

ساختار و قابلیت بهره‌مندی از مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان*

محمداسماعیل مطلق^۱، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی^۲، محمدرضا ملکی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران ابزار مؤثری است که در راستای استقرار مدیریت جامع کیفیت و کسب رضایت ذی‌نفعان برای ارزیابی، بهبود و توسعه‌ی عملکرد سازمانی در سطح ملی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مطالعه دیدگاه مدیران و کارشناسان سلامت ایران در خصوص ساختار و قابلیت به‌کارگیری مدل جایزه‌ی ملی و تعیین ارتباط آن با متغیرهای فردی و سازمانی مورد شناسایی قرار گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی و مداخله‌ای بوده که در سال ۹۰-۱۳۸۹ هجری شمسی انجام گرفت. از ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳ دانشگاه با حجم نمونه‌ی آسان انتخاب شدند. در هر ۱۳ دانشگاه منتخب یک کارگاه ۲ روزه آموزشی برگزار و دیدگاه مدیران و کارشناسان بعد از آشنایی با اصول، معیارها و زیرمعیارها و وزن‌دهی آن‌ها، نسبت به رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار با استفاده از پرسش‌نامه که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت، بررسی و با آزمون‌های آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۲۸۵ نفر نظرسنجی شده ۱۶۱ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات، بیش‌تر افراد (۶۰/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند. سمت شغلی ۱۰۹ نفر (۳۸/۲ درصد) مدیر و مابقی کارشناس بوده است. میانگین و انحراف معیار سابقه‌ی خدمت $6/5 \pm 16/8$ سال بوده است. حدود ۹۰ درصد افراد مورد مطالعه اصول و ارزش‌های مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران را در سطح خیلی زیاد و زیاد سازگار با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت اعلام نمودند. سطح منطقی بودن امتیازدهی به معیارهای مدل با میانگین و انحراف معیار $4/1 \pm 0/8$ (از ۵ نمره‌ی کل) در تطابق با نظام سلامت ایران قضاوت شده است. کارت امتیازدهی رادار (RADAR - Approach - Results - Deployment - Assessment - Refine) با میانگین و انحراف معیار $3/7 \pm 0/8$ (از ۵ نمره‌ی کل) ابزار مؤثری برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران و شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود اعلام شده است. دیدگاه مدیران و کارشناسان در هیچ‌کدام از موارد با متغیرهای فردی و تیپ‌بندی دانشگاه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار نداشت ($Pvalue > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران ابزار مناسبی برای بهبود و ارتقای سازمان‌های نظام سلامت ایران می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بهره‌وری؛ نظام‌های مراقبت سلامت؛ مدل تعالی سازمانی

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۹۴۰ در دانشگاه علوم پزشکی تهران و

با حمایت معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

۱- استاد، اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: dnshirvani@gmail.com

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱ اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۲۰

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۱

ارجاع: مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، ملکی محمدرضا. ساختار و قابلیت بهره‌مندی از مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۳۱-۹۴۰.

مقدمه

در جامعه کنونی، همه‌ی سازمان‌ها برای بقا و رشد ناچار به تغییر بوده و به موازات تغییرات جهانی باید برای تغییر اساسی در فرهنگ، استراتژی، آموزش، خلاقیت و نوآوری و مهندسی مجدد اقدام نمایند (۱). مدیریت کیفیت جامع که برای ایجاد آمادگی سازمان‌ها جهت پاسخ بهینه به نیازهای جدید در نیمه‌ی دوم قرن بیستم شکل گرفت، تطابق اهداف استراتژیک سازمان را با کیفیت، رضایت‌مندی مشتریان، مشارکت کارکنان، تعهد مدیریت ارشد و ثبات هدف الزامی نموده است (۲-۴). متعاقب سازمان‌های صنعتی، سازمان‌های نظام سلامت هم در راستای تغییرات پیش آمده در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بهره‌مندی از مدیریت جامع کیفیت را مورد توجه قرار دادند (۵). مطالعات نشان می‌دهند که اکثر سازمان‌های نظام سلامت با اجرای مدیریت جامع کیفیت در ایجاد تغییرات اساسی و بهبود و توسعه‌ی عملکرد موفق بوده‌اند (۶-۷). مدل‌های متعدد و متنوعی طراحی شدند که میزان موفقیت در تغییرات اساسی و بهبود و توسعه‌ی عملکرد را در راستای استقرار مدیریت جامع کیفیت در ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار دهند (۸-۹). گروهی از این مدل‌ها تحت عنوان مدل‌های تعالی سازمانی، جوایز کیفیت یا برتری‌جویی که در سطح ملی و جهانی ارایه شدند، سازمان‌ها را برای رسیدن به کمال مطلوب تشویق و هدایت می‌نمایند (۱۱-۱۰). جایزه‌ی Deming اولین مدل تعالی شناخته شده‌ی جهانی می‌باشد که در سال ۱۹۵۱ میلادی توسط انجمن دانشمندان و مهندسان ژاپنی طراحی شده است (۱۲). به دنبال آن جایزه‌ی کیفیت کانادا (۱۳) در سال ۱۹۸۴ میلادی، جایزه‌ی ملی کیفیت Malcom Baldrige آمریکا (۱۴) در سال ۱۹۸۷ میلادی، جایزه‌ی کیفیت استرالیا (۱۵) در سال ۱۹۸۸ میلادی و جایزه‌ی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا یا EFQM (European Foundation for Quality Management) (۱۶) در سال ۱۹۹۱ میلادی ارایه گردید. در ایران ۲ مدل تعالی سازمانی شامل جایزه‌ی ملی کیفیت ایران (۱۷) در سال ۱۳۸۱ خورشیدی و جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران (۱۸) که با استقبال وسیع‌تری مواجه شده در سال ۱۳۸۲ خورشیدی طراحی و در سطح ملی مورد استفاده قرار گرفت.

مطالعات نشان می‌دهد تا به حال بیش از ۱۰۰ مدل تعالی سازمانی تحت عنوان‌های مختلف، جایزه‌ی کیفیت معرفی شدند و بیش از ۸۰ کشور این مدل‌ها را جهت ارزیابی عملکرد سازمان‌هایشان به کار گرفته‌اند (۲۰-۱۹). در بین مدل‌های متنوع تعالی سازمانی گرچه تشابهاتی زیادی وجود دارد، ولی هر کدام از یک تا چند مورد با دیگر مدل‌ها تفاوت دارند که دلایل عمده‌ی این تفاوت‌ها به خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ ملی نسبت داده می‌شود (۲۱). اما با بررسی بیش‌تر می‌توان نتیجه گرفت که بعضی از تفاوت‌های موجود بین مدل‌ها، ناشی از دیدگاه‌ها و نگرش‌های صاحب‌نظران و طراحان مدل بوده است. به‌طور مثال همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، مدل‌های تعالی سازمانی طراحی شده در کشورهای انگلوساکسن از قبیل آمریکا، کانادا، انگلیس و استرالیا با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی مشترک، تفاوت‌های بارزی در معیارها و امتیازدهی آن‌ها وجود دارد. تفاوت بین معیارها و امتیازدهی در دو جایزه‌ی ملی کیفیت طاووس طلایی (۲۲) و جایزه‌ی کیفیت Rajiv Gandhi هندوستان (۲۳) تفاوت بین جایزه‌ی Deming ژاپن (۱۲) با جایزه‌ی کیفیت ژاپن (۲۴)، تفاوت بین جایزه‌ی ملی کیفیت ایران (۱۷) با جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران (۱۸)، مثال‌های دیگری از تأثیر دیدگاه‌ها و نظرات صاحب‌نظران و طراحان مدل در یک قلمرو ملی با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی واحد می‌باشد. بنابراین مقبولیت هر کدام از مدل‌های تعالی سازمانی خارج از خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ ملی می‌تواند به تمایلات و دیدگاه‌های مدیران و کارشناسان یک سازمان هم وابسته باشد (۲۵).

Moeller و همکاران در کشور آلمان و Jackson در انگلستان با به‌کارگیری مدل تعالی سازمانی در بخش بهداشت و درمان، اثربخشی این مدل را در کاهش هزینه‌ها و افزایش سطح عملکرد تشریح نمودند (۲۶). Ennis و Harrington در تحقیق خود در سازمان‌های بخش بهداشت و درمان ایرلند، راه فایق آمدن بر خواسته‌ها و انتظارات مشتریان این بخش و افزایش کارایی و اثربخشی عملکرد آنان را در به‌کارگیری مدل تعالی سازمانی معرفی می‌کنند (۲۷-۲۸). در مطالعه‌ی قمری و همکاران، سجادی و همکاران، فاتح‌پناه و همکاران که عملکرد تعدادی از بیمارستان‌های ایران با مدل تعالی سازمانی ارزیابی شده است، کارآمدی این مدل

می‌باشد، با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام سلامت ایران در تطابق و سازگاری نمی‌باشد؟ و یا مدیران و کارشناسان آن تمایل و گرایش مثبتی به آن ندارند؟ در مطالعه‌ای که به منظور تعیین میزان آشنایی مدیران و کارشناسان ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی با مدل‌های تعالی انجام گرفت، نشان می‌دهد که تنها یک درصد با مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران آن هم در سطح ضعیف آشنا بودند (۳۳). بنابراین این مطالعه به منظور اجرای طرح مداخله‌ی آموزشی و بررسی دیدگاه مدیران و کارشناسان حوزه‌ی سلامت ایران در خصوص ساختار و قابلیت به‌کارگیری مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران و تعیین ارتباط آن با متغیرهای فردی و سازمانی انجام گرفت.

جهت شناخت نقاط قوت و زمینه‌های نیاز به بهبود و افزایش سطح عملکرد سازمانی مورد تأیید قرار گرفت (۳۱-۲۹). سوابق ۸ سال (۸۹-۱۳۸۲ خورشیدی) اعطای جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی در ایران نشان می‌دهد که از بین ۵۶۱ سازمان برنده‌ی یکی از سطوح جایزه، سهم سازمان‌های بخش سلامت تنها ۲۲ مورد یا ۳/۹ درصد بوده است که عمدتاً بیمارستان‌ها را شامل می‌شود (۳۲). چرا سازمان‌های بخش سلامت ایران نسبت به سازمان‌های بخش صنعتی و خدماتی کمتر از مدل تعالی سازمانی استقبال نمودند؟ آیا مدیران و کارشناسان از ساختار و کارکردهای مدل تعالی ناآشنا هستند؟ آیا ساختار و کارکردهای جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران که اقتباس شده از مدل تعالی سازمانی EFQM

جدول ۱: تفاوت معیارها و وزن‌دهی جوایز ملی کیفیت در کشورهای با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ مشترک

معیارها و وزن‌دهی جوایز ملی کیفیت هندوستان		معیارها و وزن‌دهی جوایز ملی کیفیت انگلوساکسن		معیارها و وزن‌دهی جوایز ملی کیفیت کانادا			
جایزه‌ی کیفیت ژاپن	جایزه‌ی دمینگ	جایزه‌ی راجیو گاندی	جایزه‌ی طاووس طلایی	انگلستان	استرالیا	مالکوم بالدريج امريکا	کانادا
رهبری (۱۲۰)	خط‌مشی‌های مدیریت و توسعه‌ی آن (۱۰۰)	رهبری (۱۰۰)	رهبری (۱۲۰)	رهبری (۱۰۰)	رهبری (۱۸۰)	رهبری (۱۲۰)	رهبری (۱۰۰)
مسئولیت اجتماعی مدیریت (۵۰)	توسعه‌ی محصول جدید، نوآوری فرایند کار (۲۰)	اهداف و استراتژی (۱۰۰)	برنامه‌ریزی استراتژیک (۸۰)	استراتژی (۱۰۰)	استراتژی و برنامه‌ریزی (۱۰۰)	برنامه‌ریزی استراتژیک (۸۵)	برنامه‌ریزی (۱۰۰)
درک متقابل بازار و مشتریان (۱۱۰)	حفظ و ارتقا (۲۰)	مدیریت منابع انسانی (۵۰)	مدیریت منابع انسانی (۱۰۰)	کارکنان (۱۰۰)	اطلاعات و دانش (۱۰۰)	تمرکز بر مشتری (۸۵)	تمرکز بر مشتری (۱۷۰)
برنامه‌ریزی و توسعه‌ی استراتژی (۶۰)	مدیریت سیستم (۱۰)	منابع (۱۰۰)	مدیریت فرایندها (۱۲۰)	شرکا و منابع (۱۰۰)	کارکنان (۱۶۰)	اندازه‌گیری، تحلیل و مدیریت دانش (۹۰)	مدیریت فرایندها (۱۷۰)
تحلیل اطلاعات و توانایی فردی و بهره‌برداری از تکنولوژی اطلاعات (۱۰۰)	توانایی فردی و بهره‌برداری از تکنولوژی اطلاعات (۱۵)	فرایندها (۱۰۰)	رضایت کارکنان (۱۰۰)	فرایندها، محصولات و خدمات (۱۰۰)	تمرکز بر مشتری و بازار (۱۵۰)	تمرکز بر منابع انسانی (۸۵)	تمرکز بر شرکا و عرضه‌کنندگان (۵۰)
ایجاد فرایندهای ارزشمند (۱۰۰)	توسعه‌ی منابع انسانی (۱۵)	تمرکز بر نتایج مشتریان (۱۵۰)	رضایت مشتریان (۱۵۰)	نتایج مشتری (۱۵۰)	مدیریت، ارتقا و نوآوری فرایندها (۱۶۰)	مدیریت فرایندها (۸۵)	عملکرد کلی تجاری (۲۴۰)
مدیریت اطلاعات (۶۰)	فعالیت‌های ویژه (۱۰۰)	رضایت کارکنان (۱۰۰)	پیامدهای اجتماعی (۱۰۰)	نتایج کارکنان (۱۰۰)	موفقیت و قابلیت تداوم بخشیدن (۱۵۰)	نتایج تجاری (۴۵۰)	تمرکز بر کارکنان (۱۷۰)
نتایج فعالیت (۴۰۰)	نقش مدیریت ارشد (۱۰۰)	پیامدهای محیطی و جامعه (۱۰۰)	نتایج کسب و کار (۱۵۰)	نتایج جامعه (۱۰۰)			
		نتایج کسب و کار (۱۵۰)	مدیریت اطلاعات (۸۰)	نتایج کلیدی (۱۵۰)			

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی و مداخله‌ای بوده که در محدوده زمانی ۹۰-۱۳۸۹ خورشیدی به مدت یک سال انجام گرفت. از ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳ دانشگاه با حجم نمونه‌ی آسان و با در نظر گرفتن تیپ‌بندی (۳۴) به‌صورت طبقه‌ای و تصادفی منظم شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، کرمان و گیلان از تیپ یک، دانشگاه‌های علوم پزشکی سمنان، مازندران، هرمزگان، همدان، یزد از تیپ دو و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ایلام، خراسان جنوبی، رفسنجان، قم و گناباد از تیپ سه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای مداخله مراحل زیر اجرا گردید:

مرحله‌ی اول: محاسبه‌ی هزینه‌ی مداخله، مذاکره با مسؤولین مرتبط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اخذ موافقت و تأمین منابع مالی مورد نیاز جهت برگزاری کارگاه کشوری و انتخاب دانشگاه میزبان.

مرحله‌ی دوم: یک کارگاه ۳ روزه‌ی کشوری با شرکت ۳ نفر از مدیران هر ۱۳ دانشگاه که حداقل ۵ سال سابقه‌ی کار، سابقه‌ی شرکت در کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی و استراتژیک و مدیریت جامع کیفیت و سابقه‌ی مشارکت در تدوین برنامه‌ی عملیاتی و ارزیابی عملکرد داشتند، برگزار گردید. در کارگاه ۳ روزه‌ی کشوری مدیران با مفاهیم بنیادین، بخش‌ها، معیارها و زیرمعیارها و وزن‌دهی آن‌ها، رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار مدل آشنا شدند و موافقت نمودند که با مساعدت در برگزاری کارگاه دانشگاهی، مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران را به همه مدیران و کارشناسان ستادی آموزش دهند.

