

ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن*

امیراشکان نصیری پور^۱، محمدعلی افشارکاظمی^۲، احمدرضا ایزدی^۳

مقاله کوتاه

چکیده

مقدمه: کارت امتیاز متوازن یکی از الگوهای موفق و پرکاربرد در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به خصوص بیمارستان‌ها می‌باشد. این الگو یک چارچوب مفهومی جهت تدوین مجموعه‌ای از شاخص‌های عملکرد در راستای استراتژی سازمان می‌باشد. این پژوهش با هدف ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی- تطبیقی، ۱۱ الگوی نظری و عملی کارت امتیاز متوازن بررسی شد. الگویی برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران طراحی شد. پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر مدل پیشنهادی جهت جمع‌آوری داده‌ها تهیه شد. اعتبار آن به روش دلفی با استفاده از نظرات صاحب‌نظران تأیید گردید. ضریب پایایی پرسش‌نامه (Cronbach's alpha) ۰/۹۴ بود. به منظور تعیین معنی‌دار بودن پاسخ‌ها از آزمون اختلاف میانگین جامعه استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمرات حاصل شده از نظرسنجی خبرگان در الگوی پیشنهادی در رابطه با بیانیه‌ی رسالت پیشنهادی ۴/۰۲ (از ۵ نمره)، نمره‌ی استراتژی بهبود مداوم کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی- درمانی ۴/۵، استفاده‌ی بهینه از امکانات و منابع موجود ۴/۶۶، تلاش مداوم و گروهی به منظور جلب رضایت‌مندی مراجعان ۴/۶۶ و مسؤلیت‌پذیری در خصوص بهداشت و ایمنی کارکنان و محیط زیست ۴/۳۲ بوده است. میانگین نمره‌ی منظر بالینی ۱۱/۶۶، منظر بیماران ۱۱/۵، منظر فرایندهای داخلی ۱۱/۶۶، منظر مالی ۱۰/۷۸ و منظر رشد کارکنان ۱۱/۴۶ بود. در کل، ۲۷ شاخص برای ۵ منظر ارایه شد که یکی از آن‌ها از الگوی نهایی حذف گردید. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بود.

نتیجه‌گیری: الگوی پیشنهادی هم برای یک بیمارستان و هم برای مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور قابل اجرا بوده و امکان مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها را نیز فراهم می‌آورد. این الگو به دلیل ماهیت پویای کارت امتیاز متوازن، چارچوبی قابل انعطاف است که می‌تواند برحسب شرایط واحدهای مختلف تعدیل گردد.

واژه‌های کلیدی: خدمات بهداشتی؛ ارزیابی فرایند؛ بیمارستان‌ها؛ الگوی سازمانی

پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۱

اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۱۷

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۸

* این مقاله حاصل رساله‌ی دکتری با عنوان ارایه‌ی الگوی کارت امتیاز متوازن پویا به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

۲- استادیار، تحقیق در عملیات، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

ارجاع: نصیری پور امیراشکان، افشارکاظمی محمدعلی، ایزدی احمدرضا. ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۷۹-۱۱۶۹.

مقدمه

ارزیابی عملکرد یکی از مهم‌ترین وظایف مدیریتی است (۱).

سازمان‌ها در عصر حاضر نیازمند برخورداری از ابزارها و نگرش‌های نوین مدیریتی هستند (۲) تا کارایی، اثربخشی و پاسخ‌گویی خود را افزایش دهند (۳). بدین منظور الگوهای مختلفی ارایه شده است که یکی از آن‌ها الگوی کارت امتیاز متوازن (BSC (Balanced scorecard می‌باشد (۴، ۲).

الگوی BSC توسط Kaplan و Norton ارایه گردیده است (۵). این الگو برای سازمان‌ها به عنوان ابزاری اثربخش جهت شناخت، تشریح و ترجمه‌ی دارایی‌های نامشهود به ارزش واقعی قابل درک برای ذی‌نفعان، بسیار راهگشا بوده و امکان اجرای موفق استراتژی‌ها را فراهم می‌سازد (۱). اهداف و شاخص‌های کارت امتیازی از استراتژی و چشم‌انداز سازمان تعیین شده‌اند. این اهداف و شاخص‌ها به عملکرد سازمان در چهار وجه می‌نگرند: مالی، مشتری، فرایندهای داخلی و رشد و یادگیری. این چهار منظر، چارچوبی را برای BSC فراهم می‌کنند (۱). در سازمان‌های عمومی و غیر انتفاعی، اهداف و شاخص‌های BSC از مأموریت سازمان تعیین می‌شود. در واقع شاخص‌های هر یک از منظرها پاسخگوی این سؤالات هستند: چگونه مشتریان به ما می‌نگرند؟ در چه چیزی ما باید ماهر باشیم؟ آیا می‌توانیم بهبود مستمر داشته باشیم؟ و چگونه ذی‌نفعان به ما می‌نگرند؟ (۵، ۱).

صفت متوازن در BSC به توازن بین سنجه‌های مالی و غیر مالی، توازن بین ذی‌نفعان داخلی و خارجی سازمان، توازن بین اهداف بلند مدت و کوتاه مدت و توازن بین سنجه‌های هادی و تابع مربوط می‌باشد (۵).

امروزه BSC از یک سیستم اندازه‌گیری به یک سیستم مدیریت استراتژیک تبدیل شده است (۱). در مورد بعضی از شرکت‌هایی که در زمینه‌ی استفاده از BSC پیشرو هستند این سیستم مدیریتی به عنوان چارچوب سازماندهی مرکزی فرایندهای مدیریتی مهم از قبیل تنظیم اهداف فردی و تیمی، جبران خدمت، تخصیص منابع، بودجه‌بندی و برنامه‌ریزی، یادگیری و بازخورد استراتژیک تبدیل شده است (۵).

Kaplan و Norton الگوی BSC را ابزار مورد نیاز مدیران برای راهبری سازمان‌هایشان در دنیای رقابتی آینده و در عصر اطلاعات می‌دانند. BSC علاوه بر شاخص‌های مالی

به شاخص‌های غیر مالی نیز توجه می‌نماید (۵).

در الگوی BSC اهداف و شاخص‌ها در یک فرایند بالا به پایین از اسناد بالا دستی خود یعنی رسالت و استراتژی واحدهای تجاری استخراج می‌شوند. شفاف‌سازی و کسب آگاهی در مورد استراتژی، یکپارچگی اهداف فردی و واحدها با استراتژی، ارتباط اهداف استراتژیک با مقاصد طولانی مدت و بودجه‌ی سالانه، شناسایی و یکپارچه‌سازی اقدامات استراتژیک، به کارگیری بازنگری استراتژیک دوره‌ای و منظم و کسب بازخورد به منظور یادگیری و ارتقای استراتژی از جمله مزایای استفاده از BSC ذکر شده است (۵). با توجه به این که هدف نهایی سازمان‌های دولتی، تحقق رسالت و برآورده‌سازی نیاز مشتری است، الگوی BSC تفاوت‌های عمده‌ی بخش عمومی و سازمان‌های غیر انتفاعی با بخش خصوصی را مورد نظر قرار داده و تأکید می‌کند که:

- ۱- تعریف نهایی موفقیت در بخش عمومی و سازمان‌های غیر انتفاعی، عملکرد آن‌ها در دستیابی به رسالت و انجام وظایف محوله است.
- ۲- سازمان‌های بخش عمومی و غیر انتفاعی، مجموعه‌ی گسترده‌ای از مأموریت‌ها را دارند و باید آثار اجتماعی و اهداف متعالی خود را به طرز متفاوتی تعریف نمایند (۵، ۱).

به همین دلیل در الگوی BSC، تدوین رسالت به عنوان یکی از نقاط کلیدی و مهم الگوی جایگزین استراتژی در سازمان‌های انتفاعی گردیده است (۱). رسالت سازمان در واقع پاسخی هستند به این سؤالات که: ما چه کسانی هستیم؟ چه کاری را انجام می‌دهیم؟ برای چه کسانی این کار را انجام می‌دهیم؟ چرا این کار را انجام می‌دهیم؟ چرا منابع عمومی برای این تلاش‌ها اختصاص یافته است؟ (۶)، تأثیر مثبت رسالت بر عملکرد نیز تأیید شده است (۷).

اصلاحات در خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دنبال ارتقای پاسخ‌گویی، هزینه- اثربخشی، پایداری، بهبود کیفیت و رضایت‌مندی بیماران می‌باشد. این اصلاحات به منظور ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌بایستی مبتنی بر شواهد علمی و بهترین تجربیات باشند. آنچه که باید روی آن

کاربرد رتبه‌بندی عملکرد (رتبه‌بندی ستاره‌ای) برای بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، Chang، چارچوب ارزیابی عملکرد سیستم طب ملی انگلستان با رویکرد کارت امتیازی (۱۵)، گزارش دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ با نام اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان به منظور بهبود کیفیت مراقبت در اروپا (۸) و سیستم بهداشتی-درمانی کانادا (۱۶) نام برد. در داخل کشور نیز بگلو، در رساله‌ی دکتری خود به طراحی الگوی کارت امتیاز متوازن به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی ایران پرداخته است. بگلو، با مقایسه‌ی الگوهای مورد استفاده در کشورهای استرالیا، کانادا، آمریکا، نیوزلند به روش توصیفی-تطبیقی به ارزیابی الگوی پیشنهادی برای ایران پرداخته است (۱۷). الگوی BSC را می‌توان جهت ارزیابی بخش‌های یک بیمارستان نیز به کار برد. عجمی و همکاران از BSC به منظور ارزیابی بخش مدارک پزشکی بیمارستان فاطمه الزهرا (س) نجف آباد استفاده نموده‌اند (۴). وطن‌خواه و سالمی، به بررسی نظام ارزشیابی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از BSC پرداخته‌اند. در این پژوهش محورهای ارزشیابی بیمارستان‌های کشور در قالب ۴ منظر الگوی BSC بررسی شده‌اند (۲).

