

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۷ / گفتار ۴ / دکتر سعاد محفوظپور

مدیریت کیفیت و هزینه در بهداشت و درمان

فهرست مطالب

۹۸۵.....	اهداف درس
۹۸۵.....	مقدمه
۹۸۶.....	مفهوم کیفیت و تعاریف آن
۹۸۷.....	تاریخچه کیفیت
۹۸۸.....	سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر یا جامع (Total quality management)
۹۸۹.....	بازرسی (Inspection)
۹۸۹.....	کنترل کیفیت
۹۸۹.....	تضمین کیفیت
۹۹۰.....	مدیریت کیفیت فراگیر / جامع و ارتقاء مستمر کیفیت:
۹۹۰.....	مدیریت کیفیت جامع موفق
۹۹۱.....	جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به مدیریت کیفیت جامع
۹۹۱.....	مشخصه‌های تعیین کننده کیفیت خدمات
۹۹۲.....	هفت بیماری کشنده دمینگ (در مدیریت کیفیت جامع)
۹۹۲.....	راههایی جهت حل شکایات مشتریان یا گیرندگان خدمت
۹۹۳.....	مدیریت کیفیت و ارائه خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی
۹۹۵.....	نقش کارکنان در کیفیت ارائه خدمات
۹۹۶.....	ارتباط کیفیت و هزینه
۹۹۸.....	نتیجه گیری
۹۹۸.....	منابع

مدیریت کیفیت و هزینه در بهداشت و درمان

Quality and Cost Management in Health Care

دکتر سعاد محفوظپور

دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تعاریف مختلفی از کیفیت را بیان نموده، مفهوم کیفیت را در بهداشت و درمان با ذکر مثال، تحلیل کند
- تاریخچه کیفیت را از دیدگاه رهبران و دانشمندان نظریه کیفیت، توصیف نماید
- سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر / جامع را با مراحل آن توضیح داده و برای هر کدام مثال عملی ارائه کند
- سطوح مدیریت کیفیت و جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به آن را شرح داده، تجزیه و تحلیل نماید
- کیفیت و ارزش آن در بهداشت و درمان را شرح دهد
- نقش کارکنان بهداشتی در ارائه خدمات را توصیف و نکات اساسی آنرا تحلیل کند
- ارتباط بین هزینه و کیفیت را تشریح و برای رده‌های اصلی هزینه کیفیت مثال‌های عملی ارائه نماید
- هزینه را تعریف، و راههای محدودسازی هزینه را شرح داده، با توجه به وضعیت موجود کشور، راههای عملی پیشنهاد نماید.

مقدمه

تاکید بر کیفیت در اقتصاد جهانی امروز، کلید دستیابی به شایستگی در عملیات و فعالیت‌ها می‌باشد. افزایش کیفیت، منجر به افزایش بهره‌وری و منافع وابسته به آن، می‌گردد. در محیط‌های پُرقاب‌ت امروز، کیفیت، یک نکته کلیدی و اساسی برای بیمارستان‌هایی است که از روش‌های مددجویان / بیماران، استفاده می‌نمایند. زیرا بیمارستان‌ها، درک کرده‌اند که کیفیت نامطلوب وضعیت، بسیار گران تمام خواهد شد.

در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز، مفهوم کیفیت و پرداختن به آن، در کشورهای پیشرفته، به دلیل سطح آموزش بهتر بیماران/ مددجویان و افزایش هزینه‌ها، معنای جدیدی برای ارائه کنندگان این مراقبت‌ها، پیدا کرده است. رشد دانش و تکنولوژی بشری در چند دهه اخیر، علاوه بر اینکه پیام آور رفاه نسبی در بیشتر جوانب برای انسان بوده، راه را برای استفاده بهینه از امکانات و منابع موجود، هموار نموده است. در واقع، به نوعی هنر خوب مصرف کردن، توجه به کیفیت و مصرف بهینه در امور مختلف و فعالیتهای اجتماعی گوناگون را به انسان آموخته است.

این مقوله، سال‌هاست که در کشورهای مرفّی، مورد توجه واقع شده و به معنی کلمه از آن، بهره گرفته شده است. و در این راستا، قدم‌های بسیار مفیدی برای ارائه خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر برداشته شده و پیشرفت‌های قابل توجهی نیز حاصل گردیده است. توجه به کیفیت و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اکثر دولت‌ها و دست اندرکاران امور بهداشت و درمان را به خود مشغول نموده است. افزایش سریع و روز افزون هزینه‌های بخش بهداشت و درمان، بویژه هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان، موجب گردیده تا متخصصین، اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان و پرستاران و کارشناسان بهداشتی، در بسیاری از کشورها، در پی یافتن شیوه‌های جدید به منظور محدود سازی هزینه‌ها، بر آیند.

در شرایط حساس کشور عزیز ما نیز، این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار است، و لذا ضرورت توجه به مراقبت‌های با کیفیت مطلوب و با حداقل هزینه را اجتناب ناپذیر می‌سازد. خصوصاً با عنایت به این امر که مهم‌ترین اهداف مراکز بهداشتی درمانی، ارائه خدماتی رضایت‌بخش و مقرون به صرفه، مطابق با استانداردهای علمی و به مناسبترین شکل و روش و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، می‌باشد. لزوم ایجاد تعادل در کیفیت و هزینه خدمات همواره الزامی است و باید مورد توجه واقع شود.

مفهوم کیفیت و تعاریف آن

از کیفیت یا Quality تعاریف بسیار زیادی شده است که بسیاری از آن‌ها در موقعیت‌های مختلف، کاربرد دارند و در اینجا به برخی تعاریف می‌پردازیم، ولی نکته مهم در بحث کیفیت، در خصوص اندازه‌گیری یا سنجش آن است، که این امر، به دلیل ذهنی بودن مفهوم کیفیت مراقبت‌ها برای استفاده کنندگان از مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مشکل می‌باشد، زیرا استفاده کنندگان از خدمات، کیفیت را براساس عوامل مختلفی مانند؛ برداشت آن‌ها از مهارت و تبحر ارائه کنندگان خدمت، میزان معلومات خودشان، تجارب قبلی استفاده از خدمت، تجارب دوستان و آشنایان، برداشت و تلقی آن‌ها از محیط و فضای مراقبت و ارزش‌های شخصی، تعیین می‌نمایند.

موریس و بل (۱۹۹۵) می‌نویسد: *کیفیت یعنی کلیت خصوصیات و شکل یا ظاهر یک فرآورده یا خدمت و راه تامین آن، که توانایی ارضاء نیازهای دریافت کنندگان خدمت و خواسته‌های آن‌ها را در قالب قضاوتی خاص و تخصصی، در می‌باشد.* در پژوهشی که در یکی از بیمارستان‌های آلابامای امریکا انجام شده است، کیفیت راه، مواجهه با تقاضاهای بیماران یا مددجویان و حتی فراتر از آن، تعریف نموده و تاکید کرده‌اند که کیفیت؛ یعنی درست انجام دادن کار در اولین بار.

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، عبارتست از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج

مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد. کرازبی (Crosby) یکی از نظریه پردازان کیفیت، می‌گوید: "کیفیت بالا رایگان است، یک هدیه نمیباشد، ولی رایگان است و کیفیت پایین است که هزینه در بر دارد". کیفیت، توسط مشتریان یک سازمان تعیین می‌شود. بنابراین آگاهی و پاسخگویی به نیازهای مشتریان جزء جدایی ناپذیر اکثر عقاید و ایده‌های مربوط به کیفیت بوده و این شامل؛ مشتریان داخلی درون سازمان یعنی ارائه دهندگان خدمات، که برای همدیگر نیز کار انجام می‌دهند، و مشتریان خارجی، می‌باشد.

بطور کلی برای اینکه واژه کیفیت، مفهوم مورد نظر گوینده را برساند، باید کسی که این واژه را بکار می‌برد، یک درک روشن و کاملی از معنی آن داشته باشد و مخاطبین او نیز، باید درک مشابهی از کیفیت داشته باشند تا امکان بحث و گفتگو و انتقال پیام فراهم شود. در هر سازمان، برای پیشگیری از سردرگمی از یک طرف، و پرداختن به فعالیت‌های ارتقاء از طرف دیگر، لازم است یک تعریف توافق شده‌ای از کیفیت وجود داشته باشد.

تاریخچه کیفیت

مفهوم کیفیت، ریشه در کار متخصصین صنعتی دارد، اهمیت کیفیت در صنعت در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفت. تلاش‌های اولیه روی بخش تولید متمرکز بوده است و بعدها بخش‌های خدماتی را نیز در بر گرفت. فیجن باوم (Fiegenbaum) در سال ۱۹۵۱، تعریف گویایی از کیفیت ارائه داد: کیفیت یعنی توانایی یک محصول در برآوردن هدف مورد نظر، که با حداقل هزینه ممکن، تولید شده باشد. شاید سه نفر از مشهورترین و کلیدی‌ترین رهبران نظریه کیفیت که تاثیر اساسی در صنعت امروز جهان داشته اند، فیلیپ کرازبی (Philip Crosby)، جوزف جوران (Joseph Juran) و ادوارد دمنینگ (Edward Deming) و ایشیکاوا (Ishikawa) می‌باشند. کرازبی، کیفیت را تطبیق یک محصول یا خدمت با الزامات (Requirement) یا ویژگیها و استانداردهای از پیش تعیین شده، تعریف می‌کند. به نظر او، کیفیت پایین از عدم تطبیق محصول یا خدمات با الزامات یا شرایط لازم، ناشی می‌شود. او به این نکته اشاره دارد که الزامات شامل کلیه کارهای لازم و ضروری برای تولید یک محصول یا ارائه یک خدمت می‌باشد، که مطابق انتظارات و توقعات مشتری (Customer) است. کرازبی، اهمیت رابطه کیفیت را با هزینه، مورد توجه قرار داده و می‌گوید کیفیت بالا رایگان است و کیفیت پایین است که هزینه در بر دارد، او معتقد است؛ اگر کیفیت را درک کرده و نسبت به آن تعهد نشان دهیم، قابل دسترس، قابل سنجش و سودبخش، خواهد بود. او نیز بر "انجام درست کار در بار اول" تاکید دارد.

جوران، کیفیت یک کالا یا خدمت را مناسب بودن آن کالا یا خدمت برای هدف یا استفاده خاصی که منظور شده، تعریف می‌کند. او برای ارتقاء کیفیت یک رویکرد سه مرحله‌ای دارد که عبارتند از: طراحی کیفیت، کنترل کیفیت و ارتقاء کیفیت.

طراحی کیفیت: شامل شناخت و تعیین مشتری‌ها و نیازهای آنها، طراحی محصول (یا خدمت) براساس نیازها و بالاخره طراحی فرایندها برای تولید آن محصول می‌باشد.

کنترل کیفیت: عبارتست از ارزشیابی عملکرد به منظور تعیین عملکرد واقعی و مقایسه آن با اهداف (منطبق با تعریف نظارت و کنترل در مدیریت).

ارتقاء کیفیت: شامل ایجاد زیر ساخت مناسب و تیم‌های ارتقاء برای ارتقاء فرآیندها است.

همچنین جوړان، برای کنترل کیفیت بر استفاده از روش‌های آماری تاکید بسیار دارد، دمنیگ نیز، بعد از جنگ جهانی دوم، با توجه به عدم موفقیت نظریه خود در امریکا به ژاپنی‌ها کمک کرد تا اقتصاد خود را بازسازی کنند. تجارت ژاپن و موقعیت برتر اقتصادی این کشور را به اثرگذاری آقای دمنیگ نسبت می‌دهند. او تامین رضایت مشتریان و کاهش تفاوت‌های (Variations) حاصله از عملکرد فرآیندها را مورد تاکید قرار داده است. استراتژی او بر محور ایجاد کیفیت و ارتقاء مستمر آن دور می‌زند. دمنیگ چهارده اصل را برای انجام درست کارها در بار اول؛ و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان، ارائه داده است و بر آن تاکید دارد.

این چهارده اصل عبارتند از:

- ۱ - برای ارتقاء کیفیت خدمت یا محصول؛ ثبات داشته باشید و این هدف را به تمام کارکنان اطلاع دهید.
 - ۲ - فلسفه جدید نقص صفر را به تمام سطوح سازمان بیاموزید و آن را بپذیرید.
 - ۳ - متوجه باشید که بازرسی فقط مشکلات را می‌سجد ولی آن‌ها را اصلاح نمی‌کند. کیفیت، نتیجه ارتقاء فرآیندها است.
 - ۴ - برای تدارک مواد اولیه، به کیفیت اولویت دهید نه به کمیت.
 - ۵ - فرآیندها، محصولات یا خدمات را بطور مستمر، ارتقاء دهید.
 - ۶ - از وسایل کمک آموزشی جدید جهت آموزش ضمن خدمت کارکنان استفاده کنید.
 - ۷ - نظارت در سازمان را ارتقاء دهید.
 - ۸ - ترس از بیان عقاید و گزارش مشکلات را از میان بردارید.
 - ۹ - موانع همکاری بین واحدهای مختلف را از بین ببرید و افراد را جهت کار تیمی در رسیدن به اهداف سازمان هدایت نمایید.
 - ۱۰ - شعارها و پوسترها برای نیروی کار را حذف کنید.
 - ۱۱ - سهم روش‌های آماری در بخش تولید را کاهش دهید و بر کیفیت متمرکز شوید نه بر کمیت.
 - ۱۲ - موانعی که غرور کارکنان را نسبت به کارمند بودنشان خدشه دار می‌نماید، از میان بردارید.
 - ۱۳ - امکان برخورداری از برنامه آموزش مداوم و خودارتقایی را جهت همه افراد فراهم نمایید.
 - ۱۴ - همه کارکنان سازمان را در جهت دستیابی به دگرگونی و تحول ایجاد شده، دخالت دهید.
- ایشیکاوا نیز، حلقه‌های کیفیت و نمودارهای علت و معلولی را ارائه داده است.

سیر تحول مدیریت کیفیت فراگیر یا جامع (Total quality management)

در سال‌های اخیر، نظام‌های ارتقاء و مدیریت کیفیت به سرعت متحول شده‌اند، از حدود دو دهه گذشته، فعالیت‌های بازرسی ساده به روش‌های کنترل کیفیت (Quality control) جایگزین و یا تکمیل شده‌اند، سپس تضمین کیفیت (Quality assurance) بوجود آمد و راه تکاملی در پیش گرفت و اکنون ارتقاء مستمر کیفیت (Total quality management) یا مدیریت جامع کیفیت (C.Q.I) Continuous quality Improvement

جای همه آن‌ها را گرفته است (زیرا در برگیرنده کل سازمان می‌باشد). ابتدا هر روش بطور مختصر، معرفی و تعریف می‌شوند.

بازرسی (Inspection)

شامل فعالیت‌هایی از قبیل سنجش، ارزیابی یا آزمون یک یا چندین ویژگی یک محصول یا یک خدمت و مقایسه نتایج یا الزامات از پیش تعیین شده، به منظور تعیین درجه تطبیق آن‌ها می‌باشد. نکته اساسی در رابطه با بازرسی این است که نظام بازرسی فرآیندی است که پس از وقوع حادثه (تولید محصول یا ارائه خدمت) فعال می‌شود و فاقد جزء پیشگیری اولیه است. نظام‌های بازرسی معمولاً در چهار چوب سازمان بکار گرفته می‌شود و تدارک کنندگان مواد اولیه و مشتریها را به طور مستقیم و فعال در بر می‌گیرد.

کنترل کیفیت

روشی نسبتاً سنتی است و بر پایه این پیش فرض اصولی استوار است که خطاها و اشتباهات اجتناب ناپذیرند، بنابراین راه اعمال کیفیت، بازرسی یا کنترل رویدادها بوده، تا بتوان از انجام صحیح آن مطمئن شد و اگر خطا یا اشتباهی وجود داشته باشد آنرا اصلاح نمود. این مرحله از بازرسی پیشرفته تر است، زیرا از روش‌ها و ابزارها و فنونی استفاده می‌شود که پیچیده تر و دقیق تر هستند، ولی در مراقبت‌های بهداشتی، استفاده محدودی دارند، زیرا به دلیل ماهیت این خدمات، غیر ممکن خواهد بود که خدمتی در رابطه با بیمار یا مددجو قبل از آنکه به او داده شود مورد بازرسی، کنترل و دقت قرار گیرد، و ضمناً هر گونه خطای حاصله، مستقیماً توسط بیمار تجربه می‌گردد، که برخی اوقات دارای نتایجی بسیار گران و فاجعه آمیز خواهد بود. در صنعت نیز این روش سودمند نمی‌باشد، چرا که تلاش و منابع صرف تولید فرآورده‌ها یا وسایلی می‌گردد، که در همان مرحله اول ناقص یا معیوبند و باید تعمیر و اصلاح شوند. به طور کلی، کنترل کیفیت بر اندازه گیری یا سنجش واقعی برون داد (Out put) و میزان مطابقت آن با مشخصات تعیین شده، تمرکز دارد (روش واکنش گرا).

تضمین کیفیت

مشمول بر کلیه فعالیتهای برنامه ریزی شده و منظم که در چهارچوب نظام کیفیت به اجرا در آمده و اطمینان کافی بوجود می‌آورند که محصول یا خدمت حائز الزامات کیفی می‌باشد. این روش در حقیقت بیش از کنترل کیفیت کنش گرا (Proactive) می‌باشد و پیش فرض اساسی آن بر این اصل استوار است که خطاها و اشتباهات قابل اجتناب می‌باشند و می‌توان با فعالیتهای سیستماتیک که با اطمینان از حصول نتیجه در هر بار انجام یک کار، طراحی شده‌اند، از اشتباهات پیشگیری نمود. هدف تضمین کیفیت آن است که مطمئن شویم که درون داده‌ها صحیح هستند و خود فرآیند نیز بنحو درستی انجام شده است، زیرا که اگر این دو جزء درست باشد، نتیجه نیز باید درست و صحیح باشد. بنابراین روش‌های کنترل درون داده‌ها و فرآیندها بایستی مورد توجه قرار گیرند. اکنون مختصری پیرامون مدیریت کیفیت جامع/ فراگیر و ارتقاء مستمر کیفیت به بحث می‌پردازیم:

مدیریت کیفیت فراگیر/ جامع و ارتقاء مستمر کیفیت

این روش مبنای بسیار وسیع تری دارد و بیش از دو روش قبل، کنشی بود، و بر خلاف کنترل کیفیت و تضمین کیفیت که بدنبال تامین مشخصات و خصوصیات خاصی هستند و کاملاً بر قوانین و استانداردها متمرکزند، قدمی جلوتر بر می‌دارد و براین فلسفه تاکید دارد که هر چیزی که امروز به اندازه کافی خوب است، ممکن است برای فردا به همان اندازه خوب نباشد، بنابراین هدف باید بهبود و ارتقاء مداوم در سازمان باشد. هدف اولیه TQM رضایت مشتری است و در برگیرنده کل سازمان بوده، یعنی همه واحدهای سازمان را با هدف راضی نمودن دریافت کننده خدمت در بر می‌گیرد. مدیریت کیفیت جامع، یک شیوه مدیریتی برای بهبود اثر بخشی، انعطاف و قدرت رقابت سازمان است، و شامل سازماندهی کلیه ارکان و منابع یک سازمان جهت نیل به کیفیت و برآورده ساختن نیازهای مشتریان و منافع کارکنان می‌باشد.

در این روش مدیریت، کل سیستم مورد نظر است (Total system) و کیفیت بعنوان یک چشم انداز (Quality as a vision) و مدیریت متضاد کنترل (Management vs. Control) بکار می‌رود. هدف اصلی مدیریت کیفیت جامع، کسب رضایت مشتریان است که دو شکل دارد: ۱- وفاداری مشتریان خارجی و خریدهای آنان یا میزان استفاده از خدمات؛ ۲- تعهد و بازده مشتریان داخلی (کارکنان) رضایت مشتری را باید در سه سطح مورد توجه قرار داد:

سطح اول: تامین نیازهای اولیه

سطح دوم: تامین انتظارات مشتریان به نحوی که سبب شود آنان بار دیگر نیز به ما مراجعه نمایند.

سطح سوم: توجه و تامین انتظارات مشتریان و ارائه خدمات بیش از آنچه ممکن است انتظار داشته باشند.

ارتقاء مستمر کیفیت نیز نشان‌دهنده ارتقاء فرایند و رضایت مشتریان و یا مددجویان، می‌باشد و همه عملیات و واحدهای فعالیت را در بر می‌گیرد. ضمناً به نام‌های دیگری مانند کایزن (Kaizen) در زبان ژاپنی، نقص صفر (Zero-defect) و شش سیگما (Six sigma) نیز خوانده می‌شود.

مدیریت کیفیت جامع موفق

یک سیستم مدیریت کیفیت جامع موفق، دو سیستم مدیریتی دیگر را با داشتن تعهد رفتاری و فرهنگی به کیفیت مورد نظر مشتری، با هم تلفیق می‌کند. لذا، این سه سیستم مدیریتی بایستی با هم، برای موفقیت آمیز بودن مدیریت کیفیت فراگیر، همسو و منطبق باشند، این سه سیستم عبارتند از:

- سیستم مدیریت سازمانی (OM) (Organizational Management System)

- سیستم مدیریت منابع انسانی (HRM) (Human Resource Management System)

- مدیریت کیفیت جامع (TQM) (Total Quality Management) - بنابراین مدیران متعهد به اجرای موفق مدیریت کیفیت جامع بایستی هر دو مدل، یعنی یک مدل توسعه منابع انسانی و مدل توسعه سازمانی را که با هم کار کنند، توأم داشته باشند ($HRD+OD=TQM$): این مدیران می‌بایست تعادلی بین واقعیت‌های توسعه سازمان (OD) و توسعه منابع انسانی (HRD) در راه دستیابی به اهداف کیفیت، ایجاد نمایند. در سازمان، اصول در جنبه‌های تکنیکی مدیریت کیفیت بصورت (چارته‌ها، ملزومات، سنجش‌ها و رویه‌ها و غیره)، و در منابع انسانی، در

جنبه ارتباطات مدیریت کیفیت یعنی (فرآیندها، جلسات، تصمیم‌گیری، تیم‌ها و غیره) یافت می‌شوند. لذا مدیریت کیفیت باید ضمن درک این موارد، تعادل بین مهارت‌های مورد نیاز و ترکیب آن‌ها با یکدیگر را انجام دهد و از مدیریت کیفیت‌های جامعی که توسعه سازمانی و منابع انسانی را مورد توجه قرار نمی‌دهند، باید برحذر باشد.

توسعه منابع انسانی (HRD) بدلائیل زیر بسیار مهم است: ۱- افراد ارزشمندترین سرمایه‌های سازمان هستند؛ ۲- در بسیاری از صنایع لبه رقابتی اصلی، حداکثر نمودن نیروی انسانی می‌باشد؛ ۳- سازمانهایی که می‌آموزند تا بطور مداوم نیروهای انسانی را توسعه دهند نه تنها شانس بقاء بیشتری در قرن آینده دارند، بلکه سودآورتر نیز خواهند بود؛ ۴- رهبرانی که باورهای خود در مورد اهمیت توسعه نیروی انسانی را در عمل اجرا می‌نمایند با تصمیمات بهتر، طراحی‌های سازمانی دوستدار کارمند و منابع کافی، مواجه خواهند شد.

جریان فعالیت‌های لازم جهت دستیابی به مدیریت کیفیت جامع



مشخصه‌های تعیین‌کننده کیفیت خدمات

این مشخصه‌ها در ارائه‌کنندگان خدمت عبارتند از: پاسخگویی (تمایل و آمادگی کارکنان جهت ارائه

خدمت، وقت شناسی و غیره)، شایستگی (داشتن مهارت‌ها و دانش لازم برای ارائه خدمت)، دسترسی (قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با آن‌ها)، ادب و تواضع (نرمش، احترام، ملاحظه، دوستانه بودن رفتار پرسنل)، ارتباط (مطلع نمودن مشتریان با زبان قابل درک توسط آنان)، امنیت (عاری بودن از خطر، ریسک یا شک کردن مشتریان نسبت به خدمت مورد نظر)، اعتماد (شامل ثبات و قابلیت اتکاء)، مطمئن بودن (امین بودن، قابل باور بودن و صداقت داشتن)، قابل رویت بودن (مشاهده فیزیکی خدمت)، درک کردن / شناختن مشتری (تلاش جهت درک نیازهای مشتری).

هفت بیماری کشنده دمی‌نگ (در مدیریت کیفیت جامع)

مواردی که باید در مدیریت از آن‌ها برحذر بود:

- کمبود ثبات و مداومت،
- تاکید بر منافع و سودهای کوتاه مدت،
- ارزشیابی عملکرد،
- ابزارهای سنجش مدیریت، فقط توسط ارقام قابل مشاهده،
- جابجایی مدیریت‌ها،
- هزینه‌های بیش از حد درمانی،
- هزینه‌های بیش از حد تعهدات قانونی،

اهمیت توانمندسازی کارکنان در مدیریت کیفیت جامع و ارتقاء مستمر آن، کاملاً مشخص شده است و کارکنان باید در ارتقاءهای فرآیند و محصول، دخالت داشته باشند، زیرا ۸۵ درصد مشکلات کیفیت به علت فرآیند و مواد مصرفی می‌باشد. تکنیک‌هایی که در این زمینه به کار می‌روند شامل :

۱- حمایت کارکنان؛

۲- اجازه تصمیم‌گیری نمودن به کارکنان؛

۳- تشکیل گروه‌ها و حلقه‌های کیفیت (Quality circles).

حلقه‌های کیفیت، گروه‌های متشکل از ۶-۱۲ نفر از کارکنان از واحد شغلی مشابه می‌باشند، که به طور مرتب جهت حل مشکلات مربوط به شغل، با هم ملاقات نموده (۴ ساعت در ماه)، و یک نفر تسهیل‌کننده در تشکیل و هدایت جلسات، مساعدت نموده و آموزش می‌دهد. این حلقه‌ها، می‌توانند در واحدهای مختلف سازمان، تغییرات مطلوبی را به سود ارتقاء کیفیت ایجاد نمایند، ضمن آنکه موجب افزایش انگیزش، خلاقیت، تعهد کارکنان و حس تعلق به سازمان می‌گردد.

راه‌هایی جهت حل شکایات مشتریان یا گیرندگان خدمت

۱- شکایت کردن را برای مشتریان یا مددجویان، آسان نمایید.

۲- به شکایات، سریعاً پاسخ دهید.

۳- شکایات را در اولین تماس، حل و فصل نمایید.

۴- از کامپیوتر جهت مدیریت شکایات استفاده کنید.

۵- مشاغل را که برای خدمت به مشتریان، بهترین هستند، بکار بگیرید.

مدیریت کیفیت و ارائه خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی

سیستم مدیریت کیفیت براساس محورهایی مانند مشتری مداری، پیشگیری از وقوع مشکلات و تلاش برای بهبود مداوم فعالیتها، می‌تواند هر دو وجه درونی و بیرونی سازمان‌های خدمات عمومی را به نحو موثری به یکدیگر نزدیک ساخته و میان آنها رابطه سینرژیک برقرار نماید. شرط دستیابی به این مقصود، برقراری یک رابطه فعال میان گروههای ذینفع سازمان (مدیریت، کارکنان، جامعه و ...) و حمایت و تعهد مدیریت نسبت به حفظ و ارتقاء این رابطه می‌باشد.

مدیریت کیفیت در سیستم‌های بهداشتی نیز مطلب بسیار پُراهمیتی است، زیرا کیفیت ضعیف خدمات ارائه شده باعث بیماری و معلولیت‌های بیشتر، هزینه‌های زیاده‌تر و اعتماد کمتر به سیستم بهداشتی می‌شود. واحدهای بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی با ارزشیابی کیفیت و بدنبال آن با بهبود کیفیت، موجب بهبود ارائه خدمات، کاهش مرگ و میر و ناخوشی و یا افزایش کیفیت زندگی می‌شود. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی، می‌توان مشکلات و نواقص سازمان را در مواردی چون مراقبت از مددجو، میزان عفونت و مرگ و میر، بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آنها، کوشید.

با ارائه خدمات با کیفیت بالا، احتمالاً تعداد اشتباهات کم می‌شود و در نتیجه استفاده مجدد از منابع کاهش می‌یابد، در ضمن چون کارکنان مسئول کیفیت خدمات می‌شوند، نیاز به ارزشیابی‌های مکرر کاهش می‌یابد. اطلاعات لازم جهت بهبود کیفیت باید براساس شواهد علمی حاصل از تحقیقات بر روی کیفیت باشد، و کیفیت تکنیکی مراقبت به مفهوم دانش کامل و صحیح ارائه کنندگان خدمات در مورد روش‌ها و رویه‌های مراقبت بهداشتی بعلاوه مهارت بالینی می‌باشد.

اندازه‌گیری و بهبود کیفیت مشکل است، و در ضمن برای بهبود کیفیت، نیاز به داده‌های کافی می‌باشد. در بهداشت، موقعیت‌های مختلف، نقش‌ها، برنامه‌ها و خدمات باعث می‌شود که تعریف و سازگاری استاندارد کیفیت تا حدی سخت باشد، اما در طول ۵۰ سال گذشته، تلاش‌های زیادی جهت ایجاد وسیله استانداردهای اندازه‌گیری و بهبود خدمات مراقبتی انجام یافته است. برنامه کیفیت براساس مفاهیم سازمان و کارکنان می‌باشد و شامل تمام مواردی است که روی سازمان و مددجویان اثر دارد، شش خصوصیت زیر در حفظ و ارتقاء کیفیت برنامه‌های بهداشت جامع، در نظر گرفته می‌شود:

۱- برنامه، جامع و مربوط به نیازهای بهداشتی همه افراد یا جامعه باشد.

۲- شایستگی سازمان، مدیریت ماهر و منبع مالی سیستم‌ها، تعریف شود.

۳- بیان لیاقت کارکنان و تعهد آنان، می‌تواند موجب ایجاد محیطی برای تشویق کارکنان گردد.

۴- در دسترس مردم بودن، علیرغم موانع مالی، فرهنگی و جغرافیایی مهم است.

۵- برنامه، با توجه به منابع محدود، کامل و پایدار باشد.

۶- به اولویت‌های مددجویان و رضایت آن‌ها توجه شود.

سیستم بهداشتی، یک سیستم باز می‌باشد که فلسفه، ساختار، فرآیند و پی آمد آن توسط مسائل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه، تأثیر می‌پذیرد. سیستم‌های مافوق به صورت مستقیم و غیرمستقیم روی حیات و عملکرد سیستم بهداشتی اثر می‌گذارد (مسائل اجتماعی، اقتصادی سیاسی موجود در جامعه)، بنابراین سیستم بهداشتی ارتباطی پویا با عوامل خارجی دارد. این عوامل می‌تواند روی فلسفه سازمان، ظرفیت سازمان (منابع مالی و انسانی)، فرآیند (توسعه تکنولوژی در مداخلات) و پی آمدها اثرگذارد، البته این اثرات هنوز به درستی شناخته شده نیست و محققان در تلاش برای شناخت این ارتباط می‌باشند. ارائه مراقبت باکیفیت توسط بیمارستان‌ها نیز نقش مهمی در ارتقا سلامت جامعه دارد و بهبود کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی یک جنبه اساسی از تقویت نظام سلامت است که بطور مستقیم به کارکرد "ارائه خدمت" از اجزای چهارگانه نظام سلامت مرتبط می‌شود. اخیراً فشار زیادی بر بیمارستان‌ها در ارتباط با هزینه اثربخشی و کیفیت مراقبت‌ها جهت بهبود کارایی و مزیت رقابتی موسسات وارد شده است. علاوه بر این، دلایلی از جمله: شدت رقابت در بازار مراقبت بهداشتی، فرایند مداوم خصوصی سازی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ارتقا جایگاه مشتری، افزایش آگاهی ایمنی بیمار، پیچیدگی نظام‌ها و موسسات مراقبت‌های سلامت را افزایش می‌دهند، که این عوامل به پذیرفتن سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها منجر شدند که در اصل برای صنایع طراحی شده است.

بررسی ابزارهای ارزیابی اجرای سیستم‌های مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها، نشان داد تا کنون مقیاس کامل اثبات شده وجود ندارد که برای ارزیابی مدیریت کیفیت در سطح بیمارستانی بکار برده شود. در مرور نظام مند ارزیابی اجرای سیستم‌های مدیریت کیفیت بیمارستان، بیان شده است که ابزارهای متعددی به این منظور بکار می‌رود اما دو ابزار که بیشتر از همه کاربرد دارند شامل پرسش‌نامه ¹ENQual برای ارزشیابی کیفیت در بیمارستان‌ها و پرسشنامه ²MARQuIS برای ارزشیابی سیستم‌های بهبود کیفیت، علی‌رغم ویژگی‌های مثبت، محدودیت‌های مهمی نیز دارند. پرسشنامه ENQual عناوینی مانند "استفاده از داده‌های نشانگر" و "یادگیری از حوادث ناگوار" را در برنمی‌گیرد و پرسش‌نامه MARQuIS خیلی طولانی است.

یکی از ابزارهای جدیدی که سیستم مدیریت کیفیت را ارزشیابی میکند شاخص ³QMSI است. این شاخص برای اولین بار در پروژه‌های مطالعاتی "تعمیق دانسته‌هایمان از بهبود کیفیت در اروپا" ⁴(DUQUE) در ۷ کشور اروپایی طراحی و بکار رفت. بطور خلاصه هدف اصلی این پروژه‌های مطالعاتی اثربخشی سیستم‌های کیفیت در

¹ European research network on quality management in health care

² Method of assessing response to quality improvement strategies

³ Quality management system index

⁴ Deepening our understanding of quality improvement in Europe

بیمارستان‌های اروپا می‌باشد که یکی از ابعاد آن سنجش وضعیت سیستم مدیریت کیفیت می‌باشد. این ابزار دارای ۹ بعد و ۴۶ جزء یا آیتم می‌باشد و از مزایای آن این است که زمان زیادی برای تکمیل آن صرف نمی‌شود و بیشتر بر جنبه‌های مدیریتی مدیریت کیفیت تمرکز دارد. ابعاد این شاخص شامل موارد زیر می‌باشد:

مستند سازی خط مشی کیفیت، پایش کیفیت توسط مدیریت بیمارستان، آموزش متخصصان، پروتکل‌های رسمی برای کنترل عفونت، پروتکل رسمی برای رسیدگی به بیمار و دارو، تحلیل عملکرد فرایند مراقبت، تحلیل عملکرد متخصصان، تحلیل بازخورد تجربه‌ی بیمار و استفاده از نتایج ارزشیابی.

ضمناً تلاش‌های ناموفق در TQM را می‌توان به این عوامل نسبت داد: نپذیرفتن رویکرد جامع، چرخش مدیران ارشد، حمایت ضعیف مدیریت، برنامه‌ریزی ضعیف برای اجرای TQM، آموزش ناکافی، عدم باور کارکنان به اثربخشی آن، زمان محدود شده برای اجرای TQM، نظام مراقبت سلامت پزشک محور، عدم تمرکز کافی بر مشتری. جهت غلبه بر این موانع رهبری قوی بالینی و مدیریتی، تاکید بر برنامه‌ریزی آموزشی، ایجاد ساختار و فرهنگ کیفیت پیشنهاد می‌شود.

نقش کارکنان در کیفیت ارائه خدمات

موفقیت یک سازمان بستگی به پرسنل شاغل در آن دارد و باید نسبت به کیفیت مراقبت، در سازمان خودشان آگاه باشند. پرسنل بهداشتی، افراد ارائه‌کننده خدمت هستند و جزئی از سیستم بهداشتی می‌باشند. پیشرفت محسوسی در زمینه بهداشت در کل دنیا هم در وضعیت بهداشت و هم در استفاده از منابع مورد نیاز، اتفاق افتاده است. این پیشرفت علاوه بر بهبود خدمات بهداشتی، شامل کارکنان نیز می‌باشد، آنان نشان داده‌اند که اثر زیادی روی میزان‌های مرگ و میر و یا دیگر شاخص‌های سلامت دارند. از آنجایی که دانش پزشکی در حال پیشرفت است، نیاز است کارکنان دانش روز داشته باشند. لذا برنامه‌های مرتب و منظم آموزش کارکنان بهداشتی جهت به روز نمودن مهارت‌ها و دانش آن‌ها حیاتی است.

سازمان جهانی بهداشت نیز برای روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، تاکید روی کارکنان یا پرسنل بهداشتی را به دلیل اهمیت عملکرد آنها، سرلوحه توجه دولت‌ها، قرار داده است. یافته‌های مطالعه Macinati در سال ۲۰۰۸ در خصوص رابطه‌ی بین سیستم مدیریت کیفیت بیمارستان و عملکرد سازمانی در خدمات ملی بهداشتی در کشور ایتالیا، نشان داد که وجود بخش کیفیت یک عامل اساسی و مهم برای سیستم‌های مدیریت کیفیت است که توسط ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ایتالیا قبول شده است. نتایج عملکرد بطور مثبت با عوامل ذکر شده در سیستم مدیریت کیفیت مانند: بکارگیری مشارکت در مدیریت کیفیت، گزارش دهی داده‌های کیفیت و کاربرد آنها، ماهیت و نقش مدیریت کیفیت، تعهد مدیریت ارشد به استراتژی‌های کیفیت، ویژگی‌های برنامه استراتژیک مدیریت کیفیت ارتباط دارد. همچنین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که عملکرد عینی نتایج یک رابطه منفی با تعهد مدیریت ارشد به استراتژی‌های کیفیت و ویژگی‌های برنامه استراتژیک مدیریت کیفیت دارد. مثلاً نرخ مرگ و میر و ترخیص با وجود استراتژی‌های مرتبط به تعهد مدیریت ارشد کاهش می‌یابد.

پوشش جهانی بهداشت و کیفیت (Universal Health Coverage/ UHC)

در جهت دسترسی به پوشش جهانی بهداشت (UHC) خدمات سلامتی بایستی مبتنی بر رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه ای جامعه محور، ادغام یافته و پاسخگو، باشد. برای دستیابی به این هدف، موجودیت، کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی باید ارتقا پیدا کنند. در بسیاری از کشورها، این خدمات بنحو بسیار ضعیفی سازماندهی و مدیریت شده اند، لذا اغلب، با کمبود کارمند مواجه بوده و دچار ازدحام مراجعین با زمان های انتظار طولانی و غیر پاسخگو به ترجیحات فرهنگی، قومی یا جنسیتی، می باشند. حتی زمانی که خدمات در دسترس هستند هم می توانند دارای کیفیت پایینی باشند، بنابراین ایمنی بیماران را به خطر انداخته و ممکن است پیامد های بهداشتی وجه المصالحه قرار گیرند. همراستا نمودن تلاشهای جهانی و ملی جهت حمایت از رویکردهای قوی و مبتنی بر شواهد در تامین خدمات سلامتی ایمن و با کیفیت به جوامع، درون زمینه UHC که مشتمل بر سنجش ارتقا یافته کیفیت و ایمنی مراقبت باشد، بسیار حائز اهمیت است. سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی خود را بر خدمات سلامتی ادغام یافته و مردم محور، قرار داده است. این راهبرد یا استراتژی جهت کمک به پیشرفت کشورها به سوی "آینده ای که همه افراد امکان دسترسی به آندسته از خدمات سلامتی داشته باشند که ضمن پاسخگویی به سلسله نیازها و علایق آنها، بتواند در طول پیوستار یا طیف مراقبت، هماهنگ، ایمن، اثربخش، بموقع، کارآ، و دارای کیفیتی قابل قبول باشد"، ارائه شده است. ضمناً این خدمات، می بایست در پنج جهت راهبردی (استراتژیک) باشند بنحوی که هر کدام بتوانند بر ارائه مداخلات مبتنی بر شواهدی تاکید نمایند که همه کشورها برای طراحی الگو یا مدل ارائه خدمت، در جستجوی آن هستند. این پنج جهت عبارتند از: -توانمند سازی و دخالت دادن مردم، -تقویت حاکمیت و پاسخگویی، -معرفی مجدد مدل یا الگوی مراقبت، -هماهنگی خدمات در طول طیف مراقبت، -ایجاد و فراهم ساختن محیطی که از دگرگونی و تحول خدمات سلامتی یا بهداشتی، حمایت نماید.

ارتباط کیفیت و هزینه

افزایش سریع و روز افزون هزینه های بخش بهداشت و درمان، به ویژه هزینه های مربوط به تشخیص و درمان در سراسر جهان، موجب گردیده تا متخصصین، اعم از اقتصاددانان، مدیران و حتی پزشکان و پرستاران در بسیاری از کشورها، در پی یافتن شیوه های جدید به منظور محدودسازی هزینه ها باشند. ساخارکار (۱۹۹۸) می نویسد: اجزاء مختلفی در کاهش هزینه ها موثرند و برنامه های کاهش هزینه، ضمن داشتن مداومت و استمرار، بایستی بتوانند تعادل دقیق و حساسی بین کیفیت و هزینه خدمت ایجاد نمایند، و برخی هزینه های بیمارستانی خاص، گاهی توسط پزشکان و پرستاران، بیشتر قابل کنترل است تا بوسیله مدیران؛ که در این رابطه می توان به مدت زمان اقامت بیمار، چگونگی خدمت یا مراقبت و غیره، اشاره نمود. عدم توجه به کیفیت برای سازمان های بهداشتی و خدماتی در کل، می تواند بسیار گران تمام شود، ولی تامین و توجه به کیفیت نیز بنوبه خود هزینه هایی را در بر دارد، که به طور کلی می توان هزینه کیفیت را در چهار رده اصلی، سازمان داد:

۱- هزینه های پیشگیری یا Prevention Costs، که قبل از ارائه خدمت یا محصول، می باشد، مانند: هزینه

- فعالیت‌های طراحی محصولات و فرآیندهای کار، آموزش و تربیت کارکنان در مورد مفاهیم کیفیت و غیره.
- ۲- هزینه‌های ارزیابی یا Appraisal Costs، که جهت بررسی و ارزیابی کیفیت محصولات یا خدمات ارائه شده، صرف می‌شود، مانند: هزینه‌های بازرسی و کنترل، آزمایش وسایل و تجهیزات
- ۳- هزینه‌های عدم موفقیت داخلی یا Internal failure costs، که هنگامی ایجاد می‌شوند که برون داده‌ها یا محصولات و یا خدمات، دارای نقص یا عیب قبل از خروج از سیستم شناسایی می‌گردند و یا از رده خارج، یا اصلاح و ترمیم، می‌گردند، که هریک از این موارد، هزینه‌هایی را در بر می‌گیرد که مربوط به عدم موفقیت درونی سازمان می‌باشد.
- ۴- هزینه‌های عدم موفقیت خارجی یا External failure costs، نیز وقتی پیش می‌آیند که برون داده‌ای دارای مشکل، قبل از ارائه به مشتری، شناسایی نمی‌شوند و موجب شکایات مصرف کنندگان محصول و یا دریافت کنندگان خدمت می‌گردد، مرجوع شدن و برگشت کالاها و محصولات، ادعاهای قانونی علیه تعهدات سازمان، شکایات و غیره، هزینه‌های مربوط به عدم موفقیت خارجی را در بر می‌گیرد. به طور کلی، می‌توان گفت که افزایش هزینه پیشگیری، موجب کاهش هزینه‌های ارزیابی می‌شود، به دلیل آنکه بازرسی و آزمایش کمتری در مراحل کار مورد نیاز خواهد بود.
- نگرش نسبت به هزینه و کیفیت مراقبت‌ها جنبه خاصی در حرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی، پیدا می‌کند، چرا که هم بر این اعتقاد استوار است: که هر انسانی دارای حق برخورداری از امکانات بهداشتی جهت رسیدن به حد اعلای سلامتی در تمام طول عمر می‌باشد؛ و هم به علم اقتصاد بهداشت توجه دارد؛ تا بتواند استفاده موثری از کلیه امکانات موجود و تکنولوژی مناسب در تولید، توزیع و مصرف کالا و ارائه خدمات که با حوائج بشری در ارتباط است، داشته باشد.
- هزینه یا Cost، ارزش پولی کالاها و خدماتی است که برای "تخاذ تصمیم" و یا "اجرای آن تصمیم"، تامین، تقبل و یا پرداخت می‌شود و تکنیک‌های مختلفی جهت تحلیل و محدود سازی هزینه وجود دارند، که عبارتند از: هزینه اثر بخشی، هزینه کارایی، هزینه منفعت و تحلیل ارزش. هر کدام از این تکنیک‌ها، به نوعی با کیفیت و هزینه در ارتباط هستند، و به درون داده‌ها و برون داده‌ها در ابعاد مختلف توجه دارند: ولی نکته مهم آن است که سه جزء در فرآیند محدود ساختن هزینه‌ها یا Cost containment وجود دارند که شامل؛
- ۱- هشیاری نسبت به هزینه‌ها یا Cost awareness، که این هشیاری و شناخت از فرآیند موجود، جهت محدود سازی هزینه‌ها، بایستی در میان کلیه پرسنل بیمارستان یا سازمان، موجود باشد؛
- ۲- پایش هزینه یا Cost monitoring، که تامین کننده مکانیسمی است جهت شناسایی، گزارش و تحلیل آن دسته از مخارج واقعی که با بودجه و استانداردهای موجود، در تضاد هستند؛
- ۳- مدیریت هزینه یا Cost management، که سیستم یا نظام مسئولیت و پاسخگویی جهت دستیابی به برنامه‌های تدوین شده را فراهم می‌نماید.

نتیجه گیری

با توجه به مطالب مطرح شده، باید بر این نکته تاکید نمود که توجه به کیفیت یا هزینه، به تنهایی، موفقیتی مداوم در بر نخواهد داشت و در عین حال که هر دو مفهوم (کیفیت و هزینه) بسیار مهم هستند، ولی به هر برنامه محدودسازی هزینه، بایستی به صورت برنامه‌ای مستمر و قادر به تامین تعادلی حساس بین کیفیت و هزینه خدمات، نگریسته شود. اساس مدیریت کیفیت و تامین کیفیت خدمات به طور مستمر، نیازمند تحولی شگرف در نگرش و بینش مدیران و نیروی انسانی سازمان نسبت به ارائه خدمت و کار و فعالیت در سازمان‌ها دارد. تغییر در فرهنگ سازمان، توسعه سازمانی یا OD و توسعه نیروی انسانی یا HRD بطور کیفی، وجود تعهد یا Commitment کلیه نیروی انسانی نسبت به اهداف سازمان و ایجاد فضای اعتماد، جایگزینی همکاری و هماهنگی بجای رقابت، استفاده از روش‌های ارتقاء کیفیت و تاکید بر ارزشیابی کیفی فعالیت‌ها بجای تاکید بر نظارت و کنترل کمی و آماری، و بسیاری موارد دیگر، همگی می‌توانند منجر به بهبود کیفی عملکرد و بازده سازمان‌ها، گردد. و نباید فراموش کرد که توجه به نیروی انسانی و توسعه و ارتقاء این نیرو از جنبه‌های مختلف (کمی و کیفی) یکی از کلیدی ترین راه‌های تامین کیفیت در سازمان می‌باشد. با توجه به چالش‌های خدمات بهداشتی مطرح شده توسط سازمان جهانی بهداشت در راستای اهداف توسعه پایدار (Sustainable /SDGs Development Goals) هنوز در همه کشورها، جایی برای بهبود کیفیت سازماندهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد تا بتوان درمان‌های بیمارستان محور را به حداقل رسانید، در حالی که تعدادی از کشورهای جهان، به ادغام خدمات سلامتی به عنوان راهی برای ارائه مراقبت‌های مردم - محور، تکیه دارند، متأسفانه هنوز بسیاری از کشورها متکی به بیمارستان‌ها و طب تخصصی هستند که دارای رابطه اندکی هم با نظام مراقبت بهداشتی اطراف خود و هم با جوامع خدمت گیرنده خود، می‌باشند. در هر صورت، هنوز راه درازی جهت پیمودن جاده‌ای به سوی UHC باقی است.

منابع

1. Lewis P., Goodman S.H, Fandt PM. (2001). Management Challenges in the 21st Century. West Publishing Co. U.S.A.
2. Briscoe G., Arthur G. (1998). CQI Teamwork: Reevaluate, Restructure, Renew. Nursing Management. 29(10), PP:73-80.
3. Morris B., Bell. L. (1995). "Quality in health care". Managing Health Care , challenges for the 90s. W.B Saunders Co., Ltd. London, England. PP: 119-142.
- ۴- لامعی، ابوالفتح (۱۳۷۸). مبانی مدیریت کیفیت. کمیته کشوری ارتقاء کیفیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران. چاپ اول.
- ۵- طبیبی، سید جمال الدین. عبادی آذر فرید. تورانی، سوگند. خالصی، نادر. مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان. جهان رایانه. تهران. چاپ اول.
6. Blonsky Jim. (2002) Organizational Effectiveness; Total Quality Management. Total Performance Efficiency; What is TQM? QA? QC? QI? CQI? CPI? [on-line]. Accessible: bus.cba.utulsa.edu/nsg 4263.
7. Heizer/ Render. (2004) Operations Management. Managing Quality chapter 6.[on-line]. Available: myphiliputil. Pearsonmg.com/student/bp-heizer-opsmgmt-7/lec-cho6. PPT. (Accessible 29 Nov., 2004).
8. Green Larry. TQM (2004)[on-line] Accessible: <http://www.skyenet.net/~leg/tqm.htm>. Available.

5/11/2004.

9. Review for Exam1. (2003). [on-line]. Available: burns. Ba.ttu.edu/Isqs5243/ppt/Reviw%20for 20% Exam %201.ppt. Accessible 29Nov.2004.

10. Gore G. "The challenges & Potential for Assuring Quality Health care for the 21st Century" [Report]. 17.June 1998.[on-line]<http://www.ahcpr.gov/qual/21stcena.htm>. [2012 June 06].

11. Lancaster J. (1999). Nursing Issues. Philadelphia, Mosby company.

12. Griffin RW. (2011). Management Principles & Practices. 10th. Edition (International edition). Published by South-Western College Pub Texas A&M University.

13. Duplessis M. et al (2001). Assessing the performance of community systems for children. Health Services Research. 33(4)1111-42.

14. Koing M. et al (2001). Quality of care Within the Indian Family Welfare Programme. Studies in Family Planning. 31 (1)PP: 1-8.

15. Brook R et al. "Defining & Measuring Quality of care: a Perspective from U.S researchers". [Abstract]. International Journal of Quality Health Care. vol. 12, no4. 2000 .PP: 281- 294. [on-line] > <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/etrez/query.feg:?>> [2012 June 06]

16. Allender JA., Rector Ch, Warner K (2011). Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health. 7th. Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

17. Zairi M. (1999) Benchmarking for Best Practice. Oxford, Butterworth Heinemann.

18. Nies M., Mc Ewon M. (2011). Community Public Health Nursing: Promoting the Health of Population. 5th. Edition. Elsevier Saunders Co.

19. Kaha ssay M et al. (1998). Community Health Workers. Geneva, W.H.O.

20. McNatt Z, Linnander E, Endeshaw A, Tatek D, Conteh D, Bradley EH. A national system for monitoring the performance of hospitals in Ethiopia. Bulletin of the World Health Organization. 2015; 93(10):719-26.

21. Wardhani V, Utarini A, van Dijk JP, Post D, Groothoff JW. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. Health Policy. 2009; 51(3): 239-89.

22. Bahadori M, Ravangard R, Alimohammadzadeh K. The accreditation of hospitals in Iran. Iranian Journal of Public Health. 2015; 44(2):295-6.

23. Wagner C, Groene O, Thompson C, Klazinga N, Dersarkissian M, Arah O, et al. Development and validation of an index to assess hospital quality management systems. International Journal for Quality in Health Care. 2014; 26(suppl. 1):16-26.

24. Groene O, Botje D, Suñol R, Lopez MA, Wagner C. A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25(5):525-41.

25. Macinati MS. The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. Health Policy. 2008; 85(2):228-41.

26. Mohammad Mosadeghrad A. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2014; 27(4):320-35.

27. Lundy S., Janes S. (2009). Community Health Nursing: Caring for the Public Health. 2nd. Edition. Massachussetts. Jones & Bartlett.

28. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. (www.who.int).

29. Sakharkar BM. (2009). Principles of Hospital Administration & Planning. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. New Delhi. India.