

● مقاله تحقیقی

طراحی الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی برای ایران - ۱۳۸۴

چکیده

زمینه: در حوزه درمان کشور برای طراحی الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی اقدامی صورت نگرفته است و پاسخگوی انتظارات بیماران، سازمانهای ناظر و جامعه نمی‌باشد.

هدف: هدف کلی این پژوهش طراحی الگویی برای تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در ایران می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و تطبیقی است که به ساختار سازمانی، الزامات، مکانیزم های اجرایی و پایش برنامه های تضمین کیفیت به طور اعم و ساختار تشکیلاتی، وظایف و برنامه ها و همچنین عمده ترین شاخصهای تضمین کیفیت در بیمارستانهای کشورهای منتخب به طور اخص می‌پردازد. با توجه به در دسترس بودن اطلاعات و امکان مقایسه و تعیین موارد اختلاف و شباهت شاخصهای انتخابی، معیارهایی از جمله تقسیم بندی کشورها بر مبنای درجه توسعه یافتگی، تقسیم بندی بر مبنای مزایای بهداشتی و تقسیم بندی بر مبنای نظام های بهداشتی و درمانی به عنوان معیارهای انتخاب کشورهای مورد مطالعه در نظر گرفته شد و کشورهای نیجر، زامبیا، هند، آفریقای جنوبی، اتریش، آلمان و در کنار آنها ایران به عنوان کشورهای مورد مطالعه انتخاب شدند. جمع‌آوری داده ها با استفاده از بانکهای اطلاعاتی صورت گرفت. الگوی پیشنهادی با استفاده از تکنیک دلفی سه مرحله ای به نظرخواهی صاحبان نظران گذاشته شد و پس از لحاظ کردن دیدگاههای آنان رایه گردید.

یافته‌ها: در تمامی کشورهای مورد مطالعه بجز ایران سالهای مدیریتی است که کمیته تضمین کیفیت زیر نظر مدیر بیمارستان و با ترکیب های نسبتاً مختلف که عمدتاً شامل رئیس هیئت پزشکی، مدیر پرستاری، نماینده سر پرستاران بخشهای بالینی، پاتولوژیست، یک نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه و روابط عمومی بعنوان نماینده مصرف کنندگان خدمات است تشکیل و با شرح وظایف و برنامه های مشخص، موجبات اجرایی تر شدن برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی را فراهم نموده اند. در ایران نیز اخیراً با تمایل بیمارستانها به کسب گواهی نامه های ایزو و تشکیل کمیته های مدیریت کیفیت گامهای اولیه برداشته شده است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر و با عنایت به تجارب کشورهای مورد بررسی به لحاظ فقدان کمیته تضمین کیفیت در بیمارستانهای ایران، مشکلات عدیده ای در عرضه خدمات مطلوب به بیماران وجود دارد که به همین دلیل پیشنهاد میشود در بیمارستان، با ایجاد کمیته تضمین کیفیت علاوه بر به اجرا گذاشتن سیاست ها و استراتژی های مربوط به تضمین کیفیت، به صورت کاملاً عینی و کمی به تحقق اهداف تضمین کیفیت اقدام شود. بعلاوه، آغاز چنین حرکت علمی و سازنده ای در بیمارستانهای انتخابی و سنجش دستاوردها و اصلاح احتمالی در برنامه های تضمین کیفیت، می تواند به کلیه بیمارستانهای کشور تعمیم یابد و امر تضمین کیفیت به شیوه علمی در این بیمارستانها تحقق یابد.

واژگان کلیدی: تضمین کیفیت، خدمات بیمارستانی

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۳/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱



دکتر محمد خسرو لقمانیان^۱
دکتر سید جمال الدین طبیبی^{۲*}
دکتر ایرج کریمی^۳
دکتر بهرام دلگشایی^۴

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران

۲. استاد دانشگاه مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۴. دانشیار استاد دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران

* نشانی نویسنده مسئول: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران
آدرس: خیابان ولیعصر، بعد از تقاطع ظفر، نیش کوچه شهید بهرامی
تلفن: ۸۸۷۸۸۲۷-۹

مقدمه

پژوهش‌ها و مطالعات زیادی در مورد الگوهای برقراری کیفیت در بیمارستانها انجام شده است. به طوری که مطالعات نشان می‌دهد تاریخچه ارزیابی کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی به کارهای فلورانس نایتینگل^۱ و بکارگیری اپیدمیولوژی کاربردی توسط وی در جستجوی فرضیات مرتبط با مسائل مراقبت‌های بیمارستانی در طی جنگ‌های کریمه بر می‌گردد. (۱). اصلاحات وی برای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی شامل: پاکیزگی، بهسازی، بهبود وضع تغذیه و برقراری نظم و سازماندهی در فعالیت‌های روزمره بیمارستان بود. ایالات متحده اولین کشوری بود که به کیفیت در مراقبت بیماران توجه کرد و کالج جراحان، برای اولین بار استانداردهای بیمارستانی را در سال ۱۹۱۷ منتشر کرد (۲).

در سال ۱۹۵۱ کمیسیون مشترک اعتبار بخشی بیمارستان‌ها تأسیس شد. تمرکز اولیه این فعالیت‌ها، اطمینان کسب کردن از رعایت حداقل استانداردها، توسط بیمارستان‌ها بود. در طی دو دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ بیشتر تفکرات تحلیلی و نوشته‌ها بر تنظیم راهکارهای مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تمرکز داشت (۳). از آن پس صاحب‌نظران مختلف دیدگاه‌های خود را در مورد تضمین کیفیت خدمات با محورهای

1. Florence Nightingel

مختلفی بیان کرده‌اند که بعضی از مهمترین این دیدگاهها به شرح زیر است:

دونابدیان^۲ تضمین کیفیت را تمام قواعد و فعالیت‌ها برای حفظ، تداوم و ارتقاء کیفیت مراقبت می‌داند. (۴) دونالد برویک^۳ تضمین کیفیت را یک تغییر سیستماتیک مدیریتی طراحی شده برای پاسخگویی به نیازها بیان می‌کند و استاندارد ۱۹۹۴ ISO8042 معتقد است تضمین کیفیت عبارت است از تمامی فعالیت‌های طرح‌ریزی شده و سیستماتیک که در چارچوب سیستم کیفیت اجرا گردیده و در صورت لزوم اثبات شده باشد که آنها برای ایجاد اطمینان کافی از اینکه یک مقوله^۴ نیازمندی‌های کیفیت را برآورد خواهد کرد، لازم هستند. (۵) برنت^۵ می‌گوید: نباید فراموش کرد که برای تضمین کیفیت، آگاهی از همه نیازها ضروری است. به عبارت دیگر نیازهای مشتری باید دقیقاً تشریح شود تا تهیه کننده کاملاً آن را درک کند و درباره الزامات کاری تردیدی باقی نماند. پیش از هر گونه اقدامی دیگر، جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، طراحی فعالیت‌ها و تشریح دقیق همه دستورالعمل‌ها باید انجام گیرد، تا بتوان به طور مناسب برانجام فعالیت‌ها نظارت کرد. تضمین کیفیت، نیازمند به هم پیوستگی و کنترل همه عناصر در هر عرصه معین است؛ به طوری که هیچ یک تحت‌الشعاع دیگری

2. Donabeding
3. Donald Berwick
4. Entity
5. Bernot

قرار نگیرد. این عناصر تمامی عرصه‌های مختلف مانند مدیریت، امور مالی، تدارکات و ... را در بر می‌گیرد. بدین منظور باید وظایف هر یک از آنها معین شود و این کار به رهبری نیاز دارد تا همه این عناصر را با هم تلفیق کند. مسئولیت هدایت فعالیت‌ها و کیفیت کالاهای تولیدی یا خدمات، در نهایت بر عهده مدیر اجرایی ارشد می‌باشد. بدین ترتیب تضمین کیفیت وظیفه‌ای مدیریتی است که نمی‌توان آن را به دیگری واگذار کرد. (۶) در واقع توجه به تمامی مراحل فرآیند تضمین کیفیت، لازم است. این فرآیند شامل یک چرخه ده مرحله‌ای مرکب از برنامه ریزی، تعیین استانداردها و ارائه رهنمودها، ترویج استانداردها، پیش‌بینی کیفیت، شناخت و اولویت بندی فرصت‌ها برای بهبود، شناخت مشکل، شناخت نحوه برخورد با مشکل، تحلیل و مطالعه مشکل برای شناخت ریشه علتها، انتخاب و طراحی راه حل مشکل و در نهایت بکارگیری و ارزیابی تلاش‌های بهبود کیفیت می‌باشد. (۷) در پایان چنین می‌توان اظهار داشت: تضمین کیفیت به گونه‌ای از استراتژی‌ها اطلاق می‌شود که منجر به تولید کالایی منطبق با استانداردهای موجود شود و از طرفی توقع مصرف‌کنندگان خدمت را نیز برآورده سازد. باور دولت‌ها مبنی بر استفاده از تکنولوژی تضمین کیفیت در ایجاد فرصت‌های بیشتر جهت ارتقای سلامت و افزایش



رضایتمندی مشتریان، موجبات تولید تکنولوژی تضمین کیفیت در بخش بهداشت و درمان شده است. (۸) اهمیت کیفیت خدمات سلامتی، طراحی و اجرای تکنولوژی تضمین کیفیت را به عنوان بخش جدایی ناپذیر بخش سلامت در هر کشور با در نظر گرفتن ارزش های مورد توجه ارایه دهندگان و مصرف کنندگان خدمت، مطرح ساخته است. (۹)

توجه به کیفیت خدمات در بخش سلامت و بویژه بیمارستان ها در ایران از موضوعات مورد توجه بوده و می باشد به طوری که کنترل بر کلیه واحدهایی که در زمینه بهداشت و درمان در کشور فعالیت می کنند طبق قانون از وظایف مهم و اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می شود و طی سالهای ۱۳۶۳-۱۳۴۶ تهیه و تنظیم ضوابط و معیارها و کنترل واحدهای درمانی به هنگام شروع برنامه سوم عمرانی در قالب مجموعه ای بر اساس چک لیست ها شکل گرفت. این روند تا سال ۱۳۶۵ که دستورالعمل چگونگی کنترل موسسات و مراکز درمانی تدوین گردید، ادامه یافت و در سال ۱۳۷۶ دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان های عمومی کشور تنظیم گردید. در سال های اخیر نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد گردیده است تا سال ۱۳۸۶ شاخصهای کیفیت را در جهت

کنترل کیفیت خدمات بیمارستانی تدوین نماید. (۱۰)

پیگیری روندهای موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حاکی از آن است که همواره این وزارتخانه از مشکل سیستمی در جهت کنترل کیفیت خدمات رنج می برده است. عدم وجود سیستم کنترل کیفیت درخور قبول صاحبان به طوری که ضمن توجه به ساختار، فرآیندها و پیامدها از تکنولوژی های جدید نیز بی بهره نباشد و همواره پویایی خود را حفظ کند، سالیان دراز است که گریبانگیر بخش سلامت و بویژه بیمارستان ها بوده است. حرکت های شتاب زده، با پشتوانه علمی غیر قابل قبول و بدون توجه به تجربیات موجود در دنیا بزرگترین چالشی است که بخش سلامت و بیمارستانهای کشور همواره با آن روبرو هستند. در این میان نداشتن سیستم کنترل کیفیت در خور توجه که پاسخگوی نیازهای سیستم، ارایه دهندگان خدمت و مصرف کنندگان باشد موجب شده است که هر از چند گاهی بدون توجه به زیرساخت های موجود، مبحث کیفیت خدمات پر رنک تر شود. (۱۱) در واقع آنچه که موجب می شود تا موضوع تضمین کیفیت همچنان به عنوان یک سر فصل مهم در فعالیت های مربوط به سیستم کنترل خدمات در بخش بهداشت و درمان و بیمارستان ها مطرح باشد را می توان به شرح زیر دسته بندی نمود: ۱- در

حال حاضر سیستم کنترل کیفیت مناسب که پاسخگوی نیازهای مصرف کنندگان خدمات، سیاستگذاران و ارایه کنندگان خدمت باشد وجود ندارد. ۲- سیستم کنترل کیفیت خدمات موجود در بخش سلامت کشور از جامعیت لازم برخوردار نیست و بدون توجه به دیدگاههای تئوریک موجود، دیدگاههای صاحبان داخلی و الگوی مورد استفاده در کشورهای دیگر اجرا می شود. ۳- تداخل حوزه های مختلف کنترل کیفیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجب شده است که مقوله های ارزیابی، اعتبار بخشی، کنترل مداوم کیفیت، تضمین کیفیت و... گاهاً به اشتباه مورد استفاده و بهره برداری قرار گیرد، در حالی که هر یک از موضوعات ذکر شده اهداف خاصی را در سیستم دنبال می کند. (۱۲)

با عنایت به موارد ذکر شده لزوم شفاف سازی الگوی مناسب تضمین کیفیت در بیمارستان های کشور ضروری است. (۱۳)

صرف نظر از مطالب اشاره شده که به نوعی اهمیت پژوهش حاضر را نقد می کند ذکر این نکته ضروری است که در کلیه مطالعاتی که در کشورهای خارجی توسط صاحب نظرانی همچون پیترز، وینبرگ، میلر، فرانکوئیس، اولسن، گیلنو، چانگ لی، آیکن، حمید و همکارانشان انجام شده همسو با اندیشمندان ایرانی همچون محمدی، حمیدی، امیران، فرخ، کاخانی، تقی پور،

پژوهش صورت پذیرفته و در پایان الگوی پیشنهادی پس از تحلیلهای آماری مختلف در معرض قضاوت گروه دلفی تکنیک قرار گرفت و منجر به طراحی الگوی نهائی گردید.

نتایج

با توجه به تأثیرپذیری نظام تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعدد و نیز تأثیر کیفیت خدمات بر سیستم‌های اجتماعی و اقتصادی، برخی شاخص‌ها ی مربوط به کشورهای مورد مقایسه در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

ساختار تشکیلاتی، وظایف و برنامه های کمیته تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی و شاخص های مربوط بعنوان اهداف ویژه انتخاب گردیده اند. در ادامه به مدد یافته ها ، الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در ایران طراحی گردید.

لازم به ذکر است جمع آوری اطلاعات مربوط به کشورهای منتخب با استفاده از بانکهای اطلاعات موجود از جمله شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه ای شامل مقالات داخلی و خارجی کیفیت، اسناد، مدارک، قوانین و مقررات و همچنین اطلاعات رسمی منتشر شده از سوی کشورهای مورد بررسی با استفاده از روش

عظیمان، خالصی، صادقی، امینی، عزیزیان، عامریان، توفیقی، دلگشائی، علیلو، سعادت کیش، درگاهی و همکارانشان با پرداخت نظری به موضوع پژوهش سهم بسزائی در دانش افزایشی آن داشته ولی از ارائه نتایج کمی قابل تحلیل همچون معرفی شاخص های عملیاتی صرف نظر نموده اند. (۱۴)

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی گذشته نظر^۲ است که بخشی از آن به ارائه الگو براساس تکنیک دلفی^۳ ۳ مرحله ای می پردازد. در این پژوهش با توجه به دسترس بودن اطلاعات و امکان مقایسه و تعیین موارد اختلاف و شباهت شاخص های انتخابی، معیارهایی از جمله تقسیم بندی کشور بر مبنای درجه توسعه یافتگی، تقسیم بندی بر مبنای مزایای بهداشتی و تقسیم بندی بر مبنای نظام های بهداشتی و درمانی به عنوان معیارهای انتخاب کشورهای مورد مطالعه در نظر گرفته شد و بر آن اساس کشور های نیجر، زامبیا، هند، آفریقای جنوبی، اتریش، آلمان، ژاپن و ایران با محوریت ساختار سازمانی، الزامات و نیازمندیهای تضمین کیفیت، مکانیزم های اجرا و پایش برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی،

جدول شماره ۱. مقایسه شاخص‌های انتخابی در کشورهای مورد مطالعه - ۲۰۰۴

کشور	آلمان	اتریش	آفریقای جنوبی	هند	زامبیا	نیجر	ایران
شاخص							
امید به زندگی در بدو تولد	۷۸/۲	۷۸/۵	۵۲/۱	۶۳/۷	۳۲/۷	۴۶	۷۱/۷
سرانه تولید ناخالص داخلی (دلار)	۲۷۱۰۰	۲۹۲۲۰	۱۰۰۷۵	۲۶۷۰	۸۴۰	۸۰۰	۶۶۹۰
شاخص امید به زندگی	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۴۰	۰/۶۴	۰/۱۳	۰/۳۵	۰/۷۵
شاخص آموزش	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۸۳	۰/۵۹	۰/۶۸	۰/۱۸	۰/۷۴
شاخص تولید ناخالص داخلی	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۵۵	۰/۳۶	۰/۳۵	۰/۷۰
شاخص توسعه انسانی	۰/۹۲۵	۰/۹۳۴	۰/۶۶۶	۰/۵۹۵	۰/۳۸۹	۰/۲۹۲	۰/۷۳۲
رتبه شاخص توسعه انسانی (HDI)	۱۷	۴	۱۱۹	۱۲۷	۱۶۴	۱۷۶	۱۰۱

مطالعات تطبیقی با محدوده ذکر شده در

1. Descriptive Study
2. Retrospective
3. Delphi-Technique



روند تکاملی برنامه‌های تضمین

کیفیت در کشورهای مورد مطالعه

بررسی روند تکاملی برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌های تضمین کیفیت در بخش بهداشت و درمان و بخصوص در زمینه تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای آلمان و اتریش سابقه دیرینه دارند. اولین برنامه‌ها و اقدامات تضمین کیفیت در آلمان از سال ۱۹۷۹ آغاز گردید و با مصوبات قانونی متعدد مورد حمایت و توجه جدی قرار گرفته است. مصوبه سال ۱۹۸۹ نقطه عطف این اقدامات می‌باشد و الزام بیمارستان‌ها به داشتن نظام مدیریت کیفیت در سال ۲۰۰۱ نیز در این راستا می‌باشد. (۱۵)

سابقه برنامه‌های تضمین کیفیت در اتریش نیز طولانی می‌باشد و از سال ۱۹۵۶ با تصویب قانون بیمه‌های اجتماعی اتریش و تأکید آن بر ارائه خدمات کیفی آغاز گردید. مصوبات قانونی و از جمله قانون بیمارستان‌های فدرال نیز بر نظام تضمین کیفیت خدمات تأکید فراوانی داشته و از سوی اصلاحات بخش بهداشت و درمان (۱۹۹۷) نیز بر تضمین کیفیت خدمات تأکید فراوان دارند. (۱۶)

در کشورهایی همچون آفریقای جنوبی، نیجر و زامبیا مؤسسات و سازمان‌های بین‌المللی نظیر تضمین کیفیت تأثیر فراوانی

بر نظام‌های کیفیت خدمات داشته‌اند. در آفریقای جنوبی تأکید بر نظام اعتبار بخشی بوده و از سال ۱۹۹۴ شروع گردیده است. این فعالیت در زامبیا از سال ۱۹۹۱ و در قالب اصلاحات وزارت بهداشت آغاز گردید. در نیجر اقدامات تضمین کیفیت از سال ۱۹۹۳ آغاز شد. (۱۷) (۱۸) (۱۹)

در هند فعالیت‌های مستند و یکپارچه‌ای در زمینه تضمین کیفیت خدمات صورت نگرفته است لیکن دستورالعمل جامعی ویژه بیمارستان‌های صدمات‌خوبی در سال ۲۰۰۳ تنظیم گردیده است. در ایران نیز برنامه ارزیابی بیمارستان‌ها از سال ۱۳۴۵ آغاز گردیده است لیکن عوامل کیفی بسیار کمی در پرسشنامه ارزیابی وجود دارد و اخیراً با گنجاندن برخی شاخص‌های کیفی سعی در بر طرف کردن این نقیصه دارند. طی چندین سال اخیر برخی از بیمارستان‌ها در زمینه اخذ گواهینامه ایزو ۹۰۰۰ نیز اقدام کرده‌اند.

ساختار سازمانی برنامه‌های

تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی

در کشورهای مورد مطالعه

در جدول شماره ۲، ساختار سازمانی برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه مقایسه شده است. صرف نظر از نام‌های مختلف، در تمام کشورهای مورد مطالعه ساختاری با رویه عمدتاً "غیر متمرکز و ترکیب‌های نسبتاً مشابه عهده دار استقرار

نظام تضمین کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی است. در آلمان و اتریش با نام‌های کمیسیون یا انجمن تضمین کیفیت، در آفریقای جنوبی تحت عنوان کنسول اعتبار بخشی، در زامبیا با نام شورای مرکزی سلامت، در هند و نیجر با عنوان پروژه تضمین کیفیت و در ایران در طرح ارتقاء کیفی نظام ارزشیابی به فعالیت در این خصوص می‌پردازند. در تمامی کشورهای مورد مطالعه به جز هند و ایران رویه غیر متمرکز جاری است و متناسب با آن مکانیزم‌های سیاست‌گذاری نیز اعمال می‌شود و وسعت و پیچیدگی کار مجاری اشاره شده متناسب با قدمت و توجه کشورها متفاوت بوده و استراتژی‌های عمده همسو با اصلاحات فراگیر در حوزه بهداشت و درمان، تصویب قوانین، الزام بیمارستانها به همسوئی با نظامنامه تضمین کیفیت و ایجاد کمیته‌های تضمین کیفیت و انجام ارزشیابی‌های کیفی مدون منظم و غیر منظم می‌باشد.

با توجه به آنچه که اشاره شد در ایران متناسب با شرایط و ویژگی‌های خاص موجود ساختاری مستقل و متشکل از کلیه حامیان و مخاطبین برنامه‌های تضمین کیفیت با رویه ای غیر متمرکز و همسو با استراتژی‌های اشاره شده می‌بایست عهده دار تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی باشد.

جدول شماره ۲: ساختار سازمانی برنامه های تضمین کیفیت در کشورهای مورد بررسی

عناصر مورد بررسی	آلمان	اتریش	آفریقای جنوبی	هند	زامبیا	نیجر	ایران	
نمودار سازمانی	کمیسیون تضمین کیفیت مشکل از نماینده یا نمایندگان وزارت بهداشت، انجمن‌ها و کانون‌های پزشکان فدرال و بیمارستان‌ها و مردم در قالب مدیریت مشارکتی فعالیت می‌نمایند.	انجمن تضمین کیفیت مشکل از نماینده یا نمایندگان وزارت بهداشت فدرال، انجمن‌های بیمارستان‌ها و کلیتیک‌ها، پزشکان، کارکنان و مردم در قالب مدیریت مشارکتی فعالیت می‌نمایند.	کنسول اعتباربخشی خدمات بهداشتی و درمانی به همراه نماینده با نمایندگان دپارتمان‌ها و مؤسسات بهداشتی و درمانی، کارکنان و بیماران و قالب مدیریت مشارکتی فعالیت می‌نمایند.	نظارت مستمر بر کیفیت خدمات پزشکی زیر نظر طرح بیمه ایالتی کارگران به صورت محلی، منطقه‌ای و دولتی در کمیته‌های سه نفره مشکل از نمایندگان کارگران، کارفرمایان و دولت به همراه شرکت پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، مدیران بیمارستانی و ... است.	شورای مرکز سلامت تحت نظر بهداشت و فعالیت در سه سطح مجلسی، ایالتی و دولتی است.	پروژه تضمین کیفیت در وزارت تشکیل و به تحلیل و اولویت‌بندی مسائل مناطق پرداخته و عملیات اجرایی آن را مدیریت می‌نماید.	اجرای طرح ارتقا کیفی نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها زیر نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مصرف ساختار سازمانی برنامه‌های تضمین کیفیت است.	
تمرکز یا عدم تمرکز	عدم تمرکز	عدم تمرکز	عدم تمرکز	تمرکز	عدم تمرکز	عدم تمرکز	تمرکز	
وسعت کار	تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی و سرپایی، رعایت استاندارد در ویزیت پزشکان، پاسخگویی به مراقبت‌ها و اقدامات درمانی، مقایسه فرآیندها و پیامدهای بیمارستانی و مسؤولیت صندوق‌های بیماری در زمینه تضمین کیفیت نشان‌دهنده وسعت کار است.	تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی با محوریت بیماران و کارکنان نشان‌دهنده وسعت کار است.	صدور گواهی‌نامه‌های فعالیت‌های حرفه‌ای برای کلیه مؤسسات بهداشتی و درمانی و فعالیت‌های آموزشی و نظارتی بر روند ارائه مراقبت‌ها و خدمات درمانی نشان‌دهنده وسعت کار است.	بازدیدهای ادواری از کلیه مؤسسات پزشکی، درمانگاه‌ها و داروخانه‌ها و ... نیازسنجی و ارائه راه حل‌های مقتضی برای رفع مشکلات نشان‌دهنده وسعت کار است.	تلاش در جهت هزینه اثربخش کردن فعالیت‌های کلیه اجزا نظام بهداشت و درمان نشان‌دهنده وسعت کار است.	تمرکز به اقدامات طب پیشگیری محور برنامه‌های تضمین کیفیت به شمار می‌رود.	ارتقا کیفی خدمات بر اساس ارزشیابی‌های سالانه با محوریت کاهش زمان انتظار و عفونت‌های بیمارستانی و افزایش میزان رضایتمندی بیماران مصرف وسعت کار است.	
پیچیدگی کار	تلاش‌های آموزشی و قانونی به موازات تغییرات مالی و ساختاری نشان‌دهنده پیچیدگی کار است.	تصویب قوانین مربوط به اداره بیمارستان‌ها و کلیتیک‌ها، منشور حقوق بیمار، طراحی مدل‌های ارزشیابی، نظام تضمین کیفیت نشان‌دهنده پیچیدگی کار است.	موفقیت ۱۹۳ بیمارستان طی چهار سال در کسب صلاحیت‌های مورد نظر کنترل، حمایت‌های مالی و اجرایی از سوی دانشگاه‌ها و صندوق‌های مالی و اعتباری نشان‌دهنده پیچیدگی کار است.	توجه به دو مقوله کیفیت مناسب و هزینه ایتیم در راستای الزام کلیه مؤسسات پزشکی به اجرای دستورالعمل تضمین کیفیت نشان‌دهنده پیچیدگی کار است.	کلیه خدمات تشخیصی و درمانی و حمایتی فنی در نظام تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مصرف پیچیدگی کار است.	توجه ویژه به افزایش پوشش واکسیناسیون، برنامه‌های تنظیم خانواده و اقدامات درمانی به موازات کاهش زمان انتظار بیماران، افزایش رضایتمندی بیماران و پرسنل مصرف پیچیدگی کار است.	کلیه فرآیندهای خدمات تشخیصی- درمانی، پشتیبانی و حمایتی نشان‌دهنده پیچیدگی کار است.	
مکانیزم سیاستگذاری	انجام مطالعات میدانی و طرح موضوعات مرتبط با کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و رأی‌گیری در قالب مدیریت مشارکتی مکانیزم سیاستگذاری کمیسیون تضمین کیفیت است.	تجزیه و تحلیل‌های اولیه، طرح موضوعات مرتبط با کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و در صورت تصویب در انجمن‌ها تضمین کیفیت طرح در هیأت دولت و مجلس مکانیزم سیاستگذاری انجمن تضمین کیفیت می‌باشد.	طرح موضوعات از سوی کنسول، تجزیه و تحلیل و تصویب اقدامات ضروری در قالب مدیریت مشارکتی سپس نظارت بر حسن اجرا مکانیزم سیاستگذاری کنسول محسوب می‌شود.	طرح موضوعات از سوی نظام تضمین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به موازات الزام دولت مرکزی به اجرای دستورالعمل‌های صادره مکانیزم سیاستگذاری برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات مذکور است.	شورای مرکزی در کلیه سطوح ملی، ایالتی و ملی در تعامل کلیه بخش‌های جامعه و در قالب مدیریت مشارکتی به بررسی موضوعات می‌پردازد.	اتخاذ سیاست‌های بهداشتی و درمانی در قالب تعامل همه مسؤولین محلی، ایالتی ملی مکانیزم سیاستگذاری برنامه‌های تضمین کیفیت است.	اتخاذ رویه‌ها و سیاست‌های مناسب از سوی وزارت بهداشت با جرح و تعدیل نظام ارزشیابی کیفی مکانیزم سیاستگذاری برنامه‌های تضمین کیفیت است.	
استراتژی‌های عمده	اصلاحات بهداشتی و درمانی گسترده به موازات نهادینه کردن قانون الزام بیمارستان‌ها در دارا بودن نظام مدیریت کیفیت و ایجاد کمیته‌های تضمین کیفیت از مهم‌ترین استراتژی‌های خدمات بیمارستانی است.	اصلاحات بهداشتی و درمانی به موازات تدوین نظامنامه کیفیت داخلی و ایجاد کمیته‌های تضمین کیفیت از مهم‌ترین استراتژی‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی است.	اعطا پروانه‌های اعتباربخشی متعاقب اصلاحات فراگیر به موازات الزام مؤسسات پزشکی به اجرای دستورالعمل‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی از مهم‌ترین استراتژی‌های برنامه‌های تضمین کیفیت است.	اصلاحات فراگیر به موازات الزام مؤسسات پزشکی به اجرای دستورالعمل‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی از مهم‌ترین استراتژی‌های برنامه‌های تضمین کیفیت است.	استقرار کمیته‌های تضمین کیفیت در بیمارستان‌ها و اجرای کلیه استانداردها و الزامات طراحی شده از سوی نظام تضمین کیفیت از مهم‌ترین استراتژی‌های تضمین کیفیت به شمار می‌رود.	اجرای پروژه‌های تضمین کیفیت متناسب با مشکلات هر منطقه از مهم‌ترین استراتژی‌ها به شمار می‌رود.	ارزشیابی‌های دوره‌ای کیفی از مهم‌ترین استراتژی‌های برنامه‌های تضمین کیفیت است.	



مکانیزم های اجرایی برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه

در جدول شماره ۳، مکانیزم های اجرایی برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه مقایسه گردیده است: همانگونه که اشاره شد مکانیزم های

اجرائی برنامه های تضمین کیفیت در کشورهای مورد مطالعه با تغییرات بسیار کمی شامل سیاستگذاری، برنامه ریزی، سازماندهی و اجرای پروژه های تضمین کیفیت همسو با اصلاحات ساختاری مورد نیاز، تدوین استانداردهای عملیاتی، برگزاری دوره های آموزشی، کنفرانس ها و سمینار ها تأمین منابع مالی ضروری، و

ارزشیابی های دوره ای و ایجاد کمیته های تضمین کیفیت در بیمارستانها است. با توجه به آنچه اشاره شد در ایران با مکانیزمهای اجرایی مناسب تدوین و اجرا شود.

جدول شماره ۳: مکانیزم های اجرایی برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد بررسی	
کشور	مکانیزم اجرایی
آلمان	سیاستگذاری، تنظیم اهداف، سازماندهی، برنامه ریزی، اجرا و کنترل فرآیند ارایه مراقبت ها و خدمات با کیفیت، بازنگری نظام ارایه خدمات، انجام اقدامات تصحیحی و ارتقاء مداوم، تغییرات مالی و ساختاری به موازات تأمین منابع مالی ضروری، الزام بیمارستان ها به وجود نظام مدیریت کیفیت، تشکیل کنفرانس ارزیابی کیفیت، کارگاه آموزشی تضمین کیفیت و پانل تخصصی بهداشت و درمان، آموزش دوره های ضروری در سطوح مختلف
اتریش	اتخاذ رویه های جدید، سازماندهی مجدد و برنامه ریزی کنترل فرآیندها به منظور ارتقا کیفیت خدمات تأمین منابع مالی ضروری، اصلاحات ساختاری به سرپرستی کمیسیون ساختار دولت، انجام پروژه های تضمین کیفیت، هماهنگی و حمایت از آنان در کلیه سطوح، الزام بیمارستان ها به احراز نظام کیفیت داخلی، ایجاد کمیته های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی، آموزش دوره های ضروری در کلیه سطوح
آفریقای جنوبی	سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرای پروژه های تضمین کیفیت، تأسیس مؤسسات اعتباربخشی بهداشتی و درمانی، اصلاحات ساختاری و تأمین منابع مالی، تدوین استانداردهای ضروری، آموزش دوره های ضروری در سطوح مختلف
هند	سیاستگذاری، سازماندهی و برنامه ریزی در خصوص ارتقا کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با اصل تقدم پیشگیری بر درمان، تدوین استانداردهای ضروری، بازرسی های مدون، آموزش به کلیه مخاطبین و حامیان برنامه های تضمین کیفیت
زامبیا	اتخاذ رویه های جدید، سازماندهی مجدد، برنامه ریزی و اجرای پروژه های تضمین کیفیت، تدوین استانداردها، ایجاد کمیته های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی، تسهیل سازی روابط سازمانی در کلیه سطوح محلی، ایالتی و ملی
نیجر	تحلیل وضع موجود به منظور شناخت بهتر مسائل و مشکلات و الویت بندی آنان، آموزش مهارت ها به کارکنان، آموزش به کلیه مخاطبین و حامیان پروژه های تضمین کیفیت، تدوین استانداردهای ضروری، سازماندهی تیم های تضمین کیفیت
ایران	اتخاذ رویه جدید مبنی بر استقرار مدیریت کیفیت در بخش بهداشت و درمان، تدوین استانداردها، سازماندهی، برنامه ریزی و اجرای سیستم مراقبت های مدیریت شده به منظور ارتقا کیفی خدمات

وظایف و برنامه های کمیته تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه

در جدول شماره ۴، وظایف و برنامه های کمیته تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه مقایسه گردیده است: همانگونه که اشاره شد وظایف و

برنامه های کمیته های تضمین کیفیت در کشورهای مورد مطالعه شامل شناسایی و تحلیل مشکلات و اولویت بندی گزینه های مختلف تدوین شاخص های کیفی، برقراری نظامهای اطلاعاتی، آموزش دوره های ضروری، تدوین دستورالعمل ها و اجرای مناسب برنامه های کیفیتی، ایجاد هماهنگی های لازم و ضروری،

سنجش کیفیتی خدمات و تأمین منابع مالی و ضروری است. در ایران با توجه به شرایط و ویژگی های حاکم بر آن می بایست بررسی های لازم انجام شده و برنامه ها و وظایف کمیته طی دستورالعمل هایی به مدیران بیمارستانها اجرا و ابلاغ شود.

جدول شماره ۴، وظایف و برنامه های کمیته تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد بررسی	
کشور	وظایف و برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی
آلمان	سنجش برخی از شاخص های کیفی همچون مرگ ومیر و ناخوشی، برگزاری پانل های تخصصی در زمینه بهداشت و درمان و انتشار آخرین یافته ها در این خصوص، تدوین استانداردها و دستورالعمل های مقوله کیفیت بهداشت درمان
اتریش	بررسی کیفیت خدمات به بیماران، تعیین شاخص های کیفی بیمار محور و فراهم نمودن امکانات لازم برای سنجش آنان، هماهنگی در فعالیت های مربوط به شاخص های کیفی
آفریقای جنوبی	طرح موضوعات مربوط به کیفیت و تحلیل آنان، تدوین شاخص های براساس استانداردهای ملی و به صورت ادواری سنجش شاخص های مورد اشاره، هماهنگی با کلیه سطوح محلی، ایالتی و فدرال و انجام فعالیت های بین بخشی
هند	نظارت مستمر بر کیفیت خدمات پزشکی، جمع آوری و تحلیل مناسب داده ها، پیگیری امور بیماران
زامبیا	آموزش مفاهیم تضمین کیفیت به مدیران ارشد ایالتی، هدایت و راهبری کمیته ها، آشنا نمودن واحدهای محلی با مفاهیم و دیدگاه های تضمین کیفیت، نظارت بر تدوین استانداردها و توسعه برنامه های اعتباربخشی، ارائه مفاهیم و دیدگاه های تضمین کیفیت و تمرکز خدمات بر مشتری
نیجر	برگزاری سمینارهای آموزشی، تدوین دستورالعمل ها، توسعه استانداردهای عملکردی، برقراری نظام اطلاعاتی، سنجش کیفیت
ایران	سعی و تلاش در جهت استقرار نظام های کیفیت بدون اخذ گواهی نامه ایزو ۹۰۰۰، برگزاری دوره های آموزشی، تدوین دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده، ارزیابی کیفی خدمات

بحث

در این قسمت تمام تلاش نویسنده بر آن است تا با مقایسه شاخص های مشترک در بین کشورهای مورد بررسی و مقایسه با ایران، الگوی تضمین کیفیت را با محوریت قانون و مقررات، ساختار سازمانی، تمرکز و عدم تمرکز، الزامات و نیازمندیهای سیستم، مکانیزم های اجرایی و پایش برنامه ها و ساختار تشکیلاتی بررسی کند. در پایان به منظور سنجش اقدامات دولت ها در جهت ارائه خدمات سلامتی به افراد شاخصهای سلامتی رایج مورد بررسی و مقایسه قرار می گیرد.

با توجه به تحلیل نتایج حاصل از مطالعات تطبیقی، قضاوت گروه و نهایتاً

جرح و تعدیل های بعمل آمده الگوی پیشنهادی نهائی شده نظام تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی با توجه به ویژگی های حاکم بر نظام سلامت ایران به شرح زیر می باشد.

ساختار سازمانی برنامه های تضمین کیفیت به عواملی از جمله نمودار سازمانی، تمرکز یا عدم تمرکز در ساختار، وسعت کار، پیچیدگی کار، مکانیزم های سیاستگذاری و در نهایت وجود استراتژی های مشخص جهت بکارگیری و اجرای سیستم تضمین کیفیت بستگی دارد.

با در نظر گرفتن عوامل موثر در سیستم تضمین کیفیت و اصلاح زیرساخت های قانونی و اجرایی و در نظر گرفتن شاخص های مربوط به سیستم تضمین کیفیت در حیطه های فیزیکی و عملیاتی باید به نحوی عمل شود که:

فضا و حیطه بیمارستان (بستری و سرپایی) را در برگیرد، با محوریت بیمار و کارکنان فعالیت کند، تمامی موسسات بهداشتی و درمانی را در برگیرد، بر بازدیدهای دوره ای از کلیه موسسات پزشکی، درمانگاهها، داروخانه ها و سایر موسسات تمرکز داشته باشد و در نهایت با محوریت حیطه درمان تمامی بخشهای مرتبط با درمان را مورد توجه قرار دهد.

برای این فعالیتها ساختار سازمانی نظام تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی

در سطح کلان به شرح زیر پیشنهاد می شود:

ساختاری متشکل از نمایندگان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نماینده مدیران بیمارستان ها، نماینده سازمان نظام پزشکی، نماینده انجمن های علمی مربوطه، (نماینده مسئولان شهریا مجلس شورای اسلامی به عنوان نماینده مصرف کننده تشکیل می شود). این ساختار به یکی از دو صورت ساختار منطقه ای و کاملاً غیر متمرکز، سیاستگذاری متمرکز و اجرا غیر متمرکز پیشنهاد شده است که پیشنهاد پژوهشگر بر ساختار سیاستگذاری به صورت ملی و متمرکز و اجرا به صورت غیر متمرکز است.

صاحب نظران موارد زیر به عنوان مکانیزم های اجرایی ذکر کرده اند:

* سیاستگذاری، برنامه ریزی، سازماندهی و اجرای پروژه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی.

* اصلاحات ساختاری مورد نیاز.

* تدوین استاندارد های عملیاتی.

* برگزاری دوره های آموزشی و برگزاری سمینارها و کنفرانس های تخصصی.

* تأمین منابع مالی ضروری.

* بازنگری نظام ارائه خدمات و انجام اقدامات تصحیحی ارتقاء مداوم در قالب

ارزشیابی های مدون منظم و غیر منظم.

* ایجاد کمیته های تضمین کیفیت در بیمارستانها و نظارت بر حسن اجرای آنها.

در چنین ساختاری مکانیزم های پایش به شرح زیر پیشنهاد شده است:

* کنترل نظامنامه کیفیت داخلی و اعتبار نامه ها و پروانه های فعالیت های بیمارستانها.

* بازنگری کلیه فرآیندها، انجام اقدامات تصحیحی و سطح کیفی خدمات

* انجام بازرسی های مدون منظم و غیر منظم.

با عنایت به دیدگاههای صاحب نظران

این کمیته بعنوان یک نهاد مشورتی زیر نظر مدیر بیمارستان تشکیل و اعضاء آن شامل رئیس هیات پزشکی، مدیر پرستاری، نماینده سرپرستاران بالینی، پاتولوژیست، یک نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه و روابط عمومی به عنوان نماینده مصرف کنندگان خدمات است.

همانگونه که مشاهده میشود بر خلاف صاحب نظران و اندیشمندان

خارجی و داخلی که بیشتر صرفاً با پرداخت موضوعات نظری از پرداختن به

مباحث عملیاتی غفلت نموده بودند در این پژوهش با ارائه موضوعات عملکردی

سعی شده با ارائه نوعی دستورالعمل، پیاده سازی سیستم تضمین کیفیت خدمات

بیمارستانی را در بیمارستانهای ایران و متناسب با شرایط موجود محقق نماید.

مراجع

۱. خالصی، نادر. مطالعه تطبیقی نقش مدیریت در کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی سه دانشگاه علوم پزشکی مستقر در تهران و ارائه الگوی مناسب، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۷۸: ۶-۱۳۵.
۲. شاه کرمی، اکبر و شاه محمدی، فرامرز. در ترجمه: آشنایی با استانداردهای سری ISO 9000. چاپ اول. تهران: نشر سازمان مدیریت صنعتی، بهار ۱۳۷۴: ۹-۲۲۶.
۳. شریف‌زاده، فتاح. مدیریت کیفیت فراگیر - اصول و مفاهیم، چشم‌اندازها و کاربرد، چاپ اول، تهران: انتشارات ترمه، ۱۳۷۹: ۹۲-۷۸.
4. Donabedian, A. *Quality Assurance in Health Care, consumers Role Quality in health care, 1992. vol I :156-165.*
5. Berwick, Donald. *Improving Health care Quality, Boston: Institute for Health care Improvement, 1991:221-229.*
6. Bernot R. Birkner. *National quality of care activities in Germany, International Journal for Quality in health care. 1998. vol 10. No 5. pp:451-454.*
7. Anne L. Rooney. R. N., Paul R. Van Ostenborg. *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality, April 1999: 127-136.*
۸. طیبی، سیدجمال‌الدین و همکاران. مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان، چاپ اول. تهران: نشر الکترونیکی و اطلاع‌رسانی جهان رایانه، ۱۳۸۰: ۵۷-۵۵.
۹. امیرزاده، حسین. در ترجمه: QS-9000، دست‌نامه سیستم‌های کیفیت. هوپل، دیویاد. چاپ دوم. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، ۱۳۷۹: ۸۱-۸۹.
۱۰. حسین‌زاده، مهدی. در ترجمه: مدیریت کیفیت جامع TQM نگرشی منسجم. کی‌هو، ساموئل چاپ اول. تهران: نشر دانشکار، ۱۳۷۹: ۲۸-۲۲.
۱۱. حمیدی، یادالله. مطالعه مدیریت کیفیت فراگیر TQM در نظام بهداشت و درمان و ارائه الگوی مناسب برای ایران، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۰: ۷۵-۶۹.
۱۲. لامعی، ابوالفتح. مدیریت جامع کیفیت اصول، کاربرد و درس‌هایی از تجربه، چاپ اول. تهران: انتشارات طب نوین، ۱۳۸۲: ۹۹-۹۱.
۱۳. کاخانی، محمد جمیل. کاربرد TQM مدیریت کیفیت فراگیر در مجتمع آموزشی پژوهشی، درمانی حضرت رسول اکرم (ص) و ارائه الگوی مناسب، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۰: ۷۵-۶۸.
۱۴. لقمانیان، محمدخسرو. طراحی الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی برای ایران - ۱۳۸۴، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵: ۹-۱۸۳.
15. Institute for Medizinische Information Severarbeitung, *Medical quality measurements in Germany, Band 38, Baden: Nomos-verlag, 1994: 132-5.*
16. ISQUA and WHO. *Quality and accreditation in health care services a Global Review, policy Department of health service provision, Geneva, 2003: 159-172.*
17. J. Warren Salmon, John Heavens et all. *The impact of accreditation on the quality of Hospital care :Kwazulu-Natal province, Republic of south Africa, 2003: 111-113.*
18. Maboshe . M, J. Tembo, A. Rooney. *Development of hospital accreditation program, the Zambian experience, 1999: 237-245.*
19. McIntyre D, Baba L, Mekan B. *Equity in public Health Care Financing and Expenditure in Nigeria , 1998:196-199.*

