

جایگاه حل مسأله و مدل تصمیم‌گیری در برنامه‌ریزی و فعالیت‌های مدیریتی

ارایه نمونه‌ای از بکارگیری مدل تصمیم‌گیری در تخصیص منابع

دکتر سید مهرداد محمدی *

دکتر سید فرزاد محمدی **

دکتر مرتضی مهربانی ***

دکتر ایرج حریرچی ****

چکیده

تصمیم‌گیری جزء جدا نشدنی مدیریت است؛ زمانی که مدیر به مشکلی رسیدگی می‌کند یا اینکه با برنامه‌ریزی فعالانه قصد بهره‌برداری از فرصتی را دارد در حقیقت با موضوع تصمیم‌گیری مواجه است. در مطالعه حاضر یک نمونه از مدل عقلایی تصمیم‌گیری (که در بردارنده رویکردی نظام‌گرا به فرایند تصمیم‌گیری است) ارایه می‌شود. رویکرد به کاررفته و جزئیات روش انجام، قابل بکارگیری در سایر سازمان‌ها و در مورد مسایل و مشکلات مشابه می‌باشد. موضوع ارایه تجربه تخصیص بودجه تجهیز بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. معاون پشتیبانی دانشگاه با یک رویکرد مشارکتی کارگروهی مرکب از روسای بیمارستان‌ها، مدیر تشکیلات و بودجه و یک تسهیل‌کننده را برای رسیدگی به موضوع سازماندهی کرد. کارگروه بیشترین «بازگشت بر روی سرمایه» (ایجاد بیشترین ارزش افزوده) را ملاک اصلی تخصیص بودجه شناسایی کرد. با توجه به ناموریت سازمانی و نیز ماهیت غیر انتفاعی دانشگاه، برای بیمارستان پنج حیطه عملکردی تعیین شد: عملکرد آموزشی، عملکرد پژوهشی، حجم خدمات درمانی، رشد درآمد و اهداف بلند مدت دانشگاه. بر اساس شاخص‌های تعریف شده در پنج حیطه فوق و به کمک یک تحلیل نیمه کمی، سهم بیمارستان‌ها از بودجه محاسبه شد. فرایند تصمیم‌گیری موجب تحقق اجماع در نحوه تخصیص بودجه شد و از بروز ناراضایتی در آینده پیشگیری کرد. البته معیارها و نیز وزن نسبی آن‌ها قابل بازنگری و اصلاح است. با توجه به ماهیتی رقابتی معیارها - که در عمل بیمارستان‌های دارای عملکرد بهتر را پاداش می‌دهند و بیمارستان‌های با عملکرد ضعیف تر را (با تخصیص سهم کمتری از بودجه) جریمه می‌کنند - این مبنای تخصیص منابع در سازمان‌های عمومی (غیر انتفاعی) خالی از اشکال نیست.

واژگان کلیدی: تصمیم‌گیری، حل مسأله، مدل عقلایی، بودجه بندی، مطالعه موردی سازمانی.

مقدمه

را تعیین می‌کند، انجام یا عدم انجام یک هزینه سرمایه‌ای را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، نحوه

تصمیم‌گیری جزء جدانشدنی فعالیت‌های مدیر است. هنگامی که مدیر زمان برگزاری یک جلسه

* دکترای پزشکی، کارشناس ارشد مدیریت بهداشتی

* متخصص چشم پزشکی

* دکترای پزشکی، کارشناس ارشد مدیریت بهداشتی

* متخصص جراحی عمومی و هیات علمی دانشگاه

انواع تصمیمات

تصمیمات از لحاظ سطح ابتکاری بودن به سه نوع معمول^۴، اصلاحی^۵ و نوآورانه^۶ و به لحاظ برد زمانی و تاثیر گذاری (و سطح مدیریتی درگیر) به سه نوع روزانه^۷، تاکتیکی^۸ و راهبردی^۹ تقسیم‌بندی می‌شوند (کرینر^{۱۰}، ۲۰۰۱، ص ۱۴۷-۱۳۸). سه مدل شناخته شده^{۱۱} تصمیم‌گیری: عقلایی^{۱۱} (نمودار ۱)، عقلایی محدود^{۱۲} و سیاسی^{۱۳} عنوان گرفته‌اند. مدل عقلایی محدود بیان‌کننده تمایل و یا الزام افراد به «برگزیدن هدف یا راه‌حلی کمتر از وضعیت ایده‌آل» و انجام جستجوی محدود در مورد یافتن راه‌حل‌های ممکن است. (به دلیل در اختیار نداشتن اطلاعات و کنترل ناکافی در مورد نیروها در محیط داخلی و خارجی که بر روی نتایج تصمیمات موثر است). مدل سیاسی، فرایند تصمیم‌گیری متأثر از علاقه‌مندی‌ها و اهداف شخصی ذی‌نفعان تاثیرگذار و با نفوذ (داخلی و خارجی) سازمان است (هلریگل جکسون و اسلوکام^{۱۴}، ۲۰۰۲، ص ۲۴۱-۲۱۸). به سبک عقلایی، مدل تحلیلی^{۱۵} و به سبک عقلایی محدود، مدل اداری^{۱۶} نیز گفته می‌شود (گرین برگ و بارون^{۱۷}، ۲۰۰۰، ص ۳۶۸ - ۳۲۹). تحلیل انجام شده برای رسیدن به تصمیم ممکن است کیفی یا

رسیدگی به عملکرد نامطلوب یکی از کارکنان را بررسی می‌کند و یا منافع و مضار روش‌های مختلف جبران عملکرد را سبک و سنگین می‌کند، در حقیقت درگیر فرایندی تصمیم‌گیرانه است.

اگر ماهیت کارهای مدیر را «برنامه‌ریزی»، «سازماندهی»، «رهبری» و «کنترل» بدانیم، می‌توانیم به سادگی تشخیص دهیم که انجام هر یک از آنها ملازم با فرایند تصمیم‌گیری است. این ارتباط به گونه‌ای است که «کریتتر» مدیریت را از این منظر تعریف می‌کند: «مدیریت فرایندی تصمیم‌گیری به منظور تامین هدف‌های سازمانی به نحو مطلوب از طریق استفاده موثر و کارآمد از منابع کمیاب در یک محیط در حال تغییر است» (ایران نژاد، ۱۳۸۰، صفحه ۱۸).

در بسیاری موارد حل مشکل (مسأله) را معادل تصمیم‌گیری می‌دانند. به‌طور معمول زمانی از حل مشکل صحبت می‌کنیم که هدف یا اهدافی (شرایط مطلوب و دلخواه) به دست نیامده باشد. به همین دلیل نیز مشکل را این‌گونه تعریف می‌کنیم: «مشکل زمانی اتفاق می‌افتد که هدف‌ها تامین نشده باشد.»

از سوی دیگر معمولاً زمانی از تصمیم‌گیری صحبت می‌کنیم که هدف خاصی در نظر داشته باشیم که بخواهیم به آن برسیم و یا اینکه فرصتی در اختیار باشد که بخواهیم از آن بهره‌برداری کنیم. بنابراین می‌توان گفت رویکرد حل مشکل به نوعی منفعل^۱ و یا گذشته‌نگر است. در حالیکه رویکرد تصمیم‌گیری، فعالانه^۲، متعامل^۳ و آینده‌نگر می‌باشد.

1. Reactive
2. Proactive
3. Interactive

4. Routine Decisions
5. Adaptive Decisions
6. Innovative Decision
7. Day-to-Day
8. Tactical
9. Strategic
10. Crainer
11. Rational
12. Bounded Rationality
13. Political
14. Hellriegel, Jackson & Slocum
15. Analytical Model
16. Administrative Model
17. Greenberg & Baron

به‌طور خلاصه دلفی دربرگیرنده روشی سیستماتیک برای جمع‌آوری، جمع‌بندی و تبدیل نظرات چندین خبره به یک تصمیم واحد است. روش گروه اسمی در برگیرنده رایحه نظرهریک از افراد، تبادل نظر و رای‌دادن خصوصی برای انتخاب گزینه است و تکنیک نردبانی افزودن یک عضو جدید در هر مرحله و اخذ نظر وی مستقل از نظر جاری گروه است (گرینبرگ و بارون، ۲۰۰۰، ۳۶۸ - ۳۲۹).

تصمیم‌گیری فردی و گروهی در سازمان هر یک نقاط مثبت و منفی خاصی دارد. نقاط قوت تصمیم‌گیری فردی سرعت عمل، افزایش ابتکار عمل فردی، کم‌هزینه بودن و نقاط ضعف آن از دست رفتن هم‌افزایی تیمی، محدودنگری و عدم امکان آموزش سازمانی است.

از سوی دیگر نقاط قوت تصمیم‌گیری گروهی، پشتیبانی و تشویق دیگران، عملی شدن مواردی که به صورت فردی قابل حصول نیست و احساس تعلق و نقاط ضعف آن گروه اندیشی، وقت‌گیری و نیاز به رفع تضادهای بین فردی در حین کار است (هیبرت و کلات، ۲۰۰۱، ص ۲۳۱-۱۹۹).

در این مقاله به رایحه تجربه تخصیص بودجه تجهیز بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌پردازیم که در آن با رویکردی مشارکتی و در قالب روش عقلایی به موضوع پرداخته شده است.

روش

نمودار (۱) مراحل روش عقلایی (یا کلاسیک) حل مشکل را نشان می‌دهد. این مراحل به‌طور خلاصه

کمی باشد که دارای طیفی گسترده است. روش‌هایی همچون: برنامه‌ریزی خطی، احتمالی، شبکه در علم مدیریت مدل‌های کمی برای رسیدن به راه حل است (تیلور، ۱۹۹۹، ص ۲۴-۱).

به هنگام تصمیم‌گیری، فرد یا گروه هر یک ممکن است دچار اشتباهاتی شوند. روشها یا راهنماهایی وجود دارد که می‌تواند این اشکالات را تقلیل دهد. به‌طور معمول افراد در هنگام تصمیم‌گیری خلاق ممکن است دچار چهار نوع اشتباه شوند: هول زدگی^۲، پذیرش بدون بررسی^۳، تغییر نظر بدون بررسی^۴ و دوری کردن تدافعی^۵. در بسیاری موارد صرفاً توجه به وجود این اشکالات مانع بروز آن‌ها خواهد شد.

از آنجایی که تصمیم‌گیری مناسب گروهی تا حد زیادی به مهارت‌های حل مسأله در افراد وابسته است. تلاش برای پیشگیری از آفت‌های^۶ توضیح داده شده، کیفیت تصمیمات گروهی را افزایش خواهد داد.

در نظرگرفتن راهنمایی‌های اخلاقی به هنگام تصمیم‌گیری نیز جنبه دیگر موضوع است.

از سوی دیگر استفاده از روش‌های نظام‌مندی همچون: روش دلفی^۷، روش گروه اسمی و روش نردبانی^۸ تصمیم‌گیری گروهی را ارتقا خواهد بخشید.

1. Taylor
2. Hypervigilance
3. Unconflicted Adherence
4. Unconflicted Change
5. Defensive Avoidance
6. Pitfalls
7. Delphi
8. Stepladder

و غیر تکرار شونده که نیاز به تصمیم‌گیری‌های برنامه‌ریزی نشده وجود دارد، شخص تصمیم‌گیرنده باید از مدل تصمیم‌گیری عقلایی استفاده کند. تصمیمی مهم است که هزینه زیاد و یا نتایج اساسی برای بخش یا سازمان در بر داشته باشد. طبیعتاً در مورد تصمیم‌های برنامه‌ریزی نشده زمان بیشتری صرف فرایند تصمیم‌گیری می‌شود.

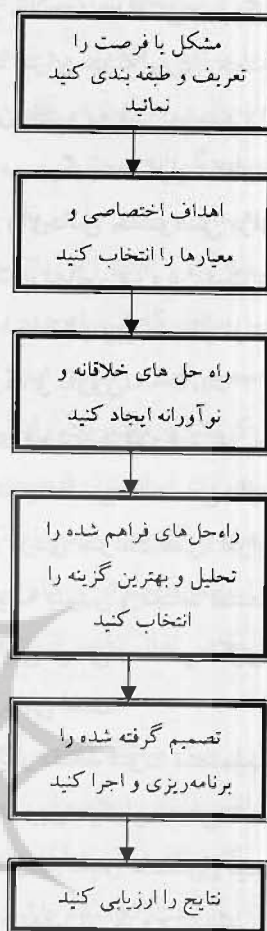
- شرایط تصمیم‌گیری: شرایط تصمیم‌گیری در سه وضعیت مطمئن، خطرپذیر و نامطمئن تقسیم‌بندی می‌شود. هرچه شرایط به سمت خطرپذیری و نامطمئن سوق پیدا کند باید برای کم کردن احتمال زیان و تصمیم‌گیری صحیح‌تر، از مدل کلاسیک استفاده کرد. در شرایط مطمئن و یا خطرپذیری اندک و همچنین در مورد تصمیم‌های برنامه‌ریزی شده می‌توان از مدل عقلایی محدود استفاده کرد.

- سطح مشارکت مطلوب: بسته به بعضی پارامترها (نوع مساله، فرصت در اختیار، توزیع اطلاعات مرتبط با مشکل و توانمندی کارکنان) مدیر می‌تواند سطح مشارکت مطلوب و عملی را تعیین کند.

بر این اساس نحوه اداره موضوع توسط مدیر ممکن است حالات اتوکراتیک، مشورتی، مشارکتی و توانمندسازی را به خود بگیرد.

۲) انتخاب اهداف و معیارها

ابتدا باید اهداف را در جهت حل مشکل تعیین کرد. سپس معیارهایی را برای سنجیدن بهترین راه حل (در جهت دستیابی به هدف) انتخاب کرد.



نمودار ۱: مراحل تصمیم‌گیری عقلایی

شرح داده می‌شود (لوسیئر، ۲۰۰۰، ص ۱۱۱-۷۸).

۱) تعریف و طبقه‌بندی مشکل یا فرصت

این مرحله مشتمل بر پرداختن به سه موضوع: ساختار، شرایط و سطح مشارکت تصمیم‌گیری است.

- ماهیت تصمیم‌گیری یا ساختار آن: در موقعیت‌های جاری و تکرار شونده، شخص تصمیم‌گیرنده باید از قوانین تصمیم‌گیری یا سیاست‌ها و رویه‌های سازمانی استفاده کند و اصطلاحاً تصمیم‌های برنامه‌ریزی شده اتخاذ نماید. در رابطه با موقعیت‌های غیر معمول، مهم

شده بود. پیش از این، اعتبار متمرکزی برای این منظور وجود نداشت. اعتبارات موردی بر اساس درخواست مسولین بیمارستان‌ها و سیاست‌های مقطعی توزیع می‌شد که شائبه اعمال نفوذ و تبعیض را فراهم می‌آورد. تجربیات قبلی باعث نارضایتی و اعتراض بعضی بیمارستان‌ها در مورد نحوه کار شده بود. در عمل نیز قسمت عمده‌ای از این اعتبارات بر اساس اولویت‌ها و سیاست‌های بلند مدت دانشگاه هزینه نمی‌شد. ساختار تصمیم، «برنامه ریزی نشده» و شرایط تصمیم، «خطرپذیر» شناسایی شد. معاون پشتیبانی دانشگاه مسوولیت نهایی تقسیم اعتبار را بر عهده داشت. با هدف استفاده از نظرات روسای بیمارستان‌ها، جلب مشارکت ایشان و پیشگیری از نارضایتی‌های بعدی، گروهی متشکل از معاون پشتیبانی، مدیر تشکیلات و بودجه، روسای پانزده بیمارستان و یک تسهیل‌کننده و مشاور برای انجام این تصمیم‌گیری انتخاب شدند (سطح مشارکت).

مرحله دو: انتخاب اهداف و معیارها

پس از بررسی و مشورت و با در نظر گرفتن مأموریت دانشگاه (شامل بیمارستان‌های تابعه آن) اهداف و معیارهای تصمیم‌گیری مطابق جدول (۱) تدوین و دسته‌بندی شد که مشتمل بر پنج هدف مجزا بود. دستیابی به بیشترین ارزش افزوده (بیشترین بازگشت بر روی سرمایه [ROI]) ملاک کلی برای تخصیص اعتبار بود.

مرحله سه و چهار: ارائه راه‌حل‌های ممکن، تحلیل آنها و انتخاب بهترین گزینه
انجام مرحله سه و چهار در جداول (۲) و (۳) خلاصه شده است.

۳) ایجاد راه‌حل‌های خلاقانه و نوآورانه
اطلاعات و خلاقیت در این مرحله اهمیت زیادی دارد. مرور متون و نظرخواهی از افراد مطلع و با تجربه کمک‌کننده است. در مورد تصمیم‌های برنامه‌ریزی نشده، باید زمان بیشتری برای پیدا کردن راه‌حل‌های مشکل صرف کرد.

۴) تحلیل راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین گزینه

ملاک تحلیل در این مرحله اهداف اختصاصی و معیارهای تعیین شده در مرحله دوم است. برای ارزیابی راه‌حل‌ها می‌توان از تکنیک‌های مختلف کمی و کیفی نظیر: تحلیل نقطه سربه‌سر، برنامه‌ریزی خطی، روش کپنر-ترگو، تحلیل هزینه-منفعت، و تحلیل منافع و مضار استفاده کرد. مرحله سه و چهار باید از یکدیگر تفکیک شود؛ انجام همزمان ایجاد راه‌حل‌ها و ارزیابی آن‌ها به «رضایت دادن به راه‌حل‌های غیر بهینه» منجر می‌شود. به‌علاوه ممکن است به دلیل بحث و چانه‌زنی روی گزینه‌ها، وقت زیادی تلف شود.

۵) برنامه‌ریزی و اجرای تصمیم

بسته به نوع تصمیم و پیچیدگی آن از ابزارهای مناسب برنامه‌ریزی می‌توان استفاده کرد.

۶) ارزیابی نتایج

در صورتی‌که اقدامات انجام شده مشکل را رفع نکند (تأمین‌کننده اهداف نباشد)، باید اقدامات اصلاحی صورت گیرد.

