

کیفیت خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ وضعیت؛ موانع و راهکارهای بهبود

رضا دهنویه^۱، علی اکبر حقدوست^۲، سیدرضا مجدزاده^۳، سمیه نوری حکمت^۴، حمید رواقی^۵، محمدحسین مهرالحسنی^۶، امید بواتی^۷، هدایت سالاری^۸، علی مسعود^۹، آتوسا پورشیخعلی^{۱۰}، نادیا میرشکاری^{۱۱}، سارا قاسمی^{۱۲}، عاطفه اسفندیاری^{۱۳}

^۱ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲ استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ استاد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۵ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۶ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۷ دکترای تخصصی، استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۸ دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، استادیار، گروه سیاست گذاری سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۹ دانشجوی دکترای تخصصی سیاست گذاری در سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^{۱۰} دانشجوی دکترای تخصصی پژوهشی آینده پژوهی در سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^{۱۱} کارشناسی ارشد ارزیابی فناوریهای سلامت، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^{۱۲} دانشجوی دکترای تخصصی سیاست گذاری در سلامت، مرکز مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^{۱۳} دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، استادیار، گروه سیاست گذاری سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

نویسنده رابط: عاطفه اسفندیاری، نشانی: بوشهر، بهمینی، بلوار سبزآباد، خیابان سلمان فارسی، بعد از بیمارستان سلمان فارسی (تأمین اجتماعی)، مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی

بوشهر، تلفن: ۰۸۴-۳۳۴۵۰۰۷۷، پست الکترونیک: atefehesfandari88@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

مقدمه و اهداف: پوشش همگانی سلامت بدون توجه به کیفیت، در دستیابی به اهداف خود ناکام خواهد ماند. این مطالعه بدنبال ارائه سیمای کیفیت خدمات سلامت در ایران و شناسایی چالش ها و راهکارهای ارتقای آن می باشد.

روش کار: پژوهش حاضر ترکیبی از یک مطالعه کیفی و مروری می باشد. در مرحله اول، شاخص های مهم موجود در زمینه کیفیت بررسی و سپس جهت گیری اسناد بالادستی تبیین گردید. در ادامه، از طریق مصاحبه، مهم ترین چالش ها، روندهای موثر و راهبردهای ارتقای کیفیت، تعیین گردید.

یافته ها: رصد کیفیت خدمات سلامت، نیازمند تعریف چارچوب و شاخص و فراهم سازی شرایط جمع آوری اطلاعات این شاخص ها است. اسناد بالادستی، تاکید بر مسئولیت دولت برای ایفای نقش تولید کیفیت داشته و نظام سلامت می بایست همراه با انتخاب مدل مناسب، الزامات ساختاری، فرآیندی و پیامدی را فراهم کند. برنامه های مدیریت کیفیت بخش سلامت در ایران، ثبات نداشته و در زمینه عملکرد مدیران ارشد، عملکرد نیروی انسانی و الزامات ساختاری/ارتباطی، آموزش، نظام پرداخت، فرهنگ، استفاده از مدل ها و شاخص های مدیریت کیفیت، منابع مالی، اطلاعاتی و تجهیزاتی، قوانین و مقررات و نظارت، موانعی در راه ارتقای کیفیت خدمات وجود دارد.

نتیجه گیری: بهبود کیفیت خدمات، نیازمند بکارگیری راهبردهایی در زمینه سازماندهی، تامین منابع، پرداخت، قوانین و مقررات و رفتار می باشد. استفاده از ابزارهای کیفیت باید به دور از شتاب زدگی بوده و به تغییر ماهیت بیماری ها، تغییر انتظارات ذینفعان و افزایش توجه جهانی به کیفیت، توجه شود.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمات سلامت، پوشش همگانی خدمات سلامت، ایران

مقدمه

برخی ابعاد کیفیت خدمات، برخی شاخص‌ها از بانک‌های اطلاعاتی موجود انتخاب و میزان آن‌ها گزارش شود و در ادامه ضمن تعیین چالش‌های موجود، تحلیل اسناد بالادستی و تحلیل روندهای موثر، استراتژی‌های مناسب ارتقای کیفیت در کشور معرفی گردد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش ترکیبی و در ۴ مرحله انجام گرفت. در مرحله اول بر اساس مدل دونابدیان مرتبط ترین شاخص‌های موجود کشور در زمینه کیفیت خدمات احصا گردید. در پیوست ۱، منابع اطلاعاتی مورد استفاده برای استخراج داده‌های این فاز را نشان می‌دهد.

در فاز دوم، جهت گیری اسناد بالادستی شامل نقشه جامع علمی سلامت کشور، نقشه تحول در نظام سلامت، قانون برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت در زمینه کیفیت خدمات سلامت از طریق تحلیل محتوای اسناد، تعیین گردید. در فاز سوم، از طریق مصاحبه با ۱۲ نفر از صاحب‌نظران کشوری مهمترین چالش‌های کیفیت خدمات سلامت استخراج گردید و در ادامه با تشکیل نشست خبرگان، مهمترین روندهای موثر بر کیفیت خدمات تعیین شد. در فاز چهارم، مهمترین راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات بر اساس چارچوب اهرم‌های کنترل نظام سلامت (تامین منابع، پرداخت، قوانین و مقررات، سازماندهی و رفتار) (۱۱) از طریق تشکیل نشست خبرگان تعیین گردید. انتخاب افراد به روش هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهایی نظیر داشتن سابقه کار مرتبط اجرایی (۶ نفر) و سوابق علمی (۶ نفر) مرتبط انجام شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا وضعیت ۹ گروه از شاخص‌های کشوری کیفیت خدمات سلامت (پیوست شماره ۱) ارائه و سپس اسناد بالادستی موجود در زمینه کیفیت خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه چالش‌های کیفیت خدمات سلامت در ایران و روندهای تاثیرگذار آتی در آن به همراه راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات بر اساس نظر خبرگان جمع شده است. وضعیت برخی شاخص‌های کیفیت خدمات سلامت بصورت خلاصه در ادامه ارائه شده است. لازم بذکر است که این شاخص‌ها تنها نمونه‌ای از شاخص‌های کیفیت بوده و ارزیابی دقیق از وضعیت شاخص‌های کیفیت، نیازمند تعریف دقیق شاخص و جمع‌آوری اطلاعات مرتبط به آن در نظام سلامت کشور دارد.

برنامه‌های پوشش همگانی خدمات سلامت بدون در نظر گرفتن الزامات کیفیت خدمات، در دستیابی به اهداف خود دچار مشکل خواهند شد (۱). در مطالعات مهمی که بدنبال تعیین شاخص‌های مناسب جهت رصد وضعیت پوشش همگانی خدمات بوده‌اند، به شاخص‌های کیفیت خدمات، توجه ویژه‌ای شده است (۲،۳). در گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت نیز تاکید شده است که در پوشش همگانی سلامت، می‌بایست طیف کاملی از خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان، بازتوانی و مراقبت‌های تسکینی با کیفیت لازم پوشش داده شود. به عبارت دیگر یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی خدمات سلامت این است که کیفیت مراقبت‌ها به اندازه‌ای کافی باشد که سلامت جامعه، ارتقا یابد (۴). بسیاری از کشورها، به این باور رسیده‌اند که ارتقای کیفیت مراقبت‌ها می‌تواند تاثیر مهمی بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت داشته باشد (۵). این بدان معنی است که در برنامه‌های پوشش همگانی، دریافت مداخلات به تنهایی کافی نیست، بلکه مداخلات باید با کیفیت لازم ارائه شوند (۶).

تعریف کیفیت و ابعاد مختلف آن، موضوعی دشوار است. این مفهوم در مراقبت‌های سلامت، پیچیده و در عین حال چند بعدی بوده و توافق چندانی بر سر تعریف آن وجود ندارد (۷). دو تعریف انجمن پزشکان آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، ابعادی نظیر ایمنی، اثربخشی، بیمار محوری، مقبولیت، دسترسی، در زمان مناسب ارائه شدن، کارایی و عدالت را برای کیفیت مراقبت‌های سلامت در نظر گرفته‌اند (۸، ۹).

چارچوب‌های متنوعی در دنیا برای رصد وضعیت کیفیت خدمات سلامت استفاده می‌شود. اما به علت ضعف اطلاعاتی موجود در کشور، استفاده از آنها در شرایط فعلی امکان‌پذیر نمی‌باشد. چارچوب در نظر گرفته شده در این مطالعه، چارچوب بهبود کیفیت دونابدیان^۱ می‌باشد. علی‌رغم ارائه مدل‌های برای ارزیابی کیفیت از سوی سازمان‌های مختلف، این مدل همچنان به عنوان مدل غالب در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های سلامت مطرح می‌باشد (۱۰). یکی از ویژگی‌های این مدل، سادگی فهم آن است. این مدل، ابعاد مختلف کیفیت را در سه بعد ساختار، فرآیند و پیامد معرفی می‌نماید. در این مطالعه سعی گردید با توجه به اطلاعات محدود موجود در کشور در زمینه

^۱ Donabedian Model

۲۰ درصد و ۹ درصد مدارس کشور ۵ ستاره می باشند (۱۵).
 (ذ) شاخص‌های مرتبط با نظارت بر کیفیت خدمات موسسات ارائه دهنده خدمت: داده‌های این قسمت در قالب سه بخش وضعیت مراکز ارائه دهنده خدمت بر حسب مجوز قانونی (جدول شماره ۲) (۱۶)، میانگین تعداد اقلام دارویی پزشکان و سرانه بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی (جدول شماره ۳) (۱۸، ۱۷) و همچنین نتیجه ارزشیابی مراکز و ارائه دهندگان مختلف توسط سازمان بیمه سلامت ایران (جدول شماره ۴) ارائه شده است (۱۹).

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود میانگین تعداد اقلام دارویی برخی تخصص‌ها در بعضی از استان‌های کشور بیش از دو برابر برخی از استان‌های دیگر است. همچنین سرانه مراجعه به مراکز تشخیصی در برخی از استان‌ها بیش از ۵ برابر برخی استان‌های دیگر کشور است (۱۸، ۱۷).

(ر) وضعیت تهیه راهنماهای مبتنی بر شواهد در بخش سلامت: ۲۰ راهنماهای بالینی، ۱۵ سیاست‌های بالینی و ۱۲۰ استاندارد خدمت بر اساس آمار دفتر ارزیابی فناوری سلامت، تدوین استاندارد و تعرفه-۱۳۹۳ تولید شده است.

استانداردهای تدوین شده مربوط به حوزه‌های رادیولوژی فک و دهان و صورت، ناباروری، بینایی سنجی، مامایی، I.C.U، پلاسمافرزیس، رادیوتراپی، تغذیه، PET SCAN، طب سنتی، توانبخشی قلبی، ناباروری و طب سوزنی می‌باشد.

(۲) تحلیل اسناد بالادستی و برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت در ایران

بطور کلی جهت‌گیری‌های اسناد بالادستی در زمینه ابعاد کیفیت به شرح زیر قابل ذکر می‌باشد:

(الف) بعد ساختاری کیفیت خدمات

- تولید کیفیت خدمات: در این خصوص دولت، متولی ارتقا، حفظ و اعاده کیفیت در بالاترین حد ممکن و مسئول اطمینان از بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات با کیفیت معرفی شده است.

- انتخاب مدل‌های مناسب جهت ارتقای کیفیت خدمات: بر استفاده از مدل‌های جامع و بومی کردن آن‌ها (نظیر حاکمیت بالینی)، مبتنی بر دانش و نوآوری بودن مدل‌ها و روش‌ها، اجرای مدل‌ها در سطح تمام مراکز ارائه خدمت، سنجش و تدوین استانداردها و هدف‌گذاری آن‌ها در سطح استانداردهای جهانی

(الف) عفونت‌های بیمارستانی: میانگین بروز عفونت‌های بیمارستانی در ۳۹۴ بیمارستان کشور حدود یک درصد گزارش شده است (۱۲). به نظر می‌رسد کم گزارش دهی موارد عفونت بیمارستانی یکی از مشکلات جدی نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در کشور می‌باشد.

(ب) نتیجه اقدامات درمانی بستری و سرپایی: نتیجه بستری فرد در بیمارستان در ۴۸٪ موارد منجر به بهبودی کامل شده است. همچنین نتیجه مراجعه به پزشک در بخش خصوصی و دولتی به ترتیب ۵۲ و ۵۳ درصد منجر به بهبودی و نتیجه مراجعه به پزشک متخصص، ۳۳ درصد منجر به بهبودی شده است (۱۳).

(پ) کیفیت مراقبت‌های زایمان: درصد انجام سزارین در سال‌های ۹۱ و ۹۲ به ترتیب برابر با ۵۶ و ۵۴ درصد در کشور بوده است (۱۲).

(ت) کیفیت درمان سل: درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت در کل کشور ۸۳ درصد بوده است (۱۴).

(ث) کیفیت خدمات اورژانس: متوسط زمان حضور بر بالین بیمار در شهرها و در جاده‌ها به ترتیب ۱۰ و ۱۵ دقیقه می‌باشد.

(ج) آمادگی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا: آمادگی عملکردی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا در کشور ۲۱ درصد می‌باشد. براساس اطلاعات معاونت بهداشتی، همچنین ایمنی سازه ای و غیر سازه ای واحدهای بهداشتی کشور در برابر بلایا در سال ۹۲ به ترتیب به میزان ۱۴ و ۳۱ درصد گزارش شده است.

