

- وصول مقاله: ۹۶/۱۱/۱۸
- اصلاح نهایی: ۹۷/۲/۳۰
- پذیرش نهایی: ۹۷/۳/۲

## بررسی عوامل اثرگذار بر روش امتیازدهی اعتباربخشی بیمارستانی در ایران

لادن قدمی<sup>۱</sup>/ایروان مسعودی اصل<sup>۲</sup>/سمیه حسام<sup>۳</sup>/محمود مدبری<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** اعتباربخشی یک مدل حمایتی و جامع جهت بررسی عملکرد بیمارستان است. پژوهش حاضر مطالعه کیفی با هدف بررسی روش امتیازدهی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در ایران انجام گردیده است.

**روش پژوهش:** این پژوهش یک مطالعه کیفی در سال ۹۶ می‌باشد. هدف ما مصاحبه با خبرگان در حیطه سیاست‌گذاری و صاحب‌نظران اعتباربخشی بیمارستانی در ایران بود. بر این اساس با ۲۵ نفر از خبرگان و ارزیابان اعتباربخشی بیمارستانی مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. از روش تحلیل چارچوبی برای آنالیز داده‌های کیفی استفاده شد.

**یافته‌ها:** در مطالعه حاضر، شش موضوع به عنوان عوامل کلیدی اثرگذار بر روش اعتباربخشی بیمارستانی شناسایی شدند. دسته‌بندی استانداردها، نمره‌دهی، وزن‌دهی، رتبه‌بندی نمره کلی، نقش ارزیابان، روش ارزیابی بود. در روش فعلی نمره کلی تفاوت بیمارستان‌ها را مشخص نمی‌نمود وزن‌دهی بصورت شفاف مشخص نبود. گام‌های اجرایی سنجه‌ها که راهنمای اجرا می‌باشند نمره‌دهی شده و مدل تصمیم‌گیری ارزیابان یکسان نبود و ارزیابی‌ها اجباری بوده و توسط سازمان مستقل انجام نمی‌گردید.

**نتیجه‌گیری:** در حیطه دسته‌بندی استانداردها و نحوه نمره‌دهی و وزن‌دهی در ارزیابی اعتباربخشی تغییراتی لازم است. سنجه‌های الزامی در استانداردهای اعتباربخشی حذف شود. پیش شرط ورود به فرآیند اعتباربخشی کسب مجوزهای لازم قبل از اعتباربخشی خواهد بود. پیشنهاد می‌گردد از مقیاس لیکرت برای نمره‌دهی سنجه‌ها استفاده شود. برای استانداردهای ایمنی بیمار وزن بیشتری در نظر گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** بیمارستان، اعتباربخشی، روش امتیازدهی، مطالعه کیفی.

- ۱- دانشجوی دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: masoudi\_1352@yahoo.com
- ۳- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استادیار گروه مدیریت صنعتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

در سال ۱۹۸۵ سازمان بهداشت جهانی هدفی تعیین کرد که تا سال ۱۹۹۰ تمامی کشورهای عضو باید دارای سازکارهای اثربخش برای تضمین کیفیت مراقبت از بیمار در نظام‌های مراقبت سلامت خود باشند [۱]. در سال ۲۰۰۳ این سازمان اعتباربخشی را به عنوان یک مدل حمایتی و جامع جهت بررسی عملکرد بیمارستان شناخت [۲]. اعتباربخشی به معنای ارزیابی سیستمیک مراکز ارائه خدمات سلامت می‌باشد که در جریان آن با استفاده از نظر مجموعه‌ای از خبرگان یک حوزه تخصصی، اقدام به ارزیابی یک سازمان بهداشتی می‌نماید و در مورد اعطای صلاحیت آنها تصمیم‌گیری می‌نماید تا شهرت، اعتبار و رسمیت آن مرکز در توانایی انجام خدمات خاص بصورت استاندارد مشخص گردد [۳، ۴]. چالش فرارو، ایجاد تعادل و توازن بین نقش‌های متخصصین سلامت، سیاست‌گذاران دولتی، عامه مردم و سایر ذینفعان در ارتقای کیفیت و تنظیم استانداردها برای بخش سلامت می‌باشد [۵]. سازمان بهداشت جهانی برخی چالش‌ها در خصوص سیستم‌های اعتباربخشی در کشورهای عضو مدیترانه شرقی را عدم اطمینان از کاربرد داشتن استانداردها برای کلیه بیمارستان‌ها عدم اطمینان از امتیازات واقعی بیمارستان‌ها، نبود سازمان مستقل، عدم مدیریت مالی، دشواری در تفکیک پروانه و مجوز از اعتباربخشی و درک نادرست از نقش ارزیابان عنوان نموده است [۶].

در مقایسه‌ای که کتابچه «ب» استانداردهای بیمارستانی در ارزشیابی بیمارستان‌ها، با اصول ایزو ۹۰۰۰ نسخه ۱۹۹۴ انجام شده است. به دلیل فقدان تجربه کافی در استاندارد نویسی مبتنی بر اصول ایزو، نقصان‌های جدی در ارزشیابی کامل از بیمارستان وجود دارد [۷]. به دلیل مشاهده نقایصی در فرآیند ارزشیابی و نظام جمع‌آوری اطلاعات، فرایند ارزشیابی یکدست نبوده و در تامین اهداف الگوی اعتباربخشی دچار کاستی‌هایی است [۸]. بررسی عواقب ناکارآمد سیستم اندازه‌گیری عملکرد مورد برنامه ملی درجه‌بندی بیمارستان در ایران در سال ۹۴ نشان داد عواقب

ناخواسته این سیستم شامل ارائه اطلاعات نادرست به ارزیابان در زمان ارزیابی‌ها و ایجاد تغییرات کوتاه مدت در بیمارستان‌ها، ایجاد استرس در بین کارکنان بخصوص هفته‌های پیش از ارزیابی در بیمارستان، ایجاد دید تونلی در بین کارکنان بیمارستان باعث می‌شود که پرسنل از موارد مهم در مراقبت بیمار غافل شوند، فشارهای مالی غیر مستقیم بر بیمارستان‌های با درجه پایین اعتباربخشی تر وارد شود که همین مسئله باعث می‌گردد این بیمارستان‌ها وضعیت دشوارتری پیدا کنند و حتی کارکنان خود را از دست بدهند [۹]. مدل مربوط به کمیسیون مشترک بهترین مدل برای الگوبرداری جهت طراحی مدل ملی می‌باشد [۱۰]. کاهش تعداد استانداردها و سنجه‌ها، سطح‌بندی و شفاف‌تر شدن سنجه‌ها، تغییر مقیاس امتیازدهی، جامع‌تر دیدن استانداردها، بکارگیری رویکرد کارکردی در تدوین استانداردها و همچنین توجه به تنوع بیمارستان‌ها در تدوین سنجه‌ها می‌تواند به بهبود محتوای استانداردهای اعتباربخشی کمک کند [۱۱].

در گزارش ۲۰۰۳ سازمان بهداشت جهانی بیان میکند که اساس اعتباربخشی بر اجماع است و بر اساس امتیازدهی عددی نمی‌باشد. استفاده از نمره عددی کل به عنوان مبنایی برای اعتباربخشی یک بیمارستان ممکن است برخی از مناطق با مشکلات بالقوه جدی را بیوشانند. به جای اختصاص دادن یک نمره، در پایان بازدید اعتباربخشی ارزیابان باید با اجماع توافق داشته باشند که آیا بیمارستان معتبر است یا معتبر نیست، یا اینکه آیا زمان برای تصحیح کمبودها لازم است [۱]. با توجه به توجه فزاینده دنیا به اعتباربخشی و اهمیت این مطلب برای بیمارستان‌ها، بررسی متون بیانگر آن است که شواهدی در زمینه روش رتبه‌بندی استانداردهای بیمارستانی وجود ندارد. با توجه به اینکه این موضوع متاثر از عوامل زمینه‌ای در هر کشور است این سوال در ذهن پژوهشگر مطرح شد که عوامل تاثیرگذار در روش امتیازدهی اعتباربخشی در ایران چیست؟

پژوهش حاضر با هدف شناسایی ابعاد کلیدی اثرگذار بر روش امتیازدهی اعتباربخشی بیمارستانی در ایران انجام

روش اعتباربخشی بیمارستانی و بررسی چالش‌های اعتباربخشی نسل سوم در حیطه نمره‌دهی و رتبه بندی استانداردهای ملی ایران بود. در هر مصاحبه از سوالات پیگیری‌کننده‌ای نظیر "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟" و "آیا در این مورد تجربه خاصی دارید؟" و "آیا منظورتان این است که...؟" بهره گرفته می‌شد. در پایان از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده بیان نمایند. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن Lincoln و Guba استفاده شد. این معیار معادل روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی است. بدین منظور چهار معیار اعتبار، قابلیت وابستگی (اعتماد)، مقبولیت یا تاییدپذیری و قابلیت انتقال [۱۳]، مورد بررسی قرار گرفت. جهت تامین معیارها پژوهشگر با دقت در انتخاب مطلعین کلیدی، تماس طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها (از قبیل استفاده از مصاحبه، یادداشت در عرصه، یادآور نویسی، تلفیق گروه‌های مختلف سیاست‌گذار در حوزه اعتباربخشی، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی مداوم و مقایسه ی مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابه‌ها و تفاوت‌ها، کنترل کردن دوباره یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان، ارائه تحلیل داده‌ها بصورت مشروح و مبسوط و توصیفات عمقی و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تامین این معیارها نمود. قبل از هر مصاحبه، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان جهت ورود به مطالعه کسب شده و در رابطه با حفظ رازداری، رعایت امانت در نگهداری و ارائه درست اطلاعات کسب شده، بدون درج نام افراد تاکید می‌گردید.

### تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها روش "مراحل تحلیل چارچوبی" مورد استفاده قرار گرفت این روش دارای ۵ مرحله به شرح ذیل می‌باشد: آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه کردن، ترسیم جداول، کشیدن نقشه تفسیر [۱۴]. این شیوه بصورت اختصاصی برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات حوزه سیاست‌گذاری طراحی گردیده است [۱۷]. در مرحله آشنایی یک خلاصه

شد. همچنین به بررسی چالش‌های اعتباربخشی نسل سوم در حیطه نمره‌دهی و رتبه بندی استانداردهای ملی ایران پرداخته شد. انجام این پژوهش گامی در جهت شناسایی مولفه‌های موثر بر الگوی امتیازدهی و میزان دستیابی به اهداف تبیین شده و عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده آن می‌باشد. نتیجه حاصل از این پژوهش می‌تواند راهنمای عملی امتیازدهی مبتنی بر شواهد در اعتباربخشی بیمارستانی باشد.

### روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کیفی در سال ۹۶ می‌باشد که با روش تحلیل چارچوبی انجام شد. هدف مصاحبه با خبرگان در حیطه سیاست‌گذاری و صاحب نظران اعتباربخشی بیمارستانی در ایران بود بدین جهت علاوه بر موارد ذکر شده ارزیابان و سر ارزیابان نیز بصورت گلوله برفی انتخاب گردیدند بر این اساس با ۲۵ نفر از خبرگان، صاحب نظران و ارزیابان اعتباربخشی بیمارستانی مصاحبه شد. دعوت نامه‌های رسمی برای این افراد ارسال گردید. راهنمای نیمه ساختار یافته مصاحبه طراحی گردید. مصاحبه‌های عمیق اولیه طراحی شد [۱۲]. سوالات این راهنما چندین بار توسط گروه پژوهش مورد بازبینی و ارتقا قرار گرفت نهایتاً امکان مصاحبه با ۲۵ نفر فراهم شد. از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شد. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان با تعیین وقت قبلی و در محل خدمت آنها انجام شد. یکی از اعضای گروه پژوهش تمام مصاحبه‌ها را در محل کار این افراد انجام داد. بطور متوسط هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و در موارد لازم مصاحبه‌های تکمیلی نیز انجام شد. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. ابتدا پژوهش‌گر هدف پژوهش را برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده و در صورت تمایل آنها اقدام به انجام مصاحبه می‌نمود. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. در قسمت یافته‌ها حرف "م" بهمراه شماره به معنی مصاحبه شونده‌ای است که از او نقل قول شده است. سازه‌های اصلی مصاحبه شناسایی ابعاد کلیدی اثرگذار بر

روش امتیازدهی نیاز به اصلاحاتی دارد. این ادعا براساس مدل نمره‌دهی، مشخص نبودن وزن‌دهی و آموزش ارزیابان اعتباربخشی و رتبه بندی کلی بیمارستان‌ها مرتبط می‌باشد. بر همین اساس در این مطالعه ۶ موضوع و ۳۷ زیر موضوع شناسایی شد. (جدول ۱)

موضوع ۱: دسته بندی استانداردها

در مدل نسل سوم اعتباربخشی تقسیم بندی استانداردها به سه حیطه الزامی، اساسی، ایده آل انجام شده است. به نظر می‌رسد این تقسیم‌بندی در اعتباربخشی تأثیری در روند اعتباربخشی نداشته است و فقط استانداردهای اساسی در نتیجه ارزیابی تأثیر داشته است. "تقسیم بندی در این سه حیطه خطای تاکتیکی بنظر می‌رسد. بیمارستان‌ها اگر اجرای کامل استانداردهای الزامی را ندارند نباید وارد اعتباربخشی شوند". (م ۱۱)

"لازم است برای بیمارستان‌ها درصد حداقلی برای کسب نمره سنج‌های الزامی و اساسی را مشخص نماییم یعنی بیمارستان‌ها بدانند تا چند درصد از این سنج‌های الزامی را باید کسب نمایند." (م ۵) در مدل کنونی به دلیل این که بیمارستان‌ها از محاسبه سنج‌های الزامی و اساسی و ایده‌آل اطلاعی نداشتند نمی‌دانستند که به کدام یک بپردازند و این ابهام برای بیمارستان‌ها وجود داشت". (م ۳) در مدل ارزیابی نسل سوم اگر بیمارستانی سنج‌های الزامی را نداشت عملاً در رقابت وارد می‌گردید". (م ۲۰)

موضوع ۲: نمره‌دهی

اعطای نمره صفر و یک در نسل سوم اعتباربخشی از نظر اغلب مصاحبه‌کنندگان نشان‌دهنده اجرای نسبی از سنج‌ها نمی‌باشد. "در نسل اول و دوم اعتباربخشی در ایران از مدل صفر و یک و دو استفاده گردید که این برای برخی از سنج‌ها که الزامی بود صفر و یک در نظر گرفته می‌شد در نسل سوم اعتباربخشی بلی یا خیر برای گام‌ها در نظر گرفته شد که در صورت تحقق گام‌ها ۵۰ درصد به بالا بلی در نظر گرفته می‌شود". (م ۲) بطور کلی نظر ارزیاب می‌تواند در نتیجه تأثیرگذار

ارتباطی، محتوایی [۱۵]. برای هر یک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب موضوعی اولیه بر اساس ادبیات پژوهش [۱۵]، سوالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای موضوعی طراحی گردید. این چارچوب در چندین جلسه با اعضای گروه پژوهش به بحث گذاشته شد این چارچوب هم‌چنین از طریق مرور مجدد مصاحبه‌ها و تکرار مرحله آشنایی مورد بازبینی قرار گرفت. بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط موضوعی از طریق یک و یا چندکد ایندکس شد. این کدها بارها و بارها توسط گروه پژوهش مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته و برای دفعه آخر در جلسه ای با حضور اعضای پژوهش مورد بحث نهایی قرار گرفت. ما دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان را در مورد هر موضوع، با کمک جداول تحلیلی مورد مقایسه قرار دادیم. رابطه میان موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها نیز شناسایی و تحلیل شد. در هر جا که لازم می‌شد به مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده مراجعه شده و در صورت نیاز مطالبی نیز به جداول تحلیل اضافه می‌گردید. مرحله بعدی تفسیر موضوعات بود که برای انجام آن فرآیندی شبیه فرآیند توضیح داده شده در مرحله ایندکس کردن انجام گرفت (۱۵). چارچوب موضوعی در خلال فرآیند تحلیل بارها بازبینی شده و ارتقا داده شد [۱۶]. مفاهیم، تضادها، نظریه‌ها، تجربه‌ها و تحقیق‌های انجام‌شده نیز با هم مقایسه و الگوها و روابط موردنظر از یافته‌ها استخراج گردید. هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها فرآیند کدگذاری نیز آغاز شد. مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه مشخص شدند. در مرحله بعد کدهای با مفهوم مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات فرعی را شکل دادند. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد. چارچوب ابتدایی دارای چهار موضوع بود که در خلال تحلیل به شش موضوع ارتقا یافت.

### یافته‌ها

در این مطالعه نتیجه گرفته شد که الگوی روش اعتباربخشی نسل سوم ابزار مناسبی برای پیاده‌سازی اعتباربخشی در بیمارستان‌ها است ولی در عین حال در

برای سنجه‌ها صورت گیرد اما در صورتی که اعتباربخشی بصورت داوطلبانه انجام شود و بیمارستان‌ها با میل خود وارد فرآیند اعتباربخشی شوند می‌توان وزن یکسان به سنجه‌ها و استانداردها اعطا نمود. (م ۱۰) بطور کلی برای سیستم‌های ارزیابی کننده این احتمال وجود دارد که با اعلام وزن سنجه‌ها بیمارستان‌ها به سمت سنجه‌های با وزن بیشتر هدایت شوند و برخی از سنجه‌ها را به دلیل وزن کمتر را اجرایی ننمایند در صورتیکه امکان دارد اجرای این سنجه‌ها برای بیمارستان‌ها حیاتی باشد. (م ۴)

موضوع ۴: رتبه‌بندی نمره کلی

در کل قرار گرفتن اغلب بیمارستان‌ها در بازه درجه یک یعنی بین نمرات ۶۱ تا ۸۰ از نقاط ضعف ارزیابی‌ها از نظر خبرگان بود. مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند که بیمارستان‌هایی با نمره ۶۱ تا ۸۰ استحقاق درجه یک را دارند که بازه نمره بسیار وسیع می‌باشد. "تعداد کمی از بیمارستان‌ها استحقاق دریافت درجه یک عالی را دارند که چون درجه یک عالی و درجه یک از تفاوت تعرفه ایی برخوردار نیستند برای بیمارستان‌ها انگیزه ایجاد نمی‌شود که برای دریافت گواهی نامه درجه یک عالی تلاش نمایند". (م ۱۱) "با این دید که در صورت انجام ۶۰ درصد گام نمره تعلق گرفته است طبق آموزش‌های وزارت بهداشت در حقیقت بیمارستانی که نمره ۸۱ را گرفته و کاندید درجه یک عالی شده است در حقیقت ۶۰ درصد ۸۱ نمره را اخذ کرده اند که این بدین معنی است که نمره ۸۱ اخذ شده حقیقی نمی‌باشد". (م ۱۶) "به نظر می‌رسد باید به سطح‌بندی بیمارستان‌ها و نوع بیمارستان‌ها در اعطای نمره کلی توجه نمود بیمارستان‌های سطح ۳ که کلیه خدمات را به بیماران ارجاعی ارائه می‌نمایند باید نمرات تشویقی داشته باشند. بیمارستان‌های کاندید دریافت درجه یک عالی نیز باید از نوع ارائه خدمت با سایر بیمارستان‌ها تفاوت داشته و خدماتی را ارائه نمایند که به جامعه سود رساننده و متفاوت باشد". (م ۱۶) "امتیاز به بیمارستان‌های برتر به گونه ای داده شده است که تفاوت و برتری محسوس نیست عملاً بیمارستان‌های عالی تفاوتی با بیمارستان‌های

باشد در مدل صفر و یک و دو مدل سه نقطه ای (به دلیل این که خیلی گویا نبود ارزیاب در انتخاب دچار مشکل می‌شد و انتخاب برای ارزیاب بسیار سخت بود. شیوه امتیازدهی غیر از صفر و یک را به استانداردهای فرآیندی می‌توان استفاده نمود ولی در استانداردهای حیاتی و ایمنی بیمار بهتر است از مدل بلی یا خیر استفاده نمود. این بسته به محتوای سنجه متفاوت است. (م ۴) وجود گام‌های اجرایی باعث آگاهی و آموزش و افزایش مشارکت بیمارستان‌ها می‌گردد. در سال‌های اول به همین دلیل ۵۰٪ اجرای سنجه مثبت در نظر گرفته می‌شود و این مدل به اصلاح کمک می‌کند. (م ۹) بدلیل این که در سنجه‌های کنونی نسل سوم در ایران هم سنجه‌های هتلینگ و هم سنجه‌های کیفی وجود دارد. سنجه‌های هتلینگ را می‌توان بصورت صفر و یک در نظر گرفت و سنجه‌های کیفی بصورت سه گزینه ای باشد. (م ۶) احتساب عدد صفر و یک با وجود وزندهی نقش صفر و یا یک را بصورت تصاعدی تشدید می‌نماید این مسئله اخذ نمره صفر را در برخی از استانداردها خیلی بیشتر می‌نماید. (م ۱۱)

موضوع ۳: وزندهی

اغلب مصاحبه شوندگان معتقد بودند عدم شفاف سازی وزندهی در استانداردهای ایران و نحوه وزندهی در استانداردهای ایمنی و کیفیت و عدم آگاهی بیمارستان‌ها در این خصوص از مشکلات ارزیابی‌ها به شمار می‌رود. "در نسل سوم اعتباربخشی در ایران وزندهی به بیمارستان‌ها اعلام نگردید و شفاف سازی نشد ولی بهتر بود استانداردهای ایمنی و استانداردهایی که کیفی بود دارای وزن بیشتری باشند در برخی از استانداردها توالی و ترتیب استاندارد را باید در نظر گرفت تا وزن بیشتری به پیامد آن استاندارد تعلق گیرد. (م ۹) عدم اطلاع نحوه وزندهی به بیمارستان‌ها باعث گردید بعد از ارائه نتایج به بیمارستان‌ها، برخی از بیمارستان‌ها نسبت به نتایج خود اعتراض داشته باشند و در خیلی از موارد نیز اعتراض نمایند ولی این ابهام برای آنها باقی ماند. (م ۲۰) به نظر می‌رسد با توجه به عدم آمادگی همه بیمارستان‌ها در ایران نیاز می‌باشد که وزندهی

سازمان ارزیابی‌کننده مستقل صورت گیرد. در ارزیابی نسل سوم به دلیل این که "صدور پروانه‌های بیمارستان، ارزشیابی برای هتلینگ و بیمه و اعتباربخشی در یک قالب اعتباربخشی صورت گرفت مشکلات زیادی در انگیزش بیمارستان‌ها و اجباری و داوطلبانه بودن اعتباربخشی به وجود آمد در این سه مدل نحوه ارزیابی و مسائل انگیزشی برای بیمارستان و اجباری بودن آن متفاوت است." (م ۱۱) "از اول مشخص شود بیمارستان کاندیدچه درجه ای است و توسط همان تیم ارزیاب بازدید انجام شده مشاوره داده شود و مستندات بررسی شود." (م ۱۱)

مصاحبه شوندهگان معتقد بودند که ارزیابی باید توسط سازمان ارزیابی کننده بدون وابستگی به وزارت بهداشت و درمان انجام پذیرد. "انجام ارزیابی توسط سازمان مستقل صورت نپذیرفت و عملاً در خیلی از موارد بیطرفانه بودن ارزیابی‌ها خصوصاً در موارد غیر دانشگاهی با شبه همراه بودو کیفیت ارزیابی‌ها را تحت شعاع قرار می‌داد." (م ۲۰) هم‌چنین انجام ارزیابی در بازه زمانی دو و سه روزه که در اعتباربخشی ملی ایران انجام گردید از نظره خبرگان زمان کمی برای ارزیابی برخی از بیمارستان‌ها است. "برخی از بیمارستان‌ها از نظر ارائه خدمات بسیار گسترده هستند و سطوح ارائه خدمات در بیمارستان‌ها متفاوت می‌باشد و انجام ارزیابی در بازه زمانی ۳ روزه و یا ۴ روزه ناکافی به نظر می‌رسد." (م ۲۲)

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهشی که در سال ۹۳ از مدیران بیمارستان‌های کشور انجام شد پیشنهاد شده بود که در سطح‌بندی سنجه‌ها، استانداردهای ضروری و مهم را مجزا تعریف کند تا بیمارستان‌ها زمان و منابع خود را صرف سنجه‌های مهم‌تر کنند و با این روش بتوانند تمرکز بیشتری بر ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات خود داشته باشند [۶]. انجمن بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت (International Society of Quality In Health Care) تعاریف مجزایی از

درجه ۱ ندارند یعنی بیمارستان با نمره ۶۱ با بیمارستان با نمره بالا نزدیک ۱۰۰ تفاوتی ندارد و این بی‌انگیزگی در بیمارستان‌ها برای کسب درجه یک عالی ایجاد می‌کند." (م ۲۰)

موضوع ۵: نقش ارزیابان

از آنجا که نظرات ارزیابان و مدل تصمیم‌گیری در نتیجه نهایی تاثیرگذار است مصاحبه‌شوندهگان اعتقاد داشتند که ارزیابان این دوره به دلیل نداشتن مهارت در برخی از موارد امتیاز کلی بیمارستان را تحت تاثیر قرار داده که این مسئله از نقاط قابل تامل در ارزیابی به شمار می‌رود. "آموزش ارزیابان در فیلد انجام نشده است. روش بررسی مستندات توسط ارزیاب مشخص نیست راه صحیح مشخص نمی‌باشد و هر ارزیاب سلیقه خود را اعمال می‌نماید." (م ۵) "برای انتخاب ارزیابان آموزش‌های لازم داده شود مهارت‌های رفتاری آموزش داده نشده است این مسئله نیازمند نیازسنجی آموزشی است گروه آموزش ارزیاب مشخص شود و برنامه مشخص داشته باشد و این آموزش‌ها مقطعی بوده است." (م ۲) "شبه‌نامه ارزیابی جهت ارزیابها وجود دارد و بیمارستان‌ها هم از این روش‌ها اطلاعی ندارند. ارزیابان کم تجربه تر در کنار ارزیابان حرفه‌ای در ارزیابی‌ها حضور داشتند که این در برخی از حوزه‌ها به نتایج ارزیابی آسیب می‌رساند." (م ۱۶) "هم‌چنین در خصوص تیم ارزیابی مصاحبه شوندهگان ابراز نمودند که استفاده از ارزیابان باسابقه انجام کار بالینی لازم است استفاده از ارزیابانی که صرفاً در رشته‌های مدیریتی یا غیر بالینی هستند مناسب نیست و این‌ها به دلیل عدم آشنایی با کار بالین نمی‌توانند همانند ارزیابان بالینی ارزیابی نمایند." (م ۹) "تیم ارزیابی ۴ یا ۵ نفر باشد و از افراد تخصصی استفاده شود مثل پزشک و پرستار و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و پرسنل پاراکلینیک باشد بهتر است." (م ۱۲) "ارزیابان یکدست نبودند و عملکرد در محورها بسته به میزان توانمندی ارزیاب تفاوت داشت." (م ۲۵)

موضوع ۶: روش ارزیابی

روش ارزیابی بنا به نظر خبرگان باید مورد بررسی و تجدید نظر قرار گیرد و این ارزیابی باید توسط یک



کشورهای در حال توسعه، استانداردهای ساختاری اولیه هنوز هم می‌تواند یک نقطه شروع مهم باشد [۱۷].

مقیاس رتبه‌بندی باید هدف استانداردها را انعکاس دهد. مقیاس‌های رتبه‌بندی لیکرت به ویژه برای استانداردها با رویکرد بهبود کیفیت قوی مثلاً ۳، ۵ یا ۷ نقطه مقیاس، برای برخی از نقاط مناسب است. این توصیف‌ها ممکن است به اصولی مانند انطباق، انسجام، شواهد و پیاده‌سازی مرتبط باشند. گرایش ارزیابی‌ها برای یک نقطه میانی یا بی طرف است. بنابراین مقیاس نقطه‌ای حتی با مقیاس چهار نقطه می‌تواند نقطه‌ی مشخصی را نشان دهد که سازگاری بیشتری با ارزیابی‌ها دارد. مقیاس رتبه‌بندی باید با مشورت با ذینفعان و رضایت کاربران به صورت منظم ارزیابی شود [۱۷]. روش نمره‌دهی بانک جهانی نمره بین صفر تا ده داده می‌شود (یعنی نقاط ۰ و ۵ و ۱۰) [۱۹]. مدل نمره‌دهی استانداردهای کیفی در آزمایشگاه‌های سلامت در تایلند، Quality standards in (health laboratories) بصورت N, Y ویا N/A یا عبارتی بله، خیر، غیرقابل ارزیابی می‌باشد [۲۰].

در سایر کشورهای مورد بررسی مدل نمره‌دهی همان گونه که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است بیشتر از مدل‌های با مقیاس ۳ و یا ۴ نمره‌دهی استفاده شده است. بنابراین در استانداردهای ملی ایران می‌توان با حذف گام‌های اجرایی و ارائه آموزش‌های اعتباربخشی در کتاب راهنمای جداگانه، نمرات را به سنج‌ها که عناصر قابل اندازه‌گیری. تعریف شده اند داده و از مقیاس لیکرت برای نمره‌دهی سنج‌ها استفاده شود برای جلوگیری از امکان اجرایی نکردن برخی از سنج‌ها توسط بیمارستان‌ها لازم است سطوح دستیابی برای سنج‌ها مشخص گردد تا بیمارستان‌ها ملزم شوند استانداردهای که برای بیمارستان ضروری است و وزن کمتری دارد را حتماً اجرایی نماید.

در طرح اعتباربخشی ایمنی و کیفیت خدمات بهداشت استرالیا (AHSSQA) از یک فرمول وزن‌دهی برای ارزیابی استانداردها استفاده نمی‌کند. تمام استانداردها

اعتباربخشی و صدورگواهینامه و صدور مجوز ارائه می‌دهد اعطای مجوز، صدور گواهینامه و اعتباربخشی، روش‌هایی با اهداف و قابلیت‌های متفاوت برای دستیابی به الزامات کیفیت و اطلاعات عملکردی هستند [۱۷].

در استانداردهای ملی ایران سنج‌ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده‌آل سطح‌بندی شده اند سنج‌های الزامی سنج‌هایی هستند که تمام بیمارستان‌ها ملزم به پیاده‌سازی کامل آنها بوده و در صورت عدم احراز هریک از آنها گواهی نامه صادر نخواهد شد این سنج‌ها کمتر از ۶٪ از کل سنج‌ها را تشکیل داده و شامل امتیازدهی نمی‌باشد و صرفاً احراز و یا عدم احراز آنها ارزیابی خواهد شد سنج‌های اساسی، بدنه اصلی رتبه‌بندی بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهد و بر اساس امتیاز کسب شده در این سطح از سنج‌ها بیمارستان از ۱ تا ۳ رتبه‌بندی خواهد شد ملاک انتخاب سنج‌های الزامی بر اساس الزامات قانونی و تاثیر سیستماتیک یک سنج در کیفیت و ایمنی بیماران تعیین شده است [۱۸].

در استانداردهای ملی ایران از آنجا که سنج‌ها بیمارستان‌های عالی در استانداردهای جداگانه برای بیمارستان‌های کاندید درجه یک عالی ارائه گردیده است قرارگرفتن سنج‌های الزامی که بیشتر مربوط به صدور مجوزها می‌باشد در استانداردهای اعتباربخشی غیر ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از استانداردهای پیامدی که اجرای آنها باعث ارتقای کیفیت در بیمارستان می‌شود به عنوان استانداردهای اعتباربخشی، موجب تمرکز بیشتر اعتباربخشی بر استانداردهایی خواهد شد که کیفیتی هستند و تفاوت بیمارستان‌های اعتباربخشی شده در اجرای این استانداردها خواهد بود بنابراین پیش شرط ورود به فرآیند اعتباربخشی کسب مجوزهای لازم قبل از اعتباربخشی خواهد بود. استانداردها می‌توانند اولویت‌بندی شوند و پیشرفت‌های افزایشی در دستیابی به آنها می‌تواند شناخته شده و پاداش داده شود. اعتباربخشی می‌تواند یک رویکرد گام به گام مرحله ای برای سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی ارائه دهد. با این حال، برای

و خیریه استان تهران انجام شد موارد در خصوص روش ارزیابی در ایران اولین ارزیابی برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران بصورت اجباری و سالیانه در نظر گرفته شد ارزیابان از طریق سامانه جامع اعتباربخشی اطلاعات بیمارستان‌ها را وارد کردند و به بیمارستان‌ها فرصت بازدید مجدد هم داده شد [۶]. در برخی از کشورها مانند فرانسه، ایتالیا و اسکاتلند اعتباربخشی بصورت اجباری انجام می‌شود و در سایر کشورها دولت کل و یا بخشی از فرآیند اعتباربخشی را به عهده دارد و در کشورهایمانند آلمان، استرالیا، آرژانتین و امریکا اعتباربخشی توسط سازمان مستقل و بصورت داوطلبانه انجام می‌شود [۲۴]. اکثر ذی نفعان در رابطه با ساختار کلی اجرایی اعتباربخشی معتقدند بیمارستان‌ها باید در ابتدا به صورت داوطلبانه و سپس اجباری توسط یک ارگان مستقل غیر دولتی مانند (JCI) با استانداردهای بین‌المللی بومی شده، به صورت سالانه و به همراه آموزش پیش از اعتباربخشی مورد ارزیابی قرارگیرند [۲۵]. به عنوان یک قاعده کلی، تیم اعتباربخشی بیمارستان شامل ۷ نفر متخصص مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد تیم هسته‌ای، متشکل از سه ناظر: سرپرست، پرستار و پزشک، تیم تخصصی، متشکل از چهار ناظر: داروخانه، متخصص کنترل عفونت، متخصص آزمایشگاه و مدیریت امکانات و تجهیزات و متخصص ایمنی می‌باشد [۲۶]. زمان ارزیابی در اعتباربخشی ایران بر اساس اندازه و نوع تخصص بیمارستان ۲ الی ۳ روز و تعداد نفرات ارزیاب نیز حداکثر شش نفر می‌باشد بیمارستان‌های کوچک اغلب از دو نفر برای دو روز استفاده می‌کنند، بیمارستان‌های بزرگترها معمولاً از سه نفر برای پنج روز استفاده می‌کنند [۱۷]. انجام ارزیابی‌های میان دوره‌ای توسط خود بیمارستان و بعد از ارزیابی توسط ارزیابان خارجی بصورت تصادفی و بیخبر باعث می‌گردد بیمارستان‌ها همیشه آماده ارزیابی بوده و در معتبرسازی ارزیابی کمک کننده است در ارزیابی‌های ملی عدم وجود تیم تخصصی در برخی حیطه‌ها کاملاً مشخص است و بر نتیجه ارزیابی‌ها تاثیر می‌گذارد. انگیزه مالی عامل اصلی تبعیت بیمارستان‌ها از استانداردهای ارزشیابی می‌باشد این عامل مدیران

دارای وزن یکسان هستند و سازمان‌های خدمات بهداشتی باید به منظور ارزیابی اعتباربخشی، باید به ارزیابی اقدامات هسته‌ای دست یابند. اقدامات هسته‌ای اصلی به عنوان اقداماتی که برای ایمنی و کیفیت حیاتی هستند، توصیف می‌شود [۲۱]. در استانداردهای ملی ایران در دوره دوم ارزیابی وزن یکسانی برای سنج‌ها در نظر گرفته شده است که این امر یکی از چالش‌های اعتباربخشی برای کشور ایران از نظر مصاحبه‌شوندگان بیان شده است به دلیل این که اهمیت سنج‌ها متفاوت بوده و اجرای آنها حجم کار متفاوتی را می‌طلبد [۱۸].

در اعتباربخشی ملی ایران کسب نمره ۸۱ و بیشتر درجه یک عالی از ۶۱ تا کمتر از ۸۱ درجه یک، از ۴۱ تا کمتر از ۶۱ درجه ۲ و از ۳۱ تا کمتر از ۴۱ درجه ۳ و از ۲۱ تا کمتر از ۳۱ درجه ۴ و نمره کمتر از ۲۵ زیر استاندارد اعلام می‌گردد همچنین با توجه به اهمیت مراقبت‌های اورژانس ملاک قرار دادن درصد کمتر از بین این دو تعیین خواهد شد [۱۸]. با بررسی روش رتبه بندی در کشورهای مورد بررسی مطابق جدول شماره ۳ مشخص می‌گردد که در اغلب کشورها بیمارستان‌ها یا اعتباربخشی شده یا نشده‌اند در کشورهایی که میانگین نمره در نظر گرفته شده تمامی استانداردها باید محقق شده باشد خصوصاً در حوزه ایمنی باید بیمارستان کلیه استانداردها را اجرایی نموده باشد بنابراین لازم است در استانداردهای ملی ایران علاوه بر بازبینی روش نمره‌دهی تاکید بیشتری در اجرای استانداردهای ایمنی بیمار بطور کامل برای کسب درجه اعتباربخشی گردد و دریافت درجه اعتباربخشی منوط به اجرای درصد بیشتری از سنج‌های پیامدی باشد [۲۲]. از موارد مهم در اجرای اعتباربخشی بکارگیری موثر ارزیابان، آموزش و ارزشیابی ارزیابان و فراهم آوردن سیستم آموزشی مناسب می‌باشد [۲۳]. با توجه به یافته‌ها از کشورهای مورد مطالعه، آموزش ارزیابان بصورت سالیانه و به همراه ارزیابان با تجربه تر بدون تاثیر آنها در نتایج در مراحل اولیه جذب ارزیابان می‌تواند بر افزایش کیفیت ارزیابی‌ها کمک نماید. مطالعه کیفی قبلی از مدیران سطوح مختلف پانزده بیمارستان دانشگاهی، خصوصی، تأمین اجتماعی، نظامی



میزان دستیابی برای کسب نمره پیشنهاد می‌گردد. در صورتی که مسابقه اعتباربخشی مد نظر باشد می‌توان با افزایش حداقل کسب نمره بر ایجاد انگیزه در بیمارستان‌ها برای کسب نمرات افزود. آموزش ارزیابان و تربیت ارزیابان حرفه‌ای تدوین دستورالعمل‌های مدون و سیاست‌های مشخص جهت تصمیم‌گیری ارزیابان می‌تواند در ایجاد نتایج معتبر بسیار موثر باشد. انجام ارزیابی بصورت اجباری جهت بیمارستان‌ها و توسط سازمان مستقل پیشنهاد می‌گردد. تاثیر درجه اعتباربخشی بر میزان کای دریافتی پزشکان در ایجاد انگیزه برای پزشکان در پیاده‌سازی و مشارکت در اعتباربخشی و ایجاد تغییرات واضح‌تری در درآمد بیمارستان‌ها با درجه اعتباربخشی پیشنهاد می‌شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود دسترسی به شرکت‌کنندگان به ویژه سیاست‌گذاران از محدودیت‌های این پژوهش بود و پژوهشگر با پیگیری‌های متوالی توانست برای اجرای مصاحبه با آنها هماهنگی نماید. همچنین عدم همکاری و ارائه اطلاعات از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که براساس رعایت اخلاق در پژوهش تضمین گردید که صحبت‌های افراد محفوظ می‌ماند و استناد به افراد به صورت بی‌نام و براساس کد خواهد بود که این تا حدودی محدودیت مذکور را کم‌رنگ نمود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان طراحی الگوی امتیازدهی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در ایران در مقطع دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۹۶ می‌باشد. لازم است از تمامی خبرگان و اساتید و همکاران در اداره نظارت و اعتباربخشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی که در این مطالعه همکاری و حمایت کردند تشکر و قدردانی شود.

بیمارستان‌ها و بیمارستان‌های خصوصی را برای اجرای استانداردها تشویق می‌کند. عدم جامعیت استانداردها و عدم باور کارکنان بیمارستان به اعتبار این روش باعث شده تا جنبه‌های مالی آن بیشتر از ارتقای کیفیت مورد توجه قرار گیرد [۲۲]. با توجه به این که در پیاده‌سازی استانداردها در ایران انگیزه‌های مالی خصوصاً در دریافت درجه یک و عالی فقط در دریافت میزان هتلینگ تاثیرگذار است این مسئله انگیزه زیادی برای کسب امتیاز عالی برای بیمارستان‌های درجه یک نمی‌باشد همچنین تفاوت زیادی در درآمد در درجه‌های پایین‌تر دو و غیره با درجه بالاتر ایجاد نمی‌گردد. بنابراین می‌توان گفت با بازبینی نحوه پرداخت‌ها و ایجاد تفاوت در بیمارستان‌ها با درجه متفاوت می‌توان انگیزه را در بیمارستان‌ها بیشتر نمود.

در اعتباربخشی ملی در حیطه دسته‌بندی استانداردها و نحوه نمره‌دهی و وزن‌دهی در روش کنونی نیازمند تغییراتی می‌باشد. با توجه به دلایل ذکر شده و نامتناسج بودن استانداردها و همچنین به دلیل این که بیمارستان‌ها ملزم به کسب نمره ارزیابی استانداردهای الزامی به عنوان پیش شرط ورود به ارزیابی نیستند، وزن‌دهی استانداردها طبق نظر خبرگان ضروری به نظر می‌رسد خصوصاً وزن سنج‌های ایمنی بیشتر در نظر گرفته شود. در سال‌های آینده و با توجه به تکامل بیشتر اعتباربخشی در ایران می‌توان وزن همه سنج‌ها را یکسان در نظر گرفت و میزان دستیابی به سطوح مختلف استانداردها را مشخص نمود. الزام دستیابی صددرصدی به سنج‌های ایمنی و الزامی‌مانند سایر کشورهای مورد مطالعه پیشنهاد می‌گردد و در صورتی که اعتباربخشی، صدور گواهینامه، صدور مجوز همانند مدل پیشنهادی انجمن بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua) در بخش‌های مجزا انجام گردد عملاً استانداردهای باقی مانده در اعتباربخشی همان استانداردهای پیامدی خواهد بود که عملاً نقش وزن‌دهی را کم‌رنگ خواهد نمود. از مقیاس لیکرت برای نمره‌دهی سنج‌ها استفاده شود استفاده از یک مدل ۳ و یا ۴ نقطه‌ای با مشخص نمودن

جدول ۱ - موضوع و زیر موضوع های کلیدی در روش اعتباربخشی بیمارستانی

موضوع (Themes)	زیر موضوع (sub- Themes)
دسته بندی استانداردها	سنجه های الزامی در استانداردها وارد شده است سنجه های اساسی فقط ملاک نیست سنجه های ایده آل از کتابچه استاندارد حذف شود حذف سنجه های الزامی عدم ورود به فرآیند ارزیابی بدون اخذ سنجه های الزامی
نمره دهی	مدل نمره دهی بلی - خیر، مدل بلی، خیر، تا حدودی، مدل ۴ تایی، مدل لیکرت براساس نوع استاندارد مجزا شود سطح نمره دهی گام، سنجه، استاندارد، زیرمحور، محور که نمره به گام داده شده است حداقل درصد کسب نمرات در هر محور مشخص نیست حداقل دستیابی برای اخذ بلی و تا حدودی مشخص نیست
وزن دهی	مدل وزندهی و بدون وزن، متغیر سیاستگذاری وزندهی بر اساس نیاز ذینفعان نیست سطح وزن دهی، گام، سنجه، استاندارد، زیرمحور، محور مشخص نیست تاثیر محتوا استانداردها مشخص نیست وابستگی استانداردها مشخص نیست مولفه های موثر نحوه وزن دهی استانداردهای ساختاری، فرآیندی، پیامدی روش ریاضی وزندهی مشخص نگردیده است مدل وزندهی از بالا به پایین آگاهی بیمارستان ها کم است
رتبه بندی نمره کلی	سطح نمره دهی بازه ۲۰ تایی است که بازه زیاد است حداقل ها ی دستیابی به استانداردها مشخص نیست مدل رتبه بندی تفاوتها را مشخص نمی کند تاثیر نوع خدمت رسانی در بیمارستان های پیچیده، نمرات اضافی مشخص نیست شاخص ها در تصمیم گیری لحاظ نگردیده است
نقش ارزیابان	آموزش ارزیابان کافی نیست نحوه انتخاب ارزیابان مدل تصمیم گیری ارزیابان یکسان نیست سیاست های ارزیابی ابلاغ نگردیده است
روش ارزیابی	اجباری و یا داوطلبانه بودن اعتباربخشی زمان ارزیابی کافی نیست ارزیابی توسط سازمان مستقل انجام شود تیم ارزیابی نحوه چینش بیمارستان ها نتایج خود ارزیابی تاثیری ندارد آموزش بیمارستان ها کافی نیست نقش درجه بیمارستان ها در جامعه مشخص نیست نقش دانشگاه در ارزیابی ها مشخص نیست

جدول ۲ - مدل نمره‌دهی استانداردها در چند کشور منتخب.

ایران	دانمارک	استرالیا	عربستان	انجمن بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua)	کمیسیون مشترک (Jci)
گام به عنوان ملاک ارزیابی محسوب می‌شود.	هر سنجه در چهار مقیاس امتیاز رتبه بندی شده است	مقیاس رتبه بندی سه نقطه‌ای عدم انطباق سنجه‌ها: اقدامات لازم انجام نشده است.	در مقیاس سه گانه به صورت زیر است: نمره صفر: ناکافی بودن (کمتر از ۵۰ درصد انطباق یا استاندارد).	یک مقیاس چهار نقطه‌ای (کاملاً / به طور عمد / به طور جزئی / عدم انطباق) که در آن دو سطح بالایی نشان دهنده عملکرد رضایت بخش (به جز برای ایمنی، فقط کاملاً رضایت بخش است.	برای ارزیابی هر سنجه "انطباق کامل"، "انطباق جزئی" یا "انطباق ندارد" انطباق کامل: اگر ۹۰ درصد و یا بیشتر از مشاهدات یا سوابق نمره ۱۰ انطباق جزئی: اگر ۵۰ تا ۸۹ درصد (مثلاً ۵ تا ۸ از ۱۰). سوابق یا مشاهدات نشان دهنده انطباق است نمره ۵ انطباق ندارد اگر ۴۹ درصد یا کمتر (مثلاً ۴ یا کمتر از ۱۰). مستندات یا مشاهدات نشان دهنده رعایت اصول باشد. سنجه‌ها با وزن یکسان هستند [۲۷].
هر گام با مقیاس بلی خیر و غیر قابل ارزیابی سنجیده می‌شود.	الزام سنجه‌ها الزامی: فرصت بهبودی مشخص شده است، اما هیچ پیگیری مورد نیاز نیست.	رضایتبخش: اقدامات لازم انجام شده است. موفقیت آمیز: علاوه بر دستیابی به اقدامات مورد نیاز، اندازه‌گیری کیفیت خوب و سطح بالایی از دستاورد مشهود است.	نمره ۱: انطباق جزئی (از ۵۰ درصد تا کمتر از ۸۰ درصد انطباق با استاندارد).	تمام سنجه‌ها باید نمره ۳ و ۴ را کسب نمایند. در صورت عدم کسب نیاز به پیگیری و در صورت عدم اصلاح با نظر پانل اعتباربخشی اعتبار نشده اعطا می‌شود [۱۷].	نشان دهنده رعایت اصول باشد. سنجه‌ها با وزن یکسان هستند [۲۷].
گام کسب امتیاز گام پیامدی نتایج زیر ساختی و فرآیندی را تحت تاثیر قرار خواهد داد وزن در تمام سنجه‌ها مشخص نیست.	سنجه‌ها تقریباً الزامی: پیگیری مورد نیاز است	همه استانداردها با وزن یکسان هستند. توجه قرار گرفته است [۲۸].	N/A: قابل اجرا نیست. هر زیر استاندارد دارای وزن یکسان هستند [۲۶].		

جدول ۳ - مدل رتبه‌بندی اعتباربخشی بیمارستانی در چند کشور منتخب

ایران	دانمارک	استرالیا	عربستان	انجمن بین‌المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua)	کمسیون مشترک (Jci)
<p>دسته‌بندی سنج‌ها به سه دسته الزامی، اساسی، ایده آل کسب نمره بیمارستان نمره ۸۱ و بیشتر کاندید درجه یک عالی، از ۶۱ تا کمتر از ۸۱ درجه یک، از ۴۱ تا کمتر از ۶۱ درجه ۲ و از ۳۱ تا کمتر ۴۱ درجه ۳ و از ۲۱ تا کمتر از ۳۱ درجه ۴ و نمره کمتر از ۲۵ زیر استاندارد</p>	<p>استانداردهای ایمنی در بیمارستان مورد توجه قرار گرفته است. تمام سنج‌ها اگر نمره ۱ یا ۲ را بگیرند اعتباربخشی اعطا می‌شود و اگر ۳ و ۴ شود باید اقدامات اصلاحی انجام شود اگر یک سنج ۳ و ۴ بگیرد تصمیم با کمیته اعطای اعتبار است یا اعتبار نامه رد می‌شود و یا اعتبارنامه با تبصره اعطا می‌شود.</p>	<p>سازمان‌های خدمات بهداشتی باید به منظور ارزیابی اعتباربخشی، به ارزیابی از تمام اقدامات اصلی دست یابند. اقدامات هسته ای برای ایمنی و کیفیت حیاتی هستند، اقدامات هسته ای و توسعه استانداردهای NSQHS برای بیمارستان‌ها و خدمات روزانه اعلام شده است.</p>	<p>همه یا هیچ برای استانداردهای ایمنی داده می‌شود، به این معنی که استاندارد ایمنی ضروری است رعایت جزئی قابل قبول نخواهد بود و جایزه اعتبار مجوز اعطا نخواهد شد، مگر اینکه تمام (الزامات) اساسی ایمنی (ESRS) در انطباق کامل باشند). اعتباربخشی شده : تمام استانداردهای قابل اجرا مطابقت داشته باشد و مسائل مربوط به ایمنی بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان وجود نداشته باشد. اعتباربخشی مشروط : نمره کلی ۷۵ درصد یا بالاتر و کمتر از ۸۵ درصد و / یا برخی از الزامات ایمنی ضروری (اما بیش از ۲۵ درصد آنها) در سطح رضایت بخش مطابقت ندارد. رد مقدماتی اعتباربخشی : (وجود یک تهدید فوری برای ایمنی بیماران، عدم هماهنگی معقول با استانداردهای اعتباربخشی در زمان بررسی وجود داشته باشد.</p>	<p>هر سنج ایمنی و حیاتی که رضایت بخش نباشد، نیاز به پیگیری دارد ، و اگر اصلاح نشده است ، نتایج اعتباربخشی با نظرات پانل جایزه اعتباربخشی تصمیم می‌گیرد که با قوانین خاصی هدایت شود، اگر ماهیت و یا میزان نظرات مانع از اعتباربخشی است ، وضعیت به عنوان "اعتبار نشده" اعطا شده و منتشر می‌شود تمام معیارهای اصلی یا اجباری باید رعایت شود یا تمام معیارها یا استانداردها باید در یک سطح معین مانند ۳ یا ۴ در مقیاس ۴ نمره برآورده شود و یا هیچ استاندارد نباید در زیر یک سطح مشخص رتبه بندی شود</p>	<p>بیمارستانی برای کسب درجه اعتباربخشی باید اعتباربخشی ۵ شرط زیر را داشته باشد برای هر استاندارد کسب حداقل نمره ۵ برای هر محور کسب حداقل ۸ نمره جمع کل استاندارد ۹ شود جمع عدم انطباق و انطباق جزئی بالای سه نمره انحراف از استاندارد مجموع بیمارستان‌ها نباشد هیچ استاندارد در بخش ایمنی صفر نباشد</p>

**Reference:**

- 1- Organization WH. The health for all policy framework for the WHO European Region: 2005 Update, 2005.
- 2- Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah O, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 2005; 17(6): 487-96.
- 3- International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools'-educational programmes. A WFME position paper. The Executive Council, The World Federation for Medical Education. *Medical education*, 1998; 32(5): 549-58.
- 4- Scrivens E. A taxonomy of the dimensions of accreditation systems. *Social Policy & Administration*, 1996; 30(2): 114-24.
- 5- Shirdel A. Accreditation is a way to ensure the quality of services in the hospital. First Clinical Audit and Quality Improvement Conference,; University of Medical Sciences, Tabriz, Iran, 2015.
- 6- Yosefinejad T. Analysis of evaluation and accreditation policies of Iranian hospitals: Tehran university of medical sciences, 2017.
- 7- Tofighi S, Delgoshae B. Comparison of Hospital Standards with ISO Principles and Providing Appropriate Model for Hospital Standardization. *Quarterly Journal of Lorestan University of Medical Sciences*, 2004; 23: 22-9.
- 8- Asadi P, Marjani K. Presentation of Validation Model for Auditing National Accreditation Standards of Iranian Hospitals. First Clinical Audit Contest and Quality Improvement; Tabriz University of Medical Sciences, 2012.
- 9- Ariankhesal A, Sheldon T. The dysfunctional concept of a performance measurement system: the case of the Iranian hospital program. *Journal of health services research & policy*, 2015; 20(3): 138-45.
- 10- Tabrizi J, Gharibi F, Ramezani M. Designing a National Available: Accreditation Model for the Specialized Clinics Department of Hakim Hospital. First Clinical Audit Contest and Quality Improvement; University of Medical Sciences, Tabriz, Iran, 2012.
- 11- Mosadeghrad M, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences*, 2017; 153(23): 50-61.
- 12- Arredondo A, Orozco E. Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. *The International journal of health planning and management*, 2008; 23(1): 37-49.
- 13- Barrowman L. Review of the implementation of the nurse prescribing role. On behalf for the Trust Nurses Association in Northern Ireland Belfast, Ireland: Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and midwifery (NIPEC); 2007 [Available from: <http://www.nipec.hscni.net/pub/NursePrescribingFinalRpt.pdf>].
- 14- Lacey A, Luff D. *Qualitative data analysis: Trent Focus Sheffield*; 2001.
- 15- Rashidian A, Eccles M, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health policy*, 2008; 85(2): 148-61.
- 16- Bryman A, Burgess B. *Analyzing qualitative data: Routledge*; 2002.
- 17- Fortune T, Connor EO, Donaldson B. *Guidance on Designing Healthcare External Evaluation Programmers Including Accreditation: International Society for Quality in Health Care-Accreditation*; 2015 [Available from:

<http://www.isqua.org/accreditation/reference-materials-2015>.

18- National Accreditation Standards of Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2016 [Available from: <http://accreditation.behdasht.gov.ir>.

19- A Self-Assessment Guide for Health Care Organizations: World Bank organization; 2018 [Available from: [20- The Thailand Board of Investment: Thailand: Medical Hub of Asia; 2009 \[Available from: <http://www.thinkasiainvestthailand.com/download/Medical.pdf>.](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/509355004970c21ca215f2336b93d75f/IFCSelfAssessGuide.pdf?MOD=AJPERES; 2010</a>.</p></div><div data-bbox=)

21- Boyd L, Sheen J. The national safety and quality health service standards requirements for orientation and induction within Australian Healthcare: A review of the literature. Asia Pacific journal of health management, 2014; 9(3): 31-7.

22- Aryankhesal A, Sheldon T, Mannion R. Impact of the Iranian hospital grading system on hospitals' adherence to audited standards: An examination of possible mechanisms. Health policy, 2014; 115(2): 206-14.

23- Shaw CD. Accreditation in European Health Care. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2006; 32(5): 266-75.

24- Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. Journal of Hospital, 2017; 16(3): 43-56.

25- Sadaghiani I, Zare H. The system of evaluation and accreditation of medical institutions of the Institute for Social Security Research; 2005.

26- Vision 2030 Saudi Central Board for Accreditation for Hospital Institution 2017 [Available from: <http://cbahi.securehostsite.biz/Library/Assets/CBAHI%20Corporate%20Profile-041915.pdf>.

27- Joint Commission International Survey Process Guide for Hospitals 2017 [Sixth edition: [Available from: [https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI\\_Publications\\_Services\\_Brochure\\_2.17.pdf](https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Publications_Services_Brochure_2.17.pdf).

28- Accreditation Standards for hospitals Danish Institute for Quality and Accreditation in Health care 2012 [Second edition: [Available from: <https://www.ikas.dk/FTP/PDF/D12-10072.pdf>.

29- Accreditation Standards for hospitals Danish Institute for Quality and Accreditation in Health care 2012 [Second edition: [Available from: <https://www.ikas.dk/FTP/PDF/D12-10072.pdf>.



## The Survey of Effective Factors on Hospital Accreditation Scoring Method in Iran

Ghadami L<sup>1</sup>, Masoudi Asl I<sup>2\*</sup>, Hesam S<sup>3</sup>, Modiri M<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Accreditation is a comprehensive and supportive model for assessing hospital performance. The present study aimed to assess the methodology of scoring hospital accreditation standards in Iran.

**Method:** This research is a qualitative study in 2017. The main scope was to interview the experts in the area of policy and accreditation of hospitals in Iran. Accordingly, semi-structured interviews were conducted with 25 experts and hospital accreditation assessors. A framework analysis was used to analyze qualitative data.

**Results:** In this study, six subjects were identified as the key factors influencing the hospital accreditation method. Standards Classification, Scoring, Weighting, Overall Score Ranking, Role of Assessors, Evaluation Method. In the current method, the overall score did not determine the difference between hospitals. Weighting was not clearly specified. The executive steps which were guidelines of implementation were scored. The decision making methods of the assessors were not the same, and the assessments were mandatory and not carried out by an independent organization.

**Conclusion:** In the area of classification of standards and the method of scoring and weighting in the current accreditation evaluation, there needs to be changes. Required measurable elements in the accreditation standards will be eliminated. The precondition for entering the accreditation process will be to obtain the necessary permits before accreditation. It is suggested that the Likert scale be used for scoring. It's recommended that the weight of patient safety standards must be considered more.

**Keywords:** Hospital; Accreditation; Scoring method; Qualitative research.

1- PhD student in Health Care Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding Author), masoudi\_1352@yahoo.com  
3- Assistant professor, Department of Health Care Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
4- Assistant professor, Department of Industrial Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran