

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مطالعه سیر تاریخی نظام های مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان



سارا آقابابا: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

باشگاه پژوهشگران جوان، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی

Aghababa.s@gmail.com

پریسا شجاعی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده: واژه هایی که به شرح کیفیت در بهداشت و درمان می پردازند، و تفکراتی که در پس آن ها وجود دارد، بین کشورها و در زمان های مختلف متفاوت است. این تفاوت ها ناشی از تغییر در سیاست های بهداشتی و درمانی آن کشور است، مانند شبکه بیمارستانی و مراقبت های درمانی اولیه. این مفاهیم در ابتدا از واژه هایی چون "تضمین کیفیت بیمارستان ها" به "بهبود کیفیت بهداشت و درمان" و سپس "بهبود سلامت جوامع" عنوان گذاری شده است.

ابزارهایی که برای سنجش بهبود کیفیت در بهداشت و درمان به کار می روند، بستگی به اولویت های ملی و منطقه ای دارند. اما برخی از مفاهیم جهانی بیشتر بکار بسته شده اند.

به آن سبب که طبقه بندی بین المللی قاطعی در مورد این مفاهیم وجود ندارد، اغلب این واژه ها به جای یکدیگر به کار برده می شوند. این مقاله در پی حل بحث های پیرامون الگوهای کیفیت نخواهد بود، بلکه درصدد طرح اجمالی این مفاهیم و بیان آن ها می باشد. در نهایت کنترل کیفیت، ارزیابی کیفیت، تضمین کیفیت، مدیریت کیفیت فراگیر، بهبود کیفیت، بهبود کیفیت درمان، اعتبارسنجی، الگوی مدیریت کیفیت مالکوم بالدريج، استانداردهای سازمان های بین المللی، بازرسی طبق قانون و رویکردهای بین المللی نظام های کیفیت خارجی برخی کشورها مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

کلمات کلیدی: کیفیت، بهداشت و درمان، مفاهیم



Quality

کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی

کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی آن نیست که به تمام بیماران متقاضی خدمات بالاترین حد از کیفیت ارائه شود، بلکه باید نیاز کلیه بیماران به صورت ایمن و همراه با کارایی برآورده شود. اگر قرار است که خدمتی به بیمار آسیب رسان باشد یا اگر قرار است که منابع هدر داده شود، بهتر است خدمتی ارائه نشود و خدمات دیگری جایگزین شود. کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی باید به شیوه ای ایمن، کارا، بدون اتلاف منابع و مورد پذیرش از جانب افراد ارائه شود(1).

با وجود تغییرات سریع در دنیای امروز مراکز بهداشتی و درمانی تبدیل به سازمان های پیچیده ای شده اند که ارائه خدمات درمانی نیازمند حمایت مدیریتی و اداره ای دارد که بتواند در نهایت بیماران را با سلامتی ترخیص نمود. توسعه و اجرای یک رویکرد در نظام-ها و مؤسسات بهداشتی و درمانی نیازمند تغییرات بنیادین در فرهنگ، ساختار و شیوه های عملکردی است. استقرار معیارهای بهنجار و استانداردها و نظارت برای ارزیابی عملکرد مؤسسات و نظام های بهداشتی و درمانی پاسخی قاطع برای این نیازها می باشد. چنانچه الگوهای مورد استفاده به خوبی طراحی شده و در جایگاه خود قرار گیرند، به خوبی در مسیر تغییر گام برداشته اند و به ذینفعان در حل سریع مسائل و مشکلات ناشی از تغییر اطمینان می دهند(2).

علاوه بر آن همراه با افزایش تقاضا برای کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی هزینه ها نیز افزایش یافته اند. بر این اساس سازمان های بهداشتی و درمانی بویژه بیمارستان ها ناچار بر تمرکز بر وسایلی شده اند که بوسیله آن ها خدمات را ارتقا داده و استفاده بهینه از منابع را مورد آزمایش قرار دهند(3).

در نهایت، پیچیدگی سازمان های بهداشتی درمانی کنونی، هزینه های فزاینده بهداشت و درمان، تخصص گرایی، تأکید بر مشتری و اهمیت کارایی و اثربخشی از جمله عواملی هستند که سازمان های بهداشتی و درمانی را به تحول در ارزیابی عملکرد و بکارگیری الگوهای برتری سازمانی ترغیب و تشویق نموده است(4). اگرچه ابزارها و تکنیک های مدیریت کیفیت در صنایع و ارائه کالاها با موفقیت اجرا شده است، هم اکنون در بهداشت و درمان نیز تعدیل شده و مورد استفاده قرار می گیرد(5).



سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال 2000 خود با عنوان

"نظام های سلامت: بهبود عملکرد" پنج شاخص را برای طبقه بندی عملکرد کلیه نظام های بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا معرفی کرده است (6):

- سطح سلامت جمعیت؛
- سطح نابرابری ها در جمعیت؛
- سطح پاسخگویی نظام بهداشتی و درمانی (ترکیبی از رضایت بیماران و چگونگی عملکرد نظام بهداشتی و درمانی)؛
- توزیع مسئولیت در جمعیت (چگونه افراد با وضعیت اقتصادی متفاوت، از نظام بهداشت و درمان خدمات دریافت می کنند)؛
- توزیع بار مالی نظام بهداشت و درمان در جمعیت (چه کسی هزینه ها را پرداخت می کند).

بار مالی در هر کشور به سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) باز می گردد. هم اکنون این رقم در ایران 6/5 درصد از تولید ناخالص داخلی می باشد (سازمان بهداشت جهانی).

اهمیت قانونی



ماده 39 قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران بر انطباق نظام های ارزیابی کیفیت با استانداردهای بین المللی تأکید شده است. همچنین، در ماده 88 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور به تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخص های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه بندی بیمارستان ها، بر اساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی بپردازد.



زمانی که از مدیران بخش بهداشت و درمان پرسیده می شود، مهمترین عوامل برای بهبود کیفیت در بهداشت و درمان چیست، بلافاصله به کارکنان بیشتر، تجهیزات بیشتر و پول بیشتر اشاره می کنند. در حقیقت این منابع عبارتند از:

- **زمان:** فرصت مناسب برای همکاران
- **داده ها:** دسترسی به داده های به موقع، کامل، دقیق و مرتبط
- **اطلاعات:** دستورالعمل های عملی و آکادمیک بر اساس استانداردها به منظور
سنجش
- **پول:** برای ابزارهای اساسی، اطلاعات و آموزش(8).

نظام های مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان

Quality Control	کنترل کیفیت
Quality Assessment	ارزشیابی کیفیت
Quality Assurance	تضمین کیفیت
TQM: Total Quality Management	مدیریت کیفیت فراگیر
Quality improvement	بهبود کیفیت
Quality of care development	بهبود کیفیت درمان
Accreditation	اعتباریابی
Malcom Baldrige Model	الگوی مالکوم بالدريج
Management European Foundation for Quality	الگوی تعالی سازمان-های اروپایی
ISO: International Organization for Standardization	استانداردسازی سازمان-های بین المللی
Statutory inspection	بازرسی طبق قانون
International views on external quality systems	رویکردهای بین المللی نظام های کیفیت خارجی





کنترل کیفیت Quality Control

ابتدای راه مدیریت کیفیت با استانداردهای قابل سنجش و ساده که از پیش تعریف می شدند، آغاز شد. مفهوم کیفیت در بهداشت و درمان با نظام های مکانیکی که آمادگی بیشتری داشتند آغاز شد؛ مانند آزمایشگاه ها و بخش تصویر برداری. این انتخاب به جهت ماهیت این قبیل بخش ها برای کنترل فرایندها در محدوده حساس و قابل قبول انجام شد. پروژه های تضمین کیفیت (Quality Assurance Project) همراه با پایش و مانیتورینگ به کارکنان و سرپرستان بهداشت و درمان برای پاسخ به استانداردهای ضروری و اطمینان از اثربخشی درمان یاری رساندند. این نوع نظام پایش در کشورهای نیپال، بولیوی، اکوادور مورد استفاده قرار گرفته است(9).



Quality Assessment

ارزشیابی کیفیت

ارزشیابی کیفیت به مقایسه عملکرد با استانداردها، اهداف و انتظارات می پردازد، بدین معنی که فرصت ها را برای بهبود شناسایی می کند. با این حال، راه حلی پیشنهاد نمی دهد و اقدامات اصلاحی انجام نمی دهد و تنها به سنجش های در دسترس بسنده می کند(10).



Quality Assurance

تضمین کیفیت

- در کشورهای غربی، تضمین کیفیت واژه متداول در سال های حدود 1980 شد و با نظریات دوناودیان مبنی بر آزمایش کیفیت بهداشت و درمان در قالب عنصری از ساختار، فرآیند و نتایج آغاز شد. در آغاز راه این الگو در دنیای غرب زمانی که کیفیت به عنوان استاندارد های حداقل در بهداشت و درمان مورد قبول قرار گرفت، مناسب می نمود، ولیکن پس از مدت ها این واژه رها شد. که دلیل آن ایستایی و تعهدی بود که ممکن بود نظام تضمین کیفیت دارای آن نباشد. این رها شدن تا جایی ادامه یافت که برخی از مجلات و ژورنال ها نام خود را از تضمین کیفیت تغییر دادند.
- برنامه های تضمین کیفیت مشارکت در کلیه فعالیت ها اعم از تعریف، طراحی، ارزیابی، پایش و بهبود کیفیت بهداشت و درمان می باشد. در ژاپن، تضمین کیفیت از صنایع آموخته شد و با مفاهیم جاری بهبود کیفیت (کایزن) و مدیریت کیفیت فراگیر بنا نهاده شد.
- تضمین کیفیت یعنی "اطمینان از کیفیت یک محصول که خریدار بتواند با اطمینان آن را خریداری کرده و با اطمینان و رضایت آن را مصرف نماید" (ایشی کاوا).



مدیریت کیفیت فراگیر TQM: Total Quality Management

مدیریت کیفیت فراگیر از کشورهای شرقی برخاسته است. به عنوان پادزهری برای دیدگاه پاره پاره و بدون انسجام تضمین کیفیت طی فرآیند مدیریت دیده شد. مدیریت کیفیت فراگیر بر اساس مشارکت کلیه اعضای یک سازمان برای موفقیتی بلند مدت در کنار رضایت مشتریان و برای منفعت کلیه ذینفعان و جامعه می باشد (11). این الگو به نظامی اشاره دارد که کلیه فرآیندها را در تمام سطوح با مشارکت کارکنان و رهبران به انجام می رساند. مدیریت کیفیت فراگیر به مدیران کمک می کند که در کیفیت درمان مداخله کنند، در صورتیکه این امر در جایگاه کادر تخصصی است و آن ها به ندرت نیاز آن را احساس می کنند در حالیکه مدیران اجرای آن را در حیطه حرفه خود قلمداد می کنند.

عناصر مدیریت کیفیت فراگیر عبارتست از: استانداردسازی، مدیریت جاری و روزمره، مدیریت خطمشی ها، بهبود کیفیت مستمر، طراحی کیفیت و نظام تضمین کیفیت. ارزش هسته ای در مدیریت کیفیت فراگیر هم اکنون تلفیقی از سیاست های دولتی و کیفیت در بهداشت و درمان است. به ویژه در اروپا، آسیای جنوب شرقی و امریکا با الگوی تعالی سازمانی، جایزه مالکوم بالدريج و ایزو 9002 نمود پیدا کرده است (12).



Quality improvement

بهبود کیفیت

- با مشخص شدن شواهد مبنی بر اینکه کیفیت در بلند مدت دلیلی بر گارانتی و اطمینان از کیفیت محصولات نیست، تلاش هایی برای شناسایی نقاط ضعف و قوت در جهت بهبود کیفیت بوجود آمد. تأکید این الگو بر توسعه مداوم و پویا، همچنین دستیابی به سطوح عملکرد بالا می باشد. بررسی مطالعات در 16 بیمارستان بیانگر آنست که بهبود کیفیت بیشتر منجر به کاهش هزینه ها شده است تا بهبود نتایج که این مورد در الگوهای بعدی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (13). پژوهشی از رهبران و متخصصان در امریکا نشان دهنده آنست که بهبود کیفیت مداوم در انتقال سرزنش افراد برای شکست به سمت کل سیستم، موفق بوده است. همچنین تأثیر بسزایی بر مشتریان داشته است (14). گروهی از مقالات در ژورنال ها بحث کرده اند که استمرار در بهبود کیفیت پایدار در بهداشت و درمان عموماً منجر به نتایج اثربخش و دائمی شده است، البته چنانچه درست مورد استفاده قرار گیرد و توجه به محیط را مد نظر قرار داد (15-18).



بهبود کیفیت درمان Quality of care development

در اوایل سال 1990 دفتر منطقه اروپای سازمان بهداشت جهانی از تضمین کیفیت به سوی بهبود کیفیت درمان برای یک فرآیند پویا که بهترین نتایج بهداشت و درمان را برای رسیدن به عملکرد عالی شناسایی و استفاده کند، حرکت نمود. هدف این سازمان کلیه مفاهیم کنترل، ارزیابی، تضمین و بهبود کیفیت بود. بنابراین مرکز تعالی را برای توسعه انواع الگوها در چارچوب کشورها در هر منطقه پایه گذاری نمود(19).



اعتباریابی Accreditation

- واژه اعتباریابی به ارزشیابی نظام مند بیمارستان ها براساس استانداردهای صریح اولین بار در امریکا در سال 1917 آغاز شد. این موسسه یک واحد مستقل با برنامه داوطلبانه برای ارزشیابی عملکردها، سازمان و شبکه های بهداشتی و درمانی توسعه پیدا کرد(20). این کمیته مشترک ارزیابی ابتدا بین کشورهای اروپایی، امریکای لاتین(21)، آفریقا(22 و 23)، و غرب اقیانوس آرام(24) در حدود سال های 1990 گسترش یافت. هم اکنون 28 کشور برنامه عملیاتی اعتباریابی دارند(25).
- اعتباربخشی مداوم فعالیتی است که به وسیله آن سازمان فرآیندهای خود را ارزیابی می کند و آن ها را بهبود می بخشد تا از این رهگذر به صورت مداوم از حفظ سطح درجه اعتبار خود اطمینان یابد، یا در افزایش نیازمندی های اعتباربخشی
- پا فراتر نهد. شورای مشترک متعهد است تا بیمارستان ها را در زمینه حرکت به سوی اعتباربخشی مداوم یاری دهد(26).



الگوی مالکوم بالدريج Malcom Baldrige Model

- معیارهای بالدريج برای نظام مدیریت از امریکا در سال 1989 گسترش یافته است. این الگوی جامعی است که عملکرد را براساس معیارهایی چون رهبری، برنامه ریزی راهبردی، بیماران و مشتریان و بازارها، سنجش و تحلیل و مدیریت دانش، نیروی انسانی، مدیریت فرآیندها و در نهایت معیار نتایج مورد سنجش قرار می دهد(27).



الگوی تعالی سازمان های اروپایی

Management European Foundation for Quality

- هم اکنون بسیاری از کشورهای اروپایی از این الگو برای ارزیابی و سنجش عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی خود استفاده می کنند. معیارهای این الگو عبارتند از: (28)
- رهبری، کارکنان، خطمشی و استراتژی، منابع و شرکاء، فرآیندها، نتایج کارکنان، نتایج مشتریان، نتایج جامعه و نتایج کلیدی عملکرد.
- در این الگو 5 معیار اول توانمندسازها و 4 معیار آخر نتایج می باشند.



استانداردسازی سازمان های بین المللی

ISO: International Organization for Standardization

- ایزو یک سلسله استانداردها را برای صنایع خدماتی ارائه داده است. این رویکرد نظام کیفیت در بهداشت و درمان را از جنبه خاصی مورد ارزیابی قرار می دهد. این استانداردها بیشتر بر روند اجرایی تأکید دارند تا بر نتایج بالینی و بیشتر در واحدهای مکانیکی مانند آزمایشگاه ها و رادیولوژی کاربرد دارد، برای کل بیمارستان هم مورد استفاده قرار گرفته است. ایزو 9000 که در سال 2000 منتشر شده است، شبیه معیارهای تعالی الگوی اروپایی می باشد(29).



بازرسی طبق قانون Statutory inspection

- بسیاری از کشورها از این روش برای پایش و مطابقت با استانداردها بویژه برای رعایت ایمنی محیط کار استفاده می کنند. دولت ها برای مراکز درمانی و کلینیک ها گواهی صادر می کنند. این استانداردها به ندرت به روز می شوند. این آیین نامه ها بیشتر مربوط به حریق، اکسیژن، اشعه، وسایل پزشکی و داروها می شود، البته بسیاری از کشورها کنترل عفونت و تزریق خون را نیز به این برنامه ها گنجانده اند.
- در ایران ارزشیابی بیمارستان ها توسط معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس این روش صورت می گیرد.



رویکردهای بین المللی نظام های کیفیت خارجی

International views on external quality systems

- در بسیاری از کشورها هم اکنون کمیته ای در خارج از بدنه دولت برای ارزیابی استانداردها وجود دارد. در این شیوه همکاری و هماهنگی دولت محلی و سازمان ارزیابی کننده برای اطمینان از اعتبار استانداردها، ارزشیابی موثق، مشارکت مصرف کنندگان، به تصویر کشیدن بهبود کیفیت خدمات، شفافیت و دسترسی عمومی به معیارها، فرایندها و نتایج توصیه شده است. بسیاری از سازمان های بیمه ای این نظارت ها را انجام می دهند.

یافته ها و بحث نتیجه گیری:

- شاید مهمترین قدم برای یک سازمان ملی و یا بین المللی برای ارتقای کیفیت آشنایی با مفاهیم و تاریخچه نظام های مدیریت کیفیت باشد. از آنجا که دسترسی به منابع این الگو ها هم اکنون در سایت ها به صورت رایگان در اختیار عموم قرار دارد، ترغیب مدیران جهت مطالعه کارمندان در این زمینه یکی از عوامل موفقیت می باشد.
- شایان ذکر است که مفاهیم اشاره شده ابزارهایی برای بهبود کیفیت می باشند و خود به تنهایی موجب بهبود کیفیت نمی شوند، بلکه چارچوبی برای بهبود کیفیت ارائه می دهند. بسیاری از این الگوها از صنایع و کارخانه ها برخاسته اند و به طور ویژه به بهداشت و درمان نمی پردازند؛ حال آنکه بهداشت و درمان شرایط ویژه ای دارد که در بسیاری موارد قابل قیاس با سایر حوزه ها نیست.
- علاوه بر این با الزام مواد 39 و 48 قانون برنامه چهارم توسعه مبنی بر معرفی یک الگوی برتر بهبود مستمر کیفیت در کلاس جهانی برای بخش سلامت، گام آغازین مطالعه پیشینه اقدامات صورت گرفته در خصوص کیفیت و استفاده از تجربیات سایر کشور ها می باشد.

- 1-Ovretveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*,2004, 17:368-376.
- 2-Ruize, U & Simson, J. Quality management in health care: a 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*,2004, 17:323-333.
- 3-Moeller, J., Berinlinger-O'Reilly, J., Elser, J. Quality management in German health care – the EFQM Excellence Model, *International Journal of Health Care Quality Assurance*,2000, 13:254-8.
- 4-Harten, W. H. V. & et al.. The evaluation of the introduction of the quality management system: A process-oriented case study in a large rehabilitation hospital. *Health Policy*,2003, 60: 17-37.
- 5-Barry, R., Smith, A.C., *The Manager's Guide to Six Sigma in Healthcare*, ASQ Quality Press, Milwaukee, WI, . 2005.
- 6-*Coordination of activities with other organizations of the United Nations system and attainment of health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1979 (Resolution WHA32.24, Thirty-second World Health Assembly, 7–25 May 1979; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>).
- 7-قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران(1384-1388).تهران:سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، معاونت امور اداری، مالی و منابع انسانی، مرکز مدارک.1384: 65 و 136.
- 8- World Health Organization, *Quality concepts and tools*, Geneva, 2003:69.
- 9-*Health manager's guide – Monitoring the quality of primary health care*. Bethesda, MD, Quality Assurance Project (available on the Internet at <http://www.qaproject.org/index1.html>).
- 10-Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care*, 1999, 8:184–190.
- 11-*Quality management and quality assurance – vocabulary*. Geneva, International Organization for Standardization, 1994 (ISO 8402).
- 12- Ovretveit J. Total quality management in European healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 13:74–79.

- 13-Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice. *Milbank Quarterly*, 1998, 76:593–624.
- 14-Blumenthal D, Kilo CM. A report card on continuous quality improvement. *Milbank Quarterly*, 1998, 76:624–648.
- 15-Stern Z. Can CQI really work in health care? For how long? *International Journal for Quality in Health Care*, 1997, 9:1–2.
- 16-Nerenz DR. CQI in health care: some comments on “Can it really work?” *International Journal for Quality in Health Care*, 1997, 9:3–4.
- 17-Maguerez G. Integrating CQI in health organisations: perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 1997, 9:5–6.
- 18-Goldmann DA. Sustaining CQI. *International Journal for Quality in Health Care*, 1997, 9:1–2.
- 19-*The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (available on the Internet at <http://www.who.int/whr/>).
- 20- Joint Commission (available on the Internet at <http://www.jcaho.org>).
- 21-Arce H. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality in Health Care*, 1999, 11:425–428.
- 22-Whittaker S et al. Status of health care quality review programme in South Africa. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 3:247–250.
- 23-Whittaker S et al. Introducing quality assurance to health service delivery – some approaches from South Africa, Ghana and Kenya. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:263–267.
- 24-Ito H, Iwasaki S, Nakano Y, Imanaka Y, Kawakita H, Gunji A. Direction of quality improvement activities of health care organizations in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:361–363.
- 25-Joint Commission International (available on the Internet at <http://www.jcrinc.com/>).
- 26- صدقیانی، ابراهیم. استانداردهای ممیزی و اعتباربخشی بیمارستان. چاپ سوم. تهران، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. 1384: 13.
- 27-Malcom Baldrige Awards (available on the Internet at <http://www.asq.org/info/baldrige/index.html>).
- 28-European Foundation for Quality Management (available on the Internet at <http://www.efqm.org>).
- 29-Cranovsky R, Schilling J, Straub R. *Quality management system for health care institutions*. Frankfurt, PMI Verlag, 2000.