

# فرایند اعتباربخشی در مؤسسات سلامت\*

## (بررسی تطبیقی کشورهای منتخب)

دکتر ابراهیم صدقیانی

تعیین اعتبار فرایندی است در گستره رویکردهای مختلف و استاندارد کردن کیفیت مراقبتهای بهداشتی در سازمانهای سلامت (اسکریونز، ۱۹۹۶)<sup>۱</sup>.  
واژه تعیین اعتبار در این نوشتار به شرح چگونگی اقدام نهادی ثالث به منظور اندازه گیری و ارزیابی نظامهای سلامت و ساختارهای سازمانی مربوط به آن با استفاده از استانداردهای مکتوب می‌پردازد. وجهه همت اعتباربخشی موردنظر اندازه گیری توانمندی فرایندهای سازمان در فراهم کردن عملکرد با کیفیت متعالی است. از سالهای ۱۹۸۰ واژه تعیین اعتبار (اعتباربخشی) که در مورد سازمانهای مراقبتهای بهداشتی به کار گرفته شد، در مورد تشریح چگونگی فعالیتهای سازمانهای بهداشتی، بویژه بیمارستانها که داوطلبانه برای این ارزیابی آماده می‌شدند به کار رفت. هدف عبارت بود از مقایسه فرایندهای سازمانی و روشهای اجرایی آن، که عبارت بود از مقایسه فرایندهای سازمانی و روشهای اجرایی آن با عملیات مطلوب و قابل قبول. در این زمینه

\* مقاله حاضر بخشی از تحقیق انجام شده در چارچوب پروژه ملی ویژه توسعه کشور با عنوان: «بررسی تطبیقی اعتباربخشی در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران، ۱۳۸۵ - ۱۳۸۲» و کد ۸۰۱۱۸ است که با مشارکت سازمان بیمه خدمت درمانی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، سازمان پژوهش‌های علمی و صنعتی انجام شده و داوری آن بر عهده سازمان بیمه خدمات درمانی بوده است.

1. Scrivens

غالباً روشهای اجرایی در مورد ایمنی و با هدف فراهم کردن محیطی مناسب برای حصول اثربخشی و به حد اعلا رساندن نتایج بالینی شکل گرفته بود (اسکریونز، ۱۹۹۵).  
به طور سنتی، نهادهای تعیین اعتبار، خودگردان بودند و در بسیاری موارد، سازمانی که تحت فرایندهای تعیین اعتبار قرار می‌گرفتند، به تغییر تعرفه و معیارها در زمینه‌های مورد نیاز ناگزیر می‌شدند. نتیجه نهایی فرایند تعیین اعتبار، صدور رأی یا اعطای پاداشی در مورد تعیین درجه یا امتیازی بود که میزان نیل به استانداردها را در سازمان مشخص می‌کرد. درجه‌بندی طی سالهایی که سازمان دوباره مورد بررسی قرار می‌گرفت، معتبر بود. هر اندازه که طول زمان بررسی مجدد طولانی‌تر می‌بود، درجه تحقق و نیل به استانداردها نیز بهتر و کاملتر ارزیابی شده بود (اسکریونز، ۱۹۹۵).

نظام تعیین اعتبار را یک شورا یا هیئتی مستقل تحت کنترل درمی‌آورند که اعضای آن از میان نمایندگان نهادهای حرفه‌ای در بخش سلامت تعیین می‌شوند. هیئت یا شورای مذکور، مسئولیت استانداردها و اعطای امتیاز یا درجه نهایی را عهده‌دار بود (هیزوشاو، ۱۹۹۵).  
نوشتر حاضر به توضیح مآخذ و توسعه تعیین اعتبار از زمان آغاز در ایالات متحد آمریکا در نیمه اول قرن بیستم، تا زمان اقتباس و بازنگری آن در کانادا و استرالیا در سالهای ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ می‌پردازد. به علاوه به ویژگی‌های نظامهای تعیین اعتبار و نوع رشد و چگونگی پذیرش آن در برخی کشورها در سال ۱۹۹۰ اشاره می‌کند. استقرار برنامه‌های تعیین اعتبار در اروپا و رابطه بین تعیین اعتبار و ساماندهی نیز مورد توجه این مقاله است.

۱. ریشه‌های توسعه و تعیین اعتبار در ایالات متحد آمریکا، کانادا و استرالیا  
تعیین اعتبار ابتدا به عنوان تمهیداتی برای حرفه‌های پزشکی از نظر نیاز به استاندارد کردن فرایندها و تولیدات مراقبت بهداشتی آغاز شد (رابرتس و دیگران، ۱۹۸۷).  
در سال ۱۹۱۳ کالج جراحان آمریکا به منظور بهبود وضع استاندارد کردن خدمات بیمارستانی بنیاد نهاده شد. یکی از مهمترین نیازمندی‌های عضویت در کالج جراحان آمریکا عبارت بود از تشکیل و تنظیم مدارک در پرونده مربوط به احراز صلاحیت در جراحی. الزام مذکور به منظور پر کردن خلأ مربوط به نگهداری مدارک پزشکی در بسیاری از بیمارستانها مطرح شد.

به عنوان یک نتیجه مستقیم، کالج جراحان نسبت به استقرار برنامه استاندارد بیمارستانی در سال ۱۹۱۷ مبادرت کرد. این وضع به تنظیم تعدادی از اصول و معیارهایی انجامید که مبنای تعیین اعتبار را تشکیل داد. به طوری که استانداردهای مدون در پنج مورد در آغاز تهیه شد. استانداردهای مذکور عبارت بودند از معیارهای مربوط به سازمان و صلاحیت و قابلیت‌های کارکنان پزشکی که اکنون به عنوان معیارهای «ممیزی بالینی» مورد توجه قرار گرفته است. حفظ و نگهداری بایگانی مناسب، وجود تکنولوژی تشخیصی مطلوب و انطباق با استانداردها نیز به وسیله کارشناسان ممیزی ارزیابی شد. ایشان از بیمارستان بازدید می‌کردند و اقدامات و عملیات بیمارستانی را مورد بررسی قرار می‌دادند (رابرت و همکاران، ۱۹۸۷).

تا سال ۱۹۴۹، بیش از نیمی از بیمارستانهای ایالات متحد به صورت داوطلبانه در برنامه تعیین اعتبار شرکت کرده بودند. راهنمای تعیین اعتبار استانداردها در حدود ۱۱۸ صفحه بود و روش ارزیابی به شیوه امتیازات عددی با عنوان سیستم تعیین اعتبار، مدون شد که منعکس‌کننده سطح انطباق با استانداردهای مصوب بود. کالج جراحان آمریکا برای ارائه خدمات مربوط به تعیین اعتبار به بیمارستانها، که تعداد درخواست از سوی آنها رو به فزونی می‌رفت، با تعدادی از سازمانهای ارائه‌دهنده مراقبتهای بهداشتی به تشکیل شورای مشترک تعیین اعتبار بیمارستانها مبادرت کرد (این شورا بعدها به شورای مشترک تعیین اعتبار سازمانهای مراقبت سلامت تغییر نام داد).<sup>۱</sup>

ابتدا اعضای پزشکی سازمانها، سپس اعضای گروههای مربوط به مدیریت به این شورا پیوستند. در این هنگام رویکرد بالینی شورا کاملاً مشخص بود. در جریان دهه‌های بعد شورای تعیین اعتبار نسبت به گسترش ابعاد پوشش خود به مراقبتهای سیار، مراقبتهای طولانی‌مدت، شبکه‌های بهداشتی، مراقبتها و بخشهای بهداشت روانی مبادرت کرد. با توسعه دامنه فعالیت شورای تعیین اعتبار سازمانهای مراقبت از سلامت بیرون از نظام بهداشتی، سایر نهادهای ارزیابی تعیین اعتباربخشی نیز در مورد پوشش خدمات و بخشهای وسیع‌تر توفیق یافتند.

شورای اعتباربخشی کانادا<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۵ با آغاز فعالیت و تشکیل نظام بهداشت ملی کانادا بنیاد نهاده شد. شورای مذکور در کانادا در تمام جنبه‌ها شیوه شورای اعتبار آمریکا را الگو قرار

1. Joint Commission on Accreditation of Health core Organization (JCAHO)

2. Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA)

داد. در استرالیا گرایش مربوط به تعیین اعتبار از سال ۱۹۲۶ آغاز شد (داکول، ۱۹۸۳)<sup>۱</sup> از سال ۱۹۷۷ در نیوسات ولز نظام کامل و همه‌جانبه اعتباربخشی استقرار یافت. از آن پس تعیین اعتبار در سایر ایالات اشاعه یافت و از سوی سازمانهای حرفه‌ای پزشکی مورد حمایت قرار گرفت. تعیین اعتبار، به عنوان ابزار ارزیابی سازمانهای مراقبت از سلامت، وظیفه حفظ اعتبار نظامهای بهداشتی را بر عهده دارد و برای این منظور طراحی شده است (اسکریونز، ۱۹۹۵) به این ترتیب، سیستم‌های تعیین اعتبار توجه خود را از ساختار سازمانی به عملکرد سازمانی معطوف داشته‌اند. بنابراین نظامهای اعتباربخشی به بازنویسی استانداردهای خود پرداختند، به نحوی که تمرکز بر گرایش بر مشتری و توصیف و تدوین فرایندهای معطوف بر مشتری و انعکاس ساختار سازمانی در این زمینه بیشتر مورد توجه بوده است (هیدمن، ۱۹۹۵)<sup>۲</sup>. در این مسیر، گردآوری معیارها و شاخص‌های عملکرد که قادر به بیان عملکرد مراقبت از سلامت باشد مدنظر قرار گرفته است.

### ۱-۱. تعیین اعتبار و فرایند صدور پروانه

همان طور که اشاره شد وظیفه اصلی تعیین اعتبار عبارت است از تمرکز و توجه سازمانها به سوی بهبود عملکرد. تلاش تعیین اعتبار و ارزیابی، پشتیبانی از مشارکت سازمانها در تعیین این مطلب است که آیا سازمان به انجام کار درست می‌پردازد و آن را بهبود می‌بخشد یا خیر؟ این کار که مستلزم بازرسی از سوی نهادی دولتی و با استفاده از منابع دولت انجام می‌گیرد، الزام‌آور است و به این منظور انجام می‌شود که آیا سازمان کار مورد نظر را درست انجام می‌دهد یا منطبق با استانداردها نیست. مسئله اساسی در این زمینه عبارت است از اینکه آیا سطح مطلوب در دستیابی به هدف مشخص تحقق می‌یابد یا خیر؟ صدور پروانه یا ليسانس، برعکس، استانداردهای حداقل را مورد استفاده قرار می‌دهد و به این منظور انجام می‌گیرد که مشخص شود مؤسسه درمانی قادر به تأمین خدمات به مردم هست یا خیر (اسکریونز، ۱۹۹۵).

شورای مشترک ارزیابی مؤسسات مراقبت از سلامت و شورای ارزیابی مؤسسات بیمارستانی کانادا اعلام کرده است که اعتباربخشی کاملاً شیوه و هدف متفاوتی نسبت به سیستم اندازه‌گیری دولتی دارد.

1. Duckol

2. Heidmann

در عین حال تفاوت مشخص بین صدور پروانه و اعتباربخشی، بویژه در ایالات متحد دستخوش ابهام شده است. بدین معنی که در برخی از ایالات امریکا، اعتباربخشی که هدف آن ارائه خدمات خوب به مردم است به منزله ابزار ساماندهی و به نظم درآوردن مراکز سلامت عمومی به کار رفته است. بنابراین در بسیاری از ایالات ضوابط و معیارهای اعتباربخشی به عنوان معیارهای صدور پروانه به کار می‌رود. به این ترتیب می‌تواند به عنوان معیارهای پذیرش خدمات بستری در مراکز مراقبت از سلامت به شمار رود.

## ۲- ۱. قالب اعتباربخشی

در درون نظامهای اعتباربخشی دو جنبه به شرح زیر می‌توان یافت: اصول بازنگری بیرونی و استفاده از استانداردها (اسکریونز، ۱۹۹۶). بازنگری بیرونی یا خارجی مستلزم ارزیابی یا سنجش از سوی کارشناسان خبره‌ای است که در زمینه اهداف اعتباربخشی نظریات همگن و همسانی اعمال می‌کنند. این عمل با ارزیابی درونی متفاوت و با آن در تعارض است، زیرا در ارزیابی داخلی یا درونی بازنگری تماماً از سوی کارکنان خود سازمان انجام می‌گیرد. این کار نوعی بازرسی داخلی و خودارزیابی به شمار می‌آید که در آن روشهای اجرایی و عملیات کنونی سازمان به وسیله خود کارکنان داخل سازمان توصیه‌های بهبود دریافت می‌کند. به این ترتیب بازنگری داخلی می‌تواند از استانداردها به منظور ارزیابی انطباق در سازمان استفاده کند. لیکن این کار با استفاده از کارشناسان یا ممیزان خارجی (بیرون سازمان) انجام نمی‌گیرد.

بنابراین سازمان نسبت به «خودارزیابی»<sup>۱</sup> مبادرت می‌کند و راساً سطح انطباق خود را با استانداردها مشخص می‌سازد. به طور کلی سه نوع بازنگری خارجی یا بیرونی می‌توان برشمرد: بازرسی کارشناس خبره، بازرسی با استفاده از استانداردها و تعیین اعتبار (اعتباربخشی). بازرسی و کارشناسی خبره مستلزم وجود سرگروه یا مافوق در حرقه مراقبت از سلامت است که قادر به ارائه نظریه شخصی در کیفیت ارائه خدمات باشد. تجربیات وی مبتنی بر تجارب شخصی، در زمینه ارائه گزارشها با کیفیت لازم است. رویکرد دوم ارائه گزارشهای کتبی در مورد انطباق با استانداردهاست که نسبت به تشریح استانداردهای عملکردهای مطلوب مبادرت می‌کند و سازمان و عملکردهای آن را در برابر استانداردها یا راهنماهای کتبی به ارزیابی

1. self assesment

درمی آورد. رویکرد سوم که با عنوان تعیین اعتبار شناخته می شود، ضمن استفاده از استانداردها و داوری کارشناس خبره به منظور تعیین سطح انطباق عملکرد سازمان انجام می گیرد که در نهایت به درجه بندی یا رتبه بندی و تعیین امتیاز سازمان تحت بررسی می انجامد (اسکریونز، ۱۹۹۵).

رویکرد مربوط به تعیین اعتبار می تواند در سه گروه زیر قرار گیرد: تعیین اعتبار مبتنی بر بازار، ساماندهی حرفه ای درونی و تعیین اعتبار دولتی. شکل اصیل تعیین اعتبار بر اساس آنچه از سوی شورای تعیین اعتبار در ایالات متحد آمریکا متداول شده است، سیستم مبتنی بر بازار است، یعنی رقابت در بازار برای ارزیابی کیفیت با سایر اشکال ضوابط و مقررات و فرایند تضمین کیفیت. بسیاری از کشورها، به یاری نهادهای حرفه ای در مورد بازنگری تسهیلات و خدماتی که به وسیله بیمارستانهای مراقبت ارائه می شود کار بازنگری را انجام می دهند تا اطمینان حاصل کنند این مؤسسات دارای قابلیت لازم در زمینه آموزش هستند و فعالیت های بالینی آنها در چارچوب روشی قابل قبول ارائه می شود. این نوع ارزیابی حرفه ای پیوسته از داوری کارشناسان نخبه، بیش از استانداردهای مربوط به تعیین اعتبار استفاده می کند. البته سیستم مبتنی بر استانداردها به وسیله بسیاری از سازمانهای حرفه ای مورد استفاده قرار گرفته است.

تعیین اعتبار دولتی نیز، به تازگی متداول شده و به اشکال مختلف انجام می گیرد. این روش بر استفاده از استانداردها مبتنی است. در واقع این روش شیوه ای طبیعی از سوی دولت هاست تا از تعیین اعتبار برای بهبود کیفیت یا به منظور صدور پروانه واحدهای بیمارستانی بیش از مقوله بهبود کیفیت استفاده کنند. تعیین اعتبار دولتی اقدامی اجباری است و از این نظر حداقل الزام یا نیازمندی هایی است که در مورد سازمانهای مراقبت از سلامت باید تحقق یابد. ابعاد مختلفی ویژگی نظامهای اعتباربخشی را نمایان می سازند (اسکریونز، ۱۹۹۶). تمامی آنها نیز پذیرای تغییرات هستند. جدول شماره ۱ مقایسه ابعاد مختلف اعتباربخشی را نشان می دهد.

استانداردهای مراقبتهای سلامت استرالیا، دارای ویژگی مذکور در مورد اعتباربخشی است. به این ترتیب سیستم های تعیین اعتبار ممکن است در سطح ملی مطرح شود، یا ممکن است فقط سطح محلی را مورد توجه قرار دهد. در کشور انگلیس به عنوان مثال، مقامات و مسئولان بخش سلامت برای ارزیابی کیفیت پزشکی عمومی، از سیستم تعیین اعتبار محلی استفاده می کنند (بورج و همکاران، ۲۰۰۰). نهادهای سلامت منطقه ای یا استانی دارای سیستم ارزیابی

جدول شماره ۱. ابعاد ساختار سیستم های تعیین اعتبار			
ردیف	ابعاد	انطباق با استانداردهای	استانداردهای اجباری
۱	سطح استانداردها	مطلوب	حداقل
۲	پوشش جغرافیایی	ملی	محلی
۳	کانون استانداردها	سازمانی	نتیجه برونداد
۴	فشار برای مشارکت	درونی (داخلی)	خارجی
۵	تعداد نهادها	یک نهاد	نهادهای مختلف
۶	موضوع تعیین اعتبار	بهبود و گسترش فردی	بهبود عمومی
۷	مشارکت	داوطلبانه	اجباری
۸	اطلاعات	محرمانه	عمومی
۹	برنامه و اصول درجه بندی	رد یا قبول	ارزیابی مقایسه ای
۱۰	محتوا	تمامی وکل بیمارستان	یک بخش
۱۱	وضع استخدامی و اشتغال کارشناسان	نیمه وقت غیررسمی	تمام وقت رسمی

منبع: اسکریونز، ۲۰۰۴

خاص خود هستند. همان طور که اشاره شد، استانداردهای تعیین اعتبار ممکن است جنبه های کاملاً مختلف ارائه مراقبت های سلامت را منعکس کنند و از این بابت ممکن است از ابتدایی ترین جنبه تا انعکاس نتایج مراقبت های سلامت متفاوت باشد (هیدمن، ۱۹۹۳). مشارکت در فعالیت اعتباربخشی، ممکن است به صورت داوطلبانه برای بهبود خرید خدمت یا از تأمین الزامات و نیازمندی های دولت ناشی شود، یا به صورت اجباری و با اتکا به ضوابط دولتی انجام گیرد تا از این طریق انطباق با استانداردهای مراقبت های سلامت و جلب رضایت مصرف کننده تحقق یابد. یادآوری این نکته نیز ضرور است که ممکن است تعیین اعتبار ناشی از فشار داخلی یا فشار خارجی باشد. در صورت وجود فشار داخلی، ارزیابی و تعیین اعتبار می تواند داوطلبانه و به منظور بهبود کیفیت انجام گیرد. لیکن اعتباربخشی ناشی از فشار خارجی قاعدتاً اجباری است و

اعمال آن برای پاسخگویی در برابر نهادهای مسئول برای ارتقا یا کنترل کیفیت خدمات ارائه‌دهندگان از سوی دولت است، بنابراین در این حالت از فرایند مشارکت اجباری تبعیت می‌کند (اسکریونز، ۱۹۹۷).

## ۲. تجربه اروپا در مورد تعیین اعتبار (اعتباربخشی)

اغلب کشورهای اروپایی دارای تجارب مهم در زمینه تعیین اعتبار هستند. در کشور انگلیس، نهاد خیریه وابسته به بنیاد سلطنتی، در سال ۱۹۸۰ به استقرار و بررسی استانداردهای شورای تعیین اعتبار و مؤسسات بهداشتی کانادا در برخی از بیمارستانها اقدام کرد (ماکسول<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۲). انجام این کار مفید تشخیص داده شد، پس تصمیم گرفته شد تا ارزیابی مذکور به سایر بیمارستانهای طب ملی انگلیس<sup>۲</sup> تسری یابد. استانداردهای شورای تعیین اعتبار کانادا بعد از آن جای خود را به استانداردهای استرالیا داد و از آن به بعد این استانداردها به ابزار ارزیابی بهداشت و درمان ملی انگلیس تبدیل شد. تعیین اعتبار مذکور در این هنگام کاملاً فرایندی داوطلبانه شد. مشارکت بیمارستانها در انجام اعتباربخشی قوت گرفت. رویکرد بخش خصوصی به مشارکت داوطلبانه در فرایند اعتباربخشی از اینجا ناشی می‌شود که این بخش از این طریق در صدد استفاده از منابع بخش دولتی بود. به علاوه بخش خصوصی با تلاش برای به دست آوردن امتیاز اعتباربخشی در صدد رقابت با بخش دولتی از نظر دستیابی به معیارهای کیفیت خدمات بود. رویکرد بنیاد سلطنتی در مورد تعیین اعتبار به بسیاری از کشورهای اروپایی نیز به عنوان تجربه‌ای موفق تسری یافت. این روش با تشکیل گروه بیمارستانها به شکل گرفتن مجموعه‌ای از آنها انجامید که به اتفاق برای استقرار مرکزی برای ارزیابی مراقبتهای بیمارستانی تلاش می‌کردند. کشور فنلاند، پرتغال و سوئد در مورد استفاده از شیوه‌های بنیاد سلطنتی انگلیس با محدودیت‌هایی روبه‌رو بودند (شاو، ۱۹۹۸)<sup>۳</sup>. با این حال در تمامی این کشورها نیز دولتها برای کنترل کیفیت فاقد انگیزه و تمایل نبودند. آنها نیز ارزیابی و تعیین اعتبار را از عوامل بهبود کیفیت به شمار می‌آوردند. دولت انگلیس به عمد برای کنترل کیفیت روش یادگیری را برگزیده بود که عبارت بود از تعیین اهداف ملی عملکرد در تعداد محدودی از جنبه‌های مدیریت بیمارستان مانند: زمان انتظار و رعایت حقوق بیمار برای برخورداری از اطلاعات. به علاوه برنامه‌ای دولتی که

1. Maxhol

2. National Health Service (NHS)

3. Shaw



اساساً جایزه‌ای در مورد عملکرد سازمانها در رقابتهای ملی بود تدوین شد. به تازگی دولت انگلیس نسبت به تشکیل دو نهاد دولتی برای کنترل جنبه‌های کیفیت در ارائه خدمات سلامت همت گماشته است. دو نهاد مذکور عبارت است از: انستیتوی ملی اثربخشی بالینی، که نسبت به انتشار راهنمای عملیات مطلوب بالینی مبادرت خواهد کرد. نهاد دوم عبارت است از شورای بهبود بهداشت که نسبت به بازرسی سیستم‌های مدیریت بالینی همت خواهد گماشت. این کمیسیون به عنوان مرکز تدوین دستورالعمل‌های بالینی شناخته شده است (وزارت بهداشت انگلیس، ۱۹۹۹ - ۱۹۹۸).

دولت پادشاهی انگلیس در مورد بهبود خدمات بهداشتی منحصر به فرد نیست، زیرا به عنوان مثال کشور سوئد نیز با رویکردی متفاوت در راه مدیریت کیفیت گامهایی برداشته است که شامل استانداردهای ایزو ۹۰۰۰، مدل بنیاد کیفیت اروپا<sup>۱</sup> و الگوی بنیاد سلطنتی تعیین اعتبار انگلیس است (شاو، ۱۹۹۸).

در این زمینه کشورهای متعددی مانند جمهوری قزاقستان، آلمان، مجارستان، پرتغال، اسپانیا و سوئیس با وارد کردن نظام تعیین اعتبار گامهای مهمی برداشته‌اند (شاو، ۱۹۹۸). الگوی اصلی در این زمینه عبارت بوده است از توجه بیشتر به بخش بهداشت که به دنبال مساعی دولت در ایجاد مکانیسم اعتباربخشی تحقق یافته است. در مرحله بعد سعی شده تا سایر روشهای بهبود کیفیت را مورد استفاده قرار دهند. این روش در بسیاری از کشورهای غربی مورد توجه قرار گرفته است. هرچند روشهای تعیین اعتبار را دولتها بسیار جدی گرفته‌اند، بسیاری از این دولتها در باب متداول کردن برنامه تعیین اعتبار محتاط‌تر عمل می‌کنند. شکست اعمال تعیین اعتبار را نمی‌توان به یک عامل منحصر به فرد وابسته کرد. در بسیاری از کشورها بسیاری از سازمانها تمایل خود را نسبت به استقرار نظام تعیین اعتبار ابراز داشته‌اند، لیکن بعدها پشتیبانی دولتها و پذیرش آن از سوی آنها با مشکلاتی روبه‌رو شده است. شاید دلیل عمده این مسئله در این باشد که استقرار یک سیستم ارزیابی در فرصت زمانی محدود با اشکال مواجه شده است. تدوین و انتخاب استانداردها و استقرار فرایند اعتباربخشی نیز وقت‌گیر بوده است. طریق متداول و عمومی در اعمال نظام اعتباربخشی در یک کشوری که تجربه‌ای کم یا صفر در امر اعتباربخشی داشته، رویکرد به سازمانی واجد تجربه تخصصی در زمینه اعتباربخشی و نیز ترجمه استانداردها به زبان آن کشور بوده است (بوهی‌گاس و آزنجو ۱۹۹۵)<sup>۲</sup>.

1. European Fundation of Quality Management (EFQM)

2. Bohigas and Asenjo

بسیاری از کشورها، بویژه کشورهای اروپای غربی، نزدیک شدن به ابزار شورای تعیین اعتبار امریکا را برگزیده‌اند. به طور مثال در مجارستان، طرح مشترکی در مورد اعتباربخشی به راه افتاده است و در حدود پنج فصل از راهنمای شورای تعیین اعتبار امریکا به زبان مجارستانی ترجمه شد و پنج بیمارستان به عنوان بیمارستانهای منتخب با این روش به اعتباربخشی پرداختند. بعد از ۶ ماه دوره آماده‌سازی، سه نفر کارشناس اعتباربخشی از شورا و هشت نفر کارشناس مجارستانی در بیمارستانهای منتخب به کار پرداختند. بیمارستانهای موردنظر نتیجه اجرای پروژه را مفید اعلام کردند و تصمیم گرفتند تا فرایند اعتباربخشی مجارستان را به راه اندازند.

در مرحله دوم استقرار، سه بیمارستان دیگر به بیمارستانهای منتخب ملحق شدند و دو فصل دیگر از راهنمای شورای تعیین اعتبار ترجمه شد. لیکن فرایند اعتباربخشی از سوی دولت حمایت نشد و پیشرفت بیشتری در این زمینه حاصل نشد. دفتر همکاری‌های ایالات متحده در این زمینه به حال تعطیل درآمد. با این حال، توجه به اعتباربخشی هنوز ادامه دارد و شاخه سازمان اروپایی بهبود کیفیت نهادی را به منظور تداوم بخشیدن به فکر ارتقای کیفیت در مراقبتهای بهداشتی معین کرده است. جمهوری قزاقستان دارای تجربه مشابهی در زمینه توسعه فرایند اعتباربخشی در آن کشور است. در سال ۱۹۸۸ کمیته‌ای با عنوان کمیته مشترک اعتباربخشی در قزاقستان تشکیل شد و اعضای کمیته از انجمن بیمارستانها و وزارت بهداشت تعیین شد. اعتباربخشی بیمارستان داوطلبانه است، لیکن پذیرش خدمات بیمارستان از سوی اداره کل بیمه‌های سلامت مشروط به اعتباربخشی شده است. به این ترتیب فرایند اعتباربخشی تلویحاً اجباری است (جی سیمو؛ اظهارات غیررسمی).<sup>۱</sup>

در کشور پرتغال، توجه به اعتباربخشی به صورت داوطلبانه و به شکل فعالیتی مستقل، از راه ایجاد سازمان ملی بهبود کیفیت در بخش سلامت آغاز شده است. این سازمان با بنیاد سلطنتی انگلیس همکاری دارد.

شورای تعیین اعتبار امریکا در اسپانیا نیز فعال شده است. نهاد مذکور استانداردهای خود را برای استفاده در بخش بهداشت اسپانیا ترجمه کرده است. به علاوه اسپانیا سعی کرده تا نسبت به ایجاد نهاد اعتباربخشی ملی و ایالتی مبادرت کند. باید توجه داشت که برنامه اعتباربخشی در حدود ۱۶ سال در کاتالونیا اسپانیا سابقه دارد. در این ایالت اعتباربخشی به منزله گواهینامه به

شمار می‌رود، اعتباربخشی کاتالونیا از سوی وزارت بهداشت کاتالونیا ایجاد شده است. در این ایالت، برخلاف اسپانیا که بسیاری از بیمارستانها، خصوصی یا سازمانهای غیرانتفاعی هستند، متعلق به دولت اند. در کاتالونیا، چنانچه بیمارستانها مایل به بازنگری یا تجدید قرارداد خود باشند ناگزیر به گذراندن فرایند اعتباربخشی می‌شوند. اگر بیمارستانی در اعتباربخشی توفیق اخذ درجه را پیدا نکند، از عقد قرارداد محروم می‌شود.

در کشورهای اروپایی نیز بسیاری از بیمارستانها مجبور شده‌اند نسبت به اخذ گواهینامه کیفیت سازمانی و بالینی مبادرت کنند. این کشورها در این زمینه قوانینی را وضع کرده و از تصویب گذرانده‌اند (شاو، ۱۹۸۸). در سال ۱۹۹۳ کشور اتریش قانونی مبنی بر الزام سازمانهای مراقبت از سلامت در مورد استقرار تضمین کیفیت در مورد پوشش ساختار فرایند و نتایج فعالیتهای این سازمانها از تصویب گذراند. به این ترتیب بیمارستانها موظف شدند تا دارای کمیته مرکزی تضمین کیفیت به منظور بهبود، هماهنگی و پشتیبانی از طرح تضمین کیفیت باشند و در مورد استقرار بهبودهای لازم اقدام کنند. در سال ۱۹۸۷ کشور بلژیک قانونی مبنی بر هماهنگی جنبه مسئولیت‌های بیمارستانی را از تصویب گذراند. بیمارستانها ملزم شدند تا پروانه‌های لازم را برای احداث بنا، توسعه و تجدید بنا و استفاده از تکنولوژی پزشکی اخذ کنند و ملزم شدند تا به استانداردهایی که هیئت تسهیلات بیمارستانی<sup>۱</sup> وضع و تدوین کرده است دست یابند. استانداردهای مورد بحث به توضیح ساختار و عملکرد بخشهای داخلی بیمارستان و سازماندهی مراقبت‌های اورژانس و کیفیت خدمات پزشکی پرداخته است. در آلمان پنج ماده قانونی اجتماعی که در سال ۱۹۹۱ از تصویب گذشت، بیمارستانها را ملزم به استقرار سیستم‌های تضمین کیفیت کرد که سازمان، عملکرد و نتایج درمانی را مد نظر داشت. ایتالیا قانونی را مبنی بر اینکه سازمانهای دولتی باید دارای انطباق با حداقل استانداردها باشند، از تصویب گذراند. از سال ۱۹۹۷ واحد اداره امور ناحیه ملزم به تدوین آخرین نسخه استانداردهای اعتباربخشی شد و انطباق مؤسسات درمانی را مورد کارشناسی قرار داد. استانداردها مقرر می‌داشت که سازمانهای بهداشتی می‌بایست دارای دفتر کاری ویژه در مورد بهبود کیفیت باشند. این دفتر مسئول خط مشی و روشهای اجرایی، منابع انسانی و آموزش سیستم‌های اطلاعات و راهبردهای بالینی به شمار آمد. هلند نسبت به تصویب دو ماده قانونی مبادرت کرد. نخستین آن

1. Board for Hospital Facilities

مقرر می‌داشت که از سال ۱۹۹۷، اقدامات حرفه‌ای باید از سوی مجامع حرفه‌ای تحت کنترل درآید. قانون دوم سازمانهای مراقبت از سلامت را ملزم می‌داشت تا دارای نظام مدیریت کیفیت در مورد نظرسنجی در رضایت بیماران باشند. در یونان، قانون کیفیت در خدمات مراقبت از سلامت مصوب شد و فرانسه نیز نسبت به تصویب و ایجاد نهاد ملی اعتباربخشی مبادرت کرد. انگلیس هم تشکیل دو نهاد ملی را مصوب کرد. نخستین آن باید نسبت به نظارت بر نشر راهنماها و دستورالعمل‌های بالینی مبادرت کند، در حالی که نهاد دوم بازرسی کیفیت مدیریت و فعالیتهای بالینی را بر عهده می‌گرفت.

تحولات در زمینه مصوبات قانونی (شاو، ۱۹۹۸) بیانگر فزونی گرفتن فعالیتهای دولتها در زمینه تضمین کیفیت بود. به این ترتیب رویکردهای مربوط به نهادهای حرفه‌ای در مورد وضع مقررات مربوط به دارندگان حرفه‌های ارائه خدمت به سوی بازرسان دولتی منعطف می‌شد. نقاط مشترک در گرایش تمامی کشورها عبارت بود از رویکرد به پشتوانه قانونی به منظور ایجاد زمینه اعمال ضوابط و مقررات و توسعه فعالیتهای تضمین کیفیت و در نهایت ارائه مراقبتهای مراقبت از سلامت با کیفیت بهتر.

از این پس دولتها خود را در زمینه تضمین حداقل استانداردها پاسخگو می‌دانستند. به عنوان مثال مجارستان و ایتالیا هر دو دارای ضوابط قانونی مصوب در مورد قانون حداقل الزامات از ۱۹۹۷ هستند که قوانین مذکور از سوی دفاتر استانی وزارت بهداشت استقرار یافته است.

ایتالیا در سالهای اخیر نسبت به ایجاد سیستم «اجازه‌نامه» مبادرت کرده است. مجوز یا پروانه مذکور سازمانهای سلامت را ملزم به تأمین حداقل استانداردها کرده است. استانداردها نیز بیمارستانها را ملزم به انطباق با حداقل آنها کرده است. هر نوع عدم انطباق در زمینه حداقل استانداردها مجازاتهایی را به دنبال دارد. در مورد بیمارستانهای خصوصی، چنانچه بیمارستان مذکور قادر به انطباق با استانداردهای مصوب نباشد، در مورد استفاده از منابع دولتی محروم می‌شود. در ضمن هر یک از واحدهای اداری استان در ایتالیا مسئولیت تدوین متون مخصوص به خود را در مورد حداقل استانداردها بر عهده دارند و هر یک ملزم به اعتباربخشی در چارچوب استانداردهای مورد بحث شده‌اند.

بین کشورهای اروپایی سه کشور منحصراً به ایجاد نظامهای اعتباربخشی که از سوی دولت در سطح ملی وضع شده پرداخته‌اند. سه کشور مذکور عبارت است از: بلژیک، فرانسه و

اسکاتلند. سیستم اعتباربخشی بلژیک در سال ۱۹۸۷ ایجاد شده و اداره آن برعهده دولتهای محلی است.

شرکت در فرایند اعتباربخشی در این کشور اجباری است به طوری که عقد قراردادهای دریافت حق‌العلاج و دریافت حق‌بیمه، بیشتر منوط به مشارکت در امر اعتباربخشی و اخذ درجه مورد نیاز است. استانداردهای ملی نیز مبتنی بر الزامات برنامه‌ریزی در چارچوب ساختار مشخصی است که دولت محلی می‌تواند برای پاسخ به نیازهای محلی نیازمندی‌هایی را بر آن بیفزاید. روش مذکور در واقع اعمال نوعی بازرسی به شمار می‌رود.

کارشناسی‌های مربوط برای انطباق با استانداردها را کارشناسان رسمی انجام می‌دهند و تمامی بیمارستانها نیز حداقل هر پنج سال یک بار تحت بازدید قرار می‌گیرند.

فرانسه قانون اعتباربخشی را در سال ۱۹۹۶ بر اساس لایحه ۲۴ آوریل همان سال وضع کرد. مطابق قانون مذکور تمام سازمانهای مراقبت از سلامت، اعم از دولتی یا خصوصی، ملزم به شرکت در روش اجرایی بیرونی ارزیابی با عنوان اعتباربخشی هستند تا از بهبود مستمر کیفیت و ایمنی مراقبت اطمینان حاصل کنند. فرایند اعتباربخشی به وسیله نهاد ملی اعتباربخشی ارزیابی سلامت انجام می‌گیرد<sup>۱</sup>. بنگاه یا نهاد مذکور مسئولیت انتشار استانداردها را برعهده دارد و نسبت به تعیین و استقرار فرایند اعتباربخشی مبادرت می‌کند. فرایند اعتباربخشی، به طور مستقیم به منظور بهبود ایمنی و ارتقای کیفیت مراقبت و تضمین استاندارد کردن خدمات بیمارستان و سازمانهای مراقبت از سلامت ایجاد شده است (آژانس ملی اعتباربخشی، ۱۹۹۹).

اسکاتلند رویکردی را که با شیوه سنتی سازمان اعتباربخشی انطباق نداشت متداول کرد (دفتر ارزیابی اسکاتلند، ۱۹۹۸)<sup>۲</sup>. با این حال طب ملی انگلیس در اسکاتلند نیز به منظور استفاده از برنامه اعتباربخشی که بر اولویت بالینی مبتنی بود اقدام کرد. الویت‌های بالینی شامل بیماری سرطان، بیماریهای قلب و عروق، ضربه‌ها، بیماری قلب و بهداشت روانی بود. به این ترتیب هر یک از مقوله‌های بالینی مشمول برنامه اعتباربخشی خاص خود می‌شد. به منظور ایجاد هماهنگی در ایجاد استانداردها و برنامه‌های اعتباربخشی، اسکاتلند به تشکیل هیئت استانداردهای بالینی همت گماشت.

1. Agence national d'accréditation et évaluation en sante (ANAES)

2. Scottish Office

اعتباربخشی بر خدمات و بخشهای بالینی، به صورت روز افزون اقبال عمومی یافت و این اقدام در بسیاری از کشورها نیز مورد توجه قرار گرفت. انجام این نوع اعتباربخشی می تواند به یاری نهادهای حرفه‌ای انجام گیرد، و همین شیوه در رویال کالج انگلیس انجام می‌گیرد. مثالی که در زمینه اعتباربخشی بالینی می‌توان آورد، بیماریهای سرطانی است که به دلیل تنوع درمانی و فعالیتهای بالینی مورد توجه قرار گرفته است. نهادها و تیم‌های اعتباربخشی نیز به عنوان نمونه شامل بنگاهها و نهادهای خدمات بهداشتی مانند بخش طب ملی در کشور انگلیس است. در فرانسه نیز نهادهای حرفه‌ای پاریس به انجام اعتباربخشی بالینی اهتمام کرده‌اند. در مورد خدمات مربوط به بیماریهای سرطان استانداردهای بین‌المللی نیز در حال تکوین است.

بلژیک و فرانسه نظام بازنگری مستقل خارجی را برگزیده‌اند. سایر کشورها «خودارزیابی» را ترجیح می‌دهند. روش اخیر مبتنی بر استانداردهای مورد توافق است، لیکن علاوه بر آمادگی برای ارزیابی، استانداردهای اعتباربخشی را نیز بررسی و نسبت به انجام اصلاحات ضروری در آن اقدام می‌کنند. به طور مثال ایسلند، استانداردهای شورای اعتباربخشی امریکا را برای واحدهای درمانی مورد استفاده قرار داده است، لیکن از این استانداردها برای فرایند خودارزیابی بهره می‌برد. در بسیاری از موارد، سیستم‌های مراقبت بهداشتی به دنبال بهبود کیفیت هستند تا تضمین کیفیت؛ نتیجه این امر به طور روزافزون مورد توجه قرار گرفتن رویکردهایی مانند ایزو ۹۰۰۰ یا مدل بنیاد مدیریت کیفیت اروپا بوده است. اتخاذ این رویکردها به جای فشارهای دولتی بیشتر داوطلبانه بوده است. در نتیجه در سرتاسر اروپا، نمونه‌های متفاوت این رویکردها که در تمامی کشورها متداول شده قابل مشاهده است. هلند اقداماتی در زمینه هماهنگ ساختن کلیه این رویکردها به عمل آورده است. از این رو بنیاد هماهنگی اعتباربخشی در مراقبتهای بهداشتی به منظور کنترل و تأیید فعالیتهای تضمین کیفیت در تمام واحدهای نظام سلامت ایجاد شده است. در اسپانیا هم رویکرد مربوط به بنیاد کیفیت اروپا در برخی از ایالات متداول شده است. کشورهای مختلف روشهای مختلفی را برای پایش فرایند تضمین کیفیت در پیش گرفته‌اند. این اختلاف در اعمال روشهای پایش بیانگر تفاوت در بنیاد نظام سلامت آنها و میزان پاسخگویی ساختارهای سلامت در آن کشورهاست. نتیجه این اختلاف بروز مشکل در زمینه پیچیدگی ابعاد اعتباربخشی و بازرسی است، به این ترتیب که برخی از فرایندهای اعتباربخشی اجباری، برخی بر مبنای استانداردهای مدون و برخی از داوری‌ها (درجه‌بندی یا امتیازدهی) بر

مبنای قضاوت بازرسان است. در ایالات متحد آمریکا، هم‌اکنون یک رشته سیستم‌های اعتباربخشی می‌توان یافت که مجاز به جایگزینی بازرسی‌های ایالتی است تا واحد درمانی بتواند از منابع مدیگر و مدیکید منتفع شود. سیستم اعتباربخشی داوطلبانه تقریباً از مسیر قانونی استقرار یافته است. به علاوه برابر مقررات مؤسسات تحت اعتباربخشی به دریافت درجه ۱ یا امتیاز رسمی توفیق می‌یابند.

در کانادا که دارای نظام سلامت دولتی است، شورای اعتباربخشی مراقبت‌های بهداشتی کانادا نهاد مستقلی است که پیوسته پایش سازمان‌های سلامت را در سرتاسر کشور پوشش می‌دهد (هیدمن، ۱۹۹۵).

در انگلیس تسهیلات درمانی ایالتی انگلیس برای پایش کیفیت بخش‌های سرطان دعوت می‌شود. به منظور اجرای برنامه در ایالات و استان‌های مختلف، نظام اجباری اعتباربخشی استقرار یافته است که به منظور تعیین قابلیت و نیز مجاز بودن ارائه خدمت واحد مراقبت از سلامت انجام می‌گیرد. این روش مشابه روشی است که در مورد بیمارستان‌های عمومی ولی مستقل کانادا انجام می‌گیرد. در این بیمارستان‌ها نتیجه اعتباربخشی در واقع پروانه یا مجوز فعالیت برای بیمارستان‌های مستقل دولتی به شمار می‌رود.

### ۳. اعتباربخشی و ساماندهی بخش سلامت

توضیحاتی که در مورد توسعه فرایند اعتباربخشی ارائه شد، نشان می‌دهد که اعتباربخشی به طور مداوم در مورد انعکاس تحولات و تغییرات اجتماعی، سیاسی و محیط مربوط به تکنولوژی هر یک از کشورها و خدمات سلامت (بهداشت و درمان) آنها در فعالیت است. بنیادی‌ترین تغییر در گسترش فرایند اعتباربخشی، حرکت به سوی دولتی شدن بوده است. تمایل به سوی اعتباربخشی بیانگر توجه دولتها به کیفیت مراقبت‌های سلامت بوده است که استفاده از اعتباربخشی را به عنوان ابزاری برای کنترل کیفیت مورد توجه قرار داده است.

با وجود این تقریباً تعداد اندکی از دولتها از این نظر که اعتباربخشی می‌تواند نیازهای نظارتی بخش سلامت را در مورد احراز کیفیت برآورده سازد متقاعد شده‌اند. دلیل این مسئله می‌تواند این باشد که بسیاری از دولتها از اینکه شیوه‌های اعتباربخشی می‌تواند مختلف باشد، در تردید بسر می‌برند. برخی از دولتها نیز احساس می‌کنند که به راه‌حل‌های سریع نیازمندند.

توسعه استانداردهای اعتباربخشی محلی فرایند پر هزینه و وقت‌گیری به شمار می‌رود و نیاز سازمانهای بهداشتی کم‌درآمد به دستیابی در مورد راه‌حل‌های سریع در استقرار اقدامات و عملیات مراقبت از سلامت احساس می‌شود. بسیاری از سیستم‌های جاافتاده اعتباربخشی ابزارهای پیچیده و استانداردهای مدون را مورد استفاده قرار داده‌اند و متقاضی زیربنای مدیریتی پیچیده‌ای هستند. برخی بر این عقیده‌اند که استانداردهای اعتباربخشی برخی کشورها مانند کانادا یا ایالات متحده آمریکا، ممکن است نیازمندیهای حداقل استانداردهای اعتباربخشی را برای صدور پروانه برآورده نکنند. از این گذشته این استانداردها طوری طراحی شده‌اند که از سوی نهادهای مستقل مورد استفاده قرار گیرند. این مسئله موجب ایجاد تعارض با مقررات دولتی می‌شود. اعتباربخشی به وسیله نهادهای مستقل، مستلزم این است که دولت باید استقلال ارزیابی‌کننده (نهاد ارزیابی اعتباربخشی) را که با ارزیابی‌شونده در ارتباط است بپذیرد، با این حال در این زمینه کنترل و نظارت مؤثری وجود ندارد. در مورد فرانسه آژانس ملی اعتباربخشی مؤسسات سلامت، نهادی نیمه‌مستقل است. در انگلیس، شورای جدید بهبود سلامت نیز در واقع اساسنامه نهادی نیمه‌مستقل را دارد. در هر حال مکانیسم مربوط به انجام اعتباربخشی از طریق نهادهای مستقل برای دولتها دارای پیچیدگی خاصی است. وابسته بودن نهاد ارزیابی و اعتباربخشی به طرفهای تحت ارزیابی، دارای معایب مهمی است که آن نیز پیچیدگی خاص خود را دارد. به هر حال باید در پی مکانیسم ویژه‌ای در زمینه اعتباربخشی بود که دارای پیچیدگی کمتری باشد.

عملیاتی کردن چارچوب قانونی مستلزم اتخاذ تصمیم در این زمینه لازم است که آیا اعتباربخشی باید اختیاری باشد یا اجباری، اینکه آیا استانداردهایی مدون در دسترس قرار دارد یا سیستم امتیازبندی که قبولی یا رد اعتبار را نشان دهد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در سراسر اروپا در این زمینه رویکردهای متفاوتی وجود دارد. به عنوان مثال فرانسه یک سیستم اعتباربخشی مبتنی بر استاندارد را استقرار داده است که مشارکت در آن اجباری است، در عین حال گزارش کیفی به جای ارزیابی انعطاف‌ناپذیر خشک مورد توجه است. انگلیس دارای نظام اجباری بازرسی خواهد شد که احتمالاً در آن نیز گزارش کیفی مورد تقاضا خواهد بود. سایر عوامل مهم که عملکرد بازنگری را سامان می‌دهد، احتمالاً به عملکرد دولتها مربوط می‌شود. برای دولتهای کشورهایی که در آنها بیمارستانها مفهوم اجتماعی و جامعه‌نگر دارند، زیر سؤال بردن آشکار و بدون پرده کیفیت آنها کاری مشکل و پر دردسر است.



بدون تردید، جلوگیری از فعالیت بیمارستانها به عنوان نقص در کیفیت، می تواند تعارض های مهم و نیز درگیری های افراد صاحب قدرت و با نفوذ را برانگیزد. در این زمینه بدون تردید بیمارستانهای دولتی درگیری بسیاری دارند. در آنجا که فرایند بازنگری خارجی و مستقل در کار بوده، بسیاری از دولتها متوجه شده اند که محلی کردن نتایج بازنگری و بازرسی لازم و مفید بوده است. همچنین اعلام نتایج ارزیابی می تواند مباحث بین کمیته ها و نهاد ارزیابی را تشویق و تضمین کیفیت را مستقر سازد.

چنانچه دولتها شیوه های را در مورد بازنگری به کار ببرند که افشا و اعلام وجود نقیصه را در سازمانهای بهداشتی الزام آور سازد، طبعاً به ساز و کار خاصی در مورد به اجرا گذاشتن یافته ها نیاز خواهند داشت. این موضوع بویژه هنگامی که بیمارستانها دولتی و متعلق به دولت هستند، صادق خواهد بود. چرا که ظرفیت بخشها و خدمات بهداشتی در مقایسه با منابع محدود است. بنابراین در صورت استقلال نهاد ارزیابی و اعتبار بخشی دولتها در اتخاذ تصمیمات مربوط به توقف فعالیت بیمارستان احساس آرامش و موفقیت بیشتر خواهد بود. این مسئله یعنی اتخاذ تصمیم برای توقف فعالیت مؤسسه هنگام وجود نقص در صورت وابستگی نهاد اعتبار بخشی به خود دولت مشکلات لاینحلی به دنبال خواهد داشت. در عین حال وابستگی ارزیابی به نهاد ارائه دهنده خدمت عامل مهمی در کشف نارسایی نیز می تواند به شمار رود. در مدلی که بریت ویت<sup>۱</sup> (۱۹۸۵)، برنان<sup>۲</sup> و برویک<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) ارائه داده اند به دنبال بررسی های جامع نشان داده اند که بحث پیرامون پذیرش روش پیشنهادی در مورد تمایز بین بازدارندگی و پذیرش دور می زند. مدل آمرانه مبتنی بر این دیدگاه است که مدل مذکور بر ضوابط و مقررات و قانون متکی است، در حالی که مدل پذیرش مبتنی بر متقاعد و مجاب کردن و از تمایل به تشویق برای رفتاری مطلوب تر سرچشمه می گیرد.

مدل های اعتبار بخشی مبتنی بر مقررات و قانون مستلزم تدوین فرایندها و روشهای اجرایی است، با این حال این باور نیز در محافل مراقبت از سلامت وجود دارد که ارزیابی متکی بر نتایج یا برون دادها دارای ارزش بزرگ و مهم تری است تا فرایندی که کیفیت را ارزیابی می کند. لیکن این دیدگاه، پرسشهایی را در مورد نقش و طبیعت قانونمندی سازی کیفیت در باب سلامت مطرح می سازد و آن اینکه آیا برون دادها و نتایج می توانند مبنایی در مورد قانونمندی سازی و تنظیم کیفیت در مراقبتهای بهداشتی به شمار آیند؟

1. Braeth Waete

2. Brennan

3. Brewick

در سال ۱۹۷۹، مک اولیف<sup>۱</sup> ابراز داشت: نهادی که مسئول وضع ضوابط و مقررات است نمی تواند در مورد مثبت بودن نتایج مربوط به بیمار اصرار ورزد و نیز نمی تواند معتقد باشد که پیامدها و نتایج مثبت تضمین کننده بجا و مناسب و ماهرانه بودن اقدامات درمانی است. هدف از ارزیابی کیفیت، تولید سلامت نیست، بلکه تعیین این مسئله است که آیا مراقبت ارائه شده قابل قبول بوده است یا خیر (مک اولیف، ۱۹۷۹).

این اظهار نظر اشاره به این اصل دارد که عوامل مؤثر بر نتایج تحمیلی به بیمار مربوط به پاسخهای پیش‌بینی نشده فرد نسبت به بیماری است که تحت درمان قرار می‌گیرد. تمام این مسائل می‌تواند این پرسش‌ها را مطرح کند که آیا بیماران مورد نظر درمانهای مورد انتظار را دریافت کرده و به شیوه مورد انتظار از برنامه‌ریزی مناسب برخوردار شده‌اند یا خیر؟ دو دهه بعد، باورهای جدی در این زمینه حاصل شد که پزشکی می‌تواند تحت فشار سیستماتیک در مورد ارائه نتایج قابل انتظار قرار گیرد. به این ترتیب نهادهای قانونمندساز، معیارهای برونداد یا نتیجه را وضع کردند تا تعیین کنند که آیا مراقبتهای سلامت با کیفیت قابل قبول ارائه شده است یا خیر؟

لیکن تشخیص‌ها و عملکرد پزشکی که احیاناً به نتایج ضعیفی می‌انجامد، هنوز به استانداردها و فرایندهایی نیاز دارد تا مشخص کند که بخش مراقبت در چه موردی به شکست انجامیده و دچار نقص شده است.

باری، در هر دو حالت یعنی توجه به نتیجه یا فرایند، وضع و تدوین استانداردها مستلزم تفاهم متقابل بین سازمانهای ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت و خریداران آن است. در کشورهایمانند ایتالیا و اسپانیا و از یک دیدگاه انگلستان (مدیریت مراقبت از سلامت پیرامون نهادهای استانی یا دولتی دور می‌زند) بین دولت مرکزی و کنترل ناحیه‌ای کیفیت تنش وجود دارد. آنجا که کنترل جدی و مهم از ناحیه استان (ایالت) بر خدمات سلامت و عملکرد وجود دارد، غالباً فشار برای تضمین عدالت ارائه خدمت و کیفیت مراقبت بین ایالات یا استانها وجود دارد. این امر منجر به اعمال فشار بر دولتهای محلی یا بخشی از خدمات سلامت، به منظور مرکزیت دادن به فرایند پایش می‌شود. به هر حال هر اندازه که خودمختاری ایالات بیشتر باشد، به همان اندازه نیز ایالات در برابر نظارت‌های مرکزی به مقاومت برواهند خاست و شکل دلخواه

1. Mac Auliff

خود را در مورد پایش کیفیت وضع خواهند کرد. در ایتالیا و اسپانیا، بسیاری از ایالات درصدد گسترش رویکردهای تضمین کیفیت هستند. طرحهای ملی مستقل برای ایجاد یک پدیده ایالتی قابل قبول به شکست انجامیده است. آنجا که ایالات یا استانها، به طور کامل خودمختار نبوده‌اند، مانند انگلستان تدابیر ایالتی به موازات تدابیر سطح ملی برای استقرار کیفیت به فعالیت خواهند پرداخت. سیستم بازنگری بیرونی از سوی کارشناسان مدیریت مراقبتهای سلامت مورد انتقاد قرار گرفته است. زیرا به نظر ایشان بازنگری بیرونی ممکن است مؤاخذه‌گر و برای کارکنان غیراصولی باشد (برویک، ۱۹۸۹). با این حال چنانچه مردم در مورد ایمنی و کارایی حساسیتی دارند، طبعاً انتظار دارند تا نظام سلامت آنها سیستم پایش کیفیت را مستقر کند. در این صورت بازنگری بیرونی یا ارزیابی مستقل خارجی به عنوان یک ضرورت می‌تواند پذیرفته شود. درس اساسی که می‌توان فراگرفت عبارت است از اینکه، یافتن راهی برای بازنگری سازمانها ضروری است و عملکرد آنها در برابر استانداردها به طور همزمان به منظور حصول اطمینان از اینکه کارکنان دارای تعهد لازم در برابر ارائه خدمات توأم با کیفیت هستند یا خیر اجتناب‌ناپذیر است. کلید معما در این امر است که استانداردها به منظور انعکاس سطح معینی از عملکرد تدوین شده‌اند و کارکنان نه فقط برای دستیابی به استانداردها تلاش می‌کنند، بلکه در مسیر یافتن راههای فزاینده رفتن از آنها هستند، پس فلسفه اعتباربخشی باید به حمایت از بهبود مداوم شکل گیرد و عاملی برای قناعت به حصول نتیجه در بازرسی‌ها نشود. برنان و برویک (۱۹۹۵) اظهار داشته‌اند که مکانیسم قانونمند به منظور حفظ صداقت و ایمنی به وجود آمده است. لیکن بدون تغییر و تحول، ممکن است دچار نقیصه‌های جدی در مسیر بهبود شود. لذا این فرایند باید با ارائه‌دهندگان خدمت به همکاری پردازد و در مورد مشخص کردن نتایج و پرونداد همت گمارد و نوآوری را اشاعه دهد. در این مسیر توسل به شیوه‌های مدرن در زمینه بهبود کیفیت ضرور و انکارناپذیر است. ساماندهی و قانونمندی در کنترل کیفیت در مراقبتهای مراقبت از سلامت نمی‌تواند مبتنی بر روز باشد، بلکه باید بر مجاب کردن و ایجاد اعتقاد و پشتیبانی از دارندگان حرفه‌های ذیربط مبتنی شود.

#### ۴. مقایسه سیستم اعتباربخشی در کشورهای مختلف

جداول شماره ۲ تا ۱۱ بررسی تطبیقی کاملی از نهادهای تعیین اعتبار را با مقایسه متقابل و الگوهای ارائه‌شده از سوی ایالات متحد آمریکا به کشورهای جهان سوم نشان می‌دهد:

جدول شماره ۲. توسعه برنامه‌های اعتباربخشی در کشورهای منتخب (با تأکید بر کشورهای OECD)	
کشور	وضعیت عملکرد
بلغارستان، فرانسه، آلمان، ایتالیا، هلند، لهستان، پرتغال، اسپانیا، سوئیس، انگلستان	فعال
بوسنی، چک، دانمارک، فنلاند، لیتوانی، مالت، اسلواکی	در حال توسعه
آلبانی، ارمنستان، اتریش، بلژیک، استونی، سوئد، ترکیه، یوگسلاوی	بدون وجود برنامه مشخص
منبع: اسکرپونز، ۲۰۰۴	

در مطالعات انجام شده روشهای مختلف تأمین مالی روشهایی است که ذکر شده است. نکته قابل اهمیت که در برخی از کشورها مشاهده می‌شود تأمین ۳ الی ۴ سال اول به وسیله دولت است، و از سال چهارم و پنجم که با ترکیبی از درآمد از محل عضویت در فرایند اعتباربخشی و درآمدهای ناشی از فعالیتهای دیگر به دست می‌آید، دست‌کم ۷۵ درصد از هزینه‌ها پوشش داده می‌شود. در برخی از کشورها که با ماهیت ابالتی فعالیت می‌کنند، تأمین مالی از محل ایالت صورت می‌گیرد. نتیجه اینکه ظاهراً شیوه تأمین مالی از ثبات و هماهنگی لازم تبعیت نمی‌کند. در هر حال مدیریت، تأمین مالی و استانداردسازی در بسیاری از موارد مستقل از دولت صورت می‌گیرد که سوئیس نمونه بارز آن است.

در برخی از کشورها نیز تأمین مالی از طریق دولت یا سازمانهای بیمه‌ای تحقق می‌یابد که بلغارستان نمونه بارز این کشورهاست، در برخی تأمین مالی کاملاً بر عهده دولت است. ولی اعتباربخشی تسهیلات فیزیکی فقط از طریق عقد قرارداد با مؤسسات دولتی امکان‌پذیر است. در برخی دیگر از کشورها مانند انگلیس اعتباربخشی مؤسسات در بخش دولتی بدون پرداخت هر نوع هزینه‌ای صورت می‌گیرد در این کشورها مؤسسه مستقل بهداشتی یا بیمه‌گر خصوصی، تأمین مالی اعتباربخشی را به عهده دارد. برخی از ارائه‌کنندگان خصوصی نیز گهگاه آمادگی مشارکت مالی برای اعتباربخشی بیمارستانها را دارند.

جدول شماره ۳. مقایسه پدید آمدن سازمانهای اعتبار بخشی در کشورهای منتخب

دامنه کار	منابع و اعتبار مالی	اختیاری	شاخص های عمل	طول تاریخ استقرار پروژه	آزمون موردی	فرایند بررسی	نوع استنادها	نهاد اعتبار بخشی	کشور
بله	-	-	-	-	قسمتی	بله	بله	وزارت سلامت	اکراین
بله	-	-	پیشنهاد شده	۳-۵ سال	قسمتی	قسمتی	بله	سازمان مستقل	عربستان سعودی
بله	-	-	-	-	-	-	-	وزارت سلامت	مصر
بله	-	-	خیر	-	بله	بله	بله	وزارت رفاه و بهزیستی	مجارستان

منبع: شورای بهبود کیفیت، ضوابط اعتبار بخشی ۲۰۰۱

جدول شماره ۴. مقایسه سازمانهای اعتباربخشی موجود در کشورهای منتخب

نام کشور	نهاد اعتباربخشی	شکل و راهمای استاندارد	نوع استاندارد	پایه استاندارد	امتزازدهی	شمایسازمانهای تحت اعتباربخشی	میارهای مهموب	اختیاری	منابع مالی
هند	اعتباربخشی	بخشی	ساختار و فرایند	نامعلوم	۴ معیار	۱۸	خیر	بله	از محل تعرفه بررسی
استرالیا	شورای استاندارد های مراقبتهای بهداشتی و درمانی	بخشی	ساختار و فرایند	بله	۴ معیار	۲۰۱	بله	بله	از محل تعرفه بررسی اعتبارات و آموزش
نیزلند	وزارت بهداشت	عملیاتی	ساختار و فرایند و نتیجه	بله	—	۱۱۵	پیشفاده شده	بله	از محل پرداخت تعرفه اعطاء ۱۹۹۸
تابوان	وزارت بهداشت	بخشی و عملیاتی	ساختار و فرایند و نتیجه	بله	۳ معیار	۵۲۵	بله	بله	دولت
ژاپن	شورای کیفیت مراقبتهای مراقبت از سلامت	—	—	—	—	۷۹	—	بله	—
کره	شورای مشترک اعتباربخشی بیمارستانها	بخشی	ساختار و فرایند	بله	۳ معیار	۱۳۱	بله	بله	از محل تعرفه بررسی
چین	ارزیابی عملکرد بیمارستانها	—	فرایند و نتیجه	—	—	۹۶	—	—	—
چین	کمیته ارزیابی درجه بیمارستانها	بخشی	—	—	—	۱۰۸۹	—	—	—
آفریقای جنوبی	شورای اعتباربخشی مراقبتهای بهداشتی و درمانی	بخشی و عملیاتی	ساختار و فرایند و نتیجه	بله	۴ معیار	۴۰	بله	—	از محل تعرفه بررسی

منبع: شورای بهبود کیفیت، ضوابط اعتباربخشی ۲۰۰۱

جدول شماره ۵. پشتوانه اجرایی و قانونی برنامه	
کشور	وضعیت قانونی
آلمان، ایرلند، پرتغال، اسپانیا، انگلستان	برنامه فعال بدون توجه به قانونگذاری
هلند: قانون سال ۱۹۹۶ لهستان: قانون سازمانهای سلامتی، ۱۹۹۷ بلغارستان، قانون تسهیلات مراقبتهای سلامتی، ۱۹۹۹ سوئیس، تضمین کیفیت، ۱۹۹۶	برنامه در حال اجرا
فرانسه، لایحه پارلمان - آوریل ۱۹۹۶ ایتالیا، قانون ملی - ۱۹۹۷ انگلیس، اسکاتلند / قانون مصوب ملی - اسکاتلند ۱۹۹۸	نیاز به برنامه دارد
منبع: اسکریونز، ۲۰۰۴	

جدول شماره ۶. مسئولیت پذیری دولت در اعتباربخشی بیمارستانها	
کشور	ارتباط به دولت
بوسنی، ایتالیا، مالت، پرتغال، اسلوانی	۱. مدیریت در وزارت بهداشت
انگلستان، فرانسه، ایرلند	۲. آژانس جدا از دولت
بوسنی، بلغارستان، چک، مجارستان، لیتوانی، هلند، اسپانیا	۳. آژانس مستقل با مسئولیت دولت
دانمارک، فنلاند، اسپانیا، سوئیس، امریکا	۴. کاملاً مستقل
منبع: اسکریونز، ۲۰۰۴	

جدول شماره ۷. وابستگی مالی سازمانهای اعتباربخشی در کشورهای منتخب	
کشورهای منتخب	نوع وابستگی و مشارکت
بوسنی، بلغارستان، پرتغال، ایرلند، ایران	تأمین مالی سیستمها از طرف دولت
بلغارستان	بیمه درمان همگانی
هیچکدام	بیمه درمان خصوصی
دانمارک، فرانسه	شفاف نبودن روش تأمین مالی
منبع: اسکرینوز، ۲۰۰۴	

#### ۱- ۴. آغاز فرایند اعتباربخشی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی کشورها از سال ۱۹۰۰ میلادی فرایند اعتباربخشی را آغاز کرده و در برخی از کشورها از سال ۲۰۰۲ به طور رسمی شروع شده است. (جدول شماره ۸)

جدول شماره ۸. آغاز فرایند اعتباربخشی در کشورهای منتخب	
کشور	سال شروع
انگلستان	۱۹۹۰
فنلاند	۱۹۹۵
اسپانیا	۱۹۹۶
چک	۱۹۹۷
لهستان، سوئیس	۱۹۹۸
فرانسه، لیتوانی، هلند	۱۹۹۹
پرتغال، انگلیس	۲۰۰۰
آلمان، بلغارستان	۲۰۰۱
دانمارک، ایرلند	۲۰۰۲
منبع: اسکرینوز، ۲۰۰۴	



## ۲-۴. تأکید بر اعتباربخشی مراکز مراقبت از سلامت

بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرایند اعتباربخشی در ابتدا با تأکید بر بیمارستانها در اروپا آغاز شد و سپس به سمت شبکه‌های ارائه دهنده خدمات مراقبت از سلامت گسترش یافت. به نظر می‌رسد با مطرح شدن دیدگاه پزشکی پیشگیری و تغییر مراقبتها به سمت مراقبتهای مبتنی بر جامعه، بجز از بیمارستانها سایر مراکز درمانی نیز در برنامه اعتباربخشی گام نهاده‌اند. این موضوع بویژه در کشورهای در حال توسعه مشهود است. (جدول شماره ۹).

جدول شماره ۹. محورهای فعالیت سازمان اعتباربخشی در کشورهای منتخب	
کشورهای منتخب	تأکید برنامه اعتباربخشی
استانداردهای بالینی انگلیس	تخصص‌های بالینی
فرانسه، لتونی، بوسنی، ایتالیا، رومانی، انگلیس	تمامی بخشها
آلمان	بخشهای سطح سوم ارائه مراقبتهای مراقبت از سلامت بیمارستانهای آموزشی
بلغارستان، چک، اسلواکی، مجارستان، ایرلند، مالت، هلند، لهستان، پرتغال، سوئیس	سطوح دوم مراقبت از سلامت و بیمارستانهای آموزشی
بوسنی و هرزگوین، دانمارک، قبرس، جمهوری اسلواکی، اسپانیا، کاتالونیا، انگلیس	سطوح سوم و بیمارستانها
فنلاند، جمهوری اسلواکی	خدمات بهداشتی و اجتماعی
منبع: شورای اعتباربخشی استرالیا ۲۰۰۴	

با توسعه کیفیت مراقبتهای مراقبت از سلامت و به وجود آمدن انتظار در جامعه مصرف‌کننده خدمات و مطرح شدن بحث تمرکز بر نیاز و رضایت مشتری<sup>۱</sup> امید است، که فرایند اعتباربخشی در مراقبتهای طولانی مدت نیز گسترش یابد.

1. client focused

### ۳-۴. تجدیدنظر در استانداردها

در کشورهای مختلف دوره‌های تجدیدنظر در استانداردها متفاوت است به طوری که در از ۶ ماه (آلمان) تا ۴ سال (انگلستان) تغییر می‌کند. نکته قابل اهمیت این است که میانگین دوران تجدیدنظر در کشورهای مختلف کمتر از ۳ سال است. آنچه در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود این است که بیشتر این کشورها استانداردهای بیمارستانی را به طور رسمی انتشار نداده‌اند؛ موضوعی که درباره ایران نیز صادق است.

جدول شماره ۱۰. تعداد روزهای تخصیص یافته برای انجام فرایند ارزیابی در کشورهای منتخب	
کشور	دوره زمانی مورد ارزیابی
- دانمارک - بلغارستان (۴-۶ روز) - لتونی (از ۲ تا ۲۰ روز) - هلند (۴-۵ روز) - سوئیس (۴ روز) - فنلاند (۵-۱ روز)	کمتر از ۶ روز
- فرانسه - آلمان (۹ روز در بیمارستانهای کوچک تا متوسط و ۱۸ روز در بیمارستانهای بزرگ) - لهستان ۸-۱۲ روز - اسپانیا ۹-۱۲ روز	کمتر از ۱۲ روز
- آلمان (بیمارستانهای بزرگ تا ۱۸ روز) - ایرلند ۳۰ روز (تمامی بخشهای حاد) - لیتوانی ۲ تا ۲۰ روز تمامی واحدها از مطب پزشکان تا بیمارستانهایی با ۱۲۰۰ تخت - سیستم مدیریت کیفیت انگلیس بیمارستانهای حاد تا ۳ روز، بیمارستانهای مستقل تا ۱۵ روز	بیش از ۱۲ روز و کمتر از ۳۰ روز
منبع: شورای اعتباربخشی استرالیا ۲۰۰۴	

#### ۴-۴. فرایند ارزیابی در کشورهای مختلف

بررسی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که طولانی‌ترین فرایند ارزیابی در ایرلند (۳۰ روز)، پرتغال (۲۵ روز) و کواتهترین دوره در دانمارک (۳ روز) است. سایر کشورها در این محدوده زمانی قرار دارند. عوامل مؤثر بر طول دوره ارزیابی در کشورهای مختلف، بررسی و نوع و مقدار آن در جدول شماره ۱۰ در کشورهای مختلف مشخص شده است.

ترکیب تیم‌های بازرسی در برخی کشورها مشخص نیست، در این زمینه ترکیب متفاوتی وجود دارد. به عنوان مثال، در این کشورها ۳ گروه کارشناسی<sup>۱</sup> شامل مستندساز و گزارشگر و دو گروه بازرسی در ۱ روز مراجعه و فرایند ارزیابی را انجام می‌دهند. توضیح آنکه بازرسان حق سؤال و قضاوت ندارند، ایشان تیم را همراهی می‌کنند و به رئیس گروه خود پیشنهاد مورد نظر را ارائه می‌دهند.

بررسی هزینه‌های اعتباربخشی در کشورهای مختلف بر مبنای ارزیابی بیمارستانهای ۱۰۰ تختخوابی نشان می‌دهد این هزینه‌ها در کشورهای مختلف دارای تفاوت فاحشی است به طوری که در لیتوانی ۴۰۰ یورو، بلغارستان ۵۲۶ یورو، لهستان ۲۰۰۰ یورو، فرانسه ۸۶۵۰ یورو، سوئیس ۹۵۰۰ یورو، انگلستان ۱۰۶۲۵ یورو، اسپانیا ۱۸۴۰۰ یورو و ولز و اسکاتلند در حدود ۱۸۶۰۰ یورو برآورده می‌شود. در ایران این هزینه‌ها مشخص نیست.

#### ۴-۵. تأمین منابع مالی

منابع اصلی تأمین مالی در کشورهای مختلف عبارت است از: دریافت تعرفه از مراکز ارزیابی شونده، از محل کمکهای دولتی و ترکیبی از شیوه ذکر شده. (جدول شماره ۱۱). نکته قابل اهمیت این است که در هر حال در بیشتر کشورها بخشی یا بخش عمده‌ای از هزینه‌های مربوط به سازمانهای اعتباربخشی را دولت پرداخت می‌کند.

#### ۵. پژوهش انجام شده در ایران در زمینه اعتباربخشی

سوزان قلعه‌باغی در رساله دکتری خود به بررسی اعتباربخشی خدمات مراقبت از سلامت از طریق مطالعات تطبیقی پرداخته است. مهمترین یافته‌های این پژوهش به شرح زیر است:

1. expert

جدول شماره ۱۱. منابع اصلی تأمین مالی اعتباربخشی	
کشور	تأمین منابع مالی
بلغارستان، چک، اسلواکی، فنلاند، لتونی، لهستان، سوئیس، مجارستان، ولز و اسکاتلند	حق الزحمه ارزیابی
بوسنی، آلمان، ایتالیا، ایرلند، پرتغال، اسلواکی، انگلیس، اسکاتلند، ولز	کمکهای مالی دولت
فرانسه (دولت، بیمه‌ها و گروههای مصرف‌کننده) هلند (حق الزحمه اعتباربخشی، صندوق برنامه‌ریزی بیمارستانها و سازمان بیمارستانها و سازمان پزشکان هلند)	تلفیقی از دو شیوه فوق
منبع: شورای اعتباربخشی استرالیا ۲۰۰۴	

بر اساس نتایج حاصل از این «پژوهش» الگوی اعتباربخشی خدمات مراقبت از سلامت برای ایران پیشنهاد گردیده است. روش پژوهش توصیفی - تطبیقی است که به صورت مقطعی و میدانی انجام گرفته و برای ارائه الگوی اعتباربخشی در خدمت بهداشتی و درمانی، کشورهای توسعه یافته آمریکا و انگلیس و فرانسه و کانادا انتخاب شده و ابتدا با هم و سپس با ایران مقایسه شده‌اند. نتیجه بررسی تطبیقی نشان داده است که اعتباربخشی خدمات مراقبت از سلامت در کشورهای توسعه یافته با هم تفاوت اصولی ندارند و اعتباربخشی خدمات مراقبت از سلامت ایران متفاوت است.

برای تدوین الگوی اعتباربخشی خدمات بهداشتی و درمانی، بر اساس تکنیک دلفی از مدیران، صاحب‌نظران و کارشناسان بهداشت و درمان در حدود ۹۶ نفر نظرسنجی شده است. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه است که پس از اجرای مقدماتی و سنجش پایانی به وسیله اعضای هیئت علمی تکمیل شده است. پرسشنامه حاوی پنج سؤال در مورد مشخصات فردی و بیست و هشت سؤال در مورد اعتباربخشی خدمات مراقبت از سلامت است. برای یافته‌های توصیفی پژوهش جداول و نمودارهایی تدوین شده و برای بررسی و تحلیل از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

بر اساس نتایج بررسی توصیفی و تحلیلی نظرسنجی مورد پژوهش و مؤلفه‌های حاصل از آن و مطالعات گسترده و تجربیات پژوهشگر و با توجه به سنت و فرهنگ ایران الگوی نهایی اعتباربخشی مدیریت خدمات مراقبت از سلامت پیشنهاد شده است. در خاتمه پیشنهادهایی بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش در زمینه‌های مختلف اعتباربخشی مدیریت خدمات مراقبت از سلامت ارائه شده است. نتایج حاصل از پژوهش به شرح زیر خلاصه می‌شود:

– به طور کلی مدیران ارشد در بیمارستانها با شیوه ارزیابی و اعتباربخشی کنونی ایران موافقت ندارند.

– پاسخگویان خواستار تغییر شیوه ارزیابی و اعتباربخشی کنونی خدمات مراقبت از سلامت شده‌اند.

### نتیجه

تکاپوی رو به افزایش کشورها و بخش سلامت آنها در کشورهای مورد مطالعه تحقیق بیانگر سه نوع گرایش در زمینه تعیین اعتبار مؤسسات مراقبت از سلامت است:

۱. انجام فرایند اعتباربخشی مؤسسات ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت به وسیله نهادهای مستقل ارزیابی، بدون وابستگی به دولت، خصوصی و غیرانتفاعی. در رأس کشورهایی که از این روش برخوردار شده‌اند ایالات متحده آمریکا قرار دارد.

۲. انجام فرایند اعتباربخشی مؤسسات ارائه‌دهنده مراقبت از سلامت، به وسیله نهادهای مستقل غیروابسته به نهادهای تحت ارزیابی ولی وابسته به دولت. غالب کشورهای توسعه یافته از جمله کانادا و بیشتر کشورهای اروپای غربی و برخی کشورهای توسعه یافته از این روش تبعیت کرده‌اند.

۳. انجام فرایند اعتباربخشی و تعیین درجه و اعتبار مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت به وسیله نهادهای وابسته به دولت، غیرمستقل و وابسته به ارائه‌دهندگان خدمت. این شیوه در برخی کشورهای در حال توسعه مورد استفاده قرار گرفته است که جمهوری اسلامی ایران از آن جمله است.

عدم استقلال و جهت‌گیری‌های اعتباربخشی غیرمستقل و وابسته به ارائه‌دهنده خدمت، گرایش صاحب‌نظران را به ایجاد تحول در زمینه متدلوژی ارزیابی و تعیین اعتبار نشان داده است. حاصل تحقیق در الگوی پیشنهادی که حاصل انجام تکنیک دلفی است ارائه شده است.

## منابع:

### منابع فارسی

۱. شورای مشترک اعتباربخشی سازمانها و مراکز بهداشت درمان (بیمارستانها)، استانداردهای ممیزی و اعتباربخشی بیمارستان، ترجمه ابراهیم صدقیانی، مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۸۲.
۲. صدقیانی، ابراهیم، ارزیابی استانداردهای بیمارستانی، انتشارات معین، ۱۳۷۹.

### منابع انگلیسی

1. Australian Council on Healthcare Standards and Health Services Research
2. Group University of Newcastle, 2001. Determining the Potential to Improve the Quality of Care in Australia Health Care Organisations. 2nd Edition. NSW. Australia.
3. Australian Quality Council, "The Value of Assessment". <http://www.aqc.au/abf/value.html>. (accessed 12 December, 2002)
4. Bohigas, L. and Heaton, C. (2000). Methods for External Evaluation of Health Care Institution. International Journal for Quality in Health Care, Volume 12, Number 3, pp 231-238.
5. Braithwaite, G. Caves, R. and Faulkner, J. (1998). A Systematic Investigation into Australian Aviation Safety. The University of New South Wales, Sydney NSW.
6. Canadian Council on Health Services Accreditation, "About Us". <[http://cchsa.ca/site/pt\\_link.php?query=board&plain=1](http://cchsa.ca/site/pt_link.php?query=board&plain=1)>. (accessed 11.12.02)
7. Heidmann, E. G. (1993). The Contemporary Use of Standards in Health Care, World Health Organisation.
8. Standards Setting and Accreditation Literature Review and Report, April 2003, p 157.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Standards Manual" <<http://www.jcaho.org/htba/ambulatory+process/standards+manttal/index.htm>>. (accessed on 9 January. 2003).
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "Who Is The Joint Commission".

- <<http://www.jcaho.org/general+public/who+jc/who+is+tje+jpint+commission.htm>>. (accessed on 8 January, 2003).
11. Or,Z. (2002). Improving the performance of Health Care Systems: from measures to action. OECs Labour Market and Social Policy-Occastional paper No. 57, paris, France.
  12. Quality Improvement Council, "National Review and Accreditation Program". <<http://www.latrobe.edu.au/qic/prog.htm>>. (last updated May, 2001).
  13. Schyve, P.M. (2000). The Evolution of External Quality Evaluation: Observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, pp. 255- 258.
  14. Shaw, C. and Heaton, C. (2000). CASPE Research, Summary of the EXPERT Project, <[http://www.caspe.co.uk/final\\_summary.htm](http://www.caspe.co.uk/final_summary.htm)> (released 15, June 2000).
  15. Shw, C. D. (2000). Editorial-The role of External Assessment in Improving Health Care. *International Journal for Quality in Care*, Volume 12, Number 3, p. 167.
  16. Shaw, C. D. (2000). External Quality Mechanisms for Health Care: summary of the EXPERT project on visitatie, accreditation, EFQM, and ISO assessment in European Union Countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 12, Number 3, p. 169-175.
  17. World Health Organisation, 2001. Quality of care: patient safety, Report by the Secretariat of the Executive Board, December 2001, USA.