

بسمه تعالی



بهترین استراتژی ها برای تضمین کیفیت در بیمارستان

نویسندگان :

پریسا شجاعی email:shojaeev@gmail.com تلفن: ۰۲۱-۶۶۲۴۶۳۱۲

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - دانشگاه علوم پزشکی ایران

سارا آقابابا : email:aghababa.s@gmail.com تلفن: ۰۲۱-۴۴۶۶۳۵۰۸

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و

تحقیقات

مقدمه

در دنیای متغیر کنونی، بسیاری از سازمانها، دنبال راههایی هستند تا از طریق آنها به مزیت رقابتی دستیابند و خدمات و محصولات خود را از دیگران متمایز سازند. یکی از استراتژی های موجود برای دستیابی به این مهم، ارائه خدمات باکیفیت است (۱).

عرضه محصول با کیفیت برتر و ارائه خدمات به مشتری با سطح عالی و بطور مستمر، موجب ایجاد مزیت های رقابتی برای سازمان می شود؛ از جمله این مزیت های رقابتی می توان به ایجاد موانع رقابتی، وفاداری مشتریان، تولید و عرضه محصولات متمایز، کاهش هزینه های بازاریابی و تعیین قیمت های بالاتر، اشاره نمود (۲). تحولات جدید باعث شده است تا بخش خدمات با سرعت زیادی گسترش پیدا کند به طوری که طبق نظر بسیاری از کارشناسان تا پایان سال ۲۰۰۴ قریب ۷۰٪ از حجم نیروی کار جهان جذب بخش خدمات می شود (۳)؛ که در میان انواع مختلف خدمات، خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه ای است، چرا که اولاً این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا میکند و مهمتر اینکه رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش میباشد (۴). اما متأسفانه علیرغم اهمیت زیادی که بخش بهداشت و درمان دارد شیوه ارائه خدمات توسط این بخش به نوعی است که در موارد زیادی نارضایتی جامعه را به دنبال دارد؛ چراکه به لحاظ خطیر بودن خدمات این بخش، اشتباهات بسیار کوچک، خسارات بزرگ و جبران ناپذیری را به دنبال دارد (۵). برداشت مشتری از کیفیت خدمت، نقش اصلی را در شکل دهی به بازار بخش سلامت دارد؛ و وجود اطلاعات معتبر در مورد ادراکات و انتظارات مشتری، تاثیر انکارناپذیری بر ارتقای کیفیت خدمات این بخش برجای می گذارد (۶).

اندازه گیری صحیح مراقبت های سلامت همانقدر در موفقیت سازمانهای بهداشتی و درمانی اهمیت دارد که دستیابی به فرایند مناسب برای ارائه خدمات مهم است. بدون در اختیار داشتن یک روش ارزیابی معتبر، تعیین و اجرای استراتژی های لازم برای اجرای مدیریت کیفیت خدمات، غیرممکن می باشد (۵).

در این راستا به نظر می رسد که با مطرح کردن اصول کیفیت در بخش سلامت، میتوان فرآیند ارائه خدمات را بهبود بخشید و رضایت مشتری را به عنوان عنصری بسیار حساس در عرصه رقابت امروزی، تامین کرد؛ و با ارزیابی میزان اثربخشی این خدمات، از کیفیت آنها اطمینان حاصل نمود (۴).

رویکردهای بسیاری در مورد ارتقاء کیفیت و سلامتی و استراتژی های مختلفی برای تشویق بیمارستان ها به منظور انجام این رویکردها وجود دارد. کدام یک از استراتژی ها بسیار مناسب و هزینه اثربخش برای یک بیمارستان خاص در یک شرایط ویژه است؟

رویکردهایی برای ارتقاء کیفیت و سلامتی بیماران

* افزایش منابع: افزایش منابع مالی، انسانی، تسهیلات یا تجهیزات مورد نیاز در یک بیمارستان یا سیستم بهداشتی درمانی، با هدف درمان بیماران بیشتر یا درمان همان تعداد بیماران با سرعت بیشتر، بهتر و هزینه کمتر. مدارک کمی وجود دارد مبنی بر اینکه افزایش منابع زمان انتظار را کاهش می دهد (۷). اما مخالفانی وجود دارد در مورد اینکه آیا کاهش زمان انتظار ناشی از منابع فوق العاده است و زمان انتظار باید به عنوان یک خصوصیت کیفیتی در نظر گرفته شود. برخی دلایل و شواهد نشان می دهد که کاهش منابع بر کیفیت تأثیر دارد.

