

رویکردهای ارزشیابی در خدمات مراقبت سلامت

بهرام نبی‌لو^۱، ابراهیم کاظمی^۲

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی

سال سوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۴

چکیده

مقدمه: ارزشیابی در خدمات بهداشتی درمانی از قدمت زیادی برخوردار است. مدارکی مثل لوح حمورابی سابقه آن را به قرن سوم قبل از میلاد مسیح می‌رساند. کاربرد استانداردهای کیفی برای بیمارستان‌ها یا سایر تسهیلات برای اولین بار در آمریکا رایج شد و بتدریج به سایر کشورها توسعه یافت.

مواد و روش‌ها: ارزشیابی و بازرسی خدمات مراقبت سلامت در قالب رویکردهای مختلف (ایزو، مدل‌های برتری، اعتبار بخشی و گروه همکنان) به صورت داوطلبانه یا اجباری در سراسر جهان مورد استفاده بوده و رفته رفته گسترش می‌یابد. ریشه رویکردها به صنایع یا بخش سلامت برمی‌گردد. این دغدغه وجود دارد که تمام رویکردها استفاده از استانداردهای معتبر، بهبود کیفیت، شفافیت و پاسخگویی عمومی را مدنظر داشته باشند.

بحث و نتیجه‌گیری: تمام روش‌ها حالت پویا داشته و سیر تکاملی می‌پیمایند، ولی اعتبار بخشی از سرعت بیشتری برخوردار است. در عین حال که خاستگاه آنها متفاوت است. نوعی همگرایی در بین آنها وجود دارد. در ایران نیز در حوزه خدمات سلامت، ارزشیابی به صورت الزام قانونی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود که در سالهای اخیر کیفیت‌گرایی به صورت آهسته در روند ارزشیابی مدنظر بوده است. دریافت گواهینامه ایزو نیز در بین بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی رواج یافته است.

واژه‌های کلیدی: ارزشیابی، کیفیت، استاندارد، بخش سلامت

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال سوم، شماره دوم، ص ۷۷-۸۶ تابستان ۱۳۸۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، بلوار رسالت، کوی اورژانس، ستاد دانشگاه علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی،

تلفن و فاکس: ۰۴۴۱-۲۲۲۹۰۶

^۱ دکتری PHD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

^۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز آموزش درمانی چشم‌پزشکی علوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

واگذاری خدمات شده است. این موضوع با تمایل به افزایش کارایی و بهبود کیفیت در بخش دولتی و خصوصی همراه بوده و یکی از نتایج آن رشد سریع در استفاده از ارزشیابی کیفی بیرونی^۱ توسط دولت‌ها به عنوان روشی برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان‌های خدمات مراقبت سلامت شده است [۴].

انجام ارزشیابی بیرونی، ارائه خدمات مراقبت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دولت‌ها، مراجعه کنندگان، متخصصان، مدیران و سازمان‌های بیمه‌گر مجبورند طرح‌های جدیدی برای پاسخگویی عمومی، شفافیت، بهبود کیفیت و ایجاد ارزش برای پول تدوین کنند [۵]. برخی کشورها از رویکردهای ارزشیابی برای تحدید هزینه‌ها استفاده می‌کنند [۶]. ارزشیابی بیرونی بطور فزاینده مورد استفاده قرار می‌گیرد تا نظارت، بهبود و بازاریابی در موسسات خدمات مراقبت سلامت و مخصوصاً در بیمارستان‌ها را عملی سازد [۷].

رویکردهای متداول

بیشتر کشورها مکانیزم‌های داوطلبانه یا اجباری برای ارزشیابی دوره‌ای سازمان‌های خدمات سلامت در برابر استانداردهای مشخص دارند. همه مکانیزم‌های مذکور روش‌هایی برای تضمین یا بهبود برخی از عناصر

ارزشیابی از قدمت زیادی در طول تاریخ برخوردار است. مدارکی مثل سوگندنامه بقراط سابقه آن را به قرن سوم قبل از میلاد مسیح می‌کشاند [۱]. در گذشته کیفیت خدمات مراقبتی با داشتن کارکنان حرفه‌ای پزشکی و پرستاری تضمین می‌شد، ولی موسسات خدمات مراقبت سلامت سازمان‌های پیچیده‌ای هستند که کار هر فرد حرفه‌ای فقط بخشی از آن است و تغییر در کل نظام پایه و اساس بهبود است [۲]. مدیران قبل از اینکه رویکردها و سیستم‌های اندازه‌گیری برای بهبود فرآیند ایجاد کنند. برای چندین دهه صرفاً به کیفیت محصول اهمیت می‌دادند. با افزایش رقابت در کیفیت، قدم بعدی در تکامل عقیده فوق، تلاش برای تعیین و سنجش کیفیت در سطح سازمانی بود. مدیر به دنبال الگویی برای تعیین عمق و وسعت اقدامات کیفی در سازمان و وسیله‌ای برای ارزیابی پیشرفت در مسیر جهان تراز شدن در محصولات و خدمات کیفی بود [۳].

کاربرد استانداردهای کیفی برای بیمارستان‌ها یا سایر تسهیلات برای اولین بار در سال ۱۹۱۷ در آمریکا رایج شد و بتدریج به سایر کشورها توسعه یافت. از اوایل دهه ۱۹۹۰ فرم‌های بخش سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه باعث رشد خصوصی سازی، افزایش اختیارات موسسات بهداشتی درمانی و

^۱External Quality Assessment

گروه همگنان^۴ و اعتباربخشی^۵ خاستگاه بهداشتی درمانی داشته و به درجات متفاوت داوطلبانه و مستقل از سازمان ارائه کننده خدمات مراقبت سلامت هستند. در کنار برنامه‌های معمولاً داوطلبانه مذکور، نظام‌های ژنریک (عمومی) و تخصصی بازرسی^۶ به صورت الزام قانونی و صدور جواز نیز وجود دارد [۷].

سازمان بین‌المللی استانداردها (ایزو)

ریشه آن به صنایع بعد از جنگ مربوط می‌شود و به دنبال این احساس که توسعه اقتصاد جهانی نیازمند استانداردسازی محصولات و خدمات است، سازمان بین‌المللی استانداردها بوجود آمد. استانداردها برای متنوع سازی عناصر نظام کیفی و اجرای آنها ججهت ایجاد یک نظام کیفی موثر بوجود آمدند [۸].

وظیفه آن ارائه استانداردهایی است که سازمان‌ها یا واحدها می‌توانند با دستیابی به آنها مجوز گواهینامه دریافت کنند. استانداردهای فوق در خدمات مراقبت سلامت و به ویژه در واحدهای مانند عکسبرداری و آزمایشگاه و عموماً در نظام‌های کیفیت در بخش‌های بالینی کاربرد دارند [۹].

کیفیت هستند که توسط سازمان‌های مستقل و متفاوتی انجام می‌گیرند [۵].

به خاطر همپوشانی در استفاده از روش‌های ارزشیابی مختلف اخیراً سازمان جهانی بهداشت اصطلاح «ارزیابی کیفی بدون» را به تمام انواع بررسی سازمانی که در استانداردهای مکتوب استفاده می‌کنند، اطلاق کرده است [۴].

هدف از به کار گیری رویکردهای مختلف توسط دولت‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر، مدیران و متخصصین وجود شفافیت و پاسخگویی در برابر جامعه، خودنظارتی، بهبود کیفیت و ایجاد ارزش برای پول است و ضرورت دارد رویکرد مورد استفاده دارای ویژگی‌های لازم و موثر برای نیل به اهداف فوق باشد (جدول ۱) [۵].

انجام یک پژوهش^۱ با حمایت اتحادیه اروپا رویکردهای سیستماتیکی را نشان داد که استانداردهای ملی (یا بین‌المللی) را به صورت محل اجرا می‌کنند و در بخش‌های دولتی و خصوصی کاربرد دارند. برخی از این رویکردها مثل گواهینامه ایزو^۲ و مدل‌های برتری با سرآمدی^۳ ریشه و مبنای صنعتی و برخی نیز مثل

^۴ Peer Review
^۵ Accreditation
^۶ Inspection

^۱ Expert Project (External Peer Review Techniques)

^۲ ISO=International Standard Organization

^۳ Excellence Models

جدول ۱: ویژگی‌های یک برنامه ارزشیابی بیرونی موثر [ماخوذ از منبع شماره ۵]

-ارائه چهرچوب مشخص و روشن درباره ارزش‌ها \geq توصیف عناصر کیفیت و تعیین وزن آنها مثل حوزه‌های توانمندساز و نتایج در مدل برتری اروپا
-اشاعه استانداردهای معتبر \geq ارائه مبنای عینی برای ارزشیابی
-توجه به بیمار \geq تأکید به انعکاس خط سیرهای بالینی افقی به جای واحدهای مدیریت عمودی
-داشتن فرایندها و نتایج بالینی \geq انعکاس دیدگاه بیماران، کارکنان و جامعه
-تشویق و ترغیب خودارزیابی \geq دادن فرصت کافی و ابزار لازم برای نهادینه کردن ارزیابی و توسعه
-آموزش ارزشیابان \geq ارائه ارزیابی‌ها و گزارش‌های معتبر
-ایجاد انگیزه \geq تشویق و ترغیب برای بهبود و بررسی پیشنهادها
-ایجاد ارتباط با سایر برنامه‌ها \geq انسجام و ارتباط دو طرفه و کاهش دوباره کاری و هزینه بازرسی
-بهبود کیفیت در طول زمان \geq نشان دادن اثربخشی برنامه
-تأمین دسترسی عموم به استانداردها، فرایندها و ارزشیابی و نتایج \geq داشتن شفافیت و پاسخگویی در برابر جامعه

مدل‌های برتری یا سرآمدی

اعتبار بخشی

مدل بالدريج اساس برنامه‌های ملی و بین‌المللی دیگر مثل مدل برتری تجاری استرالیا و مدل برتری اروپا بوده است. اهداف اصلی آن مشارکت در فعالیت‌های بهبود و در نهایت برتری و سرآمدی در رضایت مشتری، رضایت کارکنان، اثر بر جامعه و نتایج است [۸]. مدل بالدريج نسخه مستقلی برای ارزشیابی بخش سلامت دارد [۱]. از مدل برتری اروپا کشورهای اروپایی و دیگر کشورها استفاده می‌کنند [۱۱]. در نسخه ویرایش شده سال ۱۹۹۹ آن قسمت‌های مشخصی از حوزه نتایج به نتایج بالینی، رضایت کارکنان و بیماران اختصاص دارد [۹].

اعتبار بخشی به برنامه‌های داوطلبانه مستقل متکی بوده و از تمرکز به آموزش به ارزشیابی چند زمینه‌ای واحدها، سازمان‌ها و شبکه‌های مراقبت سلامت گسترش یافته است. این رویکرد در دهه ۱۹۹۰ از کشورهای غربی به آمریکای لاتین، آفریقا، آسیای جنوب غربی گسترش یافته است [۵].

اصطلاح اعتبار بخشی که بیشتر در مورد سازمان‌ها کاربرد دارد تا آموزش بالینی تخصصی، ارزشیابی سیستماتیک بیمارستان‌ها را در برابر استانداردهای معین نشان می‌دهد و در سال ۱۹۱۷ به عنوان مکانیزمی برای تصویب و تأیید سمت‌های آموزشی در جراحی ایجاد شد. این روش پس از کانادا در سال ۱۹۷۰ در استرالیا مورد استفاده قرار گرفت و در دهه ۱۹۸۰ به اروپا گسترش یافت [۱۲]. همچنین در دهه

آتش‌نشانی، کنترل عفونت، حفاظت در برابر اشعه و ...)
[۹].

ارزشیابی موسسات ارائه کننده خدمات مراقبت سلامت و ایران

سابقه ارزشیابی موسسات ارائه کننده خدمات سلامت در ایران به برنامه چهارم در سال‌های ۱۳۴۱-۱۳۴۶ برمی‌گردد که ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را مدنظر داشت [۱۳]. پس از انقلاب اسلامی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای عمل به وظایف قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور براساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آئین‌نامه اجرائی این ماده تحت عنوان «دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور» در مورخ ۱۳۷۶/۵/۲۱ به کلیه دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردید و از تاریخ ۱۳۷۷/۱/۱ دستورالعمل مذکور مبنای ارزشیابی کلیه بیمارستان‌های عمومی کشور تعیین گردید [۱۴].

۱۹۹۰ از کشورهای غربی به آمریکای لاتین، آفریقا و آسیای جنوب شرقی گسترش یافته است [۵]. استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان تمام فعالیت‌ها را در یک بیمارستان در دو بخش مربوط به بیمار و مربوط به مدیریت مشخص می‌کنند و خدمات ارائه شده توسط سازمان را به صورت مفصل نشان می‌دهند [۸].

گروه همگنان

براساس برنامه‌های دانشگاهی و معمولاً برای ارزشیابی و اعتباربخشی رسمی برنامه‌های آموزشی یک رشته خاص است که اکنون در حیطه خدمات بالینی نیز کاربرد دارد [۹]. در این روش استانداردها به صورت ضمنی از تجارب شخصی و دستورالعمل‌های کاری استخراج می‌شوند [۱۲] و تأکید بر عملکرد بالینی در قالب دانش، مهارت و نگرش می‌باشد [۸].

بازرسی و کسب مجوز

در کنار چهار روش معمولاً داوطلبانه فوق بازرسی نیز وجود دارد و در حقیقت الزام قانونی است که دستیابی کارکنان یا سازمان‌های ارائه کننده را به حداقل استانداردهای صلاحیت تأیید می‌کند. همچنین در برخی کشورها دفاتر بازرسی اختصاصی برای اطمینان از سلامت عمومی و ایمنی وجود دارند (مثل

جدول ۲: مدل‌های متداول ارزشیابی بیرونی در بخش سلامت [اقتباس از منابع ۸، ۱۲، ۱۶]

مدل	پیدایش (ریشه)	تمرکز- دیدگاه	استانداردها	محصول	اجرا
ایزو	صنایع تولیدی اروپا ۱۹۴۶	نظام‌های کیفیت (اغلب در یک واحد یا بخش) نظام‌های کیفی و کنترل فرآیند	سری ۹۰۰۰، همچنین نسخه خاص واحدهای رادیولوژی و آزمایشگاه	گواهینامه	داوطلبانه
مدل‌های برتری، مدل بالدریچ، مدل اروپا	صنایع آمریکاف ۱۹۸۷ شرکت‌های اروپایی، ۱۹۸۸	نظام‌های مدیریت و نتایج نظام‌های مدیریت، مدیریت کیفیت	معیارهای معین معیارهای معین	خودارزشیابی، جوایز ملی خودارزشیابی، جوایز ملی	داوطلبانه
گروه همگنان	آموزش بالنی تخصصی دهه ۱۹۸۰	خدمات مراقبت سلامت، آموزش تخصصی، طبابت، سازمان حرفه‌ای	جزئیات متغیر، دسترسی محدود	اعتباربخشی (آموزش تخصصی)	داوطلبانه
اعتباربخشی	کالج جراحان آمریکا ۱۹۱۷	عملکرد سازمان خدمات مراقبت سلامت، خدمات مراقبت سلامت	معیارهای مشخص مثل مراقبت حاد، مراقبت طولانی مدت، مراقبت اولیه، شبکه‌ها	اعتباربخشی (سازمان یا خدمت)	داوطلبانه

خارجی همانند ایزو یا اعتبار بخشی ختم نمی‌شود [۱۷]. از نظر مفهومی مدل برتری اروپا در مقایسه با مفاهیم موجود در ایزو، اعتبار بخشی و گروه همگنان در زمینه برآورده‌سازی اهداف مشخص، کاملتر می‌باشد [۸].

□ گروه همگنان ابتدا به انتخاب و پایش آموزش تخصصی پزشکی متمرکز بوده است اما در حال حاضر به کیفیت خدمت، توسعه حرفه‌ای و کار بالینی نیز توجه دارد [۱۷].

□ در گذشته بکارگیری ایزو در بخش سلامت مورد انتقاد بود زیرا توجه کافی به کارکنان، نتایج بالینی یا سلامت و همچنین تأثیر خدمات مراقبت بر جمعیت نداشت [۱۷]. در زمینه بخش سلامت بکارگیری ایزو باعث تقویت فرایند گرایی خدمات می‌شود اما هیچ

استفاده از استانداردهای ایزو در موسسات بهداشتی و درمانی در چند سال گذشته در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی رایج شده است. استفاده از مدل‌های برتری در ایران در سال‌های اخیر در بخش صنعت مورد توجه بوده و جایزه ملی کیفیت ایران با متولی گری سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی بر اساس مدل برتری اروپا از سال ۱۳۸۲ به موسسات برتر ارائه می‌شود [۱۵].

نقاط قوت و ضعف رویکردها

□ مزایای مدل‌های برتری مثل مدل برتری اروپا سادگی، هزینه اجرایی پایین و اعتبار تجربی آن در برخی کشورها و تطابق آن با اهداف توسعه سازمانی است. نارسایی آن ژنریک بودن آن است و به غیر از اعطاء جایزه، به دریافت اعتبارنامه از یک تشکل

سازد و در زمینه‌هایی از قبیل بهبود عملکرد، ارتقاء کیفیت، جلب رضایت ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات و بهبود نظام مدیریت اطلاعات با نارسایی روبرو است [۱۵].

□ در نظام ارزشیابی مورد استفاده مذکور بیشتر به شاخص‌های کمی و ایجاد بیمارستان‌ها تأکید شده است به طوری که تنها ۵٪ شاخص‌های ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور از نوع کیفی و عملکردی می‌باشند. تأکید بیش از حد به شاخص‌های ایجاد و کمی، باعث افت عملکرد مراکز درمانی و عدم انگیزه برای ارتقاء فرآیندهای درمانی آنها شده است. به طوری که همیشه ۶۰-۵۰٪ بیمارستان‌های کشور، درجه یک را در نظام ارزشیابی کسب نموده‌اند. در سال‌های اخیر کیفیت‌گرایی مدنظر مسئولان بوده و دستورالعمل ارزشیابی قبلی با شاخص‌های کیفی تکمیل‌تر شده است [۱۸].

□ واحد ارزشیابی‌کننده در ایران جزئی از وزارت بهداشت بوده و در حقیقت وزارت بهداشت هم ارائه‌کننده خدمات در بخش دولتی است و هم به عنوان ناظر و عامل ارزشیابی عمل می‌کند [۱۵].

□ رویکرد ارزشیابی در ایران جنبه الزام قانونی دارد و داوطلبانه نیست. در دستورالعمل ارزشیابی وزارت بهداشت از واژه اعتباربخشی استفاده شده است [۱۸]

تضمینی درباره متناسب بودن انتخاب عناصر برای بیماران یا نتایج مربوط به سلامتی نمی‌شود. ایزو در کل فرایندهای درمانی را دربر نمی‌گیرد و عمدتاً فرآیندهای مدیریتی (اجرایی) مربوط به تصمیم‌گیری بالینی را مشخص می‌کند. بنابراین در واحدهای فنی مثل آزمایشگاه یا رادیولوژی راحت‌تر از یک بخش درمانی قابل استفاده است. ویرایش ۲۰۰۰: ۹۰۰۰ ایزو از رویکرد نظام‌گرا به رویکرد فرایندگرا تمایل بیشتری دارد [۸] که جذابیت آنرا در موسسات خدمات مراقبتی افزایش می‌دهد [۱۶]. ویرایش ۲۰۰: ۹۰۰۰ ایزو به سایر نظام‌ها مثل اعتباربخشی و مدل‌های برتری شباهت بیشتری دارد [۱۲].

□ در مقایسه با ایزو اعتباربخشی حالت خاص و ویژه دارد. ایزو محدود به نظام کیفی است در حالی اعتباربخشی به موضوعات مشخصی مثل عفونت بیمارستانی نیز توجه می‌کند. امتیاز دیگر اعتباربخشی به ایزو و مدل‌های برتری تأکید به شاخص‌های عملکردی است. بنابراین از اعتبار صوری زیادی برای استفاده در بخش سلامت برخوردار بوده و برای طرفداران «پزشکی مبتنی بر شواهد» جذابیت زیادی دارد [۸].

□ نظام ارزشیابی رایج در موسسات خدمات مراقبت سلامت نتوانسته است رضایت ذینفعان خود را برآورده

آنهاست. هیچ کدام از روش‌ها حالت ایستا نداشته و هر کدام سیر تکاملی خود را طی می‌کنند و در عین حال همگرایی در بین آنها وجود دارد [۸] و در میان توسعه اعتباربخشی از سرعت بیشتری برخوردار است [۷].

در ایران نیز ارزشیابی در موسسات مراقبت سلامت در قالب ارزشیابی الزامی و سالانه وزارت بهداشت با صدور گواهینامه ایزو به صورت داوطلبانه توجه به کیفیت و نظام‌های کیفی را نشان می‌دهد. پویایی در روند ارزشیابی در ایران حالت آهسته دارد.

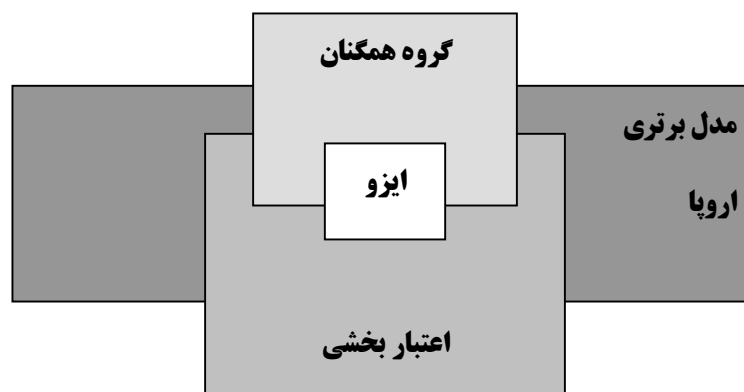
همان‌طور که ذکر شد هدف از بکارگیری رویکردهای مختلف توسط دولت‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر، مدیران و متخصصین وجود شفافیت و پاسخگویی در برابر جامعه، خودنظارتی، بهبود کیفیت و ایجاد ارزش برای پول است و ضرورت دارد رویکرد مورد استفاده دارای ویژگی‌های لازم و موثر برای نیل به اهداف فوق باشد.

ولی اعتباربخشی معمولاً توسط یک سازمان مستقل و به صورت داوطلبانه انجام می‌گیرد [۷].

بحث و نتیجه‌گیری

هر کدام از روش‌ها مزایای خاص خود را دارند. ایزو به صورت کامل قابل ادغام در رویکرد اعتباربخشی یا مدل‌های برتری است. گروه همگنان و اعتباربخشی سنخیت بیشتری با ارائه خدمات بخش مراقبت سلامت دارد در حالی که ایزو و مدل‌های برتری بیشتر شرایط سازمانی و مدیریتی را در نظر دارند که فرایندها در بطن آنها اجرا می‌شوند [۸] و در یک جمع‌بندی می‌توان نتیجه گرفت همپوشانی زیادی بین روش‌های فوق وجود دارد (شکل ۱) [۹].

به نظر می‌رسد روش‌های فوق بیشتر مکمل هم هستند. تفاوت اصلی آنها در ریشه، دیدگاه و اهداف



شکل شماره ۱: همپوشانی رویکردهای مختلف ارزشیابی [اقتباس از منبع شماره ۱۹]

1. Merry MD, Crago MG. **The Past, Present and Future of Health Care Quality: Urgent need for innovative, external review processes to protect patients. The Physician Executive. 2001; 01: 30-35.**

۲. نبی‌لو ب، الگوهای برتری سازمانی در نظام‌های بهداشت و درمان و ارائه الگو برای ایران، فصلنامه مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی ۱۳۸۳، سال ۷، صفحات ۱۷-۱۱.

۳. نبی‌لو ب، الگوهای برتری سازمانی در نظام بهداشت و درمان. مجله تدبیر، ۱۳۸۳، شماره ۱۴۶ صفحات ۵۸ تا ۶۱

4. Montage D. **Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. Health systems resource centre, London, 2003.**

5. Shaw CD. **External assessment of health care. BMJ. 2001; 322: 851-4.**

6. Salmon J. W, Heavens J, Lombard C, Paula T. **The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa. University Research Co., LLC. Bethesda, USA. 2003. p 3.**

7. Shaw CD. **The external assessment of health services. World hospitals and Health Services, 2004; 40(1): 24-28.**

8. Klazinga N. **Re-engineering trust: adoption and adaptation of four external quality assurance models in Western European health care systems. Int J Quality in Health Care. 2000; 12: 183-189.**

9. **International Society for Quality in Health Care (ISQua). Toolkit for Accreditation: Some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems, Melbourne: The Institute; 2004.**

10. **National Institute for Standards and Technology, (NIST). Health Care Criteria for Performance Excellence. 2005. available from: URL: <http://www.quality.nist.gov> (Access time: winter 2006)**

۱۱. نبی‌لو ب، بررسی تطبیقی الگوهای برتری سازمانی در نظام بهداشت و درمان کشورهای منتخب، ارائه الگو برای ایران، رساله دکتری در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۲.

12. Shaw CD. **External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Quality Health Care.**

2000; 12: 169-75.

۱۳. صدقیانی ا. مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی، چاپ اول، تهران، نشر معین، ۱۳۷۸، ص ۱۶۰.

۱۴. امیران ح. راهنمای گام به گام سرآمدی سازمانی براساس مدل‌های EFQM/INQA، چاپ سوم، تهران، انتشارات شرکت مشاورین کیفیت ساز، ۱۳۸۳، ص ۲۱۸.

۱۵. آجرلو غ. مجموعه کامل قوانین و مقررات بهداشتی درمانی و آموزشی، چاپ اول، تهران، انتشارات حیات، ۱۳۷۶، ص ۲۶۶.

16. Heaton C, Sweeney J. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. Int J Quality Health Care. 2000; 12: 203-209.

17. Pegg M. Standard setting and accreditation literature review and report. Pegg M. Department of Health and Ageing (DoH). Australia; 2003.

۱۸. سمینار کشوری آشنایی با مفاهیم ارزشیابی و استقرار شاخصهای کیفی در بیمارستانها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳، ۳-۴ خرداد، تهران، ایران.

19. ExPeRT project. A study of attitudes towards and endorsement of UK based external health services models Conference papers. Available from: URL: <http://www.caspe.co.uk/expert/papers.html> (Access time: winter 2006)