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یک سازمان غیر انتفاعی غیر دولتی شناخته می‌شود و با تصویب قانون الزام در سال ۱۳۶۸ سازمان، خود عهده‌دار ارائه‌ی خدمات درمانی مستقیم به افراد تحت پوشش از طریق بیمارستان‌های ملکی خود گردیده است (۱۸). در حال حاضر به منظور بررسی عملکرد بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی، گزارش‌های آماری (۱۹) و گزارش ارزیابی اقتصادی حاوی ۵۶ شاخص به صورت سالانه ارائه می‌گردد (۲۰). از طرف دیگر، بیمارستان‌ها نیز در زمینه‌ی ارتقای عملکرد خود حرکت نموده‌اند به طوری که بیش از ۶۰ بیمارستان از ۷۱ بیمارستان ملکی سازمان تأمین اجتماعی، با پیاده‌سازی الگوی ایزو ۹۰۰۱ و شناسایی فرایندهای کلیدی به سمت استفاده از الگوهایی نظیر EFQM، Malcom Baldrige و غیره روی آورده‌اند (۲۱).

تأکید ویژه نمود، توسعه‌ی سیستم‌های پایش عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که مصرف‌کننده‌ی بیش از نیمی از کل بودجه‌ی بخش بهداشت و درمان هستند (۸).

از طرف دیگر در بخش بهداشت و درمان، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم به طور فزاینده مورد توجه قرار گرفته است. از یکسو مردم با پرداخت حق بیمه، مالیات و تحمل هزینه‌های گزاف بهداشت و درمان و در کنار آن افزایش آگاهی آنان، انتظارات فزاینده‌ای از بیمارستان و دیگر سازمان‌های ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی دارند. از سوی دیگر سرمایه‌گذاری کلان جهت بهره‌گیری از تکنولوژی نوین درمان و افزایش هزینه‌های پرسنل و به کارگیری نیروهای تخصصی و فوق تخصصی موجب گران‌تر شدن خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود (۹).

سازمان‌های بسیاری در سراسر جهان با به کارگیری این روش توانسته‌اند ضمن پیاده‌سازی استراتژی خود به موفقیت‌های چشمگیری نایل شوند (۵، ۱). Chan، در پژوهشی با عنوان اندازه‌گیری عملکرد و تعدیل کارت امتیاز متوازن به مطالعه‌ی الگوی کارت امتیاز در مراکز دولتی کانادا و آمریکا پرداخته است. Chan، بیان می‌کند که به منظور غلبه بر محدودیت شاخص‌های مالی و نیاز فزاینده به پاسخگویی، مدیران دولتی به سمت اجرای ابزارهای مدرن مدیریتی در سازمان‌ها سوق پیدا کرده‌اند (۱۰).

در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد مؤسسات بهداشتی-درمانی نیز بر اساس الگوی ارزیابی متوازن، تلاش‌های زیادی صورت گرفته است. در این زمینه می‌توان به تلاش‌های Josey و Kim (۱۱) با الگوی کارت امتیاز متوازن بیمارستان Ten Asbroek، Barberton و همکاران در پژوهشی با عنوان توسعه‌ی چارچوب شاخص‌های عملکرد ملی برای سیستم بهداشتی هلند در سال ۲۰۰۴ (۱۲)، Kumar و Ozdamar در سال ۲۰۰۵ در سنگاپور (۳)، Olden و Smith در بیمارستان St. Luke (۱۳)، Patel و همکاران با تحلیل

انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، سیستم بهداشتی-درمانی کانادا (۱۶) و الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران (۱۷) بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای، از کارت فیش و برای گردآوری داده‌های مربوط به الگوهای مورد مطالعه، از جداول تطبیقی استفاده شد. داده‌های مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی ایران با استفاده از اسناد و مدارک سازمان مذکور، گزارش‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی و مصاحبه با کارشناسان ستادی و بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی گردآوری گردید. سپس با بهره‌گیری از نقاط اشتراک و افتراق مندرج در جداول مقایسه‌ای، الگوی اولیه‌ی پژوهش طراحی شد. با توجه به ادبیات مربوط به رسالت سازمانی و مراجعه به قوانین موضوعه از جمله قانون تأسیس سازمان تأمین اجتماعی، قانون الزام، قانون بیمه‌ی خدمات درمانی و سایر متون مرتبط، رسالت پیشنهادی برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تدوین گردید. برای احراز اعتبار الگو از روش دلفی کمک گرفته شد. پرسش‌نامه‌ی تهیه شده در اختیار ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها که سابقه‌ی پژوهش و مطالعه در موضوع پژوهش را دارند قرار گرفت و نظرات ایشان در مورد محتوا و نحوه‌ی نگارش پرسش‌نامه اخذ گردید که پس از اعمال نقطه نظرات و تأیید ایشان، روایی پرسش‌نامه تضمین گردید. پایایی پرسش‌نامه با Cronbach's alpha ۰/۹۴ بود.

