

حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران: چالش‌ها و راهکارها

علی محمد مصدق راد^۱، فاطمه غضنفری^۲

چکیده

زمینه و هدف: اعتباربخشی بیمارستانی «فرایند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی» است. اعتباربخشی، نقش مهمی در بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی دارد. برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران با چالش‌هایی مواجه است. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود آن انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش کیفی پدیدارشناسی تفسیری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ با مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با ۱۵۱ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارکنان وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه سلامت و بیمارستان‌ها انجام شد. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۲۲ چالش حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی شناسایی شد که در قالب هفت گروه چالش‌های مرتبط با ساختار سازمانی، ارتباطات سازمانی، سیاستگذاری، تأمین مالی، برنامه‌ریزی، تولید و ارزشیابی دسته‌بندی شدند. عدم استقلال برنامه‌ی اعتباربخشی، ساختار سازمانی نامناسب، کمبود منابع، جایجایی سریع مدیران اداره‌ی اعتباربخشی، هماهنگی و ارتباطات ضعیف درون و برون سازمانی، دولتی و اجباری بودن برنامه‌ی اعتباربخشی، هزینه‌ی زیاد اعتباربخشی، برنامه‌ریزی ضعیف، عدم تأمین الزامات و پیش‌نیازهای اعتباربخشی، دانش ناکافی متولیان اعتباربخشی و عدم ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی از جمله چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. ایجاد استقلال عملکردی از طریق تشکیل شورای سیاستگذاری اعتباربخشی بیمارستانی و کمیته‌های علمی، اجرایی، اعتراض و ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی، پایلوت برنامه‌ی اعتباربخشی، تأمین مالی پایدار برنامه‌ی اعتباربخشی، برنامه‌ریزی دقیق، آموزش آشناری، دریافت تأییدیه انجمن بین‌المللی کیفیت بهداشت و درمان و اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی از جمله راهکارهای پیشنهادی حل این مشکلات هستند.

نتیجه‌گیری: برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران در بعد حاکمیتی با چالش‌ها و مشکلاتی مواجه است. اصلاح ساختار حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران می‌تواند منجر به حصول نتایج مطلوب و تحقق اهداف اعتباربخشی شود.

واژه‌های کلیدی: اعتباربخشی، بیمارستان، حاکمیت، سیاستگذاری، پژوهش کیفی

دریافت مقاله: اردیبهشت ۱۳۹۹

پذیرش مقاله: مهر ۱۳۹۹

* نویسنده مسئول:

فاطمه غضنفری؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email :
maha5065@yahoo.com

۱ دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

اعتباربخشی بیمارستانی «فرایند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی است» (۱). ارزیابان اعتباربخشی با بازرسی تأسیسات، تجهیزات و ملزومات، بررسی مستندات، مصاحبه با کارکنان، بیماران و خانواده‌ی آنها و تحلیل شاخص‌های عملکردی، وضعیت کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان را تعیین کرده و در قالب درجه‌ی اعتباربخشی به اطلاع عموم مردم جامعه می‌رسانند.

پژوهش‌های انجام شده، نتایج متفاوتی از اثرات برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی را نشان می‌دهند. برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که برنامه‌ی اعتباربخشی موجب تعریف و تبیین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی (۲)، آموزش کارکنان (۳)، ایجاد یک محیط کاری سالم (۴)، تقویت همکاری بین کارکنان (۵)، کاهش تعارض و بهبود ارتباطات (۶)، افزایش مسئولیت‌پذیری (۲) و رضایت شغلی کارکنان (۷) می‌شود. همچنین، مطالعاتی نشان دادند که اعتباربخشی منجر به توسعه‌ی ظرفیت بیمارستان (۸) و تجهیزات آن (۹)، استفاده‌ی بهینه از منابع (۹)، بهبود کیفیت (۱۰)، ایمنی (۱۱) و اثربخشی خدمات بیمارستانی (۱۲)، کاهش خطاهای پزشکی (۱۳) و مرگ و میر بیمارستانی (۱۴)، افزایش رضایت بیماران (۱۵) و در نهایت، بهبود عملکرد بیمارستان می‌شود (۸). علاوه بر این، اخذ درجه‌ی اعتباربخشی باعث اعتماد بیشتر مردم به کیفیت خدمات بیمارستان (۱۶) شده و ارتقای شهرت و محبوبیت بیمارستان را به دنبال خواهد داشت (۹). در مقابل، پژوهش‌هایی اثرات منفی اعتباربخشی بیمارستانی را گزارش کردند. به عنوان مثال، پژوهشی در ۷۳ بیمارستان و بر روی ۳۷ هزار بیمار آلمانی در سال ۲۰۰۷ میلادی نشان داد که اعتباربخشی موجب ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی و رضایت بیماران نشد (۱۷). پژوهشی در ۳۶ بیمارستان آمریکا در سال ۲۰۰۲ نیز ارتباطی بین اعتباربخشی و کاهش خطاهای پزشکی نیافت (۱۸). مطالعه‌ای هم رابطه‌ای بین اعتباربخشی و رضایت بیماران در بیمارستان‌های لبنان در سال ۲۰۱۱ نیافت (۱۹). مطالعاتی هم نشان دادند که برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی باعث افزایش بوروکراسی اداری (۷)، افزایش بار کاری کارکنان (۳) و افزایش هزینه‌های بیمارستانی شده است (۲۰).

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران از سال ۱۳۸۹ اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور را برنامه‌ریزی و با همکاری اداره‌ی نظارت و اعتباربخشی امور درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اجرا می‌کند. برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران دولتی و اجباری است. همه بیمارستان‌های کشور باید در این برنامه مشارکت داشته باشند و گواهی اعتباربخشی دریافت کنند (۲۱). بازپرداخت سازمان‌های بیمه سلامت به بیمارستان‌ها بر اساس درجه‌ی اعتباربخشی آنها است.

اولین دور اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۸۱۰۴ سنجه در قالب ۳۸ بخش بیمارستان در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ و دومین دور اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۲۱۵۷ سنجه و در قالب ۳۶ بخش در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴، توسط ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان اعتباربخشی انجام شد (۲۲). دور سوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه در قالب ۸ محور در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و دور چهارم اعتباربخشی با استفاده از ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنجه در قالب ۱۹ محور در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹، توسط ۳ تا ۴ نفر ارزیاب بالینی، مدیریتی و بهداشتی انجام می‌شود (۲۳ و ۲۲). روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران محدود به خودارزیابی مدیران بیمارستان‌ها و انجام ارزشیابی میدانی توسط تیم ارزیابان اعتباربخشی است (۲۴ و ۲۳). گواهی اعتباربخشی بیمارستان در هفت درجه شامل رتبه عالی، رتبه یک برتر، رتبه یک، رتبه دو، رتبه سه، رتبه چهار و غیر استاندارد می‌باشد. مدت اعتبار گواهینامه اعتباربخشی دو سال است (۲۳).

اعتباربخشی مزایایی برای بیمارستان‌های ایران داشته است. بهبود تسهیلات و تجهیزات بیمارستان، آموزش کارکنان، تدوین برنامه‌های عملیاتی، تدوین خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی فرایندهای کاری و مشتری‌مداری از جمله فواید گزارش شده‌ی اعتباربخشی در برخی از بیمارستان‌های ایران بوده است (۲۶ و ۲۵). پژوهشی که در سال ۱۳۹۴ به ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی ۵۴۷ بیمارستان کشور پرداخت، نشان داد که حدود ۷۲ درصد بیمارستان‌ها در دور اول اعتباربخشی، درجه‌ی یک به بالا کسب کرده بودند (۲۴). با وجود این، مطالعاتی هم نشان می‌دهد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی منجر به بهبود

ارزیابان، عدم استقلال ارزیابان در فرایند اعتباربخشی، نبود وحدت رویه بین ارزیابان و زمان کوتاه اعتبار گواهی اعتباربخشی از جمله چالش‌های برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی بیان شده در پژوهش‌های قبلی در ایران بوده است (۳۵-۳۳ و ۲۴ و ۲۲).

عملکرد بیمارستان‌ها (۲۹-۲۷) و افزایش رضایت کارکنان (۳۱ و ۳۰) و بیماران (۳۲) نشده است. تعداد زیاد استانداردها به ویژه استانداردهای ساختاری، ابهام استانداردها، تأکید بیش از اندازه بر مستندسازی، وزن یکسان سنج‌ها، عدم امکان اجرای برخی از استانداردها، روش نامناسب ارزشیابی، دقت پایین ارزشیابی، تجربه و مهارت پایین



شکل ۱: اجزا و ساختار اعتباربخشی بیمارستانی (۲۲)

شناسایی مشکلات حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و توسعه‌ی راهکارهایی برای رفع این مشکلات منجر به اصلاح سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود آن انجام شده است. نتایج این پژوهش اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور به منظور اصلاح ساختار حاکمیت و مدیریت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی قرار می‌دهد.

روشن بررسی

این پژوهش کیفی با روش پدیدارشناسی Phenomenology در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۸ انجام شد. از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته برای انجام این پژوهش استفاده شد تا درک کامل و تفصیلی از چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران به دست آید. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال کلی در مورد وضعیت فعلی حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و راهکارهای آن بود. تعداد ۱۰ مصاحبه‌ی پایلوت برای بهبود سوالات مصاحبه و افزایش مهارت مصاحبه‌کننده در برقراری ارتباط با مصاحبه‌شوندگان و افزایش روایی پژوهش انجام شد. تعداد ۱۵۱ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارکنان دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، تبریز، اصفهان

به طور کلی، سیستم اعتباربخشی بیمارستانی شامل ۴ بخش حاکمیت، استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی است (شکل ۱). استانداردهای اعتباربخشی باید بر اساس اصول بهبود مستمر کیفیت طراحی شوند تا منجر به ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی شوند. روش اعتباربخشی باید طوری اجرا شود که ضمن حصول اطمینان از کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌های معتبر، منجر به تداوم برنامه‌های بهبود کیفیت در این بیمارستان‌ها شود. ارزیابان اعتباربخشی باید دارای شایستگی‌های لازم باشند و ساختارها، فرایندها و نتایج بیمارستانی را سیستمی ارزشیابی کنند. در نهایت، ساختار حاکمیت، مدیریت و رهبری برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی باید مستقل و قابل اعتماد باشد (۲۱).

حاکمیت، نقش کلیدی را در سیستم اعتباربخشی بیمارستانی برعهده دارد. حاکمیت ضعیف، اثر منفی بر سه بعد دیگر سیستم اعتباربخشی خواهد داشت. حاکمیت، ایجاد یک سیستم برای مدیریت بهتر سازمان است که با تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف سازمان، طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، تدوین سیاست‌ها و مقررات، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان برای سازمان، مدیریت بهینه‌ی منابع برای اجرای برنامه‌ها و ارزشیابی عملکرد سازمان مرتبط است (۳۶). اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت از طریق حاکمیت و با سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت و کنترل صحیح و به موقع می‌تواند به اهداف مربوط دست یافته و نسبت به مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر باشد.

یزد و شیراز، ارزیابان اعتباربخشی، مدیران و کارشناسان سازمان‌های بیمه سلامت و مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها با رویکرد ارزشیابی چندگانه Pluralistic evaluation و به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شده و در این پژوهش شرکت کردند. استفاده از رویکرد ارزشیابی چندگانه و جمع‌آوری نظرات ذینفعان کلیدی متعدد، منجر به دستیابی به اطلاعات جامع و معتبری شد که در صورت مصاحبه با هر کدام از این گروه‌ها به تنهایی، ممکن نبود. انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی در محل کار مصاحبه‌شوندگان انجام شد. مصاحبه‌ها در قالب فایل‌های صوتی ضبط و سپس، در نرم افزار Word تایپ شد. از روش تحلیل موضوعی Thematic شش مرحله‌ای Braun و Clarke شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجوی تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و در نهایت تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد (۳۷). نقل قول مصاحبه‌شوندگان با حرف «م» در این مقاله مشخص شده است.

پژوهشگران از اقداماتی نظیر افزایش تنوع نمونه‌ها، انجام

مصاحبه‌های پایلوت، تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، تعامل مستمر با موضوع و داده‌های پژوهش، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مرور چندین باره‌ی مصاحبه‌ها، مقایسه‌ی مستمر اطلاعات به‌دست آمده، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آن‌ها، تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از جمع‌آوری آن‌ها، تبادل نظر با هم‌تایان، ارایه نقل‌قول‌های مصاحبه‌شوندگان علاوه بر تحلیل پژوهشگر، شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام آن، برای افزایش میزان اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش استفاده کردند.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از: اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کسب رضایت آگاهانه، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، احترام به استقلال مصاحبه‌شوندگان در هنگام پژوهش، حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی آن‌ها و بی‌طرفی پژوهشگران در کلیه مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه

| متغیر | فراوانی | درصد | متغیر | فراوانی | درصد | متغیر | فراوانی | درصد |
|---------------|---------|------|--|---------|------|--------------------|---------|------|
| محل خدمت | | | سمت | | | جنسیت | | |
| مرد | ۵۷ | ۳۷/۸ | کارشناسان اداره اعتباربخشی | ۹ | ۶ | وزارت بهداشت | ۵ | ۳/۳ |
| زن | ۹۴ | ۶۲/۲ | اعضای هیئت علمی و استادان | ۱۰ | ۶/۶ | دانشگاه علوم پزشکی | ۲۴ | ۱۵/۹ |
| سن | | | مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان | | | بیمارستان | | |
| ۲۵-۳۰ | ۲۱ | ۱۳/۹ | پزشکان بیمارستان | ۱۵ | ۹/۹ | سازمان بیمه | ۶ | ۴ |
| ۳۱-۳۵ | ۳۱ | ۲۰/۵ | کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان | ۳۳ | ۲۱/۸ | | | |
| ۳۶-۴۰ | ۳۷ | ۲۴/۵ | ارزیابان اعتباربخشی | ۲۱ | ۱۳/۹ | | | |
| ۴۱-۴۵ | ۳۴ | ۲۲/۶ | کارشناسان بیمه سلامت | ۶ | ۴ | | | |
| ۴۶-۵۰ | ۱۵ | ۹/۹ | طراحان استانداردهای اعتباربخشی | ۹ | ۶ | | | |
| ۵۱-۵۵ | ۱۳ | ۸/۶ | | | | | | |
| تحصیلات | | | سابقه‌ی کار | | | سابقه‌ی اعتباربخشی | | |
| کارشناسی | ۲۹ | ۱۹/۲ | کمتر از ۱۰ سال | ۳۷ | ۲۴/۵ | کمتر از ۵ سال | ۲۳ | ۱۵/۲ |
| کارشناسی ارشد | ۶۵ | ۴۳ | ۱۱-۲۰ سال | ۵۶ | ۳۷/۱ | ۵-۱۰ سال | ۶۴ | ۴۲/۴ |
| دکتری | ۵۷ | ۳۷/۸ | ۲۱-۳۰ سال | ۴۵ | ۲۹/۸ | ۱۱-۱۵ سال | ۴۳ | ۲۸/۵ |
| | | | ۳۱-۳۵ سال | ۱۳ | ۸/۶ | ۱۶-۲۰ سال | ۲۱ | ۱۳/۹ |

درصد) و دارای ۵ تا ۱۰ سال سابقه در زمینه اعتباربخشی (۴/۲۴ درصد) بودند (جدول ۱).

بیشتر مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه زن (۶۲/۲ درصد)، دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس (۴۳ درصد)، از مدیران بیمارستان‌ها (۳۱/۸ درصد).

جدول ۲: چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و راهکارها

| چالش‌های اصلی | چالش‌های فرعی | راهکارها |
|------------------|---|--|
| ساختار سازمانی | ساختار سازمانی نامناسب اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستانی، عدم استقلال اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستانی، عدم ثبات مدیران ارشد اداره‌ی اعتباربخشی و کمبود منابع | تشکیل شورای سیاست‌گذاری اعتباربخشی بیمارستانی، تشکیل کمیته علمی اعتباربخشی بیمارستانی، تشکیل کمیته اجرایی اعتباربخشی بیمارستانی، تشکیل کمیته اعتراض اعتباربخشی، تشکیل کمیته نظارت بر عملکرد برنامه‌ی اعتباربخشی، واگذاری اجرای اعتباربخشی به بخش خصوصی، تشکیل کمیسیون غیرانتفاعی اعتباربخشی و الگوبرداری از تجارب مفید کشورهای دیگر |
| ارتباطات سازمانی | عدم هماهنگی میان ادارات دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، عدم هماهنگی میان دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان با سایر معاونت‌های وزارت بهداشت، تضاد استانداردهای اعتباربخشی با قوانین و مقررات سایر حوزه‌های وزارت بهداشت و تعدد برنامه‌های ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها | ایجاد هماهنگی بیشتر میان ادارات دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، تقویت هماهنگی میان دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان با سایر معاونت‌های وزارت بهداشت، استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی سایر معاونت‌های وزارت بهداشت در اعتباربخشی بیمارستان‌ها، تفکیک استانداردهای صدور مجوز از استانداردهای اعتباربخشی، تدوین تیمی استانداردهای اعتباربخشی با مشارکت سایر معاونت‌های وزارت بهداشت، ادغام استانداردهای سایر برنامه‌های ارزشیابی بیمارستانی در برنامه‌ی اعتباربخشی و اختیاری کردن سایر برنامه‌های ارزشیابی بیمارستانی |
| سیاست‌گذاری | دولتی بودن برنامه‌ی اعتباربخشی، اجباری بودن برنامه‌ی اعتباربخشی و ارتباط تعرفه هتلینگ با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان | استقلال عملکردی اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها، قطع ارتباط تعرفه هتلینگ با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان، تغییر روش درجه‌بندی بیمارستان‌ها، عقد قرارداد بیمه با بیمارستان‌های معتبر، اجازه دریافت گواهی‌های بین‌المللی اعتباربخشی، اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد |
| برنامه‌ریزی | ضعف برنامه‌ریزی و توسعه و اجرای شتابزده‌ی برنامه‌ی اعتباربخشی | تعیین اهداف برنامه‌ی اعتباربخشی، تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی، استفاده از شواهد پژوهشی و استفاده از تجربیات سایر کشورها |
| تامین مالی | هزینه زیاد اعتباربخشی، نداشتن ردیف بودجه‌ی مجزا برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها، منابع مالی ناکافی بیمارستان‌ها و کارایی پایین برنامه‌ی اعتباربخشی | در نظر گرفتن بودجه مستقل برای برنامه‌ی اعتباربخشی، مشارکت مالی بیمارستان‌ها، تقویت نتایج مثبت اعتباربخشی برای بیمارستان‌ها و فرهنگ‌سازی در میان جامعه |
| تولیت | دانش ناکافی متولیان، آموزش ناکافی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، عدم پایلوت صحیح برنامه‌ی اعتباربخشی | پایلوت صحیح برنامه‌ی اعتباربخشی، آموزش آشناری و فرهنگ‌سازی |
| ارزشیابی | ارزشیابی محدود برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی و نظارت محدود دانشگاه‌ها بر عملکرد بیمارستان‌ها | ایجاد کمیته نظارت بر عملکرد برنامه‌ی اعتباربخشی، آموزش مستمر، دریافت تأییدیه انجمن بین‌المللی کیفیت بهداشت و درمان، استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده و اعلان عمومی نتایج |

پزشکی شامل رییس و حدود ده نفر کارشناس است که مسئولیت تدوین استانداردها، مدیریت اجرای اعتباربخشی، تهیه کارنامه و گواهی اعتباربخشی و رسیدگی به شکایات احتمالی بیمارستان‌ها را برعهده دارد. تنوع و حجم زیاد کارها بر کیفیت و عملکرد خدمات این اداره اثر منفی دارد. یکی از کارشناسان اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت اذعان داشت: «مشکل ما در وزارت بهداشت این است که هفت، هشت نفر هستیم که هم باید استانداردها را جمع‌بندی کنیم، هم برنامه‌ریزی اعتباربخشی را بکنیم و هم به اعتراضات جواب بدهیم. با این وضع هیچ‌کدام از وظایف به خوبی

در این پژوهش تعداد ۲۲ چالش حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و تعداد ۳۸ راهکار شناسایی شد که در قالب هفت گروه اصلی شامل ساختار سازمانی، ارتباطات سازمانی، سیاست‌گذاری، تأمین مالی، برنامه‌ریزی، تولیت و ارزشیابی دسته‌بندی گردید (جدول ۲).

● چالش‌های مرتبط با ساختار سازمانی اداره‌ی اعتباربخشی

اداره ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات پزشکی در دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. ساختار سازمانی اداره‌ی اعتباربخشی موسسات

انجام نمی‌شود» (م ۳۴).

باتوجه به وظایف اداره‌ی اعتباربخشی، تیمی حسب موضوع تشکیل می‌شود و نسبت به تدوین و بازنگری استانداردهای اعتباربخشی و تعیین سیاست‌های کلی اقدام می‌شود. یکی دیگر از کارشناسان دفتر اعتباربخشی و نظارت بر امور درمان وزارت بهداشت چنین گفت: «ما یک‌سری افراد داریم که نظر آن‌ها را جویا می‌شویم. آن‌ها ابلاغ خاصی ندارند، بلکه از اعضای هیأت علمی و کارشناسان دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و وزارت بهداشت هستند که سنجه‌های مربوط به واحدهای خود را می‌نویسند. وظیفه‌ی جمع‌بندی آن‌ها با دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت است» (م ۱). با وجود این، کمیت و کیفیت افراد انتخاب شده برای توسعه مدل و استانداردهای اعتباربخشی با انتقادهایی مواجه بود. یکی از ارزیابان گفت: «استفاده از نظرات کارکنان معاونت درمان دانشگاه‌ها و عده‌ای از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و پزشکان به‌عنوان طراحان استانداردهای اعتباربخشی به معنای این نیست که از بهترین‌های فن استفاده شده است. اکثر صاحب‌نظران کلیدی به علت مخالفت با سیاست‌های دفتر اعتباربخشی کنار گذاشته شدند» (م ۷۹). یکی دیگر از طراحان استانداردها نیز نظر مشابهی داشت: «مشکل آن‌جا بود که اولاً همه ذینفعان در توسعه استانداردها دخیل نبودند و ثانیاً افراد مخالف کنار گذاشته شدند» (م ۸۷).

برخی از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که ساختار اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت باید تغییر یابد و هر کدام از وظایف تخصصی اداره‌ی اعتباربخشی به یک شورا یا کمیته تخصصی واگذار شود تا ضمن انجام تخصصی و درست آن وظیفه، حجم کار مدیران و کارشناسان اداره‌ی اعتباربخشی کاهش یابد. عضو هیأت علمی یک دانشگاه در این راستا چنین گفت: «یک شورای عالی سیاست‌گذاری و حداقل سه کمیته شامل کمیته علمی برای توسعه استانداردها، کمیته اجرایی برای ارزشیابی بیمارستان‌ها و کمیته رسیدگی به اعتراضات باید وجود داشته باشد. در این صورت، ضمن اینکه هر کدام از وظایف به‌درستی انجام خواهد شد، به نوعی استقلال عملکردی هم حاصل می‌شود» (م ۴۷). مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که ذینفعان کلیدی بیمارستان‌ها باید در این شوراها و کمیته‌های تخصصی حضور فعال داشته باشند. با حضور نمایندگان ذینفعان مختلف برنامه‌ی اعتباربخشی، ضمن بهره‌گیری از نظرات آن‌ها در توسعه‌ی مدل اعتباربخشی بیمارستانی، تعهد و مشارکت آن‌ها در اجرای استانداردهای توسعه یافته نیز افزایش می‌یابد: «وقتی کمیته

علمی از متخصصان در حوزه‌های مختلف عضو داشته باشد، استانداردها توسط افراد متخصص توسعه یابد و تأیید گردد، همه آن را می‌پذیرند. دلیل دارد که JCI [سازمان اعتباربخشی بین‌المللی آمریکا] از کشورهای دیگر در کمیته‌هایشان عضو می‌پذیرند» (م ۱۲۳).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که اداره‌ی اعتباربخشی به اندازه کافی مستقل نیست و تضاد منافع وجود دارد. به عبارتی، با توجه به دولتی بودن اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی، استانداردهای اعتباربخشی به‌درستی در بیمارستان‌های دولتی اجرا نمی‌شود. یکی از ارزیابان گفت: «نمی‌شود که [وزارت بهداشت] خود متولی ارائه خدمت بیمارستانی باشد و خودش بیمارستان‌ها را هم ارزشیابی کند. مثلاً قرار بود تا سنجه‌های الزامی محقق نشود، اعتباربخشی [بیمارستان] صورت نگیرد. این اتفاق در بیمارستان‌های تابع وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی نیفتاد. ولی، در مورد بیمارستان‌های دانشگاه آزاد رعایت می‌شد» (م ۱۴). یکی از استادان دانشگاه دلیل این مسأله را چنین بیان کرد: «اگر درجه‌ی اعتباربخشی یک بیمارستان دولتی پایین بیاید، تعرفه‌اش پایین می‌آید. چه کسی می‌خواهد کمبود بودجه بیمارستان را جبران کند و جواب بدهد؟ دانشگاه باید جبران کند. دانشگاه مگر چنین بودجه‌ای دارد؟ از طرفی بر وجهه‌ی دانشگاه هم تأثیر می‌گذارد. در نتیجه، ارزیابان با چشم‌پوشی بیمارستان‌های دولتی را ارزشیابی می‌کنند» (م ۴۳).

چند نفر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها باید به بخش خصوصی واگذار شود. به عنوان مثال، مترون یک بیمارستان دولتی گفت: «ارزشیابی باید از سیستم وزارت بهداشت جدا و به بخش خصوصی واگذار شود و دولت به بحث صدور مجوز بپردازد» (م ۳۱). آن‌ها معتقد بودند که بخش خصوصی انگیزه‌ی خوبی هم برای انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها دارد. یکی از ارزیابان اعتباربخشی گفت: «برای بخش خصوصی مقرون به صرفه است که هزینه‌ی تربیت ارزیاب و بقیه هزینه‌های اعتباربخشی را پرداخت کند. بخش خصوصی از اعتباربخشی درآمد کسب می‌کند و تمام هزینه‌های خود را از بیمارستان‌های متقاضی اعتباربخشی دریافت می‌کند» (م ۷۹). یکی از مصاحبه‌شوندگان هم تشکیل یک کمیسیون غیرانتفاعی از ذینفعان کلیدی را برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها پیشنهاد کرده بود: «بهتر است که کمیسیونی درست شود و ۱۰ تا ۲۰ نفر از نمایندگان سازمان‌های ذینفع، عضو هیأت مدیره‌ی آن کمیسیون شوند. این کمیسیون وظیفه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها را برعهده بگیرد و

دولتی کم شود، خود وزارتخانه باید جبران کند. ضرر اینکه بیمارستان دولتی تعرفه‌اش از درجه یک به [درجه] سه تنزل یابد، بر دوش دولت است» (م ۱۱۱).

یکی دیگر از چالش‌های ساختاری برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی جابه‌جایی مدیران ارشد این اداره است. تغییرات مکرر مدیریت اداره اعتباربخشی منجر به تغییرات سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی این اداره شد: «از سال ۱۳۸۹ که برنامه‌ی اعتباربخشی شروع شد تا حالا ۴ بار مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان و ۴ بار رییس اداره اعتباربخشی موسسات پزشکی تغییر یافت. به همین دلیل می‌بینیم که برنامه‌ی اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و روش اعتباربخشی دایم تغییر می‌کند و فشار زیادی به بیمارستان‌ها وارد می‌سازد» (م ۴۷). ترکیب افراد دعوت شده برای بازنگری استانداردها نیز با تغییر مدیر اعتباربخشی موسسات پزشکی به‌طور مرتب تغییر می‌کرد. یکی از کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت گفت: «تیم طراحان استانداردها با تغییر رییس اداره‌ی اعتباربخشی تغییر می‌یافت. در نهایت، تیمی که روی کار آمد تجربه و دانشی در زمینه ارزیابی و اعتباربخشی نداشت و آزمون و خطا می‌کرد. در طول کمتر از ۱۰ سال چهار بار مدل اعتباربخشی را ویرایش کردند، هر بار محورهای اصلی و فرعی مدل ۱۸۰ درجه تغییر می‌کرد، ولی ایرادات و ویرایش‌های قبلی در ویرایش جدید همچنان وجود داشت. هر مدیری متناسب با سلیقه‌ی خود برنامه‌ی اعتباربخشی را از نو می‌نوشت» (م ۳۴).

مصاحبه‌شوندگان استفاده از تجربیات داخلی و خارجی را برای توسعه‌ی برنامه‌ی اعتباربخشی به شیوه‌ای اصولی پیشنهاد کردند: «استفاده از روش آزمون و خطا برای برنامه‌ای به وسعت اعتباربخشی هزینه زیادی به نظام سلامت تحمیل می‌کند. طراحی چنین برنامه‌ای مستلزم استفاده از تجربیات کشورهای دیگر در این زمینه و بومی سازی آن تجربیات با توجه به شرایط کشورمان است. الان بعد از گذشت قریب ۱۰ سال از آغاز برنامه‌ی اعتباربخشی، پژوهش‌های بسیاری در این زمینه در کشور انجام شده است که استفاده از نتایج آنها می‌تواند از تکرار خطاها در ویرایش‌های بعدی برنامه جلوگیری کند» (م ۳۰). تقویت سیستم حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی نیز پیشنهاد دیگری برای جلوگیری از اثرات منفی ناشی از جابه‌جایی زیاد مدیران ارشد دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت بود: «در صورتی‌که شورای سیاستگذاری اعتباربخشی و کمیته‌های فرعی آن در ساختار سازمانی اداره‌ی اعتباربخشی ایجاد شود، با تعویض

دولت [وزارت بهداشت] هم سیاستگذاری و نظارت بر این کمیسیون را انجام دهد» (م ۷۷).

با وجود این، بیشتر مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که واگذاری اعتباربخشی به بخش خصوصی در شرایط فعلی صحیح نیست. یکی از استادان دانشگاه گفت: «استقلال اداره‌ی اعتباربخشی باید از نوع عملکردی باشد. ما ارزیابی ISO [سیستم مدیریت کیفیت] را به بخش خصوصی داده‌ایم. بخش خصوصی به سازمان‌ها ISO می‌دهد. آیا واقعاً کیفیت خدمات همه سازمان‌های دارای ISO خوب است؟ بخش خصوصی ما ظرفیت و توانایی لازم برای ارزیابی و اعتباربخشی حدود هزار بیمارستان کشور را ندارد. بخش خصوصی اگر هم بتواند اعتباربخشی بیمارستان‌ها را انجام دهد، باز هم ممکن است تحت تأثیر صاحبان قدرت در وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گیرد. حتی ارزیاب بخش خصوصی هم ممکن است با ترس و لرز بیمارستانی را که رئیس آن وزیر بهداشت است، ارزیابی کند. استقلال فیزیکی در فرهنگ ما جواب نمی‌دهد و باید عملکردی باشد. وزارت بهداشت ارزیابی بیمارستان‌ها را به عنوان یک وظیفه حاکمیتی باید به‌طور مستقل و بدون جانبداری انجام دهد» (م ۴۷).

اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت در دور سوم اعتباربخشی، از مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به عنوان ارزیاب اعتباربخشی استفاده کرد. برخی از این افراد از شایستگی‌های لازم برخوردار نبودند. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: «یک سری ارزیاب برای بیمارستان‌ها فرستاده بودند که تابه‌حال کار ارزیابی انجام نداده بودند. به‌طور مثال، صرفاً مترون یک بیمارستان خصوصی بودند. از نحوه‌ی سوال کردنشان کاملاً مشخص بود که تسلط و اعتماد به‌نفسی در زمینه ارزیابی بیمارستان ندارند و تنها روی مواردی که وارد بودند، مانور می‌دادند» (م ۳۴). از طرف دیگر، این ارزیابان با توجه به اینکه در بیمارستان کار می‌کردند، به اندازه کافی مستقل نبودند. یکی از استادان دانشگاه هم گفت: «دانشگاه نمی‌تواند بیمارستان خودش را ارزیابی کند. چون فرد دارد کار خودش را می‌سنجد. کارشناس تغذیه دانشگاه وقتی برود تغذیه بیمارستان ایक्स را ببیند، کار خود را می‌سنجد و نمی‌تواند بگوید که کارش بد است. اصل بی طرفی نقض می‌شود» (م ۴۳). یکی از پزشکان بیمارستان دولتی هم معتقد بود: «کارکنان معاونت درمان که ارزیابی را انجام بدهند، تضاد منافع پیش می‌آید و هوای بیمارستان‌های دولتی را دارند، ولی، برای بیمارستان‌های خصوصی سخت‌گیری می‌کنند. چرا؟ چون اگر تعرفه بیمارستان‌های

مدیران اداره، خلل زیادی در اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی به وجود نخواهد آمد» (م ۴۷).

• چالش‌های مرتبط با ارتباطات سازمانی اداره‌ی اعتباربخشی

بیمارستانی

ارتباطات درون و برون سازمانی یکی دیگر از اجزای حاکمیت و مدیریت سیستم اعتباربخشی بیمارستانی است. دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت دارای سه اداره‌ی صدور مجوز، نظارت و اعتباربخشی است. این سه اداره به نوعی وظایف بازرسی، پایش و ارزشیابی موسسات پزشکی را برعهده دارند. هرکدام از این ادارات کار تخصصی خود را انجام می‌دهند و به نوعی سندرم کار جزیره‌ای مشاهده می‌شود. هماهنگی و ارتباطات صحیح بین این ادارات اثر سینرژیک داشته و به نتایج بهتری منجر خواهد شد. مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که استانداردهای حداقلی ارزشیابی که در مرحله‌ی صدور مجوز باید استفاده شود، در استانداردهای اعتباربخشی استفاده شده است که ضمن افزایش تعداد استانداردها، موجب تنزل سطح استانداردهای اعتباربخشی شد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان نظامی گفت: «بیمارستان باید یک سری ضوابط را رعایت کرده باشد تا اسم بیمارستان را روی آن گذاشت. جای سنجش آن ضوابط در اداره صدور پروانه است. استانداردهای اعتباربخشی استانداردهای مطلوب هستند. الان بیمارستان مسئول فنی دارد» یا «بیمارستان اورژانس دارد» را جزو استانداردهای اعتباربخشی گذاشتند. خوب اگر [بیمارستان] این‌ها را نداشته باشد که اصلاً نباید مجوز بهره‌برداری بگیرد، چه برسد به آنکه بخواهد اعتباربخشی شود» (م ۲۱). پزشک یک بیمارستان خصوصی هم گفت: «در سنجش‌های اعتباربخشی آمده مسئول فنی پروانه‌ی معتبر دارد، پزشکان پروانه طبابت دارند، بیمارستان پروانه بهره‌برداری دارد؟ اورژانس در دارد؟ در تابلو دارد؟» آدم حیرت می‌کند. خوب اگر این‌ها را نداشته باشد که بیمارستان نیست. معلوم است که همه [بیمارستان‌ها] نمره می‌گیرند» (م ۸۶). یکی از استادان دانشگاه استفاده از استانداردهای حداقلی صدور مجوز در برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی را موجب کاهش کیفیت این برنامه دانست: «در دنیا اگر بیمارستانی اعتباربخشی شود، افتخار بزرگی برای مدیران و کارکنان آن است. مریض از آمریکا به سنگاپور، هند، اندونزی و مالزی می‌آید تا عمل شود. چطور این بیمار آمریکایی به آن بیمارستان‌ها اعتماد می‌کند؟ فقط از روی اعتباربخشی است. ما سطح اعتباربخشی را در حد استانداردهای صدور مجوز پایین آورده‌ایم» (م ۱۲۳).

پیشنهاد مصاحبه‌شوندگان این بود که استانداردهای الزامی و حداقلی بهتر است که در برنامه‌های صدور پروانه و نظارت وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها قرار گیرد. به‌عنوان مثال، یکی از ارزیابان اعتباربخشی گفت: «تعدادی از استانداردها را که مرتبط با صدور مجوز و ارزشیابی حداقلی است، باید از اعتباربخشی حذف کرد. آن‌ها باید در جای دیگر ارزشیابی شوند. در صورتی که به‌طور کلی حذف شوند، به فراموشی سپرده می‌شوند» (م ۲۷). یکی دیگر از ارزیابان هم گفت: «من به بیمارستانی در بندر لنگه رفتم که اصلاً چیزهای بدیهی CSR [واحد استرلیزاسیون مرکزی] را نداشت. می‌گفتم اندیکاتور تون کوی؟ می‌خندیدند. حذف استانداردها درست نیست، ولی جای همه استانداردها در اعتباربخشی نیست» (م ۱۴).

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت باید ارتباطات سازنده و هماهنگی با سایر معاونت‌های وزارت بهداشت و دفاتر آنها داشته باشد و از ظرفیت‌های آنها برای ارتقای کیفیت و اعتبار برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی استفاده کند. هرکدام از معاونت‌ها و دفاتر وزارت بهداشت دارای سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی هستند و اطلاعاتی از عملکرد بیمارستان‌ها جمع‌آوری می‌کنند. این اطلاعات عملکردی بیمارستان‌ها، منبع بسیار ارزشمندی برای ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور است. با وجود این، از آنها به درستی در برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی استفاده نمی‌شود. مدیر اداره‌ی اعتباربخشی یک دانشگاه چنین گفت: «اطلاعات یک بیمارستان به‌صورت منسجم در وزارت بهداشت وجود ندارد. اطلاعات به‌صورت پراکنده در قالب سامانه آواب، سامانه صدور پروانه و غیره وجود دارد که هیچکدام هم به هم مرتبط نیستند» (م ۴). یکی دیگر از صاحب‌نظران اعتباربخشی بیمارستانی معتقد بود: «سامانه‌های متعددی در معاونت بهداشت، درمان و توسعه مدیریت وزارت بهداشت ایجاد شدند که ماهانه اطلاعات زیادی از عملکرد بیمارستان‌های کشور جمع‌آوری می‌کنند. اعتباربخشی نباید فقط به ارزشیابی دو روزه‌ی یک بیمارستان محدود شود. تمرکز اعتباربخشی نباید فقط بر روی ساختارها و فرایندهای بیمارستانی باشد. اطلاعات عملکردی موجود در این سامانه‌ها باید برای ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها استفاده شوند و بازخوردی هم از تحلیل عملکرد به بیمارستان‌ها داده شود تا اقدامات اصلاحی را به‌کار گیرند» (م ۴۷).

سایر ادارات وزارت بهداشت با توجه به اهمیت اعتباربخشی

نظیر بیمارستان‌های دوستدار کودک، بیمارستان‌های دوستدار مادر، بیمارستان‌های دوستدار ایمنی و اعتباربخشی بیمارستان‌های آموزشی که هرکدام چک لیست‌های ارزشیابی خاص خود دارند، هم مشکلاتی برای بیمارستان‌ها به وجود آورده بود. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: «هر کدام از برنامه‌های دوستدار ایمنی، دوستدار کودک و غیره تعداد زیادی استاندارد و سنجه دارند. کار بیمارستان‌ها در اجرای این همه برنامه‌های متعدد خیلی زیاد شد. در برخی موارد هم استانداردهای این برنامه‌ها با استانداردهای برنامه‌ی اعتباربخشی مغایرت دارد و ما را دچار سردرگمی می‌کند» (م ۹). برخی از صاحب‌نظران اعتباربخشی بیمارستانی معتقد بودند که برای حل این مشکل باید مدل سیستمی برای توسعه استانداردهای اعتباربخشی در نظر گرفت و استانداردهای مهم سایر برنامه‌ها در این مدل گنجانده شود: «برنامه‌های ارزشیابی بیمارستانی متعددی توسط سازمان‌های داخلی و خارجی معرفی شدند که برخی از آنها از نوع یک گواهی Certificate هستند. قرار نیست که همه این‌ها در برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی کشور قرار گیرد. اداره‌ی اعتباربخشی باید از یک مدل سیستمی استفاده کند که شامل استانداردهای ساختاری، فرایندی و پیامدی باشد. در صورت نیاز می‌توان برخی از استانداردهای مطلوب آن گواهی‌ها را به مرور زمان به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کشور اضافه کرد. هر استاندارد اعتباربخشی باید واضح، مشخص و هدفمند بیان شود. نمی‌توان یک استاندارد کلی داشت که آیا بیمارستان گواهی دوستدار ایمنی دارد؟ گرفتن چنین گواهی مستلزم اجرای تعداد زیادی استاندارد است. برنامه‌ی اعتباربخشی اجباری ولیکن، برنامه صدور گواهی اختیاری است. مدیران بیمارستان‌ها در صورت تمایل می‌توانند برای دریافت گواهی بیمارستان دوستدار ایمنی، دوستدار مادر، دوستدار کودک، دوستدار سالمند و غیره اقدام کنند» (م ۴۷).

• چالش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری اعتباربخشی بیمارستانی

برنامه‌ی اعتباربخشی ملی ایران از ابتدا به صورت دولتی و اجباری شروع شد. اجرای استانداردهای مطلوب اعتباربخشی نیازمند الزامات و پیش‌نیازهایی است که همه بیمارستان‌های کشور آن را ندارند. یک استاد دانشگاه گفت: «استانداردهای اعتباربخشی به عنوان حداکثر استانداردهای قابل دستیابی در نظر گرفته می‌شوند، به طوری که حتی در کشورهای پیشرفته اروپایی، همه مراکز نمی‌توانند با همه آن استانداردها انطباق یابند. حال اگر ما محروم‌ترین و دورافتاده‌ترین بیمارستان‌های کشور را مجبور

برای مدیران بیمارستان‌ها به خاطر تأثیر آن بر درآمد بیمارستان، از ابزار اعتباربخشی برای فشار به بیمارستان‌ها برای اجرای قوانین، مقررات و بخشنامه‌های حوزه تخصصی خود استفاده می‌کنند. یکی از کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت گفت: «اعتباربخشی تنها اهرم قوی وزارت بهداشت است که مستقیم به پول و درآمد بیمارستان ربط دارد. همه‌ی حوزه‌های وزارت بهداشت می‌خواهند که برنامه‌های کلیدی‌شان را در اعتباربخشی بیاورند تا ضمانت اجرایی داشته باشد» (م ۳۴). یکی از مدیران حوزه‌ی معاونت اجتماعی و امور خیرین وزارت بهداشت هم این موضوع را تأیید کرد: «برای تشویق بیمارستان‌ها به جلب حمایت خیرین، توانسته‌ایم آن موضوع را در استانداردهای اعتباربخشی بیاوریم» [استاندارد الف-۱-۲] (م ۱۴۶). مدیر آموزش یک بیمارستان هم گفت: «یکی از نواقص اعتباربخشی این است که هر جا وزارت بهداشت زورش به بیمارستان‌ها نمی‌رسد، آن‌را در استانداردهای اعتباربخشی قرار می‌دهد تا اجرا شود. مثلاً به بیمارستان‌ها اعلام کردند که اگر درصد سزارین شما پایین نیاید، درجه‌ی اعتباربخشی شما کم می‌شود. به بیمارستان می‌گویند اگر دستگاه بی‌خطر ساز زباله نداشته باشید، نمره اعتباربخشی بیمارستان کم می‌شود» (م ۴۱).

سیاست‌ها و بخشنامه‌های معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و گاهی اوقات تضاد آنها با استانداردهای اعتباربخشی مشکلاتی برای مدیران بیمارستان‌ها به هنگام اجرا ایجاد کرده است. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی اذعان داشت: «وزارت بهداشت از یک طرف بخشنامه می‌دهد که ۱۰ درصد نیروها را کم کنید و ۱۰ درصد هزینه‌ها را کم کنید. این‌ها مغایر با استانداردهای اعتباربخشی است که از بیمارستان می‌خواهد نیرو و تجهیزات تهیه کند. بیمارستان هم می‌گوید که پول بده تا رعایت کنم. نه پول می‌دهد، نه دستگاه می‌دهد، نه نیرو می‌دهد، بعد ارزیابی که می‌کند، می‌بیند که بیمارستان استانداردها را رعایت نکرده است» (م ۲۲). یکی از کارشناسان بیمه‌ی سلامت پیشنهاد داد که: «اندوین و توسعه استانداردهای اعتباربخشی حاصل یک کار تیمی است. نمایندگان معانت‌های مختلف وزارت بهداشت باید در کمیته علمی اعتباربخشی حضور داشته باشند تا اطمینان حاصل شود که مغایرتی بین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی و قوانین و مقررات حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت وجود ندارد» (م ۵۳).

همچنین، وجود برنامه‌های متعدد ارزشیابی بیمارستان‌ها

کنیم که با برخورداری از بهترین بیمارستان‌های پایتخت در شرایط کاملاً نابرابر رقابت کنند، چون تعرفه‌شان کم می‌شود، چه اتفاق ناخوشایندی امکان وقوع دارد؟» (م ۴۳). پزشک یکی از بیمارستان‌های دولتی هم گفت: «وزارت بهداشت با اجباری کردن اعتباربخشی، بیمارستان لب مرز را سرزنش می‌کند که هیچی ندارد. از آن‌جا که بسیاری از بیمارستان‌ها در کشور توانایی انطباق با استانداردها را ندارند، مجبور است که نمره الکی به بیمارستان بدهد. به بیمارستانی درجه یک داده که در حد درجه سه هم نیست» (م ۷۵).

با وجود این، مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که: اکنون پس از گذشت چند سال از شروع اعتباربخشی به شیوه‌ی اجباری، تغییر رویکرد آن به سمت اختیاری، کار دشواری است (م ۶۸، م ۱۴۱ و م ۱۳۰). یکی از استادان دانشگاه در این زمینه چنین گفت: «ای کاش اعتباربخشی در شروع، اختیاری بود تا هم وزارت بهداشت به مرور زمان ظرفیت مدیریت برنامه‌ی اعتباربخشی را به دست می‌آورد و هم بیمارستان‌های محروم زمان کافی برای توسعه‌ی ساختارها و فرایندهای خود برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشتند. الان بعد از چند دوره اعتباربخشی اجباری نمی‌توان آن را اختیاری کرد. احتمال اینکه مدیران بیمارستان‌ها با توجه به چالش‌های زیاد و دستاوردهای کم اعتباربخشی در این برنامه مشارکت نکنند، زیاد خواهد بود. از طرفی دیگر، اکنون اعتباربخشی تنها روش ارزشیابی بیمارستان‌هاست و برنامه‌ی جایگزین دیگری برای ارزشیابی بیمارستان‌ها وجود ندارد» (م ۴۷).

یکی از سیاست‌های اتخاذ شده برای اجبار یا تشویق مدیران بیمارستان‌ها به اجرای استانداردهای اعتباربخشی، منوط کردن پرداخت تعرفه‌ی هتلینگ بیمارستان توسط سازمان‌های بیمه سلامت به درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها بود که پیامدهایی هم به دنبال داشت. حدود ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور به نوعی دولتی هستند. اجرای استانداردهای اعتباربخشی مستلزم صرف زمان و هزینه زیادی است. کمبود منابع مالی مانع از اجرای کامل استانداردهای اعتباربخشی و افت درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها می‌شود که در نهایت، منجر به کاهش دریافتی بیمارستان‌ها از موسسات بیمه سلامت خواهد شد. این موضوع می‌تواند در مرحله‌ی تدوین استانداردها به کاهش کیفیت استانداردها و در مرحله‌ی ارزشیابی بیمارستان‌ها به سهل‌گیری ارزیابان اعتباربخشی منجر شود. یکی از استادان دانشگاه گفت: «در حال حاضر تعرفه هتلینگ بیمارستان بر اساس درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان است. یک بیمارستان ۳۰۰ تختخوابی اگر به جای

درجه یک، درجه دو اعتباربخشی را دریافت کند، حدود سه تا چهار میلیارد تومان از بیمه کمتر دریافت خواهد کرد. استانداردهای اعتباربخشی باید از نوع حداکثری باشند، ولی، به دلیل همین ارتباط درجه‌ی اعتباربخشی با تعرفه‌ی هتلینگ بیمارستان، تعداد زیادی از استانداردهای حداقلی هم لحاظ شده است، تا بیمارستان‌ها با زیان زیادی مواجه نشوند» (م ۴۷). استاد دیگر دانشگاه گفت: «اگر بیمارستانی استانداردها را رعایت نکند و امتیاز نگیرد، چه اتفاقی می‌افتد؟ با تک بیمارستان یک شهر چه می‌توان کرد؟ آیا می‌توان درش را بست؟ نمی‌توان این کار را کرد. پس باید سازش کرد و ارزشیابی را با سهل‌گیری انجام داد. مجبوری به بیمارستان بگویید که حالا اشکال ندارد که پزشک خوب ناداری، پرستار خوب ناداری، تجهیزات خوب ناداری. دارو هم گیرت نمی‌آید، اشکال ندارد. این داستان آن شیر مولانا می‌شود که نه یال دارد و نه کویال، ولی، همه نمره گرفتند» (م ۴۳). ارتباط تعرفه هتلینگ بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان موجب می‌شود که بیمارستان‌های با منابع مالی کمتر در یک سیکل معیوب قرارگیرند. مدیر یک بیمارستان خیریه گفت: «ارتباط تعرفه با درجه‌ی بیمارستان باعث می‌شود که بیمارستان‌های خوب همیشه خوب بمانند و بیمارستان‌های ضعیف، همیشه ضعیف باشند. بخش عظیمی از علل عدم انطباق با استانداردها، کمبود منابع است. وضعیت بیمارستان با کاهش تعرفه دریافتی از بیمه‌ها بدتر می‌شود» (م ۶۹).

به این ترتیب، فضاوت ارزیابان اعتباربخشی می‌تواند بر ارتباط تعرفه دریافتی بیمارستان‌ها با درجه‌ی اعتباربخشی تأثیر بگذارد. یکی از ارزیابان گفت: «هنوز نمره‌ها واقعی نیستند. من به عنوان ارزیاب وقتی می‌دانم که بیمارستان‌ها مشکلات مالی دارند و بیمه‌ها پولشان را به موقع نمی‌دهند؛ خود زنی است که درجه‌ی بیمارستان را کم کنم. آن‌ها پول ندارند تا دستگاه‌هایشان را کالبره کنند، دستگاه جدید بخرند و این یک سیکل معکوس است و دفعه بعد بیمارستان حالش بدتر می‌شود» (م ۲). یکی دیگر از ارزیابان هم گفت: «رابطه‌ی میان درآمد بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی باعث می‌شود تا نتایج اعتباربخشی واقعی نباشد. برای ارزیابی بیمارستان دولتی مخصوص کانسر به شهر... رفته بودیم. [بیمارستان] وضعیت جالبی نداشت. دیوارها ریخته بودند. CSR در بیمارستان‌های کانسر به خاطر مسأله شیمی درمانی، بخش بسیار مهمی است که وضعیت خوبی نداشت. من به عنوان ارزیاب باید چه کار کنم؟ اگر امتیاز کم بدهم، درجه سه بشود که تعرفه‌ی هتلینگش کم می‌شود و در یک سیکل معیوب قرار می‌گیرد.

بیمارستان‌ها برای پیروزی در رقابت برای داشتن مشتری بیشتر کیفیت خدمات خود را افزایش می‌دهند» (م ۱۳۶). به عبارتی، مدیران بیمارستان‌ها به جای اینکه برای پرهیز از کسب امتیاز کم اعتباربخشی و به دنبال آن دریافت تعرفه هتلینگ کمتر، به هر طریقی تلاش کنند تا امتیاز اعتباربخشی بیشتری از ارزیابان بگیرند (تقویت منفی)، سعی کنند تا کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی را ارتقا دهند تا درجه‌ی اعتباربخشی بگیرند و مشتری بیشتری داشته باشند (تقویت مثبت).

تعدادی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش بر ضرورت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تأکید کردند: «اگرچه اعتباربخشی بیمارستانی در ایران موضوع جدیدی است، ولی، سابقه‌ی حدود ۷۰ سال در دنیا دارد. در طول این سال‌ها ماهیت موسسه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و روش اعتباربخشی تغییرات زیادی کرده است. به‌عنوان مثال، موسسات اعتباربخشی از حالت خصوصی به حالت دولتی، استانداردهای اعتباربخشی از حالت بخشی به حالت عملکردی و روش ارزشیابی از حالت سنتی به حالت «ردیابی بیمار» در حال تغییر هستند. استفاده از شواهد پژوهشی منجر به تقویت سیستم اعتباربخشی بیمارستانی خواهد شد. به نظر می‌رسد که دانش متولیان اعتباربخشی محدود است و از شواهد پژوهشی کمتر استفاده می‌شود. به همین دلیل است که استانداردهای اعتباربخشی ایران در ابتدا با رویکرد بخشی و شامل حدود ۸۰۰۰ سنجه به بیمارستان‌ها ابلاغ شد و ارزیابان هنوز از روش سنتی برای ارزشیابی بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند» (م ۴۷).

• چالش‌های مرتبط با برنامه‌ریزی اعتباربخشی بیمارستانی

اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی نیازمند برنامه‌ریزی هدفمند است. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «برنامه‌ریزی در زمینه‌ی پیش‌نیازها و الزامات اعتباربخشی توسط وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌ها قبل از ابلاغ اعتباربخشی به بیمارستان‌ها منجر به تسهیل اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و در نهایت، منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها خواهد شد» (م ۴۷). با وجود این، برخی مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی سریع جایگزین برنامه ارزشیابی قبلی بیمارستان‌ها شد و برنامه‌ریزی‌های لازم آن‌طور که باید، صورت نگرفت. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «از آنجا که اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت برنامه‌ریزی‌های دقیقی در زمینه‌ی نحوه‌ی توسعه و اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی انجام نداد و

امتیاز خوب بدهم، حق بیمارستان‌های درجه بالاتر ضایع می‌شود» (م ۴۸). همچنین، رقابتی بین بیمارستان‌ها برای کسب امتیاز بیشتر به هر قیمتی، برای جلوگیری از کاهش تعرفه‌ی دریافتی صورت خواهد گرفت. به عقیده‌ی سوپروایزر آموزش یک بیمارستان نظامی: «یکی از آفات، ارتباط تعرفه هتلینگ بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها و جایگزینی تلاش برای دریافت درجه‌ی اعتباربخشی بالاتر به هر قیمتی به جای توجه به بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بسیاری از بیمارستان‌ها بود. برخی [مدیران] بیمارستان‌ها به افرادی پول می‌دادند تا برایشان مستندسازی کنند و نحوه‌ی ارایه‌ی آن مستندات را به آن‌ها بیاموزند. برخی [مدیران] بیمارستان‌ها هم از بیمارستان‌های دیگر پرستار و نیروهای مورد نیاز می‌آوردند تا در روز ارزشیابی بتوانند ارایه خوبی داشته باشند» (م ۳۰). کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: «من احساس می‌کنم که بیمارستان‌ها داده‌سازی می‌کنند و فکر اعتباربخشیدن به کار نیستند. بیمارستان از من برای نحوه‌ی پرزنت کردن دعوت به همکاری کرده است. مدیر بیمارستان از من می‌خواهد راه‌های گول زدن ارزیاب را به آن‌ها آموزش بدهم. خیلی به دنبال انجام درست کار نیستند. من به پرسنل می‌گویم که به ارزیاب چه بگویند. ارزشیابی ارزیابان خیلی تحت تأثیر نحوه‌ی ارایه کارکنان است. به راحتی می‌توان برایشان از کاه، کوه ساخت» (م ۴۲).

یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود که ارتباط مستقیم تعرفه بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی باید کنار گذاشته شود: «در بسیاری از برنامه‌های توسعه‌یافته‌ی اعتباربخشی بیمارستانی دنیا، گواهی اعتباربخشی به دو صورت «معتبر» یا «غیر معتبر» است. بیمارستان‌ها در صورتی که در ارزشیابی اولیه معتبر شناخته نشوند، فرصت کوتاهی دریافت می‌کنند تا استانداردها را کامل اجرا کنند تا در ارزشیابی بعدی معتبر شناخته شوند. بیمه‌های سلامت فقط با بیمارستان‌های معتبر از نظر اعتباربخشی، قرارداد همکاری می‌نمایند. بنابراین، بیمارستان‌ها مجبور هستند با بهبود کیفیت خدمات خود، هر چه سریعتر گواهی اعتباربخشی را دریافت کنند» (م ۴۷). برخی هم اعتباربخشی بین‌المللی و اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی را پیشنهاد کردند. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان خصوصی گفت: «جازه‌ی دریافت گواهی‌های بین‌المللی اعتباربخشی و همچنین اعلان عمومی نتایج می‌تواند جایگزین ارتباط تعرفه بیمارستان با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان شود. این دو راهکار باعث می‌شود که میزان کیفیت خدمات بیمارستان برای جامعه هدف مشخص شود و در نتیجه

برنامه‌ی اعتباربخشی خیلی شتاب‌زده به بیمارستان‌ها ابلاغ شد، ساختار آن بارها تغییر کرد. ارزشیابی‌ها به تأخیر می‌افتد و محتوای برنامه از جمله استانداردها و روش ارزشیابی بارها تغییر کرد. این امر برای بیمارستان‌ها ایجاد سردرگمی کرده است. اصلاً مشخص نیست که ارزشیابی دوره بعد دقیقاً چه زمانی است؟ با چه تعداد ارزیاب؟ استانداردها چه تغییری می‌کند؟ اصلاً اعتباربخشی می‌ماند یا برنامه‌ای دیگر جایگزین می‌شود؟ متأسفانه با این کارها به مرور این اعتقاد در بیمارستان‌ها ایجاد خواهد شد که همه چیز فرمالیته است» (م ۵۶).

به عقیده‌ی مصاحبه‌شوندگان، تغییرات مکرر در زمان شروع برنامه‌ی اعتباربخشی، ویرایش‌های متعدد استانداردها، مهلت کم اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها، تغییرات مکرر روش ارزشیابی و تغییرات در نحوه‌ی انتخاب، به‌کارگیری و جبران خدمت ارزیابان از نتایج عدم برنامه‌ریزی‌های دقیق اعتباربخشی بیمارستانی است. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان گفت: «استانداردها چهار بار بازبینی شد و سنجه‌ها از حدود ۸ هزار تا به حدود ۵۰۰ تا رسید. مبنای آن ۱۰۰۰ تا چه بود؟ مبنای این ۵۰۰ تا چیست؟ بعد از ابلاغ استانداردها به بیمارستان‌ها گفتند ما از مهرماه اعتباربخشی را شروع می‌کنیم. مهرماه سنجه‌ها را به ما دادند و گفتند چون حالا دادیم از آبان ارزیابی می‌کنیم. آبان هم شروع نشد. آذرماه هم شروع نشد و مدام می‌گفتند از هفته بعد شروع می‌شود. این خیلی بد بود. خصوصاً در مورد بیمارستان با این همه حساسیت کاری بالا اصلاً نمی‌شد برنامه‌ریزی کرد. خلاصه طول کشید تا بهمن ماه. به کارکنان نمی‌توانستیم در این مدت مرخصی بدهیم. خیلی وضعیت بادی بود همه چیز رو هوا بود» (م ۹). یکی از ارزیابان اعتباربخشی هم گفت: «اول از کارکنان معاونت درمان در قالب تیم‌های ۲۰ تا ۲۵ نفری به ارزیابی اعزام می‌شدند، بعد فراخوان جذب ارزیاب گذاشتند. یک‌بار از محل مأموریت قرار شد به ارزیابان پرداخت صورت گیرد. یک بار مقرر شد حق ارزیابی به آن‌ها بدهند. بماند که همین‌ها را هم، به همه به‌طور کامل پرداخت نکردند. دوره‌ی چهارم گفتند که هر کسی بدون پول حاضر است به ارزیابی برود، اعلام آمادگی کند. هیچ برنامه‌ی مشخص از قبل تعیین شده‌ای نداشتند» (م ۱۰۱).

استفاده از شواهد علمی و تجربیات سایر کشورها برای برنامه‌ریزی اعتباربخشی بیمارستانی کشور پیشنهاد شد. به قول سوپروایزر آموزشی یک بیمارستان نظامی: «اعتباربخشی چرخی نیست که ما بخواهیم آن را از نو اختراع کنیم. [اعتباربخشی] بیش از صد سال قدمت دارد. اگر از تجارب

کشورهای دیگر به خوبی استفاده کنیم، خیلی از آزمون و خطاهای ما کم می‌شود» (م ۳۰). یکی از استادان دانشگاه نیز نظر مشابهی داشت: «لان در این ۷ سال [از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۸] سه دوره اعتباربخشی داشتیم. از ابتدا می‌گویند که مدت اعتبار گواهی اعتباربخشی یک سال است و بعد از تمام سال اول آن را تمدید می‌کنند. مراحل انجام ارزشیابی، صدور گواهی، رسیدگی به اعتراضات و گواهی مجدد خیلی طول می‌کشد و سالی یکبار عملاً ممکن نیست. تجارب کشورهای دیگر را بررسی نکردند. هیچ کجا اعتباربخشی سالانه انجام نمی‌شود» (م ۴۳). صاحب‌نظران اعتباربخشی اعتقاد داشتند که اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی باید دارای اهداف کلی و اختصاصی باشند و برنامه‌های راهبردی و عملیاتی برای توسعه استانداردها، انجام ارزشیابی‌ها، آموزش و توسعه فرهنگ کیفیت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی داشته باشند.

• چالش‌های مرتبط با تأمین مالی برنامه‌ی اعتباربخشی

بیمارستانی

ردیف بودجه مستقلی برای هزینه‌های مرتبط با توسعه و اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی در نظر گرفته نشد. یکی از کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت در این خصوص گفت: «اعتباربخشی از دور اول تا الان بودجه مستقلی نداشته است. هزینه‌های اعتباربخشی شامل هزینه‌ها و دستمزدهای مربوط به ارزیابان و هزینه‌های اجرایی است. وزارت بهداشت بعد از ابلاغ برنامه‌ی اعتباربخشی به دانشگاه‌ها به آن‌ها گفت که باید مسایل مربوط به ایاب و ذهاب و اقامت ارزیابان را مدیریت کنند. این بخش از هزینه‌ها با خود دانشگاه بود. بعضی از دانشگاه‌ها از محل طرح تحول نظام سلامت و برخی دیگر از محل مصدومان ترافیکی و یا از محل اعتبارات خارج از شمول و یا از محل‌های دیگر این اعتبار را تأمین می‌کردند. اما بخش دوم هزینه مربوط به پرداخت دستمزدهای ارزیابان بود که در این جا مشکلات زیادی داشتیم. پرداخت به ارزیابان را معاونت درمان برعهده داشت و مقرر شد که این پرداخت از محل ماده ۳۳ مصدومان ترافیکی انجام شود که آقای دکتر... (معاون وقت درمان وزارت بهداشت) شفاهماً دستور آن را داده بودند. خیلی از دانشگاه‌ها پرداخت نکردند. در نهایت، با بحث و گفتگوهای فراوان تا حدودی پرداخت به ارزیابان انجام شد. بعد تصمیم بر آن شد که پرداخت به ارزیابان در قالب حق مأموریت انجام شود» (م ۱).

در بسیاری از کشورها به ویژه آنهایی که دارای اعتباربخشی

تحویل می‌کند. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها توان مشارکت در تأمین هزینه‌های اعتباربخشی را ندارند. مدیر یک بیمارستان خصوصی گفت: «اجرای بسیاری از سنج‌ها در مراکز خصوصی هزینه‌های گزافی بر دوش بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند و اقتصاد بیمارستان را به شدت در معرض خطر قرار می‌دهد» (۶۶م). مسئول بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی هم گفت: «اکثر بیمارستان‌های دولتی آموزشی ساختمان‌های قدیمی دارند. یکی از استانداردها وجود دکتور حساس به دود و حرارت در تمام بخش‌های بیمارستان‌هاست که فوق‌العاده هزینه‌بر است» (۹م).

نبود منابع کافی برای اجرای درست برنامه‌ی اعتباربخشی، علاوه بر کاهش کیفیت آن موجب اتلاف منابع هم خواهد شد. یکی از استادان دانشگاه گفت: «صدها میلیارد تومان صرف این برنامه‌ی اعتباربخشی می‌شود. خروجی هم این است که اکثر بیمارستان‌ها درجه یک می‌شوند. نمی‌دانم چه منطقی پشتش است» (۶۸م). یکی دیگر از استادان دانشگاه گفت: «نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی اعتباربخشی نشان می‌دهد که اعتباربخشی خیلی در رسیدن به اهدافش موفق نبوده است. البته دستاوردهایی هم داشته است. اما برای اعتباربخشی منابع بسیار زیادی هزینه شد. با هزینه‌های خیلی کمتر از آن هم می‌توانستیم به دستاوردهایی که اعتباربخشی به همراه داشته دست یابیم» (۱۱۰م).

• چالش‌های مرتبط با تولید برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی

اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و اجرای پیش‌نیازهایی مانند نیازسنجی آموزشی، فرهنگ سازی، جلب حمایت گروه‌های با قدرت و پایلوت برنامه‌ی اعتباربخشی است. برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که توسعه‌ی استانداردهای اعتباربخشی و اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی سریع انجام شد و فرصت لازم به مدیران بیمارستان‌ها برای ارتقای ساختارها و فرایندهای بیمارستانی داده نشد. مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی در تهران گفت: «برنامه‌ی اعتباربخشی با این وسعت به‌صورت شتابزده اجرا شد. من آن موقع سه بار پیش آقای دکتر ... معاون وقت درمان وزارت بهداشت رفتم و گفتم که چرا برای اجرای اعتباربخشی این‌قدر عجله دارید؟ این برنامه قرار است در ۱۰۰۰ بیمارستان کشور اجرا شود. بهتر نیست به جای آزمون و خطا، اجرای برنامه را به تعویق بیندازید تا برنامه‌ریزی‌های بهتری انجام پذیرد؟ آقای دکتر... پذیرفت، ولی، گفت ما در زمان دکتر ... [وزیر بهداشت] می‌باید این کار را شروع کنیم. خود ما اذعان داریم که این برنامه جای کار بسیاری دارد.

خصوصی و اختیاری هستند، بیمارستان‌ها ابتدا باید هزینه اعتباربخشی را پرداخت کنند تا اعتباربخشی بیمارستانی انجام شود. در ایران، وزارت بهداشت تقریباً ارزشیابی اعتباربخشی را برای بیمارستان‌های کشور رایگان انجام می‌دهد. یکی از استادان دانشگاه گفت: «در تمام دنیا، بیمارستان هزینه‌های اعتباربخشی را پرداخت می‌کند. ارزش افزوده‌ای که اعتباربخشی برای بیمارستان ایجاد می‌کند، خیلی زیاد است. مدیران با نقاط ضعف بیمارستان خود آشنا می‌شوند و توصیه‌های فراوانی دریافت می‌کنند. در ایران روش انجام اعتباربخشی به‌گونه‌ای است که خیلی به بیمارستان‌ها در شناسایی نقاط قوت و ضعفشان کمک نمی‌شود. در نتیجه، [مدیر] بیمارستان خیلی به مشارکت در هزینه‌های اعتباربخشی رغبتی ندارد. اعتباربخشی برای او ارزش افزوده‌ی قابل توجهی ایجاد نمی‌کند» (۱۲۷م). مدیر یک بیمارستان خصوصی هم این چنین تأیید کرد: «چرا برای اعتباربخشی باید هزینه کنم؟ در بیمارستان‌های خصوصی قانون تجارت حاکم است. اعتباربخشی دستاورد قابل توجهی برای بیمارستان ما نداشته است» (۶۲م).

بنابراین، وزارت بهداشت باید مجموعه اقداماتی را به‌کار گیرد تا مدیران بیمارستان‌ها ضرورت انجام اعتباربخشی را درک کنند. یکی از استادان دانشگاه گفت: «در سطح جامعه برای اعتباربخشی فرهنگ‌سازی نشده است. مردم نمی‌دانند که اعتباربخشی چیست. فرهنگ اعتباربخشی باید در سطح جامعه هم وجود داشته باشد. مراجعه‌کنندگان باید در هنگام انتخاب بیمارستان برای دریافت خدمات مورد نیازشان به کیفیت خدمات توجه کنند. به نظر من لازم است که در رسانه ملی برنامه‌ای به اعتباربخشی اختصاص پیدا کند و بیمارستان‌های مختلفی که در این زمینه خیلی کار کرده‌اند را به مردم معرفی کنند. این کار منجر به ترغیب بیمارستان به اجرای اعتباربخشی می‌شود» (۶۸م). مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان هم گفت: «اگر اعتباربخشی واقعاً منجر به شناسایی نقاط ضعف بیمارستان‌ها شود، برای بیمارستان‌ها بسیار ارزشمند خواهد بود. الان هدف از اعتباربخشی این است که بیمارستان ارزشیابی شود و درجه‌ای به آن اختصاص یابد. در حالی‌که باید رابطه‌ی ارزیاب و بیمارستان در طول فاصله‌ی میان دو دوره‌ی اعتباربخشی برقرار باشد و ارزیاب برای بیمارستان نقش حمایتی و پشتیبانی داشته باشد. نقاط ضعف بیمارستان مشخص شود و بیمارستان برنامه عملیاتی برای نقاط ضعفش بنویسد و در تحقق اهداف برنامه عملیاتی مورد حمایت قرار بگیرد» (۹۰م).

اجرای استانداردهای اعتباربخشی هزینه زیادی به بیمارستان

قبول دارم در کشور در حال حاضر کسی که اعتباربخشی را خوب بداند، نداریم. هر کس می‌تواند بیاید کمک کند تا درستش کنیم» (م ۹). مترون یک بیمارستان هم گفت: «بدون اینکه حتی آموزش ببینیم، یک سری سنجح ابلاغ کردند و با مهلت بسیار کم گفتند که باید آنها را اجرا کنیم. بیمارستان‌ها را دچار مشکل کردند. بعضی از بیمارستان‌ها ۱۰۰ میلیون یا ۲۰۰ میلیون تومان دادند به فردی که بیاید و برایشان مستندسازی کند» (م ۳۱).

برنامه‌ی اعتباربخشی بایستی با آموزش‌های وسیعی برای مدیران و کارشناسان اعتباربخشی وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارزیابان اعتباربخشی و مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شروع می‌شد. این اتفاق به دلیل فقدان آگاهی کافی در زمینه اعتباربخشی بیمارستانی نیفتاد. کارشناس بهبود کیفیت یک بیمارستان دولتی گفت: «وزارتخانه آموزش مورد انتظار در زمینه نحوه‌ی اجرای استانداردها را به بیمارستان‌ها ارایه نداد. یک دوره آموزش گذاشتند و الان دو سالی است که ما را رها کردند» (م ۸). مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برخی از کارشناسان اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز توانایی کافی برای رفع ابهامات مدیران بیمارستان‌ها در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی را نداشتند. یکی از ارزیابان گفت: «وزارتخانه گفته بود که بیمارستان‌ها ابهامات خود را از معاونت درمان دانشگاه بپرسند. برخی از کارکنان معاونت درمان دانشگاه‌ها به‌خصوص در شهرهای کم برخوردارتر، واقعا خودشان دانش کافی نداشتند. من برای ارزیابی بیمارستانی رفتم؛ معاون درمان دانشگاه گفت که آموزش کافی در زمینه استانداردهای اعتباربخشی به ما داده نشده است. ما خودمان با ابهامات بسیاری مواجه هستیم» (م ۸۵).

دانش کاربردی اعتباربخشی بیمارستانی محدود بود و آموزش‌ها و مشاوره‌های کافی به بیمارستان‌ها از طرف وزارت بهداشت یا معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی داده نشد. برخی از بیمارستان‌ها برای رفع این مشکل با هزینه‌ی خود سراغ مشاوران اعتباربخشی رفتند تا به آن‌ها در اجرای استانداردهای اعتباربخشی کمک کنند. دفتر نظارت و اعتباربخشی بیمارستانی حضور مشاوران اعتباربخشی در بیمارستانی را مجاز نمی‌دانست. یکی از کارشناسان بهبود کیفیت گفت: «برخی از بیمارستان‌ها از مشاور استفاده می‌کنند، ولی غیرقانونی، چون وزارتخانه ممنوع کرده است. بیمارستان‌ها دانشجویان دکتری بهداشت محیط و بلایا و این جور رشته‌ها را به‌عنوان مشاور می‌آورند. من خودم برای مشاوره به بیمارستان می‌روم» (م ۱۲۵). ارایه آموزش‌های آبخاری

از اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت تا معاونت درمان دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها به یکسان‌سازی مفاهیم اعتباربخشی در میان متولیان، ناظران و اجرا کنندگان کمک می‌کند. مدیر یک بیمارستان دولتی گفت: «آموزش‌های آبخاری به کارشناسان اعتباربخشی وزارت بهداشت و ارزیابان، کارکنان معاونت درمان دانشگاه‌ها و کارکنان بیمارستان‌ها باید با یک روش متحد ارایه شود. در این صورت برداشت متولیان و اجراکنندگان از استانداردهای اعتباربخشی یکسان خواهد بود» (م ۶۶).

اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تعهد و مشارکت مدیران ارشد بیمارستان‌هاست. تعدادی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش انتظار داشتند که وزارت بهداشت قبل از اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی بایستی مدیران ارشد بیمارستان‌ها را نسبت به ضرورت اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها توجیه می‌کرد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «خیلی از رؤسای بیمارستان‌های ما اعتقادی به اعتباربخشی ندارند. آنها می‌خواهند که ما صرفاً مستنداتی را آماده کنیم، یک تیم ارزیابی بیاید، آنها را ببیند و برود. آن‌ها تلاشی برای پیاده‌سازی حقیقی استانداردهای اعتباربخشی نمی‌کنند» (م ۷). برخی از مصاحبه‌شوندگان تعهد مدیران ارشد بیمارستان‌ها به اعتباربخشی را به‌عنوان یکی از ملاک‌های انتخاب آنها به ویژه در بیمارستان‌های دولتی برشمردند و گفتند: «یکی از ملاک‌های انتخاب رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها باید میزان تعهد آن‌ها به اعتباربخشی باشد. خیلی از استانداردها الزامات این است که مدیران آن را اولویت خود بدانند، اگر ندانند، واقعا انجام نمی‌شود» (م ۱۴۸). از نظر آنها، اگر قرار باشد که استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها به درستی به‌کار گرفته شود، باید مدیران ارشد متعهد و حامی اعتباربخشی برای بیمارستان‌ها به‌کار گرفته شوند.

مصاحبه‌شوندگان همچنین، عقیده داشتند که استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها برای اجرا بایستی در یک نمونه بیمارستان معرف جامعه بیمارستان‌های کشور پایلوت می‌شدند تا با شناسایی اشکالات آن‌ها، اقدامات اصلاحی به‌کار گرفته می‌شد. یکی از کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت درباره پایلوت استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی گفت: «پایلوت داشتیم؛ البته پایلوت به این شکل نبود که استانداردها در چند بیمارستان اجرا شود. ما استانداردها را برای ۲۱ بیمارستان در سراسر کشور فرستادیم و از آن‌ها خواستیم که نظرشان را در مورد قابلیت اجرای برنامه به ما بدهند و بعد اصلاحات را انجام

آن‌ها را امتیاز صفر بدهد، غیرقابل اجرا زده بود. دانشگاه هم تأیید کرده و برای وزارت بهداشت فرستاده بود. این اشتباه ناشی از عدم نظارت صحیح دانشگاه است» (م ۶۳). مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان هم گفت: «ما NICU [بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان] نداریم و این را در خودارزیابی اعلام کردیم. دانشگاه تأیید نکرده بود و ارزیاب آمده و گفت NICU شما کجاست؟ در عین حال من به‌عنوان ارزیاب به یک بیمارستان روان‌پزشکی رفتم و دیدم که مواردی است، ولی در چک لیست نیست که من ارزیابی کنم و نمره بدهم. پرسیدم که چرا این‌گونه است؟ گفتند ما غیرقابل ارزیابی زدیم. حالا بیمارستان نفهمیده است، دانشگاه چرا تأیید کرده است؟» (م ۹۰).

شرکت‌کنندگان در پژوهش راهکارهای متعددی برای رفع چالش‌های مرتبط با ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ارایه کردند که مهمترین آن‌ها ایجاد کمیته مستقل رسیدگی به شکایات، ارایه آموزش آشناری، ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران توسط انجمن بین‌المللی کیفیت بهداشت و درمان، استفاده از شواهد پژوهشی موجود و اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها بود. مصاحبه‌شوندگان پیشنهاد دادند که کمیته مستقلی باید بر عملکرد اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها نظارت داشته باشد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «کمیته رسیدگی به شکایات اعتباربخشی باید ایجاد شود و وظیفه‌ی نظارت بر عملکرد شورای سیاستگذاری اعتباربخشی، کمیته علمی و کمیته اجرایی و تصمیم‌گیری در خصوص تأیید، تغییر یا رد توصیه‌های شورای سیاستگذاری اعتباربخشی، اطمینان از کنترل کیفیت نتایج ارزیابی‌ها و رسیدگی به شکایات رسیده از بیمارستان‌ها در خصوص نحوه‌ی اجرای اعتباربخشی بیمارستانی و نتایج آن را برعهده داشته باشد» (م ۱۴۱). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: «آموزش‌های آشناری از وزارت بهداشت تا دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها می‌تواند به تقویت دانش و عملکرد آن‌ها کمک کند و نظارت قوی‌تر بر عملکرد زیرشاخه‌ها را موجب شود» (م ۳۹). یکی از استادان دانشگاه هم گفت: «اقدام برای دریافت تأییدیه ISQua [انجمن بین‌المللی کیفیت بهداشت و درمان] می‌تواند به تأیید اعتبار برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی در سازمان اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و ارزیابان کمک کند. اعتماد به نتایج اعتباربخشی برنامه‌ای که تأییدیه ISQua را دارد، بیشتر است» (م ۴۷). یکی دیگر از استادان دانشگاه نیز اعلان عمومی نتایج اعتباربخشی را ابزاری برای نظارت بر برنامه‌ی اعتباربخشی دانست: «در جلساتی که با مسئولان اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت داشتیم آن‌ها

دادیم» (م ۱۰۰). مدیر اجرایی یک بیمارستان خصوصی گفت: «وزارت بهداشت وقتی برنامه‌ای به وسعت اعتباربخشی را بر روی حدود ۱۰۰۰ بیمارستان پیاده می‌کند، نباید این‌قدر آزمون و خطا کند. پایلوت این نیست که در مورد استانداردها نظرسنجی انجام شود. استانداردهای اعتباربخشی بایستی در تعدادی بیمارستان به‌صورت نمونه اجرا و ایرادات آن پیدا می‌شد، تا بعد مجبور نشوند کلی هزینه کنند و مشکلات آن را در حجم بزرگتر حل کنند» (م ۶۶).

• چالش‌های مرتبط با ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی

بیمارستانی

برنامه‌ی اعتباربخشی باید به‌صورت ادواری ارزشیابی گردد تا با شناسایی مشکلات آن، اقدامات اصلاحی به‌کار گرفته شود. یک استاد دانشگاه در این زمینه گفت: «اگر برنامه‌ی اعتباربخشی ارزشیابی نشود، چگونه می‌توان از کیفیت آن اطمینان حاصل کرد؟ اینکه نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که اعتباربخشی منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌های کشور نشده، به‌همین دلیل است. در ویرایش‌های متعدد برنامه‌ی اعتباربخشی همان ایرادات و ویرایش‌های قبلی تکرار می‌شود. این به‌دلیل عدم ارزشیابی صحیح برنامه‌ی اعتباربخشی است» (م ۴۷). مدیر بهبود کیفیت یک بیمارستان هم به این موضوع اشاره داشت: «همه وظایف مرتبط با اعتباربخشی از جمله برنامه‌ریزی، اجرا و پاسخ‌گویی به اعتراضات توسط اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت انجام می‌شود. هیچ نظارت اصولی هم بر عملکرد این اداره صورت نمی‌گیرد» (م ۳۹).

برنامه‌ی اعتباربخشی با خودارزیابی بیمارستان‌ها شروع می‌شود. مدیر بیمارستان باید یک هفته قبل از شروع اعتباربخشی، میزان اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان را در سامانه‌ی ملی اعتباربخشی بیمارستانی ثبت کند و سنجه‌های غیرقابل ارزیابی در بیمارستان را هم مشخص کند. سنجه‌های غیرقابل ارزیابی بعد از تأیید دانشگاه ذیربط به وزارت بهداشت ارسال می‌شود و از لیست سنجه‌های مورد ارزشیابی ارزیابان در زمان ارزشیابی اعتباربخشی خارج می‌شود. دانشگاه‌های علوم پزشکی باید نظارت کافی بر بیمارستان‌های زیرمجموعه‌ی خود در زمینه‌ی اجرای برنامه‌ی اعتباربخشی داشته باشند. مصاحبه‌شوندگان نمونه‌هایی از کنترل ضعیف معاونت درمان برخی از دانشگاه‌ها را بیان کردند. به‌عنوان مثال، یکی از ارزیابان گفت: «بیمارستانی در اهواز [در خودارزیابی] تعدادی از گام‌های اجرایی استاندارد اعتباربخشی را اجرا نکرده بود و به جای آنکه

ادعا می‌کردند که نتایج اعتباربخشی نباید اعلان عمومی شود. در حالی که اگر اعلان عمومی نتایج وجود داشته باشد، متولیان اعتباربخشی تلاش بیشتری برای رعایت استانداردهای مورد نیاز اعتباربخشی می‌کنند و همین امر به نوعی ناظر بر اجرای اعتباربخشی خواهد بود» (م ۱۲۷).

بحث

این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و ارائه راهکارهای مناسب برای رفع این چالش‌ها انجام شد. تعداد ۲۲ چالش حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی شناسایی شد که در قالب هفت گروه چالش‌های مرتبط با ساختار سازمانی، ارتباطات سازمانی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تأمین مالی، تولید و ارزشیابی دسته‌بندی شدند. عدم استقلال برنامه‌ی اعتباربخشی، ساختار سازمانی نامناسب، کمبود منابع، جابه‌جایی سریع مدیران اداره‌ی اعتباربخشی، هماهنگی و ارتباطات ضعیف درون و برون سازمانی، دولتی و اجباری بودن برنامه‌ی اعتباربخشی، برنامه‌ریزی ضعیف، هزینه‌ی زیاد اعتباربخشی، عدم تأمین پیش‌نیازهای اعتباربخشی، دانش ناکافی متولیان اعتباربخشی و عدم ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی از جمله چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. برخی از چالش‌ها نظیر دولتی بودن برنامه‌ی اعتباربخشی، عدم استقلال موسسه‌ی اعتباربخشی و عدم تأمین پیش‌نیازهای اعتباربخشی در پژوهش‌های قبلی اشاره شده است (۳۴ و ۳۳ و ۲۴).

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان معاونت درمان وزارت بهداشت مسئولیت اعتباربخشی همه بیمارستان‌های کشور را برعهده دارد. بنابراین، برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران به صورت دولتی و اجباری است. حدود ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور دولتی یا شبه‌دولتی هستند و میزان تعرفه هتلینگ پرداختی به بیمارستان‌ها تابع درجه‌ی اعتباربخشی آنهاست. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش اعتقاد داشتند که اداره‌ی اعتباربخشی به اندازه کافی مستقل نیست. برخی از مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش اعتقاد داشتند که بخش خصوصی باید مسئولیت اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور را برعهده گیرد. اگرچه برنامه‌ی اعتباربخشی در دنیا در ابتدا توسط موسسات غیرانتفاعی خصوصی در کشورهای آمریکا و کانادا شروع شد، به مرور زمان وزارت بهداشت به دلیل اهمیت آن در بسیاری از کشورها مسئولیت آن را برعهده گرفت. در حال حاضر برنامه‌ی

اعتباربخشی بسیاری از کشورها نظیر اندونزی، اسپانیا، اسکاتلند، انگلستان، ایتالیا، برزیل، بلغارستان، تایلند، تایوان، ترکیه، پاکستان، چکسلواکی، دانمارک، فرانسه، قزاقستان، قرقیزستان، قطر، کلمبیا، کنیا، کویت، لبنان، لهستان، مصر، ویتنام و هلند دولتی است. بخش خصوصی ایران با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور از ظرفیت فنی و مالی لازم و کافی برای انجام اعتباربخشی حدود ۱۰۰۰ بیمارستان کشور برخوردار نیست. ورود بخش خصوصی منجر به تحمیل هزینه‌ی زیاد به بیمارستان‌ها خواهد شد. از طرف دیگر، در صورت تخلف بخش خصوصی به هنگام اعتباربخشی بیمارستانی، امکان جایگزینی آن محدود است. همچنین، موسسات اعتباربخشی خصوصی با توجه به ماهیت انتفاعی، ممکن است از استانداردهای حداقلی استفاده کنند یا در ارزشیابی‌ها دقت لازم و کافی نداشته باشند تا بیمارستان‌های بیشتری بتوانند گواهی اعتباربخشی را دریافت کنند (۳۸).

استقلال اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها باید از نوع عملکردی باشد. در حال حاضر اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستانی وظایف تدوین استانداردها، اجرای اعتباربخشی و پاسخ‌گویی به اعتراضات بیمارستان‌ها را برعهده دارد که می‌تواند اثر منفی بر کیفیت خدمات آن داشته باشد. بهتر است که این اداره یک شورای سیاست‌گذاری اعتباربخشی و حداقل چهار کمیته علمی، اعتباربخشی، اعتراض و ارزشیابی عملکرد داشته باشد. شورای سیاست‌گذاری، شامل نمایندگانی از وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه سلامت، انجمن‌های صنفی نظیر نظام پزشکی و نظام پرستاری، بیمارستان‌ها و مردم جامعه، باید وظیفه‌ی سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی استراتژیک، تولید و ارزشیابی عملکرد برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها را برعهده داشته باشد. کمیته فنی یا علمی، شامل نمایندگانی از انجمن‌های علمی و تخصصی علوم بیمارستانی و استادان دانشگاه و کارشناسان متخصص در زمینه ارزشیابی و اعتباربخشی، مسئولیت تدوین و توسعه استانداردهای اعتباربخشی، به‌روزرسانی ادواری آن‌ها و تدوین پروتکل‌ها و راهنماهای آموزشی اعتباربخشی را باید برعهده داشته باشد. کمیته اجرایی اعتباربخشی مسئولیت انتخاب، استخدام و آموزش ارزیابان اعتباربخشی، انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و ارائه مستندات اعتباربخشی بیمارستان‌ها به شورای سیاست‌گذاری برای تصویب و ابلاغ نتایج را برعهده دارد. کمیته اعتراض باید مسئولیت دریافت و رسیدگی به اعتراض‌ها، شکایات و پیشنهادهای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در زمینه

اعتباربخشی گنجانده می‌شوند باید در بیمارستان‌ها اجرا شوند ولی بسیاری از این استانداردها به ویژه در بیمارستان‌های دولتی اجرا نمی‌شوند. بنابراین، بهتر است که این استانداردها در بازه زمانی طولانی‌تر به برنامه‌ی اعتباربخشی اضافه شود. استانداردهای پیشنهادی باید به اداره‌ی اعتباربخشی ارسال شود و مورد بررسی کارشناسی قرار گیرد تا لزوم و ضرورت استفاده از آنها در برنامه‌ی اعتباربخشی تأیید شود. سپس، به مرور زمان با بررسی نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها، استانداردهایی که در بیمارستان‌ها به‌طور کامل رعایت شدند، از لیست استانداردها خارج شده و موارد جدید اضافه شوند. تناسب بین استانداردهای ساختاری، فرایندی و پیامدی همواره باید رعایت شود. مدت زمان ۵ سال برای بازنگری و ارتقای استانداردهای اعتباربخشی پیشنهاد می‌شود.

معاونت‌های بهداشت، درمان و آموزشی وزارت بهداشت نیز برنامه‌های ارزشیابی و اعتباربخشی متعددی برای بیمارستان‌ها دارند. برخی از این برنامه‌ها عبارتند از: بیمارستان‌های دوستدار کودک، بیمارستان‌های دوستدار مادر، بیمارستان‌های دوستدار ایمنی و اعتباربخشی بیمارستان‌های آموزشی. اجرای همه این استانداردها مستلزم صرف زمان و هزینه است. گاهی اوقات، برخی از استانداردها با هم در تناقض هستند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، متولی ارزشیابی خارجی بیمارستان‌ها باشد. سایر معاونت‌ها و اداره‌ها می‌توانند، پیشنهاد خود را به این دفتر ارسال کنند، تا در صورت تأیید، استانداردهای مربوط در قالب مدل سیستمی اعتباربخشی بیمارستانی قرار گیرد و در اعتباربخشی ادواری بیمارستان‌ها استفاده شود. راهکار دیگر این است که آن برنامه‌های ارزشیابی به‌صورت اختیاری و در قالب یک برنامه صدور گواهی باشد تا بیمارستان‌هایی که توانایی آن را دارند، در آن برنامه‌ها شرکت کنند.

تدوین سیاست‌ها و بخشنامه‌ها با هدف بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان‌های کشور یکی دیگر از وظایف حاکمیتی دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت است. در دهه‌ی گذشته سیاست‌های متعددی توسط این اداره به‌کار گرفته می‌شد که امروزه چالش‌هایی برای بیمارستان‌ها ایجاد کرده است. دولتی و اجباری بودن برنامه‌ی اعتباربخشی، ارتباط تعرفه‌ی هتلینگ با درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان، تقدم امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان در تعیین درجه‌ی اعتباربخشی بیمارستان، سطح‌بندی استانداردها و نحوه‌ی امتیازدهی و درجه‌بندی اعتباربخشی برخی از این سیاست‌ها بوده است. سیاست‌های

اعتباربخشی، جمع‌آوری شواهد مورد نیاز و ارایه مستندات لازم به همراه تصمیم اتخاذ شده به شورای سیاستگذاری اعتباربخشی را برعهده داشته باشد (۲۴). در نهایت، کمیته ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی باید به‌صورت ادواری با استفاده از معیارها و شاخص‌های عینی به ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی بپردازد و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را به‌کار گیرد.

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان دارای سه اداره‌ی صدور مجوز، نظارت و اعتباربخشی است که وظایف بازرسی، پایش و ارزشیابی موسسات پزشکی را انجام می‌دهند. در حال حاضر هماهنگی لازم بین این سه اداره وجود ندارد و هرکدام به‌طور مجزا وظایف خود را انجام می‌دهند. وظایف این سه اداره باید به‌طور واضح، مشخص و با یکدیگر هماهنگ شود تا منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان‌ها شود. به‌عنوان مثال، بیمارستان‌ها برای شروع فعالیت و دریافت مجوز، باید توسط کارشناسان اداره صدور پروانه با استفاده از استانداردهای حداقلی بازرسی شوند. بیمارستان‌ها در صورت رعایت استانداردهای مربوط، مجاز به فعالیت هستند. سپس، بیمارستان‌ها هر دو سال یکبار با استانداردهای حداکثری اعتباربخشی ارزشیابی خواهند شد. بنابراین، اداره‌ی نظارت، باید با استفاده از تلفیقی از استانداردهای حداقلی صدور مجوز و حداکثری اعتباربخشی در طول سال با پایش فعالیت‌های بیمارستان‌ها، حوزه‌های نیازمند بهبود را به بیمارستان‌ها معرفی کند و از اجرای استانداردهای مربوط اطمینان حاصل کند. در این صورت، علاوه‌براینکه، تعداد استانداردهای اعتباربخشی به دلیل خروج استانداردهای صدور مجوز، کاسته می‌شود، بیمارستان‌ها به‌صورت مستمر مورد نظارت و ارزشیابی قرار می‌گیرند و خدمات خود را بهبود می‌بخشند. نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها باید در دسترس اداره‌ی نظارت قرار گیرد تا در طول سال، به بیمارستان‌ها در ارتقای عملکرد کمک کند.

ارتباطات برون سازمانی اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت با سایر اداره‌های وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه سلامت باید تقویت و هماهنگ شود. در حال حاضر، سایر ادارات وزارت بهداشت، به دلیل ارتباط درجه‌ی اعتباربخشی با تعرفه هتلینگ بیمارستان، سعی می‌کنند تا قوانین و مقررات خود را در قالب استانداردهایی به لیست استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی اضافه کنند تا مدیران بیمارستان‌ها مجبور به اجرای آنها شوند. اجرای این استانداردها هزینه‌ی زیادی به بیمارستان‌ها تحمیل می‌کند. به‌طورکلی، استانداردهایی که در برنامه‌ی



اداره‌ی اعتباربخشی باید بیانگر استقلال این اداره و عینی و معتبر بودن ارزشیابی بیمارستان‌ها و پرهیز از تضاد منافع باشد.

برنامه‌ریزی یکی از وظایف کلیدی مدیران است. ضعف برنامه‌ریزی یکی دیگر از چالش‌های حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران بوده است. هدف اصلی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان است. سیستم اعتباربخشی شامل حاکمیت، استانداردها، روش ارزشیابی و ارزیابان اعتباربخشی باید تقویت شود تا بتوان به این هدف دست یافت و این مهم بدون برنامه‌ریزی هوشمندانه و دقیق امکان پذیر نیست. مأموریت، دورنما و ارزش‌های اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی کشور باید تعیین و به ذینفعان کلیدی ابلاغ شود. اهداف کلی و اختصاصی اداره‌ی اعتباربخشی باید تعیین شده و برنامه‌ی استراتژیک و عملیاتی برای دستیابی به این اهداف تدوین و اجرا شوند. کدهای حرفه‌ای و اخلاقی باید تدوین گردد و کارشناسان و ارزیابان اداره‌ی اعتباربخشی ملزم به اجرای آنها شوند. تشکیل کمیته‌های علمی، اجرایی، اعتراض و ارزشیابی عملکرد منجر به انجام تخصصی وظایف اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت می‌شود.

اعتباربخشی حدود ۱۰۰۰ بیمارستان کشور هزینه زیادی به وزارت بهداشت تحمیل می‌کند و تأمین مالی آن چالشی برای وزارت بهداشت است. در حقیقت، مدیران بیمارستان‌ها باید هزینه‌ی اعتباربخشی را پرداخت کنند. بنابراین، آنها باید اعتباربخشی را سودمند تلقی کنند که ارزش پرداخت این هزینه را داشته باشند. ارزشیابی ساختارها، فرایندها و عملکرد بیمارستان توسط گروهی از ارزیابان حرفه‌ای اعتباربخشی، رایج بازخورد تفصیلی و مشاوره به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برای بهبود عملکرد، ارزش زیادی دارد. بنابراین، تغییراتی باید در برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی کشور ایجاد شود تا مدیران بیمارستان‌ها منافع ملموس اعتباربخشی را ببینند تا از هزینه‌ی آن استقبال کنند. با وجود این، در حال حاضر معاونت درمان وزارت بهداشت باید بودجه‌ای را برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در نظر بگیرد تا پایداری این برنامه تضمین شود و به‌خاطر مشکلات مالی، کیفیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی افت نکند. شورای سیاستگذاری اداره‌ی اعتباربخشی بیمارستانی مسئولیت مدیریت منابع مالی را برعهده دارد و باید اطمینان حاصل کند که منابع لازم برای دستیابی به اهداف اعتباربخشی بیمارستانی فراهم است.

تولیت به معنای کار کردن بدون چشم داشت برای عموم مردم و

پاسخ‌گو بودن نسبت به انتظارات آنهاست (۳۶). حصول اطمینان از اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه سلامت به عنوان خریداران خدمات سلامت و بیمارستان‌های کشور است. اداره‌ی اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت باید ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب را ایجاد کند، منابع لازم را تهیه کند، آموزش‌های لازم را ارائه دهد، و فرایند تغییر را به خوبی رهبری کند. اداره‌ی اعتباربخشی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی باید به پیش‌نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها توجه کنند. این پیش‌نیازها شامل آموزش مدیران و کارکنان، تأمین منابع برای اجرا، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیسم‌های انگیزشی برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌های کشور است (۳۹).

استانداردهای اعتباربخشی، روش ارزشیابی و ارزیابان اعتباربخشی باید ارتقا یابند تا تضمین‌کننده‌ی کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها باشند. بنابراین، برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران باید به‌صورت ادواری ارزشیابی شود تا ضمن شناسایی نقاط قوت و ضعف آن، اقدامات اصلاحی برای ارتقای آن به‌کار گرفته شود. انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان International Society for Quality in Health Care از سال ۱۹۹۹ میلادی از طریق برنامه‌ی اعتباربخشی بین‌المللی International Accreditation Programme (IAP)، به ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در سه حوزه‌ی موسسه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و برنامه آموزشی ارزیابان می‌پردازد. در حال حاضر حدود ۱۲۰ موسسه اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی در بیش از ۸۰ کشور جهان وجود دارد (۲۱). این انجمن تا سال ۲۰۱۹ میلادی، تعداد ۹۶ موسسه اعتباربخشی، ۲۰۷ استاندارد و ۳۷ برنامه آموزشی ارزیابان در ۳۹ کشور را تأیید کرده بود. الزامات این انجمن شامل ۸ استاندارد و ۹۵ سنجه برای تأیید موسسه اعتباربخشی، ۶ استاندارد و ۶۶ سنجه برای تأیید استانداردهای اعتباربخشی و ۵ استاندارد و ۲۸ سنجه برای تأیید برنامه آموزشی ارزیابان اعتباربخشی است. استانداردهای اعتباربخشی موسسه‌ی اعتباربخشی هشت حوزه‌ی حاکمیت؛ مدیریت استراتژیک، عملیاتی و مالی؛ مدیریت ریسک و مدیریت کیفیت؛ مدیریت منابع انسانی؛ مدیریت اطلاعات؛ مدیریت ارزیابان؛ مدیریت ارزشیابی و مشتریان و گواهی اعتباربخشی را پوشش می‌دهد. سنجه‌های

بیمارستانی کشور ضروری است. تشکیل شورای سیاستگذاری اعتباربخشی بیمارستانی و کمیته‌های علمی، اجرایی، اعتراض و ارزشیابی برنامه‌ی اعتباربخشی، سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، پایلوت برنامه‌ی اعتباربخشی برنامه‌ریزی دقیق، آموزش آشنایی، تأمین مالی پایدار برنامه‌ی اعتباربخشی و دریافت تأییدیه انجمن بین‌المللی کیفیت بهداشت و درمان، راهکارهای مناسبی برای تقویت حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. این پژوهش با استفاده از روش کیفی و منطق استقرایی به شناسایی و تبیین موانع حاکمیتی برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران و راهکارهای رفع آنها پرداخت. نوع و روش مطالعه و رویکرد ارزشیابی چندگانه، منجر به شناسایی چالش‌ها و راهکارهای بیشتر شده است. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با استفاده از منطق قیاسی و توسعه یک پرسش‌نامه به کمی‌سازی این چالش‌ها بپردازند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری با عنوان «توسعه‌ی مدل اعتباربخشی بیمارستانی ایران» است که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.SPH.REC.1396.4870 تأیید شده است. هیچ‌یک از نویسندگان تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با ارایه نظرات ارزشمند خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

مرتبط با حاکمیت هم شامل حوزه‌های ماهیت قانونی موسسه، مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمانی، مسئولیت اجتماعی، مدیریت ملاحظات اخلاقی، تضاد منافع، خدمات مشاوره‌ای، حفظ محرمانگی اطلاعات، کدهای حرفه‌ای، حاکمیت، وظایف و اختیارات هیأت مدیره، فعالیت‌های مالی، آموزش و توجیه هیأت مدیره، ارتباط با ذینفعان و ارزشیابی حاکمیت است (۴۰). همچنین، از شاخص‌های پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری، ثبات مدیریت، اثربخشی، کارایی، حاکمیت قانون، و کنترل فساد می‌توان برای ارزشیابی حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی استفاده کرد (۳۶).

نتیجه‌گیری

برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران با چالش‌هایی مواجه است. استناد عناوینی چون شیر مولانا، شغال مولانا، شتر گاو پلنگ و کاغذبازی به سیستم اعتباربخشی بیمارستانی حاکی از مشکلات برنامه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. حاکمیت نامناسب برنامه‌ی اعتباربخشی امکان توسعه‌ی مناسب استانداردها و انجام ارزشیابی اصولی بیمارستان‌ها توسط ارزیابان را غیرممکن می‌سازد. با وجود این، باید توجه داشت که سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شد و دوران کودکی خود را سپری می‌کند. از این سیستم نمی‌توان انتظارات مشابه سیستم‌های اعتباربخشی کشورهای آمریکا، کانادا و استرالیا داشت که به ترتیب ۶۹ و ۶۲ و ۴۶ سال سابقه دارند. بنابراین، تقویت حاکمیت برنامه‌ی اعتباربخشی

منابع

1. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. Iranian Journal of Public Health 2016; 45(6): 837-9.
2. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P & Bertrand D. Accreditation: A tool for organizational change in hospitals? International Journal of Health Care Quality Assurance 2004; 17(2-3): 113-24.
3. Greenfield D & Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(3): 172-83.
4. Sounan C, Lavigne G, Lavoie-Tremblay M, Harripaul A, Mitchell J & Mac-Donald B. Using the accreditation canada quality worklife revalidated model to predict healthy work environments. Clinical Health Promotion-Research and Best Practice for Patients, Staff and Community 2012; 2(2): 51-8.
5. Shaw CD. Evaluating accreditation. International Journal for Quality in Health Care 2003; 15(6): 455-6.
6. Almasabi M & Thomas S. The impact of Saudi hospital accreditation on quality of care: A mixed methods study. The International Journal of Health Planning and Management 2017; 32(4): 261-78.
7. Oliveira JL, Magalhaes AM, Bernardes A, Haddad MD, Wolff LD, Marcon SS, et al. Influence of hospital Accreditation on professional satisfaction of the nursing team: Mixed method study. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2019; 27(1): 1-11.

8. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM & Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with joint commission accreditation. *Journal of Hospital Medicine* 2011; 6(8): 454-61.
9. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A & Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. *Tehran University Medical Journal* 2019; 76(12): 804-12[Article in Persian].
10. Alkhenizan A & Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine* 2011; 31(4): 407-16.
11. Hosford SB. Hospital progress in reducing error: The impact of external interventions. *Hospital Topics* 2008; 86(1): 9-19.
12. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: A blinded, random, stratified study. *BMJ Quality & Safety* 2010; 19(1): 14-21.
13. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *American Journal of Infection Control* 2008; 36(3): 212-9.
14. Chen J, Rathore SS, Radford MJ & Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs* 2003; 22(2): 243-54.
15. Andres EB, Song W, Song W & Johnston JM. Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. *BMC Health Services Research* 2019; 19(623): 1-9.
16. Greenfield D & Braithwaite J. Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20(3): 172-83.
17. Sack C, Scherag A, Lutkes P, Gunther W, Jockel KH & Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(3): 278-83.
18. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW & Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162(16): 1897-903.
19. Haj-Ali W, Karroum LB, Natafqi N & Kassak K. Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction—the case of selected Lebanese hospitals. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 3(6): 341-6.
20. Nandraj S, Khot A, Menon S & Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health Policy and Planning* 2001; 16(S2): 70-9.
21. Mosadeghrad AM, Jaafaripooyan E, Yousefinezhadi T & Keykhani S. Hospital accreditation method: A comparative study. *Payesh* 2020; 19(5): 523-40[Article in Persian].
22. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A & Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences* 2017; 23(153): 43-54[Article in Persian].
23. Office of Supervision and Accreditation of the Deputy of Health in the Ministry of Health and Medical Education. National accreditation standards of iranian hospitals, 4th ed. Available at: http://treatment.sbmu.ac.ir/uploads/etebarkhshish_standard_book_98.pdf. 2019.
24. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A & Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran University Medical Journal* 2017; 75(4): 288-98[Article in Persian].
25. Reisi N, Raeissi P, Sokhanvar M & Kakemam E. The impact of accreditation on nurses' perceptions of quality of care in Iran and its barriers and facilitators. *The International Journal of Health Planning and Management* 2019; 34(1): 230-40.
26. Moradi R, Nemati A, Bahmanziari N, Shokri A, Mohammadi M & Soltantajiyani A. The impact of accreditation on services of Isfahan University hospitals. *Journal of Healthcare Management* 2015; 6(3): 67-76[Article in Persian].
27. Pourreza A, Mosadeghrad AM & Zoleikani P. The impact of accreditation on the performance of hospital emergency departments. *Journal of Health Based Research* 2017; 3(3): 277-95[Article in Persian].
28. Mosadeghrad AM, Shahebrahimi SS & Ghazanfari M. Exploring the relationship between accreditation and hospital performance: Using data mining approach. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2018; 16(1): 33-50[Article in Persian].

29. Jaafari-pooyan E, Sharifi T, Yekani-Nejad MS, Emamgholi-poor S & Esmaeili S. Relationship between accreditation rank and technical efficiency of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Journal of Hospital* 2018; 17(2): 49-57[Article in Persian].
30. Fotuhi MA, Khoshgoftar A, Bakhshande A, Karami Q & Rasti M. Evaluation of viewpoint of executive management team of hospitals of Qom province in terms of the third generation of hospital accreditation standards, 2017(Iran). *Qom University Medical Sciences Journal* 2018; 12(5): 62-70[Article in Persian].
31. Yarmohammadian M, Shokri A, Bahmanziari N & Kordi K. Blind spots on accreditation program. *Journal of Health System Research* 2014; 9(11): 1158-66[Article in Persian].
32. Mohebbifar R, Rafiei S, Asl AM, Ranjbar M, Mohammadpoor-Asl A & Khodayvandi M. Association between hospital accreditation and patient satisfaction: A survey in the western province of Iran. *Bangladesh Journal of Medical Science* 2017; 16(1): 77-84.
33. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M & Akbari-sari A. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2017; 46(10): 1347-58.
34. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A & Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation implementation in Iran. *Payesh* 2019; 18(1): 23-35[Article in Persian].
35. Tashayoei N, Raeissi P & Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: An exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2020; 95(5): 1-10.
36. Mosadeghrad AM & Rahimi Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2019; 26(9): 10-28[Article in Persian].
37. Braun V & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77-101.
38. Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20479700.2020.1762052>. 2020.
39. Mosadeghrad AM & Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. *Journal of Hospital* 2017; 16(3): 43-56[Article in Persian].
40. International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association. Guidance on desining healthcare external evaluation programmes including accreditation. Available at: <https://ieea.ch/resources.html>. 2020.

Iran Hospital Accreditation Governance: Challenges and Solutions

Ali Mohammad Mosadeghrad¹ (Ph.D.) - Fatemeh Ghazanfari² (M.S.)

¹ Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Ph.D. Candidate in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: Apr 2020
Accepted: Sep 2020

Background and Aim: Hospital accreditation is "the systematic evaluation process and accreditation determination of a hospital by an independent external organization using the optimal structure, process and outcome standards". Accreditation plays an important role in improving the quality and safety of hospital services. The Iranian hospital accreditation program faces some challenges. The aim of this study was to identify the governance challenges of the Iranian hospital accreditation program and to provide suggestions for its improvement.

Materials and Methods: This qualitative study of interpretive phenomenology was conducted in 2019 using semi-structured interviews with 151 policy makers, managers, and employees of the ministry of health, medical universities, health insurance organizations and hospitals. Thematic analysis method was used for data analysis.

Results: In total, 22 governance challenges of the hospital accreditation program were identified and classified into seven groups, i.e., organizational structure, organizational communication, policy making, planning, financing, stewardship and evaluation. Lack of independence of accreditation program, inappropriate organizational structure, lack of resource, rapid transfer of accreditation managers, poor coordination and communication inside and outside the organization, government and mandatory accreditation program, poor planning, lack of high cost of hospital accreditation program are among the governance challenges of the country's hospital accreditation program. Establishing an accreditation council with four independent scientific, accreditation, appeal and performance evaluation committees, piloting the accreditation program, proper planning, cascade education and training, allocating a specific budget for hospital accreditation, getting the approval of the International Society for Quality in Healthcare (ISQua) and public announcement of accreditation results are among the proposed solutions to these problems.

Conclusion: Iran's hospital accreditation program faces challenges and problems in terms of governance. Improving the governance structure of Iran's hospital accreditation program can lead to desirable results and achievement of accreditation goals.

Keywords: Accreditation, Hospital, Governance, Policy Making, Qualitative Research

* Corresponding Author:
Ghazanfari F
Email :
maha5065@yahoo.com