



سوابق بهینه کاوی مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶

محمد رضا ملکی^۱ / سید داود نصرالله پور شیروانی^۲ / محمد اسماعیل مطلق^۳

شهرام توفیقی^۴ / محمد جواد کبیر^۵ / ناهید جعفری^۶

چکیده

مقدمه: بهینه کاوی به منظور شناسایی تجارب و دستاوردهای موفق کسب و کار جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی بهینه کاوی توسط مدیران و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و ارتباط آن با عوامل فردی و سازمانی انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی در بهار ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه پژوهش مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بوده که ۱۳ دانشگاه به صورت طبقه‌ای و تصادفی منظم انتخاب شدند. در دانشگاه‌های منتخب کلیه مدیران و کارشناسان مسئول در دسترس، به صورت سرشماری مورد مصاحبه و پرسشگری قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده شامل متغیرهای فردی و سازمانی بود که روایی و پایایی آن تأیید شد.

یافته‌ها: از بین ۲۹۳ مدیر و کارشناس مسئول مطالعه شده، ۷۵ نفر (۲۶٫۵ درصد) جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمان خود، ۱۶۷ مورد از تجارب و دستاوردهای موفق دیگر سازمان‌ها بهره‌مند شدند. بیشترین موارد بهینه کاوی (۶٫۷ درصد) از طریق بازدید از محل بوده، ۸۶٫۲ درصد بهینه کاوی از حوزه سلامت و ۹۱ درصد بهینه کاوی در داخل کشور انجام گرفت. از بین عوامل فردی و سازمانی فقط، مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه با میزان بهینه کاوی رابطه معنی دار وجود داشت ($P=0,045$).

بحث: سرانه بهینه کاوی در بین مدیران و کارشناسان مسئول نازل بود که ضرورت دارد برای ترویج و توسعه آن، برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجرا گردد.

کلید واژه‌ها: الگوبرداری، بهینه کاوی، ترازایی، محک زنی، دانشگاه علوم پزشکی

• وصول مقاله: ۸۹/۱۰/۲۰ • اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۱۹ • پذیرش نهایی: ۹۰/۷/۳

• این مقاله بخشی از رساله تحت عنوان ارزیابی عملکرد معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بر اساس مدل تعالی EFQM در مقطع دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در سال ۱۳۸۹ با کد ۹۴۰ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پشتیبانی مرکز سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا شده است.

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. کارشناس ارشد ارزیابی عملکرد، دانشگاه علوم پزشکی بابل؛ نویسنده مسئول (dns Shirvani@gmail.com)

۳. دانشیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۴. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

۵. مربی مرکز مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۶. استادیار مرکز مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

دنیای کسب و کار معاصر که به دنیای رقابت، سرعت و نوآوری شناخته شده است، طی زمان آینده نه تنها آرامشی بر آن حاکم نمی‌گردد، بلکه همواره متلاطم تر و پیچیده تر هم خواهد شد. [۱] طبیعی است که اگر سازمان‌ها و مؤسسات موجود قابلیت تطابق با این تغییرات پررمز و راز را نداشته باشند، به سادگی پاسخگوی نیازها، انتظارات و توقعات جدید و رو به رشد مشتریان خود نبوده و برای حفظ بقا خود محتمل هزینه گزافی خواهند شد. بنابراین به موازات تغییرات حاصله در بازار کسب و کار و نیازهای جامعه، توجه به بهسازی سازمانی و بهبود عملکرد یکی از عوامل مهم بقا و رشد محسوب می‌شود. [۲] برای پویایی و قابلیت افزایی سازمان‌ها فنون و ابزارهای متعددی ارائه شده که یکی از آنها بهینه‌کاو می‌باشد که در زبان فارسی به الگوبرداری، ترازبایی و محک زنی هم ترجمه شده است. بهینه‌کاو که برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط شرکت زیراکس به کار گرفته شد [۳] عبارت است از فرایند شناسایی، درک و تطبیق استراتژی‌ها، فرایندها و عملکردهای اثربخش یا روش‌های برتر موجود به منظور اصلاح فرایندها و بهبود عملکرد خود می‌باشد. [۴-۷] هدف بهینه‌کاو مطالعه و ارزیابی کارایی فرایندهای جاری و مقایسه‌ی آنها با بهترین‌ها بوده [۸] که در نهایت منجر به افزایش بهره‌وری و جلوگیری از اتلاف سرمایه و زمان می‌شود. [۹] بنابراین سازمان‌ها از بهینه‌کاو به عنوان محرکی برای حفظ شرایط برتر یا پیشی گرفتن از دیگران از طریق مدیریت مؤثر بر تغییرات مورد نیاز به منظور به حداکثر رساندن منافع استفاده می‌کنند. [۱۰]

