

مدل اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی کشور

سمانه میراسماعیلی^۱، علی محمد مصدق راد^۲، ابراهیم جعفری پویان^{۲*}

۱- دکتری تخصصی، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- استاد، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: jaafaripooyan@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: اعتباربخشی، یک مدل ارزشیابی خارج سازمانی، از مهم‌ترین برنامه‌های ارزشیابی خدمات سلامت در چند دهه اخیر بشمار می‌رود. نظام نوین اعتباربخشی خدمات سلامت در ایران فاقد استانداردهای لازم برای ارزشیابی خدمات سرپایی و درمانگاه‌های عمومی است. این مطالعه بنابراین، با استفاده از تجربیات سایر کشورها به طراحی مدلی برای اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی پرداخته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه مروری - کیفی بود که در دو گام انجام پذیرفت. در گام اول مدل‌ها، روش‌ها و استانداردهای اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی کشورهای منتخب با مرور تطبیقی شناسایی شد. در گام دوم به روش کیفی و با روش پانل خبرگان مدل مفهومی اعتباربخشی این درمانگاه‌ها طراحی شد.

نتایج: مدل پیشنهادی برای اعتباربخشی درمانگاه‌ها با ثبت درخواست در سامانه و به روز رسانی اطلاعات آغاز می‌شود. پس از خودارزیابی درمانگاه و ارزیابی خارجی، زمان برای انجام اصلاحات در نظر گرفته می‌شود. محورهای کلیدی پیشنهادی برای اعتباربخشی درمانگاه‌ها در این مدل شامل مدیریت و رهبری، مدیریت اطلاعات، مدیریت فرآیندها، مدیریت منابع انسانی، حقوق گیرندگان خدمت و نتایج عملکردی می‌باشد. رتبه بندی درمانگاه‌های کشور در پنج سطح (عالی، خوب، متوسط، ضعیف و زیر استاندارد) قابل انجام خواهد بود.

نتیجه گیری: با توجه به محورها و فرایندهای شناسایی شده و عدم وجود یک رویکرد نظام مند، مدل اعتباربخشی پیشنهادی می‌تواند برای اولین بار یک شیوه علمی و کاربردی جهت گروه‌های ارزیاب داخل و خارج سازمان فراهم ساخته و ارزشیابی متناسب و معتبری از درمانگاه‌های سرپایی عمومی ایران ارائه کند.

واژگان کلیدی: اعتباربخشی، درمانگاه‌های عمومی، ایران

مقدمه

شناخته شده‌ترین و رو به رشدترین ابزارهای ارزشیابی خدمات سلامت که در چند دهه اخیر توجه مدیران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به خود جلب کرده است مبحث اعتباربخشی می‌باشد (۱). اعتباربخشی فرآیند

سنجش و ارزشیابی کارایی و اثربخشی فعالیت واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی همواره یکی از مهمترین وظایف و دغدغه‌های سیاستگذاران و مدیران سلامت به شمار می‌رود. یکی از

که این روند به شکل صعودی بوده و در برخی کشورها مانند آمریکا در طول ده سال دو برابر شده است (۸). بدیهی است چنانچه درمانگاه‌ها در جایگاه اصلی خود ارائه خدمت کرده و ایفای نقش نمایند، ارزیابی و نظارت مستمر بر نحوه و نتایج فعالیت آنها بر جامعه، در قالب شاخص‌های کارآیی و اثربخشی و سنجش رضایتمندی مشتریان و ذینفعان، قادر است تصویر مناسبی از نحوه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در کشور را به صورت جامع و کامل ترسیم نماید (۹).

استانداردهای اعتباربخشی مراکز بهداشتی درمانی در ایران تنها برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها طراحی شده است و سایر مراکز به صورت رسمی مورد اعتباربخشی قرار نمی‌گیرند. نظام نوین اعتباربخشی خدمات سلامت در ایران فاقد استانداردهای لازم برای ارزشیابی خدمات سرپایی و درمانگاه‌های عمومی است. علاوه بر آن بررسی‌ها نشان داده است استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی موجود، با وجود کمیت و کیفیت بالا برای اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی مناسب نخواهند و درمانگاه‌ها نیازمند الگوی اعتباربخشی اختصاصی هستند. بیشتر مطالعات انجام شده مرتبط با اعتباربخشی در دنیا بر مراکز بستری یا پیشگیری متمرکز بوده اند (۱۶-۱۰) و خدمات سرپایی و بویژه کلینیک‌های عمومی مورد توجه قرار نگرفته است (۱۷، ۱۸). با توجه به تعدد درمانگاه‌های عمومی کشور و لزوم توجه به بهبود مستمر کیفیت خدمات و جلب رضایت کلیه ذینفعان در این بخش، این پژوهش با بهره‌گیری از مبانی ارزشیابی خدمات سلامت و مدل‌های اعتباربخشی درمانگاه‌های کشورهای منتخب به طراحی چارچوب اعتباربخشی متناسب با شرایط درمانگاه‌های عمومی کشور ایران پرداخته است.

نظامند ارزشیابی و تعیین اعتبار مراکز بهداشتی و درمانی توسط یک سازمان خارجی حرفه‌ای مستقل با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی است (۲). هدف اصلی اعتباربخشی، ارتقا کیفیت خدمات سلامت است. مزایای اعتباربخشی عمدتاً عبارتند از بهبود مدیریت فرایندهای بیمارستان، ایجاد پرستیژ سازمانی، محافظت از حقوق گیرندگان خدمت، زمینه‌سازی برای مدیریت تغییر، تسهیل پایش و نظارت، ایجاد بانک اطلاعاتی و نهایتاً بهبود کارایی و اثربخشی می‌تواند باشد (۳-۵).

درمانگاه بخشی از ساختارهای اجتماعی پزشکی است که برای جمعیت تحت پوشش، خدمات بهداشتی و درمانی کاملی شامل خدمات اولیه، پیشگیری و درمان را به صورت سرپایی ارائه می‌دهد. این مراکز به وسیله یک یا چند پزشک اداره می‌شوند. درمانگاه بطور شبانه‌روزی بیماران سرپایی را برای درمان می‌پذیرد و در آن محل می‌توان موارد فوری یا نیازمند کمک‌های ویژه را حداکثر طی ۲۴ ساعت تحت نظر قرار داد و در صورت عدم بهبودی و داشتن مشکلات خاص و نیازمندی به خدمات بیشتر، باید درطول این مدت هماهنگی لازم جهت اخذ پذیرش و اعزام به بیمارستان فراهم گردد (۶).

