

## ضرورت بازآفرینی الگوی سازمانی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا متناسب با بخش بهداشت و درمان جهت استفاده در جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی

علی تقی‌زاده هرات<sup>۱\*</sup>، رسول نورالسنا<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵

### چکیده:

**زمینه و هدف:** جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی از سال ۱۳۸۲ در ایران مطرح و در هشت دوره‌ای که تاکنون برگزار گردیده، سازمانهای برتر ایرانی را معرفی کرده است. در این جایزه با تغییراتی که در بخش-بندی متقاضیان اعمال گردید، بخش بهداشت و درمان در سال ۸۶ از سایر بخش‌ها تفکیک شد. همچنین در سال ۱۳۸۹ ویرایش جدید این جایزه معرفی شد لیکن الگویی اختصاصی سازی شده جهت بخش بهداشت و درمان براساس ویرایش جدید تهیه نگردیده است. هدف از این مقاله تشریح ضرورت بازآفرینی الگوی تعالی سازمانی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا متناسب با بخش بهداشت و درمان جهت استفاده در جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی می باشد.

**مواد و روش‌ها:** برای تعیین ضرورت بازآفرینی الگوی تعالی سازمانی در بخش بهداشت و درمان، دو سؤال مطرح گردید: "آیا سوابقی از اینکه سازمان‌های بخش بهداشت و درمان (علی‌الخصوص بیمارستانها) از مدل‌های تعالی سازمانی (علی‌الخصوص مدل EFQM) برای برنامه‌ریزی بهبود استفاده می‌کنند وجود دارد؟ (در واقع آیا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح است؟) و در صورتیکه پاسخ به سؤال اول مثبت باشد، تا کنون چه اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته است؟ جهت پاسخ به سئوالات فوق، با استفاده از کلمات کلیدی متعدد، جستجوهای مختلفی در پایگاه‌های علمی انجام گرفت و منابع بدست آمده در این جستجوها برای بررسی در سه طبقه دسته بندی گردید.

**نتایج یافته‌های حاصل از منابع مورد بررسی در سه طبقه "متناسب سازی و استفاده از مدل‌های تعالی در بخش بهداشت و درمان"، "ارزیابی و مدیریت عملکرد در بخش بهداشت و درمان براساس مدل‌های تعالی سازمانی" و "بررسی‌های آماری در اثربخشی بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی و کیفیت در بخش بهداشت و درمان" ارائه گردیده است.**

**نتیجه‌گیری:** با بررسی یافته‌های تحقیق مشخص گردید که سوابقی متعددی از بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی (علی‌الخصوص مدل EFQM) برای برنامه‌ریزی بهبود توسط سازمان‌های بخش بهداشت و درمان (علی‌الخصوص بیمارستانها) وجود دارد، لیکن تا کنون اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته نگرفته است. لذا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک ضرورت در بخش بهداشت و درمان مطرح می باشد.

**کلمات کلیدی:** بازآفرینی، الگوی تعالی سازمانی، بنیاد مدیریت کیفیت اروپا، بهداشت و درمان، جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، دانشکده فنی و مهندسی، گروه مهندسی صنایع، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول) آدرس: آزاد راه تهران-ساوه، شهر جدید پرند، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرند، کد پستی: ۳۷۶۱۳۹۶۳۶۱

Taghizadeh.herat@gmail.com & a.taghizadeh@srbiau.ac.ir

۲- استاد دانشگاه علم و صنعت ایران، آدرس: بزرگراه رسالت، بین شهید کرد و خیابان اردکانی، پلاک ۹۹۵، واحد ۱۱

rassoul@iust.ac.ir

کد پستی: ۱۶۷۵۶۱۹۱۷۴، شماره تماس: ۰۹۱۲۱۵۷۱۴۴۷

## مقدمه:

بدون شک در عصر دانش و دانائی محوری، پیشنیاز اساسی توسعه پایدار، انسان سالم است. امروزه کشورهای مترقی که به نقش سرمایه‌های انسانی در مسیر توسعه خود واقفند، تلاش می‌کنند تا با تدوین برنامه‌های استراتژیک، خط‌مشی‌ها، خطوط راهنما و استانداردهای خاص بخش بهداشت و درمان، هدایت نظام یافته‌تری را بر این بخش اعمال نمایند. در کنار این برنامه‌های که غالباً به صورت تجویزی و به صورت الزام توسط متولیان بخش بهداشت و درمان و با وضع قوانین و مقررات حاکمیتی انجام می‌گیرد، برنامه‌های غیر تجویزی، داوطلبانه و تشویقی نیز وجود دارد که هدف آنها ایجاد انگیزه در بخش بهداشت و درمان جهت حضور در جوایز و دستیابی به موفقیت و شهرت است. مکانیزم فعالیت این جوایز که توسط دولت‌ها و یا سازمانهای غیر دولتی<sup>۱</sup> برگزار می‌شود بدین صورت است که این جوایز موضوعاتی که به عنوان رمز موفقیت سازمانها می‌دانند را تعیین و بر اساس آن مدلی را توسعه می‌دهند که اعتقاد دارند در صورتیکه سازمانها آن مدل را در خود بکار گیرند به موفقیت دست خواهند یافت. لیکن با توجه به آنکه قرار است این بکارگیری غیر تجویزی باشد، این مدل را مبنای ارزیابی و مقایسه در یک جایزه قرار می‌دهند. حال سازمانها که متقاضی جایزه می‌باشند و معیارهای ارزیابی جایزه را اجزاء مدل مطرح شده می‌بینند، اقدام به پیاده‌سازی مدل نموده و از این طریق است که مفاهیم جدید وارد سازمانها شده و هدف اصلی برگزار کنندگان جایزه تحقق می‌یابد.

جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانیایران یکی از جوایزی است که قصد دارد بصورت غیر تجویزی و تشویقی سازمانهای ایرانی را به پذیرش مفاهیم نوین مدیریتی ترغیب نماید و با توانمندسازی نظام مند آنها توسط این مفاهیم، دستیابی به نتایج عالی در کشور را ترغیب نماید. این جایزه از سال ۱۳۸۶ با اعلام بخش بهداشت و درمان و سلامت به عنوان یکی از بخشهای مستقل خود در کنار بخش‌هایی چون ساخت و تولید، خدمات و آموزش ضمن اعلام تمرکز خود بر بخش بهداشت و درمان، مجال بهتری جهت رقابت سازمانهای بهداشتی و درمانی ایجاد و در واقع انگیزه حضور و بهبود را در آنها ارتقاء داد. (چرا که آنها دیگر نمی‌بایست در یک گروه با سایر سازمانهای بخش ساخت و تولید، خدمات و غیره به رقابت پردازند). [۱] از آنجاییکه الگوی تعالی ارائه شده عمومی می‌باشد، در حال حاضر مفاهیم و مدلی متناسب با بخش

بهداشت و درمان در جایزه وجود ندارد و در صورتیکه سازمانهای این بخش مایل به حضور در جایزه باشند باید غالباً از مفاهیم بخش تولید استفاده کنند که این خود باعث برداشت‌های سلیقه‌ای، متناسب‌سازی‌های بدون پشتوانه پژوهشی و عدم درک کامل مفاهیم و مدل گردیده و در نتیجه تمایل این بخش به حضور در جایزه کاهش و هدف بهبود از این طریق برآورده نمی‌گردد. لذا ضرورت بازآفرینی الگوی تعالی سازمانی را می‌توان خلاء موجود در مدلی متناسب با بخش بهداشت و درمان دانست.

### تاریخچه جوایز و مدل‌های تعالی سازمانی و معرفی جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی

در تاریخچه مدل‌های تعالی سازمانی، اولین مدل تعالی سازمانی را می‌توان در جایزه کیفیت دمی‌نگ<sup>۲</sup> جستجو کرد. این جایزه برای اولین بار در سال ۱۹۵۱ برگزار و تاکنون به فعالیت خود ادامه داده است. [۲] و [۳] پس از قریب به ۳۰ سال از آغاز این حرکت در ژاپن، آمریکا در اوایل دهه ۹۰ تصمیم به طراحی مدل تعالی سازمانی خود تحت عنوان جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج<sup>۳</sup> گرفت. این جایزه برای اولین بار در سال ۱۹۸۸ برگزار و تاکنون به فعالیت خود ادامه داده است. [۴] پس از معرفی جایزه آمریکا چهارده شرکت بزرگ اروپایی در سال ۱۹۸۸ تصمیم به تشکیل بنیاد مدیریت کیفیت اروپا<sup>۴</sup> گرفتند. ماموریت این بنیاد طراحی و برگزاری جایزه کیفیت اروپا<sup>۵</sup> بود. در این راستا طراحی مدل تعالی سازمانی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا<sup>۶</sup> تا سال ۱۹۹۱ به طول انجامید. جایزه کیفیت اروپا (که در حال حاضر با نام جایزه تعالی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا برگزار می‌شود)<sup>۷</sup> برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ برگزار و تاکنون به فعالیت خود ادامه داده است.

ایران نیز از سال ۱۳۸۱ اقدام به طراحی و برگزاری جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی در کشور نموده است. این جایزه با استفاده از مدل تعالی سازمانی EFQM و الگوگیری از جایزه مالکوم بالدريج از سال ۱۳۸۶ در بخش‌های مختلف از جمله بخش بهداشت، درمان و سلامت اجرا می‌گردد.

<sup>2</sup>Deming Prize

<sup>3</sup>Malcolm Baldrige National Quality Award- MBNQA

<sup>4</sup>European Foundation for Quality Management- EFQM

<sup>5</sup>European Quality Award- EQA or EFQM Excellence Award-EEA

<sup>6</sup>EFQM Excellence Model

<sup>7</sup>EFQM Excellence Award-EEA

<sup>1</sup>Non-governmental organizations- NGOs

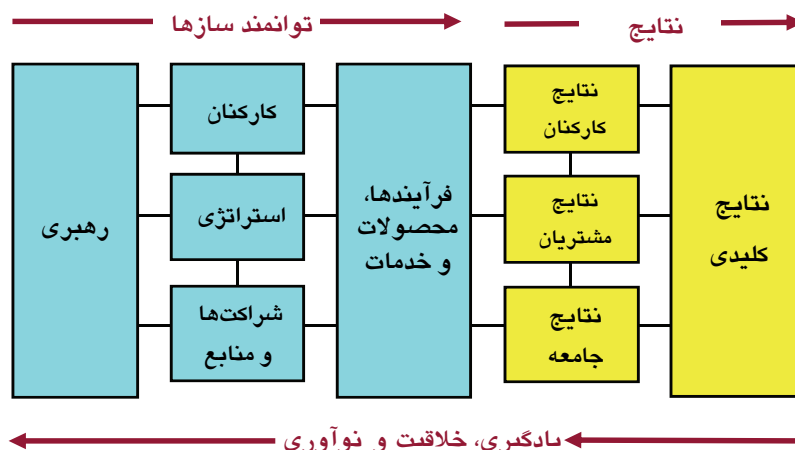
شکل (۱) - مفاهیم بنیادین تعالی سازمانی



جایزه ملی جهت پیاده سازی این مفاهیم و ارائه چهارچوبی اجرایی برای نهادینه سازی مفاهیم بنیادین، الگوی تعالی سازمانی<sup>۲</sup> خود را مطابق شکل (۲) طراحی و ارائه نموده است. این الگو به دو حوزه اصلی تقسیم می‌شود: توانمندسازها<sup>۳</sup> و نتایج<sup>۴</sup>.

الگوی تعالی مورد استفاده در جایزه ملی بهره وری و تعالی سازمانی (ویرایش ۲۰۱۰ الگوی تعالی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا)، بر پایه هشت مفهوم بنیادین<sup>۱</sup> تعالی سازمانی بنا گردیده است. این مفاهیم در شکل (۱) ارائه گردیده است. هدف اصلی جایزه ملی، ترویج این مفاهیم و نهادینه سازی آنها در سازمانهایی است که در راه تعالی سازمانی گامبرمی‌دارند.

شکل (۲) - الگوی تعالی سازمانی جایزه ملی بهره وری و تعالی سازمانی



<sup>1</sup>The Fundamental Concepts of Excellence

<sup>2</sup> Excellence Model

<sup>3</sup> Enablers

<sup>4</sup> Results

### یافته های تحقیق:

۱- متناسب سازی و استفاده از مدل های تعالی در بخش بهداشت و درمان: در مرور ادبیات در این طبقه مقالات متعددی مورد بررسی قرار گرفت که مهمترین یافته های آن در زیر ارائه می گردد.

در اولین تحقیق مورد بررسی، مولر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۰) در پی فشارهای کاهش هزینه و افزایش درآمد و از طرفی فشارهای سایر ذینفعان جهت بهبود عملکرد بخش بهداشت و درمان در کشور آلمان اقدام به کارگیری مدیریت کیفیت در این بخش با استفاده از مدل تعالی سازمانی نمودند و مراحل آنرا تشریح کردند. [۶] در تحقیق دیگر جاکسون<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) در مقاله خود نحوه دستیابی سازمان های فعال در بخش بهداشت و درمان در انگلستان را به فرهنگ بهبود مستمر با استفاده از خودارزیابی بر اساس مدل تعالی سازمانی تشریح کرد. [۷] همچنین انیس و هارنگتون<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) در تحقیق خود در سازمان های بخش بهداشت و درمان ایرلند، راه فائق آمدن بر خواسته ها و انتظارات مشتریان این بخش را و افزایش کارایی و اثربخشی عملکرد آنان را در بکارگیری مدل تعالی سازمانی EFQM معرفی می کنند. [۸] مولر و گانتر<sup>۸</sup> (۱۹۹۸) در تحقیق دیگری نحوه دستیابی به بهبودهای کمی در بخش بهداشت و درمان را با بکارگیری مدل تعالی سازمانی در این بخش را تشریح می کنند. [۹] همچنین ساندرز<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی جامعی که از بکارگیری بکارگیری مدل های تعالی سازمانی در استرالیا و جهان دارند، استفاده از مدل های تعالی سازمانی در بسیاری از کشورها در سطح جهان مورد مطالعه و مقایسه قرار می دهند. [۱۰] جاکسون<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۸) در مقاله ای دیگر، کار گروه بهداشت و درمان اروپا را معرفی می کند و اظهار می دارد که اروپا دولت انگلستان را بکارگیری کیفیت در بخش بهداشت و درمان خود مورد حمایت قرار داده است و متدولوژی انتخاب شده برای این کار را بکارگیری مدل تعالی سازمانی EFQM معرفی می کند. [۱۱]

پرینگل و کلینر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷) در تحقیقاتی در صنایع دارویی به عنوان گروهی از سازمان های فعال در بخش بهداشت و درمان سه سازمان را مورد مطالعه قرار می دهند. یافته های آنها حاکی از آن است که با استفاده از مدل تعالی سازمانی EFQM در کلیه این شرکت ها بهبودهای قابل توجهی در کارایی و اثربخشی آنها

الگوی تعالی مورد استفاده در جایزه ملی بهره وری و تعالی سازمانی (ویرایش ۲۰۱۰ الگوی تعالی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا)، بر پایه هشت مفهوم بنیادین<sup>۱</sup> تعالی سازمانی بنا گردیده است. این مفاهیم در شکل (۱) ارائه گردیده است. هدف اصلی جایزه ملی، ترویج این مفاهیم و نهادینه سازی آنها در سازمان های است که در راه تعالی سازمانی گام برمی دارند. جایزه ملی جهت پیاده سازی این مفاهیم و ارائه چهارچوبی اجرایی برای نهادینه سازی مفاهیم بنیادین، الگوی تعالی سازمانی<sup>۲</sup> خود را مطابق شکل (۲) طراحی و ارائه نموده است. این الگو به دو حوزه اصلی تقسیم می شود: توانمندسازها<sup>۳</sup> و نتایج<sup>۴</sup>.

### مواد و روش ها:

برای تبیین ضرورت بازآفرینی مدل تعالی سازمانی بنیاد EFQM برای بخش بهداشت و درمان می باشد، از مرور ادبیات و بررسی پیشینه تحقیق در رابطه با به بکارگیری مدل های تعالی سازمانی در بخش بهداشت و درمان استفاده شده است. هدف از این مرور پاسخ یافتن پاسخ برای دو سؤال ذیل بود:

۱- آیا سوابقی از اینکه سازمان های بخش بهداشت و درمان (علی الخصوص بیمارستانها) از مدل های تعالی سازمانی (علی الخصوص مدل EFQM) برای برنامه ریزی بهبود استفاده می کنند وجود دارد؟ در واقع آیا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح است؟  
۲- در صورتیکه پاسخ به سؤال اول مثبت باشد، تا کنون چه اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته است؟  
جهت پاسخ به سئوالات فوق، با استفاده از کلمات کلیدی متعدد، جستجوهای مختلفی در پایگاه های علمی انجام گرفت و ۱۷۱ مقاله (و تعدادی کتاب) مرتبط با موضوع بدست آمد. با غربالگری که انجام گرفته، ۱۳۸ مقاله انتخاب گردید. سپس این مقالات در سه طبقه ذیل دسته بندی گردید:

۱- متناسب سازی و استفاده از مدل های تعالی در بخش بهداشت و درمان  
۲- ارزیابی و مدیریت عملکرد در بخش بهداشت و درمان براساس مدل های تعالی سازمانی  
۳- بررسی های آماری در اثربخشی بکارگیری مدل های تعالی سازمانی و کیفیت در بخش بهداشت و درمان  
در ادامه اهم یافته های تحقیق در هر یک از طبقات فوق ارائه خواهد گردید.

<sup>5</sup>Moeller

<sup>6</sup>Jackson

<sup>7</sup>Ennis and Harrington

<sup>8</sup>Möller and Günther

<sup>9</sup>Saunders

<sup>10</sup>Jackson

<sup>11</sup>Pringle and Kleiner

<sup>1</sup>The Fundamental Concepts of Excellence

<sup>2</sup> Excellence Model

<sup>3</sup> Enablers

<sup>4</sup> Results

کانجی<sup>۹</sup> (مدل تعالی سازمانی در هند) معیارها و سنجه‌هایی را برای ارزیابی عملکرد سنجش کیفیت بخش بهداشت و درمان ارائه کردند. [۲۰]

چنگ لیم<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۹) نیز با استفاده از نگرش گسترش وظایف کیفیت<sup>۱۱</sup>، چارچوبی نوآورانه برای اندازه‌گیری عملکرد در بخش بهداشت درمان در شش مرحله معرفی می‌کند. [۲۱] وگار و رندو<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۸) در مقاله‌ای ارزیابی عملکرد و ارزیابی تعهد به کیفیت جامع در سازمانهای بهداشت و درمان کانادا را لازم و ملزوم یکدیگر می‌دانند و دستیابی به بهبودهای قابل توجه را ملزم به تعهد رهبران ارشد به کیفیت می‌دانند. [۲۲] از طرفی دیگر نیکولاس آشیل<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در مقاله‌ای رابطه بین ورودیها و خروجی‌های مورد اندازه‌گیری در محیط بهداشت و درمان را بررسی می‌کنند. یافته‌های تحقیق آنها نشان می‌دهد که رابطه قابل توجهی بین نگرش‌های مدیریتی، محیط کار، خدمات درمانی و عملکردهای مراکز بهداشت و درمانی وجود دارد. [۲۳]

ماکس مولین<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۴) در مقاله‌ای دیگر با هدف طراحی نظام ارزیابی عملکرد موثر که باعث اثربخشی هزینه‌ها، کیفیت بالای خدماتی و برآورده سازی نیازهای مشتریان گردد، ۸ مفهوم بنیادین را در طراحی شاخص‌ها ارزیابی عملکرد ارائه می‌نماید. [۲۴] در تحقیقی دیگر استفان بی تو<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۸) پرداخت برای عملکرد را در سازمانهای بخش بهداشت و درمان نیوزلند مورد بررسی قرار می‌دهد. یافته‌های او نشان می‌دهد که برقراری ارتباط بین پرداخت به کارکنان با عملکرد سازمان نقش بسیار مهمی را در افزایش ارزش برای ذینفعان و تحقق اهداف سازمان ایفا می‌کند. [۲۵]

**۳- بررسی‌های آماری در اثربخشی بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی و کیفیت در بخش بهداشت و درمان:** یکی از سئوالاتی که همیشه درباره نظامهای تعالی و کیفیت مطرح است اثربخشی آنها می‌باشد. لذا مرور تحقیقات انجام گرفته در زمینه بررسی‌های آماری در اثربخشی بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی و کیفیت در بخش بهداشت و درمان ضروری به نظر می‌رسد. مقالات متعددی در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت که مهمترین یافته‌های آن در زیر ارائه می‌گردد.

پاربهو<sup>۱۶</sup> و همکاران (۲۰۰۲) در مقاله‌ای تعالی سازمانی در بخش عمومی را مورد بررسی قرار می‌دهند. آنها اظهار می‌دارند

مشاهده گردیده است. [۱۲] از طرفی دیگر نابینر و کلایزینگا<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در تحقیقات خود بکارگیری مدل تعالی سازمانی EFQM را در بخش بهداشت و درمان هلند و نتایج حاصل از آنرا معرفی می‌نمایند. [۱۳]

خدمات دندانپزشکی به عنوان یکی از خدمات بهداشتی و درمان از مباحث مدیریت کیفیت مستثنی نمی‌باشد. راجر هار<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) یکی از برندگان جایزه اروپا در مقاله‌ای تجربیات خود را در استفاده از مدل تعالی سازمانی خدمات دندانپزشکی تشریح و اظهار می‌دارد که مدل تعالی EFQM می‌تواند پایه تمامی سیستم‌های کیفیت بخش بهداشت و درمان باشد. [۱۴] همچنین ایتالیا نیز مدل‌های تعالی سازمانی را در بخش بهداشت و درمان خود بکار گرفته است. ورنرو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷) مدلی دو سطحی را برای خود ارزیابی بیمارستانهای ایتالیا بکار گرفته اند و یافته‌های خود را ارائه دادند. [۱۵]

**۲- ارزیابی و مدیریت عملکرد در بخش بهداشت و درمان:** یکی از کاربردهای گسترده مدل‌های تعالی سازمانی، ارزیابی عملکرد سازمانها است. لذا مرور تحقیقات انجام گرفته در زمینه ارزیابی عملکرد در بخش بهداشت و درمان و ارتباط آن با تعالی سازمانی ضروری به نظر می‌رسد. در مرور ادبیات در این طبقه مقالات متعددی مورد بررسی قرار گرفت که مهمترین یافته‌های آن در زیر ارائه می‌گردد.

ماکس مولین<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) در مقاله‌ای تحت عنوان ارتباط بین اندازه‌گیری عملکرد و تعالی سازمانی، ارتباط شفاف و قوی را بین این دو موضوع در بخش بهداشت و درمان نشان می‌دهد. [۱۶] لوئیز چارلز<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق دیگری استفاده از شاخص‌های چند سطحی اندازه‌گیری عملکرد را برای سازمانهای بخش بهداشت و درمان توصیه می‌نمایند. آنها شاخص‌هایی در سطوح فنی، مدیریتی و سطح سازمان را برای این کار معرفی می‌کنند. [۱۷] همچنین بیژ و ویسرز<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) با اقتباس از مدل تعالی سازمانی EFQM، چارچوبی را برای ارزیابی عملکرد و پایش فرآیندهای بخش بهداشت و درمان ارائه می‌کنند. [۱۸]

در تحقیق دیگری دامر<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) نحوه طرحریزی نظام اندازه‌گیری عملکرد و پاسخگویی در بخش بهداشت و درمان را تشریح می‌نماید و [۱۹] و ناتاراجا<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی مدل‌های تعالی سازمانی مالکوم بالدريج، EFQM و

<sup>۹</sup>Kanji

<sup>۱۰</sup>Cheng Lim

<sup>۱۱</sup> Quality Function Deployment- QFD

<sup>۱۲</sup>Wagar and Rondeau

<sup>۱۳</sup>Nicholas Ashill

<sup>۱۴</sup>Max Moullin

<sup>۱۵</sup>Stephen Buetow

<sup>۱۶</sup>Prabhu

<sup>۱</sup>Nabitz and Klazinga

<sup>۲</sup>Roger Harr

<sup>۳</sup>Vernero

<sup>۴</sup>Max Moullin

<sup>۵</sup>Louise Charles

<sup>۶</sup>Bij and Vissers

<sup>۷</sup>Dummer

<sup>۸</sup>Natha Raja

جاها یا ماما<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی تجربی اعتبار معیارهای مدل تعالی سازمانی را در تعالی عملکرد مورد ارزیابی قرار دادند. آنها با استفاده از نتایج ارزیابی ۹۱ سازمان در کشور نیوزلند و روش حداقل مربعات جزئی<sup>۸</sup> ۱۳ رابطه علی موجود در چارچوب عملکردی طراحی شده را مورد ارزیابی قرار دادند که ۱۱ مورد نتایج حاکی از وجود رابطه علی بین معیارهای تعالی و عملکرد دانسته اند. [۳۱] کومار<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در مقاله‌ای دیگر تاثیر پیاده سازی مدل‌های تعالی سازمانی و مدیریت کیفیت جامع<sup>۱۰</sup> را روی عملکرد مورد ارزیابی قرار دادند. آنها با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند مصاحبه و تحلیل پرسشنامه به این نتیجه رسیدند که پیاده سازی اینگونه مدل‌ها روی تمامی نتایج عملکردی شرکت تاثیر مثبت دارد. [۳۲]

### نتیجه گیری:

در این مقاله مروری، ضرورت بازآفرینی الگوی تعالی سازمانی متناسب با بخش بهداشت و درمان، با طرح دو سؤال ذیل مورد بررسی قرار گرفت:

۱- آیا سوابقی از اینکه سازمان‌های بخش بهداشت و درمان (علی‌الخصوص بیمارستانها) از مدل‌های تعالی سازمانی (علی‌الخصوص مدل EFQM) برای برنامه‌ریزی بهبود استفاده می‌کنند وجود دارد؟ در واقع آیا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح است؟

۲- در صورتیکه پاسخ به سؤال اول مثبت باشد، تا کون چه اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته است؟

نتایج حاصل از جستجوهای مختلف صورت گرفته برای پاسخ به دو سؤال فوق، در سه طبقه دسته بندی و در بخش یافته‌ها ارائه گردید. حال در ادامه نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق در هر طبقه ارائه می‌گردد.

۱- متناسب سازی و استفاده از مدل‌های تعالی در بخش بهداشت و درمان: با توجه به کلیه یافته‌های این طبقه مشخص گردید که مدل‌های تعالی سازمانی بطور گسترده ای در بخش بهداشت و درمان در کشورهای مختلف جهان از جمله استرالیا، انگلستان، آلمان، ایرلند، هلند، ایتالیا و ... مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که علاوه بر بیمارستان‌ها، داندانپزشکی‌ها، داروسازی‌ها، خدمات پرستاری، مراکز توانبخشی و غیره طیف کاملی از سازمانهای فعال در

که در دهه اخیر در انگلستان بخش عمومی تلاش وسیعی را در بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی بخرج داده‌اند ولی اثربخشی آن اندازه‌گیری نشده است. لذا آنها با بررسی ۱۱۹ سازمان بخش عمومی در شمال شرقی انگلستان روابط قوی را بین بکارگیری توانمندسازها و نتایج بدست آورده‌اند. [۲۶] همچنین پارب هو در مقاله‌ای دیگر که با همکاری رابسون<sup>۱</sup> تهیه کرده است (۲۰۰۱) درباره موضوعاتی که می‌توان از رهبران تعالی آموخت صحبت می‌کند. آنها با بررسی نتایج مربوط به ۲۸ سازمانی که تعالی سازمانی را بکار گرفته‌اند و نتایج عملکردی ۱۹ سازمان دیگر، تفاوت تاثیر توانمندسازهایی مانند استراتژی، منابع انسانی، کیفیت ارائه خدمات و غیره را بین رهبران خدمات و سایر سازمانهای خدماتی بررسی نموده‌اند. [۲۷]

رابرت جانستون<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) در مقاله‌ای با عنوان درک بهتری از تعالی خدمات سعی دارد در مطالعه‌ای تجربی راههای مشعوف کردن مشتریان در خدمات را معرفی کند. او با بررسی ۴۰۰ بیانیه‌ای که در رابطه با خدمات عالی و ضعیف از ۱۵۰ پاسخ دهنده گردآوری نموده است و با استفاده از گراند تئوری<sup>۳</sup> تئوری<sup>۴</sup> آنها را بررسی نموده است. او نتیجه‌گیری می‌کند که ۴ عنصر اصلی خوش قولی، ایجاد حس شخصی، تلاش بی حد و حل مشکلات مشتری تفاوت اصلی در ارائه خدمات عالی می‌باشد. [۲۸]

آشیل<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) پیش نیازها و دستاوردهای خدمات را در بخش عمومی بهداشت و درمان مورد بررسی قرار داده‌اند. آنها در نیوزلند از اداره کنندگان بیمارستان و سرپرستان می‌خواهند تا پرسشنامه‌ای را درباره موضوعات سازمانی که روی ارائه خدمات آنها تاثیر می‌گذارد را ارزیابی کنند. آنها نتایج حاصل را با روش مربعات حداقل جزئی مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفته‌اند که ارتباط آماری معتبری بین درک کارکنان از نگرش‌های مدیریت و محیط کار مناسب با عملکردهای خدمات و دستاوردهای بخش بهداشت و درمان وجود دارد. [۲۹]

بولاسار<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در مقاله‌ای میزان تاثیر توانمندسازها را روی نتایج مدل EFQM مورد ارزیابی قرار داده‌اند. آنها با تحلیل همبستگی‌کانونی<sup>۶</sup> تاثیرگذاری مذکور را با استفاده از نتایج حاصل از پرسشنامه‌ای که توسط ۴۴۶ شرکت تکمیل شده است را ارزیابی نمودند. آنها نتیجه‌گیری کردند که توانمندسازها قویاً نتایج را مورد تاثیر خود قرار می‌دهند. [۳۰]

<sup>1</sup>Robson

<sup>2</sup>Robert Johnston

<sup>3</sup>Grounded Theory

<sup>4</sup>Ashill

<sup>5</sup>Bou-Llusar

<sup>6</sup>Canonical Correlation Analysis

<sup>7</sup>Jayamaha

<sup>8</sup>Partial Least Squares Method

<sup>9</sup>Kumar

<sup>10</sup>Total Quality Management- TQM

اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان را تایید می‌کند. این حاکی از آن است که سازمان‌ها بطور عام و سازمان‌های بخش خدمات بطور خاص و سازمان‌های بخش بهداشت و درمان بطور ویژه، همگی می‌توانند با بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی به نتایج بهتری دست‌یابند و اهداف خود را بهتر محقق نمایند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که پاسخ سؤال اول مطرح شده در مقدمه این بخش مثبت است. لیکن یافته‌های حاصل از مرور تحقیقات انجام شده در این طبقه نیز شواهدی از بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM حاصل نکرد. بنابراین پاسخ، سؤال دوم را همانند دو مرحله قبل می‌توان منفی دانست.

به عنوان نتیجه گیری نهایی، می‌توان اظهار نمود کهسوابقی متعددی از بکارگیری مدل‌های تعالی سازمانی (علی‌الخصوص مدل EFQM) برای برنامه‌ریزی بهبود توسط سازمان‌های بخش بهداشت و درمان (علی‌الخصوص بیمارستانها) وجود دارد، لیکن تا کنون اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته نگرفته است. لذا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک ضرورت در بخش بهداشت و درمان مطرح است.

با توجه به نتیجه گیری صورت گرفته، دو تحقیق دیگر به عنوان تحقیقات آتی، شناسایی و کار روی آنها توسط مولفین مقاله‌آغاز گردید و نتایج آن بزودی منتشر خواهد شد.

• تحقیق اول به بررسی اثربخشی بکارگیری مدل تعالی سازمانی توسط سازمان‌های بخش بهداشت و درمان ایران و بررسی دستاوردهای حضور این سازمان‌ها در جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی می‌پردازد.

• در تحقیق دوم پس از آشنایی با سوابق بکارگیری مدل‌های تعالی در بخش بهداشت و درمان در این تحقیق و ارزیابی اثربخشی بکارگیری این مدل‌ها در سازمان‌های بهداشتی-درمانی ایران (تحقیق اول از تحقیقات آتی)، باز آفرینی الگوی تعالی سازمانی EFQM برای بخش بهداشت و درمان مورد بحث قرار می‌گیرد.

بخش بهداشت و درمان وجود دارد که از مدل‌های تعالی سازمانی استفاده می‌کنند. لذا با توجه به یافته‌های این طبقه می‌توان نتیجه گرفت که پاسخ سؤال اول (مطرح شده در ابتدای این بخش) مثبت است و در واقع بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM به عنوان یک نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح می‌باشد.

دیگر نتیجه‌ای که از یافته‌های این طبقه حاصل شد آن بود که کلیه استفاده‌کنندگان از مدل اختصاصی سازی شده برای بخش بهداشت و درمان استفاده نکرده و هر یک قبل از استفاده تغییراتی را در مدل اعمال می‌کنند. لذا پاسخ سؤال دوم (مطرح شده در ابتدای این بخش) منفی بوده و شواهدی از آنکه تا کنون اقداماتی جهت بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM برای بخش بهداشت و درمان صورت گرفته باشد، مشاهده نگردید.

## ۲- ارزیابی و مدیریت عملکرد در بخش بهداشت و

درمان: با توجه به یافته‌های حاصل از بررسی مقالات در طبقه دوم، در زمینه ارزیابی عملکرد و شاخص‌های ارزیابی سازمان‌های بخش بهداشت و درمان مشخص گردید که ارزیابی عملکرد در تعالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی نقش مهمی دارد، لذا بازآفرینی و اختصاصی سازی مدل تعالی EFQM در بخش نتایج به عنوان یک نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گیری کرد که پاسخ سؤال اول (مطرح شده در ابتدای این بخش) مثبت است.

لیکن با توجه یافته‌های حاصل از مرور ادبیات در رابطه با ارزیابی و مدیریت عملکرد در بخش بهداشت و درمان، شواهدی از آنکه که شاخص‌های مدل تعالی سازمانی EFQM در حوزه‌های عملکردی و برداشتی برای مشتریان، کارکنان، جامعه و سهامداران (نتایج کلیدی) بازآفرینی گردیده باشد، مشاهده نگردید. لذا می‌توان نتیجه گرفت که پاسخ سؤال دوم منفی است.

## ۳- بررسی‌های آماری در اثربخشی بکارگیری مدل‌های

تعالی سازمانی و کیفیت در بخش بهداشت و درمان: تمامی یافته‌های حاصل در این طبقه، ضرورت بازآفرینی و

## References

- Iran National Productivity & Excellence Award (2011), Guidelines for Applicants, Saramad Publishing.
- Kaoru Ishikawa (1997), What Is Total Quality Control?: The Japanese Way, Translated by A. Javaherian, University Press Center.
- W. Edwards Deming (1996), Out of the Crisis, Translated by N. Dordari, Rasa Publishing.
- Baldrige National Quality Program (2011), Criteria for Performance Excellence, National Institute of Standards and Technology, United States Department of Commerce.
- EFQM (2009), EFQM Excellence Model.
- Moeller, J., Breinlinger-o Reilly, J., & Elser, J. (2000). Quality Management in German health care- The EFQM Excellence Model. International Journal of Health Care Quality Assurance, 13, 254-258.

7. Jackson, S. (1999). Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of self-assessment and business Excellence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 59-64.
8. Downey-Ennis, K., & Harrington, D. (2002). In search of excellence in Irish health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15, 65-73.
9. Möller, J., & Sonntag, H. G. (1998). Systematic analysis and controlling of health care organizations lead to numerical health care improvements. *Health Manpower Management*, 24, 178-182.
10. Saunders, M., Mann, R. S., & Grigg, N. P. (2008). Utilisation of business excellence models: Australian and international experience. *The TQM Magazine*, 20, 651-663.
11. Jackson, S. (1998). Europe supports UK Government in putting quality at the heart of health care. *Health Manpower Management*, 24, 100-103.
12. Pringle, F., & Kleiner, B. H. (1997). Practices of excellent companies in the drug industry. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10, 31-34.
13. Nabitz, U. W., & Klazinga, N. S. (1999). EFQM approach and the Dutch Quality Award. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 65-70.
14. Harr, R. (2001). TQM in dental practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14, 69-81.
15. Venero, S., Nabitz, U., Bragonzi, G., Rebelli, A., & Molinari, R. (2007). A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 215-231.
16. Moullin, M. (2007). Performance measurement definitions Linking performance measurement and organizational excellence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 181-183.
17. Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Champagne, F., Barnsley, J., Cole, D., & Sicotte, C. X. The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations. *Management Decision*, 41, 760-770.
18. Van der Bij, J. D., & Vissers, J. M. H. (1999). Monitoring health-care processes: a framework for performance indicators. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 214-221.
19. Dummer, J. (2007). Health care performance and accountability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 34-39.
20. PalaniNatha Raja, M., Deshmukh, S. G., & Wadhwa, S. (2007). Quality award dimensions: a strategic instrument for measuring health service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 363-378.
21. Lim, P. C., Tang, N. K. H., & Jackson, P. M. (1999). An innovative framework for health care performance measurement. *Managing Service Quality*, 9, 423-433.
22. Wagar, T. H., & Rondeau, K. V. (1998). Total quality commitment and performance in Canadian health care organizations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11, i-vii.
23. Ashill, N. J., Carruthers, J., & Krisjanous, J. (2005). Antecedents and outcomes of service recovery performance in a public health-care environment. *Journal of Services Marketing*, 19, 293-308.
24. Moullin, M. (2004). Eight essentials of performance measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17, 110-112.
25. Buetow, S. (2008). Pay-for-performance in New Zealand primary health care. *Journal of Health Organization and Management*, 22, 36-47.
26. Prabhu, V. B., Robson, A., & Mitchell, E. (2002). Business excellence in the public sector- a comparison of two sub-groups with the "private" service sector. *The TQM Magazine*, 14, 34-42.
27. Robson, A., & Prabhu, V. B. (2001). What can we learn from leading service practitioners about business excellence?. *Managing Service Quality*, 11, 249-261.
28. Johnston, R. (2004). Towards a better understanding of service excellence. *Managing Service Quality*, 14, 129-133.
29. Ashill, N. J., Carruthers, J., & Krisjanous, J. (2005). Antecedents and outcomes of service recovery performance in a public health-care environment. *Journal of Services Marketing*, 19, 293-308.
30. Bou-Llusar, J. C., Escrig-Tena, A. B., Roca-Puig, V., & Beltra'n-Marti'n, I. (2005). To what extent do enablers explain results in the EFQM excellence model? An empirical study. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22, 337-353.
31. Jayamaha, N. P., Grigg, N. P., & Mann, R. S. (2008). Empirical validity of Baldrige criteria: New Zealand evidence. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 25, 477-493.
32. Kumar, V., Choisne, F., de Grosbois, D., & Kumar, U. (2009). Impact of TQM on company's performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 26, 23-37.

# The Necessity of Re-conceptualizing the European Foundation for Quality Management's (EFQM) Excellence Model for the Health Care Sector and its use in the Iranian National Productivity and Excellence Award (INPE)

Taghizadeh Heart Ali<sup>1\*</sup>, Noorossana Rasoul<sup>2</sup>

Submitted: 5.1.2011

Accepted: 16.11.2011

## Abstract

**Background:** Iranian National Productivity & Excellence Award was launched in 2002 and within the past eight years, top organizations have been recognized by this award system. In the year 2006, some changes were applied and healthcare sector was separated from other segments. Also in the year 2010, the model revised but there was no introduction of any specialized model for healthcare sector. The aim get of this article is to describe the necessity of re-conceptualization of EFQM model for healthcare sector to be applied in National Productivity & Excellence Award.

**Materials and Methods:** Showing the necessity of re-conceptualizing excellence model in the healthcare sector, two questions were carried out: "Is there any evidence of using excellence models (especially EFQM model) by the healthcare sector (especially hospitals) for improvement planning?" (In fact, is it demanding by healthcare sector to specialize and re-conceptualize the EFQM model?) And if the answer of this question is yes, "What is done so far now to specialize and re-conceptualize the EFQM model for healthcare sector?" to answer the two mentioned questions, different studies were done in science bases. The gathered sources and materials divided in three groups for more reviews.

**Results:** The findings of studied sources were presented in three following groups: "Proportionate the excellence models for healthcare sector and using of it", "Assessment and performance management in base of organizational excellence models in healthcare sector", and "Statistical examination of the effectiveness of using organizational excellence models and quality models in healthcare sector".

**Conclusion:** The study shows that there are too many experiences of using excellence models (especially EFQM model) in healthcare sector (especially hospitals) for improvement planning, but there was no experience of specializing and re-conceptualizing the EFQM excellence model for healthcare sector so far. Therefore, specializing and re-conceptualizing the EFQM excellence model is necessary for healthcare sector.

**Keywords:** Re-conceptualization, Business Excellence Model, European Foundation for Quality Management (EFQM), Healthcare, National Productivity & Excellence Award

<sup>1</sup>Department of Industrial Engineering, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
(\*corresponding author) Taghizadeh.herat@gmail.com

<sup>2</sup>Department of Industrial Engineering, Iran University of Science and Technology, Tehran, Iran