

## مدیریت و ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ از طریق برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول نظام سلامت: روند اجرا، نتایج و چالش‌ها

علی ماهر<sup>۱</sup>، محمد آقاجانی<sup>۲</sup>، مرجان قطبی<sup>۳</sup>، سجاد برازنده<sup>۴</sup>، عسل صفایی<sup>۴</sup>، لاله عنبری<sup>۴</sup>، علیرضا اولیایی منش<sup>۵</sup>، علی شهرامی<sup>۶</sup>، موسی طباطبایی<sup>۷</sup>، فرح بابایی<sup>۸</sup>، جمشید کرمانچی<sup>۹</sup>، پیرحسین کولیوند<sup>۱۰</sup>، حسن واعظی<sup>۱۱</sup>، مرضیه زنگنه<sup>۱۲</sup>، آرزو دهقانی<sup>۱۳</sup>، سعید معنوی<sup>۱۴</sup>، لیلا پورآقاسی<sup>۱۵</sup>، سیده‌سنا حسینی<sup>۱۶</sup>

۱- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- معاون اجرایی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ۴- کارشناس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- معاون اجرایی معاون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رییس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۵- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۶- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

\* نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، بلوک A، طبقه ۹. تلفن ۸۱۴۵۵۵۰۴  
پست الکترونیک: maher@health.gov.ir

دریافت: ۹۶/۱/۲۶ پذیرش: ۹۶/۳/۲۷

### مقدمه

بیمارستانی، گامی اساسی در جهت افزایش رضایت خدمت‌گیرندگان است و برای تحقق این هدف نیز، تعریف استانداردهای خدمات هتلینگ و یکپارچه‌سازی آن، ضروری بود<sup>۱</sup>. ارایه تعریف دقیقی از واژه کیفیت به دلیل ماهیت ذهنی و ناملموس آن دشوار است و ارایه این تعریف در حوزه کیفیت خدمات سلامت به مراتب دشوارتر خواهد بود و به جایگاه استفاده از آن بستگی دارد (۴). به‌طور کلی، کیفیت خدمات سلامت به تعامل فرآیند ارایه خدمات، مستتری و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی بستگی دارد (۵، ۶). هتلینگ به مجموعه تسهیلات و خدمات ارایه شده به بیماران در طول مدت بستری، اطلاق می‌شود که دو بعد تجهیزات و تشریفات را در بر می‌گیرد. همچنین برنامه‌ریزی و اجرای تسهیلات و خدمات مرتبط با محیط بستری بیمار را نیز شامل می‌شود.

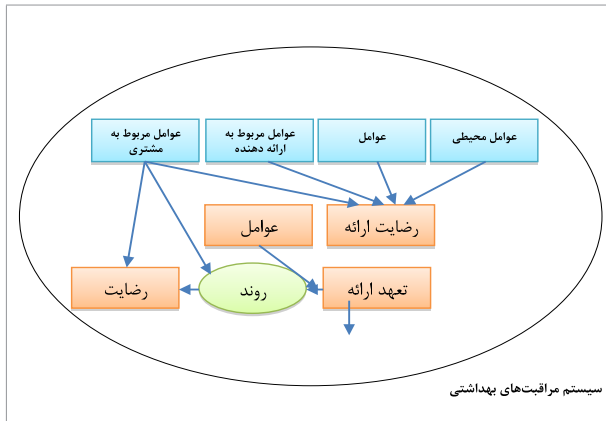
علت اصلی تدوین برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، نارضایتی مردم از بخش‌های بستری دولتی بود. به عبارتی، کیفیت پایین تخت بستری، میز غذا، لاکر، فضای فیزیکی مانند در و دیوار و پرده‌ها و رنگ آمیزی اتاق‌ها، نظافت، سرویس‌های بهداشتی، رفتار پرسنل، غذا و بحث فضای اقامتی میزان بالای نارضایتی در بیماران و همراهان آن‌ها به حدی بود که اقدام فوری از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را طلب می‌کرد.

مراقبت‌های بهداشتی جزء خدمات نادری محسوب می‌شود که افراد به آن نیاز دارند اما الزاماً خواهان آن نیستند (۱)، با این حال در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مراقبت‌های بهداشتی در زمره سریع‌ترین خدمات در حال رشد قرار گرفته است (۲) همچنین مفهوم رضایت مندی بیماران در تمام دنیا در حوزه مراقبت‌های پزشکی اهمیت بسیار ویژه‌ای یافته است، چراکه بیماران و همراهان آنها مشتریان اصلی و نهایی بیمارستان‌ها بوده و وظیفه اصلی ارایه‌دهندگان خدمت، برآوردن نیازهای واقعی و محسوس این مشتریان است.

در حقیقت این رضایت بیمار است که نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات مطلوب در بیمارستان می‌باشد، رضایتی که مسلماً نمی‌تواند صرفاً به دلیل ارایه خدمات حرفه‌ای و بهره‌مندی از فناوری‌های پیشرفته محقق شود؛ بلکه سهم عمده این رضایتمندی متأثر از کیفیت و تنوع خدمات هتلینگ و رفتار کارکنان بیمارستان‌ها می‌باشد و هرچه این خدمات متنوع‌تر و با کیفیت بهتر ارایه شود، رضایت بیماران و احتمال انتخاب مجدد بیمارستان توسط آنها بیش‌تر می‌شود (۳).

بنا بر آمار استخراج شده از سازمان‌های بیمه‌گر، ۸۳٪ از خدمات بستری در ایران به‌وسیله بخش دولتی ارایه می‌شود، اما با این وجود، خدمت‌گیرندگان، از کیفیت خدمات هتلینگ ارایه شده توسط بیمارستان‌های دولتی راضی نبودند لذا ارتقاء کمی و کیفی خدمات هتلینگ

کتاب ۱۱ جلدی «استانداردهای برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن» برای ۱ تدوین این استانداردها مورد توجه قرار گرفته است.



شکل ۱- مدل پیشنهادی عوامل اثرگذار بر کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی

منظور از کیفیت در برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ طرح تحول نظام سلامت، کیفیت خدمات بستری است. به عبارت دیگر هتلینگ به مجموعه تسهیلات و خدمات ارائه‌شده به بیماران در طول مدت بستری اشاره دارد که دو بُعد تجهیزات و تشریفات را در برمی‌گیرد؛ به‌علاوه شامل برنامه‌ریزی و اجرای تسهیلات و خدمات مرتبط با محیط بستری بیمار می‌شود. بنابراین در برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان‌ها تعداد بیمارستان‌های تحت پوشش، نوع سازه و قدمت آن‌ها، اقلام و تجهیزات مورد استفاده در بیمارستان‌ها، که مهم‌ترین آن تخت بیمارستانی و ملزومات آن و تعداد پرستار به ازای تخت که دارای استاندارد بین‌المللی است، در این برنامه مورد توجه قرار گرفت. از این رو، هتلینگ بیمارستان‌ها در هفت محور اصلی آن مورد بازبینی قرار گرفت. بدین‌منظور دستورالعمل اجرایی برای استانداردسازی این ۷ محور طراحی و تدوین شده است تا از این طریق معیاری برای ارزیابی و نظارت بیمارستان‌ها ایجاد شود و مبنایی برای تعیین سطح خدمات‌رسانی آن‌ها در حوزه هتلینگ باشد (۱۷). ۷ محور اصلی برای ارزیابی خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های کشور عبارتند از: ۱- ساختمان و تأسیسات ۲- تجهیزات و امکانات ۳- خدمات رفاهی ۴- خدمات نظافت و بهداشت و ایمنی ۵- تغذیه بیمار ۶- امور اداری و گردش کار ۷- مدیریت منابع انسانی و آموزش بیمار و کارکنان

## روش اجرا

مطالعات پیشین در زمینه رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی نشان می‌داد که درصد زیادی از ناراضی‌بیماران ناشی از نارضایتی از فضای فیزیکی و کادر درمانی به‌خصوص پرستار است. (۳) در این مطالعات، مشخص شد که ۶۷٪ از مجموع بیمارستان‌های کشور، فرسوده و غیرقابل مقاوم‌سازی هستند و فضای فیزیکی این بیمارستان‌ها اغلب در شان بیماران نیست. از سوی دیگر، در مجموع دو بخش دولتی و خصوصی، ۱۰۷ تخت

## اهداف

### هدف کلی

یکپارچه‌سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردسازی آنها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت‌گیرندگان

### اهداف اختصاصی

- رتبه‌بندی کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی.
- ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در همه بیمارستان‌ها وزارت بهداشت و کسب حداقل رتبه استاندارد سه ستاره.
- پاسخگویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ بیمارستان
- ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت
- افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان
- نظارت، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
- ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی

### مبانی نظری

واژه کیفیت فاقد یک تعریف واحد در سطح جهان است. کیفیت به‌عنوان ارزش (۷)، تعالی (۸)، تطابق با تقاضا و انتظارات (۹)، تطابق با نیازها (۱۰)، تناسب برای استفاده (۱۱)، پوشش دادن انتظارات مشتری یا حتی فراتر از آن (۱۲) و ارزیابی محصولات و خدمات مطابق با آخرین مشخصات عملکردی به‌منظور برآورده کردن نیازهای صریح و ضمنی مشتری یا حتی فراتر از آن که در نهایت به حفظ مداوم مشتری منجر می‌شود (۱۳). در رابطه با کیفیت خدمات بهداشتی و سلامت تعاریف متعددی ارائه شده است. دونابدین<sup>۲</sup> کیفیت خدمات درمانی را اینگونه تعریف کرده است: کاربرد علم و تکنولوژی درمانی به گونه‌ای که مزایای آن برای سلامتی بدون افزایش ریسک متناظر، حداکثر شود (۱۴). در این تعریف سه جزء کیفیت یعنی کیفیت فنی، کیفیت بین فردی و مطلوبیت و رفاه تأکید شده است (۱۵). در تعریف دیگری کیفیت خدمات بهداشتی به‌صورت: ارائه خدمات به‌منظور پاسخگویی به نیازهای مشتری و کسب بالاترین خروجی بالینی با منابع در دستری ذکر شده است (۱۶). مصدق‌راد (۲۰۱۳) ویژگی در مورد کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناسایی کرده است که آنها را در ۵ دسته کلی طبقه‌بندی کرده است که عبارتند از: محیط، همدلی، بهره‌وری، اثربخشی و کارایی (۱۶). به‌طور کلی مصدق‌راد در پژوهشی عوامل اثرگذار بر کیفیت خدمات سلامت را در قالب مدل زیر ارائه کرده است (۱۶).

<sup>2</sup> Donabedian

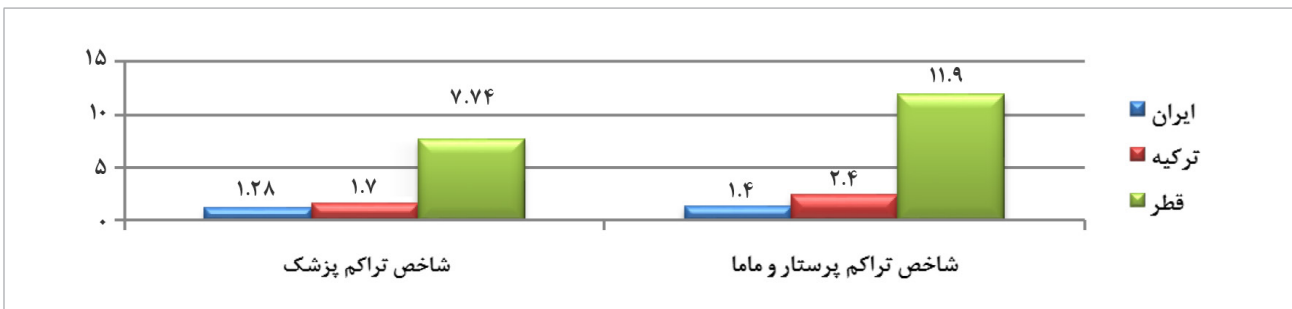
به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور وجود داشت که سهم بیمارستان‌های دولتی در آن بیش از بخش خصوصی می‌دهد (۳).

جدول ۱- تعداد تخت‌های بیمارستانی در کشور

تعداد تخت بیمارستانی	تعداد بیمارستان‌ها	قدمت
۱۶۳۵۶	۸۷	بیش از ۵۰ سال
۱۵۴۲۸	۹۱	۵۰ سال (۴۳-۵۲)
۱۳۷۰۳	۷۴	۴۰ سال قدمت (۵۳-۶۲)
۱۳۳۷۳	۱۱۲	۳۰ سال قدمت (۶۳-۷۲)
۱۵۵۳۹	۱۱۴	۲۰ سال قدمت (۷۳-۸۲)
۸۲۲۵	۸۴	۱۰ سال قدمت (۸۳-۹۳)
۹۶۱۲۲	۵۶۲	مجموع
۵۴۶۱۹	تخت فرسوده	

است. بدیهی است این کمیت محدود در نحوه توزیع ملی و امکان برقراری عدالت در دسترسی به پزشک، پرستار و ماما تاثیرگذار است (۳).

همچنین نگاه به کمیت کادر درمانی در کشور نشان‌دهنده فاصله سیستم سلامت با شرایط مطلوب و شرایط کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه منطقه



نمودار ۱- مقایسه تعداد کادر درمانی در سه کشور منطقه

منجر شد. در این بخش گام‌های اجرایی این برنامه مرور خواهد شد.

### گام اول: توجه به وظایف محوله از سوی اسناد بالادستی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به وظایف محول شده از سوی اسناد بالادستی مصوب، می‌بایست فعالیت‌هایی را در زمینه مرتبط با این برنامه انجام دهد که در این بخش بدان اشاره می‌شود. همان‌طور که در این اسناد بدان اشاره می‌شود، استانداردسازی تسهیلات، تأمین مالی و تدارک خدمات و اجازه تأمین خدمات از ارایه‌کنندگان دولتی و غیردولتی، از وظایف و اختیارات مجریان این برنامه است.

در این میان میانگین شاخص استاندارد سازمان جهانی بهداشت برای گروه پرستاری ۲.۴۵ نفر به ازای هر تخت بستری می‌باشد اما در حال حاضر ضریب نیروی پرستاری در کشور ۱.۰۵ نفر به ازای هر تخت است. این مساله نیاز به جذب حداقل ۱۷۰۰۰ پرستار را برای رسیدن به استاندارد جهانی، نشان می‌دهد از این‌رو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پی آن است که با جذب پرستار، شاخص نیروی گروه پرستاری را در گام اول به ۱.۲۵ نفر به ازای هر تخت ارتقاء دهد (۱۸). توجه به این سه شاخص مهم در بحث ارتقاء کیفیت هتلینگ و رفع مشکلات مرتبط با آن به افزایش میزان رضایت بیماران و همراهان آنها

### اسناد بالادستی مرتبط با محور ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی

ناظر بر	قانون	قوانین پایه
فراهم کردن تسهیلات لازم و بهبود استاندارد آنها	وظایف واحدهای استانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ماده ۸	
- تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی و ارایه خدمات مطلوب - تدارک خدمات توسط ارایه‌کنندگان دولتی و غیردولتی	بند ۷ بند ۳-۷	سیاست‌های کلی سلامت

تابستان ۹۶، دوره بیستم، شماره دوم، پیاپی ۷۷

## گام دوم: ارزیابی وضعیت موجود هتلینگ بیمارستانی در بیمارستان‌های مشمول برنامه

دستورالعمل اجرایی برنامه ارتقاء هتلینگ توسط اساتید و مشاوران حوزه سلامت تدوین و با نظرسنجی از روسا و مدیران بیمارستان‌های دولتی و روسا و معاونین دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، اصلاح شد و در تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ ابلاغ و اجرایی شد شامل ۷ محور اصلی و چک‌لیست‌های پیوست‌شده مرتبط با هر کدام است. محورهای ذکر شده در دستورالعمل عبارتند از: ساختمان و تاسیسات، تجهیزات و امکانات، خدمات رفاهی، خدمات نظافت و بهداشت، تغذیه بیمار، امور اداری و گردش کار و منابع انسانی. از آنجا که برآورد درستی از شرایط موجود در زمان آغاز برنامه وجود نداشت لذا ستاد مرکزی اجرای طرح تحول نظام سلامت طی اطلاعیه شماره ۱۰ از تمامی بیمارستان‌های تحت پوشش درخواست کرد که اقلام و تجهیزات مرتبط با هتلینگ بیمارستانی خود را بررسی کرده و نیازمندی تعمیر یا تعویض اقلام مذکور و تعمیر و بهسازی فضاهای فیزیکی مورد نیاز را در سامانه [Hse.health.gov.ir](http://Hse.health.gov.ir) اعلام کنند. اطلاعات جمع‌آوری شده، برآوردی از نیازهای بیمارستان‌های دولتی را در ۴ محور کیفیت تجهیزات بیمارستان، کیفیت خدمات رفاهی، کیفیت سرویس بهداشتی و کیفیت فضای فیزیکی به‌دست داد.

## گام سوم: راستی‌آزمایی اطلاعات جمع‌آوری شده با فرض صحت خوداظهاری و اصلاح آن در صورت لزوم

پس از پایان خوداظهاری بیمارستان‌ها در ۴ محور موردنظر در فاز اول برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ که منجر به شناسایی نیازهای تعمیر، تعویض و یا بهسازی اقلام و تجهیزات و فضاهای فیزیکی بیمارستان‌ها شد، فعالیت‌هایی برای صحت‌گذاری اطلاعات جمع‌آوری شده، انجام شد. در این راستا تیم ۲۴ نفره‌ای از مدیران با سابقه که بیش از ۱۵ سال مدیر بیمارستان بودند و عمدتاً رشته تحصیلی آنها در مقطع کارشناسی ارشد و دکترا در حوزه‌های مدیریت خدمات بهداشت و درمان بود، به همراه تیم ۷ نفره‌ای شامل نماینده ستاد اجرایی کشوری (مسئول تیم ارزیابی) و کارشناسان حوزه تجهیزات پزشکی، فنی و عمرانی، پرستاری، تغذیه، منابع انسانی و هتلداری تشکیل شد. بعد از تشکیل تیم‌ها، ۲۰ تیم از ۲۴ تیم اصلی ظرف ۴۰ روز به ۵۷۶ بیمارستان مشمول برنامه اعزام شده و از آنها بازدید کردند. در این مرحله تیم ارزیابی برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ از ستاد تحول نظام سلامت به‌منظور راستی‌آزمایی به همراه این اطلاعات به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و اگر مشکلی وجود داشت آن را برطرف می‌کرد. بعد از به اتمام رسیدن بازدید تیم‌های ارزیابی، سامانه HSE برای کاربران بیمارستانی بسته شد و رمز آن به‌مدت یک هفته در اختیار معاونت درمان

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

دانشگاه‌های مربوطه قرار داده شد تا صحت اطلاعات را تأیید کنند و یا اگر مشکلی در آمار وجود داشت، اعلام کنند تا به‌صورت مشترک برطرف شود. در نهایت پس از نزدیک شدن آمار به واقعیت، مبنای اجرای برنامه‌های ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در راستای خرید اقلام و تجهیزات، تعمیرات و توزیع پول، اطلاعات ثبت شده در سامانه بود که راستی‌آزمایی شده و موثق بودند. لازم به یادآوری است که در اطلاعات ثبت شده به دلیل ارزیابی میدانی ارزیابان آموزش دیده و اخذ نظر معاونین درمان و سایر ذینفعان، به ندرت تناقص وجود داشت.

## گام چهارم: برنامه عملیاتی بیمارستان‌ها در برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ

پس از بازدید ارزیابان و تنظیم تفاهم‌نامه‌ها، از رؤسای بیمارستان‌ها درخواست شد که در چهارچوب برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ برنامه‌های خود را ارائه دهند. سپس رؤسای بیمارستان‌ها موظف به انجام اقدامات درج شده بر طبق برنامه عملیاتی مورد تأیید سرارزیابان شدند. بر اساس توافقات صورت‌پذیرفته و با هماهنگی دفتر منابع فیزیکی و طرح‌های عمرانی، مبالغ تعهد شده که به ازای هر تحت، در مرداد ۱۳۹۳، تخصیص و در اختیار معاونت توسعه دانشگاه‌ها قرار گرفته است. بنا به نتایج حاصل از اولین دوره بازدیدها و بررسی و تحلیل آنها، دلایل پایین بودن کیفیت اجرایی در برخی از بیمارستان‌ها استخراج شد که عبارت بودند از: ۱- غیر فنی بودن عوامل اجرایی ۲- مغایرت نیازهای بهسازی بیمارستان‌ها با موارد ۸گانه ابلاغی ۳- عدم برنامه‌ریزی و هماهنگی مابین بخش‌ها و محدودیت فضای موجود در بیمارستان‌های با ضریب اشغال تخت بالا

در پاییز سال ۱۳۹۳ مرحله دوم تخصیص اعتبار برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ به بیمارستان‌ها انجام شد تا بر طبق توافقات صورت‌پذیرفته و برنامه عملیاتی، اقدامات لازم صورت پذیرد. در پایان مرحله دوم تخصیص اعتبار انتظار می‌رفت بیمارستان‌ها موارد زیر را بر اساس برنامه عملیاتی پیش‌بینی شده خود با دریافت ۲۰٪ از تخصیص اعتبار برنامه انجام داده باشند:

- ۱- رنگ‌آمیزی دیوارها و سقف اتاق‌های بیماران و راهرویی بخش‌های بستری (در صورت لزوم)
- ۲- تعمیر یا تعویض درب‌های اتاق‌های بخش‌های بستری (در صورت لزوم)
- ۳- بازسازی سرویس‌های بهداشتی بخش‌های بستری (در صورت لزوم)
- ۴- تعمیرات جزئی تخت بستری و میز بیمار، لاکر، برانکارد و ویلچرها
- ۵- تعمیر یا تعویض پرده‌های اتاق بیماران (در صورت لزوم)

کیفیت هتلینگ معیارهای و امتیازاتی در نظر گرفتند تا از این طریق ارزیابان قادر باشند از طریق مجموع امتیاز چک لیست‌های طراحی شده، بیمارستان‌ها را رتبه‌بندی کنند. این امر در فاز دوم برنامه بدین جهت حائز اهمیت است که تخصیص اعتبار و تعیین تعرفه هتلینگ بیمارستان‌ها بر اساس رتبه بیمارستان‌ها تعیین می‌شود. به‌عبارتی در سال ۱۳۹۴ بیمارستان‌های سه ستاره ۲۰٪ و بیمارستان‌های سه ستاره + ۳۰٪ بیشتر از تعرفه هتلینگ مصوب دولتی سال ۱۳۹۳ دریافت نمودند و بیمارستان‌های ۴ و ۵ ستاره از طریق عقد قرارداد با بیمه‌های تکمیلی امکان دریافت هتلینگ با نرخ‌های توافقی بامجوز هیأت امنای دانشگاه را داشتند.

#### گام هفتم: نظارت دوره‌ای مستمر

موضوع ارزیابی در اجرای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، از ابتدا مورد توجه قرار داشت. برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در فاز اول در ۴ بخش و در فاز دوم در ۷ بخش مورد ارزیابی قرار گرفت. ارزیابان دانشگاهی، نظر سرارزیاب آموزش دیده و آشنا با برنامه، آموزش دیدند و تحت نظر سرارزیابان به ارزیابی محورهای مورد توجه برنامه در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداختند. سرارزیاب‌ها تحت نظر ناظران ستادی، مسایل و مشکلات و سؤالات مطرح شده از سوی ارزیابان و کادر اجرایی بیمارستان‌ها را با ناظران ستادی در میان می‌گذاشتند و به این طریق در کوتاه‌ترین زمان ممکن، مسایل را حل و فصل می‌کردند. به این طریق فاز اول و دوم و سوم ارزیابی در سال اول که خروجی آن تخصیص اعتبار براساس پیشرفت فعالیت‌ها بود، انجام شد (۲۲). واحد نظارت و اعتباربخشی نیز بر اساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، بر فعالیت‌های هر کدام از برنامه‌ها و از جمله برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ، نظارت می‌کند و خروجی نظارت آنها را به کارنامه بیمارستان‌ها در تمامی برنامه‌ها به دانشگاه‌های قطب و مقامات بالاتر است.

#### گام هشتم: توجه بر اهداف جدید با تمرکز بر خاتمه دادن برنامه‌های عملیاتی مرحله اول

پس از اجرای شدن برنامه، با گذشت زمان و جلو رفتن فعالیت‌های عملیاتی و تخصیص اعتبار، همچنین خرید متمرکز و کاهش قیمت اقلام و تجهیزات، تخمین زده شد که بودجه برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ به اندازه‌ای است که می‌تواند برای تعمیر اورژانس‌ها و بخش‌های ویژه نیز مورد استفاده قرار گیرد لذا بخش اورژانس به‌عنوان خط مقدم ارائه خدمات مورد توجه قرار گرفت. یکی از ایراداتی که به برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ وارد می‌شد، عدم توجه به اورژانس‌ها بود در حالی که برنامه ارتقاء هتلینگ مربوط به بخش

تابستان ۹۶، دوره بیستم، شماره دوم، پیاپی ۷۷

۶- اصلاح روش‌نمایی اتاق بیماران و راهروی بخش‌های بستری (در صورت لزوم)

۷- تعمیر یا تعویض کفپوش اتاق‌های بیماران و راهرو بخش‌های بستری (در صورت لزوم)

۸- تعمیر یا تعویض وسایل سرمایش، گرمایش محیطی اتاق بیماران (در صورت لزوم)

در زمستان ۱۳۹۳، به‌دستور معاونت درمان، از بودجه اختصاص داده شده به هتلینگ به ازای هر بخش بستری، اعتباری به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی اختصاص داده شد. به همراه بودجه اختصاص یافته برای هر بخش بیمارستان یک راهنمای پیشنهادی، جهت بهسازی استراحتگاه در اختیار بیمارستان‌ها قرار گرفت تا در صورت تمایل با استفاده از استانداردهای پیشنهادی به تجهیز و بهسازی محیط پردازند (۱۹، ۲۰). تخصیص اعتبار در سال ۱۳۹۴ بر اساس درصد پیشرفت فیزیکی برنامه عملیاتی اعلام شده از سوی بیمارستان‌ها صورت می‌پذیرد.

#### گام پنجم: خرید متمرکز با اولویت دادن به تولید داخلی

بر اساس اطلاعات ثبت شده مرتبط با هتلینگ در سامانه طرح تحول، لیست اقلام و تجهیزات هتلینگ جمع‌بندی و جهت تصمیم‌گیری برای خرید متمرکز در اختیار هیأت امنای صرفه‌جویی ارزی که سازمانی وابسته به وزارت بهداشت است، قرار گرفت. سپس بخشی از اعتبار برنامه برای خرید اقلام مورد نیاز بیمارستان‌ها در اختیار این هیأت امنای قرار گرفت. آنها با برگزار کردن مناقصه‌هایی، با رویکرد حمایت از تولید داخل در صورت شرایط مساوی با محصول خارجی (در زمان تحریم)، بیمارستان‌ها را موظف کردند که از شرکت‌های موجود در لیست برندگان مناقصه‌ها، اقلام و تجهیزات مورد نیاز خود را که از قبل اعلام کرده بودند، خریداری کنند. این امر علاوه بر حمایت از تولیدکنندگان داخلی و اشتغال‌زایی در زمینه تجهیزات بستری به کاهش قیمت‌ها به‌خصوص در مورد تخت‌ها و تشک بیمارستانی منجر شد (۲۱).

#### گام ششم: تدوین استاندارد هتلینگ بیمارستانی

از آنجا که یکی از اهداف اختصاصی برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ، ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی بود و هست، مقرر شد که استاندارد برای هتلینگ بیمارستانی تدوین شده و بیمارستان‌ها در ۴ گروه سه ستاره، سه ستاره +، چهار ستاره و پنج ستاره تقسیم‌بندی شوند. همچنین حداکثر ظرف مدت یک‌ماه از ابلاغ دستورالعمل، نیاز هر بیمارستان و برآورد هزینه‌های بهبود وضع موجود برای رسیدن به استاندارد رتبه ۳، توسط تیم ارزیاب به ستاد اجرایی دانشگاه اعلام شود. از این‌رو تعدادی از کارشناسان هتلداری به تدوین این استاندارد همت گماشته و در ۷ محور برنامه ارتقاء

ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، از ۹ قطب دانشگاهی به‌علاوه سه دانشگاه تهران، درخواست شد که با استعلام از بیمارستان‌های تحت پوشش خود، به جمع‌بندی فعالیت‌های آنها در ۷ محور برنامه اقدام کنند. اطلاعات درخواستی به‌همراه برنامه‌های عملیاتی بیمارستان‌ها، فیلم و عکس قبل و بعد برنامه و اطلاعات هر کدام از بیمارستان‌ها به‌صورت یکپارچه در اختیار ستاد مرکزی اجرای طرح تحول نظام سلامت قرار گرفت. هدف مسئولین برنامه، برگزاری جشنواره‌ای برای انتخاب برترین‌های ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ به دو صورت دانشگاهی و بیمارستانی بود. در زمان برگزاری جشنواره سه دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سبزوار و بهبهان توانسته بودند ۱۰۰٪ از برنامه‌های عملیاتی خود در زمینه ارتقاء کیفیت هتلینگ را به انجام برسانند (۲۲).

بستری بیمارستان‌ها می‌شد با این وجود در سال دوم برنامه، با همکاری دفتر توسعه منابع فیزیکی معاونت توسعه، تعمیر و بازسازی اورژانس‌ها، اتاق‌های عمل و سه برنامه دیگر مورد توجه قرار گرفت. به‌منظور بهبود فرایند آرایه خدمات به بیماران در سال ۱۳۹۴ بر بهسازی و ساخت اتاق‌های عمل، بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس‌ها، مراکز سرطان و اتاق‌های زایمان با مدیریت جداگانه، تمرکز شد. همچنین اشاره به این نکته ضروری است که تکمیل ۷ حوزه مورد توجه برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ به‌منظور رسیدن به نقطه مطلوب، در صورت پایداری و تخصیص اعتبار مناسب، به ۴ یا ۵ سال تلاش مستمر به خصوص در حوزه تاسیسات نیازمند است.

**گام نهم: برگزاری جشنواره ملی تقدیر از مجریان برتر برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ**

به‌منظور جمع‌بندی فعالیت‌های انجام شده در برنامه

جدول ۲- شاخص‌های انتخاب برترین بیمارستان‌ها در زمینه ارتقاء کیفیت هتلینگ

ردیف	شاخص
۱	زیربنای بیمارستان (مترمربع)
۲	تعداد تخت فعال در حین عملیات اجرایی طرح
۳	ضریب اشغال تخت سالیانه
۴	ضریب اشغال تخت در زمان اجرای طرح
۵	مدت زمان اجرای طرح در هر بخش (ماه)
۶	مدت زمان اجرای طرح در کل فضاهای تعمیراتی (ماه)
۷	زیربنای کل فضاهای بازسازی شده (مترمربع)
۸	مبلغ تخصیص‌یافته به بیمارستان
۹	مبلغ هزینه کرده در هر بخش
۱۰	مبلغ هزینه کرده کل
۱۱	رعایت و اجرای ضوابط و استانداردهای بیمارستانی در حین عملیات اجرایی
۱۲	رعایت نکات زیبایی شناختی
۱۳	پیشرفت فیزیکی کل

جدول ۳- ملاک انتخاب برترین‌ها

ردیف	ملاک انتخاب برترین‌ها
۱	سرعت میانگین اجرایی (مدت زمان اجرای طرح در کل فضاهای تعمیراتی (ماه)/ زیربنای کل فضاهای بازسازی شده (مترمربع))
۲	عملکرد اجرایی (پیشرفت فیزیکی کل * (مبلغ تخصیص‌یافته به بیمارستان / مبلغ هزینه کرده کل))
۳	کیفیت اجرایی (رعایت نکات زیبایی شناختی + رعایت و اجرای ضوابط و استانداردهای بیمارستانی در حین عملیات اجرایی) * ۰.۵
۴	خدمت‌رسانی بیمارستان در حین اجرای طرح (ضریب اشغال تخت سالیانه / ضریب اشغال تخت در زمان اجرای طرح)
۵	حجم عملیات (زیربنای بیمارستان (مترمربع)/ زیربنای کل فضاهای بازسازی شده (مترمربع))
مجموع	

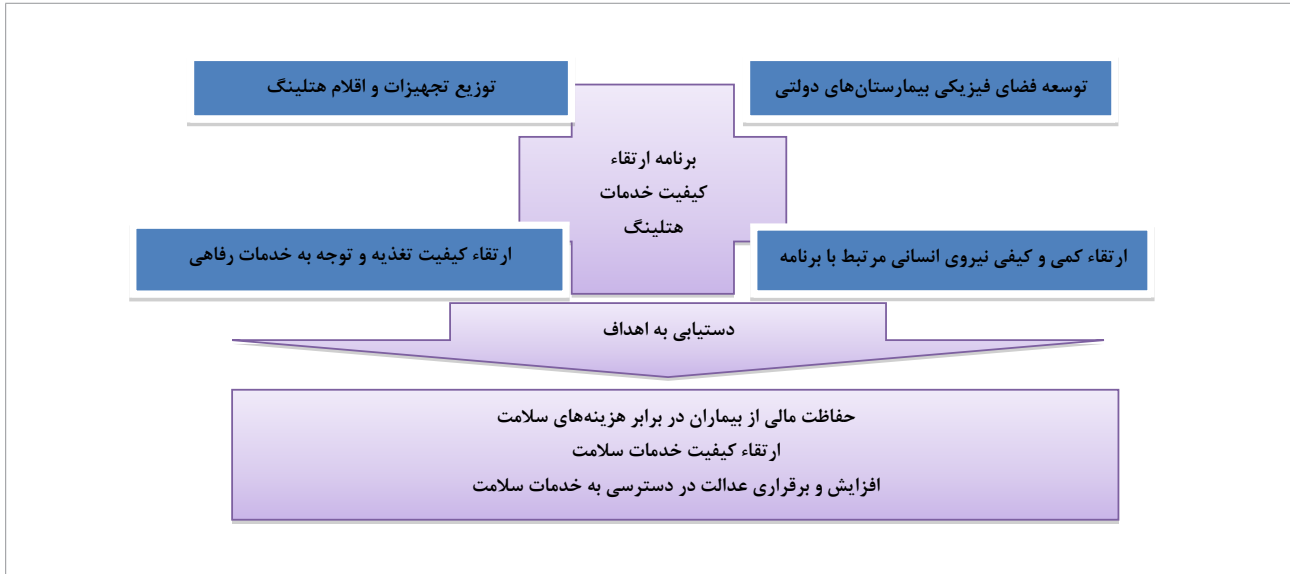
دستاوردها

است چرا که منجر به حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و ارتقاء کیفیت این خدمات در بیمارستان‌های دولتی شده است (۲۳-۲۵).

همانطور که در جدول ۴ به آن اشاره شد، تمامی اهداف برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در جهت دستیابی به اهداف کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در راستای اهداف مدل پوشش همگانی خدمات سلامت

جدول ۴- دستاوردهای برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ

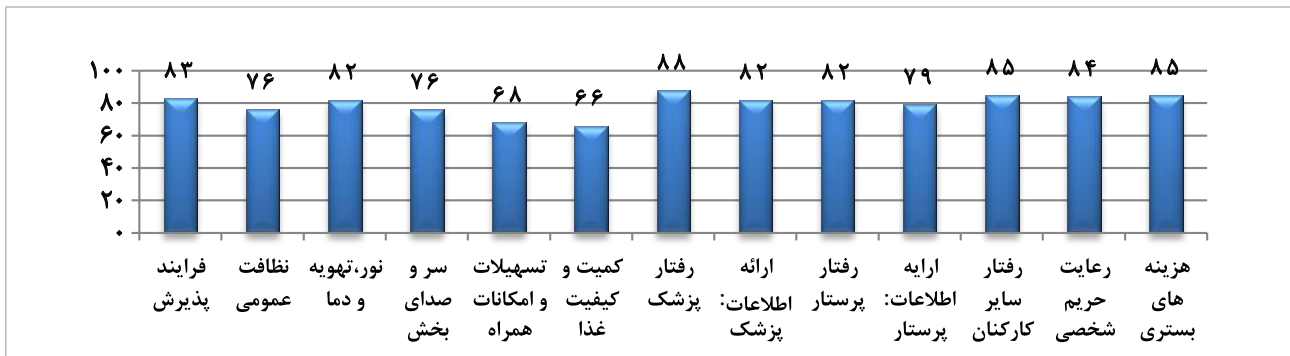
ردیف	اهداف برنامه	دستاورد	دستیابی به رضایتمندی بیماران	اهداف کلان طرح تحول نظام سلامت
۱	توسعه فضای فیزیکی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بازسازی ۲ میلیون متر مربع کف، دیوار و سقف و فضای بستری</li> <li>• به‌کارگیری خدمات مشاوره جهت طراحی فضاهای داخل بیمارستانی</li> <li>• ایجاد و توسعه و تجهیز ۷۸۶ تخت ICU</li> <li>• ایجاد و توسعه و تجهیز ۱۶۰ تخت PICU</li> <li>• ایجاد و توسعه و تجهیز ۴۱۱ تخت NICU</li> <li>• پیشرفت ۸۵٪ عملیات هتلینگ</li> <li>• نوسازی ۳۹ هزار تخت بیمارستانی</li> </ul>		توسعه فضای فیزیکی بیمارستان‌های دولتی و تجهیز بیمارستان‌ها به تخت‌های مجهز که تا پیش از اجرای برنامه در بیمارستان‌های دولتی وجود نداشت علاوه بر تأثیر بر کیفیت خدمات ارائه شده به افزایش دسترسی به خدمات و نیز محافظت مالی از بیماران منجر می‌شود چرا که آنها به‌جای مراجعه به بیمارستان‌های خصوصی با رضایت بیشتری به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند.
۲	توزیع تجهیزات	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توزیع ۷۷۷۸۴ قلم تجهیزات هتلینگ</li> <li>• توزیع ۱۸۲۴۱ تخت</li> <li>• توزیع ۷۵۰۰ برانکارد</li> <li>• توزیع بیش از ۱۲ هزار تلویزیون و یخچال</li> <li>• بهسازی و تجهیز ۱۲۵۰۰ اتاق استراحت کادر پرستاری (میل تختخواب شو، فرش، میکروفر، تلویزیون)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- رضایتمندی ۸۶٪ بیماران از محیط فیزیکی</li> <li>- رضایت ۹۰٪ بیماران از تیم درمان</li> <li>- رضایت ۸۴٪ بیماران از رعایت حریم خصوصی</li> </ul>	توزیع تجهیزات رفاهی هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی منجر به افزایش رضایت از خدمات رفاهی می‌شود و این رضایت به‌صورت روانی بر روند درمانی بیماران تأثیر مثبت گذاشته و رضایت همراهان آنها را نیز سبب می‌شود. این مورد علاوه بر تأثیر بر کیفیت خدمات سلامت بر دسترسی افراد به خدمات سلامت در بیمارستان‌های دولتی و حفاظت مالی از آنها با جلوگیری از مراجعه به بیمارستان‌های خصوصی منجر می‌شود.
۳	ارتقاء نیروی انسانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جذب ۹۰۰۰ نیروی پرستاری</li> <li>• برگزاری دو مرحله کارگاه آموزشی باعنوان «مدیریت واحدهای تغذیه ورژیم درمانی» و «آشنایی با مبانی طراحی و نگهداشت فضای فیزیکی بیمارستان»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- رضایت ۶۶٪ از کیفیت و کمیت غذای بیمارستانی</li> <li>- رضایت ۶۸٪ از کیفیت و تسهیلات همراه</li> <li>- رضایت ۸۲٪ از نور، دما و تهویه</li> <li>- رضایت ۷۶٪ از نظافت عمومی</li> </ul>	ارتقاء نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت از جمله پرستاران که در این برنامه بر افزایش تعداد آنها تأکید شده است بر افزایش کیفیت خدمات سلامت تأثیر مستقیم دارد. همچنین توجه به مسائل مرتبط با تغذیه و رژیم بیمار علاوه بر افزایش کیفیت خدمات سلامت بر حفاظت مالی از بیماران نیز تأثیر می‌گذارد چرا که با نرخ دولتی و در بیمارستان دولتی ارائه می‌شود.
۴	ارتقاء کیفیت تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌ها</li> <li>• برگزاری دو دوره کارگاه کشوری «آشنایی با اصول طراحی و تجهیز آشپزخانه بیمارستان‌ها»</li> <li>• برگزاری کارگاه‌های آموزشی آشنایی با اصول طراحی و تجهیز آشپزخانه بیمارستان‌ها در دانشگاه‌ها</li> <li>• تدوین برنامه زمانبندی و محتوای آموزشی دوره «مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌ها» برای کارشناسان تغذیه شاغل در بیمارستان</li> <li>• برگزاری کارگاه آموزش کشوری چهار روزه «تربیت مدرسین دوره‌های آموزشی مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌ها»</li> </ul>		همانطور که اشاره شد، توجه به تغذیه بیمار در بیمارستان دولتی بر کیفیت درمان بیمار تأثیر دارد چرا که تغذیه نادرست بر روند بهبود بیماری تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین تغذیه مناسب در بیمارستان دولتی به نرخ دولتی ارائه می‌شود و لذا بر حفاظت مالی از بیمار تأثیرگذار است.



شکل ۲- شمای کلی از دستاوردهای برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ

خدمات از سوی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت سنجش شد. تعداد بیماران انتخاب شده در مرحله اول ارزیابی (تابستان ۱۳۹۳) ۱۵۳۰ نفر و در مرحله دوم و سوم (پاییز و زمستان ۱۳۹۳) ۲۰۰ نفر و در تابستان ۱۳۹۴ نیز ۲۰۰ نفر بود (۲۵).

با توجه به آن که ایجاد و افزایش رضایت بیماران از طریق ارتقاء کیفیت هتلینگ در همه بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف تکریم بیماران و خدمت‌گیرندگان، در دستور کار این برنامه قرار دارد لذا میزان رضایت بیماران از این



نمودار ۲- درصد رضایت بیماران ترخیص‌شده از بیمارستان دولتی در تابستان ۱۳۹۳

بیمار کم‌ترین میزان رضایت را به خود اختصاص داده است.

همچنین برای مقایسه دوره‌های رضایت‌سنجی بیماران بستری از خدمات آرایه شده در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت (تابستان، پاییز و زمستان سال ۱۳۹۳ و تابستان ۱۳۹۴) جدول زیر آرایه می‌شود:

همان‌طور که مشاهده می‌شود بیش‌تر سؤالات از جمله فرآیند پذیرش، نظافت عمومی، نور و تهویه و دما، سرو صدای بخش، تسهیلات و امکانات همراه، کمیته و کیفیت غذا و رعایت حریم شخصی در ارتباط مستقیم با برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ است. در این راستا کمیته و کیفیت غذا و تسهیلات و امکانات همراه

جدول ۵- مقایسه آمار مرتبط با رضایتمندی بیماران از آیت‌های مرتبط با برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ

آمار مرتبط با هتلینگ در ۴ دوره ارزیابی	
تابستان ۱۳۹۳	٪۷۹
پاییز ۱۳۹۳	٪۷۷
زمستان ۱۳۹۳	٪۷۱
تابستان ۱۳۹۴	٪۸۳



در زمینه کنترل پروژه‌ها: با توجه به آن که در حال حاضر بیش از ۱۵۰۰ پروژه فعال در بیمارستان‌های سراسر کشور در برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ در حال انجام است و حجم پروژه‌ها در حال افزایش است لذا ایجاد سیستمی نظامند برای کنترل پروژه‌های در دست اجرا الزامی است. از این رو مسئولین برنامه در نظر دارند با برگزاری مناقصه، مدیریت این پروژه را به شرکت برگزیده واگذار کنند.

در خصوص هزینه‌کرد اعتبارات: می‌توان بیان کرد که با تشکیل کارگروه هتلینگ، بودجه‌هایی را که از سوی سازمان مدیریت مستقیماً در اختیار بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها قرار می‌گیرد و صرفاً برای بهسازی و تجهیز و استانداردسازی محیط درمانی در نظر گرفته شده است، با هماهنگی اداره بودجه دریافت و از حق تولید و حاکمیت وزارت بهداشت و اهرم معاونت درمان برای درخواست ریز هزینه کرد از رؤسای دانشگاه‌ها در این دو زمینه اقدام شود. این درخواست می‌تواند به صورت دو امضا از سوی معاون توسعه و درمان همزمان باشد. همچنین هیأت امنای صرفه‌جویی ارزی نیز موظف شود که آخرین وضعیت توزیع اقلام و تجهیزات هتلینگ را به صورت منظم به مسئولین برنامه گزارش دهد. از سوی دیگر نحوه هزینه‌کرد اعتبار اختصاصی برای تأمین کنسول نیز از سوی دانشگاه‌ها به طور مستمر در اختیار مسئولین برنامه قرار گیرد.

در نهایت با تدوین آیین‌نامه تحویل اقلام و تجهیزات برای تیم توزیع و نحوه امحاء تجهیزات تعویض شده برای دانشگاه‌ها بر نحوه تحویل و امحاء تجهیزات نظارت شود و با انجام گردهمایی‌های منظم با مدیران بیمارستان‌ها از نحوه انجام برنامه‌های ارتقاء خدمات هتلینگ مطلع و برای رفع مشکلات برنامه و انتقال بهترین تجارب کوشید.

## References

- 1- Berry LL, Bendapudi N. Health care, a fertile field for service research. *J Serv Res*. 2007;10(2):111-22.
- 2- Pai Y, Chary TS. Measuring hospital service quality, a conceptual framework. *International Conference on Humanities, Economics and Geography*; March 17-18; Bangkok: ICHEG; 2012.
- 3- government. Hfite. Health field in the eleventh government, health conditions at the beginning of the health transformation plan, Ministry of Health, medical education. Tehran, Iran: 2015.
- 4- Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*. 2014;3(2):77-89.
- 5- McLaughlin CP, Kaluzny AD. *Continuous quality improvement in health care*. 3rd ed. Sudbury, MA.: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- 6- Mosadeghrad AM. A conceptual framework for quality of

به‌منظور جمع‌بندی می‌توان دریافت که در کل رضایت ناشی از ارتقاء کیفیت هتلینگ با شیب ملایمی رو به افزایش است اما این نکته را نباید فراموش کرد که در ابتدای طرح به دلیل آنکه بیماران و همراهان آنها در محیطی قرار داشتند که به دلیل انجام فعالیت‌های عمرانی در مجاورت آنها، سر و صدا و چشم‌انداز نامساعدی وجود داشت لذا این امر به‌طور بدیهی بر رضایت آنها تأثیر منفی می‌گذاشت. همچنین به‌منظور دست‌یابی به اهداف مورد نظر برنامه هتلینگ، باید زمان طولانی‌تری را برای ارزیابی میزان رضایت بیماران اختصاص داد با این وجود، با نگاهی به شرایط ابتدای برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ و مقایسه آن با شرایط فعلی، این برنامه در بلندمدت بسیار موفق خواهد بود.

## پیشنهادات

در زمینه بهسازی: به دلیل نقص در پیشنهادهای ارائه شده از سوی بیمارستان‌ها در بهسازی محیط‌ها، پیشنهاد می‌شود استانداردهای تدوین شده برای بخش‌های مختلف در اختیار بیمارستان‌ها قرار گیرد و مجدداً برای اقدامات لازم‌الاجرا از بیمارستان‌ها کسب اطلاع شده و با حضور ارزیابان تخصیص اعتبار مورد تأیید نهایی قرار گیرد. در زمینه تجهیزات هتلینگ: گزارشات نشان می‌دهد که بیمارستان‌ها به دلیل آینده‌نگری، بیش از نیاز واقعی خود تجهیزات درخواست کرده‌اند لذا جهت بررسی شرایط و نهایی‌سازی نسبی وضعیت، حضور ارزیابان بر اساس دستورالعمل جدید در محیط ضروری است. همچنین تقویت سامانه آواب برای تکمیل اطلاعات مورد نیاز در خصوص هتلینگ و الزامی کردن ورود اطلاعات به‌روز در آنها می‌تواند راه‌گشای تهیه بسته‌های پرداختی برای هتلینگ باشند.

- care. *Materia socio-medica*. 2012;24(4):251-61.
- 7- Feigenbaum AV. *Quality control, principles, practice, and administration*. New York: McGraw Hill; 1951.
- 8- Peters T, Waterman R. *In search of excellence, lessons from Americas best run companies*. New York: Harper and Rowe.; 1982.
- 9- Gilmore HL. Product conformance cost. *Quality Progress*. 1974;7:16-9.
- 10- Crosby P. *Quality is free*. New York: McGraw Hill; 1992.
- 11- Juran J. *Quality control handbook*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1988.
- 12- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Market*. 1985;49(4):41.
- 13- Mosadeghrad AM. Healthcare service quality, towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*. 2013;26(3):203-19.

- 14- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Michigan Health Administration Press; 1980.
- 15- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743-8.
- 16- Øvretveit J. Does improving quality save money? a review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation; 2009.
- 17- Education. MoHaM. Instruction set health transformation plan, executive edition, Version 1.00. Executive Edition ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education.; 2014. 39-43 p.
- 18- Aghajani M. The health transformation plan in the treatment. National Conference on the Review of the Performance of the 11th Government in the Field of Health; May 16-15; Tehran2014.
- 19- Riahi M, Shojaeizadeh N, Rahmani K. Patient satisfaction, reflection of health development plan, Farsan Seyyed Alshohada Hospital. National Conference on the Performance of the 11th Government in the Health Field; Tehran2014.
- 20- Khodadadi J, Vafaie K, Ahmadi F, Razvian F. Comparison of patient satisfaction with services provided before and after the health transformation plan in the Hospital Kamkar Arab in the second six months of the year 2013 and 2014. National Conference on the Review of the Performance of the Eleventh Government in the Area of Health; Tehran2014.
- 21- Khayri F, Goodarzi L, Meshkini A, Khaki A. How to implement the sixth plan of the health system development plan from the point of view of treatment supervisors. National Conference on the Performance of the Eleventh Government in the Health Field; May 16-15; Tehran2014.
- 22- Maher A. The festival of the top performers of hoteling quality improvement. 2014 October. Report No.
- 23- Razavian F, Khodadadi G, Vafaie K, Ahmadi F. Comparison of the rate and reasons for discharge with personal desire before and after the health transformation plan the in the Hospital Kamkar Arab n the last 2013 years and the first 2014. The Conference National Criticism of the 11th Government Performance in Health; Tehran2014.
- 24- Kalhor M, Samira Rad F. Challenges and achievements of implementation of health transformation plan at Kowsar Hospital in Qazvin. National Conference on the Performance of the 11th Government in the Health Field; Tehran2014.
- 25- Research. NIOH. The site of the National Institute of health research. in the monitoring section of the health transformation plan Tehran: National Institute of Health Research.; 2014. Available from: <http://nihr.tums.ac.ir/>.

## Managing and Improving the Quality of Hotel Services Through a Program to Improve the Quality of Hoteling in Government Hospitals in the Health Transformation Plan: Implementation Process, Results, and Challenges

Ali Maher <sup>1\*</sup>, Mohammad Aghajani <sup>2</sup>, Marjan Ghotbi <sup>3</sup>, Sajad Barazandeh <sup>4</sup>, Asal Safaei <sup>4</sup>, Laleh Anbari <sup>4</sup>, Alireza Olyaeemanesh <sup>5</sup>, Ali Shahrami <sup>6</sup>, Mosa Tabatabaei <sup>7</sup>, Farah Babaei <sup>8</sup>; Jamshid Kermanchi <sup>9</sup>, Peirhossein Kolivand <sup>10</sup>, Hassan Vaezi <sup>11</sup>, Marziyeh Zangeneh <sup>12</sup>, Arezoo Dehghani <sup>13</sup>, Saeid Manavi <sup>14</sup>, Leila Poraghasi <sup>15</sup>, Seyedeh Sana Hosseini <sup>16</sup>

<sup>1</sup> Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>2</sup> Deputy for Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>3</sup> Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>4</sup> Expert at the Hospital Management and Clinical Services Excellence, Ministry of Health and Medical Education

<sup>5</sup> Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>6</sup> Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>7</sup> Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

<sup>8</sup> Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education

<sup>9</sup> Adviser of Curative Affairs in the Disease Management, Ministry of Health and Medical Education

<sup>10</sup> Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education

<sup>11</sup> Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education

<sup>12</sup> Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

<sup>13</sup> Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>14</sup> Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education

<sup>15</sup> Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

<sup>16</sup> Expert of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

---

### Please cite this article as follows:

Maher A, Aghajani M, Ghotbi M, Barazandeh S, Safaei A, Anbari L, et al. Managing and Improving the Quality of Hotel Services Through a Program to Improve the Quality of Hoteling in Government Hospitals in the Health Transformation Plan: Implementation Process, Results, and Challenges. *Hakim Health Sys Res* 2017; 20(2): 99-109.

---

\*Corresponding Author: 9 Th Floor, Block A, Eyvanak, E Qods, Tehran, Iran. Tel: +98-21- 81455504, Email: Maher@Health.Gov.Ir