

ارزشیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها

علی محمد مصدق راد: استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
علی اکبری ساری: استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
***ترانه یوسفی نژادی:** دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، تهران، ایران، (*نویسنده مسئول). t.yousefinezhadi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها نقش به‌سزایی در ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات درمانی ارائه شده و افزایش کارایی بیمارستان‌ها دارد. اثربخشی سیستم اعتباربخشی به کیفیت استانداردهای اعتباربخشی، هماهنگی و جامعیت روش اعتباربخشی و کمیت و کیفیت ارزیابان اعتباربخشی بستگی دارد. این پژوهش با هدف بررسی دیدگاه مدیران بیمارستان‌های کشور در خصوص محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور انجام شد.

روش کار: این پژوهش در سال ۱۳۹۴ با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته با روایی و پایایی بالا انجام شد. از مدیران ۵۴۷ بیمارستان کشور با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی ساده نظرسنجی به عمل آمد. از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل کروسکال، من ویتنی و رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میزان رضایت مدیران بیمارستان‌ها از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور $2/64 \pm 0/67$ از ۵ امتیاز (متوسط) بود. حدود ۱۵/۱ درصد مدیران بیمارستان‌ها از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور راضی بودند. بیشترین نارضایتی مربوط به عدم شفافیت استانداردها و سنجه‌ها، وزن یکسان سنجه‌های اعتباربخشی و تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها و کمترین نارضایتی مربوط به توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های ملی در استانداردهای اعتباربخشی بود.

نتیجه‌گیری: کاهش تعداد استانداردها و سنجه‌ها، سطح بندی و شفاف تر شدن سنجه‌ها، تغییر مقیاس امتیازدهی، جامع تر 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.

کلیدواژه‌ها: اعتباربخشی، بیمارستان، استاندارد، محتوا

مقدمه

سلامت با قیمت بسیار بالا خواهد شد که در نهایت دسترسی به خدمات سلامت را محدود می‌کند. از طرف دیگر، اتلاف منابع سلامت منجر به عدم توانایی در ارائه خدمات اثربخش در بلندمدت خواهد شد و به نوعی کیفیت خدمات سلامت هم تحت تأثیر قرار خواهد گرفت.

دولت در برابر سلامت جامعه مسئول بوده و موظف به ایجاد و تقویت یک نظام سلامت پاسخگو و اثربخش در قبال نیازهای سلامتی مردم است. نظارت و ارزشیابی بیمارستان‌ها از جمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت هر کشوری است تا ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی، بازخوردهای لازم به بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها، سازمان‌های بسیار پیچیده، بروکراتیک و چند تخصصی هستند که بخش قابل توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۱). نوع مشتریان و ماهیت خدمات بیمارستان‌ها ایجاب می‌کند که یک سیستم هدفمند برای برنامه‌ریزی، بهبود و ارزشیابی کیفیت خدمات ارائه شده ایجاد شود. مثلث دسترسی، کیفیت و هزینه همواره مورد توجه سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت می‌باشد. آنها باید تمام تلاش خود را به کار گیرند تا خدمات اثربخش به صورت کارآمد ارائه شود (۲). عدم توجه به کارایی و صرف در نظر گرفتن اثربخشی منجر به تولید خدمات

سازمان‌های بهداشتی و درمانی تغییر نام داد (۵). کشور کانادا نیز که در انجمن جراحان امریکا عضویت فعال داشت، در سال ۱۹۵۸ میلادی شورای اعتباربخشی کانادا را تأسیس کرد. در استرالیا نیز نظام اعتباربخشی در سال ۱۹۷۳ استقرار یافت. در طول دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ میلادی برنامه اعتباربخشی در جهان گسترش یافت. امروزه اکثر سازمان‌های بهداشتی و درمانی به خصوص در کشورهای توسعه یافته از استانداردهای اعتباربخشی استفاده می‌کنند (۶).

در ۵۰ سال گذشته اعتباربخشی نقش قابل توجهی در ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در جهان داشته است. ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات پزشکی نقش به‌سزایی در ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات درمانی ارائه شده و افزایش کارایی سازمان‌ها دارد. تعیین اهداف بهینه در راستای استانداردهای اعتباربخشی و تلاش برای دستیابی آنها منجر به ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات خواهد شد (۷). تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات منجر به کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش بهره‌وری موسسات پزشکی می‌شود. بسیاری از مدیران بیمارستان‌ها در کشورهای دارای سیستم اعتباربخشی اختیاری از آن به عنوان ابزاری برای تغییر و توسعه سازمانی استفاده می‌کنند. استانداردهای تخصصی اعتباربخشی به مراتب بهتر از استانداردهای عمومی سایر مدل‌های مدیریت کیفیت می‌تواند منجر به ارتقای فرایندهای کاری در بیمارستان‌ها شود. موسسات بیمه‌ای نیز نقش اعتباربخشی را در افزایش کیفیت خدمات بیمارستان‌ها مهم تلقی نموده و ترجیح می‌دهند با بیمارستان‌های دارای گواهی اعتباربخشی قرارداد همکاری داشته باشند (۸).

هدف از اعتباربخشی بیمارستان‌ها ارزشیابی کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی است (۴). اعتباربخشی به بیمارستان‌ها کمک می‌کند تا ظرفیت خود را به منظور ارائه خدمات با کیفیت بالا توسعه دهند (۹). اعتباربخشی استراتژی مناسبی برای بهبود کیفیت (۱۰-۱۲) و ایمنی (۱۳-۱۴) خدمات بیمارستان است که منجر

برای بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و بهره‌وری ارائه شود تا در برنامه‌ریزی‌های آینده مورد استفاده قرار گیرد (۲).

سازمان‌های بهداشتی و درمانی با هدف ارائه خدمات سلامتی ایمن و با کیفیت بالا به منظور ارتقای سلامت مردم جامعه تأسیس شدند. فرآیند کنترل نقش مهمی در بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی دارد. هدف کنترل حصول اطمینان از دستیابی به اهداف سازمان و رسیدن به نتایج مطلوب است. فرایند کنترل موجب به‌کارگیری تغییرات لازم در زمان و مکان مناسب برای حصول اطمینان از دستیابی به اهداف سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. فرایند کنترل از طریق مکانیسم‌های مختلفی نظیر بازرسی، نظارت، پایش، ممیزی، ارزیابی، ارزشیابی و اعتباربخشی انجام می‌شود (۲).

اعتباربخشی، فرایند ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسط یک سازمان خارجی است که عملکرد سازمان را با استانداردهای تعیین شده مقایسه می‌کند و در مورد اعتبار یا عدم اعتبار سازمان تصمیم می‌گیرد (۳)؛ بنابراین، اعتباربخشی بیمارستانی فرایند ارزشیابی سیستماتیک و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی است (۴). ارزیابان اعتباربخشی با استفاده از استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی از طریق مشاهده، مصاحبه و بررسی مستندات، داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز را از مدیران، کارکنان، بیماران و همراهان آنها بدست آورده و ثبت می‌کنند. در نتیجه با بررسی میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان با استانداردهای به وضوح تعیین شده در زمینه اعطاء یا عدم اعطاء گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم گرفته می‌شود.

سابقه استفاده از استانداردها برای ارزشیابی خارجی سازمان‌های بهداشتی و درمانی به سال ۱۹۱۷ میلادی در امریکا توسط کالج جراحان امریکا بر می‌گردد. مزایای استفاده از استانداردها منجر به تأسیس کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها در امریکا در سال ۱۹۵۱ میلادی شد که بعدها به نام کمیسیون مشترک اعتباربخشی

پژوهشی دیگر شاه ابراهیمی (۱۳۹۵) با بهره‌گیری از اطلاعات نتایج دور اول و دور دوم اعتباربخشی ۱۲۴ بیمارستان استان تهران و با استفاده از روش تحلیل پوششی داده‌ها و داده‌کاوی به بررسی رابطه بین اعتباربخشی و عملکرد بیمارستان‌ها پرداخت. شاخص‌های عملکردی مورد بررسی در این پژوهش عبارت بودند از تعداد مراجعین سرپایی و بستری، تعداد اعمال جراحی، درصد اشغال تخت، متوسط روزهای بستری بیمار در بیمارستان، نسبت پذیرش بیمار به تخت و تعداد فوت‌شدگان در بیمارستان. نتایج این پژوهش نیز رابطه‌ای بین امتیاز و درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها و عملکرد آنها نشان نداد. به عبارتی، درصد کل امتیازهای اعتباربخشی معیار دقیق مناسبی برای رتبه‌بندی بیمارستان‌ها بر اساس عملکرد نبوده است. با این وجود، عواملی نظیر مدیریت و رهبری، کنترل عفونت، مدیریت پرستاری، فن‌آوری اطلاعات و مدیریت منابع انسانی به ترتیب بیشترین تأثیر را بر عملکرد بیمارستان‌ها داشتند (۲۵).

با توجه به اینکه اعتباربخشی در بسیاری از کشورها منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها شده است، به نظر می‌رسد که اجرای سیستم اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران با چالش‌هایی مواجه شده است. سیستم اعتباربخشی شامل سه جزء استاندارد اعتباربخشی، روش ارزشیابی و ارزیابان اعتباربخشی است؛ بنابراین، نارسایی‌های اجزای سیستم اعتباربخشی می‌تواند منجر به عدم دستیابی به اهداف اعتباربخشی شود. صادق تبریزی و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی که در بیمارستان‌های تبریز و اردبیل انجام دادند، نتیجه گرفتند که فرهنگ سازمانی، زیرساخت‌ها و منابع مالی لازم برای اجرای اعتباربخشی فراهم نیست (۲۶). در پژوهش اعظمی و همکاران (۱۳۹۳) که در ۴۳ بیمارستان استان آذربایجان شرقی انجام شده است، مهمترین موانع اجرای اعتباربخشی شامل کمبود نیروی انسانی، عدم مشارکت پزشکان، نبود منابع، سیستم‌های مستندسازی و اطلاعاتی نامناسب بوده است (۲۷).

با توجه به اینکه دو دور اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور صورت گرفته است، پژوهشی

به ارائه خدمات مناسب و اثربخش به بیماران (۱۵) و در نهایت، بهبود عملکرد بیمارستان می‌شود (۱۶). علاوه بر این، اعتباربخشی موسسات پزشکی نقش به‌سزایی در افزایش اعتماد مردم به کیفیت خدمات ارائه شده در این سازمان‌ها دارد. ارزشیابی موسسات پزشکی و اعلام نتایج به عموم مردم جامعه به آنها کمک می‌کند تا تصمیم درستی در انتخاب موسسات پزشکی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی اتخاذ کنند (۴). در نتیجه، موسسات پزشکی با ارتقای خدمات ارائه شده بیشتر پاسخگوی نیازهای بهداشتی و درمانی مردم خواهند بود. همچنین، اعتباربخشی می‌تواند باعث ارتقای رضایتمندی پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شود (۱۸-۱۷)، یادگیری سازمانی و فردی را توسعه داده (۲۰-۱۹) و ارتباطات درون و برون سازمانی را نیز تسهیل کند (۲۱).

اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شده است. برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور استانداردهای اعتباربخشی کشورهای آمریکا، فرانسه، مصر و لبنان مورد مطالعه قرار گرفت (۲۲). استانداردها بومی‌سازی شدند و قوانین و آیین‌نامه‌های ملی نیز به آنها اضافه شدند. این استانداردها در قالب ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ سنجه بیان شدند (۲۳). استانداردها بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بوده و تعداد استانداردهای پیامدی بسیار محدود بوده است. تعداد ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی وظیفه اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند. بازخوردهای دریافتی از بیمارستان‌ها بیانگر تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها بوده است؛ بنابراین، در سال ۱۳۹۳ استانداردها در ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه بیان شدند.

زلیکانی در پژوهشی در سال ۱۳۹۴ در بخش اورژانس ۸ بیمارستان شهر ساری به این نتیجه رسید که اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بخش اورژانس این بیمارستان‌ها تأثیری بر شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس و رضایت بیماران و کارکنان بخش نداشته است (۲۴). در

بودند.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش مدیران بیمارستان‌های کل کشور بودند (۹۱۴ نفر). با استفاده از فرمول حجم نمونه، تعداد کل نمونه ۶۰۰ بدست آمد. برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌ای تصادفی ساده استفاده شد. طبقات شامل ۵۷ دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی کشور است. در هر دانشگاه لیست بیمارستان‌های تحت پوشش آنها تهیه شده و به صورت تصادفی از هر دانشگاه تعدادی بیمارستان انتخاب شد. در هر بیمارستان یک پرسشنامه توسط مدیر بیمارستان تکمیل شد. مدیران بیمارستانها اطلاعات جامع در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی در کلیه بخشها و واحدهای بیمارستانها دارند. در مجموع تعداد ۵۴۷ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد. مجوز کمیته اخلاق برای مطالعه دریافت و محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از شرکت کنندگان در پژوهش تضمین شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار مورد پردازش قرار گرفتند. سوالات باز پرسشنامه نیز با استفاده از روش تحلیل محتوایی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

حدود ۶۵ درصد بیمارستان‌ها دولتی بودند (جدول شماره ۱). میانگین تعداد تخت‌های مصوب بیمارستان‌ها ۱۷۲ تخت و میانگین تعداد تخت‌های فعال آنها ۱۴۵ تخت بود. هشتاد درصد مدیران بیمارستانها دارای سابقه کار بالای ۱۰ سال بودند. به ترتیب در ۳۱، ۳۲ و ۶۹ بیمارستان از مدل‌های ایزو، مدل تعالی سازمانی اروپا و حاکمیت بالینی برای ارتقای کیفیت خدمات استفاده می‌شد. در دور اول اعتباربخشی انجام شده در سال ۱۳۹۱ به ترتیب ۷/۹، ۲۷، ۳۶/۸، ۱۸/۶ و ۴/۴ درصد بیمارستانها موفق به اخذ درجه اعتباربخشی یک عالی، یک مثبت، یک، دو و سه شدند. هفت بیمارستان نیز زیر استاندارد ارزشیابی شدند. به عبارتی حدود ۷۰ درصد بیمارستان‌ها درجه یک به بالا بودند. حدود ۱۵ درصد بیمارستان‌ها از مشاور

به ارزشیابی سیستم اعتباربخشی و استانداردهای اعتباربخشی نپرداخته است. برای ارزشیابی برنامه اعتباربخشی می‌توان از دو روش استفاده کرد. روش اول، بررسی دیدگاه و نظرات ذی‌فغان مختلف در مورد استانداردها، ارزیابان، روش اعتباربخشی و نتایج حاصله می‌باشد. این روش متداول‌ترین روش ارزشیابی برنامه اعتباربخشی است. روش دوم، اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی قبل و بعد از اجرای برنامه اعتباربخشی است (۶)؛ بنابراین، این پژوهش با هدف ارزشیابی محتوای استانداردهای اعتباربخشی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاستگذاران در ارتقای استانداردهای اعتباربخشی کمک کند.

روش کار

این پژوهش توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۹۴ با استفاده از پرسشنامه‌ای تهیه شده توسط پژوهشگران با استفاده از مرور متون انجام شد (۲۸). پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک بیمارستان‌ها و سوالات اختصاصی در مورد استانداردهای اعتباربخشی بود که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) طراحی شد؛ بنابراین، کسب امتیاز بین ۱ و ۱/۸۰، بین ۱/۸۱ و ۲/۶۰، بین ۲/۶۱ و ۳/۴۰، بین ۳/۴۱ و ۴/۲۰ و بیشتر از ۴/۲۱ بیانگر میزان رضایت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد مدیران بیمارستان‌ها از استانداردهای اعتباربخشی بود. روایی صوری پرسشنامه با استفاده از محاسبه Impact Score که برای تمامی سوالات بیشتر از ۱/۵ بود، تأیید شد. روایی محتوایی پرسشنامه براساس ضریب نسبت اعتبار محتوا و با استفاده از نظر ۱۰ متخصص آشنا با برنامه اعتباربخشی و حوزه سیاستگذاری بهداشت و درمان بررسی شد. کلیه سوالات دارای ضریب بالای ۹۰ درصد بودند. برای بررسی پایایی، از روش بازآزمایی مجدد استفاده شد. پرسشنامه‌ها ابتدا برای ۳۰ نفر ارسال شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. دو هفته بعد پرسشنامه‌ها مجدداً برای آنها ارسال شد. سپس برای هر سوال ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد. کلیه سوالات دارای ضریب بالای ۰/۸

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانهای کشور راضی بودند. بیشترین نارضایتی به ترتیب مربوط به وزن یکسان سنجها و شفاف نبودن سنجها و کمترین نارضایتی مربوط به میزان توجه به قوانین و آیین نامه های ملی در استانداردهای اعتباربخشی بود (جدول شماره ۲).

تحلیل سوالات باز پرسشنامه نشان داد که بیشترین چالش مدیران در اجرای استانداردهای اعتباربخشی مربوط به توجه زیاد استانداردها و سنجها بر مستندسازی، تعداد زیاد استانداردها و سنجهای اعتباربخشی، عدم اجرایی بودن برخی

اعتباربخشی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی استفاده کردند. در ۸۵ درصد از بیمارستانها، یک تا سه نفر در واحد بهبود کیفیت مشغول بودند.

میزان رضایت مدیران بیمارستانها از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانهای کشور $2/64 \pm 0/67$ از ۵ امتیاز (متوسط) بود. به ترتیب حدود ۸/۲، ۴۵/۴، ۳۱/۳، ۱۳/۶ و ۱/۵ درصد مدیران بیمارستانها از محتوای استانداردهای ارزشیابی برنامه اعتباربخشی رضایت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد داشتند. به عبارتی، حدود ۱۵/۱ درصد مدیران بیمارستانها از محتوای

جدول ۱- توزیع بیمارستانها به تفکیک نوع مالکیت

نوع بیمارستان	فراوانی	درصد
خصوصی	۷۹	۱۴/۴
تأمین اجتماعی	۳۶	۶/۶
دولتی (آموزشی-درمانی)	۱۶۸	۳۰/۷
دولتی (درمانی)	۱۸۹	۳۴/۶
خبریه	۳۰	۵/۵
نیروهای مسلح	۲۵	۴/۶
سایر	۷	۱/۳

جدول ۲- امتیازات محورهای محتوای استانداردهای اعتباربخشی

گویه	کاملاً مخالفم	مخالفم	نه موافقم نه مخالفم	موافقم کاملاً	میانگین انحراف معیار
استانداردها تمام موارد قابل اهمیت در بیمارستان را می سنجند.	۶/۹	۳۷/۸	۱۴/۴	۳۴/۶	۲/۹۶
تعداد استانداردها و سنجهای اعتباربخشی مناسب است.	۱۹/۶	۴۵/۹	۱۳/۹	۱۸/۳	۲/۳۸
سنجهای اعتباربخشی شفاف هستند.	۲۰	۵۱/۸	۱۰/۸	۱۶/۵	۲/۳۷
میزان توجه به قوانین و آیین نامه های ملی در استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.	۴/۱	۲۶/۲	۲۴/۶	۴۳/۱	۳/۱۳
میزان توجه به مستندسازی در سنجهای اعتباربخشی مناسب است.	۱۴/۷	۳۵/۱	۱۳/۴	۳۰/۴	۲/۷۹
در نظر گرفتن وزن یکسان برای سنجهای اعتباربخشی مناسب است.	۲۳/۲	۴۶/۹	۱۵/۶	۱۲/۸	۲/۲۲
مقیاس امتیازدهی سنجها (۰-۱-۲) مناسب است.	۱۶/۱	۳۲/۸	۱۳/۷	۳۳/۶	۲/۷۶

جدول ۳- چالش های مربوط به محتوای استانداردهای اعتباربخشی

چالش های محتوایی استانداردها	فراوانی	درصد
توجه زیاد سنجها بر مستندات	۱۱۸	۲۰/۷
تعداد زیاد سنجها	۱۰۲	۱۷/۸
عدم اجرایی بودن برخی سنجها	۱۰۰	۱۷/۵
عدم شفافیت و ابهام سنجها	۸۸	۱۵/۴
تغییرات مکرر سنجها	۶۶	۱۱/۵
یکسان بودن امتیاز سنجها	۴۳	۷/۵
جامع نبودن استانداردها	۴۳	۷/۵
رویکرد بخشی تدوین استانداردها	۱۰	۱/۷
جمع کل	۵۷۰	۱۰۰

برای برخی موارد جزئی که باید در زمره اختیارات معمول رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها باشد، سنجه نوشته شده است. علاوه بر این، تعداد قابل توجهی از سنجه‌ها از نوع سنجه‌های صدور مجوز بیمارستان و ارزشیابی (استانداردهای حداقل) هستند که نیاز نیست دوباره در سنجه‌های اعتباربخشی بیان شوند. در نتیجه، تعداد استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی زیاد شده است. اعتباربخشی با ارزشیابی و صدور مجوز متفاوت بوده و استانداردهای آن از نوع بهینه و مطلوب است. تعداد سنجه‌های اعتباربخشی بیمارستانها در برخی از کشورهای توسعه یافته ۴۰۰ تا ۶۰۰ عدد است (۲۸).

بیشتر مدیران بیمارستان‌ها از میزان توجه به آیین نامه‌ها و مقررات در سنجه‌های اعتباربخشی راضی بودند که این امر نشان دهنده توجه زیاد به برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های مهم کشوری در محتوای استانداردها و سنجه‌ها است. اگرچه رعایت قوانین و آیین نامه‌ها توسط بیمارستان‌ها مهم است، ولیکن باید توجه داشت که اعتباربخشی تنها ابزار نظارت و ارزشیابی بیمارستان‌ها نیست. فرایند صدور مجوز و نظارت هم در کشور برای کنترل بیمارستان‌ها استفاده می‌شود. با توجه به تنوع، تعدد و گاه تضاد برخی از این مقررات و آیین نامه‌ها امکان بکارگیری همه آنها در استانداردهای اعتباربخشی وجود ندارد. برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی از دو رویکرد بخشی (تدوین استانداردها و سنجه‌ها برای هر بخش بیمارستان به صورت جداگانه) و رویکرد کارکردی (تدوین استانداردها برای کل بیمارستان با تأکید همزمان بر ساختارها، فرایندها و نتایج عملکردی) استفاده می‌شود (۳۰). در ایران از رویکرد بخشی در تدوین استانداردهای اعتباربخشی استفاده شده است. استفاده از این رویکرد موجب افزایش تعداد سنجه‌های اعتباربخشی خواهد شد. از طرف دیگر، یک رقابت منفی بین واحدهای مختلف بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی اختصاصی خود ایجاد می‌شود که منجر به کاهش روحیه همکاری بین بخشی در اجرای الزامات اعتباربخشی خواهد شد. استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی

سنجه‌ها در برخی از بیمارستان‌ها، عدم شفافیت سنجه‌ها، تغییرات مکرر سنجه‌ها نزدیک به زمان ارزشیابی‌ها، یکسان بودن امتیاز سنجه‌ها، جامع نبودن استانداردها و رویکرد بخشی استانداردها بوده است (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزشیابی محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر مدیران بیمارستان‌ها از محتوای استانداردهای اعتباربخشی ناراضی بودند. بیشترین ناراضیاتی مربوط به ابهام استانداردها، تعداد زیاد سنجه‌ها، تأکید بیش از اندازه بر مستندسازی، وزن دهی یکسان سنجه‌ها، جامع نبودن استانداردها، رویکرد بخشی استانداردها، عدم اجرایی بودن برخی سنجه‌ها در برخی از بیمارستان‌ها و کمترین ناراضیاتی مرتبط با توجه به قوانین و آیین نامه‌های ملی در تدوین استانداردهای اعتباربخشی بود. سازمان جهانی بهداشت نیز برخی از چالش‌های اعتباربخشی بیمارستانی را در کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی، عدم اطمینان از توجه به تمامی انواع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها، عدم اولویت بندی آنها و عدم توانایی تفکیک پروانه از اعتباربخشی عنوان کرده است (۲۹).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کاهش سنجه‌ها از ۸۱۰۴ در ویرایش اول به ۲۱۵۷ سنجه در ویرایش دوم منجر به رضایت مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها نشده است و آنها همچنان از تعداد زیاد سنجه‌ها ناراضی هستند. کاهش سنجه‌ها به خاطر جداکردن سنجه‌های مشترک بخش‌های مختلف بیمارستان بوده است که در ویرایش دوم استانداردها در قالب مشترکات بالینی و غیربالینی در واحد مدیریت و رهبری بیان شدند. به عبارتی، این سنجه‌ها در ویرایش اول استانداردهای اعتباربخشی در بخش‌های مختلف بیمارستان تکرار می‌شدند که در ویرایش دوم فقط یکبار بیان شدند. ولیکن، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها باید همه آن استانداردها را در کل بیمارستان اجرا کنند. علاوه بر این، در کتاب استانداردهای اعتباربخشی

حالتی، استانداردهای اعتباربخشی از جامعیت و روایی کافی برخوردار خواهند شد.

برای سنج‌های اعتباربخشی وزن یکسانی در ارزشیابی سیستم فعلی اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در نظر گرفته شده است. در حالیکه، اهمیت سنج‌ها متفاوت بوده و اجرای آنها حجم کار متفاوتی را می‌طلبد. برخی از سنج‌ها در حد یک ابلاغ بوده، در حالی که در مورد برخی از سنج‌ها چندین ماه کار باید در بیمارستان انجام شود؛ بنابراین، سطح بندی سنج‌ها می‌تواند کمک کند تا بیمارستان‌ها زمان و منابع خود را صرف سنج‌های مهم‌تر کنند و با این روش بتوانند تمرکز بیشتری بر ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات خود داشته باشند.

مدیران عدم توجه به نوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها را نیز به عنوان یکی دیگر از مشکلات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها بیان کردند. در نتیجه، برخی از سنج‌ها در بعضی از بیمارستان‌های کشور قابلیت اجرا ندارند. ساختار، مالکیت و تنوع بیمارستان‌ها باید در تدوین استانداردها لحاظ شوند تا استانداردها به نحوی تدوین شوند که در بیمارستان‌ها قابلیت اجرا داشته باشند. مدیران بیمارستان‌ها اظهار داشتند که در سنج‌های اعتباربخشی بر تهیه مستندات بیشتر تأکید شده است. به عبارتی، محتوای استانداردها کمتر به پیامدها و بیشتر بر ساختار و فرآیند تأکید می‌کند. اگر تأکید برنامه اعتباربخشی بر ساختارها و فرآیندها باشد، تأثیر این برنامه نیز بیشتر بر شاخص‌های ساختاری و فرآیندی خواهد بود. در حالی که هدف اصلی اعتباربخشی بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها است؛ بنابراین، شاخص‌های پیامدی باید در تدوین استانداردهای اعتباربخشی مورد توجه جدی قرار گیرد. در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد می‌شود که ۶۵ درصد سنج‌ها ساختار و فرآیند و ۳۵ درصد سنج‌ها پیامدها را پوشش دهند.

ابهام استانداردها و سنج‌ها یکی از مهمترین مشکلات استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در این پژوهش بوده است. محمودیان و همکاران نیز در پژوهشی به منظور بررسی چالش‌های

بیمارستان‌های کشور متوازن نوشته نشدند. در برخی از بخش‌ها مانند واحد تغذیه سنج‌های خیلی زیادی نوشته شده است. در صورتی که در برخی دیگر از واحدها تعداد سنج‌های بسیار کمی وجود دارد؛ بنابراین، برخی از بخش‌ها در هنگام اعتباربخشی امتیاز بالایی می‌آورند و بخش‌های دیگر امتیاز کمتری خواهند آورد. درصد استانداردها و سنج‌های محورهای اصلی و فرعی اعتباربخشی باید به طور اصولی تعیین شود تا ارزشیابی متوازی از عملکرد بیمارستان به عمل آید. سازمان مسئول تدوین استانداردهای اعتباربخشی باید از استقلال لازم برخوردار باشد. عدم استقلال در تدوین استانداردهای بیمارستانی منجر به لحاظ نمودن تعداد استانداردهای بسیار زیاد در چند محور خواهد شد و برخی از محورها دارای استانداردهای کمتری خواهند بود.

در صورت استفاده از یک مدل سیستمی اعتباربخشی در تدوین استانداردها، محورها و زیرمحورهای ارزشیابی اعتباربخشی و سهم درصدی امتیاز هر محور از ابتدا مشخص می‌شود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود از یک مدل ارزشیابی عملکرد برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی استفاده شود. این مدل ارزشیابی عملکرد باید ساختارها، فرایندها و عملکرد بیمارستان‌ها را به طور کامل پوشش دهد. استانداردهای اعتباربخشی باید حوزه‌های تخصصی مانند مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، مدیریت منابع، مدیریت کارکنان، مدیریت بیماران، مدیریت فرایندهای ارائه خدمات، رضایت کارکنان و بیماران و عملکرد بالینی، عملیاتی و مالی بیمارستان‌ها را پوشش دهد (۲). استانداردهای اعتباربخشی باید ساختارها، فرایندها و نتایج را در ابعاد فردی، گروهی و سازمانی بیمارستان به همراه توجه به برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مورد توجه قرار دهد. به عبارتی، هر استاندارد اعتباربخشی باید شامل سنج‌هایی باشد که این ۹ بعد را شامل شود تا از جامعیت لازم برخوردار باشد. علاوه بر این، به اثربخشی، کارایی، ایمنی، عدالت، بیمار محوری، به موقع بودن، کارمندمداری و تداوم نیز باید در تدوین سنج‌های هر استاندارد توجه شود. در چنین

خدمات می‌باشد. کشور هند نیز سیاست مشابه‌ای داشته و گزارش تعدادی از شاخص‌های پیامدی را الزامی کرده است (۳۴).

انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان وظیفه اعتباربخشی موسسات اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی را در سه حوزه موسسه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و برنامه آموزشی ارزیابان اعتباربخشی بر عهده دارد. اگرچه حدود ۸۰ کشور جهان دارای سیستم اعتباربخشی هستند، ولیکن تعداد معدودی توانستند استانداردهای اعتباربخشی خود را به تأیید انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان برسانند. الزامات انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان برای تأیید استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها شامل ۶ محور و ۵۷ سنجه است. این الزامات فرایند توسعه و بازنگری استانداردها و ساختار، محتوا و سیستم ارزیابی استانداردها را در بر می‌گیرد که شامل مواردی نظیر تدوین استانداردها بر اساس شواهد علمی و مطالعات بین‌المللی، دریافت بازخورد از ذینفعان مختلف، ارزشیابی ویرایش قبلی استانداردها و استفاده از نتایج آن برای بازنگری استانداردها، استفاده از سایر استانداردهای حوزه‌های مختلف بهداشت و درمان و داشتن فرایند منطقی و برنامه‌ریزی شده برای توسعه یا بازنگری استانداردها می‌باشند (۳۵).

فرآیند منطقی توسعه یا بازنگری استانداردها شامل داشتن برنامه اجرایی و زمانی، بیان هدف هر استاندارد، گروه بندی منطقی استانداردها در محورهای اصلی و فرعی، شماره گذاری درست استانداردها و سنجه‌ها، توضیح استانداردها و سنجه‌ها، نگارش استانداردها و سنجه‌ها بصورت شفاف و بدون ابهام، تأیید استانداردها توسط یک کمیته علمی، پایلوت کردن استانداردها و سنجه‌ها توسط کمیته‌ای جدا از کمیته تدوین استانداردها، ارائه آموزش‌ها و راهنمایی‌های لازم به بیمارستان‌ها و ارزیابان به منظور درک و فهم استانداردها، دادن زمان کافی به بیمارستان‌ها برای اجرای الزامات استانداردها، گرفتن بازخورد از بیمارستان‌ها و رضایت آنها از استانداردها، توضیح فرایند تدوین یا

اجرای اعتباربخشی در بخش مدیریت اطلاعات ۲۷ بیمارستان شهر مشهد، مشاهده کردند که کارکنان این بخش علی‌رغم شرکت در جلسات آموزشی درک مطلوبی از برنامه اعتباربخشی نداشتند (۳۱). برخی از سنجه‌های اعتباربخشی مبهم و غیر شفاف نوشته شدند و نیاز به ویراستاری ادبی دارند. در نوشتن سنجه‌ها از جملات طولانی استفاده شده است که با ویراستاری ادبی، شفاف و قابل فهم خواهند شد. برخی سنجه‌ها به طور کلی نوشته شده و فقط به اجرای یک بخش‌نامه یا آیین‌نامه اشاره شده که خود حاوی الزامات و سنجه‌های زیادی هستند. سنجه‌های اعتباربخشی باید کوتاه و شفاف نوشته شوند.

علی‌رغم وجود این چالش‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی کشور، باید توجه داشت که سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شده است؛ بنابراین، از این سیستم نمی‌توان انتظارات مشابه سیستم‌های اعتباربخشی کشورهای آمریکا، کانادا و استرالیا را داشت که به ترتیب ۶۶، ۵۹ و ۴۴ سال سابقه دارند. در همان کشورهای توسعه یافته فرایند توسعه استانداردها دستخوش ده‌ها بار تغییر بوده است. به عنوان مثال، استانداردهای اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی آمریکا هر دو سال یکبار با مشاوره گرفتن از کارشناسان، ارائه دهندگان خدمات و مشتریان به روز می‌شوند (۳۲). در کشور کانادا نیز استانداردها از طریق مرور متون، مشاوره با کارشناسان حوزه‌های مختلف سلامت، مشتریان، اساتید دانشگاه و سیاستگذاران، برگزاری جلسات بحث گروهی و پایلوت کردن استانداردها در بیمارستان‌ها، توسعه می‌یابند. در فرانسه نیز از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ سه بار تغییرات اساسی در رویه‌های برنامه اعتباربخشی ایجاد شده است (۳۳). در کشورهای در حال توسعه نیز این روند وجود دارد. مالزی که از سال ۱۹۹۹ برنامه اعتباربخشی خود را آغاز کرده است، اخیراً چهارمین ویرایش از استانداردهای اعتباربخشی را منتشر کرده است. تغییراتی که در برنامه اعتباربخشی مالزی اتفاق افتاده است شامل الزام گزارش شاخص‌هایی از ایمنی بیمار و کیفیت

رویکرد کارکردی در تدوین استانداردها، کاهش تعداد استانداردها و سنجه‌ها، جامع و متوازن نمودن استانداردها، سطح بندی و شفاف‌تر کردن سنجه‌ها، تغییر مقیاس امتیازدهی سنجه‌ها و همچنین توجه به تنوع بیمارستان‌ها در تدوین سنجه‌ها می‌تواند به بهبود محتوای استانداردهای اعتباربخشی کمک کند. همچنین، لزوم توجه به اصول تدوین استانداردهای اعتباربخشی انجمن بین المللی کیفیت در بهداشت و درمان و استفاده از تجارب دنیا در زمینه توسعه و بازنگری استانداردها ضروری است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کارشناسان اداره ارزشیابی و اعتباربخشی مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران و کارشناسان اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و همچنین کلیه روسا، مدیران و مسئولین بهبود کیفیت بیمارستان‌های کشور که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organization and management Tehran: Dibagran Tehran, Iran; 2004. [Persian]
2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran, Iran; 2015. [Persian]
3. Shaw CD. The external assessment of health services. World Hosp Health Serv; 2004. 40:24-7.
4. Mosadeghrad AM. Iran Hospital Accreditation System, Iranian Journal of Public Health; 2016.45 (6): 837-842.
5. Roberts JS, Coale JG, Jack G, Redman RR. A history of the Joint commission on Accreditation of Hospitals. J Am Med Assoc; 1987; 258: 936-940.
6. Shaw CD. Evaluating accreditation. Int J Qual Health Care; 2003.15(6):455-6.
7. World Health Organization. Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

بازنگری استانداردها برای ذینفعان مثلاً از طریق وب سایت اداره اعتباربخشی، داشتن یک سیستم شفاف برای اندازه‌گیری استانداردها و سنجه‌ها، داشتن راهنما برای آموزش ارزیابان در زمینه ارزشیابی صحیح استانداردها و سنجه‌ها و ارزشیابی میزان رضایت ارزیابان و بیمارستان‌ها از سیستم ارزشیابی استانداردها و سنجه‌ها می‌باشد. علاوه بر این، این انجمن لیستی از استانداردها و سنجه‌های مهمی که باید در کتاب استانداردهای اعتباربخشی وجود داشته باشد را مشخص کرده است. استانداردهای اعتباربخشی باید حداقل ۷۰ درصد امتیاز کل سنجه‌ها را بدست آورند تا گواهی تأیید دریافت دارند. امتیاز هر محور نیز نباید کمتر از ۷۰ درصد باشد (۳۲).

این پژوهش اطلاعات مفیدی در زمینه چالش‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی کشور فراهم نمود که می‌تواند مورد استفاده سیاستگذاران مربوطه در بازنگری استانداردها واقع شود. با این وجود، نتایج این پژوهش باید با احتیاط مورد تفسیر قرار گیرد. در این پژوهش نظرات مدیران بیمارستانها در ارزشیابی استانداردهای اعتباربخشی مورد استفاده قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نظر سایر ذینفعان نظیر کارکنان بیمارستان‌ها و ارزیابان اعتباربخشی هم مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، بررسی شاخص‌های عملکردی کلیدی بیمارستان‌ها نیز می‌تواند بیانگر میزان اعتبار استانداردهای اعتباربخشی باشد. انتظار می‌رود که شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های درجه یک وضعیت بهتری نسبت به بیمارستان‌های درجه دو و سه داشته باشند.

این پژوهش به ارزشیابی محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که بیش از نیمی از مدیران بیمارستان‌ها از محتوای استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی راضی نیستند. توجه به کاستی‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی و تلاش برای رفع آنها تأثیر قابل توجهی در دستیابی به اهداف اعتباربخشی و ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌های کشور دارد. بکارگیری

- impact of the accreditation process on Canadian health care organizations. *Implementation Science*; 2010. 5: 31–44.
22. Ministry of Health & Medical Education. A look at hospital accreditation standards, Seda publishing company. Tehran, Iran; 2008. [Persian]
23. Jafari GH, Khalifegari S, Danaei KH, Dolatshahi P, Ramezani M, Roohparvar R, et al. Hospital accreditation standards in Iran. Tehran: Seda publishing company. 2010. [Persian]
24. Zoleikani P. The impact of implementing accreditation standards of hospital emergency and accident departments on the performance of Sari hospitals' emergency and accident departments. Unpublished thesis, Tehran University of Medical Sciences, 2015.
25. Shahebrahimi Sh. Evaluation of hospitals' performance in Tehran province using Data mining and Data Envelopment Analysis. Unpublished thesis, Iran University of Science and Technology, 2016.
26. Sadegh Tabrizi J, Azami-Aghdash S, Abdollahi L, Daemi A, Yari Fard Kh, Valizadeh S, et al. Required Infrastructures to Implement Accreditation in Iran: The Perspective of Top Managers of the Teaching Hospitals in Tabriz and Ardabil University of Medical Sciences. *Research. j Deciction of H* 2013. 4(2); 29-34. [Persian]
27. Azami-Aghdash S, Sadeghi Bazargani H, Ghasemi B, Mirzaei A, Aghaie MH. The Existing Barriers and Infrastructures to Implement Accreditation from the Perspective of Hospitals' Managers in East Azerbaijan Hospitals: A Mixed Method Study. *Research. j Deciction of H*; 2013.4(2);35-42. [Persian]
28. Yousefinezhadi T. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. Ph.D dissertation, Tehran University of Medical Sciences; 2016.
29. Expert group meeting on hospital accreditation. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Cairo, Egypt; 2002.
30. Scrivens E. Assessing the value of accreditation systems. *Eur J Public Health* 1997; 7:4–8.
31. Mahmoodian S, Safaei F, Meraji M, Kimiafar Kh, Farsinegar N, Ghasemi R. WHN Challenges and strengths of implementing accreditation process from health information management staff perspective, *Journal of paramedical and rehabilitation sciences of Mashhad*; 2016.5 (2): 25-33.
32. Joint commission international standards for hospitals. Joint Commission International. 5 edition, 2014.
33. Daucourt V, Michel P. "Results of the first 100 accreditation procedures in France", *International Journal for Quality in Health Care*. (2003); 15(6):463-71.
8. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practice: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care*; 2003. 12(2): 129-35.
9. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research*, 2012. 12:329.
10. Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health Policy Plan*, 2001. 16:70–79.
11. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *External Peer Review Techniques*. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *Int J Qual Health Care*; 2000.12:169–75.
12. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care*, 2008.20 (5):363–371.
13. Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. *Br Med J*, 1995.310:781–4.
14. Duckett S. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Soc Sci Med* 1983; 17:1573–9.
15. Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. *Int J Qual Health Care*, 1998.11:27–30.
16. 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.
17. Peter TF, Rotz PD, Blair DH, Khine AA, Freeman RR, Murtagh MM. Impact of laboratory accreditation on patient care and the health system. *American Journal for Clinical Pathology*; 2010. 134: 550–555.
18. Baskind R, Kordowicz M, Chaplin R. How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. *Journal of Mental Health*; 2010.19: 405–411.
19. Mate K, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globalization and Health*; 2014. 10-68.
20. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy*; 2009. 90:156–165.
21. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the

34. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. *Globalization and health*. 2014; 10:65.

35. ISQua. Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. 4th Edition, International society for quality in health care, 2015.

Evaluation of hospital accreditation standards

Ali Mohammad Mosadeghrad, PhD, Assistant Professor, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Ali Akbari-sari, PhD, Professor, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Taraneh Yousefinezhadi**, PhD, Health Policy Graduate, Tehran, Iran (*Corresponding author).
t.yousefinezhadi@gmail.com

Abstract

Background: Evaluation and accreditation of hospitals have important roles in improving the quality, safety, and effectiveness of healthcare services in hospitals. The effectiveness of an accreditation system depends on appropriateness, quality and consistency of methods, standards and surveyors. This study aimed to evaluate the content of hospital accreditation standards from the perspective of the hospital managers.

Methods: The study was conducted in 2015 using a valid and reliable questionnaire. 547 hospital managers were surveyed using stratified random sampling method. Descriptive and inferential statistical methods including Kruskal, Mann-Whitney and logistic regression were used for data analysis.

Results: Hospital managers were moderately satisfied with the content of national hospital accreditation standards (the mean score of 2.64 ± 0.67 out of 5). Only 15.1 percent of hospital managers were satisfied with the content of the hospital accreditation standards. Most complaints were related to a lack of transparency of standards and criteria, number of standards and using the same weight for criteria.

Conclusion: Reducing the number of standards and criteria, leveling criteria and making them more transparent, changing the scale of scoring, applying functional approach and also considering the diversity of hospitals in the formulation of criteria help improve the content of accreditation standards.

Keywords: Accreditation, Hospital, Standard, Content