

شناسایی و اولویت بندی شاخص های عملکرد

بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام

یکتا صمدی نیا^۱، روح اله سهرابی^۲، فؤاد مکوندی^۳، وحید چناری^۴

^۱دانشجو دکتری مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران

^۲عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهران، مهران، ایران

^۳استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران

^۴استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران

نویسنده مسئول:

یکتا صمدی نیا

چکیده

هدف اصلی این تحقیق، شناسایی و اولویت بندی شاخص های عملکرد بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام می باشد. جامعه ی آماری این تحقیق شامل مسئولین مدارک پزشکی تمام بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام است که تعداد آن ها ۱۹ بیمارستان می باشد. در این تحقیق با توجه به حجم جامعه (متناهی بودن جامعه) و با در نظر گرفتن حد نصاب نمونه برای تحقیقات توصیفی و همبستگی، از سرشماری استفاده شده است. بنابراین داده های مورد نظر باتوزیع پرسشنامه بین مسئولین مدارک پزشکی ۱۹ بیمارستان به دست خواهد آمد. به منظور گردآوری داده های تحقیق از پرسشنامه استاندارد وزارت بهداشت که شامل شاخص های هشت گانه عملکرد بیمارستان استفاده شد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شده است. برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید، مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۵۰ محاسبه شد و پایایی کل پرسشنامه بسیار مطلوب ارزیابی گردیده است. با استفاده از روش فن دلفی شاخص ها و معیارهای تحقیق شناسایی و پس از پالایش اولیه در بین شاخص ها و معیارها به منظور آزمون فرضیه های تحقیق با توجه به نرمال بودن داده ها از آزمون t مستقل جهت مقایسه استفاده شد. همچنین در این تحقیق از روش تحلیل سلسله مراتبی نسبت به ارائه الگوی بهینه شاخص های عملکردی بیمارستان ها اقدام شد. نتایج به دست آمده از آزمون t مستقل نشان از تأیید تمام فرضیه های تحقیق دارد. همچنین نتایج حاصل از روش تحلیل سلسله مراتبی نشان داد متوسط اقامت بیمار با وزن ۰/۲۵۷ در رتبه اول قرار گرفت و مهمترین شاخص عملکردی بیمارستان ها است. معیار نسبت عمل جراحی با وزن ۰/۱۹۳ در رتبه دوم، معیار نسبت فوت شدگان به بستری شدگان با وزن ۰/۱۰۶ در رتبه سوم، معیار عملکرد تخت با وزن ۰/۰۹۰ در رتبه چهارم قرار گرفت. همچنین شاخص فاصله چرخش تخت با وزن ۰/۰۷۸ در رتبه هشتم، شاخص اشغال تخت با وزن ۰/۰۷۹ در رتبه هفتم قرار دارند و کم اهمیت ترین شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی هستند.

کلیدواژه: شناسایی، اولویت بندی، شاخص، سنجش عملکرد، بیمارستان

بیان مساله

همه سازمان‌ها برای توسعه رشد و پایداری در عرصه رقابتی امروز نیاز به تبیین و تعیین شاخص‌های ارزیابی عملکرد دارند. ارزیابی عملکرد برنامه‌های مختلف سازمان می‌تواند کیفیت خدمات را افزایش دهد، زیرا توجه به کیفیت خدمات و بهره‌وری در اداره بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین مرکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی همواره مورد توجه مسئولین و مدیران بوده است (خالصی، ۱۳۸۵).

به این دلیل که از یک سو کیفیت ارائه خدمات در نظام‌های بهداشت و درمان، وابسته به خدمات ارائه شده و مدیریت آن است، و در عین حال نیاز بیمارستان‌ها به تعیین شاخص‌های عملکرد به منظور پیاده‌سازی یک نظام ارزیابی عملکرد مناسب، به منظور تطابق با محیط بیرونی و درونی احساس می‌شود، همچنین لزوم توجه به توسعه جهت‌گیری‌های جدید سیاستی، بیمارستان‌ها محرک‌های مهمی جهت به کارگیری نظام‌های نوین سنجش عملکرد خواهند داشت (سجادی و همکاران، ۱۳۹۰).

شاخص‌های سنجش عملکرد را می‌توان به عنوان ابزاری قدرتمند و حیاتی برای مدیران و رهبران سازمانی در راستای درک میزان موفقیت و نیز انطباق با مسیر برنامه راهبردی به شمار می‌رود. مجموعه مناسبی از شاخص‌ها، افق‌های روشنی پیرامون عملکرد سازمان در برابر دیدگان مدیران ارشد روشن می‌نماید و مواردی از عملکرد سازمان را که باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد، مشخص می‌کند. وجود این شاخص‌های دقیق و شفاف، مانند این است که مدیران ارشد در تاریکی حرکت می‌کنند (محمدیگی و همکاران، ۱۳۹۴).

از شاخص‌های سنجش عملکرد به منظور اندازه‌گیری کارایی بیمارستان‌ها می‌توان بهره‌برد و با تجزیه و تحلیل این شاخص‌ها و برنامه‌ریزی برای بهبودشان، انتظار ارتقای بهره‌وری در سیستم را داشت. تنها زمانی می‌توان از آنها برای دستیابی به اهداف مهم سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت منابع بهره‌برد که گزینش شاخص‌ها به خوبی صورت گرفته باشد، بنابراین باید ابتدا شاخص‌های مهم‌تر برگزیده شوند و سپس با درک ارتباطی که بین شاخص‌های برگزیده وجود دارد، در یک نگاه کلی و در عین حال دقیق، بتوان بر عملکرد بیمارستان نظارت مداوم داشت (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به احساس نیاز به انجام ارزیابی‌های مستمر و به روز عملکرد در بخش بهداشت و درمان، به خصوص در مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، در این بررسی سعی شده است به سوال زیر پاسخ داده شود: شاخص‌های عملکرد بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر ایلام چه تفاوت‌ها و شباهت‌هایی با هم دارند؟

ضرورت و اهمیت تحقیق:

امروزه یکی از موضوعات مهم در داخل کشور و شاید در کشورهای دیگر، بحث تفاوت‌های بیمارستان‌های دولتی و خصوصی می‌باشد. با توجه به آمار بدست آمده از مطالعات مختلف، خدمات بیمارستان‌های آزاد بسیار بیشتر از بیمارستان‌های دولتی می‌باشد و این خدمات شامل نسبت تخت به بیمار، تجهیزات بیمارستانی، خدمه و کارکنان بیمارستانی و ... می‌باشد. این امر موجب نوعی بدبینی و بی‌اعتمادی به بیمارستان‌های دولتی شده است و در واقع اگر این ادعاها اثبات شوند، این قشر آسیب‌پذیر جامعه است که به دلیل مسایل مالی مجبور به مراجعه به بیمارستان‌های دولتی شده و نهایتاً به دلیل امکانات پایین بیمارستانی دچار آسیب می‌شوند. با توجه به این موارد، مطالعه‌ی حاضر به دنبال شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های عملکرد بیمارستان‌های دولتی و خصوصی می‌باشد. در واقع نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌تواند تفاوت‌های این دو را آشکار ساخته و به بهبود وضعیت بیمارستان‌های دولتی کمک کند. بنابراین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توانند توسط کارکنان بیمارستانی در هر دو بخش خصوصی و دولتی و همچنین توسط مراجعہ‌کنندگان بیمارستانی مورد استفاده قرار بگیرند.