پرسش‌نامه‌ی تهیه شده به همراه نمای شماتیکی از الگوی پیشنهادی و شرح ابعاد الگو، رسالت پیشنهادی، منظرها، شاخص‌های هر منظر و تعریف هر شاخص در اختیار ۸۰ نفر از صاحب‌نظران دارای مدرک دکتری و کارشناسی ارشد در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیران شاغل در بیمارستان‌ها، مدیران و مسؤولان و کارشناسان دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر در معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی با سابقه‌ی بیش از ۵ سال قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا میزان موافقت خود در رابطه با رسالت پیشنهادی را در قالب مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (از

با توجه به جایگاه سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یک سازمان ارایه کننده، همچنین به عنوان یک سازمان خریدار خدمات بخش دولتی و خصوصی، ارزیابی عملکرد خدمات ارایه شده و خدمات خریداری شده یکی از موارد مهم و شروط موفقیت سازمان در سطح کشور می‌باشد. هرچند در زمینه‌ی طراحی الگوهای ارزیابی عملکرد در جهت ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها تلاش‌هایی گردیده است اما در سازمان تأمین اجتماعی با توجه به رشد استقرار سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ و تمرکز این بیمارستان‌ها به بهبود فرایندها در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات، ارایه‌ی الگویی به منظور ارزیابی عملکرد می‌تواند به طور مستقیم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی و به طور غیر مستقیم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌های دولتی و خصوصی (که سازمان تأمین اجتماعی به عنوان خریدار خدمات آن‌ها می‌باشد) تأثیر داشته باشد. این پژوهش با هدف ارایه‌ی یک الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تطبیقی در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران بود. در ابتدا به منظور طراحی الگوی کارت امتیاز متوازن جهت بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ایران، به مطالعه‌ی تطبیقی یازده الگوی منتخب نظری و عملی BSC پرداخته شد. معیار انتخاب این نمونه‌ها، از بین الگوهای مشخص و قابل دسترس، بر اساس دو محور بوده است. در محور اول، طیفی از الگوها با توجه به جایگاه آن از بخش صنعت تا بخش بهداشت و درمان دولتی و در محور دوم، محدوده‌ای از بیمارستان‌های خصوصی انفرادی تا مجموعه‌های بیمارستانی بررسی شدند. یازده الگوی انتخابی شامل الگوی تئوریک کارت امتیاز متوازن Kaplan و Norton (۵)، الگوی دولتی BSC (۱۰)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، سیستم بهداشتی-درمانی هلند (۱۲)، بیمارستان‌های سنگاپور (۳)، بیمارستان St. Luke (۱۳)، الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های

مرتبط با منظرها بیان شد و در انتها شاخص‌های هر منظر در صورت لزوم تبیین گردیده‌اند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، حداقل تعداد منظرها ۳ و حداکثر منظرها ۶ منظر بود. میانگین تعداد منظرها در الگوهای مورد مطالعه ۴/۷۵ منظر بود. میانگین تعداد شاخص‌ها نیز بالغ بر ۳۱ شاخص با انحراف معیار ۱۰/۹۵ ± بود. منظر مشتری (بیمار) در ۹۰ درصد الگوها وجود داشت. فراوانی منظر فرایندهای داخلی ۷۲ درصد، منظر مالی و منظر رشد و یادگیری ۶۳ درصد بود. در ۶۶ درصد الگوهای مرتبط با بهداشت و درمان به نتایج بالینی توجه گردیده بود. خلاصه‌ی الگوهای مطرح در جدول تطبیقی ۱ ارائه گردیده است.

میزان موافقت اعلام شده توسط خبرگان با رسالت پیشنهادی به طور میانگین بیش از ۴ نمره بوده است. میانگین نمره‌ی رسالت ۴/۰۲ و نمرات استراتژی بهبود مداوم کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی- درمانی ۴/۵، استفاده‌ی بهینه از امکانات و منابع موجود ۴/۶۶، تلاش مداوم و گروهی به منظور جلب رضایت‌مندی مراجعان ۴/۶۶ و مسؤولیت‌پذیری در خصوص بهداشت و ایمنی کارکنان و محیط زیست ۴/۳۲ بوده

کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱) اعلام نمایند. همچنین در ارتباط با هر یک از منظرهای الگو و شاخص‌های هر منظر از ۴ بعد ارتباط با رسالت، اهمیت منظر یا شاخص، امکان پایش و قابلیت مداخله در قالب مقیاس ۳ گزینه‌ای لیکرت اعلام نظر نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات خبرگان یاد شده، میانگین امتیاز هر یک از مؤلفه‌های پرسش‌نامه محاسبه و بر اساس فرمول آزمون اختلاف نسبت صفت در جامعه با یک نسبت مشخص $Z = [(X/n) - P] / \sqrt{P(1-P)/n}$ و $n = 50$ (۷۵ درصد $P \geq$) ضریب اطمینان ۹۵ درصد، چنانچه Z محاسبه شده از ۱/۶۴ بیشتر بود تأیید و معتبر قلمداد می‌شد. بدین منظور از نرم‌افزار SPSS (version, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در چهار قسمت ارائه گردید. ابتدا یافته‌های مرتبط با الگوهای مورد استفاده در مطالعه‌ی تطبیقی معرفی گردیده است. سپس یافته‌های مرتبط با رسالت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ارائه گردید، در ادامه یافته‌های

جدول ۱: منظرهای الگوهای نظری و عملی کارت امتیاز متوازن در بخش مطالعه‌ی تطبیقی مورد استفاده در مطالعه‌ی تطبیقی

