مشاوران تعالی سازان
مشاور مدیریت در صنعت سلامت

گزارش

استانداردسازی بیمارستان

از نتیجه نهایی تا استانداردهای ملی اعتباربخشی

آذر ۱۴۰۵

این سند توسط تیم شرکت مشاوران تعالی‌سازان در ایران تهیه گردیده است و لذا کلیه حقوق این سند متعلق به شرکت مشاوران تعالی‌سازان می‌باشد و استفاده از چارچوب، محتوا و طراحی آن بدون کسب مجوز از این شرکت خلاف قوانین تجاری جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.
شرکت مشاوران تعالی‌سازان: تهران، ایران.

شرکت مشاوران تعالی‌سازان در سال ۱۳۸۰ با هدف خلق ارزش و کمک به رشد پایدار سازمان‌ها تأسیس شد و طی سال‌ها در صنایع مختلف، به حل چالش‌های مدیریتی و ارائه راهکارهای اثربخش پرداخته است. امروز، با تمرکز بر صنعت بهداشت و درمان، قصد داریم نقشی مؤثر در بهبود سیستم‌های بهداشتی، توانمندسازی سازمان‌ها و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی ایفا کنیم.

با هم تا تعالی...

پیشگفتار

هیچ چیز بی‌فایده‌تر از آن نیست که کاری را که اساسا نباید انجام شود، با کارایی بسیار انجام دهیم. پیتر دراکر

این جمله دراکر ما را با پرسشی روبه‌رو می‌کند که در شلوغی کارهای روزمره، کمتر فرصت فکرکردن به آن داریم: آیا همه تلاش‌هایی که می‌کنیم، واقعا ما را به نتیجه‌ای که می‌خواهیم نزدیک‌تر می‌کنند؟

این پرسش در بیمارستان معنای ویژه‌ای پیدا می‌کند. مدیران و کارکنان هر روز برای اجرای استانداردها، اصلاح فرایندها و آماده‌سازی ارزیابی‌ها وقت و انرژی می‌گذارند. اما در میان این همه تلاش، پرسشی مهم باقی می‌ماند: در نهایت، چه چیزی برای بیمار و بیمارستان تغییر می‌کند؟ آیا نتیجه این فعالیت‌ها را می‌توان در مراقبتی ایمن‌تر، خدماتی باکیفیت‌تر و عملکردی بهتر دید؟

استانداردها به ما کمک می‌کنند بدانیم چه انتظاری از یک بیمارستان داریم و عملکرد آن را چگونه بسنجیم. اما داشتن استاندارد و رعایت آن، پایان مسیر نیست. ارزش واقعی استانداردها زمانی آشکار می‌شود که از متن دستورالعمل‌ها و گزارش‌های ارزیابی فراتر بروند و در تصمیم‌های مدیریتی، رفتار کارکنان و تجربه بیماران اثر بگذارند.

جالب آنکه این دغدغه قدمتی بیش از یک قرن دارد. از زمانی که نخستین تلاش‌ها برای مقایسه بیمارستان‌ها آغاز شد تا امروز که نظام‌های اعتباربخشی به مجموعه‌ای گسترده از استانداردها و سنجه‌ها تبدیل شده‌اند، یک پرسش همواره پابرجا مانده است: چگونه می‌توان مطمئن شد آنچه اندازه می‌گیریم، واقعا به بهترشدن مراقبت کمک می‌کند؟ پاسخ به این پرسش در طول زمان تغییر کرده و همین تغییرات، داستان شکل‌گیری استانداردسازی بیمارستانی را ساخته است.

ما در شرکت مشاوران تعالی‌سازان، با تکیه بر تجربه فعالیت در کنار مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، تلاش کرده‌ایم مسیر تحول استانداردسازی بیمارستانی را از نخستین تجربه‌های جهانی تا شکل‌گیری و توسعه نظام اعتباربخشی ملی ایران دنبال کنیم. در کنار این روایت، دیدگاه‌های ۶۱ نفر از مدیران و کارکنان مرتبط با اعتباربخشی را نیز گردآوری کرده‌ایم تا تجربه کسانی که با استانداردها و فرایندهای ارزیابی سروکار دارند، بخشی از تصویر گزارش باشد.

اکنون که ویرایش ششم استانداردهای ملی اعتباربخشی منتشر شده، فرصت مناسبی است تا از تجربه‌های گذشته برای نگاه به آینده بهره بگیریم. آنچه اهمیت دارد، تنها رتبه‌ای نیست که بیمارستان در پایان ارزیابی کسب می‌کند؛ بلکه تغییراتی است که پس از آن در سازمان باقی می‌ماند: فرایندهایی که بهتر کار می‌کنند، تصمیم‌هایی که آگاهانه‌تر گرفته می‌شوند و بهبودی که به بخشی از فعالیت روزمره تبدیل می‌شود.

امیدواریم این گزارش زمینه‌ای برای گفت‌وگو، بازاندیشی و بهره‌گیری مؤثرتر از ظرفیت استانداردهای اعتباربخشی در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی فراهم کند.

و شاید پرسش اصلی همین باشد: اگر موفقیت اعتباربخشی را نه با رتبه بیمارستان، بلکه با تغییرات واقعی در کیفیت مراقبت بسنجیم، چه چیزهایی را باید متفاوت انجام دهیم؟



دکتر سید احمد آیت اللهی

رئیس هیئت‌مدیره و مدیر دپارتمان
اقتصاد و کسب‌وکار

مقدمه

موضوع، مسیر و ساختار گزارش

این گزارش درباره یک پرسش کهنه است که هنوز تازه مانده: از کجا می‌توان دانست بیمارستانی که بیمار در آن بستری می‌شود، کار خود را خوب انجام می‌دهد؟ پرسشی که در نگاه اول ساده به نظر می‌رسد، اما هر بار که کسی کوشیده به آن پاسخ دهد، معلوم شده که پاسخ‌دادن به آن مستلزم ساختن ابزارهایی است که پیش از آن وجود نداشته‌اند: زبان مشترک برای توصیف وضعیت، روشی برای شمردن، معیاری برای مقایسه، و نهادی که این همه را اجرا کند.

دشواری کار هم از همین‌جا آغاز می‌شود، چون کیفیت بیمارستان برخلاف بسیاری از ویژگی‌های دیگر یک سازمان، مستقیما دیدنی نیست. آنچه می‌توان دید ساختمان و تجهیزات و شمار کارکنان است، حال آنکه آنچه اهمیت دارد سرنوشت بیمار است؛ و میان این دو، زنجیره‌ای از تصمیم‌ها و رفتارها قرار دارد که هر حلقه آن می‌تواند نتیجه را تغییر دهد. هر نظام سنجشی که تاکنون ساخته شده، کوششی بوده برای نزدیک‌شدن به این زنجیره از راه نشانه‌هایی که اندازه‌گیری‌شان ممکن است.

این مسیر از ابتدا دنبال می‌شود، نه برای بازگفتن تاریخ، بلکه برای روشن‌کردن اینکه نظام اعتباربخشی امروز از کجا آمده و چرا شکلی را دارد که دارد. برای نمونه، بند مربوط به کامل‌بودن پرونده بیمار که امروز در هر نظام اعتباربخشی وجود دارد، در ۱۹۱۹ به این دلیل نوشته شد که بدون پرونده کامل نمی‌شد تجربه بالینی بخش‌ها را بازبینی کرد؛ و وقتی این ریشه را بدانیم، روشن می‌شود که هدف آن بند مستندسازی نبوده و مستندسازی تنها وسیله‌ای برای بازبینی بوده است. اگر در عمل جای هدف و وسیله عوض شود، همان بند به بار اداری تبدیل می‌شود.

به همین دلیل، روایت این گزارش نه ستایش است و نه کیفرخواست؛ هر مرحله‌ای که در آن مسئله‌ای حل شده مسئله تازه‌ای هم ساخته است، و فهم همین زنجیره به مدیر امروز کمک می‌کند بداند کدام نقدها ریشه‌ای‌اند و کدام‌ها با اصلاحی کوچک برطرف می‌شوند.

روایت دو مسیر موازی را دنبال می‌کند و در چهار بخش تنظیم شده است.

دو بخش نخست مسیر جهانی را می‌گیرند، از آتش‌سوزی یک بیمارستان در پاریس تا نظام‌های بین‌المللی اعتباربخشی؛ بخش سوم به ایران می‌پردازد که همان مراحل را به ترتیبی دیگر طی کرده و اکنون در میانه چرخه‌ای از ویرایش و اصلاح ایستاده است؛ و بخش چهارم تجربه کسانی را گزارش می‌کند که این نظام را هر روز اجرا می‌کنند. این دو مسیر در بخش‌های جداگانه نمی‌مانند، چون هر جا تجربه ایران با تجربه جهانی گره خورده، همان پیوند نشان داده شده است.

هر بخش به پرسشی پاسخ می‌دهد که از دل بخش پیشین بیرون آمده است. بخش نخست می‌پرسد تفاوت بیمارستان‌ها را اصلا چگونه می‌توان دید؛ بخش دوم می‌پرسد حداقل لازم برای یک بیمارستان چیست و چه کسی باید آن را بنویسد؛ بخش سوم می‌پرسد این الگو در ایران چه شکلی به خود گرفته و چرا ترتیب رویدادها در اینجا متفاوت بوده؛ و بخش چهارم می‌پرسد آنچه در متن استانداردها وعده داده شده، در کار روزمره چقدر دیده می‌شود.

بخش پایانی از جنس دیگری است، چون در آن به‌جای اسناد و پژوهش‌ها تجربه کسانی گزارش می‌شود که امروز در بیمارستان‌ها با این نظام کار می‌کنند. پرسش‌نامه‌ای میان شصت‌ویک نفر از مدیران و کارشناسان توزیع شد و پاسخ‌های آنان مبنای آن بخش است؛ آنچه گفته‌اند نه داوری درباره برنامه است و نه سنجش ملی، بلکه شنیدن صدایی است که در اسناد رسمی کمتر بازتاب می‌یابد.

روش تحلیل آن بخش هم ساده است. پرسش‌نامه بیست‌وپنج پرسش تحلیل‌شده دارد، و بیست‌وسه پرسش طیفی آن چهار محور اصلی را می‌سازند: برداشت از ویرایش ششم، تجربه ارزیابی، اثر برنامه بر مراقبت، و آنچه پس از پایان ارزیابی باقی می‌ماند. برای هر پرسش طیفی امتیازی از صفر تا صد محاسبه شده تا مقایسه میان پرسش‌ها ممکن شود، و در جمع‌بندی پایانی به‌جای میانگین‌گرفتن از محورها، خود پرسش‌ها از بالاترین تا پایین‌ترین امتیاز مرتب شده‌اند تا تفاوت‌های معنادار میان آن‌ها دیده شود.

در سراسر گزارش، عدد و تاریخ تنها جایی آمده که به فهم مسئله کمک می‌کند؛ بنابراین هر داده‌ای برای نشان‌دادن ابعاد مسئله ضروری بوده و هر جا نیامده، روایت بدون آن کامل بوده است.

درباره نام‌ها نیز توضیحی لازم است. در این گزارش، ارزشیابی به نظام درجه‌بندی سالانه‌ای اشاره دارد که از ۱۳۷۶ اجرا می‌شد و اعتباربخشی به نظام ملی‌ای که از ۱۳۸۶ تدوین و از ۱۳۹۱ اجرا شد. این دو با مجوز فعالیت متفاوت‌اند؛ ابزاری قانونی برای اجازه تأسیس و ادامه کار که ناظر بر کیفیت نیست. همچنین، ویرایش به نسخه متن استانداردها و دور به نوبت اجرای ارزیابی جامع اشاره دارد. این دو تا ۱۴۰۱ هم‌زمان پیش رفتند، اما دور ششم در ۱۴۰۳ عمدا بر اساس ویرایش پنجم اجرا شد و ویرایش ششم در ۱۴۰۵ انتشار یافت. این تفکیک‌ها در خواندن بخش سوم اهمیت دارند.

برای فهم بهتر گزارش، باید به الگویی توجه کرد که در هر چهار بخش تکرار می‌شود: هر بار که تلاش شده کیفیت بیمارستان سنجیده شود، ابزاری تازه ساخته شده است؛ ابزاری که ضمن فراهم‌کردن امکان‌های جدید، محدودیت‌هایی را نیز آشکار کرده و زمینه‌ساز گام بعدی شده است. این الگو در مسیر جهانی و تجربه ایران دیده می‌شود و نشان می‌دهد نقدهای امروز را باید بخشی از این زنجیره دانست، نه نشانه شکست برنامه.

این گزارش برای مدیران بیمارستان، مسئولان بهبود کیفیت و سیاست‌گذاران حوزه سلامت نوشته شده است؛ کسانی که تصمیم‌هایشان مستقیما با اجرای استانداردها گره خورده است. بااین‌حال، اتکای روایت به تاریخ و شواهد و پرهیز از اصطلاحات فنی، آن را برای سایر علاقه‌مندان به نظام سلامت نیز قابل‌پیگیری کرده است.

سرانجام، روایت گزارش بر پژوهش‌های منتشرشده، اسناد رسمی و تاریخ‌نگاری نهادهای اعتباربخشی استوار است و فهرست منابع در صفحه پایانی آمده است. برای حفظ روانی متن، ارجاع درون‌متنی حذف شده و منابع نمودارها و نقل‌قول‌ها ذیل آن‌ها درج شده‌اند. همچنین، برداشت‌های تحلیلی از شواهد در متن مشخص شده‌اند تا با گزارش واقعیت اشتباه نشوند.

خلاصه مدیریتی

بیمارستان‌ها همیشه با یکدیگر تفاوت داشته‌اند، اما تا دو قرن پیش هیچ راه قابل اتکایی برای نشان‌دادن این تفاوت وجود نداشت. کسی نمی‌توانست بگوید چرا بیماری که در یک بیمارستان بستری می‌شود شانس بیشتری برای زنده‌ماندن دارد تا بیماری که به بیمارستان دیگری می‌رود؛ و چون نمی‌شد تفاوت را نشان داد، نمی‌شد آن را اصلاح کرد. هر آنچه امروز زیر عنوان استاندارد و اعتباربخشی شناخته می‌شود، از کوشش برای پرکردن همین خلأ بیرون آمده است.

آن تلاش از یک پرسش ساده آغاز شد و به‌تدریج به سه پرسش تبدیل شد که هر کدام از دل پاسخ پرسش پیشین بیرون آمدند: تفاوت بیمارستان‌ها را چگونه می‌توان دید، حداقل لازم برای یک بیمارستان چیست، و آیا سنجیدن بیمارستان‌ها با آن حداقل‌ها در عمل به مراقبت بهتری می‌انجامد یا نه. دو پرسش نخست در طول یک قرن پاسخ گرفتند، اما پرسش سوم هنوز پاسخ قطعی ندارد و همین است که خط اصلی روایت این گزارش را می‌سازد. هر سه پرسش امروز هم در ارزیابی بیمارستان‌ها زنده‌اند.

نخستین گام از مشاهده برداشته شد. ژاک‌رنه تنون پس از آتش‌سوزی هتل‌دیو پاریس مأمور بررسی وضعیت بیمارستان‌ها شد و در ۱۷۸۷ از پنجاه‌ودو مؤسسه در انگلستان دیدن کرد؛ و چون ظرفیت و مرگ‌ومیر آن‌ها را کنار هم گذاشت، برای نخستین بار مقایسه ممکن شد. اما مقایسه بی‌درنگ مشکل تازه‌ای را آشکار کرد: وقتی هر بیمارستان به شیوه خود می‌شمارد، عددها با هم جمع‌بستنی نیستند.

پاسخ این مشکل از آمار آمد. فلورانس نایتینگل که آمار صد و شش بیمارستان انگلیسی را گرد آورده بود، به‌جای کنارگذاشتن نتیجه‌گیری سراغ خود شمارش رفت و میان ۱۸۵۹ تا ۱۸۶۱ برای ثبت یکنواخت آمار بیمارستانی فرم تهیه کرد. هم‌زمان، صندوق بیمارستانی لندن نشان داد که بازدید بیرونی وقتی به پیامدی ملموس مانند کمک مالی گره بخورد رفتار مؤسسه را تغییر می‌دهد؛ اما هیچ‌یک از این دو، سندی مشترک برای سنجیدن بیمارستان‌ها در اختیار نمی‌گذاشت.

آن سند را کالج جراحان آمریکا نوشت، و انگیزه‌اش پرسشی بود که ارنست کادمن از حدود ۱۹۰۰ مطرح کرده بود: سرانجام بیمار پس از پایان درمان چه شد؟ کادمن برای پاسخ به این پرسش بهای سنگینی پرداخت و طرحش هرگز فراگیر نشد، اما همان پرسش کالج را به تدوین معیاری مشترک کشاند. حاصل کار، سندی یک‌صفحه‌ای و پنج‌بندی بود که در مارس ۱۹۱۸ برای بیمارستان‌ها فرستاده شد و نسخه رسمی آن در دسامبر ۱۹۱۹ به تصویب رسید، و برای نخستین بار می‌گفت یک بیمارستان دست‌کم چه چیزهایی باید داشته باشد؛ همان سندی که هسته همه نظام‌های اعتباربخشی بعدی شد.

نخستین پیمایش بر پایه آن سند، فاصله میان آنچه نوشته شده بود و آنچه واقعا وجود داشت را بی‌پرده نشان داد: از ششصد و نود و دو بیمارستان صدتختی و بزرگ‌تر، تنها هشتاد و نه بیمارستان معیارها را برآورده کردند. کالج اما نام مردودها را منتشر نکرد و به‌جای آن توضیح و مهلت اصلاح را برگزید، و نتیجه این بود که نرخ پذیرش در شش سال از سیزده درصد به هشتاد و شش درصد رسید.

آنچه پس از این موفقیت بر سر خود سند آمد، درس دوم این تاریخ است. معیار فشرده هنگام اجرا به تفسیر نیاز پیدا می‌کند و تفسیرهای مکرر به راهنما و رویه تبدیل می‌شوند؛ چنان‌که سند یک‌صفحه‌ای ۱۹۱۸ در ۱۹۲۶ به دستورنامه‌ای هجده‌صفحه‌ای رسید و در ۱۹۲۷ نخستین سنجه عددی جای یک الزام کیفی را گرفت. این مسیر منطق روشنی داشت، اما هر گام وزن بیشتری به امکانات و رویه‌ها می‌داد و سهم کمتری به پیگیری آنچه بر بیمار می‌گذشت.

در ادامه، برنامه از توان یک انجمن حرفه‌ای فراتر رفت و در ۱۹۵۱ به نهادی مستقل سپرده شد؛ سپس قانون مدیکر در ۱۹۶۵ آن را به پول عمومی گره زد و یک سال بعد هدف از حداقل ضروری به بهینه دست‌یافتنی تغییر کرد. از همان دهه، الگو از مرزهای آمریکا بیرون رفت و در کانادا، استرالیا، اروپا و سپس در قالب استانداردهای بین‌المللی گسترش یافت، تا آنجا که ارزیابی بیمارستان به صنعتی جهانی با نهادها و قواعد خود بدل شد.

سه نکته در این تاریخ برای مدیر امروز اهمیت دارد. نخست آنکه هیچ‌یک از این گام‌ها از دل یک برنامه حکومتی بیرون نیامد؛ پیشران هر کدام یا رویدادی عمومی بود، یا دغدغه حرفه‌ای یک فرد، یا ضرورت تصمیم‌گیری درباره پول. دوم آنکه موفقیت نخستین برنامه نه از راه فشار و انتشار فهرست مردودها، که از راه توضیح، همراهی و فرصت اصلاح به دست آمد؛ و همین انتخاب روش، تفاوت میان برنامه‌ای که همکاری می‌سازد و برنامه‌ای که مقاومت می‌سازد را توضیح می‌دهد.

نکته سوم به خود معیار برمی‌گردد. هر بار که سندی کوتاه وارد اجرا شده، فشار یکسان‌سازی آن را به متنی بلند و جزئی‌تر تبدیل کرده است؛ و هر بار که جزئیات بیشتر شده، سهم سنجش پیامد در مجموعه کمتر شده است. این رابطه معکوس میان حجم سنجه و تمرکز بر نتیجه، الگویی است که در تجربه ایران نیز دیده می‌شود و یکی از نتیجه‌گیری‌های این گزارش بر آن استوار است.

گسترش جهانی برنامه نیز بی‌دردسر نبود. هر کشوری که الگو را پذیرفت ناچار شد میان دو تصمیم انتخاب کند: اینکه معیار را چه کسی بنویسد و پایبندی بیمارستان را چه کسی بسنجد، و اینکه مشارکت در برنامه داوطلبانه باشد یا اجباری. پاسخ‌های متفاوت به همین دو پرسش است که امروز تفاوت میان نظام‌های مستقل و دولتی و میان برنامه‌های داوطلبانه و الزامی را توضیح می‌دهد؛ و تجربه ایران در هر دو مورد به سمت نظام دولتی و الزامی رفته است، چنان‌که بخش سوم این گزارش نشان می‌دهد.

در سراسر این مسیر، آنچه سنجیده می‌شد وجود ساختارها و رویه‌ها بود، و اینکه بیماران بیمارستان‌های تأییدشده بهتر درمان شدند یا نه در هیچ‌کدام از این نظام‌ها به‌طور منظم پیگیری نشد. همین شکاف میان انطباق با معیار و بهبود نتیجه، پرسشی است که تجربه ایران نیز، چنان‌که در صفحه بعد می‌آید، با آن روبه‌رو بوده است. پرسشی که از این مسیر بر جای مانده، همان پرسش کادمن است و امروز هم در هر نظام اعتباربخشی به شکلی تازه تکرار می‌شود.

خلاصه مدیریتی

مسیر ایران همین مراحل را طی کرد، اما به ترتیبی دیگر؛ و همین تفاوت ترتیب بسیاری از ویژگی‌های نظام امروز را توضیح می‌دهد. اینجا نخست ابزار قانونی اجازه فعالیت ساخته شد و سنجش مستمر کیفیت دهه‌ها بعد شکل گرفت، چنان‌که نظام ارزشیابی سالانه در ۱۳۷۶ آمد و اعتباربخشی ملی از ۱۳۸۶ تدوین شد و از ۱۳۹۱ به اجرا درآمد. آن نظام تا امروز شش ویرایش را پشت سر گذاشته و در هر ویرایش، نقدی که به ویرایش پیشین وارد بوده پاسخی در متن یا در قاعده اجرا یافته است.

نتیجه این کوشش دوگانه است. از یک سو برنامه چارچوبی واحد و منتشرشده در سراسر کشور ساخت، بیش از هفتصد ارزیاب آموزش دید و مفاهیمی مانند ایمنی بیمار و بهبود کیفیت به‌صورت سازمان‌یافته وارد زبان بیمارستان شد؛ و از سوی دیگر، بار مستندسازی، محدودیت ظرفیت ارزیابی و فاصله میان امتیاز ارزیابی و پیامد مراقبت همچنان در نقدها تکرار می‌شود.

محرک اصلی تبعیت بیمارستان‌ها در این مسیر پیوند درجه با تعرفه بوده است، پیوندی که هم مؤثرترین انگیزه رعایت سنجه‌ها به شمار می‌رود و هم توجه سازمان را به سمت آنچه امتیاز دارد می‌کشاند. شواهد پژوهشی نیز همین دوگانگی را نشان می‌دهند: ساختار و مستندات جلوتر از گزارش‌دهی و یادگیری از خطا حرکت کرده‌اند. در عمل نیز همین پیوند بوده که تعیین کرده است بیمارستان انرژی محدود خود را صرف کدام دسته از سنجه‌ها کند.

برای شنیدن این فاصله از زبان کسانی که آن را زندگی می‌کنند، پرسش‌نامه‌ای میان شصت‌ویک مدیر و کارشناس درگیر در اعتباربخشی توزیع شد. بیشتر آنان از حوزه بهبود کیفیت بودند و در آخرین دوره ارزیابی نقش مستقیم داشتند، چنان‌که آشنایی‌شان با استانداردهای حوزه کاری خود بالاترین امتیاز کل پیمایش را گرفت؛ پس نقدهایی که مطرح کرده‌اند از سر ناآشنایی نیست.

از بیست‌وپنج پرسش تحلیل‌شده این پیمایش، امتیازهای بیست‌وسه پرسش طیفی تشکیل‌دهنده چهار محور اصلی در دامنه‌ای باریک میان پنجاه‌وشش و هفتاد و دو نشستند، و همین باریکی خود یک یافته است: پاسخ‌دهندگان نه چیزی را ستوده‌اند و نه چیزی را رد کرده‌اند.

فاصله شانزده‌واحدی میان بالاترین و پایین‌ترین امتیاز نیز برای داوری قطعی کافی نیست.

بالاترین امتیازها به حوزه‌هایی رسید که الزامشان صریح و قابل بازرسی است: توجه به مخاطرات ایمنی بیمار با هفتاد و دو و تأکید بر عملکرد واقعی در کنار مستندسازی با هفتاد و یک؛ پس از آن، رعایت رویه‌های استاندارد مراقبت، شناسایی و پیگیری اقدامات بهبود و توجه به حقوق بیماران قرار گرفتند.

در میانه این دامنه، پرسش‌های مربوط به روشنی مراحل ارزیابی، حمایت مدیریت و وجود داده منظم برای بررسی تغییرات قرار داشتند؛ حوزه‌هایی که علاوه بر الزام، به هماهنگی نیاز دارند. این جایگاه نشان می‌دهد مرز میان پیشرفت و عقب‌ماندگی، نه میان محورها، بلکه میان جنس الزام‌هاست.

پایین‌ترین امتیاز به پرسشی رسید که در مرکز ماجراست: کمک نتایج ارزیابی به شناسایی فرصت‌های بهبود، با پنجاه‌وشش. گویاترین نشانه، فاصله آن با پرسش مرتبط است: بررسی فعالیت واقعی واحدها در جریان ارزیابی شصت‌وپنج امتیاز گرفت، اما کمک نتایج همان ارزیابی به شناسایی فرصت‌های بهبود پنجاه‌وشش؛ نه واحد فاصله میان دیده‌شدن و به‌کارآمدن.

پنج پرسش با پایین‌ترین امتیازها ویژگی مشترکی دارند: همگی به عواملی وابسته‌اند که با چک‌لیست ساخته نمی‌شوند؛ از جمله شناسایی فرصت‌های بهبود، فضای گفت‌وگو، شفافیت مسئولیت‌ها و نظم فرایندها، استفاده از شاخص‌های عملکردی و مشارکت کارکنان در ارتقای کیفیت. آنچه با چک‌لیست و بازرسی شکل می‌گیرد، بهتر در ارزیابی دیده می‌شود؛ اما تغییر رفتار روزمره و اعتماد میان کارکنان زمان بیشتری می‌طلبد.

پاسخ‌های تشریحی نیز این تصویر را تکمیل می‌کنند. در پاسخ به پرسش درباره مؤثرترین اقدام برای ارتقای اثربخشی برنامه، آموزش کاربردی‌تر و توجه به اجرای واقعی خدمات در صدر قرار گرفتند و پس از آن، تقویت بازخوردهای کاربردی و پیگیری اقدامات اصلاحی مطرح شدند؛ یعنی خواسته اصلی، نه سنجه‌ای تازه، بلکه بازخوردی قابل استفاده است.

تحلیل پاسخ‌ها به تفکیک محور نیز همین جهت را نشان می‌دهد. در محور مربوط به ویرایش ششم، روشن‌ترشدن متن استانداردها امتیاز نسبتا خوبی گرفت، اما تناسب سنجه‌ها با فعالیت واقعی بیمارستان پایین‌تر ماند؛ در محور تجربه ارزیابی، روشن‌بودن مراحل کار بالاتر از فضای گفت‌وگو هنگام بازدید ارزیابی شد؛ و در محور آنچه پس از ارزیابی می‌ماند، حمایت مدیریت بالاتر از استمرار خود اقدامات بهبود نشست. یعنی در هر سه مورد، آنچه قابل بازرسی است جلوتر از آنچه به رفتار جمعی وابسته است حرکت کرده است.

شماری از پاسخ‌دهندگان نیز در پایان پرسش‌نامه یک تجربه موفق یا پیشنهاد کاربردی نوشتند، و مضمون‌های این متن‌ها همان چیزی را تکرار می‌کند که در پرسش‌های بسته دیده شد: تبیین روشن‌تر مصداق‌ها، آموزشی که به کار روزمره بخورد، ارزیابی‌ای که به‌جای مرور مستندات خود خدمت را ببیند، و بازخوردی که اصلاح را پیگیری کند. تجربه‌های موفقی هم که نقل شده‌اند از همین جنس‌اند، از جلسات یادگیری از خطا تا کاهش زمان انتظار بیمار در مسیر خدمت. به بیان دیگر، گام بعدی نه در متن استانداردها، که در سازوکار بازگرداندن نتیجه ارزیابی به بیمارستان جست‌وجو می‌شود.

درباره حدود این یافته‌ها باید محتاط بود. نمونه پیمایش تصادفی نیست و بیشتر پاسخ‌دهندگان از حوزه بهبود کیفیت‌اند، پس آنچه گزارش می‌شود نزدیک‌ترین تصویر به برداشت کارشناسی است و نه سنجش ملی کیفیت؛ و درباره ویرایش ششم نیز نتایج، برداشت از تغییرات را می‌سنجند و نه اثبات پیامد اجرای کامل آن. با این همه، وقتی برداشت مجریان یک برنامه با شواهد پژوهشی هم‌جهت باشد، نمی‌توان آن را کنار گذاشت.

جمع این شواهد یک نتیجه مدیریتی روشن دارد. اگر قرار باشد با منابع محدود جایی از برنامه اصلاح شود، نقطه شروع نه افزودن به شمار سنجه‌ها، که بستن حلقه‌ای است که میان پایان ارزیابی و آغاز بهبود باز مانده است: تعیین مالک برای هر اقدام اصلاحی، زمان بازبینی، معیار بسته‌شدن پرونده، و بازخوردی که به زبان کار روزمره نوشته شده باشد. صد سال پس از پرسش کادمن، همان حلقه مفقوده هنوز سر جای خود است.

فهرست مطالب

بخش اول
پیش از استاندارد

معیار مشترک ۱۰
بازدید بیرونی و مرز آن ۱۱

بخش دوم
حداقل استاندارد

ارنست کادمن ۱۳
پنج بند مشترک ۱۴
نخستین پیمایش ۱۵
از یک صفحه تا یک نظام ۱۶

از مریض‌خانه تا مجوز ۱۸
ارزشیابی ۱۳۷۶ ..... ۱۹
اعتباربخشی ملی ۲۰

بخش سوم
بازگشت به ایران

چرخه اصلاح و محرک تعرفه ۲۱
آنچه شواهد می‌گویند ۲۲
بار اجرا و پرسش تناسب ۲۳
پرسش نهایی ۲۴

بخش چهارم
پیمایش تجربیات

روش، پاسخ‌دهندگان و شیوه امتیازدهی ۲۶
ویرایش ششم اعتباربخشی ۲۷
تجربه ارزیابی ۲۸
اثر بر مراقبت ۲۹
اثر بر سازمان ۳۱
دستاوردها و اولویت‌ها ۳۲
جمع‌بندی پیمایش ۳۳



بخش اول

پیش از استاندارد

پیش از استاندارد

معیار مشترک

تا پیش از قرن هجدهم، تفاوت بیمارستان‌ها امری پذیرفته‌شده بود و کسی ابزاری برای نشان‌دادن آن در اختیار نداشت. مسئله این نبود که بیمارستان‌ها با هم فرق دارند، بلکه این بود که هیچ راهی برای اثبات این فرق و سنجیدن اندازه آن وجود نداشت؛ و چیزی که اندازه‌اش معلوم نباشد، به موضوع اصلاح هم تبدیل نمی‌شود. بیمارستان در آن روزگار بیش از آنکه جای درمان باشد جایی برای نگهداری بیماران بی‌بضاعت بود، و کیفیت کارش، اگر اصلا پرسشی درباره‌اش مطرح می‌شد، با شهرت پزشکان و نظم ظاهری ساختمان سنجیده می‌شد؛ یعنی با نشانه‌هایی که هیچ‌کدام به سرنوشت بیمار گره نخورده بودند.

نخستین کسی که این وضع را به هم زد، ژاک‌رنه تنون بود، و آنچه او را به این کار کشاند نه یک برنامه پژوهشی که یک فاجعه بود. در دوم ژانویه ۱۷۷۲ آتش‌سوزی هتل‌دیو پاریس، یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های شهر، بحثی عمومی درباره وضعیت بیمارستان‌ها به راه انداخت، و چون این بحث از حد گلایه فراتر رفت، آکادمی علوم تنون را مأمور بررسی کرد تا معلوم شود وضع واقعا چگونه است.

تنون برای انجام این مأموریت به انگلستان رفت و در ۱۷۸۷ از پنجاه‌ودو مؤسسه دیدن کرد، از بیمارستان و زندان تا نوانخانه، و یافته‌هایش را سال بعد منتشر کرد. آنچه کار او را از گزارش‌های پیش از خود جدا می‌کند، شیوه ارائه یافته‌هاست: او به‌جای آنکه هر بیمارستان را جداگانه وصف کند، ظرفیت و مرگ‌ومیر آن‌ها را کنار هم گذاشت و اجازه داد عددها با هم مقایسه شوند.

همین کنار هم گذاشتن، پرسشی را پدید آورد که از آن پس رها نشد. وقتی معلوم می‌شود مرگ‌ومیر زائوها در پاریس حدود یک در پانزده و در منچستر حدود یک در صد و بیست‌وهشت است، نمی‌توان این اختلاف را با بخت توضیح داد و ناچار باید پرسید چه اندازه از آن به تفاوت سازمان و مراقبت برمی‌گردد. از آن لحظه به بعد، بازدید از بیمارستان دیگر فقط شرح وضعیت نبود، بلکه ابزاری شده بود برای مقایسه؛ و هر ابزار مقایسه، خواه ناخواه، معیاری را هم با خود می‌آورد.

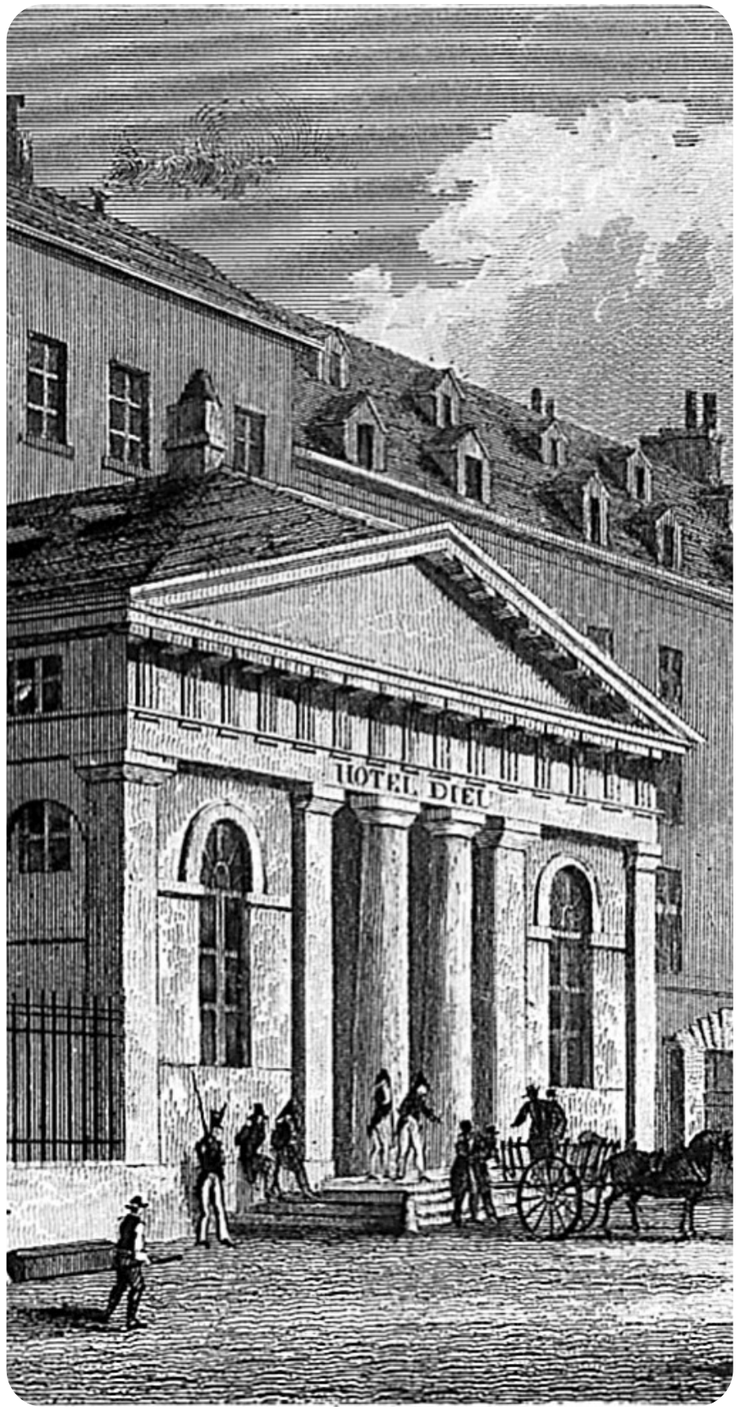
پاسخ‌دادن به این پرسش، تلاش بعدی را ناگزیر کرد، و این بار کسی به سراغش رفت که عادت داشت ادعا را با عدد بسنجد.

فلورانس نایتینگل وقتی آمار مرگ‌ومیر صد و شش بیمارستان انگلیسی را گرد آورد، به مانعی برخورد که امروز هم آشناست: هر بیمارستان به شیوه خودش می‌شمرد. تعریف اینکه چه کسی بیمار بستری به حساب می‌آید، مرگ در چه بازه‌ای ثبت می‌شود و انتقال و ترخیص چگونه شمارش می‌شود، از جایی به جای دیگر فرق داشت؛ و وقتی تعریف‌ها یکسان نباشد، جمع‌بستن و مقایسه اعداد بی‌معنا می‌شود.

نایتینگل به‌جای آنکه از نتیجه‌گیری دست بکشد، سراغ ریشه رفت و کوشید خود شمارش را اصلاح کند. او میان ۱۸۵۹ تا ۱۸۶۱ با همکاری دفتر ثبت احوال فرم‌هایی برای آمار بیمارستانی تهیه کرد و در کنگره بین‌المللی آمار لندن در ۱۸۶۰ خواستار ثبت یکنواخت شد. پیشنهاد او ساده بود و درست به همین دلیل کارآمد: اگر همه به یک شکل بشمارند، عددها قابل جمع‌بستن و قابل مقایسه می‌شوند، و آن‌گاه می‌توان درباره تفاوت میان بیمارستان‌ها با اطمینان بیشتری سخن گفت.

اهمیت این گام از رتبه‌بندی بیمارستان‌ها فراتر می‌رفت، چون داده هم‌تعریف فقط مؤسسه‌ها را با هم مقایسه نمی‌کند. وقتی تعریف‌ها یکسان شدند، می‌شد تفاوت میان بخش‌های یک بیمارستان را هم دید و پرسش از کیفیت را به اطلاعاتی وصل کرد که قابل تحلیل باشد؛ یعنی سنجش، در همان گام نخست، از مقایسه میان مؤسسه‌ها به بررسی درون مؤسسه هم گسترش یافت. از این پس سنجش کیفیت بدون تعریف مشترک داده بی‌معنا شد.

به این ترتیب پرسش اولیه جای خود را به پرسشی دقیق‌تر داد: نه اینکه چه تفاوتی دیده می‌شود، بلکه با چه روشی می‌توان تفاوت را معتبر سنجید. تنون نشان داده بود که مقایسه ممکن است و نایتینگل نشان داد که مقایسه بدون تعریف مشترک معتبر نیست؛ و همین دو یافته، روی هم، راه را به سمت نوشتن معیاری مشترک باز کردند، هرچند هنوز کسی چنین معیاری ننوشته بود و هیچ نهادی هم مسئول نوشتن آن نبود. تنون نشان داده بود که مقایسه ممکن است و نایتینگل نشان داد که مقایسه بدون تعریف مشترک معتبر نیست.



پیش از استاندارد

بازدید بیرونی و مرز آن

در همان سال‌ها، در لندن شکل سومی از ارزیابی پدید آمد که نه از مشاهده می‌آمد و نه از آمار، بلکه از پول. صندوق بیمارستانی شاهزاده ولز، که در ۱۸۹۷ تأسیس شد، در ۱۹۰۲ به نام پادشاه ادوارد هفتم تغییر نام داد و در ۱۹۰۷ با قانون پارلمان به ثبت رسید، از ۱۸۹۸ تیم‌هایی را به بیمارستان‌های خیریه می‌فرستاد تا درباره تخصیص کمک مالی گزارش دهند؛ و چون پای کمک مالی در میان بود، این گزارش‌ها برخلاف گزارش‌های پیشین پیامد مستقیم داشتند.

هر تیم از یک پزشک و یک غیرپزشک تشکیل می‌شد، ترکیبی که نشان می‌دهد نگاه صندوق از ابتدا هم به کار بالینی توجه داشت و هم به اداره مؤسسه. بازدیدها بر تصمیم‌های واقعی اثر می‌گذاشتند و ثابت کردند که نگاه بیرونی، وقتی به پیامدی ملموس گره بخورد، رفتار مؤسسه را تغییر می‌دهد.

با این حال، هدف بازدید تصمیم درباره کمک مالی بود و نه سنجش کیفیت، و همین تفاوت هدف، محدودیت آن را می‌سازد. از بیمارستان خواسته نمی‌شد پیش از بازدید خود را با سندی مشترک بسنجد، و نتیجه هم در قالب فهرستی عمومی منتشر نمی‌شد؛ پس در نبود چنین سندی، هر بازدید یک قضاوت موردی باقی می‌ماند که اعتبارش به نظر بازدیدکننده وابسته بود و از بازدیدی به بازدید دیگر قابل انتقال نبود.

آخرین قطعه این پازل از جای دیگری آمد: از آموزش پزشکی. گزارش فلکسنر در ۱۹۱۰ درباره دانشکده‌های پزشکی آمریکای شمالی ثابت کرد که ارزیابی بیرونی می‌تواند یک حوزه را از بنیاد اصلاح کند، و اثر آن چنان بود که به سابقه‌ای نزدیک برای کالج جراحان آمریکا تبدیل شد.

اما راه‌حل فلکسنر، که حذف و تعطیلی دانشکده‌های ضعیف بود، برای بیمارستان کارساز نبود، چون بستن یک بیمارستان تنها مؤسسه‌ای بی‌کیفیت را حذف نمی‌کرد بلکه دسترسی مردم به درمان را هم قطع می‌کرد. به همین دلیل باید راهی پیدا می‌شد که بیمارستان را به اصلاح برانگیزد بی‌آنکه فعالیتش با یک تصمیم ناگهانی متوقف شود؛ و این قید، شکل معیاری را که بعدها نوشته شد تعیین کرد.

فهرستی هم که انجمن پزشکی آمریکا از ۱۹۱۴ برای بیمارستان‌های مناسب دوره انترنی منتشر می‌کرد نشان می‌داد ایده ارزیابی و انتشار نتیجه در فضای حرفه‌ای پذیرفته شده است؛ اما دامنه آن به آموزش محدود می‌ماند و درباره مراقبتی که بیمارستان به بیمار ارائه می‌کرد چیزی نمی‌گفت.

سه دهه تلاش، بنابراین سه محدودیت را روشن کرده بود: مشاهده به‌تنهایی معیار نمی‌سازد، آمار بدون تعریف مشترک قابل اتکا نیست، و بازدید بیرونی تا وقتی مبنای مکتوبی نداشته باشد به اصلاح پایدار نمی‌رسد؛ پس گام بعدی ناگزیر نوشتن همان مبنا بود.

آنچه این سه تجربه را به هم وصل می‌کند نکته‌ای ساده است: هر بار که کسی خواست کیفیت را بسنجد، ناچار شد ابزاری بسازد که پیش از آن وجود نداشت. تنون جدول ساخت، نایتینگل فرم ساخت و صندوق لندن تیم بازدید ساخت؛ و هر ابزار تازه، ضمن آنکه چیزی را ممکن می‌کرد، محدودیت تازه‌ای را هم آشکار می‌ساخت.

نکته دوم آن است که هیچ‌کدام از این سه تلاش از دل یک برنامه حکومتی بیرون نیامد، چون پیشران هر سه یا رویدادی عمومی بود مانند آتش‌سوزی هتل‌دیو، یا دغدغه حرفه‌ای یک فرد، یا ضرورت تصمیم‌گیری درباره پول؛ و همین توضیح می‌دهد چرا هر مرحله آن ناقص و نیازمند مرحله بعد بوده است.

ناگفته نماند که در هیچ‌کدام از این تلاش‌ها، بیمار نقشی نداشت. تنون برای آکادمی گزارش نوشت، نایتینگل برای دفتر ثبت احوال و کنگره آمار، و صندوق لندن برای تصمیم درباره کمک مالی خود؛ اما کسی نپرسید بیمار از کجا باید بداند بیمارستانی که به آن مراجعه می‌کند چگونه کار می‌کند. این غیبت، که در بخش‌های بعد هم ادامه می‌یابد، یکی از ریشه‌های نقدی است که امروز به نظام‌های اعتباربخشی وارد می‌شود: سنجش کیفیت تا مدت‌ها گفت‌وگویی میان نهادها بود و نه میان بیمارستان و جامعه. همین غیبت توضیح می‌دهد چرا انتشار عمومی نتیجه ارزیابی یک قرن بعد نیز ضعیف‌ترین حلقه این نظام‌ها مانده است. ارزیابی در هر سه تجربه گفت‌وگویی میان نهادها بود و نه میان بیمارستان و جامعه.





بخش دوم

حداقل استاندارد

حداقل استاندارد

ارنست کادمن

ارنست ایموری کادمن، جراح بیمارستان عمومی ماساچوست، از حدود ۱۹۰۰ پاسخ را جایی جست‌وجو کرد که تا آن زمان کسی سراغش نرفته بود: سرنوشت بیمار پس از پایان درمان. استدلال او ساده بود و همین سادگی آن را خطرناک می‌کرد، چون اگر کار بیمارستان با بسته‌شدن زخم تمام می‌شد هیچ‌کس نمی‌فهمید درمان موفق بوده است یا نه؛ پس باید بیمار را تا مدت‌ها پس از ترخیص دنبال کرد.

او این نگاه را ایده نتیجه نهایی نامید و در قالب چهار پرسش صورت‌بندی کرد: بیمار با چه مشکلی مراجعه کرده بود، چه درمانی دریافت کرد، نتیجه چه شد، و اگر نتیجه مطلوب نبود چرا؛ و پرسش چهارم مهم‌ترین بود، چون پاسخ به آن سهم بیمار، پزشک و سازمان بیمارستان را در نتیجه از هم بازمی‌شناخت.

طرحی که برای پاسخ به این چهار پرسش پیشنهاد کرد از پیگیری ساده فراتر می‌رفت: برای هر بستری باید پرونده‌ای جداگانه نگه داشته می‌شد، پیگیری تا یک سال پس از ترخیص ادامه می‌یافت، و پیشرفت جراحان نه بر پایه ارشدیت، که بر پایه نتیجه کارشان سنجیده می‌شد.

دو خواسته دیگر کادمن بود که طرح او را از یک پیشنهاد فنی به یک تهدید تبدیل کرد. او می‌خواست مسئولیت نظارت بر این نظام با هیئت امنای بیمارستان باشد، نه با خود کادر پزشکی، چون کیفیت خدمتی که بیمارستان به جامعه ارائه می‌کرد در نگاه او مسئولیتی سازمانی بود و نه موضوعی که بتوان آن را به اختیار فردی هر پزشک واگذار کرد.

خواسته دوم، انتشار نتایج بود تا بیمار بتواند آگاهانه‌تر انتخاب کند؛ و انتشار نتیجه در نگاه او یک افزوده اخلاقی نبود بلکه بخشی از خود سازوکار بهبود بود، چون چیزی که دیده نشود اصلاح هم نمی‌شود. اما اگر نتیجه هر درمان منتشر می‌شد، پزشکانی که نتایجشان ضعیف بود ممکن بود از انجام برخی اعمال کنار گذاشته شوند؛ پس سنجش کیفیت، پیش از آنکه مسئله‌ای فنی باشد، مسئله‌ای درباره قدرت بود.

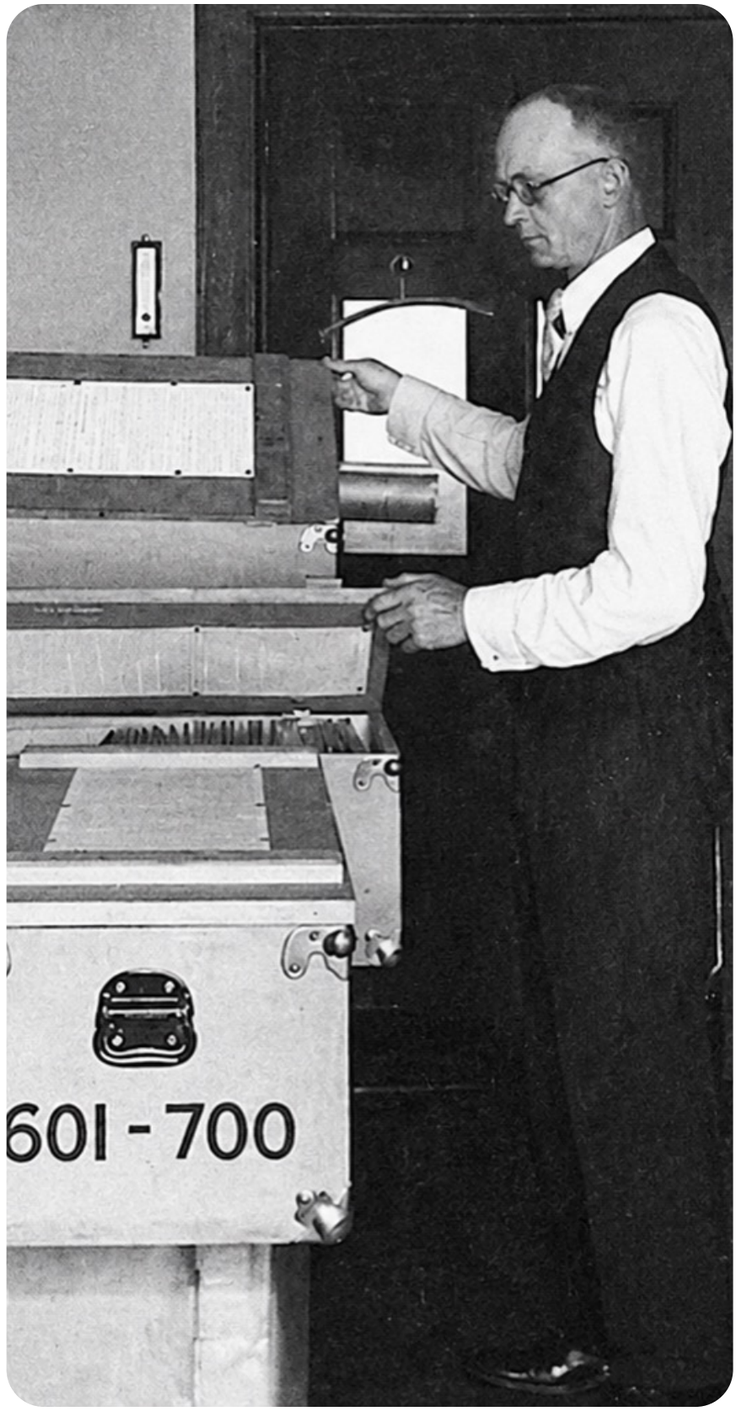
هیئت امنا طرح را به همان صورتی که خواسته شده بود نپذیرفت.

کادمن در ۱۹۱۴ استعفا داد و جایگاه دانشگاهی خود را از دست داد، بیمارستان کوچکی با ده تا دوازده تخت تأسیس کرد و نظام نتیجه نهایی را در همان مقیاس اجرا کرد؛ از جمله پیشنهاد کرد سمت جراح ارشد بر اساس نتیجه درمانی سپرده شود. در ۱۹۱۶ نتایج آن بیمارستان را در کتابی با عنوان مطالعه‌ای در کارایی بیمارستان منتشر کرد. بیمارستان کوچکش با زیان مالی روبه‌رو شد و او ریاست انجمن و سمت مربی‌گری هاروارد را نیز از دست داد.

در ژانویه ۱۹۱۵، در جلسه‌ای عمومی درباره کارایی بیمارستان، کاریکاتوری از جامعه پزشکی بوستون نشان داد که آن را به شترمرغی با سر در شن تشبیه می‌کرد؛ اشاره‌ای صریح به منافع مالی جراحی‌های پرسود و سکوت مدیران درباره نتیجه بیماران. آن جلسه بهای سنگینی برای او داشت، اما پس از آن چشم‌پوشی از مسئله کارایی بیمارستان دشوارتر شد.

نکته‌ای که از این ماجرا امروز هم به کار می‌آید این است که مانع اصلی در برابر طرح او نه ابزار بود و نه داده، چون پیگیری یک‌ساله بیمار در بیمارستانی ده‌تختی انجام‌شدنی بود؛ آنچه انجام نشد، پذیرش دیدن نتیجه‌های ناخوشایند بود. سنجش پیامد، برخلاف سنجش امکانات، به اعتماد نیاز دارد، زیرا شمردن تخت و دستگاه را می‌توان با یک بازدید انجام داد اما پیگیری سرنوشت بیمار مستلزم آن است که پزشک و بیمارستان خودشان داده‌ها را ثبت کنند و حاضر باشند نتیجه نامطلوب را هم بنویسند.

اهمیت کادمن در تاریخ سنجش کیفیت هم به همین برمی‌گردد: او نخستین کسی نبود که از کیفیت بیمارستان پرسید، اما نخستین کسی بود که پرسش را به شکلی طرح کرد که پاسخش قابل اندازه‌گیری باشد و مسئولیتش قابل نسبت‌دادن. همان صورت‌بندی چهارپرسشی هسته چیزی است که امروز سنجه پیامد می‌نامیم، و همان مقاومتی که با آن روبه‌رو شد هسته دشواری‌ای است که نظام‌های اعتباربخشی هنوز با آن دست به گریبان‌اند. از این منظر، آنچه کادمن پیشنهاد کرد نه یک ابزار آماری، که تغییری در تعریف مسئولیت حرفه‌ای بود؛ و مقاومت در برابر آن نیز بیش از آنکه فنی باشد، سازمانی و صنفی بود.



حداقل استاندارد

پنج بند مشترک

در حالی که کادمن بر سر پرسش از نتیجه تنها می‌ماند، کالج جراحان آمریکا همان مسئله را از سوی دیگری پیش برد. قطعنامه‌ای که در نوامبر ۱۹۱۲، هم‌زمان با طرح تأسیس کالج، ارائه شد، به‌جای سنجیدن پیامد درمان پیشنهاد می‌کرد تجهیزات و کار بیمارستان‌ها استاندارد شود. هدف دووجهی بود: بیمارستان‌های دارای معیار بالاتر شناخته شوند و بیمارستان‌های کم‌امکان برای بهبود برانگیخته شوند.

راه رسیدن به این هدف اما هفت سال طول کشید و درس آن سال‌ها همان‌قدر اهمیت دارد که خود سند. کمیته اصلاح بیمارستان که به ریاست کادمن تشکیل شد، در دو گزارش از طرح نیاز فراتر نرفت و اقدام را به انجمن پزشکی آمریکا یا بنیاد کارنگی واگذار کرد؛ تلاش برای جلب حمایت مالی هم به نتیجه نرسید و کادمن در اواخر ۱۹۱۵ از ریاست کمیته کنار رفت.

وقتی مسئولیت کار به خود کالج منتقل شد، کار پیش رفت، چون کالج چیزی داشت که کمیته نداشت: عضویت گسترده، منابعی که از اعضا و از بنیاد کارنگی گرد آمد، و مهم‌تر از همه استدلالی که بیمارستان‌ها را قانع می‌کرد. آن استدلال آموزشی بود؛ چون بخش بزرگی از آموزش عملی جراحان در بیمارستان انجام می‌شد، کیفیت محیط بیمارستان به کیفیت آموزش جراحی هم مربوط می‌شد؛ پیوندی که به کالج امکان داد بدون هیچ اختیار قانونی، ارزیابی را بخشی از مسئولیت حرفه‌ای معرفی کند.

روش اجرا هم سنجیده بود: کالج ابتدا از کمیته‌های ایالتی و استانی خواست اطلاعات بیمارستان‌ها را گرد آورند، سپس در اکتبر ۱۹۱۷ حدود سیصد و سی نماینده این کمیته‌ها و پنجاه تا شصت مدیر بیمارستان را در شیکاگو جمع کرد. کمیته‌ای بیست‌ویک نفره مرکب از پزشک، جراح، مدیر، کارشناس آزمایشگاه و آمارشناس پرسش‌نامه‌ای برای شناخت وضع موجود ساخت؛ یعنی پیش از نوشتن معیار، تصویری از واقعیت تهیه شد.

سند یک‌صفحه‌ای با عنوان حداقل استاندارد در مارس ۱۹۱۸ برای بیمارستان‌های صدتختی و بزرگ‌تر در آمریکا و کانادا فرستاده شد و هفت نفر با عنوان بازدیدکننده به میدان رفتند.

نقش آنان ثبت تخلف نبود، بلکه معرفی سند، توضیح معنای هر بند و نشان‌دادن فاصله بیمارستان تا حداقل‌ها بود؛ داده‌ها روی کارت بازدید ثبت و در دفتر مرکزی تجمیع می‌شد. به بیان دیگر، نخستین دور ارزیابی بیش از آنکه بازرسی باشد، آموزش بود.

نسخه رسمی در دسامبر ۱۹۱۹ تصویب شد و پنج بند آن، در عین کوتاهی، فقط فهرستی از تجهیزات نبود؛ صلاحیت پزشک، سازمان‌یافتگی کادر، بازبینی پرونده‌ها و دسترسی به ابزار تشخیص کنار هم قرار گرفتند تا حداقلی از قابلیت ارائه مراقبت تعریف شود.

با این حال، آنچه در این سند نیامد به اندازه آنچه آمد اهمیت داشت. بازبینی پرونده‌ها به سنجش پیامد نهایی و انتشار عمومی نتیجه گسترش نیافت و در متن تنها اشاره‌ای گذرا به ایده کادمن شده بود. چهار سال بعد، او دوباره پرسید آیا تمرکز بر گردآوری منابع برای آزمایشگاه و تجهیزات، تحلیل نتیجه درمان را به حاشیه نبرده است.

با همه این‌ها، آنچه در ۱۹۱۹ به دست آمد دستاورد کوچکی نبود. برای نخستین بار بیمارستان می‌توانست پیش از بازدید خود را با سندی مشترک بسنجد و پس از بازدید بداند برای رسیدن به معیار چه چیزی باید تغییر کند. تنشی هم که در دل این سند باقی ماند، میان سنجیدن آنچه بیمارستان دارد و سنجیدن آنچه بر بیمار می‌گذرد، در هر بخش بعدی دوباره سر برمی‌آورد.

شیوه کار کالج هم میراثی به جا گذاشت که کمتر درباره‌اش صحبت می‌شود: تصمیم به اینکه ارزیابی با توضیح و همراهی آغاز شود و نه با بازرسی و تنبیه، همکاری بیمارستان‌ها را جلب کرد، اما همین تصمیم سنجش را به گفت‌وگویی میان بیمارستان و نهاد ارزیاب تبدیل کرد که جامعه در آن جایی نداشت.

آنچه ماند الگویی بود که هنوز هم شناخته‌شده است: سندی کوتاه، بازدیدی توضیح‌دهنده و فهرستی از پذیرفته‌شدگان؛ همین سه عنصر، با نام‌های تازه، در هر نظام اعتباربخشی امروزی هم قابل تشخیص‌اند. آنچه این سند را از فهرست‌های پیش از خود جدا می‌کند، پیوند میان الزام و قابلیت بازبینی است.

پنج بند حداقل مشترک

پزشکان و جراحانی‌که اجازه طبابت در بیمارستان دارند، به‌صورت کادری مشخص و کارآمد سازمان یابند.

عضویت در کادر به پزشکان و جراحانی محدود شود که دانش‌آموخته کامل پزشکی و دارای مجوز قانونی طبابت باشند، در حوزه تخصصی خود صلاحیت داشته باشند و از نظر منش و اخلاق حرفه‌ای شایسته شمرده شوند؛ با این تصریح که تقسیم حق‌الزحمه، در هر شکل و پوششی، ممنوع است.

کادر، قواعد و خط‌مشی‌های ناظر بر کار حرفه‌ای بیمارستان را تدوین کند و با تأیید هیئت‌مدیره به اجرا گذارد؛ این قواعد تصریح کنند که جلسات کادر دست‌کم ماهی یک بار برگزار شود و کادر در فواصل منظم تجربه بالینی بخش‌های مختلف را بازبینی و تحلیل کند، و مبنای این بازبینی پرونده بالینی بیماران باشد، چه رایگان و چه غیررایگان.

برای همه بیماران پرونده‌ای دقیق و کامل نوشته شود و به شکلی در دسترس بایگانی گردد؛ پرونده کامل پرونده‌ای است که اطلاعات هویتی، شکایت، شرح‌حال فردی و خانوادگی، شرح بیماری کنونی، معاینه بالینی، بررسی‌های ویژه مانند مشاوره و آزمایشگاه و رادیولوژی، تشخیص موقت، درمان طبی یا جراحی، یافته‌های آسیب‌شناسی، سیر بیماری، تشخیص نهایی، وضعیت هنگام ترخیص، پیگیری و در صورت فوت یافته‌های کالبدگشایی را در بر گیرد.

امکانات تشخیصی و درمانی باید زیر نظر فردی صالح در دسترس می‌بود؛ حداقل تصریح‌شده شامل آزمایشگاه بالینی با خدمات شیمی، باکتری‌شناسی، سرولوژی و آسیب‌شناسی، و بخش رادیولوژی با رادیوگرافی و فلوروسکوپی بود.

منبع: American College of Surgeons, 1924

حداقل استاندارد

نخستین پیمایش

نخستین پیمایش، فاصله میان آنچه نوشته شده بود و آنچه واقعا وجود داشت را بی‌رحمانه نشان داد: از ششصد و نود و دو بیمارستان صدتختی و بزرگ‌تر، تنها هشتاد و نه بیمارستان معیارها را برآورده کرده بودند و نام چند بیمارستان معتبر هم در میان مردودها دیده می‌شد. سندی که یک صفحه بیشتر نبود و بندهایش در نگاه اول بدیهی می‌نمود، در عمل از توان هفت بیمارستان از هر هشت بیمارستان بزرگ آمریکا و کانادا فراتر رفته بود.

آنچه پس از این نتیجه رخ داد، بیش از خود نتیجه بر سرنوشت برنامه اثر گذاشت. وقتی نتایج در اکتبر ۱۹۱۹ اعلام شد، فهرست اسامی منتشر نشد. نزدیک به دویست بیمارستان در حال اصلاح کاستی‌های خود بودند و مدیران کالج بیم داشتند که انتشار نام‌ها همکاری آنان را متوقف کند یا ضعف‌ها به شرایط جنگ نسبت داده شود؛ نسخه‌های گزارش توزیع نشد و بنا بر تاریخ‌نگاری کالج، در موتورخانه هتل سوزانده شد.

برنامه با این تصمیم حفظ شد و بیمارستان‌ها فرصت اصلاح یافتند، اما همان شفافیتی که کادمن آن را بخشی از سازوکار بهبود می‌دانست کنار گذاشته شد. این انتخاب را می‌توان واقع‌بینانه دانست، چون برنامه‌ای که هیچ اختیار قانونی نداشت بدون همکاری داوطلبانه بیمارستان‌ها از بین می‌رفت؛ اما باید توجه داشت که نخستین باری که ارزیابی کیفیت با منافع نهادی تعارض پیدا کرد، شفافیت بود که عقب نشست. انتخاب میان بقای برنامه و شفافیت، از همان آغاز به سود بقا تمام شد.

جای انتشار نام مردودها را دو ابزار ملایم‌تر گرفت: گواهی قابل نصب در بیمارستان، و فهرست سالانه مؤسسات تأییدشده که بر اساس ایالت و استان منتشر می‌شد. به‌جای آنکه ضعف آشکار شود، موفقیت دیدنی شد. همین انتخاب همکاری بیمارستان‌ها را حفظ کرد اما سنجش کیفیت را تا سال‌ها موضوعی میان بیمارستان و نهاد ارزیاب نگه داشت، نه میان بیمارستان و جامعه.

نتیجه این صبر، در فاصله‌ای کوتاه پیدا شد.

سهم بیمارستان‌های پذیرفته‌شده از حدود سیزده درصد در نخستین پیمایش به حدود هشتاد و شش درصد در ۱۹۲۴ رسید، و این جهش نشان می‌دهد که وقتی معیار روشن باشد و فرصت اصلاح داده شود، سازمان‌ها خود را با آن منطبق می‌کنند.

اما همین گسترش، محدودیت دیگری را آشکار کرد. تا ۱۹۲۹ حدود نود و سه درصد بیمارستان‌های بزرگ، شصت و سه درصد متوسط‌ها و تنها بیست درصد کوچک‌ها معیارها را برآورده می‌کردند. اندازه و ظرفیت سازمانی، نه فقط وجود سند، بر توان اجرای معیار اثر می‌گذاشت.

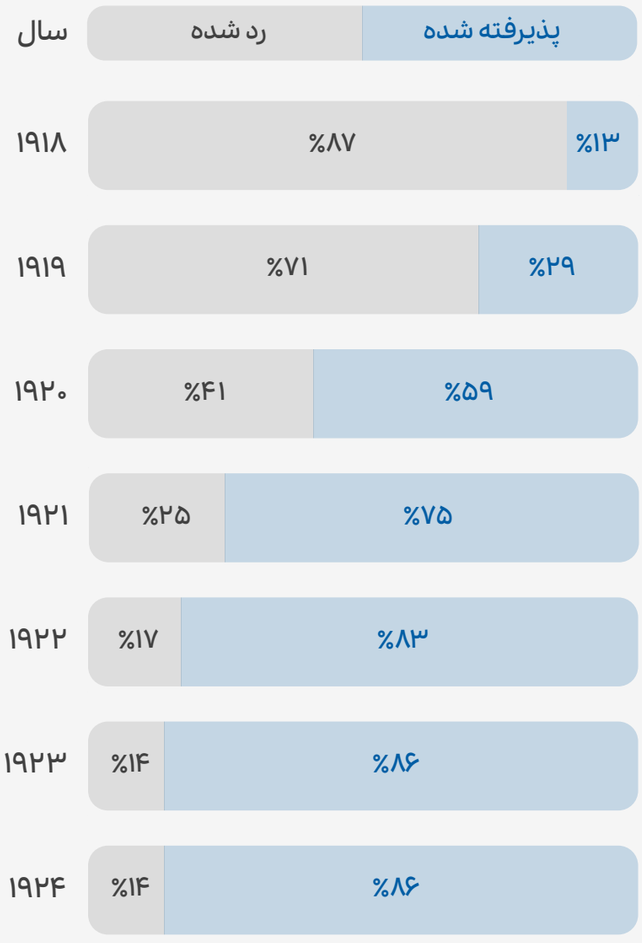
این تفاوت پرسشی را مطرح کرد که هنوز زنده است. وقتی معیار برای همه یکسان نوشته می‌شود، بیمارستانی که نیروی انسانی و حجم خدمت کمتری دارد عملا با معیاری سنجیده می‌شود که برای مقیاس دیگری طراحی شده است. پاسخ آن سال‌ها دادن فرصت بیشتر بود؛ پاسخ امروز، متناسب‌سازی معیارهاست، و چنان‌که بخش‌های بعد نشان می‌دهد، هنوز هم کامل نشده است. نکته‌ای که در همان سال‌ها هم دیده شد این است که معیار یکسان، بیمارستان کوچک را نه به بهبود، که به انصراف از ارزیابی سوق می‌دهد.

نسبت میان سخت‌گیری و همراهی، این دوره را از دوره‌های بعد جدا می‌کند. کالج جراحان اختیار قانونی نداشت و تنها ابزارش توضیح، مهلت و به‌رسمیت‌شناختن موفقیت بود؛ همین ناتوانی، به‌طور متناقضی، برنامه را موفق کرد.

نکته آخر آنکه این جهش شش‌ساله را نباید نشانه بهبود پیامد درمان دانست. آنچه سنجیده می‌شد وجود ساختارها و رویه‌ها بود؛ اینکه بیماران این بیمارستان‌ها بهتر درمان شدند یا نه، در هیچ‌کجای آن گزارش‌ها نیامده است. همین شکاف میان انطباق با معیار و بهبود نتیجه، موضوع بقیه این گزارش است. آنچه از این دوره به ارث رسید، اعتمادی بود به این فرض که اگر ساختار درست باشد نتیجه هم درست خواهد بود؛ فرضی که هرگز به‌طور کامل آزموده نشد. درس این شش سال آن است که معیار تازه وقتی پذیرفته می‌شود که راه رسیدن به آن هم نشان داده شود.

شش سالی که نسبت را وارونه کرد

سهم بیمارستان‌های پذیرفته و رد شده در هر پیمایش



نرخ پذیرش در شش سال از حدود یک‌هشتم به بیش از چهارپنجم رسید، بی‌آنکه نام هیچ بیمارستانی منتشر شود. آنچه این جهش را ممکن کرد، ترکیب معیار روشن، توضیح میدانی و مهلت اصلاح بود.

منبع: Roberts et al., 1987

حداقل استاندارد

از یک صفحه تا یک نظام

رشد نرخ پذیرش، پرسش تازه‌ای پیش کشید: وقتی معیاری فشرده وارد اجرا می‌شود و باید در صدها بیمارستان به یک شکل فهمیده شود، چه بر سر خودش می‌آید؟ پاسخ در فاصله ۱۹۱۹ تا ۱۹۲۷ روشن شد، چون سند یک‌صفحه‌ای در ۱۹۲۶ به دستورنامه‌ای هجده‌صفحه‌ای تبدیل شد. پاسخ این پرسش را نه در متن سند، که در تاریخ اجرای آن می‌توان یافت.

بند آزمایشگاه نمونه گویای این تحول است. در سند ۱۹۱۸ این بند در حد یک عبارت کوتاه بود: بیمارستان باید به امکانات تشخیصی زیر نظر فردی صالح دسترسی داشته باشد. در دستورنامه ۱۹۲۶ همان بند به مجموعه‌ای از الزام‌ها درآمد: مدیریت تخصصی آزمایشگاه، دامنه آزمایش‌های شیمی و باکتری‌شناسی و سرولوژی و آسیب‌شناسی، بررسی بافت‌های برداشته‌شده در جراحی، بایگانی نسخه گزارش در دو محل، و حضور آسیب‌شناس در نشست‌های ماهانه.

الزام ثبت گزارش در دو محل فراتر از یک قاعده بایگانی بود و رابطه پزشک با پرونده را تغییر می‌داد، چون گزارش آزمایش دیگر تنها در اختیار فرد درخواست‌کننده نمی‌ماند؛ و این گسترش به خودی خود نه نشانه انحراف بود و نه اجتناب‌پذیر، زیرا معیار فشرده هنگام اجرا به تفسیر نیاز پیدا می‌کند و تفسیرهای مکرر سرانجام به راهنما و رویه تبدیل می‌شوند. همین تغییر، گزارش آزمایش را از ابزار کار فردی به سند مشترک سازمان تبدیل کرد.

نکته اما اینجاست که هر گام تازه وزن بیشتری به امکانات و رویه‌ها می‌داد و سهم کمتری به پیگیری آنچه بر بیمار می‌گذشت. در ۱۹۲۷، وقتی شورای آموزش پزشکی و بیمارستان‌های انجمن پزشکی آمریکا برای تأیید بیمارستان‌های آموزشی حد عددی کالبدگشایی را تعیین کرد، نخست دست‌کم ده درصد مرگ‌ها و سپس پانزده درصد، آنچه در سند ۱۹۱۸ یک انتظار کیفی بود به سنجه‌ای قابل شمارش بدل شد؛ تحولی که ارزیابی را یکدست می‌کرد، اما عدد تنها وقتی معنا دارد که پیوندش با نتیجه بالینی حفظ شود. شمارش‌پذیری، سنجش را یکدست می‌کرد اما پیوند آن با نتیجه بالینی را تضمین نمی‌کرد.

برنامه‌ای که با هفت بازدیدکننده آغاز شده بود، تا ۱۹۵۰ بیش از سه هزار و دویست و نود بیمارستان را تأیید کرده بود و اداره آن از توان یک انجمن تخصصی فراتر می‌رفت؛ پس در ۱۹۵۱ چهار انجمن پزشکی و بیمارستانی به کالج پیوستند و کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها را ساختند.

دو تصمیم، مسیر این نهاد را تعیین کرد. نخست آنکه قانون مدیکر در ۱۹۶۵ برای بیمارستان‌های دارای اعتبار کمیسیون وضعیت معادل در نظر گرفت و بدین ترتیب اعتباربخشی به پول عمومی گره خورد؛ از این پس بیمارستانی که اعتبار نداشت، عملا از بخشی از بازار خدمت کنار می‌ماند. دوم آنکه یک سال بعد هیئت کمیسیون هدف را از حداقل ضروری به بهینه دست‌یافتنی تغییر داد و راهنمای ۱۹۷۰ این تحول را ثبت کرد و الگوی نسل‌های بعدی راهنماها شد.

معنای این تغییر هدف را نباید دست‌کم گرفت، چون معیار دیگر نمی‌پرسید که بیمارستان دست‌کم چه دارد بلکه می‌پرسید در بهترین حالت چه می‌تواند داشته باشد؛ و حداقلی که در ۱۹۱۹ تعریف شده بود تا بیمارستان‌های ضعیف را بالا بکشد، اکنون به سقفی تبدیل می‌شد که همه باید به سمت آن حرکت می‌کردند.

گسترش جهانی در دو موج رخ داد. در موج نخست، برنامه‌ها از درون انجمن‌های حرفه‌ای بیرون آمدند. شورای اعتباربخشی بیمارستان‌های کانادا در ۱۹۵۹ از کمیسیون مشترک جدا شد تا برنامه ملی خود را بسازد و نخستین بیمارستان کانادایی همان سال ارزیابی شد؛ استرالیا در ۱۹۷۴ شورای استانداردهای سلامت را با مشارکت انجمن پزشکی، کالج‌های تخصصی و انجمن بیمارستان‌ها پدید آورد؛ و نخستین برنامه بیمارستانی اروپا در ۱۹۸۱ در کاتالونیا اجرا شد. بریتانیا راه دیگری رفت و دولت سرانجام مسیر بازرسی قانونی را برگزید.

این نمونه‌ها از یک الگوی واحد پیروی نمی‌کردند، اما همه با یک پرسش روبه‌رو بودند: چه کسی معیار را بنویسد و چه کسی پایبندی بیمارستان را بسنجد؟ پاسخ‌های متفاوت به همین پرسش، امروز تفاوت میان نظام‌های داوطلبانه و اجباری را توضیح می‌دهد.

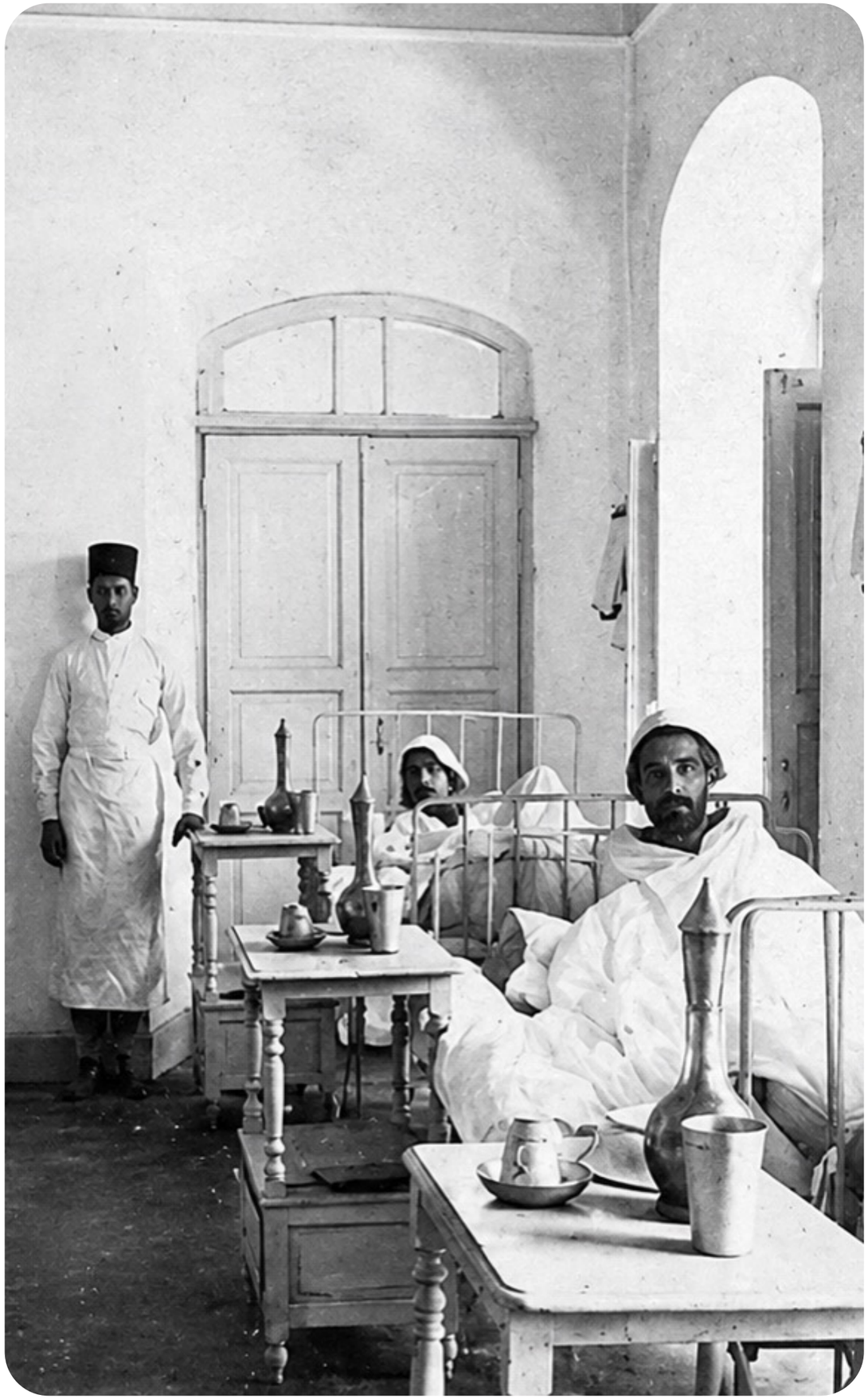
در موج دوم، تضمین کیفیت به دستور کار نهادهای بین‌المللی و وزارتخانه‌های بهداشت راه یافت: هدف سی‌ویکم سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۸۴ از کشورها خواست تا ۱۹۹۰ سازوکار تضمین کیفیت ایجاد کنند، در نشست اودینه در ۱۹۸۵ انجمن بین‌المللی کیفیت در سلامت شکل گرفت، و برنامه آلفا در ۱۹۹۹ رویکرد اعتباربخشی اعتباربخشان را بنیان گذاشت.

هم‌زمان، تأسیس شاخه بین‌المللی کمیسیون مشترک در ۱۹۹۷ و انتشار نخستین مجموعه استانداردهای بین‌المللی بیمارستانی در ۲۰۰۰، ارزیابی بیمارستان را از مرزهای ملی فراتر برد. این استانداردها به‌جای فصل‌بندی بر پایه بخش‌های بیمارستان بر اساس کارکردهایی مانند حقوق بیمار، مراقبت، مدیریت دارو، کنترل عفونت و بهبود کیفیت سازمان یافتند؛ و این تغییر فنی نبود، چون وقتی معیار بر اساس کارکرد نوشته می‌شود بیمارستان ناچار است مسیر خدمت را دنبال کند و نه مرز میان بخش‌ها را.

نکته‌ای که در این دو موج تکرار می‌شود، فاصله میان کشورهایی است که ارزیابی را به نهادی مستقل سپردند و کشورهایی که آن را در ساختار دولتی نگه داشتند. هیچ‌کدام از این دو راه به‌تنهایی تضمین‌کننده کیفیت نبود، اما انتخاب میان آن‌ها تعیین می‌کرد که در تعارض میان نقش تنظیم‌گر و نقش ارزیاب کدام یک دست بالا را داشته باشد. ایران راه دوم را برگزید.

تفاوت این دو نهاد نکته‌ای است که در خواندن تجربه ایران به کار می‌آید. شاخه بین‌المللی، بیمارستان را بر پایه استانداردهای خود ارزیابی و گواهی می‌کند؛ انجمن بین‌المللی کیفیت بیمارستان را گواهی نمی‌کند و نهادهای اعتباربخشی و مجموعه استانداردهای آنان را می‌سنجد. استاندارد بیمارستان و استاندارد نهاد اعتباربخشی، دو سطح مرتبط اما متفاوت از سنجش‌اند.

در پایان این دوره، آنچه در ۱۹۱۹ به صورت یک صفحه آغاز شده بود به شبکه‌ای از نهادها، راهنماها و قواعد بین‌المللی تبدیل شده بود؛ و ایران در همین سال‌ها مسیر خود را از نقطه‌ای متفاوت آغاز می‌کرد. آنچه از این دوره برای خواندن تجربه ایران اهمیت دارد ترتیب حلقه‌هاست: نخست معیار نوشته شد، سپس نهاد ارزیاب ساخته شد و در پایان پیوند با منابع مالی برقرار گردید.



بخش سوم

بـازگشت بـه ایـران

بازگشت به ایران

از مریض‌خانه تا مجوز

بیمارستان به سبک غربی در ایران سابقه‌ای طولانی دارد و به دوره قاجار بازمی‌گردد؛ مریض‌خانه دولتی تهران که بعدها بیمارستان سینا نام گرفت، بنا بر روایت‌های تاریخی، ظرفیت پذیرش حدود چهارصد بیمار را داشت. بااین‌حال، سندی از معیارهای مکتوب برای سنجش آن در دست نیست، زیرا کیفیت در آن دوره از طریق گزارش‌های اداری، بازدید مقام‌ها و اعتبار شخصی پزشکان ارزیابی می‌شد؛ یعنی بیمارستان وجود داشت، بی‌آنکه نظام مشخصی برای سنجش کیفیت آن وجود داشته باشد.

نخستین ابزاری که شکل گرفت، ابزار سنجش نبود، بلکه ابزاری برای صدور اجازه فعالیت بود. قانون مربوط به مقررات امور پزشکی در ۱۳۳۴ چارچوبی برای تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور پروانه ایجاد کرد و کمیسیون ماده بیست نیز تا امروز درباره موافقت اصولی تأسیس مراکز و تغییر بخش‌ها نقش دارد.

تفاوت این دو ابزار اساسی است؛ زیرا مجوز، شرط قانونی ورود یا ادامه فعالیت را تعریف می‌کند، حال آنکه اعتباربخشی می‌پرسد آن مرکز چگونه کار می‌کند و کیفیت خدمات آن چگونه است. به بیان ساده، ایران ابتدا پرسید چه کسی اجازه دارد بیمارستان بسازد و تنها چند دهه بعد به این پرسش پرداخت که کیفیت کار آن بیمارستان را چگونه باید سنجید.

نظام ارزیابی ۱۳۴۱ بر شمار محدودی از معیارهای ساختاری تکیه داشت و بیشتر به وجود یا نبود امکانات توجه می‌کرد؛ ازاین‌رو، به چرخه‌ای پایدار برای سنجش کیفیت تبدیل نشد. تأخیر پس از آن را می‌توان در بستر اولویت‌های دیگر نظام سلامت بررسی کرد. پس از ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت در ۱۳۶۴ بود که شبکه دانشگاه‌های علوم پزشکی استانی گسترش یافت و ظرفیت اجرایی لازم برای ارزشیابی سراسری فراهم شد؛ ظرفیتی که دوازده سال بعد به کار گرفته شد.

در تیر ۱۳۷۶، ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی ابلاغ شد و برای نخستین بار، نظامی سالانه و سراسری برای سنجش شکل گرفت که بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را بر اساس پانزده حوزه وزن‌دار ارزیابی و درجه‌بندی می‌کرد.

دامنه این حوزه‌ها گسترده بود: از مدیریت، نیروی پزشکی و پرستاری و کارکنان پشتیبانی تا تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی، ایمنی، مدارک پزشکی، آموزش و پژوهش، رضایت بیماران، کمیته‌های بیمارستانی، بهداشت، ساختار فیزیکی و شاخص‌های کیفی.

آنچه این نظام را شکل داد، نه فهرست حوزه‌ها، بلکه توزیع وزن میان آن‌ها بود. نزدیک به یک‌چهارم امتیاز به حوزه‌های مرتبط با تجهیزات و ساختار فیزیکی بیمارستان (روی‌هم نزدیک به بیست‌وشش درصد) اختصاص داشت و پیامد بالینی در میان سنجه‌ها جای مشخصی نداشت. در چنین ترکیبی، آنچه قابل شمارش و مشاهده فوری بود، وزن بیشتری می‌گرفت.

نتیجه این وزن‌دهی دوگانه بود: از یک سو، بیمارستان می‌توانست نقاط قابل تأمین را شناسایی و اصلاح کند و از سوی دیگر، همچنان معلوم نبود تفاوت تجهیزات چگونه به تفاوت در نتایج درمان می‌انجامد؛ همان پرسشی که کادمن هفتاد سال پیش‌تر مطرح کرده بود و اینجا نیز بی‌پاسخ ماند.

اجرای این نظام به دانشگاه‌های علوم پزشکی سپرده شد و تیم‌های سه تا ده نفره آن را انجام می‌دادند. همچنین قاعده‌ای وجود داشت که اگر امتیاز اورژانس از سطح کل بیمارستان پایین‌تر بود، همان درجه اورژانس به‌عنوان درجه بیمارستان اعلام شود.

این سازوکار اجرای گسترده را ممکن کرد و تا ۱۳۹۰ حدود هشتصد و پنجاه بیمارستان از مسیر چهل دانشگاه علوم پزشکی در برنامه قرار گرفتند. اما همین سازوکار استقلال ارزیابی را محدود می‌کرد؛ زیرا دانشگاه هم بیمارستان‌ها را اداره می‌کرد و هم در ارزیابی آن‌ها نقش داشت. تعارضی که در سال‌های بعد بارها به آن بازگشته‌اند.

در مقایسه با تجربه جهانی، ترتیب رویدادها جلب توجه می‌کند: زمانی که در ۱۹۱۹ حداقل استاندارد در آمریکا و کانادا تصویب شد، در ایران هنوز قانون مجوزدهی نیز وجود نداشت.

در کنار این‌ها، پرسش تناسب نیز مطرح است؛ زیرا در طرحی برای متناسب‌سازی معیارها برآورد شد که از پانصد و پنج سنجه، حدود صد و پنج سنجه برای بیمارستان‌های کوچک یا تخصصی قابل حذف یا اصلاح است. این اعداد به بررسی‌های منتشرشده مربوط‌اند و نتیجه یک مصوبه نهایی نیستند.



بازگشت به ایران

ارزشیابی ۱۳۷۶

نظام ۱۳۷۶ دو مسیر اثرگذاری داشت که هم‌زمان طراحی شده بودند. مسیر نخست مالی بود، چون درجه بیمارستان به تعرفه هتلینگ پیوند خورده بود و بیمارستان‌هایی که درجه پایین می‌گرفتند مهلتی برای رفع مشکل داشتند. مسیر دوم اطلاع‌رسانی بود، چون گواهی درجه باید در درمانگاه‌ها و بخش‌ها نصب می‌شد و نتیجه روی پایگاه بسیاری از دانشگاه‌ها قرار می‌گرفت. روی کاغذ، بیمارستان هم از جیب خود و هم از نگاه جامعه تحت فشار بود.

پژوهش‌ها پاسخ روشنی دادند. در مطالعه‌ای که از صد و چهار بیمار سرپایی هشت بیمارستان و صد و سه پزشک عمومی تهران پرسش کرد، کمتر از شش درصد بیماران و حدود دوازده درصد پزشکان اصلا از وجود درجه‌بندی خبر داشتند. هیچ بیماری درجه را مبنای انتخاب بیمارستان قرار نداده بود و تنها یک پزشک گفته بود درجه بر تصمیم ارجاعش اثر گذاشته است.

دلیل این بی‌اثری هم در همان مطالعه آمده است: شهرت بیمارستان و حضور پزشک متخصص برای انتخاب اهمیت بیشتری داشت و بسیاری از پزشکان باور نداشتند درجه کیفیت مراقبت را بازتاب دهد. نصب گواهی به‌تنهایی اطلاعات را برای مخاطب قابل استفاده نکرده بود؛ عددی روی دیوار که نه معنایش روشن بود و نه کسی به آن اعتماد داشت.

مطالعه بعدی که پنج گروه ذی‌نفع را بررسی کرد، تصویر را کامل‌تر کرد: بیمه‌ها بر اساس درجه قرارداد انتخابی نمی‌بستند و کارکنان هم محل کار خود را با درجه بیمارستان انتخاب نمی‌کردند؛ یعنی اثر انتخاب اجتماعی و حرفه‌ای، که قرار بود موتور دوم برنامه باشد، هرگز روشن نشد. وقتی مسیر آگاهی عمومی بی‌اثر ماند، تنها مسیر فعال باقی‌مانده مسیر مالی بود، و این تمام تفاوت را رقم زد.

اثر مالی مهم‌ترین سازوکار تبعیت از معیارها شناخته شد و در نتیجه توجه بیمارستان‌ها به حوزه‌هایی سوق پیدا کرد که امتیاز مستقیم داشتند؛ اورژانس، مدارک پزشکی، نظافت و خرید تجهیزات در میان برجسته‌ترین زمینه‌ها بودند.

در چنین وضعی، امتیاز بالاتر لزوما به معنای پیامد بهتر نبود.

همان پژوهش رفتارهای پیش از بازدید را هم گزارش کرد. کارکنان از تغییر موقت آماده‌سازی غذا یا سامان‌دهی برخی فعالیت‌ها در روزهای ارزیابی گفتند و توضیح دادند که پس از پایان بازدید روال قبلی بازمی‌گشت. نبود معیارهای اجرایی روشن و تعارض منافع در ارزیابی دانشگاهی، زمینه کشف‌نشدن این رفتارها دانسته شد.

این گزارش‌ها را نمی‌توان به همه بیمارستان‌ها تعمیم داد، اما نکته‌ای عمومی در خود دارند: وقتی ارزیابی به پیامد مالی گره می‌خورد و ارزیاب و ارزیابی‌شونده در یک زنجیره اداری قرار دارند، آماده‌سازی مقطعی می‌تواند جای تغییر پایدار را بگیرد؛ همان خطری که یک قرن پیش‌تر هم در افق دیده می‌شد.

مشکل دیگری هم وجود داشت که کمتر دیده می‌شود: نظامی که هر سال ارزیابی می‌کرد داده‌های خود را نگه نمی‌داشت. داده‌های کاغذی درجه‌بندی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۰ به‌دلیل کمبود فضای انبار وزارت دور ریخته شده بود و از داده‌های ملی تنها فراوانی ساده درجه‌ها برای بعضی سال‌ها محاسبه شده بود؛ و بدون نگهداری و تحلیل قابل اتکای داده، چنین نظامی نمی‌توانست از روندها بیاموزد.

با این همه ارزشیابی سالانه بی‌اثر نبود، چون تحلیل امتیازهای ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۷ بهبود کلی عملکرد بیمارستان‌های عمومی و تخصصی را نشان داد، هرچند نرخ بهبود در بیمارستان‌های آموزشی عمومی و خصوصی از میانگین پایین‌تر بود و عملکرد بیمارستان‌های تخصصی دولتی افت محسوسی داشت؛ یعنی برنامه اثر داشت، اما اثرش یکدست نبود. در اواخر دهه هشتاد، فشارهایی که به تصمیم برای تغییر انجامید روشن شدند. مصاحبه‌شوندگان از قابل اتکا نبودن تصویر کیفیت در درجه‌بندی و نارضایتی بیماران از برخی بیمارستان‌های دارای رتبه بالا سخن گفتند.

این عوامل در کنار هم نیاز به الگویی را برجسته کردند که مختص خدمات سلامت باشد و بتوان آن را در سطح ملی اجرا کرد.

نکته‌ای که از تجربه نظام ۱۳۷۶ می‌ماند این است که طراحی دو مسیر اثرگذاری کافی نیست؛ اگر یکی از آن‌ها در عمل کار نکند، تمام وزن بر دوش دیگری می‌افتد و رفتار سازمان را همان مسیر فعال شکل می‌دهد، نه آنچه در سند آمده است.

درس دوم به جنس خود سنجه‌ها برمی‌گردد. وقتی یک‌چهارم امتیاز به تجهیزات تعلق می‌گیرد و هیچ سنجه مستقیمی برای پیامد درمان وجود ندارد، بیمارستانی که امتیاز بالا می‌گیرد لزوما بیمارستانی نیست که بیمارانش بهتر درمان می‌شوند. بیماران و پزشکان تهران دقیقا همین را گفته بودند؛ آنان درجه را نشانه کیفیت نمی‌دانستند و ترجیح می‌دادند به شهرت و حضور متخصص اتکا کنند. این نکته بعدها در تدوین اعتباربخشی ملی به یکی از دلایل تأکید بر سنجه‌های فرایندی و مستندساز بدل شد. بیمارستانی که با تجهیزات امتیاز می‌گرفت، لزوما بیمارستانی نبود که بیمارانش نتیجه بهتری می‌دیدند؛ و این فاصله، ریشه نقدی است که تا امروز تکرار می‌شود.

درس سوم درباره داده است. نظامی که نتایج خود را نگه نمی‌دارد، نمی‌تواند بگوید اصلاحاتش مؤثر بوده‌اند یا نه، و ناچار است هر دوره را از نو آغاز کند. همین نکته بعدها، وقتی اعتباربخشی ملی تدوین شد، به یکی از دلایل تأکید بر سامانه ثبت و چرخه پایش تبدیل شد.

این سه درس، زمینه‌ای را می‌سازند که اعتباربخشی ملی در آن متولد شد. طراحان نظام تازه می‌دانستند که باید معیارها را پیش از ارزیابی منتشر کنند، که ارزیابی نباید به مرور مستندات محدود بماند، و که داده‌ها باید نگه داشته شوند. اینکه تا چه اندازه توانستند این سه را محقق کنند، موضوع بخش بعد است.

آنچه اما در این گذار تغییر نکرد، جایگاه بیمار بود: در نظام ۱۳۷۶ گواهی درجه بر دیوار نصب می‌شد و کسی آن را نمی‌خواند، و در نظام تازه هم انتشار عمومی اطلاعات کیفیت یکی از ضعیف‌ترین حلقه‌ها باقی ماند. به این ترتیب، نظام تازه با آگاهی از سه کاستی نظام پیشین متولد شد، اما کاستی چهارم، یعنی بی‌خبری جامعه از نتیجه ارزیابی، همچنان بی‌پاسخ ماند.

بازگشت به ایران

اعتباربخشی ملی

کار تدوین در ۱۳۸۶ با مرور تجربه کشورهای دیگر آغاز شد و در شش مرحله پیش رفت. نخست برنامه‌های چند کشور بررسی شدند؛ در روایت‌های موجود از مرور تجربه آمریکا، کانادا، استرالیا، فرانسه، لبنان و مصر سخن گفته شده و یکی از مشارکت‌کنندگان تدوین از بررسی شصت‌ودو نهاد در چهل‌ونه کشور یاد کرده است.

در مرحله دوم نیازهای بومی نظام سلامت کشور به مجموعه افزوده شد؛ هر دو روایت از مطالعه تطبیقی حکایت دارند، اما نسخه نخست ایران ترجمه یک استاندارد واحد نبود. پیش‌نویس در مرحله سوم بر اساس بخش‌های بیمارستانی تنظیم شد و نه بر اساس قالب کارکردی که در استانداردهای بین‌المللی به کار می‌رفت؛ انتخابی که اجرای اولیه را ساده‌تر می‌کرد اما مسیر خدمت بیمار را دنبال نمی‌کرد.

مرحله چهارم گردآوری نظر صاحب‌نظران بود، مرحله پنجم آزمون نسخه اولیه در هشت بیمارستان، و مرحله ششم تنظیم متن نهایی با مشارکت نمایندگان وزارت، دانشگاه‌ها و انجمن‌های علمی؛ و روی هم، تدوین و بازخورد و آزمون و انتشار سه سال زمان برد.

آنچه در مرحله آزمون رخ داد، بیش از همه گویاست. نسخه نخست هشت هزار و صد و چهار عنصر قابل سنجش برای سی‌وهفت بخش را دربرمی‌گرفت؛ پس از پایلوت، معیارهای مشابه در هم ادغام شدند و مجموعه به دو هزار و صد و پنجاه و هفت معیار برای سی‌وشش بخش رسید. این کاهش چشمگیر نتیجه رویارویی متن با واقعیت بیمارستان‌ها بود و نشان داد که فاصله میان نوشتن یک معیار و اجراشدن آن، فاصله نیروی انسانی و مستندات روزمره است.

در همان سال‌ها برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار نیز در ده بیمارستان آزموده شد و الزامات آن به پیش‌شرط ورود به اعتباربخشی ملی پیوند خورد. پیوند این دو برنامه، ایمنی بیمار را به شرط ورود تبدیل کرد.

پیش از آنکه نخستین دور اجرا شود، تصمیمی گرفته شد که شکل برنامه را تا امروز تعیین کرده است.

پیشنهاد تشکیل شورایی با حضور نهادهای تنظیم‌گر، انجمن‌های حرفه‌ای، کارکنان و نمایندگان مردم پذیرفته نشد؛ برنامه برای وزارت بهداشت الزامی شد و اجرای سالانه آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی سپرده شد.

این تصمیم امکان اجرای ملی را فراهم کرد و پوشش برنامه را از همان ابتدا گسترده ساخت، اما سیاست‌گذاری و ارزیابی و صدور گواهی را در یک ساختار متمرکز نگه داشت؛ یعنی همان هم‌پوشانی نقش‌ها که در نظام پیشین نقد شده بود، این بار در مقیاسی بزرگ‌تر تکرار شد. تجربه جهانی بخش دوم نشان می‌داد کشورها پاسخ‌های متفاوتی به پرسش «چه کسی معیار را بنویسد و چه کسی بسنجد» داده‌اند؛ ایران پاسخی را برگزید که هر سه نقش را در یک جا جمع می‌کرد.

در کنار متن، سازوکار اجرا هم طراحی شد: فهرست ارزیابان از میان کارشناسان دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها تشکیل شد، دوره‌های آموزشی برگزار شد و شیوه‌نامه‌ای برای هماهنگی تیم‌ها تدوین گردید.

ساختار خود سند نیز با نظام پیشین تفاوت داشت. معیارها پیش از ارزیابی منتشر می‌شدند تا بیمارستان بتواند خود را با متن بسنجد، فصل‌بندی بر پایه کارکردهایی مانند حقوق گیرنده خدمت، مدیریت دارو، کنترل عفونت و بهبود کیفیت چیده شده بود و نه بر پایه بخش‌های اداری بیمارستان، و ارزیابی در کنار مرور مستندات به مشاهده و مصاحبه هم تکیه می‌کرد. این سه ویژگی، هرچند امروز بدیهی به نظر می‌رسند، در نظام ارزشیابی سالانه وجود نداشتند و همان‌ها بودند که برنامه تازه را از سلف خود جدا می‌کردند.

نخستین دور سراسری در ۱۳۹۱ با بیش از هفتصد ارزیاب آموزش‌دیده و تیم‌های بیست تا بیست‌وپنج نفره اجرا شد و ارزیابی از مرور مستندات، بازدید، مشاهده و مصاحبه تشکیل شد. حدود هفتاد و یک درصد بیمارستان‌ها درجه یک یا بالاتر گرفتند؛ و همین گستردگی برنامه را از ارزشیابی پیشین متمایز می‌کرد، چون معیارها از پیش منتشر شده بودند و بیمارستان می‌توانست خود را با متن بسنجد.



بازگشت به ایران

چرخه اصلاح و محرک تعرفه

از ۱۳۹۵ به بعد، اصلاح برنامه شکل چرخه‌ای منظم گرفت و هر ویرایش کوشید نقدهای وارد بر نسخه پیشین را پاسخ دهد. ویرایش سوم در ۱۳۹۵ با دویست و چهل و هشت استاندارد و نهصد و سه سنجه (برخی منابع رسمی عدد ۸۸۹ سنجه را نیز برای این ویرایش ذکر کرده‌اند) منتشر شد و هدف آن کاهش سنجه‌های کم‌عمق و پیوند دادن آن‌ها به ساختار، فرایند و نتیجه بود.

اما نتیجه اجرا، نقد تازه‌ای ایجاد کرد. از حدود هشتصد و هشتاد بیمارستان ارزیابی‌شده، ششصد و هفتاد و سه بیمارستان درجه یک، نزدیک به صد و نود و دو بیمارستان درجه دو و سه، پنج بیمارستان درجه چهار و چهار بیمارستان زیر استاندارد گرفتند؛ یعنی بیش از سه‌چهارم بیمارستان‌ها در درجه یک قرار گرفتند. رتبه‌ای که تقریبا همه می‌گیرند، قدرت تمایز چندانی ندارد. مطالعه مستقل رضایت مدیران نیز پس از این ویرایش، بهبود معناداری نسبت به سنجش پیشین نشان نداد.

ویرایش چهارم در ۱۳۹۸ با نوزده محور، صد و ده استاندارد و پانصد و چهارده سنجه در سه سطح منتشر شد و با افزودن رتبه یک برتر و افزایش وزن ایمنی بیمار به این نقد پاسخ داد. از آن پس، رتبه‌بندی شش سطح یافت: عالی، یک برتر، یک، دو، سه و چهار؛ هرچند رابطه علی میان این تغییرات در منابع تصریح نشده است. ارزیابی دور چهارم از دی ۱۳۹۸ با تیم‌های چندتخصصی آغاز شد و هم‌زمان معیارهایی برای مراکز جراحی محدود تدوین شد. دستورالعمل ۱۳۹۹ نیز چرخه جامع دوسالانه و ارزیابی ادواری میان‌دوره را تعریف کرد تا پایش از بازدیدی منفرد به چرخه‌ای پیوسته تبدیل شود.

ویرایش پنجم در ۱۴۰۱ با پانصد و پنج سنجه منتشر شد و وزن سنجه‌های ایمنی بیمار، قانون انطباق و مدیریت بحران را بازنگری کرد. دور پنجم از اردیبهشت همان سال با هشتاد تیم اجرا شد و برای نهصد و نود و شش بیمارستان گواهی صادر شد. برای مراکز جراحی محدود نیز، پس از پایلوت در ۱۳۹۹، راهنمای جداگانه‌ای در ۱۴۰۲ به کار گرفته شد.

دور ششم در ۱۴۰۳ عمدا بر همان ویرایش پنجم اجرا شد تا استانداردها فرصت نهادینه‌شدن بیابند.

ویرایش ششم نیز در ۱۴۰۵ منتشر شد؛ تصمیمی که ضرورت اختصاص زمان کافی برای جاافتادن هر نسخه را به رسمیت می‌شناخت. گسترش دامنه ارزیابی به مراکز کوچک‌تر هم نشان می‌داد اعتباربخشی به‌تدریج از برنامه‌ای صرفا بیمارستانی به مجموعه‌ای از برنامه‌های متناسب با انواع مرکز درمانی تبدیل می‌شود. همین تصمیم نشان می‌داد که سرعت بازنگری خود به یکی از متغیرهای اثرگذاری برنامه تبدیل شده بود.

یک پرسش اما از نظام ۱۳۷۶ به دوره اعتباربخشی رسید و هنوز باقی است: چه چیزی بیمارستان را به رعایت معیار وامی‌دارد؟ پاسخ عملی همان پاسخ پیشین ماند. پیوند درجه با تعرفه حفظ شد، در ۱۳۹۵ اعلام شد قیمت خدمات با رتبه کیفی تناسب پیدا می‌کند، در ۱۴۰۵ فاصله تعرفه اتاق یک‌تختی بیمارستان درجه یک و چهار به نسبت دو و نیم برابر گزارش شد، و درجه اعتباربخشی برای برخی مجوزهای دیگر نیز شرط قرار گرفت. این پیوند، بیش از هر سازوکار دیگری، تعیین کرده است که بیمارستان انرژی خود را صرف کدام سنجه‌ها کند.

این پیوند مالی در پژوهش‌ها دو چهره داشت. از یک سو اصلی‌ترین انگیزه بیمارستان‌ها برای رعایت سنجه‌ها شناخته شد، و از سوی دیگر هر جا درجه به تعرفه گره خورد، رفتارهای نمایشی و تمرکز بر شاخص‌های امتیازآور هم گزارش شد؛ دوگانگی‌ای که وقتی ارزیاب و ارزیابی‌شونده در زنجیره‌های اداری مرتبط باشند اهمیت بیشتری می‌یابد.

قواعد دور ششم کوشید در کنار این محرک، چارچوبی روشن‌تر برای اجرا و پاسخ‌گویی بنا کند. خودارزیابی پیش‌نیاز ارزیابی جامع تعیین شد؛ پس از نهایی‌شدن امکان ویرایش نداشت و مسئولیت صحت آن به رئیس دانشگاه یا مدیرعامل بیمارستان نسبت داده شد. تعیین مسئول مشخص برای صحت خودارزیابی، پاسخ‌گویی را از واحد اداری به یک فرد منتقل کرد.

ارزیابی ادواری باید دست‌کم سالی یک‌بار، بدون اطلاع قبلی و در یک روز کاری انجام می‌شد، و اگر اختلاف میان نتیجه ادواری و جامع از پانزده درصد بیشتر می‌شد موضوع به کمیته مرکز نظارت ارجاع می‌یافت؛ قاعده‌ای که مستقیما آمادگی مقطعی روز ارزیابی را هدف گرفته بود.

آستانه‌های درجه بالاتر هم تعریف شد، برای درجه عالی حداقل هشتاد و پنج درصد امتیاز کل و هشتاد درصد امتیاز ایمنی بیمار لازم بود، هیچ محوری نباید کمتر از هشتاد امتیاز می‌گرفت، سابقه تخطی در بازه دوساله مانع دریافت این درجه می‌شد و بیمارستان باید دست‌کم پنج مزیت منحصربه‌فرد نشان می‌داد. این جزئیات نشان می‌دهند درجه بالاتر فقط به میانگین امتیاز وابسته نبود و سابقه انطباق هم در تصمیم دخالت داشت. مجموع این شرط‌ها درجه عالی را از دسترس بیمارستانی که تنها در روز ارزیابی آماده می‌شود بیرون می‌برد.

قاعده‌ای هم که از نظام ۱۳۷۶ به ارث رسیده بود همچنان برقرار ماند: اگر امتیاز اورژانس از امتیاز کل پایین‌تر باشد، همان مبنای رتبه‌بندی قرار می‌گیرد. ارزیابان موظف بودند نتیجه را ظرف هفت روز در سامانه ثبت کنند، دانشگاه اجازه مداخله در روند ارزیابی نداشت، و برای بیمارستان حق اعتراض با بازدید مجدد ظرف سه ماه پیش‌بینی شده بود.

در کنار این قواعد، راهنمای جامع ۱۴۰۵ به نقد دیگری هم پاسخ داد: اینکه بیمارستان فاقد یک بخش نباید با سنجه‌های همان بخش سنجیده شود. از این پس سنجه‌ها بر اساس بخش‌های مندرج در پروانه بهره‌برداری اعمال می‌شوند، و هم‌زمان شاخص‌های فیزیکی مانند مقاومت در برابر زلزله و آتش‌نشانی و برق و ژنراتور و شاخص‌های مدیریتی مانند اخلاق حرفه‌ای و کرامت بیمار بازنگری شدند؛ بسته سنجه‌های روان‌پزشکی نیز در دور ششم جداگانه ارزیابی می‌شد. شمار محورها و استانداردهای این راهنما تا زمان نگارش در منابع عمومی منتشر نشده بود، بنابراین مقایسه عددی آن با ویرایش پیشین ممکن نیست.

یک نکته اما از همین مرور ویرایش‌ها پیداست: هر بار که نقدی وارد شده، تغییری در متن یا در قاعده اجرا داده شده است؛ سنجه کم شده، رتبه‌بندی بازطراحی شده، چرخه پایش عوض شده و قواعد خودارزیابی روشن‌تر شده‌اند. آنچه کمتر تغییر کرده، جایگاه نهادی برنامه و سازوکار بازگرداندن نتیجه ارزیابی به بیمارستان است؛ و همین دو، در بخش پایانی گزارش، بیشترین فاصله را با انتظار مجریان نشان می‌دهند.

بازگشت به ایران

آنچه شواهد می‌گویند

پرسشی که پس از سه دهه سنجش باقی می‌ماند این است که آیا این همه ارزیابی به بهبود رسیده یا نه، و پاسخ‌دادن به آن از یک راه مستقیم ممکن نیست؛ پس باید شواهد پراکنده را کنار هم گذاشت و دید در مجموع چه الگویی می‌سازند.

نخستین راه سنجیدن یک نظام اعتباربخشی، مقایسه آن با معیارهای بین‌المللی خود اعتباربخشی است. مطالعه‌ای که در ۱۴۰۵ منتشر شد همین کار را کرد: با چک‌لیستی چهل‌ونه گویه‌ای، که سی‌وشش گویه آن به محتوای استانداردها و سیزده گویه به چارچوب تدوین و اجرای آن‌ها مربوط می‌شد، انطباق نظام ایران با الزامات انجمن بین‌المللی کیفیت سنجیده شد. پیمایش میان دویست و سی‌وسه نفر از کارکنان درگیر در فرایند اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان لرستان انجام شد و نوزده خبره نیز مصاحبه شدند.

امتیاز انطباق کلی حدود هشتاد درصد گزارش شد. اما آنچه بیش از این عدد اهمیت دارد، شکاف درون آن است: امتیاز بخش محتوای استانداردها بالاتر از امتیاز بخش چارچوب تدوین و اجرا بود. این شکاف یک یافته ساده و مهم دارد؛ متن استانداردهای ایران به معیارهای بین‌المللی نزدیک‌تر است تا نظامی که قرار است آن متن را اجرا کند.

همین الگو در سطح گویه‌ها هم تکرار می‌شود. حقوق گیرنده خدمت و ایمنی و مدیریت خطر، که موضوع‌های محتوایی‌اند، بالاترین امتیازها را گرفتند؛ و در مقابل، آموزش کاربران استانداردها و انتشار عمومی اطلاعات کیفیت، که به اجرا و شفافیت مربوط‌اند، پایین‌ترین. انتشار عمومی نتیجه همان چیزی است که از کادمن تا امروز در حاشیه مانده و نخستین بار در ۱۹۱۹ کنار گذاشته شد.

یک تمایز هم در این مقایسه اهمیت دارد. استانداردهای ایران ترجمه مستقیم هیچ نظام واحدی نیستند؛ در تدوین آن‌ها از محورهایی مانند حاکمیت و رهبری، حقوق بیمار، کنترل عفونت، مدیریت دارو و ایمنی بیمار استفاده شد که از خانواده استانداردهای آمریکایی می‌آیند، اما نسخه نخست ایران به‌جای قالب کارکردی بر اساس بخش‌های بیمارستانی تنظیم شد.

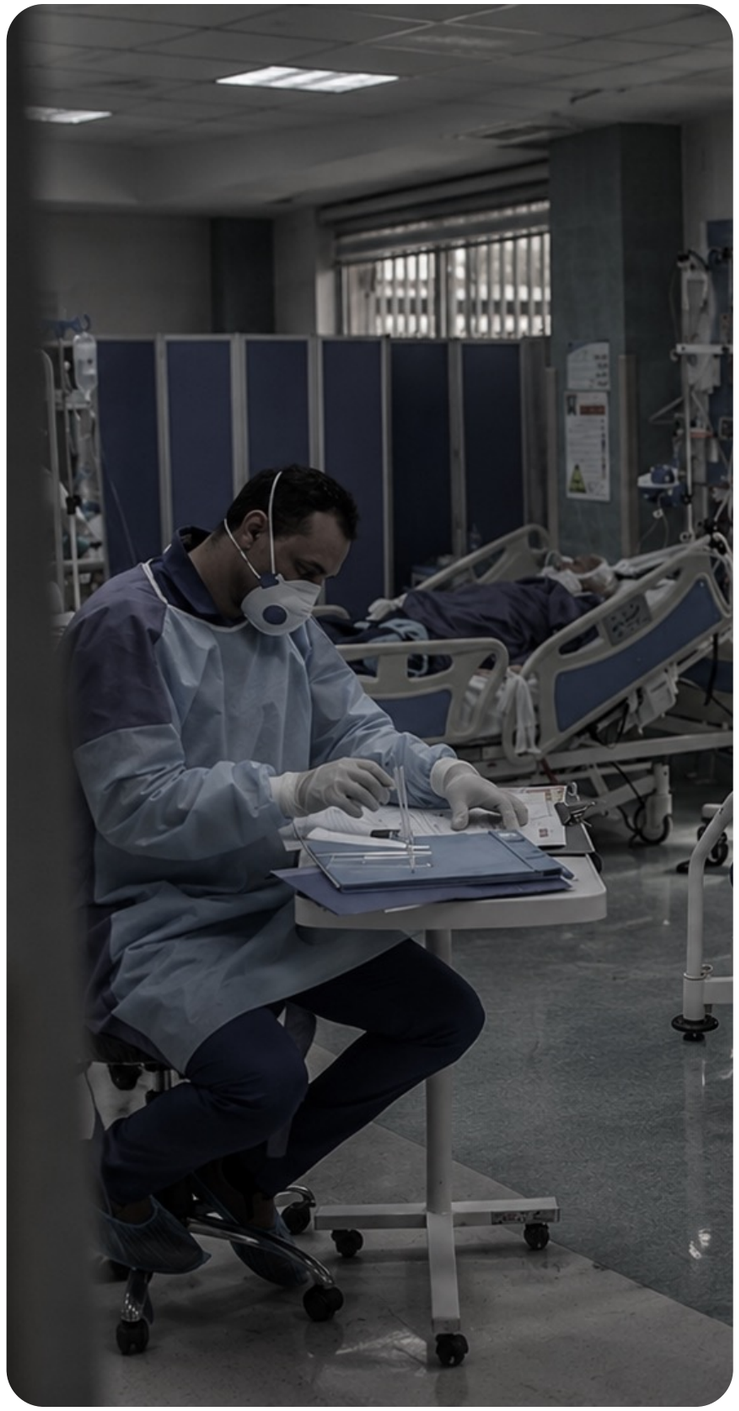
برنامه‌های فرانسه و مصر و لبنان نیز بررسی شدند و با ایران در نقش دولت و اجباری‌بودن اجرا شباهت داشتند. استفاده از برخی محورهای بین‌المللی اما به معنای تأیید نظام ملی از سوی انجمن بین‌المللی کیفیت نیست، و ایران تا زمان انتشار پژوهش مربوط تأیید آن انجمن را دریافت نکرده بود.

سنجیدن اثر واقعی برنامه دشوارتر است، چون شواهد موجود پراکنده‌اند و هیچ‌کدام رابطه علی میان اعتباربخشی و پیامد را اثبات نمی‌کنند. با این حال، وقتی کنار هم گذاشته می‌شوند، الگویی پیدا می‌کنند: ساختار و مستندات جلوتر از فرهنگ و نتیجه حرکت کرده‌اند.

در محور ایمنی بیمار وزن استانداردها افزایش یافته بود، اما پیمایش فرهنگ ایمنی در پیمایشی از دیدگاه پرستاران بخش جراحی پنج بیمارستان آموزشی تهران (۱۳۹۲) میانگین پاسخ‌های مثبت را حدود پنجاه و هفت درصد ثبت کرد و ضعیف‌ترین بعد آن مسائل کاری مربوط به کارکنان و کفایت نیروی انسانی بود؛ یعنی دقیقا همان چیزهایی که با مستندسازی ساخته نمی‌شوند. از این داده‌ها نمی‌توان نتیجه گرفت که اعتباربخشی علت یا درمان این وضعیت بوده است، اما تفاوت میان وجود ساختار ایمنی و فرهنگ گزارش‌دهی خطا در شواهد همان مطالعه دیده می‌شود.

پیمایشی جداگانه درباره فرهنگ ایمنی در سه بیمارستان دولتی و سه بیمارستان خصوصی تهران، با مشارکت هزار و دویست و سه نفر از کارکنان، میانگین پاسخ‌های مثبت را در بیمارستان‌های دولتی بالاتر از خصوصی گزارش کرد؛ نتیجه‌ای که با فرض رایج برتری همیشگی بیمارستان خصوصی سازگار نبود.

داده‌های ارزیابی دور سوم تصویر کمی دیگری هم به دست می‌دهند. بر پایه هفت استاندارد و سی‌وهفت سنجه، میانگین کشوری محور مدیریت خطر حوادث و بلایا کمتر از پنجاه از صد گزارش شد؛ میانگین استان‌های زنجان و قزوین بالاتر و ایلام و لرستان پایین‌تر بود و بیش از سه‌چهارم استان‌های مرزی امتیاز کمتر از پنجاه داشتند؛ و این نتایج علت تفاوت استان‌ها را توضیح نمی‌دهند، اما نشان می‌دهند عملکرد یک محور در سراسر کشور یکسان نیست.



بازگشت به ایران

بار اجرا و پرسش تناسب

اما اجرای گسترده، بارهای پنهان را هم آشکار کرد. پژوهش‌های همان دوره از کمبود نیرو و وقت، مشارکت ناکافی پزشکان و مدیران، ابهام معیارها، سیاست‌های اجرایی متعدد و ناهماهنگ، آموزش ناکافی ارزیابان و تمرکز زیاد بر مستندات گزارش دادند. در گزارش‌های مدیران، کمبود نیرو در پرستاری و بخش‌های پاراکلینیک و فشار کاری ناشی از آن به‌عنوان عاملی که می‌تواند کیفیت خدمت را کاهش دهد مطرح شد.

ظرفیت ارزیابان نیز با اندازه برنامه هم‌گام نشده بود. بازدیدها در کنار وظایف روزمره دانشگاه انجام می‌شد، آموزش کافی نبود و انگیزه پایین بود؛ در نتیجه تمرکز بازدیدها بیشتر به مستندات کشیده می‌شد و قضاوت‌ها ثبات یکسانی نداشتند. وقتی دو تیم ارزیاب از یک معیار برداشت یکسانی نداشته باشند، امتیازها میان بیمارستان‌ها قابل مقایسه نمی‌مانند.

دور دوم در ۱۳۹۳ کوشید همین کاستی‌ها را جبران کند و اصلاح آن به کم‌کردن معیارها محدود نماند؛ ارزیابان دوباره آموزش دیدند و ارزیابان ارشد بالینی و مدیریتی از استان‌های دیگر به تیم‌ها پیوستند تا بخشی از ناهماهنگی در قضاوت‌ها کاهش یابد. نتیجه‌های رسمی از فروردین همان سال در قالب درجات یک تا چهار اعلام شد.

با این حال، در پیمایش ملی پس از دور دوم تنها حدود پانزده درصد مدیران از محتوای استانداردها و حدود ده درصد از زیرساخت اجرای برنامه رضایت داشتند؛ و در همان دوره یکی از مقام‌های وزارت دشواری سنجش پیامدها و تمرکز برنامه بر شاخص‌های فرایندی را مطرح کرد، جمله‌ای که صد سال پس از بوستون دقیقا همان حلقه مفقوده را نام می‌برد. مسئله، چنان‌که پژوهش‌ها نشان دادند، نه در طراحی که در ظرفیت اجرا و در جهت‌گیری سنجه‌ها بود.

نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت این است که هیچ‌یک از این کاستی‌ها خاص ایران نیست؛ برنامه آمریکایی هم در نخستین دور با نرخ پذیرش سیزده درصد روبه‌رو شد و سال‌ها طول کشید تا بیمارستان‌ها خود را با آن تطبیق دهند.

تفاوت در این است که آنجا توضیح و مهلت جای بازرسی را گرفت و نرخ پذیرش از سیزده درصد بالا آمد، چنان‌که خود آن مسیر گواه تغییر بود؛ اما اینجا از همان ابتدا الزام و امتیاز در کانون نشست و بیش از هفتاد درصد بیمارستان‌ها از نخستین دور درجه یک یا بالاتر گرفتند، و در نتیجه رتبه توان تفکیک خود را از دست داد.

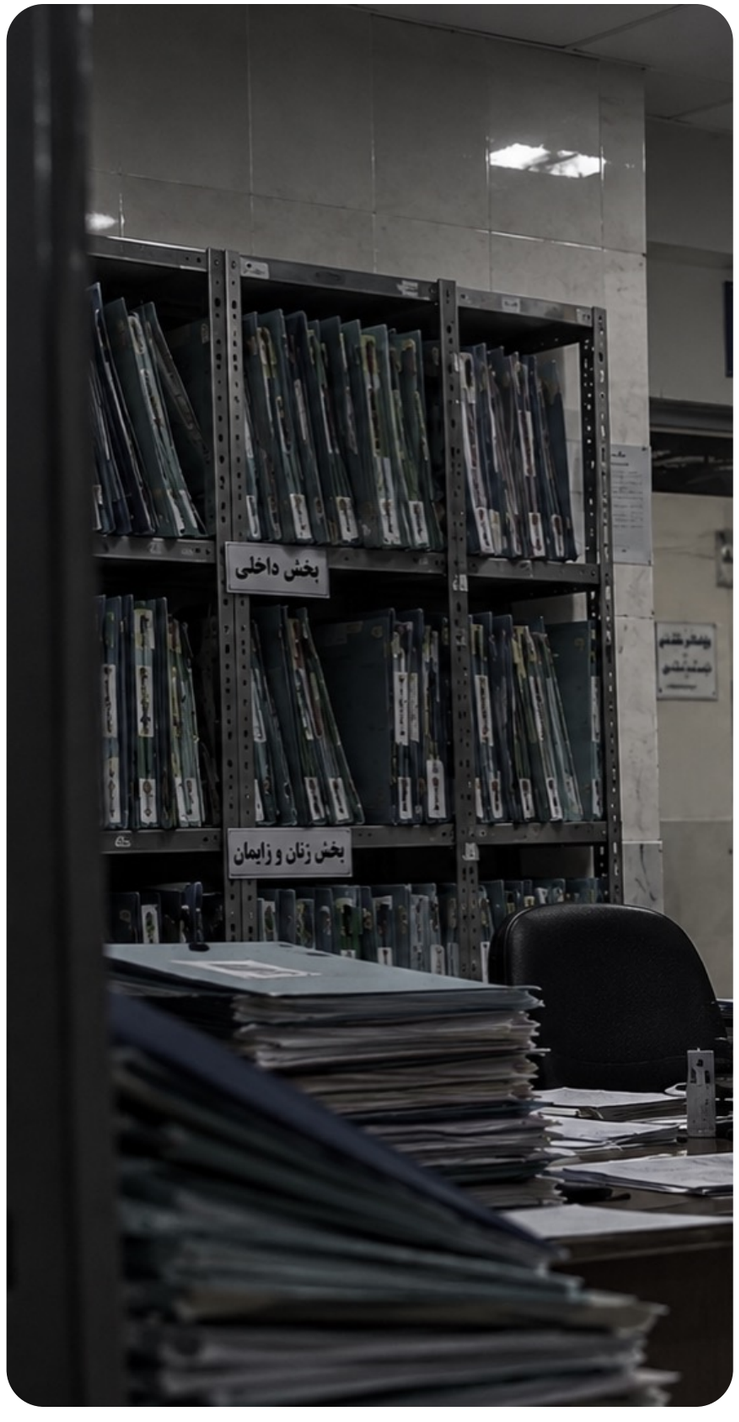
با این حال نباید نتیجه گرفت که دور نخست شکست خورد، چون برای نخستین بار یک چارچوب واحد و منتشرشده در سراسر کشور اجرا شد، بیش از هفتصد نفر برای ارزیابی آموزش دیدند و بیمارستان‌ها با مفاهیمی مانند ایمنی بیمار به شکل سازمان‌یافته روبه‌رو شدند؛ آنچه کم بود نه خود برنامه، که سازوکاری بود که نتیجه ارزیابی را به اقدام بیمارستان بازگرداند.

راهنمای جامع ۱۴۰۵ کوشید با اعمال سنجه‌ها بر اساس بخش‌های مندرج در پروانه بهره‌برداری به این نقد پاسخ دهد، اما مسئله را تمام نمی‌کند، چون بیمارستان کوچک ممکن است بخشی را در پروانه داشته باشد و در عین حال از نظر نیروی انسانی یا حجم خدمت با بیمارستان بزرگ تفاوت داشته باشد.

جمع این شواهد یک نکته را روشن می‌کند: آنچه با نوشتن استاندارد و بازرسی ساخته می‌شود، یعنی ساختار و مستندات و رویه، در ارزیابی‌ها بهتر دیده می‌شود، و آنچه به رفتار روزمره و اعتماد میان کارکنان وابسته است دیرتر و کمتر. این تفاوت را نباید به‌حساب شکست برنامه گذاشت، چون هیچ نظام اعتباربخشی در جهان مدعی نشده که به‌تنهایی فرهنگ سازمانی را تغییر می‌دهد.

اما همین تفاوت نشان می‌دهد که چرا افزودن سنجه تازه به‌خودی خود پاسخ نیست، چون اگر ارزیابی نتواند آنچه را بر بیمار می‌گذرد ببیند و به بیمارستان بازگرداند، افزودن به شمار سنجه‌ها تنها بار مستندسازی را بیشتر می‌کند؛ و پیشنهادی که در پژوهش‌ها تکرار شده همین است: کمتر، اما نتیجه‌محورتر.

همه این شواهد به دوره‌ها و نمونه‌های متفاوت تعلق دارند، اما در هیچ‌یک از آن‌ها سنجش منظم پیامد مراقبت در کانون نبوده است. جمع این نقدها نشان می‌دهد که مسئله اصلی نه نبود معیار، که نبود تناسب میان معیار و توان اجرای آن است.



بازگشت به ایران

پرسش نهایی

در مهر ۱۴۰۵، چرخه جاری شامل اعتباربخشی جامع دوسالانه، ارزیابی ادواری، خودارزیابی و بازدیدهای سرزده بود و دامنه ارزیابی از بیمارستان‌ها به مراکز جراحی محدود و سرپایی گسترش یافته بود. در همان زمان، وزیر و معاون درمان تأکید کردند که برنامه نباید به تکمیل چک‌لیست و فرایندهای اداری محدود شود؛

ظرفیت اجرای برنامه اما همچنان محدود است و این محدودیت در هر دو سر ماجرا دیده می‌شود. در دور نخست، بازدیدها در کنار مسئولیت‌های دیگر دانشگاه انجام می‌شد و آموزش و انگیزه ارزیابان کافی نبود؛ و در مهر ۱۴۰۵ نیز یکی از مسئولان وزارت از معوق‌ماندن مطالبات ارزیابان به مدت حدود یک سال و نیم و ناچیزبودن دریافتی ارزیابان بخش دولتی سخن گفت. کنار هم قراردادن این دو دوره، تداوم چالش ظرفیت و انگیزه ارزیابی را نشان می‌دهد: نظامی که کیفیت را می‌سنجد، خود به ظرفیتی پایدار نیاز دارد.

آنچه ارزیابی را به عملکرد واقعی نزدیک می‌کند هم در پژوهش‌ها روشن شده است. بررسی مستندات باید با مشاهده فعالیت واقعی، شاخص‌های پیامدی، بازخورد و پیگیری همراه شود؛ و بازدید کوتاه‌مدت می‌تواند رفتارهای مناسبتی را آشکار کند، اما بدون آموزش و استمرار تغییر پایدار نمی‌سازد.

تجربه کارکنان دو وجه دارد و گزارش منصفانه باید هر دو را نگه دارد. مطالعات کیفی از صرف زمان زیاد برای گردآوری اطلاعات، زائد دانستن بخشی از مستندات و کاهش زمان مراقبت مستقیم سخن گفته‌اند؛ در عین حال، همان کارکنان به بهبود برخی ساختارهای سازمانی در دوره آماده‌سازی اشاره کرده‌اند. اثر برنامه در بخش‌های مختلف و برای گروه‌های مختلف یکسان گزارش نشده است،

پیشنهادهایی که پژوهشگران و خبرگان مطرح کرده‌اند همگی حول یک محور می‌چرخند. دسته نخست به خود سنجه‌ها و آموزش آن‌ها مربوط است: کاستن از سنجه‌های ساختاری هم‌پوشان و افزودن به سنجه‌های نتیجه‌محور، آموزش بهتر ارزیابان و کاربران، و آموزش استانداردها در برنامه درسی رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی.

دسته دوم به اداره برنامه می‌پردازد: تدوین راهنمای اجرایی روشن، تشکیل کمیته علمی برای تدوین و بازنگری، پرهیز از تعارض منافع و لابی‌گری، شفاف‌سازی سیاست اجرای استانداردهای الزامی، و انتشار عمومی اطلاعات کیفیت.

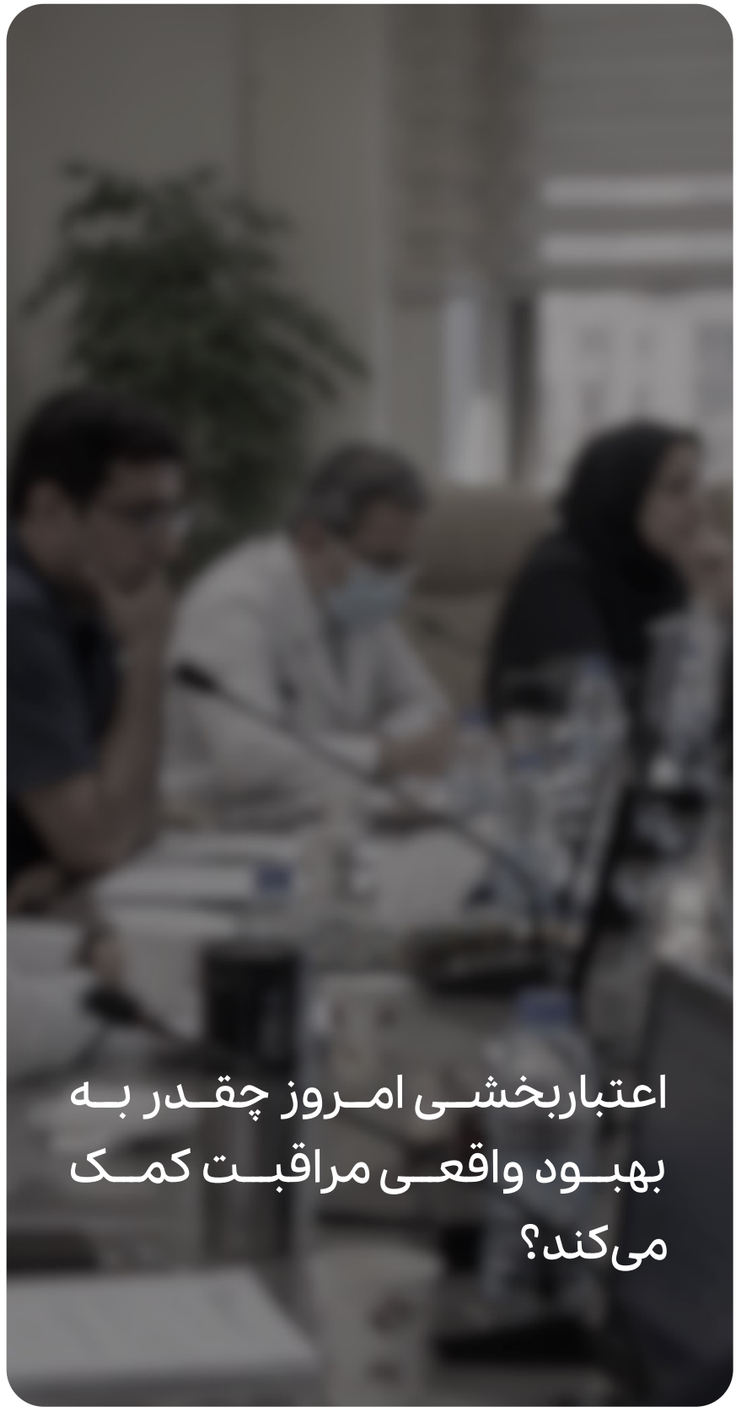
برخی پژوهشگران فراتر رفته و تشکیل شورای مستقل یا نهادی نیمه‌خودمختار و غیرانتفاعی را مطرح کرده‌اند؛ یعنی بازگشت به همان پیشنهادی که پیش از نخستین دور اجرا رد شده بود. این پیشنهادها زمانی به تغییر قابل مشاهده تبدیل می‌شوند که معیارها در عمل اجرا شوند و پیامدهایشان پیگیری شود.

جمع‌بندی این سه بخش بنابراین نه تأیید است و نه رد. مسیر ایران از ارزیابی ساختاری ۱۳۴۱ به درجه‌بندی سالانه و سپس به اعتباربخشی ملی و شش ویرایش راهنما رسیده و در این روند دامنه معیارها و شکل ارزیابی تغییر کرده است؛ اما شواهد هم‌زمان از بهبود برخی ساختارها و عملکردها و نیز از بار مستندسازی، محدودیت ظرفیت ارزیابان، ضعف آموزش و فاصله میان امتیاز و پیامد مراقبت حکایت دارند.

پاسخ قطعی به این پرسش، به سنجش مستمر پیامدها و پیوند آن‌ها با تجربه واقعی بیمار نیاز دارد. و چون چنین سنجشی هنوز در دسترس نیست، بخش پایانی سراغ کسانی می‌رود که هر روز در این نظام کار می‌کنند و فاصله میان سند و عمل را از نزدیک می‌بینند.

آنچه در بخش پایانی می‌آید جایگزین شواهد این بخش نیست و آن‌ها را تأیید یا رد هم نمی‌کند. تنها کاری که می‌کند این است که نشان دهد همان الگویی که در داده‌های ملی دیده می‌شود، در تجربه روزمره کسانی که برنامه را اجرا می‌کنند هم قابل تشخیص است یا نه.

اگر آن الگو در هر دو جا دیده شود، آنگاه می‌توان با اطمینان بیشتری گفت که مسئله نه در یک استان یا یک دوره، که در خود طراحی حلقه بازخورد است. پاسخ به این پرسش، بیش از آنکه به متن استانداردها وابسته باشد، به سازوکاری وابسته است که نتیجه ارزیابی را به تصمیم روزمره بیمارستان بازگرداند.





بخش چهارم

پیمایش تجربیات

پیمایش تجربیات

روش، پاسخ‌دهندگان و شیوه امتیازدهی

سه بخش گذشته نشان داد که سنجش کیفیت در طول صد سال از شمارش امکانات به ارزیابی فرایندها رسیده است، اما همان فاصله‌ای که کادمن از آن می‌گفت، میان آنچه ثبت می‌شود و آنچه بر بیمار می‌گذرد، هنوز باقی است. پرسش این بخش آن است که این فاصله در تجربه کسانی که هر روز در این نظام کار می‌کنند کجا دیده می‌شود؛ نه برای داوری درباره برنامه، بلکه برای یافتن نقطه دقیقی که باید اصلاح شود.

پرسش‌نامه از توصیف به تجربه حرکت می‌کند. نخست می‌پرسد پاسخ‌دهنده کیست و در چه بیمارستانی کار می‌کند، سپس سراغ مشارکت او در آخرین دوره ارزیابی و آشنایی‌اش با استانداردها می‌رود، و آنگاه در چهار محور به تجربه او از خود برنامه می‌پردازد: برداشت از تغییرات ویرایش ششم، تجربه مستقیم از روز ارزیابی، نقش اعتباربخشی در ده حوزه مشخص کیفیت، و آنچه پس از رفتن تیم ارزیاب باقی می‌ماند.

پاسخ‌دهندگان این پیمایش ناظران بیرونی نیستند: بیشتر آنان متخصصان بهبود کیفیت و اعتباربخشی‌اند و در آخرین دوره ارزیابی نقش مستقیمی در هماهنگی، آماده‌سازی یا پاسخ‌گویی داشته‌اند، چنان‌که آشنایی آنان با استانداردهای حوزه کاری‌شان بالاترین امتیاز کل پیمایش را گرفت: هشتاد و یک از صد.

همین نکته معنای همه آنچه در ادامه می‌آید را تغییر می‌دهد، چون نقدهای صفحات بعد از جانب کسانی مطرح می‌شود که هم متن استانداردها را می‌شناسند و هم اجرای آن را از نزدیک دیده‌اند؛ یعنی اگر جایی می‌گویند اثری دیده نشده، از سر ناآشنایی نمی‌گویند.

ساختار چهار محور از منطق همین گزارش پیروی می‌کند: محور ویرایش ششم همان پرسشی را دنبال می‌کند که از ۱۳۹۵ به بعد هر ویرایش کوشید حل کند، محور تجربه ارزیابی به نقدی برمی‌گردد که از نظام ۱۳۷۶ تا امروز تکرار شده است، محور نقش در کیفیت مستقیما همان حلقه مفقوده را هدف گرفته، و محور استمرار به آنچه پس از رفتن تیم ارزیاب باقی می‌ماند می‌پردازد. هر چهار محور بنابراین به پرسشی در همین گزارش گره خورده‌اند.

این چهار محور را نمی‌توان با هم جمع کرد، چون هر کدام چیز متفاوتی را می‌سنجند: یکی برداشت از یک متن را، یکی خاطره یک روز کاری را، یکی قضاوت درباره اثر یک برنامه در ده حوزه، و یکی وضعیت ماه‌های پس از ارزیابی. به همین سبب، جمع‌بندی پایانی بر پایه خود پرسش‌ها بنا شده است و نه بر میانگین محورها.

در عین حال، ترکیب پاسخ‌دهندگان محدودیت پیمایش را هم روشن می‌کند، چون وقتی بیشتر آنان از حوزه بهبود کیفیت‌اند، آنچه گزارش می‌شود نزدیک‌ترین تصویر به برداشت کارشناسی است و نه لزوما برداشت پزشک بالینی یا پرستار بخش؛ پس بهتر است نتایج این بخش را صدای مجریان برنامه دانست، کسانی که بیشترین بار اجرای آن بر دوششان است.

دو نکته را هم باید در نظر داشت: پاسخ‌ها بیانگر تجربه و برداشت شرکت‌کنندگان‌اند و نمونه تصادفی نیست، بنابراین هیچ عددی در این بخش را نباید به‌عنوان سنجش ملی خواند؛ و درباره ویرایش ششم نیز نتایج، برداشت از تغییرات را می‌سنجند و نه اثبات پیامد اجرای کامل آن.

برای هر پرسش طیفی امتیازی از صفر تا صد محاسبه شده است تا مقایسه میان پرسش‌ها ممکن شود: مثبت‌ترین گزینه صد، منفی‌ترین گزینه صفر، و پاسخ کسانی که اطلاع یا تجربه کافی نداشته‌اند کنار گذاشته شده است. این امتیاز ابزار مقایسه پرسش‌هاست و نه نمره عملکرد بیمارستان، و چون همه پرسش‌ها با یک مقیاس سنجیده شده‌اند، فاصله میان دو پرسش معنا دارد حتی اگر عدد مطلق هر کدام را نتوان به‌تنهایی تفسیر کرد.

منبع همه ارقام این بخش، پاسخ‌های همین پیمایش است و در صفحه‌های بعد ارجاع جداگانه‌ای برای آن‌ها نیامده است. سرانجام، درباره آنچه این بخش نمی‌گوید. پیمایش درباره کیفیت واقعی بیمارستان‌ها قضاوت نمی‌کند و جایگزین سنجش پیامد نیست؛ آنچه می‌سنجد برداشت افراد از اثر یک برنامه است. اما وقتی همین برداشت‌ها با شواهد ملی بخش سوم هم‌جهت می‌شوند، می‌توان با اطمینان بیشتری درباره نقطه‌ای که باید اصلاح شود سخن گفت.

در این پیمایش از **۱۴** استان

۶۱ مدیر و کارشناس مشارکت کردند،

و به **۲۵** پرسش پاسخ دادند.

مشخصات پاسخ‌دهندگان

نقش اصلی شما در بیمارستان چیست؟



ترکیب پاسخ‌دهندگان نشان می‌دهد نگاه متخصصان بهبود کیفیت و اعتباربخشی در این پیمایش پررنگ‌تر از سایر نقش‌های بیمارستانی است.

پیمایش تجربیات

ویرایش ششم اعتباربخشی

دور ششم ارزیابی در ۱۴۰۳ عمدا بر همان متن ویرایش پنجم اجرا شد تا استانداردها فرصت نهادینه‌شدن بیابند، و ویرایش ششم پس از آن در ۱۴۰۵منتشر شد. پنج پرسش این صفحه می‌سنجند که آیا این هدف در کار روزمره دیده شده است: روشنی متن، تناسب با فعالیت واقعی بیمارستان، توجه به کیفیت و ایمنی بیمار، تأکید بر عملکرد در کنار مستندسازی، و فرصت پیگیری اقدامات بهبود. پاسخ‌ها در هر پنج پرسش به سمت موافق متمایل‌اند و بالاترین امتیاز، هفتاد و یک از صد، به تأکید بر عملکرد واقعی رسیده است؛ یعنی همان چیزی که هدف اعلام‌شده ویرایش‌های اخیر بود در تجربه کاربران بازتاب یافته. پایین‌ترین امتیاز این صفحه به تناسب استانداردها با فعالیت واقعی بیمارستان تعلق دارد، که نشان می‌دهد تبیین مصداق‌ها هنوز کار ناتمام است.

خیلی موافقم | موافقم | تا حدودی | مخالفم | خیلی مخالفم | اطلاع/تجربه کافی ندارم

پرسش ۱

متن استانداردها و سنجه‌ها روشن‌تر و قابل فهم‌تر شده است.

امتیاز ۶۶ از ۱۰۰



برداشت مثبت از روشن‌تر شدن متن استانداردها قابل مشاهده است، اما پاسخ‌های میانی و منفی نشان می‌دهند وضوح برای همه به یک اندازه محقق نشده است. برای مدیر کیفیت، مسئله تنها ساده‌بودن متن نیست؛ مهم‌تر آن است که واحدهای مختلف از یک سنجه برداشت عملی یکسان داشته باشند.

پرسش ۲

تناسب استانداردها با فعالیت‌های واقعی بیمارستان افزایش یافته است.

امتیاز ۶۳ از ۱۰۰



پاسخ‌ها از بهبود نسبی تناسب استانداردها با فعالیت واقعی بیمارستان حکایت دارند؛ با این حال، سهم قابل‌توجه پاسخ‌های میانی نشان می‌دهد این تناسب هنوز در همه موقعیت‌ها بدیهی نیست.

پرسش ۳

توجه به کیفیت خدمات و ایمنی بیمار بیشتر شده است.

امتیاز ۶۵ از ۱۰۰



پاسخ‌دهندگان در مجموع افزایش توجه ویرایش ششم به کیفیت و ایمنی بیمار را تشخیص داده‌اند. این جهت‌گیری، مبنایی مطلوب برای همسوسازی ارزیابی با اولویت‌های بالینی فراهم می‌کند. با این حال، توجه بیشتر در متن استانداردها با تحقق پیامد بالینی یکسان نیست.

پرسش ۴

تأکید بر عملکرد واقعی بیمارستان در کنار مستندسازی افزایش یافته است.

امتیاز ۷۱ از ۱۰۰



این پرسش از روشن‌ترین جهت‌گیری‌های مثبت در بخش ویرایش ششم است: پاسخ‌دهندگان حرکت به سمت بررسی عملکرد واقعی در کنار مستندسازی را برجسته می‌بینند. پیام مدیریتی آن، ضرورت عبور از کفایت ظاهری پرونده‌ها و تمرکز بر مشاهده فرایند و نتیجه خدمت است.

پرسش ۵

استانداردها فرصت بیشتری برای شناسایی و پیگیری اقدامات بهبود کیفیت فراهم می‌کنند.

امتیاز ۶۸ از ۱۰۰



پاسخ‌ها نشان می‌دهندظرفیت شناسایی و پیگیری اقدامات بهبود در استانداردهای جدید از نظر بسیاری از افراد تقویت شده است، اما این فرصت هنوز از نظر همه پاسخ‌دهندگان روشن نیست. ارزش این تغییر زمانی آشکار می‌شود که یافته هر سنجه به یک مسئله مشخص، مسئول اقدام و شواهد پیگیری تبدیل شود.

پیمایش تجربیات

تجربه ارزیابی

نقدی که از نظام ارزشیابی ۱۳۷۶ تا امروز تکرار شده این است که ارزیابی مستندات را می‌بیند نه کار واقعی را. چهار پرسش این صفحه همان نقد را به تجربه مستقیم کسانی می‌سپارد که در روز ارزیابی حاضر بوده‌اند: روشنی مراحل، فضای گفت‌وگو، بررسی فعالیت واقعی، و کمک نتایج به شناسایی فرصت بهبود. سه پرسش نخست در محدوده شصت و دو تا شصت و شش می‌نشینند، اما پرسش چهارم با پنجاه و شش پایین‌ترین امتیاز کل پیمایش را می‌گیرد. فاصله نه واحدی میان بررسی فعالیت واقعی و کمک نتیجه به شناسایی فرصت بهبود، گویاترین یافته این صفحه است: بازدید انجام می‌شود، اما چیزی که بتوان با آن کار کرد بازنمی‌گردد.

خیلی موافقم | موافقم | تا حدودی | مخالفم | خیلی مخالفم

پرسش ۶

مراحل و نحوه انجام ارزیابی برای من روشن بود.

امتیاز ۶۶ از ۱۰۰



روشن بودن مراحل ارزیابی برای بخش مهمی از پاسخ‌دهندگان تجربه شده است، ولی پاسخ‌های میانی نشان می‌دهد پیش‌بینی‌پذیری فرایند برای همه کامل نیست. شفافیت در زمان‌بندی، انتظار از واحدها و شیوه ارائه شواهد می‌تواند از ابهام‌های غیرضروری بکاهد. این یافته به معنای مطالبه تسهیل بی‌قیدوشرط ارزیابی نیست؛ هدف آن است که انرژی کارکنان به‌جای حدس‌زدن شیوه بازدید، صرف توضیح عملکرد واقعی شود.

پرسش ۷

فضای ارزیابی برای گفت‌وگو و ارائه توضیحات کارکنان مناسب بود.

امتیاز ۶۲ از ۱۰۰



تجربه گفت‌وگو با ارزیابان نسبت به برخی جنبه‌های دیگر ارزیابی با احتیاط بیشتری توصیف شده است. برای فرایندی که باید ظرفیت یادگیری سازمانی ایجاد کند، امکان توضیح زمینه اجرایی، بیان مسئله و دریافت پاسخ روشن اهمیت دارد. این توزیع پاسخ، قضاوت درباره رفتار اشخاص نیست؛ بلکه نشان می‌دهد کیفیت ارتباط دوطرفه می‌تواند یکی از نقاط تمرکز در بهبود تجربه ارزیابی باشد.

پرسش ۸

در جریان ارزیابی، فعالیت های واقعی واحد ما در کنار مستندات بررسی شد.

امتیاز ۶۵ از ۱۰۰



بررسی فعالیت واقعی در کنار مدارک در تجربه بخشی از پاسخ‌دهندگان دیده شده، اما پاسخ‌های میانی نشان می‌دهد این رویکرد هنوز به‌صورت یکنواخت احساس نمی‌شود. مدیران کیفیت می‌توانند هنگام آماده‌سازی واحدها، به‌جای انباشت مستندات، بر قابلیت توضیح چرایی کارها و مشاهده اجرای فرایند متمرکز شوند. برای متولی ارزیابی نیز این پرسش اهمیت انسجام روش مشاهده، مصاحبه و مرور پرونده را یادآوری می‌کند.

پرسش ۹

نتایج ارزیابی به شناسایی فرصت های بهبود در بیمارستان کمک کرد.

امتیاز ۵۶ از ۱۰۰



این پرسش یکی از مهم‌ترین نقاط تأمل مدیریتی پیمایش است. برخلاف تصویر نسبتا مثبت از شفافیت و اجرای بازدید، درباره کمک نتایج ارزیابی به کشف فرصت‌های بهبود، نظرها پراکنده‌تر و سهم مخالفت بیشتر است. به نظر می‌رسد مسیر تبدیل مشاهده‌های ارزیابی به بازخورد روشن، اولویت‌بندی مسائل و اقدام اصلاحی نیازمند توجه جدی‌تر باشد. این یافته ناکارآمدی کلی ارزیابی را اثبات نمی‌کند، اما نقطه‌ای عملی برای بازطراحی ارزش افزوده آن نشان می‌دهد.

پیمایش تجربیات

اثر بر مراقبت

ده پرسش این محور مستقیما همان حلقه مفقوده‌ای را هدف گرفته‌اند که از بخش دوم تا پایان بخش سوم دنبال شد، یعنی این پرسش که آیا سنجش سرانجام به تغییری در مراقبت می‌رسد یا نه؛ و چون پاسخ به آن یکدست نیست، ده پرسش در دو صفحه و در دو دسته پنج‌تایی آمده است. پنج پرسش این صفحه به آن بخش از مراقبت مربوط‌اند که الزامش صریح و قابل بازرسی است، و همین ویژگی در امتیازها هم دیده می‌شود: ایمنی بیمار با هفتاد و دو بالاترین امتیاز کل پیمایش را می‌گیرد و رعایت رویه‌های استاندارد و توجه به حقوق بیماران پشت سر آن می‌آیند؛ اما به‌محض آنکه موضوع از الزام به رفتار جمعی می‌رسد، یعنی در گزارش‌دهی و یادگیری از خطا و در هماهنگی میان واحدها، امتیاز ده واحد پایین می‌آید.

خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم

پرسش ۱۰

افزایش توجه به شناسایی و پیشگیری از مخاطرات ایمنی بیمار

امتیاز ۷۲ از ۱۰۰



افزایش توجه به شناسایی و پیشگیری از مخاطرات ایمنی بیمار، ملموس‌ترین نقش گزارش‌شده اعتباربخشی در حوزه کیفیت است.

پرسش ۱۱

بهبود رعایت دستورالعمل‌ها و رویه‌های استاندارد مراقبتی و درمانی

امتیاز ۶۸ از ۱۰۰



پاسخ‌ها نقش نسبتا مثبت اعتباربخشی در تقویت رعایت دستورالعمل‌ها و رویه‌های استاندارد مراقبتی را نشان می‌دهند. این حوزه برای تبدیل استاندارد از یک سند به رفتار حرفه‌ای روزمره اهمیت دارد.

پرسش ۱۲

تقویت گزارش‌دهی و یادگیری از خطاها و رخدادهای ناخواسته

امتیاز ۶۲ از ۱۰۰



نقش اعتباربخشی در گزارش‌دهی و یادگیری از خطاها نسبت به توجه کلی به ایمنی بیمار کمتر برجسته است.

پرسش ۱۳

افزایش توجه به حقوق و نیازهای بیماران

امتیاز ۶۷ از ۱۰۰



افزایش توجه به حقوق و نیازهای بیمار از دستاوردهای نسبتا محسوس اعتباربخشی گزارش شده است. برداشت مدیریتی این است که حقوق بیمار نباید به نصب منشور یا تکمیل فرم رضایت محدود شود.

پرسش ۱۴

بهبود هماهنگی و ارتباط میان واحدهای مختلف بیمارستان

امتیاز ۶۳ از ۱۰۰



هماهنگی و ارتباط میان واحدها در مقایسه با ایمنی و رعایت رویه‌ها، کمتر به‌عنوان دستاورد پررنگ اعتباربخشی دیده شده است. این موضوع برای کیفیت خدمات حیاتی است.

پیمایش تجربیات

اثر بر مراقبت

پنج پرسش باقی‌مانده همین محور، آن بخش از کیفیت را می‌سنجند که به هماهنگی، داده و مشارکت وابسته است: کنترل عفونت، مخاطرات محیطی و تجهیزاتی، شفاف‌شدن مسئولیت‌ها و نظم فرایندها، استفاده از شاخص‌های عملکردی، و مشارکت کارکنان در ارتقای کیفیت. برخلاف صفحه پیش، اینجا هیچ پرسشی از شصت و هفت بالاتر نمی‌رود و سه پرسش آخر هر سه روی شصت و یک می‌نشینند؛ و این فاصله تصادفی نیست، چون آنچه با چک‌لیست و بازرسی ساخته می‌شود یعنی رویه و مستند، در ارزیابی بهتر دیده می‌شود، حال آنکه آنچه به رفتار روزمره و اعتماد میان کارکنان وابسته است دیرتر تغییر می‌کند. همین الگو پیش از این در شواهد ملی بخش سوم هم تکرار شده بود.

خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم

پرسش ۱۵

تقویت رعایت الزامات پیشگیری و کنترل عفونت

امتیاز ۶۷ از ۱۰۰



پاسخ‌ها بیانگر نقش نسبتا قابل‌مشاهده اعتباربخشی در تقویت توجه به الزامات پیشگیری و کنترل عفونت است. این حوزه از نظر استانداردپذیری و امکان مشاهده رفتارهای روزمره ظرفیت بالایی دارد.

پرسش ۱۶

بهبود شناسایی و مدیریت مخاطرات محیطی و تجهیزاتی

امتیاز ۶۴ از ۱۰۰



اعتباربخشی در شناسایی و مدیریت مخاطرات محیطی و تجهیزاتی نیز نقش مثبت اما نه یکدست گزارش شده است.

پرسش ۱۷

شفاف‌ترشدن مسئولیت‌ها و تقویت نظم در فرایندهای بیمارستانی

امتیاز ۶۱ از ۱۰۰



شفافیت مسئولیت‌ها و نظم فرایندها در میان ابعاد کمتر برجسته کیفیت قرار می‌گیرد.

پرسش ۱۸

تقویت استفاده از شاخص‌های عملکردی برای شناسایی مشکلات و برنامه‌ریزی بهبود

امتیاز ۶۱ از ۱۰۰



بهبود استفاده از شاخص‌های عملکردی، در ارزیابی پاسخ‌دهندگان جایگاه میانی دارد. این الگو نشان می‌دهد جمع‌آوری داده لزوما به معنای استفاده نظام‌مند از آن برای تصمیم‌گیری نیست.

پرسش ۱۹

افزایش مشارکت کارکنان در فعالیت‌های ارتقای کیفیت خدمات

امتیاز ۶۱ از ۱۰۰



افزایش مشارکت کارکنان در فعالیت‌های ارتقای کیفیت نسبت به حوزه‌های شناخته‌شده ایمنی کمتر ملموس گزارش شده است.

پیمایش تجربیات

اثر بر سازمان

پرسش پایانی هر نظام ارزیابی این است که پس از رفتن تیم ارزیاب چه چیزی سر جایش می‌ماند، و چهار پرسش این صفحه دقیقا همین را می‌سنجند: استمرار اقدامات بهبود، حمایت مدیریت، روزمره‌شدن استانداردها، و وجود داده منظم برای بررسی تغییرات. حمایت مدیریت با شصت و پنج بالاترین امتیاز این محور را دارد و استمرار خود اقدامات با شصت و دو پایین‌ترین؛ یعنی حمایت اعلام می‌شود و در مقطع بازدید فعالیت انجام می‌گیرد، اما نهادینه‌شدن اصلاحات در چرخه عادی کار به همان اندازه محسوس نیست. نقطه اتصال ارزیابی به بهبود پایدار همین‌جاست: تعیین مالک، زمان بازبینی و معیار بسته‌شدن پرونده برای هر اقدام اصلاحی.

خیلی موافقم | موافقم | تا حدودی | مخالفم | خیلی مخالفم

امتیاز ۶۲ از ۱۰۰

پرسش ۲۰

اقدامات بهبود کیفیت مرتبط با اعتباربخشی، پس از پایان ارزیابی نیز استمرار یافته‌اند.



استمرار اقدامات پس از پایان ارزیابی با اطمینان کمتری نسبت به حمایت مدیریتی توصیف شده است. این تفاوت از منظر مدیریت حائز اهمیت است: اعلام حمایت و انجام فعالیت در مقطع بازدید، با نهادینه‌شدن اصلاحات در چرخه عادی کار یکسان نیست. لازم است برای هر اقدام اصلاحی، مالک، زمان بازبینی و معیار بسته‌شدن پرونده مشخص باشد تا فاصله ارزیابی‌ها به دوره رکود برنامه‌های بهبود تبدیل نشود.

امتیاز ۶۵ از ۱۰۰

پرسش ۲۱

مدیریت بیمارستان از اجرای برنامه‌های مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی حمایت می‌کند.



بخش قابل‌توجهی از پاسخ‌ها از حمایت مدیریت بیمارستان از اعتباربخشی حکایت دارد، اما این تجربه برای همه یکسان نیست. پشتیبانی واقعی زمانی آشکار می‌شود که موضوعات کیفیت در تصمیم‌های تخصیص منابع، حل تعارض و پیگیری شاخص‌ها حضور داشته باشند. از نگاه مسئول بهبود کیفیت، استمرار حمایت مدیران ارشد باید در رفتار و تصمیم‌های روزمره سنجیده شود، نه صرفا حضور در جلسات یا تأیید رسمی برنامه‌ها.

امتیاز ۶۴ از ۱۰۰

پرسش ۲۲

اجرای استانداردها در حوزه کاری ما بخشی از فعالیت‌های معمول و روزمره شده است.



برای بسیاری از پاسخ‌دهندگان، اجرای استانداردها تا حدی به فعالیت روزمره تبدیل شده است؛ با این حال، وجود پاسخ‌های میانی و منفی نشان می‌دهد خطر اجرای مقطعی همچنان مطرح است. مسئله مدیریتی، تفاوت میان «آمادگی برای ارزیابی» و «فرایند کاری پایدار» است. هرگاه استاندارد در دستورکار روزانه، آموزش بدو ورود، بازخورد سرپرستان و پایش کیفیت ادغام شود، وابستگی عملکرد به زمان بازدید کمتر خواهد شد.

امتیاز ۶۴ از ۱۰۰

پرسش ۲۳

بیمارستان تا چه اندازه دارای شاخص‌ها و داده‌های منظم برای بررسی تغییرات کیفیت و ایمنی خدمات است؟



پاسخ‌ها حاکی از برداشت نسبتا مثبت درباره وجود داده‌ها و شاخص‌های منظم کیفیت و ایمنی است، اما این برداشت به‌تنهایی کیفیت داده یا استفاده از آن را تأیید نمی‌کند. ارزش مدیریتی این زیرساخت هنگامی روشن می‌شود که داده قابل اعتماد، قابل مقایسه و مبنای تصمیم باشد. بهتر است هر شاخص مهم به پرسش مشخص مدیریتی، آستانه هشدار و اقدام پیگیری متصل شود.

پیمایش تجربیات

دستاوردها و اولویت‌ها

دو پرسش چندگزینه‌ای و یک پرسش باز، همان چیزی را از زاویه دیگری نشان می‌دهند که در پرسش‌های طیفی دیده شد: چارچوب ساخته شده است و آنچه کم مانده، ابزار اجرای آن در کار روزمره است. آنچه به‌عنوان دستاورد انتخاب شده بیشتر به ایمنی بیمار و استانداردسازی خدمات مربوط می‌شود، حال آنکه آنچه برای گام بعد خواسته شده بیشتر به آموزش کاربردی، اجرای واقعی خدمت و بازخورد برمی‌گردد؛ و چون هر پاسخ‌دهنده می‌توانست چند گزینه را برگزیند، آنچه به دست می‌آید اولویت جمعی است و نه شدت موافقت، یعنی این ارقام را نباید با هم جمع کرد.

پرسش ۲۴

به نظر شما مهم‌ترین دستاوردهای اعتباربخشی کدام‌اند؟



در انتخاب دستاوردهای مهم، ایمنی بیمار، استانداردسازی خدمات و فرهنگ بهبود مستمر برجسته‌اند. در مقابل، هماهنگی واحدها و مسئولیت‌پذیری کمتر در فهرست دستاوردهای اول قرار گرفته‌اند. این توزیع با پاسخ‌های تفصیلی بخش کیفیت همسوست و تصویری از دستاوردهای ملموس‌تر در حوزه الزامات فنی در برابر آثار سازمانی کمتر محسوس ارائه می‌دهد. چون انتخاب چند گزینه مجاز بوده، نمودار میزان اشاره به هر دستاورد را نشان می‌دهد و سهم‌ها نباید جمع شوند.

پرسش ۲۵

کدام اقدامات می‌توانند بیشترین کمک را به ارتقای اثربخشی اعتباربخشی کنند؟



دو اولویت برجسته پاسخ‌دهندگان، آموزش کاربردی‌تر و توجه بیشتر به اجرای واقعی خدمات است. در ادامه، بازخورد قابل استفاده و پیگیری اقدامات اصلاحی مطرح می‌شود. این ترکیب نشان می‌دهد انتظار اصلی از نظام اعتباربخشی، توضیح روشن «چگونه اجرا کردن» و استفاده عملی از نتیجه ارزیابی است، نه صرفا افزایش الزامات مکتوب. این پاسخ‌ها بیانگر ترجیح برای بهبود آینده‌اند و به‌تنهایی ثابت نمی‌کنند آموزش یا ارزیابی فعلی ناکافی بوده است.

در پایان پرسش‌نامه از پاسخ‌دهندگان خواسته شد در صورت تمایل یک تجربه موفق یا پیشنهاد کاربردی بنویسند. از این پاسخ‌ها نمی‌توان نسبت عددی ساخت، چون هر متن ممکن است چند مضمون داشته باشد و شمار پاسخ‌های تشریحی نیز برای تعمیم کافی نیست؛ اما مضمون‌هایشان همان چیزی را تکرار می‌کند که در پرسش‌های بسته هم دیده شد.

پرتکرارترین مضمون‌ها اجرای واقعی خدمت و آموزش کاربردی سنجه‌هاست. پاسخ‌دهندگان از تبیین روشن‌تر مصداق‌ها سخن گفته‌اند، از آموزش‌هایی که به کار روزمره بخورد، و از ارزیابی‌ای که به‌جای مرور مستندات خود خدمت را ببیند؛ یعنی همان دو اولویتی که در پرسش چندگزینه‌ای کنار این متن هم بیشترین رأی را گرفته‌اند. تجربه‌های موفق نقل‌شده هم از همین جنس‌اند: جلسات یادگیری از خطا، و کاهش زمان انتظار بیمار.

دسته دوم مضمون‌ها به آنچه پس از ارزیابی می‌آید مربوط است: نقش‌آفرینی مدیران ارشد، بازخورد شفاف و پیگیری اصلاحات، مشارکت و انگیزش کارکنان، و یادگیری از خطا؛ یعنی همان حوزه‌هایی که در پرسش‌های طیفی هم کمترین امتیاز را گرفته بودند.

پیام مشترک این متن‌ها را می‌توان در یک جمله گفت: اعتباربخشی وقتی ارزش مدیریتی ایجاد می‌کند که به حل مسئله واقعی و یادگیری مداوم منجر شود؛ یعنی مشکل نه در وجود معیار است و نه در شمار آن، بلکه در فاصله میان معیار و اجرای پایدار آن، فاصله‌ای که با نوشتن سنجه تازه پر نمی‌شود.

پیمایش تجربیات

جمع‌بندی پیمایش

یافته مرکزی این پیمایش را می‌توان در یک جمله گفت: ارزیابی انجام می‌شود، اما نتیجه آن به شکلی قابل استفاده به بیمارستان بازنمی‌گردد. برای نشان‌دادن این نکته، به‌جای میانگین‌گرفتن از هر محور، هر بیست‌وسه پرسش طیفی کنار هم مرتب شده‌اند؛ چون میانگین محور در این پیمایش راهگشا نیست و همه محورها در بازه‌ای باریک می‌نشینند و تفاوت معنادار میان خود پرسش‌ها را پنهان می‌کند. دو فهرست زیر، پنج پرسشی را که بالاترین امتیاز گرفته‌اند و پنج پرسشی را که پایین‌ترین امتیاز را دارند کنار هم می‌گذارد.

پرسش‌هایی با بالاترین امتیاز

جایی که الزام صریح است و اثر در کار روزمره دیده می‌شود

توجه به مخاطرات ایمنی بیمار
۷۲ / ۱۰۰

تأکید بر عملکرد واقعی در کنار مستندسازی
۷۱ / ۱۰۰

رعایت رویه‌های استاندارد مراقبت
۶۸ / ۱۰۰

فرصت شناسایی و پیگیری اقدامات بهبود
۶۸ / ۱۰۰

توجه به حقوق و نیازهای بیماران
۶۷ / ۱۰۰

پرسش‌هایی با پایین‌ترین امتیاز

جایی که بهبود به بازخورد، داده و مشارکت وابسته است

کمک نتایج ارزیابی به شناسایی فرصت بهبود
۵۶ / ۱۰۰

شفاف‌شدن مسئولیت‌ها و نظم فرایندها
۶۱ / ۱۰۰

استفاده از شاخص‌های عملکردی
۶۱ / ۱۰۰

مشارکت کارکنان در ارتقای کیفیت
۶۱ / ۱۰۰

فضای گفت‌وگو در جریان ارزیابی
۶۲ / ۱۰۰

نخستین نکته این فهرست باریکی دامنه آن است: هیچ پرسشی از هفتاد و دو بالاتر نرفته و هیچ‌کدام زیر پنجاه و شش نیامده، یعنی پاسخ‌دهندگان نه چیزی را ستوده‌اند و نه چیزی را رد کرده‌اند. وقتی همه پرسش‌ها در شانزده واحد جا می‌گیرند، تفاوت محورها از بین می‌رود.

پنج پرسش با بالاترین امتیاز یک ویژگی مشترک دارند: الزام صریح و قابل بازرسی، و نتیجه‌ای که در کار روزمره دیده می‌شود؛ و پنج پرسش پایین هم ویژگی مشترکی دارند، اما از جنس دیگر، چون همه به چیزی وابسته‌اند که باید پس از ارزیابی اتفاق بیفتد.

گویاترین نشانه، فاصله دو پرسش همسایه در محور تجربه ارزیابی است: پاسخ‌دهندگان به اینکه در جریان ارزیابی فعالیت واقعی واحدشان بررسی شده شصت و پنج داده‌اند، اما به اینکه نتیجه همان ارزیابی به شناسایی فرصت بهبود کمک کرده، پنجاه و شش؛ یک بازدید، و نه واحد فاصله.

پرسش آشنایی با استانداردها هم عمدا بیرون گذاشته شده، چون هشتاد و یک گرفت اما دانش را می‌سنجد نه اثر را؛ هرچند همین عدد نشان می‌دهد که این نقدها از جانب کسانی مطرح شده که متن را خوب می‌شناسند.

جمع این دو فهرست، پاسخ پیمایش به پرسش بخش سوم است: اعتباربخشی آنجا که الزام روشن دارد کار می‌کند و آنجا که به حلقه بازخورد وابسته است کمتر.

نکته عملی این تحلیل هم روشن است: اگر قرار باشد با منابع محدود جایی از برنامه اصلاح شود، فهرست پرسش‌های با امتیاز پایین، نقطه شروع را نشان می‌دهد، یعنی حلقه‌ای که میان پایان ارزیابی و آغاز بهبود باز مانده است.

فهرست منابع

۱. ارزیابی محور مدیریت خطر حوادث و بلایا در دور سوم اعتباربخشی ملی. (۱۴۰۱). مجله طب نظامی، ۲۴(۴)، ۱۲۳۱-۱۲۴۰.

۲. اظهارات مسئولان وزارت بهداشت درباره ویرایش ششم و دور هفتم اعتباربخشی. (۱۴۰۵، شهریور-مهر).

۳. دولت‌آبادی، س. (۱۳۹۳). مقایسه سطح فرهنگ ایمنی بیمار در بخش جراحی بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین.

۴. مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان. (۱۴۰۱). راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران (ویرایش پنجم).

۵. مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان. (۱۴۰۳). دستورالعمل اعتباربخشی دور ششم بیمارستان‌های کشور.

۶. مصدق‌راد، ع. م.، اکبری‌ساری، ا.، و یوسفی‌نژادی، ت. (۱۳۹۶). ارزشیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۳(۱۵۳)، ۴۳-۵۴.

۷. مصدق‌راد، ع. م.، اکبری‌ساری، ا.، و یوسفی‌نژادی، ت. (۱۳۹۸). ارزشیابی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران. پایش، ۱۸(۱)، ۲۳-۳۵.

۸. مصدق‌راد، ع. م.، و نبی‌زاده، م. (۱۳۹۷). ارزشیابی برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران. پایش، ۱۷(۶)، ۶۱۷-۶۲۹.

۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ هیئت وزیران. (۱۴۰۵). تصویب‌نامه شماره ۲۰۳۳۹۲/ت۶۵۴۸۴هـ مورخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۷ درباره تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی در سال ۱۴۰۵.

۱۰. Aghaei Hashjin ,A ,.Kringos ,D .S ,. Manoochehri ,J ,.Aryankhesal ,A & ,. Klazinga ,N .S .(2014) .Development and impact of the Iranian hospital performance measurement program .BMC Health Services Research.448 ,14 ,

۱۱. American College of Surgeons. (1924). The minimum standard. Bulletin of the American College of Surgeons, 8, 4.

۱۲. Aryankhesal, A., & Sheldon, T. A. (2010). Effect of the Iranian hospital grading system on patients' and general practitioners' behaviour: An examination of awareness, belief and choice. Journal of Health Services Research & Policy.

۱۳. Aryankhesal, A., Sheldon, T. A., & Mannion, R. (2014). Impact of the Iranian hospital grading system on hospitals' adherence to audited standards: An examination of possible mechanisms. Health Policy, 115(2), 206–214.

۱۴. Atapour, S., & Dehghan-Nayeri, N. (2026). Nurses' experiences of hospital accreditation: A qualitative study. Nursing Open.

۱۵. Bahadori, M., Ravangard, R., & Alimohammadzadeh, K. (2015). The accreditation of hospitals in Iran. Iranian Journal of Public Health, 44(2).

۱۶. Codman, E. A. (1916). A study in hospital efficiency.

۱۷. Codman, E. A. (1923). The analysis of end results. Bulletin of the American College of Surgeons, 8, 17.

۱۸. Donabedian, A. (1989). The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. The Milbank Quarterly, 67(2), 233–256.

۱۹. Greenfield, D., Moldovan, M., Westbrook, J., et al. (2012). An empirical test of short notice surveys in two accreditation programmes. International Journal for Quality in Health Care, 24(1), 65–71.

۲۰. Joint Commission .)2026(.75th anniversary :Milestones .

۲۱. Jaafaripooyan, E. (2014). Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: Real-life perspectives on Iranian hospital evaluation and accreditation program. International Journal of Health Policy and Management, 3(4), 191–198.

۲۲. Joint Commission International. .(2013)Joint Commission International accreditation standards for hospitals(5th ed.(.

۲۳.Khoshakhlagh ,A. H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, S., & Sheidaei, A. (2019). Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. BMC Health Services Research, 19, 1009.

۲۴.Mansour ,W., Boyd, A., & Walshe, K. (2020). The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: A literature review. Health Policy and Planning, 35(6), 684–700.

۲۵.Mosadeghrad ,A. M. (2016). Comments on "Iran Hospital Accreditation System." Iranian Journal of Public Health, 45(6), 837–839.

۲۶.Nightingale ,F. (1863). Notes on hospitals (3rd ed.(.

۲۷. Poursaki, T., Shams, L., & Gharibi, F. (2026). How can Iran's hospital accreditation standards align with ISQua? BMC Health Services Research, 26, 825. https://doi.org/10.1186/s12913-026-14562-7

۲۸. Prochaska ,F .K. (1992). Philanthropy and the hospitals of London: The King's Fund, 1897–1990 .Clarendon Press.

۲۹.Reverby ,S. (1981). Stealing the golden eggs: Ernest Amory Codman and the science and management of medicine. Bulletin of the History of Medicine, 55, 156–171.

۳۰. Roberts, J. S., Coale, J. G., & Redman, R. R. (1987). A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA, 258(7), 936–940.

۳۱.Shams ,L ,.et al .(2024) .Compliance of Iran's hospital accreditation implementation processes with ISQua requirements .Health Technology Assessment in Action.

۳۲.Shaw ,C. D. (1997). Accreditation and ISO: International convergence on health care standards. International Journal for Quality in Health Care, 9(1), 11–13.

۳۳.Shaw ,C. D. (2003). Quality and accreditation in health care services: A global review. WHO/ISQua.

۳۴.Shaw ,C. D., & Brooks, T. E. (1991). Health service accreditation in the United Kingdom. International Journal for Quality in Health Care, 3(3), 133–140.

۳۵.Tenon ,J.-R. (1788). Mémoires sur les hôpitaux de Paris.

۳۶.Vali, L., et al. (2020). Hospital accreditation from the perspective of healthcare staff: A qualitative study. BMC Health Services Research.

۳۷.Wright ,J. R., Jr. (2017) .The American College of Surgeons, minimum standards for hospitals, and the provision of high-quality laboratory services. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 141(5), 704–717.

۳۸.Yousefinezhadi ,T., Mosadeghrad, A. M., Arab, M., Ramezani, M., & Akbari Sari, A. (2017). An analysis of hospital accreditation policy in Iran. Iranian Journal of Public Health, 46(10), 1347–1358.

بدینوسیله...

صمیمانه از همه‌ی همکاران، کارشناسان، پژوهشگران و نهادهایی که در فرایند گردآوری داده‌ها، تحلیل اطلاعات و تدوین این گزارش ما را یاری کردند قدردانی می‌کنیم. همراهی ارزشمند آنان نقش بسزایی در ارتقای کیفیت این اثر داشته و بی‌تردید بدون تلاش جمعی و همدلی ایشان، دستیابی به این نتیجه میسر نمی‌شد.

نویسندگان



محمدرضا هوشنگی

تحلیل‌گر کسب‌وکار



محمد هادی خیاطیان یزدی

تحلیل‌گر ارشد کسب‌وکار



عرفان غیرتمند

تحلیل‌گر ارشد کسب‌وکار



دکتر سید احمد آیت اللهی

رئیس هیئت‌مدیره و مدیر دپارتمان اقتصاد و کسب‌وکار

درباره ما

شرکت مشاوران تعالی‌سازان در سال ۱۳۸۰ تأسیس شد و فعالیت خود را با هدف هدایت کسب‌وکارها به سوی رشد پایدار و خلق ارزش آغاز کرد. ما به‌عنوان شرکت مشاوره مدیریت، با سازمان‌هایی در صنایع گوناگون همکاری کرده‌ایم و در مواجهه با چالش‌های پیچیده، راهکارهای اختصاصی و اثربخش ارائه داده‌ایم. در طول این سال‌ها آموخته‌ایم که دستیابی به تعالی، نیازمند تمرکز و انعطاف‌پذیری است؛ رویکردی که با شناخت ظرفیت‌ها و نیازهای سازمان‌ها شکل می‌گیرد.

در سال‌های اخیر، با انتخابی استراتژیک، تمامی تخصص و توان خود را بر حوزه بهداشت و درمان متمرکز کرده‌ایم تا نقشی مؤثر در بهبود نظام سلامت، توانمندسازی سازمان‌ها و ارتقای کیفیت زندگی ایفا کنیم. هدف ما خلق ارزش از طریق بهبود فرایندها، مدیریت مؤثر منابع، افزایش بهره‌وری، تقویت نوآوری و فراهم‌کردن زمینه تصمیم‌گیری آگاهانه بر پایه داده‌ها و شواهد است؛ رویکردی که به بهبود عملکرد و تحقق اهداف سازمان‌ها کمک می‌کند.

با این حال، در حوزه استراتژی و به‌ویژه جاری‌سازی اثربخش آن، همچنان تجربه و تخصص خود را در اختیار سازمان‌های صنایع دیگر قرار می‌دهیم. تعالی‌سازان با اتکا به تیمی باتجربه، ارزش‌هایی چون صداقت، همکاری و تعهد به تعالی را دنبال می‌کند و آماده است با ارائه راهکارهای متناسب و همراهی در اجرای استراتژی‌ها، سازمان‌ها را در مسیر تحول، پیشرفت و بهبود مستمر یاری کند. این تجربه حاصل فعالیت مستمر، یادگیری و مواجهه با مسائل سازمان‌هاست و مبنای همکاری ما برای پاسخ به نیازها و دستیابی به نتایج ماندگار است.

خدمات ما

تحلیل و توسعه کسب‌وکار
راه‌اندازی کسب‌وکار در حوزه بهداشت و درمان
توسعه کسب‌وکار
ارزیابی جامع کسب‌وکار

مدیریت تحول و استراتژی
مدیریت استراتژیک
مدیریت و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
حاکمیت سازمانی
تحول سازمانی

مدیریت مالی و اقتصادی
مدیریت چرخه درآمد
مدیریت هزینه‌ها
تحلیل و توسعه اقتصادی

مدیریت منابع انسانی
آموزش و توسعه مدیران و کارکنان
ارزیابی و بهبود فرایندهای منابع انسانی
کانون ارزیابی و توسعه مدیران

مدیریت تجربه و رضایتمندی
مدیریت رضایتمندی ذی‌نفعان
مدیریت تجربه مشتریان
مدیریت ارتباطات با مشتریان

مدیریت کیفیت و اعتباربخشی
ارزیابی و اعتباربخشی
مدیریت ایمنی بیمار
بهبود مستمر کیفیت

تماس با ما

دفتر شمیران سنتر: تهران، بلوار ارتش، مجتمع تجاری اداری شمیران سنتر، طبقه ۱۱، واحد ۱۱۰۲

دفتر کارخانه نوآوری: تهران، اتوبان لشگری، کارخانه نوآوری آزادی سوله هفت و هشت، دفتر D

تلفن: ۰۲۱-۲۸۴۲۰۱۸۴

ایمیل: info@becg.ir

وبسایت: www.becg.ir

مشاوران تعالی سازان
مشاور مدیریت در صنعت سلامت