اهداف پژوهش

هدف اصلی

مقایسه و تطبیق شاخص های عملکرد بین بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام

اهداف فرعی

- بررسی نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی رابطه ی بین بین اشغال تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی نسبت عملکرد تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی رابطه بین فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی رابطه بین متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل (تعداد عمل در روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی
- بررسی نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان های دولتی و خصوصی

فرضیه های تحقیق

تحقیق حاضر به دنبال شناسایی و اولویت بندی شاخص های عملکرد بین بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام می باشد. به منظور ایجاد رویکردی پژوهشی بر اساس شاخص های هشت گانه عملکردی بیمارستان ها طبق اعلام وزارت بهداشت در این تحقیق فرضیه هایی به شرح ذیل تدوین شده است:

فرضیه اصلی:

بین شاخص های عملکردی بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه های فرعی:

- بین نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین اشغال تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین نسبت عملکرد تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل (تعداد عمل در روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- بین نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

مبانی نظری تحقیق

عملکرد سازمانی

یکی از سوالات مهم در کسب و کار این بوده است که، چرا برخی از سازمان ها در حالی که سازمان های دیگر شکست خورده اند، موفق هستند. عملکرد سازمانی، مهم ترین مساله برای سازمان های انتفاعی و غیر انتفاعی است.

اطلاع از عوامل تاثیرگذار بر عملکرد سازمان برای مدیران بسیار مهم بوده است، زیرا این مساله برای برداشتن قدم های مناسب در آغاز حائز اهمیت است. با این حال، تعریف، مفهوم سازی، و اندازه گیری عملکرد کار آسانی نیست. محققان تعاریف و عقاید مختلفی در مورد عملکرد سازمانی داشته اند، ولی هنوز به عنوان یک مساله ی جنجال برانگیز باقی مانده است (بارنی، ۱۹۹۷). عملکرد در لغت یعنی حالت یا کیفیت کارکرد. بنابراین عملکرد سازمانی یک سازه ی کلی است که بر چگونگی انجام عملیات سازمانی اشاره دارد (رهنورد، ۱۳۸۷).

با توجه به تعریف خاویر (۲۰۰۲)، عملکرد معادل اقتصاد، کارایی و اثربخشی برای یک برنامه ی خاص یا فعالیت است. با این حال، دفت (۲۰۰۰) بیان می دارد که، عملکرد سازمانی، فعالیت سازمان ها برای دستیابی به اهداف با استفاده از منابع به شیوه ای موثر و کارآمد است. کاملاً شبیه به گفته ی دفت، ریچاردو (۲۰۰۱) بیان می دارد که، عملکرد سازمانی، فعالیت سازمان برای دستیابی به اهداف و مقاصد است (به نقل از ابوجرارد، ۲، یوسف، نیک بین، ۲۰۱۰).

هو (۲۰۰۸) بیان می دارد که عملکرد سازمانی شاخصی است که چگونگی تحقق اهداف یک سازمان یا موسسه را اندازه گیری می نماید. معروفترین تعریف عملکرد توسط نیلی و همکاران (۲۰۰۲) ارائه شده است: «فرایند تبیین کیفیت اثربخشی و کارایی اقدامات گذشته». مطابق این تعریف، عملکرد به دو جزء تقسیم می شود: (۱) کارایی که توصیف کننده چگونگی استفاده سازمان از منابع در تولید، خدمات یا محصولات است، یعنی رابطه بین ترکیب واقعی و مطلوب درونداها برای تولید بروندهای معین؛ و (۲) اثربخشی که توصیف کننده ی درجه ی نیل به اهداف سازمانی است. این اهداف معمولاً در قالب مناسبت (درجه ی انطباق بروندها با نیازهای مشتریان)، در دسترس بودن (جنبه هایی نظیر فراوانی، ارائه در میان گروه های الویت دار، و و فاصله ی فیزیکی)، و کیفیت (درجه ی تحقق استانداردهای مورد نیاز) تبیین می شوند (دالری و ورسینگتون، ۷، ۱۹۹۶).

سنجش عملکرد سازمانی

سنجش عملکرد عنوانی است که بیشتر مورد بحث قرار می گیرد، اما کمتر تعریف می شود (نیلی و همکاران، ۱۹۹۶). ارزیابی عملکرد، اندازه گیری داده هایی است که نشان دهنده پیشرفت به سوی نتایج مورد نظر است. این نتایج باید از انجام فعالیتهای خاصی به دست آیند. همچنین اندازه گیری عملکرد روشی برای ارزیابی این فعالیتهای را نیز، فراهم می آورد (رفیع زاده، ۱۳۸۸).

سیستم های سنجش عملکرد به عنوان ابزاری برای پایش و اعمال نظارت طراحی شده اند. به زعم نانی و همکاران (۱۹۹۰) سنجش عملکرد عبارت است از فرایند حصول اطمینان از اینکه یک سازمان راهبردهایی را دنبال کند که به تحقق اهداف منجر می شود. اگر چه اندازه گیری عملکرد در بخش دولتی نسبتاً جدید است، اما تحقیقات قابل توجهی در خصوص عملکرد از اواخر دهه ی ۱۹۷۰ در قالب واژگانی چون اندازه گیری عملکرد، شاخص های عملکرد، ارزیابی عملکرد، و تامین کیفیت تولید شده است (هالووی، رز، لوتون، ۹، ۱۹۹۹).

سازمان های بخش دولتی در مقایسه با همردیفان خود در بخش خصوصی متفاوت هستند. یعنی، بیشینه سازی سود مورد نظر نیست و قابلیت چنین سازمان هایی برای درآمد زایی پایین، و در کل، شاخص های مورد توافقی برای سنجش عملکرد وجود ندارد. به همین دلیل، برخی از اندیشمندان اندازه گیری عملکرد در بخش دولتی را غیر ممکن می دانند (بولند و فالر، ۱۰، ۲۰۰۰).

