

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقاء کیفیت خدمات درمانی





سرشناسه	کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
عنوان و نام پدیدآور	ارتقاء کیفیت خدمات درمانی / تألیف پیرحسین کولیوند، هادی کاظمی؛ [برای] بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء .
مشخصات نشر	تهران : میرماه، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۱۰۰ص. : جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۴۱۷-۵ :
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتابنامه : ص. ۹۷ - ۱۰۰.
موضوع	پزشکی -- خدمات -- کنترل کیفی
موضوع	Medical care -- Quality control :
موضوع	مراقبت های بیمارستانی -- کنترل کیفی
موضوع	Hospital care -- Quality control :
موضوع	مراقبت های بیمارستانی -- ایران -- کنترل کیفی
موضوع	Hospital care -- Iran -- Quality control :
موضوع	بهداشت -- مدیریت
موضوع	Health services administration :
شناسه افزوده	کاظمی، هادی، ۱۳۳۹ -
شناسه افزوده	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
رده بندی کنگره	RA ۳۹۹ :
رده بندی دیویی	۳۶۲/۱۰۶۸۵ :
شماره کتابشناسی ملی	۷۴۰۱۱۰۲ :
وضعیت رکورد	فیپا

ارتقاء کیفیت خدمات درمانی

تألیف:

دکتر هادی کاظمی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد

ورئیس بیمارستان خاتم الانبیاء علیه السلام

ورئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء

دکتر پیرحسین کولیوند

مدیر بیمارستان خاتم الانبیاء علیه السلام

ومعاون طرح و توسعه و منابع انسانی

مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء



میرماتاه

۱۳۹۹ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

ارتقاء کیفیت خدمات درمانی



مرکز
تحقیقات
علوم
اعصاب
شفا

تألیف: دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر هادی کاظمی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم‌زاده

لیتوگرافی و چاپ: نقش جوهر

صحافی: افشین

نوبت و سال انتشار: نخست / ۱۳۹۹

شمارگان: ۱۰۰ نسخه

قیمت: ۸۰۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۴۱۷-۵

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: نیاوران (شهید باهنر)، خیابان مژده (شهید مصطفی مقدسی)، پلاک ۶۴، طبقه ۵، واحد ۱۳

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۲۲۹۰۲

بسمه تعالی

پیشرفت و توسعه پایدار هر کشور و جامعه‌ای در گرو داشتن دانش، تکنولوژی و استفاده بهینه و مطلوب از ظرفیت‌ها و امکانات موجود است. بی‌تردید، برای نیل به این هدف، بهره‌گیری صحیح و اصولی از منابع، استعدادها و سرمایه‌های انسانی، امری ضروری خواهد بود.

امروزه در حوزه سلامت و به ویژه در مدیریت پیچیده مراکز درمانی، با عنایت به کمبود همیشگی منابع و لزوم توجه به ارتقای مستمر کیفیت خدمات و رضایت بیماران، توجه به مقوله‌ی بهره‌وری به نیاز و رویکردی پایه تبدیل شده است.

بر همین اساس و با توجه به تاکیدات مقام معظم رهبری و لزوم توجه به مقوله بهره‌وری در مدیریت مراکز دولتی و خصوصی کشور، تصمیم گرفتیم با توجه به دانش و تجارب کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، اصول و راهکارهای ارتقای کیفیت خدمات درمانی در مراکز درمانی را بررسی و تبیین نماییم.

امید است صاحب‌نظران و نخبگان حوزه سلامت و مدیران با تجربه مراکز درمانی کشور، ما را از رهنمودها و تجارب ارزشمند خود در این زمینه بهره‌مند فرمایند.

ومن...التوفیق

پیرحسین کولیوند

پاییز ۱۳۹۹ شمسی

۵	پیشگفتار
۹	فصل اول: مقدمه‌ای بر کیفیت خدمات درمانی (تعیین و تشریح نقش آن در سیستم‌های بهداشتی)
۹	مقدمه
۹	۱-۱- علل تمرکز بر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی
۱۱	۱-۲- تعاریف کیفیت مراقبت سلامت
۱۴	۱-۳- ابعاد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی
۱۶	۱-۴- نقش کیفیت در سیستم‌های بهداشتی درمانی و ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی
۱۸	۱-۵- راهکارهای بهبود کیفیت چیست؟
۲۱	فصل دوم: درک استراتژی‌های مهم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: اصول دیدگاه‌های پنجگانه
۲۱	مقدمه
۲۲	۲-۱- دیدگاه اول و دوم
۲۴	۲-۲- دیدگاه سوم: سه فعالیت اصلی استراتژی‌های کیفیت
۲۴	۲-۳- دیدگاه چهارم: تمایز بین ساختار، فرایند و نتیجه دونا‌بدیان
۲۵	۲-۵- دیدگاه پنجم و آخر: پنج هدف استراتژی‌های کیفیت
۲۷	فصل سوم: اندازه‌گیری کیفیت خدمات سلامت
۲۷	۳-۱- مقدمه
۲۸	۳-۲- چگونه می‌توان کیفیت را اندازه‌گیری کرد؟
۳۰	۳-۳- انواع شاخص‌های کیفیت
۳۳	۳-۴- اهداف متفاوت سنجش کیفیت و استفاده‌کنندگان از اطلاعات کیفیت
۳۶	۳-۵- مزایا و معایب انواع مختلف شاخص‌ها
۴۰	۳-۶- چگونگی شاخص‌های کیفیت
۴۲	۳-۷- معیارهای شاخص‌ها
۴۳	۳-۸- منابع داده برای سنجش کیفیت
۴۵	داده‌های سوابق پزشکی
۵۵	فصل چهارم: حاکمیت بین‌المللی و اتحادیه اروپا و راهنمایی برای استراتژی‌های ملی
۵۵	۴-۱- مقدمه
۵۶	۴-۲- بعد بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
۵۷	افزایش آگاهی و ایجاد یک دیدگاه مشترک
۵۷	ارتباط در حوزه سلامت

۶۲	۳-۴- روش اتحادیه اروپا (EU) به سمت کیفیت
۶۴	قوانین مبتنی بر بازار داخلی برای تضمین کیفیت و ایمنی
۶۴	محصولات بهداشت و درمان
۶۵	۴-۴- نظارت بین‌المللی اتحادیه اروپا و رهنمودی برای استراتژی‌های کیفی بهداشت و درمان
۶۶	جنبه بین‌المللی کیفیت در سلامت و درمان
۶۶	افزایش آگاهی سیاسی و ایجاد چشم اندازی مشترک
۶۹	فصل پنجم: ارتقاء بهره‌وری در نظام سلامت ایران
۶۹	سیاستگذاری‌ها
۷۱	ارتقای بهره‌وری در واحدهای بهداشتی و درمانی
۷۲	ارزش‌ها و مسئولیت‌های واحد درمانی
۷۲	ارزش‌های فردی و جمعی
۷۳	ارزش‌های سازمانی
۷۳	شناسایی موانع اصلی توسعه و بهبود کیفیت واحد بهداشتی-درمانی
۷۴	محور اول - بهبود فضاهای فیزیکی
۷۴	محور دوم- توسعه خدمات تشخیصی و درمانی
۷۵	محور سوم- ارتقای آموزشی نیروی انسانی
۷۵	محور چهارم- الگوهای جدید مدیریت و ارتقای کیفیت
۷۹	محور پنجم- بهبود هتلینگ بیمارستان
۷۹	محور ششم- اتوماسیون اطلاعات
۷۹	محور هفتم - اقتصاد بیمارستانی
۸۰	محور هشتم- تاسیسات و تجهیزات پزشکی
۸۱	محور نهم- بهبود ایمنی و کیفیت خدمات درمانی
۸۳	محور دهم- توسعه و بهبود زیرساخت‌ها
۸۳	محور یازدهم - رضایتمندی مشتری
۸۴	محور دوازدهم- توسعه امکانات رفاهی
۸۵	فصل ششم: مدیریت بهره‌وری در مراکز بهداشتی و درمانی
۸۵	نکات مورد تأکید در مدیریت ارتقاء
۸۶	اصول مدیریت بهره‌وری
۸۶	مفاهیم مرتبط با بهره‌وری
۸۹	فصل هفتم: الگوهای جدید مدیریت و ارتقای کیفیت در بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)
۹۵	تحقق اهداف شش سیگما در راستای تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)
۹۷	منابع (References)

فصل اول: مقدمه‌ای بر کیفیت خدمات درمانی (تعیین و تشریح نقش آن در سیستم‌های بهداشتی)

مقدمه

کیفیت نوعی سیاست است که از طریق تولید کالاها و خدمات مطلوب موجب رفع نیازمندی‌های مشتریان می‌شود. این سیاست، منابع را برای حفظ منافع سازمان به صورت اثربخش و کارآمد به کار می‌گیرد و برای مدیران و کارکنان سازمان سود بیشتری را در بر خواهد داشت. کیفیت به صورت تصادفی به وجود نمی‌آید، بلکه چیزی است که سازمان برای دستیابی به آن تلاش می‌کند. برای حصول کیفیت باید برنامه‌ریزی شود، استراتژی‌ها، خط‌مشی‌ها، فعالیت‌ها و روش‌های مخصوص آن مشخص شود. کیفیت مراقبت سلامت یکی از متداول‌ترین اصول سیاست بهداشت و درمان است که هم اکنون در سطوح ملی و بین‌المللی در دستور کار سیاست‌گذاران قرار دارد. به این مسئله در سطح ملی به دلایل مختلف -از تعهد عمومی به ارائه خدمات درمانی با کیفیت به عنوان یک کالای عمومی یا تمرکز مجدد بر نتایج درمان بیماران بستری گرفته تا شناسایی مسائل خاص مطرح در حوزه کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی- پرداخته می‌شود.

۱-۱- علل تمرکز بر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی

- اعتقاد و تعهد به ارائه خدمات درمانی با کیفیت به عنوان یک کالای عمومی
- افزایش آگاهی در مورد شکاف‌های موجود در حوزه‌ی مراقبت ایمن، کارآمد و فرد محور
- افزایش اهمیت تغییرات اساسی در استانداردهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

- تأکید مجدد بر ارتقای دستاوردها در بستر ایده‌های مراقبت سلامت ارزش محور
- انتظارات مردم، رسانه‌ها و جامعه مدنی همزمان با افزایش تقاضای عمومی برای شفافیت و پاسخگویی
- حرکت به سمت پوشش سراسری مراقبت سلامت و درک عدم امکان تحقق نتایج مطلوب در این حوزه در صورت افزایش دسترسی بدون توجه مناسب به کیفیت آن
- افزایش آگاهی نسبت به نیاز به هم‌راستاسازی عملکرد ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در دو بخش دولتی و خصوصی در بازارهای خرد و ترکیبی مراقبت سلامت
- افزایش آگاهی نسبت به اهمیت ارائه خدمات مورد اعتماد در جهت آمادگی مؤثر در برابر شیوع و سایر موارد اضطراری پیچیده

در کمیسیون اروپا^۱ ۲۰۱۴ و ۲۰۲۱ کیفیت به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم عملکرد سیستم سلامت (یعنی میزان تحقق اهداف سیستم‌های خدمات درمانی) به رسمیت شناخته شده است. در سطح بین‌الملل، میزان توجه به موضوع کیفیت در چارچوب اهداف توسعه پایدار^۲ افزایش یافته است، زیرا تحقق اهداف توسعه پایدار مستلزم پوشش سراسری مراقبت سلامت شامل محافظت در مقابل ریسک مالی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت و دسترسی به واکسن و داروهای ایمن، کارآمد، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه است. بدیهی است که کیفیت، جنبه‌ای الزامی از بهره‌وری است. میزان مطابقت ویژگی‌های خدمت عرضه شده با استانداردهای از پیش تعیین شده، کیفیت آن خدمت را تشکیل می‌دهد. کیفیت باید نیازهای مرتبط با عملکرد و تعرفه را برآورده نماید. این نکته در دو گزارش سازمان بهداشت جهانی^۳ که در سال ۲۰۱۸ منتشر شده است، (اول، در کتابچه سیاست‌ها و استراتژی‌های کیفیت ملی و دیگری راهنمای تنظیم شده با هدف تسهیل درک جهانی از کیفیت به عنوان بخشی از آرمان‌های پوشش سراسری بهداشت) منعکس شده است.

1. European Commission = EC

2. Sustainable Development Goal = SDG

3. World Health Organization = WHO

یکی از مطالعات انجام شده توسط سازمان بررسی سیاست‌ها و سیستم‌های مراقبت سلامت اروپا در حوزه کیفیت مراقبت سلامت (۲۰۰۸) خاطرنشان می‌سازد که گستردگی مقالات منتشر شده در حوزه کیفیت مراقبت در سیستم‌های بهداشتی آن چنان زیاد است که ده سال پیش سازمان‌دهی آن واقعاً دشوار بود که البته این موضوع حتی تا به امروز نیز صحیح است. برای اطمینان از ارتقای کیفیت مراقبت، پژوهش‌ها طیف وسیعی از رویکردها یا راهکارها را در بر می‌گیرد و اغلب با تمرکز بر سازمان‌های خاص (بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، کلینیک‌ها) یا حوزه‌های خاص مراقبتی (خدمات اورژانس، مراقبت از مادر و کودک و غیره) انجام می‌شود. (۲۰۱۸، ۲۰۲۱، ۲۰۱۴، ۲۰۱۲)

این گونه مطالعات به درک بهتر اثربخشی مداخلات در زمینه‌های مورد توجه برای گروه‌های خاص از بیماران کمک می‌کند. با این حال، مقالات موجود به ندرت به بررسی اولویت استراتژی‌ها می‌پردازند و معمولاً در تشخیص اولویت استفاده از یک استراتژی ویژه در یک شرایط خاص به سیاست‌گذاران کمک نخواهند کرد.

افزون بر این، با وجود گستردگی بانک مقالات و آگاهی عمومی از اهمیت آن در سیستم‌های مراقبت سلامت، درک مشترکی از اصطلاح «کیفیت مراقبت» وجود ندارد و هنوز هم حوزه‌ی شمول آن مورد اختلاف است. تعریف کیفیت اغلب در متون، پارادایم‌های انضباطی و سطوح تحلیلی متفاوت است. با این حال، همانطور که در کار پژوهشی آویدیس دونابدیان^۱ (۱۹۸۰) نیز مطرح شده است، ارزیابی و بهبود کیفیت حوزه‌ی شمول آن را نیز مشخص می‌کند. بنابراین، هدف از این فصل ارائه تعریفی شفاف از کیفیت و ارتباط آن با عملکرد سیستم سلامت است.

۲-۱- تعاریف کیفیت مراقبت سلامت

تعاریف اولیه کیفیت مراقبت سلامت تقریباً فقط توسط متخصصان بهداشت و محققان خدمات سلامت شکل گرفته است. هرچند، امروزه اهمیت گرایش‌ها و آرای بیماران، عموم مردم و سایر نقش‌آفرینان کلیدی در این حوزه به خوبی مشخص شده است.

دونابدیان (۱۹۸۰) کیفیت را از نظر عام به عنوان «توانایی دستیابی به اهداف مطلوب با استفاده از ابزارهای مشروع» تعریف می‌کند. این تعریف نشانگر این واقعیت است که اصطلاح «کیفیت» فقط مختص حوزه مراقبت سلامت نیست؛ بلکه توسط افراد مختلف در بخش‌های مختلف جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. مردم، نه تنها هنگام توصیف طیف وسیعی از جنبه‌های مثبت بیمارستان‌ها و پزشکان بلکه هنگام صحبت در مورد غذا یا اتومبیل نیز از اصطلاح کیفیت استفاده می‌کنند. در حقیقت، همین استفاده گسترده از اصطلاح کیفیت بخشی از ابهام موجود در مفهوم کیفیت خدمات سلامت را (هنگام کاربرد آن از سوی سیاست‌گذاران و محققان برای بیان انواع ویژگی‌های مثبت یا مطلوب سیستم‌های بهداشتی) توضیح می‌دهد. با این حال، دونابدیان تعریف خاص‌تری از کیفیت مراقبت نیز ارائه کرده است: «منظور از مراقبت سلامت با کیفیت مراقبتی است که با احتساب ایجاد توازن سود و زیان برای کلیه بخش‌های فرآیند مراقبت، رفاه بیمار را به حداکثر برساند.»

تعریف دونابدیان از آن جهت جالب توجه است که کیفیت مراقبت را به کلیه بخش‌های فرآیند مراقبت مربوط و هدف از خدمات با کیفیت بالا را به حداکثر رساندن رفاه بیمار می‌داند. رفاه بیمار قطعاً شامل وضعیت سلامتی او نیز هست.

با این حال، مفهوم رفاه بیمار نیز هم راستا با رویکردی است که به نکات مهم از دید بیماران توجه می‌کند. علاوه بر این، تعریف دونابدیان با برجسته ساختن سود و زیان موردانتظار در فرآیند مراقبت، محدودیت‌های طبیعی مطرح در حوزه کیفیت و بهبود آن را نیز به رسمیت می‌شناسد.

یک دهه بعد، IOM^۱، یک مؤسسه پزشکی در آمریکا اصطلاح کیفیت مراقبت و یا خدمات درمانی را اینگونه تعریف کرد: «میزان افزایش احتمال کسب دستاوردهای مطلوب در حوزه سلامت برای افراد و جامعه که با دانش حرفه‌ای فعلی مطابقت دارد.» در نگاه اول، به نظر می‌رسد که تمرکز این تعریف بر «کسب دستاوردهای مطلوب در حوزه سلامت» نسبت به مفهوم «رفاه بیمار» در تعریف دونابدیان محدودتر باشد. با این حال، IOM در توضیح این تعریف تصریح می‌کند که کسب دستاوردهای مطلوب در حوزه سلامت، به معنای رضایت و رفاه بیمار در کنار ارتقای وضعیت سلامت یا معیارهای کیفیت زندگی است.

تعریف IOM الهام گرفته از درک کیفیت در بسیاری از سازمان‌های ایالات متحده و بین‌المللی

1.

است. این تعریف، برخلاف سایر تعاریف رایج در مورد کیفیت مراقبت سلامت در آن زمان (از جمله تعریف دونابدیان) که عمدتاً به مراقبت‌های پزشکی اشاره می‌کرد، واحد خدمات سلامت به صورت یکپارچه (زیرا «مراقبت سلامت حاکی از مجموعه گسترده‌ای از خدمات شامل مراقبت‌های حاد، مزمن، پیشگیری، ترمیمی و توانبخشی است که در شرایط مختلف توسط بسیاری از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ارائه می‌شود.») افراد و جامعه (به جای بیماران) را دربر می‌گیرد، بنابراین پیوند کیفیت را با پیشگیری و ارتقاء سلامت تقویت می‌کند. در نهایت، مفهوم «دانش حرفه‌ای فعلی» ضمن تقویت حرکت مراقبت مبتنی بر شواهد برپویایی مفهوم کیفیت و تحول مداوم آن تأکید می‌کند.

تعریف کیفیت توسط شورای اروپا که هفت سال پس از انتشار تعریف IOM و به عنوان بخشی از توصیه‌های شورا در مورد سیستم‌های ارتقای کیفیت برای کشورهای عضو اتحادیه اروپا منتشر شد، اولین تعریفی بود که به صراحت از ملاحظات مربوط به جنبه ایمنی بیمار سخن می‌گفت؛ بنابراین تعریف کیفیت خدمات درمانی نه تنها معرف «میزان افزایش شانس بیمار برای کسب نتایج مطلوب در پی معالجه انجام شده است»، بلکه ضمن تکرار تعریف IOM یک قدم به جلو بر می‌دارد و تصریح می‌کند که خدمات درمانی با کیفیت «احتمال کسب نتیجه نامطلوب را نیز کاهش می‌دهد» (شورای اروپا، ۱۹۹۷). در همان سند، شورای اروپا به صراحت طیف وسیعی از ابعاد کیفیت مراقبت را نیز تعریف می‌کند اما، شگفت‌آنکه در بین این ابعاد از ایمنی غفلت شده است.

برخلاف آنچه تاکنون مورد بحث قرار گرفته است، هر دو تعریف، کیفیت را با تعیین سه جنبه یا ویژگی اصلی توصیف می‌کنند: اثربخشی، ایمنی و پاسخگویی یا بیمار محوری. تشابه این دو تعریف تصادفی نیست، زیرا هر دو به شدت تحت تأثیر پروژه شاخص‌های کیفیت مراقبت سلامت OECD^۱ قرار داشتند. افزون بر این، این دو تعریف از یک جنبه دیگر نیز جالب توجه هستند، زیرا هر دو تعدادی از سایر ویژگی‌های سیستم‌های مراقبت بهداشتی و درمانی مرتبط با کیفیت مراقبت مثل دسترسی، به جا و به موقع بودن، عدالت و کارایی را نیز ذکر می‌کنند. با این حال، یادآور می‌شوند که این ویژگی‌ها یا «بخشی از یک مبحث گسترده‌تر» (EC, 2010) یا «برای تحقق مزایای مراقبت سلامت با کیفیت» (WHO, 2018) ضروری هستند و به صراحت ابعاد اصلی کیفیت را از سایر ویژگی‌های

1. The Council of Europe, 1997

2. Organization for Economic Co-operation and Development

مراقبت سلامت خوب و با کیفیت متمایز می‌کنند. در یک کلام می‌توان گفت کیفیت خدمت با کالایی است که مشتری از آن لذت برده و بهره کافی می‌برد.

۳-۱- ابعاد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی

همانطور که قبلاً ذکر شد، دونابدیان معتقد است ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مستلزم درک این موضوع است که این خدمات چه چیزهایی را شامل می‌شوند و چه چیزهایی را شامل نمی‌شوند. تعاریف مختلف از کیفیت، اغلب لیست‌های بلندبالایی از ویژگی‌های مختلف را شامل می‌شوند که آنها را به عنوان اجزای کیفیت در نظر می‌گیرند. این تمایز مبتنی بر ساختار پروژه 'OESD's HCQI' است که برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ منتشر شد. هدف این ساختار، هدایت توسعه شاخص‌هایی برای مقایسه‌های بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بود. پروژه HCQI سه بعد اثربخشی، ایمنی و بیمار محوری را به عنوان اصلی‌ترین ابعاد کیفیت مراقبت‌های درمانی و بهداشتی انتخاب کرده و معتقد است سایر خصوصیات نظیر تناسب، استمرار، در دسترس بودن و قابل قبول بودن را می‌توان به سادگی در سه بعد ذکر شده جای داد. به عنوان مثال تناسب را می‌توان در قالب اثربخشی و استمرار و قابل قبول بودن را در قالب بیمار محوری تفسیر کرد. دسترسی، کارایی و عدالت نیز از اهداف مهم سیستم‌های بهداشتی و درمانی به شمار رفته‌اند.

با این حال، با استناد به تعریف IOM (۱۹۹۰) می‌توان گفت تنها ویژگی‌های مراقبت‌های درمانی بهداشتی که به طور مستقیم به «افزایش احتمال نتایج مطلوب» کمک می‌کنند، اثربخشی، ایمنی و پاسخگو بودن هستند.

همانطور که ذکر شد تعریف شورای اروپا (۱۹۹۷) برای هدایت توسعه سیستم‌های بهبود کیفیت ارائه شده است. بنابراین طبیعی است که دربرگیرنده ارزیابی فرایند خدمات درمانی به عنوان جزئی از کیفیت باشد که بالاتر از دیگر عناصر، نظیر دسترس پذیری، اثربخشی، کارایی و رضایت بیمار قرار گرفته است.

IOM در سال ۲۰۰۱، گزارش «عبور از شکاف کیفیت» را منتشر کرد؛ گزارشی تأثیرگذار که ادعا می‌کرد مراقبت‌های بهداشتی و سلامت باید شش هدف اصلی را دنبال کنند: آنها باید ایمن، مؤثر، بیمار محور، به موقع، کارآمد و عادلانه باشند. این شش اصل توسط بسیاری از سازمان‌ها در داخل و خارج از ایالات متحده به عنوان شش بعد کیفیت پذیرفته شده است، با وجود این واقعیت که IOM صراحتاً آنها را به عنوان «انتظارات عملکرد» معرفی می‌کند. به عنوان مثال، WHO در راهنمای خود برای انتخاب گزینه‌های استراتژیک در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، این اصول را به عنوان ابعاد کیفیت پذیرفته است و مفهوم به موقع بودن را به «دسترس پذیری» تفسیر کرده تا دربرگیرنده گسترش و دسترسی جغرافیایی ارائه خدمات درمانی و بهداشتی باشد.

با این حال این موضوع باعث سردرگمی و بحث در مورد کیفیت در مقابل دیگر ابعاد عملکرد شده است. پانل خبره کمیسیون اروپا^۱ در زمینه راه‌های مؤثر برای سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های بهداشتی و سلامت نیز تصمیم گرفت بررسی گسترده‌ای در مورد کیفیت انجام دهد که شامل ابعاد مناسب بودن، برابری و کارایی در توصیه‌های خود برای برنامه‌های آینده اتحادیه اروپا (EU) در مورد کیفیت مراقبت می‌باشد (EC, 2014). به طور مشابه، WHO (۲۰۲۱) به جای دسترسی، از به موقع بودن (همانطور که در ابتدا توسط IOM ارائه شده بود) استفاده کرده است و مطابق با رویکرد شورای مراقبت‌های بهداشتی کانادا^۲ (شورای مراقبت‌های بهداشتی کانادا، ۲۰۱۳)، ادغام ارائه خدمات درمانی بهداشتی را به عنوان یکی از ابعاد مراقبت با کیفیت بالا در نظر گرفته است.

درک مراقبت‌های یکپارچه به عنوان جزئی از بیمار محوری را نیز می‌توان در نسخه به روز شده چارچوب HCQI^۳ منتشر شده توسط OECD^۴ در سال ۲۰۱۵ مشاهده کرد. (کارنسی و همکاران ۲۰۱۵) این لیست طولانی و متناقض از ابعاد مختلف، ناگزیر به سردرگمی در مورد مفهوم کیفیت خدمات دامن می‌زند. با این حال شفافیت مفهوم در مورد کیفیت بسیار مهم است زیرا بر انواع سیاست‌ها و استراتژی‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ شده برای بهبود آن تأثیر می‌گذارد. بخشی از سردرگمی پیرامون مرزبندی بین کیفیت مراقبت و عملکرد سیستم سلامت ناشی از عدم تمایز کافی

1. European Commission Expert Panel = ECEP

2. Health Care Council of Canada

3. Health Care Quality Indicator

4. Organization for Economic Co-operation and Development

بین اهداف واسطه‌ای و نهایی سیستم‌های بهداشتی و بین سطوح مختلف ارائه‌دهنده کیفیت است.

در بخش بعدی با بیان تفاوت بین کیفیت مراقبت‌های درمانی و بهداشتی و کیفیت سیستم مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، شفافیت بیشتری در مورد نقش کیفیت در سیستم‌های بهداشتی و درمانی و ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی ارائه شده است.

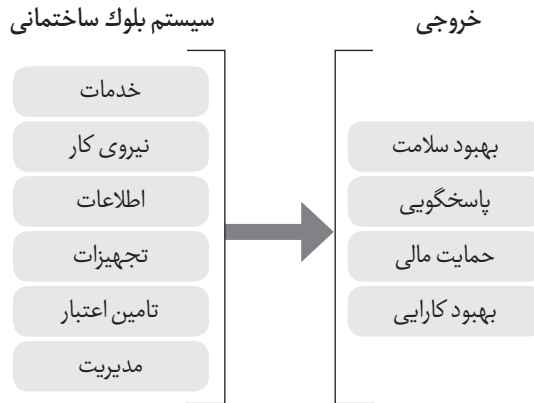
۴-۱- نقش کیفیت در سیستم‌های بهداشتی درمانی و ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی

ساختارهای زیادی در طول ۲۰ سال گذشته با هدف تسهیل درک بهتر سیستم‌های بهداشتی درمانی و نیز ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی تدوین شده‌اند (پاپانیکولاس ۲۰۱۳، فکری، مکاریان و کلازینگا ۲۰۱۸). بسیاری از این ساختارها بطور ضمنی یا صریح، کیفیت را به عنوان یک هدف مهم سیستم بهداشتی درمانی در برمی‌گیرند اما در نحوه تعریف کیفیت و چگونگی تشریح نقش آن در اهداف کلی سیستم سلامت و بهداشت تفاوت دارند. یکی از ساختارها، ساختار «بلوک‌های ساختمانی» ارائه شده توسط WHO (۲۰۰۶) برای تقویت سیستم‌های بهداشتی است. این ساختار، سیستم‌های بهداشتی را به شکل بلوک‌های ساختمانی شامل ارائه خدمات، نیروی کار، اطلاعات، تجهیزات پزشکی، تأمین اعتبار و مدیریت مفهوم‌سازی می‌کند. همچنین این ساختار، کیفیت و ایمنی را به همراه دسترسی و پوشش به عنوان اهداف میانی سیستم‌های بهداشتی تعریف می‌کند که در نهایت در دستیابی به اهداف کلی نظام سلامت برای بهبود سلامت، پاسخگویی، حمایت مالی و بهبود کارایی مؤثر خواهد بود. شایان ذکر است که کیفیت و ایمنی به طور جداگانه در این ساختار ذکر شده‌اند، در حالی که بیشتر تعاریف کیفیت که پیش‌تر ذکر شد ایمنی را به عنوان یک بعد اصلی کیفیت در نظر می‌گیرند.

همانطور که قبلاً گفته شد، دونابدیان (۱۹۸۰) کیفیت را از نظر کلی به عنوان «توانایی دستیابی به اهداف مطلوب با استفاده از ابزارهای مشروع» تعریف کرده است. با ترکیب تعریف کلی دونابدیان از کیفیت و ساختار بلوک‌های ساختمانی ارائه شده توسط WHO، می‌توان چنین استدلال کرد که یک سیستم بهداشتی وقتی «با کیفیت» است که این اهداف (کلی و میانی) را با استفاده از ابزارهای

مشروع به دست آورد. علاوه بر این دونابدیان تأکید می‌کند هنگام ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی باید بین سطوح مختلف تفاوت قائل شد. این چهار سطح متمایز که در آن می‌توان کیفیت را ارزیابی کرد از نظر او عبارتند از: متخصصان فردی، محیط مراقبت، مراقبت‌های دریافت شده (و اجرا شده) توسط بیمار و مراقبت‌های دریافت شده توسط جامعه.

کیفیت، هدف میانی سیستم بهداشتی می‌باشد



مرجع: (WHO, 2006)



دو سطح از کیفیت مراقبت سلامت

بطور ساده‌تر می‌توان اینگونه بیان نمود که امروزه دلایل نیاز به کیفیت در مراکز درمانی شامل:

- تقاضای فزاینده برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی درست، مناسب و اثربخش
- نیاز برای استانداردهای و کنترل اختلافات و انحرافات
- ضرورت صرفه‌جویی در هزینه‌ها
- ضرورت استفاده از اندیشه‌های دیگران در زمینه کنترل کیفی و استانداردسازی
- نیاز برای مشخص کردن نیازها و انتظارات بیماران و برآورده ساختن آنها
- نیاز به بهبود خدمات و مراقبت‌ها
- فشار بازار رقابت و تقویت بازاریابی
- تمایل به شناساندن سازمان و کوشش برای برتری
- ملاحظات اخلاقی
- ضرورت دریافت اعتبار مالی از طریق افزایش کیفیت

۵-۱- راهکارهای بهبود کیفیت چیست؟

هدف این کتاب ارائه چهارچوبی برای درک، سنجش و در نهایت بهبود کیفیت خدمات درمانی از طریق راهکارهای متفاوت است. به‌طور کلی، می‌توان راهکار را به‌عنوان رویکرد یا برنامه‌ای دید که برای دستیابی به نتیجه‌ی دلخواه تعیین و یا انتخاب شده است (برای مثال، دستیابی به هدف یا یافتن راه‌حلی برای یک مسئله). «کتاب راهنمای ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی سیاست و راهکار ملی کیفیت»، بر پرداختن به اولویت‌های جامع تا گام‌های عینی برای حل‌کردن آنها تأکید می‌کند. از سوی دیگر، راهکار مربوطه جهت دستیابی به این اولویت‌ها (WHO, 2018) راهنمایی صریح ارائه می‌نماید. در این مفهوم‌آفرینی می‌توان از تعدادی ابزار یا مداخله جهت پیاده‌سازی این راهکار و کمک به رسیدن نقاط عطف آن استفاده نمود.

ما همسو با اهداف این کتاب، اصطلاح «راهکار» را با دقت بیشتر و به روش بخش‌بندی به کار می‌بریم که سازوکار عملی هماهنگ با رسیدن به ضمانت کیفی یا اهداف توسعه‌ای را با پرداختن به اهداف خاص تأمین خدمات درمانی (برای مثال، متخصصان بهداشتی، سازمان‌های تأمین‌کننده یا فناوری‌های بهداشتی) نشان دهد. برای مثال، ما اعتبارنامه تأمین‌کنندگان خدمات درمانی و

راهنماهای طب بالینی را به‌عنوان راهکارهای کیفیت مورد توجه قرار می‌دهیم، که در جای دیگر همان مفهوم با عنوان «مداخله‌های کیفیت»، «طرح‌های کیفیت»، «ابزارهای توسعه کیفیت» یا «فعالیت‌های بهبود کیفیت» شرح داده می‌شود.

جدول زیر خلاصه‌ای از مجموعه راهکارها (یا مداخله‌های) منتخب کیفیت است و آنها را در راهکارهای سطح سیستم، راهکارهای سطح سازمانی/نهادی و راهکاری سطح بیمار/جامعه دسته‌بندی می‌نماید. این طبقه‌بندی از چیزی پیروی می‌کند که OECD در «بررسی کیفیت کشوری» و گزارش اخیر خود از اقتصاد ایمنی بیمار به‌کار برد. این جدول همچنین شامل راهکارهای فهرست شده در کتاب راهنمای WHO سال ۲۰۱۸ (WHO, 2018) است.

مداخله‌های سطح بیمار/جامعه	راهکارهای سطح سازمانی/نهادی	راهکارهای سطح سیستم
تعامل و توانمندسازی مرسوم بین بیمار و جامعه	سیستم‌های مدیریت کیفیت بالینی	چهارچوب قانونی تضمین کیفیت و توسعه
بهبود سواد بهداشتی	ابزارهای پشتیبانی تصمیم‌گیری بالینی	آموزش و نظارت بر نیروی کار
تصمیم‌گیری اشتراکی	راهنمایی‌های بالینی	آیین‌نامه و مجوز پزشکان و دیگر متخصصان بهداشتی
گروه‌های پشتیبانی همسان	پروتکل‌ها و شیوه‌نامه‌های بالینی	آیین‌نامه و مجوز فن‌آوری‌ها (دارویی و دستگاه‌ها)
پایش تجربه مراقبتی بیمار	رسیدگی و بازخورد بالینی	آیین‌نامه و مجوز سازمان‌های / نهادهای ارائه‌دهنده
ابزارهای خودمدیریتی بیمار	بازنگری‌های شیوع بیماری و مرگ‌ومیر	ارزیابی‌های بیرونی: اعتبارنامه، گواهی‌نامه و نظارت بر ارائه‌دهندگان
خودمدیریتی	دوره‌های توسعه مشارکتی و برپایه گروه	گزارش عمومی و معیار مقایسه‌ای
	فهرست بازبینی رویه‌ای/جراحی	خرید برپایه کیفیت و تنظیم قرارداد
	گزارش رویدادهای مغایر	هزینه کیفیت مقدمات اولیه

همانطور که در جدول صفحه قبل مشهود است، توجه این کتاب بر راهکارهای سطح سیستم و سطح سازمانی/نهادی است. هدف آن راهنمایی سیاست‌گذارانی است که باید از بین بی‌شمار راهکار متفاوت برای اجرا یا مقایسه‌ی گزینه‌های مختلف در سرمایه‌گذاری منابع سیاسی و اقتصادی انتخاب داشته باشند. این کتاب سعی ندارد بهترین راهکارهای کیفیت برای اجرا در سراسر کشورها را رتبه‌بندی نماید، چون برای اولویت‌بندی، بسته به انگیزه، به الزامات بهبود کیفیت مشخصی نیاز خواهد بود و ساختارها یا ابتکارهای موجود کنونی مناسب هستند. به جای آن، این کتاب امیدوار است که (۱) یک مرور کلی بر تجربه‌ی راهکارهای برگزیده در اروپا و خارج از آن تاکنون، ارائه نماید (۲) خلاصه‌ای از شواهد دردسترس را براساس اثربخشی و براساس مقرون بصرفه بودنشان بیان نماید و (۳) به سیاست‌گذاران توصیه‌هایی درباره چگونگی انتخاب و پیاده‌سازی درست راهکارهای متفاوت ارائه نماید.

فصل دوم: درک استراتژی‌های مهم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی: اصول دیدگاه‌های پنجگانه

مقدمه

«استراتژی به معنای تعیین هدف‌های بلند مدت یک سازمان و گزینش مجموعه اطلاعات و تخصیص منابع لازم برای دستیابی به این اهداف است» (چندلر ۱۹۶۲). پس از چندلر، «اندروز» و «انسوف» در سال ۱۹۶۵ به ترتیب در کتاب‌های «خط مشی کسب و کار» و «استراتژی شرکت» از دو دیدگاه استراتژی را تعریف کردند. دیدگاه‌های آنها در تعریف استراتژی دست کم دو تفاوت اساسی داشتند. اندروز معتقد بود که مفهوم استراتژی در برگیرنده‌ی اهدافی است که سازمان به دنبال دستیابی به آنهاست و هم وسایل و چگونگی دستیابی به آنها را شامل می‌شود، ولی در مقابل «انسوف» اعتقاد داشت که استراتژی تنها به معنای وسایل و چگونگی دستیابی به هدف‌ها منحصر می‌گردد. شواهد نشان می‌دهند که این اختلاف نظر همچنان به عنوان یک موضوع قابل ملاحظه وجود دارد. اختلاف نظر دوم بین این دو در این است که آیا می‌توان چگونگی دستیابی به هدف‌های سازمانی را بصورت تحلیلی به ابعاد و مولفه‌های آن تقسیم کرد؟ ... به عقیده «اندروز» این امکان وجود ندارد، اما «انسوف» و بسیاری از صاحب نظران دیگر به این امکان اعتقاد داشته و مولفه‌های اصلی آن را مطرح ساخته‌اند. مولفه‌ها عبارتند از: تمرکز بازار، جهت رشد، مزیت رقابتی و هم‌توانی.

«هوفر و شندل» در سال ۱۹۷۸ در کتاب «فرمول‌بندی استراتژی» نگرش نسبتاً مشابهی را با «انسوف» مطرح کرده‌اند. آنها نیز چهار مؤلفه را برای استراتژی بیان می‌کنند که سه تای آنها یعنی

تمرکز، مزیت رقابتی و هم‌توانی عیناً مانند مولفه‌های مطرح شده توسط «انسوف» هستند، اما مولفه چهارم آن‌ها، آرایش یا آماده کردن منابع با مولفه چهارم «انسوف» تفاوت دارد (مانسفیلد، ۱۹۹۶). از زمانی که «چندلر» واژه استراتژی و تعریف خود را از آن ارائه کرد تاکنون هر دانشمندی به فراخور نگرش خود تعریفی از استراتژی ارائه کرده است و امروزه به زبان خیلی ساده می‌توان استراتژی را این‌گونه تعریف نمود؟ طرحی در تصمیم‌گیری‌های کلان که بر جایگاه سازمان در محیط اطرافش موثر است و رفتار سازمان از آن ناشی می‌شود. علاوه بر این، استراتژی یک برنامه‌ریزی آینده‌نگر است که راهنمای تصمیم‌گیری برای مدیران است. بر اساس نتایج تحلیل وضعیت موجود باید اهداف سازمانی پایه‌گذاری شود، گزینه‌های مختلف استراتژیک ارائه و ارزیابی شوند و یک استراتژی تعیین شود.

۱-۲- دیدگاه اول و دوم:

دو دیدگاه اول و دوم از اصول دیدگاه‌های پنجگانه توسعه یافته برای این کتاب بر اساس چارچوب سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)، برای پروژه شاخص کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی (HCQI) تعریف شده است. این اصول ابتدا در سال ۲۰۰۶ (آرا، ۲۰۰۶) منتشر شد و سپس در سال ۲۰۱۵ (کارینکی، ۲۰۱۵) به روزرسانی شد.

هدف از این چارچوب جهت‌دهی به تلاش‌های سازمان در راستای توسعه دادن شاخص‌های خدمات بهداشتی و درمانی و مقایسه نتایج بدست آمده در سرتاسر جهان به عنوان بخشی از یک برنامه بزرگ‌تر که بر روی مقایسه سیستم‌های بهداشت بین‌المللی توجه دارد، می‌باشد.

سه بعد کیفیت (اثربخشی، ایمنی و بیمار محوری) در فصل اول مورد بررسی قرار گرفت. آنها مهم‌ترین اجزای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به طور مختصر بیان می‌کنند. چهار گروه از نیازهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مبتنی بر مهم‌ترین دلایلی که مردم به دنبال خدمات و مراقبت هستند، عبارتند از:

- ۱- سالم ماندن: دریافت کمک برای سالم ماندن و دوری از بیماری
- ۲- بهتر شدن: دریافت کمک برای بهبود یافتن بیماری و جراحی
- ۳- زندگی کردن با بیماری یا معلولیت: کمک به مدیریت وضعیت مزمن مداوم و یا دست و پنجه نرم کردن با معلولیتی که بر عملکرد تاثیر می‌گذارد.

۴- مقابله کردن با مرگ: دریافت کمک برای مقابله با بیماری لاعلاج

منطق درج این دسته از نیازها در چارچوب کیفیت این است که بیماران بسته به نیاز خود به دنبال انواع مختلف مراقبت هستند. به عنوان مثال، برای سالم ماندن، بیماران به دنبال مراقبت‌های پیشگیرانه هستند و برای بهتر شدن آنها به دنبال مراقبت‌های حاد هستند. به طور مشابه، مراقبت‌های مزمن مطابق با نیازهای بیماران مبتلا به بیماری یا ناتوانی است و مراقبت‌های تسکینی با نیاز به مقابله با مرگ مطابقت دارد. شاخص‌ها و راهبرد های کیفیت باید بسته به نیاز بیماران و مراقبت‌های لازم بهداشتی برای انواع مختلف خدمات برنامه‌ریزی شود.

به عنوان مثال، مرگ و میر بستری اغلب به عنوان شاخص کیفیت برای مراقبت‌های حاد (به عنوان مثال مرگ و میر بیماران بستری به دلیل انفارکتوس حاد میوکارد) مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما به دلایل آشکار نمی‌تواند به عنوان یک شاخص کیفیت برای مراقبت، تسکین‌دهنده باشد. همانطور که در بالا گفته شد، پروژه سازمان همکاری اقتصادی و توسعه و شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از این چارچوب برای تعریف دامنه خود و توسعه شاخص‌هایی برای زمینه‌های مختلف در ماتریس استفاده کرده است. یکی از به‌روزرسانی‌های موجود در ورژن ۲۰۱۵ این چارچوب این بود که بُعد بیمارمحوری به دو بخش تجربیات بیماران و مراقبت یکپارچه تقسیم شد. این کار به منظور تسهیل ایجاد شاخص‌های مرتبط و نشان‌دهنده تصدیق بین‌المللی بر اهمیت مراقبت‌های یکپارچه بود. همچنین، در نسخه سال ۲۰۱۵، عبارت اولیه «سالم ماندن» به «پیشگیری اولیه» تغییر یافته است تا تمایز واضح‌تری از «زندگی با بیماری و ناتوانی - مراقبت مزمن» فراهم کند، زیرا ممکن است بسیاری از بیماران با یک بیماری مزمن مدیریت شده در نظر بگیرند که خودشان به دنبال مراقبت برای سالم ماندن هستند (کاربنکی، ۲۰۱۵). نتیجه‌گیری از ایده‌پردازی در پشت پرده پروژه سازمان همکاری اقتصادی و توسعه و شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، اولین دیدگاه از چارچوبی که برای این کتاب تهیه شده شامل سه بعد کیفیت (اثر بخشی)، ایمنی و پاسخگو بودن است. دیدگاه دوم شامل چهار کارکرد مراقبت است که با دسته نیازهای مراقبت از بیماران که در بالا توضیح داده شده است، یعنی پیشگیری اولیه، مراقبت‌های حاد، مراقبت‌های مزمن و مراقبت تسکینی مطابقت دارد.

۲-۲- دیدگاه سوم: سه فعالیت اصلی استراتژی‌های کیفیت:

اثرگذارترین چارچوب مورد استفاده برای مفهوم‌سازی رویکردها برای بهبود کیفیت (نه تنها در مراقبت‌های بهداشتی، بلکه در بسیاری از صنایع) به چشم می‌خورد چرخه (برنامه‌ریزی، انجام، بررسی و عمل)^۱ و همچنین به عنوان چرخه (برنامه‌ریزی، انجام، مطالعه و عمل)^۲ شناخته می‌شود (کارد و رید، ۲۰۲۱). چرخه (برنامه‌ریزی، انجام، مطالعه و عمل) یک الگوی چهار مرحله‌ای برای اجرای تغییراتی که توسط بسیاری از مؤسسات بهداشتی و درمانی اعمال شده، می‌باشد.

روش مدیریت کیفیت در چرخه (برنامه‌ریزی، انجام، بررسی و عمل) در طراحی صنعتی، به‌ویژه در توصیف‌های والتر شووارت و ادوارد دمینگ در مورد فرآیندهای تکراری از تجزیه و تحلیل تغییرات منشا گرفته است. این چرخه کاربران را با استفاده از روش یادگیری چهار مرحله‌ای توصیف شده برای معرفی، ارزیابی و اقتباس از پیشرفت‌های متناسب با هدف بهبود راهنمایی می‌کند (تیلور، ۲۰۱۴). ایده مشخص کردن این حوزه‌ها هدایت دولت‌های ملی در ارزیابی خود از رویکردهای موجود و شناسایی مداخلات لازم برای بهبود استراتژی‌های کیفیت ملی بود. تمرکز بر این سه اصل سنگ بنای بهبود کیفیت برای تحلیل استراتژی‌های کیفیت ملی مفید بوده است. سه فعالیت اصلی عبارتند از:

۱- تعیین استانداردها

۲- نظارت

۳- اطمینان از پیشرفت

۲-۳- دیدگاه چهارم: تمایز بین ساختار، فرایند و نتیجه دونا‌بدیان

دونا‌بدیان در مقاله برجسته خود در سال ۱۹۶۶ با عنوان «ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پزشکی»، مفهوم «ورودی- فرآیند- خروجی» را که در تولید صنعتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای ارائه سه‌گانه ساختار، فرایند و نتیجه برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بنا نهاده است.

1. Plan -Do-Check-Act = PDCA

2. Plan-Do-Study-Act = PDSA

او «ساختار» یا همان ورودی را به عنوان ویژگی‌هایی که در آن مراقبت ایجاد می‌شود تعریف کرد. این شامل تمام منابع مورد نیاز برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، مانند منابع مادی (امکانات، سرمایه، تجهیزات، داروها و غیره) منابع فکری (دانش پزشکی، سیستم‌های اطلاعاتی) و منابع انسانی (متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی) می‌شود.

«فرایند» مولفه‌های خدمات درمانی ارائه شده را شامل می‌شود، که خود براساس استفاده از منابع بر حسب آنچه در انجام مراقبت و دریافت خدمات انجام می‌شود، به دو بخش فرآیندهای مربوط به بیمار (الگوهای نسخه، نرخ مداخله، نرخ مراجعه) و جنبه‌های سازمانی (تهیه دارو، مدیریت لیست‌های انتظار، پرداخت حقوق پرسنل‌های مراقبت‌های بهداشتی و جمع‌آوری بودجه) تقسیم می‌شود.

سرانجام، «نتیجه» تاثیر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر وضعیت سلامتی بیماران و جمعیت را بیان می‌کند. دونابدیان بین نتایج نهایی از جمله مرگ و میر، بیماری، ناتوانی و یا کیفیت زندگی و نتایج واسطه‌ای، به عنوان مثال فشار خون، وزن بدن، رفاه شخصی، کارایی، توانایی مقابله و دانش بهبود یافته تمایز قائل می‌شود (دونابدیان، ۱۹۸۸).

۵-۲ دیدگاه پنجم و آخر: پنج هدف استراتژی‌های کیفیت

دیدگاه نهایی در چارچوب فوق‌الذکر بین پنج واحد مختلف، استراتژی‌های مختلف قابل تمایز است (WHO, 2008). استراتژی‌های کیفیت به متخصصان بهداشت فردی (برای مثال، پزشکان یا پرستاران)، فن‌آوری‌های بهداشتی (به عنوان مثال، داروها، دستگاه‌های پزشکی) و سازمان‌های ارائه‌دهنده (به عنوان مثال بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی مراقبت‌های اولیه) ارجاع داده شوند علاوه بر این، استراتژی‌های کیفیت می‌توانند در بیماران در WHO هدف قرار گیرند (WHO, 2008).

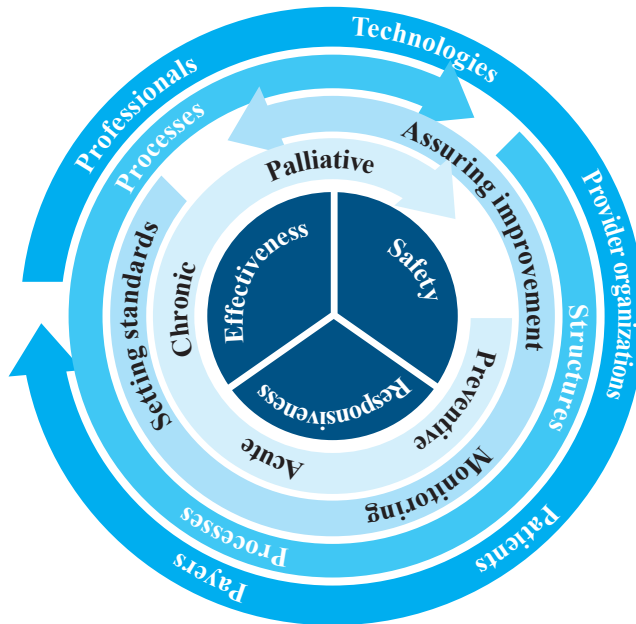
تمایز بین اهداف استراتژی‌ها بسیار مهم است زیرا سطح تصمیم‌گیری، سازوکارهای نظارتی و ذینفعان ذریبط برای مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بسته به هدف متفاوت می‌شوند.

چارچوب ارائه شده، ترتیب سلسله‌مراتبی را برای دیدگاه‌های مختلف در نظر نمی‌گیرد؛ بالعکس، اینها به عنوان پنج مضمون مکمل مفهومی برای چشم‌اندازهای آینده منظور شده‌اند؛ استفاده از آنها در ترکیب با هم می‌تواند تصویری کامل‌تر و عملی‌تر از استراتژی‌های مختلف کیفیت ارائه دهد.

برای تکرار، پنج چشم انداز شامل - حرکت از درونی ترین به بیرونی ترین:

- ۱- سه بعد اصلی کیفیت: ایمنی، اثربخشی و فرد محور.
- ۲- چهار کارکرد مراقبت های بهداشتی و درمانی: پیشگیری اولیه، مراقبت حاد، مراقبت مزمن و مراقبت تسکین دهنده.
- ۳- سه فعالیت اصلی استراتژی های کیفیت: تعیین استانداردها، نظارت و اطمینان از پیشرفت ها.
- ۴- سه گانه دونابدیان: ساختارها، فرآیندها و نتایج.
- ۵- پنج هدف اصلی استراتژی های کیفیت: متخصصان بهداشت و سلامت، فن آوری ها، سازمان های ارائه دهنده، بیماران و پرداخت کنندگان.

چارچوب پنج دیدگاه (شکل زیر) توجه ما را به ویژگی های مختلف و همچنین سهم بالقوه استراتژی های کیفیت در مراقبت های بهداشتی و درمانی را به روشنی نشان می دهد. مفهوم سازی چارچوب از نظر فلش های چرخه متحدالمرکز متحرک نشان می دهد که استراتژی ها ویژگی های مختلفی را در هر مرحله با هم ترکیب می کنند.



Dimensions
of quality

Functions of
care

Activities of
strategies

Donabedian's
triad

Targets of
strategies

فصل سوم: اندازه‌گیری کیفیت خدمات سلامت

۱-۳- مقدمه

امروزه زمینه اندازه‌گیری کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی در سطح قابل توجهی توسعه یافته و در طی چند دهه گذشته و در بین محققان و سیاست‌گذاران و عموم مردم، مورد توجه روزافزون قرار گرفته است. محققان و سیاست‌گذاران بطور فزاینده به دنبال ایجاد روش‌های منظم‌تری برای اندازه‌گیری و ایجاد معیار کیفیت مراقبت از ارائه‌دهندگان سلامت هستند. اکنون کیفیت مراقبت به صورت سیستماتیک به عنوان بخشی از گزارش‌های کلی عملکرد سیستم سلامت در بسیاری از کشورها از جمله استرالیا، بلژیک، کانادا، ایتالیا، مکزیک، اسپانیا، هلند و اکثر کشورهای شمالی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در همین زمان، تلاش‌های بین‌المللی در مقایسه و معیار کیفیت مراقبت در سراسر کشور در حال افزایش است. سازمان همکاری اقتصادی و درمانی توسعه (OECD) و کمیسیون اتحادیه اروپا تلاش در ارزیابی و مقایسه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بین‌المللی را گسترش داده‌اند (Carinci et al. 2015: EC, 2021).

علاوه بر این، تمرکز روزافزون روی مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر ارزش (پورتر، ۲۰۱۰) باعث ایجاد علاقه مجدد به استانداردسازی اندازه‌گیری نتایج (ICHOM, 2019) شده و به ویژه اندازه‌گیری نتایج گزارش شده از بیمار سرعت بیشتری کسب کرده است (OECD, 2019).

۲-۳- چگونه می‌توان کیفیت را اندازه‌گیری کرد؟

از مفهوم کیفیت تا شاخص‌های کیفیت

بیشتر ابتکارات اندازه‌گیری کیفیت مربوط به توسعه و ارزیابی شاخص‌های کیفیت است (Lawrence & Olesen, 1997; Mainz, 2003; EC, 2021). بنابراین، لازم است که به عقب برگردیم و به طور کلی درباره ایده شاخص تأمل کنیم. در علوم اجتماعی، یک شاخص به عنوان «یک اندازه‌گیری کمی» ارائه می‌شود که اطلاعاتی را در مورد متغیر ارائه می‌دهد که اندازه‌گیری مستقیم آن دشوار است. (کالهن، ۲۰۰۲). بدیهی است که اندازه‌گیری کیفیت مراقبت به طور مستقیم دشوار است، زیرا این یک مفهوم نظری است که می‌تواند جنبه‌های مختلفی را بسته به تعریف دقیق و زمینه اندازه‌گیری در بر بگیرد.

در راستای تعریف کیفیت در این کتاب، شاخص‌های کیفیت به صورت اقدامات کمی که اطلاعاتی در مورد اثربخشی، ایمنی و یا محوریت مراقبت از مردم تعریف می‌شوند. البته تعریف‌های بی‌شمار دیگری در مورد کیفیت نیز وجود دارد.

علاوه بر این، برخی از موسسات، مانند مجمع ملی کیفیت (NQF) در ایالات متحده، از اصطلاح اندازه‌گیری کیفیت به جای شاخص کیفیت استفاده می‌کنند.

مؤسسات دیگر، از جمله مؤسسه آلمانی تضمین کیفیت و شفافیت در مراقبت‌های بهداشتی (IQTIG)^۱، ویژگی‌های بیشتری از شاخص‌های کیفیت را تعریف می‌کنند (IQTIG, 2018; NHS Digital, 2019a).

طبق این تعاریف، شاخص‌های کیفیت باید:

- ۱- یک هدف با کیفیت، یعنی یک جمله روشن در مورد هدف مورد نظر. به عنوان مثال، مرگ و میر بیماران بستری به علت پنومونی باید تا حد ممکن پایین باشد.
- ۲- یک مفهوم اندازه‌گیری، یعنی یک روش مشخص برای جمع‌آوری داده‌ها و محاسبه شاخص، به عنوان مثال، نسبت بیماران بستری با تشخیص اولیه ذات‌الریه که در طی اقامت پس از بستری فوت کردند.

1. National Quality Forum

2. Institute for Quality Assurance and Transparency in Health

۳- یک مفهوم ارزیابی، یعنی توضیحی در مورد چگونگی پیش‌بینی یک اقدام برای قضاوت در مورد کیفیت مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال، اگر مرگ و میر بستری زیر ۱۰٪ باشد، کیفیت خوبی محسوب می‌شود.

غالباً اصطلاحات اندازه‌گیری و شاخص‌ها به صورت متقابل استفاده می‌شوند. با این حال، معقول است که برای شاخص‌هایی که همراه هم هستند، شاخص کیفیت را توسط یک مفهوم ارزیابی (IQTIG, 2018) مورد بررسی قرار دهید.

دلیل این امر این است که اقدامات، بدون یک مفهوم ارزیابی نمی‌تواند نشان دهد که مقادیر اندازه‌گیری شده نمایانگر کیفیت خوب یا بد مراقبت به عنوان مثال، میزان بازپرداخت یک معیار، هستند یا خیر. اما برای تعداد پذیرش‌ها، اگر یک شاخص کیفیت موجود باشد، امکان‌پذیر است. اصطلاح دیگری که مکرراً مورد استفاده قرار می‌گیرد به طور قابل تعویض با شاخص کیفیت است، به ویژه در ایالات متحده، که از کیفیت سنجی متریک استفاده می‌شود. با این حال، یک شاخص متریک با کیفیت نیز لزوماً ارزیابی صحیح را تعیین نمی‌کند. این کار به طور بالقوه می‌تواند آن مفهوم را از یک شاخص، متمایز کند. در عین حال، مفهوم شاخص کیفیت متریک گاه‌ها برای یک سیستم کامل که قصد ارزیابی کیفیت خدمات سلامت و مراقبت را در محدوده‌ای مشخص دارد، به طور گسترده استفاده می‌شود. عملیاتی کردن مفهوم تئوریک کیفیت با معنا کردن آن در مجموعه‌ای از شاخص‌های کیفیت، نیاز به درک روشنی از هدف و زمینه‌های آن دارند. فصل ۲ چارچوب پنج دیدگاه را برای توصیف و طبقه‌بندی استراتژی‌های کیفیت معرفی کرده است.

چندین مورد از این مراحل برای بهتر شدن کیفیت درک جنبه‌ها و زمینه‌های مختلفی که باید مورد توجه قرار گیرد نیز مفید هستند.

اولاً، مشخص است که شاخص‌های مختلفی برای ارزیابی سه بعد کیفیت، اثربخشی، ایمنی و / یا محور بودن بیمار مورد نیاز هستند، زیرا آنها به مفاهیم بسیار متفاوتی مانند سلامتی بیمار، خطا و یا قصور پزشکی و رضایت بیمار مربوط می‌شوند.

ثانیاً، اندازه‌گیری کیفیت بسته به عملکرد مورد نظر سیستم بهداشت و درمان متفاوت است، یعنی بستگی به اینکه آیا فرد قصد سنجش کیفیت در مراقبت‌های پیشگیرانه، حاد، مزمن یا تسکین دهنده دارد یا خیر؟ مفاهیم متعدد می‌تواند به خود بگیرد. به عنوان مثال، تغییر در پیامدهای

بهداشتی ناشی از مراقبت‌های پیشگیرانه، فقط پس از آن که مدت زمان طولانی‌ای سپری شد قابل اندازه‌گیری است، در حالی که این موارد با سرعت بیشتری در منطقه درگیر مراقبت حاد قابل مشاهده خواهند بود.

سوم، اندازه‌گیری کیفیت بسته به هدف ابتکار سنجش کیفیت، پرداخت‌کنندگان، سازمان‌های ارائه‌دهنده، متخصصان، فن‌آوری‌ها و یا بیماران خواهد بود. به عنوان مثال، در برخی زمینه‌ها ممکن است ارزیابی میزان کیفیت مراقبت‌های دریافت شده توسط بیمارانی که سیستم‌های پرداختی متفاوت دارند، با توجه به کیفیت خدمتی که در مراکز درمانی خاص به آنها ارائه شده مفید باشد. در مقایسه‌های بین‌المللی، تمامی کشورها سطح یا هدف اندازه‌گیری خاصی را برای خود تشکیل می‌دهند.

علاوه بر این، کیفیت عملیاتی برای اندازه‌گیری همیشه نیاز به تمرکز در یک مجموعه محدود از جنبه‌های کیفیت برای گروه خاصی از بیماران دارد. مثلاً، اندازه‌گیری کیفیت ممکن است روی بیماران مبتلا به شکستگی لگن که در بیمارستان‌ها تحت درمان قرار دارند تمرکز داشته باشد و جنبه‌های مراقبت را که مربوط به اثربخشی است در نظر بگیرد (مثلاً عمل جراحی طی ۲۴ ساعت بستری انجام شود)، ایمنی (به عنوان مثال داروهای ضد انعقادی برای جلوگیری از ترومبوآمبولی)، و یا مراقبت از بیمار (به عنوان مثال، به بیمار بیهوشی جنرال یا اسپینال پیشنهاد شده بود).

با این وجود، دوباره گفته می‌شود که، انتخاب شاخص‌ها - و همچنین به طور بالقوه مفاهیم ارزیابی متفاوت برای شاخص‌های مورد استفاده در همان جنبه‌های کیفیت - بستگی به هدف اندازه‌گیری دارد.

۳-۳- انواع شاخص‌های کیفیت

گزینه‌های زیادی برای طبقه‌بندی انواع مختلف شاخص‌ها وجود دارد. یک گزینه تمایز قائل شدن بین شاخص‌های نرخ‌محور و شاخص‌های ساده است. شاخص‌های تعداد محور نیز معمولاً برای اتفاقات نادر «منجر به مرگ» بیماران استفاده می‌شوند.

شاخص‌های نرخ‌محور رایج‌ترین انواع شاخص‌ها هستند. این شاخص‌ها به شکل تناسب ریاضی نشان داده می‌شوند. گاهی نیز به شکل نرخ‌هایی نمایش داده می‌شوند که در آنها صورت و

مخرج تناسب، مشخص است. به عنوان مثال: نسبت شکستگی لگن در بیمارانی که پیش از عمل، آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی دریافت کرده‌اند. شاخص‌های تعدادمحور اغلب برای عملیاتی‌کردن ایمنی و شناسایی اتفاقات ذاتاً نامطلوب به کار می‌روند. به عنوان مثال، می‌توان اتفاقاتی مانند جا گذاشتن یک شیء خارجی در بدن بیمار یا جراحی سمت اشتباه را یک «اتفاق هرگز» دانست. (معنایش نیز آن است که هرگز نباید چنین اتفاقی بیفتد.) اگر هدف از اندازه‌گیری، بهبود کیفیت باشد، باید روی هر کدام از اتفاقات، بررسی‌ها و تحقیقات بیشتری انجام داد تا از تکرار آنها در آینده جلوگیری شود.

راه دیگر، تمایز بین شاخص‌های عمومی و خاص بیماری است. شاخص‌های عمومی، جنبه‌هایی از مراقبت را می‌سنجند که برای تمام بیماران مصداق دارند. نمونه‌ای از شاخص عمومی، درصد بیمارانی است که بیش از ۶ ساعت در بخش اورژانس معطل شده‌اند. شاخص‌های خاص بیماری، فقط برای بیماران مبتلا به یک بیماری خاص استفاده می‌شوند؛ مانند نسبت مبتلایان به سرطان ریه که ۳۰ روز پس از جراحی زنده مانده‌اند. شاخص‌ها را می‌توان براساس ابعاد کیفیتی مورد سنجش خود دسته‌بندی کرد (مانند اثربخشی، ایمنی بیمار و یا بیمارمحور). روش دیگر، دسته‌بندی براساس اقدامات درمانی ارزیابی‌شده مانند پیشگیری، مراقبت حاد، مزمن و یا تسکینی است.

علاوه بر آن می‌توان شاخص‌ها را به صورت بیمارمحور یا رویدادمحور دسته‌بندی کرد. شاخص‌های بیمارمحور براساس شرایط هر بیمار تدوین می‌شوند؛ شرایطی که باعث شده‌اند برای هر کدام از آنها مراقبت‌ها و درمان‌های متفاوتی در نظر گرفته شود. شاخص‌های رویدادمحور، براساس رویدادهای خاص، مانند پذیرش در بیمارستان ساخته می‌شوند.

ساختارهای مراقبت و درمان نیز بر فرایندهای درمانی اثر می‌گذارند که در نهایت روی نتایج درمان بیماران تاثیرگذار هستند. جدول زیر نمونه‌هایی از شاخص‌های مرتبط با ساختار، فرایندها و نتایج را بر جنبه‌های مختلف کیفیت نشان می‌دهد.

به طور کلی، شاخص‌های کیفیت، ساختاری مورد استفاده برای سنجش مراقبت و درمان، شامل مواردی مانند کافی بودن امکانات و تجهیزات، نرخ کارکنان استخدامی، صلاحیت پزشکی کارکنان و ساختارهای مدیریتی می‌شوند.

شاخص‌های ساختاری مرتبط با اثربخشی شامل در دسترس بودن کارکنان با ترکیبی از مهارت‌های مناسب، در دسترس بودن داروهای بی‌خطر و میزان جراحی‌های انجام شده‌ای می‌شوند که بنابر تشخیص، برای بیماران کم‌خطرتر هستند. شاخص‌های ساختاری برای درمان‌های بیمارمحور می‌تواند شامل میزان پایبندی سازمان به چارت حقوق بیماران یا در دسترس بودن اطلاعات بیمار شود. هر چند ساختارهای نهادی برای مراقبت‌های درمانی با کیفیت ضروری هستند، به راحتی نمی‌توان تشخیص داد که چگونه بر فرایندهای پزشکی و نتایج حاصله اثر می‌گذارند. به همین دلیل، کارایی آنها تا حد زیادی پایین می‌ماند.

شاخص‌های فرایندی برای بررسی مراقبت‌های با کیفیت در زمان خدمت‌رسانی به بیماران استفاده می‌شوند. حالت ایده‌آل، تدوین شاخص‌های فرایندی براساس شواهد عملی قابل اتکایی است که تطابق این شاخص‌ها را با نتایج بهتر مراقبت‌های درمانی تایید کنند. گاهی شاخص‌های فرایندی براساس دستورالعمل‌های پزشکی یا استانداردهای طلایی دیگر تدوین می‌شوند. به عنوان مثال، یک شاخص فرایندی برای مراقبت موثر از بیماران مبتلا به سکت قلبی حاد، ممکن است این موضوع را بررسی کند که آیا هنگام پذیرش او، آسپیرین دریافت کرده است یا خیر. یک شاخص فرایندی برای سنجش بی‌خطر بودن جراحی ممکن است استفاده شدن از چک‌لیست ایمنی در خلال جراحی را بررسی کند. شاخص‌های فرایندی برای مراقبت‌های بیمارمحور ممکن است به سنجش نظرسنجی از بیمار اقدام کند.

در نهایت، شاخص‌های نتیجه‌محور اطلاعات مرتبط با زنده ماندن و بهبود بیماران را فراهم می‌کنند. شاخص‌های نتیجه‌محور به شدت وابسته به بیماران هستند. به عنوان مثال، شاخص‌های نتیجه‌محور مراقبت‌های سرپایی می‌تواند شامل نرخ بستری‌سازی برای شرایط قابل پیشگیری شود. شاخص‌ها سنجش درمان موثر بیماران مبتلا به سکت قلبی حاد اغلب شامل نرخ مرگ در ۳۰ روز پس از پذیرش می‌شود. در این حالت، بهتر است شاخص به صورت بیمارمحور محاسبه شود (هرگونه مرگ در محیط خارج از بیمارستان هم لحاظ شود) نه آنکه رویدادمحور (فقط بررسی تعداد مرگ در محیط بیمارستان) باشد.

شاخص‌های نتیجه‌محور سنجش ایمنی می‌تواند بروز بیماری‌های ثانویه برای بیماران را بررسی کند؛ مانند عفونت‌های شکل گرفته در بیمارستان یا باقی ماندن شیء خارجی در بدن بیمار در حین جراحی.

شاخص‌های نتیجه‌ای برای مراقبت‌های بیمارمحور می‌تواند شامل نظرسنجی از او درباره میزان رضایتش به بیمارستان و یا پیشنهاد دادن به بیمارستان شود. شاخص‌های نتیجه‌محور به دلیل جذابیت بیشترشان برای بیماران و شرکت‌های پرداخت (بیمه آنها) بیش از همیشه در برنامه‌های سنجش کیفیت استفاده می‌شوند (به ویژه در ایالات متحده).

۴-۳- اهداف متفاوت سنجش کیفیت و استفاده‌کنندگان از اطلاعات کیفیت

تمایز قائل شدن در میان دو هدف اصلی سنجش کیفیت مفید فایده است: هدف اول استفاده از سنجش کیفیت در نظام‌های تضمین کیفیت، به عنوان مکانیسمی مختصر و مفید برای پاسخگویی و تأیید خارجی است، و هدف دوم استفاده از سنجش کیفیت به عنوان مکانیسمی تکوینی برای بهبود کیفیت است. بسته به هدف، نظام‌های سنجش کیفیت با توجه به شاخص‌ها، منابع داده‌ای، و سطح دقت مورد نیازشان با چالش‌های گوناگونی مواجه می‌شوند.

سنجش‌گری برای تضمین کیفیت و پاسخگویی بر شناسایی و رفع مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت و تضمین سطحی مطلوب از کیفیت در میان ارائه‌دهندگان تمرکز دارد. تضمین کیفیت تمرکز اصلی بسیاری از راهبردهای ارزیابی خارجی است و ارائه‌دهندگان کیفیت نامطلوب در نهایت ممکن است مجوزشان را از دست بدهند و از ارائه‌ی خدمات مراقبتی منع شوند. اطمینان از پاسخگویی یکی از اهداف اصلی طرح‌های گزارشگری عمومی است، و سنجش کیفیت مراقبت می‌تواند موجب بالا رفتن سطح اعتماد به خدمات مرتبط با مراقبت از سلامت شود و به بیماران امکان انتخاب ارائه‌دهندگان دارای کیفیت بالاتر را بدهد.

سنجش کیفیت برای تضمین کیفیت و پاسخگویی به ارائه‌ی قضاوت‌های مختصری در رابطه با کیفیت مراقبت ارائه شده می‌پردازد. ایده‌ی اصلی آن است که تفاوت‌های «واقعی» به عنوان نتیجه‌ای از طرح سنجش تشخیص داده شوند؛ بنابراین، سطح بالایی از دقت لازم است و حتی ممکن است لازم باشد تا از فنون آماری پیشرفته‌ای استفاده شود تا این اطمینان به دست آید که تفاوت‌های شناسایی شده در میان ارائه‌دهندگان «واقعی» بوده، و قابل انتساب به عملکردشان هستند. در غیر این صورت، سنجش‌گری با مقاومت زیاد و قابل توجهی از جانب ارائه‌دهندگان مواجه خواهد شد چرا که پیامدهای بالقوه‌ی آن، همچون از دست دادن مجوز یا بیماران در

رقابت با سایر ارائه‌دهندگان برایشان غیرمنصفانه خواهند بود. مفاهیم ارزیابانه‌ی شاخص‌های تضمین کیفیت معمولاً بر حصول اطمینان از کیفیت حداقلی مراقبت و شناسایی ارائه‌دهندگان دارای کیفیت پایین تمرکز دارند. با این حال، اگر هدف، ایجاد انگیزه برای دستیابی به کیفیت بالا در مراقبت از طریق پرداخت برای طرح‌های کیفی باشد، احتمالاً این مفهوم ارزیابانه بر شناسایی ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی دارای کیفیت عالی تمرکز خواهد داشت.

در مقابل، سنجش بهبود کیفیت تغییرگرا است و از اطلاعات کیفیت در سطح محلی برای ترغیب تلاش‌های مداوم ارائه‌دهندگان در جهت بهبود عملکردشان استفاده می‌شود. شاخص‌ها باید عملی یا قابل تعقیب قانونی باشند و بنابراین غالباً فرایندگرا هستند. در شرایطی که از سنجش کیفیت برای بهبود کیفیت استفاده شود، لزوماً نیازی به تمام عیار بودن ندارد زیرا که صرفاً جنبه‌ی اطلاع‌رسانی دارد. سایر منابع داده‌ای و اطلاعات محلی نیز جهت ارائه‌ی زمینه‌ای برای کیفیت مراقبتی سنجش‌گری شده در نظر گرفته می‌شوند. از نتایج سنجش کیفیت فقط برای شروع مباحثات در مورد تفاوت‌های کیفیت و انگیزش تغییر در رفتار ارائه‌دهنده استفاده می‌شود؛ مثلاً در طرح‌های بازرسی و بازخورد.

دینفعان مختلف نظام‌های مراقبت از سلامت پیگیر اهداف متفاوتی هستند و بنابراین نیازهای اطلاعاتی متفاوتی دارند. به عنوان مثال، دولت‌ها و قانونگذاران معمولاً بر تضمین کیفیت و پاسخگویی تمرکز دارند. آن‌ها اکثراً از اطلاعات مربوطه به منظور حصول اطمینان از این موضوع استفاده می‌کنند که کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران از سطحی مطلوب برای جلوگیری از آسیب برخوردار باشند، هر چند که آن‌ها مشخصاً به تضمین سطح معینی از اثربخشی نیز علاقمند هستند. در مقابل، ارائه‌دهندگان و متخصصان بیشتر به استفاده از اطلاعات کیفی برای کمک به بهبود کیفیت از طریق شناسایی حیطه‌هایی علاقمند هستند که از محدوده‌ی استانداردها یا معیارهای علمی‌ای خارج می‌شوند که به امکاناتی برای بهبود و پیشرفت دست یابند. در نهایت، بیماران و شهروندان می‌توانند برای حصول اطمینان از قابل دسترس بودن خدمات مراقبت از سلامت مطلوب در صورت نیاز به آن‌ها و دستیابی به توان انتخاب ارائه‌دهندگان مراقبت دارای کیفیت مناسب به مطالبه‌ی اطلاعات مرتبط با کیفیت بپردازند.

واضح است که دینفعان و اهداف مدنظرشان از سنجش کیفیت، تأثیر حائز اهمیتی بر انتخاب

شاخص‌ها و نیازهای داده‌ای دارند. هر چند که تمایز در میان تضمین کیفیت و بهبود کیفیت مفید است، اما این تفاوت همیشه واضح نیست. اولاً از دیدگاه اجتماعی، تضمین کیفیت بر هدف جلوگیری از مراقبت بی‌کیفیت و در نتیجه کمک به بهبود کیفیت متوسط مراقبت متمرکز دارد. ثانیاً طرفداران برخی از راهبردها به واقع مدعی آن هستند که این راهبردها به بهبود کیفیت مراقبت و حصول اطمینان عمومی از خدمات مراقبت از سلامت کمک می‌کنند. در حقیقت، همان‌گونه که در فصول مربوطه اشاره شد؛ منطق ارزیابی خارجی و گزارشگری عمومی آن است که این راهبردها به تغییراتی در سازمان‌ها منتج شوند و در نهایت به بهبود کیفیت مراقبت کمک کنند. واضح است که مشوق‌ها و یا انگیزش‌هایی نیز برای تغییر مورد نیاز هستند، این سخن بدان معناست که به رغم اتکای فرایندهای بهبود کیفیت داخلی بر حرفه‌ای‌گرایی در اغلب موارد، مکانیسم‌های پاسخگویی خارجی در پی انگیزش از طریق مشوق‌ها و موانع خارجی هستند، اما این موضوع در حوزه‌ای فراتر از حیطه‌ی بحث این فصل قرار می‌گیرد.

نمونه‌هایی از شاخص‌های کیفی ساختاری، فرایندی و پیامدی برای ابعاد مختلف کیفیت

وجوه سه‌گانه دونابدیان ^۱			ابعاد کیفی
پیامدی	فرایندی	ساختاری	
<ul style="list-style-type: none"> - نرخ بستری مجدد بیمارستانی - نرخ مرگ و میر ناشی از جراحی قلبی - نرخ بستری‌های بیمارستانی قابل پیشگیری - فعالیت‌های زندگی روزمره - پیامدهای گزارش شده توسط بیماران (PROM) 	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز آسپیرین در بدو ورود برای بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد - واکسیناسیون HPV برای دختران نوجوان - استفاده از مسدودکننده‌های بتا پس از انفارکتوس میوکارد 	<ul style="list-style-type: none"> - در دسترس بودن پرسنل و تجهیزات - هزینه‌های آموزشی برای پرسنل 	اثر بخشی

۱. مدل دونابدیان مدلی مفهومی برای بررسی خدمات سلامت و ارزیابی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی است.

ادامه نمونه‌هایی از شاخص‌های کیفی ساختاری، فرایندی و پیامدی برای ابعاد مختلف کیفیت			
ایمنی بیمار	<ul style="list-style-type: none"> - در دسترس بودن داروهای ایمنی - حجم جراحی‌های صورت گرفته 	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از چک‌لیست جراحی ایمن - انطباق کارکنان با دستورالعمل‌های بهداشتی - فعالیت‌های یدی - تعداد موارد مثبت نادرست - تست‌های غربالگری سرطان 	<ul style="list-style-type: none"> - انطباق تشخیص و درمان - بروز عفونت براهتر قرارگیری در فضای بیمارستان - باقی ماندن جسم خارجی در حین عمل
بیمارمحوری	<ul style="list-style-type: none"> - حقوق بیمار - قابلیت دسترسی به اطلاعات بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> - پزشک در طول معاینه وقت کافی به بیماران اختصاص می‌دهد. - اقدامات تجربی گزارش شده از سوی بیماران (PREM) 	<ul style="list-style-type: none"> - فعالیت‌های زندگی روزمره - رضایت بیمار - رغبت بیمار به توصیه به مراجعه به این بیمارستان به سایر افراد - پیامدهای گزارش شده توسط بیماران (PROM)

۵-۳- مزایا و معایب انواع مختلف شاخص‌ها

انواع مختلف شاخص‌ها نقاط قوت و ضعف مختلف خود را دارند:

- شاخص‌های عمومی این مزیت را دارند که جنبه‌هایی از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را ارزیابی می‌کنند که مربوط به همه بیماران است. از این روی، شاخص‌های عمومی به طور بالقوه برای گروه بیشتری از بیماران، پرداخت‌کنندگان و سیاست‌گذاران کارآمد هستند.
- شاخص‌های خاص بیماری، خیلی بهتر قادر به کسب جنبه‌های مختلف کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند که مرتبط با بهبود مراقبت از بیمار می‌باشند. در حقیقت، بیشتر جنبه‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خاص هر بیماری است؛ زیرا اثربخشی، ایمنی و بیمار محور بودن برای گروه‌های مختلف بیماری معانی متفاوتی دارد. به عنوان مثال، تجویز آسپیرین جهت ارائه مراقبت موثر برای بیماران پس از سکته قلبی حاد داده می‌شود. با این حال، تجویز آسپیرین برای بیماران مسن بدون دریافت داروهای محافظ گوارشی برای مدت طولانی، نشانگر مشکلات ایمنی در مراقبت‌های اولیه خواهد بود.

به همین ترتیب، شاخص‌ها، ساختار، روند و نتایج هر یک، دارای نقاط قوت و ضعف مقایسه‌ای هستند. نقطه قوت اقدامات ساختاری این است که به راحتی در دسترس، قابل گزارش و تأیید می‌باشند، زیرا سازه‌ها پایدار بوده و مشاهده آنها آسان است. با این حال، ضعف اصلی این است که ارتباط بین ساختارها و فرآیندهای بالینی یا نتایج اغلب غیرمستقیم و وابسته به اقدامات ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است.

شاخص‌های فرایند نیز به راحتی سنجیده می‌شوند، و شرح آنها اغلب ساده است، زیرا اغلب نیازی به تعدیل ریسک نیست. علاوه بر این، عملکرد ضعیف در شاخص‌های فرآیند را می‌توان مستقیماً به عملکرد ارائه‌دهندگان نسبت داد، بنابراین نشانه‌های روشنی برای بهبود وجود دارد، که با پیروی بهتر از دستورالعمل‌های بالینی ارائه می‌دهد. با این حال، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پیچیده است و شاخص‌های فرآیند معمولاً تنها روی روش‌های بسیار خاص برای گروه خاصی از بیماران تمرکز می‌کنند. بنابراین، صدها شاخص برای یک تجزیه و تحلیل جامع از کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط یک متخصص یا یک موسسه مورد نیاز است. تکیه به یک مجموعه کوچک از شاخص‌های فرآیند، خطر تحریف ارائه خدمات را به سمت تمرکز بر مناطق مراقبتی سنجیده شده سوق می‌دهد در حالی که سایر کارهای مهم (بیشتر بالقوه) که نظارت بر آنها دشوار است، نادیده گرفته می‌شوند.

شاخص‌های نتیجه، تمرکز ارزیابی کیفیت را بر اهداف واقعی ارائه خدمات قرار می‌دهند. شاخص نتیجه اغلب برای بیماران و سیاست‌گذاران کارآمد هستند.

استفاده از شاخص‌های نتیجه اگر منجر به نتیجه‌ی بهتر از فرآیندهای متعاقب مراقبتی شوند، ممکن است باعث ترغیب نوآوری در ارائه خدمات شوند. با این حال، انتساب نتایج بهداشتی و درمانی به خدمات ارائه شده توسط سازمان‌های فردی یا متخصصان اغلب دشوار است زیرا نتایج تحت تأثیر عوامل خارج از کنترل زیادی برای یک ارائه‌دهنده است.

علاوه بر این، نتایج ممکن است قبل از آشکار شدن به زمان طولانی نیاز داشته باشند، که سنجیدن نتیجه را برای استفاده در اندازه‌گیری کیفیت، سخت‌تر می‌کنند. علاوه بر این، عملکرد ضعیف در شاخص‌های نتیجه لزوماً نشانگر اقدامات نیست زیرا نتایج ممکن است مربوط به طیف وسیعی از اقدامات افراد مختلف باشد که در یک مقطع قبلی در یک محیط خاص کار می‌کردند.

نقاط قوت و ضعف انواع شاخص‌ها

شاخص نتیجه محور	شاخص فرایندی	شاخص ساختاری	نقاط قوت
<p>تمرکز. توجه را به سمت بیماران هدایت کرده و باعث نگاهی «کل‌گرایانه» به مراقبت‌های درمانی می‌شوند.</p> <p>اهداف. با وضوح بیشتری نمایانگر اهداف درمانی هستند.</p> <p>معنادار بودن. برای بیماران و سیاست‌گذاران، معنادارتر هستند. نوآوری. مشوق نوآوری و استفاده از روش‌های دیگر (درمانی) هستند.</p> <p>دورنگری. فعالان حوزه را به داشتن نگرشی دورنگرانه تشویق می‌کند (به عنوان مثال، ترویج سلامت) که منافع بلندمدت را در پی دارند.</p> <p>مقاومت در مقابل دستکاری. احتمال دستکاری در نتایج کاهش می‌یابد اما ارائه‌کنندگان خدمات درمانی باید براساس میزان ریسک، دست به انتخاب و تطبیق فعالیت‌هایشان بزنند.</p>	<p>دسترسی آسان. استفاده از فن‌آوری‌های حوزه بهداشت و درمان اغلب به سادگی قابل اندازه‌گیری است.</p> <p>تفسیر آسان. انطباق با شاخص‌های فرایندی را اغلب می‌توان به عنوان وضعیت کیفی مطلوب قلمداد کرد و نیازی به تعدیل براساس نمونه بررسی یا مقایسه‌های موردی نیست.</p> <p>استناد. attribution فرایندها به طور مستقیم وابسته به ارائه‌دهندگان آنها هستند.</p> <p>نیاز به نمونه کوچک‌تر. نقص‌های اساسی کیفیت را با سادگی بیشتری می‌توان حذف کرد.</p> <p>مستقل. unobtrusive فرایندهای مراقبت را می‌توان بدون نیاز به داده‌های تاریخی و به کرات مورد سنجش قرار داد.</p> <p>شاخص‌هایی برای اقدام. شکست‌هایی که براساس این شاخص‌ها مشخص می‌شوند، دستورالعمل‌هایی مشخص برای جبران دارند.</p>	<p>دسترسی آسان. بسیاری از عوامل ساختاری واضح بوده و به سادگی قابل گزارش هستند.</p> <p>ثبات. عوامل ساختاری نسبتاً با ثبات بوده و اغلب به سادگی قابل مشاهده هستند.</p>	

شاخص نتیجه محور	شاخص فرایندی	شاخص ساختاری	نقاط ضعف
<p>تعریف شیوه سنجش. برخی از نتایج را به راحتی و با اعتبار می‌توان اندازه‌گیری کرد (مانند تعداد مرگ و میر) اما در بسیاری از موارد، این موضوع صحت ندارد (مانند میزان عفونت زخم).</p> <p>استناد. می‌توانند تحت تاثیر عوامل خارجی بسیاری قرار بگیرند که در کنترل سازمان نیستند.</p> <p>اندازه نمونه. برای برخورداری از اتکای آماری، نیاز به نمونه آماری بزرگی است.</p> <p>زمان بندی. نظارت بر آن ممکن است نیازمند زمانی طولانی باشد.</p> <p>تفسیر. اگر فرایندهای منتهی به نتایج، پیچیده باشند یا بین انجام خدمات و بررسی نتایج فاصله زمانی افتاده باشد؛ تفسیر آنها دشوار می‌شود.</p> <p>ابهام. اغلب می‌توان به رغم فرایندهای درمانی ضعیف به نتایج خوب دست یافت (و برعکس).</p>	<p>چابکی. فرایندهای مراقبتی ممکن است به خوبی برای بیماران قابل درک نباشند؛ مگر آنکه نتایج آنها برایشان تشریح شود.</p> <p>تصریح. شاخص‌های فرایندی به شدت متمرکز بر یک بیماری یا رویه درمانی خاص هستند و ممکن است برای بررسی کیفیت درمان، نیاز به استفاده همزمان از چند شاخص باشد.</p> <p>منسوخ شدن. ممکن است با تغییر فن‌آوری‌ها و روش‌های درمانی، کارکرد خود را از دست بدهند.</p> <p>رفتار نامساعد. نسبتاً به راحتی قابل دستکاری بوده و در مقابل رفتارهای نامساعد و نامطلوب، مصون نیستند.</p>	<p>ارتباط با کیفیت بسیار ضعیف است. فقط می‌توانند نشانگر ظرفیت‌ها برای مراقبت‌های درمانی با کیفیت باشند.</p> <p>آسیب‌پذیر در مقابل جهت‌گیری‌های پاسخ‌دهنده. احتمال گزارش دهی بیش از حد یا بزرگ‌نمایی جنبه‌های مختلف سازمانی (به عنوان مثال، سیستم موجود مدیریت کیفیت) وجود دارد.</p>	

نیازهای اطلاعاتی سهام‌داران سیستم سلامت با توجه به کیفیت مراقبت

سهامدار	هدف	نیازهای اطلاعاتی
دولت‌ها	تعهد کیفیت و پاسخگویی	- چند شاخص عمومی ترکیبی به هم پیوسته با تمرکز بر نتایج
قانونگذاران	تعهد کیفیت	- تعداد محدودی از شاخص‌های ترکیبی برای ساختارها، فرایندها و نتایج
خریداران و پرداخت‌کنندگان	تعهد کیفیت بهبود کیفیت	- چند شاخص عمومی ترکیبی به هم پیوسته - تعداد زیادی از شاخص‌های مختص بیماری برای ساختارها، فرایندها و نتایج
سازمان‌های ارائه‌دهنده	بهبود کیفیت	- تعداد بالایی از شاخص‌های مختص بیماری، - تمرکز روی فرایندها
متخصصان	بهبود کیفیت	- تعداد بالایی از شاخص‌های مختص بیماری، - تمرکز روی فرایندها
بیماران	تعهد کیفیت و پاسخگویی	- اطلاعات به هم پیوسته‌ی مختص بیماری در خصوص نتایج، فرایندها و ساختارها با گزینه‌ی تفکیک
شهروندان	تعهد کیفیت و پاسخگویی	- اطلاعات عمومی به هم پیوسته در خصوص نتایج، ساختارها و فرایندها

۳-۶- چگونگی شاخص‌های کیفیت

رهنمودها و معیارهای بی‌شماری برای ارزیابی چگونگی شاخص‌های کیفیت در دسترس است. در سال ۲۰۰۶، پروژه شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی OECD فهرستی از معیارهای انتخاب شاخص‌های کیفیت را منتشر کرد. ابزاری نسبتاً پرکاربرد برای ارزیابی شاخص‌های کیفیت در دانشگاه آموستردام، تحت عنوان ارزیابی شاخص‌ها از طریق ابزار تحقیق و ارزیابی (AIRE) ایجاد شده است. NQF در ایالات متحده معیارهای ارزیابی اندازه‌گیری خود را که پایه‌ای برای ارزیابی صلاحیت شاخص‌های کیفیت برای تأیید است، منتشر کرده است (NQF، ۲۰۱۹ ب). در آلمان ابزار دیگری برای ارزیابی شاخص‌های کیفیت (ابزار QUALIFY) توسط دفتر فدرال برای تضمین

کیفیت (BQS) در سال ۲۰۰۷ ساخته شد. همچنین مؤسسه تضمین کیفیت و شفافیت در مراقبت‌های بهداشتی (IQTIG) مجموعه مشابهی از معیارها در سال ۲۰۱۸ را معرفی کرد (IQTIG, 2018). به طور کلی، معیارهای مشخص شده توسط ابزارهای مختلف کاملاً مشابه هستند، اما هر ابزار جنبه‌های معینی را به لیست اضافه می‌کند.

ارتباط یک شاخص را می‌توان بر اساس تأثیر آن بر سلامت یا هزینه‌های بهداشتی و درمانی متوجه شد. اهمیتی که برای ذینفعان مربوطه دارد، پتانسیل بهبود (به عنوان مثال، همان‌طور که توسط شواهد موجود در مورد تغییر روش تعیین می‌شود)، وضوح هدف و زمینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که برای آن شاخص ساخته شده است، را تعیین کرد. این نکته حائز اهمیت است، زیرا بسیاری از معیارهای زیر به هدف خاصی بستگی دارند.

به عنوان مثال، سطح مورد نظر برای معیارهای اعتبار، حساسیت و ویژگی بسته به اینکه هدف تضمین کیفیت خارجی است یا بهبود کیفیت داخلی؛ متفاوت خواهد بود. به همین ترتیب، اگر هدف اطمینان از حداقل سطح کیفیت در میان همه ارائه‌دهندگان باشد، مفهوم ارزیابی باید بر حداقل الزامات قابل قبول متمرکز شود. این در حالی است که اگر هدف پاداش دادن از طریق پرداخت بهای کیفیت به ارائه‌دهندگان با کیفیت بالا باشد، باید بین عملکرد خوب و بسیار خوب تفاوت قائل شد.

جنبه‌های مهمی که باید در مورد امکان سنجش مورد توجه قرار گیرند شامل این موارد است که آیا تجربه قبلی با استفاده از اندازه‌گیری وجود دارد، آیا اطلاعات لازم در دسترس است یا این که آیا اطلاعات در بازه زمانی مورد نیاز جمع‌آوری می‌شود، آیا هزینه‌های اندازه‌گیری قابل قبول است و آیا داده‌ها امکان تجزیه و تحلیل معنی‌دار برای زیرگروه‌های مربوطه از جمعیت فراهم می‌کند (به عنوان مثال، براساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی). بعلاوه، معنی‌دار بودن شاخص، یک معیار مهم است و این یعنی اینکه آیا شاخص می‌تواند مقایسه‌های مفیدی انجام دهد، آیا نتایج برای مخاطب هدف کاربرپسند هستند و آیا تمایز بین کیفیت بالا و پایین برای مخاطب هدف معنی‌دار است.

۷-۳- معیارهای شاخص‌ها

ارتباط

- تأثیر بیماری یا خطر آن بر سلامتی و هزینه‌های بهداشتی. تأثیر بر سلامتی و هزینه‌های بهداشتی مرتبط با هر بیماری، خطر یا گروه بیمار چیست؟
- اهمیت. آیا دینفعان مربوطه نگران مشکل کیفی هستند و آیا این شاخص را تأیید کرده‌اند؟
- پتانسیل بهبود. آیا مدرکی وجود دارد بر اینکه عملکرد کمتر از بهینه‌ای وجود دارد. به عنوان مثال، تفاوت در ارائه‌دهندگان؟
- وضوح هدف و زمینه. آیا هدف از شاخص و زمینه‌های سازمانی و مراقبت‌های بهداشتی به وضوح شرح داده شده است؟

صحت علمی

- اعتبار. آیا شاخص، آنچه را که برای اندازه‌گیری در نظر گرفته شده است، اندازه‌گیری می‌کند؟ شاخص باید منطقی و بالینی باشد (اعتبار اسمی). باید با سایر شاخص‌های مربوط به همان جنبه‌های کیفیت مراقبت (اعتبارسنجی ساختاری) ارتباط خوبی داشته باشد و باید جنبه‌های معنی‌دار (یعنی مبتنی بر شواهد) از کیفیت مراقبت (اعتبار محتوا) را ضبط کند.
- حساسیت و اختصاصیت. آیا شاخص، فقط چند مثبت کاذب و منفی کاذب را تشخیص می‌دهد؟
- قابلیت اطمینان. آیا اندازه‌گیری، نتایج ثابتی را در بین جوامع آماری و شرایط مختلف ارائه می‌دهد؟
- صریح بودن شواهد. آیا شواهد علمی برای حمایت از این اندازه‌گیری (برای مثال، بازنگری به سامان، دستورالعمل‌ها و غیره) در دسترس است؟
- کفایت مفهوم ارزیابی. آیا مقادیر مرجع برای هدف مناسب هستند و آیا امکان شناسایی ارائه‌دهندگان خوب و بد را فراهم می‌کنند؟

امکان‌پذیری

- تجربه قبلی. آیا این اندازه‌گیری در برنامه‌های آزمایشی یا سایر کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد؟
- در دسترس بودن داده‌های مورد نیاز در سراسر سیستم. آیا می‌توان اطلاعات مورد نیاز برای اندازه‌گیری را در مقیاس و بازه زمانی مورد نیاز جمع‌آوری کرد؟
- هزینه یا بار اندازه‌گیری. هزینه جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای اندازه‌گیری چقدر است؟
- ظرفیت داده‌ها و اندازه‌گیری‌ها برای پشتیبانی از تجزیه و تحلیل زیرگروه‌ها. آیا می‌توان از این معیار برای مقایسه گروه‌های مختلف جامعه آماری استفاده کرد (به عنوان مثال، براساس وضعیت اقتصادی - اجتماعی برای ارزیابی اختلافات)؟

معنی‌دار بودن

- مقایسه: آیا شاخص می‌تواند مقایسه معنی‌داری بین ارائه‌دهندگان، مناطق و / یا کشورها داشته باشد؟
- کاربری آسان: آیا شاخص به راحتی قابل درک است و آیا به مواردی مربوط می‌شود که برای مخاطبان هدف مهم است؟
- قدرت تفکیک: آیا شاخص به وضوح اجراکنندگان خوب و بد را تفکیک می‌کند؟

۸-۳- منابع داده برای سنجش کیفیت

انواع مختلفی از داده‌ها وجود دارد که به طور بالقوه برای سنجش کیفیت استفاده می‌شوند. بیشترین استفاده از منابع داده‌ها، داده‌های اداری، سوابق پزشکی ارائه‌دهندگان و داده‌های ذخیره شده در ثبت‌های مختلف (غالباً مخصوص بیماری‌ها) مانند ثبت سرطان است. علاوه بر این، نظرسنجی از بیماران یا پرسنل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به منظور کسب اطلاعات اضافی در مورد ابعاد خاص کیفیت مفید است.

سرانجام، رویکردهای دیگری، مانند مشاهده مستقیم فعالیت‌های پزشک توسط یک همکار واجد

شرایط، در شرایط خاص مفید هستند (به عنوان مثال، در زمینه تحقیق) اما معمولاً برای سنجش مداوم کیفیت امکان پذیر نیستند. چالش‌های زیادی با توجه به کیفیت داده‌های موجود وجود دارد. این چالش‌ها را می‌توان در چهار جنبه اصلی دسته‌بندی کرد: (۱) تمامیت، (۲) جامعیت، (۳) اعتبار و (۴) وقت‌شناسی.

0 تمامیت به این معنی است که داده‌ها به درستی شامل همه بیماران بدون موارد گم‌شده می‌شود.

0 جامعیت به این معنی است که آیا داده‌ها شامل همه متغیرهای مربوطه مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل، مانند کدهای تشخیص، نتایج تست‌های آزمایشگاهی یا روش‌های انجام شده هستند.

0 اعتبار به این معنی است که داده‌ها واقعیت را به درستی منعکس می‌کنند و عاری از سوگیری و خطا هستند.

0 وقت‌شناسی به این معنی است که داده‌ها بدون تأخیر قابل توجه برای استفاده در دسترس هستند.

دسترس‌پذیری داده‌ها برای اهداف تحقیق و سنجش کیفیت بین کشورها تفاوت اساسی دارد. برخی از کشورها قانون محدودتری برای محافظت از حریم خصوصی داده‌ها را اعمال می‌کنند. همچنین امکان پیوند پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف با استفاده از شناسه‌های شخصی منحصر به فرد در همه کشورها وجود ندارد (اودرکیرک^۱، ۲۰۱۳؛ مینز^۲، حس و جانسن^۳، ۲۰۱۹). ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی همچنین ممکن است از داده‌های بیمار فقط به منظور بهبود کیفیت داخلی استفاده کرده و انتقال داده‌ها به محیط خارجی را ممنوع کنند. با این وجود، با گسترش روزافزون فن‌آوری اطلاعات در قالب سوابق الکترونیکی سلامت، پایگاه داده‌های اداری و ثبت‌های بالینی، فرصت‌های پیوند داده‌ها در حال افزایش است و به طور بالقوه گزینه‌های جدید و بهتری برای سنجش کیفیت ایجاد می‌شود.

1. Oderkirk

2. Mainz

3. Hess & Johnsen

۱-۸-۳- داده‌های اداری

داده‌های اداری اصولاً برای اهداف کیفی یا تحقیقاتی تولید نمی‌شوند، اما این مزیت را دارند که به راحتی در قالب الکترونیکی قابل دسترسی هستند. مراکز خدمات بهداشتی و درمانی، به ویژه مراکز درمانی، معمولاً موظف به نگهداری سوابق اداری هستند که در بسیاری از کشورها برای اهداف اندازه‌گیری کیفیت استفاده می‌شود. علاوه بر این، دولت‌ها معمولاً ثبت‌هایی از تولد و مرگ دارند که به طور بالقوه برای اندازه‌گیری کیفیت مرتبط هستند، اما اغلب توسط سیستم‌های اندازه‌گیری موجود استفاده نمی‌شوند. داده‌های ترخیص اداری از مراکز درمانی معمولاً شامل شناسه بیمار، اطلاعات دموگرافیک، تشخیص اولیه و ثانویه است که با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها اطلاعات رمزگذاری شده در مورد پزشکی، روش‌های جراحی، تاریخ خدمات ارائه شده، شناسه ارائه‌دهنده و بسیاری از اطلاعات دیگر کدگذاری شده است. با این حال، اطلاعات دقیق بالینی در مورد شدت بیماری یا اطلاعات مربوط به اختلال عملکرد یا کیفیت زندگی در اطلاعات اداری موجود نیست. نقطه قوت داده‌های اداری این است که آنها جامع و کامل هستند و مشکلات کمی در مورد داده‌های از دست رفته دارند. مهمترین مشکل داده‌های اداری این است که آنها توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، معمولاً برای اهداف پرداخت تولید می‌شوند. این بدان معناست که کدگذاری ممکن است تحت تأثیر انگیزه‌های سیستم پرداخت قرار گیرد و هنگامی که برای اهداف اندازه‌گیری کیفیت استفاده می‌شود همچنین تحت تأثیر مشوق‌هایی که به کیفیت اندازه‌گیری شده مراقبت متصل می‌شوند، قرار می‌گیرد.

داده‌های سوابق پزشکی

سوابق پزشکی (پرونده بالینی) حاوی عمیق‌ترین اطلاعات بالینی هستند که وضعیت یا مشکل بیمار، آزمایش‌ها؛ درمان‌های دریافتی و مراقبت‌های بعدی را به ثبت می‌رسانند. کامل بودن اطلاعات سوابق پزشکی بسیار متفاوت است. کشورها و مراکز خدمات بهداشتی و درمانی؛ به خصوص در مراقبت‌های اولیه که پزشک عمومی با بیمار آشنا است، اغلب اسناد مناسب وجود ندارد. همچنین، اگر بیمار در طی مراحل درمان، ارائه‌دهنده را تغییر دهد و هر ارائه‌دهنده آن را نگه دارد. پرونده‌های مختلف باید ترکیب شوند، تا تصویر کاملی از روند کار به دست آورند.

جمع‌آوری اطلاعات از سوابق پزشکی می‌تواند گران و زمانبر باشد؛ زیرا سوابق پزشکی به ندرت استاندارد می‌شوند. جنبه‌ی مهم دیگر این است که اطمینان حاصل شود که اطلاعات سوابق پزشکی به صورت سیستماتیک جمع‌آوری شده باشد تا از سوگیری اطلاعات جلوگیری شود. این کار را می‌توان با تعریف صریح متغیرهای بالینی، نوشتن رهنمودهای دقیق انتزاع و آموزش کارکنان برای حفظ کیفیت داده‌ها انجام داد. بررسی سوابق پزشکی بیشتر در ابتکارات بهبود کیفیت داخلی و مطالعات تحقیقاتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با رشد سوابق الکترونیکی پزشکی و الکترونیکی بهداشت و درمان، استفاده از این داده‌ها برای سنجش کیفیت سیستماتیک بیشتر در آینده افزایش می‌یابد. مزایای بالقوه استفاده از سوابق الکترونیکی به همین اندازه قابل توجه است که ممکن است تجزیه و تحلیل در زمان واقعی جزئی‌ترین اطلاعات بالینی موجود، از جمله اطلاعات آزمایش‌های تصویربرداری، نسخه‌ها و سیستم‌های آسیب‌شناسی را امکان‌پذیر کند. با این حال، پرداختن به ادامه کار ضروری خواهد بود.

۲-۸-۳- ثبت بیماری‌های خاص

ثبت بسیاری از بیماری‌های خاص شامل داده‌هایی هستند که می‌توانند برای اهداف اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های بهداشتی استفاده شوند. ثبت سرطان در بیشتر کشورهای پیشرفته وجود دارد؛ در حالی که هدف اصلی آنها ثبت موارد سرطان و اطلاعاتی است که آن اطلاعات را درباره بروز سرطان در حوضه آبریز آنها ارائه دهد، همچنین می‌توان از داده‌ها برای نظارت و ارزیابی برنامه‌های غربالگری و تخمین بقای سرطان با پیگیری بیماران سرطانی استفاده کرد.

در کشورهای اسکاندیناوی تلاش‌های قابل توجهی برای استانداردسازی ثبت سرطان انجام شده است تا مقایسه بین کشورها امکان‌پذیر باشد. با این وجود، اختلافات زیادی در رابطه با روال ثبت و سیستم‌های طبقه‌بندی وجود دارد.

در بعضی از کشورها، تعداد زیادی از ثبت‌های بالینی وجود دارد که برای اندازه‌گیری کیفیت استفاده می‌شود. به عنوان مثال، در سوئد بیش از صد ثبت کیفیت بالینی وجود دارد که به صورت داوطلبانه کار می‌کنند، زیرا همه بیماران باید مطلع شوند و حق انصراف دارند. این ثبت‌ها عمدتاً

برای بیماری‌های خاص است و آنها شامل داده‌های خاص بیماری مانند شدت بیماری در تشخیص و درمان، بررسی‌های آزمایشگاهی، اقدامات نتیجه گزارش شده توسط بیمار و سایر عوامل مرتبط مانند شاخص توده بدن، وضعیت سیگار کشیدن یا دارو است. بیشتر ثبت‌های بالینی بر مراقبت‌های تخصصی متمرکز است و بر اساس گزارش‌گیری از بیمارستان‌ها یا مراکز مراقبت ویژه روزانه است. با افزایش انتشار سوابق الکترونیکی سلامت، امکان ایجاد و تغذیه ثبت جمعیت خاص بیماری بر اساس انتزاع الکترونیکی وجود دارد. به طور بالقوه، این ممکن است به طور قابل توجهی هزینه‌های جمع‌آوری داده برای ثبت را کاهش دهد. علاوه بر این، پیوند داده‌های ثبت‌های مختلف با سایر منابع داده‌های اداری می‌تواند به طور فزاینده‌ای برای تولید مجموعه داده‌هایی است که تجزیه و تحلیل عمیق‌تر را ایجاد می‌کنند، تا استفاده شوند.

۳-۸-۳- داده‌های نظرسنجی

داده‌های نظرسنجی یکی دیگر از منابع پرکاربرد اطلاعات باکیفیت است. نظرسنجی‌ها تنها گزینه برای به دست آوردن اطلاعات در مورد تجارب بیماران با خدمات بهداشتی هستند و بنابراین منبع مهمی از اطلاعات در مورد آنها هستند. نظرسنجی از تجربیات بیمار، نظرات بیماران در مورد ارائه خدمات بهداشتی را جلب می‌کند. بیشتر کشورهای OECD^۱ حداقل یک نظرسنجی ملی را برای اندازه‌گیری PREM^۲ (ارزیابی سوابق بیمار) در طی دهه گذشته ایجاد کرده‌اند و تلاش‌ها برای افزایش بیشتر همکاری صورت گرفته است.

سرانجام، چندین کشور همچنین از نظرسنجی رضایت بیمار برای نظارت بر عملکرد ارائه‌دهنده استفاده می‌کنند. با این حال، مقایسه بین رضایتمندی در سطح بین‌المللی دشوار است، زیرا تحت تأثیر انتظارات بیماران در مورد نحوه درمان آنها است، که در کشورهای مختلف و همچنین در داخل کشورها بسیار متفاوت است.

1. Organization for Economic Co-operation and Development

2. Patient-Reported Experience Measures

۴-۸-۳- مشاهده مستقیم

مشاهده مستقیم گاهی اوقات برای اهداف تحقیق یا به عنوان بخشی از فرایندهای بررسی دقیق استفاده می‌شود. مشاهدات مستقیم امکان مطالعه فرایندهای بالینی، مانند پایبندی به دستورالعمل‌های بالینی و در دسترس بودن ساختارهای اساسی را فراهم می‌کند. مشاهده به طور معمول برای اندازه‌گیری مداوم کیفیت بیش از حد منابع لازم است. با این حال، بازدید و بررسی همکاران اغلب به جمع‌آوری داده‌ها جهت پیگیری و بررسی مراکز درمانی با هدف ارتقای کیفیت موثر خواهد بود.

۵-۸-۳- انتساب و تعدیل ریسک

زمان اندازه‌گیری کیفیت یا استفاده از داده‌های کیفی با توجه به شاخص‌های نتیجه، دوارزیایی مفهومی و روش شناختی دیگر ضروری است. هر دو به سوال مسئولیت در جهت تفاوت‌ها در کیفیت اندازه‌گیری شده یا به عبارت دیگر، به سؤال انتساب علیت به عوامل مسئول مرتبط است (تریس^۱ و آرون^۲، ۲۰۰۹).

در حالت مطلوب، اندازه‌گیری کیفیت بر اساس شاخص‌هایی است که به طور هدفمند برای انعکاس کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده توسط افراد، گروه‌ها، مراکز خدمات درمانی (به‌عنوان مثال، بیمارستان‌ها) یا سایر واحدهای آنالیزی (مانند، شبکه‌ها، مناطق، کشورها) تهیه شده است. با این حال، بسیاری از شاخص‌های کیفیت موجود نه تنها کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را نشان نمی‌دهند بلکه مجموعه عواملی را که خارج از کنترل مستقیم یک مرکز خدمات سرپایی یا بیمارستان‌ها هستند را نیز منعکس نمی‌کنند. به‌عنوان مثال، داده‌های مربوط به مرگ و میر بیماران تحت پیوند عروق کرونر (CABG) سالهاست که در انگلیس و چندین ایالت متحده آمریکا به طور عمومی گزارش می‌شود (رادفورد^۳ و همکاران، ۲۰۱۵؛ رومانو^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

1. Terris

2. Aron

3. Radford

4. Romano

هنوز این بحث مطرح است که نتایج در واقع کیفیت مراقبت جراح را نشان می‌دهد یا کیفیت تیم پزشکی (شامل بیهوشی، کیفیت بخش مراقبت‌های ویژه) یا مدیریت بیمارستان (مانند گروه احیا) و یا واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان را منعکس می‌کند (وست بای^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). با این وجود، با انتشار اطلاعات در سطح جراحی، مسئولیت به طور عمومی به فرد نسبت داده می‌شود نه به سازمان.

مثال دیگری که اختصاص علیت و مسئولیت‌پذیری در آن‌ها دشوار است شامل شاخص نتیجه‌ای است که با بازه زمانی تعریف شده است (مثلاً مرگ، ۳۰ روز پس از بستری شدن به خاطر سکنه مغزی ایسکمیک) زیرا ممکن است جهت بیماران مشاوره‌های مختلفی درخواست شود و بنابراین کیفیت اندازه‌گیری شده به مراقبت‌های دریافتی پس از ترخیص بستگی دارد. به همین ترتیب، انتساب می‌تواند برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مشکل‌ساز شود. مثلاً نسبت دادن علیت برای بستری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی - که یک شاخص کیفیت در ایالات متحده آمریکاست - دشوار است زیرا این بیماران به پزشکان متعددی مراجعه می‌کنند مانند یک یا چند پزشک مراقبت‌های اولیه و یا متخصصان مغز و اعصاب و / یا قلب و عروق. مثال‌ها نشان می‌دهند که انتساب تفاوت کیفیت به مراکز درمانی دشوار است. با این وجود، نسبت دادن علیت از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا مسئول دانستن افراد یا سازمان‌ها در قبال عواملی خارج از کنترل آن‌ها عادلانه نیست، بعلاوه، اگر مسئولیت به اشتباه نسبت داده شود، اقدامات بهبود کیفیت بی‌فایده خواهد بود، زیرا آن‌ها هدف مناسب را از دست می‌دهند؛ بنابراین، هنگام ایجاد شاخص‌های کیفیت، ایجاد یک مسیر علیت بین عوامل تحت ارزیابی و نتیجه پیشنهادی به عنوان یک معیار کیفیت مهم است. علاوه بر این، عوامل مخدوش‌کننده احتمالی از قبیل تأثیر سایر خدمت‌دهندگان یا سطوح بالاتر سیستم مراقبت‌های بهداشتی بر نتیجه مورد نظر، باید با همکاری ذینفعان مربوطه به دقت بررسی شوند (تریس و آرون ۲۰۰۹). البته مخدوش‌کننده‌های مهم بسیاری وجود دارند که خارج از کنترل مراکز درمانی هستند که هنوز به آن‌ها اشاره‌ای نشده است، زیرا مهم‌ترین مخدوش‌کننده‌ها عوامل بالینی بیمار و اولویت‌های بیمار هستند. ممکن است درجه نفوذ این عوامل در جمعیت بیمار متفاوت باشد و بر نتایج مراقبت تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، بیماران به شدت مریض یا بیمارانی که هم‌زمان

چند بیماری دارند، علی‌رغم دریافت خدمات باکیفیت بالا، در معرض نتایج بدتری از افراد سالم هستند؛ بنابراین، خدمت‌دهندگان معالج بیماران در معرض خطر کیفیت عملکرد مراقبت ضعیف هستند به‌ویژه وقتی شاخص‌های نتیجه اندازه‌گیری می‌شوند.

هدف تعدیل ریسک (که بعضاً تعدیل وضعیت آشفته نیز نامیده می‌شود) کنترل این اختلافات (عوامل خطر) است وگرنه منجر به نتایج مغرضانه می‌شود. تقریباً همه شاخص‌های نتیجه برای تعدیل فاکتورهای خطر در سطح بیمار که خارج از کنترل خدمت‌دهندگان هستند، به تعدیل ریسک نیاز دارند. علاوه بر این، فرآیندهای مراقبت‌های بهداشتی ممکن است تحت تأثیر نگرش و درک بیماران قرار بگیرند که در صورت لزوم باید برای تعدیل ریسک شاخص‌های فرآیند نیز در نظر گرفته شود. در حالت مطلوب، تعدیل ریسک اطمینان می‌دهد که اختلافات اندازه‌گیری شده در کیفیت مراقبت با تفاوت در جمعیت بیمار که توسط خدمت‌دهندگان مختلف یا در مناطق مختلف درمان می‌شود، مغرضانه نیست.

بررسی عوامل (خطرزا) بالقوه بیمار که ممکن است بر نتایج مراقبت تأثیر بگذارد، عبارتند از: ویژگی‌های جمعیت شناختی (مثلاً سن)، بالینی (مانند بیماری‌های مشترک) و عوامل اقتصادی اجتماعی، رفتارهای مرتبط با سلامت (به‌عنوان مثال، مصرف الکل، تغذیه) و نگرش‌ها ممکن است به‌طور بالقوه بر نتایج مراقبت تأثیر بگذارد. با کنترل این عوامل، روش‌های تعدیل ریسک، آماری به دست می‌آورد که قابلیت مقایسه بهتر با افراد، سازمان‌های خدمت‌دهنده یا سایر واحدهای تجزیه و تحلیل دارد.

تعدیل ریسک به سرعت در حال توسعه است و روش‌های پیچیده‌ای برای اطمینان از مقایسه منصفانه بین خدمت‌دهندگان، به‌ویژه برای شرایطی که شامل جراحی، خطر مرگ و عوارض بعد از عمل است، در دسترس است. ارائه روش‌های خاص تعدیل ریسک از حوصله این فصل خارج است؛ اما برخی از روش‌های کلی شامل استانداردسازی مستقیم و غیرمستقیم، تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه و سایر تکنیک‌های آماری می‌باشد. انتخاب عوامل بالقوه مخدوش‌کننده باید با دقت و با در نظر گرفتن هدف نهایی و استفاده از شاخص کیفیتی که نیاز به تنظیم دارد صورت گیرد. در واقع، انتخاب عوامل تعدیل ریسک متکی به فرضیاتی است که اغلب به روشنی بیان نشده‌اند. به‌عنوان مثال، در بعضی کشورها نرخ بستری مجدد در مراکز درمانی به‌عنوان شاخص کیفیت در

پرداخت هزینه‌ی برنامه‌های باکیفیت استفاده می‌شود (کریستنسن^۱، بیچ و کوینتین^۲، ۲۰۱۵). اگر اعتقاد بر این است که سن بر میزان بستری مجدد تأثیر می‌گذارد نه روش برخورد مراکز درمانی، پس سن باید در فرمول تعدیل ریسک قرار گیرد. با این حال، اگر باور این باشد که مراکز درمانی می‌توانند با استفاده از برنامه‌های ویژه ترخیص برای افراد مسن، بر میزان بستری مجدد بیماران مسن تأثیر بگذارند، این امکان وجود دارد که سن را «خطر» تلقی نکرد، بلکه آن را شاخصی برای بیمارستان جهت شناسایی بیماران با نیازهای ویژه به حساب آورد. همین استدلال‌ها برای موقعیت اقتصادی - اجتماعی نیز صدق می‌کند. از یک طرف، دلایل خوبی برای تعدیل متغیرهای اقتصادی - اجتماعی وجود دارد زیرا بیماران که در محله‌های فقیرنشین زندگی می‌کنند میزان بستری مجدد بیشتری دارند. از طرف دیگر، متغیرهای اقتصادی - اجتماعی در فرمول تعدیل ریسک وجود دارند که پذیرش مجدد مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی واقع در مناطق فقیرتر را قابل قبول می‌داند.

فرضیه‌ها و انتخاب‌های روش‌شناختی هنگام انتخاب متغیرها برای تعدیل ریسک ممکن است تأثیر مهمی بر کیفیت مراقبت اندازه‌گیری شده توسط ریسک داشته باشد. برخی از منتقدان استدلال کرده‌اند که برای قضاوت در مورد کیفیت مراقبتی مراکز درمانی، نباید از داده‌های نتیجه مقایسه‌ای در خارج استفاده شود. انتقادات اخیر در مورد روش‌های تعدیل ریسک حاکی از آن است که روش‌های تعدیل ریسک در سیستم‌های اندازه‌گیری کیفیت فعلی می‌توانند با اختصاص رتبه‌هایی مشابه رتبه‌بندی کیفیت شواهد ارزیابی شوند (بریس ویت، ۲۰۱۸).

شش اصل مهم که باید در زمان استفاده از شاخص‌های کیفی در نظر گرفته شوند:

اصل اول: شاخص‌ها باید متناسب با هدف باشند.

- انتخاب شاخص‌های کیفی باید با تعریف روشنی در رابطه با هدف مورد نظر آغاز شود. شاخص‌هایی که با تمرکز خارجی طراحی می‌شوند (به عنوان مثال نظارت، جابگویی، شناسایی داده‌های خارج از محدوده، انتخاب بیمار) نیازمند ویژگی‌های متفاوتی خواهند بود نسبت به آن دسته از شاخص‌های کیفی که با تمرکز درونی طراحی

1. Kristensen

2. Bech & Quentin

می‌شوند (به عنوان مثال بهبود کیفیت). برای استفاده‌ی خارجی سنجش‌های کیفی، باید به شناسایی مشکلات کیفی حساس باشند، و قادر باشند تفاوت‌های معنی‌دار بین ارائه‌دهندگان را نشان دهند. در استفاده‌های داخلی بیشتر از سنجش‌های کیفی خاص برای ارزیابی پیشرفت‌های مهم در طول زمان استفاده و سیگنال‌های ارائه شده از این طریق، پاسخ‌های واضح و عملی مدیریتی را در پی خواهند داشت.

اصل دوم: کیفیت سنجش به داده‌ها و شاخص‌ها بستگی دارد.

- اعتبار سنجش‌های کیفی به کیفیت داده‌هایی که سنجش‌ها بر اساس آنها انجام شده و به قدرت روش مورد استفاده برای تولید داده‌ها بستگی دارد. اعتبار (داده‌ها) زمانی که شاخص‌های کیفی از پایگاه‌های داده‌ای مشتق می‌شوند که تنها به طور غیرمستقیم به فرآیند اصلی مراقبت و ثبت داده‌ها مرتبط هستند (به عنوان مثال داده‌های صورتحساب اداری) ممکن است نیاز به توجه بیشتری داشته باشد.

اصل سوم: سنجش کیفی محدودیت‌هایی دارد.

- مراقبت از لحاظ کیفی دارای ابعاد مختلفی است (اثربخشی، ایمنی، بیمار محوری) و یک فرد ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی که این خدمات را از طریق فرآیندهای مختلفی مشتمل بر متخصصین و تکنولوژی‌های گوناگون ارائه می‌دهد (به عنوان مثال عملکرد یک بیمارستان یا یک پزشک عمومی). نتیجه‌گیری‌هایی که با در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های کیفی و خدمات زیرمجموعه‌ای آنها که تنها بر اساس چند شاخص انجام شده‌اند، احتمالاً جنبه‌های مهم بررسی نشده مراقبتی را از دست خواهند داد. حتی در زمان تفسیر خوش ساخت‌ترین شاخص‌ها، باید زمینه‌ی سازمانی و دانش محلی موقعیت‌های مبهم در نظر گرفته شوند.

اصل چهارم: حاصل سنجش‌ها نیازمند تعدیل ریسک است.

- علی‌رغم این همه پیشرفت، اعتبار نتیجه‌ی سنجش‌ها همواره قابل بحث است.

جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با نتایج همچون مرگ و میر و عوارض جانبی مفید است اما اغلب تشخیص اینکه آیا تفاوت‌های یافت شده واقعاً نتایج تفاوت کیفی مراقبت است یا خیر، امری مشکل است. به عنوان مثال، بدون تعدیل ریسک برای عوارض و بیماری‌های همراه، تفاوت‌های یافت شده در میزان مرگ و میر در بین بیمارستان‌های مختلف ممکن است به دلیل تفاوت کیفی در امر مراقبت از بیمار، نباشد. یک مرکز درمانی شاید تنها با بیمارانی با وضعیت مشخص و غیر پیچیده سر و کار داشته باشند، در حالیکه سایرین (مانند مراکز تخصصی) به درمان موارد پیچیده‌تری مبادرت ورزند.

اصل شماره ۵: شاخص‌های چندگانه با اینکه باعث آسانتر شدن روند می‌شوند اما ممکن است باعث سردرگمی نیز شوند.

- تلاش‌هایی برای ساختن شاخص‌های چندگانه صورت گرفته است که در آنها، مجموعه‌ی گسترده‌ای از اقدامات زیر مجموعه‌ای خلاصه شده‌اند. با اینکه این روش، ویژگی‌های خاصی از جمله سادگی دارد، نتایج حاصل از آن ممکن است گمراه‌کننده باشند. نقاط ضعف شاخص‌های زیر مجموعه‌ای، اغلب از نظرها دور باقی مانده و ارزیابی بین شاخص‌های گوناگون و اصلی، اغلب بر پایه‌ی اطلاعات تجربی یا گزارش شده نیست. بنابراین، به طور خلاصه، «امتیاز» شاید در برگزیده‌ی نتیجه‌ی واضحی باشد (به عنوان مثال یک ارائه‌دهنده از دیگری بهتر است)؛ اما اگر داده‌ها و روش‌های زیر مجموعه‌ای ضعیف باشند، کاربران ممکن است به نتایج نادرستی برسند.

اصل ششم: از نقش بازی کردن‌ها و عواقب پس از آن آگاه باشید.

- در حالت کلی گزارش اطلاعات در رابطه با کیفیت مراقبت می‌تواند منجر به بهبود عملکرد شود. با این وجود، گزارش برخی جنبه‌های مراقبتی می‌تواند منجر به عوارض جانبی مانند نقش بازی کردن‌ها یا تقلب کامل شود. به عنوان مثال، گزارش در مورد میزان مرگ و میر رخ داده در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها در گذشته باعث شد متخصصان تلاش کنند میزان مرگ و میر بیمارستان‌شان را با ترغیب بیماران در حال مرگ به ترک بیمارستان

و مرگ در جای دیگری غیر از بیمارستان بهبود بخشند. علاوه بر این، اگر شاخص‌ها بر بیماری‌های عمده‌ای مانند دیابت و نارسایی قلبی مزمن متمرکز باشند، ممکن است تمایل به بررسی بیماری‌های کم‌اهمیت‌تر را در گزارش‌ها و سیستم‌های پاداشی کمتر کنند. به علاوه، باید بین گزارش دادن نتایج منفی (امنیت، عوارض جانبی) و نتایج مثبت (عملکرد بهبود یافته، نجات از بیماری) تعادل ایجاد گردد. انجام چنین روندی، موجب توسعه‌ی فرهنگ کنترل خطر و خطرپذیری متعادل در مراقبت‌های سلامت خواهد شد.

فصل چهارم: حاکمیت بین‌المللی و اتحادیه اروپا و راهنمایی برای استراتژی‌های ملی با کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

۱-۴- مقدمه

این فصل به چهارچوب‌های بین‌المللی و راهنمایی‌هایی برای پرورش و پشتیبانی از استراتژی‌هایی با کیفیت در کشورهای اروپایی پرداخته است. وضعیت حقوقی و الزام‌آور ابزارهای مختلف حاکمیت و هدایت بین‌المللی تفاوت اساسی دارد. در حالی که هدف برخی از آنها حمایت از اقدامات ملی با کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است، اما برخی دیگر در تعیین کیفیت و ایمنی کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مستقیم‌تر عمل می‌کنند. قطعاً این در مورد اقدامات انجام شده در سطح اتحادیه اروپا برای اطمینان از جابجایی آزاد کالا، اشخاص و خدمات وجود دارد. یکی از سوالاتی که در این فصل به آن پرداخته شده این است که چگونه جامعه جهانی می‌تواند در خصوص مراقبت با کیفیت اقدام کند؟ چهار روش مختلف را می‌توان تفکیک کرد، که در کنار هم می‌تواند تعیین کننده تلقی شود. چهار عنصری که نوعی چارچوب حاکمیت بین‌المللی یکپارچه را برای کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فراهم می‌کنند، در زیر آورده‌ایم:

۱- افزایش آگاهی سیاسی از ارتباط کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و ایجاد دیدگاه مشترک در

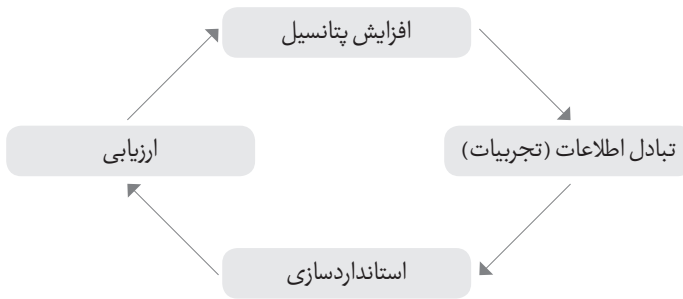
مورد چگونگی بهبود آن.

۲- اجرای این چشم‌انداز در چارچوب سیاست‌های واقعی با به اشتراک گذاشتن تجربه و عمل بین کشورها.

۳- تدوین و ارائه استانداردها و مدل‌هایی که می‌توانند به سیاست ملی منتقل شوند.

۴- اندازه‌گیری، ارزیابی و مقایسه کیفیت با توسعه اطلاعات بهتر و شاخص‌ها و روش‌های بهتر و همچنین استراتژی‌های انتشار.

براساس این چارچوب، بعد بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بخش اول بررسی خواهد شد. بخش زیر به طور خاص در مورد چگونگی پرداختن به کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی از طریق سیاست اتحادیه اروپا تمرکز خواهد کرد.



۲-۴- بعد بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

این بخش به طور خلاصه شرح می‌دهد که چگونه سازمان‌های بین‌المللی مختلفی درگیر موضوع کیفیت بهداشت و درمان شده و این مسئله را در دستور کار سیاسی و حمایت از کشورها در تدوین سیاست‌های خاص در این زمینه قرار می‌دهند. جدا کردن واضح ابعاد مختلف از چارچوب حاکمیت، همیشه آسان و غیرممکن است. این بخش به منظور ارائه؛ تجزیه و تحلیل جامع از آنچه همه سازمان‌های بین‌المللی در همه زمینه‌های چارچوب حاکمیت انجام می‌دهند، نیست. در عوض، نمونه‌هایی از نوع پشتیبانی آنها را ارائه می‌دهد؛ در واقع عناصر مکمل قابل مشاهده در رویکردهای آنها را ارائه می‌دهند.

افزایش آگاهی و ایجاد یک دیدگاه مشترک

اخیراً کیفیت در سطح بین‌المللی به یک موضوع اساسی و مهم تبدیل شده است. مدت‌ها تصور می‌شد که همه مراقبت‌ها از کیفیت خوبی برخوردار هستند و مهارت‌ها و عملکردهای پزشکان و متخصصان پزشکی زیر سوال نمی‌رود و این تنها زمانی بود که مطالعات و پروژه‌های ملی و بین‌المللی برای نشان دادن ناهمگنی عظیم در عمل پزشکی که اغلب با تغییر در نتایج بهداشت؛ همچنین تعداد زیادی از حوادث ناگوار و خطاهای پزشکی همراه بود. از آنجا که به طور ضمنی کیفیت به عنوان یک صفت ذاتی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فرض می‌شود، گاهی اوقات در اسناد سیاست‌های قبلی مراجعه به کیفیت وجود ندارد. به عنوان مثال، منشور حقوق اساسی اتحادیه اروپا شامل حق مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بدون اشاره صریح به کیفیت است. همچنین منشور اجتماعی شورای اروپا اشاره به حق کمک پزشکی بدون ذکر کیفیت است. در حقیقت، کلیه اصول عملیاتی تا حدی به کیفیت اشاره دارند: مراقبت‌هایی که بر اساس اخلاق و شواهد، مشارکت بیمار، جبران خسارت و حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن باشد راه‌اندازی کرد.

ارتباط در حوزه سلامت

ارتباط در حوزه سلامت مفهومی است که به سرعت و با اهمیت فزاینده‌ای در هر دو عرصه سلامت عمومی و بخش‌های انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در جامعه، در حال رشد است. ارتباط در حوزه سلامت بر پایه یک راه دوطرفه برای انتقال اطلاعات بنا شده است که از یک سیستم عمومی نشانه‌ها و رفتارها استفاده می‌کند و این راه ارتباطی باید همیشه در دسترس بوده و توانایی ایجاد یک حس و درک مشترک را در میان افراد گروه برقرار کننده ارتباط و مخاطبان هدف داشته باشد.

ریشه‌های برقراری ارتباط در نیاز مردم به انتقال و به اشتراک‌گذاری معنای تفکراتشان با یکدیگر نهفته است. نقش مهم ارتباط، خلق یک محیط مناسب و قابل قبول برای به اشتراک‌گذاری درک، جذب و بحث پیرامون اطلاعات انتقال داده شده، برای گروه مخاطب هدف است. برای فراهم کردن چنین محیطی، برنامه‌ریزان باید درک عمیقی از نیازها، اعتقادات، شیوه زندگی داشته باشند.

امروزه خدمات سلامت در سطح رفتارهای هدفمند ارتباطی و بر پایه الگوهایی که از علم رفتارشناسی و بر مبنای تاثیرگذاری بر سیاست‌های کلان و شکل رفتارهای اجتماعی، گرفته شده‌اند، ارائه می‌شود و هدف آن حفظ فرآیند تغییر مستمر و قدرتمند رفتارهای فردی و اجتماعی است. در این سطح از برقراری ارتباط و ارائه خدمات نیز هر کدام از سه سطح (کلینیکی، اجتماعی و اقتصادی) نقش و جایگاه خاص خود را دارند. در حقیقت تمام تلاش بر این است که با استفاده از تمام ابزار و امکانات در دسترس، بتوان بیشترین تأثیر را بر اعتقادات افراد باقی گذاشت تا بیش از پیش با برنامه‌های ارتقای سطح سلامت همراه و همگام شد.

۱-۲-۴- به اشتراک‌گذاری تجارب و روش‌های مطلوب حمایت از اقدامات ملی

انتقال اطلاعات میان افراد به صورت مستقیم از ابتدای تاریخ پزشکی یکی از راه‌های اصلی پیشرفت علم پزشکی بوده و امروزه نیز از راه‌های مهم آشنایی مراکز خدمات بهداشت و درمان با استانداردهای جدید و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی است.

همچنین سازمان‌های بین‌المللی، فعالانه تبادل تجارب را میان کشورها گسترش می‌دهند. در حالی که بعضی کشورها به مرور زمان چارچوب‌های کامل و یکپارچه‌ای برای تضمین کیفیت بهداشت و درمان ایجاد کردند، دیگر کشورها هنوز قوانینی در این زمینه وضع نکردند و طرح‌های لویج‌شان از هم‌گسیخته و منوط به توافق ارادی هستند. در واقع این تفاوت گسترده، موقعیت‌هایی را برای یادگیری دوطرفه و اشتراک بهترین روش‌ها می‌آفریند. جامعه بین‌الملل در وهله اول به ایجاد چارچوب ذهنی برای سیاست‌های کیفی بهداشت و درمان کمک می‌کند که کیفیت را تعریف می‌کند، جنبه‌های مختلف آن را مشخص می‌کند، ترجمان عملی آن را ارائه می‌دهد و ابزارها و نشانگرهایی جهت سنجش و ارزیابی ایجاد می‌نماید.

سازمان‌های بین‌المللی به نحو قابل ملاحظه‌ای به دولت‌ها در تبدیل آگاهی سیاسی به اقدام سیاسی ملموس و تشریح رویکردهای متفاوت (به کار گرفته شده در کشورهای متفاوت برای طراحی استراتژی‌های بهبود و سازماندهی ساختارهای کیفی) کمک می‌کنند. کار سازمان بهداشت جهانی مبرهن‌ترین نمونه از این قبیل تلاش‌های بین‌المللی است که با راهنمایی در تعریف و اجرای استراتژی‌های کیفی، از مجریان ملی حمایت می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی

علاوه بر نقش حمایتی-سیاسی، تبادلات بین‌المللی را با انجام مطالعات (جهت مستندسازی ساختارها و فرایندهای کیفی) افزایش می‌دهد. علاوه بر این، سازمان بهداشت جهانی مدل‌هایی برای استراتژی‌های کیفی ملی ایجاد کرده است و پایگاه‌های داده تطبیقی بر پایه شرایط مختص (شامل سکنه، دیابت و بیماری‌های کلیوی) ساخته است و مراکز مشترک و برنامه‌های آموزشی «کیفیت توسعه بهداشت و درمان» ایجاد کرده است. سازمان بهداشت جهانی همچنین از ایجاد اندیکاتورهای متداول در ناحیه‌های مختلف بهداشتی-درمانی و ایجاد ابزارهای محک‌زنی جهت پشتیبانی از درمان مطلوب (برای مثال، درمان دیابت و عفونت‌های بیمارستانی) حمایت می‌کند. دیگر فعالیت‌های سازمان بهداشت جهانی شامل انجام پژوهش‌هایی تک موضوعه در مورد مسائل خاص فنی در کیفیت (با تأکید بر یکپارچگی استانداردها، سنجش و فعالیت‌های بهبودبخش دوره‌ای و متداوم) می‌شود. به علاوه سازمان جهانی بهداشت بعدها اقدامات مشابهی جهت تسهیل و حمایت از ایجاد سیاست‌ها ایمنی بیمار و روش‌های آن را در سرتاسر کشورهای عضو در سازمان جهانی بهداشت اجرا کرده است. در سال ۲۰۰۴ برنامه سازمان جهانی بهداشت «اتحاد جهانی ایمنی بیمار» آغاز گشت. این برنامه در حمایت از مصوبه‌ای که خواستار ساخت و تقویت سیستم‌های مبتنی بر دانش در کشورها بود، آغاز شد؛ سیستم‌هایی که برای بهبود ایمنی بیماران و کیفیت بهداشت و درمان (شامل کنترل دارو، تکنولوژی و تجهیزات پزشکی) الزامی بودند.

۲-۲-۴- استانداردهای

اغلب به اشتراک‌گذاری تجارب و روش‌های کاری منجر به ایجاد رویکردها، مدل‌ها و استانداردهای مشترک می‌گردد. شورای اروپا مثال خوبی از مجری بین‌المللی است که از کشورها با ایجاد استانداردهای مشترک و توصیه‌های بهبود کیفیت بهداشت و درمان حمایت کرده است. اتحادیه اروپا نیز منبع مهمی برای استانداردهای در ناحیه‌های مختلف بخش بهداشت و درمان (از طریق تنظیم و کنترل بازار داخلی) است.

نمونه‌هایی از توصیه‌های شورای اروپا درباره کیفیت بهداشت و درمان

- خون: توصیه درباره آماده‌سازی، استفاده و تضمین کیفیت خون
- کنترل سرطان: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره سازماندهی مراقبت چند زمینه‌ای از بیماران سرطانی و کنترل سرطان
- معلولیت: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره "برنامه عملیاتی شورای اروپا" جهت ترویج حقوق افراد معلول و افزایش مشارکت افراد معلول در جامعه: بهبود کیفیت زندگی معلولان در اروپا از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵
- سیاست، توسعه و ارتقای سلامت: توصیه به گردآوری مجموعه‌ای از روش‌ها برای تنظیم راهنمایی درباره بهترین روش‌های درمان و ساخت و اجرای سیستم‌های بهبود کیفیت در بهداشت و درمان
- خدمات سلامت: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره مدیریت ایمنی بیمار و جلوگیری از اتفاقات سوء در بهداشت و درمان
- توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره ضوابط مدیریت لیست‌های انتظار و زمان انتظار در بهداشت و درمان
- توصیه درباره پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی
- اختلالات روانی: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره حفظ حقوق انسانی افراد دارای اختلالات روانی و حفظ کرامت انسانی آن‌ها
- مراقبت تسکینی: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره سازماندهی مراقبت تسکینی
- نقش بیماران: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره ساخت ساختارهایی برای مشارکت شهروندان و بیماران در فرایند تصمیم‌گیری که بهداشت و درمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- توصیه به حضور فعال بیمار در فرایند درمان خویش
- پیوند: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره نقش افراد حرفه‌ای مسئول در اهدای عضو و آموزش آن‌ها (افراد هماهنگ‌کننده اهدای عضو و پیوند)
- گروه‌های آسیب‌پذیر: توصیه کمیته وزرا به کشورهای عضو درباره سازماندهی خدمات بهداشتی-درمانی بیماران دارای بیماری مزمن

۳-۲-۴- تقویت نظارت و ارزیابی و مقایسه‌ی بین‌المللی

آخرین مؤلفه‌ی اساسی در روش یکپارچه برای مدیریت با کیفیت، جنبه‌ی نظارت و ارزیابی آن است که علاوه بر اینکه تضمین‌کننده‌ی قوی بودن سیستم‌های اطلاعات بهداشتی و درمانی است، ابزاری برای اندازه‌گیری کیفیت و مقایسه‌ی کارایی بین کشورها و بین مراکز درمانی می‌باشد. در ضمن، این مؤلفه انطباق با هنجارها، استانداردها و قوانین بین‌المللی را پوشش می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۱۹۹۸).

سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی^۲ (OECD) نقش مهمی در تکمیل و هماهنگی تلاش هیأت‌های ملی و بین‌المللی دیگر در خصوص اندازه‌گیری و مقایسه‌ی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای مختلف دارد. به دنبال کنفرانس وزیران که در سال ۲۰۰۱ در اوتاوا برگزار شد، و در آن درباره‌ی فعالیت‌های خوبی که در راستای اندازه‌گیری مؤلفه‌های کلیدی کارایی سیستم‌های بهداشتی و درمانی بحث شد، OECD پروژه‌ی شاخص‌های کیفیت مراقبت از سلامتی^۳ خود را راه‌اندازی کرد. گروهی از متخصصان، یک چارچوب مفهومی را به همراه مجموعه‌ای از شاخص‌های ارزیابی به‌عنوان عاملی موثر بر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی اظهار داشتند. این گروه شاخص‌های ویژه‌ای را برای اندازه‌گیری کیفیت در محدوده‌ی بیماری‌های خاص (سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی) و همچنین برای ارزیابی امنیت بیمار و تجربیات او گسترش دادند. OECD براساس داده‌های جمع‌آوری شده، از سال ۲۰۱۲ مجموعه‌ای را به نام سلامتی در یک نگاه^۴ با مضمون بررسی کیفیت فعالیت کشورها و مقایسه‌های بین‌المللی منتشر کرده است. بر اساس این بررسی کیفیت، گزارشی در سال ۲۰۲۲ منتشر شد که مواردی را برای آگاهی سیاست‌گذاران ملی بیان می‌کرد (OECD, 2022). این گزارش خواستار شفافیت بیشتر است؛ علی‌الخصوص پیشنهاد می‌کند که ارزیابی‌های بهتری از نتایج خدمات درمانی بیمار، به ویژه از شرح حالی که توسط خود بیماران گزارش می‌شود، انجام گیرد. این همان دلیلی است که باعث شده OECD، به پشتیبانی برنامه‌ی بهداشت

1. World Health Organization

2. The Organization for Economic Co-operation and Development

3. Health Care Quality Indicators Project

4. Health at a Glance

عمومی اروپا (EU)^۱، گسترش و آزمایش شاخص‌های جدید را در رابطه با معیارهای تجربه‌ی گزارش شده توسط بیمار^۲ (PREMs) و معیارهای نتیجه‌ی گزارش شده توسط بیمار^۳ (PROMs) انجام دهد.

۳-۴- روش اتحادیه اروپا (EU) به سمت کیفیت

این بخش نگاه جزئی‌نگرانه‌تری به چگونگی عنوان شدن کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در مفاد اتحادیه‌ی اروپا دارد. از یک سو، EU می‌تواند قوانینی را تصویب کند که برای کشورهای عضو الزام‌آور باشند. از سوی دیگر، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ابتدا فقط به صورت غیرمستقیم به عنوان یک اقدام احتیاطی همراه با فرایند یکپارچه‌سازی اقتصادی در بخش بهداشت عنوان شده بود. به همین علت است که بسیاری از معیارها روی امنیت متمرکز هستند و کمتر به ابعاد دیگر کیفیت پرداخته شده است.

حتی اگر کیفیت در میان ارزش‌ها و قوانینی باشد که معمولاً بین کشورهای عضو EU به اشتراک گذاشته می‌شود، بازهم دامنه‌ی دید EU برای توسعه‌ی یک سیاست معمولی در این حوزه محدود است. تمام نهادهایی که به تعریف سیاست بهداشت و سازماندهی و ارائه‌ی خدمات بهداشتی و مراقبت‌های درمانی می‌پردازند، رسماً دارای صلاحیت ملی هستند. با این وجود، در چارچوب قوانین بازار داخلی که زیربنای فرآیند یکپارچه‌سازی EU است، بهداشت عمومی نقش فزاینده مهمی را بازی می‌کند. از آنجایی که آزادی در جابجایی مردم، خدمات و کالاها ممکن است بهداشت عمومی را به خطر بیندازد، کشورها همواره باید اجازه‌ی اعمال محدودیت‌هایی را داشته باشند. علاوه بر این، بحران‌های مختلف بهداشتی در گذشته، مانند بحران تالیدومید^۴ در دهه‌ی ۱۹۶۰، رسوایی مربوط به خون‌های آلوده در دهه‌ی ۱۹۸۰، بحران امنیت غذایی در دهه‌ی ۱۹۹۰ و اخیراً مشکلات مربوط به ایمپلنت‌های سیلیکونی سینه، نیاز به امنیت در بهداشت عمومی را برای عملکرد بهتر بازار داخلی نشان می‌دهد.

-
1. European
 2. Patient-Reported Experience Measures
 3. Patient-Reported Outcome Measures
 4. Thalidomide

در حقیقت، از آن زمان بود که پیمان ماستریخت^۱ برای امنیت بهداشت عمومی به صراحت در قانون اولیه‌ی EU گنجانده شد: «سطح بالایی از حفاظت بهداشتی باید در تعریف و اجرای همه‌ی فعالیت‌ها و سیاست‌های اتحادیه تضمین شود.»

برای دستیابی به این هدف، صلاحیتی مشترک بین اتحادیه و کشورهای عضو پایه‌گذاری شد که نگرانی‌های متداول مربوط به امنیت در بهداشت عمومی را، برای ابعاد تعریف شده در پیمان نامه، عنوان می‌کرد. همچنین قدرت قانون‌گذاری مستقیم به EU داده شد تا استانداردهای کیفیت و امنیت در دو حیطه‌ی خاص را تنظیم کند: (۱) اندام‌ها و موادی با منشاء انسانی، خون و مشتقات خونی و (۲) محصولات دارویی و تجهیزات مورد استفاده برای درمان. توسعه‌ی استانداردهای متداول با این واقعیت توجیه می‌شود که جابجایی آزاد را تسهیل می‌کند؛ به این ترتیب محدودیت‌های ناموجه در سطح ملی به طور سیستماتیک برطرف می‌گردد.

علاوه بر این، ماده‌ی بهداشت عمومی این پیمان نامه، تعهدی را در حوزه‌ی پشتیبانی، هماهنگی و تکمیل سیاست‌های ملی درباره‌ی کیفیت و امنیت و همچنین انگیزش هماهنگی بین کشورها، برای EU ایجاد می‌کند. به طور خاص، این کمیسیون برای ارتقای هماهنگی برنامه و سیاست‌های کشورهای عضو که هدفشان تعیین دستورالعمل‌ها و شاخص‌ها است، تبدیل شدن به سازمانی برای تبادل بهترین روش‌ها و آماده‌سازی عناصر ضروری برای نظارت و ارزیابی دوره‌ای، تشویق می‌شود. ابزار توسعه‌ی این اهداف عموماً با عنوان «قانون نرم» خوانده می‌شود.

این ابزار شامل مواردی مانند توصیه‌ها، ارتباطات، روش باز هماهنگی، تشکل‌های کاری یا فرایندهای انعکاسی در سطح بالا، برنامه‌های عملیاتی، اقدامات مشترک و ... می‌باشد.

این دو روش متفاوت در بخش بعدی با جزئیات بیشتری شرح داده می‌شوند. ابتدا، بررسی خواهیم کرد که چه کیفیت و چه سطحی از امنیت در مقررات و سیاست‌های EU لحاظ شده‌اند که محتوای آن‌ها جابجایی آزاد و ایجاد یک بازار داخلی است. سپس، سیاست‌های افقی‌تر و عمومی‌تر EU را با توجه به کیفیت و امنیتی که در تعهد پشتیبانی، هماهنگی یا تکمیل سیاست‌های ملی دنبال شده است عنوان خواهیم کرد. در نهایت، نتایج را به روش‌های مختلفی که در آن‌ها سیاست

1. Maastricht Treaty

و یکپارچه سازی EU در رابطه با کیفیت مراقبت های بهداشتی بیان شده است و همچنین چگونگی تکامل این روش با گذشت زمان را ترسیم خواهیم کرد.

قوانین مبتنی بر بازار داخلی برای تضمین کیفیت و ایمنی

اولین بخش به بررسی نظام مند حیطه های مختلفی می پردازد که در آن، کیفیت و ایمنی از طریق قوانین ثانویه اروپا بررسی می شوند؛ این قوانین اصول اساسی حرکت آزادانه کالاها، خدمات و شهروندان در حوزه سلامت را تعیین می کنند. در قانون حرکت آزادانه کالاها، انواع مختلفی از «محصولات بهداشت و درمان» تعریف می شوند: داروها، ابزارهای پزشکی، فرآورده های خونی، بافت ها، سلول ها و همچنین اندام های انسانی. قانون حرکت آزادانه شهروندان شامل جابه جایی متخصصین بهداشت و سلامت و همچنین، بیماران می شود. این مسئله ارتباط نزدیکی با تامین رایگان خدمات سلامت دارد.

بر اساس بندهای فوق در معاهده (نحوه) عملکرد اتحادیه اروپا، که دامنه صلاحیت اتحادیه اروپا را در حیطه های سیاستی مختلف تعیین می کند، جزئیات مربوط به اجرای حرکت آزادانه، ضمن حفظ استانداردهای سلامت عمومی در قوانین این اتحادیه ذکر شده اند. این امر عمدتاً از طریق دستورالعمل هایی انجام می شود که بر خلاف قوانین اتحادیه اروپا، باید ابتدا قبل از اجرایی شدن، به قوانین ملی منتقل شوند.

محصولات بهداشت و درمان

اتحادیه اروپا بر اساس اصول حرکت آزاد کالاها، اقدامات قانونی را برای دستیابی به اهداف دوگانه ایجاد بازاری داخلی همزمان با محافظت از منافع عمومی به ویژه منافع مشتریان انجام داده است. استانداردهای نظارتی هماهنگ اعلام شده در سطح اتحادیه اروپا و قابل اجرا در کل ایالت های عضو این اتحادیه برای انواع مختلف محصولات درمانی تعیین شده اند.

۴-۴- نظارت بین‌المللی اتحادیه اروپا و رهنمودی برای استراتژی‌های کیفی بهداشت و درمان

این فصل به چارچوب‌های بین‌المللی پرداخته و همچنین راهنمایی در جهت توسعه و پرورش استراتژی‌های کیفی در کشورهای اروپایی می‌باشد. همانطور که در این بخش نشان داده شد، موقعیت قانونی و الزام ماهیت راهنمای بین‌المللی و ابزارهای راهنما اساساً متفاوت‌اند. درحالی‌که بعضی از آنها به معنای حمایت از نوآوری‌های کیفی ملی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است، بقیه تأثیر مستقیمی بر تعیین کیفیت و ایمنی کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی دارند. این مورد را درباره‌ی محاسبات صورت گرفته در سطح اتحادیه اروپا در جهت تضمین گردش آزادانه کالاها، افراد و خدمات باید در نظر گرفت.

یکی از سوال‌های مطرح شده در این فصل این است که جامعه بین‌الملل چگونه می‌تواند با سیاست‌های ملی مرتبط با کیفیت سلامت و درمان کمک‌کننده باشد. چهار روش مختلف وجود دارد، که - در کنار یکدیگر- می‌توان آنها را به عنوان تعریف چهار عنصر اصلی حاکمیت بین‌المللی تحت چارچوبی مشخص و یکپارچه برای کیفیت در بهداشت و درمان به شرح زیر بیان کرد:

۱- افزایش آگاهی سیاسی از ارتباط کیفی مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و ایجاد دیدگاهی مشترک درباره‌ی چگونگی توسعه و بهبود آن.

۲- اجرای این چشم‌انداز در چارچوب سیاست‌های حقیقی از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه و تمرین بین کشورها.

۳- تدوین و ارائه استانداردها و مدل‌ها (داوطلبانه یا اجباری) که می‌تواند به سیاست ملی انتقال یابد.

۴- اندازه‌گیری، ارزیابی و مقایسه کیفی به واسطه توسعه اطلاعات بهتر و شاخص‌ها و روش‌های بهتر و همچنین استراتژی‌های پخش.

همانطور که سازمان‌های بین‌المللی مختلف اعم از عمومی و خصوصی زمینه بین‌المللی را که کشورهای عضو در آن سیاست‌های کیفی خود را توسعه می‌دهند تعیین می‌نماید؛ منافع این سازمان‌ها در پرداختن به کیفیت را بررسی و تأثیر آنها را بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در کشورها تجزیه و تحلیل می‌کند.

بخش بعدی در مورد چگونگی توجه و ارائه کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از

طریق سیاست اتحادیه اروپا بحث خواهد شد. عموماً، توجه و تاکید بر جنبه استانداردسازی (هماهنگ‌سازی) به‌عنوان روشی برای اطمینان از جایجایی آزادانه کالا، شهروندان، خدمات و ایجاد بازاری داخلی است (همینطور در بهداشت و درمان).

جنبه بین‌المللی کیفیت در سلامت و درمان

در این بخش بطور خلاصه شرح می‌دهیم که چگونه سازمان‌های بین‌المللی مختلف با اعمال کیفیت در مراقبت‌های بهداشت و درمان در دستور کار سیاسی و حمایت از کشورها، در توسعه سیاست‌های خاص در این حوزه فعالیت می‌کنند. جدا سازی ابعاد مختلف از چارچوب حاکمیت کیفی، همواره آسان یا ممکن نیست. هدف این بخش ارائه تحلیلی جامع از آنچه همه سازمان‌های بین‌المللی در همه زمینه‌های چارچوب حاکمیت بهداشت انجام می‌دهند نیست. بلکه، مثال‌هایی از نوع حمایت و پشتیبانی ارائه شده، و عناصر مکمل که در رویکردهایشان قابل مشاهده است را بیان می‌دارد.

افزایش آگاهی سیاسی و ایجاد چشم اندازی مشترک

کیفیت، اخیراً در سطح بین‌الملل به یک موضوع تبدیل شده است. مدت‌های طولانی فرض بر این بود که همه مراقبت‌ها از نظر کیفی خوب هستند، و مهارت‌ها، تجربیات پزشکان و متخصصین جایی برای سوال باقی نمی‌گذارند. تنها زمانی این امر در دستور کار سیاسی قرار گرفت که مطالعات و پروژه‌های ملی و بین‌المللی ناهماهنگی عظیم در عمل پزشکی که اغلب با تغییر در نتایج بهداشتی همراه بود، و همچنین تعداد بالای حوادث ناگوار و خطاهای پزشکی، را نشان دادند.

از آنجا که کیفیت به عنوان ویژگی ذاتی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فرض می‌شود، ارجاع به کیفیت گاهی در اسناد سیاسی اولیه حذف می‌شود. برای مثال، منشور حقوق اساسی اتحادیه اروپا^۱ (۱۹۶۱) شامل حق بهداشت و درمان بدون اشاره مستقیم به کیفیت است. همچنین منشور اجتماعی شورای اروپا به حق کمک پزشکی بدون ذکر کیفیت اشاره دارد. لازم به ذکر است که همواره

1. Council of Europe's Social Charter

مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر پایه اخلاقیات و شواهد، التیام، حریم شخصی و رازداری تاکید داشته است.

ارتقا موثر کیفیت به عنوان اهرم مهمی برای اصلاحات بهداشت و درمان از سال ۱۹۷۷ آغاز شد زمانی که سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) استراتژی بهداشتی خود را برای همه (HFA)^۲ راه اندازی کرد. ایده تضمین کیفیت - شامل ارزیابی کیفیت خارجی و کنترل کیفیت داخلی - راهی موثر برای اطمینان از دسترسی یکسان به بهداشت و سلامت، کیفیت زندگی و رضایت کاربر همچنین استفاده کارآمد و مقرون به صرفه از منابع در نظر گرفته شد. در هدف ۳۱ استراتژی HFA، از کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی خواسته شد تا مکانیسم‌های موثری برای تضمین کیفیت مراقبت از بیمار، برای ارائه ساختارها و فرایندهایی جهت اطمینان از بهبود مستمر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و توسعه مناسب و استفاده از فن‌آوری‌های جدید ایجاد کنند. بنا بر استراتژی تجدید نظر شده HFA در قرن بیست و یک که توسط مجمع بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ برای اروپا تصویب شد، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا همچنین بر ادامه روند توسعه کیفی بعنوان یکی از اهداف اصلی به اصطلاح چارچوب Health21 در جهت بهبود سلامت اروپایی‌ها تاکید کرد.

بیانیه‌ها و اهداف سیاسی سرانجام به ظهور جنبش کیفی بین‌المللی منجر شد و جامعه بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (ISQua)^۳ در سال ۱۹۸۵ از کارگروه سازمان بهداشت جهانی در زمینه آموزش و تضمین کیفیت تأسیس شد که در پی آن سازمان‌های بین‌المللی دیگر نیز پیروی کرده و هرکدام تمرکز خاص یا عملکرد تکمیل‌کننده‌ای در پیش گرفتند. انجمن کیفیت در درمان اروپا (ESQH) نیز از سال ۱۹۹۸ بهبود کیفیت در بهداشت و درمان اروپا را در پیش گرفت.

1. World Health Organization

2. Health For All

3. International Society for Quality in Healthcare

فصل پنجم: ارتقاء بهره‌وری در نظام سلامت ایران

سیاستگذاری‌ها

• اصلاح و گسترش نظام ارجاع

بدون تردید یکی از راهکارهای بسیار مهم و البته آزموده شده در کشورهای توسعه یافته در جهت ارتقای بهره‌وری در نظام سلامت، ایجاد نظام ارجاع در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی است که در کشورما به طرح «پزشک خانواده» شهرت یافته است.

همانطور که پیش از این گفته شد، بهره‌وری به معنای استفاده حداکثری و سودمند از سرمایه و منابع در دسترس است. یکی از مهم‌ترین سرمایه‌ها در این حوزه، نیروی انسانی است. گسترش آموزش نیروی انسانی در حوزه پزشکی و پیراپزشکی در دهه هشتاد و البته سال‌های ابتدایی دهه‌ی نود کشورمان را با مشکل تازه‌ای روبرو کرد. عدم وجود فرصت شغلی مناسب به خصوص برای پزشکان عمومی همواره یکی از معضلات این سال‌ها بوده است. این در حالی است که بر اساس استانداردها، در بدترین حالت محاسبه، در حال حاضر تعداد نیروی متخصص در این حوزه اگر کمتر از نیاز واقعی ایران هفتاد و چند میلیونی نباشد، بیشتر از آن هم نخواهد بود.

در حقیقت مشکل و معضل اصلی، نه تعداد بیش از اندازه پزشکان عمومی، بلکه عدم استفاده از این سرمایه‌های گرانبها است. نهادینه شدن و گسترش نظام ارجاع در گام اول می‌تواند این سرمایه‌ها را در بهترین حالت خود در نظام سلامت به کار گیرد.

از سوی دیگر با برقراری نظام ارجاع، از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیمار در بخش‌های مختلف کلینیکی و پاراکلینیکی خودداری می‌شود. کاهش بار خدمات اضافی و غیرضروری پاراکلینیکی، گامی ارزشمند در راستای استفاده‌ی هدفمند از سرانه پایین درمانی در کشور ما در مسیر مناسب آن است. کاهش مصرف خودسرانه و غیرضروری دارو، نتیجه ارزشمند دیگری در اجرای این مرحله است. ضرورتی که با افزایش ارزش دلار در برابر ریال حتی بیش از گذشته در معرض توجه قرار گرفته است. گسترش عادلانه و متوازن خدمات بهداشتی و درمانی، امکان اجرا و کنترل طرح‌های ملی در حوزه سلامت و توجه ویژه به حوزه بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها، همه و همه از مواردی است که در نتیجه اجرای صحیح نظام ارجاع اتفاق خواهد افتاد.

• تمرکززدایی و اصلاح ساختار اداری

همواره هنگامی که صحبت از ارتقای بهره‌وری در هر حوزه‌ای می‌شود، اصلاح ساختار اجرایی یکی از ارکان برنامه‌ها خواهد بود. ایجاد یک نظام اداری کوچک، پویا و متخصص که متولی سیاست‌گذاری است، از الزامات طراحی یک سامانه هدفمند و یا حداکثر بهره‌وری است. در گام نخست دولت باید با افزایش مسئولیت و گسترش نقش خود در حوزه تامین بهداشت جامعه و پیشگیری از بیماری‌ها، از مسئولیت‌های خود به عنوان مجری مستقیم در بخش درمان کاسته و کار اجرایی در این حوزه را به واحدهای درمانی بسپارد. اعطای استقلال بیشتر به بیمارستان‌های دولتی، برون‌سپاری بخشی از واحدهای بهداشتی و درمانی و دادن امتیازات به بخش خصوصی و بازگذاشتن عرصه برای ورود سرمایه به حوزه سلامت از اقدامات ضروری برای ارتقای بهره‌وری در حوزه بهداشت و درمان است.

• افزایش آگاهی

اطلاع‌رسانی یکی از مهم‌ترین اولویت‌ها در حوزه سلامت است. آگاه‌سازی مردم در سه محور افزایش بهداشت شخصی، انجام اقدامات مناسب غربالگری و رفتار درست در هنگام بیماری به شکل وسیع می‌تواند در جلوگیری از اتلاف بودجه‌ی بخش بهداشت و درمان نقش مهمی داشته باشد. به

عنوان مثال در محور رفتار درست در هنگام بیماری، افزایش آگاهی جامعه پیرامون عدم مصرف خودسرانه و بی‌رویه دارو، می‌تواند تا میلیون‌ها دلار صرفه‌جویی ارزی در واردات مواد اولیه و یا محصولات کامل دارویی به همراه داشته باشد.

تلاش برای جلب اعتماد مردم به محصولات تولید داخل و عدم رغبت به محصولات مشابه خارجی نیز همین نتیجه را به همراه خواهد داشت.

ارتقای بهره‌وری در واحدهای بهداشتی و درمانی

بهبودسازی فضاهای فیزیکی و تاسیساتی، اصلاح سیستم مدیریت در جهت افزایش کارایی و بهره‌وری واحدها و مدیریت منابع انسانی از مهم‌ترین اقدامات لازم به منظور افزایش بهره‌وری در واحدهای درمانی است.

پیاده‌سازی شیوه‌های مدرن مدیریتی و استفاده از برنامه استراتژیک، تعیین نقاط ضعف و قوت، مشخص کردن فرصت‌ها و تهدیدها باعث می‌شود تا هر واحد درمانی بتواند دوره تحول عظیمی را تجربه کند.

تعیین آرمان‌ها، وظایف و مسئولیت‌های هر واحد و تعیین اهداف استراتژیک، از مهمترین اولویت‌ها است. این اقدامات به منظور جایگزینی روش‌های سنتی مدیریت با سیستم‌های مدیریت نوین و نهادینه کردن تفکر سیستماتیک و قرار گرفتن در مسیر رشد پایدار برای سازمان ضروری است. وجود تجهیزات پیشرفته‌ی پزشکی و کادر درمانی مجرب در یک واحد درمانی همراه با وجود امکانات مناسب برای اطلاع‌رسانی و برقراری ارتباط با عموم مردم مانند وب‌سایت‌ها و ارائه خدمات الکترونیکی می‌تواند باعث شود تا یک واحد درمانی علاوه بر خدمات‌رسانی مناسب به بیماران و مراجعه‌کنندگان داخلی توسط مراجعه‌کنندگان و بیماران خارجی نیز مورد استقبال قرار بگیرد و زمینه برای ارتقاء موضوع «گردشگری سلامت» در کشور محقق شود.

برگزاری دوره‌های ویژه آموزشی برای پرسنل و کادر درمانی، برگزاری سمینارها و کنفرانس‌های داخلی و همچنین در سطح ملی با همکاری دانشگاه‌ها و مراکز علمی و تحقیقاتی، دعوت از نخبگان علمی، انجام سخنرانی‌ها و برگزاری دوره‌های مهارتی و درمانی و بازآموزی پزشکان، اعمال مدیریت درمانی نوین با اصلاح فرآیندهای کاری و بهره‌گیری از فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات و همچنین

به روزرسانی امکانات و تجهیزات موجود با مطالعه و بررسی آخرین تجهیزات و دستاوردهای نوین پزشکی، بهره‌گیری از کارآمدترین پزشکان و پرسنل درمانی و ... از جمله مواردی است که همواره باید مورد توجه مسئولین و سیاستگذاران یک واحد درمانی در کشورمان قرار گیرد.

راه‌اندازی و تاسیس واحدهای درمانی و خدماتی جدید، نوسازی و بازسازی‌های گسترده، تهیه تجهیزات پزشکی استاندارد و کافی، تجهیز به پیشرفته‌ترین فن‌آوری اطلاعات از قبیل سیستم اطلاعات مستقر در تمام بیمارستان، اینترنت فراگیر و بی‌سیم جهت استفاده تمامی مراجعه‌کنندگان قابل استفاده در تلفن‌های موبایل و لپ‌تاب، کیوسک‌های اطلاع‌رسانی و متصل به اینترنت، سیستم ورود و خروج مکانیزه، تکنولوژی دستبند شناسایی بیمار، پرونده الکترونیک بیمار، ساخت و سازهای فضای ساختمانی و ... از مواردی است که با افزایش کیفیت درمان و رضایت بیماران، ارتقای بهره‌وری در یک واحد درمانی را به همراه خواهد داشت.

ارزش‌ها و مسئولیت‌های واحد درمانی

ارائه‌ی عالی‌ترین مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در کم‌ترین زمان با کیفیتی تضمین شده و هزینه‌ای پذیرفتنی که بر همه‌ی جنبه‌های سلامت و رضایت مراجعین متمرکز است، رسالت یک واحد درمانی در جستجوی افزایش بهره‌وری است. چنین واحد درمانی رسالت خود را با مرکزیت دادن به مشتریان و بهره‌گیری از شایستگی‌ها و مشارکت کارکنان بر پایه‌ی آخرین پیشرفت‌های علمی، به طور اثربخش و کارا به انجام خواهد رساند.

ارزش‌های فردی و جمعی

مدیریت زمان، رعایت وجدان فردی و کاری، حضور به موقع در محل کار، ارتقای روحیه خلاقیت و نوآوری، تلاش در جهت حفظ اسرار و محرمانه‌گی اطلاعات و مسئولیت‌پذیری از ارزش‌های فردی یک واحد بهداشتی و درمانی مدرن است.

مدیریت زمان، ایجاد فضای صمیمیت و اعتماد متقابل و مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف گروهی از ارزش‌های گروهی این واحد درمانی است.

ارزش‌های سازمانی

مدیریت زمان، رعایت استانداردهای حرفه‌ای و اصول اخلاقی، رعایت قوانین و مقررات اداری و خودداری از تخلفات، احترام به مراجعین، ایجاد امنیت شغلی و هویت فردی برای کارکنان، برقراری عدالت و ایجاد فرصت‌های یکسان جهت رشد و ارتقای کارکنان، تصمیم‌گیری بر پایه مستندات و حقایق، تبادل نظر و همکاری بین واحدها و ارتقای فضای فرهنگی و اجتماعی، ارتباط شایسته بین مسئولان، کارکنان و مراجعان، فراهم آوردن زمینه لازم جهت ابتکار و نوآوری کارکنان، آموزش مستمر و توانمندسازی کارکنان، به‌کارگیری افراد متخصص، متعهد و مجرب، استفاده بهینه از تجهیزات، لوازم و فضای فیزیکی، بهره‌گیری از معارف قرآنی و آموزه‌های دینی برای استحکام بخشیدن به هویت سازمان از ارزش‌های سازمانی یک واحد بهداشتی-درمانی در جغرافیای اجتماعی و فرهنگی ایران اسلامی است.

شناسایی موانع اصلی توسعه و بهبود کیفیت واحد بهداشتی-درمانی

اولین مشکلی که همه واحدهای بهداشتی و درمانی کشور ما با آن مواجه هستند، واقعی نبودن تعرفه خدمات و عدم تناسب آن با هزینه‌ها و همچنین با تعرفه بخش خصوصی است. این مشکل به اندازه‌ای است که در بعضی موارد به ویژه در تعرفه‌های هتلینگ، ارائه‌ی خدمات بیشتر، به معنای ضرر بیشتر است و برنامه‌ریزی خاصی در سطح مدیریت بیمارستان‌ها برای آن نمی‌توان انجام داد. دومین مشکل عمده نبود تناسب بین اختیارات و مسئولیت‌های مدیران در بیمارستان‌ها است. به‌عنوان نمونه پاسخگویی در مقابل شکایات بیماران و سازمان‌های نظارتی و قضایی بر عهده مدیران بیمارستان‌ها است. هر چند این موضوع نیز مشکلات عدیده‌ای برای بیمارستان ایجاد می‌کند، ولی باز هم مرتفع نمودن آنها خارج از اراده بیمارستان‌ها است و چون مشکل اصلی در ساختار و تشکیلات است، برنامه‌ریزی برای حل آن باید در سطوح مدیریتی بالا صورت پذیرد. سومین مشکل عدم وجود نظام‌های مدیریتی نوین اداره‌ی بیمارستان‌ها در مقایسه با توسعه علوم پزشکی است. در کشور ما در سال‌های اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در توسعه علوم پزشکی به ویژه علوم بالینی اتفاق افتاده است؛ به‌طوری‌که در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، ایران

حرف‌های زیادی برای گفتن دارد اما از نظر علم مدیریت بیمارستانی، از دنیا عقب افتاده و با وجود اینکه بیمارستان یکی از پیچیده‌ترین صنایع به شمار می‌رود، همچنان بیمارستان‌های ما به روش سنتی اداره می‌شوند. بنابراین نیازمند مدلی هستیم که بتوان بر اساس آن و به صورت هدفمند، متوازن و پایدار کیفیت خدمات و بهره‌وری در بیمارستان‌ها را بهبود بخشید.



الگوی توسعه متوازن بیمارستان شامل ۱۲ محور است:

محور اول - بهبود فضاهای فیزیکی

بهسازی فضاهای فیزیکی در میزان رضایت بیماران و کارکنان اهمیت به‌سزایی دارد. هر چند بازسازی فضاهای فیزیکی یک بیمارستان در حال فعالیت، کار مشکلی است و همانند تعمیر قطار در حال حرکت می‌باشد؛ اما با برنامه‌ریزی دقیق و تلاش بسیار قابل انجام است.

محور دوم - توسعه خدمات تشخیصی و درمانی

افزایش دسترسی جامعه هدف با توجه به نیازها و انتظارات بیماران باید در لیست اولویت‌ها قرار گرفته و با نظر خواهی از بیماران بستری و سرپایی مراجعه‌کننده و پزشکان، بررسی علت مراجعه

بیماران (شناسایی مخاطبان) و بررسی‌های بیشتر، استراتژی توسعه خدمات جدید و گسترش خدماتی که مورد نیاز شدید جامعه هدف است، مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران بیمارستان قرار گیرد.

محور سوم- ارتقای آموزشی نیروی انسانی

نیروی انسانی جزء مهمترین منابع هر سازمانی به شمار می‌رود و در حقیقت هسته مرکزی فعالیت‌های هر سازمان بر پایه منابع انسانی و چگونگی بکارگیری آن در جهت انجام امور مختلف به منظور تحقق اهداف سازمان است. در عرصه خدمات بهداشتی و درمانی، نیروی انسانی کلیدی‌ترین و با ارزش‌ترین و پرهزینه‌ترین منابع است و از طرف منابع انسانی در این بخش خود وسیله تبدیل دیگر منابع به خدمات و استفاده بهینه و منطقی از آنها است. این بیان زمانی تحقق می‌یابد که سازمان بتواند این منابع ارزشمند را توانا نموده و مهارت‌های مورد نیاز را در آنها ایجاد نماید تا بتوانند بیشترین کارایی و بهره‌وری را داشته باشند.

تاسیس و تقویت واحد آموزش و توسعه کارکنان، افزایش آگاهی کارکنان از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی متعدد از جمله کلاس‌های آموزشی در خصوص سیستم‌های مدیریتی و تعالی سازمانی، اجرای طرح ارزیابی عملکرد کارکنان، تشکیل کمیته «مدیریت رضایت کارکنان»، شرکت مدیران ارشد، میانی و کارشناسان در دوره‌های آموزشی متعدد، حفظ کرامت انسانی، تاکید بر ویژگی‌های اخلاقی مانند وجدان کاری، امانتداری، صرفه‌جویی و تلاش برای رشد ارزش‌های اخلاقی و اسلامی، ایجاد زمینه رشد معنوی منابع انسانی، حفظ کرامت و عزت و تامین معیشت کارکنان و تلاش در جهت استحکام خانواده و تعادل بین کار و زندگی آنان، از جمله راهکارهایی است که برای رسیدن به این هدف می‌توان به کار گرفت.

محور چهارم- الگوهای جدید مدیریت و ارتقای کیفیت

بررسی‌ها نشان می‌دهد که رویکرد سنتی نسبت به کیفیت، دیگر پاسخگو نیست. طبق بررسی‌های انجام شده تقریباً ۸۵٪ مسائل و مشکلات سازمان‌ها به مدیریت و سیستم‌های

مدیریتی مربوط می‌شوند؛ در حالی که تنها ۱۵٪ از آنها برخاسته از عملیات یا مربوط به تکنولوژی‌ها می‌باشند. از طرف دیگر به منظور اجرای صحیح و مورد انتظار برنامه‌ها لازم است که سیستم‌ها، فرآیندها و واحدهای سازمان در مواقع لازم و به صورتی مناسب مورد ارزیابی قرار گیرند. این ارزیابی از یک سو، برنامه‌ریزی‌های آینده را تحت تاثیر قرار داده و از سوی دیگر، اجرای برنامه‌های موجود را جهت دهی می‌کند. بدین منظور باید روش‌ها و ابزارهای مختلفی ایجاد و توسعه داده شده و هر یک از این روش‌ها به بعد خاصی از سازمان، برنامه‌ها، اجرای برنامه‌ها و نتایج اکتسابی سازمان بپردازند. سیستم‌های مدیریتی زیر نمونه‌هایی هستند که برای نیل به این هدف قابل استفاده می‌باشند.

• مدل تعالی سازمانی

مدل تعالی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا (EFQM) یکی از مدل‌های مدیریتی است که بر مفاهیم پایه‌ای چون: رهبری، ارزش‌افزایی برای مشتریان، موفقیت از طریق کارکنان، دستیابی به نتایج متوازن، ایجاد شراکت‌ها، پرورش، خلاقیت و نوآوری، مدیریت به‌وسیله فرآیندها و مسئولیت‌پذیری برای آینده‌ای پایدار استوار است. این مدل تاکید بر تحول درونی سازمان و پیاده‌سازی و استقرار فرآیند خود ارزیابی دارد. اجرای این مدل در دو مرحله انجام می‌شود:

مرحله اول: شناسایی وضعیت موجود بیمارستان با بهره‌گیری از تکنیک‌های مطرح شده در مدل سرآمدی و تعریف و اولویت‌بندی پروژه‌های بهبود.

مرحله دوم: رفع کمبودهای سیستمی با برنامه‌ریزی پروژه‌های تعریف شده و با توجه به منابع، ظرفیت‌ها و امکانات موجود.

• استقرار سیستم مدیریت کیفیت

با استقرار سیستم مدیریت کیفیت و توجه به اثربخشی مداوم آن بر طبق الزامات این استاندارد، بیمارستان باید:

۱- فرآیندهای مورد نیاز سیستم مدیریت کیفیت و کاربرد آنها را در سرتاسر سازمان مشخص نماید.

- ۲- توالی و تعامل بین این فرآیندها را تعیین کند.
- ۳- معیارها و روش‌های لازم جهت حصول اطمینان از این که هم اجرا و هم کنترل این فرآیندها اثربخش هستند را تعیین نماید.
- ۴- از در دسترس بودن منابع و اطلاعات لازم جهت پشتیبانی در اجرا و پایش این فرآیندها اطمینان حاصل نماید.
- ۵- این فرآیندها را پایش، اندازه‌گیری و تحلیل کند.
- ۶- اقدامات لازم جهت دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده و بهبود مداوم این فرآیندها را انجام دهد.

تمام موارد فوق باید توسط بیمارستان و بر طبق الزامات این استاندارد مدیریت شود.

• استقرار استاندارد سیستم مدیریت زیست محیطی

سیستم مدیریت زیست محیطی مجموعه‌ای از اقدامات مدیریتی است که به بیمارستان این امکان را می‌دهد تا تأثیر فعالیت‌هایش بر محیط زیست را شناسایی و ارزیابی کرده و تحت کنترل درآورد و در نهایت عملکرد زیست محیطی خود را بهبود بخشد. با توجه به اینکه در بیمارستان‌ها جنبه‌های زیست محیطی متعددی همچون دفع زباله‌های عفونی و غیرعفونی، دفع فاضلاب‌ها، آلاینده‌های محیطی و سرو صدای ناشی از دستگاه‌ها وجود دارد که به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر محیط زیست تأثیر سوء می‌گذارند، این سیستم مدیریتی می‌تواند به بیمارستان‌ها در برآورده کردن الزامات قانونی سازمان حفاظت محیط زیست و همچنین صرفه‌جویی در مصرف مواد و انرژی کمک کند. همچنین سیستم مدیریت زیست محیطی می‌تواند کنترل بیشتری روی عملیات متعدد بیمارستان اعمال نموده و در نتیجه منجر به کاهش ضایعات و افزایش کارایی بیمارستان شود و به رسالت بیمارستان در قبال حفظ محیط زیست جامه عمل بپوشاند.

• استقرار سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی کارکنان

با توجه به ماهیت پرخطر کار در بیمارستان‌ها و همچنین ضرورت وجود محیطی ایمن و بهداشتی در مراکز درمانی و به منظور دستیابی به این مهم، بیمارستان‌ها اقدام به طراحی، استقرار

و اجرای سیستم مدیریت ایمنی و بهداشت حرفه‌ای نموده‌اند. در این راستا، ریسک‌ها و خطرات ناشی از شغل و محیط کار شناسایی و تحت کنترل قرار می‌گیرد.

• **استقرار استانداردهای مراقبت‌های درمانی (نظام اعتبار بخشی بیمارستان‌ها)**

فرآیند اعتبار بخشی از طریق ارزیابی و سنجش میزان استقرار استانداردهای اعتبار بخشی انجام می‌شود و به یک بیمارستان شهرت، اعتبار و رسمیت می‌بخشد.

استانداردهای اعتبار بخشی ۱۳ حیطه را در دو بخش مجزا در بر می‌گیرند:

بخش اول: استانداردهای بیمار محور: شامل ۷ حیطه‌ی:

- دسترسی به مراقبت و تداوم آن

- حقوق بیمار و خانواده

- بررسی بیمار

- مراقبت از بیماران

- مراقبت جراحی و بیهوشی

- مدیریت دارو

- آموزش بیمار و خانواده

بخش دوم: استانداردهای مدیریت محور: شامل ۶ حیطه‌ی:

- توسعه کیفیت و ایمنی بیمار

- پیشگیری و کنترل عفونت

- مدیریت رهبری و هدایت

- مدیریت تسهیلات و ایمنی

- شرایط و آموزش کارکنان

- مدیریت ارتباطات و اطلاعات

محور پنجم - بهبود هتلینگ بیمارستان

سلامت تخت‌های بیمارستان می‌تواند ضمن فراهم آوردن شرایط مناسب برای آسایش بیمار، خطر سقوط از تخت را برای بیماران کاهش داده و موجب افزایش ایمنی شود. طرح‌های زیباسازی بیمارستان و طرح‌های ساماندهی همراهان بیماران در همین راستا قابل اجرا هستند.

محور ششم - اتوماسیون اطلاعات

ضرورت استفاده از اطلاعات بهداشتی و درمانی برای تأمین مقاصد تشخیصی، درمانی، آموزشی و تحقیقاتی، بهبود کیفیت درمان، بهینه‌سازی روش‌های مدیریتی مراکز درمانی و کاهش هزینه‌های بیمارستان اساسی‌ترین دلایل جمع‌آوری و اتوماسیون اطلاعات در بیمارستان‌ها محسوب می‌شوند. اتوماسیون اطلاعات بیمارستانی به‌عنوان زیرساختی برای اجرای پروژه‌های مهمی همچون محاسبه قیمت تمام شده، پرونده الکترونیک بیمار، استقرار سیستم‌های نوبت‌دهی و ... به‌شمار می‌رود.

محور هفتم - اقتصاد بیمارستانی

یکی از عوامل اصلی موفقیت هر سازمان، دارا بودن مدیریت مالی کارآمد است. در ایران بیشترین سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی به اداره امور بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. حدود ۷۰٪ از اعتبارات بیمارستان‌ها صرف هزینه‌های نیروی و مابقی صرف هزینه‌های سرمایه‌ای (ساختمان، خرید تجهیزات گران‌قیمت پزشکی، تأسیسات بیمارستانی و ...)، هزینه نگهداشت و تعمیرات تجهیزات پزشکی و تأسیساتی و هزینه‌های مصرفی و روزمره می‌شود. مدیریت صحیح بر این منابع در عرصه‌ی بهداشت و درمان به منظور ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، رضایت کارکنان و بیماران و ارتقای بهره‌وری امری ضروری خواهد بود.

در بیمارستان‌ها بین منابع اختصاص یافته و هزینه‌ها شکاف عمیقی به چشم می‌خورد. این مسئله ضرورت توجه به درآمدها و استفاده بهینه از منابع در اختیار را آشکارتر می‌سازد. برخی پژوهش‌های داخلی نشان داده‌اند که در داخل کشور حدود ۹۵٪ از هزینه‌های بیمارستان غیرقابل اجتناب بوده و مدیریت، فقط ۵٪ هزینه‌ها را می‌تواند کاهش دهد. در حالیکه درآمد را با برنامه‌ریزی

اصولی و هدفمند می‌توان به نحو چشمگیری افزایش داد و از این طریق توازن بین هزینه‌ها و درآمد را در بیمارستان ایجاد نمود و شکوفایی اقتصادی را برای بیمارستان به ارمغان آورد. بیمارستان‌ها با تکیه بر اصول علم مدیریت و با برنامه‌ریزی گسترده می‌توانند درآمدهای خود را افزایش دهند. یکی از طرح‌های قابل اجرا و آزموده شده در خصوص بهبود اقتصاد بیمارستان طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان به ویژه پزشکان و کادر پرستاری است. در این طرح به دو محور کمیت و کیفیت کار توجه شده و اجرای آن منافع زیر را برای بیمارستان به همراه خواهد داشت:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- افزایش انگیزه‌ی کارکنان بخش ارائه‌دهنده فعالیت
- استفاده بهینه از منابع و ظرفیت‌های موجود
- به حداقل رساندن درآمدهای غیرضروری بیمارستان
- افزایش درآمد بیمارستان
- پیگیری بیشتر امور بیماران توسط پرسنل
- صمیمی‌تر شدن ارتباط پرسنل با بیماران
- واقعی‌تر و عادلانه‌تر شدن پرداختی‌ها
- بهتر شدن رفتار و برخورد پرسنل با بیماران
- افزایش سرعت و دقت عمل پزشکان و پرستاران در ارائه خدمات

محور هشتم- تاسیسات و تجهیزات پزشکی

بیمارستان‌ها برای تجهیزات پزشکی و تاسیساتی خود هر ساله هزینه‌های سنگینی متقبل می‌شوند. برنامه‌ریزی به منظور استفاده صحیح از این تجهیزات و دستگاه‌ها در طول عمر مفید آنها بسیار مهم است. سرویس و نگهداری دوره‌ای تجهیزات بیمارستانی توسط متخصصین می‌تواند زمان استفاده آن‌ها را طولانی‌تر نماید. همچنین مستندسازی و حفظ سوابق سرویس و نگهداری، نگهداشت و کالیبراسیون دوره‌ای تجهیزات و دستگاه‌ها، امکان یک مدیریت منسجم و منظم را در امر تجهیزات پزشکی و تاسیساتی فراهم می‌کند که در نهایت، صرفه‌جویی در هزینه‌ها، استفاده بهینه از دستگاه‌ها و طولانی‌تر شدن عمر آنها را به دنبال دارد.

محور نهم- بهبود ایمنی و کیفیت خدمات درمانی

مسئله ایمنی و کیفیت خدمات پزشکی برای بیماران اهمیت فوق العاده‌ای دارد. طبق آمار اعلام شده توسط موسسه پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۹ میلادی، سالانه در حدود ۹۸ هزار بیمار به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می‌نمایند. همچنین کیفیت خدمات پزشکی در رضایت بیماران و همراهان نقش مهمی دارد. بیمارستان‌ها در این راستا می‌توانند از روش‌های متعددی استفاده کنند. از آن جمله:

- اجرای مدل حاکمیت بالینی

تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنی ارتقای خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه‌دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است. مدل انتخابی حاکمیت بالینی در کشور ما بر ۷ محور استوار است:

- ۱- مشارکت بیمار و جامعه
 - ۲- آموزش و یادگیری
 - ۳- مدیریت خطر
 - ۴- ممیزی بالینی
 - ۵- اثربخشی بالینی
 - ۶- استفاده از اطلاعات
 - ۷- مدیریت نیروی انسانی
- طرح تعیین تکلیف بیماران اورژانس در طی ۶ ساعت
 - ساخت، تجهیز و راه‌اندازی آزمایشگاه، رادیولوژی و سی‌تی‌اسکن اورژانس
 - طرح انتقال ایمن و سریع بیماران
 - استقرار برنامه ایمنی بیمارستان در مقابل آتش‌سوزی و سوانح
 - طرح نظرسنجی مستمر از بیماران

محور بهبود ایمنی و کیفیت خدمات

مدل 5w و 1h در تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)



- ارتقا فرهنگ گزارش دهی خطا و حوادث ناخواسته
- پیشگیری از بروز حوادث ۲۸ گانه
- تحلیل ریشه ای خطاها
- راهبری موضوعات تهدیدکننده ایمنی
- انجام بازدیدهای مدیریتی - ایمنی
- بررسی و آنالیز پیشنهادها، انتقادات و شکایات
- نظارت بر اجرای اقدامات و برنامه های ایمنی
- تحلیل و پایش برنامه های ایمنی
- جمع آوری داده ها و تحلیل شاخص های ایمنی بیمار
- پیگیری و هماهنگی در جهت پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی و ایمنی در بیمارستان
- نظرسنجی شش ماهه در خصوص فعالیت های ایمنی جاری در بیمارستان

محور دهم- توسعه و بهبود زیرساخت‌ها

برای مدیریت بهتر فضاهای درمانی لازم است اقدامات درمانی و تشخیصی مورد استفاده در بیمارستان تعیین و فرایند آن خدمت با رعایت ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت ایمنی بیمار به صورت شفاف برای همه افراد درگیر در ارائه آن خدمت تفهیم شود. توصیه می‌شود همه کسانی که به نحوی در مدیریت یا نگذاشت و یا کاربری از فضاهای تشخیصی و درمانی موجود در بیمارستان درگیر هستند از استانداردهای فیزیکی، تاسیساتی و تجهیزاتی ابلاغی وزارت بهداشت در مورد فضاهای درمانی در بیمارستان اطلاع کافی داشته باشند و برای انطباق هرچه بیشتر این فضاها با ضوابط و استانداردهای ابلاغی برنامه‌ریزی و اقدام نمایند. هر چند این امر در یک بیمارستان در حال فعالیت، کار مشکلی است و همانند تعمیر قطار در حال حرکت است، اما با برنامه‌ریزی دقیق و تلاش بسیار قابل انجام است.

محور یازدهم - رضایتمندی مشتری

بیمارستان، رسالت خود را با مرکزیت دادن به مشتریان و بهره‌گیری از شایستگی‌ها و مشارکت کارکنان، بر پایه آخرین پیشرفت‌های علمی، به طور اثربخش و کارا به انجام خواهد رساند. بار منفی واژه شکایت نیز حس نارضایتی و مغایرت با فرهنگ بیمار محوری را تداعی می‌نماید. لذا فعالیت دفتر پیگیری امور بیمارستان با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی در بیمارستان مبتنی بر اصول بیمار محوری مورد تاکید اعتبار بخشی است. در این روش به جای آنکه منتظر بروز نارضایتی باشیم با حضور در محل ارائه خدمات ضمن شناسایی موارد عدم انطباق پیش از بروز نارضایتی نسبت به رفع موارد انطباق و تسهیل خدمات برای بیماران اقدام می‌شود. این شیوه از حمایت از بیماران در نهایت منجر به شناسایی نقص‌های فرایندی و بهبود روند خدمات خواهد شد. این امر به ویژه در اقامت طولانی بیماران، کنسلی اعمال جراحی، کیفیت هتلینگ، کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ویزیت‌های پزشکی و پاسخ‌گویی به نیازهای غیرپزشکی بیمارستان بسیار راهگشا و کمک‌کننده است. این امر در ترویج فرهنگ بیمار محوری نیز بستر سازی نموده و تمامی کارکنان را درگیر مشکلات سازمان و بیماران می‌نماید. به این ترتیب، اصلاح رفتار سازمانی نیز از جریان پیگیری فعال و پیشگیرانه امور بیماران حاصل می‌شود.

محور دوازدهم- توسعه امکانات رفاهی

امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات طراحی و اجرا می‌شود.

- پیش‌بینی امکانات رفاهی در فضاهای عمومی بیمارستان برای گیرندگان خدمت
 - وجود آبسردکن و لیوان یکبار مصرف
 - امکانات شارژ تلفن همراه
 - تلفن جهت ارتباط با بخش‌های عادی و ویژه در ساعات غیرملاقات
 - وجود بوفه با شرایط بهداشتی در لابی/ محوطه بیمارستان
 - وجود سالن‌های انتظار واحدهای پذیرش، ترخیص و درمانگاه‌ها
 - وجود سرویس‌های بهداشتی به تفکیک خانم و آقا با رعایت اصول بهداشتی
 - وجود مبلمان راحت، تمیز و سالم متناسب با تعداد بیماران با رعایت نکات بهداشتی و ضدعفونی
- حضور فرد مطلع دارای حسن برخورد در لابی بیمارستان / واحد اطلاعات و پذیرش جهت راهنمایی مراجعین
- نصب تابلوهای راهنمای بلوک‌های ساختمانی و طبقات، ورودی بخش‌ها، واحدهای اداری، پاراکلینیکی و مالی

فصل ششم: مدیریت بهره‌وری در مراکز بهداشتی و درمانی

تصمیم‌گیری یکی از مهم‌ترین وظایف مدیریت بهره‌وری در تمام سطوح است و تصمیم‌های عمده مدیران بیشتر با تخصیص و بکارگیری منابع ارتباط دارد. در واقع مدیریت یک وظیفه مهم اجتماعی برای تصمیم‌گیری در زمینه تخصیص منابع است و مطلوبیت فرایند تصمیم‌گیری مراکز درمانی به مهارت مدیران در سنجش و ارزیابی اطلاعات وابسته است و مهمترین وظیفه یک مدیر بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت ارتقا خدمات درمانی می‌باشد.

در یک نگاه جامع کیفیت تصمیم‌گیری با کیفیت تجزیه و تحلیل‌های انجام شده در ارتباط بوده و سنجش و ارزیابی، بخش اساسی مدیریت ارتقاء و بهره‌وری به شمار می‌آید که این کار در برگیرنده ی تجزیه و تحلیل اطلاعات کمی و کیفی جهت بیان ویژگی‌های یک موضوع است و البته فرآیند ارزیابی مستلزم دستیابی به شاخص‌هایی جهت بیان مجموعه‌ای از اهداف، وقایع و یا شرایط می‌باشد.

نکات مورد تأکید در مدیریت ارتقاء

- نکاتی که در مدیریت بهره‌وری باید مورد تأکید قرار گیرند، عبارتند از:
- ۱- مفهوم ارتقاء و بهره‌وری به روشنی بیان شود.
 - ۲- انتخاب روش سنجش و ارزیابی بر اساس ماهیت موضوعات
 - ۳- تعیین شاخص‌های بهره‌وری
 - ۴- انتخاب شاخص‌ها بر اساس نیازها و خواسته‌های بیمار
 - ۵- سنجش و ارزیابی باید روشنگر ویژگی‌های تعیین شده باشد.

اصول مدیریت بهره‌وری

مدیریت بهره‌وری در برگیرنده اصول و رهنمودهای زیر است:

- ۱- مدیران مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی باید عامل بازدارنده بهره‌وری را شناسایی و اصلاح کند.
- ۲- برنامه بهبود کیفیت خدمات باید مستمر و همه جانبه باشد.
- ۳- برنامه‌های ارتقای بهره‌وری و کیفیت باید مشارکت تمام کارکنان را دربردارند.
- ۴- برنامه‌های بهبود بهره‌وری باید از پشتیبانی و مشارکت کلیه سطوح برخوردار باشند.
- ۵- مدیران باید اهداف ارتقای بهره‌وری را برای تمام واحدها تعیین و توجیه نمایند.
- ۶- طراحی و اجرای سیستم سنجش و ارزیابی
- ۷- ارزیابی عملکرد مدیران بر اساس اثربخشی برنامه‌های بهبود بهره‌وری صورت گیرد.

مفاهیم مرتبط با بهره‌وری

مهم‌ترین مفاهیم مرتبط با بهره‌وری عبارتند از:

- **کارایی**
کارایی به معنای آگاهی از چگونگی انجام یک کار و انجام صحیح آن کار می‌باشد و این امر هنگامی تحقق می‌یابد که به ازای هر واحد ورودی و خروجی ارزشمند بیشتری ارائه شود.
- **اثربخشی**
درجه‌ی تاثیر اقدامات انجام شده یا هزینه‌ی صرف شده در رفع مشکلات یا دسترسی به اهداف است. اثربخشی را می‌توان از از سه جنبه مورد بررسی قرار داد:
 - ۱- **اثربخشی فردی:** میزان دستیابی به اهداف فردی است.
 - ۲- **اثربخشی گروهی:** میزان دستیابی به اهداف گروهی است.
 - ۳- **اثربخشی بیمارستانی:** میزان دستیابی به اهداف مدیریت بیمارستان است.اثربخشی بیمارستانی معمولاً از طریق بررسی اسناد عملکرد گذشته یا ارزیابی‌های کلی و یا

از طریق قضاوت اشخاص خبره و مطلع نسبت به عملکرد مراکز درمانی مورد سنجش قرار می‌گیرد.

• سودآوری

سودآوری بیانگر چگونگی کارکرد مالی بیمارستان در طول یک دوره مالی است. سودآوری به وسیله تعدادی از شاخص‌ها و معادلات مالی مورد سنجش قرار می‌گیرد. برخی معتقدند که بین بهره‌وری و سودآوری رابطه‌ی مستقیم وجود دارد و افزایش و کاهش در یکی منجر به افزایش و کاهش دیگری می‌شود. تعدادی از الگوهای اندازه‌گیری بهره‌وری، وجود رابطه‌ی مستقیم بین بهره‌وری و سودآوری را نشان داده‌اند.

• خدمات

کلمه خدمت به معنای ارائه‌ی یک فرآیند درمانی به بیماران است. برای ارائه هر خدمت، مدیریت مراکز درمانی به منابع مختلف از جمله منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی نیازمند است. حصول اطمینان به اینکه خدمت ارائه شده از کیفیت مطلوبی برخوردار بوده و به میزان مورد نیاز و به هنگام، در اختیار بیماران قرار گیرد و اینکه امور فوق با حداقل هزینه ممکن انجام گیرد، از اهداف هر واحد درمانی به شمار می‌آیند و دستیابی به این اهداف مستلزم مدیریت شایسته عملیات و نظارت و کنترل بسیار دقیق آن است.

یکی از ابزارهای مناسب جهت ارتقاء کیفیت در مراکز ارائه خدمات درمانی «بررسی روش‌ها» نام دارد که از طریق مطالعه چگونگی انجام کار و نحوه بهبود روش‌های انجام کار صورت می‌گیرد. بررسی روش‌ها بطور کلی در شش مرحله زیر انجام می‌پذیرد:

۱- انتخاب کاری که باید مطالعه شود.

۲- ثبت چگونگی انجام کار

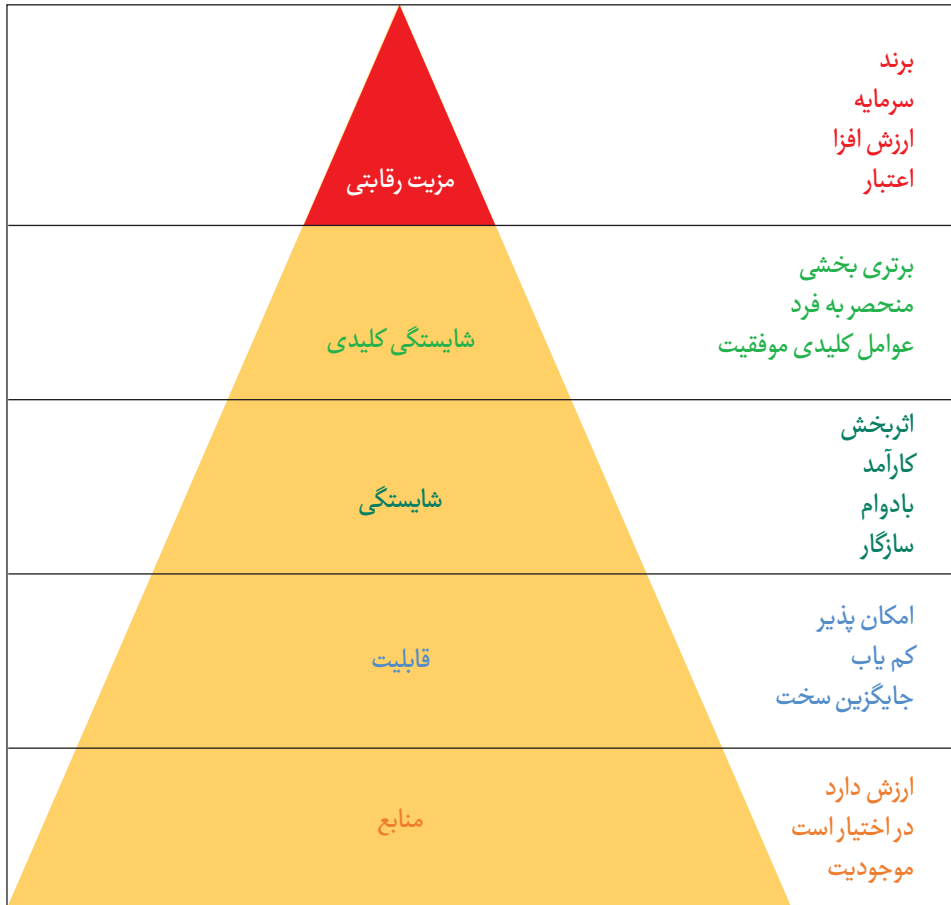
۳- بررسی و تجزیه و تحلیل روش موجود

۴- ارائه یک روش کارآمدتر

۵- اعمال روش جدید

۶- ابقا روش جدی در عمل

زنجیره دارایی‌ها در تحول و بهبود فرآیند در بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص)



• فن‌آوری

تعریف سنتی فن‌آوری به استفاده کارآمد از نیروی کار، مواد و سرمایه به‌عنوان منابع ورودی اشاره می‌نماید. این ورودی‌ها با جنبه‌ای از فن‌آوری مرتبط هستند که بر خروجی‌های ارائه شده تأثیر می‌گذارند. با این سنجش ابتدایی نمایان می‌شود که با تغییر ابزار و تجهیزات، فرایندها، فنون و روش‌ها و کیفیت مواد پردازش شده، سطح کیفیت به مقدار قابل توجهی افزایش می‌یابد.

فصل هفتم: الگوهای جدید مدیریت و ارتقای کیفیت در بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

چرخه ده گام ایجاد تغییر و تحول در بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

گام‌های
ده گانه برای ایجاد
تغییر و تحول در بیمارستان
خاتم الانبیاء (ص)

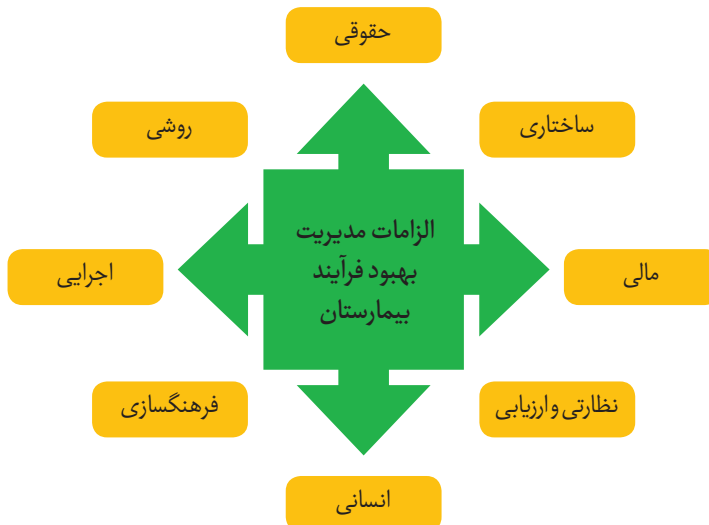


- ۱- شناخت
- ۲- شناخت چیست‌ها و چراها
- ۳- شناخت موانع و ضعف‌ها و ...
- ۴- مشخص کردن اهرم‌ها و ...
- ۵- آغاز حرکت
- ۶- برنامه‌ریزی برای ایجاد تحول در بیمارستان
- ۷- اجرای برنامه
- ۸- تعیین مقیاس
- ۹- تثبیت تحول
- ۱۰- به پایان رساندن تحول

چرخه ده گام ایجاد تغییر و تحول در بیمارستان خاتم الانبیاء(ص)

- ۱- شناسایی کارکنان و قرار دادن ایشان در کانون برنامه تحول
- ۲- شناسایی ماهیت‌ها و دلایل و تعیین مسیر کلی حرکت، منطق و اهمیت آن
- ۳- شناسایی موانع، ضعف‌ها، خطرهای، تهدیدها، چالش‌ها و مسائل و عوامل بازدارنده
- ۴- مشخص نمودن اهرم‌ها و نفوذها، فرصت‌ها، قوت‌ها، امکانات، منابع و نیروی در اختیار
- ۵- آغاز نمودن حرکت با توجه به موقعیت موجود و اهداف تعیین شده با در نظر گرفتن محتوا و شیوه کار
- ۶- برنامه‌ریزی کردن برای ایجاد تحول و تغییر
- ۷- اجرایی کردن برنامه‌ها
- ۸- ایجاد نظام‌های سنجش و تعیین مقیاس‌های روشن برای پیگیری
- ۹- تثبیت و ماندگار کردن تحول از طریق نهادینه کردن
- ۱۰- به پایان رساندن تحول و بازنگری آن و آغاز مجدد اقدامات تحول و بهبود دائمی آن

الزامات مدیریت تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء(ص)



گروه‌های اصلی موثر در تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

- اشاعه فرهنگ مشارکتی در حل مشکلات و بهبود روبات کاری و رفتار سازمانی و فرآیندها
- همسو کردن اهداف کارکنان با اهداف سازمان
- افزایش حس تعلق سازمانی در کارکنان
- ارج نهادن به فضایل و توانایی‌های سازمان

عوامل موثر مهندسی مجدد در تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)



مولفه‌های حل خلاقانه مسائل در تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)



استانداردسازی از منظر نظریه شناخت در تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء (ص)

تعریف

۱. تعیین مشخصات، فرآیندها، فعالیت‌ها، محصولات و روابط مورد نیاز یا تعیین درجه ویژگی‌های کیفی این موارد و حد مرغوبیت قابل پذیرش و مطلوبیت مورد نظر برای آن‌ها از منظر اندازه، شکل، رنگ، خواص فیزیکی و شیمیایی، پایایی، روایی، کارکرد و... به منظور کیفیت و حصول اطمینان از مصرف و کاربرد يك فرآورده، فرآیند، فعالیت و ابزار.
۲. به فرآیند ایجاد و اجرای استانداردها گفته می‌شود. هدف استانداردسازی بهبود سازگاری، امنیت و کیفیت می‌باشد.

تکنیک‌ها

- ساده‌سازی
- کددهی
- مهندسی مقدار
- کنترل فرآیندهای آماری

مفهوم

- فرآیند به‌کارگیری موثر و کارآمد راهکارها، روش‌ها، ابزارها. (حرکت از کثرت به وحدت)

مراحل تدوین

- مراحل تدوین استانداردهای بین‌المللی:
 - ۱ - مقدماتی
 - ۲ - پیشنهاد
 - ۳ - آماده‌سازی پیش‌نویس
 - ۴ - تدوین پیش‌نویس
 - ۵ - نظرسنجی

۶- تصویب

۷- چاپ

انواع

۱- بین المللی

۲- منطقه‌ای

۳- ملی (اجباری- تشویقی)

۴- شرکتی / کارخانه‌ای

اهداف

۱- دستیابی به نظم

۲- ارتقای کیفیت

۳- یکسان سازی

۴- حفظ توازن و تعادل

۵- دستیابی به عدالت

۶- دستیابی به رقابت سازنده

۷- مقررات‌گرایی

۸- اعتباربخشی

۹- کاهش مشکلات

۱۰- اعتماد و اطمینان سازی

۱۱- تضمین ایمنی و سلامت

۱۲- کمک به اقتصاد

۱۳- منع رقابت ناسالم

۱۴- منع تبلیغات کاذب و فریبنده

۱۵- کسب جایگاه جهانی

۱۶- خلاقیت و نوآوری

۱۷- پذیرش مواضع ملی کشورها

نمونه‌ها

- استانداردهای نوآوری در دوره انقلاب صنعتی، نقش مهمی در سرعت پیشرفت تحولات داشت. در نمونه‌هایی مانند:
 - ۱- پیچ و مهره و سایر گیره‌ها
 - ۲- ولتاژ و بسامد الکتریکی
 - ۳- ریل
 - ۴- روش‌ها
 - ۵- ابزارها
 - ۶- فرایندها
 - ۷- فعالیت‌ها
 - ۸- روابط
 - ۹- محصولات

جنبه‌ها

- اصطلاحات و علائم
- ویژگی (فنی-عمومی)
- روش آزمون
- آیین کار

اهداف

- کیفیت
- ایمنی

- کارایی
- قابلیت اطمینان
- سازگاری

تاریخچه

- استانداردسازی از دوران‌های گذشته تا به امروز در اشکال و شرایط خاص خود وجود داشته است. ولی با صنعتی شدن فعالیت‌ها اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده و در سال ۱۹۴۷ سازمان بین‌المللی استاندارد در ژنو تشکیل شد.

ماهیت

- یکپارچگی، انسجام، هم‌افزایی و شایستگی

تحقق اهداف شش سیگما در راستای تحول و بهبود فرآیند بیمارستان خاتم الانبیاء(ص)

شش سیگما یک فلسفه مدیریتی است که کانون توجه آن حذف خطاها، ائتلاف‌ها و دوباره‌کاری‌هاست. این یک برنامه سطحی بهبود نیست بلکه یک مبنای قابل اندازه‌گیری برای بهبود ایجاد می‌کند و روشی برای حل استراتژیک مسئله‌ها است که هم به افزایش رضایتمندی مشتری می‌انجامد و هم سود شرکت را به طور محسوسی افزایش می‌دهد.

اهداف شش سیگما عبارتند از:

- ۱- رضایت مشتری
- ۲- تولید با خطای تقریباً صفر
- ۳- صرفه‌جویی در منابع

۴- بازگشت سرمایه

۵- نهادینه کردن کیفیت در بیمارستان

۶- بهبود مستمر و حفظ فرآیند بهبود

۷- در صورت نیاز باز مهندسی مجدد فرآیند

منابع (References):

۱. کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، ارتباطات در حوزه‌ی سلامت، انتشارات میرماه ۱۳۹۱
۲. پیرحسین کولیوند، هادی کاظمی (۱۳۹۳). برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیا(ص) جلد اول: طراحی مدل، تهران، مرجع دانش، چاپ اول
۳. ارتباط در حوزه سلامت از نظریه تا اجرا، میرماه ۱۳۹۱
۴. مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۸۳). درسنامه سازمان و مدیریت تخصصی بیمارستان ۱ و ۲، تهران، دیباگران، چاپ اول
۵. لامعی، ابوالفتح (۱۳۷۸). مبانی مدیریت کیفیت، کمیته کشوری ارتقا کیفیت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، چاپ اول
۶. طبیبی، سیدجمال‌الدین، عبادی‌آذر، فرید، تورانی، سوگند، خالصی، نادر (۱۳۸۱). مدیریت کیفیت فراگیر در نظام بهداشت و درمان، جهان رایانه، تهران، چاپ اول
۷. آصف‌زاده، سعید، رضایور عزیز (۱۳۸۵) مدیریت بهداشت و درمان. حدیث امروز، قزوین، چاپ اول
8. Cheng EM et al. (2014). Quality measurement: here to stay. *Neurology Clinical Practice*, 4(5):441–6.
9. Cylus J, Papanicolas I, Smith P (2021). Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
10. Davies H (2005). Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Quality Improvement Scotland.

11. Donabedian A (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1.
12. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press.
13. EC (2021). So What? Strategies across Europe to assess quality of care. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. European Commission (EC). Brussels: European Commission.
14. Emilsson L et al. (2015). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*, 277(1):94–136
15. Ayanian ZJ, Markel H (2021). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *The New England Journal of Medicine*, 375:205–7.
16. Carinci F et al. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2):137–46.
17. Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 691–729.
18. Donabedian A (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12):1743–8.
19. IOM (2001). *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington (DC), US: National Academies Press.
20. Juran JM, Godfrey A (1999). *Juran's Quality Handbook*. New York: McGraw-Hill.
21. Reed JE, Card AJ (2021). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Quality & Safety*, 25:147–52.
22. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N (2022). *The economics of patient safety*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
23. Arah OA et al. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(S1):5–13.
24. Busse R (2022). *High Performing Health Systems: Conceptualizing, Defining, Measuring and Managing*. Presentation at the «Value in Health Forum: Standards, Quality and Economics». Edmonton, 19 January 2022.

25. Carinci F et al. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2):137–46.
26. Donabedian A (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Vol 1.
27. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press.
28. Donabedian A (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12):1743–8.
29. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L (1982). Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*, 20(10):975–92.
30. EC (2010). *EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare*. European Commission, Healthcare Systems Unit. Madrid: European Commission.
31. EC (2014). *Communication from the Commission – On effective, accessible and resilient health systems*. European Commission. Brussels: European Commission.
32. EC (2021). *So What? Strategies across Europe to assess quality of care*. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. European Commission (EC). Brussels: European Commission.
33. European Council (2006). *Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems*. *Official Journal of the European Union*, C146:1–2.
34. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N (2018). *Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 55).
35. Flodgren G, Gonçaves-Bradley DC, Pomey MP (2021). External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 12: CD008992.
36. doi: 10.1002/14651858.CD008992.pub3.

37. Gharaveis A et al. (2018). The Impact of Visibility on Teamwork, Collaborative Communication, and Security in Emergency Departments: An Exploratory Study. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 11(4):37–49.