



## مطالعه سیر تاریخی نظام های مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان

سارا آقابابا: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

E-mail: [باشگاه پژوهشگران جوان، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی](mailto:aghababa.s@gmail.com)  
[aghababa.s@gmail.com](mailto: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 جزئیات 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

بررسی

مورد

کشورها

برخی

قرار خواهد گرفت.

کلمات کلیدی: کیفیت، بهداشت و درمان، مفاهیم

### 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 آسیب‌رسان 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 شیوه‌ای ایمن، کارا، بدون اتلاف منابع و مورد پذیرش از جانب افراد ارائه شود (۱).

با وجود تغییرات سریع در دنیای امروز مراکز بهداشتی و درمانی تبدیل به سازمان‌های پیچیده‌ای شده‌اند که ارائه خدمات درمانی نیازمند حمایت مدیریتی و اداره‌ای دارد که بتوان در نهایت بیماران را با سلامتی ترخیص نمود. توسعه و اجرای یک رویکرد در نظام‌ها و مؤسسات بهداشتی و درمانی نیازمند تغییرات بنیادین در فرهنگ، ساختار و شیوه‌های عملکردی است. استقرار معیارهای بهنجار و استانداردها و نظارت برای ارزیابی عملکرد مؤسسات و نظام‌های بهداشتی و درمانی پاسخی قاطع برای این نیازها می‌باشد. چنانچه الگوهای مورد استفاده به خوبی طراحی شده و در جایگاه خود قرار گیرند، به خوبی در مسیر تغییر گام برداشته‌اند و به ذینفعان در حل سریع مسائل و مشکلات ناشی از تغییر اطمینان می‌دهند (۲).

علاوه بر آن همراه با افزایش تقاضا برای کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی هزینه‌ها نیز افزایش یافته‌اند. بر این اساس سازمان‌های بهداشتی و درمانی بویژه بیمارستان‌ها ناچار بر تمرکز بر وسایلی شده‌اند که بوسیله آن‌ها خدمات را ارتقا داده و استفاده بهینه از منابع را مورد آزمایش قرار دهند (۳).

در نهایت، پیچیدگی سازمان‌های بهداشتی درمانی کنونی، هزینه‌های فزاینده بهداشت و درمان، تخصص‌گرایی، تأکید بر مشتری و اهمیت کارایی و اثربخشی از جمله عواملی هستند که سازمان‌های بهداشتی و درمانی را به تحول در ارزیابی عملکرد و بکارگیری الگوهای برتری سازمانی ترغیب و تشویق نموده است (۴). اگرچه ابزارها و تکنیک‌های مدیریت کیفیت در صنایع و ارائه کالاها با موفقیت اجرا شده است، هم‌اکنون در بهداشت و درمان نیز تعدیل شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵).

سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ 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 (۶):

- 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<sup>۱</sup> باز می گردد. هم اکنون این رقم در ایران ۶/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی می باشد (سازمان بهداشت جهانی).

#### اهمیت قانونی

ماده ۳۹ 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 ۸۸ 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 (۷).

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، تجهیزت 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 (۸).

<sup>۱</sup> GDP: Gross Domestic Product

## نظام های مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان

### کنترل کیفیت<sup>۱</sup>

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 ابن قبیل بخش ها برای کنترل فرآیندها در محدوده حساس و قابل قبول انجام شد.

پروژه های تضمین کیفیت<sup>۲</sup> 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 نپال، بولیوی، اکوادور مورد استفاده قرار گرفته است (۹).

### ارزشیابی کیفیت<sup>۳</sup>

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 (۱۰).

### تضمین کیفیت<sup>۴</sup>

در کشور های غربی، تضمین کیفیت واژه متداول در سال های حدود ۱۹۸۰ شد و با نظریات دونابدیان 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.

<sup>۱</sup> . Quality Control

<sup>۲</sup> . QAP: Quality Assurance Project

<sup>۳</sup> . Quality Assessment

<sup>۴</sup> . Quality Assurance

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<sup>۱</sup>

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 بلندمدت در کنار رضایت مشتریان و برای منفعت کلیه ذینفعان و جامعه می باشد (۱۱). 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 کند، 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 تعدی به 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

سیاست های دولتی و کیفیت در بهداشت و درمان می باشد به ویژه در اروپا، آسیای جنوب شرقی و امریکا با الگوی تعالی سازمانی، جایزه مالکوم بالدريج و ایزو ۹۰۰۲ (۱۲).

### بهبود کیفیت<sup>۲</sup>

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 ۱۶ بیمارستان بیانگر آنست که بهبود کیفیت بیشتر منجر به کاهش هزینه ها شده است تا بهبود نتایج که این مورد در الگوهای بعدی بیشتر

<sup>۱</sup> . TQM: Total Quality Management

<sup>۲</sup> . Quality improvement

مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). 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 (۱۴). گروهی از مقالات در ژورنال‌ها 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 (۱۸-۱۵).

#### بهبود کیفیت درمان<sup>۱</sup>

در اوایل سال ۱۹۹۰ 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 (۱۹).

#### اعتباریابی<sup>۲</sup>

واژه اعتباریابی به ارزشیابی نظام‌مند بیمارستان‌ها براساس استانداردهای صریح اولین بار در امریکا در سال ۱۹۱۷ آغاز شد. این موسسه یک واحد مستقل با برنامه داوطلبانه برای ارزشیابی عملکردها، سازمان و شبکه های بهداشتی و درمانی توسعه پیدا کرد (۲۰). این کمیته مشترک ارزیابی ابتدا بین کشورهای اروپایی، امریکای لاتین (۲۱)، آفریقا (۲۲ و ۲۳)، و غرب اقیانوس آرام (۲۴) در حدود سال‌های ۱۹۹۰ گسترش یافت. هم‌اکنون ۲۸ کشور برنامه عملیاتی اعتباریابی دارند (۲۵).

اعتباربخشی مداوم فعالیتی است که به وسیله آن سازمان فرآیندهای خود را ارزیابی می‌کند و آن‌ها را بهبود می‌بخشد تا

از این رهگذر به صورت مداوم از حفظ سطح درجه اعتبار خود اطمینان یابد، یا در افزایش نیازمندی‌های اعتباربخشی

پا فراتر نهد. شورای مشترک متعهد است تا بیمارستان‌ها را در زمینه حرکت به سوی اعتباربخشی مداوم یاری دهد (۲۶).

#### الگوی مالکوم بالدريج<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>. Quality of care development

<sup>۲</sup>. Accreditation

<sup>۳</sup>. Malcom Baldrige Model

معیارهای بالدریج برای نظام مدیریت از امریکا در سال ۱۹۸۹ گسترش یافته است. این الگوی جامعی است که عملکرد را براساس معیارهایی چون رهبری، برنامه‌ریزی راهبردی، بیماران و مشتریان و بازارها، سنجش و تحلیل و مدیریت دانش، و نیروی انسانی، مدیریت فرآیندها و در نهایت معیار نتایج مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۷).

الگوی تعالی سازمان‌های اروپایی<sup>۱</sup> هم‌اکنون بسیاری از کشورهای اروپایی از این الگو برای ارزیابی و سنجش عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی خود استفاده می‌کنند. معیارهای این الگو عبارتند از: (۲۸) رهبری، کارکنان، ختمشی و استراتژی، منابع و شرکاء، فرآیندها، نتایج کارکنان، نتایج مشتریان، نتایج جامعه و نتایج کلیدی عملکرد. در این الگو ۵ معیار اول توانمندسازها و ۴ معیار آخر نتایج می‌باشند.

استانداردسازی سازمان‌های بین‌المللی<sup>۲</sup> 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 می‌دهد. این استانداردها بیشتر بر روند اجرایی تأکید دارند تا بر نتایج بالینی و بیشتر در واحدهای مکانیکی مانند آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی کاربرد دارد، برای کل بیمارستان هم مورد استفاده قرار گرفته است. ایزو ۹۰۰۰ که در سال ۲۰۰۰ منتشر شده است، شبیه معیارهای تعالی الگوی اروپایی می‌باشد (۲۹).

بازرسی طبق قانون<sup>۳</sup>

---

<sup>۱</sup>. European Foundation for Quality Management

<sup>۲</sup>. ISO: International Organization for Standardization

<sup>۳</sup>. Statutory inspection

بسیاری از کشورها از این روش برای پایش و مطابقت با استانداردها بویژه برای رعایت ایمنی محیط کار استفاده می‌کنند. دولت‌ها برای مراکز درمانی و کلینیک‌ها گواهی صادر می‌کنند. این استانداردها به ندرت به روز می‌شوند. این آیین‌نامه‌ها بیشتر مربوط به حریق، اکسیژن، اشعه، وسایل پزشکی و داروها می‌شود، البته بسیاری از کشورها کنترل عفونت و

تزریق خون را نیز به این برنامه‌ها گنجانده‌اند.

در ایران ارزشیابی بیمارستان‌ها توسط معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس این روش صورت می‌گیرد.

### رویکردهای بین‌المللی نظام‌های کیفیت خارجی<sup>۱</sup>

در بسیاری از کشورها هم‌اکنون کمیته‌ای در خارج از بدنه دولت برای ارزیابی استانداردها وجود دارد. در این شیوه همکاری و هماهنگی دولت محلی و سازمان ارزیابی‌کننده برای اطمینان از اعتبار استانداردها، ارزشیابی موثق، مشارکت مصف‌کنندگان، به تصویر کشیدن بهبود کیفیت خدمات، شفافیت و دسترسی عمومی به معیارها، فرآیندها و نتایج توصیه شده است. بسیاری از سازمان‌های بیمه‌ای این نظارت‌ها را انجام می‌دهند.

یافته‌ها و بحث نتیجه‌گیری:

شاید مهمترین قدم برای یک سازمان ملی و یا بین‌المللی برای ارتقای کیفیت آشنایی با مفاهیم و تاریخچه نظام‌های مدیریت کیفیت باشد. از آنجا که دسترسی به منابع این الگوها هم‌اکنون در سایت‌ها به صورت رایگان در اختیار عموم قرار دارد، ترغیب مدیران جهت مطالعه کارمندان در این زمینه یکی از عوامل موفقیت می‌باشد. شایان ذکر است که مفاهیم اشاره شده ابزارهایی برای بهبود کیفیت می‌باشند و خود به تنهایی موجب بهبود کیفیت

نمی‌شوند، بلکه چاقوبی برای بهبود کیفیت ارائه می‌دهند. بسیاری از این الگوها از صنایع و کارخانه‌ها برخاسته‌اند و به طور ویژه به بهداشت و درمان نمی‌پردازند؛ حال آنکه بهداشت و درمان شرایط ویژه‌ای دارد که در بسیاری موارد قابل قیاس با سایر حوزه‌ها نیست.

علاوه بر این با الزام مواد ۳۹ و ۴۸ قانون برنامه چهارم توسعه مبنی بر معرفی یک الگوی برتر بهبود مستمر کیفیت در کلاس جهانی برای بخش سلامت، ابتدایی‌ترین راه مطالعه پیشینه اقدامات صورت گرفته در خصوص کیفیت و استفاده از تجربیات سایر کشورها می‌باشد.

---

<sup>۱</sup>. International views on external quality systems



منابع:

۱-Ovretveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, ۲۰۰۴, ۱۷:۳۶۸-۳۷۶.

۲-Ruize, U & Simson, J. Quality management in health care: a ۲۰-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, ۲۰۰۴, ۱۷:۳۲۳-۳۳۳.

۳-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*, ۲۰۰۰, ۱۳:۲۵۴ ا.

۴-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*, ۲۰۰۳, ۶۰, ۱۷-۳۷.

۵-Barry, R., Smith, A.C., The Manager's Guide to Six Sigma in Healthcare, ASQ Quality Press, Milwaukee, WI, . ۲۰۰۵.

۶-*Coordination of activities with other organizations of the United Nations system and attainment of health for all by the year ۲۰۰۰*. Geneva, World Health Organization, ۱۹۷۹ (Resolution WHA۳۲,۲۴, Thirty-second World Health Assembly, ۷-۲۵ May ۱۹۷۹; available on the Internet at <http://www.who.int/governance/en/>).

۷-قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران(۱۳۸۸-

۱۳۸۴).تهران:سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، معاونت امور اداری، مالی و منابع انسانی، مرکز

مدارک.۱۳۸۴:۶۵ و ۱۳۶.

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.

۱۸-Goldmann DA. Sustaining CQI. *International Journal for Quality in Health Care*, ۱۹۹۷, ۹:۱-۲.

۱۹-The World Health Report ۲۰۰۰ – *Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, ۲۰۰۰ (available on the Internet at <http://www.who.int/whr/>).

۲۰- Joint Commission (available on the Internet at <http://www.jcaho.org>).

۲۱-Arce H. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality in Health Care*, ۱۹۹۹, ۱۱:۴۲۵-۴۲۸.

۲۲-Whittaker S et al. Status of health care quality review programme in South Africa. *International Journal for Quality in Health Care*, ۲۰۰۰, ۳:۲۴۷-۲۵۰.

۲۳-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*, ۱۹۹۸, ۱۰:۲۶۳-۲۶۷.

۲۴- 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*, ۱۹۹۸, ۱۰:۳۶۱-۳۶۳.

۲۵-Joint Commission International (available on the Internet at <http://www.jcrinc.com/>).

۲۶- صدقیانی، ابراهیم. استانداردهای ممیزی و اعتباربخشی بیمارستان. چاپ سوم. تهران، موسسه عالی پژوهش

تأمین اجتماعی. ۱۳۸۴: ۱۳

۲۷-Malcom Baldrige Awards (available on the Internet at <http://www.asq.org/info/baldrige/index.html>).

ॲ-European Foundation for Quality Management (available on the Internet at <http://www.efqm.org>).

ॲ-Cranovsky R, Schilling J, Straub R. *Quality management system for health care institutions*. Frankfurt, PMI Verlag, ॲ...