ارایه مورد: نحوه تخصیص بودجه تجهیز بیمارستان‌ها در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرحله یک: تعریف و طبقه‌بندی مشکل یا فرصت
اعتباری در حدود پنج میلیارد ریال از طرف سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در قالب برنامه ۳۰۳۰۳ به منظور تجهیز بیمارستان‌های دانشگاه تخصیص داده

جدول ۳- ماتریس تصمیم گیری برای نحوه تخصیص اعتبار ارتقا استانداردها و تجهیزات، بین بیمارستان‌ها ی دانشگاه علوم پزشکی تهران

کد	میزان تخصیص بر اساس معیار (میلیون تومان)						نوع	نمرات هریک از بیمارستان‌ها (برنامه‌ها) از نظر هر معیار											
	پژوهش	آموزش	رفتار	تجهیزات	درمان			تجهیزات اختصاصی	(۲) سیاست تشویقی: پاداش رشد درآمد		(۱) عملکرد: حجم خدمات								
					بدون مشورت اشغال	با مشورت اشغال			نمره	وزن نسبی	نمره	وزن نسبی	آموزش	پژوهش	وزن نسبی	درمان			
																	نسبی	خام	نسبی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	بیمارستان	
۷۴	۴۱	۴۷	۱۲۴	۲۵	۸۲	۶۲	۰.۱۴۸	۰.۰۲۶	۰.۰۸	۸.۳۷	۰.۰۱۸	۰.۰۶۴	۰.۰۵۷	۰.۲۴۸	۰.۰۰۰	۰.۰۴۹	۰.۰۴۸	۰.۱۸۴	الف
۲۴	۲۳	۱۴	۵۴	۲۵	۴۷	۴۵	۰.۰۶۸	۰.۰۱۴	۰.۰۵	۴.۶۴	۰.۰۰۵	۰.۰۲۸	۰.۰۲۵	۰.۱۰۷	۰.۰۰۰	۰.۰۴۹	۰.۰۲۲	۰.۰۹۰	ب
۲۵	۲۶	۲۲	۱۶	۲۵	۲۲	۳۲	۰.۰۵۰	۰.۰۱۲	۰.۰۴	۴.۲۷	۰.۰۱۲	۰.۰۶۴	۰.۰۰۷	۰.۰۲۲	۰.۰۰۰	۰.۰۴۹	۰.۰۱۷	۰.۰۶۶	پ
۷۸	۴۷	۷۴	۱۱۰	۱۲	۸۲	۹۱	۰.۱۵۵	۰.۰۲۹	۰.۰۹	۹.۳۶	۰.۰۲۸	۰.۱۴۹	۰.۰۵۰	۰.۲۱۹	۰.۰۰۰	۰.۰۲۴	۰.۰۱۷	۰.۱۸۳	ت
۲۹	۴۰	۵۲	۲۵	۸۰	۲۱	۲۴	۰.۰۵۷	۰.۰۱۳	۰.۰۴	۴.۰۹	۰.۰۲۰	۰.۱۰۶	۰.۰۱۲	۰.۰۵۰	۰.۰۰۰	۰.۱۱۰	۰.۰۱۳	۰.۰۴۹	ث
۴۲	۴۳	۸۱	۳۳	۲۰۸	۲۵	۳۲	۰.۰۸۵	۰.۰۲۷	۰.۰۹	۸.۶۴	۰.۰۳۱	۰.۱۶۲	۰.۰۱۰	۰.۰۴۶	۰.۰۰۰	۰.۰۴۷	۰.۰۱۶	۰.۰۶۳	ج
۱۹	۳۵	۱۱	۱۶	۰	۱۵	۹.۵	۰.۰۳۸	۰.۰۲۱	۰.۰۷	۶.۹۱	۰.۰۰۴	۰.۰۲۲	۰.۰۰۸	۰.۰۳۳	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۵	۰.۰۱۱	ح
۲۶	۳۳	۲۴	۱۸	۸.۲	۲۷	۲۵	۰.۰۵۱	۰.۰۲۱	۰.۰۷	۶.۶۴	۰.۰۰۹	۰.۰۴۹	۰.۰۰۸	۰.۰۳۶	۰.۰۰۰	۰.۰۱۶	۰.۰۱۳	۰.۰۵۰	خ
۴۲	۴۲	۲۹	۴۲	۱۱	۵۶	۵۵	۰.۰۸۵	۰.۰۲۶	۰.۰۸	۸.۴۵	۰.۰۱۱	۰.۰۵۹	۰.۰۰۹	۰.۰۸۴	۰.۰۰۰	۰.۰۲۲	۰.۰۲۹	۰.۱۱۱	غ
۳۰	۲۹	۲۵	۳۹	۱۰۷	۲۵	۲۸	۰.۰۶۰	۰.۰۱۸	۰.۰۶	۵.۷۲	۰.۰۰۹	۰.۰۵۰	۰.۰۱۸	۰.۰۷۸	۰.۰۰۰	۰.۰۳۲	۰.۰۱۵	۰.۰۵۶	د
۲۱	۲۶	۲۷	۱۳	۰	۱۸	۱۴	۰.۰۴۳	۰.۰۱۶	۰.۰۵	۵.۱۸	۰.۰۱۴	۰.۰۲۲	۰.۰۰۵	۰.۰۳۳	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۷	۰.۰۲۸	ذ
۲۳	۳۶	۳۱	۴۸	۰	۲۲	۲۰	۰.۰۴۷	۰.۰۲۳	۰.۰۷	۷.۲۷	۰.۰۱۲	۰.۰۶۲	۰.۰۰۲	۰.۰۱۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۱۰	۰.۰۲۹	ر
۱۵	۲۹	۰	۰	۱۶	۱۳	۱۳	۰.۰۳۱	۰.۰۲۴	۰.۰۸	۷.۷۳	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۷	۰.۰۲۷	ز
۲۱	۲۹	۳۵	۱۱	۰	۱۶	۱۴	۰.۰۴۱	۰.۰۱۹	۰.۰۶	۶.۳۷	۰.۰۰۹	۰.۰۵۰	۰.۰۰۵	۰.۰۲۲	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۷	۰.۰۲۸	ژ
۱۶	۲۳	۱۶	۶	۰	۴.۶	۲.۴	۰.۰۳۱	۰.۰۲۰	۰.۰۷	۶.۵۵	۰.۰۰۶	۰.۰۳۲	۰.۰۰۳	۰.۰۱۲	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۲	۰.۰۰۷	س
۴۵	۵۰۰	۵۰۰	۵۰۰	۵۰۰	۵۰۰	۵۰۰	۰.۹۹۰	۰.۰۳۱	۱	۱۰۰	۰.۰۱۹	۱	۰.۰۲۲	۱	۰.۰۰۰	۱	۰.۰۲۶	۱	جمع یا میانگین

پرتال جامع علوم انسانی

قرار داده شد. نام بیمارستان‌ها به‌عمد آورده نشده است.

۲. طبق جدول (۲) برای هریک از بیمارستان‌ها (از الف تا س) یک شاخص عملکردی نسبی در هریک از چهار حوزه فوق محاسبه گردید (ستون‌های ۶، ۱۰، ۱۵ و ۱۹). سایر

به‌طور خلاصه فعالیت‌های زیر انجام شد:

- اطلاعات در مورد ۱۵ واحد بیمارستانی دانشگاه در چهار حوزه عملکردی آموزشی، پژوهشی، درمانی و درآمد جمع‌آوری و در ستون‌های مربوط (ستون‌های ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶ و ۱۷) در جدول (۲)

شده در واقع ترکیبی از روش‌های تحلیلی کمی و نیمه کمی است که به روش «کپنر - ترگو»^۳ موسوم است.

جدول ۴- فرم وزندهی فرد برای معیار

شماره	معیار	وزن نسبی
۱	خدمات درمانی	
۲	خدمات پژوهشی	
۳	خدمات آموزشی	
۴	شاخص رشد درآمد	
۵	سیاست اختصاصی تجهیز	
	جمع	۱

جدول ۵- نمره به معیار سیاست اختصاصی

تجهیز برای هر بیمارستان از نظر فرد

ردیف	بیمارستان	نمره اولویت تجهیز
۱	امام خمینی	
۲	ولی عصر	
۳	انستیتو سرطان	
۴	شریعتی	
۵	فارابی	
۶	روزبه	
۷	رازی	
۸	امیر اعلم	
۹	سینا	
۱۰	مرکز طبی	
۱۱	میرزا	
۱۲	بهارلو	
۱۳	ضیائیان	
۱۴	بهرامی	
۱۵	آرش	
	جمع	۱۰۰

ستون‌های جدول محاسبه شده می‌باشند.
 ۳. در مورد دو موضوع مشخص یعنی «اولویت نسبی تجهیز بیمارستان» (معیار پنجم) و وزن نسبی پنج معیار (ضریب اهمیت شاخص‌ها) از طریق اجماع تصمیم‌گیری شد. برای این‌کار هر یک از روسای بیمارستان‌ها دو جدول وزن دهی (۴) و (۵) را تکمیل کردند به گونه‌ای که جمع وزن در جدول (۴)، یک و در جدول (۵)، ۱۰۰ باشد. از ۱۵ جفت جدول به دست آمده دودسته میانگین (به ترتیب ۵ [به تعداد معیارها] و ۱۵ [به تعداد بیمارستان‌ها]) محاسبه گردید.

۴. چهار شاخص عملکردی محاسبه شده و میانگین محاسبه شده در مورد «اولویت نسبی تجهیز بیمارستان» در ستون‌های مربوط (پنج ستون خاکستری) در جدول (۳) وارد شد. همچنین میانگین محاسبه شده در مورد وزن نسبی پنج معیار در پنج خانه مربوط در جدول (۳) وارد شد.

۵. بر اساس امتیاز شاخص‌های عملکردی و وزن نسبی آن‌ها یک امتیاز ترکیبی وزن دهی شده^۱ برای هر بیمارستان محاسبه شد. در ستون‌های سمت چپ جدول (۳)، سهم تخصیص بر اساس امتیاز نسبی در هر شاخص و شاخص کل (جمعاً هفت حالت) محاسبه گردید.

در این تحلیل بیمارستان‌ها، هم ارز گزینه‌های بدیل^۲ برای تامین اهداف می‌باشند. تحلیل انجام

1. Composite Weighted Score
 2. Alternative

به‌طور مثال بیمارستانی که از نظر تعداد بیمار و درآمد مستقیم رشد مناسبی ندارد، چنانچه سرمایه‌گذاری مناسبی در آن از نظر تجهیزات صورت نگیرد، دچار وضعیت بدتری خواهد شد. به عبارت دیگر مجموعه معیارها ماهیتی رقابتی دارند؛ بیمارستان‌های دارای عملکرد بهتر را پاداش می‌دهند و بیمارستان‌های با عملکرد ضعیف‌تر را با تخصیص سهم کمتر از بودجه، با محدودیت بیشتر مواجه می‌سازند. اصولاً تحلیل و پیش‌بینی ارزش افزوده ایجاد شده حاصل از این تصمیمات (به عنوان منظور نهایی) و مقایسه آن با گزینه‌های بدیل (به‌ویژه در سازمان‌های عمومی یا غیر انتفاعی) به راحتی و در کوتاه مدت امکان‌پذیر نیست. ضمن این‌که اگرچه شاید بتوان قسمتی از عملکرد ضعیف را به مسوولین بیمارستان‌ها نسبت داد، احتمال دارد بخش عمده‌ای از آن خارج از اختیار ایشان باشد. بنابراین این بازخورد ممکن است خشن به نظر برسد و یک اقدام تنبیهی غیر عادلانه را تداعی کند.

بازنگری‌ها و پیشنهادات اصلاحی برای

آینده

- شاخص عملکرد درمانی به منظور جامعیت بیشتر نیاز به بازنگری دارد، به گونه‌ای که حجم خدمات سرپایی و اورژانس بیمارستان را نیز دربرگیرد.
- انواع مقالات پژوهشی بر پایه محل انتشار و تاثیرشان به وزن‌های متفاوتی نیاز دارند.
- در مورد اعتبار داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده، تردیدهایی وجود داشت. مناسب است فرم‌هایی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده برای محاسبه شاخص‌ها (تعداد

مرحله پنجم: برنامه‌ریزی و اجرای تصمیم

بیمارستان‌ها با هماهنگی با معاونت درمان لیست تجهیزات مورد نیاز خود را بر اساس اولویت و در محدوده اعتبار پیش‌بینی شده تعیین کردند و طی سال بر اساس ورود اعتبارات به حساب دانشگاه، تخصیص اعتبار به بیمارستان‌ها انجام گرفت.

مرحله ششم: ارزیابی نتایج

پس از یک سال، نقاط قوت و ضعف تصمیم‌گیری انجام شده توسط گروهی متشکل از معاون پشتیبانی، مدیر بودجه و تشکیلات و کارشناس تسهیل‌کننده مورد بررسی قرار گرفت. به‌طور خلاصه با وجود مخالفت‌هایی که در مقابل این تغییر وجود داشت، مشارکت انجام شده بسیار مناسب بود و به انتخاب چارچوبی برای نحوه تخصیص منجر شد که از نارضایتی‌های بعدی تا حد زیادی پیشگیری کرد. در نتیجه به رغم زمان نسبتاً زیاد صرف‌شده، کار ثمربخش بود.

در مجموع شش جلسه رسمی با حضور همه اعضای گروه (میزان متوسط حضور اعضا ۸۵٪) و چندین جلسه دیگر هماهنگی و جمع‌بندی کوچکتر برگزار شد. با توجه به روش به کار برده شده در اتخاذ تصمیم (روش گروه اسمی)، از آن تلقی اجماع وجود داشت که بسیار ارزشمند بود. این بار تکلیف نحوه تخصیص در یک مرحله روشن شد و همچون گذشته یک مبحث تکرار شونده و مشکل‌آفرین نبود.

محدودیت‌های روش

این شیوه تخصیص بودجه که در آن قسمت اصلی نمره یا ضریب تخصیص، بر اساس عملکرد (وضعیت گذشته) تعیین می‌شود، موضع بیمارستان‌های "ضعیف" را تضعیف می‌کند و ممکن است آن‌ها را در یک چرخه معیوب قرار دهد.

چارچوب استفاده شده در اینجا در واقع بودجه بندی بر اساس عملکرد است. اما پرداختن به موضوعات تخصصی بودجه هدف این مقاله نیست؛ هدف این مقاله ارائه الگویی عملی از بکارگیری روش نظام‌گرا و مشارکتی در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری است که محتوای آن بودجه‌بندی بوده است.

خوانندگان برای اطلاعات بیشتر در مورد تعاریف، انواع و فرایند بودجه می‌توانند به منابع مربوط مراجعه کنند (ابوالحلاج، ۱۳۷۹، صفحه ۱-۲۸) (لوسیر، ۲۰۰۰، ص ۵۰۲-۴۹۶) - روزنبرگ، هکدوس و کراجزوسکی، ۱۹۹۹، ۲۵-۱) - (دافی، ۲۰۰۳، ۶-۱).

ضمیمه ۲: بازگشت بر روی سرمایه^۳ رایج‌ترین روش ارزشیابی میزان کارایی بکارگیری منابع مالی است که از راه تقسیم «بازگشت یا سود سالانه» بر «میزان (متوسط) سرمایه‌گذاری طی سال» محاسبه می‌شود (ماجز،^۴ ۲۰۰۱، ص ۵۸۳). □

دانشجویان، تعداد هیات علمی و مقالات منتشر شده، اطلاعات درآمد بیمارستان‌ها و ضریب اشغال تخت) تهیه و طی سال تکمیل شود تا داده‌ها قابل اعتمادتر بوده و راحت‌تر جمع‌آوری شوند.

حوزه یا دپارتمان مسئول برای ارائه این داده‌ها نیز باید روشن باشد. در حالت مطلوب این داده‌ها بایستی از طریق یک نظام اطلاعات مدیریت قابل دسترسی باشد.

نهایت این که انجام روشمند و سیستماتیک تخصیص، باید امکان مناسبی برای یادگیری از تجربه و انجام تعدیلات لازم و تصمیمات درست‌تر و بهینه‌تر را برای سال‌های بعد فراهم آورد.

ضمیمه ۱: بودجه‌ریزی مبحثی دامنه‌دار در مدیریت است. همان‌طور که بسیاری از خوانندگان مطلعند رویکردهای مختلفی برای آن وجود دارد که بودجه‌بندی برنامه‌ای، بودجه‌بندی بر اساس عملکرد، فصلی و هزینه‌یابی بر اساس فعالیت،^۱ چهار گونه مهم آن را تشکیل می‌دهد (لوسیر، ۲۰۰۰، ص ۵۰۲-۴۹۶). (روزنبرگ، هکدوس و کراجزوسکی،^۲ ۱۹۹۹، ۱۰-۸).

پروژه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی

3. Duffy

4. Return On Investment, ROI

5. Meigs

1. Activity-Based Costing

2. Rosenberg, Hegedus & Krajsozcki

منابع

ابوالحلاج، مسعود (۱۳۷۹) **بودجه و مفاهیم مالی برای مدیران و کارشناسان غیر مالی بخش عمومی** (فصل اول: بودجه مقدمه و تعاریف کلی، اصول بودجه و مراحل بودجه). تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (معاونت پشتیبانی). ایران نژاد، ساسان گهر (۱۳۸۰). **سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل**. محل انتشار: موسسه عالی بانکداری ایران، تهران.

Crainger S. Dearlove, D.(2001) **Financial Times Handbook of Management** ,(Chapter 3: The Changing Nature of Organizations, Section Three Making Excellent Decisions)London, Pearson Education Limited.

Duffy,J.(2004)**A Guide to the Budget Process and Budget Management** , Old Dominion University Available by: <http://www.odu.edu/af/humanresources/training/budgetprocmgt.pdf>

Greenberg , J & Baron, R.A. (2000) **Behavior in Organizations, Understanding and Managing the Human Side of Work** (Chapter 9: Decision Making in Organizations),Upper Saddle River, PrenticeHall, Inc.

Hiebert, M, Klatt, B.(2001) **The Encyclopedia of Leadership. A Practical Guide to Popular Leadership Theories and Techniques**, (Chapter 7: Tools for Problem Solving, Decision Making, and Quality),New York, Mc Graw Hill.

Hellriegel , D&Jackson, S.E & Slocum, J.W. (2002) **Management: A Competency-based Approach** (Chapter 8: Fundamentals of Decision Making), South-Western Publishing, Thompson Learning.

Lussier, R.N. (2000)**Management Fundamentals**,(Chapter 3: Creative Problem Solving and Decision Making, Chapter 14: Control Systems: Financial and Human),South-Western Publishing, Thompson Learning.

Meigs, R.F Williams, J.R & Haka, S.F.Bettner, M.S. (2001) **Financial Accounting**(Chapter 13: Financial Statement Analysis), New York, Irwin Mc Graw Hill.

Rosenberg, P.h & Hegeds. J. & Krajsóczyk ,E. (1999) **Program Budgeting. Modernizing Financial Management for Hungarian Local Governments** , The Urban Institute Washington, DC. Available by: <http://www.urban.org/PDF/prog-budget.pdf>.

Taylor, B.W. (1999)**Introduction to Management Science** (Chapter 1:Management Science),Upper Saddle River, Prentice Hall,Inc.