نام الگو	منظرهای الگو
الگوی توریگ کارت امتیاز متوازن	۱- مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- رشد و یادگیری
الگوی دولتی کارت امتیاز متوازن	۱- عملکرد مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- کارایی عملیات؛ ۴- تغییر و نوآوری؛ ۵- عملکرد کارکنان
الگوی بیمارستان Barberton	۱- کارکنان؛ ۲- خدمت؛ ۳- کیفیت؛ ۴- نتایج اجرایی؛ ۵- مالی؛ ۶- رشد
سیستم بهداشتی- درمانی هلند	۱- مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- نوآوری
بیمارستان‌های سنگاپور	۱- مشتری؛ ۲- عرضه‌کننده؛ ۳- فرایند؛ ۴- سیستم اطلاعاتی؛ ۵- رشد و یادگیری؛ ۶- منظر کلی
بیمارستان St. Luke	۱- مالی؛ ۲- رضایت مشتری؛ ۳- رشد و توسعه؛ ۴- کیفیت بالینی؛ ۵- کارکنان
الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران	۱- بیماران؛ ۲- مالی؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- رشد و یادگیری
سیستم بهداشتی- درمانی کانادا	۱- تغییر و یکپارچگی سیستم؛ ۲- رضایت بیمار؛ ۳- بهره‌برداری بالینی و نتایج؛ ۴- عملکرد مالی
رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان	۱- تمرکز بر بیمار؛ ۲- تمرکز بالینی؛ ۳- تمرکز بر ظرفیت و قابلیت
چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان	۱- بهبود سلامت؛ ۲- دسترسی عادلانه؛ ۳- ارائه مؤثر خدمات مناسب؛ ۴- کارایی؛ ۵- تجربه بیماران؛ ۶- پیامدهای سلامتی
دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی	۱- اثربخشی بالینی؛ ۲- ایمنی؛ ۳- تمرکز بر بیمار؛ ۴- کارایی؛ ۵- کارمند محوری؛ ۶- حکمرانی پاسخگو
الگوی پیشنهادی پژوهشگر برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی	۱- نتایج بالینی؛ ۲- بیماران؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- مالی؛ ۵- رشد و یادگیری کارکنان

شکل ۱ نمای کلی الگو ارایه گردیده است. میانگین نمره‌ی منظر بالینی ۱۱/۶۶، منظر بیماران ۱۱/۵، منظر فرایندهای داخلی ۱۱/۶۶، منظر مالی ۱۰/۷۸ و منظر رشد

است. به عبارت دیگر خبرگان با رسالت پیشنهادی موافق بوده‌اند. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و رسالت پیشنهادی قبول گردیده است. در



شکل ۱: الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی با رویکرد کارت امتیاز متوازن

میزان پوشش هزینه‌های کل ۱۱/۱۴، درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی ۹/۴۶ و هزینه‌های جاری به ازای یک تخت فعال ۱۰/۹ بود. صاحب‌نظران با شاخص‌های نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار بستری، نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار سرپایی، میزان پوشش هزینه‌های کل، هزینه‌های جاری به ازای یک تخت فعال، کاملاً موافق بودند. میزان پوشش هزینه‌های کل، بالاترین امتیاز را در این منظر به دست آورد. شاخص درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی به دلیل کسب امتیاز کمتر از ۷۵ درصد کل و معنی‌دار نبودن در سطح ۹۵ درصد (ارزش P بیشتر از ۰/۰۵) رد شد و از الگوی پیشنهادی حذف گردید.

در منظر رشد کارکنان، نمره‌ی شاخص سرانه‌ی ساعات آموزشی کارکنان ۱۱/۸۲، نرخ غیبت به دلیل بیماری ۱۰/۸۰، رضایت‌مندی کارکنان ۱۱/۶۶، درصد حوادث شغلی ۱۰/۹۴، درصد هزینه‌های آموزش از بودجه ۱۰/۸۰ و میانگین نمره‌ی کارایی سیستم تکنولوژی اطلاعات ۱۱/۱۰ محاسبه شد. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و کلیه‌ی شاخص‌های پیشنهادی قبول گردید.

بحث

رسالت، دلیل وجودی سازمان است (۶) و بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی بر اساس قانون الزام تشکیل گردیده‌اند (۹). الگوی BSC هدف نهایی خود را دستیابی به رسالت در سازمان‌های دولتی می‌داند (۲، ۱) که در تمام الگوهای مورد مطالعه رسالت به طور تصریحی یا تلویحی مدنظر بوده است. تعدادی از آن‌ها مانند الگوی تئوریک BSC (۵)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، بیمارستان‌های سنگاپور (۳)، بیمارستان St. Luke (۱۳)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵) به بیان رسالت خویش پرداخته‌اند. هرچند بگلو، به عدم موافقت خبرگان در تعریف رسالت، دورنما و بیانیه‌ی ارزش‌ها در اراییه‌ی الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران اشاره دارد (۱۷). عجمی و همکاران اشاره دارند که عدم تعریف رسالت به عنوان یکی از عوامل کلیدی در

کارکنان ۱۱/۴۶ بود. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است. به عبارت دیگر صاحب‌نظران با منظرهای پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند. بیشترین نمره در این منظرها مربوط به منظر بالینی و منظر فرایندهای داخلی بوده است و کمترین نمره به منظر مالی تعلق داشت.

در منظر بالینی، میانگین نمره‌ی اخذ شده برای میزان پذیرش مجدد ۱۰/۸۲، درصد سزارین ۱۰/۹۸، نرخ عفونت‌های بیمارستانی ۱۱/۳۴، ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ۹/۹۴، میزان حوادث ناخواسته ۹/۹۲ و میزان مرگ‌ومیر بیمارستانی ۱۰/۳۴ بود. بیشترین نمره مربوط به نرخ عفونت‌های بیمارستانی و کمترین نمره به شاخص میزان حوادث ناخواسته تعلق داشت. بر اساس یافته‌های پژوهش، میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و صاحب‌نظران با شاخص‌های پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند.

میانگین نمره‌ی اخذ شده در منظر بیماران برای رضایت‌مندی بیماران ۱۱/۵۲، برای میزان شکایات مراجعان ۱۰/۹۸ و برای میانگین مدت اقامت بیمار در اورژانس ۹/۹۶ بود. صاحب‌نظران با شاخص‌های پیشنهادی کاملاً موافق بودند. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و کلیه‌ی شاخص‌های پیشنهادی قبول گردیده است.

در منظر فرایندهای داخلی، میانگین نمره‌ی متوسط روزهای بستری ۱۱/۳۰، نسبت پذیرش سرپایی به ازای هر پزشک ۱۰/۴۲، میزان کنسلی اعمال جراحی ۱۱/۱۴، درصد اعمال جراحی بزرگ ۱۰/۴۶، نسبت پذیرش بستری به ازای هر پزشک ۱۰/۴، بهره‌وری کارکنان ۱۱/۱۶ و درصد اشغال تخت ۱۱/۶۶ بود. بیشترین نمره به درصد اشغال تخت و کمترین نمره به شاخص نسبت پذیرش بستری به ازای هر پزشک مربوط بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بود و کلیه‌ی شاخص‌های پیشنهادی مورد قبول صاحب‌نظران بوده. در منظر مالی، میانگین نمره‌ی شاخص نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار بستری ۱۰/۹۶، نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار سرپایی ۱۰/۷۸،

منظر که در قسمت بالای الگو قرار می‌گیرد، منظر مالی است. منظر مالی، سودآوری و بقای سازمان را تأمین می‌نماید (۵). در بخش بهداشت و درمان نیز بیمارستان‌های خصوصی و پاره‌ای از بیمارستان‌های دولتی مانند بیمارستان St. Luke (۱۳)، سیستم بهداشتی- درمانی کانادا (۱۶)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، سیستم بهداشتی- درمانی هلند (۱۲) و الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران (۱۷) از این منظر استفاده نموده‌اند. تعدادی از الگوها در بخش بهداشت و درمان مانند الگوی دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵) و بیمارستان‌های سنگاپور (۳) به حذف این منظر پرداخته‌اند. بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در راستای ارائه خدمات به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی تأسیس شده‌اند و توسط سازمان تأمین اجتماعی تأمین اعتبار می‌شوند. منظر مالی کمترین نمره را در بین ۵ منظر طراحی شده در الگو به دست آورد که با پژوهش وطن‌خواه و سالمی (۲) هم‌راستا می‌باشد. همچنین شاخص درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی به دلیل عدم تأیید صاحب‌نظران، از الگوی پیشنهادی حذف گردید. میزان پوشش هزینه‌های کل، بالاترین امتیاز را در این منظر به دست آورد. فرایندهای داخلی یکی از نقاط قوت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی بوده است و بالاترین نمرات را نیز اخذ نمود. دلایل این نمره‌ی بالا نیز می‌تواند استقرار سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ در بیش از ۸۴ درصد بیمارستان‌ها باشد. استقرار ایزو موجب شده تا شناسایی فرایندها، مستندسازی فرایندها و تعیین شاخص‌های پایش فرایندها نهادینه گردد هرچند که دارای نقاط ضعف نیز می‌باشد.

به جز الگوی سیستم بهداشتی- درمانی کانادا (۱۶)، رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴) و چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، در سایر الگوهای مورد مطالعه به منظر رشد و یادگیری کارکنان توجه شده بود. در این پژوهش با توجه به نظر صاحب‌نظران، با ۶ شاخص منظر رشد کارکنان موافقت شد. منظر رشد کارکنان نیز نمره‌ی نسبتاً بالایی کسب نموده است. آموزش‌های ارائه شده در راستای

عدم موفقیت الگوی BSC می‌باشد (۴). Hupfer و Bart در پژوهشی ضمن تأکید بر تأثیر مثبت رسالت بر عملکرد بیمارستان‌های کانادا، به ارائه‌ی رسالت پیشنهادی برای این بیمارستان‌ها پرداخته‌اند (۷). در این پژوهش با توجه به زمینه‌ی مشترک و بیانیه‌ی خط‌مشی کیفیت موجود در بیش از ۸۴ درصد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی (۲۱) به بیان رسالت پرداخته شد که مورد موافقت قرار گرفت. بیمارستان‌ها می‌توانند بیانیه‌ی دورنما و ارزش‌های خود را متناسب با شرایط خود تعریف نمایند.

هدف نهایی بیمارستان‌ها، ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی است. بدین منظور، ارتقای سلامت بر اساس شاخص‌های مورد توافق سنجیده می‌شود و به طور ویژه به نتایج بالینی توجه می‌گردد و اهمیت آن باعث گردیده است که در تعدادی از الگوها مانند الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، سیستم بهداشتی درمانی کانادا (۱۶)، بیمارستان‌های سنگاپور (۳) و بیمارستان St. Luke (۱۳) به عنوان یک منظر اصلی به آن توجه شود. در این پژوهش نیز منظر بالینی با ۶ شاخص مرتبط با این منظر طراحی شد. صاحب‌نظران با منظرهای پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند. نمره‌ی این منظر جزء بالاترین نمرات بود.

توجه به تجارب مشتریان و رضایت‌مندی آنان موجب طراحی منظر مشتری در الگوی BSC گردیده است (۵). در الگوهای بخش بهداشت و درمان نیز این توجه با عناوین مختلف از جمله منظر مشتری، تمرکز بر بیمار و تجربه‌ی بیماران نشان داده شده است. در این پژوهش برای منظر بیماران ۳ شاخص طراحی شد. استقرار سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی می‌تواند در نهادینه‌سازی رویکرد مشتری‌گرایی تأثیرگذار باشد. منظر بیماران و شاخص‌های این منظر مورد توافق قرار گرفته‌اند. پایین‌ترین نمره در این منظر مربوط به شاخص میانگین مدت اقامت بیمار در اورژانس بود که می‌تواند به جایگاه شاخص در این منظر مربوط باشد هرچند که مورد توافق بوده است.

در الگوهای BSC مربوط به بخش صنعت، مهم‌ترین

تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC طراحی شد و در کل ۲۷ شاخص برای ۵ منظر ارایه شد. الگوی پیشنهادی هم برای یک بیمارستان و هم برای مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور قابل اجرا بوده است و امکان مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها را نیز فراهم می‌آورد.

پیشنهادهای

با توجه به تجربیات موجود در زمینه‌ی به کارگیری الگوی کارت امتیاز متوازن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد بومی‌سازی و استفاده از این الگو می‌تواند در ارتقای عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر بسزایی داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌گردد که:

- الگوی ارایه شده در مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور اجرا گردد. اجرای الگو نیازمند اندازه‌گیری شاخص‌ها، تعریف اهداف و اقدامات لازم در راستای ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشد.

- شناسنامه‌ی شاخص‌های مطرح شده در الگو شامل اطلاعات لازم در ارتباط با روایی و پایایی اندازه‌گیری آن‌ها تهیه گردد.

- از الگوی ارایه شده به عنوان مکانیسم ارزیابی بیمارستان‌ها استفاده شود و عملکرد بیمارستان‌ها مقایسه گردد.

- با توجه به قابل انعطاف بودن الگو، بر حسب پیشرفت واحدهای مختلف می‌تواند تعدیل گردد.

- سایر بیمارستان‌ها جهت برقراری ارتباط میان ارزیابی عملکرد و مدیریت استراتژیک می‌توانند از این الگو استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از همکاری آقای دکتر محمودرضا گوهری، معاونت محترم درمان سازمان تأمین اجتماعی، صاحب‌نظران و کلیه‌ی بیمارستان‌هایی که پژوهشگران را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

توانمندسازی نیروی انسانی در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات و استقرار سیستم مدیریت کیفیت و همچنین هزینه‌ی بالای نیروی انسانی موجب می‌گردد که سازمان به منابع انسانی توجه ویژه نشان دهد.

لازم به ذکر است که صاحب‌نظران در مورد شاخص‌های مطرح شده در الگو، معتقد بودند که می‌بایستی شناسنامه‌ی شاخص شامل اطلاعات لازم در ارتباط با اندازه‌گیری شاخص تهیه گردد تا واحدهای مختلف نسبت به پایش یکسان شاخص‌ها اقدام نمایند.

از مهم‌ترین محدودیت‌ها در زمینه‌ی بهره‌گیری از الگوی طراحی شده، جدایی فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک از طراحی الگوی پیشنهادی بوده است که پژوهشگران مجبور به استفاده از استراتژی‌هایی بودند که از قبل مشخص شده‌اند نقشی در طراحی آن نداشته‌اند. توصیه بر آن است که در مطالعات آتی، برنامه‌ریزی استراتژیک با رویکرد BSC تلفیق گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، عدم تعریف اهداف و اقدامات لازم در راستای استقرار الگوی BSC بود که بایستی در مرحله‌ی استقرار، آن‌ها را تعریف نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت ارزیابی عملکرد و با توجه به تجربه‌ی موفق الگوی کارت امتیاز متوازن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به خصوص بیمارستان‌ها، این پژوهش منجر به ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC گردیده است. الگوی پیشنهادی، چارچوبی قابل انعطاف است که می‌تواند بر حسب پیشرفت واحدهای مختلف تعدیل گردد. در قسمت اول الگوی پیشنهادی کارت امتیاز متوازن جهت بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ایران رسالت پیشنهادی برای بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی ارایه گردید. ۵ منظر به نام‌های منظر بالینی، منظر بیمارارن، منظر فرایندهای داخلی، منظر مالی و منظر رشد کارکنان برای الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های

References

1. Niven PR. *Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2002.
2. Vatankhah S, Salemi A. A Study on Evaluation System of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences Using Balance Score Cards, Tehran, Iran. *J Health Adm* 2010; 12(38): 49-58. [In Persian].
3. Kumar A, Ozdamar L, Ng CP. Procurement performance measurement system in the health care industry. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(2-3): 152-66.
4. Ajami S, Tofighi Sh, Tavakoli N, Ebadsichani A. Performance Evaluation of Medical Records Department with Balanced Scorecard approach in Fatemehzahra Hospital of Najafabad, Iran. *Health Inf Manage* 2010; 7(1): 37-47. [In Persian].
5. Kaplan RS, Norton DP. Strategy map; converting intangible assets to tangible outcomes. *Trans. Akbari H, Soltani, M, Maleki A*. Tehran, Iran: Ariyana Publication; 2007. p. 1-42.
6. Tabibi SJ, Maleki MR. *Strategic Planning*. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. p. 82-90. [In Persian].
7. Bart CK, Hupfer M. Mission statements in Canadian hospitals. *J Health Organ Manag* 2004; 18(2-3): 92-110.
8. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(6): 487-96.
9. Izadi AR. A study of social security organization hospitals performance assessment based on organizational excellence model. [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, School of Management & Economic, Islamic Azad University; 2006. p. 52-82. [In Persian].
10. Chan YL. Performance measurement and adoption of balanced scorecards: A survey of municipal governments in the USA and Canada. *International Journal of Public Sector Management* 2004; 17(3): 204-21.
11. Josey C, Kim IW. Implementation of the balanced scorecard at Barberton citizens hospital. *Journal of Corporate Accounting & Finance* 2008; 19(3): 57-63.
12. Ten Asbroek AH, Arah OA, Geelhoed J, Custers T, Delnoij DM, Klazinga NS. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(Suppl 1): i65-i71.
13. Olden CP, Smith CM. Hospitals, community health and balanced scorecards. *AHCMJ* 2008; 4(1): 39-58.
14. Patel B, Chausalet T, Millard P. Balancing the NHS balanced scorecard! *European Journal of Operational Research* 2008; 185(3): 905-14.
15. Chang L. The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications. *International Journal of Public Sector Management* 2007; 20(2): 101-17.
16. Canadian Institute for Health Improvement. *Hospital Report* [Online]. 2007 [Cited 2010 Sep 20]; Available from: URL: www.cihi.com/
17. Begloo AG. *Designing a model of performance evaluation for Iranian public hospitals using the BSC* [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, Islamic Azad University; 2008. [In Persian].
18. Izadi AR. A study of social security organization hospitals performance assessment based on organizational excellence model [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, Islamic Azad University; 2006. [In Persian].
19. Medical Deputy of Social Security Organization. *Statistical report of staff in social security organizational hospitals in 2008*. Tehran, Iran: Social Security Organization; 2009. [Unpublished]. [In Persian].
20. Medical Deputy of Social Security Organization. *Statistical report of clinical and paraclinical indicator in social security organizational hospitals in 2008*. Tehran, Iran: Social Security Organization; 2009. [Unpublished]. [In Persian].
21. Social Security Organization. *Internal newspaper in social security organization*. *Tamin* 2009; 15(716): 2-4. [Unpublished]. [In Persian].

Designing a Performance Assessment Model for Iranian Social Security Organization Hospitals with Balanced Scorecard Approach*

Amir Ashkan Nasiripour¹; Mohammad Ali Afshar kazemi²; Ahmad Reza Izadi³

Short Article

Abstract

Introduction: Balanced scorecard is one of the most successful and widely used models of performance assessment in healthcare organizations, especially in hospitals. The model is a framework for designing a set of performance measures for organization strategies. The study was conducted aiming to yield a performance assessment model for Iranian social security hospitals with balanced scorecard approach.

Methods: In this adaptive and descriptive research, 11 theory and practical models of balanced scorecard with successful experiences were studied. A model for Iranian social security hospitals was designed. A questionnaire was designed as a data collection tool. It was validated using expert's survey in Delphi method. Reliability coefficient for this questionnaire was relatively high (Cronbach's alpha = 0.94). Independent t-test was used to identify significance of expert responses.

Results: The mean score of experts opinion about the proposed model was 4.02 (out of 5) for mission statement and 4.5 for continuous improvement in healthcare quality and safety policy, 4.66 for optimization of current resources and facilities utilization, 4.66 for team working for satisfying our patients/clients policy, and 4.32 for responsible for environment and employee health and safety policy. The mean score was 11.66 for clinical perspective, and 11.5 for patient perspective, 11.66 for internal processes perspective, 10.78 for financial perspective and 11.46 for employee growth perspective. Totally, 27 measures were designed for these perspectives one of which was excluded.

Conclusion: The model can be implemented in one or all the social security hospitals and also can be used for comparing the performance of the hospitals. Because of the dynamic nature of the balanced scorecard, the model is a flexible framework that could be adjusted by local situations based on differences in targets.

Keywords: Health Services, Process Assessment, Hospitals, Organizational Models

Received: 8 Jan, 2011

Accepted: 11 May, 2011

Citation: Nasiripour AA, Afshar kazemi MA, Izadi AR. **Designing a Performance Assessment Model for Iranian Social Security Organization Hospitals with Balanced Scorecard Approach.** Health Information Management 2013; 9(7): 1179.

* The article resulted from PhD Dissertation in Health Services Administration.

1- Associate Professor, Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

2- Assistant Professor, Operation Research, School of Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- PhD Student, Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran