

## مطالعه تطبیقی الگوها و رویکردهای مدیریت کیفیت در نظامهای بهداشت و درمان

دکتر یدالله حمیدی \*

### چکیده:

مدیریت کیفیت یکی از اثربخش ترین استراتژیها برای بهبود عملکرد سیستم های بهداشت درمان کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. این پژوهش یک مطالعه تطبیقی در مدل های مدیریت کیفیت در نظامهای بهداشت درمان کشورهای مختلف می باشد و هدف اصلی آن شناسایی مهمترین ابعاد مدیریت کیفیت و ارائه الگوی مناسب برای نظام تندرستی است.

در پژوهش حاضر، کشورهای مختلف آسیایی، آفریقایی، آمریکای شمالی، اروپایی و آمریکای جنوبی که سابقه ای در بکارگیری الگوهای مختلف کیفیت فراگیر در واحدهای بهداشتی درمانی خود داشتند. به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند. ضمناً مطالعات در برگزیده تجربیات WHO و بانک جهانی در خصوص کیفیت در کشورهای مختلف نیز می باشد. یافته ها نشان داد که در ۲۲ مورد از مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه عموماً معیارهای نتایج وجود ندارد. ۷ مطالعه از شاخصهای ساختاری و ۱۲ مطالعه از شاخصهای فرآیندی و ۳ مطالعه از هر دو شاخص فرآیند و ساختار برای ارزیابی کیفیت مراقبت استفاده کرده اند. از سوی دیگر، اهداف اصلی ارتقاء کیفیت در کشورهای مورد بررسی شامل، افزایش کارایی خدمات، ارتقاء ارائه خدمات، ارتقاء کیفیت زندگی کاری، کاهش هزینه ها، حذف ضایعات، استفاده صحیح از منابع و تحول فرهنگ سازمانی بود. رویکردهای کلی که در کشورهای مورد مطالعه بکار رفته شامل، تضمین کیفیت، استانداردهای ISO9002 تحول فرهنگی، TQM، مستند سازی فرآیندها و پروژه های ارتقاء کیفیت خدمات بود. مهمترین مشکلات مشاهده شده در استقرار مدیریت کیفیت، مقاومت سازمانی در مقابل تحول، فقدان تعهد مدیریت ارشد، فقدان برنامه ریزی جامع، کمبود منابع لازم، فقدان مشارکت کارکنان و فقدان سیستم های اطلاعاتی بهداشتی بود.

الگوی مدیریت کیفیت باید بر استراتژیهای تحول فرهنگی و مشارکت کارکنان، دیدگاه استراتژیک، برنامه ریزی جامع و دیدگاه مشترک توجه خاص نماید، مدیریت کیفیت فراگیر استراتژیک برای این منظور الگوی مناسبی است.

کلید واژه ها: کیفیت فراگیر / نظام تندرستی / مدیریت استراتژیک

### مقدمه:

(Total Quality Management)، بهبود مداوم کیفیت و

یا کیفیت فراگیر، تئورسینها و مجریان را به هم نزدیک کرده چون کیفیت فراگیر یک فلسفه مدیریتی و مجموعه ای از ابزارها و تکنیکهای مفید برای عملکرد و برای حفظ وفاداری و رضایت طولانی مدت مشتری،

در طی چند سال اخیر همه ابداعات، نوآوریها و ابتکاراتی که روی سازمانهای بهداشتی تأثیر داشته اند، شاید هیچیک نافذتر و گسترده تر از انقلاب کیفیت نبوده است (۱) مدیریت کیفیت فراگیر



پیشنهاد می‌کند. (۲).  
 کیفیت فراگیر علت‌های ریشه‌ای را در فرآیندهای بهداشتی جستجو می‌کند نه در بین کارکنان. اگرچه خیلی از بیمارستانها و موسسات بهداشتی برنامه‌های کیفیت را اجرا کرده‌اند ولی بیشتر آنها بر بخشهای خاص و افراد بجای تمام سازمان تمرکز داشته‌اند.  
 موج کیفیت گرائی و بکارگیری TQM در نظامهای بهداشتی با حمایت و تشویق سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) از کشورهای توسعه یافته به سمت کشورهای در حال توسعه سوق داده شده است، سازمان جهانی بهداشت بر کیفیت محتوای خدمات با تمرکز بر اعتبار روشها و کیفیت ارائه خدمات با تاکید بر سازماندهی، مدیریت و اجرا، همیشه تاکید داشته و جزوات و کتب تخصصی در این زمینه منتشر کرده است که تمرکز آنها، بیشتر بر کشورهای در حال توسعه است، بطوریکه دی جنت (Dejeant) طی گزارشی، اندازه گیری، پایش و تضمین کیفیت مراقبت بیماران و تلاش مداوم در بهبود کیفیت را به عنوان یک فعالیت اولویت دار کشورهای در حال توسعه می‌داند. به طور مثال، در جامائیکا، جمهوری دمنکن، بنگلادش، فیلیپین و... در بیمارستانها، در کنیا، چین، غنا، زئیر، زیمبابوه در مراکز بهداشتی درمانی روستائی، در گینه نو، اکوادور و جامائیکا، زئیر در مراکز بهداشت شهری و همچنین در ساختار PHC (Primary Health Care) (مراقبتهای اولیه بهداشتی) ۱۲ کشور جهان بکار گرفته شده است. از طرفی این پروژهها تحت عناوین مختلف نظیر اصلاح بخش بهداشت شیلی، پروژه بهداشت خانواده در یمن، نوسازی بیمارستانها در کره جنوبی، تهیه

آب آشامیدنی سالم در مالی، پروژه بهداشت و تغذیه در هندوراس، توسعه خدمات بهداشتی در لهستان و پروژه جمعیت و بهداشت در بنگلادش به اجرا در آمده است. نکته مهم آنکه برخی از الگوهای کیفیت بکار رفته ناقص و محدود بوده و نتایج ضعیف به همراه داشته است (۳).  
 البته در بسیاری از موسسات بهداشتی درمانی اجرای مدیریت کیفیت نتایج ارزشمندی بهمراه داشته است به طوریکه در بیمارستان عمومی، ماساچوست، بوستن (Massachusetts General Hospital Boston)، میزان بدهی مرکز را تا ۵۲ درصد کاهش دادند و سالیانه ۱۲۰۰۰۰ دلار پس‌انداز کردند.

مرکز گرین (Green Wood Center) در شهرستان لیک یوتا، باحل کردن مشکل انجام نگرفتن ثبت بیماران سالانه ۲۰۰۰۰۰ دلار ذخیره می‌کند.  
 بیمارستان لانکستر (Lancaster General Hospital) در انگلستان از هزینه‌های کیفیت جهت شناسائی فرصتهای مهم ذخیره هزینه در حسابهای قابل دریافت استفاده کرد. پس از آنکه فهرستی از مواردی که هزینه‌ها را تحت تأثیر قرار دادند تهیه شد، باسانی اولویت اول برای این بیمارستان مشخص شد. و از طریق اجرای مدیریت ارتقاء فرآیند توانستند میزان درآمد را تا ۱۲۰۰۰۰۰ دلار افزایش دادند (۴).

به طور کلی نتایج مثبت به دست آمده از کاربرد این مدل نه تنها توانسته بسیاری از مشکلات سیستمهای بهداشتی در جهان را بر طرف کند، از سوی دیگر افزایش کیفیت ارائه خدمات، بهره‌وری و افزایش رضایت گیرندگان خدمت و کارکنان را نیز به همراه داشته است. بنابراین با توجه به جامعیت و برتری TQM بر سایر

کیفیت فراگیر و ارائه الگو مناسب مدیریت کیفیت در نظام تندرستی انجام گردید.

در پژوهش حاضر، کشورهای مختلف آسیایی، آفریقایی، آمریکای شمالی، اروپایی و آمریکای جنوبی که سابقه‌ای در بکارگیری الگوهای مختلف کیفیت فراگیر در واحدهای بهداشتی درمانی خود داشتند. به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند. که عبارت بودند از:

کشورهای اروپایی: پرتغال، اسپانیا، ایرلند، انگلیس، لهستان

کشورهای آسیایی: فیلیپین، هند، بنگلادش، چین، مالزی، کره، پاکستان، یمن و ایران

کشورهای آمریکای شمالی و جنوبی: امریکا، کانادا، اکوادور، برزیل، شیلی، کلمبیا، هندوراس

کشورهای آفریقایی: مصر، زامبیا، غنا، پاپوآگینه-نو، جامائیکا، جمهوری دمینکن، آنگولا، کنیا، زیمبابوه، تانزانیا، توگو

ضمناً مطالعات در برگرنده تجربیات WHO و بانک جهانی در خصوص کیفیت در کشورهای مختلف نیز بود.

برای بررسی و مطالعه TQM در نظامهای بهداشتی کشورهای منتخب از روش کتابخانه‌ای و میدانی با استفاده از بانکهای اطلاعاتی معتبر و اینترنت و همچنین از نمایندگی سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی در ایران استفاده شد. برای تحلیل نتایج نیز از دیدگاهها و نظرات متخصصین و صاحب نظران داخلی و خارجی مدیریت کیفیت استفاده شد.

### نتایج:

پژوهشگر به منظور آگاهی از الگوها و معیارهای کیفیت در نظامهای بهداشتی کشورهای جهان، پس از

روشهای تحول در بخشهای بهداشتی، لزوم بکارگیری آن در نظامهای بهداشت درمان مورد تاکید قرار می گیرد. ولی نتایج نشان می دهد که بکارگیری آن در اشکال ناقص و مدل‌های غیر علمی و عملی و بدون توجه به متغیرها و مولفه های اصلی آن نتوانسته نتایج و انتظارات برنامه ریزان و مدیران را از مدیریت کیفیت در همه زمینه ها برآورده سازد. TQM نیاز به دیدگاه استراتژیک و تحول فرهنگی دارد. به همان اندازه که مفاهیم TQM به نظر واضح می آیند. اما برای اجرا مشکل هستند و نمی توان بدون الگوئی جامع که در برگرنده کلیه ابعاد مهم آن باشد TQM را اجرا کرد.

از طرفی با توجه به انتخاب TQM به عنوان استراتژی تحول در وزارت بهداشت درمان و از سوی دیگر مشابهت وضعیت بهداشتی ایران با برخی از کشورهای در حال توسعه و وجود مشکلات مشابه در اجرای TQM در بیمارستانها و مراکز بهداشت، به کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر در شکل صحیح و جامع، را به عنوان مهمترین اولویت برنامه ریزی استراتژیک کلان بهداشت کشور مورد تاکید قرار می دهد.

لذا با توجه به ضرورت فوق، محقق در صدد برآمد تا با انجام یک مطالعه تطبیقی مهمترین مولفه های مدیریت کیفیت را جهت طراحی الگوی جامع و مناسب مدیریت کیفیت در سیستم های بهداشت درمان تشخیص و معرفی نماید.

### مواد و روش کار:

این پژوهش یک مطالعه تطبیقی در مدل‌های مدیریت کیفیت در نظامهای بهداشت درمان کشورهای مختلف بود که با هدف شناسائی مهمترین مولفه های



(Quality Assurance) ، استانداردهای ISO9002 تحول فرهنگی ، TQM ، مهندسی مجدد فرآیندها و پروژه های ارتقاء کیفیت خدمات بود. بیشترین رویکردهای مورد استفاده در کشورهای در حال توسعه از نوع تضمین کیفیت بود و پروژه های متعددی نیز در خصوص ارتقاء کیفیت خدمات بر اساس کمیته های بیمارستانی (Hospital comities) ، حسابداری بهداشتی (Health accounting) انجام داده اند . مثلاً در غنا(۵) از روش تری سر (tracer) در برزیل(۷) از کمیته های بیمارستانی و در زامبیا(۸) از روشهای تضمین کیفیت استفاده شده است . مطالعات اخیر در این کشورها بر کاربرد گسترده TQM و کیفیت فراگیر اشاره دارد . بصورتی که در مالزی(۹) حرکت از تضمین کیفیت به سمت کیفیت فراگیر مهمترین چالش اخیر این کشور است . از سوی دیگر کاربرد استانداردهای ISO9000 به شکل محدود در این مناطق وجود داشت که کمبود منابع می تواند به عنوان عاملی برای عدم اکتساب این مدارک اعتباری در بسیاری از سازمانها باشد . در کشورهای اروپائی و امریکای شمالی از اواخر دهه ۸۰ توجهات گسترده ای به برنامه های مدیریت کیفیت فراگیر نشان داده اند و در بسیاری از بیمارستانها از ادغام TQM با مهندسی مجدد فرآیندها نام برده می شود (۱۴-۱۰ ، ۱۰) . مثلاً در ایرلند ۳۳ درصد از TQM استفاده می کنند و ۲۷ درصد بیمارستانها از روش تغییر فرهنگی ، اخذ گواهینامه ISO نیز در حال گسترش است(۱۴) . نکته مهم آنکه در این کشورها تضمین کیفیت سنتی کلاً منسوخ شده است و هیچ گزارشی در مورد کاربرد تضمین کیفیت در بیمارستانها در سالهای اخیر مشاهده نشد.

مطالعه در منابع متعدد موجود به کاربرد گسترده مدل‌های مختلف کیفیت فراگیر در کشورهای مختلف جهان ( آسیائی ، اروپایی ، امریکائی ، افریقائی ) پی برد . این نمونه ها شامل : مراکز بهداشت ، کلینکهای شهری / روستائی ، بیمارستانها و در برخی نمونه ها در حد کلان وزارتی بود . مطالعه TQM در نظامهای بهداشت درمان کشورهای مختلف در جنبه های زیر مورد مقایسه قرار گرفت :

الف - اهداف : اهداف اصلی ارتقاء کیفیت در این کشورها شامل ، افزایش کارائی خدمات ، ارتقاء ارائه خدمات ، ارتقاء کیفیت زندگی کاری ، کاهش هزینه ها ، حذف ضایعات ، استفاده صحیح از منابع و تحول فرهنگ سازمانی بود . در کشورهای امریکای شمالی و اروپا ، کاهش هزینه ها ، استاندارد کردن و افزایش کارائی خدمات و علاوه بر اینها ارتقاء کیفیت زندگی کاری و تحولات رفتاری بیشتر تاکید شده است در حالیکه در اکثر کشورهای در حال توسعه ، بهبود فرآیندها و افزایش کارائی خدمات از اهداف اصلی بود . مثلاً در غنا(۵) ، ارتقاء فرآیند ارائه خدمت و در جمهوری دمینکن(۶) کاهش هزینه ها و بهبود عملکرد مد نظر بود و نکته قابل توجه آنکه تا قبل از سالهای ۶-۱۹۹۵ در کشورهای در حال توسعه به بهبود کیفیت زندگی کاری ، توانا سازی کارکنان و مشارکت فراگیر توجهی نشده است . البته با تحولات اخیر و گرایش از تضمین کیفیت به کیفیت فراگیر به تحول فرهنگی و مشارکت بیش از پیش توجه شده است .

ب - رویکردهای مورد استفاده : رویکردهای کلی که در کشورهای مورد مطالعه بکار رفته شامل ، تضمین کیفیت

TQM ناشی از تلاش‌های WHO در توسعه بهبود کیفیت در کشورهای جهان خصوصاً کشورهای در حال توسعه بوده است .

در حالیکه در کشورهای اروپائی و توسعه یافته به عوامل دیگری نظیر شور و اشتیاق مدیران ، کارکنان در اجرای برنامه های کیفیت علاوه بر فشارهای خارجی اشاره شده است (۱۴).

هـ - روشهای اجرای برنامه های کیفیت : در اسپانیا و پرتغال از روشهایی نظیر کار تیمی ، پروژه های بهبود کیفیت ، آموزش کارگاهی به عنوان رکن اساسی و عنصر استراتژیک برنامه ها نام برده اند(۱۹) . در امریکا از ابزارها و تکنیکهای مختلف نظیر پژوهش بر مشتری ، استاندارد سازی آموزش ، ساختن تیمهای کاری ومهندسی مجدد فرایندها ، در اجرای TQM استفاده شده و نکته مهم جایزه کیفیت بالدريج (Baldrich) در این کشور بود (۱۰-۱۲) . در ایرلند بر سنجش رضایت مشتری ، پروژه های بهبود کیفیت و تعیین رسالت و استانداردها بیشترین تاکید وجود داشت(۱۴) .

در کشورهای در حال توسعه نظیر مالزی آموزش به مدیران و کارکنان و پروژه های ارتقاء کیفیت و تعیین دورنما روشهای مورد استفاده بود و در زامبیا ، مصر نیز بر تشکیل کارگاههای آموزشی ، تعیین استانداردها ، برگزاری کنفرانسها تاکید شده بود(۹،۱۸) .

بطورکلی روشهای بکار رفته رامیتوان شامل این موارد دانست: پروژه های بهبودکیفیت ، تعیین مدیریت و دورنماها ، پژوهش بر مشتری ، برقراری استانداردها ، آموزشهای مدیران ، کارکنان ، ساختن تیم ، ممیزی بالینی ، آموزش ابزارها و تکنیک های کیفیت فراگیر ،

ج - معیارها و شاخصهای سنجش کیفیت : مطالعات نشان داد که کوششهای انجام شده در ارزیابی و بهبود کیفیت در کشورهای در حال توسعه تا قبل از سالهای ۱۹۹۵ بیشتر بر ساختار و سپس فرآیند تمرکز داشته اند و دست آخر نتایج بوده است . یافته های سالهای ۹۳-۱۹۹۰ نشان می دهد که در ۲۲ مورد از مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه عموماً معیارهای نتایج وجود ندارد . ۷ مطالعه از شاخصهای ساختاری و ۱۲ مطالعه از شاخصهای فرآیندی و ۳ مطالعه از هر دو شاخص فرآیند و ساختار برای ارزیابی کیفیت مراقبت استفاده کرده اند(۳) .

مرور بر مطالعات انجام شده در اروپا و امریکا نشان از توجه به فرآیند و نتایج دارد . بطوریکه در ایالات متحده ، میزان مرگ و میر بیمارستانی به عنوان شاخص برای کیفیت مراقبتهای ارائه شده در یک مطالعه بزرگ استفاده شده است(۱۰) . تحقیقات انجام شده به شاخصهای نتایج دراز مدت و اثر نهائی برنامه ها بی توجه بودند(۱۶، ۱۵، ۴) .

د - نیروهای موثر بر اجرای برنامه های کیفیت : در بسیاری از پژوهشهای مرتبط در امریکا بر کاهش هزینه ها و افزایش در آمد تاکید زیاد شده است(۱۷، ۱۶، ۳) . در کشورهای در حال توسعه فشار ناشی از کاهش هزینه ها بدلیل منابع محدود و ضایعات بسیار عامل مهم تاکید بر ارتقاء کیفیت بوده است . در مالزی فشار داخلی از طرف دولت برای افزایش کارائی عامل مهمی بود، در کشورهای دیگر نظیر زامبیا و مصر نیز نیروهای داخلی خصوصاً دولت در راه اندازی برنامه های کیفیت بسیار موثر بوده (۸، ۱۸) ، از طرفی ، روند جهانی حمایت از برنامه های



- فقدان تعهد مدیریت ارشد	- مقاومت سازمانی در مقابل تحول
- فقدان منابع لازم	- مقاومت متخصصین و کارکنان
- فقدان مهارتها و مشارکت کارکنان	- فقدان شور و اشتیاق در مدیران
- موانع بین بخشها و واحدها	- فقدان شور و اشتیاق در کارکنان
- فقدان برنامه ریزی جامع	- نبود وحدت در سازمان
- فقدان سیستم های اطلاعاتی	
- فقدان بهداشتی	

ز - اثرات و نتایج اجرای برنامه ها : در طی بررسی نتایج مثبت کاربرد TQM در موسسات بهداشتی کشورهای مختلف به کرات مشاهده شد. در این مطالعات نتایجی که در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بیشترین تکرار را داشت : بهبود کیفیت فرآیندها ، کاهش هزینه ها ، افزایش اثر بخشی خدمات ، رضامندی گیرندگان و رضایت شغلی کارکنان بود . در کشورهای توسعه یافته بر کاهش هزینه ها ، افزایش درآمدهای رضایت گیرندگان خدمت ، و حذف فعالیت های غیر ضروری تاکید بیشتر شده ولی در کشورهای در حال توسعه بر بهبود فرآیندهای کاری ، بهبود استانداردهای فرآیند ، ارتقاء خدمات بهداشتی بیشتر تاکید شده بود . در هر دو دسته بر نتایج دراز مدت و اثر نهائی اجرای برنامه های TQM اشاره ای نشده بود (۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۴، ۳) . بطور کلی اثرات و نتایج اجرای برنامه های کیفیت را در جدول زیر نشان داد .

- افزایش رضایت مشتری / بیماران	- افزایش آگاهی در مورد کیفیت
- افزایش اثر بخشی	- افزایش کارایی
- تغییر در فرهنگ سازمان	- کاهش هزینه ها
- ارتباطات بهتر در سازمان	- کاهش شکایات مشتریها
	- توانمند سازی کارکنان

مهندسی مجدد فرآیندها ، جوایز و پاداش کیفیت ، مهارتهای تسهیل گری ، تراز یابی و بهبود کیفیت فرآیندها .

و - مشکلات و موانع در اجرای کیفیت فراگیر : مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف از فقدان تعهد مدیریت ارشد و مدیریت میانی به عنوان مهمترین مانع در اجرای TQM نام می برند . در نظام بهداشتی کانادا بین تعهد مدیریت ارشد و توفیق برنامه های کیفیت رابطه معنی دار آماری پیدا کردند و تاکید شده است بدون تعهد مدیریت به کیفیت و ایجاد فرهنگ سازمانی مناسب و حمایتگر ، انتظار هیچ توفیقی را نباید داشت . در بیمارستانهای کشورهای اروپائی علاوه بر مورد فوق به مخالفت متخصصان بدلیل ترس از تهدید قدرت، مانع مهم در اجرای برنامه های کیفیت بود بصورتی که مشارکت پزشکان را مهمترین عامل ایجاد برنامه های کیفیت موفقیت آمیز می دانند . عامل مهم دیگر عدم مشارکت و مداخله کارکنان در برنامه ها و فقدان تحول فرهنگی بود (۱) .

در کشورهای در حال توسعه نظیر کشورهای توسعه یافته فقدان تعهد مدیریت ارشد ، نقش و عامل مهم گزارش ناکامی ها بود . سایر موارد گزارش شده شامل : فقدان فرهنگ سازمانی حمایتگر جهت ایجاد شور و اشتیاق در پزشکان و کارکنان ، فقدان مهارتهای فنی و کار تیمی ، نبود سیستم اطلاعاتی مناسب و نامناسب بودن ساختار سازمانی بود . بنابراین مهمترین مشکلات را می توان موارد درج شده در جدول ذکر کرد .



همانطوریکه گفته شد، از عوامل مهم دیگر که در موفقیت TQM موثر است و باید در طراحی مدیریت کیفیت بدان توجه بیشتری گردد اجرای برنامه‌های آموزشی مستمر برای مدیران و کارکنان به منظور افزایش توانمندی آنها در اجرای تکنیکها و ابزارهای کیفیت فراگیر می‌باشد.

در مطالعات تاکید شده است که آموزشها نباید یکباره و مقطعی باشد، بلکه بطور مستمر موضوعاتی نظیر درک مفاهیم کیفیت، تکنیکها و ابزارهای کیفیت، مشارکت، فرآیند و روش بهبود کیفیت را آموزش داد و به مدیران نیز علاوه بر اینها مهارتهای رهبری را یاد داد. با مطالعه مبانی نظری پژوهش و بررسی آراء صاحب نظران کیفیت، مولفه‌ها یا ابعادی که بیشترین تاکید بر آنهاست شامل: رهبری، کار تیمی، مشتری مداری، بهبود مستمر، آموزش کیفیت می‌باشد. از سوی دیگر با مطالعه و بررسی مهمترین وظایف مدیران که بیشترین مهارتها را برای اثربخشی برنامه‌های TQM به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین ضروری است در الگوی پیشنهادی مدیریت کیفیت به آموزشهای مستمر شامل، آموزشهای مهارتهای رهبری سازمانی، آموزش تیمهای حل مساله، تربیت مربیان آموزشی برای تداوم مستمر آموزشها تاکید شود. مطمئناً ایجاد کار تیمی، مشارکت، تعارض پذیری، توسعه خلاقیت و نوآوری، از مهمترین جنبه‌های رهبری اثربخش در سازمانهای کیفیت فراگیر می‌باشد. (۱، ۳۰، ۳۱). متخصصین کیفیت معتقدند، رهبر باید فرهنگی را توسعه دهد که تمام کارکنان از مدیرکل گرفته تا سطوح پایینتر، تعهد به بهبود مداوم را به عنوان بخشی از کار روزانه‌شان نشان دهند. TQM شیوه

رویکردهای بهبود فرآیندها: در بررسی مدل‌های بکارگیری TQM در نظامهای بهداشت درمان و دیگر الگوهای مورد استفاده در سایر بخشها، مشاهده گردید که مدل‌های مختلفی برای ارتقاء فرآیند یا به عبارتی مدیریت فرآیند بکار برده می‌شود رویکرد FADE (۱۹)، رویکرد حل مساله موسسه بیمارستان امریکا یا FOCUS-PDCA (۲۱)، فرآیند حل مساله (۲۲)، چرخه بهبود مداوم فرآیند (۲۳) هشت مرحله چرخه بهبود فرآیند در مالزی (۹) و سایر مدلها (۲۶-۲۴، ۱۵) که همه آنها مجموعه‌ای از مراحل تکرار پذیر را که یک تیم یا یک فرد می‌تواند آنها را یاد بگیرد و پی گیری نماید ارائه می‌کنند.

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که کلیه روشهای بهبود کیفیت از چهار مرحله اساسی بهره می‌برند: این مراحل شامل برنامه ریزی، اجرا، کنترل و اقدام می‌باشد.

### بحث:

اکثر الگوهای TQM بر ضرورت تعهد مدیریت ارشد و افزایش آگاهی و دانش مدیران برای پذیرش تحول تاکید بسیار کرده‌اند (۲۹-۲۹، ۱)، بطوریکه ال اصف (Al assaf) معتقد است که تعهد مدیریت برای موفقیت TQM در سازمان بهداشتی بسیار حیاتی و الزامی است (۲۷).

همچنین بر اساس نتایج مطالعات در کشورهای مختلف، بین تعهد مدیریت ارشد و توفیق برنامه‌های کیفیت رابطه معنی‌دار آماری پیدا شده و تاکید شده است بدون تعهد مدیریت بهداشتی به کیفیت و ایجاد فرهنگ مدیریتی مناسب و حمایتگر، انتظار هیچ توفیقی را نباید داشت (۱). ملاحظه می‌گردد که اکثر صاحب نظران و پژوهشها در سازمانهای بهداشتی نشان از اهمیت تعهد مدیریت و حمایت همه جانبه آنها از TQM دارند.



برنامه امکان استقرار TQM وجود نخواهد داشت و پس از مدتی تب آن فروکش می‌کند، بسیاری از شکستها در اجرای TQM بر اثر نداشتن برنامه اجرایی می‌باشد (۳۱). البته زمانی برنامه‌ها می‌توانند به شکل هماهنگ و مرتبط با یکدیگر و در راستای دیدگاه مشترک قرار گیرند که در چارچوب مدیریت استراتژیک نظم یابند (۲۴، ۲۷، ۲۸).

با مطالعه الگوهای مدیریت فرآیند نظامهای بهداشتی و سایر سازمانهای صنعتی و خدماتی در کشورهای مختلف و الگوهای ارائه شده توسط صاحب نظران مدیریت کیفیت مشخص می‌گردد که، رویکردهای مختلف بهبود کیفیت در ۴ مرحله برنامه، اجرای آزمایشی، ارزشیابی و اقدام مشترک هستند. که منطبق بر چرخه بهبود کیفیت شوهارت (Showhart) و دمینگ (Deming) می‌باشد (۲۸، ۳۵، ۳۶). پژوهشگر در مدل پیشنهادی بر ارزش کار تیمی و نقش مشارکت کارکنان در شناسایی مسایل، مستندسازی، ارتباط با گیرنده خدمت کنترل آماری فرآیند، تحلیل قابلیت فرآیند، علت یابی، ارائه راه حل و اجرای راه حل اصلاحی تاکید نموده است.

اندازه گیری اثرات کامل TQM در بخش بهداشت باید در چارچوب یک الگوی جامع و دربرگیرنده کلیه شاخصهای ساختار، فرآیند، نتایج کوتاه مدت، نتایج درازمدت و اثرات نهایی قرار گیرد. این به منزله داشتن دیدگاه استراتژیک به بخش بهداشت است.

نتیجه گیری نهائی: برای موفقیت در اجرای TQM سازمانهای بهداشتی مهمترین عوامل را می‌توان موارد زیر در نظر گرفت:

۱- مدیری که به عنوان حامی اصلی حفظ کیفیت، نقش فعالانه و محسوسی در ایجاد انگیزش، تشویق کار تیمی،

مدیریتی روشنی دارد که با انتقال مسئولیت و توسعه فرهنگ کیفیتی که هر فرد در سازمان نسبت به بهبود مداوم و جلب رضایت مشتریها احساس مسئولیت می‌کند، سرو کار دارد (۳۲).

در ایرلند (۱۴) ۲۷ درصد از بیمارستانها از روش تغییر فرهنگی به کرات استفاده کرده‌اند و ۵۰ درصد اظهار کرده‌اند، بواسطه اجرای برنامه‌ها، روابط بهتر شده است.

نتیجه آنکه در الگوی مدیریت کیفیت باید بر استراتژیهای تحول فرهنگی در قالب مراحل کاملاً عملی و منظم با تاکید بر برقراری تکنیکهای مشارکت سطح اول و دوم، نظیر: بازخور بررسی، تقسیم اطلاعات سیستم پیشنهادات استفاده شود و همچنین با تشکیل تیمهای حل مسئله به تقویت مشارکت اقدام .

برای توفیق و دستیابی به اهداف TQM باید آن را به شکل جامع و فراگیر در سازمان اجرا کرد نه به صورت واحدی و بخشی، TQM یک فرآیند افقی و گسترده است که شامل تمام سطوح سازمانی است و در پی پاسخگویی به نیازها و توقعات کلیه ذی نفعان سازمان بهداشتی نظیر مردم، دولت، خدمت گیرندگان، کارکنان و سایر سازمانهای اجتماعی اقتصادی در درازمدت می‌باشد. بنابراین ضروری است رویکرد کلان و استراتژیک به کیفیت داشت و TQM را به شکل استراتژیک اجرا کرد.

مدآ (Madu) (۳۳) نیز بر این دیدگاه استراتژیک کیفیت تاکید فراوان دارد. طی تحقیقی مشخص گردید که در ۶۰ درصد سازمانهاییکه در امریکا از TQM استفاده می‌کنند، برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت طراحی و تحلیل اطلاعات وجود داشته است (۳۴). قبل از اجرای TQM باید برنامه‌ریزی لازم صورت گیرد بدون داشتن یک



الگوئی از مدیریت کیفیت را که دارای مولفه‌های فوق باشد را بنام مدیریت کیفیت فراگیر استراتژیک STQM (Strategic Total Quality Management) نام برده و آن را به صورت زیر تعریف می‌کند.

یک نگرش استراتژیک به کارکنان، سازمان و جامعه است که از طریق توانمند سازی کارکنان و مشارکت آنها در جستجوی بهبود مداوم کیفیت فرآیندها و برنامه‌های بهداشتی، خلق ارزش افزوده، تحول فرهنگ سازمان و صیانت از منابع می‌باشد و هدف نهایی‌اش بهبود وضعیت تندرستی جامعه و انجام مسئولیتهای اجتماعی و زیست‌محیطی با تمرکز بر نیازهای همه ذی‌نفعان است.

در جدول زیر تفاوت مدیریت کیفیت فراگیر استراتژیک با مدیریت کیفیت فراگیر و تضمین کیفیت بر اساس مهمترین مولفه‌های کیفیت نشان داده می‌شود.

توسعه مشارکت و خلاقیت، ایجاد ارتباطات مفید سازمانی، گسترش دیدگاه مشترک و آموزش دارا می‌باشد.

۲- نیروی کار توانمند و فعالی که هدف اصلی آنها انجام دادن کار درست در روش صحیح و بهبود آن در دفعات بعدی با جلب رضایت گیرندگان خدمت می‌باشد.

۳- فرهنگ سازمانی که بر تحول دائمی، پذیرش تعارض، کار تیمی، ارتباطات چند جانبه، مشارکت فراگیر و یادگیری دائمی تاکید می‌کند.

۴- مدیریت استراتژیک که بر تعیین رسالت، دورنماها، اهداف درازمدت بهبود مستمر، تفکر استراتژیک و یکپارچگی کل سازمان در تعامل با محیط بیرون توجه می‌کند.

۵- سیستم عملیاتی که ساختارها و فرآیندهای آن به گونه‌ای تنظیم شده‌اند که TQM را تقویت میکنند. پژوهشگر

#### مقایسه مؤلفه‌های مهم QA، TQM و STQM

مؤلفه‌ها	QA	TQM	STQM
۱- تعریف	محصول گرایی	مشتری گرایی	تمرکز بر همه ذی‌نفعان، تعالی مداری جامعه‌گرایی
۲- اهداف	کشف خطاها و عدم انطباق‌ها	پیشگیری از خطا	پیشگیری از خطا در خدمات بهداشتی، بهبود برنامه‌های تندرستی و سلامت جامعه و پایبندی به مسئولیتهای اجتماعی و زیست محیطی
۳- فرهنگ سازمان	تشویق انفرادی افراد و به دنبال یافتن خاخی	بهبود مداوم و کار تیمی توصیه می‌شود	توانا سازی کارکنان کمال گرایی و کار تیمی و تشویق به خلاقیت، ریسک پذیری، سبک رهبری و تعهد رهبری در راستای بهبود مداوم.
۴- اولویت‌ها	تاکید بر هزینه ساده	تاکید بر پیامد	تاکید بر کارایی و اثربخشی کوتاه و بلند مدت فرآیند و نتایج و مسئولیتهای اجتماعی
۵- مسئولیت کیفیت	واحدهای کنترل کیفیت	همه افراد مشارکت کننده مسئول هستند	هر شخص در سازمان مسئول می‌باشد علاوه بر آن جامعه (مردم) و سایر سازمانها نیز مسئولند.
۶- ساختار سازمانی	رویکرد از بالا به پایین، ساختار بوروکراتیک	رویکرد افقی ساختار انعطاف پذیر	رویکرد افقی، عمودی، ساختار ارگانیک، مسطح، انعطاف پذیری، یافتن کنج اکولوژیکی سازمان در محیط.
۷- تصمیم‌گیری	رویکرد متمرکز و تاکید بر اهداف کوتاه مدت	رویکرد سیستمی با تیمهای متشکل از کارکنان و تاکید بر اهداف کوتاه و بلند مدت	رویکرد غیر متمرکز و تیمی با اعضای متشکل از کارکنان و ذی‌نفعان کلیدی سازمان و تاکید بر اهداف کوتاه و بلند مدت و اثرات نهایی خدمات در سطح سلامت جامعه و محیط زیست
۸- دستیابی به کیفیت	کیفیت را باید کنترل کرد	کیفیت را باید از راه انجام وظایف مدیریت اداره کرد	کیفیت را با تواناسازی کارکنان، کار تیمی، باید رهبری کرد.
۹- دیدگاه	تفکر بخشی و کوتاه مدت	تفکر سازمانی و فراگیر در همه بخشها	تفکر استراتژیک و جامعه گرایی
۱۰- هزینه‌ها	کیفیت هزینه را افزایش می‌دهد	کیفیت هزینه‌ها را کاهش داده و بهره‌وری را افزایش می‌دهد	کیفیت هزینه‌ها را کاهش، بهره‌وری را افزایش و درآمد و سودآوری بهمراه دارد.



### منابع :

1. Wager TH, Rondeau KV. Total quality commitment and performance in Canadian health care Organizations. *Inter J Health Care Quality Assurance* 1998 ; 11(4) : 1-7.
۲. حمیدی یذالله ، طیبی جمال الدین. بررسی نتایج اجرای مدیریت کیفیت فراگیر (TQM) در شبکه های بهداشت و درمان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان ، شماره اول ، بهار ۱۳۸۳ : ۳۷-۴۳
3. De Geyndt W. *Managing the quality of health care in developing countries*. World Bank , 1995.
4. Breedlove TH. Measuring the impact of quality improvement efforts. *Health Care Financial Manag* 1994 Sep ; 4(9): 32-34.
5. Amonoo Lartson R. Patient care evaluation in a primary health care program. *Soc Science Med* 1981; 15(A):735-41
6. Lewis MA. Productivity and quality of public hospital medical staff: A Dominican-case study. *Inter J Health Planning Manag* 1991; 6: 287-308.
7. World Bank. *Brazil: Issues in health care delivery and finance*, 1992.
8. Kalumba K. *QAPin Zambia*. Conference of QA in developing countries. WHO, 1995: 10.
9. Hamid M. *QAP in Malaysia*. Conference on QA in developing countries. WHO, 1995: 7-9.
10. Hartz AJ. Hospital characteristics and mortality rates. *New Engl J Med* 1989; 321(23): 1720-25.
11. Keeler E. Hospital characteristics and quality of care. *New Engl J Med* 1992 ;268(13):1709-14.
12. Dubois RW. *Hospital morality as an in dictator of quality*. Providing Quality Care , 1989.
13. Jessee W. *QAP in United States healthcare*. Conference on QA in developing countries. WHO, 1995: 9.
14. Ennis K., Harrington D. Quality management in Irish health care. *Inter J Health Care Quality Assurance* 1999;12 (6):232-243.
15. World Health Organization. Quality assurance in developing countries. *Technical Paper* , 1995:1- 23.
16. Counte MA, Glandon GL. Improving hospital performance: Issues in Assessing *The Impact Activities Hosp Heath Serv Adm* 1995;140(1):80-94.
17. Batalden P, Smith SD. Quality improvement : the role and application of research methods. *J Health Admin Educ* 1989;7(3):577-83.
18. Jackman WM. *Quality assurance program in Egypt*. Conference on QA in developing countries. WHO, 1995:7.
19. Riley JF, Heath SR. Quality improvement means better productivity. *Health Care Executive* 1992 May-Jun;6 (3):19.
20. Barsness ZI. The quality march: National survey profiles quality improvement activities. *Hospital and Health Networks*, 1993: 52 -55.
21. Heizer JH, Nathan J. *Total quality management: Manufacturing and services*. Thomson pub, 1997.
22. Juran J, Blanton G. *Jurans quality hand book*. 5th ed. New York: McGraw Hill, 1999.
23. Kleeb T. Teaching TQM. *J Health Care Quality* 1997;19(2):17-26.
۲۴. مهربان رضا. مدیریت کیفیت جامع ، روش اجرایی پیاده سازی - تهران : نشر البرز ، ۱۳۷۶.
25. Oakland JS. *Total quality management*. Butter worth –Heineman, 1997.
26. Deming WE. *Out of Crisis* . Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 1986.
27. Al Assaf AF, Schmele J. *Total quality in health care*. Stlucie press, 1997.
28. Martinez F, Vanormelingen K. *Continuous quality improvement of health services*. WHO, 1996.
۲۹. رجب بیکی مجتبی. مدیریت کیفیت فراگیر. تهران : دانشگاه صنعتی امیرکبیر ، ۱۳۷۴ .
30. Snape E. Managing human resources for TQM: possibilities and pitfalls. *Employee Relations* 1996; 17(4):20- 27.
31. Crosby PB. *Quality is free*. New York: New American Library, MCGraw-Hill , 1990.
32. Wilkinson A, Godfry GB. Total quality management and employee involvement in practice. *Organization Studies* 1994;18(5):5



33. Madu CN. *Strategic total quality management*. Hand book of T.Q.M. Kluwer Academic , 1998:165 -70
34. Cheshier SRA. *Continuous campus improvement quality process implementation in an American public Senior College*. The Tenth International Conference , 1994.
35. Katz JM, Green E. *Managing quality : A Guide to system- Wide performance management in health care*. 2nd ed. New York : Mosby, 1997.

۳۶. تاكر مايكل. مديريت فرايند. ترجمه گروه كارشناسان. تهران: انتشارات يساولی ، ۱۳۷۹.