* سازماندهی مجدد در مقیاس بزرگ یا اصلاحات مالی: تغییر ساختار یک بیمارستان یا سیستم بهداشتی درمانی به منظور تسهیل تصمیم گیری بهتر یا بکارگیری بهتر منابع. تغییر روش های تأمین مالی، راهی برای ارتقای کیفیت می باشد. شواهدی وجود ندارد که نشان دهد سازماندهی مجدد ساختار با مقیاس بزرگ می تواند کیفیت را ارتقا دهد. شواهد محدود نشانگر آنست که کیفیت برای بعضی از متخصصان، بهتر از یک حجم مطمئن از بیماران است (۸ و ۹). سازماندهی مجدد تغییرات فرآیند ها در مقیاس کوچک بوسیله تیم ها می تواند باعث ارتقای کیفیت گردد. دلایلی هم وجود ندارد که نشان دهد، تغییرات در روشهای مالی می تواند باعث ارتقای کیفیت گردد، ولیکن شواهد اندکی دلالت بر کاهش کیفیت وجود دارد.

* تقویت مدیریت: ارتقای کیفیت بوسیله افزایش مسئولیت ها ، اختیارات و تواناییهای مدیریت. این رویکرد در برخی موارد به عنوان قسمتی از انواع دیگر استراتژی ها بکار می رود. شواهدی مبنی بر اینکه افزایش مسئولیت، اختیارات و تواناییهای مدیریت در مورد کیفیت، منجر به ارتقای کیفیت است، وجود ندارد.

* استانداردها و خط مشی ها: بیشتر بررسی های پزشکی و بالینی در این دسته قرار می گیرد. بررسی ۹۳ مطالعه نشان می دهد که بازرسی می تواند یک کمک قابل ارزش برای هر برنامه کیفیت باشد، اما نیازمند یک " استراتژی منسجم هدفمند در پرورش

ممیزی های اثربخش" است. مزایای دریافت شده از بازرسی و ممیزی شامل ارتباطات بهبود یافته، ارتقاء مراقبت از بیماران، افزایش رضایت حرفه ای و مدیریت بهتر است. مضرات شامل کاهش مالکیت بالینی، ترس از دعوی قضائی، سوژن داخلی یا سلسله مراتبی و جداسازی حرفه ای است. موانع اصلی شامل: کمبود منابع، کمبود مهارت در طراحی پروژه و تحلیل، مشکلات بین گروهها و اعضای گروه، کمبود برنامه کلی برای بازرسی و موانع سازمانی است. فاکتورهای تسهیل کننده کلیدی؛ سیستم های مدارک پزشکی مدرن، آموزش اثربخش، پرسنل تخصیص داده شده، زمان محفوظ، برنامه های ساخت یافته و یک گفتگو بین خریداران و ارائه کنندگان است (۱۰). استانداردها و استراتژی های راهبردی ساده، قابل درک و بطور وسیعی قابل قبول هستند اما کاملاً نسبت به منابع حساس هستند. استانداردها ممکن است بدون توجه به نیازمندی های منابع تنظیم گردند (۱۱).

* توانمندسازی بیماران و توجه به حقوق آنها: ارائه امکاناتی به بیماران برای بیان نظریات آنها مثلاً از طریق سیستم های دادخواهی و شکایت یا پرسشنامه های سنجش رضایتمندی بیماران و اطلاع رسانی در مورد انتظارات و حقوق بیماران. هیچ شواهد قوی در مورد تأثیر یا هزینه های پرسشنامه های سنجش رضایتمندی بیماران وجود ندارد. همچنین ممکن است روشهایی برای افزایش قدرت بیماران از طریق مؤسسات قانونی یا وکلا یا قوانینی مثل درمان بیماران اورژانسی در عرض ۳۰ دقیقه پس از رسیدن به بخش اورژانس وجود داشته باشد (۱۲).

* سیستم های مدیریت کیفیت: تعریف مسئولیت ها برای کیفیت و تنظیم دستورالعمل ها و سیستم هایی برای تضمین آن. سازمان بین المللی استاندارد های جهانی (ISO) رهنمودهایی را منتشر کرده است که توسط بیمارستان های اروپا برای طراحی سیستم های مدیریت کیفیت استفاده می شود (۱۳). اگرچه سیستم های مدیریت کیفیت فراگیر یکی از استراتژی های بسیار مشهور در اروپا است، ولیکن شواهد اندکی در مورد آن وجود دارد.

* اعتبار بخشی و ارزشیابی کیفیت، داخلی یا خارجی: سیستم های ارزشیابی زیادی وجود دارند که بهترین نوع آن در اروپا، بنیاد اروپائی مدیریت کیفیت (EFQM)^۱ بر اساس

۱. European Foundation Quality Management (EFQM)

سیستم جایزه مالکم بالدریج آمریکا است (۱۴). یک استراتژی مرتبط ارزشیابی کیفیت خارجی بصورت داوطلبانه یا اجباری بوسیله یک سازمان بازرگاری شخص ثالث یا دستگاه دولتی است که ممکن است شامل اعتباربخش رسمی هم باشد یا نباشد. برخی از متخصصان بیان می دارند که برنامه های اعتباربخشی بیمارستان در کشورهای در حال توسعه با درآمد پایین از منابع به خوبی استفاده نمی کنند (۱۵).

* مدیریت کیفیت فراگیر و بهبود کیفیت مستمر: مدیریت کیفیت فراگیر (TQM)^۱ شامل مجموعه ای از اصول و روشهای کاربردی به طریقه های بسیار متفاوت است، که از برنامه های کیفیت سازمان های بزرگ صنعتی سرچشمه می گیرد. این استراتژی به پرسنل و ارائه بهترین تجارب و نتایج بیماران تمرکز دارد. ابزارهای کیفیت بوسیله تیم های مختلفی برای ایجاد تغییرات بکار می رود و چنین استدلال می شود که به یک رهبری و مدیریت قوی نیاز دارد و بر اساس این دیدگاه قرار دارد که مشکلات کیفیت اغلب ناشی از ساختار ضعیف است تا اشتباهات افراد (۱۶). ارتقاء کیفیت مستمر نیز از لحاظ مفهومی شبیه به مدیریت کیفیت فراگیر است؛ ولیکن بیشتر تمرکز بر تیم های پروژه ای برای تحلیل فرآیندهای کاری دارد. مطالعه ۶۷ بیمارستان آمریکا که در حال استفاده از TQM بودند نشان داد که بعد از دو سال، پیامدهای بیماران بطور مشخصی در مقایسه با بیمارستان هائی که فقط در حال آغاز برنامه های مدیریت کیفیت فراگیر یا ارتقاء کیفیت مستمر بودند؛ تفاوت چندانی ندارد.

* مشارکت کنندگان کیفیت: این استراتژی بوسیله تیم های پروژه ای از بیمارستان های مختلف ارائه می گردد. این تیم ها روشهای کیفیت مختلف را بکار می برند و نحوه پیشرفت کار را گزارش می نمایند. این استراتژی برای ارائه یک روش اقتصادی و فراگیری مدل های اثربخش و روشهای کیفیت است (۱۷).

* مهندسی مجدد: بعضی از روشهای مدیریت کیفیت فراگیر را بکار می برد اما شامل یک طراحی مجدد بسیار بنیادی " فرآیند تولید" نسبت به رویکرد TQM می باشد که عموماً شامل تغییرات مقیاس کوچک و بطور فزاینده ای تست شده است (۱۸). تعدادی از گزارشات در مورد پروژه های موفقیت آمیز بکارگیری این رویکرد وجود دارد اما در

۱. Total Quality Management (TQM)

مورد هزینه های کلی و مزایای آن گزارشی بیان نشده است و در برخی موارد به جلب حمایت مستمر پزشکان به عنوان یک مشکل اشاره شده است (۱۹).

* مقایسه شاخص های کیفیت: ایجاد انگیزه در بیماران، پزشکان و دیگران برای کاربرد اطلاعات در مورد کیفیت برای پیشرفت و بهسازی. این ممکن است بوسیله یک بیمارستان بکار رود که در برنامه جمع آموری داده های قابل مقایسه شرکت می کند یا به عنوان یک استراتژی داوطلبانه یا اجباری برای بیمارستان ها در یک منطقه برای جمع آوری و گزارش داده های یکسان. بعضی از سیستم های مقایسه عمومی هستند و برای تشویق بیماران و ارائه کنندگان برای ارتقاء کیفیت ترویج داده می شوند (۲۰).

* الگوبرداری: کاربرد اطلاعات مقایسه ای در مورد کیفیت با روشهای اضافی برای کمک به تصمیم گیری ارائه دهندگان در مورد نحوه ارتقای کیفیت. روشهای خاصی برای شناسایی، مستندسازی و کاربرد بهترین عملکردها وجود دارد.

* مدیریت خطر و ایمنی: شناسایی رویه های پرخطر یا شرایطی که بیمارستان را در معرض خطرات مالی ادعاهای بیماران قرار می دهد (۲۱). این شامل روشهایی برای تشخیص علت های حوادث ناسازگار است. استراتژی های ایمنی بیماران اغلب شامل مدیریت خطر و یک دامنه وسیعی از روشها از صنایع دیگر برای جمع آوری و تحلیل حوادث ناسازگار است (۲۲).

آیا شواهدی دال بر اینکه کدام نوع از استراتژی بهتر از انواع دیگر برای ارتقای کیفیت و سلامتی بیماران در بیمارستان است وجود دارد؟

هیچ مدرک علمی در مورد ارجعیت یک استراتژی بر استراتژی دیگر وجود ندارد. تحقیقات اندکی در مورد ارزیابی اثربخشی یک یا بیشتر از یک استراتژی کیفیت در بیمارستان وجود دارد. که معمولاً این تحقیقات در مقیاس کوچک انجام گرفته و برخی از گزارشات شامل نتایج کوتاه مدت جمع آوری شده بوسیله پزشکان است. انتشارات و گزارشات زیادی در مورد استراتژی های مختلف وجود دارد ولیکن تعداد کمی از آنها دارای نتایج معتبر است. مطالعات جامع و قابل مقایسه زیادی در مورد موفقیت اجرای سیستم های مدیریت کیفیت وجود دارد ولیکن مطالعات دقیق و ماهرانه در مورد ایجاد موفقیت آمیز سیستم TQM در صنعت بهداشت و درمان و مقیاس های عملکرد خاص در ارزیابی سیستم های بهداشتی درمانی، ضروری است. داده های چنین مطالعاتی باید از طریق مشاهده مستقیم، پرسشنامه و تحلیل داده های عملکرد بدست آید که منتهی به سنجش

فرضیه هائی بوسیله ارسال پرسشنامه هائی به مدیران بیمارستان که در اجرای TQM موفق بوده اند، می شود (۲۳).

مذاکرات و مباحثات

مذاکرات زیادی در مورد اینکه کدامیک از استراتژی های اثربخش هستند؛ وجود دارد. یکی از مباحثات در مورد استراتژی های "عام" در مقابل "خاص" است. بسیاری از متخصصان اظهار می دارند که افزایش پرسنل، تجهیزات و آموزش بهترین استراتژی است. طرفداران کیفیت استدلال می نمایند که عبارت "بیشتر از میزان قبلی کار کنید" می تواند به بیماران آسیب رساند. بکارگیری روشهای کیفیت به صورت سیستماتیک در یک استراتژی در زمان طولانی بسیار هزینه اثربخش است. بحث ها خصوصاً در کشورهای در حال توسعه یعنی جایی که بطور مشابهی مدارک ناقص و وضعی از نتایج رویکردهای مختلف وجود دارد، حاد است.

بحث دیگر در ارتباط با رویکردهای فردی در مقابل رویکردهای سازمانی است. بعضی از استراتژی ها بر تغییرات فردی تمرکز دارد مثل: آموزش یا اجرای خط مشی و بعضی دیگر بر تغییرات سازمانی. آموزش حرفه ای سریعتر و از نظر اجرا سریعتر است و بطور بسیار اثربخش می تواند توسط سوپروایزر انجام شود. این قسمت از بحث اشاره به رقابت بین مدیریت و مالکیت و کنترل کیفیت حرفه ای و اینکه استراتژی های کیفیت در مسائل سیاسی مهم درگیر هستند، می باشد (۲۴). عملاً استراتژی های مبتنی بر فرد به تغییر در سازمان بستگی دارد و رویکردهای تغییر سازمانی، آموزش و راهبردهائی را برای سطوح فردی بکار می برند.

بحث بعدی مربوط به محرک ها است. یک دیدگاه بیان می دارد که کیفیت بوسیله یک بحث باز و درست در مورد شکاف بین کیفیت جاری و قابل قبول، بوسیله انتشار بهترین نتایج و پاداش دهی به بیمارستان ها برای ارتقای عملکرد، به خوبی بهبود می یابد. دیدگاه دیگر اینکه در صورت وجود ارائه دهندگان با کیفیت ضعیف، دولت ملی در مورد تضمین حداقل استانداردها و حمایت مردم از مراقبت های ضعیف و نالایم، وظیفه دارد. این دیدگاه از بازرسی یا اعتباربخشی اجباری حمایت می کند؛ با ضمانت اجرایی قانون برای کیفیت ضعیف و پاداش دهی به کیفیت ارتقا یافته. بحث های زیادی در مورد رویکردهای "پلیس، تنبیه و پاداش" و رویکردهای "الهام بخشیدن و بهبود دادن" وجود دارد. بسیاری از این دولت ها از هر دو رویکرد استفاده می کنند که باعث مشکلاتی برای اداراتی می شوند که انتظار دارند هر دو برای کاربرد ضمانت اجرای قانون و

برای تشویق اشتراک باز اطلاعات عملکرد کیفیت استفاده شوند. مسئله مرتبط در این زمینه انتشار داده های عملکرد کیفیت است.

یک بحث دیگر مربوط به کاربرد استراتژی های کیفیت صنعتی برای بخش بهداشت و درمان است. با رشد پذیرش روشها در بهداشت و درمان، بحث تغییر می یابد به سمت اینکه چگونه این استراتژی ها مطابق با بخش بهداشت و درمان ترجمه و مطابقت داده می شوند.

بحث دیگر مربوط به کاربرد استراتژی های کیفیت خاص در کشورهای غیر غربی با سطوح درآمدی قابل مقایسه است. این بحث با این مطلب آغاز می شود که پیش شرط های فرهنگی برای یک استراتژی کیفیت، هم در کشور و هم در سازمان اثربخش است. یک بررسی وسیع نشان می دهد که شرایطی که یک ابتکار کیفیت را احاطه می نماید، برای موفقیت آن مهم است و موفقیت به دامنه فاکتورهای محلی بستگی دارد (۲۵). استراتژی کیفیت بیمارستان شرایط را برای تشویق ابتکارات و پروژه ها در یک سازمان ایجاد می کند. شواهد کمی دال بر این مطلب وجود دارد که پروژه های ارتقا مستمر کیفیت نیاز به مشارکت پزشکان و مدیریت دارد (۲۶). بطور کلی شرایط متعددی برای انواع مختلف استراتژی ها وجود دارد که هیچ یک از تحقیقات انتخاب یک استراتژی را برای شرایط مختلف به رهبران توصیه نمی کند.

بحث و نتیجه گیری

مروری بر مداخلات انجام یافته در این زمینه نشان می دهد که هیچ مدرکی مبنی بر وجود بهترین استراتژی وجود ندارد. و استراتژی موفق خواهد بود که با مطالعه رویکردهای مختلف، منطبق با شرایط، تعدیل یافته با تغییرات و با تعهد مدیریت انتخاب گردد.

توصیه های زیر از بررسی نتایج معتبر چند مطالعه استنتاج گردیده است:

۱. بیمارستان ها باید تصمیم بگیرند که پس از ارزشیابی وضعیت کیفیت و ایمنی سازمانشان کدام رویکرد با شرایط آنها مطابقت دارد و لیستی از استراتژی های مقتضی و مناسب برای خود تهیه نمایند.

۲. زمان بررسی انواع استراتژی ها، بیمارستان ها و دولت ها باید در مورد ادعای طرفداران هر رویکرد سؤال نمایند چرا که یک مدرک قوی دال بر اثربخشی هر استراتژی وجود ندارد.

۳. تصمیم گیرندگان باید آگاه باشند که استراتژی یکسان بکار رفته در فضای مختلف ممکن است نتایج مختلفی به بار آورد، حتی اگر بطور کامل اجرا گردد. باید به مسائل مالی، فرهنگی و دیگر شرایط پیرامون اجرای استراتژی توجه کامل مبذول داشت.
۴. انتخاب یک نوع از استراتژی کیفیت، باید با بررسی آن بطور منظم و مطابقت دادن آن با شرایط در حال تغییر و پاسخگویی پرسنل ذینفع، انجام گیرد. تلاش هایی برای ارزیابی هرگونه کسری در نتایج که ممکن است ناشی از استراتژی غلط یا اجرای ضعیف باشد، باید انجام گردد.
۵. ممکن است کاربرد یک استراتژی کیفیت سازگار در زمان طولانی اثربخش تر از تغییر به سمت رویکرد دیگری باشد.
۶. متخصصان کیفیت با تجربه وسیع می توانند مفید باشند، اما باید به دقت انتخاب گردند. یک یا بیشتر از یک متخصص مستقل باید استفاده شود تا بازخورد مستقل برای بررسی های منظم یک استراتژی فراهم شود.
۷. استراتژی های کیفیت بیمارستان باید شامل ارتقای کیفیت خدمات داخلی یا گروههای مختلف بیماران مانند بیماران سالمند و نشان دهنده هماهنگی جامعه- بیمارستان در زمینه مسائل مراقبتی باشد.
۸. ممکن است زمان و پولی که می توانست برای مراقبت از بیماران صرف گردد، توسط برخی از استراتژی ها به هدر برود. توجه به مقدار زیادی از منابع سرمایه گذاری شده در استراتژی های کیفیت و هزینه های بالای استراتژی های ناموفق از جمله موارد محکمی برای تحقیقات علمی و مستقل هستند.
۹. محققان نیاز به توجه فراوان به توصیف استراتژی های واقعی، ارزیابی عمق اجرا و ملاحظه توضیحات دیگر نتایج آشکار یک استراتژی دارند.
۱۰. ترکیبی از انواع تحقیقات می تواند برای استراتژی های بهتر بکار رود. تحقیق با بکارگیری انواع روشهای ارزیابی نتایج از دیدگاه های مختلف، مستندسازی استراتژی های واقعی و محتوی آنها بسیار مفید است.

منابع:

۱. الواني، سيد مهدي. رياحي، بهروز. سنجش كيفيت خدمات در بخش عمومي. مركز آموزش و تحقيقات صنعتي ايران، ۱۳۸۲، چاپ اول، ص ۱۳۰.
۲. Cronin J. J. & Taylor S.A. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling Performance-Based and perception-minus-expectations measurements of service quality. *Journal of Marketing*. ۲۰۰۴، Vol. ۶۰، No. ۳، pp. ۳۲-۴۵.
۳. Cronin J.J. & Taylor S.A. Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*، ۲۰۰۴، Vol. ۶۸، No. ۸، pp. ۳۲-۴۵.
۴. Babakus E.W. & Mangold G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: empirical investigation. *Health Service Research*، (۲۰۰۱) ۲۶، pp. ۷۶۹-۷۸۱.
۵. Nelson E.C. & Rust R.T. Do patient Perceptions of quality relate to hospital financial performance? *Journal of Health Care Marketing*، (۲۰۰۳) pp. ۶.
۶. Rust T. R. & Keiningham T. L. Return On Quality (ROQ): Making Service quality Financially accountable. *Journal of Marketing*، ۲۰۰۵، Vol. ۵۷، No. ۱۲، pp. ۵۸-۷۱.
۷. Roberts H. Outcome and Performance in Health Care. London, Public Finance Foundation, ۱۹۹۰.
۸. Aletras V, Jones A, Sheldon T. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnet J (eds.). Concentration and choice in healthcare. London, Financial Times Healthcare, ۱۹۹۷
۹. Posnett, J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal*, ۱۹۹۹, ۳۱۹:۱۰۶۳-۱۰۶۵.
۱۰. Johnston G et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in health care*, ۲۰۰۰، ۹:۲۳-۳۶
۱۱. Thompson C et al. Effects of a clinical practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet*, ۲۰۰۰، ۳۵۵:۱۸۵-۱۹۱.
۱۲. Department of Health. The patients' charter. London, HMSO, ۱۹۹۲.
۱۳. ISO - EN ۹۰۰۱: Quality systems - model for quality assurance in design, development, production, installation and servicing. Geneva, International Standards Organization, ۲۰۰۰.
۱۴. NIST. Health care criteria for performance excellence. Malcolm Baldrige National Quality Award. Gaithersburg, MD, US Department of Commerce Technology

- Administration, National Institute of Standards and Technology, 1999.
<http://www.quality.nist.gov>
15. Øvretveit J. Improving health care quality in developing countries. *Quality and safety in health care*, 2002; 12: 200-201.
 16. Berwick D, Godfrey A, Roessner J. *Curing healthcare: New strategies for quality improvement*, San Francisco, Jossey Bass, 1990.
 17. Kilo C. A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Quality management in health care*, 1998, 6: 1-13.
 18. Hammer M, Champy J. *Re-engineering the corporation: a manifesto for business revolution*. London, Nicholas Brearley, 1990.
 19. Millac P, Liddle B, Reid S. The single visit neurology clinic. *Journal of the Association for Quality in Healthcare*, 1994, 2: 43-50.
 20. University Health Systems Consortium. *Health care report cards*. Oak Brooke: Illinois, 2003.
 21. Vincent C (ed.). *Clinical risk management*. London, BMJ Books, 2001.
 22. Cohen M, Eustis M, Gribbins R. Changing the culture of patient safety: leadership's role in health care quality improvement. *Joint Commission journal on quality and safety*, 2003, 9: 329-30.
 23. Motwani J, Sower V, Brasier L. Implementing TQM in the health care sector, *Health care management review*, 1996, 21: 73-82.
 24. Øvretveit J. Total Quality Management in Europe. *International journal of health care quality assurance*, 2000, 13: 74-79.
 25. Øvretveit J, Gustafsson D. Evaluation of quality improvement programmes. *Quality and safety in health care*, 2002, 11, 3: 270-276.
 26. Carman JM et al. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health care management review*, 1996, 21(1): 48-60.