مرحله‌ی سوم: برگزاری کارگاه ۳ روزه‌ی دانشگاهی در هر کدام از ۱۳ دانشگاه منتخب که کلیه‌ی مدیران و کارشناسان ستادی هر دانشگاه به صورت سرشماری برای شرکت در کارگاه دعوت شدند. در روز اول و دوم مفاهیم بنیادین، بخش‌های توانمندسازها و نتایج، معیارها و زیرمعیار و امتیازات آن‌ها، رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار مدل آموزش داده شد. در انتهای روز سوم مدیران و کارشناسان بعد از آشنایی با مدل و شرکت در کار گروهی و بحث و تبادل نظر، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته را به صورت فردی تکمیل نمودند.

پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده از ۲ قسمت شامل ۱- متغیرهای فردی با چهار سوال جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت شغلی (مدیر/ کارشناس) و سوالات اختصاصی با ۱۲ سوال بسته با مقیاس کافمن (بلی/ خیر) و لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) و ۴ سوال باز در خصوص ساختار و توانمندی مدل بوده که روایی آن به روش صوری و کسب نظر خبرگان و پایایی آن با آزمون کرونباخ ۹۳ درصد تأیید گردیده، تشکیل شده بود.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار Excel شده و با آزمون Spearman و Kendal's برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های Kruskal Wallis و Mann-Whitney برای مقایسه‌ی میانگین‌ها و آزمون Chi-Square برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۳۲۷ نفر شرکت‌کننده در ۱۳ کارگاه دانشگاهی، ۲۸۵ نفر در ۳ روز کارگاه به طور کامل حضور فعال داشتند و با شرکت در بحث و تبادل نظر گروهی، پرسش‌نامه‌ی نظرسنجی را به طور دقیق و کامل تکمیل نمودند. از ۲۸۵ نفر نظرسنجی شده ۱۶۱ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد و ۱۲۴ نفر (۴۲/۵ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات، ۱۷۲ نفر (۶۰/۴ درصد) لیسانس، ۴۶ نفر (۱۶/۱ درصد) فوق لیسانس، ۶۴ نفر (۲۲/۵ درصد) دکتری حرفه‌ای و ۳ نفر (۱/۱ درصد) دکتری تخصصی داشتند.

سمت شغلی ۱۰۹ نفر (۳۸/۲ درصد) مدیر و ۱۷۶ نفر (۶۱/۸ درصد) کارشناس بوده است. سابقه‌ی خدمت ۶۵ نفر (۲۲/۹ درصد) کم‌تر از ۱۰ سال، ۱۴۶ نفر (۵۱/۴ درصد) ۱۰ تا ۲۰ سال و برای ۷۳ نفر (۲۵/۷ درصد) ۲۱ تا ۳۰ سال، با میانگین انحراف معیار سابقه‌ی خدمت $۱۶/۸ \pm ۶/۵$ سال بوده است.

در خصوص سطح مطابقت و سازگاری اصول و ارزش‌های مدل با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت ایران پاسخ‌های داده شده از ۹۲ درصد تطابق و سازگاری در مورد رهبری با دوراندیشی، الهام‌بخشی و درستی تا ۸۲ درصد در مورد ایجاد شراکت‌ها متفاوت بوده است. جدول

۲ سطح مطابقت و سازگاری هر کدام از ۸ مفاهیم بنیادین را از دیدگاه مدیران نشان می‌دهد.

جدول ۲: سطح مطابقت و سازگاری اصول و ارزش‌های مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت ایران از دیدگاه مدیران و کارشناسان آموزش دیده

ردیف	ارزش‌ها و مفاهیم بنیادین	سطح مطابقت و سازگاری مفاهیم بنیادین								
		خیلی زیاد		زیاد		متوسط				
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
۱	دست‌یابی به نتایج متوازن	۱۰۷	۳۵/۵	۱۴۶	۵۲/۲	۲۸	۹/۸	۴	۱/۴	۴/۳±۰/۷
۲	ارزش‌افزایی برای مشتریان	۱۱۹	۴۱/۸	۱۳۱	۴۶	۲۴	۸/۴	۱۱	۳/۹	۴/۳±۰/۸
۳	رهبری با دوراندیشی، الهام‌بخشی و درستی	۱۷۳	۶۰/۷	۸۹	۳۱/۲	۲۰	۷	۳	۱/۱	۴/۵±۰/۷
۴	مدیریت به وسیله‌ی فرایندها	۱۳۸	۴۸/۴	۱۱۳	۳۹/۶	۲۹	۱۰/۲	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷
۵	موفقیت از طریق کارکنان	۱۷۷	۶۲/۱	۷۷	۲۷	۲۵	۸/۸	۶	۲/۲	۴/۵±۰/۸
۶	پرورش خلاقیت و نوآوری	۱۵۰	۵۲/۶	۱۰۷	۳۷/۵	۲۳	۸/۱	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷
۷	ایجاد شراکت‌ها	۱۰۳	۳۶/۱	۱۳۲	۴۶/۳	۴۲	۱۴/۷	۸	۲/۸	۴/۲±۰/۸
۸	مسئولیت‌پذیری برای آینده‌ای پایدار	۱۴۲	۴۹/۸	۱۰۸	۳۷/۹	۳۰	۱۰/۵	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷

در خصوص منطقی بودن امتیازدهی به معیارهای مدل در تطابق با نظام سلامت ایران، ۹۱ نفر (۳۲ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۳۵ نفر (۴۷ درصد) زیاد، ۴۶ نفر (۱۶ درصد) متوسط و ۱۳ نفر (۵ درصد) مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار $4/1 \pm 0/8$ (از کل ۵ نمره) موافق بودند. بالاترین سطح قضاوت منطقی بودن امتیازدهی مربوط به نتایج کلیدی عملکرد با میانگین و انحراف معیار $4/2 \pm 0/8$ و پایین‌ترین سطح مربوط به رهبری با میانگین و انحراف معیار $3/8 \pm 0/9$ بوده و ۵۹ نفر (۲۱ درصد) اعلام نمودند که امتیاز رهبری باید بیش‌تر از ۱۰۰ امتیاز باشد. با تأثیرگذاری نمرات پیشنهادی تعداد پاسخ‌دهندگان مذکور، میانگین امتیاز پیشنهادی به معیار رهبری به $21/4 \pm 107/5$ رسید. بین جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت سازمانی و اعلام سطح تطابق امتیازدهی و سازگاری آن با ساختار و کارکرد سازمان‌های نظام سلامت ایران رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت ($Pvalue > 0/05$).

بین وزن‌های داده شده توسط مدیران و کارشناسان آموزش دیده و تحصیلات آن‌ها با آزمون Kendall's فقط در معیار رهبری به ازای بالا رفتن سطح تحصیلات همبستگی مثبت ضعیف وجود داشت ($Pvalue = 0/020$, $r = 0/138$).

بین جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت سازمانی و اعلام سطح مطابقت و سازگاری در هیچ‌کدام از مفاهیم بنیادین رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت ($Pvalue > 0/05$).

در خصوص نیاز به اضافه کردن ارزش دیگری علاوه بر ۸ ارزش بنیادین مدل برای نظام سلامت ایران، توجه به ارزش‌های انسانی، تقویت ارزش‌های دینی و اعتقادی جامعه، شایسته‌سالاری، عدالت محوری، نقد‌پذیری، اخلاق محوری و مواردی دیگری در حد معدود ذکر گردید.

در خصوص منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای مدل به ۲ بخش توانمندسازها و نتایج، ۳۲ نفر (۱۱/۲ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۹۶ نفر (۶۸/۸ درصد) زیاد، ۴۷ نفر (۱۶/۵ درصد) متوسط و ۱۰ نفر مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار $3/9 \pm 0/6$ (از کل ۵ نمره) موافق بودند.

با آزمون Chi-square بین جنس، سمت، سطح تحصیلات مدیران و کارشناسان و اعلام سطح منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای اصلی مدل به ترتیب ($Pvalue = 0/137$), ($Pvalue = 0/436$) و ($Pvalue = 0/452$) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. با آزمون Kendall's بین سابقه‌ی کار مدیران و کارشناسان و اعلام سطح منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای اصلی مدل ارتباط معنی‌دار وجود نداشت ($Pvalue = 0/301$, $r = 0/123$).

درون ارزش رهبری با دوراندیشی، الهام بخشی و درستی مدل جایزه ملی و شایسته سالاری هم در ارزش موفقیت از طریق کارکنان لحاظ شده است.

یکی از تفاوت‌های مدل جایزه ملی با خیلی از مدل‌های تعالی سازمانی، بخش‌بندی شدن معیارها به ۲ بخش توانمندسازها و نتایج هر کدام با ۵۰۰ امتیاز می‌باشد که جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران آن را از مدل EFQM اقتباس نموده است (۱۸). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت مدیران و کارشناسان این بخش‌بندی را برای ایجاد تعادل بین آن چیزی که سازمان هزینه می‌کند با آن مواردی که به‌عنوان نتایج به‌دست می‌آورد، مناسب می‌دانند. چرا که اجرای برنامه‌های متعدد و متنوع با صرف هزینه‌های زیاد بدون کسب نتایج لازم توجیه‌ناپذیر و کسب نتایج مورد انتظار هم بدون زیرساخت مناسب، تقریباً ناممکن خواهد بود. در جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران به خاطر توجه به برقراری تعادل بین ۲ بخش، یکی از الزامات کسب جایزه‌ی تندیس‌ها (امتیاز ۴۵۰ و بالاتر) تعادل امتیاز بین توانمندسازها و نتایج با اختلاف کم‌تر از ۱۰ درصد کل امتیاز تعیین شده است (۱۸).

نتایج مطالعه در خصوص سطح منطقی بودن وزن‌دهی به معیارهای مدل در تطابق با وظایف و کارکردهای سازمان‌های نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که حدود سه چهارم مدیران و کارشناسان وزن‌دهی معیارهای مدل EFQM را مناسب می‌دانند و آن تعدادی که مناسب نمی‌دانستند میانگین نمره‌ی پیشنهادی در هیچ‌کدام از ۹ معیار کم‌تر یا بیش‌تر از ۱۰ درصد امتیاز داده شده در مدل جایزه ملی نبوده است. از بین ۹ معیار، بیش‌ترین تفاوت میانگین امتیاز پیشنهادی مربوط به معیار رهبری با ۷ درصد بیش‌تر از مدل جایزه ملی بوده است. رهبری یکی از معیارهایی است که تقریباً در تمامی مدل‌های تعالی، به‌عنوان اولین معیار اصلی، نام‌گذاری شده است (۳۶). بنا به اعتقاد key (۳۷) امروزه توسعه‌ی رهبری به‌عنوان یک نیاز لوکس تلقی نمی‌شود، بلکه یک ضرورت است. Badri (۳۸) معیار رهبری را به‌عنوان هادی تمامی اجزای سیستم مدل تعالی، اندازه‌گیری، تحلیل و مدیریت سازمان، برنامه‌ریزی استراتژیک و مدیریت فرایندها می‌داند. بر اساس اهمیت نقش

در خصوص اضافه کردن معیار دیگری به ۹ معیار مدل برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های نظام سلامت ایران، مواردی از قبیل توسعه‌ی ارتباطات و تکنولوژی اطلاعات (۳۹ نفر)، هماهنگی برون‌بخشی (۱۴ نفر)، تکریم کارکنان و ارباب رجوع (۹ نفر)، فرهنگ و رفتار سازمانی (۷ نفر) و مواردی دیگری به تعداد معدود پیشنهاد شده است.

در خصوص سطح کاربردی بودن کارت امتیازدهی رادار برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران و قدرت یا توان شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود، ۳۶ نفر (۱۲/۶ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۴۷ نفر (۵۱/۸ درصد) زیاد، ۸۸ نفر (۳۰/۹ درصد) متوسط و ۱۴ نفر (۵ درصد) مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار $3/7 \pm 0/8$ (از کل ۵ نمره) موافق بودند.

مدیران و کارشناسان آموزش دیده در پاسخ به سوالی مبنی بر ضرورت آموزش مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران برای مدیران و کارشناسان ستادی سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۱۰۱ نفر (۳۵/۴ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۲۷ نفر (۴۴ درصد) زیاد، ۴۸ نفر (۱۶/۸ درصد) متوسط و ۹ نفر مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار $4/1 \pm 0/8$ (از کل ۵ نمره) نظر خود را اعلام نمودند.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق مدیران و کارشناسان، کل ۸ مفهوم بنیادین مدل را سازگار با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی ایران اعلام نمودند که این با مطالعه اعتمادیان هم‌خوانی دارد (۳۵). به‌عبارتی هیچ‌کدام از ارزش‌های مدل نه تنها در تضاد با ارزش‌های نظام سلامت ایران نمی‌باشند بلکه هر کدام می‌توانند در رشد و تعالی سازمان‌های نظام سلامت ایران نقش محوری ایفا نمایند. اما در خصوص تکمیل ارزش‌های مدل مواردی که پیشنهاد شده است، هر کدام‌شان به نوعی در یک یا چند تا از ۸ ارزش اصولی مدل وجود دارد. به‌طور مثال عدالت‌محوری، نقدپذیری، اخلاق‌محوری که به‌عنوان ارزش‌های مهم و تأثیرگذار در رشد و پویایی سازمان‌های نظام سلامت ایران پیشنهاد شده است، در

دارد، ابزار مناسبی برای ایجاد پایایی محسوب می‌شود، هم‌خوانی دارد (۴۲-۴۱).

نتیجه‌گیری

مدل جایزه‌ی ملی ضمن سازگاری و تطابق با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی نظام سلامت، ابزار مناسبی برای ارزیابی، بهبود و ارتقای عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برگزاری کارگاه‌های کشوری و دانشگاهی نسبت به ایجاد دانش و مهارت به‌کارگیری مدل در سطح مدیران و کارشناسان ستادی اقدام و با طراحی و اجرای پروژه‌ی مداخله‌ای، شیوه‌های رایج ارزیابی و بهبود عملکرد در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی را با استفاده از مدل جایزه‌ی ملی بازبینی و اصلاح نماید.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی و پشتیبانی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، از معاون محترم بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه و معاونان محترم فنی و اجرایی آنان به خاطر برگزاری کارگاه دانشگاهی و از مدیران و کارشناسان محترم که ضمن شرکت فعال در کار گروهی در تکمیل پرسش‌نامه صمیمانه مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

رهبری، وزن آن برخلاف مدل جایزه‌ی ملی، در بیش از نیمی از مدل‌های تعالی بیش از ۱۰۰ امتیاز می‌باشد. بنابراین گرایش مثبت در این مطالعه برای افزایش امتیاز رهبری به خیلی از مدل‌های طراحی شده که امتیاز رهبری در آن بیش از ۱۰۰ می‌باشد، مثل جایزه‌ی تعالی کسب و کار استرالیا (۱۵) و جایزه‌ی کیفیت Fiji (۳۹) با اختصاص ۱۸۰ امتیاز به رهبری تا حدودی هم‌خوانی دارد.

در خصوص اضافه شدن معیار دیگری به ۹ معیار مدل جایزه‌ی ملی، بیش‌ترین مورد پیشنهادی اضافه کردن معیار توسعه‌ی ارتباطات و تکنولوژی اطلاعات بوده است که این با تعدادی از مدل‌های تعالی مثل جایزه‌ی کیفیت تایلند (۴۰)، طاووس طلایی هند (۲۲)، Fiji (۳۹)، استرالیا (۱۵) و Malcom Baldrige آمریکا (۱۴) با داشتن معیار جداگانه تحت عنوان مدیریت اطلاعات و دانش با ۸۰ تا ۱۲۰ امتیاز هم‌خوانی دارد. گرچه در مدل جایزه‌ی ملی زیرمعیار d و e معیار شرکا و منابع و قسمتی از زیرمعیار b نتایج کلیدی مواردی مثل تکنولوژی، اطلاعات و دانش در نظر گرفته شده است، ولی با توجه به هزینه‌ی قابل ملاحظه و کندی در توسعه یافتگی آن در ایران شاید جداکردن آن به‌عنوان معیار مستقل، توجیه داشته باشد. مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد با استفاده از کارت امتیازدهی رادار (RADAR) می‌توان سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران را ارزیابی نمود که این با مطالعه‌ای که گزارش شده بیش از ۶۰ درصد سازمان‌ها مدل تعالی سازمانی را برای خودارزیابی استفاده می‌نمایند و کارت امتیازدهی رادار با ویژگی‌هایی که

References

1. Strachan PA. Managing transformational change: The learning organization and team working. Team performance management 1996; 2(2): 32-40.
2. McDonald I, Zairi M, Idris MA. Sustaining and transferring excellence: A framework of best practice of TQM transformation based on winners of Baldrige and European Quality Awards. Measuring Business Excellence 2002; 6(3): 20-30.
3. Karuppusami G, Gandhinathan R. Pareto analysis of critical success factors of total quality management: A literature review and analysis. The TQM Magazine 2006; 18(4): 372-85.
4. Rao Tummala VM, Tang CL. Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis. International Journal of Quality and Reliability Management 1996; 13(4): 8-38.
5. Smith AE, Swinehart KD. Integrated systems design for customer focused health care performance measurement: a strategic service unit approach. International Journal of Health Care Quality Assurance 2001; 14(1): 21-9.

6. Lin C, Madu CN, Kuei CH. The relative efficiency of quality management practices: A comparison study on American-, Japanese-, and Taiwanese-owned firms in Taiwan. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2004; 21(5): 564-77.
7. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs* 1990; 9(2): 186-92.
8. Nabitiz UW, Klazinga NS. EFQM Approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 65-70.
9. Curkovic S, Melnyk S, Calantone R. Validating the Malcolm Baldrige National Quality Award framework through structural equation modeling. *International Journal of Production Research* 2000; 38(4): 765-91.
10. Faraji HR. Quality pioneers. *Tadbir* 2003; 14(137): 58-66. [Article in Persian]
11. Peters TJ, Waterman RH. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. London: Harper Collins Publishers; 1982.
12. JUSE. The Deming Prize [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.juse.or.jp/e/deming/index.html>. [Cited 2011 Mar 17].
13. NQI. Canada Awards for Excellence [Online]. 2007. Available form: URL: <http://www.nqi.ca/awards>.
14. NIST. Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program [online]. 2009-2010. Available form: URL: <http://baldrige.nist.gov>.
15. SAIGLOBAL. Australian business Excellence Award [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.sai-global.com>.
16. EFQM. EFQM Excellence Award [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.efqm.org/>.
17. Iranian National Productivity and Excellence Award [Online]. Available from: URL: <http://www.iranward.org>. [Cited 2011 Jun 19].
18. Organization of industrial management. Iranian National Quality Award [Online]. Available from: URL: <http://www.Inqa.com>. [Cited 2010 Dec 17].
19. Mavroidis V, Toliopoulou S, Agoritsas C. A comparative analysis and review of national quality awards in Europe: Development of critical success factors. *The TQM Magazine* 2007; 19(5): 454-67.
20. Talwar B. Evolution of 'Universal Business Excellence Model' incorporating Vedic Philosophy [Thesis]. India: Indian Institute of Technology. Ro orkee; 2008.
21. Kanji Gk, Bin AM, Tambi AM. Total quality management in UK higher education institutions. *Total Quality Management* 1999; 10(1): 23-7.
22. Golden Peacock Awards. Golden Peacock National Quality Award [Online]. 2007. Available from: URL: <http://www.goldenpeacockawards.com/gpnqa.htm>. [Cited 2011 Dec 08].
23. Tan KC, Khoo HH. Indian society, total quality and the Rajiv Gandhi National Quality Award. *Journal of Management Development* 2002; 21(6): 417-26.
24. JQA. Japan Quality Award [Online]. 2010 Available from: URL: <http://www.jqac.com/WebSite.nsf/NewMainPageE>. [Cited 2010 March 23].
25. Williams R, Bertsch B, Van der wile A, Van lawarden J, Dale B. self assessment against business excellence models: A critique and perspective. *Total quality management and business excellence* 2006; 10(17): 1287-300.
26. Moeller J, Breinlinger OJ, Elser J. Quality Management in German health care- The EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; 13(6-7): 254-58.
27. Jackson S. Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of selfassessment and business Excellence. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 59-64.
28. Downey-Ennis K, Harrington D. In search of excellence in Irish health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2002; 15(2): 65-73.
29. Qamary M, Nasiri Pour AA, Karimi I. The Self- Assessment Results Based on Iran National Quality Award in Central Hospital of Oil Industry 2006. *Journal of Health Administration (JHA)* 2010; 13(39): 55-64. [Article in Persian]
30. Sajjadi H, Hariri MH, Karimi S, baratpoor S. Self-evaluation of Hospitals and Medical education centers performance under Isfahan University of Medical Sciences using EFQM in 2007. *Medical Research* 2008; 32(3): 227-31. [Article in Persian]
31. Fatehpanah A, Maleki M, Gouhari M. Performance of H N Hospital based on Knowledge Management Criteria According to Health and Education Category of Malcolm Baldrige Model. *Health Inf Manage* 2011; 8(4): 580-7. [Article in Persian]

32. Maleki MR, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Tofighi S, Kabir MJ, Jafari N. Necessity of Reviewing Common Performance Evaluation Methods in Vice-Chancellery for Health of Universities/ Schools of Medical Sciences in Iran Using Excellence Models. *Hakim* 2011; 14(1): 50-6. [Article in Persian]
33. Motlagh, ME, Jafari N, Kabir MJ, Maleki MR, Tofighi SH, Nasrollahpour Shirvani D. Results of national project of managerial and organizational infrastructures in health deputy of iran universities of Medical Sciences to implementation of excellence model. *Health Management* 2010; 14(45): 27-34. [Article in Persian]
34. Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Benchmarking records in the health departments of the Universities of Medical Sciences of Iran in the years 2008-2010. *Research journal of Medical Sciences (Medwell Journals)* 2011; 5(3): 161-5. [Article in Persian]
35. Ehtemadi M. Utilization from the EFQM model for evaluating the performance of enterprises and public sector organizations and experience of Iran and Britain. *Proceeding of the Third International Conference on Quality Management*; 2002 Dec 7; Tehran: Sweden Ecology Center; 2002.
36. Mayer SM, Collier DA. An empirical test of the causal relationships in the Baldrige health care pilot criteria. *Journal of operations management* 2001; 19(4): 403-25.
37. Kay D, Harrington D. In Search of Excellence in Irish Health Care. *International of Journal Health Care Quality Assurance* 2002; 15(2): 65-73.
38. Badri MA, Selmin H, Alshahr K, Gradon EE, Younis H, Abdulla M. The Baldrige Education criteria for performance Excellence Framwork: Empirical test and validation. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2006; 23(9): 1118-57.
39. Djerdjouri M. National quality and business excellence awards in a developing country: the Fiji National Quality Award. *The TQM Magazine* 2004; 16(2): 120-4.
40. Tangsanga D, Bunyagidj B, Noisirisuk S. The Quest for Global Competitiveness through National Quality and Business Excellence Awards [Report]. Tokyo: Asian Productivity Organization; 2002.
41. Eskildsen JK, Kristensen K, Juhl HJ. Trends in EFQM criterion weights; the case of Denmark 1998-2001. *Measuring Business Excellence* 2002; (6)2: 22-8.
42. Michalska J. Using the EFQM excellence model to the process assessment. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering* 2008; 27(2): 1-4.

The Structure and Utility of Iranian National Productivity and Excellence Award (INPEA) Model in the Health Sector: Perception of Managers and Experts Specialists*

Mohammad Esmail Motlagh¹; Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani²;
Mohammad Reza Maleki³

Original Article

Abstract

Introduction: Iranian national productivity and excellence award model is an effective instrument for the application of total quality management and to achieve satisfaction of stockholders about evaluation, improvement and development of organizational function at a national level. In this study the conception of managers and experts specialists in the health sector of Iran about the structure and application of INPEA model and its relationship to personal and organizational variables was evaluated.

Methods: This cross-sectional and interventional study was conducted in 2010-11 in 13 Universities (from 41 Universities of Medical Sciences of Iran) which were selected by stratified and systematic randomized. In all 13 selected Universities, an educational workshop was performed in 2 days and after perception of managers and experts specialists about principles, criteria, sub-criteria, Weighting of them, self- assessment approaches and the RADAR logic of INPEA model evaluated by a Questionnaire which its validity and reliability was approved. The data analysis was performed by SPSS18.

Results: From 283 persons were surveyed, 161 persons (56.5% of total) were males. 60.4% of persons had bachelor's degree. 109 persons (38.2%) were managers and the others were expert specialists. The mean and Sd of job experience were 18.8 ± 6.5 years. About 90% of persons believed that the principle and values of INPEA model is vary much in political, economic and cultural characteristics of health care organizations. The mean and Sd. of scoring about fitness to Iran health policies was 4.1 ± 0.8 (of total 5). RADAR scoring card with mean and Sd 3.7 ± 0.8 (of total 5) was recognized as an effective instrument for evaluation in the function of organizations in the health sector of Iran and to determine the strange points of the organization and improvable domains. There were not significant correlations between the mean scores of conception of managers and experts specialists and typing of the studied Universities.

Conclusion: INPEA model is a suitable instrument for improvement and promotion of organizations in the health sector of Iran.

Keywords: Productivity; Health Care Systems; Organizational Excellence Models

Received: 21 Nove, 2012

Accepted: 1 May, 2013

Citation: Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR. **The Structure and Utility of Iranian National Productivity and Excellence Award (INPEA) Model in the Health Sector: Perception of Managers and Experts Specialists.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 940.

* This article is derived from a research project (No. 940), supported by Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

1- Professor, Pediatrics, Faculty of Medicine, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (Corresponding Author) Email: dnshirvani@gmail.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Faculty of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran