



Original article

Benefits and challenges of the same accreditation standards for all types of hospitals: a qualitative study

Ali Ghaffarian^{1*}, Azam Cheraghi², Masoud Ferdosi^{3*}



¹ Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Department of Hospital Supervision and Accreditation, Vice-Chancellery for Clinical Affairs, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Health Management and Economics Research Center AND Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Masoud Ferdosi
e-mail addresses:
ferdosi1348@yahoo.com

Received: 30/Mar/2024
Modified: 14/Jun/2024
Accepted: 20/Jun/2024
Published: 14/Dec/2024

Keywords:
Accreditation
Hospital bed capacity
Specialized hospital

10.61186/jha.27.1.55

ABSTRACT

Introduction: Hospital accreditation globally is conducted through two different approaches: employing specific standards for various types of hospitals, or applying the same standards across all hospital types, as seen in Iran and many other countries. This study explored the benefits and challenges of using the same standards for all types of hospitals from the perspective of accreditation experts.

Methods: This qualitative descriptive study was conducted with the participation of 30 employees of the target hospitals, national accreditation assessors, and experts from the Ministry of Health's monitoring and accreditation office. The interviews were semi-structured and conducted during individual sessions. The data was analyzed using content analysis using MaxQDA software.

Results: The benefits of the same standards were emerged in three themes ("competitive", "functional", and "financial"), and the challenges were also emerged in three themes ("challenges related to the nature of the hospital", "challenges related to the accreditation process", and "financial challenges"). "The motivation to compete with other hospitals" and "not paying enough attention to the specific conditions of each hospital" were the most frequent mentioned benefits and challenges, respectively. The "financial" theme was emerged as both benefits and challenges, albeit with different sub-themes.

Conclusion: To optimize accreditation as much as possible, in addition to the existing standards, accreditation organizations should move towards developing and adding specific standards according to the type of hospitals in order to reduce the challenges of accreditation in addition to maintaining the existing benefits.

What was already known on this topic

- Accreditation is one of the most important tools for assessing the quality of hospital services.
- In numerous countries, including Iran, the same standards are utilized for the accreditation of all types of hospitals.

What this study added to our knowledge

- Using the same accreditation standards for all types of hospitals, while having benefits, presents unique challenges to hospitals.
- To optimize accreditation, we should move towards developing specialized standards appropriate to the types of hospital.

Copyright: © 2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

Extended Abstract

Introduction

In all countries, hospitals are considered a social resource, a vital and necessary organization responsible for providing quality services at a minimum cost [1]. The types of hospitals are classified based on multiple criteria, such as: "number of beds", and "activity. According to the "number of beds," hospitals are classified as small, medium, large, vast, and hospital complex. In terms of activity, they are classified as "general," "specialized," "single specialized," and "field hospitals" [2]. Regardless of the size and activity, hospital services require a targeted system to plan, evaluate, and improve the quality of services provided [3]. Accreditation is one of the ways to evaluate and improve the quality of medical services [4-6]. In Iran, hospital accreditation started in 2012. The number and content of accreditation standards and measures have changed during different periods according to the feedback and experiences [7]. Globally, there are two different approaches to accreditation standards. Some accreditation organizations have specific standards based on the hospital types. Others use the same standards to accredit all types of hospitals [8,9]. This study benefits from comparing Iran's recent advances in hospital accreditation, particularly for psychiatric hospitals, with similar practices in countries facing similar challenges. By drawing clear parallels with international organizations that use specialized or the same accreditation standards, we can further our understanding of how local practices in Iran align with or diverge from global approaches. Using the same accreditation standards for large and small hospitals is one reason that small hospitals deviate from the right development path. This puts small hospitals in trouble, forcing them to incur additional costs to obtain the necessary privileges. These costs, even if necessary for a large hospital, are not reasonable for a small hospital. For example, the construction and purchase of hospital waste disposal equipment with the autoclave method in a small hospital cost almost the same as in a medium or large hospital, while all these costs cannot be easily justified for a small hospital. The same strategic error can be identified in other non-cost fields, such as hospital committees [10]. Similarly, this situation has challenges for specialized hospitals. These hospitals have special conditions; hence, their accurate and correct evaluation requires specific standards and measures. Work processes, medical equipment used, and personnel are different in specialized hospitals in comparison with general ones [8]. Reviewing literature shows that despite numerous studies regarding the benefits and challenges of hospital accreditation [9,11-14], studies have yet to be conducted on the benefits and

challenges related to the same accreditation standards. This research aims to examine the benefits and challenges of accreditation due to the same accreditation standards for all types of hospitals from the point of view of accreditation experts.

Methods

This qualitative, descriptive study was conducted in 2023. The research participants included chief executive and quality improvement managers of hospitals, national accreditation assessors, and experts from the Ministry of Health (MoH). The participants were selected through purposeful sampling with maximum diversity. The selection criteria included at least five years of work experience in hospital accreditation and passing accreditation training courses. The data collection method was a semi-structured interview. A total of 30 people, including eight hospital quality improvement managers, seven chief executive managers, 10 national assessors and five experts from MoH were interviewed. Interviews continued until data saturation. The duration of the interviews was between 30 and 45 minutes. The main interview questions were: 1- What are the benefits of using the same accreditation standards for all types of hospitals? 2- What are the challenges of using the same accreditation standards for all types of hospitals? The interviewees were marked with the letter "P" in this article. The six-step thematic analysis method (Brown and Clark) was applied to analyze the qualitative data [15]. The content of the interviews was reviewed several times to obtain a complete understanding of the various aspects of the data. Primary codes were identified and extracted from the interviews' text. Similar codes with a close meaning were placed in sub-themes and, finally, in the themes. The themes and sub-themes were reviewed several times and, if necessary, combined, modified and separated to create a logical thematic map of the relationships between the theme and sub-themes. Then, the theme and sub-themes were named and operationally defined. To do the aforementioned, MAXQDA software version 20 was used. To increase the credibility of the collected data, four criteria (validity, reliability, verifiability, and transferability) defined by "Guba and Lincoln" were applied [16]. In order to verify the validity of the research, the participants and expert professors reviewed the written interviews. The researchers carefully documented their data collection and analysis methods to ensure reliability and verifiability. They also shared selected excerpts from the interviews with an expert in qualitative research methodology, which was verified. In terms of transferability, an attempt was made to resolve

any ambiguity by providing comprehensive explanations and including all the details related to the research.

Results

Thirty people were included in the study (19 women, 11 men). In order to achieve the maximum variety

of samples, interviews were conducted with hospital accreditation experts at three levels: hospital, medical sciences university, and the Ministry of Health. The age range of the participants was 24 to 55 years, and the work experience was at least five years, and at most, it was 22 years (Table 1).

Table 1. Characteristics of the interviewees

Variable	Category	Number
Age	<30 years	4
	30-40 years	12
	41-50 years	12
	>50 years	2
Sex	Female	19
	Male	11
Job position	Accreditation national assessor	10
	Hospital executive manager	7
	Hospital quality manager	8
	Ministry expert	5
Field of Study	Healthcare management	10
	Health economics	3
	MD	12
	Nursing	3
	Other	2
Work experience	<10 years	5
	10-15 years	11
	15-20 years	8
	>20 years	6

Finally, the benefits of accreditation using the same standards for all types of hospitals were emerged in three themes and six sub-themes. The challenges were emerged in three themes and nine sub-themes

(Tables 2 and 3). The “motivation to compete with other hospitals” and “not paying enough attention to the specific conditions of each hospital” were the most frequent benefits and challenges, respectively.

Table 2. Benefits of the same accreditation standards

Theme	Sub-theme	Code
Competitive	Creating competition in order to improve services	Incentive to upgrade the degree of accreditation Look at reputable hospitals
	Increasing public trust in the health system	Reducing variation in service quality Equal and non-discriminatory view of the hospital from the Ministry of Health
Functional	The possibility of comparison between hospitals	Comparable standards Easy implementation of standards Determining the minimum requirements
	The possibility of benchmarking	Facilitating the transfer of knowledge and experience The same grading due to the same measures
Financial	Reducing the cost of training assessors	No need to specialized training The possibility of holding training classes with fewer professors and more audiences
	Easier monitoring and facilitating accreditation	The generality of emergency department in all types of hospitals Easy planning for accreditation

Table 3. Challenges of the same accreditation standards

Theme	Sub-theme	Code
Nature of the hospital	Care services	The differences in the health service provided
		The need for multiple services for burns patients
		Differences in hospital mission
	Personnel and medical equipment	The presence of specialized personnel
		Lack of manpower in small hospitals
		Differences in specialized equipment
	Patients	Specific clinical needs of hospitalized patients
		Special hoteling needs of hospitalized patients
	Noncompliance with the characteristics of the hospital	The non-compliance of some issues with the conditions of the hospital
		The possibility of challenges related to a service
Limiting the powers of managers		
Failure to pay attention to the details of service delivery		
Accreditation process	Assessors	Insufficient experience
		Improper training
		Insufficient awareness
	Measures	Improper weight
		Non-compliance with the services
	Fairness in evaluation	Differences in available resources
Financial	Imposing costs on the hospital	Buying unnecessary equipment
		Financial waste
		Increasing the workload of personnel due to the need to implement unnecessary measures
	Imposing cost to the Ministry of Health	Accreditation period
		Request for re-accreditation from the hospital

Discussion

The history of the debate on whether it is helpful to develop specific and separate accreditation standards for all types of hospitals, including small hospitals, is an international issue and is as old as accreditation itself [17]. During the last decade, Australia and India have been pioneers in publishing accreditation standards based on hospital size [10,11]. In Iran, special standards for psychiatric hospitals were recently compiled and added to the current general standards [9]. Based on our findings, the benefits and challenges of the same hospital accreditation standards were classified into six and nine sub-themes, respectively. The dominance of competition between hospitals was one of the benefits mentioned by the interviewees, which aligns with the findings by Aljunmeeyn et al. [11]. The competitive atmosphere governing the environment of healthcare service providers, especially hospitals, has increased the challenges and problems of providing these services [18]. The next advantage of using the same standards for all hospitals is “promoting public trust in the health system and hospitals”. These findings are consistent with the findings of Basarah et al. [19]. Hospitals need practical performance evaluation for growth and development to achieve their vision and goals efficiently [20]. One of the benefits of the same standards mentioned by the interviewees is the “possibility of comparing hospital performance with each other”. Comparison between different hospitals allows patients and their companions to apply their

right to choose their favorite hospital in a better and more effective way. These findings are consistent with the research findings of Ingraham et al. [21]. In addition, the same standards provide the opportunity of setting an example to better hospitals. Furthermore, the MoH, as the Iranian accreditation organizer, bears executive costs, including the training of assessors, to implement this process in more than a thousand hospitals across the country. Using the same standards, compared to specific standards, saves the cost of training assessors and subsequently reduces the evaluation cost. This finding is consistent with Mossadegh Rad et al. [22] and Paymard et al. [23] studies. Our results highlight factors such as lack of workforce, lack of infrastructure, and lack of medical equipment as accreditation challenges resulting from the uniformity of accreditation standards, which is similar to the study of Huang [24], Tabrizi et al. [25], and Yousefinezhad et al. [26]. They found that the organizational culture, infrastructure, and financial resources necessary for accreditation need to be made available. These findings can also indicate the economic conditions prevailing in the country and the severe lack of financial resources to provide infrastructure and human resources. One of the challenges mentioned by some interviewees is the “ignoring the unique characteristics of hospitals during the accreditation process”. According to

these people, a specialized hospital can also have some specific characteristics in terms of the type of services it provides and its specialized staff and equipment. In addition, the services provided in specialized hospitals, and the types of their patients are less diverse compared to a general one. The same thing is true about the nature of the hospital, which refers the hospital missions. Therefore, the accreditation process of all types of hospitals using the same standards can challenge specialized hospitals. Considering such differences, Iranian MoH has added specific accreditation standards for psychiatric hospitals (two axes and 17 standards) to the national accreditation guide [9]. Regarding assessor challenges, the interviewees pointed to factors such as their lack of experience, expertise, and sufficient knowledge, which is consistent with the studies of Mossadegh Rad et al. [22] and Hamidi et al. [27]. These studies confirm that assessors need more evaluation training for specific standards. One of the most important limitations of the study is the access to participants and their willingness to participate in the research. In conclusion, the adoption of the same accreditation standards can streamline processes and reduce costs, but its risks affect negatively patient care outcomes, particularly in specialized hospitals like psychiatric facilities. This one-size-fits-all approach may overlook the unique needs of different patient populations, potentially diminishing care quality and hindering innovations. Policymakers prefer uniform standards for easier hospital comparisons; however, the distinct characteristics of hospitals should be considered to develop accreditation criteria. With a global trend towards specialized standards, a phased approach is recommended, starting with assessments of hospital resources and infrastructure. Collaborating with local stakeholders to identify specific needs and developing tailored training programs for specialized facilities can improve care quality. Clear guidelines and support systems will ensure practical and sustainable standards that enhance hospital services across Iran.

Declarations

Ethical consideration: This study received ethical approval from research ethics committee at Isfahan University of Medical Sciences (IR.MUI.NUREMA.REC.1401.082). Other ethical considerations that were taken into account included clearly explaining the research objectives to the interviewees and obtaining their informed consent, ensuring the interviewees' freedom to participate, respecting their right to withdraw, obtaining permission to record the interview, treating the interviewees' personal information confidentially, and refraining from allowing the researchers' personal opinions to interfere during the stages of data collection, analysis, and reporting.

Funding: This study was financially supported by Isfahan University of Medical Sciences. The funder had no roles in data collection, analysis and reporting.

Conflicts of Interests: None.

Authors' contribution: A. Gh: Study design, Data analysis, Writing— original draft; A. Ch: Data collection, Writing— original draft; M.F: Study design, Data analysis, Writing— original draft.

Consent for publication: Not applicable.

Data availability: The article data can be requested from correspond author's email.

AI declaration: Editing in English part of the article was done using GPT-4o mini. All authors confirmed the final version.

Acknowledgement: This article is a part of the Ph.D. thesis entitled "Development of modules of accreditation standards according to different types of hospitals in Iran" approved by Isfahan University of Medical Sciences in 2022 and with research code 3401374.

References

- Baumbach L, Frese M, Härter M, König HH, Hajek A. Patients satisfied with care report better quality of life and self-rated health—Cross-sectional findings based on hospital quality data. *Healthcare (Basel)*. 2023; 6:11(5):775. doi:10.3390/healthcare11050775
- Gutacker N, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Choice of hospital: Which type of quality matters? *J Health Econ*. 2016; 50:230-46. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016/08/001
- Van Wilder A, Bruyneel L, De Ridder D, Seys D, Brouwers J, Claessens F, et al. Is a hospital quality policy based on a triad of accreditation, public reporting and inspection evidence-based? A narrative review. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(2):085. doi: 10.1093/intqhc/mzab085
- Conceição A, Picoito C, Major M. Implementing a hospital accreditation programme in a context of NPM reforms: Pressures and conflicting logics. *PMM*. 2024;44(3):244-51. doi:10.1080/09540962.2022.2133202
- Schroeder MC, Gao X, Lizarraga I, Kahl AR, Charlton ME. The impact of commission on cancer accreditation status, hospital rurality and hospital size on quality measure performance rates. *Ann Surg Oncol*. 2022;29(4):2527-36. doi:10.1245/s10434-021-11304-3
- Simpson KR. Why isn't nurse staffing evaluated as part of hospital accreditation and quality designations? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2023;48(1):55. doi: 10.1097/NMC.0000000000000871
- Ministry of Health. A comprehensive guide to national accreditation standards for Iran hospitals. Fifth edition. Tehran: Accreditation office; 2023. [In Persian]
- Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital

- accreditation: The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15:1-10.1. doi: 10.1186/s12913.015.0933.x
9. Raiesi A, Sharbafchizade N, Mohammadi F. Challenges of the third generation of hospital accreditation program from the perspective of accreditation officials in Isfahan city, Iran. *HIM.* 2021;18(2):53-9. doi:10.22122/him. v18i2.4276 [In Persian]
 10. Ferdosi M. Commentary. The development path of local hospitals: Gold plate does not fill belly. *HIM.* 2021;13. doi: 10.22122/him. v18i1.4305 [In Persian]
 11. Algunmeeyn A, Alrawashdeh M, Alhabashneh H. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. *J Nurs Manag.* 2020;28(6):1233-40. doi: 10.1111/onm.13066
 12. Ammar W, Wakim R, Hajj I. Accreditation of hospitals in Lebanon: A challenging experience. *East Mediterr Health J.* 13 (1), 138-149, 2007. https://applications.emro.who.int/emhj/1301/13_1_2007_138_149.pdf
 13. Oliveira JLCd, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. *Escola Anna Nery.* 2016; 20:63-9. doi: 10.5935/1414-8145.20160009.
 14. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: An exploratory factor analysis. *J Egypt Public Health Assoc.* 2020; 95:1-10. doi: 10.1186/42506.019.0033.6 [In Persian]
 15. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health.* 2019;11(4):589-97. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
 16. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Miguelangelmartinez.* 1994;2(163-194):105. <https://ethnographyworkshop.files.wordpress.com/2014/11/guba-lincoln>
 17. Duckett SJ. Evolution of hospital accreditation in New South Wales [PhD thesis]. [NSW]: U.S.A: University of New South Wales; 1981. <https://doi.org/10.26190/unsworks/8462>
 18. Shepard M. Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange. *AER.* 2022;112(2):578-615. doi: 10.1257/aer.20201453
 19. Basarah JC, Andry A, Tahjoo A. Perceived accreditation benefits, participation and organizational commitment in hospital accreditation performance. *Int J Public Heal Sci.* 2022;11(2):527-36. doi: 10.11591/ijphs. v11i2.20980
 20. Rosenbaum KEF, Lasater KB, McHugh MD, Lake ET. Hospital performance on hospital consumer assessment of healthcare providers and system ratings: associations with nursing factors. *Med Care.* 2024;62(5):288-95. doi: 10.1097/MLR.0000000000001966
 21. Ingraham AM, Cohen ME, Bilimoria KY, Feinglass JM, Richards KE, Hall BL, et al. Comparison of hospital performance in nonemergency versus emergency colorectal operations at 142 hospitals. *J Am Coll Surg.* 2010;210(2):155-65. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.10.016
 22. Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Developing a hospital accreditation model: a Delphi study. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21:1-16. doi: 10.1186/s12913-021-06904-4 [In Persian]
 23. Paymard SP, Najafi L, Roshdi E. Designing a Model to Evaluating the Performance of National Accreditation of Hospitals. *Int J Med Invest.* 2020;9(4):41. <https://intjmi.com/> [In Persian]
 24. Huang P. An overview of hospital accreditation in Taiwan, Republic of China. *Int J Health Plann Manage.* 1995;10(3):183-91. doi: 10.1002/hpm.4740100304
 25. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Benefits and disbenefits of health care accreditation models. *Health Promot Perspect.* 2011;1(1):1. doi: 10.5681/hpp.2011.001
 26. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Mohammad A, Ramezani M, Sari AA. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iran J Public Health.* 2017;46(10):1347. <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/11244>. [In Persian]
 27. Hamidi Y, Zare O, Chaleh K. Explaining the challenges of implementing third generation accreditation measures from the perspectives of Kermanshah hospitals managers]: A qualitative study. *JHPM.* 2020;9(2):1-10. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=1096&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1. [In Persian]



مقاله اصیل

مزایا و چالش‌های استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها: یک مطالعه کیفی

علی غفاریان^{۱*}، اعظم چراغی^۲، مسعود فردوسی^{۳*}

^۱گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲اداره اعتباربخشی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

اطلاعات مقاله چکیده

مقدمه: اعتباربخشی بیمارستان‌ها در سطح جهان با دو رویکرد متفاوت انجام می‌شود: استفاده از استانداردهای اختصاصی برای انواع بیمارستان‌ها و در مقابل استفاده از استانداردهای یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها (مانند آن چه که در ایران و بسیاری دیگر از کشورها در جریان است). این پژوهش با هدف بررسی مزایا و چالش‌های استفاده از استانداردهای یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها از دیدگاه کارشناسان اعتباربخشی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی توصیفی با مشارکت ۳۰ نفر از کارکنان بیمارستان‌های هدف، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان اداره نظارت و اعتباربخشی وزارت بهداشت انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته و طی جلسات فردی انجام شد. داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا و نرم افزار Max-QDA تحلیل شد.

یافته‌ها: مزایای استانداردهای یکسان در قالب سه مضمون «رقابتی»، «کارکردی» و «مالی» و چالش‌ها در قالب سه مضمون «ماهیت بیمارستان»، «فرآیند اعتباربخشی» و «مالی» طبقه‌بندی شدند. انگیزه رقابت با سایر بیمارستان‌ها و عدم توجه کافی به شرایط تک تخصصی هر بیمارستان به ترتیب در حوزه مزایا و چالش‌ها بیشترین فراوانی را در قالب زیرمضمون‌ها داشتند. مضمون "مالی" در مزایا و چالش‌ها مشترک بود (با زیرمضمون‌های متفاوت). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان‌ها، برای بهینه‌سازی هر چه بیشتر اعتباربخشی، علاوه بر استانداردهای موجود، می‌تواند به سمت توسعه و افزودن استانداردهای اختصاصی با توجه به نوع بیمارستان‌ها حرکت کند تا علاوه بر حفظ مزایای موجود، چالش‌های اعتباربخشی کاهش پیدا کند.

نویسنده مسئول:

مسعود فردوسی

رایانامه:

ferdosi1348@yahoo.com

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۱۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵

پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۰۳/۳۱

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴

واژه‌های کلیدی:

اعتباربخشی

بیمارستان تک تخصصی

بیمارستان کمتر از ۱۰۰

تختخواب

آنچه می‌دانیم:

- اعتباربخشی یکی از مهمترین ابزارهای ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی است.
- در بسیاری از کشورها از جمله ایران، از استانداردهای یکسان برای اعتباربخشی انواع بیمارستان‌ها استفاده می‌شود.

آنچه این مطالعه اضافه کرده است:

- استفاده از استانداردهای یکسان اعتباربخشی برای همه انواع بیمارستان‌ها، در عین داشتن مزایا، چالش‌های منحصر فردی پیش روی بیمارستان‌ها قرار می‌دهد.
- در راستای بهینه‌سازی اعتباربخشی، باید به سمت توسعه استانداردهای تخصصی متناسب با نوع بیمارستان‌ها حرکت کرد.

مقدمه

در همه کشورها، بیمارستان‌ها به‌عنوان یک منبع اجتماعی، سازمانی و ضروری تلقی می‌شوند که مسئول ارائه خدمات با کیفیت با حداقل هزینه هستند [۱]. در تقسیم بندی انواع بیمارستان‌ها از معیارهای متعددی مانند تعداد تخت و نوع فعالیت استفاده می‌شود. بر اساس «تعداد تخت»، انواع بیمارستان‌ها عبارتند از: کوچک، متوسط، بزرگ، وسیع و مجتمع بیمارستانی. بیمارستان‌ها بر اساس نوع فعالیت، به چهار دسته «عمومی»، «تخصصی»، «تک تخصصی» و «صحرایی» تقسیم می‌شوند [۲]. صرف نظر از اندازه و فعالیت، نوع مشتریان و ماهیت خدمات بیمارستانی نیازمند سیستم هدفمند برای برنامه‌ریزی، بهبود و ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده است [۳]. اعتباربخشی یکی از راه‌های ارتقای کیفیت خدمات پزشکی است [۴-۶]. اعتباربخشی فرآیند ارزیابی بیمارستان‌ها توسط سازمان خارجی است که عملکرد سازمان را با استانداردهای تعیین شده مقایسه می‌کند و در مورد اعتبار یا عدم اعتبار سازمان تصمیم‌گیری می‌کند [۷]. بسیاری از کشورها سیستم اعتباربخشی ملی خود را برای بهبود خدمات درمانی راه‌اندازی کرده‌اند. به‌عنوان نمونه، در ایالات متحده آمریکا، بیمارستان‌ها برای پذیرش در برنامه مدیکر نیاز به اجرای برنامه اعتباربخشی دارند [۸]. در ایران، اعتباربخشی بیمارستان‌ها از سال ۱۳۹۱ آغاز شد. تعداد و محتوای استانداردها و موضوعات اعتباربخشی طی دوره‌های مختلف با توجه به بازخوردها و تجربیات به‌دست آمده تغییر کرده است. آخرین ویرایش راهنمای جامع استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران (نسخه مورد استناد در دور پنجم اعتباربخشی ملی) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۱ ابلاغ شد [۹]. در سطح جهانی، دو رویکرد متفاوت در رابطه با اعتباربخشی وجود دارد. برخی از سازمان‌های اعتباربخشی بر اساس نوع بیمارستان، استانداردهای اختصاصی دارند. برخی دیگر از استانداردهای یکسان برای اعتباربخشی انواع بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. «کمیسیون ایمنی و کیفیت مراقبت‌های سلامت استرالیا» [۱۰] و «بورد اعتباربخشی ملی برای بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت» در هند [۱۱]، از جمله سازمان‌های اعتباربخشی هستند که در طول دهه گذشته استانداردهایی اختصاصی را برای بیمارستان‌های کوچک تعریف کرده‌اند. هر دو سازمان مذکور، بیمارستان‌های ۵۰ تختخوابی و کمتر را به‌عنوان بیمارستان‌های کوچک تعریف کرده‌اند. در ایران اخیراً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهایی اختصاصی را برای بیمارستان‌های روانپزشکی به‌عنوان یکی از انواع بیمارستان‌های تک تخصصی ابلاغ کرده است [۹]. از سوی دیگر، «کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی»، «شورای کانادایی اعتباربخشی خدمات سلامت»، «برنامه اعتباربخشی و تعیین»، «مرجع عمومی اعتباربخشی و مقررات مراقبت‌های بهداشتی» و بسیاری از سازمان‌های اعتباربخشی دیگر در سراسر جهان از استانداردهای یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. بر اساس برخی پژوهش‌ها، استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها منجر به ایجاد چالش‌هایی برای بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی شده است [۱۲، ۱۳]. این امر بیمارستان‌های کوچک را به دردرس می‌اندازد و آنها را مجبور به متحمل شدن هزینه‌های اضافی می‌کند که حتی اگر برای یک بیمارستان بزرگ لازم باشد، برای یک

بیمارستان کوچک مناسب نیست. تجهیزات مورد نیاز برای بی‌خطر سازی زباله‌ها با روش اتوکلاو در یک بیمارستان کوچک تقریباً به اندازه یک بیمارستان متوسط یا بزرگ است، در حالی که همه این هزینه‌ها را نمی‌توان به‌راحتی برای یک بیمارستان کوچک توجیه کرد. همین خطای استراتژیک را می‌توان در زمینه‌های غیر هزینه‌ای دیگر مانند کمیته‌های بیمارستانی مشاهده کرد [۱۴]. به همین ترتیب، این وضعیت برای بیمارستان‌های تک تخصصی چالش‌هایی دارد. به‌عنوان نمونه، برخی از استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های تک تخصصی استفاده نمی‌شود. از طرفی برخی از استانداردهای تک تخصصی این نوع بیمارستان‌ها در استانداردهای عمومی اعتباربخشی بیمارستان ایران وجود ندارند. بیمارستان‌های تک تخصصی دارای شرایط تک تخصصی‌ای هستند که ارزیابی دقیق و صحیح آنها نیازمند استانداردها و مسائل تک تخصصی است. فرآیندهای کاری، تجهیزات پزشکی مورد استفاده و پرسنل در بیمارستان‌های تک تخصصی در مقایسه با بیمارستان‌های عمومی متفاوت است [۱۲]. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که به‌رغم انجام مطالعات متعدد در مورد مزایا و چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان [۱۳، ۱۵-۱۸]، پژوهش‌های زیادی در مورد مزایا و چالش‌های مربوط به یکسان بودن استانداردهای اعتباربخشی انجام نشده است. در مطالعه «رئیس و همکاران» [۱۳] از جمله چالش‌های مهم نسل سوم اعتباربخشی، به عدم بومی‌سازی استانداردها اشاره شده است و در ادامه آمده است عدم توجه به مالکیت و تنوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها موجب می‌شود که برخی از سنج‌ها قابلیت اجرا نداشته باشند. همچنین «لگنمین و همکاران» [۱۵]، مزایای اعتباربخشی را برای بیمارستان‌ها در چهار دسته طبقه بندی کردند: بهبود کیفیت، رضایت بیمار، ایمنی بیمار، هزینه اثربخشی و ارتقا اعتبار بیمارستان. با توجه به این‌که بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی شرایط و نیازهای متفاوتی دارند، استفاده از استانداردهای همسان ممکن است منجر به مشکلاتی در تطابق و تأمین کیفیت خدمات در آنها شود. این مسأله به‌ویژه در مطالعات موجود کمتر مورد توجه قرار گرفته و ابعاد مختلف چالش‌ها، هزینه‌ها و اثرات کیفی آن به‌طور دقیق بررسی نشده است و بنابراین، ضرورت پژوهش در این زمینه احساس می‌شود. جنبه‌های نوآوری این پژوهش شامل پیشنهاد یک رویکرد جامع برای اعتباربخشی است که بتواند نیازهای خاص هر نوع بیمارستان را در نظر بگیرد. نتایج این تحقیق می‌تواند به سیاست‌گذاران و مدیران بیمارستان‌ها در طراحی سیستم اعتباربخشی کارآمدتر و منطبق با واقعیت‌های موجود یاری رساند.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کیفی توصیفی بود که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران بیمارستان‌ها و مدیران بهبود کیفیت، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل حداقل پنج سال سابقه کار در حیطه اعتباربخشی بیمارستان و گذراندن دوره‌های آموزشی اعتباربخشی بود. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. در مجموع ۳۰ نفر شامل هشت مدیر بهبود

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. محدوده سنی شرکت کنندگان ۲۴ تا ۵۵ سال و سابقه کار حداقل پنج سال و حداکثر ۲۲ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه شونده‌گان

متغیر	گروه	تعداد
سن	سال >۳۰	۴
	سال ۳۰-۳۹	۱۲
	سال ۴۰-۴۹	۱۲
جنس	زن	۱۹
	مرد	۱۱
پست شغلی	مدیر بهبود کیفیت	۸
	مدیر بیمارستان	۷
	ارزیاب کشوری	۱۰
	کارشناس وزارت بهداشت	۵
رشته تحصیلی	اقتصاد سلامت	۳
	پرستاری	۱۲
	پزشکی	۲
	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۰
	سایر	۳
تجربه کاری	سال >۱۰	۵
	سال ۱۰-۱۴	۱۱
	سال ۱۵-۱۹	۸
	سال <۲۰	۶

در نهایت، مزایای استفاده از استانداردهای یکسان برای انواع بیمارستان‌ها در قالب سه مضمون و نه زیرمضمون و چالش‌ها در قالب سه مضمون و شش زیرمضمون شناسایی شدند (جدول ۲ و ۳). انگیزه رقابت با سایر بیمارستان‌ها و عدم توجه کافی به شرایط خاص هر بیمارستان به ترتیب در حوزه مزایا و چالش‌ها بیشترین فراوانی را داشت. مضمون "مالی" در مزایا و چالش‌ها مشترک بود (با زیرمضمون‌های متفاوت).

مزایای استانداردهای اعتباربخشی یکسان:

۱- رقابتی: این مزایا در قالب دو زیرمضمون طبقه‌بندی شدند:

۱-۱- ایجاد انگیزه در راستای بهبود کیفیت خدمات: به گفته برخی از مصاحبه‌شوندگان، استفاده از استانداردهای یکسان، باعث می‌شود بیمارستان‌هایی که درجه اعتباربخشی پایینتری دارند، برای دستیابی به درجه بالاتر تلاش کنند که به نوبه خود ارتقا کیفیت خدمات را به دنبال خواهد داشت: «به نظر من استانداردهای یکسان فایده زیادی دارد. وقتی یک بیمارستان کوچک را با بیمارستان‌های بزرگ مقایسه کنیم، انگیزه ایجاد می‌کند که به سمت بهبود حرکت کنیم» (P13). «مدیران رده بالای بیمارستان با نگاه به بیمارستان‌هایی که توانسته‌اند

کیفیت بیمارستان، هفت مدیر داخلی، ۱۰ ارزیاب کشوری و پنج کارشناس ستادی دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت مصاحبه شدند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع داده در مطالعات کیفی زمانی اتفاق می‌افتد که بر اساس بررسی حداقل دو پژوهشگر خبره، کدهای جدیدی در طول جمع‌آوری و تحلیل بیشتر داده‌ها به دست نیاید [۱۹]. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. سوالات اصلی مصاحبه عبارت بودند از: ۱- مزایای استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای انواع بیمارستان‌ها چیست؟ ۲- چالش‌های استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای انواع بیمارستان‌ها چیست؟ مصاحبه‌شوندگان در این مقاله با حرف «P» مشخص شدند. برای تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای «براون و کلارک» استفاده شد. مراحل این روش شامل شناخت داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجوی مضامین، بررسی محتوا، تعریف محتوا و تهیه گزارش است [۲۰]. محتوای مصاحبه‌ها چندین بار مورد بررسی قرار گرفت تا درک کاملی از جنبه‌های مختلف داده‌ها به دست آید. کدهای اولیه شناسایی و از متن مصاحبه استخراج شد. کدهای مشابه با معنای نزدیک در زیرمضمون‌ها و در نهایت در مضمون‌ها قرار گرفتند. زیرمضمون‌ها و مضمون‌ها، چندین بار بررسی شد و در صورت لزوم با هم ترکیب، اصلاح و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها تعریف شود. سپس مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها نامگذاری و به صورت عملیاتی تعریف شدند. برای انجام موارد فوق از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰ استفاده شد. در نهایت، مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها با توجه به سوالات پژوهش و استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل‌قول‌های مربوط به مصاحبه‌شوندگان گزارش شدند. برای افزایش اعتبار داده‌های جمع‌آوری‌شده، با توجه به موضوعات پیشنهادی «گوبا و لینکلن»، از چهار مبحث روایی، پایایی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد [۲۱]. به منظور تأیید اعتبار پژوهش، شرکت‌کنندگان و اساتید خبره مصاحبه‌های مکتوب را بررسی کردند. پژوهشگران به دقت روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌های خود را برای اطمینان از قابلیت اطمینان و تأیید، مستند کردند. همچنین، گزینه‌های منتخبی از مصاحبه‌ها را با یک متخصص در روش‌شناسی پژوهش کیفی به اشتراک گذاشتند که تأیید شد. از نظر قابلیت انتقال، سعی شد با ارائه توضیحات جامع و درج کلیه جزئیات مربوط به پژوهش، هرگونه ابهام برطرف شود. به منظور افزایش کیفیت پژوهش، اقدامات متعددی از جمله صرف وقت کافی برای مصاحبه، تفصیل روش مصاحبه، کدگذاری مصاحبه به صورت جداگانه توسط دو پژوهشگر، مقایسه مداوم اطلاعات به دست آمده و تبادل نظر با همتایان انجام شد.

یافته‌ها

سی نفر به صورت هدفمند وارد مطالعه شدند (۱۹ زن، ۱۱ مرد). به منظور دستیابی به حداکثر تنوع نمونه، مصاحبه با کارشناسان اعتباربخشی در سه سطح، شامل بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات با کیفیت در نتیجه عملکرد است، بدون توجه به اندازه و نوع بیمارستان‌ها قابل مقایسه با بیمارستان‌های دیگر است: «استفاده از استانداردهای یکسان می‌تواند به ارزیابی و مقایسه عملکرد بین بیمارستان‌ها و شناسایی نقاط قوت و ضعف آنها کمک کند» (P20). «استانداردهای اعتباربخشی حداقل‌های مورد نیاز برای سطح عملکرد هر بیمارستان را مشخص می‌کند، بنابراین باید برای همه بیمارستان‌ها یکسان باشد تا بتوان آنها را از منظر کلی مقایسه کرد» (P1).

۲-۲- فراهم شدن امکان الگوبرداری: این دیدگاه که استانداردهای یکسان، امکان مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها با یکدیگر و الگوبرداری از بیمارستان‌های معتبر را میسر می‌سازد، از طرف برخی از مصاحبه‌شوندگان مورد تاکید قرار گرفت: «برای اینکه وزن یکسانی به آنها داده شود، باید همان استانداردها باشد. به عبارت دیگر، خروجی اعتباربخشی بیمارستان در قالب یک امتیاز مشخص، امکان مقایسه آن با سایر بیمارستان‌ها را بر اساس امتیاز کسب شده آن بیمارستان فراهم می‌کند.» (P9). «وقتی استانداردهای بیمارستان‌های بزرگ و کوچک یکسان است، بنابراین یک بیمارستان کوچک می‌تواند از تجربه اجرای استانداردها در بیمارستان بزرگ‌تر استفاده کند و از آن الگوبرداری کند» (P21).

رتبه اعتباربخشی بالاتری را کسب کنند، می‌توانند چشم‌انداز دستیابی به درجه آن بیمارستان‌ها را برای کارکنان خود ترسیم کنند» (P17).

۱-۲- افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت: مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند وقتی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان‌ها استانداردهای یکسانی را برای همه بیمارستان‌ها اعمال می‌کند، این احساس به جامعه القا می‌شود که به همه بیمارستان‌ها به یک نگاه می‌نگرد. این امر باعث افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌شود: «به نظر من وقتی همه بیمارستان‌ها با استانداردهای یکسان اعتباربخشی و سپس درجه‌بندی می‌شوند، از دیدگاه عموم، هیچ تبعیضی بین بیمارستان‌ها در بررسی عملکرد وجود ندارد» (P29). «با ارائه خدمات با کیفیت است، استانداردهای یکسان باعث می‌شود کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های مختلف تفاوت معناداری نداشته باشد» (P2).

۲- ساختاری: مزایای مربوط به عملکرد بیمارستان در قالب دو زیرمضمون طبقه‌بندی شد:

۱-۲- فراهم شدن امکان مقایسه بین بیمارستان‌ها: برخی از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که وقتی استانداردهای اعتباربخشی برای همه انواع بیمارستان‌ها یکسان باشد، خروجی بیمارستان که ارائه

جدول ۲: مزایای استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها

مضمون	زیرمضمون	کد
رقابتی	ایجاد انگیزه در راستای بهبود کیفیت خدمات	انگیزه پیدا کردن برای ارتقاء درجه اعتباربخشی بیمارستان نگاه به بیمارستان‌های با درجه بالاتر
		افزایش روحیه رقابتی بین بیمارستان‌ها تدوین برنامه‌های تشویقی برای بهبود کیفیت خدمات
	افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت	کاهش ناهمگونی در کیفیت خدمات نگاه برابر و فارغ از تبعیض به همه بیمارستان‌ها ارائه گزارش‌های شفاف از عملکرد بیمارستان‌ها به جامعه
ساختاری	فراهم شدن امکان مقایسه بین بیمارستان‌ها	استانداردهای قابل مقایسه تسهیل پیاده‌سازی اعتباربخشی در بیمارستان تعیین حداقل‌های مورد نیاز ارائه خدمت فارغ از اندازه و نوع بیمارستان تسهیل انتقال دانش و تجربه بین بیمارستان‌ها اعطای درجه به بیمارستان فارغ از اندازه و نوع آن شناسایی بهترین شیوه‌های عملی مدیریت در بیمارستان‌ها برگزاری همایش‌های سالانه برای تبادل تجربیات
مالی	کاهش هزینه تربیت ارزیاب کاهش هزینه فرایند اعتباربخشی	عدم نیاز به برگزاری دوره‌های آموزشی مجزا و اختصاصی برای ارزیابان امکان برگزاری کلاس‌های آموزشی با اساتید کمتر و مخاطبان بیشتر عمومی بودن ااورانس‌ها در تمام بیمارستان‌ها(عمومی و تک تخصصی) تسهیل برنامه‌ریزی برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها از جانب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کاهش نیاز به تدارک امکانات و تجهیزات خاص در بیمارستان‌های کوچک

برگزاری دوره‌های آموزشی برای آموزش ارزیابان اعتباربخشی یکی از وظایفی است که وزارت بهداشت بر عهده دارد: «استفاده از استانداردهای مشابه می‌تواند به کاهش هزینه‌های مربوط به برنامه‌های آموزشی، اجرای استانداردها و نظارت بر آنها کمک کند» (P22). «به دلیل یکسان بودن استانداردها، وزارت بهداشت نیازی به تعریف

۳- مالی: مصاحبه‌شوندگان به مزایای مالی برای وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان اشاره کردند. این مزایا به دو زیرمضمون طبقه‌بندی شد

۱-۳- کاهش هزینه تربیت ارزیاب: در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده دارد.

بیمارستان‌ها و شناسایی نقاط قوت و ضعف آنها کمک کند» (P20). «استانداردهای اعتباربخشی حداقل‌های مورد نیاز برای سطح عملکرد هر بیمارستان را مشخص می‌کند، بنابراین باید برای همه بیمارستان‌ها یکسان باشد تا بتوان آنها را از منظر کلی مقایسه کرد» (P1).

۲-۲- فراهم شدن امکان الگوبرداری: این دیدگاه که استانداردهای یکسان، امکان مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها با یکدیگر و الگوبرداری از بیمارستان‌های معتبر را میسر می‌سازد، از طرف برخی از مصاحبه‌شوندگان مورد تأکید قرار گرفت: «برای اینکه وزن یکسانی به آنها داده شود، باید همان استانداردها باشد. به عبارت دیگر، خروجی اعتباربخشی بیمارستان در قالب یک امتیاز مشخص، امکان مقایسه آن با سایر بیمارستان‌ها را بر اساس امتیاز کسب شده آن بیمارستان فراهم می‌کند.» (P9). «وقتی استانداردهای بیمارستان‌های بزرگ و کوچک یکسان است، بنابراین یک بیمارستان کوچک می‌تواند از تجربه اجرای استانداردها در بیمارستان بزرگ‌تر استفاده کند و از آن الگوبرداری کند» (P21).

۳- مالی: مصاحبه‌شوندگان به مزایای مالی برای وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان اشاره کردند. این مزایا به دو زیرمجموعه طبقه‌بندی شد

۱-۳- کاهش هزینه تربیت ارزیاب: در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده دارد. برگزاری دوره‌های آموزشی برای آموزش ارزیابان اعتباربخشی یکی از وظایفی است که وزارت بهداشت بر عهده دارد: «استفاده از استانداردهای مشابه می‌تواند به کاهش هزینه‌های مربوط به برنامه‌های آموزشی، اجرای استانداردها و نظارت بر آنها کمک کند» (P22). «به دلیل یکسان بودن استانداردها، وزارت بهداشت نیازی به تعریف کلاس‌های جداگانه و محتوای متفاوت برای هر دسته از ارزیابان مربوط به یک نوع بیمارستان ندارد» (P4).

۲-۳- کاهش هزینه فرایند اعتباربخشی: کاهش هزینه‌ها و تسهیل فرایند اعتبارسنجی توسط ارزیابان وزارت بهداشت از جمله مزایایی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند: «ورژانس یک بیمارستان تک تخصصی علاوه بر تحت پوشش قرار دادن بیماران با مشکلات خاص باید این قابلیت را داشته باشد که به بقیه بیماران در سرویس‌های دیگر نیز خدمت ارائه کند. استانداردهای کنونی، امکان ارائه خدمات به کلیه بیماران در خدمات مختلف پزشکی را فراهم می‌کند و فرایند ارزیابی را تسهیل می‌کند» (P3). «با توجه به اینکه در ایران تنها وزارت بهداشت متولی اعتباربخشی است، استانداردهای یکسان برنامه‌ریزی برای اعتباربخشی بیش از هزار بیمارستان فعال کشور را آسان می‌کند» (P11).

چالش‌های استانداردهای اعتباربخشی یکسان

۱- چالش‌های مربوط به ماهیت بیمارستان: مجموعه‌ای از ویژگی‌های یک بیمارستان شامل نوع خدمات درمانی ارائه شده، کارکنان شاغل در آن، تجهیزات پزشکی مورد استفاده و بیماران بستری در سرویس‌های مختلف و در نهایت الزامات مربوط به این شرایط، در قالب

کلاس‌های جداگانه و محتوای متفاوت برای هر دسته از ارزیابان مربوط به یک نوع بیمارستان ندارد» (P4).

۲-۳- کاهش هزینه فرایند اعتباربخشی: کاهش هزینه‌ها و تسهیل فرایند اعتبارسنجی توسط ارزیابان وزارت بهداشت از جمله مزایایی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند: «ورژانس یک بیمارستان تک تخصصی علاوه بر تحت پوشش قرار دادن بیماران با مشکلات خاص باید این قابلیت را داشته باشد که به بقیه بیماران در سرویس‌های دیگر نیز خدمت ارائه کند. استانداردهای کنونی، امکان ارائه خدمات به کلیه بیماران در خدمات مختلف پزشکی را فراهم می‌کند و فرایند ارزیابی را تسهیل می‌کند» (P3). «با توجه به اینکه در ایران تنها وزارت بهداشت متولی اعتباربخشی است، استانداردهای یکسان برنامه‌ریزی برای اعتباربخشی بیش از هزار بیمارستان فعال کشور را آسان می‌کند» (P11).

مزایای استانداردهای اعتباربخشی یکسان:

۱- رقابتی: این مزایا در قالب دو زیرمجموعه طبقه‌بندی شدند:

۱-۱- ایجاد انگیزه در راستای بهبود کیفیت خدمات: به گفته برخی از مصاحبه‌شوندگان، استفاده از استانداردهای یکسان، باعث می‌شود بیمارستان‌هایی که درجه اعتباربخشی پایینتری دارند، برای دستیابی به درجه بالاتر تلاش کنند که به نوبه خود ارتقا کیفیت خدمات را به دنبال خواهد داشت: «به نظر من استانداردهای یکسان فایده زیادی دارد. وقتی یک بیمارستان کوچک را با بیمارستان‌های بزرگ مقایسه کنیم، انگیزه ایجاد می‌کند که به سمت بهبود حرکت کنیم» (P13). «مدیران رده بالای بیمارستان با نگاه به بیمارستان‌هایی که توانسته‌اند رتبه اعتباربخشی بالاتری را کسب کنند، می‌توانند چشم‌انداز دستیابی به درجه آن بیمارستان‌ها را برای کارکنان خود ترسیم کنند» (P17).

۱-۲- افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت: مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند وقتی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان‌ها استانداردهای یکسانی را برای همه بیمارستان‌ها اعمال می‌کند، این احساس به جامعه القا می‌شود که به همه بیمارستان‌ها به یک نگاه می‌نگرد. این امر باعث افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌شود: «به نظر من وقتی همه بیمارستان‌ها با استانداردهای یکسان اعتباربخشی و سپس درجه‌بندی می‌شوند، از دیدگاه عموم، هیچ تبعیضی بین بیمارستان‌ها در بررسی عملکرد وجود ندارد» (P29). «با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی اجرای استانداردهای اعتباربخشی ارائه خدمات با کیفیت است، استانداردهای یکسان باعث می‌شود کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های مختلف تفاوت معناداری نداشته باشد» (P2).

۲- ساختاری: مزایای مربوط به عملکرد بیمارستان در قالب دو زیرمجموعه طبقه‌بندی شد:

۱-۲- فراهم شدن امکان مقایسه بین بیمارستان‌ها: برخی از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که وقتی استانداردهای اعتباربخشی برای همه انواع بیمارستان‌ها یکسان باشد، خروجی بیمارستان که ارائه خدمات با کیفیت در نتیجه عملکرد است، بدون توجه به اندازه و نوع بیمارستان‌ها قابل مقایسه با بیمارستان‌های دیگر است: «استفاده از استانداردهای یکسان می‌تواند به ارزیابی و مقایسه عملکرد بین

۱-۱- سرویس‌های درمانی: به گفته مصاحبه‌شوندگان، تفاوت در نوع خدمات ارائه شده بین بیمارستان‌های تک تخصصی و عمومی، اعتباربخشی با استانداردهای یکسان را پیچیده و چالش‌هایی را ایجاد چون در مواردی باعث می‌شود که نتوانند به بهترین روش برای دستیابی به استانداردهای یکسان عمل کنند» (P8).

۲- چالش‌های مربوط به فرآیند اعتباربخشی: برخی از مصاحبه‌شوندگان به چالش‌های مربوط به فرآیند اعتباربخشی از جمله تخصص ناکافی ارزیابان، مواردی که باید با ماهیت بیمارستان هماهنگی بیشتری داشته باشند و عدم رعایت عدالت در اعتباربخشی اشاره کردند.

۲-۱- ارزیابان: نگاه یکسان ارزیابان به همه بیمارستان‌ها که ناشی از استانداردهای یکسان است، بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی را با چالش‌هایی مواجه می‌کند: «به دلیل استانداردهای یکسان، محتوای کلاس‌های آموزشی برای ارزیابان صرف‌نظر از نوع بیمارستانی که آنها در آینده ارزیابی خواهند کرد، یکسان است» (P3). «ارزیابی که برای اعتباربخشی یک بیمارستان تخصصی وارد بیمارستان می‌شود باید تجربه کار در همان نوع بیمارستان را داشته باشد تا متوجه تفاوت‌های اساسی بین فرآیندهای ارائه خدمات در یک بیمارستان تخصصی نسبت به یک بیمارستان عمومی باشد» (P9).

۲-۲- سنجه‌ها: مصاحبه‌شوندگان بر لزوم توجه بیشتر به نوع بیمارستان و شرایط آن در وزن‌دهی به سنجه‌های اعتباربخشی و عدم تطابق برخی از آنها با خدمات ارائه شده در بیمارستان تاکید کردند: «مقایسه بیمارستان‌ها با سنجه‌های مشابه مشکل است؛ به این دلیل که مثلاً یک بیمارستان کوچک با سه عمل جراحی در روز بدون کنسلی، قابل مقایسه با بیمارستان بزرگی نیست که علیرغم انجام ۴۰ عمل در روز، فقط دو یا سه عمل کنسلی دارد» (P1). «در بیمارستان ما CPR چشم به‌عنوان یک بیمارستان چشم پزشکی ضروری است اما این موضوع در استانداردهای فعلی دیده نشده است» (P28).

۲-۳- عدالت در اعتباربخشی: این احساس که با وجود استانداردهای یکسان، اعتباربخشی بیمارستان‌ها با عدالت همراه نخواهد بود، به گفته برخی از مصاحبه‌شوندگان، به‌ویژه افراد شاغل در بیمارستان‌های کوچک، مشهود بود: «بیمارستان کوچک از نظر امکانات موجود، نیروی انسانی و غیره متفاوت است و نسبت به بیمارستان‌های بزرگ مشکلات زیادی دارد. وقتی اعتباربخشی بیمارستان بدون در نظر گرفتن این موضوع انجام شود، نمره بیمارستان پایین می‌آید» (P20). «ز آنجایی که استانداردهای یکسان بر شرایط خاص هر بیمارستان منطبق نیستند، دستیابی به درجه اعتباربخشی مطلوب دشوارتر می‌شود» (P12).

۳- چالش‌های مالی: از نظر برخی از مصاحبه‌شوندگان، استانداردهای موجود به شکل فعلی، برای وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستان‌ها مزایایی دارد، از نظر برخی دیگر این موضوع هزینه‌هایی را هم به بیمارستان‌ها و هم به وزارت بهداشت تحمیل می‌کند. این هزینه‌ها در قالب دو زیرمجموع طبقه‌بندی شدند

۳-۱- تحمیل هزینه به بیمارستان: گاهی استانداردهای یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها یک بیمارستان کوچک یا تک تخصصی را مجبور می‌کند هزینه‌ای را متحمل شود در حالی که نیازی به آن نیست ولیکن

چهار زیرمجموعه، به‌عنوان چالش‌های مرتبط با ماهیت بیمارستان طبقه‌بندی شدند.

می‌کند: «در مورد بیمار سوختگی، ما به‌عنوان یک بیمارستان تخصصی زنان نمی‌توانیم به‌طور صد در صد خدمات مورد نیاز را ارائه دهیم؛ بلکه فقط امکان آماده‌سازی و اعزام بیمار مهیاست» (P10). «بر اساس استانداردهای جهانی، بیمارستان سوختگی باید در کنار یک بیمارستان عمومی باشد، زیرا بیماران سوختگی معمولاً مالتیپل تروما هستند و نیاز به خدمات متعددی دارند. در حال حاضر با توجه به اینکه استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های تخصصی مشابه بیمارستان‌های عمومی است، این موضوع در تدوین استانداردها دیده نشده است» (P6).

۲-۱- کارکنان و تجهیزات: کمبود کارکنان در بیمارستان‌های کوچک و تفاوت تجهیزات پزشکی تخصصی مورد استفاده در بیمارستان‌های تک تخصصی نسبت به بیمارستان‌های عمومی، به‌عنوان چالشی از سوی برخی از مصاحبه‌شوندگان ذکر شد: «معمولاً در بیمارستان‌های کوچک نسبت به بیمارستان‌های بزرگ، کمبود نیروی کار محسوس است. به‌عنوان نمونه، در اکثر این بیمارستان‌ها، یک نفر همزمان مسئول اجرای کنترل عفونت، بهداشت حرفه‌ای و بهبود کیفیت است، زیرا مجبورند استانداردهای مشابه بیمارستان‌های بزرگتر را با نیروی کار کمتر پیاده‌سازی کنند» (P11). «نوع تجهیزات مورد استفاده در یک بیمارستان تخصصی مانند چشم پزشکی و کارکنان شاغل در آن، تفاوت‌های زیادی با تجهیزات مورد استفاده در بیمارستان‌های عمومی دارد؛ اما این تفاوت در تدوین استانداردهای اعتباربخشی در نظر گرفته نشده است» (P11).

۳-۱- بیمار: بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تک تخصصی با توجه به سرویسی که در آن بستری می‌شوند، علاوه بر نیازهای روتین، نیازهای ویژه‌ای هم از بعد درمانی و هم از بعد غیر درمانی دارند. یکنواختی استانداردها باعث می‌شود که توجه به این نیازها نادیده گرفته شود: «پره‌آپ بیماران چشمی قبل از عمل جراحی در بیمارستان ما (چشم‌پزشکی) توسط متخصص قلب و داخلی انجام می‌شود، در حالی که طبق استانداردهای اعتباربخشی باید توسط متخصص بیهوشی انجام شود» (P22). «ما به‌عنوان بیمارستان سوختگی یک سری چالش‌های مرتبط با همراهان بیمار داریم. چون بیماران سوختگی ایزوله هستند، همراه ندارند، در استانداردهای فعلی راه‌حلی برای این موضوع طرح نشده است. به نظر من ملاقات مجازی در بستر وب، گزینه مناسبی برای بیماران سوختگی است» (P19).

۴-۱- عدم تطابق با خصوصیات بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی: از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، محدود بودن در چارچوب استانداردهایی که برای انواع بیمارستان‌ها به‌صورت یکسان تدوین شده‌اند، بدون توجه به شرایط خاص هر بیمارستان، بیمارستان‌های تک تخصصی را با چالش‌هایی مواجه می‌کند: «بر اساس اعتباربخشی فعلی، هیچ فرم استاندارد برای تریاژ بیماران چشمی وجود ندارد و از طرفی مدیریت بیمارستان نیز صلاحیت تدوین فرم مناسب را ندارد» (P10). «استفاده از استانداردهای یکسان اختیارات مدیران بیمارستان را محدود می‌کند،

گردند، هم زمان لازم برای اعتباربخشی تمام بیمارستان‌های کشور (بیش از ۱۰۰۰ بیمارستان) و هم احتمال اعتراض بیمارستان‌ها به نتیجه اعتباربخشی کاهش می‌یابد: «وقتی استانداردهای هر اختصاصی تعریف گردند، مطمئناً زمان کمتری برای انجام فرآیند ارزیابی بیمارستان صرف می‌شود، زیرا علاوه بر کاهش تعداد استانداردها، بررسی انطباق سنج‌ها با عملکرد بیمارستان آسان‌تر خواهد بود» (P16). «ن تجربه من به‌عنوان ارزیاب اعتباربخشی نشان می‌دهد که اکثر موارد اعتراض به درجه بیمارستان پس از اعتباربخشی، معمولاً از جانب بیمارستان‌های کوچک است. به نظر من دلیل این امر این است که با وجود مشکلات مالی و پرسنلی این نوع بیمارستان‌ها، آنها با همان استانداردهایی ارزیابی می‌شوند که یک بیمارستان بزرگ با مثلاً چند صد تخت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد» (P7).

به دلیل الزامات اعتباربخشی مجبور به انجام آن است: «به‌عنوان یک بیمارستان چشم پزشکی، به خدمات تصویربرداری بسیار محدودی نیاز داریم ولی باید بر اساس استانداردهای اعتباربخشی با مسئول فنی قرارداد ببندیم. یا مثلاً وجود یک واحد بانک خون به‌عنوان یک واحد مجزا در بیمارستان چشم پزشکی به نظر می‌مورد است (P28).» زمان و انرژی صرف شده توسط کارکنان برای اجرای استانداردهایی که در صورت اختصاصی شدن اعتباربخشی حذف می‌شوند، هزینه‌ای را بر بیمارستان تحمیل می‌کند» (P12).

۲-۳- تحمیل هزینه به وزارت بهداشت: بر خلاف مزایای مالی استفاده از استانداردهای یکسان برای انواع بیمارستان‌ها، هزینه‌های تحمیل شده به وزارت بهداشت به دلیل این استانداردها غیرمستقیم است. به‌عبارت دیگر، اگر استانداردها بر اساس نوع بیمارستان‌ها اختصاصی

جدول ۳: چالش‌های استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان‌ها

مضمون	زیرمضمون	کد
چالش‌های مرتبط با ماهیت بیمارستان	سرویس درمانی	تفاوت در الزامات مربوط به سرویس‌های درمانی مختلف
		نیاز بیماران سوختگی به خدمات متعدد
چالش‌های مرتبط با فرایند اعتباربخشی	کارکنان و تجهیزات پزشکی	تفاوت در مأموریت (رسالت) بیمارستان
		حضور پرسنل متخصص و آموزش دیده در بیمارستان‌های تک تخصصی
	بیماران	کمبود نیروی انسانی در بیمارستان‌های کوچک
		تفاوت در تجهیزات پزشکی مورد استفاده در بیمارستان‌های تک تخصصی نسبت به بیمارستان‌های عمومی
عدم تطابق با خصوصیات بیمارستان	نیازهای خاص درمانی بیماران بستری در بیمارستان‌های تک تخصصی	نیازهای خاص هتلینگ بیماران بستری در بیمارستان‌های تک تخصصی
		عدم انطباق برخی سنج‌ها با شرایط بیمارستان (همراهی بیماران سوختگی، اتاق سیگار برای بیماران سوختگی و غیره)
		تجدید اختیارات تیم مدیریت و رهبری
چالش‌های مرتبط با فرایند اعتباربخشی	ارزیابان	عدم توجه کافی به جزئیات مورد نیاز ارائه یک خدمت
		تجربه کم برخی ارزیابان در زمینه اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی
چالش‌های مالی	تحمیل هزینه به بیمارستان‌ها	آموزش ناکافی
		وزن‌دهی نامناسب به سنج‌ها به دلیل عدم توجه کافی به اهمیت هر کدام از آن‌ها در بیمارستان‌های مختلف
		عدم انطباق با سرویس‌های درمانی خاص ارائه شده در بیمارستان‌های تک تخصصی
چالش‌های مالی	تحمیل هزینه به بیمارستان‌ها	تفاوت در منابع مالی و انسانی در دسترس بین بیمارستان‌های کوچک و بزرگ
		تفاوت در امکان کسب درجه‌های بالاتر اعتباربخشی
		خرید تجهیزات غیرضروری
چالش‌های مالی	تحمیل هزینه به وزارت بهداشت	هدر رفت پولی به دلیل الزامات غیر ضروری اعتباربخشی
		افزایش بار کاری کارکنان به دلیل پیاده‌سازی سنج‌هایی که در عین عدم نیاز، الزام اعتباربخشی هستند
چالش‌های مالی	تحمیل هزینه به وزارت بهداشت	طولانی شدن زمان مورد نیاز برای ارزیابی بیمارستان‌ها
		درخواست تجدید اعتباربخشی به دلیل کسب نمره پایین

بحث

پژوهش حاضر، مزایا و چالش‌های استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی یکسان به ترتیب در شش و نه زیرمضمون طبقه‌بندی شدند. در ادامه به ترتیب ذکر شده در قسمت یافته‌ها، مضامین مذکور بررسی شده است. یکی از مزایای استانداردهای یکسان، انگیزه رقابت بین بیمارستان‌ها است که با یافته‌های الگامین و همکاران همسو است [۱۵]. فضای رقابتی حاکم بر محیط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی به‌ویژه بیمارستان‌ها، چالش‌ها و مشکلات ارائه این نوع خدمات را افزایش داده است [۲۳]. بوی [۲۴] معتقد است که رقابت

تاریخچه بحث در مورد اینکه آیا توسعه استانداردهای اعتباربخشی اختصاصی و جداگانه برای همه انواع بیمارستان‌ها از جمله بیمارستان‌های کوچک مفید است یا خیر، یک موضوع بین‌المللی و به قدمت خود اعتباربخشی است [۲۳]. همانطور که گفته شد، در طول دهه گذشته، استرالیا و هند در انتشار استانداردهای اعتباربخشی بر اساس اندازه بیمارستان پیشگام بوده‌اند [۱۰، ۱۱]. اخیراً در ایران استانداردهای اختصاصی بیمارستان‌های روانپزشکی، تدوین و به استانداردهای عمومی فعلی اضافه شده است [۹]. بر اساس یافته‌های

تخصصی و عمومی، اعتباربخشی انواع بیمارستان‌ها با استانداردهای یکسان می‌تواند چالش‌هایی را برای بیمارستان‌های تک تخصصی به همراه داشته باشد. توجه به این تفاوت‌ها بود که باعث شد وزارت بهداشت، استانداردهای اختصاصی بیمارستان‌های روانپزشکی را به‌عنوان یکی از انواع بیمارستان‌های تک تخصصی در قالب دو زیرمجموعه و ۱۷ استاندارد به راهنمای جامع اعتباربخشی بیمارستان‌ها اضافه کند [۹]. در زمینه چالش‌های مربوط به ارزیابان، مصاحبه‌شوندگان به عواملی مانند عدم تجربه، تخصص و دانش کافی اشاره کردند که با مطالعات مصدق راد و همکاران [۳۲] و حمیدی و همکاران [۳۷] همخوانی دارد. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که ارزیابان نیاز به آموزش بیشتری در زمینه ارزشیابی دارند. تحمیل هزینه‌های بیشتر مرتبط با اعتباربخشی در دو سطح بیمارستان و وزارت بهداشت (به‌عنوان متولی این امر) از جمله چالش‌های مطرح شده توسط مصاحبه‌شوندگان بودند. نیاز به اجرای استانداردهای غیر مرتبط با یک بیمارستان کوچک یا تک تخصصی در سطح بیمارستان، فشارهای مختلفی را بر کارکنان از طریق افزایش بار اداری و روانی تحمیل می‌کند. زمانی که استانداردها بر اساس ویژگی‌های ماهوی بیمارستان تدوین گردند، علاوه بر صرفه‌جویی در زمان و انرژی مورد نیاز برای اجرای آنها، از هزینه‌های غیرضروری تجهیزات و کارکنان نیز جلوگیری می‌شود. گاهی اوقات همین استانداردها دلیلی برای اعتراض مدیران بیمارستان به درجه اعطا شده توسط وزارت بهداشت می‌شود و در صورت کسب نمره پایین در اعتباربخشی، درخواست ارزیابی مجدد می‌کنند. چون اعتباربخشی بیمارستان شامل هزینه‌های مختلفی برای وزارت بهداشت است، انجام مجدد آن در صورت اعتراض بیمارستان‌ها به درجه خود، هزینه‌های اضافی را به همراه خواهد داشت. از مهمترین محدودیت‌های پژوهش، دسترسی به مشارکت‌کنندگان و تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود که می‌واند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. در نهایت، از آنجایی که استفاده از استانداردهای یکسان، مقایسه بیمارستان‌ها با یکدیگر را ساده می‌کند، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در حوزه مراقبت‌های سلامت ترجیح می‌دهند استانداردهای یکسانی وجود داشته باشند. به‌طور کلی، حداقل الزامات برای هر بیمارستان به‌عنوان سازمان ارائه‌دهنده خدمات درمانی، صرف نظر از اندازه و نوع فعالیت آن، یکسان است. به‌عنوان نمونه، محورهای ایمنی بیمار و کنترل عفونت در هر سازمانی با عنوان بیمارستان اجباری است و ضروری تلقی می‌شود. با این حال، نگاه عمیق‌تر نشان می‌دهد که بیمارستان سازمانی است که با توجه به نوع خدمات ارائه شده به بیماران، موقعیت جغرافیایی، جمعیت تحت پوشش و غیره متنوع است. هر کدام از این تقسیم‌بندی‌ها، متضمن ویژگی‌ها و شرایط به خصوصی است که می‌تواند در تدوین استانداردهای اختصاصی برای آن‌ها مد نظر قرار گیرد. با توجه به چالش‌های ذکر شده، وزارت بهداشت باید به سمت توسعه و افزودن استانداردهای تک تخصصی برای بیمارستان‌ها با توجه به نوع خدمات ارائه‌شده و اندازه آنها حرکت کند. این رویکرد می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات و انطباق بیشتر با نیازهای واقعی بیمارستان‌ها کمک کند. با در نظر گرفتن مزایا و چالش‌های معتبر بودن، سیاست‌گذاران باید تلاش کنند سیستم اعتباربخشی را طوری بهبود

بین بیمارستان‌ها باعث افزایش کارایی و کاهش هزینه‌ها می‌شود. مزیت بعدی، ارتقای اعتماد عمومی به نظام سلامت و بیمارستان‌ها با استفاده از استانداردهای یکسان برای همه بیمارستان‌ها است. این یافته‌ها با یافته‌های باسارا و همکاران همخوانی دارد [۲۵]. اعتماد عمومی به این معناست که عموم مردم از مسئولان و کارمندان سازمان‌های دولتی انتظار دارند که با اقدامات خود در تعامل با مردم به انتظارات آنها پاسخ مثبت دهند [۲۶، ۲۷]. بیمارستان‌ها برای رشد و توسعه نیاز به ارزیابی عملی عملکرد خود دارند؛ آنها با مدیریت عملکرد موثر می‌توانند چشم‌انداز سازمان را محقق کرده و به اهداف خود به نحو احسن برسند [۲۸]. یکی از مزایایی که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند، امکان مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها با یکدیگر بود. مقایسه بین بیمارستان‌های مختلف به بیماران و همراهان آنها این امکان را می‌دهد تا از حق انتخاب بیمارستان مورد علاقه خود به نحو بهتر و موثرتری استفاده کنند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش اینگراهام و همکاران همخوانی دارد [۲۹]. استانداردهای یکسان، علاوه بر فراهم کردن امکان مقایسه عملکرد بیمارستان‌ها با یکدیگر، امکان الگوسازی یا الگوبرداری از بیمارستان‌های بهتر را نیز فراهم می‌کند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی، الگوبرداری را اینگونه تعریف می‌کند: «یک فرآیند منظم و مبتنی بر داده برای بهبود مستمر که شامل مقایسه داخلی و خارجی عملکرد برای شناسایی، دستیابی و حفظ بهترین عملکرد است» [۳۰]. ون لنت و همکاران [۳۱] نشان دادند که «الگوبرداری» عملکرد بیمارستان‌ها را بهبود می‌بخشد. وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اعتباربخشی در ایران، برای اجرای این فرآیند در بیش از ۱۰۰۰ بیمارستان در سراسر کشور، هزینه‌های اجرایی از جمله آموزش ارزیابان را متحمل می‌شود. استفاده از استانداردهای مشابه در مقایسه با استانداردهای اختصاصی، باعث صرفه‌جویی در هزینه آموزش ارزیابان و متعاقباً کاهش هزینه ارزیابی می‌شود. این یافته با پژوهش مصدق راد و همکاران [۳۲] و پایمرد و همکاران [۳۳] همخوانی دارد. نتایج پژوهش حاضر به عواملی مانند کمبود نیروی کار، کمبود منابع مالی و کمبود تجهیزات پزشکی به‌عنوان چالش‌های اعتباربخشی ناشی از یکسان بودن استانداردهای اعتباربخشی اشاره می‌کند که مشابه یافته‌های مطالعه هانگ و همکاران [۳۴]، تبریزی و همکاران [۳۵] و یوسفی نژاد و همکاران [۳۶] است. آنها به این نتیجه رسیدند که فرهنگ سازمانی، زیرساخت‌ها و منابع مالی لازم برای اعتباربخشی باید در دسترس باشد. این یافته‌ها همچنین می‌تواند بیانگر شرایط اقتصادی حاکم بر کشور و کمبود شدید منابع مالی برای تامین زیرساخت‌ها و منابع انسانی هم باشد. یکی از چالش‌هایی که برخی از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند، تاکید بر نادیده گرفتن ویژگی‌های خاص بیمارستان‌ها بر اساس اندازه و نوع فعالیت بود. به گفته این افراد، یک بیمارستان تک تخصصی، از نظر نوع خدمات ارائه شده، کارکنان و تجهیزات پزشکی، می‌تواند شرایط مختص به خود داشته باشد. همچنین، خدمات ارائه شده در یک بیمارستان تک تخصصی و نوع مراجعه‌کنندگان به آن نسبت به بیمارستان عمومی از تنوع کمتری برخوردار است. همین موضوع در مورد ماهیت بیمارستان نیز صادق است که به ماموریت (رسالت) آن اشاره دارد. در نتیجه این تفاوت‌های اساسی بین بیمارستان‌های تک

خدمات، می‌توان انگیزه رقابتی بین آنها را تقویت کرد، که به نفع بیماران و بهبود کلی سیستم بهداشتی و درمانی خواهد بود. در تحلیل

دهند که هم به رقابت بین بیمارستان‌ها کمک کند و هم به واقعیت‌های موجود خدمات‌رسانی براساس تخصص بیمارستان‌ها توجه کند. همچنین با ایجاد مشوق‌هایی برای بیمارستان‌ها جهت افزایش کیفیت نهایی می‌توان گفت با توجه به روند جهانی حرکت به سمت تخصصی شدن استانداردها بر اساس نوع بیمارستان که طی دهه اخیر آغاز شده است، ادامه این مسیر و روند می‌تواند به سازمان‌های اعتباربخشی و بیمارستان‌ها در ارتقای کیفیت خدمات کمک کند.

اعلان‌ها

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1401.082 اخذ شده از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. سایر ملاحظات اخلاقی که مد نظر قرار گرفتند، شامل تبیین شفاف اهداف پژوهش برای مصاحبه‌شوندگان و کسب رضایت آگاهانه از آنان، آزادی مصاحبه‌شوندگان برای شرکت در مصاحبه، حق انصراف مصاحبه‌شوندگان، کسب مجوز برای ضبط صوت، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و عدم تداخل با نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها است.

حمایت مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. حامی مالی هیچگونه نقشی در گردآوری داده، تحلیل داده و نگارش مقاله نداشته است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان: علی غفاریان: مفهوم سازی، طراحی اولیه و ابزار، تحلیل داده‌ها و نگارش پیشنهاد؛ اعظم چراغی: طراحی اولیه و نگارش مقاله؛ مسعود فردوسی: مفهوم سازی، طراحی اولیه و ابزار، تحلیل داده‌ها و نگارش پیشنهاد.

دسترسی به داده‌ها: داده‌ها و کدهای استفاده شده در این مطالعه از طریق ایمیل نویسنده مسئول در دسترس است.

استفاده از هوش مصنوعی: جهت ویرایش بخش انگلیسی این مقاله از GPT-4o استفاده شده است. محتوای ویرایش شده با این نرم‌افزار توسط نویسندگان بررسی و تایید شده است.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان «توسعه محورهای استانداردهای اعتباربخشی برای انواع بیمارستان‌های ایران»، در مقطع دکترای تخصصی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۱ با کد علمی ۳۴۰۱۳۷۴ است.

منابع

- Van Wilder A, Bruyneel L, De Ridder D, Seys D, Brouwers J, Claessens F, et al. Is a hospital quality policy based on a triad of accreditation, public reporting and inspection evidence-based? A narrative review. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(2):085. doi: 10.1093/intqhc/mzab085
- Conceição A, Picoito C, Major M. Implementing a hospital accreditation programme in a context of NPM reforms: Pressures and conflicting logics. *PMM*. 2024;44(3):244-51. doi:10.1080/09540962.2022.2133202
- Schroeder MC, Gao X, Lizarraga I, Kahl AR, Charlton ME. The impact of commission on cancer accreditation status, hospital rurality and hospital size on quality measure performance rates. *Ann Surg Oncol*. 2022;29(4):2527-36. doi:10.1245/s10434-021-11304-3
- Simpson KR. Why isn't nurse staffing evaluated as part of hospital accreditation and quality designations? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2023;48(1):55. doi: 10.1097/NMC.0000000000000871
- Araujo CA, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(8):531-44. doi: 10.1093/intqhc/mzaa090
- Jha AK. Accreditation, quality, and making hospital care better. *Jama*. 2018;320(23):2410-1. doi:10.1001/jama.2018.18810
- Ministry of Health. A comprehensive guide to national accreditation standards for Iran hospitals. Fifth edition. Tehran: Accreditation office; 2023. [In Persian]
- Australian commission on safety and quality in health care. Guide for Multi-Purpose Services and Small Hospitals. Third edition. Sydney: NSQHS; 2021. Report No.: GPO5480.
- National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Providers. Accreditation Standards for Small Healthcare Organizations. Third edition. India:2022.
- Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:1-10.1. doi: 10.1186/s12913.015.0933.x
- Raiesi A, Sharbafchizade N, Mohammadi F. Challenges of the third generation of hospital accreditation program from the perspective of accreditation officials in Isfahan city, Iran. *HIM*. 2021;18(2):53-9. doi:10.22122/him.v18i2.4276.[In Persian]
- Ferdosi M. Commentary. The development path of local hospitals: Gold plate does not fill belly. *HIM*.
- Baumbach L, Frese M, Härter M, König HH, Hajek A. Patients satisfied with care report better quality of life and self-rated health—Cross-sectional findings based on hospital quality data. *Healthcare (Basel)*. 2023; 6:11(5):775. doi:10.3390/healthcare11050775
- Gutacker N, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Choice of hospital: Which type of quality matters? *J Health Econ*. 2016; 50:230-46. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016/08/001

27. Tucci V, Saary J, Doyle TE. Factors influencing trust in medical artificial intelligence for healthcare professionals: A narrative review. *JMAI*. 2022;5. doi: 10.21037/jmai.21.25
28. Rosenbaum KEF, Lasater KB, McHugh MD, Lake ET. Hospital performance on hospital consumer assessment of healthcare providers and system ratings: associations with nursing factors. *Med Care*. 2024;62(5):288-95. doi: 10.1097/MLR.0000000000001966
29. Ingraham AM, Cohen ME, Bilimoria KY, Feinglass JM, Richards KE, Hall BL, et al. Comparison of hospital performance in nonemergency versus emergency colorectal operations at 142 hospitals. *J Am Coll Surg*. 2010;210(2):155-65. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2009.10.016
30. Joint Commission Resources I. Benchmarking in health care: Joint Commission Resources; 2012.
31. Van Lent WA, De Beer RD, Van Harten WH. International benchmarking of specialty hospitals. A series of case studies on comprehensive cancer centers. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:1-11. doi: 10.1186/1472.6963.10.253.
32. Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Developing a hospital accreditation model: A Delphi study. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21:1-16. doi: 10.1186/12913.021.06904.4 [In Persian]
33. Paymard SP, Najafi L, Roshdi E. Designing a model to evaluating the performance of national accreditation of hospitals. *Int J Med Invest*. 2020;9(4):41. doi: 20.1001.1.23222913.2020.9.4.5.8. [In Persian]
34. Huang P. An overview of hospital accreditation in Taiwan, Republic of China. *Int J Health Plann Manage*. 1995;10(3):183-91. doi: 10.1002/hpm.4740100304
35. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Benefits and disbenefits of health care accreditation models. *Health Promot Perspect*. 2011;1(1):1. doi: 10.5681/hpp.2011.001
36. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Mohammad A, Ramezani M, Sari AA. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iran J Public Health*. 2017;46(10):1347. <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/11244>. [In Persian]
37. Hamidi Y, Zare O, Chaleh K. Explaining the challenges of implementing third generation accreditation measures from the perspectives of Kermanshah hospitals managers: A qualitative study. *JHPM*. 2020;9(2):1-10. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=1096&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1. [In Persian]
- 2021;13. doi: 10.22122/him. v18i1.4305.[In Persian]
15. Algunmeeyn A, Alrawashdeh M, Alhabashneh H. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. *J Nurs Manag*. 2020;28(6):1233-40. doi: 10.1111/jonm.13066
16. Ammar W, Wakim R, Hajj I. Accreditation of hospitals in Lebanon: A challenging experience. *East Mediterr Health J*. 13 (1), 138-149, 2007. https://applications.emro.who.int/emhj/1301/13_1_2007_138_149.pdf
17. Oliveira JLCd, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. *Escola Anna Nery*. 2016; 20:63-9. doi: 10.5935/1414-8145.20160009
18. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: An exploratory factor analysis. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020; 95:1-10. doi: 10.1186/42506.019.0033.6.[In Persian]
19. Tonon G. Qualitative studies in quality of life: Methodology and practice: Springer; 2015.
20. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2019;11(4):589-97. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
21. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Miguelangelmartinez*. 1994;2(163-194):105. <https://ethnographyworkshop.files.wordpress.com/2014/11/guba-lincoln>
22. Duckett SJ. Evolution of hospital accreditation in New South Wales [PhD thesis]. [NSW]: U.S.A: University of New South Wales; 1981. <https://doi.org/10.26190/unsworks/8462>
23. Shepard M. Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange. *AER*. 2022;112(2):578-615. doi: 10.1257/aer.20201453
24. Boyer R. The logic of action, organizations and institutions. *Political Economy of Capitalisms*: Springer. 2022; 8(6): 111-37.
25. Basarah JC, Andry A, Tahjoo A. Perceived accreditation benefits, participation and organizational commitment in hospital accreditation performance. *Int J Public Heal Sci*. 2022;11(2):527-36. doi: 10.11591/ijphs. v11i2. 20980
26. Lewandowski R, Goncharuk AG, Cirella GT. Restoring patient trust in healthcare: medical information impact case study in Poland. *BMC Health Serv Res*. 2021; 24;21(1):865. doi: 10.1186/s12913.021.06879.2.