

تصویر سلامت

دوره ۳ شماره ۴ سال ۱۳۹۱ صفحه ۱۴ - ۸

چالش های فراروی نظام نوین اعتباربخشی کشور بر اساس الزامات جامعه بین المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua)

فرید غریبی^۱، جعفرصادق تبریزی^{۲*}، بهنام امینی دغلیان^۳

چکیده

زمینه و اهداف: امروزه نظام های سلامت موفق در جهان، توجه خود را به سوی شاخص های عملکردی و به ویژه کیفیت معطوف نموده و ارتقای مستمر آن را نشانه موفقیت و بقای سازمان می دانند. با توجه به این که اعتباربخشی یکی از حوزه های اصلی در مدیریت نظام سلامت می باشد و تأثیر شگرفی بر شاخص های کیفیت دارد؛ لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف نظام نوین اعتباربخشی کشور، بر اساس الزامات جامعه بین المللی کیفیت در خدمات سلامت می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه از پرسشنامه ISQua برای جمع آوری داده استفاده گردید. پژوهشگران ابتدا اقدام به ترجمه و بومی سازی پرسشنامه نموده و روایی محتوایی آن را با نظر صاحب نظران و براساس پنج مؤلفه کیفیت سوال، مورد سنجش و اصلاح قرار دادند. سپس روایی آن بررسی گردید و در نهایت، پرسشنامه ای با ۳۹ سؤال در چهار محور حاصل شد. در ادامه، پژوهشگران اقدام به اخذ نظرات ۲۰ نفر از افراد خبره در این زمینه نمودند و داده های به دست آمده مورد تحلیل قرار گرفته و نتایج حاصله به صورت فراوانی (درصد) گزارش گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها، نرم افزار SPSS16 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: یافته های به دست آمده حاکی از آن است که نظام نوپای اعتباربخشی کشور با مشکلات عمده ای در چهار محور مورد بررسی، یعنی "سیاست ها، ارزش ها و فرهنگ"، "سازمان و ساختار"، "روش شناسی" و "منابع" روبروست، به طوری که این نظام تنها در یک سوم گزینه های بررسی شده مورد تأیید صاحب نظران قرار گرفت. همچنین بررسی ها نشان داد که این نظام، دارای بیشترین مشکل در محور منابع و کم ترین مشکل در محور روش شناسی می باشد؛ اما امتیاز هیچ یک از محورها در حد قابل قبول نمی باشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل از این بررسی نشان می دهد که چالش های فراروی نظام اعتباربخشی کشور، بسیار متعدد و برجسته بوده و موفقیت در اجرای درست این برنامه نیازمند اقدام جدی مسئولین در مرتفع نمودن موانع شناسایی شده می باشد. بی تردید، موانع شناسایی شده و پیشنهادات ارائه شده در این پژوهش، می تواند راهنمای ارزشمندی در دستیابی به این مهم باشد.

کلیدواژه ها: کیفیت، اعتباربخشی، ISQua

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (Email: Tabrizijs@tbzmed.ac.ir)

۳. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

نظام های سلامت کشورهای مختلف، به عنوان متولیان سلامت کشورها، موظف به فراهم نمودن سطح قابل قبولی از خدمات بهداشتی و درمانی برای جامعه تحت پوشش خود می باشند که این امر بر اساس کارکردهای مختلف نظام سلامت در حیطه های گوناگونی مانند تأمین مالی، تولید منابع، تولید و ارائه خدمت مطرح می گردند. تمامی این فرایندها بایستی به گونه ای سازماندهی و اجرا گردد که منجر به ارائه خدمتی ایمن، عاری از خطر و همراه با کرامت انسانی باشد که شاید بتوان مجموعه ای این ویژگی ها را در مفهوم کیفیت خلاصه نمود (۱).

بر این اساس رسیدن به سطح قابل قبولی از کیفیت، همواره یکی از دغدغه های اصلی نظام های سلامت و از شاخص های اصلی عملکردی آن ها می باشد. علی رغم اینکه چارچوب ها و برنامه های متفاوتی برای ارزیابی بر اساس ارتقای کیفیت در کشورهای مختلف ظهور نموده اند، اما برنامه ای که بیش از همه در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته و مخصوص این عرصه طراحی شده است اعتباربخشی می باشد. تأثیر این برنامه بر ارتقای کیفیت چنان گسترده و عمیق است که غالب صاحب نظران آن را به عنوان نماد کیفیت و بهبود مستمر آن در خدمات سلامت به شمار آورده اند (۲-۴).

اعتباربخشی، در حیطه کنترل که یکی از کارکردهای اصلی علم مدیریت به شمار می آید قرار می گیرد و به عنوان "سیستمی که در آن یک سازمان ارائه دهنده خدمات سلامت براساس استانداردها و الزامات از پیش تعیین شده و توسط یک تیم بیرونی ارزشیابی از همان سطح سازمان مورد ارزیابی قرار می گیرد" تعریف می شود (۵-۷). تفاوت اصلی این سیستم با سایر سیستم های ارتقای کیفیت (گواهینامه، مجوز دهی و ثبت نام) در حداکثری بودن استانداردهای آن می باشد؛ به طوری که با تکیه بر استانداردهای چالشی و ارتقایی منجر به بهبود مستمر کیفیت (CQI) [Continuous Quality Improvement] می شود (۸و۹).

اگر به پیشینه ارزشیابی در نظام سلامت کشور نظری بیفکنیم به روشنی بر ما آشکار خواهد شد که سیستم های ارزشیابی کشور از دیرباز دارای مشکلات عمده ای بوده است که شاید فقدان استانداردهای مناسب و حداکثری برای سنجش عملکردها و فعالیت های مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت از مهمترین آن ها به شمار آید (۹). به طوری که استانداردهای این سیستم ها تنها به پوشش بخش های محدودی از الزامات و عملکردها پرداخته اند (۱۰) و توانایی نشان دادن کاستی های موجود در محیط مراقبت سلامت را ندارند (۱۱).

بر این اساس در سال های اخیر، متولیان امر سلامت در وزارت بهداشت، اقدام به طراحی و انتشار یک مدل اعتباربخشی نموده اند که این مدل "بخشی" بوده و امید می رود بتواند تأثیرات مثبت عملکردی در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت بر جای گذارد (۱۲). با توجه به مطالب پیش گفته، پژوهش حاضر به دنبال

بررسی چالش های پیش روی این سیستم نوپا براساس الزامات تعیین شده از سوی جامعه بین المللی کیفیت در خدمات سلامت [International Society for Quality in Health Care] (ISQua) و ارائه پیشنهادات کاربردی به منظور رفع نواقص احتمالی می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی بوده و در بهار سال ۹۱ به انجام رسید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه ای است که توسط مؤسسه بین المللی کیفیت در خدمات سلامت (ISQua) در کتابی کاربردی تحت عنوان Toolkit for Accreditation Programs نوشته Charles D. Shaw منتشر شده است (۸). مؤسسه ISQua سازمانی بین المللی است که متولی اصلی اعتباربخشی در جهان به شمار می رود و با کشورهای مختلف جهان در خصوص طراحی و اجرای برنامه های اعتباربخشی همکاری می نماید. این مؤسسه همواره اقدام به انتشار مطالب و محتوای علمی و کاربردی، و نیز تجارب کشورهای مختلف در خصوص اعتباربخشی نموده و مؤسسات و برنامه های مختلف اعتباربخشی دهنده را از نظر توانمندی و شایستگی مورد ارزیابی و اعتبارسنجی قرار می دهد؛ به طوری که تأیید هر مؤسسه اعتباربخشی توسط آن، سند افتخاری برای آن سازمان به حساب می آید (۸و۱۳).

در فهرست کنترل یاد شده، عوامل اساسی مورد نیاز جهت موفقیت یک مدل اعتباربخشی در چهار محور سیاست ها، ارزش ها و فرهنگ (در ۸ بند)، سازمان و ساختار (در ۱۶ بند)، روش شناسی (در ۸ بند) و منابع (در ۸ بند) آورده شده اند، که در مجموع فهرست کنترلی با ۴۰ استاندارد جهت بررسی چالش های فراروی یک سازمان اعتباربخشی را به وجود آورده اند. داده های این مطالعه با استفاده از روش مصاحبه های یک یا چند نفره گردآوری شده اند، به طوری که در مقابل هر استاندارد، دو گزینه بله یا خیر وجود دارند که در صورت برآورده شدن آن استاندارد، گزینه بله و در غیر این صورت گزینه خیر توسط صاحب نظران انتخاب می شود (۸).

به منظور تأیید روایی محتوا، پرسشنامه مذکور با نظر ۲۰ نفر از صاحب نظران مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا، پرسشنامه پس از ترجمه به زبان فارسی، جهت اطمینان از صحت و کیفیت کار، مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه شد (Translate-Back Translate). سپس تمامی سؤالات پرسشنامه از نظر صاحب نظران براساس ۵ شاخص کیفیت سؤال یعنی "ضرورت"، "شفافیت"، "مرتبط بودن"، "سادگی" و "قابلیت سنجش"، در یک مقیاس چهارگانه بررسی گردیدند. برای تحلیل آن ها، بر طبق قوانین آماری موجود، نقطه پذیرش ۷۵ درصد، تعیین گردید. بر طبق اصول آماری، ابتدا میانگین نمره ضرورت (CVR) [Content Validity Ratio] مورد بررسی قرار گرفته و در صورت تأیید سؤال در این شاخص، نمره سه عامل دیگر (CVI) [Content Validity Index] بررسی گردید که در تمامی این موارد،

در این مطالعه سعی گردید که از صاحب‌نظرانی استفاده گردد که دارای تجارب ارزنده مرتبط با اعتباربخشی باشند، لذا از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposive Sampling) استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با این روش، به صورت فراوانی و درصد برای هر سؤال و محور گزارش شد و برای تحلیل داده‌ها نیز از SPSS16 استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه سعی بر آن بود که از بهترین صاحب‌نظران موجود استفاده شود و در انتخاب آنان ترکیبی از دانش و تجربه مد نظر قرار گیرد که در نهایت افراد زیر به مطالعه وارد شدند.

نمره پذیرش ۷۵ درصد معتبر در نظر گرفته می‌شود (۱۵ و ۴). در مطالعه حاضر، پرسشنامه طراحی شده موفق به کسب نمره ۹۵ درصد در شاخص ضرورت و نمره ۹۴ درصد در مجموع چهار شاخص دیگر گردیده و قویاً مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، تمامی سؤالات پرسشنامه در هر یک از پنج شاخص تعیین شده مورد بررسی قرار گرفته و انجام اصلاحات لازم انجام گرفت، که در نهایت ۶ مورد از سؤالات، حذف و با تفکیک ۵ سؤال، تعداد نهایی سؤالات به ۳۹ مورد رسید. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه، بر اساس یک مطالعه مقدماتی (Pilot Study)، آلفای کرونباخ با استفاده از آزمون کودر ریچاردسون (به دلیل دوحالتی بودن پاسخ‌ها (بله-خیر)) محاسبه گردید که عدد ۰/۹۲۵ برای این شاخص، پرسشنامه طراحی شده مذکور را تأیید نمود.

جدول ۱. ترکیب صاحب‌نظران شرکت کننده در مطالعه

پاسخ دهندگان	فراوانی	درصد
اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۳	۶۵
مدیران و کارشناسان دفاتر معاونت درمان وزارت بهداشت	۷	۳۵
طراحان و نویسندگان استانداردهای کنونی اعتباربخشی بیمارستان‌ها	۶	۳۰
اعضای بورد تخصصی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت	۴	۲۰
مدیر عاملان شرکت‌های خصوصی اعتباربخشی در کشور	۳	۱۵
معاونین درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی	۲	۱۰
روسای موفق بیمارستان‌های بزرگ	۲	۱۰

ارزش‌ها و فرهنگ" به جنبه‌هایی مانند فلسفه اجزای اعتباربخشی، داوطلبانه بودن شرکت در اعتباربخشی، مشارکت ذی‌نفعان در طراحی و اجرای برنامه اشاره دارد که برای اجرای موفقیت آمیز آن بسیار ضروری هستند. نتایج به‌دست آمده در این بعد نشان می‌دهد که در این زمینه کاستی‌های عمده‌ای چون عدم مشارکت مناسب ذی‌نفعان در طراحی و اجرای برنامه اعتباربخشی، اجباری بودن شرکت در برنامه، عدم تمایل کافی پزشکان به مشارکت در ارتقای کیفیت خدمات وجود دارد و تداوم این برنامه در صورت تغییر دولت‌ها در هاله‌ای از ابهام به سر می‌برد. از جمله نقاط قوت برنامه اعتباربخشی کشور در این بعد، مناسب بودن فلسفه اجرای آن و حمایت حاکمیت از این برنامه است (جدول ۲).

صاحب‌نظران، مطالعه حاضر را تعداد ۲۰ نفر از اساتید دارای مدرک دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، افراد شاغل در دفتر نظارت و اعتباربخشی، حاکمیت بالینی و نیز ایمنی و تعالی بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت، اعضای بورد تخصصی مدیریت و اقتصاد بهداشت، رؤسای موفق بیمارستان‌های آموزشی، معاونین درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران عامل شرکت‌های خصوصی اعتباربخشی فعال در کشور و نیز طراحان مدل‌های فعلی اعتباربخشی موجود در کشور تشکیل دادند (جدول ۱). لازم به ذکر است که به دلیل امکان تکراری بودن نقش‌ها، مجموع درصد‌ها از ۱۰۰ فراتر رفته است. سؤالات مربوط به بعد اول پرسشنامه یعنی "سیاست‌ها،

جدول ۲. نتایج مربوط به بعد "سیاست‌ها، ارزش‌ها و فرهنگ"

سؤال	پاسخ بله		پاسخ خیر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
هدف اصلی برنامه اعتباربخشی، بهبود و مستند کردن عملکرد مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت می‌باشد.	۱۶	۸۰	۴	۲۰
هدف اولیه برنامه اعتباربخشی، کاهش هزینه‌ها و یا تعطیل کردن مراکز نیست.	۱۵	۷۵	۵	۲۵
سعی بر این است که دیدگاه و انتظارات ذی‌نفعان در مورد نقش اعتباربخشی در طرح‌های ملی و در طی مشاوره‌های رسمی منجر به بهبود کیفیت گردد.	۷	۳۵	۱۳	۶۵
شرکت در برنامه اعتباربخشی، داوطلبانه می‌باشد.	۰	۰	۲۰	۱۰۰
دولت، ایجاد و اجرای برنامه اعتباربخشی را تأیید نموده است.	۱۹	۹۵	۱	۵
سیاست و مدیریت برنامه اعتباربخشی، بدون توجه به تغییرات در دولت ادامه خواهد یافت.	۸	۴۰	۱۲	۶۰
پزشکان، تمایل کافی به پذیرش مسئولیت و مشارکت در ارتقای کیفیت فعالیت‌های بالینی را دارند.	۰	۰	۲۰	۱۰۰
نمایندگانی از تمامی سازمان‌ها و تخصص‌های حرفه‌ای فعال در مراقبت سلامت از سراسر کشور در هیئت اجرایی اعتباربخشی عضویت دارند.	۲	۱۰	۱۸	۹۰

و مجوزدهی، ضعف استانداردهای مدل در ارتقای ایمنی و مدیریت خطر، فقدان مراکز ملی مناسب در زمینه ارتقای کیفیت خدمات سلامت و تحلیل و مقایسه اطلاعات ارائه خدمت، پاسخگویی ضعیف ملی و محلی در مقوله با اهمیت کیفیت و مسئولیت وزارت بهداشت در برنامه اعتباربخشی می باشد. از نقاط قوت برنامه در این جنبه می توان به ثبت نام و ساماندهی مناسب پزشکان و پرستاران و مدیریت متمرکز برنامه اعتباربخشی اشاره نمود (جدول ۳).

پرسش های مربوط به بعد دوم پرسشنامه یعنی "سازمان و ساختار" به جنبه هایی همچون تمیز قائل شدن بین اعتباربخشی و مجوز دهی، وجود مراکز ملی مناسب درخصوص ارتقای کیفیت مراقبت سلامت، حمایت قوانین از اجرای برنامه و استقلال برنامه اعتباربخشی اشاره دارد. نتایج به دست آمده در این جنبه حاکی از آن است که سیستم نوین اعتباربخشی کشور، دارای ضعف های اساسی در مواردی مانند جدا بودن مؤسسه اعطا کننده اعتباربخشی

جدول ۳. نتایج مربوط به بعد "سازمان و ساختار"

سؤال		پاسخ بله		پاسخ خیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۵۵	۱۱	۴۵	۹	۵۵	۱۱
اعطای مجوز به افراد و سازمان ها در مقابل استانداردهای حداقلی ساختار و ایمنی، از اعتباربخشی جدا شده است.					
۱۰۰	۲۰	۰	۰	۱۰۰	۲۰
اعطای مجوز به افراد و سازمان ها، به وسیله یک مؤسسه جداگانه مدیریت می شود.					
۵۵	۱۱	۴۵	۹	۵۵	۱۱
قوانین و بازرسی ها، تضمین کننده ایمنی جامعه، بیماران و کارکنان در رابطه با تشعشع، آتش، بهداشت، داروها و تجهیزات هستند.					
۸۰	۱۶	۲۰	۴	۸۰	۱۶
یک واحد کیفیت رسمی با یک متصدی صاحب نام، مسئولیت هماهنگی برنامه ها و ابتکارات دولت در درون وزارت بهداشت را به عهده دارد.					
۷۰	۱۴	۳۰	۶	۷۰	۱۴
یک مرکز ملی مرجع برای جمع آوری، تدوین و توسعه راهنماهای بالینی وجود دارد.					
۸۵	۱۷	۱۵	۳	۸۵	۱۷
یک مرکز ملی برای تطابق و انتشار اطلاعات مقایسه ای جامع در عملکرد نظام سلامت وجود دارد.					
۹۰	۱۸	۱۰	۲	۹۰	۱۸
یک مرکز ملی اطلاعاتی به منظور آموزش و بکارگیری روش های بهبود کیفیت وجود دارد.					
۲۰	۴	۸۰	۱۶	۲۰	۴
یک سازمان و سازوکار حرفه ای برای کنترل ثبت نام شاغلان پزشکی در سطح ملی وجود دارد.					
۲۰	۴	۸۰	۱۶	۲۰	۴
یک سازمان و سازوکار حرفه ای برای کنترل ثبت نام پرستاران در سطح ملی وجود دارد.					
۱۰۰	۲۰	۰	۰	۱۰۰	۲۰
یک سازمان بهبود کیفیت فعال در هر حرفه و تخصص بالینی وجود دارد.					
۷۵	۱۵	۲۵	۵	۷۵	۱۵
رهبری، پاسخگویی، سرپرستی، پایش و ارتباطات مناسبی در حیطه کیفیت در سطوح ملی وجود دارد.					
۸۵	۱۷	۱۵	۳	۸۵	۱۷
رهبری، پاسخگویی، سرپرستی، پایش و ارتباطات مناسبی در حیطه کیفیت در سطوح استانی وجود دارد.					
۳۵	۷	۶۵	۱۳	۳۵	۷
یک سیستم تضمین و ارتقای کیفیت ملی برای آزمایشگاه های بالینی وجود دارد.					
۱۰۰	۲۰	۰	۰	۱۰۰	۲۰
یک سازمان ملی برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت وجود دارد.					
۲۵	۵	۷۵	۱۵	۲۵	۵
فعالیت ها و عملکردهای برنامه اعتباربخشی توسط قوانین ملی تعریف شده اند.					
۲۵	۵	۷۵	۱۵	۲۵	۵
برنامه اعتباربخشی به صورت ملی مدیریت و تحت اختیارات مدیریت استانی یا دانشگاهی قرار نگرفته است.					
۹۵	۱۹	۵	۱	۹۵	۱۹
برنامه اعتباربخشی، تحت مدیریت مستقیم وزارت بهداشت، موسسات دولتی، خدمات گواهی نامه دهی ISO، یا صندوق های بیمه ای سلامت قرار نگرفته است.					
۱۰۰	۲۰	۰	۰	۱۰۰	۲۰
برنامه ای اعتباربخشی توسط کمیته ای متشکل از نمایندگان حرف پزشکی، عموم مردم و دولت (البته بدون سلطه هیچ یک از آنان) هدایت می شود.					

بیمارستان ها منوط به دریافت اعتباربخشی نشده است و شفاف سازی و اطلاع رسانی عمومی در وضعیت مناسبی بسر نمی برد، البته برنامه کنونی اعتباربخشی دارای مزایایی است که می توان به تفکیک مفهوم اعتباربخشی از فرایند اعطای مجوز، تصمیم گیری در خصوص اعطای اعتباربخشی توسط افرادی غیر از ارزیابان و نیز مبتنی بر شواهد بودن استانداردهای تعبیه شده در مدل اشاره نمود (جدول ۴).

سؤالات مربوط به بعد سوم پرسشنامه یعنی "روش شناسی" اشاره به مواردی مانند تفکیک بین نقش اعتباربخشی و مجوزدهی از سوی سیاست گذاران، وجود مشوق های مالی برای بیمارستان ها به منظور شرکت در اعتباربخشی، شواهد محور بودن استانداردهای مدل و گزارش دهی عمومی مناسب برنامه دارد. یافته های به دست آمده در این جنبه گویای این واقعیت اند که در برنامه کنونی اعتباربخشی، مجوزهای مالی کافی تعبیه نشده اند، آموزشی بودن

جدول ۴. نتایج مربوط به بعد "روش شناسی"

سؤال		پاسخ بله		پاسخ خیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۳۵	۷	۶۵	۱۳	۳۵	۷
سیاست گذاران، تعاریف مکعب و مورد توافقی از عملکردها، ساختارها و فعالیت های مختلف اعتباربخشی و مجوزدهی به اشخاص و سازمان ها دارند.					
۶۵	۱۳	۳۵	۷	۶۵	۱۳
سازمان های بیمه دولتی و خصوصی و موسسات سرمایه ای، مشوق های مالی مناسب جهت ترغیب سازمان های سلامت برای شرکت در برنامه اعتباربخشی فراهم می کنند.					
۹۰	۱۸	۱۰	۲	۹۰	۱۸
ارائه خدمات آموزشی بالینی (آموزشی - درمانی بودن بیمارستان)، منوط به دریافت اعتباربخشی می باشد.					
۳۰	۶	۷۰	۱۴	۳۰	۶
تصمیمات نهایی اعطای اعتباربخشی، بر اساس فرایند و ضوابط تعریف و منتشر شده انجام می گیرد و این تصمیمات به وسیله افراد بررسی کننده یا کارکنان برنامه اتخاذ نمی شوند.					
۳۰	۶	۷۰	۱۴	۳۰	۶
استانداردها و الزامات استفاده شده برای ارزیابی اعتباربخشی، برگرفته از شواهد مستند و معتبری است که منتج از تحقیقات یا تجربیات خدمات سلامت اثربخش می باشند.					
۸۵	۱۷	۱۵	۳	۸۵	۱۷
دامنه و مدت اعتبار داده شده به مراکز دولتی و خصوصی، به طور رایگان در دسترس عموم قرار دارند.					
۶۰	۱۲	۴۰	۸	۶۰	۱۲
استانداردهای اعتباربخشی به طور رایگان در دسترس عموم قرار دارند.					

توانایی کافی برای کسب درآمد و خودگردانی را ندارد، پرسنل فاقد توانایی کافی در خصوص ارتقای کیفیت در مشاغل خود هستند، داده ها و اطلاعات کافی در اختیار کارکنان بیمارستان ها قرار نمی گیرد و مدیران بیمارستان ها فاقد دانش و تجربه کافی برای مدیریت مناسب این مراکز می باشند (جدول ۵).

سؤالات مربوط به بعد چهارم یعنی منابع، به مواردی مانند استقلال مالی برنامه و توانایی آن در کسب وجوه، دسترسی پرسنل برنامه به اطلاعات معمول گردآوری شده در بیمارستان ها، و توانمندی مناسب مدیریت و پرسنل مرکز در امر ارتقای کیفیت اشاره دارد، که همگی نقش ارزنده ای در اجرای مناسب اعتباربخشی دارند. نتایج این بعد نشان دهنده آن است که برنامه،

جدول ۵. نتایج مربوط به بعد "منابع"

پاسخ بله		پاسخ خیر		سؤال
درصد فراوانی	درصد	درصد فراوانی	درصد	
۴	۲۰	۱۶	۸۰	برنامه اعتباربخشی، توانایی کسب وجوه مورد نیاز برای بقا و توسعه خود را از درآمدهای خود دارد.
۱	۵	۱۹	۹۵	برنامه اعتباربخشی، اجازه جبران هزینه های عملیاتی خود از طریق دریافت وجه از استفاده کنندگان خدمات اعتباربخشی را دارد.
۱۶	۸۰	۴	۲۰	برنامه اعتباربخشی، به داده های جمع آوری شده که به طور معمول به وسیله ارائه دهندگان خدمات سلامت به وزارت بهداشت گزارش می شوند دسترسی دارد.
۰	۰	۲۰	۱۰۰	سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت، داده های دقیق، کامل و بهنگام از عملکرد بالینی یا سازمانی را در اختیار پرسنل خود قرار می دهند.
۷	۳۵	۱۳	۶۵	کارکنان برنامه، به منظور ارزیابی و بهبود عملکرد در وظیفه خود و سازمان سلامت آموزش دیده اند.
۰	۰	۲۰	۱۰۰	مدیران بیمارستان و سازمان های سلامت، آموزش های رسمی درباره مدیریت این مراکز را گذرانده اند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش های فراروی نظام نوین اعتباربخشی کشور و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن براساس الزامات جامعه بین المللی کیفیت در خدمات سلامت و ارائه پیشنهادات کاربردی به منظور رفع نواقص احتمالی در بهار سال ۹۱ به انجام رسید. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که این برنامه، با چالش های فراوانی در چهار بعد مورد بررسی روبرو بوده و برای دستیابی به موفقیت، ناگزیر به چاره اندیشی و مرتفع نمودن آن ها می باشد.

مدل اعتباربخشی کمیسیون مشترک (JCAHO/JCI) بزرگترین و جامع ترین مدل بوده و مادر اعتباربخشی به شمار می آید. این مدل داوطلبانه و غیر دولتی، با ترکیب مناسبی از ذی نفعان در ساختار مدیریتی خود می باشد. همچنین در نظام سلامت ایالات متحده، مجوزهای مالی و معنوی فراوانی برای سازمان هایی که موفق به اخذ اعتباربخشی نموده اند تعیین شده است و برنامه از محل فعالیت های خود دارای درآمد کافی بوده و استقلال مالی کامل دارد. کمیسیون مشترک دارای ارتباط مناسبی با جامعه بوده و اطلاع رسانی عمومی کاملی را در دستور کار خود دارد که تقریباً در هیچ یک از این ویژگی های مطرح شده با نظام اعتباربخشی کنونی کشور همخوانی ندارد (۵).

مدل اعتباربخشی CCHSA کانادا نیز دومین مدل بزرگ موجود در جهان می باشد که داوطلبانه و غیر دولتی بوده و از نمایندگان تمامی ذی نفعان در مدیریت خود بهره می جوید. برای اجرای موفقیت آمیز این برنامه نیز مشوق های مالی مناسبی در نظر گرفته شده اند که سازمان ها را تشویق به اخذ اعتباربخشی می نماید.

تحلیل های صورت گرفته بر روی میانگین امتیازات هر بعد، نشان می دهد که بعد اول دارای میانگین ۴۲/۵ درصد برای پاسخ بله و ۵۷/۵ درصد برای پاسخ خیر، بعد دوم دارای میانگین ۳۲/۵ درصد برای پاسخ بله و ۶۷/۵ درصد برای پاسخ خیر، بعد سوم دارای میانگین ۴۳/۵ درصد برای پاسخ بله و ۵۶/۵ درصد برای پاسخ خیر و نهایتاً بعد چهارم دارای میانگین ۲۳/۳ درصد برای پاسخ بله و ۷۶/۷ درصد برای پاسخ خیر می باشند. بر این اساس، بعد چهارم یعنی "منابع"، دارای بیشترین و بعد سوم یعنی "روش شناسی"، دارای کم ترین نقاط ضعف می باشد.

همچنین در بررسی ابعاد، مشخص گردید که اجباری بودن برنامه اعتباربخشی و عدم تمایل کافی پزشکان به مشارکت در ارتقای کیفیت بالینی (از بعد مربوط به سیاست ها، ارزش ها و فرهنگ)، یکی بودن مؤسسه اعطاکننده اعتباربخشی و مجوزدهی، فقدان یک سازمان ارتقای کیفیت در هر تخصص بالینی، فقدان یک سازمان ملی به منظور ارتقای کیفیت و نیز عدم مشارکت ذی نفعان در طراحی و مدیریت برنامه و تسلط دولت بر آن (از محور سازمان و ساختار)، فقدان وجود و دسترسی پرسنل بیمارستان ها به داده ها و اطلاعات مورد نیاز و نیز نداشتن تخصص و دانش مدیریتی کافی مدیران بیمارستان ها (از محور منابع)، به عنوان مهم ترین چالش های فراروی موفقیت این برنامه مطرح می باشند.

بررسی میانگین پاسخ های ارائه شده به تمامی سؤالات (میانگین ۳۵/۱ برای پاسخ بله و ۶۴/۹ برای پاسخ خیر) نشان می دهد که نظام نوین اعتباربخشی کشور با مشکلات عدیده ای روبه رو بوده و از نقاط قوت اندکی برخوردار است به طوری که گزینه های موافق تنها موفق به کسب یک سوم نظرات شده اند.

پژوهشگران بر اساس نتایج مطالعه پیشنهاد می نمایند که تلاش گسترده ای جهت ایجاد انطباق حداکثری برنامه اعتباربخشی ایران با ابعاد چهارگانه مؤسسه ISQua صورت گیرد. به عنوان مثال، سیستم به سمت داوطلبانه و غیر دولتی بودن سوق داده شود و یک نهاد مستقل، مدیریت آن را بر عهده گیرد. برنامه به سمت درآمدزایی حرکت و از مجموعه مناسبی از ذی نفعان بهره جوید و با اتخاذ تدابیر مشخص، اقدام به جلب مشارکت پزشکان و توانمندسازی پرسنل بیمارستان ها نماید. نکته کلیدی دیگر، امکان استفاده از فارغ التحصیلان رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پرستاری و یا افراد توانمند در پست های مدیریتی بیمارستان ها می باشد که این امر می تواند منجر به موفقیت سازمان های خدمات بهداشتی درمانی و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در این مراکز گردد.

یافته های این مطالعه نشان داد که محدودیت های فراوانی در مسیر موفقیت نظام نوین اعتباربخشی کشور وجود دارد که نیازمند توجه جدی بوده و لازم است سیاست گذاران برای مرتفع نمودن آنها چاره اندیشی نمایند. بی تردید، نتایج کاربردی مطالعه حاضر می تواند برای عرصه های مشابه در داخل و خارج از کشور راهگشا و مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان، پژوهشگران بر خود لازم می دانند از مشارکت صمیمانه صاحب نظران گرانقدر که با صعه صدر و شکیبایی خود پاسخگوی سؤالات پرسشنامه و راهنمای انجام پژوهش بوده اند، کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

برنامه از محل فعالیت های خود دارای درآمد کافی بوده و سیاست اطلاع رسانی نتایج اعتباربخشی سازمان ها را اتخاذ کرده است. این کمیسیون همچنین پایگاه های اطلاعاتی مناسبی برای آموزش به بیمارستان ها و مقایسه نتایج اعتباربخشی نهادهای مختلف با هم دایر کرده است که باز هم انطباق اندکی بین این ویژگی ها با نظام نوپای اعتباربخشی ایران وجود دارد (۴).

نظام اعتباربخشی کشور فرانسه ANAES نیز یکی از مدل های بزرگ جهان می باشد که برخلاف مدل های آمریکا و کانادا، دولتی بوده و به صورت اجباری اجرا می گردد و انتقادات و ایرادات عمده ای را در این خصوص به خود دیده است. این مدل از مجموعه مناسبی از ذی نفعان بهره می جوید و تعامل مناسبی با جامعه داشته و نتایج اعتباربخشی را آشکارا به مردم گزارش می دهد (۱۶).

از مدل های اعتباربخشی پیشگام در منطقه مدیترانی شرقی (EMRO) می توان به مدل های اعتباربخشی لبنان و مصر اشاره نمود که غالباً الگوبرداری سطحی و وضعیفی از مدل کمیسیون مشترک می باشد. این مدل ها دارای ضعف های عمده ای در استانداردهای خود بوده و توانایی کافی در ایجاد فرهنگ بهبود مستمر کیفیت در سازمان را ندارند. این مدل ها اجباری بوده و توسط وزارت بهداشت مدیریت می شوند اما نتایج اعتباربخشی را به جامعه گزارش می دهند. این مدل ها از جنبه هایی شبیه مدل نوپای کشور ما بوده و از جنبه هایی نیز با آن تفاوت دارند (۱۶).

از محدودیت های مطالعه می توان به دشوار بودن دسترسی به صاحب نظران و مشغله کاری فراوان آن ها برای پاسخ به پرسشنامه های سنجش روایی محتوایی و نیز پرسشنامه نهایی اشاره نمود.

References

1. Roberts MR, Hsaio W, Berman P, Reich M. Getting Health Reforms Rights: A Guide to Improving Performance and Equity. London: Oxford University Press; 2004.
2. Auras S, Geraedts M. Patient experience data in practice accreditation—an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(2):132–9.
3. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy*. 2009;90:156–65.
4. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and disadvantages of health care accreditation models; a systematic review. *Health Promotion Perspectives*. 2011;1(1):1-35.
5. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS); 1999.
6. Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study. *J Res Health Sci*. 2006;6(1):1-7.
7. Raeisi AR, Asefzadeh S, Yarohamadian MH. Comparison Study of Accreditation Information Models in Europe and America. *Health Information Management*. 2006;3(2):1-9.
8. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
9. صدقیانی ا. بررسی سیستم های اعتباربخشی در مراکز بهداشتی درمانی (یک مطالعه تطبیقی). سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. تهران: ۱۳۸۴.

۱۰. احمدی م، خوشگام م، محمدپور ا. بررسی تطبیقی استانداردهای وزارت بهداشت با استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیسیون مشترک بین المللی. مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۸۹؛ ۱۰(۴): ۴۵-۵۲.
۱۱. تبریزی ج ص. غربی ف. مرور نظام مند مدل های اعتباربخشی برای طراحی مدل مدلی. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۹۰؛ ۱۶(۳): ۹۵-۱۰۹.
۱۲. جعفری ج، خلیفه گری، دانایی ک. استانداردهای اعتباربخشی ایران. مرکز نشر صدا. تهران؛ ۱۳۹۰: ۵-۱۷
13. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(3):172-83.
۱۴. حاجی زاده ا، اصغری جعفرآبادی م. روش ها و تحلیل های آماری در علوم بهداشتی. سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی. تهران: ۱۳۸۹: ۷۴-۱۲۶.
15. Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. 2003;3(1):26.
۱۶. غربی ف، تبریزی ج ص. طراحی مدل اعتباربخشی عملکردی بیمارستان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز. تبریز: ۱۳۹۰.