¹ Barney

² Abo-jarard

³ Ho L. A.

⁴ Neely Et Al.

⁵ appropriateness

⁶ accessibility

⁷ Dollery & Worthington

⁸ Nani Et Al.

⁹ Holloway, Rose & Lawton

¹⁰ Boland & Fowler

سینک^{۱۱} (۱۹۹۱) سنجش عملکرد را یک وظیفه ی پیچیده، مشکل، چالش برانگیز، و مهم می داند. سطح عملکرد یک سازمان تابعی است از کارایی و اثربخشی عملیات سازمانی، بنابراین، سنجش عملکرد عبارت است از: فرایند تعیین کمیت کارایی و اثربخشی یک سازمان. بی شک، سنجش عملکرد یک هدف نیست، اما ابزاری است برای مدیریت اثربخش. نتایج سنجش عملکرد نشان می دهد که چه اتفاقی افتاده است، اما چرایی آنرا نشان نمی دهد. به منظور استفاده موثر از یافته های سنجش عملکرد، یک سازمان نیازمند انتقال از «سنجش» به «مدیریت» است. این مفهوم به عنوان مدیریت عملکرد در تحقیقات عملکرد سازمانی معروف است (آماتونگا و بالدري^{۱۲}، ۲۰۰۲). به هر حال، باید در نظر داشت که سنجش عملکرد عبارت است از عمل اندازه گیری عملکرد در صورتی که مدیریت عملکرد با استفاده از پرونداد سنجش عملکرد در پی مدیریت کردن آن است (رادنور و مک گویر^{۱۳}، ۲۰۰۴).

مطالعات پیشین داخلی و خارجی:

حق جو (۱۳۹۳) در مطالعه ی خود با عنوان ارزیابی بیمارستان سینا با استفاده از مدل بالجو آورده است که هدف این پژوهش تعیین ارتباط بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با شاخص های عملکردی بیمارستان بود و از بین شاخص های عملکردی، شاخص های ضریب اشغال تخت، میانگین طول اقامت بیمار، فاصله ی چرخش یا عملکرد تخت، میزان مرگ و میر خالص ارتباط بیشتری با ایمنی بیمار دارند.

مختاری و نیکیان (۱۳۸۹)، مقاله ای با عنوان بررسی شاخص های عملکردی بیمارستان های آموزشی عمومی و بیمارستان های بخش خصوصی شهر کرمان ۱۳۷۸ ارائه کرده اند. در این تحقیق بر آن شدیم که عملکرد بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در شهر کرمان را بر اساس شاخص های متوسط مدت اقامت میزان گردش تخت و درصد اشتغال تخت بررسی کنیم و وضعیت آنها را با عملکرد بیمارستان های خصوصی این شهر در سال ۱۳۷۸ مقایسه نماییم. پژوهش در سه بیمارستان کرمان درمان، شهید باهنر و شفا از بیمارستان های آموزشی و راضیه فیروز و ارجمند از بیمارستان های خصوصی شهر کرمان انجام شد. تعداد تخت ثابت در بیمارستان های مورد مطالعه ۱۳۷۳ تخت بود که ۸۷/۵ درصد (۱۲۰۲ تخت) در بیمارستان های وابسته به دانشگاه و ۱۷۱ تخت (۱۲/۴۶ درصد) در بیمارستان های خصوصی قرار داشتند. در بیمارستان های فوق الذکر تعداد تخت های فعال ۹۳۶ تخت بود. ۷۹۹ تخت در بیمارستان های آموزشی و ۱۳۷ تخت در دو بیمارستان راضیه فیروز و ارجمند بود. بیشترین میزان فعالیت تخت در بیمارستان های خصوصی مشاهده شد. ارجمند ۹۷ درصد، راضیه فیروز ۸۱ درصد، کل تخت روزاشتغالی در ۵ بیمارستان ۱۷۳۳۷۱ روز بود که بخش کوچکی از آن یعنی ۱۲/۴ درصد در بیمارستان های خصوصی دیده شد. طی این مدت تعداد ۴۹۳۷۵ در بیمارستان های مورد پژوهش پذیرفته شدند که ۷۹ درصد در بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه و ۲۱ درصد در بیمارستان های بخش خصوصی بیشترین میزان گردش تخت ۶۶/۷۳ در بیمارستان راضیه فیروز و کمترین میزان ۳۲/۸۲ در بیمارستان کرمان درمان مشاهده شد درصد اشتغال تخت در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۵۲/۰۷ بود که در بخش خصوصی ۴۲/۹۷ بدست آمد. متوسط طول اقامت در بیمارستان ها به شرح زیر بود کرمان درمان ۵/۹۳ روز، ارجمند، راضیه فیروز ۲/۹۱ روز، شهید دکتر باهنر ۴/۶۳ روز و شفا ۳/۸۶ روز بود. در داخل بخش های بیمارستانی بیشترین متوسط روزهای بستری در بخش روماتولوژی بیمارستان شفا با ۸/۷ روز و کمترین مدت اقامت در بخش جراحی چشم بیمارستان ارجمند با ۱/۰۱ روز مشاهده شد.

ایوانز^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۴)، مقاله با عنوان مقایسه و تطبیق کارائی سیستم ایجاد بهداشت: یک تحلیل از ۱۹۱ کشور ارائه کرده اند. این پژوهش به صورت تطبیقی در ۱۹۱ کشور انجام شد. جهت تعیین چارچوب تقسیم بندی جامعه پژوهش از روش تقسیم بندی جردن استفاده شد که در آن کشورها را در چهار گروه بر اساس نوع بیمه درمانی قرار می دهد و از هر گروه دو کشور انتخاب شدند. یافته های به دست آمده از هر کشور در جداول تطبیقی قرار گرفتند. برای ارایه الگوی نهایی از تکنیک دلفی طی دو مرحله استفاده شد. تمامی کشورهای مورد مطالعه به منظور

¹¹ Sink

¹² Amaetunga & Baldry

¹³ Radnor & Mcguire

¹⁴ Evans

برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی از استراتژی هایی چون پوشش همگانی بیمه، وجود بسته های تعریف شده خدمات بهداشتی درمانی، تعداد مناسب پرسنل پزشکی و پیراپزشکی، وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع به همراه سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی و سرانه بالا برای بهداشت و درمان بهره برده اند، همچنین پایین بودن سهم پرداخت های مستقیم توسط بیماران، گسترش تعهدات بیمه ای و بالاخره وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی بسیار کمک کننده بوده است. این سیاست ها به شکلی تدوین شده است که وضعیت درآمد افراد، در برخورداری از این خدمات تاثیر گذار نمی باشد.

باسیو^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۳)، مقاله ای با عنوان مقایسه ی عملکرد سیستم های عمومی و خصوصی و بهداشت و درمان عمومی در درآمد ضعیف و متوسط کشورها: یک مطالعه سیستماتیک را ارائه کرده اند. این یک پژوهش کاربردی، و پیمایشی توصیفی ست. ابزار جمع آوری اطلاعات، مستندات کتابخانه ای و اینترنتی بوده و از اسناد و مدارک برای جمع آوری داده ها جهت اندازه گیری استفاده شده است. برای نظرخواهی از خبرگان در مورد شاخص ها از پرسشنامه استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان داد که در کلیه کشورهای مورد مطالعه، رویکردهای رسالت و دورنما بخش مهمی از الگوی ارزیابی عملکرد و ارتقای اثر بخش سلامتی مهم ترین استراتژی در بیمارستان ها بود. دیگر استراتژی ها رایج خدمات با کیفیت، توسعه ظرفیت ها، انجام نوآوری و اطمینان از تداوم خدمات بودند. منظرهای الگوی ارزیابی متوازن شامل چهار منظر: مشتری، فرآیندهای داخلی، رشد و یادگیری کارکنان و مالی می شد و تمام کشورهای مورد مطالعه اهداف و سنجه هایی برای هر یک از این منظرها در بیمارستان داشتند.

نوع تحقیق

روش های پژوهش در علوم رفتاری را معمولاً با توجه به دو ملاک هدف و ماهیت تقسیم بندی می کنند. (حافظ نیا، ۱۳۸۸). جهت توضیح روش پژوهش نخست باید نوع پژوهش مشخص شود. به طور کلی روش های پژوهش در علوم رفتاری را می توان با توجه به دو ملاک هدف تحقیق و نحوه گردآوری داده ها تقسیم کرد تحقیقات بر اساس هدف به سه دسته بنیادی، کاربردی، تحقیق و توسعه تقسیم می شوند (سرمد، ۱۳۸۶، ص ۸۷).

روش مورد استفاده در این تحقیق به لحاظ روش توصیفی و به لحاظ اجرا پیمایشی و از نظر هدف کاربردی است. کاربردی از این جهت که به دنبال بررسی یک مسئله و ارائه راه حل برای آن مسئله می باشد و توصیفی آنچه را هست توصیف می کند و شامل توصیف، تجزیه و تحلیل و تغییر شرایط موجود است. این پژوهش نیز به دنبال شناسایی و اولویت بندی شاخص های عملکرد بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام می باشد.

جامعه آماری تحقیق، تعیین حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این تحقیق شامل مسئولین مدارک پزشکی تمام بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام که تعداد آن ها ۱۹ بیمارستان می باشد.

در این تحقیق با توجه به حجم جامعه (متناهی بودن جامعه) و با در نظر گرفتن حد نصاب نمونه برای تحقیقات توصیفی و همبستگی، از سرشماری استفاده شده است. سرشماری از جامعه متناهی، بررسی است که تمام واحدهای جامعه را دربرمی گیرد. بنابراین داده های مورد نظر باتوزیع پرسشنامه بین مسئولین مدارک پزشکی ۱۹ بیمارستان به دست خواهد آمد.

روش گردآوری داده ها

در این پژوهش از دو روش کتابخانه ای و میدانی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شده است.

- روش کتابخانه‌ای: هر محقق قبل از شروع پژوهش و هنگامی که به موضوعی ویژه برای پژوهش علاقه‌مند شده است، ناگزیر از مراجعه به کتابخانه خواهد بود. با مطالعه کتاب‌ها، مقاله‌ها و تحقیقات دیگران که در حوزه موضوع مورد علاقه اوست، موضوع پژوهش خود را خالص‌تر و رساتر سازد. برای پیشینه و ادبیات پژوهش از کتابخانه و مراجعه به اینترنت استفاده شده است.

- روش میدانی: در این روش ابزار گردآوری داده‌های اولیه از طریق پرسشنامه و یا مصاحبه منظم بوده است. در تحقیق حاضر با استفاده از نظر صاحب نظران و اساتید کمیته تحقیق، عوامل مرتبط با موضوع شناسایی شده و با استفاده از مقیاس درجه بندی لیکرت پرسشنامه مقدماتی تهیه گردید. پس از تعیین اعتبار و روایی آن، پرسشنامه نهایی تهیه و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه به صورت بسته استفاده شده است. تهیه و تنظیم پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت انجام خواهد شد. پرسشنامه عبارت است از مجموعه‌ای از پرسش‌ها که به صورت باز یا بسته (دارای مقیاس) طراحی شده‌اند تا وضعیت نگرش افراد نسبت به یک واقعیت از طریق آن ارزشیابی شود (خاکی، ۱۳۸۸، ۲۲۷).

به منظور مقایسه شاخص‌های عملکردی بین بیمارستان‌های خصوصی و دولتی با مراجعه به مدارک پزشکی بیمارستان‌ها، و باتوزیع پرسشنامه، سایر داده‌های اولیه مورد نیاز، جمع‌آوری خواهد شد. همچنین به منظور اجرای تکنیک تحلیل سلسله مراتبی، پرسشنامه‌ی مقایسه‌ی زوجی در بین خبرگان (۱۰ نفر از مسئولین مدارک پزشکی بیمارستان) توزیع خواهد شد.

روایی پرسشنامه

مقصود از روایی آن است که وسیله اندازه‌گیری، بتواند خصیصه و ویژگی مورد نظر را اندازه بگیرد. اهمیت روایی از آن جهت است که اندازه‌گیری‌های نامناسب و ناکافی می‌تواند هر پژوهش علمی را بی‌ارزش و ناروا سازد (خاکی، ۱۳۷۸). در این پژوهش برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی صوری و محتوایی استفاده شده است. بدین صورت که پرسشنامه به تعدادی از صاحب نظران و اساتید مدیریت و علوم رفتاری از جمله استاد راهنما داده شده و از آن‌ها در مورد پرسش‌ها و ارزیابی فرضیه‌ها نظرخواهی گردید که به اتفاق پرسشنامه را تایید نمودند.

پایایی پرسشنامه

قابلیت پایایی یکی از ویژگی‌های فنی ابزار اندازه‌گیری است که نشان می‌دهد ابزار اندازه‌گیری تا چه اندازه نتایج یکسانی در شرایط مشابه به دست می‌دهد. یکی از روش‌های محاسبه پایایی، ضریب آلفای کرونباخ است.

جدول ۱ نتایج آلفای کرونباخ برای متغیرهای تحقیق

شاخص	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
پرسشنامه استاندارد شاخص‌های عملکرد بیمارستان	۸	۰/۸۵۰

نتایج حاصله بیانگر آن است که پرسشنامه‌های فوق‌الذکر از پایایی بالایی برخوردار است.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری مختلفی استفاده می‌شود. به منظور ارائه تفسیر مناسبی از داده‌ها ابتدا با استفاده از تحلیل‌های توصیفی به بررسی جامعه آماری مورد مطالعه پرداخته می‌شود. هدف از این تحلیل ارزیابی طیف جنسیتی، تحصیلی و جمعیت شناختی نمونه‌های مورد مطالعه است به طوری که بتوان در نگاهی توصیفی نمایی کامل از آزمودنی‌ها به دست آورد. در بخش آمار استنباطی و به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده و آزمون فرضیه‌های تحقیق، ابتدا به منظور بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف مورد آزمون قرار گرفت. به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق در صورت نرمال بودن داده‌ها از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین دو جامعه استفاده می‌شود. در صورت نرمال نبودن داده‌ها از معادل ناپارامتریک آزمون t مستقل، یعنی آزمون مان-ویتنی استفاده خواهد شد. پس از بررسی

توصیفی جامعه آماری پژوهش، به منظور ارائه الگوی بهینه شاخص های عملکردی بیمارستان ها از روش تحلیل سلسله مراتبی AHP استفاده خواهد شد. به منظور شناخت و غربال شاخص ها یا رسیدن به یک توافق در مورد شاخص های عملکردی بیمارستان ها از تکنیک فن دلفی استفاده خواهد شد.

ابزار تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق، نرم افزار Expert Choice است که یک نرم افزار تخصصی برای تجزیه و تحلیل فرآیند سلسله مراتبی می باشد. ابتدا داده های گردآوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از تکنیک های مناسب آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته خواهد شد و با استفاده از تکنیک های آماری توصیفی و استنباطی نتایج حاصل ارائه می گردد. از شاخص های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد فراوانی و درصد فراوانی تجمعی برای بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به ویژگی های عمومی پاسخگویان استفاده شده است. به منظور پاسخگویی به سوالات تحقیق ابتدا به منظور بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. به منظور آزمون فرضیه های تحقیق در صورت نرمال بودن داده ها از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین دو جامعه استفاده می شود. در صورت نرمال بودن داده ها از معادل ناپارامتریک آزمون t دونمونه مستقل، یعنی آزمون مان-ویتنی استفاده خواهد شد. همچنین از تحلیل تکنیک فن دلفی به شناسایی شاخص های عملکرد بیمارستان می پردازیم. سپس به منظور ارائه الگوی بهینه شاخص های عملکردی بیمارستان ها از روش تحلیل سلسله مراتبی AHP استفاده خواهد شد.

یافته های تحقیق

آزمون نرمال بودن توزیع داده ها

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده های پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. فرض صفر را به این صورت انتخاب می کنیم که داده ها نرمال باشند و از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در سطح معنی داری ۵ درصد استفاده کرده که نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. همان طور که ملاحظه می شود برای کلیه متغیرهای تحقیق، سطح مقدار احتمال بالاتر از ۰/۰۵ می باشد که فرض نرمال بودن داده ها مورد تأیید قرار می گیرد. راه دیگر این است که به مقدار Z کولموگروف-اسمیرنوف در جدول را نگاه کنیم. اگر مقدار آن کوچکتر از ۱/۹۶+ و بزرگتر از ۱/۹۶- بود، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می گیریم بین فراوانی های مشاهده شده و مورد انتظار تفاوتی وجود ندارد. به عبارت دیگر توزیع جامعه نرمال است. بنابراین با اثبات نرمال بودن، برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون پارامتری پیرسون استفاده می کنیم و برای آزمون های میانگین از آزمون های پارامتریک بهره می جویم.

جدول ۲- آزمون نرمال بودن توزیع داده ها

متغیر	آماره Z	سطح معنی داری	وضعیت
نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان ها	۱.۳۲۸	۰.۰۵۹	نرمال
اشغال تخت بیمارستان ها	۱.۲۷۷	۰.۰۷۷	نرمال
نسبت عملکرد تخت بیمارستان ها	۱.۳۴۱	۰.۰۵۵	نرمال
فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان ها	۱.۳۳۶	۰.۰۵۶	نرمال
نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان ها	۱.۳۵۰	۰.۰۵۳	نرمال
متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان ها	۱.۲۸۲	۰.۰۷۲	نرمال
نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل	۱.۳۳۷	۰.۰۵۸	نرمال
نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان ها	۱.۳۵۳	۰.۰۵۲	نرمال

همان‌طور که در جدول ۲ نمایش داده شده است در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بدست آمده است. بنابراین دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر نرمال بودن داده‌ها وجود ندارد. به عبارت دیگر توزیع داده‌های تحقیق نرمال بوده و برای بررسی فرضیه‌های تحقیق، می‌توان آزمون‌های پارامتریک یعنی آزمون t مستقل را اجرا کرد.

آزمون t مستقل

در این بخش به بررسی معنادار بودن فرضیه‌های پژوهش با مقایسه امتیازهای هر کدام از متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون t مستقل پرداخته شده است. در هر یک از فرضیه‌ها دو فرض H_0 و H_1 طرح شده است. فرض H_0 عدم وجود تفاوت معنی دار مطرح شده در فرضیه مورد مطالعه بوده، و فرض H_1 به معنای وجود تفاوت معنی دار مطرح شده در فرضیه بوده است. اگر فرض H_0 تایید شود به این معناست که عدم وجود تفاوت معنی دار در بین دو شاخص عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مد نظر تحقیق ندارد و اگر فرض H_1 تایید شود به این معناست که وجود تفاوت معنی دار در بین دو شاخص عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از دید جامعه آماری بوده است.

جدول ۳ نتایج آزمون t مستقل در مورد هر ۸ فرضیه تحقیق

فرضیه‌ها	میانگین	تعداد	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معناداری
نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان‌ها	۳/۴۵	۱۹	۰/۷۷	۶۲/۰۶	۱۸	۰/۰۰۰
اشغال تخت بیمارستان‌ها	۳/۵۵	۱۹	۰/۸۷	۵۶/۰۲	۱۸	۰/۰۰۰
نسبت عملکرد تخت بیمارستان‌ها	۳/۴۱	۱۹	۰/۸۵	۵۵/۳۰	۱۸	۰/۰۰۰
فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان‌ها	۳/۴۵	۱۹	۰/۸۲	۵۷/۷۱	۱۸	۰/۰۰۰
نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان‌ها	۳/۵۱	۱۹	۰/۸۴	۵۷/۴۶	۱۸	۰/۰۰۰
متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان‌ها	۳/۶۱	۱۹	۰/۸۲	۶۰/۸۲	۱۸	۰/۰۰۰
نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل	۳/۴۴	۱۹	۰/۸۶	۵۵/۲۳	۱۸	۰/۰۰۰
نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان‌ها	۳/۴۲	۱۹	۰/۸۳	۵۷/۶۹	۱۸	۰/۰۰۰

با توجه به مقدار سطح معنی‌داری محاسبه شده از مقدار سطح آزمون (۰/۰۵) کمتر است، نتیجه می‌گیریم که تمام فرضیه‌ها دارای تفاوت معنی‌دار است.

تکنیک فن دلفی به منظور شناسایی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی

به منظور دستیابی به هدف پیش روی در مطالعه حاضر، در گام اول با بررسی‌های جامع کتابخانه‌ای و ارزیابی نتایج مطالعات گذشته مرتبط، تعدادی از شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استخراج گردید. در گام دوم، با بهره‌گیری از روش دلفی و توزیع پرسشنامه در میان ۱۰ نفر خبره که شامل از مسئولین مدارک پزشکی بیمارستان‌ها، گروهی دیگر از شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از دیدگاه خبرگان استخراج گردید. سپس با تلفیق نتایج این دو گام (نتایج مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی‌های میدانی و کارشناسی)، مولفه‌های نهایی اثرگذار تدوین گردید. به بیان دیگر در گام اول در روش دلفی پس از تشکیل تیم تصمیم‌گیری که شامل خبرگان که مسئولین مدارک پزشکی بیمارستان‌ها، می‌باشد اقدام به تعیین شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شد و پرسشنامه توسط پژوهشگر طراحی و به بیمارستان‌ها ارسال شد در این پرسشنامه از طیف لیکرت استفاده و به هر یک از سوالات اعداد یک تا نه اختصاص داده شد و از مسئولین مدارک پزشکی بیمارستان‌ها خواسته شد که اگر نظر دیگری دارند بعد از سؤال ۸ بنویسند

جدول ۴- شناسایی شاخص ها با استفاده از فن دلفی

شاخص	میانگین
نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان ها	۶
اشغال تخت بیمارستان ها	۶/۸
نسبت عملکرد تخت بیمارستان ها	۷
فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان ها	۷
نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان ها	۶
متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان ها	۷
نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل	۷
نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان ها	۶

پس از بدست آوردن نتایج آزمون دلفی و با توجه به اینکه نتایج بدست آمده از میانگین گیری نشان داد که تمامی میانگین ها عددی بالاتر از عدد ۵ دارند، که یک میزان مطلوب است و نشان از نزدیکی نظرات پاسخ دهندگان به هم دارد. بنا بر نتایج حاصل از جدول ۴ هشت شاخص عملکردی بیمارستان های دولتی و خصوصی شناسایی شدند. بعد از جمع آوری پرسشنامه ها و اصلاح آنها این پرسشنامه ها تایید و بعد از طراحی پرسشنامه مقایسات زوجی و تکمیل توسط کارکنان میانگین هندسی گرفته شد و آماده وارد کردن نمرات داده شده در نرم افزار choice Expert گردید.

معیارهای مدل

جدول ۵ به طور خلاصه معیار های موجود در مدل بهینه شاخص های عملکردی بیمارستان های دولتی و خصوصی، در این تحقیق را تبیین می نماید.

جدول ۵، شرح معیارهای موجود در مدل شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی

ردیف	عامل (معیار)
۱	نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان ها
۲	اشغال تخت بیمارستان ها
۳	نسبت عملکرد تخت بیمارستان ها
۴	فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان ها
۵	نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان ها
۶	متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان ها
۷	نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل
۸	نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان ها

وزن و درجه اهمیت هر یک از معیار ها از طریق مقایسات زوجی در جداول زیر بدست آمده است:

جدول ۶، وزن معیارهای موجود در مدل شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی

ردیف	عامل (معیار)	وزن
۱	نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان ها	۰/۰۹۶
۲	اشغال تخت بیمارستان ها	۰/۰۷۹
۳	نسبت عملکرد تخت بیمارستان ها	۰/۱۰۱
۴	فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان ها	۰/۰۷۸
۵	نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان ها	۰/۰۹۰
۶	متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان ها	۰/۲۵۷
۷	نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل	۰/۱۹۳
۸	نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان ها	۰/۱۰۶

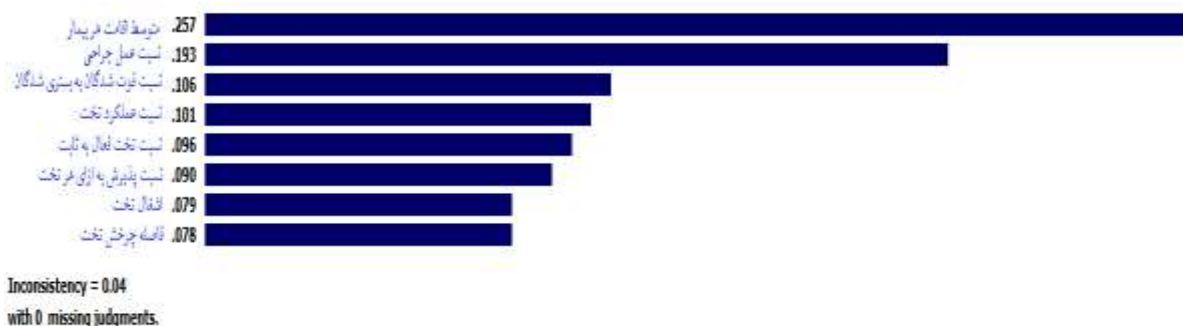


نمودار ۱- وزن معیارهای موجود در مدل شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی

در نمودار ۱، به ترتیب معیار های تصمیم گیری و وزن آنها محاسبه شده که نتایج آن در جدول فوق نشان داده شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می گردد.

جدول ۷-، اولویت بندی و رتبه بندی شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی

ردیف	عامل (معیار)	وزن	رتبه
۱	نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان ها	۰/۰۹۶	پنجم
۲	اشغال تخت بیمارستان ها	۰/۰۷۹	هفتم
۳	نسبت عملکرد تخت بیمارستان ها	۰/۱۰۱	چهارم
۴	فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان ها	۰/۰۷۸	هشتم
۵	نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان ها	۰/۰۹۰	ششم
۶	متوسط اقامت بیمار (روز)، بیمارستان ها	۰/۲۵۷	اول
۷	نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل	۰/۱۹۳	دوم
۸	نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان ها	۰/۱۰۶	سوم



نمودار ۲- اولویت بندی و رتبه بندی شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی
همانگونه که در جدول ۷ و نمودار ۲ مشاهده می شود، متوسط اقامت بیمار با وزن ۰/۲۵۷ در رتبه اول قرار گرفت و مهمترین شاخص عملکردی بیمارستان ها است. معیار نسبت عمل جراحی با وزن ۰/۱۹۳ در رتبه دوم، معیار نسبت فوت شدگان به بستری شدگان با وزن ۰/۱۰۶ در رتبه سوم، معیار عملکرد تخت با وزن ۰/۰۹۰ در رتبه چهارم قرار گرفت. همچنین شاخص فاصله چرخش تخت با وزن ۰/۰۷۸ در رتبه هشتم، شاخص اشغال تخت با وزن ۰/۰۷۹ در رتبه هفتم قرار دارند و کم اهمیت ترین شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی هستند.

یافته های پژوهش

فرضیه فرعی اول: بین نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
فرضیه فرعی اول حاکی از آن است که بین نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص عملکرد نسبت تخت فعال به ثابت (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H0 رد شده و فرضیه H1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین بین نسبت تخت فعال به ثابت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
فرضیه فرعی دوم: بین اشغال تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
فرضیه فرعی دوم حاکی از آن است که بین اشغال تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص عملکرد اشغال تخت (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H0 رد شده و فرضیه H1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین بین اشغال تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی سوم: بین نسبت عملکرد تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.
فرضیه فرعی سوم حاکی از آن است که: بین نسبت عملکرد تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص عملکرد نسبت عملکرد تخت (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H0 رد شده و فرضیه H1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین نسبت عملکرد تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی چهارم: بین فاصله چرخش تخت (روز) بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی چهارم حاکی از آن است که، بین فاصله چرخش تخت(روز) بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص عملکرد فاصله چرخش تخت(روز)(۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین فاصله چرخش تخت(روز) بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی پنجم: بین نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه فرعی پنجم حاکی از آن است که، بین نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص نسبت پذیرش به ازای هر تخت (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین نسبت پذیرش به ازای هر تخت بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی ششم: بین متوسط اقامت بیمار(روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه فرعی ششم حاکی از آن است که، بین متوسط اقامت بیمار(روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص متوسط اقامت بیمار(روز)، (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین متوسط اقامت بیمار(روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه فرعی هفتم: بین نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل(تعداد عمل در روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه فرعی هفتم حاکی از آن است که، بین نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل(تعداد عمل در روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل(تعداد عمل در روز)، (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین نسبت اعمال جراحی به اتاق عمل(تعداد عمل در روز)، بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

فرضیه فرعی هشتم: بین نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه فرعی هشتم حاکی از آن است که، بین نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با تفسیر نتایج آزمون t مستقل می توان این ادعا را تایید نمود. همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می گردد مقدار سطح معنی داری برای شاخص نسبت فوت شدگان به بستری شدگان، (۰/۰۰۰) بدست آمده، که از سطح معناداری ۰/۰۵، کمتر است، بنابراین فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مورد تایید قرار می گیرد. بنابراین، بین نسبت فوت شدگان به بستری شدگان بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج آزمون دلفی و با توجه به اینکه نتایج بدست آمده از میانگین گیری نشان داد که تمامی میانگین ها عددی بالاتر از عدد ۵ دارند، که یک میزان مطلوب است و نشان از نزدیکی نظرات پاسخ دهندگان به هم دارد. بنا بر نتایج حاصل از جدول ۵، هشت شاخص عملکردی بیمارستان های دولتی و خصوصی شناسایی شدند. بعد از جمع آوری پرسشنامه ها و اصلاح آنها این پرسشنامه ها تایید و بعد از طراحی پرسشنامه مقایسات زوجی و تکمیل توسط کارکنان میانگین هندسی گرفته شد و آماده وارد کردن نمرات داده شده در نرم افزار choice Expert گردید.

سطح اول عوامل موثر بر شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی و سطح دوم معیارهای اصلی و شاخص های اثرگذار بر تصمیم گیری که به ترتیب شامل ۸ معیار انتخاب می شوند. در مرحله اول ابتدا شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی تاثیر گذار

روی تصمیم نسبت به هدف از نظر درجه اهمیت مورد مقایسه قرار می گیرند تا وزن معیارها معلوم گردد. نتایج حاصل از تحلیل سلسله مراتبی AHP نشان داد که متوسط اقامت بیمار با وزن ۰/۲۵۷ در رتبه اول قرار گرفت و مهمترین شاخص عملکردی بیمارستان ها است. معیار نسبت عمل جراحی با وزن ۰/۱۹۳ در رتبه دوم، معیار نسبت فوت شدگان به بستری شدگان با وزن ۰/۱۰۶ در رتبه سوم، معیار عملکرد تخت با وزن ۰/۰۹۰ در رتبه چهارم قرار گرفت. همچنین شاخص فاصله چرخش تخت با وزن ۰/۰۷۸ در رتبه هشتم، شاخص اشغال تخت با وزن ۰/۰۷۹ در رتبه هفتم قرار دارند و کم اهمیت ترین شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی هستند.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این تحقیق، شناسایی و اولویت بندی شاخص های عملکرد بین بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر ایلام می باشد. بیمارستان ها ارائه دهنده مراقبت های درمانی پیچیده و مراکزی جهت انتقال مهارت و دانش هستند که عموماً بخش مهمی از منابع مالی بهداشت و درمان ملی را به خود اختصاص می دهند. لذا از مدیران سازمان های فعال در این بخش انتظار می رود که از دست آوردهای نوین دانش مدیریت، جهت بهره گیری مطلوب از منابع استفاده نمایند. جدا از کیفیت و چگونگی ارائه خدمات، چنین برآورد شده است که حدود ۳۰٪ مراقبت های درمانی در بیمارستان ها غیر ضروری است. نتایج حاصل از روش تحلیل سلسله مراتبی در تحقیق حاضر نشان داد متوسط اقامت بیمار با وزن ۰/۲۵۷ در رتبه اول قرار گرفت و مهمترین شاخص عملکردی بیمارستان ها است. معیار نسبت عمل جراحی با وزن ۰/۱۹۳ در رتبه دوم، معیار نسبت فوت شدگان به بستری شدگان با وزن ۰/۱۰۶ در رتبه سوم، معیار عملکرد تخت با وزن ۰/۰۹۰ در رتبه چهارم قرار گرفت. همچنین شاخص فاصله چرخش تخت با وزن ۰/۰۷۸ در رتبه هشتم، شاخص اشغال تخت با وزن ۰/۰۷۹ در رتبه هفتم قرار دارند و کم اهمیت ترین شاخص های عملکردی بیمارستان های خصوصی و دولتی هستند. در پژوهش مختاری و نیکیان (۱۳۸۹)، با عنوان بررسی شاخص های عملکردی بیمارستانهای آموزشی عمومی و بیمارستانهای بخش خصوصی شهر کرمان ۱۳۷۸ ارائه کرده اند. در پژوهش حق جو (۱۳۹۳) با عنوان ارزیابی بیمارستان سینا با استفاده از مدل بالجو آورده است که هدف این پژوهش تعیین ارتباط بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با شاخص های عملکردی بیمارستان بود و از بین شاخص های عملکردی، شاخص های ضریب اشغال تخت، میانگین طول اقامت بیمار، فاصله ی چرخش یا عملکرد تخت، میزان مرگ و میر خالص ارتباط بیشتری با ایمنی بیمار دارند. نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات فوق همخوانی دارد. همواره بکارگیری شاخص های عملکردی در بخش بهداشت و درمان به علت فشارهای سیاستگذاران و بیماران برای بهبود کیفیت ظاهری و فنی مراقبت به شدت در حال افزایش است. به همین دلیل سازمان های بهداشتی درمانی و در رأس آنها بیمارستانها در پی توسعه شاخص های عملکردی خود در برابر گرایش های جهانی اصلاحات نظام سلامت و شرایط بازار آزاد هستند. عملکرد بیمارستان ها را می توان در حوزه های مختلفی مورد بررسی قرارداد. در هر یک از حوزه ها، می توان شاخص های مختلفی را برای سنجش عملکرد تعیین نمود. در گزینش شاخص های عملکردی، تنها زمانی می توان از آنها برای دستیابی به اهداف مهم سیاستگذاری، برنامه ریزی و مدیریت منابع بهره برد که ابتدا شاخص های مهم تر برگزیده شوند و سپس با درک ارتباطی که بین شاخص های برگزیده وجود دارد، در یک نگاه کلی و در عین حال دقیق، بتوان بر عملکرد بیمارستان نظارت مداوم داشت.

منابع:

- خالصی، ن. عامریون، ا. (۱۳۸۵). شیوه ارزیابی بیمارستان های تهران از دیدگاه مدیران ارشد بیمارستان های دولتی و ستاد وزارت بهداشت، فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت سلامت، دوره ۹، شماره ۲۶.
- سجادی، ح. و سجادی، ز. و هادی، م. (۱۳۹۰). آیا روشی برای مقایسه ی همزمان شاخص های کلیدی عملکرد بیمارستان وجود دارد، مجله مدیریت اطلاعات سلامت، شماره ۸ (۱)، صص ۷۱-۸۱.
- محمد بیگی، ا. و همتی، ر. و راهبر، ا. و عنبری، ز. و کیال، س. محمد صالحی، م. (۱۳۹۴). تحلیل کارایی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قم با استفاده از مدل پابن لاسو و مقایسه تطبیقی آن با استانداردهای کشوری، فصلنامه بیمارستان، دوره ۱۴، شماره ۳، جلد ۱۴، شماره ۳، صص ۱۱۱-۱۱۸.
- رفیعی، م. آیت اللهی، م. بهبودیان، ج. (۱۳۸۷). مدل بندی درصد اشتغال تحت های بیمارستانی شهر شیراز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال دوازدهم، شماره ۲ (پی در پی ۴۷).
- رهنورد، فرج اله (۱۳۸۷). عوامل موثر بر ارتقای عملکرد سازمان های بخش دولتی ایران. پژوهشنامه ی علوم انسانی و اجتماعی مدیریت، ۸ (۴) (پیاپی ۳۱).
- مختاری، آ. و نیکیان، ی. (۱۳۸۹). بررسی شاخص های عملکردی بیمارستان های آموزشی عمومی و بیمارستان های خصوصی شهر کرمان در سال ۱۳۸۷، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کرمان، دانشکده پزشکی مهندس افضلی پور.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۹۰). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه
- رفیع زاده، علاءالدین (۱۳۸۸). الگوی مناسب مدیریت عملکرد در بخش دولتی. مجله تدبیر، شماره ۲۰۵، ۲۳-۲۸.

Barney, J. (1991). Firm Resources and the Theory of Competitive Advantage. **Journal of Management**, 17, 99-120

Abo-jarard, I. Y., Yousof, N., Nikbin, D. (2010). A Review Paper on Organizational Culture and

Organizational Performance. *International Journal of Business and Social Science*, 1 (3), 26-46

Neely, A.D., Adams, C., Kennerley, M. (2002). The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Stakeholder Relationships. London: Financial Times/Prentice Hall

Ho, L. A. (2008). What Affects Organizational Performance?. *Industrial Management & Data Systems*, 1089

Dollery, B.E., Worthington, A.C. (1996). The Evaluation of Public Policy: Normative Economic Theories of Government Failure. *Journal of Interdisciplinary Economics*, 7, 27-39

Holloway, J., Rose, A, Lawton, A. (1999). Managing performance. *Public Services Management Financial Times*, Prentice-Hall, Harlow, 238-259

Boland, T., Fowler, A. (2000). A Systems Perspective of Performance Management in Public Sector

.Organizations. *The International Journal of Public Sector Management*, 13 (5), 417-446

Amaratunga, D., Baldry, D. (2002). Moving from Performance Measurement to Performance

Management. *Facilities*, 20 (5/6), 217-223

Sink, D. (1991). The Role of Measurement in Achieving World Class Quality and Productivity

Management. *Industrial Engineering*, 23 (6).

Radnor, Z., McGuire, M. (2004). Performance Management in the Public Sector: Fact or Fiction.

International Journal of Productivity and Performance Management, 53 (3), 245-260

Basu , S. Andrews,J.Kishore,S.Panjabi,R. Stuckler,D.(2013).Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review,Health Policy, Volume 103, Issues 2–3, Perspect 2013. 7(3), pp197-204. Pages 305-314

Evans, D. (2014).Ajay TandonChristophe.r JL Murray Jeremy A Lauer. THE COMPARATIVE EFFICIENCY OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS IN PRODUCING HEALTH: AN ANALYSIS OF 191 COUNTRIES, Osong Public Health Res