به شیوه روایی صوری مورد ارزیابی قرار گرفت. پرسشنامه نهایی با ۱۲ بعد و ۴۶ گویه ایجاد گردید و پایایی آن نیز با کمک آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد. پرسشنامه نهایی با استفاده از ایمیل و یا به صورت حضوری در اختیار پنل خبرگان قرار گرفت و فرآیند دلفی در ۲ راند اجرا شد. اعضای پنل خبرگان که شامل ۱۲ نفر (با تخصص‌های مرتبط از جمله مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پزشکی، پرستاری و مدیریت مالی) بود، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و با توجه به سابقه فعالیت و مدیریت در حوزه تأمین خدمات بیمارستانی، انتخاب شدند. از اعضاء پنل خبرگان درخواست گردید موافقت یا مخالفت خود را در مورد موضوعات استخراج شده در یک طیف لیکرت از ۱ (کاملاً مخافم) تا ۵ (کاملاً موافقم) اعلام نمایند. برای کسانی که با تأخیر پاسخ دادند ۲ هفته بعد ایمیل یادآوری ارسال شد و یا با آن‌ها تماس گرفته شد. پس از دریافت پاسخ‌ها، میزان توافق آنان در موضوعات مختلف ارزیابی گردید که با توجه به توافق کم در برخی آیتم‌ها، تغییرات لازم انجام و موضوعات استخراج‌شده، مجدداً در اختیار آنان قرار گرفته و نظرات آنان جمع‌آوری شد. برای ارزیابی توافق درباره موضوعات مختلف، روش دلفی و ضریب توافق کندال با استفاده از نرم افزار SPSS 21 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پست‌های مختلف از جمله مسئول تجهیزات پزشکی دانشگاه، مدیر خدمات پرستاری تأمین اجتماعی، مدیر اقتصاد درمان دانشگاه، معاون غذا و داروی دانشگاه، مدیر شرکت توزیع دارویی شهرستان، مدرس کشوری دوره‌های مدیریت بیمارستانی، مدیر گروه سیاست‌گذاری و اقتصاد (تأمین اجتماعی)، مدیر امور اداری بیمارستان، مسئول بانک خون شهرستان، معاونت توسعه مدیریت و برنامه‌ریزی منابع، مدیر برنامه‌ریزی و بودجه و پایش، مدیر فناوری اطلاعات دانشگاه، کارشناس مسئول امور بیماری‌های خاص، عضو هیئت علمی گروه اقتصاد سلامت و

که طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ انجام شده‌است. در مرحله اول طی یک مطالعه کیفی به صورت هدفمند با ۱۵ نفر از خبرگان در دانشگاه‌های مختلف علوم پزشکی و سایر مراکز وابسته به سیستم ارائه خدمات سلامتی مصاحبه انجام شد. این افراد دارای تجارب کافی در زمینه تأمین یا ارائه خدمات بیمارستانی و با تخصص‌هایی در زمینه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیریت بیمارستان‌ها، مدیریت توسعه و منابع، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت، امور حقوقی مرتبط با امور درمان و بیمارستان‌ها، پزشکی، پرستاری و مدیریت مالی بودند که حداقل ۵ سال سابقه داشتند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با استفاده از سوالات باز استفاده شد. قبل از انجام مصاحبه هماهنگی لازم در خصوص زمان و مکان ملاقات، صورت می‌گرفت و با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها در زمان‌های صبح و یا بعدازظهر انجام شد. مکان انجام مصاحبه‌ها به پیشنهاد مشارکت‌کنندگان و با در نظر گرفتن محیطی که حداقل عوامل مخدوش‌کننده محیطی و ارتباطی را دارا باشد، هماهنگ و قبل از انجام مصاحبه رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان اخذ می‌گردید. مصاحبه‌ها تا زمانی که تحلیل اطلاعاتی که از مشارکت‌کنندگان گرفته می‌شد منجر به تغییر در طبقات شکل گرفته و یا خصوصیات و ویژگی‌های طبقات موجود نمی‌شد، ادامه یافت. بلافاصله پس از انجام اولین مصاحبه تحلیل آغاز شد. بدین ترتیب که ابتدا مصاحبه‌های ضبط‌شده روی کاغذ پیاده شد و پس از مطالعه مکرر مصاحبه به منظور درک کلی محتوا، به صورت کلمه‌به‌کلمه و جمله‌به‌جمله بازخوانی و کدگذاری‌ها انجام گرفت.

جهت تحلیل داده‌ها از روش آنالیز چارچوب استفاده شد. آنالیز چارچوب، رویکردی سلسله مراتبی و ۵ مرحله‌ای (آشناسازی، تدوین چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، جدول‌بندی و ترکیب داده‌ها) است که برای طبقه‌بندی و سازمان‌دهی داده‌ها براساس درون‌مایه‌های کلیدی، مفاهیم و طبقات پدیدار شده مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رویکرد در پژوهش‌های حوزه خدمات بهداشتی به دلیل وضوح و شفافیت مراحل انجام تحلیل، انعطاف‌پذیری و سهولت کاربرد بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۱۹). در مرحله بعد برای ارزیابی

کارشناس حقوقی دانشگاه، مشغول به ارائه خدمت بودند. از لحاظ جنسیت ۲ نفر از مشارکت‌کنندگان خانم (۳۱/۳۳ درصد) و ۱۳ نفر آقا (۸۶/۶۶ درصد) بودند. ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی ارشد (۳۳/۳۳ درصد)، ۵ نفر دارای مدرک دکتری تخصصی (۳۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر دارای دکتری حرفه‌ای (۲۰ درصد) و ۲ نفر کارشناس

بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ۴۳/۲ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها ۱۴/۶۶ سال بود. مشارکت‌کنندگان به ابعادی مثل تحول‌گرایی، خلاقیت، مدیریت بحران، مدیریت تخصصی و برنامه‌ریزی تأکید داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: عناوین موضوعی و چارچوب نظری نهایی

چارچوب نظری نهایی	زیرمجموعه چارچوب موضوعی
تحول‌گرایی	تأثیرگذاری توجه و تشویق علاقه کارکنان پرهیز از یکنواختی امور
خلاقیت	توجه و استفاده از ایده‌های جدید دوری از روزمرگی
مدیریت بحران	بروز حوادث مختلف تغییرات سازمان چالش‌ها
مدیریت تخصصی	رشته تخصصی چند تخصصی بودن
برنامه‌ریزی	آینده‌نگری در برنامه‌ریزی ضرورت برنامه‌ریزی

تحول‌گرایی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بیان نمودند رهبری تحول‌گرا نوعی از رهبری است که در آن فرد تنها مشغول نشان دادن راه درست و غلط به اعضای تیم نیست، بلکه آن‌ها با اعضای تیمشان کار می‌کند تا فرصت‌های بالقوه و مشکلات خود را شناسایی کند و استراتژی‌های خود را با آن‌ها توسعه دهند، که در این زمینه با چالش‌هایی نیز مواجه می‌باشند. "کارکنان هر مجموعه چقدر سرپرست رو قبول دارند. نه توی کلام نه توی عمل هنوز باهم به تفاهم نرسیدیم. شاید عملکرد مدیران برای کارکنان یکنواخته. اجرای بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های بالادستی و ... (مشارکت‌کننده شماره ۲). مشارکت‌کننده دیگری بیان می‌کند "سرپرست یا مسئول باید علائق کارکنان رو بشناسه. فکر می‌کنم الگوی خاصی توی مدیریت وجود نداره. به اینکه کارکنان چگونه هستند و چگونه باید باشند که موجب تحول در سازمان بشه، کمتر توجه شده" (مشارکت‌کننده شماره ۳).

خلاقیت

از نظر مشارکت‌کنندگان، امروزه عوامل بسیاری بر بقای سازمان‌ها تأثیر می‌گذارند؛ اما عوامل تأثیرگذار به سرعت تغییر می‌کنند و این تغییرات قابل پیش‌بینی نیستند. لذا مدیران سازمان‌ها نیازمند خلاقیت، به عنوان منبعی کلیدی جهت داشتن رقابتی مستمر، می‌باشند؛ که البته به این موضوع توجه کافی نمی‌شود. "هنوز سبک خاص و جدیدی از مدیران دیده نمی‌شه. یک جور روزمرگی توی سازمان هست. توی تصمیم‌گیری‌ها برای بعضی مدیران اوج هنرشون تعویض جای میز کارشونه" (مشارکت‌کننده شماره ۵). مشارکت‌کننده دیگری ذکر کرد: "ایده‌های جدید کارکنان باید موردتوجه قرار بگیره. حوزه خدمات سلامت بسیار وسیعه. میشه کارهای زیادی انجام داد که عملکرد کارکنان و نتایج کار بهتر بشه. فقط شرایط بررسی بشه و بعد با توجه به نیاز اقدام بشه. از عادت‌ها باید بگذریم البته اگر بلد باشیم" (مشارکت‌کننده شماره ۸). همچنین



مدرک تحصیلی باعث دردسر میشه. احساس می‌کنم که در کل سیستم وزارت بهداشت این قضیه وجود دارد. صرفاً پزشک سالاری است تا تخصص سالاری. سیستم منحصر به فرد یا قائم به فرد داره اداره میشه. مدیر باید دانش تخصصی در زمینه مدیریت اون زمینه داشته باشه" (مشارکت‌کننده شماره ۵).

"مدیران بایستی هم دانش مدیریت خوبی داشته باشند و هم بینش مدیریت خوب. بعضی وقت‌ها دیدگاه مدیریت خیلی انقباضی است و برخی مواقع خیلی دست و دلباز و شاید بدون حساب و کتاب. در هزینه کردن‌های خصوصاً مالی باید از شیوه‌های اصولی استفاده شود. شرایط و نیازهای بیماران، بیمارستان و سازمان در نظر گرفته شود. در دنیای مدرن امروزی اینا نیازمند دانش و توانمندی تخصصی مدیریتی است" (مشارکت‌کننده شماره ۱).

برنامه‌ریزی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر اذعان داشتند، از آنجایی که آینده خیلی مشخص نیست و گاهی اوقات شرایط آینده با حرکت در تاریکی مقایسه می‌شود، ضرورت دارد با برنامه‌ریزی مناسب پلی بین حال و آینده ایجاد گردد. البته برای انجام این مهم بایستی شرایط به‌خوبی بررسی شود و مشکلاتی در این زمینه وجود دارد: "برای یک تأمین خوب اول باید یک نیازسنجی خوب‌تری انجام بدیم ببینیم چی اولویت هست، چی اولویت نیست. همون طور که می‌دونید شما، هر بیمارستانی با توجه به نوع بیمارانی که بستری میشه نوع بخش‌ها و تخصص‌های مربوطه نیازهاش متفاوت، بنابراین برنامه‌ریزی مناسب در این زمینه خیلی مهمه" (مشارکت‌کننده شماره ۸).

مشارکت‌کننده دیگری بیان نمود: "در برنامه‌ریزی‌ها اول اطلاعات در زمینه کافی جمع‌آوری بشه تا از اینکه وارد سیکل‌های معیوب بشه جلوگیری کنیم. برخی مواقع برنامه‌ای هنوز تازه شروع شده به دلایل متعدد متوقف میشه یا اصلاً ماهیت اون عوض میشه" (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

مدیریت بحران

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بر این باور بودند که در محیط زنجیره تأمین، سازمان‌ها نیازمند آگاهی از تهدیدها و فرصت‌های موجود در زنجیره تأمین می‌باشند، چراکه این تهدیدها و فرصت‌ها ممکن است سبب ایجاد بحران شده و بر

مشارکت‌کننده دیگری بیان نمود: "با همکاری کارکنان شیوه‌های خرید یا استفاده را می‌توان بهینه کرد. همیشه باید به دنبال راهکارهای جدید بود. مدیری که اهل کار و به‌خصوص چالش باشه موفق‌تر هست" (مشارکت‌کننده شماره ۹).

مدیریت تخصصی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بر این باور بودند که حوزه کاری هر فرد براساس تخصص آن فرد تعیین می‌شود، یعنی بهتر است که فرد در زمینه‌ای که تخصص دارد کار کند تا موفق شود. از طرفی با توجه به روند رو به رشد علم مدیریت و جنبه‌های مختلف آن بهتر است دیدگاه تخصصی مدیران نیز مورد توجه قرار بگیرد. تخصص، مهارت و تجربه مدیریت نه تنها برای رشد مدیر لازم است بلکه موجب توسعه و پیشرفت سازمان هم می‌شود. با تخصص مدیریت، راه توسعه برای سازمان هموارتر خواهد شد. برای رسیدن به مقام مدیریت صرفاً داشتن یک مدرک کافی نیست مهم‌تر از آن داشتن مهارت است.

"در بحث تأمین دارو یا ارائه خدمات درمانی در کل سیستم اگر بخوام به‌صورت کلی صحبت کنم تلاش خوبه ولی الان به‌نظرم شرایط خوبی وجود نداره. در مجموع گفتم و به‌نظرم عوامل مختلفی دخالت دارند. یکی از این عوامل کمبود دانش است. مثلاً افراد مخصوصاً مسئولین رده‌بالا دانش اقتصادی کافی ندارند به‌ویژه اقتصاد سلامت. گلوگاه‌هایی وجود داره که بعضی وقت‌ها خیلی اجبار ایجاد می‌کنه. یک علت دیگر اینکه شاید مدیری متخصص باشه اما در پست تخصصی خودش کار نمی‌کنه. این رو زیاد احساس می‌کنیم. البته شاید احساس ماست. یک برچسب دکتر، مهندس که کفایت نمی‌کنه! در هر بخشی از پایین‌ترین جز تا بالاترین جز باید این فرد تخصص مرتبط با خودش رو داشته باشه" (مشارکت‌کننده شماره ۲).

"در شرایط فعلی که دوران تحریم است مدیریت کردن هنرمندانه اولویت است. چراکه اگر پول هم داشته باشیم باز تهیه خیلی از اقلام سخته. پس چگونه مدیریت کنیم تا از داشته‌ها بهینه استفاده بشه ... این نیازمند دانش و توانمندی تخصصی هست" (مشارکت‌کننده شماره ۴). مشارکت‌کننده دیگری بیان نمود:

"برای اینکه عملکرد یک سازمان خوب باشد مسلماً همفکری یک اصله؛ اما نظام فرد سالاری، توجه بیش‌ازحد به

و حتی نیروی انسانی دچار مشکل خواهد شد و تأثیرات آن ممکن است منفی باشد. شاید یک مدیریت خوب در همچنین شرایط بحرانی بتونه مشکلات را کاهش بده" (مشارکت‌کننده شماره ۹).

"یک سکاندار خوب در شرایط حاد می‌تونه باعث نجات دیگران بشه. با تدبیر مناسب و استفاده‌ی به‌جا از امکانات مالی یا انسانی" (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

"مدیریت بحران در سیستمی مثل بیمارستان یک هنر است. خیلی وقت‌ها انواع بحران‌ها در خارج از بیمارستان اتفاق می‌افتد اما بر تأمین ملزومات درمانی تأثیر می‌گذارد. مثلاً سیل و زلزله با اثرات خود، زنجیره حمل‌ونقل و توزیع و حتی نگهداری کالا را به‌شدت دچار اشکال می‌کند. از طرفی بارکاری سیستم درمان هم چند برابر شده است" (مشارکت‌کننده شماره ۱۴).

میانگین و انحراف معیار زیر مجموعه چهارچوب موضوعی جهت ارزیابی میزان توافق مشارکت‌کنندگان در مورد موضوعات استخراج‌شده در راندهای دلفی و همچنین ضریب توافق کندال در جداول ۲ و ۳ آورده شده‌است. در پژوهش حاضر نیز با توجه به اینکه ضریب هماهنگی کندال (W) در مرحله اول ۰/۵۳ و در مرحله دوم ۰/۷۲ و از نظر آماری نیز معنی‌دار بوده، نشان دهنده وجود اتفاق نظر قوی بین اعضای خبرگان می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار زیرمجموعه‌ها

زیر مجموعه‌ها	دور اول دلفی	دور دوم دلفی
تأثیرگذاری	۴/۵۰ ± ۰/۵۱	۴/۶۲ ± ۰/۵۱
پرهیز از یکنواختی امور	۳/۵۰ ± ۰/۵۳	۳/۵۰ ± ۰/۵۳
توجه و تشویق علاقه کارکنان	۳/۵۰ ± ۰/۵۳	۳/۵۰ ± ۰/۵۳
دوری از روزمرگی	۴/۵۰ ± ۰/۵۳	۴/۵۰ ± ۰/۵۳
توجه و استفاده از ایده‌های جدید	۴/۱۲ ± ۰/۸۳	۴/۱۲ ± ۰/۸۳
چند تخصصی بودن	۳/۳۷ ± ۰/۵۱	۳/۱۲ ± ۰/۶۴
رشته تخصصی	۳/۱۲ ± ۰/۸۳	۳/۱۲ ± ۰/۸۳
تغییرات سازمان	۴/۱۲ ± ۰/۳۵	۴ ± ۰/۵۳
بروز حوادث مختلف	۴/۳۷ ± ۰/۷۴	۴/۵۰ ± ۰/۵۳
چالش‌ها	۳/۸۷ ± ۰/۶۴	۳/۶۲ ± ۰/۵۱
ضرورت برنامه‌ریزی	۴/۵۰ ± ۰/۵۳	۴/۳۷ ± ۰/۵۱
آینده‌نگری در برنامه‌ریزی	۴/۳۷ ± ۰/۵۱	۴/۳۷ ± ۰/۵۱

دستیابی به اهداف ارائه خدمت یا کسب‌وکار زنجیره تأمین تأثیر بگذارد. با مدیریت این تهدیدها و تمام عواملی که زنجیره تأمین را از اهداف اصلی سازمان منحرف می‌سازد می‌توان بحران را مهار نمود.

"اینکه می‌گویم جلسه برگزار بشه همش ضرورتاً برای این نیست که مشکلات موجود را حل کنیم، برخی مواقع باید برای مشکلات احتمالی آینده آماده‌باشیم که مثلاً اگر یک بحران اتفاق افتاد این بحران در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با کمترین مشکلات کنترل بشه. فکر می‌کنم که بیمارستان‌ها در حال حاضر با شرایط موجود امکان کار دارند اما بعضی وقت‌ها اگر بحرانی در یک مسئله سلامتی اتفاق بیفتد حتماً در تأمین مایحتاج موردنیاز دچار مشکل می‌شوند و شاید بتونم بگم که مدیریت بحران لازم و چالش جدی هم در خیلی از بیمارستان‌ها هست. اگر بنا به هر دلیلی یک بیماری به‌صورت حاد اتفاق بیفته، تأمین و ارائه خدمات درمانی برای بیمارستان‌های ما تا چه مدت با اطمینان انجام خواهد شد" (مشارکت‌کننده شماره ۶).

مشارکت‌کننده دیگری بیان نمود: "پاندمی‌ها و یا اپیدمی‌ها خیلی سریع بر زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی و یا مراکز بهداشتی تأثیر می‌گذارند. یعنی خیلی راحت و سریع به سیستم شوک وارد می‌کنند. اینجاست که منابع مالی، فناوری اطلاعات

جدول ۳: میانگین رتبه‌ای و ضریب کندال زیرموضوعات

رتبه میانگین	راند اول	راند دوم	زیر مجموعه‌ها
۹/۵۰	۹/۴۴		تأثیرگذاری
۴/۴۴	۴/۲۵		پرهیز از یکنواختی امور
۴/۵۰	۴/۳۱		توجه و تشویق علاقه کارکنان
۸/۸۸	۸/۶۲		دوری از روزمرگی
۷/۱۹	۶/۹۴		توجه و استفاده از ایده‌های جدید
۳/۱۲	۳/۷۵		چند تخصصی بودن
۳/۳۸	۳/۱۹		رشته تخصصی
۶/۶۹	۶/۸۸		تغییرات سازمان
۸/۷۵	۸/۰۶		بروز حوادث مختلف
۴/۹۴	۵/۷۵		چالش‌ها
۸/۱۹	۸/۵۶		ضرورت برنامه‌ریزی
۸/۴۴	۸/۲۵		آینده‌نگری در برنامه‌ریزی
۰/۷۲	۰/۵۳		ضریب کندال (Kendall's W)
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		مقدار معنی‌داری

بحث

در پژوهش حاضر، مشارکت‌کنندگان تحول‌گرای، خلاقیت، مدیریت تخصصی، برنامه‌ریزی و مدیریت بحران را از الزامات مدیریت و رهبری ذکر کردند. رهبری مؤثر توسط متخصصان مراقبت‌های سلامتی در مراقبت‌های مدرن ضروری است (۲۰). فقط رهبرانی با سبک مدیریت جدید مانند تحول‌گرا می‌توانند ضعیف‌ترین سازمان‌ها را نجات دهند (۲۱). طبق یافته‌های پژوهش حاضر، جهت ارتقای عملکرد سازمانی مثل بیمارستان نیاز است که به موضوع رهبری در زنجیره تأمین توجه ویژه‌ای شود و رهبرانی ژرف‌نگر با توانایی تحول، تصویری از یک‌چشم انداز آینده روشن و موردنیاز را شکل دهند. لازم است که با اتخاذ تدابیر لازم و با ایجاد انگیزه و ارتباطی مؤثر، انجام سایر وظایف خود را در تحقق اهداف سازمانی تسهیل و کارکنان را از روی میل و علاقه به انجام وظایفشان ترغیب کنند. مشخص‌شده است که سبک‌های مدیریت سنتی پاسخگوی سازمان‌های متلاطم و غیرقابل‌پیش‌بینی بهداشتی و درمانی نخواهد بود؛ از آنجاکه موفقیت هر سازمانی منوط به هدایت و رهبری همگام با پویایی و انعطاف‌پذیری سازمانی است، از سویی دیگر به دلیل تغییرات شتابنده در عرصه علم و فناوری و بالا رفتن سطح انتظارات و توقعات مشتریان و بیماران

بیمارستان‌ها، نقش رهبری تحول‌آفرین از موقعیت ممتازی برخوردار شده‌است (۲۱، ۲۲). علی‌رغم افزایش آگاهی از اهمیت رهبری در مراقبت‌های سلامتی، درک ما از صلاحیت‌های رهبری مؤثر محدود است (۲۲)؛ و به نظر می‌رسد هنوز سبک‌های مدیریتی سنتی اولویت است. عامریون و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای که بر روی کارکنان یک بیمارستان در تهران انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که مدیران بایستی خصوصیت رهبری داشته باشند و با توجه به چالش‌های موجود در روند بهداشت و درمان، کارکردهای اساسی در مدیریت به‌ویژه برنامه‌ریزی را نیز موردتوجه قرار دهند (۲۳)، که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

بر مبنای نظر مشارکت‌کنندگان، بخش قابل‌توجهی از پست‌های مدیریتی در سیستم بهداشتی-درمانی توسط پزشکان اشغال شده است؛ اما به نظر می‌رسد این مدیران الزاماً به شرایط موردنیاز رهبری و مدیریت برای پیشبرد اهداف آشنا نیستند؛ هرچند که غالباً در مرکز تصمیم‌گیری‌ها قرار دارند. اعتقاد بر این است که پزشکان بالینی که نقش‌های رهبری را برای ارتقای کیفیت به عهده می‌گیرند، در صورتی از پس موانع برخوانند آمد که با دانش و اصول مدیریت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

در سازمان جای بحث است (۲۷). درست است که مدیریت به‌سادگی به‌عنوان یک فعالیت اداری حرفه پزشکی دیده می‌شود اما در واقع عهده‌داری این مسئولیت مسئله کاملاً پیچیده‌ای است. مطالعات نشان می‌دهند پزشکان معتقدند آن‌ها برای نقش‌های مدیریتی آموزش کافی ندیده‌اند (۲۷، ۲۸). شاید علت آن تا حدودی مربوط به برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی باشد که نتوانسته است آموزش کافی را ارائه دهد. دیدگاه متخصصان پزشکی و مدیران تخصصی در مسئله کیفیت متفاوت است؛ به‌طوری‌که مدیران تخصصی رویکرد فنی‌تری نسبت به کیفیت نشان می‌دهند اما متخصصان پزشکی اغلب دید متعادل‌تری دارند؛ بنابراین لازم است متخصصان مراقبت‌های سلامتی هم از نظر بالینی و هم از نظر مدیریتی توانایی لازم را داشته باشند و بایستی مطالعات مناسبی در مورد صلاحیت‌های خاص موردنیاز برای یک مدیر-پزشک انجام شود (۲۷، ۲۸). اعتقاد بر این است که برای انجام هر کاری نیاز به اطلاعات و تخصص مربوطه می‌باشد و مدیریت نیز از این قاعده مستثنی نیست. صرفاً داشتن مدرک مرتبط با پزشکی و یا پزشکان و پرستاران الزاماً باعث صلاحیت اجرایی در زنجیره تأمین نمی‌شود (۲۹). قابلیت تخصصی مدیران یک الزام در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی می‌باشد. از آنجایی که شرایط ارائه خدمات درمانی به‌گونه‌ای است که بسته به نوع بیماران بسیار متنوع و گوناگون می‌باشد، پس تأمین و ارائه آن‌ها نیاز به مهارت دارد؛ بنابراین مدیرانی که در این زمینه فعالیت می‌کنند باید با معیارهای مناسب انتخاب‌شده و یا آموزش مناسب و مرتبط ببینند تا به بعد تخصصی نزدیک‌تر شوند (۳۰). در این زمینه، نتایج یک مطالعه توسط نصیری پور و همکاران (۱۳۹۳) که بر روی مدیران ارشد و میانی یک بیمارستان در زنجان انجام شد، نشان داد ۸۴/۶ درصد از مدیران ارشد و میانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه آنان صرفاً دارای دانش بالینی بودند و در مورد مدیریت آموزش کافی نداشتند (۳۱). علی‌رغم اینکه نتایج پژوهش حاضر نیاز به مدیران تخصصی در سازمان‌های خدمات سلامتی را برای پیشبرد و تأمین نیازها در زنجیره تأمین ضروری می‌داند اما شواهد حاکی از این است که در حوزه مدیریت زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی، دیدگاه تخصصی به‌خوبی موردتوجه قرار نگرفته است.

آشنا بوده و سبک رهبری مناسبی را اتخاذ نمایند (۲۰). بدون شک جنبه‌های تحول‌گرا و خلاق یک رهبر یا مدیر می‌تواند باعث شود که سازمان از یک حالت ایستایی خارج شود و نیروهای سازمان در جهت تغییرات محیطی و در راستای ارزش‌های سازمان کوشش نمایند؛ اما گاهی مدیران با کاربرد شیوه‌های خلاق در سازمان یا آشنا نیستند یا به کار نمی‌برند. رهبران تحول‌گرا دغدغه تحول و سازمان‌ها را دارند و بر کارکنان سازمان‌ها و پیروانشان تأثیر می‌گذارند. رهبران تحول‌گرا برای تحولات و مبادلاتی که بین رهبر و کارکنان اتفاق می‌افتد اهمیت زیادی قائل هستند (۲۴). از آنجایی که در سازمان‌های امروزی باوجود شرایط عدم قطعیت، ریسک‌پذیری و پویایی مهم است، خلاقیت به‌عنوان یک منبع حیاتی ضرورت دارد؛ بنابراین رهبران باید محیطی را ایجاد کنند که بتواند تجدید ساختار و فرهنگ سازمانی آن، مشوق خلاقیت و نوآوری باشد. خلاقیت سازمانی نیز به این بستگی دارد که چگونه رهبران، تنوع در سازمان را مدیریت و تشویق نموده و همچنین یک ساختار رهبری مؤثر ایجاد کنند که روند نوآوری را در سازمان حفظ کنند (۲۵). محبی‌فر و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که بر روی ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی در ۴ بیمارستان در مرکز و شمال غربی ایران انجام دادند نیز به این نتیجه دست یافتند که در اولویت‌بندی معیارهای کیفیت خدمات بیمارستانی، در حیطه مدیریت و هماهنگی، دارا بودن تیم مدیریتی قوی و نظام نظارتی مناسب ضروری است. به‌علاوه آن‌ها وجود تیم‌های مدیریتی چند تخصصی را موردتوجه قرار دادند (۲۶). یافته‌های این مطالعه نیز در راستای یافته‌های مطالعه حاضر بوده و تأکیدی است بر لزوم وجود مدیریت تخصصی در بیمارستان‌ها جهت ارتقاء ارائه کیفیت بیمارستانی. باید در نظر داشت که دسترسی به نیروی تخصصی، کار ساده‌ای نیست؛ از طرفی قدرت تخصص برای رهبر هم یک دارایی بزرگ محسوب می‌شود که اعتماد و پیروی کارکنان تسهیل‌تر خواهد شد؛ اما این تخصص الزاماً به مفهوم تخصص حرفه‌ای در امور درمان مثلاً پزشک بودن نیست. پس هرچند که داشتن برخی تخصص‌های حرفه‌ای در نیروی کار باعث بهبود کارایی در همان بُعد خواهد شد اما اینکه آیا تخصص حرفه‌ای (پزشک بودن) الزاماً باعث بهبود مدیریت به‌ویژه در حوزه زنجیره تأمین می‌شود، جای سؤال دارد. فانلی نیز معتقد است جایگاه پزشکان به‌عنوان مدیران بالینی و تفسیر نقش آنان



در پژوهش حاضر به توانایی برنامه‌ریزی در مدیریت و رهبری تأکید شد. برنامه‌ریزی بر نتایج مطلوبی تأکید دارد که در آینده به دست می‌آید و به‌عنوان یک عنصر کلیدی در رهبری، تصمیم‌گیری در مورد مسیر حرکت یک سازمان یا یک تیم و سپس تشخیص چگونگی رسیدن به آن با توانایی برنامه‌ریزی خوب و اجرای مناسب آن مقدور خواهد بود. برنامه‌ریزی نقش مؤثری در دستیابی به عملکرد مطلوب و بهره‌وری در ارائه خدمات سلامتی خواهد داشت. فرآیند انتخاب درست و راه‌های دستیابی به اهداف و برنامه‌ریزی خوب به هدفمندی سازمان، هماهنگی و استفاده بهینه از امکانات و هدایت کارکنان و مدیریت زمان کمک می‌کند (۳۲). راکووسکا و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه‌ای که در ۶۳ بیمارستان در کشور بلغارستان انجام دادند، بیان نمودند برنامه‌ریزی در بیمارستان‌ها باعث می‌شود در مواجهه با تغییرات، فرصت کافی برای استفاده از شرایط وجود داشته باشد (۳۳)، که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. در برخی مطالعات نیز برنامه‌ریزی اساسی‌ترین یا حتی اولین رکن مهم در علم مدیریت محسوب می‌شود و لازم است مدیران جایگاه ویژه‌ای برای برنامه‌ریزی در نظر بگیرند تا از اتلاف منابع مختلف و زمان جلوگیری شود (۳۴). افزایش مداوم و روزافزون هزینه‌های سلامت در کشور و از طرفی رشد هم‌زمان تقاضا برای خدمات مراکز درمانی و همچنین افزایش انتظار بیماران از کیفیت خدمات، این ضرورت را ایجاد کرده است که برای تأمین نیازها به شیوه‌های نوین برنامه‌ریزی نیز توجه شود؛ اما نتایج پژوهش بیانگر این است که هنوز جایگاه برنامه‌ریزی‌های جدید به‌خوبی مشخص نشده است. از طرفی به نظر می‌رسد هنوز مدیران از شیوه‌های مدیریت سنتی در برنامه‌ریزی‌ها استفاده می‌کنند (۳۵، ۳۶). مسلماً نتایج حاصل از برنامه‌ریزی مهم است و قوانین و مقررات دست و پاگیر و دارای ابهام خود مانعی برای عملکرد مناسب سازمان خواهد بود (۳۴).

در پژوهش حاضر مشارکت‌کنندگان بیان کردند در مدیریت زنجیره تأمین بایستی به مدیریت بحران نیز توجه شود. مسلماً مدیران سازمان‌های مختلف از جمله مراکز درمانی، نیازمند آگاهی از تهدیدات و فرصت‌های موجود در زنجیره تأمین می‌باشند، چراکه این تهدیدها و فرصت‌ها ممکن است سبب ایجاد بحران شده و بر دستیابی به اهداف کسب‌وکار زنجیره تأثیر بگذارد. با مدیریت این تهدیدها و تمام عواملی که زنجیره

تأمین را از اهداف کسب‌وکاری‌شان منحرف می‌سازد، بحران مهار می‌شود. در حوزه مدیریت زنجیره تأمین خدمات سلامتی، توجه ویژه به مدیریت بحران ضروری است چراکه حوادث غیرمترقبه از جمله انواع بلایای طبیعی و یا ساخته دست بشر می‌تواند تأثیرات مخربی بر زنجیره تأمین داشته باشد. هرچند که احتمال این بحران‌ها کم است اما این‌گونه فاجعه‌ها می‌تواند اختلالات وسیع و شدیدی در زنجیره تأمین ایجاد کند (۳۷). در این شرایط بیمارستان‌ها یکی از مراکزی هستند که بایستی کارایی مناسبی داشته باشند، چراکه میزان مراجعه به آنان چندین برابر خواهد شد. لذا به خاطر تأثیر جدی و اختصاصی بر مراقبت‌های سلامتی ضرورت دارد به مدیریت بحران توجه ویژه‌ای شود. روش‌های مناسب تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی در شرایط بحرانی برای کاهش اثرات این خطرات و نتایج نامطلوب آن ضروری است (۳۸). اعتقاد بر این است که مدیران برای حل مشکلات زنجیره تأمین نیاز به یک تیم بحران دارند تا هوشیارانه هرگونه اختلالی را بررسی نمایند و برای هرگونه اختلال یا کمبود احتمالی، پاسخ مناسب فراهم نمایند (۱۱).

علی‌رغم نوآوری و نقاط قوت مطالعه حاضر، از جمله استفاده از رویکرد کیفی جهت بررسی الزامات مدیریت و رهبری در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی، که با توجه به مطالعات محدود انجام شده در این زمینه روش مناسبی بوده و سبب درک عمیق‌تر چالش‌های مرتبط با این حوزه و غنای اطلاعات می‌گردد؛ این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به برخی از افراد خبره و کلیدی در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی، از جمله مدیران شرکت‌های تولید کننده در حوزه خدمات سلامتی، و همچنین بیماران، جهت انجام مصاحبه اشاره داشت. ضمناً با توجه به ماهیت تحقیقات کیفی، تعداد مشارکت‌کنندگانی که در مرحله اول مطالعه مورد مصاحبه قرار گرفتند اندک بود و صرفاً تجارب و دیدگاه برخی از مشارکت‌کنندگان مورد هدف در دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفته‌است، لذا این نتایج به راحتی قابل تعمیم به سایر مراکز درمانی نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نوپدید بودن زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی نسبت به سایر مشاغل و همچنین وجود نقص‌های نسبی در شرایط مسئولین برای قبول پست‌های مربوطه، از جمله

مشارکت کنندگان انجام شد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر، که انجام پژوهش بدون به اشتراک گذاری تجارب آنان غیرممکن بود اعلام نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. الف. م. ن، الف. الف. ن، ر. ز، ح. د

جمع آوری داده‌ها: م. الف. م. ن

تحلیل داده‌ها: م. الف. م. ن، الف. الف. ن، ر. ز

نگارش و اصلاح مقاله: م. الف. م. ن، الف. الف. ن، ر. ز، ح. د

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با کد ۱۲۸۱۰۷۰۶۹۵۲۰۰۳ می‌باشد که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

شیوه‌های رهبری، تخصص مربوطه، توانایی برنامه ریزی و غیره ضرورت دارد در انتخاب این افراد و نیز ارزیابی نحوه عملکرد آنان بازنگری شود و برای بهبود عملکرد آنان برنامه ریزی مناسب انجام شود. از مدیران موفق در حوزه زنجیره تأمین سایر مشاغل نیز در حد نیاز مشورت گرفته شود.

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، ضرورت دارد توجه جدی به تغییر سبک مدیریت اتفاق افتاده و در زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی نگاه خاصی به احتمال بروز یا تاثیر حوادث ناگهانی نیز وجود داشته باشد. اقدامات روزمره و بدون بازده حذف شده و از خلاقیت مدیران و کارکنان در بهبود این زنجیره استفاده گردد. رهبران تحول‌گرا با تشکیل تیم‌های تخصصی و استفاده از توانمندی‌های کارکنان سعی کنند با استفاده‌ی صحیح از منابع مالی و زیر ساخت‌های مناسب از جمله فناوری اطلاعات، زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی را مدیریت نمایند و در این فرآیند، نقش و جایگاه بیماران نیز به عنوان دریافت کنندگان اصلی خدمت مورد توجه قرار بگیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.Semnan.REC.1396.7) و ارائه توضیحات لازم در مورد پژوهش و اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از

References

- 1) Debie A, Khatri RB, Assefa Y. Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: a narrative review and synthesis of the literature. *Health Res Policy Syst* 2022; 20(1): 50.
- 2) Heydarnia M, Abachzadeh K, Damari B, Azargashb E, Vosoughmoghaddam A. Study of expert opinion on health promotive services for patients at hospitals affiliated to Shahid Beheshti university of medical science. *Pajoothane* 2009; 14(4): 183-90. [Persian]
- 3) Nampewo Z, Mike JH, Wolff J. Respecting, protecting and fulfilling the human right to health. *Int J Equity Health* 2022; 21(36): 36. 1-13. doi: 10.1186/s12939-022-01634-3.
- 4) Ratnapalan S, Lang D. Health care organizations as complex adaptive systems. *Health Care Manag (Frederick)* 2020; 39(1): 18-23. doi: 10.1097/HCM.000000000000284.
- 5) Buttigieg SC, Bezzina F, Xuereb A, Dey PK. Healthcare supply chain management: application in the maltese health care system. *Health Serv Manage Res* 2020; 33(2): 55-65. doi: 10.1177/0951484819871003.
- 6) Snowdon AW, Saunders M, Wright A. The emerging features of healthcare supply chain resilience: learning from a pandemic. *Healthc Q* 2022; 25(2): 44-53. doi: 10.12927/hcq.2022.26889.
- 7) Sukma DI, Setiawan I, Kurnia H, Atikno W, Purba HH. Quality function deployment in healthcare: systematic literature review. *Jurnal Sistem Teknik Industri* 2022; 24(1): 15-27. doi: 10.32734/jsti.v24i1.7297.
- 8) Arora M, Gigras Y. Importance of supply chain management in healthcare of third world countries. *Int J Supply Oper Manag* 2018; 5(1): 101-6. doi: 10.22034/2018.1.7.
- 9) Mathur B, Gupta S, Meena ML, Dangayach GS. Healthcare supply chain management: literature review and some issues. *J Adv Manag Res* 2018; 15(3): 265-87. doi: 10.1108/JAMR-09-2017-0090.
- 10) Mohammadian M, Yaghoubi M, Amin Jarrahi M, Babaei M, Bahadori M, Teymourzadeh E. Evaluating





- the performance of medical equipment supply chain management in military hospitals: a case study. *Journal of Military Medicine* 2022; 23(1): 75-89. doi: 10.30491/JMM.23.1.75. [Persian]
- 11) Emmett D. Supply chains in healthcare organizations: lessons learned from recent shortages. *Hosp Top* 2019; 97(4): 133-38. doi: 10.1080/00185868.2019.1644264.
 - 12) Lau YY, Dulebenets MA, Yip HT, Tang YM. Healthcare supply chain management under COVID-19 settings: the existing practices in Hong Kong and the United States. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(8): 1549. doi: 10.3390/healthcare10081549.
 - 13) Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: where do we stand?. *Oman Med J* 2013; 28(4): 285-7. doi: 10.5001/omj.2013.79.
 - 14) Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. *J Healthc Leadersh* 2014; 6: 75-83. doi: 10.2147/JHL.S46161.
 - 15) Nyaga GN, Young GJ, Zepeda ED. An analysis of the effects of intra-and interorganizational arrangements on hospital supply chain efficiency. *J Bus Logist* 2015; 36(4): 40-54. doi: 10.1111/jbl.12109.
 - 16) Jain V, Phoghat S, Ajmera P, Sirvi A. Modeling the barriers of Indian healthcare supply chain management using ISM. *Int J Supply Oper Manag* 2022; 9(3): 321-37. doi: 10.22034/ij som.2021.109007.2120.
 - 17) Brown A, Atif M, Hasselberg E, Steele P, Wright C, Babar ZUD. Human resources health supply chains and access to essential medicines. *J Pharm Policy Pract* 2014; 7: I2.
 - 18) Young GJ, Nyaga GN, Zepeda ED. Hospital employment of physicians and supply chain performance: an empirical investigation. *Health Care Manage Rev* 2016; 41(3): 244-55. doi: 10.1097/HMR.0000000000000074.
 - 19) Nikpeyma N, Abed Saedi Z, Azargashb E, Alavi Majd H. Framework approach: a method for analysis of qualitative data. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2014; 13(1): 41-50. [Persian]
 - 20) Kumar RD. Leadership in healthcare. *Anaesth Intensive Care Med* 2013; 14(1): 39-41. doi: 10.1016/j.mpaic.2012.11.006.
 - 21) Alidadi A, Zaboli R. Evaluation of effective components on transformational leadership in managers of an Iranian hospital from perspective of employee; an analytical study. *Health Research Journal* 2019; 4(1): 38-46. doi: 10.29252/hrjbaq.4.1.38. [Persian]
 - 22) Hargett CW, Doty JP, Hauck JN, Webb AM, Cook SH, Tsipis NE, et al. Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *J Healthc Leadersh* 2017; 9: 69-78. doi: 10.2147/JHL.S141664.
 - 23) Amerioun A, Hosseini SH, Karimi Z, Mahmoudi N. Hospital manager's leadership style from staffs viewpoint and its relationship with hospital indicators. *J Mil Med* 2011; 13(3): 125-32. [Persian]
 - 24) Gabel S. Transformational leadership in medical practice: capturing and influencing principles-driven work. *J Ambul Care Manage* 2012; 35(4): 304-10. doi: 10.1097/JAC.0b013e3182606e66.
 - 25) Huang Z, Sindakis S, Aggarwal S, Thomas L. The role of leadership in collective creativity and innovation: examining academic research and development environments. *Front Psychol* 2022; 13: 1-18. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1060412.
 - 26) Mohebifar R, Ghanaty E, Zaree F, Tagvae Z, Mohseny M, Amirian S, et al. Prioritizing the quality criteria of hospital services from the view of service providers and recipients. *Iran J Health Educ Health Promot* 2016; 4(2): 101-9. [Persian]
 - 27) Fanelli S, Lanza G, Enna C, Zangrandi A. Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 303. doi: 10.1186/s12913-020-05179-5.
 - 28) Grady CM, Hinings CRB. Turning the Titanic: physicians as both leaders and managers in healthcare reform. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)* 2019; 32(3): 338-47. doi: 10.1108/LHS-09-2017-0058.
 - 29) Lugada E, Ochola I, Kirunda A, Sembatya M, Mwebaze S, Olowo M, Ladwar DO, Komakech H. Health supply chain system in Uganda: assessment of status and of performance of health facilities. *J Pharm Policy Pract* 2022; 15(1): 58. doi: 10.1186/s40545-022-00452-w.
 - 30) Mahfoozpour S, Marzban S, Nazari-Shirkouhi S, Dehghan nayeri E. Selection criteria of public hospital managers in Iran health system. *Journal of Health Administration* 2019; 22(2): 86-98. [Persian]
 - 31) Nasiripour AA, Alimohammadzade K, Hosseini SM, Ahmadi SZ. Evaluating the competencies of top-middle managers working in Bou Ali-Sina hospital of Khoramdareh using 360-degree model. *Quantitative Researches in Management* 2015; 5(19): 161-76. [Persian]
 - 32) Mosadeghrad AM, Esfahani P. Hospital strategic planning prerequisites. *Journal of Hospital* 2019; 18(3): 73-86. [Persian]
 - 33) Rakovska MA, Stratieva SV. A taxonomy of healthcare supply chain management practices. *Supply Chain Forum* 2018; 19(1): 4-24. doi: 10.1080/16258312.2017.1395276.
 - 34) Tabibi J, Raeissi P, Nasiripour A. Strategic management implementation in hospitals affiliated to Iran university of medical sciences. *J Qazvin Univ*



- Med Sci 2003; 7(3): 54-60. [Persian]
- 35) Jaafari-pooyan E, Mosadeghrad AM, Ghiasipour M, Shaqura I. A leadership model for Iranian health-care organizations. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)* 2020; 33(4): 461-75. doi: 10.1108/LHS-05-2020-0022.
- 36) Kwon I, Kim SH, Martin DG. Healthcare supply chain management; strategic areas for quality and financial improvement. *Technol Forecast Soc Change* 2016; 113: 422-8. doi: 10.1016/j.techfore. 2016.07.014.
- 37) Okeagu CN, Reed DS, Sun L, Colontonio MM, Rezayev A, Ghaffar YA, et al. Principles of supply chain management in the time of crisis. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2021; 35(3): 369-76.
- 38) Dixit A, Routroy S, Dubey SK. A systematic literature review of healthcare supply chain and implications of future research. *Int J Pharm Healthc Mark* 2019; 13(4): 405-35. doi: 10.1108/ijphm-05-2018-0028 .

Research Article

Management and Leadership Requirements in Hospital Service Supply Chain: A Mixed Method Study

Musarrezha Mohagheghnejad ¹, Amir Ashkan NasiriPour ^{2*}, Ruhollah Zaboli ³,
Hossein Damghanian ⁴

¹ Ph.D. student in Health Services Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

² Associate Professor, Department of Health Services, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

³ Associate Professor, Department of Health Administration, School of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Professor, School of Economics, Management and Administrative Sciences, Semnan University, Iran

* **Corresponding Author:** Amir Ashkan NasiriPour

nasiripour@srbiau.ac.ir

ABSTRACT

Citation: Mohagheghnejad M, NasiriPour AM, Zaboli R, Damghanian H. Management and Leadership Requirements in Hospital Service Supply Chain: A Mixed Method Study. *Manage Strat Health Syst* 2024; 8(4): 375-87.

Received: January 27, 2024

Revised: March 11, 2024

Accepted: March 12, 2024

Funding: The authors have no support or funding to report.

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

Background: The supply chain of hospital services is a relatively new and highly challenging field, and it is crucial for relevant officials to possess the necessary skills. The success in this domain relies on the characteristics of managers, their management practices, and their leadership style. This study aims to investigate the requirements of management and leadership in hospital services' supply chain.

Methods: This study employed a two-stage mixed-methods approach carried out from 2018 to 2021. In the first stage, a qualitative study was conducted using purposive sampling and semi-structured in-depth interviews with 15 experts in various leadership positions. The data collected in this stage were analyzed using framework approach. Subsequently, the primary themes that emerged from the analysis were presented to 8 experts in the form of a questionnaire. The experts' responses were then analyzed to determine the level of agreement on different topics using Delphi method, Kendall's coefficient of agreement, and the mean was compared through SPSS ²¹.

Results: The experts identified transformationalism, planning capability, crisis management, and creativity as the most crucial factors. Furthermore, there was a high level of agreement regarding the influence of managers (4.62 ± 0.51), maintaining distance from mundane routines (4.50 ± 0.53), and attending to various incidents in hospital services supply chain (4.50 ± 0.53). Considering that Kendall Rank Correlation Coefficient (w) was 0.53 in the first round and 0.72 in the second round and was statistically significant, there was a strong consensus among the expert panel.

Conclusion: According to the results of the present study, it is necessary to pay serious attention to the change in management style and hospital services supply chain, there should be a special focus on the possibility of occurrence or impact of sudden accidents. Also, routine and ineffective actions should be eliminated and the managers and employees should be more creative to improve this chain. Transformational leaders should try to manage the hospital services supply chain by forming specialized teams and using the capabilities of employees with the reasonable use of financial resources and appropriate infrastructures, including information technology.

Key words: Management, Leadership, Transformation, Supply chain, Hospital