در سال‌های اخیر بیشتر فعالیت‌های بهبود کیفیت بر روی بیمارستان‌ها و مراقبت‌های بستری متمرکز بوده است ولی امروزه توجهات به سمت ارائه و بهبود کیفیت خدمات سرپایی جلب شده است (۷). زیرا حوزه خدمات سرپایی به عنوان اولین نقطه تماس بیمار با نظام سلامت شناخته شده و پل ارتباطی مهمی بین حوزه‌های مختلف ارائه خدمات در نظام سلامت می‌باشد و هزینه‌های پایین تری ممکن است به بیمار و سازمان تحمیل شود. بررسی روند حجم مراجعات مردم به نهادهای ارائه دهنده خدمات سرپایی نشان می‌دهد

روش کار

این پژوهش کیفی در سال ۱۴۰۲ در دو مرحله انجام گرفت. در گام اول یک مرور تطبیقی از استانداردها و روش‌های ارزشیابی و اعتباربخشی درمانگاه‌ها در کشورهای منتخب صورت گرفت. کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، انگلیس و لبنان به صورت هدفمند بر اساس معیارهای تعیین شده (دارا بودن نظام اعتباربخشی پیشرو و وجود مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی با ساختار مشابه با درمانگاه‌های ایران) مورد بررسی قرار گرفتند. با بهره‌گیری از ماتریس مقایسه تطبیقی مدل‌های اعتباربخشی، که عمدتاً شامل استانداردها و فرآیند اعتباربخشی، دوره زمان بندی، تیم ارزیابان و شیوه رتبه بندی در کشورهای منتخب بود داده‌های مرتبط استخراج گردید. تحلیل داده‌ها بنابراین براساس روش تحلیل محتوای هدایت شده **Directed content analysis (DCA)** انجام گردید (۱۹). تیم پژوهش براساس رویکرد **DCA** و بهره‌گیری از مدل‌های اعتباربخشی بیمارستانی و چک لیست‌های ممیزی داخلی درمانگاهی، مدل اولیه را طراحی نمود.

در مرحله دوم مدل اولیه در پانل خبرگان متشکل از صاحب نظران کلیدی، افراد مطلع و متخصص در حوزه مطالعه از جمله اساتید دانشگاه و افراد دارای سابقه مدیریتی طولانی بررسی، پالایش و طبقه بندی گردید. برگزاری نشست خبرگان به منظور ارزیابی و بومی سازی مدل بدست آمده از مطالعه تطبیقی انجام گرفت (۲۰). در این نشست ۱۰ نفر از خبرگان در حوزه ارزشیابی خدمات سلامت، اعتباربخشی سازمانهای بهداشتی و درمانی، مدیریت سلامت و مدیریت کلینیک که به صورت هدفمند از میان افراد کلیدی انتخاب شده بودند به بحث و گفتگو پیرامون ابعاد مختلف مدل اولیه و روابط بین آنها پرداختند. در انتها بر اساس نظرات

خبرگان، مدل پیشنهادی برای اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی ایران ارائه گردید.

نتایج

برنامه اعتباربخشی درمانگاه‌ها در کشورهای منتخب شامل روش ارزیابی، ارزیابان و استانداردها در کشورها مورد بررسی قرار گرفته اند (جدول ۱). اعتباربخشی درمانگاه‌های استرالیا: ساختار ارائه خدمات سلامت در استرالیا در دو سطح طراحی شده است. سطح اول شامل کلینیک‌های جامعه محور (مراجعه به پزشک عمومی و ارجاع در صورت نیاز) و مراقبت‌های تخصصی پزشکی (پذیرش بیماران ارجاع شده توسط پزشک متخصص در کلینیک بیمارستانی یا مطب خصوصی) می باشد. سطح دوم شامل بیمارستان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی است (۲۱). کمیسیون ایمنی و کیفیت مراقبت سلامت استرالیا **The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)** به عنوان بدنه اصلی اعتباربخشی در استرالیا، بر اساس استانداردهای ملی ایمنی و کیفیت مراقبت سلامت **National Safety and Quality in Health Care Standards (NSQHS)** مسئولیت ارزیابی مؤسسات مراقبت سلامت را برعهده دارد. برنامه اعتباربخشی در استرالیا اختیاری و غیر دولتی است که با اعلام درخواست از سوی مرکز درمانی آغاز می‌شود. پس از خودارزیابی، ارزیابی اصلی توسط ارزیابان خارجی انجام شده و میزان انطباق سازمان با استانداردها سنجیده می‌شود. در بازبازرسی مجدد نیز رفع نواقص گزارش شده مورد بررسی قرار خواهد گرفت. تیم ارزیابی با توجه به وسعت مرکز درمانی شامل دو یا سه فرد آموزش دیده است که در ترکیب اعضا باید یک پزشک یا پرستار و یک مدیر حضور داشته باشد (۲۲). در استرالیا ۱۰ استاندارد اصلی نظارت بر ایمنی و کیفیت در

داشتن حداقل دو سال سابقه کار انتخاب می‌شوند که به صورت سالانه مورد آموزش و آزمون قرار می‌گیرند. اعتباربخشی درمانگاه‌های سرپایی در آمریکا به صورت اختیاری است و پس از ثبت درخواست مرکز ارائه دهنده خدمات با بازدید اولیه ارزیابان آغاز می‌شود. ارزیابان حداقل معیارهای لازم را بررسی می‌کنند سپس به تجربه بیماران از دریافت مراقبت از ارائه دهنگان مختلف در آن موسسه می‌پردازند. در این روش، از مراجعین پیرامون تجربیات واقعی درمان، مراقبت و دریافت خدمات و تجربیات مرتبط با سیستم‌های تخصصی ارائه خدمات درمان مانند پیشگیری از عفونت یا مدیریت داروها سوال می‌شود. فرآیند ارزیابی بعد از بررسی در محل پایان نمی‌یابد بلکه تا دوره بعدی ارزیابی از سازمان خواسته می‌شود که خود ارزیابی کرده و اقدامات بهبود را انجام دهد. استانداردهایی که در اعتباربخشی درمانگاه‌های آمریکا مورد بررسی قرار می‌گیرند شامل: محیط مراقبت، مدیریت فوریت‌ها، منابع انسانی، پیشگیری و کنترل عفونت‌ها، مدیریت اطلاعات، رهبری، ایمنی، ارائه مراقبت و درمان، مدیریت دارویی، بهبود عملکرد، ثبت مراقبت و درمان، حقوق و مسئولیت‌های افراد و ایمنی هستند (۲۷). اعتباربخشی درمانگاه‌ها معمولاً هر سه سال انجام می‌شود (بسته به وسعت) و درمانگاه بر اساس این عناوین رتبه بندی می‌شود: اعتباربخشی شده، اعتبار اولیه، اعتبار موقت، اعتبار مشروط، رد اولیه اعتباربخشی و رد اعتباربخشی.

اعتباربخشی درمانگاه‌های کانادا: ساختار و سطح بندی ارائه خدمات سلامت در کانادا مانند آمریکا و انگلیس است. کلینیک‌های سرپایی در کانادا به ارائه خدمات ارزیابی و خدمات تشخیصی، درمانی که نیاز به بستری نداشته باشند را ارائه می‌دهند. سازمان اعتباربخشی کانادا سازمانی مستقل و غیر انتفاعی است که سالهای طولانی در این زمینه فعالیت کرده و کلیه سازمان‌های ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت در کانادا و سراسر دنیا را

سازمان‌های خدمات بهداشتی، همکاری با مراجعه‌کنندگان، پیشگیری و کنترل عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت، ایمنی دارویی، استاندارد شناسایی بیمار و تطبیق اقدامات، تحویل بالینی، خون و فرآورده‌های خونی، پیشگیری و مدیریت زخم‌های فشاری، شناخت و پاسخ به تهدید کننده‌های بالینی در مراقبت بیماران حاد و پیشگیری از سقوط و عوارض ناشی از آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. عملکرد سازمان‌ها با استفاده از سه مقیاس شایسته، رضایت بخش و نامناسب رتبه بندی می‌شود که به مدت سه سال اعتبار دارد (۲۴، ۲۳).

اعتباربخشی درمانگاه‌های آمریکا: ساختار ارائه خدمات سلامت در آمریکا در دو سطح اولیه (مراقبت اولیه، خدمات تخصصی سرپایی و اورژانس در خارج از ساعات اداری) و ثانویه (بیمارستان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی) طراحی شده است. در ایالات متحده مراکز ارائه کننده خدمات سرپایی (Ambulatory Care) عبارتند از درمانگاه‌های کوچک (Retail clinics)، مراکز جراحی سرپایی (Ambulatory surgery centers)، مراکز مراقبت فوری (Urgent care centers)، مراکز بهداشتی جامعه محور (Community health centers)، کلینیک‌های دندان پزشکی، مراکز دیالیز و تصویر برداری می‌باشد. کمیسیون مشترک اعتبار بخشی (Joint Commission accredits) سازمانی غیر دولتی است که قدیمی‌ترین نوع اعتباربخشی در مراقبت سلامت در ایالات متحده را انجام می‌دهد (۲۶، ۲۵). بیمارستان‌ها، مراکز مراقبت سرپایی، مراکز مراقبت پرستاری، مراکز مراقبت سلامت رفتاری، مراقبت در منزل و خدمات آزمایشگاهی و درمانگاه‌های سرپایی از جمله مراکزی هستند که توسط این سازمان اعتباربخشی می‌شوند. ارزیابان کمیسیون مشترک خدمات سلامت از میان افرادی حرفه ای در زمینه مراقبت‌های سرپایی با

با مالکیت سازمان‌های مردم نهاد و یا شهرداری‌ها ارائه می‌گردد. وزارت بهداشت لبنان ابتدا با همکاری سازمان اعتباربخشی مراکز بهداشتی درمانی کانادا (Canada Accreditation) اقدام به اعتباربخشی مراکز مراقبت اولیه سلامت کرد. شروع فرآیند اعتباربخشی در درمانگاه‌های لبنان با خودارزیابی است. سپس نمایندگان مرکز ارائه دهنده خدمت پس از یک دوره سه روزه آموزشی، چهار تا شش ماه زمان برای خودارزیابی مرکز و ارائه نتایج به وزارت بهداشت را دارند. در ادامه با هماهنگی صورت گرفته با اعتباربخشی کانادا ارزیابی و بازدید مرکز توسط ارزیابان خارجی صورت می‌گیرد. در زمان بازدید از مرکز مورد نظر، ارزیابان فعالیت‌های مرکز را با ۲۶ استاندارد مقایسه کرده و ممکن است هر کدام از چهار گزینه وجود نداشت (Not in place)، در حال توسعه (In development)، وجود داشت (In place)، روش پیشرو (Leading practice) را انتخاب کنند. فعالیت‌هایی که دارای ویژگی‌های شامل خلاقیت و نوآوری، دارای اثربخشی در عمل، ارتباط با استانداردهای مراقبت‌های اولیه، قابل انجام برای سایر سازمان‌ها باشد گزینه روش پیشرو برای آن انتخاب می‌گردد. استانداردهای اصلی اعتباربخشی درمانگاه‌های لبنان شامل: ایمنی و حقوق بیماران، دسترسی و تداوم خدمت، ارزیابی بیمار، مراقبت بیمار، ایمنی بالینی، ایمنی محیط، خدمات پشتیبان، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، مدارک پزشکی، مدیریت اطلاعات، نیروی انسانی، مدیریت و رهبری، کارکنان پزشکی و خدمات پرستاری هستند. در سال ۲۰۲۲ استانداردهای اصلی (Core) تعیین و در صورت نبود هر کدام نمره منفی در نظر گرفته خواهد شد (۲۸). سازمان اعتباربخشی کانادا در لبنان ۲۰ ارزیاب آموزش دیده از تخصص‌های گوناگون دارد که در هر گروه ارزیابی باید حداقل یکی از آنها حضور داشته باشد. درمانگاه‌ها به دو دسته اعتباربخشی شده و اعتباربخشی

اعتباربخشی می‌کند. خود این سازمان مورد تأیید انجمن بین‌المللی کیفیت در مراقبت از سلامت The International Society for Quality in Health Care (ISQua) قرار گرفته است. ارزیابان می‌توانند از مدیران سلامت، پرستاران، پزشکان و داروسازان انتخاب شوند و بایستی تجربه و مهارت‌های لازم متناسب با تیم ارزیابی را داشته باشند. ارزیابان به صورت داوطلبانه با موسسه اعتباربخشی کانادا همکاری می‌کنند و می‌توانند با عضویت در تیم ارزیابی تجربیات مفیدی بدست آورند. فرآیند اعتباربخشی در کانادا دو سال قبل از بازدید ارزیابان از مرکز، به وسیله خودارزیابی انجام می‌شود. برای خودارزیابی چک لیست‌هایی در سایت سازمان اعتباربخشی کانادا قرار گرفته است که اطلاعات بدست آمده از آن در سایت اعتباربخشی ثبت می‌شود. سپس ارزیابی اصلی انجام می‌شود و گزارش اطلاعات حاصل از ارزیابی به همراه توصیه‌هایی برای ارتقا کیفیت به صورت محرمانه به مرکز ارائه دهنده خدمات ارسال می‌شود. در اعتباربخشی کانادا آموزش، پشتیبانی و هدایت مراکز در راستای ارتقای کیفیت خدمات بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد. اعتباربخشی درمانگاه‌ها بر اساس شش استاندارد اصلی سرمایه‌گذاری در کیفیت خدمات، تشکیل یک تیم آماده و ماهر، ارائه خدمات ایمن و اثربخش، حفظ دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی اثربخش، پایش کیفیت و دستیابی به نتایج مثبت انجام می‌گیرد. استانداردهای اعتباربخشی کانادا مبتنی بر پنج عنصر اصلی رهبری بالینی، افراد، فرآیندها، اطلاعات و عملکرد است و مدت زمان چرخه اعتباربخشی سه سال می‌باشد. رتبه بندی اعتباربخشی‌ها در سه سطح اعتباربخشی شده نمونه، اعتباربخشی شده و اعتباربخشی نشده انجام می‌گیرد.

اعتباربخشی درمانگاه‌های لبنان: بیشتر خدمات سرپایی در لبنان توسط پزشکان خصوصی در مراکز مراقبت اولیه

نشده تقسیم می‌شوند و هر دو سال مورد پایش و بازدید قرار می‌گیرند. مدت اعتبار گواهی اعتباربخشی سه سال می‌باشد.

اعتباربخشی درمانگاه‌های انگلیس: ارائه خدمات سلامت در انگلیس در سطح اول به صورت مراقبت‌های اولیه (توسط پزشکان عمومی) و خدمات تخصصی سرپایی (توسط متخصصان بعد از ارجاع) و در سطح دوم در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی صورت می‌گیرد. حدود ۶۰۰ درمانگاه ارائه دهنده خدمات سرپایی در انگلیس وجود دارد که خدمات ضروری مانند معاینه و مشاوره بیماران، ارائه مراقبت و درمان، غربالگری‌ها، واکسیناسیون، زایمان و جراحی‌های کوچک را به صورت شبانه روزی ارائه می‌دهند. کمیسیون کیفیت مراقبت انگلیس یک سازمان مستقل تنظیم کننده مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی در انگلستان است که کیفیت مراکز ارائه دهنده خدمات و پزشکان را بر اساس استانداردهای ایمنی ارزشیابی می‌کند و به صورت شفاف در اختیار عموم مردم قرار می‌دهد. با توجه به وسعت درمانگاه ۲ یا ۳ ارزیاب پزشک، مدیر پرستاری و نماینده مدیریت بر اساس تجربه مدیریتی و سطح مهارت‌های ارتباطی و روابط انسانی انتخاب می‌شوند. سازمان تقاضای اعتباربخشی شش ماه زمان دارد تا به بررسی عملکرد خود و مقایسه آن با استانداردها پرداخته و آماده فرآیند اعتباربخشی شود. سپس ارزیابان طی یک بررسی اولیه راهنمایی‌ها و مشاوره‌های لازم را به سازمان ارائه می‌دهند تا سه ماه بعد ارزیابی اصلی انجام شود. اعتباربخشی درمانگاه‌های انگلیس بر اساس پنج محور اصلی ایمنی، اثربخشی، دلسوزی، پاسخگویی و رهبری انجام می‌شود. پس از ارسال گزارش نهایی ارزیابان، هیئات امنای کمیسیون کیفیت مراقبت، سازمان را به صورت عالی، خوب، نیازمند ارتقا و یا بدون درجه رتبه بندی می‌نماید. بررسی

اعتباربخشی هر یک تا سه سال، بسته به درجه اعتباربخشی اعطا شده انجام می‌شود.

مدل اعتباربخشی پیشنهاد شده برای درمانگاه‌های ایران: مدل پیشنهادی برای اعتباربخشی درمانگاه‌ها در ایران ابتدا با ثبت درخواست در سامانه معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی که هم اکنون نیز جهت ارزشیابی مراکز ثبت درخواست‌ها از آن طریق صورت می‌پذیرد، و به روز رسانی اطلاعات آغاز و پس از آن درمانگاه حداکثر شش ماه زمان برای خودارزیابی براساس محورهای یازده گانه، عمدتاً از قبیل مدیریت و رهبری، مدیریت فرایندها و اطلاعات و پیشگیری و مدیریت خطر، خواهد داشت و سپس یک روز برای ارزیابی خارجی مشخص می‌شود (شکل ۱). ارزیابان طی یک هفته گزارش اولیه خود را مبنی بر میزان انطباق درمانگاه با استانداردها ارائه می‌دهند و یک ماه زمان برای انجام اصلاحات در نظر گرفته می‌شود. پس از دو هفته گزارش نهایی اعتباربخشی برای درمانگاه ارسال و درمانگاه رتبه بندی می‌شود. کل مدت فرآیند اعتباربخشی حداکثر به هشت ماه زمان احتیاج دارد. در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی اعتباربخشی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت است. پیشنهاد می‌گردد تیم ارزیابی درمانگاه‌ها در ایران متشکل از سه ارزیاب با تخصص‌های پزشک یا پرستار و مدیر خدمات بهداشتی درمانی و یا فردی با سابقه مدیریت و تجربه کار در بهبود کیفیت خدمات باشد. ارزیابان به صورت داوطلبانه در آزمون جذب ارزیاب شرکت کرده و در صورت پذیرش دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده و به صورت سالیانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بر این اساس، برای رتبه بندی درمانگاه‌های کشور پنج سطح (عالی، خوب، متوسط، ضعیف و زیر استاندارد) پیشنهاد می‌گردد.

بحث

یک از جهت گیری های کلی نظام های سلامت در دنیا ارائه خدمات سلامت بصورت سرپایی و تقویت و بهبود کیفیت فرآیندهای مراکز ارائه این خدمات است. درمانگاهها در کشورهای مختلف یکی از مراکز ارائه چنین خدماتی بشمار می روند که ترکیبی از خدمات بهداشتی و درمانی را به جامعه هدف خود ارائه می نمایند. بنابراین، هدف این پژوهش طراحی الگوی اعتباربخشی درمانگاههای عمومی کشور بر اساس تجربیات و روش های اعتباربخشی کشورهای منتخب می باشد. با الگوبرداری از روش اعتباربخشی، استانداردها، دوره زمان بندی، تیم ارزیابان و شیوه رتبه بندی ارزشیابی درمانگاههای سرپایی کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، انگلیس و لبنان مدل نهایی اعتباربخشی برای ایران طراحی شد.

فرآیند اعتباربخشی: در استرالیا و آمریکا فرآیند اعتباربخشی با ثبت نام در سایت آغاز می گردد. در حالیکه در کانادا ثبت نام در سایت و درخواست اعتباربخشی در مرحله دوم پس از انجام خود ارزیابی صورت می گیرد. در لبنان با توجه به اینکه کانادا اعتباربخشی درمانگاهها را بر عهده دارد، درمانگاه برای آغاز فرآیند اعتباربخشی یک یا چند نفر از نمایندگان خود را جهت آموزش خود به سازمان اعتباربخشی معرفی نموده و مراحل بعدی را طی می کند. در کشور ما نیز با توجه به ضرورت ثبت اطلاعات و تغییرات درمانگاه در سامانه اداره صدور پروانهها و مدیریت اطلاعات مؤسسات پیشنهاد می گردد جهت شروع فرآیند اعتباربخشی ابتدا اطلاعات درمانگاه در سامانه به روز رسانی شده و درخواست در سایت ثبت گردد. در گام بعدی خود ارزیابی بر اساس چک لیستها و دستور العمل های موجود در سایت، توسط درمانگاه انجام می گیرد. در استرالیا نیز مرحله دوم انجام خود ارزیابی

می باشد. در لبنان نیز فرآیند خود ارزیابی در این مرحله انجام می گیرد. انگلیس هم دوره ای برای آمادگی جهت انجام اعتباربخشی و رفع نواقص دارد. در کانادا در حدود یک سال قبل از ارزیابی اصلی خود ارزیابی صورت گرفته و اطلاعات آن در سایت اعتباربخشی کانادا بارگزاری می شود (۲۹-۳۱). انجام خود ارزیابی توسط درمانگاه موجب صرفه جویی در هزینه و از آن مهم تر جلب مشارکت کلیه کارکنان در فرآیند ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات است و در صورتیکه از راهنمایی و مشاوره ارزیابان اعتباربخشی بهره گرفته شود می تواند منجر به ارتقای درجه درمانگاه گردد.

در الگوی پیشنهادی برای ایران پس از انجام خود ارزیابی درمانگاه درخواست بازدید از درمانگاه را (ارزیابی اصلی) را در سامانه ثبت کرده و بازدید از محل توسط تیم ارزیاب انجام می گیرد. در استرالیا ارزیابی اصلی در مرحله سوم توسط ارزیاب های خارجی صورت گرفته و میزان انطباق اقدامات سازمان با استانداردها مشخص می شود. در همه کشورهای مورد بررسی پس از ارزیابی نواقص به سازمان ارائه شده و مدت زمانی جهت رفع نواقص و انجام اقدامات مورد نظر ارزیابان داده می شود. در لبنان زمانی برای انجام اصلاحات به درمانگاهها داده نمی شود. در ایران پس از انجام بازدید توسط تیم ارزیابان نواقص و نقاط قابل ارتقا را در قالب گزارشی در سامانه قرار خواهد گرفت و بازه یک ماهه ای جهت اصلاحات به درمانگاه داده شود و پس از آن از رفع نواقص اطمینان حاصل گردد. سپس گزارش کاملی از ارزشیابی درمانگاه به همراه درجه اعتباربخشی به درمانگاه اعلام می گردد. در استرالیا این گزارش توسط آژانس تهیه شده و در آن به جزئیات اقدامات دارای نقص به همراه توضیحات مشروح تا هفت روز پس از ارزیابی گزارش می گردد. سازمان ۹۰ روز برای برطرف کردن اقدامات اصلی انجام نشده زمان دارد. پس از ارزیابی مجدد اگر مدارک نشان دهنده رفع نواقص و

بهبود کیفیت توسط سازمان باشد درجه اعتباربخشی ارائه می‌شود.

در آمریکا تصمیم نهایی اعتباربخشی بر مبنای الزامات برای بهبود می‌باشد. اگر این الزامات تکمیل باشد سازمان بر اساس داده‌های موجود یک روز پس از انجام بازدید اعتباربخشی می‌گردد. در انگلیس هیأت امنای اعتباربخشی با توجه به محتوای گزارش درباره درجه اعتباربخشی سازمان تحت بررسی تصمیم‌گیری می‌نماید. در کانادا پس از گذشت ده تا پانزده روز از ارزیابی در محل گزارش اعتباربخشی همه یافته‌های ارزیابی و تصمیم در رابطه با امتیاز کسب شده با ذکر جزئیات در یک گزارش محرمانه به کلینیک ارائه می‌گردد. در آمریکا در صورتیکه تغییرات چشمگیری در سازمان رخ دهد، اعتباربخشی به صورت خودکار انتقال یا ادامه نمی‌یابد. بازدیدهای تکمیلی به جهت بررسی تأثیر تغییرات بر ابعاد و تغییر در سطح استانداردهای سنجیده شده است (۳۲). در لبنان پایش و کنترل هر دو سال یکبار انجام می‌گیرد. (۳۳). برای درمانگاه‌های ایران، در صورت دریافت درجه عالی بازدیدهای دوره‌ای هر یک سال یکبار و برای درجه خوب و متوسط بازدیدهای دوره‌ای در فواصل شش ماهه از درمانگاه انجام خواهد شد، درجه ضعیف و زیر استاندارد نیز بایستی پس از رفع نواقص مجدداً درخواست اعتباربخشی را در سامانه ثبت و فرآیند آن را دنبال کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در صورت تغییر در سطح خدمات، فضای فیزیکی علاوه بر بازدیدهای دوره‌ای بازدیدهای ویژه جهت تطابق تغییرات با استانداردها انجام شود.

استانداردها: استانداردهای کیفیت، ایمنی، مدیریت اطلاعات، محیط مراقبت در همه کشورها به صورت مشترک بیان گردیده است. ارزش‌های ایمنی، اثربخشی، مراقبت، رهبری مطلوب، پاسخگویی و درمان خانواده محور بر استانداردها حاکم است. استانداردهای تدوین

شده برای ایران در محورهای مدیریت و رهبری، ساختار فیزیکی، سرمایه‌های انسانی، مدیریت مالی، مدیریت دارو و تجهیزات، مدیریت اطلاعات، ایمنی و مدیریت خطر، پیشگیری و کنترل عفونت، مدیریت فرآیندها، حقوق گیرندگان خدمت و شاخص‌های عملکردی تقسیم بندی شدند. استانداردهای اعتباربخشی درمانگاه‌ها در آمریکا محوری را تحت عنوان رهبری با زیرمحورهایی در زمینه‌های مسئولیت سازمان، تدوین چشم انداز، مأموریت‌ها، اهداف سازمان و انواع برنامه‌های سازمان دارد (۳۴). در کشورهای مورد بررسی تنها لبنان به طور مستقیم به فضای فیزیکی پرداخته است و محوری با عنوان "فضای فیزیکی کلینیک حامی ایمنی و ارائه خدمت اثر بخش" در نظر گرفته است. این محور دارای استانداردهایی از جمله فضای فیزیکی، سیستم‌های پشتیبان آب، برق و گرما، کنترل آشکار کننده‌های آتش، سیستم‌های گرمایشی و تهویه و امکانات فیزیکی است (۳۵، ۳۶). در استانداردهای اعتباربخشی کانادا محوری به ویژگی‌ها و آموزش‌های لازم کارکنان اشاره کرده و در استانداردهای آن به ارزیابی مهارت‌ها، آموزش‌ها و مدارک مورد نیاز کارکنان پرداخته است (۳۶، ۳۷). در لبنان سه استاندارد "کلینیک به صورت اثر بخش منابع مالی و انسانی خود را مدیریت می‌کند"، "کلینیک محیط کار مثبتی را برای کارکنان فراهم کرده است" و "تیم از رویکردی تیمی چند رشته‌ای جهت ارائه مراقبت‌های اولیه استفاده می‌کند" برای ارزشیابی درمانگاه‌ها وجود دارد. لبنان محوری با عنوان "کلینیک به صورت ایمن تجهیزات پزشکی را مدیریت می‌کند" دارد و در آن بر ارزیابی فرآیند انتخاب تجهیزات پزشکی، آموزشی برای نحوه استفاده از تجهیزات جدید، تأیید اعتبار و کالیبراسیون تمام تجهیزات، نگهداری پیشگیرانه، مدیریت حوادث تجهیزات پزشکی شامل عوارض جانبی یا موارد سوء استفاده تمرکز دارد. آمریکا در استاندارد با عنوان ثبت اطلاعات مراقبت و درمان، مستند سازی کلیه

سازمان اعتباربخشی کانادا انجام می‌گیرد از افراد با تخصص‌های مختلف از جمله مدیران (سرپرست سازمان، مدیر اجرایی)، پزشکان و پرستاران، پرسنل پیراپزشکی (تکنسین‌های پزشکی)، سایر حرفه‌ها مانند کارشناسان کیفیت، مهندسين، داروسازها به عنوان ارزیاب تحت آموزش قرار گرفتند و در ارزیابی در مانگاه با توجه به خدمات ارائه شونده در آن مرکز ترکیب تیم ارزیابان متفاوت خواهد بود، نکته قابل توجه آن است که در همه تیم‌ها پزشک یا پرستار حتماً حضور خواهند داشت. در انگلیس انتخاب تیم ارزیابی بر اساس مهارت و تجربه آن‌ها صورت می‌گیرد. در آمریکا ارزیابان کمیسیون مشترک خدمات سلامت، افراد حرفه‌ای هستند که در زمینه مراقبت‌های سرپایی کار کرده‌اند. سابقه از دو تا پنج سال در بخش سلامت، مخصوصاً به عنوان پزشک، پرستار، مدیر یا مدیر ارشد اجرایی، مهم‌ترین معیار جهت انتخاب و به کارگیری ارزیابان در آمریکا می‌باشد. این افراد با تمام مشکلات پیش روی این مؤسسات آشنا هستند و می‌توانند برای بهبود آن‌ها راهکارهایی ارائه دهند (۳۷). در استرالیا نیز در ترکیب اعضا حتماً باید یک پزشک یا پرستار و یک مدیر حضور داشته باشد (۳۹).

شیوه رتبه بندی: در کشورهای مورد مطالعه شیوه‌های رتبه بندی متفاوتی از نظر سطح و عناوین به کار برده شده است. استرالیا بالاترین رتبه را به عنوان "شایسته"، انگلیس بالاترین رتبه را به عنوان "عالی" و کانادا بالاترین رتبه را "نمونه" در نظر گرفته است. انگلیس و استرالیا در سطح دوم به ترتیب از عنوان "خوب" و "رضایت بخش" استفاده کرده‌اند. سایر کشورها مانند آمریکا و کانادا اعتباربخشی شدن را به عنوان مبنای رتبه بندی در نظر گرفته‌اند. در کشور لبنان مراکز در دو دسته اعتباربخشی شده یا اعتباربخشی نشده قرار می‌گیرند. با نظر تیم پژوهش سطح سوم رتبه بندی در ایران به عنوان "متوسط" در نظر گرفته شده است، در کشورهای استرالیا و کانادا که دارای

اقدامات انجام شده برای بیمار، حفظ پرونده پزشکی و کیفیت اطلاعات ثبت شده در پرونده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در لبنان استاندارد "کلینیک اطلاعات مراجعه کنندگان را صحیح، در دسترس، به روز و ایمن نگهداری می‌کند." به موارد فوق پرداخته است.

مطالعه "تدوین استانداردهای اعتباربخشی در مانگاه‌های پادگانی آجا" در راستای برنامه استراتژیک، ماموریت‌ها و اهداف نظام سلامت آجا، شش محور اصلی مدیریت و فرماندهی، بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت، منابع انسانی، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، تجهیزات و فضاهای فیزیکی و حقوق بیمار و کارکنان را تدوین کرده است که با محورهای این پژوهش مشابهت‌های بسیاری دارد (۱۷). در مطالعه ای با عنوان "الگوی ملی اعتباربخشی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی" به بررسی مدل‌های مناسب اعتباربخشی در دنیا جهت الگو برداری پرداخته شده و دریافتند مدل‌های Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) و Canadian Council on Health (CCHSA) Services مناسب کشور ما بوده و با استفاده از تکنیک دلفی ۵۵ استاندارد را به عنوان استانداردهای لازم در بهبود کیفیت این گونه مراکز معرفی کردند (۳۸). از آنجایی که مراکز بهداشتی درمانی روستایی بسیار شبیه در مانگاه‌های عمومی هستند، می‌توان از استانداردهای استخراج شده جهت طراحی الگو اعتباربخشی در مانگاه‌های عمومی استفاده نمود.

تیم ارزیاب: تیم ارزیابی در مانگاه در ایران ترکیبی از پزشک یا پرستار و فردی با تحصیلات یا سابقه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌گردد. در همه کشورهای مورد بررسی مانند کانادا نیز ارزیابان متخصصین سلامت از سراسر کشور هستند. در کشور لبنان با توجه به اینکه اعتباربخشی به صورت مشترک با

ایران پرداخته شد. الگوی پیشنهادی، مدلی ساده، مناسب و کاربردی است که براساس داده های کشور ایران طراحی شده است که با ارائه فرآیند ارزیابی، استانداردها، دوره زمانبندی، تیم ارزیابی، شیوه رتبه بندی الزامات اعتباربخشی درمانگاه های سرپایی در ایران را فراهم می نماید. پیاده سازی این مدل با همراهی، تعهد سازمانی و همکاری تمامی ذینفعان می تواند منجر به ایجاد یک فرهنگ بهبود مستمر و سطح بالاتری از کیفیت خدمات در درمانگاه ها گردد. مطالعات آینده می توانند در قالب پژوهش های مورد کاوی یا اقدام پژوهی در سازمانهای مورد نظر نقاط قوت و ضعف این الگو را مورد بررسی بیشتر قرار دهند.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «ارائه الگوی اعتباربخشی درمانگاه های عمومی» در دانشگاه علوم پزشکی تهران است. از کلیه کسانی که در تدوین این پایان نامه مشارکت داشتند قدردانی می شود.

رتبه بندی سه سطحی هستند این سطح به عنوان پایین ترین رتبه به ترتیب "نامناسب" و "اعتباربخشی نشده" نامیده شده است. مراکزی که در سطح چهارم قرار داشته عنوان "ضعیف" به آنها اطلاق می گردد، در ایالات متحده و انگلیس سطح چهارم به عنوان "اعتبار مشروط" و "بدون درجه" طبقه بندی می شوند و با توجه به اینکه رتبه بندی در انگلیس چهار سطحی بوده بدون درجه پایین ترین سطح می باشد. سطح پنجم در اعتباربخشی درمانگاه های ایران تحت عنوان "زیر استاندارد" نامیده شده و مرکزی است که هیچ کدام از استانداردهای مورد نظر را نداشته و پایین ترین سطح در اعتباربخشی ایران است.

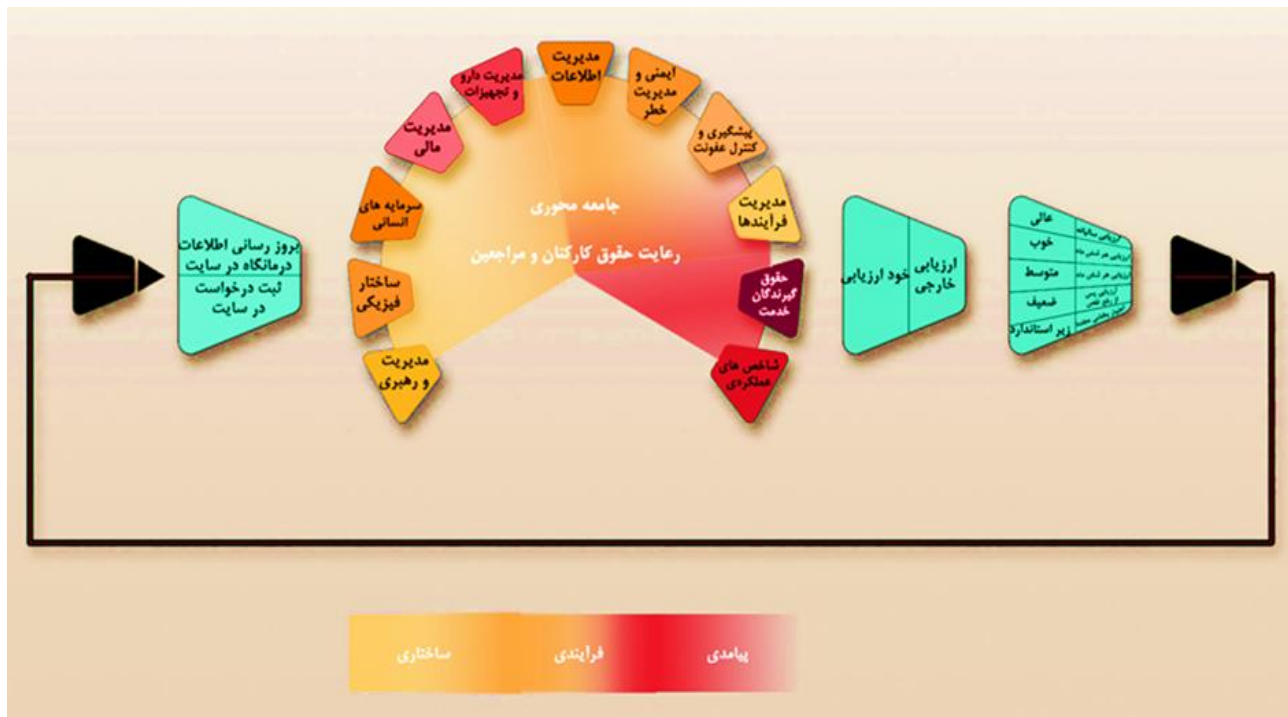
نتیجه گیری

با توجه به فقدان یک برنامه ارزشیابی مبتنی بر اعتباربخشی برای درمانگاه ها، در این مطالعه با مرور تطبیقی مدل های ارزشیابی درمانگاه های سرپایی در کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، انگلیس و لبنان به طراحی الگویی بومی برای اعتباربخشی درمانگاه های

جدول ۱- مقایسه تطبیقی اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی در کشورهای منتخب در مطالعه مدل اعتباربخشی

درمانگاه‌های عمومی کشور

کشور	فرآیند اعتباربخشی	محورهای اصلی استانداردها	تیم ارزیابان	اعتبار گواهی	مدت سطح رتبه بندی
آمریکا	خودارزیابی، بازدید محل، مشاهده مستندات، پرسشنامه ساختاریافته و مصاحبه با بیماران	- محیط مراقبت، مدیریت فوریت‌ها، منابع انسانی، پیشگیری و کنترل عفونت‌ها، مدیریت اطلاعات، رهبری، ایمنی، ارائه مراقبت و درمان، مدیریت دارویی، بهبود عملکرد، ثبت مراقبت و درمان، حقوق و مسئولیت‌های افراد، ایمنی و مدیریت خطر و آموزش و پژوهش	پنج ارزیاب پزشک، پرستار و مدیر که دوره آموزشی شش ماهه دارند.	۳ سال	شش سطحی
کانادا	خودارزیابی، بازدید محل، پرسشنامه ساختاریافته و مصاحبه با بیماران، آموزش، پشتیبانی و هدایت مراکز در راستای ارتقای کیفیت خدمات خودارزیابی، ارزیابی اولیه، ارائه گزارش از نواقص و فرصت دهی برای ارزیابی مجدد درمانگاه، ارزیابی اصلی	سرمايه‌گذاري در کیفیت خدمات، تشکیل یک تیم آماده و ماهر، ارائه خدمات ایمن و اثربخش، حفظ دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی اثربخش، پایش کیفیت و دستیابی به نتایج مثبت	دو ارزیاب از متخصصین سلامت که آموزشهای تئوری و عملی دیده اند. و از ابتدای سال ۲۰۲۴ ارزیابان از سمت سازمان بازرسی اعتباربخشی	۳ سال	سه سطحی
انگلیس	خودارزیابی، بازدید محل، پرسشنامه ساختاریافته و مصاحبه با بیماران و خانواده‌ها، بازدید مجدد برای رفع نواقص	ایمنی، اثربخشی، دلسوزی، پاسخگویی و رهبری	دو یا سه ارزیاب پزشک، مدیر پرستار و نماینده مدیریت که بر اساس تجربه مدیریتی و سطح مهارت‌های ارتباطی انتخاب می‌شوند.	۱ تا ۳ سال	چهارسطحی
استرالیا	خودارزیابی، بازدید محل، پرسشنامه ساختاریافته و مصاحبه با بیماران و خانواده‌ها، بازدید مجدد برای رفع نواقص	ایمنی و کیفیت، همکاری با مراجعه‌کنندگان، پیشگیری و کنترل عفونت، ایمنی دارویی، استاندارد شناسایی بیمار و تطبیق اقدامات، تحویل بالینی، خون و فرآورده‌های خونی، پیشگیری و مدیریت زخم‌های فشاری، شناخت و پاسخ به تهدید کننده‌های بالینی در مراقبت بیماران حاد و پیشگیری از سقوط ایمنی و حقوق بیماران، دسترسی و تداوم خدمت، مراقبت بیمار، ایمنی بالینی، ایمنی محیط، خدمات پشتیبان، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، مدارک پزشکی، مدیریت اطلاعات، نیروی انسانی، مدیریت و رهبری کارکنان پزشکی و خدمات پرستاری	سه ارزیاب پزشک، پرستار، مدیر مراقبت سلامت که دو سال آموزش تخصصی دریافت کرده اند.	۳ سال	سه سطحی
لبنان	خودارزیابی، بازدید محل، مشاهده مستندات	مراقبت بیمار، ایمنی بالینی، ایمنی محیط، خدمات پشتیبان، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، مدارک پزشکی، مدیریت اطلاعات، نیروی انسانی، مدیریت و رهبری	سه ارزیاب پزشک، پرستار، کارشناس وزارت بهداشت که دو هفته آموزش دیده اند.	۳ سال	دو سطحی



شکل ۱- مدل اعتباربخشی درمانگاه‌های عمومی کشور

References

1. Syahputri IN, Wienaldi W, Nasution SL. The Effect Of Health Service Quality Dimensions On Outpatient Satisfaction At Plenary Accredited Hospitals. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*. 2024;4(1):101-13.
2. Mosadeghrad AM. *Iran: Hospital Accreditation: Future Directions. Healthcare Systems: CRC Press*; 2018; p. 297-303.
3. Jaafari-pooyan E. 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*. 2014;3(4):191.
4. Ghazanfari F, Mosadeghrad AM, Jaafari Pooyan E, Mobaraki H. Iran hospital accreditation standards: challenges and solutions. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2021;36(3):958-75.
5. Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *International Journal of Healthcare Management*. 2021;14(4):1597-601.
6. MoH. *Clinic Establishment Regulations*, 2019. [Persian]
7. Mansour W, Boyd A, Walshe K. The development of hospital accreditation in low-and middle-income countries: a literature review. *Health policy and planning*. 2020;35(6):684-700.
8. Barnett ML, Bitton A, Souza J, Landon BE. Trends in outpatient care for Medicare beneficiaries and implications for primary care, 2000 to 2019. *Annals of internal medicine*. 2021;174(12):1658-65.

9. Shamsodin IS, Alamdari A, Hosseini VM, Servak RM. A Comparative Study of Hospitals in Yasuj, Iran, in Terms of the Implementation of the Health System Planning and the Quality of Medical Services. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*. 2024;13(1).
10. Al Dhafiri BS, Al-Shammari AA-S, Al-Dhafiri AM, Al-Dhafiri YS. The effect of applying accreditation standards on quality of health services from point of view healthcare providers. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 2023;11(6):98-102.
11. Chillimuntha AK, Srikakolli E, Sharma S. Accreditation of Healthcare Institutions: Assuring Quality services for Medical Tourism in India. *Medical Tourism in Developing Countries: A contemporary approach*: Springer; 2024;229-43.
12. Gharibi F, Moshiri E, Tavani ME, Dalal K. Challenges of implementing an effective primary health care accreditation program: a qualitative study in Iran. *BMC Primary Care*. 2023;24(1):270.
13. Tabrizi JS, As' habi A, Nazari M, Ebrahimi Tavani M, Haghi M, Gharibi F. Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review. *Malays Fam Physician*, 2023.
14. van Vliet EJ, Soethout J, Churruca K, Braithwaite J, Luxford K, Stewart J, et al. International approaches for implementing accreditation programmes in different healthcare facilities: a comparative case study in Australia, Botswana, Denmark, and Jordan. *International Journal for Quality in Health Care*. 2023;35(2):mzad026.
15. Araujo CA, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2020;32(8):531-44.
16. Gola M, Sapienza M, Slama F, Brundu L, Campus R, Manai S, et al. Structural accreditation of healthcare facilities: comparison of the requirements by Italian presidential decree 14/01/1997 and regional regulations. a proposal for updating the minimum environmental units at national level. *ACTA BIOMEDICA*. 2023;94(S3):e2023158-N/A.
17. Mohammad EH. Developing accreditation standards for AJA garrison clinics. 2021.
18. Sadeq Tabrizi J, Gharibi F. Developing a national accreditation model via Delphi Technique. *Hospital*. 2012;11(2):9-18.
19. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of research in nursing*. 2018;23(1):42-55.
20. Hesstvedt S, Christensen J. Political and administrative control of expert groups— A mixed-methods study. *Governance*. 2023;36(2):337-57.
21. Roseleur J, Partington A, Karnon J. Scoping review of Australian evaluations of healthcare delivery models: are we making the most of the evidence? *Australian Health Review*. 2020;44(4):557-62.
22. Segelov E, Carrington C, Aranda S, Currow D, Zalcborg JR, Heriot AG, et al. Developing clinical indicators for oncology: the inaugural cancer care indicator set for the Australian Council on Healthcare Standards. *Medical*

- Journal of Australia. 2021;214(11):528-31.
23. Winata T, Clay-Williams R, Taylor N, Hogden E, Hibbert P, Austin E, Braithwaite J. Using accreditation surveyors to conduct health services research: a qualitative, comparative study in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*. 2020; 32(1):89-98.
 24. Lee ST, Emmett LM, Pattison DA, Hofman MS, Bailey DL, Latter MJ, et al. The importance of training, accreditation, and guidelines for the practice of theranostics: the Australian perspective. *Journal of Nuclear Medicine*. 2022; 63(6):819-22.
 25. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC health services research*. 2012;12:1-14.
 26. Akdemir N, Malik R, Walters T, Hamstra S, Scheele F. Clinicians' perspectives on quality: do they match accreditation standards? *Human resources for health*. 2021;19(1):75.
 27. Weinstein AR, Onate A, Kruse G, Cohen M. Opportunities and challenges for a standardized curriculum in a student-run clinic network. *Medical Teacher*. 2023;45(7):778-83.
 28. El Jardali F, Abou Samra C, Nassour S, Jamal D. Revolutionizing Healthcare: Lessons Learned from an Integrative Approach to Transforming the Hospital Accreditation System in Lebanon. *Journal of Medicine and Healthcare SRC/JMHC-325 DOI: doi.org/1047363/JMHC/2024 (6)*. 2024; 266:2-7.
 29. Pomey M-P, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos A-P. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation science*. 2010;5:1-14.
 30. Desveaux L, Mitchell J, Shaw J, Ivers N. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. *International journal for quality in health care*. 2017;29(7):941-7.
 31. Alshamsi AI, Thomson L, Santos A. What impact does accreditation have on workplaces? A qualitative study to explore the perceptions of healthcare professionals about the process of accreditation. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:535143.
 32. Warm EJ, Schauer DP, Diers T, Mathis BR, Neirouz Y, Boex JR, Rouan GW. The ambulatory long-block: an accreditation council for graduate medical education (ACGME) educational innovations project (EIP). *Journal of general internal medicine*. 2008;23(7):921-6.
 33. Oxman TE. Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1996;26(2):145-53.
 34. McGuire MF. International accreditation of ambulatory surgical centers and medical tourism. *Clinics in plastic surgery*. 2013;40(3):493-8.
 35. Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilkås ECT, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. *Scandinavian journal of primary health care*. 2018;36(1):28-35.
 36. Singer R, Keyes GR, Nahai F, editors. *American Association for Accreditation of Ambulatory Plastic Facilities (AAAASF) History: Its Role in Plastic Surgery Safety*. Aesthetic

- Surgery Journal Open Forum; 2019: Oxford University Press US.
37. international jc. 2012 [Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/achieve/ambulatory-care/>].
38. Tabrizi J, Gharibi F, Ramezani M. Development of a national accreditation model in specialized clinics of hospitals. Hakim Journal. 2012;15(3):229-37.
39. Practitioners TRACoG. 2018 [Available from: <https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-standards/accreditation>].

Developing a Model for Accreditation of General Clinics in Iran

Samane Miresmaeeli¹, Ali Mohammad Mosadegh Rad², Ebrahim Jaafaripooyan^{2*}

1. Ph.D. Department of Health Emergency and Disaster, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: jaafaripooyan@tums.ac.ir

Received: Aug 22, 2024

Accepted: Sep 19, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: Accreditation as an external assessment model is considered a key program for evaluating health care organizations. The new health service accreditation system in Iran seems to lack the necessary standards for evaluating outpatient services and general clinics. The objective of this study was to design, based on the experiences of other countries, a model for accreditation of general clinics in Iran

Materials and Methods: This research was a qualitative review study conducted in two phases First, the methods and standards of accreditation of general clinics of selected countries were identified through a comparative review. In the second phase, the conceptual framework of the accreditation of these clinics was developed by an expert panel.

Results: The proposed framework for the accreditation of clinics starts with registering the application in the system and updating the information. After the clinic's self-evaluation and external evaluation, amendments will be made.

The key areas proposed for the accreditation of clinics included management and leadership, information management, process management, human resource management, salaries, and operational results. The country's clinics can be ranked in five levels, namely, excellent, good, average, poor, and substandard.

Conclusion: Considering the processes and areas determined in this study and the lack of a systematic approach, the proposed accreditation model could provide a scientific and practical method for the internal and external evaluating bodies to provide a relevant and valid evaluation of the general outpatient clinics in Iran.

Keywords: Accreditation, General Clinics, Iran

