آگاهی و نگرش بیماران و پزشکان عمومی در مورد سیستم ارزشیابی بیمارستان‌های کشور و نقش آن در انتخاب بیمارستان

آیدین آرین‌خصال[1*]، سمیرا علی‌حسینی[2]

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه بهداشت عمومی و مدیریت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، جنب بیمارستان شهید مطهری، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کدپستی: ۱۹۳۹۵/۴۷۹۸. تلفن: ۸۸۷۹۳۸۰۵ نمابر: ۸۸۷۸۸۸۲۷

پست الکترونیک: a-aryankhesal@tums.ac.ir

دریافت:۸۹/۹/۹ پذیرش: ۹۰/۴/۱۵

چکیده

مقدمه: *امروزه جامعه جهانی شاهد علاقه روزافزون به استفاده از سنجش عملکرد و انتشار نتایج آن به منظور بهبود کیفیت مراقبت می‌باشد. سیستم ارزشیابی بیمارستان‌ها از سال ۱۳۷۷ تمام بیمارستان‌های کشورمان را مورد ارزشیابی قرار داده است ولی تاکنون تأثیر آن بر انتخاب بیمارستان سنجیده نشده است.*

روش کار: *در این مطالعه مقطعی، آگاهی و نگرش ۱۰۴ مراجعه‌کننده سرپایی به هشت بیمارستان منتخب تهران و نیز ۱۰۳ پزشک عمومی شاغل در این شهر در مورد سیستم ارزشیابی بیمارستان‌ها به وسیله پرسشنامه بررسی شد.*

یافته‌ها: *تنها ۵/۸٪ مراجعه‌کنندگان سرپایی (۱۰/۳ -۱/۳٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) و ۱۱/۷٪ پزشکان عمومی (۱۷/۹ -۵/۵٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) از نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها آگاه بودند. بین آگاهی مراجعه‌کنندگان سرپایی و سطح تحصیلات آنان رابطه مثبت معنادار وجود داشت (p=۰/۰۱۶). هیچ یک از مراجعه‌کنندگان سرپایی در انتخاب بیمارستان به نتیجه ارزشیابی بیمارستان توجه نکرده بودند و تنها یکی از پزشکان عمومی (۲ -۰٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) در ارجاع بیمارانش به درجه ارزشیابی بیمارستان توجه می‌نمود. مراجعه‌کنندگان سرپایی برای انتخاب بیمارستان بیشتر به شهرت عمومی بیمارستان و شهرت پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان توجه داشتند. پزشکان عمومی معتقد بودند نتایج ارزشیابی، سطح کیفیت مراقبت‌های بیمارستان را منعکس نمی‌کند.*

نتیجه‌گیری: *سیستم ارزشیابی تقریباً هیچ تأثیری بر انتخاب بیمارستان به وسیله بیماران و پزشکان عمومی نداشت. در تأسیس سیستم‌های سنجش عملکرد، انتشار نتایج باید با ارزیابی تأثیر آن بر آگاهی و انتخاب صورت پذیرد.*

گل‌واژگان: *ارزشیابی بیمارستان، انتشار نتایج عملکرد، بیماران و پزشکان عمومی، آگاهی، نگرش*

مقدمه

سنجش عملکرد یکی از ارکان اصلی مدیریت در اکثر سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد (۱). امروزه انتشار نتایج عملکرد به منظور افزایش آگاهی عمومی و افزایش اطلاعات دست‌اندرکاران بهداشت و درمان، تغییر الگوی انتخاب سازمان‌های ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، و در نهایت بهبود کیفیت مورد توجه جهانی قرار دارد. مطالعات مروری روش‌مند[1] تأثیر انتشار نتایج عملکرد بخش بهداشت و درمان را بر اثربخشی مراقبت‌ها، میزان ایمنی و توجه به بیماران بررسی کرده‌اند (۴ -۲). طبق این مطالعات، یکی از راه‌های بالقوه بهبود کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی، انتشار نتایج عملکرد بیمارستان‌ها و شکل‌دهی انتخاب بیمارستان با توجه به نتایج بوده است. بر اساس مطالعات انجام شده در ایالات متحده (۱۴ -۵)، انتشار نتایج و آمار عملکرد مانند میزان مرگ و میر تأثیر معناداری بر

[1] Systematic reviews

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

سهم بازار بیمارستان‌ها (۷، ۱۰، ۱۱ و ۱۳)، درصد اشغال تخت (۶)، یا تعداد اعمال جراحی (۱۴) نداشته و یا تأثیر آن ناچیز یا کوتاه‌مدت بوده است (۵، ۸، ۹ و ۱۲). با این حال مطالعات بسیار معدودی به بررسی سطح آگاهی بیماران و پزشکان عمومی ارجاع دهنده از عملکرد بیمارستان‌ها و ارتباط آن با انتخاب بیمارستان پرداخته‌اند (۱۵).

سیستم ارزشیابی بیمارستان‌های ایران که به وسیله وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی اداره می‌شود، تمام بیمارستان‌های کشور را از سال ۱۳۷۷ ارزشیابی نموده است. طبق قوانین، انواع بیمارستان‌ها اعم از دولتی و دانشگاهی، خصوصی، نیروهای مسلح، خیریه... باید حداقل یک بار در سال ارزشیابی شوند. این سیستم به احتمال فراوان یکی از بزرگ‌ترین و پر سابقه‌ترین سیستم‌های ارزشیابی بیمارستان در جهان و جزو اولین سیستم‌هایی است که سطح تعرفه‌ها را به نتیجه ارزشیابی مرتبط نموده است. ۱۵ محور اصلی مورد ارزشیابی در بیمارستان‌ها و حدود درصد امتیازات اختصاص داده شده به هر یک در جدول ۱ نشان داده شده است.

جمع امتیازات کسب شده در هر بیمارستان با احتساب امتیازات کسب شده در برخی محورها منجر به اختصاص یک درجه کلی می‌گردد (۱۶). حدود برخی از تعرفه‌های اختصاص داده شده برای هر درجه نیز در جدول ۲ نشان داده شده است (۱۷). نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها به چند روش منتشر می‌شوند. بیمارستان‌ها موظفند تصویری از آخرین گواهی درجه ارزشیابی خود را در تابلوهای بخش‌ها و درمانگاه‌ها جهت اطلاع عموم قرار دهند. همین طور برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی و معدودی از بیمارستان‌ها نتایج ارزشیابی را در وب‌سایت‌های خود قرار می‌دهند.

جدول ۱- محورهای ارزشیابی بیمارستان و امتیازات تقریبی اختصاص داده شده به آنها

	محور	درصد تقریبی امتیاز
۱	نیروی انسانی پزشکی و تخصصی	۱۶/۵
۲	مراعات ارزش‌های متعالی و ضوابط شرعی	۹/۵
۳	ساختار بیمارستانی و تأسیساتی	۹
٤	اورژانس	۸/۵
٥	تجهیزات پزشکی و دارو	۸/۵
٦	مدیریت	۷/۵
۷	نیروی انسانی پرستاری	۷/۵
۸	سایر نیروی انسانی	۵/۵
۹	رضایت‌مندی بیماران	۴/۵
۱۰	مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی	۴/۵
۱۱	کمیته‌های بیمارستانی	۵/۴
۱۲	بهداشت و نظافت	۴
۱۳	تجهیزات غیرپزشکی	۳/۵
۱٤	شاخص‌های کیفی	۳/۵
۱۵	تجهیزات ایمنی	۳
	کل	**۱۰۰**
۱٦	فعالیت آموزشی*	۲/۵
۱۷	بخش‌های تخصصی*	۲/۵
۱۸	ICU و CCU*	۲/۵
۱۹	سایر امکانات و تسهیلات ویژه*	۲/۵

* دارای امتیاز تشویقی

جدول ۲- نمونه مشوق‌های مالی سیستم ارزشیابی برای بیمارستان‌های دولتی در سال ۱۳۸۹

نمره کسب شده از کل (درصد تقریبی)	درجه	هزینه تخت روز* (ده هزار ریال)	اکسیژن بستر ناخن (ده هزار ریال)	اکسیژن سینوس (ده هزار ریال)	برونکوسکوپی تشخیصی (ده هزار ریال)	توضیحات
۱۰۰ و بیشتر	یک عالی	۲۶	۵۲	۳۰۰	۱۸۵	تعرفه‌های درنظر گرفته شده برای این درجه تفاوتی با تعرفه‌های درجه یک ندارند.
۸۵-۹۹	۱	۲۶	۵۲	۳۰۰	۱۸۵	
۷۰-۸٤	۲	۲۱	۴۹	۲۱۶	۱۷۰	
۵۵-٦۹	۳	۱۶	۴۷	۲۰۲	۱۵۵	
۵۰-۵٤	۴ (زیر استاندارد)	۱۰	۴۵	۱۸۸	۱۴۰	بیمارستان پس از سه ماه مورد ارزشیابی مجدد قرار می‌گیرد و در صورت بهبود نیافتن درجه، به درجه ۵ نزول پیدا می‌کند.
٤۹ و کمتر	۵ (زیر استاندارد غیرمجاز)					پروانه بهره‌برداری بیمارستان ابطال می‌گردد و تنها می‌تواند به صورت کلینیک یا مرکز جراحی‌های محدود به فعالیت بپردازد.

* بر اساس تعرفه‌های مصوب برای اتاق‌های سه تختی

مطالعات در مورد سیستم ارزشیابی بیمارستان‌های کشور اغلب بر اعتبار محتوایی[2] و اعتبار صوری[3] استانداردها تمرکز داشته‌اند، به طوری که با مقایسه استانداردهای ارزشیابی با نوع و محتوای استانداردهای بین‌المللی مانند ایزو، کارت‌های متوازن کاپلان و نورتون[4] و استانداردهای کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها ایرادات بزرگی مانند مبهم و دو پهلو بودن سؤالات (۱۸)، عدم توجه به عملکرد مالی بیمارستان (۱۹) و نادیده گرفتن فرآیند مراقبت بیمار (۲۰) در استانداردها مطرح شده است. همچنین برخی نظرسنجی‌های انجام شده در میان مدیران بیمارستان‌ها و مدیران میانی وزارت بهداشت حاکی از عدم توجه استانداردها به مقوله رضایت شغلی کارکنان (۲۱) و عدم توفیق سیستم ارزشیابی در نیل به اهداف خود (۲۲) بوده‌اند. با این حال و علی‌رغم این که سیستم ارزشیابی، بیش از یک دهه فعال بوده است، هیچ مطالعه‌ای میزان آگاهی از سیستم ارزشیابی و تأثیر احتمالی آن بر رفتار گروه‌های ذی‌نفع، و به طور

[2] Content validity
[3] Face validity
[4] Kaplan & Norton

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

ویژه انتخاب آنان را بررسی ننموده است. در کشورمان بیماران سرپایی می‌توانند آزادانه هر درمانگاه بیمارستانی را برای مراجعه انتخاب نمایند، بی آنکه از یک پزشک عمومی دستور ارجاع داشته باشند. همین طور پزشکان عمومی می‌توانند هر بیمارستانی را برای بیماران خود توصیه نمایند. انتخاب بیمارستان از سوی بیمار یا پزشک عمومی، در صورت اطلاع آنان از سیستم ارزشیابی و نتایج آن و نیز اعتقاد آنان به این که نتایج نشان‌دهنده کیفیت مراقبت‌های بیمارستان می‌باشد، ممکن است تحت تأثیر نتایج ارزشیابی قرار گیرد. بالعکس اطلاع از سطح تعرفه‌های مربوط به هر درجه ممکن است منجر به انتخاب بیمارستان‌های درجه ۲ و ۳ شود، زیرا بیماران بیمه شده حداقل باید ۱۰٪ هزینه‌های بستری را بپردازند و در برخی موارد به علت عدم پوشش برخی خدمات، میزان پرداخت بیماران بیمه شده[5] حتی به ۸۰٪ هم می‌رسد (۲۳).

این مطالعه برای اولین بار در کشور به بررسی میزان آگاهی بیماران و پزشکان عمومی از سیستم ارزشیابی بیمارستان‌ها و نتایج آن و نیز تأثیر سیستم ارزشیابی در انتخاب بیمارستان‌ها از سوی این گروه‌ها پرداخته است.

روش کار

داده‌های این پژوهش مقطعی با استفاده از پرسشنامه به صورت جداگانه از میان مراجعه‌کنندگان سرپایی و پزشکان عمومی در پاییز و زمستان ۱۳۸۷ جمع‌آوری گردید. روش مطالعه برای هریک از دو گروه مذکور به شرح ذیل بوده است.

مراجعه‌کنندگان سرپایی: بیمار معمولاً از سه روش می‌تواند در بیمارستان پذیرش شود: ۱- اورژانس بیمارستان؛ ۲- بخش‌های بستری در صورتی که بیمار دستور بستری داشته باشد؛ و ۳- درمانگاه‌های بیمارستان. تنها در مورد آخر، بیمار با اراده خود بیمارستان را انتخاب می‌نماید؛ چرا که می‌تواند به طور آزادانه درمانگاه هر بیمارستانی را برای مراجعه انتخاب نماید و در صورت صلاحدید پزشک متخصص در آن بیمارستان بستری شود. با توجه به این موضوع، تمرکز این مطالعه بر بیماران و مراجعه‌کنندگان سرپایی بیمارستان‌ها صورت گرفت. هشت بیمارستان، شامل چهار بیمارستان دولتی دانشگاهی و چهار بیمارستان خصوصی در نقاط مختلف شهر تهران انتخاب شدند. انتخاب بیمارستان‌ها بر اساس دو معیار صورت گرفت: ۱- دارای درمانگاه‌های عمومی باشند و ۲- بیمارستان‌های دیگری در فاصله نزدیک آنها وجود داشته باشند. با وجود این معیارها، حجم نمونه مورد نیاز برای تخمین میزان آگاهی مراجعه‌کنندگان سرپایی ۹۶ نفر بود که بر اساس دقت ۱۰٪± و با حدود اطمینان ۹۵٪ محاسبه شد. با توجه به بزرگ‌تر بودن بیمارستان‌های دولتی، ۶۰٪ حجم نمونه به این بیمارستان‌ها اختصاص یافت. بنابراین حداقل نمونه در هر یک از بیمارستان‌های دولتی ۱۵ و در هریک از بیمارستان‌های خصوصی ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. در هر بیمارستان، درمانگاه‌های عمومی و غیرانحصاری انتخاب شدند؛ به طوری که مراجعان می‌توانستند درمانگاه مورد نظر را در بیمارستان‌های دیگر منطقه نیز بیابند. یکی از شیفت‌های کاری که بیشترین تعداد پزشکان متخصص در آن حضور داشتند برای مطالعه انتخاب شد و تعداد مورد نیاز مراجعه‌کنندگان در آن بیمارستان مورد مطالعه قرار گرفتند. یکی از پژوهشگران (ا.ا) در سالن انتظار، مراجعه‌کنندگان را بر اساس ترتیب پذیرش آنان مورد مصاحبه قرار داد. بیمارانی که به طور اورژانسی (به وسیله آمبولانس) به درمانگاه آمده بودند یا با دستور یک پزشک دیگر به درمانگاه معرفی شده بودند از مطالعه خارج شدند، زیرا نقشی در انتخاب بیمارستان نداشتند. مراجعه‌کنندگان، ابتدا توضیحاتی را در مورد ماهیت و اهداف کلی پژوهش و اجازه رسمی پژوهشگر برای انجام مطالعه دریافت می‌نمودند و سپس داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه برای آنان توضیح داده می شد.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه با ترکیبی از سؤالات بسته، باز و نیمه‌باز بود که قبل از انجام مطالعه به منظور انتقال بهتر مفاهیم و درک بهتر آن از سوی مصاحبه شونده پایلوت شده بود. سؤالات برای همه مصاحبه‌شوندگان خوانده می‌شد و پاسخ آنان در پرسشنامه یادداشت می‌شد. از بیمار یا یکی از بستگان بیمار (در مواردی که بیمارستان به وسیله بستگان انتخاب شده بود) در مورد معیارهای انتخاب بیمارستان و درجه ارزشیابی بیمارستان مورد مراجعه سؤال می‌شد. در صورتی که بیمار از درجه ارزشیابی آگاه بود، نگرش وی در مورد سیستم ارزشیابی نیز مورد سؤال قرار گرفت.

پزشکان عمومی: حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۹۶ پزشک عمومی بود که با روش مشابه مراجعان سرپایی محاسبه شد. برای انتخاب نمونه به روش تصادفی طبقه‌ای[6]، لیست کلیه پزشکان عمومی شهر تهران و آدرس مطب آنان به تفکیک مناطق شهرداری از یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهیه شد. اما پس از مراجعه به چندین آدرس مشخص شد که لیست مذکور مدت‌هاست به روز نشده و اکثر آدرس‌ها تغییر نموده‌اند.

[5] Co-payment

[6] Stratified random

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

به علت نبود چارچوب نمونه‌گیری[7] به ناچار از یک روش غیرتصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شد. تهران به سه قسمت شمال، مرکز و جنوب تقسیم‌بندی شد و پژوهشگران با انتخاب تصادفی خیابان‌ها و گذراندن زمان مساوی در هریک از این نواحی به جستجوی مطب پزشکان عمومی پرداختند. یک پرسشنامه خودایفا با ترکیبی از سؤالات بسته، باز و نیمه‌باز در اختیار پزشکان عمومی قرار داده شد و در مواردی که پزشک عمومی قادر به پاسخگویی به پرسشنامه در زمان توزیع نبود، دو نوبت پیگیری برای جمع‌آوری پرسشنامه‌ها به عمل آمد.

پرسشنامه دارای دو بخش بود. در بخش نخست، اولین سؤال پرسشنامه از پاسخگویان می‌خواست تا لیستی از هفت معیار انتخاب بیمارستان برای ارجاع یا توصیه به بیمار در موارد لازم را اولویت‌بندی کنند (لیست معیارها در یافته‌ها آورده شده است). «درجه ارزشیابی بیمارستان»، در این لیست گنجانده نشده بود. سؤال بعدی از پاسخگو خواسته بود در صورتی که معیارهای دیگری وجود دارند ذکر نماید و سرانجام سؤال سوم و چهارم از پاسخگو خواسته بود ملاک قضاوت خود را از «کیفیت خدمات بیمارستان» و«شهرت بیمارستان»، که جزو معیارهای هفت‌گانه سؤال ۱ بودند، بیان کند تا در صورتی که درجه ارزشیابی بیمارستان در این حیطه‌ها قرار دارد معین شود. با بررسی این سؤالات امکان تخمین میزان استفاده از نتایج ارزشیابی برای انتخاب بیمارستان فراهم آمد. سؤالات بخش دوم از پاسخگو خواسته بودند در صورت اطلاع، درجه ارزشیابی چند بیمارستان را نام ببرد و نظر خود را در مورد سیستم ارزشیابی به طور مختصر شرح دهد. این بخش از پرسشنامه نیز اعتبار پاسخ‌های بخش اول را کنترل می‌نمود تا در مجموع معین شود آیا پاسخگو از درجه ارزشیابی بیمارستان‌ها اطلاع دارد و در صورت اطلاع، آیا این نتایج جزو معیارهای پزشک عمومی برای انتخاب بیمارستان قرار دارند یا خیر. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS 18 انجام شد و آزمون‌های کای دو[8]، دقیق فیشر[9] و من ویتنی یو[10] مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

مراجعان سرپایی

از ۱۴۷ مراجعه‌کننده‌ای که به صورت اولیه مورد مصاحبه قرار گرفتند، ۴۰ نفر فاقد شرایط مطالعه بودند (مراجعه اورژانسی یا معرفی به وسیله یک پزشک دیگر) و ۳ نفر نیز حاضر به شرکت در مطالعه نشدند. بدین ترتیب ۱۰۴ نفر از بیماران سرپایی یا بستگان آنها مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۴۰/۴ سال بود (با انحراف معیار ۱۴/۵). بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش (۷۲٪) مرد بودند؛ اگرچه بسیاری از بیماران زن بودند و به علت این که بیمارستان به وسیله یکی از همراهانشان (همسر، پدر یا فرزند) انتخاب شده بود، فرد انتخاب کننده که مرد بود مورد مصاحبه قرار گرفت.

وضعیت آگاهی شرکت‌کنندگان به همراه مشخصات دموگرافیک آنان در جدول ۳ نشان داده شده است. تنها هشت نفر معادل با ۷/۷٪ شرکت‌کنندگان (۱۲/۸٪ -۲/۶٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) از وجود سیستم ارزشیابی بیمارستان‌ها آگاه بودند که شش تن آنان (۵/۸٪،۱۰/۳٪ -۱/۳٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) از درجه ارزشیابی بیمارستان محل رجوع خود اطلاع داشتند. بین آگاهی مردان و زنان تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۵۷، آزمون دقیق فیشر)؛ اما ارتباط آماری معناداری بین سطح تحصیلات و آگاهی از درجه بیمارستان وجود داشت (p=۰/۰۱۶، آزمون کای دو). در واقع به غیر از یک زن ۷۵ ساله، تمام افراد آگاه از درجه ارزشیابی دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اگرچه شش پاسخگو از درجه بیمارستان‌های خود آگاه بودند، سه تن به اشتباه درجه بیمارستان را به عنوان رتبه بیمارستان معرفی نمودند و برای مثال تصور داشتند که بیمارستان درجه یک بهترین بیمارستان کشور است. منبع اطلاعات از درجه بیمارستان نزد پاسخگویان متفاوت بود: مشاهده درجه بیمارستان در تابلوهای بیمارستان (۲ مورد)، شنیدن از کارکنان بیمارستان (۲ مورد)، اطلاع از طریق مراجعه به وزارت بهداشت (۱ مورد) و سابقه کاری در بیمارستان مذبور (۱ مورد).

جدول ۳- آگاهی مراجعان کلینیک‌ها از نتایج ارزشیابی بیمارستان مورد مراجعه بر حسب مشخصات دموگرافیک، ۱۳۸۷

	شرکت کنندگان در مطالعه (n =۱۰٤)	شرکت کنندگان آگاه (n =٦)
سن		
کمتر از ۲۰	۳	۰
۳۹ -۲۰	۵۰	۲
۵۹ -۴۰	۳۹	۳
۶۰ سال و بیشتر	۱۲	۱
جنس		
مذکر	۷۵	۵
مونث	۲۹	۱
سطح تحصیلات		
غیر دانشگاهی	۶۶	۱
دانشگاهی	۳۵	۵
بدون پاسخ	۳	۰
شغل		
اداری	۴۱	۵
غیر اداری	۵۳	۰
دانشجو	۵	۱
بدون پاسخ	۵	۰

[7] Sampling frame
[8] Chi-square test
[9] Fisher's Exact test
[10] Mann-Whitney U test

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۴ معیارهای پاسخگویان را برای انتخاب بیمارستان نشان می‌دهد. درجه ارزشیابی بین معیارهای هیچ پاسخگویی وجود نداشت؛ حتی افرادی که از درجه بیمارستان و وجود سیستم ارزشیابی آگاه بودند. دلایل هشت فرد آگاه از وجود سیستم ارزشیابی برای توجه نکردن به درجه بیمارستان مورد مراجعه عبارت بودند از: مهم‌تر بودن شهرت بیمارستان نزد عموم (۳ مورد)؛ انتخاب بیمارستان بر اساس پزشک متخصص حاضر در بیمارستان (۳ مورد)؛ اشتغال یکی از آشنایان در بیمارستان (۱ مورد)؛ و نامعتبر بودن نتایج ارزشیابی (۱ مورد) (هر فرد تنها به یک دلیل اشاره نمود).

جدول ۴- معیارهای عنوان شده مراجعان به درمانگاه های بیمارستان های تهران برای انتخاب بیمارستان، ۱۳۸۷

	فراوانی	درصد
پیشنهاد بیمارستان به وسیله آشنایان	۲۳	۱۸/۱
قرارداد بیمارستان با بیمه درمان بیمار	۲۲	۱۷/۳
تجربه قبلی بیمار از بیمارستان	۲۱	۱۶/۵
هزینه پایین بیمارستان	۲۱	۱۶/۵
تجربه قبلی بیمار از پزشک متخصص	۱۷	۱۳/۴
پیشنهاد پزشک متخصص به وسیله آشنایان	۱۴	۱۱
اشتغال آشنایان در بیمارستان	۶	۴/۷
بهبود نیافتن در بیمارستان‌های دیگر	۲	۱/۶
شهرت بیمارستان	۱	۸/۰
درجه بیمارستان	۰	۰
مجموع	۱۲۷	۱۰۰

پزشکان عمومی

از میان ۱۲۹ پرسشنامه توزیع شده، ۱۰۴ پرسشنامه تکمیل شده به دست آمد (۸۱٪ پاسخگویی) که از این میان ۱۰۳ پرسشنامه به صورت صحیح تکمیل شده بودند. جدول ۵ برخی مشخصات نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵- آگاهی پزشکان عمومی تهران از نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها، ۱۳۸۷

	تعداد (درصد) شرکت‌کنندگان (n =۱۰۳)	تعداد شرکت‌کنندگان آگاه (n =۱۲)
تجربه کاری (سال)		
۰- ۴	۶ (۵/۸)	۱
۵- ۹	۲۲ (۲۱/۴)	۴
۱۰- ۱۴	۴۰ (۳۸/۸)	۳
۱۵- ۱۹	۱۴ (۱۳/۶)	۲
۲۰ سال و بیشتر	۱۷ (۱۶/۵)	۲
بدون پاسخ	۴ (۳/۹)	۰
منطقه جغرافیایی		
شمال	۳۹ (۳۷/۹)	۲
مرکز	۱۱ (۱۰/۷)	۱
جنوب	۵۲ (۵۰/۵)	۹
بدون پاسخ	۱ (۱)	۰

میانگین سابقه کار پزشکان عمومی ۱۴ سال (با انحراف معیار ۹ سال) بود. بیست و شش پزشک عمومی (۲۵٪، ۳۳/۶٪ -۱۷/۶٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) اعلام نمودند که از وجود سیستم ارزشیابی بیمارستان اطلاع داشتند، با این وجود تنها ۱۲ نفر از آنان (۱۱/۷٪، ۱۷/۹٪ -۵/۵٪ با حدود اطمینان ۹۵٪) توانستند درجه ارزشیابی حداقل یک بیمارستان را به درستی ذکر نمایند. تفاوت آماری معناداری در سابقه کار پزشکان مطلع و غیر مطلع از درجه ارزشیابی وجود نداشت (۱۷/۹ در مقابل ۱۴ سال، p=۰/۵۰، آزمون من ویتنی یو). همچنین آگاهی پزشکان در مناطق جغرافیایی سه‌گانه تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۲۰، آزمون کای دو).

منبع اطلاعات درباره درجه بیمارستان متفاوت بود. از میان ۱۲ پزشک مطلع، چهار نفر به واسطه سابقه کار در بیمارستان با درجه ارزشیابی چند بیمارستان آشنایی داشتند، سه پزشک اطلاعات خود را از همکاران خود به دست آورده بودند، دو پاسخگو در برنامه‌های کنترل کیفیت بیمارستان‌ها دخیل بودند و یکی از پزشکان اطلاعات خود را از یکی از گزارش‌های منتشر شده وزارت بهداشت به دست آورده بود. دو تن از پزشکان نیز هیچ منبعی را برای اطلاعات خود ذکر نکردند.

معیارهای پزشکان عمومی برای انتخاب بیمارستان برای بیماران خود در بخش نخست جدول ۶ نشان داده شده است. اهمیت وضعیت اقتصادی بیمار برای پزشکان عمومی ممکن است به علت تفاوت زیاد تعرفه‌ها بین بیمارستان‌های خصوصی و دولتی باشد. بخش دوم جدول که حاوی پاسخ به سؤال باز بود، سایر عوامل مد نظر برای انتخاب بیمارستان از دید پزشکان را نشان می‌دهد. هیچ یک از پزشکان درجه ارزشیابی بیمارستان را در بین معیارهایش ذکر نکردند و تنها یکی از پاسخگویان درجه بیمارستان را به عنوان یکی از شاخص‌های کیفیت خدمات بیمارستان برشمرد. بنابراین از میان ۱۲ پزشک مطلع از درجه‌های ارزشیابی بیمارستان، تنها یک نفر (۱٪، ۲٪ -۰ با حدود اطمینان ۹۵٪) در انتخاب بیمارستان به درجه ارزشیابی آن هم توجه می‌نمود. دلایل پزشکان عمومی برای استفاده نکردن از نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها در انتخاب خود عبارت بودند از نبود رابطه بین درجه ارزشیابی و کیفیت خدمات بیمارستان (۷ مورد)، قابل اعتماد نبودن نتایج (۶ مورد)، وجود معیارهای بهتر برای انتخاب بیمارستان (۳ مورد)، عدم توصیه برای توجه به نتایج ارزشیابی از سوی مسؤولان (۲ مورد)، معطوف بودن ارزشیابی به اهداف کوچک و کوتاه‌مدت (۱ مورد) و مفید و قابل استفاده نبودن نتایج ارزشیابی برای انتخاب بیمارستان (۱ مورد). تنها یکی از پزشکان آگاه معتقد بود درجه ارزشیابی بیمارستان نشان‌دهنده کیفیت خدمات بیمارستان است و بیمارستان‌های درجه ۱ دارای تسهیلات و خدمات بیشتر و بهتری هستند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۶- معیارهای پزشکان عمومی تهران برای انتخاب بیمارستان برای ارجاع بیماران خود در موارد لازم، ۱۳۸۷

بخش الف. پاسخ به سؤال بسته (اولویت‌بندی)

معیار	میانگین رتبه	انحراف معیار	تعداد
وضعیت اقتصادی بیمار	۲/۶۲	۰/۱۴	۹۹
نوع بیمه درمان بیمار	۳/۲۴	۰/۱۸	۹۴
کیفیت خدمات بیمارستان	۳/۳۶	۰/۱۷	۹۵
پزشکان متخصص موجود در بیمارستان	۳/۵۷	۰/۱۹	۹۷
ترجیح بیمار	۴/۰۶	۰/۱۹	۹۶
فاصله بیمارستان تا محل زندگی بیمار	۴/۲۶	۰/۱۸	۹۶
شهرت بیمارستان	۱۶/۶	۰/۱۵	۹۲

بخش ب. پاسخ به سؤال باز

معیار	فراوانی
نوع تخصص، خدمات و امکانات موجود در بیمارستان	۱۵
میزان فوریت بیماران	۱۴
نوع بیماری و نیاز بیمار	۱۱
رفتار کارکنان بیمارستان	۵
میزان رضایت‌مندی بیماران قبلی از بیمارستان	۳
زمان انتظار برای پذیرش بیمار در بیمارستان	۲
فعالیت آموزشی بیمارستان	۲
سابقه بستری بیمار در بیمارستان	۱

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد آگاهی از وجود سیستم ارزشیابی بیمارستان‌ها و نیز نتایج ارزشیابی در میان بیماران و پزشکان عمومی در سطح پایینی قرار دارد. بیماران تحصیل‌کرده آگاهی بیشتری داشتند؛ اگر چه نیمی از آنان به درستی متوجه مفهوم درجه بیمارستان نشده بودند. در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که حداقل در شهر تهران بیماران به هنگام انتخاب یک درمانگاه به درجه ارزشیابی بیمارستان توجه نمی‌کنند. در حالی که پزشکان آگاهی بیشتری نسبت به بیماران داشتند، تنها ۱٪ آنان (۸٪ از کل پزشکان آگاه از نتایج ارزشیابی) در انتخاب بیمارستان به درجه ارزشیابی توجه می‌نمودند.

میزان آگاهی شرکت‌کنندگان با خطای کمتر از ۱۰٪± مفروض پیش از جمع‌آوری داده‌ها به دست آمد. زیرا میزان آگاهی بسیار پایین بود. یکی از محدودیت‌های پژوهش نبود امکان استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی برای انتخاب پزشکان عمومی بود، هرچند روش جایگزین ممکن است به انتخاب یک نمونه همگن از مناطق تهران منجر شده باشد. علاوه بر این، میزان بسیار پایین استفاده از نتایج ارزشیابی بیمارستان (۱٪) و درصد پاسخگویی بالا به پرسشنامه (۸۱٪) احتمال وجود تورش انتخاب[11] را تضعیف می‌نماید. به هر حال نتایج به دست آمده تنها به شهر تهران قابل تعمیم می‌باشد و میزان آگاهی در شهرهای دیگر ممکن است کمتر یا بیشتر باشد. آگاهی پایین از نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها در میان بیماران و پزشکان عمومی احتمالاً ناشی از انتشار محدود نتایج می‌باشد. یافتن نتایج ارزشیابی در وب‌سایت دانشگاه‌های علوم پزشکی کار دشواری می‌باشد، حتی اگر بدانیم چنین اطلاعاتی در وب‌سایت وجود دارد. تنها روش رسمی و یکسان اطلاع‌رسانی در میان بیمارستان‌ها قرار دادن نتیجه ارزشیابی هر بیمارستان در تابلوهای اعلانات هر بیمارستان می‌باشد. احتمال تأثیرگذاری این روش نیز پایین است چرا که بیماران کمی ممکن است متوجه یک گواهی A4 سیاه و سفید در تابلوهای مملو از نامه‌ها و اطلاعیه‌های گوناگون شوند. به علاوه این روش انتشار نتایج، اطلاعات را بعد از انتخاب بیمارستان به بیمار منتقل می‌کند و بنابراین احتمال تأثیر بر انتخاب بیماران نامحتمل است. هیچ روش رسمی برای انتقال نتایج ارزشیابی به پزشکان عمومی وجود ندارد. اطلاعات این گروه بیشتر حاصل کار در بیمارستان‌ها و یا شنیده‌های پراکنده در مورد ارزشیابی بیمارستان بود. این موارد بیانگر نقص سیستم کنونی ارزشیابی بیمارستان‌ها در انتقال نتایج به گروه‌های تصمیم گیرنده، علی‌رغم قدمت آن می‌باشد.

انتخاب بیمارستان توسط بیماران بیشتر تحت تأثیر شهرت بیمارستان یا شهرت پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان قرار داشت. در مورد پزشکان عمومی هم نتایج نشان داد اطلاع از سیستم ارزشیابی و نتایج آن تأثیر زیادی بر انتخاب ندارد، زیرا به نظر این پزشکان نتایج ارزشیابی نشان‌دهنده کیفیت خدمات بیمارستان نبود یا اعتبار[12] نتایج تأمل برانگیز بود. بدین ترتیب، احتمال تأثیرگذاری سیستم ارزشیابی بر عملکرد بیمارستان‌ها از طریق بیماران و پزشکان عمومی (انتخاب بیمارستان‌ها به وسیله این دو گروه) بسیار اندک به نظر می‌رسد. با این حال ممکن است برخی بیمارستان‌ها از عدم توجه بیماران و پزشکان به نتایج ارزشیابی مطلع نباشند و در جهت جلب انتخاب این گروه‌ها به وسیله کسب درجه ارزشیابی بهتر بکوشند.

نتایج ارزشیابی بیمارستان‌ها نیازمند روش‌های انتشار و اطلاع‌رسانی مؤثرتری می‌باشند. همین طور بازنگری در اعتبار نتایج، با توجه به اعتماد پایین بیماران و پزشکان به آنها، لازم به نظر می‌رسد. نتایج این پژوهش شباهت‌هایی با نتایج به دست آمده در ایالات متحده داشت (۵، ۶، ۱۴ -۸)؛ چرا که انتشار داده‌های عملکرد بیمارستان‌ها به طور کلی اثربخش نبود. با این حال برخی تفاوت‌های متدولوژیکی این مطالعه را از مطالعات مزبور متمایز می‌نماید. مطالعات انجام شده در ایالات متحده به طور کلی تأثیر انتشار داده‌های عملکرد بیمارستان‌ها بر سهم بازار آنها را بررسی نمودند، در حالی که ما اثر انتشار اطلاعات را بر میزان آگاهی افراد، که ممکن است بر سهم بازار مؤثر باشد،

[11] Selection bias

[12] Validity

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

سنجیدیم. اگرچه مطالعات ایالات متحده بر انتشار نتایج سنجش عملکرد تمرکز داشتند، هیچ اطلاعاتی در مورد میزان آگاهی بیماران یا گروه‌های تصمیم گیرنده از نتایج عملکرد ارایه ندادند. تنها در یک مطالعه در مورد تأثیر انتشار نتایج اعمال بای‌پس عروق کرونر بر سهم بازار، میزان آگاهی بیماران سنجیده شد که حاکی از پایین بودن آن بود (۱۵).

این یافته‌ها اهمیت توجه به روش‌های انتشار نتایج سنجش عملکرد و فراگیر بودن آنها را به سیستم‌های بهداشتی و درمانی یادآور می‌شود، به ویژه که اقداماتی در جهت جایگزینی سیستم ارزشیابی کشور با سیستم اعتباربخشی انجام شده است (۲۴). اگر یکی از راه‌های بهبود کیفیت خدمات بیمارستان‌ها، سنجش عملکرد و انتشار نتایج آن به منظور تأثیر بر انتخاب بیماران و پزشکان عمومی باشد، لازم است توجه کافی به آگاه نمودن این دو گروه، از نتایج مبذول گردد. عدم تأثیرگذاری روش‌های سنجش عملکرد بر کیفیت خدمات بیمارستان‌ها در مطالعات بین‌المللی می‌تواند تا حدودی به علت کم توجهی به روش‌های انتشار داده‌ها باشد. پژوهشگران نباید تنها بر تأثیر انتشار نتایج عملکرد بر برون‌دادهای نهایی مانند سهم بازار تمرکز نمایند، بلکه توجه به کل سیستم و اثرات میانی آن، مانند تأثیر بر آگاهی افراد، می‌تواند به درک جامع‌تری از تأثیر سیستم‌های سنجش عملکرد و بهبود آنها منجر شود.

References

1- Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. J Health Serv Res Policy 1998; 3(1):50–7.

2- Shekelle PG, Lim Y-W, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review: The Health Foundation; 2008.

3- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. J Amer Med Assoc 2000; 283:1866–74.

4- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Medical Care 2008; 148:111–23.

5- Mennemeyer ST, Morrisey MA, Howard LZ. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information. Inquiry 1997; 34(2):117-28.

6- Vladeck BC, Goodwin EJ, Myers P, Sinisi M. Consumers and hospital use: the HCFA 'death list'. Health Affairs 1998; 7(1):122-25.

7- Mukamel D, Mushlin A. Quality of care information makes a difference: an analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. Med Care 1998; 36(7): 945-54.

8- Chassin MR. Achieving and sustaining improved quality: lessons from New York State and cardiac surgery. Health Affairs 2002; 21(4):40-51.

9- Cutler D, Huckman R, Landrum M. The role of information in medical markets: An analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. Am Econ Rev 2004; 94(2):342-6.

10- Jha AK, Epstein AM. The predictive accuracy of the New York state coronary artery bypass surgery report-card system. Health Affairs 2006; 25(3):844-55.

11- Baker DW, Einstadter D, Thomas C, Husak S, Gordon NH, Cebul, RD. The effect of publicly reporting hospital performance on market share and risk-adjusted mortality at high-mortality hospitals. Med Care 2003; 41(6):729-40.

12- Romano PS, Zhou H. Do well-publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume? Med Care 2004; 42(4):367-77.

13- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. Health Affairs (Millwood) 2005; 24(4):1150-60.

14- Hannan EL, Kumar D, Racz M, Siu, AL, Chassin MR. New York State's Cardiac Surgery Reporting System: four years later. Ann Thorac Surg 1994; 58:1852-57.

15- Schneider E, Epstein A. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. JAMA 1998; 279(20):1638.

16- Ministry of Health and Medical Education. The instruction of standards and principles of evaluation of the general hospitals. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 1997. (in Persian)

17- Ministry of Health and Medical Education. 2009 charges for the conventional surgeries. Tehran 2009 [cited 2009 14 May]; Available from: http://treatment.tbzmed.ac.ir/PDF/tarefe/tarefe%20glo%208 8.pdf. (in Persian)

18- Delgoshayi B, Tofighi S. Comparing hospitals standards with ISO's principles and delivering a suitable model for developing hospitals standards. Quarterly Journal of Lorestan University of Medical Sciences 2005; 23:19-26. (in Persian)

19- Vatankhah S, Salemi A. Examination of the grading of hospitals affiliated by Iran University of Medical Sciences based on Balanced Score Cards. Health Management 2010; 12(38):49-58. (in Persian)

20- Ahmadi M, Khoshgam M, Mohammadpoor A. Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards. Hakim Research Journal 2008; 10(4):45-52. (in Persian)

21- Jaafari-Pooyan E, Akbari-Haghigh F, Mahmoudi M. The gap between hospital managers' perceived and expected importance of the hospital grading system in Hamedan Province. The journal of faculty of Public Health 2004; 3(9):43-52. (in Persian)

22- Amerioun A, Khalesi N. The method of hospital grading from MOHME and Tehran hospital seniour managers. Health Management 2007; 9 (26):39-44. (in Persian)

23- Medical Services Insurance Organization, Tehran. The calculation of co-payment in private sector. 2008. (in Persian)

24- Ministry of Health and Medical Education. Development of accreditation standards for teaching hospitals. 2010 [cited 2011 11 June]. Available from: http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx? siteid=1& pageid=127&newsview=19427. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Patients' and General Practitioners' Awareness of and Attitudes towards Iranian Hospital Grading System and its Impact on Choosing a Hospital, 2009

Aryankhesal A[1*] (PhD), Alihosseini S[2] (BSc)

[1]*Department of* Health Services Administration, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Department of Public Health and Management, School of Health & Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 30 Nov 2010, Accepted: 6 July 2011

Abstract

Introduction: There are increasing international interests in the use of performance measurement and their public release in order to improve the quality of care. However, few studies have assessed stakeholders' awareness and use of performance data. Iranian hospitals have been graded annually since 1998 and hospital hotel charges vary by grades; however, system has never been evaluated.

Methods: We conducted a cross-sectional survey of 104 outpatients at eight Teheran hospitals, and 103 general practitioners (GPs) to assess the awareness of and attitudes towards hospital grading system.

Results: Only 5.8% of patients (95% CI: 1.3–10.3%) and 11.7% of GPs (95% CI: 5.5–17.9%) were aware of grading results. Patients' awareness was positively associated with their education level (P-value = 0.016). No patient used the grading results for choosing a hospital; and only one GP (1%, 95% CI: 0–2%) reported using hospital grade to decide on referrals. Patients were more influenced by hospitals' public reputation and that of their specialists. GPs believed that the grading system did not reflect the quality of care in hospitals.

Conclusion: The hospital grading system had nearly no effect on choosing hospital among patients and GPs. When developing performance measurement systems, public release of data should be accompanied by evaluation of its impact on awareness and health-care choices.

Key words: Hospital grading, Dissemination of performance data, Patients, GPs, Awareness, Attitudes

Please cite this article as follows:
Aryankhesal A, Alihosseini S. Patients' and General Practitioners' Awareness of and Attitudes towards Iranian Hospital Grading System and its Impact on Choosing Hospital, 2009. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 115- 122.

*Corresponding Author: School of Health Management and Information Sciences, Rashid Yasemi St, Vali-e Asr Ave, Tehran, Iran. Postal Code: 19395/4798. Tel: +98-21-88788765, Fax: +98-21-88788827, E-mail: a-aryankhesal@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]