بهینه‌کاو در سازمان‌ها مزایای فراوانی دارد که موارد زیر را می‌توان از فواید عمده آن نام برد:

- ۱- ایجاد شناخت از عملکردهای برتر در سطح ملی و جهانی
- ۲- ایجاد درک بهتر از موقعیت فعلی خود
- ۳- تشویق به نوآوری

۴- شناخت به موقع و بهتر از نیازهای در حال تغییر مشتریان

۵- ایجاد انگیزه برای بهبود و رشد سازمان

۶- کمک به تسریع تغییرات و مدیریت آنها

۷- تدوین اهداف مناسب اجرایی

۸- ایجاد برنامه‌های عملیاتی واقع بینانه تر. [۱۱-۱۲]

در بازار کسب و کار انواع مختلفی از بهینه‌کاو وجود دارد. فریتاک و هولنسن انواع بهینه‌کاو را در چهار دسته: ۱- بهینه‌کاو داخلی ۲- وظیفه‌ای ۳- رقابتی و ۴- عمومی طبقه‌بندی نمودند. [۱۳] کوکس بهینه‌کاو را یک طیف دوقطبی مطرح کرده که یک قطب آن رقابتی و قطب دیگرش مصالحه‌ای است. در قطب مصالحه‌ای دو یا چند سازمان با همکاری یکدیگر جو یادگیری را برای رسیدن به عملکرد بهتر ایجاد می‌کنند. [۱۴] بهینه‌کاو یک فرایند ساختارمند و چند مرحله‌ای است که طرح، جستجو، مشاهده، تجزیه و تحلیل و تطبیق در آن به صورت منظم انجام می‌گیرد. [۱۵] در خصوص گام‌های بهینه‌کاو مدل‌های مختلفی ارائه شده است. زیراکس فرایند ده مرحله‌ای، IBM فرایند ۱۴ مرحله‌ای، Spendolini فرایند پنج مرحله‌ای، Acoa فرایند شش مرحله‌ای را ارائه دادند. [۱۶] فونگ و همکارانش با بررسی مدل‌های مختلف، یک فرایند هشت مرحله‌ای را برای انجام بهینه‌کاو مؤثر به شرح زیر طراحی نمودند:

۱- تصمیم‌گیری راجع به موضوعی (انتخاب محصول یا خدمت یا فرایند خاص) که باید مورد بهینه‌کاو قرار گیرد.

۲- درک عملکرد خود از طریق شناسایی عوامل کلیدی موفقیت

۳- شناسایی بهترین مجریان خارجی یا واحدهای داخلی

۴- جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات

۵- تعیین شکاف عملکرد جاری و تعریف پروژه‌هایی برای دستیابی به سطح عملکردی آینده یا مطلوب

با وجودی که بهینه کاوی از دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک تکنیک مدیریتی در کشورهای توسعه یافته مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی در ایران هنوز مورد توجه جدی سازمان‌ها خصوصاً سازمان‌های نظام مراقبت سلامت قرار نگرفته است. این در صورتی است که در نظام سلامت جز در صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی عمده بهینه کاوی‌ها جنبه غیر رقابتی داشته و معمولاً دسترسی به اطلاعات مورد نیاز آسان و کم هزینه خواهد بود. بنابراین آن دسته از مشکلاتی که برای بهینه کاوی در بخش صنعتی وجود دارد کمتر متوجه بخش سلامت می‌شود و مدیران و کارشناسان حوزه سلامت اگر آشنایی و مهارت کافی از این فن مدیریتی داشته باشند، براحتی می‌توانند از مزایای بکارگیری آن در جهت بهبود و توسعه عملکرد سازمانی بهره‌مند شوند. این مطالعه با هدف تعیین میزان بهینه کاوی در حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که بخش بزرگی از نظام مراقبت سلامت ایران محسوب می‌شود، انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در بهار ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه مدیران و کارشناسان مسئول واحدهای ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تشکیل می‌دهند. با توجه به برآورد $(p=0,7)$ ، $d=0,05$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، تعداد ۳۲۲ نفر به عنوان حجم نمونه و برابر با تشکیلات سازمانی که حدوداً ۲۵ نفر مدیر و کارشناس مسئول در حوزه ستادی معاونت بهداشتی هر دانشگاه به کار گمارده شدند، ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی با در نظر گرفتن تیپ‌بندی [۲۰] به صورت طبقه‌ای و تصادفی منظم (دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، کرمان و گیلان از تیپ یک، دانشگاه‌های علوم پزشکی سمنان، مازندران، هرمزگان، همدان، یزد از تیپ دو و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ایلام، خراسان جنوبی،

۶- جلب موافقت ذینفعان و ایجاد اهداف عملیاتی
۷- توسعه طرح‌های بهبود و اجرای بهترین عملیات
۸- نظارت بر پیشرفت و بررسی مجدد سنجش‌های بهینه کاوی شده. [۱۷]

گرچه بهینه کاوی در هر سازمان تولیدی و خدماتی قابلیت استفاده دارد و در اکثر موارد به ارزش افزوده منجر می‌شود، اما بعضی از سازمان‌ها در اجرای این فن ساده با مشکل مواجه شده و یا شکست خورده اند. [۱۸] دترو برای اجتناب از اشتباهات احتمالی در فرایند بهینه کاوی ده مورد شامل: حمایت ناکافی، انتخاب افراد نامناسب برای بهینه کاوی، عدم درک کامل گروه از نحوه انجام کار، انتخاب حوزه‌های کاری وسیع، محاسبه نادرست از زمان و هزینه مورد نیاز، تمرکز بر اهداف عملکردی به جای توجه بر فرایندها، هماهنگ نبودن طرح بهینه کاوی با سایر استراتژی‌های سازمان، عدم درک درست از مأموریت و اهداف سازمان، عدم بررسی و بازدید از سازمان‌های برتر، طراحی و استقرار نظام ناکارآمد بهینه کاوی را متذکر می‌شود. [۱۹]

شرکت زیراکس که بازار ۹۳ درصدی دهه ۱۹۶۰ را به ۴۲ درصد در سال ۱۹۸۳ از دست داده بود، با مطالعه وسیع و بهینه کاوی گسترده از شرکت فدرال اکسپرس در زمینه صدور فاکتور، از شرکت کومینز انجین در برنامه ریزی تولید، از شرکت خرده فروش البسه آلابین در سیستم تدارکات و الگوبرداری از شرکت‌های دیگر در سیستم توزیع توانست بعد از مدت ۵ سال، ۶۰ درصد شکایت مشتریان را کاهش و سطح تقاضا را ۴۰ درصد افزایش دهد. [۱۲]

در ایران شرکت ایران خودرو، با الگوبرداری از شرکت آلمانی SAP در زمینه پیاده سازی سیستم اطلاعاتی یکپارچه، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری از چند دانشگاه برتر جهان در خصوص نحوه تأمین منابع انسانی، شرکت ایرانول با الگوبرداری از چند سازمان مشابه جهانی توانستند بهبودی در عملکرد سازمانی ایجاد نمایند. [۱۲]

افراد (۵۴ درصد) در گروه سنی ۴۹- ۴۰ سال قرار داشتند و سابقه خدمت بیشتر آن‌ها (۵۲ درصد) ۱۹- ۱۰ سال بوده که میانگین سنی و کل سابقه خدمت به ترتیب 16 ± 7 و 41 ± 6 می‌باشد. از نظر میزان تحصیلات ۷ نفر (۲ درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۴۶ نفر (۵۰ درصد) لیسانس، ۳۹ نفر (۱۳ درصد) فوق لیسانس، ۸۷ نفر (۳۰ درصد) دکتری حرفه‌ای و ۴ نفر (۱ درصد) دارای دکتری تخصصی بودند که ۴۲ نفر (۱۴ درصد) از مدیران و کارشناسان مسئول به دوره MPH هم راه یافتند. رشته تحصیلی ۲۴۴ نفر (۸۳ درصد) پزشکی، پیراپزشکی و بهداشت، ۲۸ نفر (۱۰ درصد) مدیریت، حسابداری و گرایش‌های وابسته و ۲۱ نفر (۷ درصد) از سایر بوده است. ۲۶۷ نفر (۹۱ درصد) در واحدهای فنی و ۲۶ نفر (۹ درصد) در واحدهای اداری و مالی اشتغال داشتند. سمت ۱۳۴ نفر (۴۶ درصد) مدیر و ۵۴ درصد مابقی کارشناس مسئول با میانگین 6 ± 5 و ۵۴ درصد سابقه بوده است. ۶۵ نفر (۲۲ درصد) در دانشگاه‌های تیپ یک، ۱۱۵ نفر (۳۹ درصد) در دانشگاه‌های تیپ دو و ۱۱۳ نفر (۳۹ درصد) در دانشگاه‌های تیپ سه و مستقل شاغل بودند.

از ۲۹۳ نفر مورد بررسی هیچکدام در خصوص تکنیک بهینه کاوی به شکل رسمی یا علمی آموزش ندیده بودند ولی ۷۵ نفر (۲۶,۵ درصد) به منظور بهبود و توسعه عملکرد سازمانی خود، سابقه‌ای حداقل یک مورد تا حداکثر ۴ مورد بهینه کاوی داشتند و مجموعاً ۱۶۷ مورد بهینه کاوی در طول سه سال ثبت گردید که بدین ترتیب سرانه الگوبرداری مدیران و کارشناسان در طول ۳ سال ۰,۶ و متوسط سالانه آن ۰,۲ بوده است. جدول ۱ فراوانی الگوبرداری را بر اساس تیپ بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های الگو دهنده و ملیت آن‌ها، حیطه الگوبرداری و طرق بهره‌مندی از الگوبرداری و جدول ۲ نمونه‌ای از الگوهای بهره‌مند شده را نشان می‌دهد.

رفسنجان، قم و گناباد از تیپ سه و مستقل) انتخاب گردید. با مراجعه حضوری یکی از پژوهشگران به دانشگاه‌های منتخب، کلیه مدیران و کارشناسان مسئول در دسترس به صورت سرشماری و با توجیه و آموزش مختصر و اخذ رضایت شفاهی مورد پرسشگری و مصاحبه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه طراحی شده توسط محقق بوده که شامل دو قسمت متغیرهای دموگرافیک و سازمانی با ده سؤال جنس، سن، سابقه خدمت، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، گذراندن دوره MPH، واحد ستادی محل خدمت، سمت فعلی و سابقه خدمت در سمت فعلی، تیپ بندی دانشگاه‌ها و قسمت دوم با پنج سؤال شامل: سابقه بهینه‌کاوی در طول سه سال گذشته، مورد بهینه کاوی، سال بهینه‌کاوی، سازمان مورد بهینه‌کاوی، طرق بهینه کاوی بوده است. جهت روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روایی صوری استفاده و پرسشنامه اولیه بعد از اعمال نظر ۱۲ نفر از اساتید دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدیران و کارشناسان ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهایی شده و پایایی آن هم با آزمون آلفای کربناخ ۹۶ درصد محاسبه گردید. داده‌های جمع‌آوری شده بعد از کدگذاری، وارد نرم‌افزار Excel شده و با آزمون‌های Chi-Square و Fisher's Exact برای متغیرهای کیفی مثل جنس، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، گذراندن دوره MPH، واحد ستادی محل خدمت، سمت فعلی و تیپ‌بندی دانشگاه‌ها با سوابق بهینه کاوی و با آزمون Spearman برای تعیین همبستگی بین متغیرهای کمی مثل سن و سابقه خدمت و Kendal's برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای مثل سطح تحصیلات و تیپ بندی دانشگاه‌ها در نرم‌افزار SPSS در سطح معنی داری $p < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۲۹۳ مدیر و کارشناس مسئول مطالعه شده، ۱۷۵ نفر (۶۰ درصد) مرد بودند. از نظر سنی بیشترین

جدول ۱: فراوانی موارد الگوبرداری مدیران و کارشناسان مسئول مورد مطالعه شاغل در حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بر اساس تیپ بندی

ردیف	تیپ‌های دانشگاهی	تعداد افراد مورد مطالعه	تعداد موارد الگوبرداری	سازمان الگو گرفته شده			ملیت سازمان‌ها		حیطه الگوبرداری			طرق بهره‌مندی از الگو		
				داخل دانشگاهی	وزارت متبوع	سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	خارج از حوزه سلامت	ایرانی	خارج از ایران	بهداشتی درمانی	پشتیبانی (مدیریتی یا اداری، مالی)	بازدید از محل	وب سایت اینترنتی	مکاتبه
۱	تیپ ۱	۶۵	۳۸	۵	۲	۲۰	۱۱	۳۱	۷	۲۲	۱۶	۱۶	۱۰	۱۲
۲	تیپ ۲	۱۱۵	۶۶	۹	۲	۳۸	۱۷	۶۲	۴	۳۰	۳۶	۳۷	۸	۲۱
۳	تیپ ۳ و مستقل	۱۱۳	۶۳	۷	۷	۳۹	۱۰	۵۹	۴	۳۵	۲۸	۲۵	۲۲	۱۶
	جمع	۲۹۳	۱۶۷	۲۱	۱۱	۹۷	۳۸	۱۵۲	۱۵	۸۷	۸۰	۷۸	۴۰	۴۹

جدول ۲: نمونه‌ای از موارد الگوبرداری شده در سال‌های ۸۸-۱۳۸۶ توسط مدیران و کارشناسان مسئول حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه

الگوبردار دانشگاه	مورد الگوبرداری شده	نام سازمان مورد الگوبرداری	نحوه دسترسی به الگو مورد استفاده
گیلان	انتصاب مدیران با استفاده از تکنیک ۳۶۰ درجه	شرکت ایران خودرو تهران	مکاتبه
مازندران	تدوین برنامه استراتژیک ساماندهی معاندان حاد	د.ع. پ کرمانشاه	مکاتبه
بیرجند	ارتقاء برنامه سالمندان	شهرداری تهران	وب سایت اینترنتی
گناباد	تهیه چک لیست ارزیابی رسانه‌های آموزشی	د.ع. پ. جندی شاپور اهواز	وب سایت اینترنتی
سمنان	تکمیل شرح وظایف هیئت امناء مراکز بهداشتی و درمانی	د.ع. پ خراسان رضوی	مکاتبه
یزد	تدوین پیمان نامه عدم استعمال دخانیات در منزل و اتومبیل	برنامه‌های مبارزه با دخانیات چند کشور خارجی	وب سایت اینترنتی
کرمان	افزایش کیفیت ارائه خدمت در DIC زنان	برنامه HIV/ADS کشور مالزی	بازدید از محل
رفسنجان	تأسیس NGO پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی	چند سازمان مردم نهاد (سمن) تهران	بازدید از محل
همدان	گزارش دهی بیماری‌ها با استفاده از GIS	اداره کل دامپزشکی استان همدان	بازدید از محل
هرمزگان	بهبود نحوه توزیع اعتبارات متمرکز به مرکز بهداشت شهرستان	د.ع. پ زاهدان	بازدید از محل
ایلام	خرید خدمت دندانپزشکی از بخش خصوصی	د.ع. پ قم	مکاتبه
قم	ایجاد سیستم برقراری ارتباط کارکنان ستاد مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی با ستاد استان از طریق wireless	معاونت توسعه مدیریت و منابع د.ع. پ قم	بازدید از محل
ایران	تدوین مدل طرح ریزی خدمات سلامت اجتماعی	شرکت RAND ایالات متحده آمریکا	وب سایت اینترنتی

از ۱۶۷ مورد الگو فهرست شده در طول سه سال گذشته ۳۴ مورد (۲۰ درصد) در سال ۱۳۸۶، ۶۴ مورد (۳۸ درصد) در سال ۱۳۸۷ و ۶۹ مورد (۴۲ درصد) در سال ۱۳۸۸ گرفته شده است. میزان بهینه کاوی از بین متغیرهای فردی و سازمانی تنها با مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه با آزمون Chi-Square رابطه معنی دار وجود داشت ($P=0,045$). بنابراین میزان بهینه کاوی با جنس، سن، کل سابقه خدمت، سابقه خدمت در مسئولیت فعلی، رشته تحصیلی، محل خدمت فعلی (واحد ستادی)، مسئولیت سازمانی (مدیر/غیرمدیر) ورود به دوره MPH رابطه معنی دار نداشت ($P>0.05$).

از ۹۷ مورد الگو بهره‌مند شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، خراسان رضوی (مشهد) با ۱۵ مورد، فارس (شیراز) با ۱۴ مورد، اصفهان با ۶ مورد به ترتیب رتبه اول تا سوم، اهواز، کرمان، ارومیه با ۵ مورد رتبه چهارم و کرمانشاه، گلستان، مازندران با ۴ مورد رتبه هفتم را به عنوان سازمان الگو دهنده کسب نمودند.

بحث

در محیط کسب و کار امروز که تکنولوژی و روش‌های تولید محصولات و خدمات برای افزایش کیفیت به طور مداوم تغییر می‌نمایند، بهینه کاوی یا جستجو برای شناسایی تکنولوژی و روش‌های برتر به منظور بهبود و توسعه عملکرد سازمانی غیر قابل اجتناب خواهد بود. از دهه ۱۹۸۰ میلادی بهینه کاوی به عنوان یکی از محرک‌های بهبود مستمر و توسعه دهنده خلاقیت و نوآوری آنقدر اهمیت یافته است که در ایالات متحده آمریکا یکی از اهداف جایزه تعالی مالکوم بالدريج لحاظ شده است. [۲۱] در ایران هم که از سال ۱۳۸۲ جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی برای ارزیابی و معرفی سازمان‌های برتر به کار گرفته شده، یکی از سه

هدف آن، ایجاد فضای لازم برای تبادل تجربیات موفق سازمان‌ها مطرح گردید. [۲۲-۲۳] با توجه به اهمیت فوق، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سرانه موارد بهره‌مندی از تجارب و دستاوردهای موفق دیگران با توجه به جایگاه سازمانی (ستاد دانشگاهی و مسئولیت مدیریتی) که بیش از دیگر همکاران استانی و شهرستانی نقش مهم‌تر و مؤثرتری در طراحی، ارزیابی و اصلاح برنامه‌ها دارند، در حد مطلوب نمی‌باشد. در صورتی که بنا به نظر کوکس [۱۴] بهینه کاوی در حوزه سلامت و سازمان‌های غیر انتفاعی به دلیل اینکه جنبه رقابتی ندارد، به سادگی و با هزینه کم امکان پذیر می‌باشد. یکی از دلایل پایین بودن سرانه بهینه کاوی ممکن است عدم آموزش این تکنیک در گروه مورد مطالعه باشد که هنور دانش و مهارت لازم برای انجام جستجوی ساختارمند و هدف‌گرا را تحصیل نکردند.

یافته این مطالعه نشان می‌دهد که کمتر از یک چهارم الگوهای گرفته شده از سازمان‌های خارج از حوزه سلامت می‌باشد، در صورتیکه تقریباً نیمی از الگوها در حیطه‌های پشتیبانی (مدیریتی یا اداری مالی) بوده است. اگر بپذیریم که سازمان‌های بخش صنعت و خدمات ممکن است در حیطه پشتیبانی روش‌های برتری را تجربه کرده باشند، شاید ضروری باشد که جستجو و مقایسه در خارج از حوزه سلامت توسعه بیشتری یابد.

یکی دیگر از یافته مطالعه حاضر نازل بودن موارد بهره‌مندی از تجارب سازمان‌های خارج از کشور می‌باشد که یکی از دلایل آن ممکن است تسلط ناکافی به زبان بین‌المللی و ضعف برقراری ارتباط باشد که این مورد در مطالعه مطلق و همکاران گزارش گردید که تنها ۲۵ درصد از افراد مورد مطالعه در سطح میان‌سطح (سطح دو) و ۷ درصد در سطح پیشرفته (سطح

- ۳- واحدهای ستادی وزارت با برگزاری نشست‌های گروهی انتقال تجارب و دستاوردهای موفق را تشویق و در این راستا فرهنگ سازی نماید.
- ۴- حداقل سالی یکبار تور بهینه کاوی برگزار شود تا مدیران و کارشناسان با دانش و مهارت و هدفمند از سازمان‌های موفق بازدید نمایند.
- ۵- پیاده سازی یا بهره‌مندی از مدل تعالی سازمانی مثل EFQM کمک شایانی به فرهنگ سازی و توسعه بهینه کاوی می‌نماید

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران، از پشتیبانی مرکز سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت متبوع، از معاونین محترم بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه و معاونان محترم فنی و اجرایی آنان بخاطر ایجاد زمینه مطلوب پرسشگری و از مدیران محترم گروه‌ها و کارشناسان مسئول محترم که در جمع آوری داده‌ها صمیمانه همکاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

سه) زبان بین المللی آموزش دیده بودند، مورد تأیید قرار می‌گیرد. [۲۴]

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که نحوه آشنایی و بهره‌مندی از تجارب و دستاوردهای موفق دیگران از طریق وب سایت‌های اینترنتی کمتر از روش‌های دیگر می‌باشد. در صورتی که در کشورهای توسعه یافته، اخذ اطلاعات از طریق اینترنت آنقدر افزایش یافته است که در سال‌های اخیر بحث E-Benchmarking را مطرح می‌نمایند. [۲۵] در ایران یکی از دلایل پایین بودن بهره‌مندی از تجارب دیگران از طریق وب سایت‌های اینترنتی ممکن است به علت عدم انعکاس تجارب موفق سازمان‌ها در سایت‌های اینترنتی یا انعکاس نارسا و غیرشفاف آن باشد.

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که تجارب موفق بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی بیشتر از سایر دانشگاه‌ها، مورد الگو قرار گرفته است که یکی از دلایل آن ممکن است قدمت و وسعت توسعه یافتگی آن‌ها باشد که در اکثر موارد در اصلاح برنامه‌های جاری و یا تولید برنامه‌های جدید، پیشگام هستند و یا به خاطر این باشد که بیش از دیگران تجارب و دستاوردهای موفق خود را از طریق وب سایت اینترنتی، مجلات، برگزاری و یا حضور در نمایشگاه‌ها، منعکس می‌کنند.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که سرانه بهینه کاوی در بین مدیران و کارشناسان مسئول نظر به جایگاه سازمانی آنان نازل می‌باشد که برای ترویج و توسعه آن پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- حداقل یک دوره آموزشی برای کلیه مدیران و کارشناسان برگزار گردد.
- ۲- استراتژی بهینه کاوی در کمیته‌ها و کارگروه بهبود و توسعه عملکرد اضافه گردد.

References

- 1- Spuaza J. Our defining moment. Journal of American Health Information Management Association. Sep 2002; 56-9.
- 2- Irannejad Parizi M, Sasangohar P. Organization and Management: Theory and Practice. Tehran: Central Bank of the Islamic Republic of Iran; 2001. [Persian]
- 3- Zairi M, Leonard P. Practical benchmarking: a complete guide. Cambridge. Chaman and Hall; 1994.
- 4- Chang R, Kelly K, Chang L. Improving through benchmarking. USA. Pfeiffer & Company; 1999.
- 5- Boxwell R. Benchmarking for competitive advantages. New York. McGraw Hill; 1994.
- 6- Mohebbati V. Oil well drilling bits efficiencies optimization using benchmarking method in one of Iranian's oil field. Tehran. Islamic Azad University. Science and research branch; 2009.
- 7- Nabi Abkar M. Learning Organizations; leading rationalism. Tabir on Management 2007; 185:20-24. [Persian]
- 8- Carpinetti L, Melo A. "What to benchmark?: A systematic approach and cases", Benchmarking: An International Journal 2002; 9 (3): 244 – 255.
- 9- Louperi Zangeneh A. Process analysis and modeling of stone industry of Turkey [MSc thesis]. Tehran. Islamic Azad University. Science and research branch; 2009. [Persian]
- 10- Mehvari A. Benchmarking. Tabir on Management 2004; 153: 32-34. [Persian]
- 11- Okland Jhon S. Total Organizational Excellence: Achieving world-class performance. Oxford Hill 2001: 113-122.
- 12- Sepehri M. Benchmark in re-engineer business. Sharif Journal 2006; 34: 51-57. [Persian]
- 13- Freytag PV, Hollensen S. The process of benchmarking, benchmarking and benchaction. The TQM Magazine 2001; 13(1): 25-34.
- 14- Fong SW, Cheng EWL, Ho DCK. Benchmarking: A General Reading for Management Practitioners. Management Decision 1998; 36(6): 407-418.
- 15- Shockri M. Benchmarking. Iranian Information and Documentation Centre 2001; 36: 19-22. [Persian]
- 16- Boxwell R. Benchmarking for competitive advantages. New York. McGraw Hill; 1994.
- 17- Fong PS, Shen QP, Cheng EW. A framework for benchmarking the value management process. Benchmarking: An International Journal 2001; 8 (4):306-316.
- 18- Azar A, Rajebzadeh A. Concepts and implementation of process benchmarking in management system, management and development magazine 2002; 145: 36-50. [Persian]
- 19- De Toro I. The 10 pitfalls of benchmarking. Quality progress 1995; 28(1):61-63.
- 20- Ministry of Health and Medical Education. Reform Structure of Ministry of Health and Medical Education. Volume 10. 1999. [Persian]
- 21- Besterfield A, Daheh B, Glentt S, Total Quality Management, New York. Prinice-hall; 1995 :244.
- 22- Iran Benchmarking center. Available, online form URL: www.IRANAWARD.org
- 23- Maleki MR, Tofighi S, Nasrollapour Shirvani SD, Motlagh ME, Jafari N, Kabir MJ, Comprehensive Performance assessment models & Organizational Excellence. Babolsar. Nima. 2010. [Persian]
- 24- Motlagh ME, Jafari N, Kabir MJ, Maleki MR, Tofighi S, nasrollapour Shirvani SD. Result Of National project of managerial and organizational infrastructures in health deputy of Iran Universities of Medical Sciences to implementation of excellence model. Special National Workshop. Mazandaran University of Medical Sciences, July 2010. [Persian]
- 25- Gahfori Mirsarahi ME. Benchmarking of best, world quality 2006; 3(8): 4-8. [Persian]

The Effectiveness of Government expenditures on Human Development Indicators

Case study: Organization of Islamic Countries

Basakha M.^{1/} Sabbagh Kermani M.^{2/} Yavari K.²

Abstract

Introduction: In modern economics, equity objectives are the main reasons for government intervention. Dispensation policies are not only related to economic outcomes (such as income, etc.), but encompass other issues such as education, health and social services. This has led to entrusting the provision of social health and educational needs to the government. The purpose of this study was to investigate how much government expenditures would be effective in achieving better health outcomes.

Methods: In this study, panel data of a group of Organization of Islamic Countries (OIC) in 1991–2005 was used to explore the effectiveness of government expenditures in health and education sectors. Classical Econometrics Model (CEM) and Covariance Structure Model (CSM) were applied to analyze the relationship between public social expenditures and social indicators.

Results: The results of this study showed that the government expenditures in these sectors had significant impact on the health and education indicators in these countries. Furthermore, the superiority of the CSM model to CEM was approved in this study.

Conclusions: Since the governments are committed to achieving Millennium Development Goals, it is of prime importance to consider the effectiveness and efficiency of public expenditure. Furthermore, using particular estimation techniques, like CSM, can lead to accurate estimation of social expenditure effects and an improvement of the elasticity magnitudes.

Keywords: Government Expenditures, Social Outcomes, Covariance Structure Model, Organization of Islamic Countries

• Received: 29/Jan/2011 • Modified: 13/Aug/2011 • Accepted: 25/Sep/2011

1. Instructor of Economics Department, School of Management and Accounting, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran; Corresponding Author (Basakha@gmail.com)

2. Associate Professor of Economics Department, School of Management and Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Benchmarking Records of Administrators and Officers at Health Deputy Headquarters of Iranian Universities of Medical Sciences: 2008 – 2010

Maleki MR.¹ / Nasrollahpour Shirvani SD.² / Motlagh ME.³ / Tofighi Sh.⁴ / Kabir MJ.⁵ / Jafari N⁶

Abstract

Introduction: Benchmarking is used to identify the successful experiences and achievements of a business to develop and improve organizational performance. This study aimed to determine, firstly, the frequency of benchmarking made by administrators and officers at Health Deputy headquarters of Iranian universities of medical sciences and, secondly, the relationship of this frequency to individual and organizational factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted in spring 2010. The research population constituted administrators and officers at Health Deputy Headquarters of Iranian universities of medical sciences from which thirteen universities were randomized and stratified. All available administrators and officers in the selected universities were interviewed and, then, were asked to complete a reliable and valid questionnaire consisting of individual and organizational variables.

Results: From the 293 administrators and officers under study, 75 (26.5%) could exploit 167 cases of successful experiences and achievements of other organizations to improve and develop their organizational performance. While 46.7% of benchmarking was conducted through site visits, 86.2 % of all the process was performed by the health sector, and 91% of the activity was done within the country. Among individual and organizational factors, only the educational degrees of the participants showed a significant relationship with benchmarking rates ($\rho=0.045$).

Discussion: To promote the low amount of benchmarking capita among the administrators and officers, it seems necessary to design and implement intervention programs.

Keywords: Benchmarking, Modeling, Iranian Universities of Medical Sciences.

• Received: 10/Jan/2011 • Modified: 10/Aug/2011 • Accepted: 25/Sep/2011

1. Assistant Professor of Health Services Management Department, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. PhD Student of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (dnshirvani@gmail.com)
3. Associate Professor of pediatrics Department, School of Medicine, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
4. Assistant Professor of Health Services Management Department, Baghiyatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Instructor of Social Medicine Department, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
6. Assistant Professor of Social Medicine Department, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran