

ساز و کارهای اندازه‌گیری عملکرد در بخش مراقبت از سلامت

زنده‌یاد دکتر ابراهیم صدقیانی

چکیده

اندازه‌گیری عملکرد، هسته مرکزی تفکر پیرامون بهبود کیفیت است؛ منظور از آن دانستن این مطلب است که بیمارستانها در حال حاضر چه می‌کنند و در زمینه مقاصد و اهداف تعیین شده کدام فرصت را برای بهبود عملکرد خود فراهم ساخته‌اند؟

روشهای اصلی برای اندازه‌گیری عملکرد مراقبت در مؤسسات ذیربط عبارت است از: بازرسی رسمی، بررسی‌های مربوط به رضایتمندی مشتری، ارزیابی شخص ثالث و نشانگرهای آماري که بسیاری از آنها هرگز به طور جدی تحت آزمون قرار نگرفته است.

گزارش حاضر پاسخی است در قبال پرسش یک نهاد یا مقام تصمیم‌گیر. حاصل کار این است که تلفیقی از مدارک و شواهد موجود، شامل خلاصه‌ای از یافته‌های اصلی و گزینه‌های گوناگون خط‌مشی‌های مربوط به موضوع ارزیابی ارائه شود.

شواهد مربوط به ارزیابی شبکه مراقبت^۱ به وسیله سازمان جهانی بهداشت تشکیل و فعالیت آن هماهنگ شده است. سایر طرفهای ذینفع نیز می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش‌های مرکز یادشده بهره‌مند شوند.

مقدمه

اندازه‌گیری عملکرد مؤسسات بهداشتی و درمانی (مراکز مراقبت از سلامت)، نه تنها برای نهادهای ارزیابی‌کننده مراقبت، بلکه از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات تأمین اجتماعی و بیمه‌های درمانی حائز اهمیت است.

در کشورهایی که اکثریت قریب به اتفاق مردم از بیمه‌های سلامت برخوردار شده‌اند، اعمال نظارت‌های مستمر، بویژه نظارت بر کیفیت مراقبت از سوی سازمانهای بیمه‌گر عامل مهمی برای بهبود کیفیت به شمار می‌رود. به این ترتیب سازمانهای بیمه‌گر مبنای عقد قراردادهای خرید

خدمت، تمدید یا لغو آن را در مورد مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات، از طریق ترازیبی و در چارچوب میزان رضایتمندی مشتری سازمان می‌دهند.

در این مقاله سعی شده است که بر اساس نظریه‌های مربوط به ساز و کارهای ارزیابی، چگونگی اندازه‌گیری عملکرد بیمارستانها توضیح داده شود. حاصل این اندازه‌گیری مقوله‌های مهم زیر است: نخست آنکه بیمارستان پیوسته خود را در برابر انتظارات مشتریان مستقیم خود (بیماران) و بویژه مشتریان طرف قرارداد خود (سازمانهای بیمه‌گر) پاسخگو احساس می‌کند. دوم اینکه مشروط شدن عقد قرارداد از سوی بیمه‌گر در خرید خدمت از ارائه‌دهنده خدمات، یعنی بیمارستان، به رقابتی سالم بین ارائه‌دهندگان با تضمین کیفیت خدمات و مراقبت می‌انجامد. این مسئله مهمترین راه کاهش هزینه برای بیمه‌گر و مصرف‌کننده خدمات خواهد بود. سوم اینکه ارزیابی مستقل از سوی خریدار خدمت، به صورت بیطرفانه شکل خواهد گرفت که در حال حاضر از نقاط ضعف نظام ارزیابی در کشور ما و در بخش سلامت به شمار می‌آید. مقاله در برگیرنده سه بخش زیر است:

۱ - توصیف نظری ساز و کارهای اندازه‌گیری عملکرد در بخش مراقبت از سلامت و کاربردهای عملی آنها

۲ - ارائه چک‌لیست‌های نمونه به عنوان ابزار نخستین ارزیابی عملکرد در یک واحد مراقبت از سلامت، در مورد بخشهای بستری بیماران رفتاری

۳ - تحلیل داده‌ها و استخراج نتایج ارزیابی عملکرد.

نتیجه مورد انتظار از ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد

اندازه‌گیری اساس بهبود کیفیت است، چراکه مشخص‌کننده موارد زیر است:

- مرکز مراقبت از سلامت^۱ در حال حاضر چه می‌کند؟
- در مقایسه با انتظارات و هدفهای اصلی، که مصرف‌کننده (مشتری) و خریدار خدمت (سازمانهای بیمه‌گر) را مدنظر دارد، فرصتهای بهبود کدامند؟

۱. مراد از مراقبت از سلامت در این مقاله عبارت است از: مؤسسات درمانی، تشخیصی توانبخشی اعم از بستری و سرپایی.

روشهای اصلی اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان، طبق معمول عبارت است از:
- بازرسی

- بررسی رضایت‌مندی بیماران و مصرف‌کنندگان خدمات

- ارزیابی شخص ثالث

- تعیین درجه و اعتبار

- شاخص‌ها یا نشانگرهای آماری

مستندات و گواه مربوط به اثربخشی هر یک از آنها، می‌تواند برابند مطالعات توصیفی باشد تا آزمونها و بررسی‌های نظارتی.

استراتژی اثربخشی اندازه‌گیری، به متغیرهای زیادی وابسته است، ... از جمله مأموریت و خط‌مشی‌ها، فرهنگ ملی، و چگونگی به کارگیری و استفاده از نتایج آنها.

بازرسی^۱

بازرسی حداقل الزامات و نیازمندیهای ایمنی بیمار و کارکنان را به سنجش درمی‌آورد. بازرسی فاقد ویژگی‌های مربوط به ترویج نوآوری، تأمین اطلاعات مورد نیاز مصرف‌کننده و فراهم‌آورنده خدمت است. به علاوه بازرسی مجازات‌گر است و به طور معمول بدون اطلاع قبلی مؤسسه یا فرد تحت بازرسی انجام می‌گیرد. سازمانهای پیشرو که در مسیر تعالی گام برمی‌دارند پیوسته از بازرسی کاسته و برای یافتن زمینه‌های بهبود به خودارزیابی داوطلبانه روی می‌آورند (پیتر دراگر^۲، ۲۰۰۳).

بررسی^۳

برخلاف بازرسی، بررسی معمولاً بیانگر این است که چه چیزی برای بیمار و عامه مردم ارزشمند و ضروری است. بررسی‌های استاندارد، بررسی زمینه‌ها و قلمرو ویژه مربوط به تجارب بیمار و رضایت او را به سنجش درمی‌آورد. این بررسی‌ها در ضمن معیارهای سنجش عملکرد بیمارستان را درباره استانداردهای تصریحی در سطح ملی مورد استفاده قرار می‌دهد یا

1. inspection

2. P. Draker

3. survey

به تدوین آنها می پردازد.

ارزیابی شخص ثالث

هدف از اندازه گیری شخص ثالث، اندازه گیری و بازنگری مقایسه ای، یا اجرای برنامه های تعیین درجه و اعتبار است. استانداردهای ایزو^۱ انطباق واحد مورد نظر را با استانداردهای بین المللی سیستم های کیفیت می سنجد و کاری با عملکرد بالینی و حرفه ای ندارد ... ارزیابی شخص ثالث نیز امرانه است و لی تفاوت آن با بازرسی در آگاهانه و داوطلبانه بودن آن است. ممیزی یا ارزیابی شخص ثالث، به اخذ گواهی نامه یا جایزه کیفیت نیز می انجامد و به این ترتیب ارزیابی شخص ثالث مشوقی برای بهبود مستمر و دارای آثار انگیزشی در مورد توسعه و بهبود عملکرد است.

تعیین درجه و اعتبار^۲

برنامه های تعیین اعتبار در بسیاری از کشورها به وسیله مؤسسات مستقل انجام می شود. انجام این برنامه بیشتر به زمینه های بهبود سازمان توجه دارد تا به ناکامی ها و نارسایی های آن. در واقع تعیین اعتبار اقدامی است بیمار محور و به روشهای اجرایی بالینی، نتایج (برون داده ها) و عملکرد سازمان عنایت دارد. این برنامه ها، مستلزم سرمایه گذاری های اساسی و معتبر است. قدر مسلم اینکه انجام فرایند تعیین اعتبار یا اعتبار بخشی، بسرعت افزایش انطباق با استانداردهای مدون را به بار آورده و فرایندهای سازمانی را با ارزیابی خارجی از بهبود مورد انتظار بهره مند می سازد.

شاخص ها و نشانگرهای آماری

شاخص های آماری دستیابی به مدیریت عملکرد، بهبود کیفیت و فراهم آوردن زمینه دقت و سواس در کار و تولید را ایجاد می کنند. با این حال، نشانگرهای آماری باید با احتیاط کامل مورد تحلیل و تفسیر قرار گیرند. بسیاری از مدارک جاری مربوط به شاخص های اثربخشی عملکرد بر داده های توصیفی یا تجربی مبتنی هستند. برخی تجارب چنین القا می کنند که شاخص هایی مانند دستورالعمل های مدیریت و استاندارد سازی، ممکن است در شرایط بسیار

1. international standard organization

2. accreditation

مشخص به کاهش طول اقامت بیمار و کاهش هزینه بینجامد بدون آنکه بروندها یا نتایج بالینی را توجیه کند. انتشار آمار عملکرد، مانند «جداول آماری» ممکن است با هدف ایجاد انگیزه برای بهبود، هدایت گزینه‌های بیماران و ترغیب روشنگری در سازمان انجام گیرد. مدارک ارائه‌شده این مطلب را نشان می‌دهد که توجه مردم به کدام یک از اهداف سازمان و خدمات ارائه‌شده معطوف شده است. مدیریت نیز با توجه به شاخص‌های آماری به کیفیت داده‌ها حساس‌تر می‌شود. لیکن نباید در تأثیر آن در مورد بهبود عملکرد اغراق کرد.

ملاحظات در باره خط‌مشی سازمان

سیستم‌های مربوط به اندازه‌گیری عملکرد بیمارستانها احتمالاً باید در طرح‌های ملی یا منطقه‌ای برای تبیین کیفیت و مدیریت عملکرد توسعه یابد و تنش‌ها و ارزشهای مورد توجه طرفهای ذینفع را نشان دهد.

طراحی سیستم‌های اندازه‌گیری عملکرد بیشتر با هدف بهبود عملکرد در زمینه مراقبت انجام می‌شود تا برملا کردن شکست‌ها و ناکامی‌های انفرادی. این سیستم‌ها، نباید به منابع پایگاه داده‌ها اکتفا کند، بلکه باید مجموعه‌ای از اطلاعات را مورد استفاده قرار دهد. مصرف‌کنندگان خدمات (مشتریان) نیز باید به طور جدی مورد توجه قرار گیرند و نتایج ارزیابی‌ها شفاف و روشن در دسترس مردم قرار گیرد.

عملکرد چیست و در کجا اندازه‌گیری می‌شود؟

عملکرد باید در قبال اهداف تصریحی اندازه‌گیری شود و منعکس‌کننده ارزشهای مختلف طرفهای ذینفع (مانند بیماران، دارندگان حرفه‌ها و مشاغل گوناگون، بیمه‌گران، کارفرمایان و ناظران) باشد. متأسفانه باید اذعان کرد که تعداد بسیار اندکی از سیستم‌های اندازه‌گیری عملکرد، نتایج و بروندهای سلامت را که مورد توجه و خواست مشتریان است مدنظر قرار می‌دهند. «اندازه‌گیری» مستلزم ارزیابی عینی است لیکن به خودی خود شامل داوری پیرامون ارزشها یا کیفیت نیست، این عامل مهم ظاهراً باید به وسیله کسانی که به تفسیر و تحلیل داده‌ها می‌پردازند به پدیده عملکرد افزوده شود.

در سطح سازمان، فرم‌های بخش سلامت، به نتایجی عنایت دارد که عواملی مانند

اولویت‌های سلامت، برنامه‌ریزی، تأمین مالی، تخصیص منابع، شناسایی دارندگان حرفه‌های مورد نیاز و جنبه کلی مدیریت کیفیت را دربرمی‌گیرد. در سطح ملی، بسیاری از کشورها مانند ایرلند، دانمارک، انگلیس و آلمان دارای چارچوب پیشرفته‌ای بر ارزیابی عملکرد و بهبود آن هستند.

در اتحادیه اروپا خلاصه‌ای از عملکرد ملی و خط‌مشی‌های کیفیت در کشورهای عضو و اعضای سازمان ملل متحد تهیه می‌شود. توصیه‌های کلی در مورد توسعه و استقرار سیستم‌های مدیریت کیفیت در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، در سال ۱۹۷۷ از سوی شورای اروپا منتشر شد. در سال ۱۹۹۹ نیز، بهترین و مناسب‌ترین اقدام در ارائه خدمات مؤثر و کارآمد از سوی کمیسیون اروپا انتشار یافت.

در سطح جهانی نیز، سازمان جهانی بهداشت در گزارش مربوط به وضع سلامت در جهان در سال ۲۰۰۰ بیانیه مربوط به اندازه‌گیری عملکرد سیستم‌های سلامت را در ۱۹۲ کشور عضو ارائه داد. این سازمان چارچوبی را برای ارزیابی و بهبود عملکرد نظام‌های سلامت در چهار عملیات کلیدی شامل ارائه خدمات، تولید منابع، تأمین مالی و گلوگاه‌های مربوط به عملکرد ارائه کرد. عملکرد مراکز ارائه مراقبت از سلامت می‌تواند در چارچوب مقاصد و اهداف بالینی یا اداری تعریف شود. بالاخره اینکه هدف مراقبت از سلامت، عبارت است از سلامت مطلوب، لیکن در این پدیده، معیارهای بینابینی مانند فرایندها و نتایج نیز که در آن دخالت دارند مطرح می‌شود. هدفها ممکن است بازتاب‌دهنده عملیات سنتی مراقبت‌های درمانی و بهداشتی مانند تشخیص، درمان، مراقبت، پرستاری، توانبخشی آموزش و تحقیق باشد.

با این حال امروزه تعریف عملکرد و عملیات مربوط به آن، هر دو دستخوش تغییراتی شده و تأکید از مراقبت بستری به مراقبت سیاری، به برنامه‌های گسترده جامعه‌نگر و شبکه‌های سلامت معطوف شده است. عملکرد مراکز مراقبت از سلامت، به این ترتیب می‌تواند شامل عوامل مراقبت‌های جامعه‌نگر بهداشت عمومی، از جمله عملیات و اقدامات مربوط به خانواده و جامعه باشد. ابعاد عملکرد مراکز مراقبت از سلامت بویژه بیمارستانها در رویکردها و برداشتهای اروپایی مورد تحلیل قرار گرفته است.

بدون تردید اندازه‌گیری، هسته اصلی تفکر بهبود کیفیت به شمار می‌رود. تفکر یادشده به این مهم اشاره دارد که مراکز مراقبت از سلامت در حال حاضر چه می‌کنند. بنابراین کار انجام‌شده

باید با اهداف اصلی یا مورد انتظار به مقایسه درآید تا فرصتهای بهبود تشخیص داده شود. مراکز مراقبت از سلامت دارای اهداف متعددی است و در قالب این اهداف، طرفهای ذینفع بسیاری حضور دارند. این مسئله باید به منزله‌ انبوهی از ارزشها و مقاصدی که پشت سر اندازه‌گیری عملکرد قرار دارند، مورد توجه قرار گیرند. در این محدوده به عوامل زیر می‌توان اشاره کرد:

تحقیق

داده‌ها به منظور بررسی اثربخشی عملکردها، پیرامون ساختار، فعالیتها و اثربخشی و بررسی ارتباط بین سازمان و عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد و برنامه‌ریزی و سیستم توسعه را بارور می‌سازد.

بهبود خدمت و رویکردی نو در زمینه اقتصاد بهداشت

خریداران و فراهم‌آوردندگان، عملکردها را در داخل یا بین مراکز ارائه‌دهنده خدمت مقایسه می‌کنند و تغییر را برانگیخته، آن را به سنجش درمی‌آورند.

این پدیده باید به طور مستمر مورد توجه سازمانهای تأمین اجتماعی و سازمانهای بیمه‌گر در محدوده سلامت قرار گیرد. هدایت‌گزینه‌های درمانی، تشخیصی و توانبخشی خریداران خدمت، اعم از بستری و سرپایی از ساز و کارهای سنتی به سوی شیوه‌های کم‌هزینه ولی مؤثر، مهمترین پدیده عصر حاضر در ارائه خدمات مورد نیاز جامعه تحت پوشش سازمانهای تأمین اجتماعی با هزینه‌ای متعادلتر است. ایجاد مکانیسم مقایسه‌ای در درون بخشهای متعدد هر مؤسسه تولیدی و تسری دادن آن به مؤسسات بیرونی رقیب دارای مزایای رقابتی پر ارزش برای بهبود کیفیت و کاهش هزینه و متعادل کردن آن به سود خریدار و مصرف‌کننده است.

این پدیده به نوبه خود رویکرد به بازار و ایجاد رقابتی سالم را با استفاده از داده‌های مربوط به بهبود کیفیت موجب خواهد شد.

امروزه تمایلات و گرایش‌های مؤسسات بیمه‌گر که خرید خدمت را به جای تولید خدمت برمی‌گزینند از همین مقوله ناشی است، چراکه به شهادت داده‌های آماری و شاخص‌های اقتصاد بهداشت خدمات تولید مستقیم برای سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات گرانتر تمام شده و به سختی انتظارات و رضایت مصرف‌کنندگان را در مقوله کیفیت خدمات برآورده می‌سازد.

ارجاع‌دهنده و شکل‌دهنده‌گزینه بیمار

بیماران و ارجاع‌دهندگان از اطلاعات مربوط به زمانهای انتظار، نتایج و تجارب مصرف‌کنندگان در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات استفاده می‌کنند. سازمانهای بیمه‌گر در این زمینه نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند.

مدیریت منابع

مدیران بخش خرید خدمات و تأمین‌کنندگان آن به داده‌های مربوط به عملکرد از جمله قیمت و حجم فعالیتها برای اتخاذ تصمیم در مورد استفاده بهتر از منابع نیاز دارند. سیاستمداران و عامه مردم به طور روزافزون در عملکردها شفافیت، حمایت و مسئولیت‌پذیری می‌خواهند.

مراکزى که به ارائه خدمات مراقبت از سلامت اشتغال دارند، به انگیزه‌های مثبت نیازمندند تا نسبت به تولید داده‌های بهنگام، درست و کامل توفیق یابند و نسبت به اجرای برنامه‌های ارزیابی مستقل خارجی مبادرت کنند.

روشهای اندازه‌گیری عملکرد کدام است؟

روشهایی که برای اندازه‌گیری عملکرد و بهبود کیفیت به کار رفته، به طور جدی و دقیق در کشورهای مختلف مورد ارزیابی قرار نگرفته است. شاید دلیل آن این باشد که ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد مداخله و اقدامی پیچیده است و قابلیت تفکیک و اندازه‌گیری آن به سادگی انجام‌پذیر نیست. مدارک و مستندات مهمی که قادر به حمایت از استراتژی‌های اندازه‌گیری عملکرد باشد، غالباً شامل بررسی‌های توصیفی یا گزارشهای کارشناسان خبره و متخصصان در این زمینه است. در اصل اندازه‌گیری عملکرد مراکز ارائه مراقبت از سلامت متشکل از انواع مختلف است که چند مورد آن در این مجموعه مورد بحث قرار می‌گیرد:

- بازرسی رسمی قانونی
- بررسی تجارب و نظریات مشتری
- ارزیابی شخص ثالث
- نشانگرها (شاخص‌های آماری)
- ارزیابی درونی.

بازرسی

بسیاری از کشورها برای پایش انطباق بیمارستانها با مقررات مربوط به پروانه تأسیس دارای واحدهای بازرسی رسمی هستند. بسیاری از آنها در زمینه‌های تخصصی مانند: آتش‌سوزی، بهداشت، اشعه، تجهیزات پزشکی و دارو دارای مسئولیت هستند. برخی دیگر، دامنه فعالیت در این زمینه را به کنترل عفونت و تزریق خون نیز گسترش داده‌اند. استانداردهای بازرسی دارای قدرت و اختیارات قانونی بوده و از شفافیت لازم برخوردارند، لیکن از تازگی و به‌روز بودن بی‌بهره‌اند. استانداردهای مورد بحث متضمن الزامات حداقل قانونی در مورد سازمانهای سلامت است که برای مراقبت و اقدامات درمان بیمار فعالیت دارند. استانداردهای مذکور معمولاً فرایندهای بالینی یا عملکرد بیمارستانی را پوشش نمی‌دهند.

بازرسی‌های پروانه یا مجوزهای بهره‌برداری، غالباً و فقط بیمارستانها و مراکز پزشکی جدید را بویژه در بخش خصوصی شامل می‌شود. در مراکزی که تجدید پروانه آنها مطرح است، گواهی معمولاً در ازای پرداخت تعرفه‌ای در برابر حداقل بازرسی یا بدون آن صادر می‌شود. چنانچه ارزیابی به طور محلی و از سوی واحد دولتی یا نماینده مورد انتخاب وی انجام شود، مشارکت مردم و سهم نهادهای ملی و مجموع گزارشهای مختلف سهم بسیار کوچکی در این بازرسی دارند. وقتی مسئله بازرسی بسیار متمرکز و سلسله‌مراتبی باشد، نتیجه آن غالباً مشارکت کارکنان و بیماران را شامل نمی‌شود. اغلب کشورهای جهان سوم از جمله ایران درگیر این نظام متمرکز غیرمشارکتی هستند. مهمترین اشکال در این روش تداخل آن با تعیین اعتبار، فقدان رویکرد کیفیت در عملکرد، نارسایی استانداردها و اعمال سلیقه‌های فردی یا اعمال تبعیض در ارزیابی‌هاست.

نهادهای بازرسی‌ها انطباق استانداردها و اندازه‌گیری عملکرد را در قالب حداقل الزامات و معیارهای ایمنی به سنجش درمی‌آورد. فرایند بازرسی در مورد نوآوری به طور اعم و فراهم آوردن اطلاعات برای مصرف‌کننده یا فراهم‌کننده خدمات، کاری انجام نمی‌دهد.

بررسی از طریق مصرف‌کنندگان

بررسی‌های استاندارد شده از بیماران و بستگان ایشان می‌تواند معیارهای معتبر در مورد عملکرد واحد مراقبت از سلامت در قبال استانداردهای تصریحی در سطح کشور به شمار آید. عملکرد بیمارستانی بتدریج توجه خود را بیش از پیش به آموزش بهداشت، توانمندسازی بیماران، آسایش، ساز و کارهای اخذ شکایات و مداومت مراقبت معطوف می‌دارد.

برخی دولتها و سازمانهای وابسته به دولت، سعی دارند تا بیمار را بیش از پیش از حقوق‌شان مطلع سازند تا از این طریق انتظاراتی را که گاه در سطح بسیار نازلی است، افزایش دهند. این کار معمولاً با انتشارات و وضع قوانینی دایر بر حمایت از حقوق بیماران انجام می‌گیرد. به این ترتیب بررسی از طریق مصرف‌کنندگان خدمت و مشتریان با ارزیابی تجارب و نتایج درمانی که بیماران و خانواده‌ی ایشان کسب کرده‌اند انجام می‌گیرد.

برخی کشورها (از جمله فرانسه و انگلیس) و بسیاری از برنامه‌های ارزیابی عملکرد، از مؤسسات بهداشتی و درمانی می‌خواهد تا ارزیابی سیستماتیک و منظمی از نظریات بیماران خود به عمل آورند. محدوده‌ی بررسی از طریق ثبت نوشتاری نظریات در کلینیک تا بررسی از طریق نمونه‌گیری در سطح ملی متغیر است. بررسی‌های در سطح ملی غالباً از طریق عقد قرارداد با سازمانهای مستقل که ابزار معتبری را با رعایت فنون آماری به کار می‌برند و داده‌های پایا و قابل اعتمادی را به دست می‌آورند، انجام می‌شود. نتایجی که از این طریق منتشر می‌شود نشان‌دهنده‌ی میزان عملکرد و نحوه‌ی آن در مراکز مراقبتی، اعم از سرپایی، بستری، تشخیصی و توانبخشی است. مزایای این روش در اندازه‌گیری عملکرد عبارت است از اینکه آنچه برای بیماران و عموم مردم دارای اعتبار و ارزش بوده مشخص می‌شود. به علاوه، در بررسی‌های استاندارد شده، در مورد اندازه‌گیری قلمروهای خاص مربوط به نظریات بیماران نیز اقدام و میزان رضایت یا ناراضیاتی آنان را منعکس می‌کند.

با این حال بررسی‌های سنتی رضایت بیماران، از نظر متدولوژی، دچار ضعف بوده و توجه خود را بیشتر به برنامه‌ی زمانی پزشکان (کلینیسین‌ها) و مدیران معطوف داشته تا خود بیماران. به عنوان نمونه، بازنگری ۱۹۵ تحقیق انجام شده که نتایج آنها انتشار یافته، نشان داده است که تعداد

اندکی از بررسی‌ها دارای روایی^۱ و پایایی^۲ بوده‌اند. دولتها نیز از انتشار آنها با احتمال اینکه نتایج نامطلوبی برای مراکز دولتی در بر داشته باشد خودداری کرده‌اند.

بسیاری از بیماران در این بررسی انتظارات اندکی را بروز داده و خود را راضی نشان داده‌اند. اندازه‌گیری نظام‌مند از تجارب ایشان بیشتر بیانگر تسلیم و رضای بیماران بوده است. پژوهشگران دانشکده پزشکی هاروارد در مورد تدوین و آزمون ابزار استاندارد اندازه‌گیری، ابتدا در سطح ملی مصاحبه‌ای با بیماران بستری و بستگان ایشان از طریق تلفن انجام داده‌اند. سپس این ابزار تحت عنوان پرسش‌نامه پیکر^۳ در استرالیا، کانادا و کشورهای متعدد اروپایی انجام شده است. امتیازات مثبت پیکر (رضایت بیماران) همبستگی معنی‌داری را در موارد کاهش عوارض و مرگها در بیمارستانهای میثیگان نشان داده است. شرایط بهداشتی نامساعد بیمارانی که دچار عفونت‌های میوکاردیال در نیوهامپشایر بوده‌اند، امتیازات پایین را توجیه کرده است.

در انگلیس از تمامی بیمارستانها خواسته شده تا نسبت به انجام بررسی محلی به طور سالانه مبادرت کنند. پرسش‌نامه استاندارد نیز برای پایش عملکرد در سطح ملی و ترازایی در این سطح تدوین شده است. نتایج این بررسی‌ها برای استفاده، در چارچوب عملکرد ملی به وزارت بهداشت انگلیس ارجاع شده است. مجموع نتایج این بررسی در اینترنت انتشار یافته و جوایز مالی برای واحدهایی که دارای عملکرد بیمارمحور بوده‌اند، در نظر گرفته شده است.

این نوع بررسی‌ها در فرانسه، یونان، لهستان، سوئد و انگلستان نشان داده است که انجام مقایسه بین بیمارستانی در سطوح محلی و منطقه‌ای امکان‌پذیر است.

استانداردهای ایزو

گروهی‌های سازمان بین‌المللی استاندارد بیشتر در مورد اندازه‌گیری انطباق با استانداردهای بین‌المللی برای سیستم‌های کیفیت به کار می‌رود تا اقدامات و اهداف بیمارستانی، جزئیات ارزیابی نیز در این مورد به اطلاع عامه مردم رسانده نمی‌شود. ایزو در مورد گسترش یک رشته از استانداردهای ایزو ۹۰۰۰ مبادرت کرد که در اصل برای تولیدات صنعتی مانند دارو، دستگاهها و تجهیزات پزشکی کاربرد دارد. مزیت نظری در زمینه استفاده از استانداردهای ایزو عبارت است

1. reliable

2. valid

3. Piker

از اینکه گواهی ایزو در بسیاری از بخشهای خدماتی از سوی مراجع بین‌المللی به رسمیت شناخته شده است، لیکن استانداردهای ایزو ۹۰۰۰ بیشتر به روشهای اجرایی و اقدامات اداری مربوط می‌شود تا عملکرد بیمارستانی. مضاف بر این، واژه‌نگاری (ترمینولوژی) استانداردها برای در بر گرفتن مراقبت سلامت با مشکل روبه‌روست و تفسیرها و تحلیل‌ها در این زمینه بین مؤسسات مختلف تفاوتی با یکدیگر نشان می‌دهد. تست‌ها و پرسش‌های فرایند ممیزی نیز در مورد انطباق با استانداردها شامل توسعه سازمانی نمی‌شوند. شاید از این نظر فقط اندکی از مراکز مراقبت نسبت به اخذ گواهی ایزو تمایل نشان داده‌اند و کشورهای نادری مراکز رسمی و ملی ویژه بیمارستانها در زمینه ایزو دارند.

از سال ۲۰۰۰ استانداردهای ایزو در زمینه نظامهای کیفیت، در قلمرو مراقبتهای بهداشتی و درمانی مطابقت و اقبال بیشتری یافته‌اند تا به این ترتیب ارزیابی نتایج و رضایت مشتری را دربرگیرند. در ایالات متحد آمریکا و اروپا در این زمینه تمهیداتی به کار گرفته شده است و انگیزه اولیه این اقدام، مؤسسات و سازمانهای تولیدی بوده‌اند که خود خریدار خدمات و مراقبتهای بهداشتی و درمانی به شمار می‌روند. به این ترتیب، تحلیل و تفسیر استانداردهای کیفیت در بخش سلامت نیز متداول شده است. به عنوان نمونه استاندارد ایزو ۱۵۱۸۹ به عنوان استاندارد بین‌المللی برای آزمایشگاهها پزشکی به کار گرفته شده است که شامل آزمایش‌های بالینی، فرایندها و نتایج آن است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

بازنگری و ارزیابی از خود و همکاران

بازنگری همگن یک سیستم بسته برای خودارزیابی حرفه‌ای و توسعه است. بازبازرسی متقابل از سوی افراد هم‌رشته و حرفه‌ای (که غالباً دارای رشته مشابه هستند)، برای انجام ارزیابی درونی و یافتن زمینه بهبود انجام می‌شود. سازمانهایی که دارای وابستگی‌های سازمانی و همکاری‌های متقابل بخصوص در زمینه آموزشهای حرفه‌ای هستند، از این روش استفاده می‌کنند. این اقدام از سوی دارندگان حرفه‌های بالینی به منظور پیشرفت و توسعه متقابل برای بهبود ارائه خدمت انجام می‌شود. به عنوان مثال در هلند تخصص‌های مختلف در بیمارستانها به ارزیابی متقابل و خود پرداخته‌اند. محدوده این روش شامل تخصص‌های بالینی است و رعایت جنبه‌های محرمانه در این نوع بررسی‌ها الزامی است.

تعیین اعتبار^۱

برنامه‌های تعیین اعتبار که در محافل بهداشتی و درمانی ایران، اعتباربخشی نامیده شده است، عملکرد بیمارستان را در قبال انطباق با استانداردهای تعیین‌شده و اهداف سازمانی به سنجش درمی‌آورد. دامنه این انطباق بیش از پیش به فرایندهای بالینی و نتایج حاصل از عملکرد بیمارستانی نیز گسترش می‌یابد. اندازه‌گیری نتایج فعالیت بیمارستانها در این زمینه شامل خودارزیابی، ارزیابی درونی و ارزیابی خارجی است. تیم‌های چندتخصصی مرکب از دارندگان حرفه‌های بخش سلامت خودارزیابی، تعیین اعتبار و الگوبرداری^۲ را به اجرا می‌گذارند.

آنچه در باب تعیین اعتبار در مجامع بین‌المللی مورد تأکید قرار گرفته است و متأسفانه در کشور ما ایران هنوز در چارچوب یکسونگری گرفتار است، تعیین اعتبار و اتخاذ تصمیم در مورد درجه و اعتبار بیمارستانها به صورت بیطرفانه و عادلانه است که آن نیز دارای مکانیسم مخصوص به خود است و اهم آن عدم وابستگی نهاد تأمین اعتبار به مؤسسات متقاضی درجه‌بندی و ارزیابی وابسته به آن است.

در حال حاضر نهادهای تعیین اعتبار از سه مقوله زیر است:

- ۱ - وابستگی نهاد ارزیابی یا تعیین اعتبار به ارزیابی‌شونده و دولتی بودن آن. در این حالت منافع ارزیابی‌شونده (ذینفع) با نهاد ارزیابی یکی است.
- ۲ - وابستگی نهاد ارزیابی به دولت، ولی غیروابسته بودن آن به مؤسسات متقاضی تعیین اعتبار. در این حالت در صورت تضمین بیطرفی نهاد اعتباربخشی، منافع نهاد تعیین اعتبار از متقاضی آن جدا شده و استقلال نهاد تعیین اعتبار تا حدودی تضمین شده است.
- ۳ - نهاد تعیین اعتبار مؤسسه‌ای خصوصی و غیرانتفاعی است در این حالت بیطرفی نهاد تعیین اعتبار به حد زیاد مورد توجه است. با این حال روش مذکور به اهرم‌های نظارتی قوی نیازمند است.

در نظام سلامت ایران نه تنها وظیفه ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در چارچوب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۶۴ با توجه به ویژگی ساختاری آن

برعهده وزارتخانه مذکور نهاده شده است، بلکه وظیفه ارزیابی و تعیین اعتبار مؤسسات مراقبت از سلامت بویژه بیمارستانها نیز برعهده وزارتخانه مذکور است. به این ترتیب نه تنها در این شیوه شرط اساسی بیطرفی در ارزیابی نقض شده، بلکه به دلیل فقدان انگیزه در اعمال شیوه نظام بهبود مستمر با ایجاد مکانیسم رقابت در دستیابی به کیفیت، رقابت در افزایش سود از راه افزایش میزان تعرفه بشدت تعقیب شده است. بررسی های انجام شده وابستگی نظامهای بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم از جمله ایران را به روش اول نشان می دهد.

نکته قابل تأکید در زمینه استقلال و بیطرفی نهاد تعیین اعتبار این است که: بیمارستانهای داوطلب تعیین اعتبار در این شیوه بسرعت در مورد انطباق عملکرد خود با استانداردهای منتشرشده به تکافو می افتند و نسبت به بهبود فرایندهای سازمانی خود در فاصله منتهی به ارزیابی مبادرت کرده، و آن را بهبود می بخشند. لیکن مدرک قابل تأکید کمی در این زمینه وجود دارد که این بهبود در قالب مصادیق فرایندهای بالینی و نتایج سودمند آن قابل استناد باشد.

ظرفیت آنچه از سوی فرایند تعیین اعتبار به فراهم کننده خدمات ارائه می شود تا حدودی ناچیز است ولی بسیاری از برنامه های تعیین اعتبار نیز از به کار بردن ظرفیت کامل فرایند تعیین اعتبار غفلت دارند. عوامل بازدارنده در این زمینه شامل وجود مشتریان اجباری، داده های خام و احياناً نامعتبر و هزینه های گسترش و حفظ پایگاه های داده ها و فقدان بازار قابل اطمینان و حتمی برای تولیدات بیمارستانی است.

شاخص های آماری

شاخص های آماری مؤید و گواه نتایج مربوط به مدیریت عملکرد، بهبود کیفیت و بررسی های جامع تر است. شاخص های آماری در واقع نسبت به ایجاد پیامهای نسبی و نه چندان مطلق مبادرت می ورزند. آنها نیازمند تحلیل و تفسیرهای محتاطانه در قبال کیفیت و تعاریف مألوف در این زمینه اند. شاخص ها در واقع ابزار ارزیابی عملکرد بیمارستان، از دو جنبه درونی و خارجی به شمار می روند. شاخص های مورد بحث باید به منظور اندازه گیری تحقق اهداف از پیش تعیین شده طراحی شده باشند، لیکن در عمل آنها غالباً بر مبنای داده های در دسترس انتخاب شده و ایجاد می شوند. تهیه و تدوین استانداردها برای اندازه گیری فعالیتهای درونی بیمارستانها اساسی و برای اندازه گیری بین بیمارستانی خطیر و بس حائز اهمیت است.

اندازه گیری عملکرد در مورد بیمارستانهای خصوصی احتمالاً باید بر اساس شاخص های قابل اندازه گیری یا داده های خام انجام شود تا پس از پردازش، جمع و تحلیل شوند و به وسیله مؤسسه ای بیرونی ارائه شوند. نتایج کار معمولاً به شکل اطلاعیه های دولتی، از سوی وسایل ارتباط جمعی انتشار می یابد و هدف آن نیز هدایت مصرف کننده است. شاخص های آماری نشان دهنده در دسترس بودن، اقتصادی بودن و بالقوه استاندارد بودن فعالیتهای بیمارستان است که مفهوم آن فقط اندازه گیری عملکرد نیست بلکه عوامل اجتماعی و متغیرهای اقتصادی نیز در ورای کنترل بیمارستانی مدنظر است. از این گذشته، بیمارستانها باید روش گردآوری داده های داخلی خود را به منظور «دستیابی» به اهداف خارجی تغییر دهند، تا به این ترتیب ابزار بهبود استقرار مدیریت ریسک و در نهایت مداخله های اصلاحی امکان پذیر شود. بسیاری از بیمارستانها دارای داده های مناسب برای ایجاد شاخص های استاندارد نیستند، زیرا هزینه گردآوری داده ها از محدوده توان آنها بیرون است. زمان و سرمایه گذاری مستلزم توسعه و دستیابی به شاخص های ملی معتبر است که آن نیز غالباً جدی گرفته نشده است. بررسی های انجام شده نشان می دهد شاخص هایی که با هدف بازرسی های دولتی ایجاد و ثبت شده اند، به دلیل عدم توجه به کیفیت داده ها و غالباً به علت حجم زیاد، دارای ارزش و مقبولیت ناچیزی نزد تولیدکنندگان هستند و در واقع از روایی و اعتبار بی بهره اند.

در سال ۲۰۰۳ گروه کاری دفتر سازمان جهانی بهداشت بخش اروپا دست به تعریف معیارهای عملکرد برای بیمارستانها زد تا از طریق آن خودارزیابی داوطلبانه انجام شود و ترازایی بیرونی در شش قلمرو به اجرا درآید. محدوده های مذکور عبارت است از: اثربخشی بالینی، محور بودن بیمار، اثربخشی تولید، ایمنی، پیشرفت کارکنان و مدیریت پاسخگو. گروه مذکور سوابق و اطلاعات گذشته را در سطح بین المللی، ملی، منطقه ای و ناحیه ای مورد توجه قرار داد تا داده های استاندارد برای ارزیابی برخی ابعاد عملکرد بیمارستان در بحثهایی مانند گزارش به مردم، مسئولیت پذیری، تعیین اعتبار و یا استفاده داخلی از اطلاعات مورد استفاده قرار گیرد.

در چارچوب بررسی تامپسون^۱ که درباره شاخص‌های بالینی انجام شده، بسیاری از مدارک جاری در زمینه اثربخشی شاخص‌های عملکرد، بر داده‌های مشاهده‌ای و تجربی مبتنی بوده است. به طور خلاصه درباره شاخص‌های آماری مراتب زیر قابل ذکر است:

- در جمهوری قزاقستان شاخص‌هایی که حاصل داده‌های مزبور است، نشان داده که بعد از بیرون آمدن شاخص‌های راهنما برای استاندارد کردن فرایندهای مدیریت، میانگین طول بستری و هزینه‌های جاری کاهش یافته است بدون آنکه نتایج بالینی را تحت تأثیر معنی‌دار قرار دهد.
- تعداد بسیاری از گزارشها مفید و قابل استفاده بودن برخی از شاخص‌ها را تأیید کرده است.
- بررسی انجام‌شده در سال ۱۹۹۵ در انگلستان در مورد داده‌های مربوط به نتایج انفارکتوسهای میوکارد حاد، نشان‌دهنده نارسایی خطیر در مراقبت نبوده است.
- بررسی انجام‌شده در ایالات متحد آمریکا نشان داده است که داده‌های مربوط به نتایج قادر به تعیین کیفیت بد در بیمارستانها نبوده است.
- تحقیقات انجام‌شده در ایالات متحد آمریکا و اروپا تغییرات و نوسانات وسیعی در اعتبار و ارزش مطالب ابرازشده از سوی بیماران نشان داده است.
- نتایج منتشرشده بیشتر نشان‌دهنده تفاوت‌های عمیق بوده است تا برتری‌های احتمالی.

افشای داده‌های مربوط به عملکرد بیمارستانها

انتشار فعالیتهای بیمارستانی و نتایج آن مانند جداول مقایسه‌ای و کاری، باید با هدف ایجاد زمینه بهبود، افزایش گزینه‌های بیماران و ایجاد شفافیت انجام گیرد. مدارک و شواهد بسیار نشان می‌دهد که این نوع رفتار موجب توجه مردم، دقت مدیریت به کیفیت داده‌ها و پیگیری اهداف کیفیت می‌شود. در مورد اندازه‌گیری عملکرد بیمارستانها توصیه‌های زیر ارائه شده است:

- ۱- سیستم‌های اندازه‌گیری عملکرد باید طی یک برنامه ملی یا منطقه‌ای برای کیفیت انتشار یابد و مدیریت عملکرد نسبت به مشخص کردن ارزشها و مشارکت طرفهای ذینفع تأکید ورزد.
- ۲- دولتها باید به رویکردها و برنامه‌های موجود اهمیت قائل شوند. و با اطلاع‌رسانی به

مردم و هماهنگی استانداردها، همکاری بین بخشهای خصوصی و عمومی فراهم شود.

۳ - توجه به ارزشها، استانداردهای مرجع و اهداف اندازه‌گیری سیستم‌های عملکرد بیمارستانها ضروری است و این موارد باید با طرفهای ذینفع به شکل مرتب هماهنگ شود.

۴ - سیستم نباید فقط از یک منبع داده‌ها تغذیه کند، بلکه باید از مجموعی از منابع خبری برخوردار باشد.

۵ - طراحی سیستم‌های اندازه‌گیری عملکرد، باید هدف اعمال مدیریت در بهبود عملکرد بیمارستان را بیش از عمومیت دادن نقاط ضعف و بزرگ‌نمایی آن دنبال کند.

۶ - تجارب اصولی در زمینه ارزیابی عملکرد را بر اساس بررسی‌های انجام‌شده به شرح زیر می‌توان خلاصه کرد:

الف - شکست در زمینه عملکرد غالباً بیش از آنچه به قابلیت‌های فردی مربوط باشد، نتیجه و برابندی از شکست در سیستم‌ها و فرایندهاست.

ب - ارزیابی عملکرد مستلزم استفاده از روشهای قابل اطمینان اندازه‌گیری، بر پایه استانداردهای معتبر است.

ج - قابل اطمینان بودن شاخص‌ها، قبل از هر چیز از طریق دقت، صحت، کامل و بهنگام بودن داده‌های بیمارمحور تعیین می‌شود که در سطح مؤسسه یا مرکز تولید گردآوری می‌شود.

د - مقایسه اطمینان‌بخش در مورد عملکرد بین مؤسسات مختلف، مستلزم استاندارد کردن ضوابط و روش اندازه‌گیری است، بویژه اگر قصد استفاده از آنها بین کشورهای مختلف در میان باشد.

الزامات مربوط به خط‌مشی بیمارستان

از دیدگاه تدوین خط‌مشی بیمارستان پرسش‌هایی مطرح است که برخی از آنها را به شرح زیر می‌توان شمرد.

● خط‌مشی در سطح ملی: آیا خط‌مشی تصریحی، مدون و جامعی در مورد مدیریت عملکرد و بهبود کیفیت وجود دارد؟ اهداف درازمدت این طرح درباره اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان که برای اجرا برنامه‌ریزی شده باشد کدام است؟

● مشارکت طرفهای ذینفع: طرفهای ذینفع در بیمارستان شامل مردم، دارندگان حرفه‌های

مراقبت از سلامت، بیمه‌گران و مدیران، چه نقشی در زمینه نتایج عملکرد بیمارستانی که مشخص، قابل اندازه‌گیری و قابل استفاده باشد ایفا می‌کنند؟

● فراهم بودن، قابل قبول بودن و معتبر بودن عملکرد: چه نوع و چقدر سرمایه‌گذاری برای فراهم آوردن حداقل داده‌های مشترک که کامل، به‌روز و قابل اعتماد باشد، برای بیمارستان ضرورت دارد؟ به منظور حفظ داده‌ها از احتمال دستکاری و جعل آنها، برای انواع سوء استفاده‌های سیاسی، مالی و تجاری، چه تدابیر مشخصی اندیشیده شده است؟

● ارزیابی و انتشار: در بیمارستانهای خصوصی، داده‌های مربوط به عملکرد در چه شکل و به چه صورتی برای اطلاع طرفهای ذینفع، اعم از خدمت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان در دسترس است؟ چه نوع کمکی به مردم در مورد تفسیر داده‌های مربوط به عملکرد ارائه می‌شود؟ آزادی گردش اطلاعات با توجه به آشتی دادن این آزادی با جنبه‌های محرمانگی و حفظ و حراست از داده‌ها چگونه است؟

فهرستهای ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد در واحدهای بستری، بیماران رفتاری
توضیح لازم: اخذ امتیاز ضعیف کمتر از ۵۰ درصد امتیاز، به معنی عدم آمادگی مؤسسه مورد نظر نیست، بلکه زمینه بهبود آن را به مسئولان واحدهای درمانی نشان می‌دهد تا نسبت به انجام اقدامات اصلاحی و بهبود کیفیت مراقبت خود همت گمارند.
هدف از اجرای این برنامه:

- ۱ - تعیین نقاط قوت و ضعف واحد درمانی.
- ۲ - استقرار برنامه‌ای راهبردی به منظور کمک به مؤسسه، برای آمادگی در برابر برنامه‌های مراقبتی تحت نظارت.

استفاده از پرسشنامه ارائه‌دهندگان آن خدمت را از طریق افزایش مهارتشان به مسیر بهبود و تحول هدایت می‌کند.

ارزیابی انجام شده نمی‌تواند جایگزین ارزیابی‌های رسمی اعتباربخشی برای اخذ یا کاهش درجه شود، بلکه ابزار سازنده‌ای برای گام نهادن در مرحله بهبود است. اخذ امتیاز بیشتر نوید توفیق در جلب و جذب مشتری بیشتر را نیز در خود دارد.

دامنه ارزیابی و اندازه‌گیری

- بخشهای بالغان
- بخشهای مراقبت از جوانان
- واحدهای تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری
- واحدها و سازمانهای مربوط به مراقبتهای تحت نظارت
- نظام اطلاعات مدیریتی
- بخش منابع انسانی و آموزش
- هیئت‌مدیره‌ها و مدیریت
- واحد بازاریابی
- دفتر امور بازرگانی

جامع و کامل بودن ارائه خدمت

| | | | | |
|------------|--------------------------|----------------|-------------------------|-------------------------|
| خیر - هرگز | بسیار محدود و به ندرت | نسبی - تاحدودی | غالباً - به طور منظم | بله - کاملاً و همیشه |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

خدمات زیر را برای بالغان ارائه می‌دهید؟

- ۱ - غربالگری متمرکز، بررسی مواد یا داروی مصرف‌شده، ارائه خدمات و مداخله در موارد بحرانی. لطفاً یکی از اعداد را با دایره مشخص کنید.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۲ - ارائه خدمات سرپایی جامع و کامل.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۳ - مراقبت ویژه سرپایی، یا در صورت فقدان آن امکان ارجاع در شبکه امداد به این قبیل بیماران را با قبول مسئولیت مراقبت دارا هستید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۴ - خدمات بستری موقت، خدمات مراقبت در روز، یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران به مراکز مشابه با قبول مسئولیت در مورد پذیرش بیمار و انتقال او.
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۵ - بستری و درمان کوتاه‌مدت، یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران به مراکز مشابه

- با قبول مسئولیت پذیرش. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۶- امکان بستری بیمار، یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیمار. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

درمان بیماران نابالغ و جوانان

- ۷- غربالگری متمرکز، ارزیابی بیمار، برآورد جذب مواد یا دارو، درمان و مداخله در موارد بحرانی. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۸- خدمات سرپایی. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۹- خدمات مراقبت ویژه سرپایی یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران به مراکز مشابه با قبول مسئولیت پذیرش. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۰- بستری موقت، یا درمان روز، یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران به مراکز درمانی دیگر با قبول مسئولیت پذیرش. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۱- بستری کوتاه مدت، یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران مراکز درمانی دیگر با قبول مسئولیت پذیرش. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۲- بستری یا دارا بودن ارتباط مؤثر برای ارجاع بیماران به مراکز درمانی دیگر با قبول مسئولیت پذیرش. ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۳- آیا در مورد کسب مهارت کارکنان بالینی در تمامی جنبه‌های غربالگری، فرایند ارزیابی بیمار و حتی در مورد نحوه پاسخ و ارتباط تلفنی اقدام کرده‌اید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۴- آیا بخش شما به طور سریع (حداکثر ۲-۱ روز) برای ارزیابی اولیه بیمار و تعیین مشکل آمادگی دارد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۵- آیا بخش شما دارای آمادگی لازم برای پوشش بیماران سرپایی خود مشاوره‌هایی مانند ۸ جلسه را دارد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۶- آیا بخش شما در مورد بیماران با مشکلات تکراری و پر مراجعه مدیریت موردکاواری دارد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۷- آیا در مورد تضمین و تأمین ارتباط با شبکه بهداشتی در موارد مشکلات و نیازهای مراقبت‌های بهداشتی اقدام کرده‌اید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
 ۱۸- آیا در مورد تأمین خدمات استاندارد، برای پاسخ به نیاز بیماران خاص، از جمله

بیماران با مشکلات روانی، ناشی از اعتیاد شدید به مواد مخدر، مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی و معتادان باردار، امکانات و تسهیلات لازم را پیش‌بینی کرده‌اید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵
۱۹ - آیا نسبت به بازنگری و ارزیابی مجدد نیازهای مربوط به خدمات بخش خود و تغییر برنامه‌های خدماتی بخش، در چارچوب افزایش تعداد بیماران خود به طور مستمر اقدام می‌کنید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۰ - آیا ضوابطی برای پذیرش، ترخیص و درمان در بخش شما استقرار یافته و به طور مداوم از سوی کارکنان بخش مورد توجه دقیق قرار می‌گیرد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۱ - آیا در ضوابط پذیرش و درمان، عوامل مربوط به استانداردهای مراکز مراقبت‌های تحت نظارت که با آنها دارای قرارداد هستید لحاظ شده است؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۲ - آیا بخش شما پیوستن به واحدهای تخصصی دیگر را به سهولت و سرعت تضمین کرده است؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۳ - آیا بخش شما مشارکت خانواده و استفاده از حمایت‌های طبیعی از جمله گروه‌های خودیاری را مورد توجه قرار می‌دهد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۴ - آیا بخش شما نتایج حاصل به بیمار و رضایت او را مورد توجه قرار می‌دهد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

روش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌وری

۲۵ - آیا دارای روش اجرایی در مورد تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری هستید که با مشارکت کارکنان بالینی به اجرا در می‌آید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۶ - آیا کارکنانی برای فعالیت و انجام وظیفه در زمینه تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری تعیین شده‌اند و آنها در مورد بازنگری و بررسی انجام ضوابط مربوط به پذیرش، درمان و ترخیص اقدام می‌کنند؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۷ - آیا اطلاعات مربوط به تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری، با سرعت لازم و کافی برای کمک به پزشکان و همکاران بالینی در جریان ارائه مراقبت در دسترس ایشان قرار می‌گیرد؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۸ - آیا تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری درباره ثبت و حفظ مدارک مربوط به تذکرات

و ضوابط مراقبتهای تحت نظارت برای بهبود روابط یا تغییر نحوه ارائه مراقبت و کاهش موارد نامطلوب اقدامات ضروری را انجام می‌دهد؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۲۹- آیا به اندازه کافی کارکنانی را برای انجام وظایف مربوط به تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری تعیین کرده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۰- تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری تا چه میزان برای کارکنان دارای مقبولیت و ضرورت است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۱- آیا پزشکان، سوپروایزرهای بالینی و مدیریت به طور منظم گزارشهای تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری را دریافت و به آن عمل می‌کنند؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۲- آیا اقدامات تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری به صورت جدایی‌ناپذیر با سیستم مدیریت اطلاعات پیوند خورده است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۳- فعالیت و اقدامات تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری تا چه محدوده و میزانی نتایج مربوط به بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۴- آیا بررسی‌های رضایت بیمار از فعالیتها و اقدامات مستمر تضمین کیفیت و مدیریت بهره‌برداری به شمار می‌رود؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

مراقبتهای تحت نظارت و تجارب همیاری با کارکنان
۳۵- آیا به عنوان ارائه‌دهنده ممتاز با مؤسسات بهبود و مدیریت کیفیت یا نظارت بر مراقبت از سلامت، قرارداد دارید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۶- چنانچه پاسخ مثبت است، آیا طرف قرارداد نسبت به مداخله‌های مربوط به موارد بحرانی و هدایت کارکنان و ارائه آموزشهای لازم اقدام می‌کند؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۷- آیا شما رأساً نسبت به ارائه برنامه‌ها و آموزشهای مربوط به مقابله با موارد بحران یا مشارکت در این آموزشها و برنامه‌ها نقشی ایفا می‌کنید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۸- آیا برنامه‌های همیاری با کارکنان در مورد ارائه مشاوره‌های مربوط به خط‌مشی‌های مدیریتی، روشهای اجرایی، آموزش مدیران و سرپرستان، همیاری در موارد خاص، آموزش کارکنان و مشاوره در مورد نحوه گزارشهای بهره‌برداری، اثربخشی و ... دخالت دارد؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۳۹- آیا این برنامه‌ها در ۲ سال اخیر پیشرفت و توفیقی در بر داشته است؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

سیستم اطلاعات مدیریت

۴۰- آیا واحد شما دارای نظام اطلاعات مدیریت برای تأمین اطلاعات به بیمار، استفاده از خدمات و اطلاعات مالی از جمله دریافت و پرداخت از و به مشتری و پرونده بیمار است؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۴۱- دامنه فعالیت مدیریت اطلاعات در زمینه منبع اطلاعات یکپارچه و متمرکز در

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

مراقبت‌های تحت نظارت چگونه است؟

۴۲- نظام مدیریت اطلاعات در چه محدوده و تا چه میزان نسبت به تولید اطلاعات مورد

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

نیاز پزشکان و سرپرستان و مدیریت فعالیت دارد؟

۴۳- نظام اطلاعات مدیریت تا چه محدوده‌ای به یکپارچه کردن اطلاعات از برنامه‌های

مختلف و سایت‌های گوناگون می‌پردازد؟ آیا اطلاعات مدیریت به نحوی طراحی می‌شود تا

مشتری و اطلاعات مربوط به واحد قادر به گزارش‌دهی به تمامی پرداخت‌کنندگان بهای

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

خدمات باشد؟ آیا تمامی مشتریان را دربرمی‌گیرد؟

۴۴- آیا مدیریت اطلاعات نسبت به توزیع و تأمین صورتحساب‌های بیماران مبادرت

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

می‌کند؟

کارکنان و آموزش

۴۵- آیا کارکنان بالینی مسئولیت مشترک با مدیران میانی در مورد کیفیت مراقبت و

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بالینی را پذیرا هستند؟

۴۶- آیا کارکنان از اطلاعات لازم در مورد سرمایه‌گذاری و تعهدات بخش، قراردادهای

مربوط به مدیریت نظارت بر کیفیت مراقبت و دستورالعمل‌های مربوط به محیط نظارت بر

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

کیفیت مراقبت از قبیل ضوابط پذیرش و ترخیص مطلع هستند؟

۴۷- آیا کارکنان سرپرستی مسائل و مشکلات مربوط به هزینه، کیفیت خدمات بخش،

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

دسترسی و مدیریت نظارت بر آن را مورد توجه قرار داده‌اند؟

۴۸ - آیا کارکنان از برنامه‌های مستمر آموزشی شامل مهارت در مداخله‌های فوری، ارزیابی وضعیت بیمار و اینکه چگونه باید پاسخگوی نهادهای نظارتی در زمینه مراقبت باشند، بهره‌مند هستند؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

روابط سازمانی

۴۹ - تا چه میزان مسائل ارجاع بیمار و مسائل مالی را با سایر سازمانهای رفتاردرمانی، از جمله سازمانهای مسئول بهداشت روانی، درمان و مراقبت از بیماران معتاد مطرح کرده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۵۰ - تا چه حد روابط مربوط به ارجاع و مسائل مالی را با شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی و نهادها و سازمانهای تخصصی از جمله اتاق‌های اورژانس بیمارستانی یا همکاری و خدمات پزشکان تنظیم کرده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۵۱ - تا چه محدوده‌ای در مورد مسائل اقتصادی با سایر مراکز مراقبت از سلامت به توافق رسیده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

هیئت مدیره و مدیریت

۵۲ - آیا مهارتی در مورد مذاکرات مربوط به عقد قراردادها و مدیریت دارید؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۵۳ - هیئت مدیره تا چه میزان به اثربخشی خدمت و موفقیت کسب و کار تمایل دارد؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۵۴ - آیا در مورد برنامه‌ریزی استراتژیک، ایجاد تغییر در برنامه‌ها و طرح‌ها و حل اختلافات

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

برای ایجاد فرصتها و موفقیت مهارت دارید؟

۵۵ - اعضای هیئت مدیره و مدیریت ارشد تا چه حد درباره فرم بخش مراقبت از سلامت

نظارت گزینه‌های مالی و توافق‌های بین‌بخشی و بین‌سازمانی دارای دانش و اطلاعات لازم

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

هستند؟

۵۶ - آیا راهکارهایی که بتواند پاسخ فوری نسبت به فرصتهای کسب و کار ارائه دهد، استقرار

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

یافته است و در سازمان وجود دارد؟

۵۷- تا چه حد هیئت مدیره و مدیریت در مورد تعقیب و پیگیری مسائل مدیریت نظارت بر مراقبت دارای خدمات واکنشی مثبت است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

بازاریابی

۵۸- آیا دارای طرح یا برنامه‌ای هستید که پرداخت کنندگان خدماتتان را مورد توجه قرار دهد؟ آیا به منابع ارجاع و مردم عنایت دارید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۵۹- آیا به میزان کافی کارکنانی که به وظیفه بازاریابی مشغول باشند در اختیار دارید؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۰- تا چه حد به مراقبتهای حاد و ضروری و خدمات و مراقبتهای اولیه در مقایسه با خدمات طولانی مدت، توانبخشی و بازتوانی اهمیت قائل شده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۱- آیا نسبت به ایجاد شرایط پاسخگویی در برابر سازمانهای مدیریت مراقبتهای تحت نظارت اقدامی مبذول داشته‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۲- تا چه حد در مورد بازاریابی و معرفی خود به بازار کسب و کار و کارفرمایان میادرت کرده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۳- آیا میزان هزینه و قیمتهای خدمت‌رسانی شما در بازار رقابتی قابل قبول و مناسب است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

تحلیل های مالیاتی

۶۴- تا چه حدودی درآمد شما متنوع است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۵- آیا دست‌کم برای مخارج عملیاتی در حدود ۲ تا ۳ ماه ذخیره نقدینگی دارید؟

۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۶- آیا قدرت مالی و سرمایه شما به اندازه‌ای هست تا در برابر فرصتهای کسب و کار پاسخگو باشد؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۷- آیا نسبت به حداکثر کردن درآمدهای پزشکی اقدام کرده‌اید؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

۶۸- آیا سیستم مالیاتی شما با تلفیق با سیستم مدیریت اطلاعات، قادر به ارائه تحلیل هزینه برحسب واحد هر بخش، هزینه بر مبنای مراحل مراقبت و هزینه بر مبنای سطوح خدمتی

- است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۶۹- آیا کارکنان امور مالیاتی در طول مذاکرات مربوط به قراردادهای، بویژه هنگام قراردادهای سرانه‌ای کمکهای مؤثری ارائه می‌دهد؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۷۰- آیا کارکنان مالیاتی وضعیت درآمد کنونی را با هزینه‌های قراردادی مقایسه می‌کنند؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

دفتر کسب و کار و امور بازرگانی

- ۷۱- آیا دفتر کسب و کار با روش کارانه^۱ برای مدی کید، سازمانهای PPO^۲، بیمه‌گری و تعرفه بیماران آشناست؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۷۲- آیا دفتر امور بازرگانی در مورد ممیزی داخلی قبل از انجام ممیزی خارجی برای بررسی کامل بودن مدارک اقدام می‌کند؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵
- ۷۳- تا چه حد فاکتورها و صورت حساب‌های بخش بازرگانی با MIS مربوط و اتصال یافته است؟
۱ ۲ ۳ ۴ ۵

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

خلاصه پاسخ‌ها

این قسمت امکان توزیع امتیازات و محاسبه آن برای هر واحد را فراهم می‌آورد. مجموعه امتیازات پاسخ‌های فردی را به هر یک از ۱۲ بخش اضافه کنید. سپس جمع آن را به تعداد سؤالات این بخش تقسیم کرده، امتیاز به دست آمده را در یکی از ۵ امتیاز زیر وارد کنید.

تقسیم بر

جمع کل

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---------|--------------------------|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۶ ÷ () | جامع بودن بخشهای بالغان |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۶ ÷ () | جامع بودن بخشهای جوانان |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۲ | وضعیت بخشها و خدمات |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۰ | UM و QA |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۵ | مراقبت مدیریت شده در EAP |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۷ | MIS |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۴ | کارکنان و آموزش |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۳ | روابط سازمانی |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۶ | هیئت مدیره و مدیریت |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۶ | بازاریابی |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۷ | تحلیل مالیاتی |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۳ | دفتر امور بازرگانی |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۷۵ | جمع امتیازها |

این رویکرد می‌تواند محدوده و منطقه سازمان شما را از نظر آمادگی برای ارزیابی هر محدوده و نیاز به کار بیشتر و اضافی و نقطه ضعف تقریبی هر کدام از بخشها را که مستلزم مداخله فوری است نشان دهد.

منابع
فارسی

۱- صدقیانی، ابراهیم، استانداردهای ممیزی و اعتباربخشی بیمارستان، مؤسسه عالی

پژوهش‌های تأمین اجتماعی، چاپ دوم ۱۳۸۳، تهران.
۲- صدقیانی، ابراهیم، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی، انتشارات جعفری، چاپ دوم ۱۳۸۴، تهران.

انگلیسی

- 1- WHO, Regional office, Hospital management, August 2003.
- 2- National Health Patients ...(<http://www.doh.Gov.uk>)
- 3- European Clearing Houses on Health Care Outcomes (<http://www.Leads.ac/Nuffield/infoservices/ECHHO/home.Html>).
- 4- Liberati A et al. A European project assessing the appropriateness of hospital utilization: background, objectives and preliminary results. *International Journal for Quality in Health Care*, 1995, 7, 187, 199.
- 5- World Health Organization of Regional Office Europe. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying concepts and defining the main dimensions. Report in a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. Copenhagen, *World Health Organization* 2003.
- 6- Guisset, A-L Sicotte C. Champagne F. Background information on evaluation systems. Second Workshop on Hospital Performance Measurement Barcelona, Spain, 21-22 March 2003. *World Health Organization*.
- 7- Thomson, R. Clinical indicators: do we know what we are doing? *Quality in Health Care*, 1998, 7:122.
- 8- Thomson R, McElroy H, Kazandjian V. Maryland hospital quality indicator project in the UK. *Quality in Health Care*, 1997, 6:49-55.