

طراحی الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد

مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه

علوم پزشکی شیراز

حسین زارعی^۱، رحیم استوار^۱، حسن سلطانی^۲

^۱گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران، ^۲گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: اقتصاد مقاومتی، برای اولین بار به وسیله رهبر معظم جمهوری اسلامی ایران مطرح و شامل ۲۴ بند می‌باشد. با توجه به سیاست‌های کلی کشور و قوانین بالا دستی به نظر می‌رسد استفاده از الگوی اقتصاد مقاومتی دارای اثرات مفیدی در بخش سلامت باشد. این پژوهش با توجه به رهنمودهای رهبری در خصوص انجام بررسی‌ها پیرامون اقتصاد مقاومتی، مشکلات اقتصادی و تحریم‌های ظالمانه که اقتصاد بیمارستان‌ها را با چالش مواجه کرده است و با هدف طراحی الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

روش‌بررسی: این مطالعه یک پژوهش ترکیبی است که در سال ۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و با توجه به اهداف به صورت چند مرحله‌ای انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل ۲۰ نفر از اساتید، مسئولین، مدیران و کارشناسان آگاه به مسائل اقتصادی بیمارستان‌ها می‌باشند، روش نمونه‌گیری هدفمند و تکنیک گلوله برفی بود. مرحله اول با تحلیل وضعیت موجود و مصاحبه، مرحله دوم با کمک خروجی مصاحبه‌ها، تکنیک دلفی و پرسشنامه صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از تکنیک و آزمون‌های آماری تحلیل سلسله مراتبی فازی، تحلیل عاملی تأییدی و تی‌تست تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس تحلیل محتوایی مصاحبه‌ها، بررسی شرایط موجود ۳۴ مؤلفه در ۶ حوزه تأمین منابع مالی، ساختار مدیریتی، مدیریت هزینه، منابع انسانی، زنجیره تأمین و علمی پژوهشی شناسایی شد. پس از انجام سه راند دلفی، ۲۵ مؤلفه با امتیاز بالای ۰/۷ تأیید و سپس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی معیارها مورد پذیرش قرار گرفتند. در نهایت در مدل معادلات ساختاری بارعاملی تمامی معیارها بزرگتر از ۰/۳ و همچنین آماره تی مرتبط آنها بالاتر از ۱/۹۶ به دست آمد و مدل پیشنهادی مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: برای ایجاد یک مدل اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌ها به ترتیب مؤلفه‌های ساختار مدیریتی، منابع انسانی، مدیریت هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، زنجیره تأمین و علمی پژوهشی دارای اولویت می‌باشند. مؤلفه‌های شناسایی شده در این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای سیاست‌گزاران و مدیران برای غلبه بر مشکلات اقتصادی بیمارستان‌ها باشد.

واژه‌های کلیدی: اقتصاد مقاومتی، الگوی عملیاتی، بیمارستان

نویسنده مسئول: رحیم استوار، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

Email: rahimostovar@yahoo.com

مقدمه

به طور عمده سه نوع نظام اقتصادی در دنیای فعلی وجود دارد که عبارت‌اند از؛ نظام اقتصادی سرمایه داری، نظام اقتصاد سوسیالیستی، نظام اقتصادی اسلامی که این نوع نظام، تحت تأثیر جهان بینی توحیدی و نگرش به فرد و جامعه است و بیشترین موفقیت را در ایجاد توازن میان منافع فرد و اجتماع و برقرار کردن هم‌سویی میان این دو می‌داند(۵). در دو سه دهه اخیر دو نوع تفکر و نظام اقتصادی ظهور کردند که یکی نظام اقتصادی چین و دیگری نظام اقتصاد انقلاب اسلامی تحت عنوان اقتصاد مقاومتی است(۶).

آنچه در اقتصاد مقاومتی و پیوند آن با حوزه بهداشت و درمان مشاهده می‌شود، ارج نهادن به نیروی داخلی و حمایت همه‌جانبه از تولیدات سلامتی و ارتقاء دهنده بهداشت عمومی و همچنین زاینده‌گی علم داخلی در این عرصه است(۷).

امروزه نظام‌های سلامت یکی از بزرگترین بخش‌های اقتصاد جهان هستند و هزینه‌های جهانی مراقبت بهداشتی تقریباً ۸ درصد تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهند(۸). واضح است که رشد روز افزون هزینه‌های نظام سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است. سلامتی و اجرای سیاست‌های بهداشتی ره‌آوردی راهبردی در عرصه سیاسی یک کشور محسوب می‌شود. تأمین سلامتی، یک وظیفه حاکمیتی تلقی می‌شود و سیاستمداران باید

کمیابی منابع، بنیادی‌ترین چالش بین انسان‌ها و به طور کلی موضوع اصلی در علم اقتصاد است. این مساله در بین ملت‌ها و جوامع مختلف با رویه‌هایی متفاوت مورد بررسی قرار گرفته است. همه ما با محدودیت‌هایی رو به رو هستیم، بنابراین ما ناگزیر به انتخاب بین گزینه‌ها هستیم(۱).

با توجه به این که امروزه تأمین سلامت و آموزش از جمله مهم‌ترین بایدهای اقتصادی برای تضمین نیروی انسانی سالم و کارا به شمار می‌رود، کشورهای مختلف تأمین حداقل‌های بهداشتی و آموزشی را در زمره مهم‌ترین برنامه‌های توسعه خود قرار داده‌اند(۲). توجه به برنامه‌های توسعه اقتصادی که در کشورهای مختلف به صورت ملی و بین‌المللی به اجرا درآمده است، نشان می‌دهد بهداشت و پرورش نیروی انسانی نقطه تمرکز برنامه‌های مذکور برای ریشه‌کن کردن فقر و توسعه انسانی به شمار می‌رود(۳).

همه تصمیم‌های درمانی و بهداشتی، اعم از تصمیم‌های بزرگ مانند تخصیص منابع مالی و انسانی برای پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، بهداشت و تنظیم خانواده، تغذیه و بهسازی محیط درمان و تصمیم‌های کوچک مانند نوشتن نسخه برای بیمار، پرداخت اضافه‌کاری به کارکنان یک مرکز بهداشتی و تصمیماتی از این دست اثرات اقتصادی خرد و کلانی در اقتصاد به جا می‌گذارند(۴).

داشته‌های انسانی و اقتصادی داخل کشور، استفاده از تجارب موفق کشورهای دیگر و بومی‌سازی آن متناسب با فرهنگ اجتماعی و مذهبی ایران و در نهایت خودباوری ملی است. هم‌چنین اظهار می‌کند اجرا شدن اقتصاد مقاومتی با کاهش چشمگیر هزینه‌های خصوصی و افزایش هزینه‌های عمومی در حوزه سلامت مواجه خواهد شد بدان معنا که با ایجاد تولیدکنندگی و سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت میزان خروجی از جیب بخش خصوصی که همان مردم هستند به میزان چشمگیری کاهش خواهد یافت و سبب پیاده‌سازی اهداف طرح تحول سلامت می‌شود. با ایجاد رونق و شکوفایی اقتصادی از میزان بیکاران در حوزه سلامت کاسته خواهد شد و با رشد و شکوفایی توسعه علمی در این حوزه می‌توان از اعزام بیماران به خارج کشور و هم‌چنین واردات بی‌رویه تجهیزات درمانی جلوگیری کرد. در راستای تحقق اقتصاد مقاومتی بایستی از تمامی ظرفیت‌ها و امکانات بالقوه و بالفعل این حوزه بهره برد. وی اقتصاد مقاومتی را راهکاری طلایی برای برون رفت از بحران موجود در حوزه سلامت بیان می‌کند (۱۰).

حیدرنیا در مطالعه‌ای با عنوان "درآمدی بر اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت" انجام داده است. این مطالعه اقتصاد مقاومتی را در سه حوزه بهداشت و درمان، آموزش و پژوهش مورد بررسی قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد حرکت به سوی بومی‌سازی نظام سلامت، تقویت و اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت و تدوین سند راهبردی

در حوزه سلامت مردم، بدون داشتن نگاهی سیاسی و سیاست‌زده در این حوزه فعالیت کنند (۹).

با توجه به سیاست‌های کلی کشور و قوانین بالا دستی، به نظر می‌رسد بهره‌گیری از الگوی اقتصادی مناسب همچون اقتصاد مقاومتی با اثرات مثبت و مفیدی در بخش بهداشت و درمان همراه است؛ به گونه‌ای که با به کارگیری الگوی اقتصاد مقاومتی می‌توان شاهد کاستن یا حذف مشکلات اقتصادی از طریق تأکید بر توانمندی‌های داخلی، حذف وابستگی خارجی، مدیریت مصرف و استفاده بهینه از امکانات و فرصت‌های مناسب باشد (۱۰).

برابر بررسی انجام شده در طی سه سال گذشته تأمین منابع مورد نیاز و مصوب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز با مشکلات زیادی مواجه شده است. تأخیر در پرداخت بیمه‌ها، عدم تأمین منابع طرح تحول سلامت و تورم بالا باعث شده است شاخص درآمد و هزینه این بیمارستان‌ها دچار چالش شده و نسبت به قبل به سمت منفی شدن برود (۱۱).

در مطالعه‌ای که رجایی با عنوان "اقتصاد مقاومتی: راهکار طلایی حوزه سلامت" انجام داده است بیان می‌کند که، لازمه تحقق اقتصاد مقاومتی در گرو تصویب سیاست‌های مبتنی بر سرمایه‌گذاری داخلی و رونق اقتصادی با ایجاد بستری مناسب برای فعالیت هرچه تمام تر تولیدکنندگان داخلی و ایجاد زمینه مناسب برای بروز و ظهور شرکت‌های دانش بنیان، مبارزه با قاچاق و واردات بی‌رویه، اتکا به

تحول نظام سلامت کشور از جمله اقدام‌های بایسته در ایجاد نظام سلامت متناسب با اقتصاد مقاومتی است (۷).

خسروی در مطالعه‌ای با عنوان "سیستم بهداشت و درمان کوبا، یک مدل استراتژیک برای اقتصاد مقاومتی" انجام داد. در این پژوهش وضعیت سیستم بهداشتی کوبا با ۶ کشور دیگر و با استفاده از دو معیار مادی‌گرایی از کارآیی و اثربخشی و دو معیار معنوی اخلاق و عدالت بررسی شده است، نتایج نشان می‌دهد که تمایز بسیار وسیعی میان سلامت کوبا و سایر ملل وجود دارد، که سیستم مراقبت بهداشتی کوبا می‌تواند نه تنها برای کشورهایی که به اقتصاد مقاومتی نیاز دارند، بلکه به عنوان کل جهان نیز نقش داشته باشد (۱۲).

با ظهور انقلاب اسلامی شکل جدیدی از حکومت در دنیا پدیدار شد که بنای سازگاری با قطب قدرت استکبار را نداشته و به مبارزه با استکبار پرداخت. ظهور چنین حکومتی آن هم در منطقه خاورمیانه که از لحاظ اقتصادی و جغرافیایی سیاسی دارای اهمیت بسیار زیاد است، باعث شد که نظام استکبار جهانی با تمام قوا به مبارزه با انقلاب برخیزد. با پایان یافتن جنگ و عدم پیروزی استکبار در زمینه‌های نظامی، تهاجمات به عرصه‌های دیگر کشیده شد. یکی از این عرصه‌ها که خصوصاً در سال‌های اخیر با تهاجمات گسترده همراه بوده است، "عرصه اقتصادی" است. بنابراین انقلاب اسلامی مکلف به نوآوری و نظریه‌پردازی و الگوسازی در عرصه‌های

جدید اقتصادی است (۱۳). در سیاست‌گذاری‌های اقتصادی کشور که با توجه به نگاه رهبری انقلاب که غایت آن اقتصاد مقاوم است، توسعه اقتصادی باید از درون شکل گرفته و متکی به درون باشد. آنچه که از اقتصاد مقاومتی ترسیم شده است ریاضت اقتصادی نبوده و بلکه اقتصادی است که توانایی مقابله با شوک‌های وارد شده بر اقتصاد را داشته، پویا و بالنده باشد. بنابراین در چنین اقتصادی لازم است نگاه بلند مدت به سیاست‌های اقتصادی وجود داشته باشد و زیرساخت‌های اقتصاد به گونه‌ای طراحی شود تا در آینده در قالب یک چارچوب کلی در برابر انواع ناملازمات تقویت گردد (۱۴).

این مطالعه توجه خاص به سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری به عنوان بالاترین مقام کشور، همچنین با توجه به نیازهای روز و آینده کشور، سیاست‌های اقتصاد مقاومتی را تدوین و ابلاغ کرده‌اند که اجرای آن برای همه دستگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجرایی ضروری بوده و مفاهیمی چون تولید ثروت، تنوع در روش‌های فروش، رویکرد استراتژیک که در سیاست‌های اقتصاد مقاومتی ابلاغ شده در حوزه مدیریت بیمارستان که عموماً بر روی کاهش هزینه‌ها تمرکز می‌شود، جدید می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف طراحی الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش ترکیبی است که در سال ۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و با توجه به اهداف به صورت چند مرحله‌ای انجام گرفت که از حیث فلسفه پژوهش در زمره پارادایم اثبات‌گرایی از نوع کاربردی، از حیث صبغه پژوهش کیفی و کمی، دارای رویکرد استقرائی و قیاسی و راهبرد پیمایشی است. از لحاظ هدف اکتشافی به کشف متغیرها و ارتباط علی آن‌ها می‌پردازد.

جامعه آماری پژوهش شامل ۲۰ نفر از اساتید، مسئولین، مدیران و کارشناسان آگاه به مسایل اقتصادی بیمارستان‌ها می‌باشند.

در قسمت اول پژوهش که هدف ما شناخت وضعیت موجود اقتصاد مقاومتی و تعیین مؤلفه‌های اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی می‌باشد، شامل کلیه مجموعه مقالات و مستندات و سوابق و فعالیت‌های صورت گرفته در راستای اقتصاد مقاومتی در دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد و در گام بعدی مطالعه هدف اولویت بندی و ارزیابی الگو اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد.

شرط ورود به مطالعه آگاهی و دارای سابقه فعالیت علمی و یا اجرایی در حوزه اقتصاد مقاومتی بیمارستان‌ها و همچنین رضایت افراد و حداقل مدرک کارشناسی بود.

اعلام انصراف فرد از ادامه همکاری با این مطالعه و عدم مشارکت در فازهای دلفی به عنوان شرایط خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات در ابتدا با استفاده از روش مشاهده کلیه سوابق، برنامه‌ها و اقدامات انجام شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز بررسی شد. بدین صورت برای مشخص کردن مفاهیم و مصادیق اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌ها ابتدا ۲۴ سیاست اقتصاد مقاومتی مطالعه و هر بند این سیاست به چند شاخه تبدیل شد که در نهایت تعداد این شاخه‌ها به ۷۵ رسید. در مرحله بعدی با توجه به نظرات کارشناسان و خبرگان و مطالعه و تجزیه و تحلیل کارهای انجام گرفته در راستای اقتصاد مقاومتی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و واحدهای تابعه آن بین سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۵، کارهای انجام شده در سایر بیمارستان‌های کشور و همچنین گزارش‌های وزارت بهداشت از ۷۵ شاخه استخراج شده از بندهای سیاست اقتصاد مقاومتی ۱۳۱ مصداق و معادل کاربردی برای بیمارستان‌ها مشخص شد. در گام دوم تحقیق با افراد مطلع و خبره مصاحبه انجام گرفت. در ادامه با ارایه سؤالات مصاحبه پژوهش و جداول مقوله‌های مصاحبه شونده‌ها به کدگذاری متون مصاحبه در نرم‌افزار MAXQDA پرداخته شد.

جهت شناسایی مؤلفه‌های مورد نظر خبرگان از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. همچنین جهت شناسایی مؤلفه‌های مؤثر مورد توافق خبرگان

از مصاحبه‌های صورت گرفته، از تکنیک دلفی استفاده شد.

پس از مشخص شدن مصادیق مهم و کاربردی پرسشنامه‌ای تهیه شد که دارای دو بخش است. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده و بخش دوم ۳۴ سوال با لیکرت ۷ درجه‌ای می‌باشد و در بخش دوم که ۲۴ سوال با لیکرت ۷ درجه (کاملاً بی‌اهمیت، خیلی بی‌اهمیت، بی‌اهمیت، متوسط، بااهمیت، خیلی بااهمیت، کاملاً بااهمیت) که امتیاز ۷ بیانگر کاملاً بااهمیت و عدد ۱ بیانگر کاملاً بی‌اهمیت آن سنج می‌باشد.

مؤلفه‌هایی که امتیاز آنها از ۰/۷ کمتر بود حذف شدند و در راند دوم تکنیک دلفی، مرلفه‌هایی که در راند اول امتیاز لازم را کسب کرده بودند، دوباره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مرحله مشخص شد همه مؤلفه‌های مورد ارزیابی امتیاز بالاتر از ۰/۷ دارند و مؤلفه‌ای حذف نمی‌شود. به طور کلی یک رویکرد برای پایان دلفی آن است که میانگین امتیازات سوالات دو راند آخر با هم مقایسه شوند. در صورتی که اختلاف بین دو مرحله از حد آستانه خیلی کم (۰/۲) کوچک‌تر باشد در این صورت فرآیند نظرسنجی متوقف می‌شود، لذا دوباره مؤلفه‌ها در راند سوم برای خبرگان ارسال و نتایج تحلیل گردید. در دور سوم هیچ سؤالی حذف نشد و مشخص گردید که در تمامی موارد اختلاف کوچکتر از ۰/۲ است که این خود نشانه‌ای برای پایان راندهای دلفی است، بنابراین می‌توان راندهای دلفی را به پایان برد، با پایان یافتن

راندهای دلفی متغیرهایی که خبرگان در مورد آنها به اجماع رسیدند جهت شناسایی معیارهای مؤثر بر الگوی عملیاتی پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی انتخاب شد.

به منظور برآورد روایی پرسشنامه در این پژوهش از اعتبار محتوا استفاده شد. برای این منظور از روش نسبت روایی محتوا (CVR)^(۱) و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

برای تعیین CVR پرسشنامه، پرسشنامه طراحی شده در اختیار ۱۵ نفر از متخصصین در این حوزه قرار گرفت و با توجه به جدول مقدار CVR قابل قبول ۰/۴۹ در نظر گرفته شد. پس از محاسبه CVR، عدد ۰/۶۲ به دست آمد، بنابراین مشخص شد تمام سؤالات پرسشنامه اعتبار لازم را دارا بودند.

برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که هر قدر شاخص آلفای کرونباخ به ۱ نزدیک تر باشد، همبستگی درونی بین سؤالات بیشتر و در نتیجه پرسش‌ها همگن‌تر خواهند بود که مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه برابر ۰/۷۵۷ شد که قابل قبول می‌باشد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای LISREL، MAXQDA، SPSS و EXCEL و تکنیک‌ها و آزمون‌های آماری تحلیل سلسله مراتبی فازی، تحلیل عاملی تأییدی و تی‌تست تجزیه و تحلیل شدند.

1-Content Validity Ratio (CVR)

یافته‌ها

در بخش یافته‌های توصیفی مربوط به اقدامات انجام شده در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز، نشان داد ۸۷ درصد آنها مربوط به شهرستان‌ها و ۱۳ درصد مربوط به بیمارستان‌های شیراز بوده است.

بیشترین مصوبات در سطح دانشگاه بر اساس حوزه‌های مختلف به ترتیب زیر می‌باشد: انرژی (۲۳/۸ درصد)، مالی (۱۷/۴ درصد)، نیروی انسانی (۱۰/۳ درصد)، مصرفی غیرپزشکی (۹/۷ درصد)، تجهیزات پزشکی (۴/۸ درصد)، اموال (۴ درصد)، دارو (۳ درصد)، مصرفی پزشکی (۱/۴ درصد)، ساختمان و تاسیسات (۱/۲ درصد) و فن‌آوری اطلاعات (زیر ۱ درصد)، نامرتب (۱۳/۵ درصد). توزیع مصوبات کل دانشگاه بر اساس دو مقوله اصلی درآمد و هزینه نیز به شرح زیر بوده است؛ هزینه (۷۷/۴ درصد)، درآمد (۹/۵ درصد)، نامشخص (۱۳/۵ درصد).

از نظر متغیرهای دموگرافیک خبرگان شرکت کننده در مطالعه، بیشترین تعداد خبرگان مورد مطالعه، مرد (۷۵ درصد)، دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد (۶۵ درصد)، نوع فعالیت اجرایی به عنوان مدیر (۷۵ درصد)، دارای مدت فعالیت بیش از پنج سال (۵۰ درصد) و در گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال (۳۵ درصد) می‌باشند.

از نتایج تحلیل کیفی حاصل از مصاحبه‌ها و برای پاسخ‌گویی به سوال اصلی پژوهش ۳۴ مؤلفه در ۶ گروه اصلی شناسایی و دسته‌بندی شدند که

معیارهای اصلی عبارت‌اند از: تأمین منابع مالی، ساختار مدیریتی و فرآیندها، مدیریت هزینه‌ها، منابع انسانی، زنجیره تأمین و علمی و پژوهشی. ۳۴ مؤلفه، گروه اصلی مربوطه و منشأ آن در سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در جدول ۱ آورده شده است.

پس از رانداول دلفی مؤلفه‌های A3-A4-A10-A13-A14-A20-A21-A26-A29 که امتیازی کمتر از ۰/۷ به دست آورده‌اند، حذف شدند.

تحلیل دلفی فازی برای شاخص‌های باقیمانده در راند دوم ادامه پیدا کرد، در این مرحله ۲۵ شاخص باقیمانده بر اساس دیدگاه ۲۰ خبره مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس مقدار قطعی به دست آمده در راند دوم هیچ عاملی دیگری حذف نشد.

در راند سوم ۲۵ شاخص مجدد بر اساس دیدگاه ۲۰ خبره مورد ارزیابی قرار گرفت و بر اساس مقدار قطعی به دست آمده در راند سوم هیچ شاخصی حذف نشد. یک رویکرد برای پایان دلفی آن است که میانگین امتیازات سوالات دو راند آخر باهم مقایسه شوند. در صورتی که اختلاف بین دو مرحله از حد آستانه خیلی کم (۰/۲) کوچکتر باشد در این صورت فرآیند نظرسنجی متوقف می‌شود. بر اساس نتایج در تمامی موارد اختلاف نظر خبرگان در راند دوم و سوم برای ۲۰ شاخص باقیمانده کوچکتر از ۰/۲ است، بنابراین راندهای دلفی پایان داده شد.

برای محاسبه هماهنگی دیدگاه کارشناسان از ضریب توافقی کندال استفاده شد، مقدار ضریب کندال در راند دوم تکنیک دلفی ۰/۶۲۲ به دست آمده که نشان داد وحدت نظر میان دیدگاه کارشناسان در حد متوسطی است. همچنین مقدار معنی‌داری نیز ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نشان می‌دهد با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان به نتایج به دست آمده اتکاء کرد. در نتیجه با صرف نظر از شاخص‌هایی که امتیاز زیر ۶۰ کسب کرده‌اند، سایر شاخص‌ها برای مطالعه در راند دوم مورد استفاده قرار گرفته‌اند. ضریب کندال در راند سوم تکنیک دلفی ۰/۷۵۸ به دست آمده که نشان می‌دهد وحدت نظر میان دیدگاه کارشناسان در حد خوبی است. همچنین مقدار معنی‌داری نیز ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نشان می‌دهد با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان به نتایج به دست آمده اتکا کرد، میانگین امتیازات تمامی گویه‌ها در حدود ۶۰ به دست آمده است که نشان از نزدیک بودن دیدگاهها دارد. بنابراین شاخص‌های شناسایی شده برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفته است.

برای تعیین اولویت عناصر مدل از تکنیک FANP استفاده شد که نتایج آن در شکل ۱ قابل مشاهده است.

بر اساس مدل تحقیق گام بعد محاسبه روابط درونی معیارهای اصلی بود. جهت انعکاس روابط درونی میان معیارهای اصلی، از تکنیک دیمتل فازی استفاده شده است؛ به طوری که متخصصان قادرند با تسلط بیشتری به بیان نظرات خود در رابطه با اثرات

(جهت و شدت اثرات) میان عوامل بپردازند. لازم به ذکر است که ماتریس حاصله از تکنیک دیماتل (ماتریس ارتباطات داخلی)، رابطه علی و معلولی بین عوامل و اثرپذیری و اثرگذاری متغیرها را نمایش می‌دهد. با توجه به الگوی روابط می‌توان مجموعه اثرگذاری‌ها و اثرپذیری‌ها را به صورت جدول ۲ نشان داد.

جمع عناصر هر سطر (D) نشانگر میزان تأثیرگذاری آن عامل بر سایر عامل‌های سیستم است، روشن است مدیریت هزینه بیشترین تأثیر را بر سایر عناصر سیستم دارد. همچنین تأمین منابع مالی نیز دومین عامل تأثیرگذار است.

جمع عناصر ستون (R) برای هر عامل نشانگر میزان تأثیرپذیری آن عامل از سایر عوامل سیستم است. علمی پژوهشی بیشترین تأثیر را نیز از سایر عوامل می‌پذیرد و محصول تعامل سایر عناصر است. بردار افقی (D+R)، میزان تأثیر و تأثر عامل مورد نظر در سیستم است، ساختار مدیریتی بیشترین تعامل را با سایر عناصر در سازمان دارد. بردار عمودی (D-R)، قدرت تأثیرگذاری هر عامل را نشان می‌دهد. به طور کلی اگر D-R مثبت باشد، متغیر یک متغیر علی محسوب می‌شود و اگر منفی باشد، معلول محسوب می‌شود، جهت اثبات این که داده‌ها درست اندازه‌گیری شده‌اند، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. قدرت رابطه بین عامل (متغیر پنهان) و متغیر قابل مشاهده به وسیله بار عاملی نشان داده می‌شود. بار عاملی مقداری بین صفر و یک است.

فواصل اطمینان مختلف نیز قابل محاسبه است، این شاخص بر مبنای پارامتر غیر مرکزی قرار دارد. مقدار این شاخص اگر برابر صفر باشد، نشان دهنده کوچکتر بودن کای اسکور نسبت به درجه آزادی می‌باشد و حد مجاز آن مقدار $0/1$ می‌باشد. مقدار RMSEA به دست آمده $0/021$ می‌باشد که با توجه به مقدار استاندارد کمتر از $0/1$ مطلوب می‌باشد.

شاخص‌های تطبیقی (IFI, CFI, RFI, NFI) مقدار NFI یا شاخص برازش هنجار شده بنتلر-بونت به دست آمده $0/94$ می‌باشد که با توجه به مقدار استاندارد $0/9$ که حد مطلوب این شاخص می‌باشد، مدل با توجه به این شاخص از برازش مطلوبی برخوردار است.

مقدار RFI یا شاخص برازش نسبی به دست آمده $0/91$ می‌باشد که این شاخص نیز به برازش مناسب مدل اشاره دارد.

مقدار IFI یا شاخص برازش افزایشی به دست آمده مقدار $0/97$ می‌باشد که این شاخص نیز به برازش مناسب مدل اشاره دارد.

مقدار CFI یا شاخص برازش تطبیقی به دست آمده مقدار $0/97$ می‌باشد که این شاخص نیز به برازش مناسب مدل اشاره دارد.

کای اسکور به هنجار، این شاخص از تقسیم کای دو به درجه آزادی حاصل می‌شود. نسبت کای دو به درجه آزادی برابر $2/149$ و مطلوب می‌باشد. در کل با توجه به کلیه شاخص‌های می‌توان گفت مدل از برازش مناسبی برخوردار است. بارهای عاملی

نتایج تحلیل عاملی مقیاس متغیر عوامل شناسایی شده در شکل شماره ۲ ارائه شده است. این مقیاس شامل ۶ متغیر پنهان و ۲۵ متغیر قابل مشاهده می‌باشد. بار عاملی مشاهده شده در تمامی موارد مقداری بزرگتر از $0/3$ دارد که نشان می‌دهد همبستگی بین متغیرهای پنهان (ابعاد هر یک از سازه‌های اصلی) با متغیرهای قابل مشاهده قابل قبول است. پس از این که همبستگی متغیرها شناسایی گردید باید آزمون معنی‌داری صورت گیرد. جهت بررسی معنی‌دار بودن رابطه بین متغیرها از آماره تی‌تست استفاده می‌شود. چون معنی‌داری در سطح خطای $0/05$ بررسی می‌شود؛ بنابراین اگر آماره آزمون تی‌تست از مقدار بحرانی $1/96$ بزرگتر باشد، رابطه معنی‌دار است. بر اساس نتایج شاخص‌های سنجش هر یک از مقیاس‌های مورد استفاده در سطح اطمینان ۵ درصد مقدار آماره تی‌تست بزرگتر از $1/96$ می‌باشد که نشان می‌دهد همبستگی‌های مشاهده شده معنی‌دار است.

تمامی بارهای عاملی از $0/3$ بالاتر می‌باشند، برای بیان مقبولیت مدل از شاخص‌های برازش هنجار شده بنتلر-بونت، برازش نسبی، برازش افزایشی، شاخص‌های تطبیقی و مجذور کامل استفاده شده است که نتایج به دست آمده از مدل در جدول ۳ نمایش داده شده است.

خطای جذر میانگین مربعات (RMSEA)، این شاخص بر مبنای تحلیل ماتریس باقیمانده قرار دارد و بر خلاف بسیاری از شاخص‌های برازش برای

نشان دهنده میزان تأثیر متغیر مشاهده شده در تبیین و اندازه‌گیری متغیرهای پنهان مربوط به خود می‌باشد. برای تأیید بار عاملی به سطح معنی‌داری توجه می‌شود. بر اساس شکل ۲ و ۳ عوامل مؤثر بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت جدول شماره ۴ تأثیرگذار بوده‌اند.

بر اساس نتایج به دست آمده بار عاملی تأمین منابع مالی بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۷۸ و آماره تی آن ۷/۳۱، بار عاملی ساختار مدیریتی بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۹۵ و آماره تی آن ۱۰/۹۷، بار عاملی مدیریت هزینه بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۸۳ و آماره تی آن ۱۰/۹۴، بار عاملی منابع انسانی بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۸۴ و آماره تی آن ۹/۳۴، بار عاملی زنجیره تأمین بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۷۴ و آماره تی آن ۸/۲۱ و بار عاملی علمی پژوهشی بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی ۰/۵۹ و آماره تی آن ۸/۶۱ محاسبه شده است.

مطابق یافته‌ها معیارهای اصلی عبارت‌اند از: تأمین منابع مالی، ساختار مدیریتی و فرآیندها، مدیریت هزینه‌ها، منابع انسانی، زنجیره تأمین و علمی و پژوهشی که با توجه به بارعاملی به ترتیب زیر دارای بالاترین وزن بودند؛ ساختار مدیریتی، منابع

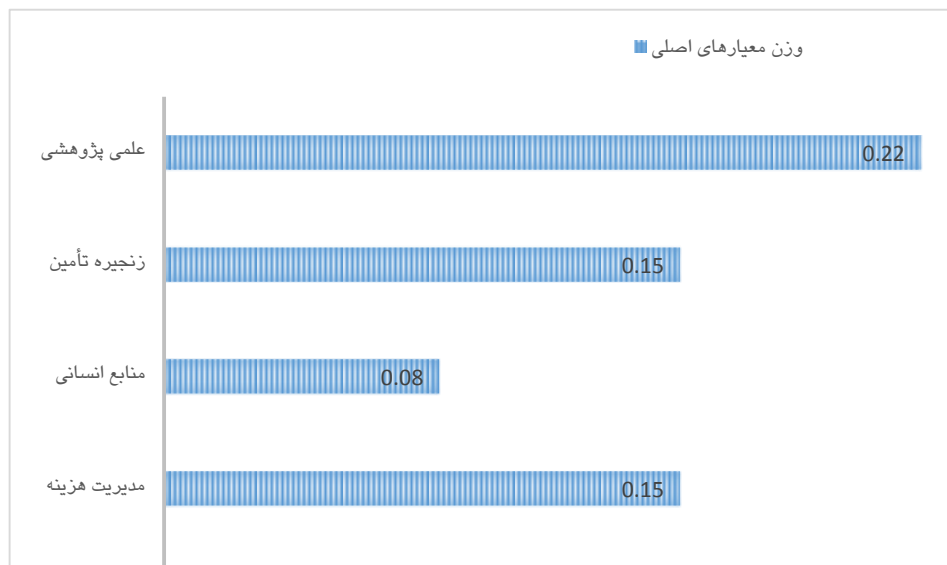
انسانی، مدیریت هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، زنجیره تأمین، علمی و پژوهشی، بدین ترتیب عوامل مرتبط با ساختار مدیریتی بیشترین وزن و عوامل مرتبط با علمی پژوهشی کمترین وزن داشته‌اند.

با توجه به نتایج تحلیل عاملی مقیاس متغیر عوامل شناسایی شده در مباحث پیشین و همچنین تعیین اولویت عناصر مدل با استفاده از تکنیک FANP می‌توان الگوی طراحی شده در شکل ۴ را به عنوان الگوی پیشنهادی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارایه نمود که در آن عوامل اصلی تأثیرگذار و همچنین عوامل فرعی مربوط به هر گروه مشخص شده است.

با توجه به نتایج تحلیل عاملی مقیاس متغیر عوامل شناسایی شده در مباحث پیشین و همچنین تعیین اولویت عناصر مدل با استفاده از تکنیک FANP می‌توان الگوی شکل ۴ را به عنوان الگوی پیشنهادی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارایه نمود که در آن عوامل اصلی تأثیرگذار و همچنین عوامل فرعی مربوط به هر گروه مشخص شده است.

جدول ۱: مقوله بندی کدهای شناسایی شده

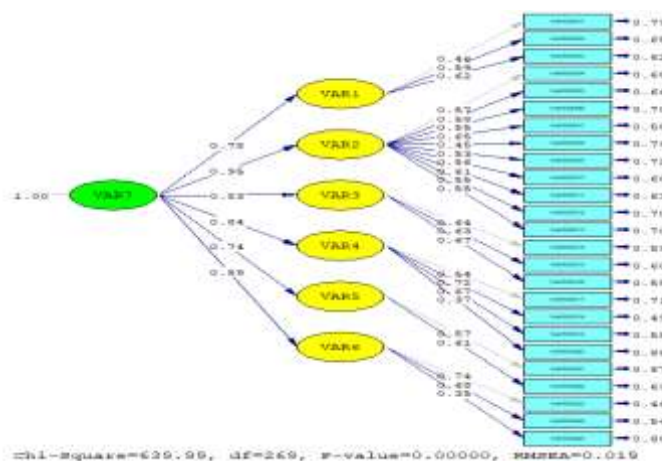
گروه اصلی	منشادریندهای سیاست اقتصادی مقاومتی	کد	مولفه ها
تأمین منابع مالی	بند ۹	A1	کسب درآمد پایدار از طریق افزایش سهم درآمد از منابع غیر بیمه ای / کاهش وابستگی به منابع بیمه ای
تأمین منابع مالی	بند ۱۰	A2	توجه به توریسم درمانی و استفاده مناسب از ظرفیت توریسم
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۱۲	A3	انعقاد قرارداد همکاری علمی، آموزشی و اقتصادی مشترک با بیمارستان‌های دارای فعالیت مشابه در کشورهای منطقه
مدیریت هزینه	بند ۱۶	A4	ایجاد تنوع در روش های ارائه خدمت از طریق ارائه خدمات غیر حضوری
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۱۶	A5	واگذاری خدمات به بخش خصوصی
مدیریت هزینه	بند ۱۶	A6	صرفه جویی در هزینه‌های بیمارستان از طریق کاهش مدت اقامت بیماران، کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی و Up grade دستگاه‌ها به جای خرید دستگاه جدید
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۱۶	A7	تحول در ساختارهای مدیریتی بیمارستان به روش‌های چون انجام خرید هماهنگ، بانک تجهیزات پزشکی، اصلاح فرآیندهای کاری، ایجاد مجتمع‌های بیمارستان مشترک استان و...
منابع انسانی	بند ۳	A8	توجه ویژه به نقش و بهره‌وری نیروی انسانی در اداره بیمارستان و بهره‌برداری مناسب از این مهم با استفاده از ارتقا آموزش، مهارت، خلاقیت، کارآفرینی و تجربه
منابع انسانی	بند ۵	A9	سهم بری عادلانه نیروی انسانی از درآمدهای بیمارستان
منابع انسانی	بند ۱۰	A10	تقویت فرهنگ کارگروهی رده های مختلف کارکنان
منابع انسانی	بند ۳	A11	توانمندسازی نیروی انسانی در اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی و راهکارهای موجود
منابع انسانی	بند ۲۰	A12	گسترش فرهنگ کار جهادی در بین کارکنان
زنجیره تأمین کالا و خدمات	بند ۲	A13	استفاده از ظرفیت شرکت‌های دانش بنیان فعال در حوزه‌های مرتبط برای تأمین نیازهای بیمارستان
علمی و پژوهشی	بند ۲	A14	تعیین اولویت‌های پژوهشی مرتبط با فعالیت‌های اقتصادی بیمارستان و هدایت پژوهشی‌ها به این علت
علمی و پژوهشی	بند ۱۲	A15	استفاده از ظرفیت‌های علمی، آموزشی و پژوهشی‌های انجام شده به وسیله سازمان‌هایی چون WHO, IHF
مدیریت هزینه	بند ۱۶	A16	حذف هزینه های زاید با استفاده از روش‌های مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۱۹	A17	مقابله با فساد اداری
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲۰	A18	الگو بودن مدیران در پرتلاشی، پرانگیزی، اقدام عالمانه و آگاهانه
تأمین منابع مالی	بند ۲۰	A19	تولید ثروت و افزایش درآمد از طریق کاهش کسورات، فروش ضایعات، بازیافت پسماند، اعمال جراحی زیبایی
تأمین منابع مالی	بند ۲۰	A20	کارآفرینی و ایجاد فرصت اشتغال از طریق در اختیار قراردادن مراکز تحقیقاتی بیمارستان برای دانشجویان و افراد نخبه و همچنین استفاده از ظرفیت خدمات مشاوره‌ای برای کارشناسان پروانه‌دار هم‌چون فیزیوتراپی، تغذیه
علمی و پژوهشی	بند ۲۲	A21	استفاده مناسب از پژوهش‌های انجام شده در حوزه اقتصادی مقاومتی بیمارستان
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲	A22	انجام مدیریت مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری مبتنی بر پایش و سنجش اقتصادی
مدیریت هزینه	بند ۸	A23	مدیریت مصرف انرژی، دارو، لوازم مصرفی پزشکی و غیرپزشکی
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲	A24	پایش و سنجش اقتصادی
زنجیره تأمین	بند ۶	A25	حمایت و استفاده از کالای داخلی (مصرف، ترویج فرهنگ اعتماد به کالای داخلی، بازخورد نقائص به شرکت‌ها)
زنجیره تأمین	بند ۶	A26	تأمین کالاهای خارجی مورد نیاز از مبادی و شرکت‌های مختلف با هدف عدم وابستگی
زنجیره تأمین	بند ۷	A27	تأمین مطمئن دارو و لوازم پزشکی از طریق ایجاد ذخیره استراتژیک و ظرفیت سایر بیمارستان‌ها برای پوشش حمایتی
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۹	A28	ایجاد شفافیت در فرآیندهای مالی اعم از پرداخت‌های کارکنان، خریدهای تدارکاتی و قراردادهای برون‌سپاری
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲۰	A29	تغییر رویکرد از بیمارستان درمان محور به بیمارستان ارتقا دهنده سلامت برای کاهش هزینه‌های مالی نظام سلامت
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲۱	A30	گفتمان‌سازی در موضوع اقتصاد مقاومتی و تبدیل آن به گفتمان رایج در بیمارستان با استفاده از برگزاری همایش‌ها، جلسات، مسابقات، نمایشگاه و گزارش‌های مرتبط
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲۲	A31	شناسایی مخاطرات و تهدیدات اقتصادی بیمارستان و استفاده حداکثری از کلیه ظرفیت‌های نیروی انسانی، سرمایه ای و برای پیگیری و عکس‌العمل مناسب
علمی و پژوهشی	بند ۲۳	A32	نظارت روزآمد، مستمر و علمی بر فعالیت‌های اقتصادی بیمارستان
علمی و پژوهشی	بند ۱۶	A33	استفاده مناسب از ظرفیت ارزیابی‌ها و اعتبار بخشی و گایدلاین‌های بالینی برای مدیریت اقتصادی بیمارستان
ساختار مدیریتی و فرآیندها	بند ۲	A34	ایجاد داشبورد مدیریتی پایش فعالیت‌های اقتصادی بیمارستان



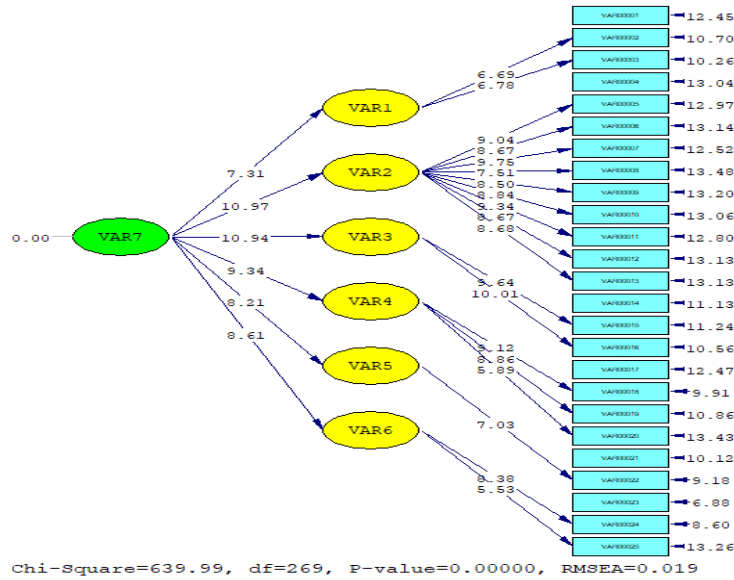
شکل ۱: نمایش گرافیکی اولویت معیارهای اصلی

جدول ۲: ماتریس ارتباط کامل فازی زدایی شده (قطعی)

معیارهای اصلی	D	R	D+R	D-R
C1	۲/۴۴	۰/۵۹	۳/۰۳	۱/۸۵
C2	۱/۱۷	۲/۴۲	۳/۵۹	-۱/۲۵
C3	۲/۴۵	۰	۲/۴۵	۲/۴۵
C4	۰/۶	۱/۱۹	۱/۷۹	-۰/۵۹
C5	۱/۱۶	۱/۲۲	۲/۳۸	-۰/۰۶
C6	۰/۵۹	۲/۹۹	۳/۵۸	-۲/۴



شکل ۲: بار عاملی متغیر عوامل شناسایی شده



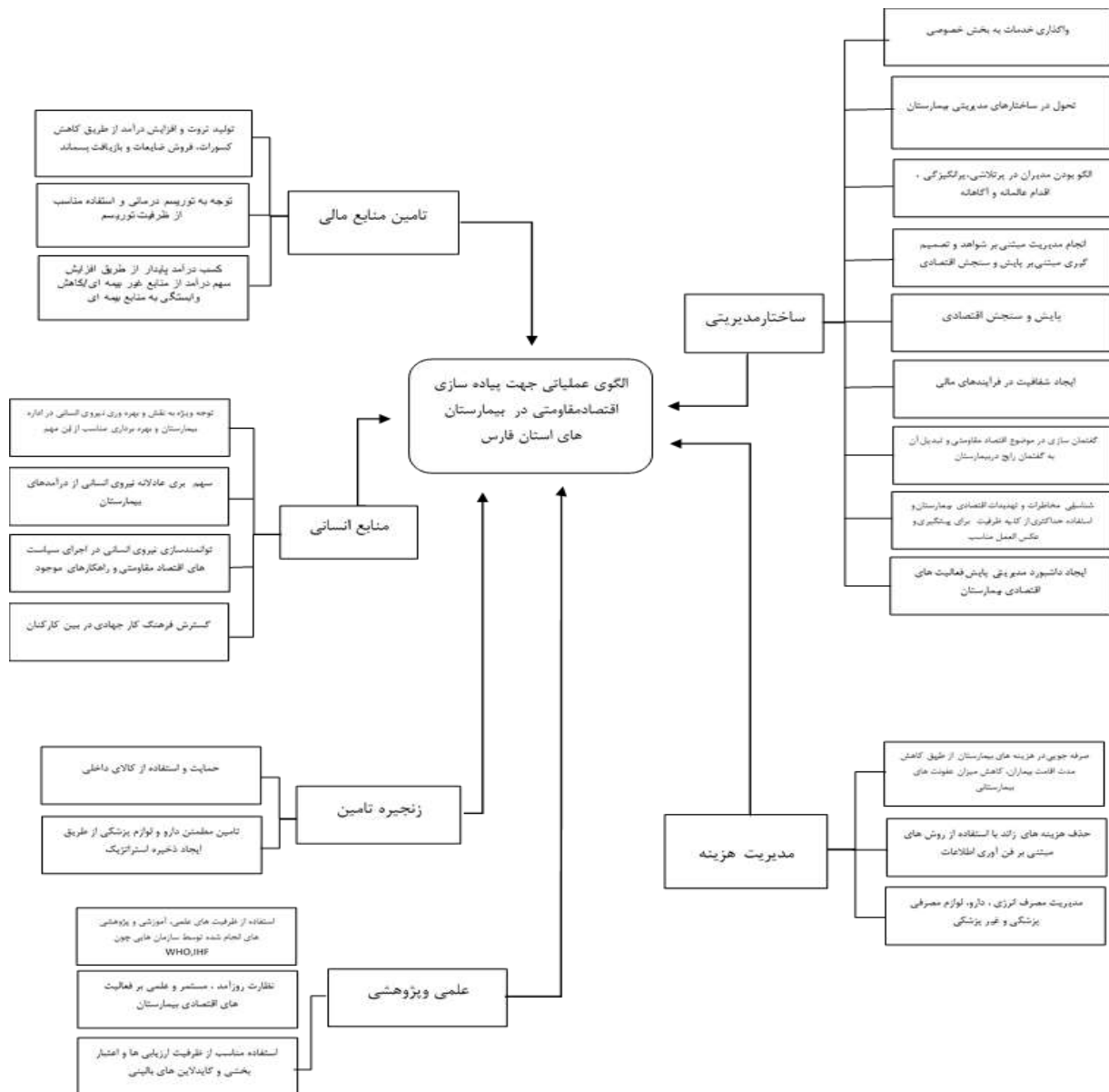
شکل ۳: آماره تی متغیر عوامل شناسایی شده

جدول ۳: شاخص‌های برازش عوامل شناسایی شده

مدل	X2/df	RMSEA	NFI	CFI	GFI	IFI	RFI	SRMR	AGFI	PCLOSE
میزان قابل قبول	۳-۱	< ۰/۱	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۰۹	> ۰/۸	> ۰/۰۵
محاسبه شده	۲/۳۷۹	۰/۰۱۹	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۱	۰/۱۲	۰/۸۶	۰/۰۸۹

جدول ۴: بررسی تأثیر عوامل شناسایی شده مؤثر بر الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان

عوامل وابسته	عوامل مستقل شناسایی شده	بار عاملی	آماره تی	سطح معنی‌داری
الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز	تأمین منابع مالی	۰/۷۸	۷/۳۱	۰/۰۰۰۱
	ساختار مدیریتی	۰/۹۵	۱۰/۹۷	۰/۰۰۰۱
	مدیریت هزینه	۰/۸۳	۱۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
	منابع انسانی	۰/۸۴	۹/۳۴	۰/۰۰۰۱
	زنجیره تأمین	۰/۷۴	۸/۲۱	۰/۰۰۰۱
	علمی پژوهشی	۰/۵۹	۸/۶۱	۰/۰۰۰۱



شکل ۴: مدل نهایی الگوی عملیاتی جهت پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز

این مطالعه تعیین و طراحی الگوی عملیاتی جهت

پیاده‌سازی اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌های

دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود.

همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها ذکر شد

معیارهای اصلی عبارت‌اند از: تأمین منابع مالی،

ساختار مدیریتی و فرآیندها، مدیریت هزینه‌ها، منابع

انسانی، زنجیره تأمین و علمی و پژوهشی که در ادامه

بحث

با توجه به رهنمودهای مقام معظم رهبری

در خصوص انجام پژوهش‌ها پیرامون اقتصاد

مقاومتی در بخش‌های مختلف و همچنین مشکلات

اقتصادی موجود و تحریم‌های ظالمانه که اداره

بیمارستان‌ها را با چالش مواجه کرده است. هدف از

مواردی بودند که خبرگان در مورد آنها به اجماع رسیده‌اند. در همین راستا بر اساس نتایج پژوهش تورانی و همکاران با استفاده از واگذاری خدمات به بخش خصوصی ضمن مقررات‌زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله‌مراتب و استفاده مؤثر از منابع و نظارت به موقع کارایی افزایش یافته و در نتیجه می‌توان تولید به مقیاس را افزایش و هزینه را کاهش داد(۱۷). هم‌چنین در مطالعه قاضی سعیدی و همکاران که با عنوان "ضرورت به کارگیری داشبوردها در مدیریت اطلاعات سلامت" انجام داده‌اند، نتایج مطالعه که به روش مطالعه مروری می‌باشد، نشان می‌دهد که مزایای داشبورد در پژوهش‌های مختلف به وضوح قابل رویت است. در همین راستا ضروری است که برای کلیه ابعاد بالینی و مدیریتی در سازمان‌های سلامت شاخص‌های کلیدی عملکرد شناسایی شوند و برای پایش در داشبوردهای سازمانی و بالینی مخصوص گنجانده شوند(۱۸) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در این زمینه مؤلفه‌های صرفه‌جویی در هزینه‌های بیمارستان از طریق کاهش مدت اقامت بیماران، کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی و Up grade (به روز کردن) دستگاهها به جای خرید دستگاه جدید، مدیریت مصرف انرژی، دارو، لوازم مصرفی پزشکی و غیر پزشکی، حذف هزینه‌های زاید با استفاده از روش‌های مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات مورد اجماع نظر خبرگان قرار گرفتند. در همین رابطه نتایج مطالعه شکری‌زاده و همکاران با عنوان تأثیر

به بحث در مورد آنها و ۲۵ مؤلفه مربوط به هر کدام خواهیم پرداخت:

در حیطه تأمین منابع مالی توجه به توریسم درمانی و استفاده مناسب از ظرفیت توریسم، کسب درآمد پایدار از طریق افزایش سهم درآمد از منابع غیر بیمه‌ای/کاهش وابستگی به منابع بیمه‌ای، تولید ثروت و افزایش درآمد از طریق کاهش کسورات، فروش ضایعات، بازیافت پسماند، اعمال جراحی زیبایی از مؤلفه‌های مورد اجماع نظر خبرگان می‌باشند. در این زمینه مطالعه انجام شده به وسیله چترروز و همکاران نشان داد که برنامه شفاف و فضای فیزیکی مناسبی جهت گردشگر درمانی وجود نداشته و دانشگاه نیازمند برنامه‌ریزی‌های مدون، ایجاد زیرساخت‌های حمایتی از بیماران خارجی، اصلاح سیستم حمل و نقل و تقویت بازاریابی است(۱۵). هم‌چنین در مطالعه‌ای که به وسیله کونیل انجام شد، گردشگری سلامت را به عنوان راهکاری برای حل مشکلات اقتصادی از جمله مشکلات اقتصادی بخش سلامت معرفی می‌کند که موجب ثروت آفرینی در بخش سلامت می‌شود(۱۶). نتایج پژوهش‌های بالا با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در حیطه ساختار مدیریتی و فرآیندها مؤلفه‌های واگذاری خدمات به بخش خصوصی، تحول در ساختارهای مدیریتی بیمارستان، الگو بودن مدیران در پرتلاشی، پایش و سنجش اقتصادی، ایجاد شفافیت در فرآیندهای مالی، گفت‌وگو سازی در موضوع اقتصاد مقاومتی، ایجاد داشبورد مدیریتی از

فن‌آوری اطلاعات در ارتقای نظام سلامت از دیدگاه کارکنان بیمارستان شهید بهشتی کاشان نشان داد که نگرش کلی جامعه پژوهش در کلیه گروه‌های بالینی نسبت به تأثیر فن‌آوری اطلاعات بر ارتقای سطح سلامت مثبت بود (۱۹). همچنین جامعه پژوهش، تأثیر فن‌آوری اطلاعات را بر افزایش بهره‌وری، کاهش هزینه‌ها و تسریع در روند تشخیص و درمان مطلوب ارزیابی نمودند (۱۹). در همین رابطه مطالعه فروزان مهر نشان می‌دهد یکی از مؤلفه‌های اقتصاد مقاومتی، مدیریت مصرف است، که مرتبط با مصرف تولیدات داخلی از سوی مصرف‌کننده داخلی و کاهش هزینه می‌باشد (۲۰)، پژوهش‌های بالا با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در حیطه مربوط به منابع انسانی مؤلفه‌هایی همچون توجه به بهره‌وری نیروی انسانی، سهم‌بری عادلانه نیروی انسانی از درآمدها، توانمندسازی نیروی انسانی در اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی و گسترش فرهنگ جهادی در بین کارکنان از مؤلفه‌هایی بودند که مورد اجماع نظر خبرگان قرار گرفتند. در همین رابطه رستگار و مردانی مطالعه‌ای با عنوان "ارتباط عدالت سازمانی با حمایت اجتماعی در کارکنان بیمارستان" انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین عدالت اجتماعی با حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت، لذا مدیران بیمارستان‌ها باید به مفهوم عدالت سازمانی که حمایت اجتماعی از کارکنان را افزایش می‌دهد، توجه نمایند (۲۱). در همین رابطه شکاری و صفرمحمملو

مطالعه‌ای با عنوان "بررسی رابطه بین توانمندسازی منابع انسانی با تحقق اقتصاد مقاومتی" انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که بین توانمندسازی منابع انسانی و تحقق اقتصاد مقاومتی رابطه ای معنی‌دار و مستقیم وجود دارد (۲۲)، پژوهش‌های ذکر شده با نتایج این مطالعه مطابقت دارد.

در حیطه زنجیره تأمین کالا و خدمات مؤلفه‌های حمایت و استفاده از کالای داخلی و تأمین مطمئن دارو و لوازم پزشکی از طریق ایجاد ذخیره استراتژیک از مؤلفه‌هایی بودند که مورد اجماع نظر خبرگان قرار گرفتند.

حمایت از تولید داخلی و ترویج خرید کالاهای ملی، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولین کشورهاست. از جمله فواید خرید کالای داخلی و حمایت از کسب و کارهای ایرانی می‌توان به افزایش اشتغال، توسعه صنایع داخلی، خودکفایی، عدم وابستگی به کشورهای بیگانه، کم‌شدن فشار تحریم‌ها، افزایش ثروت و ارز ملی، ایجاد اقتصاد مقاوم و پویا و ثبات قیمت اشاره کرد. در همین راستا مطالعه فروزان مهر با عنوان "پیشنهاد اقتصاد مقاومتی به عنوان اصلی‌ترین راهکار تحول اقتصادی" عنوان می‌کند که یکی از مؤلفه‌های اقتصاد مقاومتی، مدیریت مصرف است، که مرتبط با مصرف تولیدات داخلی از سوی مصرف‌کننده داخلی و کاهش هزینه می‌باشد (۲۰). همچنین خلیلی در مطالعه خود با عنوان "مقاومت اقتصادی در پرتو اقتصاد مقاومتی" یک از راهکارها را جهت تحقق اقتصاد مقاومتی مقابله با

نتیجه‌گیری

برای ایجاد یک مدل اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌ها به ترتیب: مؤلفه‌های ساختارمدیریتی، منابع انسانی، مدیریت هزینه‌ها، تأمین منابع مالی، زنجیره تأمین و علمی پژوهشی دارای اولویت می‌باشند. مؤلفه‌های شناسایی شده در این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای سیاست‌گزاران و مدیران برای غلبه بر مشکلات اقتصادی بیمارستان‌ها باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشت و درمانی با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.031 می‌باشد، که با حمایت مالی و معنوی این دانشگاه انجام شد. جادارد از کلیه خبرگانی که در اجرای این طرح ما را یاری کردند سپاسگزار می‌نمایم.

تحریم از طریق تقویت تولید داخلی می‌داند (۲۳)، که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد.

با توجه به این که موضوع اقتصاد مقاومتی مبحثی جدیدی است که در کشور ایران مطرح شده است، در بقیه کشورها بررسی‌ها و پژوهش‌هایی در این زمینه و به ویژه در مورد اقتصاد مقاومتی در بیمارستان‌ها صورت نگرفته است، محققین جهت چهارچوب نظری و پژوهش‌های مربوط به پیشینه پژوهش دارای محدودیت بودند.

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش پیشنهادات زیر به مسئولین و مدیران و مجریان تأثیرگذار در اداره بیمارستان‌ها ارایه می‌شود:

وابستگی به درآمدهای بیمه‌ای را کم کرده و از ظرفیت توریسم سلامت بهره مناسب‌تری ببرند. کاهش هزینه‌های بیمارستان را از طریق برون‌سپاری، کاهش مدت اقامت بیماران، به‌روزرسانی دستگاهها و انجام خرید هماهنگ مد نظر قرار دهند، در بهبود عملکرد نیروی انسانی با توجه به آموزش مهارت و خلاقیت، توزیع عادلانه درآمد، گسترش فرهنگ کار جهادی اهتمام نمایند، از نتایج پژوهش و بررسی‌های انجام شده در بهبود عملکرد اقتصادی بیمارستان و پایش علمی عملکرد اقتصادی بیمارستان بهره‌برده، با فساد اداری مبارزه کرده و خودالگوی پرتلاشی باشند. همچنین استفاده از کالاهای داخلی و حمایت از تولید کننده داخلی، ایجاد ذخیره استراتژیک دارو و لوازم پزشکی و پیش‌بینی بیمارستان پشتیبان برای یک بیمارستان مدنظر قرار داده شود.

REFERENCES

1. Nemati A. A history of economics in the position of moral science. *Journal of Islamic Economics* 1384; 19(5): 151-82.
2. Lotfalipour MR, Falahi MA, Borji M. The effects of health indices on economic growth in Iran. *Journal of Health Administration* 2012; 14(46): 57-70.
3. Marandi A. The interaction between health, productivity and economic growth. In the second national seminar productivity. Tehran: National Productivity Organization of Iran; 1997; 20-65.
4. Nabilou B, Yusefzadeh H, Rezapour A, Azar FE, Safi PS, Asiabar AS, Ahmadzadeh N. The productivity and its barriers in public hospitals: case study of Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2016; 30: 316.
5. Zare mirak abad A. A look at economics schools. *Journal of Future Studies Articles* 2011; 4(3): 39-57
6. Ghavi Del E, Farahani Fard S, Mohammadi Nasab M. Effects of moghavemati economics model approach in agriculture sector. *Quarterly Journal of the Macro and Strategic Policies* 2019; 6(Special Issue); 790-807.
7. Heidarnia MA. Resistive Economy in the field of health. *Journal of Research on Religion & Health* 2017; 3(4): 1-6.
8. Rezapour A, Khalaj M. The economic behavior of general hospitals of Iran. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2006; 8(2); 46-58
9. Davari M. Economic challenges of the Iranian health system. *Journal of Health Information Management* 2017; 3(5); 20-35.
10. Institute of center for estertegic. Economic Strength: The golden solution in the field of health. Public Policy Network. Tehran. Institute, 1396
11. Hatam N. Cost-efficiency of teaching hospitals of Shiraz. *Health economics Tehran: High research Association of Social security* 2001; 3(7): 5-10.
12. Khosravi M. Cuban Healthcare System: A Strategic Model for the Resistive Economy. *International Journal of Resistive Economics* 2016; 4(4): 72-82.
13. Rahimi calor H, hamzee N. Rereading the concept of resistance economics and introducing a complete model for it. *Journal of Islamic Economics and Banking* 2019; 22(25): 31-53.
14. Seif A, Introduction to the roadmap for implementing the general policies of the resistance economy of the Islamic Republic of Iran. *Journal of Strategic studies Basij* 2014; 16(61): 89-115
15. Naami A, Chatrooz A. Systematic review of medical tourism in Iran and case study of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Payavard Salamat*. 2018; 11(5): 598-609.
16. Connell J. Medical tourism in the Caribbean islands: a cure for economies in crisis? *Island Studies Journal* 2013; 8(1): 115-30
17. Tourani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari M. Efficiency and effectiveness of the firoozgar teaching hospital's pharmacy after outsourcing, Tehran, Iran. *Journal of Health Administration* 2010; 12(38): 59-70.
18. Ghazi saeedi M, Khara R, Hosseniravandi M. Necessitates of using dashboards in Health Information Management. *Health inf Manage* 2015; 12(2): 262.
19. Shokrizadeh Arani L, Karami M. The Effects of information technology on the improvement of health systems in the viewpoint of the Staff of Beheshti Hospital in Kashan. *Health Information Management* 2012; 8(6): 841.
20. Froozanmehr M. Economic progress: Proposing a resistance economy as the main strategy of economic transformation. *Journal of Economic and Management* 2014; 5(3): 5-8
21. Rasregar A, Mardani E. Relationship between organizational justices with social support among hospital personnel. *Journal of Bioethics* 2014; 4(13): 137-58.
22. Shekari GH, Safarmohammadloo SH. The relationship between human resource empowerment and the realization of a resistance economy. *Journal of Economic Studies, Financial Management and Accounting* 2016; 2(2); 1-23.
23. KHalili Hesamadin. Economic resistance in the light of a resistance economy. *Journal karagah* 2012; 2(5); 20-25.

Designing an Operational Model for Implementing Resistance Economics in Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences

Zarei H¹, Ostvar R^{1*}, Soltani H²

¹Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran,

²Management Group, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

Received: 24 Nov 2020

Accepted: 31 Jan 2020

Abstract:

Background & aim: The resistance economy is proposed for the first time by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran and includes 24 clauses. Considering the general policies of the country and the upstream laws, it seems that the use of the model of resistance economy is associated with beneficial effects in the health sector. This study was conducted according to the leadership guidelines for conducting studies on resistance economics, economic problems and oppressive sanctions that have challenged the economics of hospitals and with the aim of designing an operational model for implementing resistance economics in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences.

Methods: The present descriptive-analytical study was conducted in 2019 in several stages at Shiraz University of Medical Sciences. The statistical population of the study consisted of 20 professors, officials, managers and experts aware of the economic issues of hospitals. The method was targeted sampling and snowball technique. The first stage was done by analyzing the current situation and interviewing, the second stage was done with the help of interview output, Delphi technique and questionnaire. Data were analyzed using fuzzy hierarchical analysis technique, confirmatory factor analysis and t-test.

Results: According to the content analysis of the interviews, 34 components were identified in 6 areas of financing, management structure, cost management, human resources, supply chain and scientific research. After performing three rounds of Delphi, 25 components with a score above 0.7 were approved and then the criteria were accepted using confirmatory factor analysis. Finally, in the structural load equation model, all criteria were greater than 0.3 and also their related t-statistics were higher than 1.96 and the proposed model was approved.

Conclusion: To create a model of resilient economy in hospitals, the components of management structure, human resources, cost management, financial resources, supply chain and scientific research have priority. The components identified in this study can be a guide for policy makers and managers to overcome the economic problems of hospitals.

Keywords: Resistance economics, Operating model, Hospital

Corresponding author: Ostovar R, Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

Email: rahimostovar@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Zarei H, Ostvar R, Soltani H. Designing an Operational Model for Implementing Resistance Economics in Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Armaghane-danesh* 2021; 26(1): 59-77.