مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۶، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۶: ۳۰۸-۲۹۹

● مقاله تحقیقی

# طراحی الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی برای ایران – ۱۳۸۴

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 ودرمانی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی ایران
۲. استاد دانشگاه مدیریت واطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی ایران
۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم وتحقیقات تهران
٤. دانشیاراستاد دانشکده مدیریت واطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی ایران

* ***نشانی نویسنده مسئول:*** دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران
آدرس : خیابان ولیعصر ، بعداز تقاطع ظفر ، نبش کوچه شهید بهرامی
تلفن : ۹- ۸۸۷۸۸۸۲۷

## 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 اجرائی 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 نظرگرفته 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 صاحبنظران گذاشته شد و پس از لحاظ کردن دیدگاههای آنان ارایه گردید.

***یافته‌ها:*** در تمامی کشورهای مورد مطالعه بجز ایران سالهای مدیدی 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 اجرائی 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.

***نتیجه‌گیری:*** 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 دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۱/۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۳/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۱

Archive of SID
www.SID.ir

## مقدمه

پژوهش ها و مطالعات زیادی در مورد الگوهای برقراری کیفیت در بیماستانها انجام شده است. به طوری که مطالعات نشان می دهد تاریخچه ارزیابی کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی به کارهای فلورانس نایتینگل[1] 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 استاندارد، 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 مختلفی بیان کرده اند که بعضی از مهمترین این دیدگاهها به شرح زیر است :

دونابدیان[2] تضمین کیفیت را تمام قواعد و فعالیت‌ها برای حفظ ، تداوم و ارتقاء کیفیت مراقبت می داند.( ۴)دونالد برویک[3] تضمین کیفیت را یک تغییر سیستماتیک مدیریتی طراحی شده برای پاسخگویی به نیازها بیان می کند و استاندارد ۱۹۹۴ ISO8042 معتقد است تضمین کیفیت عبارت است از تمامی فعالیت های 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[4] نیازمندی‌های کیفیت را برآورد خواهد کرد، لازم هستند. (۵) برنت[5] می گوید: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 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 همهٔ این عناصر را با هم تلفیق کند. مسئولیت هدایت فعالیت‌ها و کیفیت کالاهای تولیدی یا خدمات، در نهایت بر عهده مدیر اجرائی ارشد می‌باشد. بدین‌ترتیب 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 مرحله ای مرکب از برنامه ریزی، تعیین استانداردها و ارائه رهنمودها، ترویج استانداردها ، پایش 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 می توان اظهار داشت : تضمین کیفیت به گونه ای از استراتژی ها اطلاق می شود که منجر به تولید کالایی منطبق با استانداردهای موجود شود و از طرفی توقع مصرف کنندگان خدمت را نیز برآورده سازد. باور دولت ها مبنی بر استفاده از تکنولوژی تضمین کیفیت در ایجاد فرصت های بیشتر جهت ارتقای سلامت و افزایش

1. Florence Nightingel

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



Archive of SID
www.SID.ir

رضـایتمندی مـشتریان ، موجبـات تولیـد تکنولوژی تضمین کیفیت در بخش بهداشـت و درمـان شـده اسـت. (۸) اهمیـت کیفیـت خدمات سلامتی، طراحی و اجرای تکنولـوژی تضمین کیفیت را بـه عنـوان بخـش جـدایی ناپذیر بخش سلامت در هر کشور با در نظـر گرفتن ارزش های مورد توجه ارایه دهندگان و مصرف کننـدگان خـدمت، مطـرح سـاخته است. (۹)

توجـه بـه کیفیـت خـدمات در بخـش سلامت و بـویژه بیمارسـتان هـا در ایـران از موضوعات مورد توجه بـوده و مـی باشـد بـه طوری که کنترل بر کلیـه واحـدهایی کـه در زمینه بهداشت و درمان در کشور فعالیت مـی کنند طبق قانون از وظـایف مهـم و اساسـی وزارت بهداشت ، درمـان و آمـوزش پزشـکی محسوب مـی شـود و طـی سـالهای ۱۳۶۳- ۱۳۴۶ تهیـه و تنظـیم ضـوابط و معیارهـا و کنترل واحدهای درمـانی بـه هنگـام شـروع برنامه سوم عمرانی در قالب مجموعه ای بـر اساس چک لیست ها شکل گرفت . این روند تـا سـال ۱۳۶۵ کـه دسـتورالعمل چگـونگی کنتـرل موسـسات و مراکـز درمـانی تـدوین گردیـد، ادامـه یافـت و در سـال ۱۳۷۶ دسـتورالعمل اسـتاندارد و ضـوابط ارزشـیابی بیمارستان های عمومی کشور تنظیم گردیـد. در سـال هـای اخیـر نیـز وزارت بهداشـت ، درمان و آموزش پزشکی متعهد گردیده است تا سال ۱۳۸۶ شاخصهای کیفیت را در جهت کنترل کیفیـت خـدمات بیمارسـتانی تـدوین نماید.(۱۰)

پیگیـری رونـدهای موجـود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشـکی حـاکی از آن است که همواره این وزارتخانه از مـشکل سیستمی در جهت کنترل کیفیت خدمات رنج می برده اسـت.عـدم وجـود سیـستم کنتـرل کیفیت درخور قبول صـاحبنظران بـه طـوری که ضمن توجه به ساختار، فرآیندها و پیامدها از تکنولوژی های جدید نیز بی بهره نباشـد و همواره پویایی خود را حفظ کند، سـالیان دراز است که گریبانگیر بخـش سـلامت و بـویژه بیمارستان ها بوده است .حرکت های شـتاب زده ، با پشتوانه علمی غیر قابل قبول و بدون توجه به تجربیات موجـود در دنیـا بزرگتـرین چالـشی اسـت کـه بخـش سـلامت و بیمارسـتانهای کـشور همـواره بـا آن روبـرو هستند . در این میان نداشتن سیستم کنتـرل کیفیت در خور توجه که پاسخگوی نیازهـای سیـستم، ارایـه دهنـدگان خـدمت و مـصرف کنندگان باشد موجب شده اسـت کـه هـر از چند گاهی بدون توجـه بـه زیرسـاخت هـای موجود ، مبحث کیفیت خدمات پـر رنـگ تـر شود. (۱۱) در واقع آنچه که موجب می شـود تا موضوع تضمین کیفیت همچنان به عنـوان یک سر فصل مهم در فعالیت های مربوط به سیستم کنترل خدمات در بخـش بهداشـت و درمان و بیمارستان هـا مطـرح باشـد را مـی توان به شرح زیر دسـته بنـدی نمـود: ۱- در حال حاضر سیستم کنترل کیفیت مناسب که پاسخگوی نیازهای مصرف کنندگان خدمات، سیاستگذاران و ارایه کننـدگان خـدمت باشـد وجـود نـدارد. ۲- سیـستم کنتـرل کیفیـت خدمات موجود در بخـش سـلامت کـشور از جامعیت لازم برخوردار نیست و بـدون توجـه به دیدگاههای تئوریک موجـود، دیـدگاههای صاحبنظران داخلی و الگوی مورد اسـتفاده در کشورهای دیگر اجرا مـی شـود. ۳- تـداخل حوزه های مختلف کنتـرل کیفیـت در وزارت بهداشت، درمان و آمـوزش پزشـکی موجـب شده است کـه مقولـه هـای ارزیـابی، اعتبـار بخشی، کنترل مداوم کیفیت، تضمین کیفیت و... گاهـاً بـه اشـتباه مـورد اسـتفاده و بهـره برداری قرار گیرد، در حـالی کـه هـر یـک از موضـوعات ذکـر شـده اهـداف خاصـی را در سیستم دنبال می کند. (۱۲)

با عنایت به موارد ذکر شده لزوم شـفاف سـازی الگـوی مناسـب تـضمین کیفیـت در بیمارستان های کشور ضروری است. (۱۳)

صرف نظر از مطالب اشاره شـده کـه بـه نوعی اهمیت پژوهش حاضر را نقد مـی کنـد ذکر این نکتـه ضـروری اسـت کـه در کلیـه مطالعاتی کـه در کـشورهای خـارجی توسـط صاحب نظرانـی همچـون پیتـرز ، وینبـرگ ، میلر ، فرانکوئیس ، اولـسن ، گیلتـو ، چانـگ لی ، آیکن ، حمید و همکارانشان انجام شـده همسو با اندیشمندان ایرانی همچون محمدی ، حمیدی، امیران ، فرخ ، کاخانی ، تقی پـور ،

Archive of SID

www.SID.ir

عظیمان ، خالصی، صادقی ، امینی ، عزیزیان ، عامریـان ، تـوفیقی ، دلگـشائی ، علیلـو ، سعادت کـیش ، درگـاهی و همکارانـشان بـا پرداخت نظری بـه موضـوع پـژوهش سـهم بسزائی در دانـش افزایـی آن داشـته ولـی از ارائه نتایج کمی قابل تحلیل همچون معرفـی شاخص های عملیاتی صرف نظر نموده انـد. (۱۴)

## روش کار

پژوهش حاضـر یـک مطالعـه توصـیفی[1] گذشته نظر[2] است که بخشی از آن بـه ارائـه الگو براساس تکنیـک دلفـی[3] ۳ مرحلـه ای می پـردازد . در ایـن پـژوهش بـا توجـه بـه دسترس بودن اطلاعات و امکـان مقایـسه و تعیین موارد اختلاف و شباهت شاخص هـای انتخابی ، معیارهایی از جمله تقسیم بندی کشور بر مبنـای درجـه توسـعه یـافتگی ، تقسیم بندی بر مبنای مزایای بهداشـتی و تقسیم بندی بر مبنای نظام های بهداشتی و درمـانی بـه عنـوان معیارهـای انتخـاب کشورهای مورد مطالعه در نظر گرفته شـد و بر آن اساس کشور های نیجر ، زامبیا، هند ، آفریقای جنوبی ، اتـریش ، آلمـان ، ژاپن و ایران با محوریت ساختار سازمانی، الزامات و نیازمندیهای تـضمیین کیفیـت، مکانیزم های اجرا و پـایش برنامـه هـای تـضمیین کیفیـت خـدمات بیمارسـتانی، ساختار تـشکیلاتی ، وظـایف و برنامـه هـای کمیته تضمیین کیفیت خدمات بیمارسـتانی و شاخص هـای مربـوط بعنـوان اهـداف ویـژه انتخاب گردیده اند. در ادامه به مدد یافته ها ، الگوی تضمین کیفیت خـدمات بیمارسـتانی در ایران طراحی گردید.

لازم به ذکر است جمـع آوری اطلاعـات مربوط به کـشورهای منتخـب بـا اسـتفاده از بانکهـای اطلاعـات موجـود از جملـه شـبکه جهانی اینترنت ، مدلاین و منابع کتابخانه ای شـامل مقـالات داخلـی و خـارجی کیفیـت ، اسناد، مدارک ، قوانین و مقررات و همچنـین اطلاعـات رسـمی منتـشر شـده از سـوی کشورهای مورد بررسی با استفاده از روش پژوهش صورت پذیرفتـه و در پایـان الگـوی پیشنهادی پس از تحلیلهای آمـاری مختلـف در معرض قضاوت گروه دلفی تکنیـک قـرار گرفـت و منجـر بـه طراحـی الگـوی نهـائی گردید.

## نتایج

با توجـه بـه تأثیرپـذیری نظـام تـضمین کیفیـت خـدمات بهداشـتی و درمـانی از متغیرهـای اقتـصادی، اجتمـاعی و فرهنگـی متعـدد و نیـز تـأثیر کیفیـت خـدمات بـر سیـستمهـای اجتمـاعی و اقتـصادی، برخـی شاخص‌هـا ی مربـوط بـه کـشورهای مـورد مقایسه در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول شماره ۱. مقایسه شاخص‌های انتخابی در کشورهای مورد مطالعه -۲۰۰٤

| کشور | آلمان | اتریش | آفریقای جنوبی | هند | زامبیا | نیجر | ایران |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شاخص | | | | | | | |
| امید به زندگی در بدو تولد | ۷۸/۲ | ۷۸/۵ | ۵۲/۱ | ٦۳/۷ | ۳۲/۷ | ٤٦ | ۷۱/۷ |
| سرانه تولید ناخالص داخلی (دلار) | ۲۷۱۰۰ | ۲۹۲۲۰ | ۱۰۰۷۵ | ۲٦۷۰ | ۸٤۰ | ۸۰۰ | ٦٦۹۰ |
| شاخص امید به زندگی | ۰/۸۹ | ۰/۸۹ | ۰/٤۰ | ۰/٦٤ | ۰/۱۳ | ۰/۳۵ | ۰/۷۵ |
| شاخص آموزش | ۰/۹۵ | ۰/۹٦ | ۰/۸۳ | ۰/۵۹ | ۰/٦۸ | ۰/۱۸ | ۰/۷٤ |
| شاخص تولید ناخالص داخلی | ۰/۹٤ | ۰/۹۵ | ۰/۷۷ | ۰/۵۵ | ۰/۳٦ | ۰/۳۵ | ۰/۷۰ |
| شاخص توسعه انسانی | ۰/۹۲۵ | ۰/۹۳٤ | ۰/٦٦٦ | ۰/۵۹۵ | ۰/۳۸۹ | ۰/۲۹۲ | ۰/۷۳۲ |
| رتبه شاخص توسعه انسانی (HDI) | ۱۷ | ٤ | ۱۱۹ | ۱۲۷ | ۱٦٤ | ۱۷٦ | ۱۰۱ |

مطالعات تطبیقی بـا محـدوده ذکـر شـده در

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



www.SID.ir

**روند تکاملی برنامه‌های تضمین کیفیت در کشورهای مورد مطالعه**

بررسی روند تکاملی برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات در کشورهای مورد مطالعه نشان می دهد 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)

سابقهٔ 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 آغازگردید. 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 صدتختخوابی 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 برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه**

در جدول شماره ۲، ساختار سازمانی برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه مقایسه شده است. صرف نظر از نام های مختلف ، در تمام کشورهای مورد مطالعه ساختاری با رویه عمدتا" غیر متمرکز و ترکیب های نسبتا" 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 می پردازند . در تمامی کشورهای مورد مطالعه به جز هند و ایران رویه غیر متمرکز جاری است و متناسب با آن مکانیزم های 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 کمیته های تضمین کیفیت و انجام ارزشیابی های کیفی مدون منظم و غیر منظم می باشد.

با توجه به آنچه که اشاره شد در ایران متناسب با شرایط و ویژگی های خاص موجود ساختاری مستقل و متشکل از کلیه حامیان و مخاطبین برنامه های تضمین کیفیت با رویه ای غیر متمرکز و همسو با استراتژی های اشاره شده می بایست عهده دار تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی باشد.

Archive of SID

www.SID.ir

**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 متشکل از نماینده یا نمایندگان وزارت بهداشت، انجمن‌ها و کانون‌های پزشکان فدرال و بیمارستان‌ها و مردم در قابل نظام مدیریت مشارکتی فعالیت می‌نمایند. | انجمن تضمین کیفیت متشکل از نماینده یا نمایندگان وزارت بهداشت فدرال، انجمن‌های بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، 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 متشکل 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 ارایه مراقبت‌ها و خدمات درمانی نشان‌دهنده وسعت کار است. | بازدیدهای ادواری از کلیه مؤسسات پزشکی، درمانگاه‌ها و داروخانه‌ها و ... نیازسنجی و ارایه 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 کلینیک‌ها، 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 اپتیم 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 و 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 و 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 تضمین‌کیفیت است. | اتخاذ رویه‌ها و سیاست‌های مناسب از سوی وزارت بهداشت با جرح و تعدیل نظام ارزشیابی کیفی مکانیزم سیاستگذاری برنامه‌های تضمین کیفیت است. |
| استراتژی های 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 تضمین کیفیت 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 طراحی‌شده 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. |



www.SID.ir

**مکانیزم های اجرائی برنامه های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد مطالعه**

در جدول شماره ۳ ، مکانیزم های اجرائی 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 توجه به شرایط و ویژگی های خاص آن مکانیزمهای اجرائی مناسب تدوین و اجرا شود.

**جدول شماره ۳: مکانیزم‌های اجرایی برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد بررسی**

| کشور | مکانیزم اجرایی |
|---|---|
| آلمان | سیاستگذاری، تنظیم اهداف، سازماندهی، برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل فرآیند ارایه مراقبت‌ها 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 بیمارستان‌ها به وجود نظام مدیریت کیفیت، تشکیل کنفرانس ارزیابی کیفیت، کارگاه آموزشی تضمین کیفیت و پانل تخصصی بهداشت و درمان، آموزش دوره‌های ضروری در سطوح مختلف |
| اتریش | اتخاذ رویه‌های جدید، سازماندهی مجدد و برنامه‌ریزی کنترل فرآیندها به منظور ارتقا کیفیت خدمات تأمین منابع مالی ضروری، اصلاحات ساختاری به سرپرستی کمیسیون ساختار دولت، انجام پروژه‌های تضمین کیفیت، هماهنگی و حمایت از آنان در کلیه سطوح، الزام بیمارستان‌ها به احراز نظام کیفیت داخلی، ایجاد کمیته‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی، آموزش دوره‌های ضروری در کلیه سطوح |
| آفریقای جنوبی | سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های تضمین کیفیت، تأسیس مؤسسات اعتباربخشی بهداشتی و درمانی، اصلاحات ساختاری و تأمین منابع مالی، تدوین استانداردهای ضروری، آموزش دوره‌های ضروری در سطوح مختلف |
| هند | سیاستگذاری، سازماندهی و برنامه‌ریزی در خصوص ارتقا کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با اصل تقدم پیشگیری بر درمان، تدوین استانداردهای ضروری، بازرسی‌های مدون، آموزش به کلیه مخاطبین و حامیان برنامه‌های تضمین کیفیت |
| زامبیا | اتخاذ رویه‌های جدید، سازماندهی مجدد، برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های تضمین کیفیت، تدوین استانداردها، ایجاد کمیته‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی، تسهیل‌سازی روابط سازمانی در کلیه سطوح محلی، ایالتی و ملی |
| نیجر | تحلیل وضع موجود به منظور شناخت بهتر مسائل و مشکلات و الویت‌بندی آنان، آموزش مهارت‌ها به کارکنان، آموزش به کلیه مخاطبین و حامیان پروژه‌های تضمین کیفیت، تدوین استانداردهای ضروری، سازماندهی تیم‌های تضمین کیفیت |
| ایران | اتخاذ رویه جدید مبنی بر استقرار مدیریت کیفیت در بخش بهداشت و درمان، تدوین استانداردها، سازماندهی، برنامه‌ریزی و اجرای سیستم مراقبت‌های مدیریت‌شده به منظور ارتقا کیفی خدمات |

www.SID.ir

**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 شناسائی 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 برآن می بایست بررسی‌های لازم انجام شده و برنامه ها و وظایف کمیته طی دستورالعمل هایی به مدیران بیمارستانها اجرا و ابلاغ شود.

**جدول شماره ٤، وظایف و برنامه‌های کمیته تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد بررسی**

| کشور | وظایف و برنامه‌های تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی |
|---|---|
| آلمان | سنجش برخی از شاخص‌های کیفی همچون مرگ ومیر و ناخوشی، برگزاری پانل‌های تخصصی در زمینه بهداشت و درمان و انتشار آخرین یافته‌ها در این خصوص، تدوین استانداردها و دستورالعمل‌های مقوله کیفیت بهداشت درمان |
| اتریش | بررسی کیفیت خدمات به بیماران، تعیین شاخص‌های کیفی بیمار محور و فراهم نمودن امکانات لازم برای سنجش آنان، هماهنگی در فعالیت‌های مربوط به شاخص‌های کیفی |
| آفریقای جنوبی | طرح موضوعات مربوط به کیفیت و تحلیل آنان، تدوین شاخص‌های براساس استانداردهای ملی و به صورت ادواری سنجش شاخص‌های مورد اشاره، هماهنگی با کلیه سطوح محلی، ایالتی و فدرال و انجام فعالیت‌های بین بخشی |
| هند | نظارت مستمر بر کیفیت خدمات پزشکی، جمع‌آوری و تحلیل مناسب داده‌ها، پیگیری امور بیماران |
| زامبیا | آموزش مفاهیم تضمین کیفیت به مدیران ارشد ایالتی، هدایت و راهبری کمیته‌ها، آشنا نمودن واحدهای محلی با مفاهیم و دیدگاه‌های تضمین کیفیت، نظارت بر تدوین استانداردها و توسعه برنامه‌های اعتباربخشی، ارایه مفاهیم و دیدگاه‌های تضمین کیفیت و تمرکز خدمات بر مشتری |
| نیجر | برگزاری سمینارهای آموزشی، تدوین دستورالعمل‌ها، توسعه استانداردهای عملکردی، برقراری نظام اطلاعاتی، سنجش کیفیت |
| ایران | سعی و تلاش در جهت استقرار نظام‌های کیفیت بدون اخذ گواهی‌نامه ایزو ۹۰۰۰، برگزاری دوره‌های آموزشی، تدوین دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت‌شده، 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 ارایه خدمات سلامتی به افراد شاخصهای سلامتی رایج مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرد.

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



www.SID.ir

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

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 دوره‌ای 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 می‌شود:

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.

صاحبنظران 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 صاحبنظران 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 پیشتر صرفا" 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.

Archive of SID

www.SID.ir

## 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: ٦-۱۳۵ .

۲. شاه کرمی، اکبر و شاه محمدی، فرامرز. در ترجمه: آشنایی با استانداردهای سری ISO 9000 . چاپ اول. تهران : نشر سازمان مدیریت صنعتی ، بهار ۱۳۷٤ : ۹-۲۲٦ .

۳. شریف‌زاده، فتاح. مدیریت کیفیت فراگیر ـ 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 اطلاع رسانی جهان رایانه، ۱۳۸۰: ۵۷- ۰۵۵

۹. امیرزاده ، حسین . در ترجمه : QS-9000 ، دست نامه سیستم‌های کیفیت. هویل، دیوید. چاپ دوم. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی‌رسا، ۱۳۷۹: ۸۹-۸۱ .

۱۰. حسین‌زاده، مهدی. در ترجمه: مدیریت کیفیت جامع TQM نگرشی منسجم. کی هو، ساموئل .چاپ اول. تهران: نشر دانشکار، ۱۳۷۹: ۳۸-۲۲.

۱۱. حمیدی، یدالله. مطالعه مدیریت کیفیت فراگیر TQM در نظام بهداشت درمان و ارائه الگوی مناسب برای ایران ، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی . تهران : دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم وتحقیقات، 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 رسول‌اکرم (ص) و ارائه الگوی مناسب، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی . تهران : دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۰: ۷۵- ٦۸.

۱۴. لقمانیان، محمدخسرو. طراحی الگوی تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی برای ایران ـ ۱۳۸٤، رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵: ۹-۱۸۳.

15. Institute for Medizinische Information Severabeitung, 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 Globl 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. Mclntyre D, Baba L,Makan B.Equity in public Health Care Financing and Expenditure in Nigeria , 1998:196-199.


Archive of SID



www.SID.ir