(چ) وضعیت بهداشت محیط مراکز ارائه دهنده خدمت: ۷۵ درصد بیمارستان‌های کشور بصورتی مطلوب زباله را جمع‌آوری و ۷۸ درصد نیز دارای سیستم جمع‌آوری مطلوب فاضلاب می‌باشند. همچنین ۷۵ درصد بیمارستان‌ها وضعیت مطلوب در زمینه بهداشت محیط دارا بوده‌اند (۱۳).

(ح) وضعیت ارائه خدمات به معلولین تحت پوشش سازمان بهزیستی: نسبت تعداد افراد معلول مشارکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی به کل افراد معلول تحت پوشش بر اساس شاخص‌های اختصاصی سازمان بهزیستی کشور، ۳۷ درصد گزارش شده است.

(خ) رعایت حقوق بیمار: جدول شماره ۱، رعایت حقوق گیرندگان خدمات بستری در کشور را نشان می‌دهد (۱۴).

(د) برخی شاخص‌های کیفیت خدمات پیشگیری: آگاهی صحیح زنان ۱۵-۲۴ سال درباره پیشگیری از ایدز در کل کشور، حدود

تاکید شده است.

- ارتقای نیروی انسانی: بر لزوم تحول نظام آموزشی کشور جهت تحقق آرایه خدمات کیفی در سطوح مختلف نظام سلامت، تخمین و برنامه ریزی کمیت و کیفیت نیروی انسانی تربیت شده و تدوین استانداردهای مربوطه تاکید شده است.

- افزایش منابع مالی جهت کیفیت: به افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات اشاره شده است.

- تعریف مناسب خدمات پایه: بر "ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد." تاکید شده است.

- کیفیت محصولات سلامت: دسترسی آحاد مردم به داروهای مؤثر و با کیفیت، تضمین کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود، تقویت گزارش‌دهی و نظارت مؤثر بر کیفیت محصولات، تقویت زیرساخت‌های لازم برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، توسعه سامانه نظارت بر کیفیت محصولات پزشکی و ارتقای کیفیت محصولات پزشکی تولید داخل قابل مقایسه با استانداردهای جهانی، از مهم‌ترین جهت‌گیری‌های اسناد بالادستی در این بخش است.

- زیرساخت برای کیفیت خدمات خاص: بر ایجاد زیرساخت برای ارائه خدماتی نظیر اورژانس پیش بیمارستانی با کیفیت قابل قبول در تمام کشور تاکید شده است.

- پرداخت مبتنی بر کیفیت: بر سوق دادن نظام پرداخت به سمت بهبود کیفیت خدمات تاکید شده است.

- سازمان‌های اعتبار دهنده کیفیت: بر شکل‌گیری سازمان‌های گواهی‌دهنده کیفیت در حوزه سلامت جهت بهبود تخصیص منابع مالی تاکید شده است.

(ب) بعد فرایندی کیفیت خدمات

- استفاده از مدل‌های مناسب: در این قسمت بر استفاده از مدل مناسب مدیریت کیفیت تاکید شده است.

- بازخورد به ذینفعان: نکته قابل توجه در این خصوص، تاکید بر "افزایش اطلاع رسانی به جامعه درخصوص کیفیت ارائه خدمات" است.

ج) بعد پیامدی کیفیت خدمات

- میزان مطلوب نتایج: به تراز جهانی استانداردهای فعالیت‌ها، ارتقای کیفیت و تحقق شاخص‌های هدف تاکید شده است.
- الزام سنجش نتایج: به اهمیت "سنجش کیفیت عملکرد در حوزه سلامت" اشاره شده است.

- تاکید بر اهمیت نتایج خاص: تعالی کیفیت و ایمنی خدمات اعم از خدمات تشخیصی، مراقبت‌ها، دارو، توسعه کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی و توسعه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی از جمله موارد مورد تاکید اسناد بالادستی در زمینه تاکید بر اهمیت نتایج خاص بوده است (پیوست شماره ۲).

برنامه‌های مهم مدیریت کیفیت خدمات سلامت از گذشته تاکنون: مرور رویدادها و برنامه‌های مهم کشوری تاثیرگذار بر کیفیت در بخش سلامت، نشان می‌دهد که عمده آن‌ها بعد از معرفی و استفاده چند ساله در بخش‌های مختلف، تقریباً کنار گذاشته شده و بدون بهره‌گیری کامل از آن‌ها، از برنامه جدیدتری جهت مدیریت کیفیت خدمات استفاده گردیده است (پیوست شماره ۳).

(۳) چالش‌های کیفیت خدمات سلامت در ایران و روندهای تاثیرگذار آتی

(الف) چالش‌های کیفیت خدمات سلامت در کشور: در جدول شماره ۵ به چالش‌های ارتقای کیفیت خدمات سلامت اشاره شده است.

(ب) روندهای مؤثر بر کیفیت خدمات سلامت در کشور: در این قسمت روندهای تاثیرگذار در قالب دسته بندی STEEP-V^۱، در جدول شماره ۶، ارائه شده‌اند.

(۴) راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات (جهت‌گیری برای آینده) بر اساس نظر خبرگان راهبردهای ارتقای کیفیت در قالب چارچوب اهرم‌های کنترل نظام سلامت شامل تامین منابع، پرداخت، قوانین و مقررات، سازماندهی و رفتار تنظیم شدند (شکل شماره ۱).

۱. روش STEEP-V دسته بندی از روندهای مختلف است و آنها را به روندهای اجتماعی (Social)، فناوری (Technology)، اقتصادی (Economy)، زیست محیطی (Environmental)، سیاسی (Political) و ارزشی (Values) تقسیم‌بندی می‌کند.

جدول شماره ۱- رعایت جنبه‌های مختلف حقوق گیرندگان خدمات بستری در کشور

حمایت اجتماعی	کیفیت محیط اطراف		قدرت انتخاب		محرمانه ماندن اطلاعات		درگیر شدن در تصمیم گیری‌ها		برقراری ارتباط		رعایت شان و احترام		توجه سریع		بعد حقوق بیمار													
	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب	متوسط	خوب														
متوسط و کمتر	۲۲/۷	۷۷/۳	متوسط و کمتر	۲۷/۴	متوسط و کمتر	۲۱/۱	متوسط و کمتر	۶۴	متوسط و کمتر	۱۵/۲	متوسط و کمتر	۸۴/۸	متوسط و کمتر	۳۳/۳	متوسط و کمتر	۶۶/۷	متوسط و کمتر	۲۵/۱	متوسط و کمتر	۷۴/۹	متوسط و کمتر	۲۰/۸	متوسط و کمتر	۷۹/۲	متوسط و کمتر	۲۰/۶	متوسط و کمتر	۷۹/۴

جدول شماره ۲- وضعیت مراکز ارائه خدمت برحسب مجوز قانونی (۱۳۸۲ و ۱۳۸۱)

مراکز	نوع خدمت	مراکز دارای مجوز قانونی (درصد)	مراکز بدون مجوز قانونی (درصد)
مراکز خدمات سرپایی آزمایشگاهی	تشخیص اعتیاد	۹۶/۷	۳/۳
مراکز خدمات سرپایی پزشکی	تشخیص طبی	۹۷/۸	۲/۲
مراکز خدمات سرپایی پزشکی	پزشک عمومی	۹۹	۱
مراکز خدمات مختلف دندانپزشکی	روانپزشکی	۹۸/۵	۱/۵
مراکز خدمات مختلف دندانپزشکی	دندانپزشکی تجربی	۹۰/۲	۹/۸
مراکز خدمات توانبخشی	دندانپزشکی عمومی	۹۸/۸	۱/۲
مراکز خدمات تصویربرداری تشخیصی	ام آر آی	۹۷/۸	۲/۲
مراکز خدمات سرپایی آزمایشگاهی	سونوگرافی	۹۷/۸	۲/۲
مراکز خدمات سرپایی آزمایشگاهی	تشخیص طبی	۹۶/۷	۳/۳
مراکز خدمات سرپایی آزمایشگاهی	تشخیص طبی	۹۷/۸	۲/۲
مراکز خدمات توانبخشی	روان سنجی	۹۲/۹	۷/۱
مراکز خدمات توانبخشی	مشاوره روانشناسی بالینی	۹۳/۵	۶/۵

جدول شماره ۳- میانگین تعداد اقلام دارویی پزشکان و سرانه بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات سلامت در سال ۱۳۹۳

تخصص	میانگین شاخص	بیشترین استان	کمترین استان	میانگین شاخص	بیشترین استان	کمترین استان	میانگین سرانه بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی
اطفال	۲/۹	۳/۴	۲/۴	میانگین تشخیصی	آ.م.آ.آ.ی	۰/۰۱	۰/۰۵
داخلی	۳/۲	۳/۸	۱/۸	میانگین تشخیصی	سی تی اسکن	۰/۰۱	۰/۰۴
جراحی	۲/۷	۳/۴	۲/۱	میانگین تشخیصی	سونوگرافی	۰/۰۴	۰/۲۲
زنان و زایمان	۲/۴	۲/۹	۲/۱	میانگین تشخیصی	رادیولوژی	۰/۰۴	۰/۲۲

جدول شماره ۴- تعداد تخت فعال طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت ایران به تفکیک درجه ارزشیابی فعلی بیمارستان و میانگین ارزشیابی

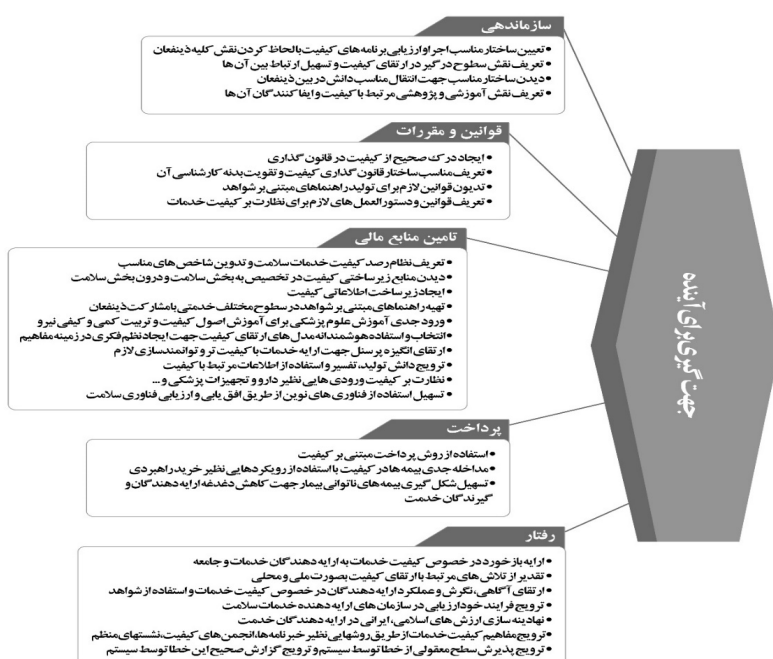
جمع	درجه ۱		درجه ۲		درجه ۳		درجه ۴	
	تعداد تخت	درصد	تعداد تخت	درصد	تعداد تخت	درصد	تعداد تخت	درصد
میانگین ارزشیابی	۸۴۹۵۹	۸۲	۱۶۷۳۲	۱۶	۱۸۷۷	۲	۲۲۰	٪۰
تعداد تخت	۱۰۳۷۸۸	۱/۲						

جدول شماره ۵- چالش‌های موجود در زمینه ارتقای کیفیت خدمات سلامت

مفهوم	چالش‌ها
ضعف در عملکرد مدیران ارشد	-تعهد پایین مدیران نسبت به کیفیت -آشنا نبودن با مفاهیم مدیریت/کیفیت - تغییر سریع مدیران - نبود ضوابط مشخص برای انتصاب مدیران - شتابزدگی در استفاده از ابزارهای مدیریت کیفیت
مشکلات مربوط به نیروی انسانی	-کمبود ارزیابان و کارشناسان آشنا با ابزارهای کیفیت - انگیزه ضعیف در پرسنل -کمبود نیروی انسانی در برخی ارائه دهندگان - وجود بدبینی نسبت به ابزارهای کیفیت - ضعف در انجام کار تیمی - ضعف در نظام تشویق و تنبیه مبتنی بر کیفیت - بار کاری بالا در برخی ارائه دهندگان - توزیع نامناسب نیروی های انسانی - دغدغه در مورد وضعیت سلامت ارائه دهندگان
مشکلات ساختاری/ارتباطی	- عدم تعامل بین معاونت‌های وزارتخانه - ارتباطات بین بخشی ضعیف بخصوص بخش بین دولتی و خصوصی - تعریف نامناسب ساختارهای اجرایی - ضعف در اجرای سطح بندی و نظام ارجاع خدمات - ضعف در هماهنگی بین فعالیت‌ها - عدم ارائه بازخورد سازنده از نتایج ارزیابی - عدم ایفای نقش مناسب بیمه‌های در نظارت بر کیفیت خدمات
مشکلات آموزشی	- ضعف در آموزش مفاهیم ارتقای کیفیت - کاربردی نبودن آموزش‌ها - ضعف در تامین هزینه‌های آموزش
ضعف در نظام پرداخت	- ارتباط اندک نظام پرداخت با انگیزه ارتقای کیفیت - احساس نیاز ضعیف برای تغییر - عجله داشتن در نتیجه‌گیری
ضعف فرهنگی	- کار گروهی ضعیف - ضعف در استفاده از راهنماهای بالینی - عدم وجود نگاه سیستمی به خطا - ضعف در انتقال دانش
ضعف در استفاده از مدل‌ها و شاخص‌های مدیریت کیفیت	- فقدان ابزار مناسب جهت ارزشیابی کیفیت مراقبت‌ها - فقدان شاخص‌ها و استانداردهای کمی و کیفی مورد توافق
ضعف در منابع مالی، اطلاعاتی و تجهیزاتی	- محدودیت‌های مالی - دسترسی ضعیف به اطلاعات - عدم استفاده از پرونده سلامت الکترونیک بیماران - محدودیت های فیزیکی - نگاه ضعیف سطوح ارشد به خدمات پیشگیری و تخصیص امکانات کمتر به آن - ضعف در نظام ثبت آمار خدمات و پیامدهای سلامت - به روز نبودن بسته خدمتی - ضعف در دسترسی به برخی خدمات - ضعف در وضعیت فضا و تجهیزات برخی مراکز ارائه دهنده خدمت - ضعف در تدوین راهنماهای بالینی - ناتوانی سیستم در پیگیری بیماران - ضعف در توزیع امکانات و زیرساخت‌ها
ضعف در قوانین و مقررات و ضعف در قوانین و مقررات و نظارت نظارت	-کمبود برخی قوانین حمایتی- نظارت ضعیف از سوی وزارتخانه و دانشگاه

جدول شماره ۶- برخی روندهای موثر بر آینده کیفیت خدمات سلامت

نوع روند	روندهای مهم	برخی تأثیرات روند بر کیفیت خدمات سلامت
اجتماعی	افزایش آگاهی، انتظارات و تقاضای جامعه، سالمند شدن جمعیت، تغییر تعداد نیروی انسانی، تغییر سبک زندگی، افزایش سواد سلامت جامعه، ...	تغییر ماهیت خدمات جهت رعایت حداقل الزامات کیفیت، توجه جدی تر به همه ابعاد کیفیت خدمات، ارائه خدمات با کیفیت تر از طریق مقایسه با استانداردهای بین المللی، مطرح شدن دغدغه های مربوط به کیفیت خدمات سالمندی، افزایش دغدغه های مربوط به کیفیت خدمات بیماری های ناشی از تغییر سبک زندگی، ...
فناوری	توسعه بسترهای ارتباطی و زیرساخت های اینترنتی، توسعه تله مدیسین، گسترش استفاده از تلفن های نسل جدید، افزایش قابلیت فناوریهای سلامت، رشد فناوری های آموزشی، افزایش بهره وری با رعایت استانداردهای بین المللی، افزایش توجه به شواهد در حوزه سلامت و تولید راهنماها، ...	افزایش دسترسی به اطلاعات و شواهد سلامت، افزایش استفاده از متخصصان از نقاط دور، دسترسی به برخی خدمات سلامت از طریق تلفن همراه، دسترسی به فناوری های اثربخش تر، افزایش شفافیت و کارایی سیاست گذاری ها، افزایش آگاهی متخصصان از طریق دسترسی به منابع اطلاعاتی، افزایش دغدغه تناسب فناوری با نیازهای بومی، ...
اقتصادی	نوسانات اقتصادی و تغییرات بودجه سلامت، افزایش فاصله طبقاتی، قاچاق دارو و لوازم، تحریم های اقتصادی به دلایل سیاسی، ...	فراز و نشیب بودجه ساختاری کیفیت خدمات، فاصله بین کیفیت خدمات بخش دولتی و خصوصی، چالش در تامین منابع بدلیل تحریم ها و وارداتی بودن برخی کالاها و فناوری ها، ...
زیست محیطی	خشکسالی و بحران آب، آلودگی های زیست محیطی، ...	تغییر در ترکیب تقاضای خدمات، تغییر در توزیع نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات، افزایش عوارض ناشی از آلودگی های زیست محیطی، افزایش بیماری های مرتبط با آلودگی های زیست محیطی، ...
سیاسی	برنامه های سیاسی و حزب گرایی، فراز و نشیب تحریم ها، ...	امکان تغییر سیاست های مدیریت کیفیت خدمات، فراز و نشیب بودجه، امکان تغییر در سیاست های تامین منابع مختلف بخش سلامت
ارزشی	تغییر قواعد حاکم بر ارائه دهنده-گیرنده خدمت، افزایش گرایش به الگوهای غربی، کاهش سرمایه اجتماعی، ...	افزایش دغدغه های پاسخ به نیازهای غیربالیینی بیمار، افزایش نگرانی ناشی از بی اعتمادی به ارائه دهنده خدمت، ...
روندهای داخل حوزه سلامت	افزایش واگذاری به بخش خصوصی، افزایش خود مراقبتی و خود درمانی، افزایش بیماری های مزمن و روانی، تغییر انتظارات از بیمه ها در نظارت بر کیفیت خدمات، افزایش حساسیت ها نسبت به کیفیت خدمات، تخصص گرایی، ...	افزایش دغدغه نظارت بر کیفیت، افزایش نقش فرد در کیفیت خدمات، مطرح شدن دغدغه های مربوط به کیفیت خدمات بیماری های مزمن و روانی، دغدغه تامین نیروی انسانی با توجه به بار بیماری ها در آینده، افزایش استفاده از رویکردهای پرداخت مبتنی بر کیفیت، دغدغه اجرای سطح بندی و ایجاد عدالت، افزایش رقابت در ابعاد ملموس کیفیت نظیر هتلینگ، ...



شکل شماره ۱- راهبردهای ارتقای کیفیت بر اساس نظر خبرگان در چارچوب اهرم های کنترل نظام سلامت

بحث

تاثیرگذار دیگر می‌توان به تقویت فرهنگ کیفیت در گروه‌های مختلف ذینفع اشاره کرد (۲۳). که در این خصوص مشکلات قابل توجهی در کشور احساس می‌شود.

قوانین و مقررات به عنوان یک اهرم قوی، نقش مهمی در تنظیم ساختار و روابط در جهت ارتقای کیفیت خدمات سلامت می‌تواند ایفا نماید (۱۱). درک صحیح از کیفیت خدمات در همه قانونگذاران و تعریف مناسب ساختار قانونگذاری کیفیت از جمله الزامات مهم ارتقای کیفیت خدمات سلامت می‌باشند.

تعریف شاخص‌های مناسب جهت رصد کیفیت خدمات سلامت یکی از الزامات مهم ارتقای کیفیت خدمات سلامت در کشور می‌باشد. نظام سلامت برای تسهیل استفاده از شاخص‌های کیفیت به یک سیاست منسجم در زمینه تقویت زیرساخت اطلاعات سلامت نیاز دارد (۲۵-۲۴). همچنین انتخاب مدل و چارچوب‌های مناسب مدیریت کیفیت نیز حائز اهمیت بوده و در انتخاب این مدل‌ها می‌بایست منطق مناسبی مورد استفاده قرار گیرد.

همراه کردن بخش آموزش علوم پزشکی با سیاست‌های ارتقای کیفیت خدمات یکی از نکات مهم دیگر در موفقیت برنامه‌های ارتقای کیفیت می‌باشد. در این خصوص می‌بایست در بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی به این موضوع توجه شود (۲۶). نظارت بر کیفیت ورودی‌هایی نظیر دارو و تجهیزات پزشکی، ترویج و تسهیل استفاده از فناوری‌های نوین موثر بر کیفیت خدمات از طریق مجراهایی نظیر ارزیابی فناوری سلامت می‌تواند بر کیفیت خدمات تاثیرگذار باشد (۲۷-۳۰). تدوین و اجرای راهنماهای بالینی در ارتقای کیفیت می‌تواند نقش کلیدی ایفا نماید. به نظر می‌رسد فقدان یک سیستم مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد و پشتیبانی ضعیف سیاستگذاران از موضوع، به‌عنوان مهم‌ترین موانع در استفاده از راهنماها در کشور مطرح می‌باشند (۳۱).

پر رنگ دیدن کیفیت در پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و تشویق ارائه دهندگان خدمات از طریق سیستم پرداخت اهمیت دارد. کشورهای زیادی ایجاد انگیزه‌های مالی از طریق پرداخت مبتنی بر نتیجه را برای بهبود وضعیت کیفیت در نظر گرفته‌اند (۲۴). به نظر می‌رسد استفاده جدی‌تر از این روش‌های پرداخت در نظام سلامت کشور ضروری می‌باشد (۳۲).

بیمه‌های سلامت می‌توانند با ایفای نقش جدی‌تر تاثیر قابل توجهی در کیفیت خدمات داشته باشند. از جمله مکانیزم‌های ایفای چنین نقشی، خرید راهبردی خدمات و تعریف مناسب بسته خدمتی توسط بیمه‌ها می‌باشد (۳۳-۳۴).

ارائه دهندگان خدمات سلامت به عنوان یکی از مهمترین درون

جهت رصد مناسب وضعیت کیفیت خدمات سلامت، نیاز به تعریف چارچوب و شاخص‌های مناسب و در کنار آن، فراهم سازی شرایط لازم برای جمع آوری اطلاعات این شاخص‌ها در سطح ملی و استانی وجود دارد. هرچند در این پژوهش اشاره‌ای به برخی شاخص‌های مرتبط با کیفیت شده است، منتهی رصد دقیق موضوع، نیاز به مطالعات عمیق‌تر در خصوص چارچوب مناسب در کشور و همچنین افزایش دقت داده‌ها دارد. به علت اینکه عمده شاخص‌های موجود مرتبط با کیفیت خدمات، مبتنی بر اظهار ارائه کنندگان خدمات می‌باشد، در مورد صحت و سقم برخی از آنها تردیدهایی وجود دارد و این موضوع اهمیت برنامه‌ریزی مناسب‌تر جهت کسب داده‌های معتبرتر را دوچندان می‌سازد.

تحلیل اسناد بالادستی نشان داد این اسناد تاکید جدی بر مسئولیت دولت برای ایفای نقش کلیدی تولید داشته، بطوری که با تولید دولت، نظام سلامت می‌بایست با انتخاب مدل‌ها و چارچوب‌های مناسب، الزامات ساختاری، فرایندی و پیامدی لازم را فراهم کند. نظام سلامت باید بتواند با بهره‌گیری از منابع مناسب در قالب فرایندهای منطقی، به تراز جهانی در سطح کیفیت دست یابد.

همچنین مرور برنامه‌های مدیریت کیفیت در بخش سلامت، نشان داد که ثبات چندانی در آن‌ها وجود نداشته و این بی ثباتی به‌عنوان یکی از چالش‌ها، مطرح می‌باشد. در کنار این نگرانی، وجود مشکلات در زمینه عملکرد مدیران ارشد، عملکرد نیروی انسانی و الزامات ساختاری/ارتباطی، آموزش، نظام پرداخت، فرهنگ، استفاده از مدل‌ها و شاخص‌های مدیریت کیفیت، منابع مالی، اطلاعاتی و تجهیزاتی، قوانین و مقررات و نظارت، به‌عنوان موانع مهم در راه ارتقای کیفیت خدمات سلامت مطرح می‌باشند. بدون نگاه همه جانبه به این مشکلات و البته توجه به محیط متغیر و پیچیده آینده سلامت، امکان دستیابی به وضعیت مطلوب در زمینه کیفیت خدمات سلامت در کشور وجود ندارد.

بسیاری از موارد کیفیت درون داد بطور مستقیم مربوط به اهرم کنترل سازماندهی می‌باشد. سازماندهی نظام سلامت بایستی به گونه‌ای باشد که مردم در کوتاهترین زمان به خدمات درمانی و بهداشتی مورد نیاز، دسترسی پیدا کنند (۲۱-۲۰).

تعریف نقش مناسب حوزه‌های آموزش و پژوهش در خصوص کیفیت، اهمیت داشته و در نظام ادغام یافته سلامت کشور این نقش، اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند (۲۲). از جمله عوامل مرتبط

سطح جامعه، تغییر انتظارات گروه‌های مختلف اعم از مردم، ارائه دهندگان و سیاست‌گذاران در خصوص کیفیت خدمات و افزایش توجه جهانی به این مقوله، برنامه‌ریزی منسجم جهت ارتقای کیفیت در سطوح مختلف خدمتی، ضروری به نظر می‌رسد. بهبود کیفیت خدمات سلامت در کشور نیازمند فراهم سازی الزامات مرتبط با سازماندهی، تامین منابع، پرداخت، قوانین و مقررات و رفتار می‌باشد. به نظر می‌رسد با تدوین منشور "حقوق شهروندی در نظام اداری" در بالاترین سطح اجرایی کشور و همچنین وجود منشور حقوق بیمار و مواردی از این دست، ضرورت توجه بیشتر به رضایت گیرندگان خدمات بیش از پیش احساس شده است و نظام سلامت ایست ضمن بهره‌گیری از این شرایط، پیش نیازهای تقویت کیفیت خدمات سلامت را بیش از پیش فراهم سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از موسسه ملی تحقیقات سلامت به خاطر حمایت مالی از این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

داده‌ها هستند و معمولاً کیفیت خدمات بطور مستقیم از دانش، مهارت، رفتار و حتی اخلاق حرفه‌ای آن‌ها تاثیر می‌پذیرد (۳۵). مطالعات نشان داده‌اند که رفتار ارائه‌کنندگانی از قبیل پزشکان، نقش منحصر به فردی در عقلانی کردن بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی دارد (۱۱). بهبود کیفیت خدمات نیازمند تغییر در رفتار ارائه‌دهندگان خدمات است (۳۶).

بهبود کیفیت خدمات، نیازمند دسترسی به نظام اطلاعاتی مناسب در بخش سلامت دارد. در این خصوص چالش‌های مهمی در کشور احساس می‌شود (۳۷-۳۸). موانع فرهنگی از قبیل عدم احساس نیاز برای تغییر، شتاب در تصمیم‌گیری‌ها، عدم وجود نگاه سیستمی به خطا، نیازمند تغییر رفتار ذینفعان بوده و ارتقای آگاهی، دانش و نگرش می‌تواند در این تغییر رفتار موثر باشد.

نتیجه‌گیری

مرور سوابق استفاده از ابزارهای کیفیت در بخش سلامت نشان می‌دهد که استفاده از این ابزارها شتابزده و بدون بهره‌گیری کامل از آن‌ها رخ داده است. با توجه به تغییر ماهیت بیماری‌ها در

منابع

- Pradhan M, Saadah F, Sparrow R. Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia's economic crisis? *The World Bank Economic Review*. 2007; 21: 125-50.
- Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kiely M-P, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS medicine*. 2014; 11: e1001731.
- USAID. Measuring and monitoring country progress towards universal health coverage : concepts, indicators, and experiences. Meeting Summaary- July 20, 2012 ,Washington DC.
- Chan M: Remarks at the Launch of the World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Beijing; 2013. http://www.who.int/dg/speeches/2013/whr_20130815/en /Accessed: 3 Sep 2017 .
- Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globalization and Health*. 2014; 10: 68.
- WHO. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Meeting Report, Rockefeller Foundation Center, Bellagio; 2012.
- Buttall P, Hendler R, Daley J. Quality in healthcare: concepts and practice. K Cohn & D Hough *The Business of Healthcare*. 2008; 3: 61-94.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
- World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.
- McQuestion, M.J. Presentation: Quality of Care. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2006 .
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford university press; 2003 Oct 16.
- Public Health Coverage in Iran, National Institutes of Health Survey of the Islamic Republic of Iran. Tehran : 2013.
- Naghavi M, Jamshidi HR. The utilization of health services in the Islamic Republic of Iran in 2002. Deputy of Health, Tehran: Tandis, 2005.
- Mohammad K, Khosravi A, Noori M, Gooya MM, Etemad K. Health Indicators in the Islamic Republic of Iran from 2006 to 2010. Tehran:Ministry of Health and Medical Education, Deputy Minister of Health. 2013
- Rashidian, A. The first report of National Health monitoring, Health and Population Survey in Iran in 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Deputy Minister of Health. 2012.
- Abolhasani F, JamshidBeigiE, Mardfar N, Moghimi D, Maleki F. The study of the rate of outpatient and rehabilitation health services and determination of structural characteristics and geographical dispersion of providers. Tehran: Tandis, 2010.
- Family doctor and referral system. Performance Report of Iran Health Insurance Organization. The first volume. Tehran: Health Services Insurance Organization, 2014.
- Family doctor and referral system, Performance Report of Iran Health Insurance Organization. The second volume. Tehran: Health Services Insurance Organization, 2014.
- Family doctor and referral system, Performance Report of Iran Health Insurance Organization. The third volume. Tehran: Health Services Insurance Organization, 2014.
- Ebrahimipour H, Mirfeizi SZ, Vejdani M, Vafae-najar A,

- Kachooei AR, Ariamanesh AS, et al. Evaluation of Medical Costs Resulting from Inappropriate Prescriptions of Magnetic Resonance Imaging for Knee Joint, using RAND Method in Ghaem Hospital- 2013. *Hakim Health Sys Res* 2015; 17: 278- 286.
21. Evidence for policy making: clinical appropriateness study of Lumbar spine MRI prescriptions using RAND appropriateness method. *International journal of health policy and management*, 1, 17.
22. Noori Hekmat S, Tourani S, Haghdoost AA, Ebrahimipour H, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R. Beneficial and adverse effects of the integration of medical education and health service in IR. Iran; A Delphi exercise. *J. Med. Sci.* 2014; 14: 21-28
23. Davies HTO, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and health care quality. *Qual Health Care* 2000; 9: 111-9.
24. OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014*. Raising Standards. Paris.
25. Izadi A, Jahani Y, Rafiei S, Masoud A, Vali L. Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International journal of health care quality assurance*. 2017 Aug 14; 30: 656-63.
26. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehrolhassani MH. Clinical governance: The challenges of implementation in Iran. *International Journal of Hospital Research*. 2013 Mar 1; 2: 1-0.
27. Eftekharizadeh F, Dehnavieh R, Hekmat SN, Mehrolhassani MH. Health technology assessment on super oxidized water for treatment of chronic wounds. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30: 384.
28. Dehnavieh R, Hekmat SN, Ghasemi S, Mirshekari N. The vulnerable aspects of application of "Health Technology Assessment". *International journal of technology assessment in health care*. 2015 Jan; 31: 197-8. doi:10.1017/S0266462315000288
29. Dehnavieh R, Mirshekari N, Ghasemi S, Goudarzi R, Haghdoost A A, Mehrolhassani M H, et al . Health technology assessment: Off-site sterilization. *Med J Islam Repub Iran*. 2016; 30:299-309
30. Ghassemi S, Dehnavieh R. Applying the results of Health Technology Assessment reports in developing countries, the pale face of coin. *Technology and Health Care*. 2016; 24: 781-782.
31. Baradaran Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: A case study in Iran. *Int J Prev Med*. 2013; 4: 340-8.
32. Dehnavieh R, Kalantari A R, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29:1219-28.
33. Dehnavieh R, Sirizi MJ, Mehrolhassani MH, Kalantari A. Strategic Purchasing of Healthcare Services in Developing Countries: A New Approach Is Required. *Iranian journal of public health*. 2016; 45: 1241.
34. Dehnavieh R, Rahimi H. Basic Health Insurance Package in Iran: Revision Challenges. *Iranian journal of public health*. 2017; 46: 719-720.
35. Khosravi S, Feyzabadi VY. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2014; 5: 1314-23.
36. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Jama*. 1995; 274: 700-5.
37. Jafari, M., Bastani P, Ibrahimipour H & Dehnavieh, R. Attitude of health information system managers and officials of the hospitals regarding the role of information technology in reengineering the business procedures: a qualitative study. *Healthmed*. 2012; 6: 208-215.
38. Yazdi-Fezabadi V, Emami M, Mehrolhassani MH. Health Information System in Primary Health Care: The Challenges and Barriers from Local Providers' Perspective of an Area in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2015;6:57.

پیوست شماره ۱- شاخص‌های گزارش شده با اشاره به منبع اطلاعاتی و پوشش بعد کیفیتی

بعد کیفیتی			سطح خدمات	گروه شاخص انتخاب شده	منبع اطلاعاتی موجود
پیامد	فرایند	ساختار			
*			درمان (بستری)	میزان عفونت بیمارستانی و مرگ به علت آن	نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
*			درمان (سرپایی و بستری)	نتیجه اقدامات درمانی/ رعایت حقوق بیمار	گزارش طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت
*	*		درمان (بستری)	شاخص‌های کیفیت خدمات اورژانس	شاخص‌های اختصاصی و عمومی معاونت درمان
*	*	*	پیشگیری / درمان	آمدگی واحد‌های بهداشتی در برابر بلاها، وضعیت بهداشت محیط مراکز، کیفیت مراقبت زایمان، درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت، آگاهی صحیح زنان درباره پیشگیری از ایدز	اطلاعات مربوط به پل معاونت بهداشتی / شاخص‌های سیمای بهداشت در جمهوری اسلامی ایران/ سیمای سلامت و جمعیت در ایران
		*	درمان (سرپایی) / بازتوانی	وضعیت مراکز ارائه دهنده خدمات بر حسب مجوز قانونی	مطالعه ارائه خدمات سلامت سرپایی و توانبخشی
*	*	*	درمان (سرپایی و بستری)	وضعیت رتبه بندی - تعداد اقلام دارویی- استفاده از خدمات تشخیصی	گزارش عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران
*			بازتوانی	نسبت تعداد افراد معلول مشارکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی	شاخص‌های اختصاصی سازمان بهزیستی کشور
	*	*	کلیه سطوح	وضعیت تدوین راهنماهای مبتنی بر شواهد در کشور	گزارش دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه
		*	درمان	برخی شاخص‌های دسترسی عادلانه به خدمت	مطالعات موجود

پیوست شماره ۲- تحلیل اسناد بالادستی در ابعاد ساختار، فرایند و پیامد کیفیت خدمات سلامت

مفاهیم استخراج شده از اسناد بالادستی	بعد کیفیت
	- تولید کیفیت
	- انتخاب مدل های مناسب
	- ارتقای نیروی انسانی
	- افزایش منابع مالی جهت کیفیت
	- تعریف مناسب خدمات پایه
	- کیفیت محصولات سلامت
	- پرداخت مبتنی بر کیفیت
	- زیرساخت برای کیفیت خدمات خاص
	- سازمان های اعتبار دهنده کیفیت
	- استفاده از مدل های مناسب
	- بازخورد به ذیفعان
	- میزان مطلوب نتایج
	- الزام سنجش نتایج
	- تاکید بر اهمیت نتایج خاص

پیوست شماره ۳- رویدادهای مهم مدیریت کیفیت خدمات سلامت در کشور

سال	برنامه اجرا شده
۱۳۷۶	شکل گیری ضوابط و استانداردهای ارزشیابی بیمارستان
۱۳۷۸	آغاز استفاده از استانداردهای ایزو در برخی بیمارستان ها و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
۱۳۷۸	ایجاد دبیرخانه کشوری ارتقای کیفیت/ استفاده از روش FOCUS-PDCA بر اساس فلسفه TQM خصوصاً در معاونت های بهداشتی
۱۳۸۰	برگزاری اولین همایش مدیریت کیفیت در بخش سلامت
۱۳۸۲	آغاز استفاده از مدل EFQM در برخی از بیمارستان های کشور
۱۳۸۳	سنجش و ارتقای شاخص های کیفی در ارزشیابی ها در معاونت درمان
۱۳۸۸	اجرای برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان های کشور
۱۳۸۹	استفاده از مدل EFQM و ارزیابی عملکرد در برخی معاونت های بهداشتی کشور
۱۳۸۹	آغاز طرح بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در ۱۰ بیمارستان در سطح کشور
۱۳۹۰	برگزاری اولین جشنواره حاکمیت بالینی در سطح کشور
۱۳۹۱	آغاز ارزیابی بیمارستان ها بر اساس استانداردهای نوین اعتباربخشی بیمارستان در کشور
۱۳۹۳	آغاز طرح تحول نظام سلامت با تمرکز برخی از بسته های آن بر روی افزایش کیفیت خدمات
۱۳۹۵	تشکیل کمیته کیفیت در مراقبت های اولیه سلامت

Quality of Health Services of the Islamic Republic of Iran: Status, Barriers and Improvement Strategies

Dehnavieh R¹, Haghdoost AA², Majdzadeh R³, Noorihekmat S⁴, Ravaghi H⁵, Mehrolhasani MH⁶, Barati O⁷, Salari H⁸, Masoud A⁹, Poursheikhali A¹⁰, Mirshekari N¹¹, Ghasemi S¹², Esfandiary A¹³

1- Associate Professor in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Professor of Epidemiology, Modeling in Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor of Health Services Management, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5- Department of health services management, School of Health Management and Information Sciences, Iran university of medical sciences, Tehran, Iran

6- Associate Professor in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

7- PhD in Health Services Management, School of Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

8- PhD in Health Policy, Assistant professor, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

9- PhD Student in Health policy, Social Determinant of Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

10- PhD by Research Student in Futures Studies in Health, Health Services Management Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

11- Master of Health Technology Assessment, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

12- PhD Student in Health Policy, Modeling in Health Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

13- PhD in Health Policy, Assistant Professor, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Corresponding author: Esfandiary A, atefehesfandiari88@gmail.com

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Background and Objectives: Universal health coverage will have a problem in achieving its goals if it doesn't consider the quality. This study aimed to Background and Objectives: Universal health coverage cannot achieve its goals if it doesn't consider the quality. This study wants to assess the quality of health services in Iran, identify existing challenges and provide solutions.

Methods: This study was a mixed qualitative and review study. In the first stage, the national main indicators of the quality of services were reviewed. Then, the orientation of the available upstream documents on the quality of services was explained. The most important challenges, trends, and recommendations of health quality improvement were extracted via interviews.

Results: Proper observation of the Iran health care quality requires appropriate framework and indicators. Upstream documents strongly emphasized on the government's responsibility to play a key role as stewardship and that the health system should provide the necessary structural, procedural, and consequential requirements besides determining appropriate model. Quality management programs had obstacles in some aspects like the performance of managers and human resources, structural/communicational requirements, education, payment system, culture, use of quality management indicators and models, financial, information, and equipment resources, laws and regulations, and supervision.

Conclusion: Improving the quality of health services in Iran requires strategies in organizing, resource generation, payment, laws and regulations, and behavior of policy makers and planners. Quality tools should be used without haste and should pay attention changes in the nature of diseases, expectations of stakeholders, and increased global attention to this issue in designing related plans.

Keywords: Quality of health services, General coverage of health services, Iran