Volume 24, Issue 3 (May- June 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Key performance indicators for ranking general hospitals in Iran

Ali Jajarmizadeh[1], Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Ebrahim Jaafaripooyan[1*]

1. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 28 December 2023
Accepted for publication: 10 May 2025
[EPub a head of print-1 July 2025]
Payesh: 2025; 24(3): 315- 327

Abstract

Objective(s): The quality of hospital services should be constantly monitored and enhanced. Key performance indicators (KPIs) are as such essential to strengthen the supervision of the government, people, and other health system stakeholders and improve hospitals' performance. The present study thus seeks to identify the KPIs for ranking general hospitals in Iran.
Methods: This study adopted a mixed-method design at four stages. The researchers used a scoping review to identify the related indicators and frameworks in the literature. They further qualitatively identified local indicators for hospital ranking. An expert panel refined the pooled indicators, and the KPIs were finally prioritized using the decision matrix technique.
Results: Initially 233 and then 84 indicators were identified. The final 50 indicators were determined and prioritized. The number of medical staff per bed, mortality rate, patient satisfaction, staff satisfaction, and bed occupancy rate were among the highest-priority indicators.
Conclusion: Structure, process, and outcome-related indicators were proposed to rank general hospitals in Iran that could be utilized to strengthen the current hospital evaluation system. Using these indicators to evaluate and rank hospitals could hopefully improve transparency, public disclosure, organizational efficiency, and ultimately the quality of services.

Keywords: Key Indicator, Ranking, Evaluation, Hospital, Iran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: jaafaripooyan@tums.ac.ir

سال بیست و چهارم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

شاخص های کلیدی عملکرد برای رتبه بندی بیمارستان های عمومی در ایران

علی جاجرمی زاده[1]، علی محمد مصدق راد[1]، ابراهیم جعفری پویان[1*]

۱. گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده، بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ تیر۱۴۰۴]

نشریه پایش: ۳۲۷- ۳۱۵ :(۳)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: نظارت دائمی بر کیفیت خدمات بیمارستان‌ها و تلاش برای ارتقای آن امری ضروری و همیشگی است. استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکرد می تواند به تقویت نظارت دولت، مردم و سایر ذینفعان بر نظام سلامت و ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها کمک نماید. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه شناسایی شاخص‌های کلیدی عملکرد برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی در ایران است.

مواد و روش کار: این پژوهش در چهار مرحله و به روش ترکیبی انجام شد. به منظور شناسایی شاخص‌ها و چارچوب‌های موجود از روش مرور حیطه‌ای استفاده شد. سپس با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته نظرات صاحب‌نظران درباره شاخص‌ها و چاچوب‌های مناسب رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی در ایران جمع‌آوری و تحلیل گردید. این شاخص‌ها در پنل خبرگان پالایش و در نهایت شاخص‌ها با استفاده از تکنیک ماتریس تصمیم‌گیری، اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: در مرحله مرور ۲۳۳ و در مرحله کیفی ۸۴ شاخص شناسایی شدند. در نهایت ۵۰ شاخص، نهایی و اولویت‌بندی شدند. تعداد کارکنان درمانی به ازای هر تخت، نرخ مرگ‌ومیر، رضایت بیماران، درصد رضایت کارکنان و ضریب اشغال تخت، از جمله مهم‌ترین شاخص‌های رتبه بندی بیمارستانها تعیین شدند.

نتیجه‌گیری: شاخص های ساختاری، فرآیندی و پیامدی برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی در ایران پیشنهاد شد که می‌توان از آنها برای تقویت سیستم ارزیابی بیمارستان فعلی استفاده کرد. استفاده از این شاخص‌ها برای ارزیابی و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها احتمالاً می‌تواند شفافیت، افشای عمومی اطلاعات، کارایی سازمانها و در نهایت کیفیت خدمات را بهبود بخشد.

کلمات کلیدی: شاخص کلیدی عملکرد، رتبه‌بندی، ارزشیابی، بیمارستان، ایران

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1401.061

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت

E-mail: jaafaripooyan@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

مقدمه

بیمارستان‌ها از اجزای اصلی نظام‌های سلامت هستند که در تعامل با دیگر بخش‌های این نظام به عنوان مکمل و تقویت کننده اثر آن-ها، پیوسته به ارائه خدمات می‌پردازند. ماموریت اصلی بیمارستان‌ها ارائه خدمات مراقبت و درمان به موقع، ایمن و اثر بخش است. این سازمان‌ها در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت و از طریق آن در دستیابی به اهداف توسعه پایدار نقشی کلیدی ایفا می‌کنند [۱]. از طرف دیگر درکشورهای در حال توسعه، حدود ۵ تا ۱۰ درصد از هزینه‌های دولت به بخش سلامت تعلق یافته که از این میان حدود ۵۰ تا ۸۰ درصد این بودجه در بیمارستان‌ها هزینه می‌شود. لذا از منظر اقتصادی نیز بیمارستان‌ها حائز اهمیت هستند [۲،۳].

با این وجود، براساس مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد بیمارستان‌ها در ایران در بسیاری از حوزه‌ها از عملکرد مطلوب تا حدود زیادی فاصله دارند. به عنوان مثال، مطالعات نشان دهنده این است که میزان رضایت بیماران در بیمارستان‌های ایران کمتر از حد متوسط است [۴]. در اکثر گزارشات کارایی بیمارستان‌ها کم تا متوسط گزارش شده است [۵]. کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان نیز از شرایط مطلوبی برخوردار نیست و از انتظارات بیماران فاصله دارد [۶]. شیوع کلی مرگ و میر نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه ۲۱/۸ درصد عنوان شده است که درصد بالایی به حساب می‌آید [۷]. در زمینه بستری مجدد بیماران نیز یک مطالعه نشان می‌دهد که از بین ۶۲۶ بیمار بررسی شده ۵/۱ درصد آنان مجددا بستری شده اند [۸] و در یک بیمارستان دیگر در کمتر از ۳۰ روز ۶۶ بیمار مجددا بستری شدند. [۹] البته میزان عفونت‌های بیمارستانی، خطای پزشکی، مدت اقامت و پذیرش غیرضروری در بیمارستان‌ها کم گزارش شده است که به نظر می‌رسد این نتایج به دلیل محدودیت‌هایی مانند کمبود مطالعات با کیفیت در این حوزه، تعداد نامناسب نمونه‌های بررسی شده و روش مورد استفاده در پژوهش‌ها حاصل شده است [۱۳-۱۰].

بنابراین، رصد دائمی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها و تلاش برای ارتقای آن امری ضروری است. روش های مختلفی برای سنجش کارایی و عملکرد بیمارستانها به کار رفته است [۱۷-۱۴]. استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکرد یکی از راه‌های تقویت نظارت دولت، مردم و سایر ذینفعان نظام سلامت است. طراحی و استفاده از این شاخص‌ها، ایجاد داشبوردهای مدیریتی، رصد لحظه‌ای عملکرد بیمارستان‌ها، مقایسه روند عملکرد بیمارستان در سال‌های گذشته توسط خود بیمارستان و مقایسه آن با عملکرد دیگران را ممکن می‌سازد. همچنین ارائه نتایج این شاخص‌ها به عموم در ایجاد شفافیت عمومی و در نتیجه‌ی آن افزایش رضایت و اعتماد عمومی نقش بسزایی دارد [۱۸]. یکی دیگر از کاربردهای شاخص‌های کلیدی عملکرد استفاده از آنان به منظور رتبه‌بندی است. در دنیا از مدت‌ها پیش رتبه بندی در حوزه سلامت و آموزش، فرایند شناخته شده‌ای است. به عنوان مثال، رتبه بندی سلامت بلومبرگ [۱۹] و لگاتوم [۲۰] و یا رتبه‌بندی دانشگاهی شانگهای [۲۱] و تایمز [۲۲] نمونه‌های شاخص به شمار می روند. به همین صورت در کشورهای توسعه یافته مانند آمریکا هر ساله سازمان‌های زیادی بیمارستان‌ها را به تفکیک ایالت، شهر و تخصص‌های مختلف رتبه‌بندی می‌کنند. یکی از معروف‌ترین رتبه‌بندی‌های کشور آمریکا متعلق به U.S. News & World Report است که هر سال حدود ۵۰۰۰ مرکز درمانی را بر اساس معیارهایی مانند نرخ مرگ و میر، شهرت و ایمنی بیمار رتبه‌بندی می‌کند. [۲۳]. رواج این چارچوب‌ها به میزانی است که حتی متون زیادی در راستای نقد و تکمیل آن‌ها در مجلات معتبر به چاپ می‌رسد [۲۶-۲۴]. سیستم رتبه‌بندی ستاره-ای نیز نوع دیگری از روش‌های رتبه‌بندی بیمارستان‌هاست که در کشورهایی مانند آمریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش با هدف ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها، آن‌ها در ابعاد گوناگون مورد ارزشیابی واقع شده و با توجه به کیفیت هر کدام از یک تا پنج ستاره دریافت می‌کنند [۲۸-۲۶]. رتبه‌بندی بیمارستان‌ها با ایجاد جو رقابتی بین آن‌ها بر جنبه‌های مختلف عملکردی آنان موثر است. اکثر مطالعات نشان می‌دهند که رقابت بیمارستان‌ها از نظر کیفیت خدمات با یکدیگر می‌تواند بر جنبه‌های مختلف عملکرد آن‌ها موثر باشد. مقایسه اطلاعات ۳۲۶۱ بیمارستان کشور آمریکا در سال ۲۰۱۴ نشان داد که بازار رقابتی با میزان مرگ و میر بیمارستان‌ها ارتباط معنی دار و معکوس دارد [۲۹]. پژوهشگران مطالعه‌ای در انگلستان در سال ۲۰۱۸ نتیجه گرفتند که با ایجاد رقابت بین بیمارستان‌ها می توان کارایی سازمان را ارتقای داد. [۳۰]. مطالعات دیگری نیز وجود دارد که تاثیر رقابت بر کارایی را مثبت ارزیابی می‌کند [۳۱]. در سال ۲۰۱۰ نیز مطالعه جامعی در ۱۰۰ بیمارستان انگلستان انجام شد که نشان داد رقابت بیمارستان‌ها با یکدیگر بر بهبود مدیریت، عملکرد بیمارستان، نرخ مرگ و میر، کیفیت خدمات، رضایت شغلی کارکنان و افزایش ماندگاری کارکنان موثر است [۳۲].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

به رغم اهمیت رتبه‌بندی بیمارستان‌ها، این موضوع در ایران رواج چندانی نداشته است. در کشور ایران اصلی ترین اقدام برای رتبه-بندی بیمارستان‌ها مربوط به نظام اعتبار بخشی است [۳۳]. در اعتبار بخشی ۶ رتبه عالی، برتر، یک، دو، سه و چهار برای بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده است و مطابق شیوه‌نامه ویرایش چهارم، بیمارستان‌هایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهارم نشوند، زیر استاندارد تلقی خواهند شد [۳۴]. اعتباربخشی ملی به دلیل تعداد محدود رتبه‌ها، پیچیدگی محاسبه رتبه، تعدد سنجه ها، فرایندی بودن، پر هزینه بودن ارزیابی‌های آن، عدم شفافیت کافی در انتشار کامل نتایج و اطلاع رسانی مناسب آن به جامعه عملا نمی‌تواند کاربرد مد نظر را داشته باشد. علاوه بر این کوشش‌هایی هم توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهت رتبه‌بندی مراکز درمانی تحت پوشش خود انجام می‌گیرد که اکثرا انتشار عمومی ندارد و روش انجام آن ارزیابی شفاف نیست. به عنوان مثال دانشگاه علوم پزشکی شیراز هر ساله تمام واحدهای آموزشی درمانی و بهداشتی دولتی تحت پوشش خود، یعنی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، شبکه‌های بهداشت و دانشکده‌ها را ارزیابی و رتبه‌بندی می‌کند [۳۵].

پژوهش‌های زیادی به مطالعه عملکرد بیمارستان‌ها در ایران پرداخته‌اند. تنها در فاصله زمانی ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۶، ۱۶۲ مطالعه در این زمینه انجام شده است. برای انجام این پژوهش‌ها از روش‌های متفاوتی استفاده شده است. بیشترین روش مورد استفاده برای سنجش کارایی بیمارستانها، تحلیل پوششی داده‌ها بود که در ۷۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. پس از آن، روش پابن لاسو ۴۰ بار، شاخص‌های عملکردی ۲۴، مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت ۱۴، مدل مالکوم بالدریج پنج ، تحلیل مرزی تصادفی چهار مرتبه، کارت امتیازی متوازن ۴ و مدل ISO۹۰۰۱ نیز یک مرتبه در ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌های ایران مورد استفاده قرار گرفته است [۳۶]. همانطور که این پیشینه نشان می‌دهد، در ایران تمرکز پژوهشگران بیشتر بر مدل‌های از پیش تعیین شده یا سنجش جنبه های خاصی از عملکرد مانند کارایی است در صورتی که برای ایجاد محیط رقابتی پویا و اثربخش باید به طراحی مدلی همه جانبه جهت رتبه-بندی بیمارستان‌های کشور پرداخت.

هدف از انجام مطالعه، شناسایی شاخص‌های کلیدی عملکرد برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی در ایران است. رتبه‌بندی بیمارستان‌ها می‌تواند منجر به بهبود شفافیت، اطلاع‌رسانی عمومی، عملکرد بیمارستان‌ها، تسهیل نظارت دولت و همچنین تسهیل تصمیم‌گیری بیماران در انتخاب بهترین مرکز درمانی شود.

مواد و روش کار

این پژوهش در چهار مرحله و به روش ترکیبی انجام شد. در مرحله اول به منظور تعیین شاخص‌ها و چارچوب‌های موجود در کشورهای جهان از روش مرور حیطه‌ای استفاده شد. در مرحله دوم با استفاده از روش کیفی، نظرات صاحب‌نظران حوزه ارزشیابی و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها درباره شاخص‌ها و چارچوب‌های مناسب جهت رتبه-بندی بیمارستان‌های عمومی در ایران جمع‌آوری و تحلیل گردید. سپس این شاخص‌ها در پنل خبرگان بررسی و نهایی گشت. در نهایت به منظور اولویت‌بندی شاخص‌ها از تکنیک ماتریس تصمیم‌گیری، استفاده شد [۳۸، ۳۷].

در مرور حیطه‌ای، با استفاده از چارچوب آرسکی و اومالی[۳۹]، از سال ۲۰۰۵ تا مارس ۲۰۲۲ میلادی جستجو به دو زبان فارسی و انگلیسی انجام شد. جهت انجام جستجو انگلیسی از کلید واژه‌هایی مانند hospital ranking, hospital rating, , Key results areas, Key performance indicators, KPIs, KRAs در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Science, Scopus, PubMed, استفاده شد. برای جستجو به زبان فارسی نیز از کلید واژه‌های رتبه-بندی بیمارستان‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی SID, Magiran استفاده شد. سپس با اعمال معیارهای ورود که شامل ارتباط مستقیم موضوع و تناسب هدف مطالعه با سوال پژوهش بودند، غربالگری انجام شد. ۲۸۵۳ مطالعه از پایگاه‌های داده و ۶ مطالعه از جستجو دستی یافت شد. از بین ۲۸۵۹ مقاله یافت شده ۱۰۴۸ مورد تکراری حذف گردید. پس از بررسی عناوین مقالات ۱۴۹۱ مورد مرتبط با اهداف پژوهشی تشخیص داده نشد و ۳۲۰ مقاله باقی ماند تا چکیده آنان بررسی شود. با بررسی چکیده مقالات نیز ۱۹۹ مورد حذف گردید. در نهایت متن کامل ۱۲۱ مقاله بررسی شد. ۶۷ مورد به دلیل عدم تطابق با معیارهای ورود مطالعه حاضر و ۸ مورد به دلیل عدم دسترسی به متن کامل آنان حذف گردید. در نهایت ۴۶ مطالعه از جستجو دستی و نظام‌مند باقی ماند که به طور کامل مطالعه و خلاصه گردید (شکل ۱). با استفاده از روش تحلیل محتوای تجمیعی، شاخص های اولیه از مطالعات استخراج شد [۴۰] (شکل ۱). در مرحله کیفی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، شاخص‌های مناسب برای رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی ایران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

شناسایی گردید. با روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، با انجام مصاحبه با ۱۴ نفر از خبرگان و مطلعین کلیدی حوزه ارزشیابی و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها داده‌ها به اشباع رسید که به طور میانگین هر مصاحبه حدود ۳۸ دقیقه به طول انجامید (جدول ۱). قبل از انجام مصاحبه، هماهنگی با سازمان‌ها و افراد موردنظر، تشریح اهداف و تعیین نوبت مصاحبه و در نهایت تهیه برنامه زمان‌بندی مصاحبه‌ها انجام شد. مصاحبه‌ها بصورت چهره‌به‌چهره و در محل کار افراد و در غیر این صورت با توافق آنان در مکانی دیگر به انجام رسید. قبل از شروع مصاحبه، اهداف و لزوم انجام این مطالعه برای شرکت کنندگان تشریح و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش به‌صورت کتبی اخذ شد. همچنین جهت ثبت مصاحبه ها با هماهنگی با مصاحبه شونده و در صورت رضایت وی، جلسات مصاحبه ضبط شد. در حین انجام مصاحبه نیز، نکات مهم به‌صورت دست‌نویس یادداشت شد. مصاحبه‌ها با پرهیز از هرگونه اظهارنظر در مورد غلط یا درست بودن نظرات صورت پذیرفت. از گفته‌های مهم شرکت‌کنندگان هم‌زمان با انجام مصاحبه توسط مصاحبه‌کننده یادداشت‌برداری شد. جامعه پژوهش شامل اساتید دانشگاهی، مدیران و سیاستگذاران و همچنین کارشناسان مرتبط با حوزه ارزشیابی و رتبه بندی بیمارستان بود. افراد کلیدی معاونت درمان وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران، مدیران بیمارستانها و کارشناسان بهبود کیفیت با سابقه اجرایی و مدیریتی بیش از سه سال، شرکت‌کنندگان در این مطالعه را تشکیل دادند.

راهنمای مصاحبه، به عنوان ابزار گردآوری داده، پس از تهیه نسخه اولیه براساس اهداف پژوهش از طریق مصاحبه با پنج نفر از صاحب-نظران، پایلوت و معتبر گردید. در نهایت برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی و تجمیعی استفاده شد [۴۱]. با استفاده از این روش مصاحبه ها تحلیل، مفاهیم استخراج و در کوچک‌ترین واحد معنادار طبقه‌بندی شدند. بدین منظور در گام اول مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شد. در گام دوم مصاحبه توسط دو نفر به‌صورت دقیق مطالعه شدند. در گام سوم شاخص‌های اولیه شناسایی و دسته‌بندی شدند.

با استفاده از نتایج مراحل قبل لیستی از شاخص‌های رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی تهیه شد. سپس جلسات جداگانه‌ای با خبرگان و کارشناسان مدیریت نظام سلامت و بیمارستان برگزار شد و در نهایت نظرات آنان در مورد هم‌پوشانی شاخص‌ها، تناسب شاخص‌ها با شرایط بومی ایران و ماموریت بیمارستان‌های عمومی و قالب شکلی کلمات جمع‌آوری شد. پنل خبرگان با حضور تیم پژوهش و ۷ نفر از متخصصان این حوزه تشکیل شد. یک نفر از اعضا این پنل سابقه ریاست بیمارستان را در کارنامه خود داشت. دو نفر هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بودند که سابقه پژوهش در زمینه کنترل راهبردی و ارزیابی نظام سلامت را داشتند. دو نفر مشغول به کار در اداره اعتباربخشی بیمارستان بودند که یک نفر از آنان رئیس آن اداره بود که سابقه کار ۲۰ ساله داشت. دو نفر از افراد این پنل نیز پژوهشگر حوزه سیاستگذاری سلامت بودند که یک نفر از آنان به عنوان کارشناس وزارت بهداشت مشغول به کار بود. در مرحله آخر، شاخص‌های نهایی در قالب پرسشنامه‌ای تهیه و برای ۲۱ نفر از خبرگان و کارشناسان مدیریت و اقتصاد سلامت، کارکنان و مدیران اجرایی بیمارستان‌ها ارسال و توسط آنان تکمیل شد. اعضا پنل خبرگان در این مرحله شامل افرادی بود که در موضوع مورد بررسی دارای تخصص و دانش کافی باشند. بدین منظور با توجه به معیارهای مطلع بودن و تاکید بر تنوع، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند این افراد تعیین شد. بطور معمول، در مطالعات تحلیل ماتریس تصمیم‌گیری تعداد اعضا پنل خبرگان ۲۰ تا ۳۰ نفر انتخاب می‌شود [۴۳، ۴۲].

به‌منظور تعیین معیارهای ارزیابی شاخص‌ها از بین چارچوب‌هایی از قبیل CREAM (واضح، مرتبط، اقتصادی، کافی و قابل‌نظارت)، RAVES (قابل‌اعتماد، مناسب، معتبر، آسان و در دسترس و حساس) و SMART (ویژه و خاص، قابل‌اندازه‌گیری، قابل‌دستیابی، مرتبط و زمانمند بودن) [۴۴،۴۵]، تعداد سه معیار قابل سنجش بودن، شفاف و قابل‌فهم بودن و اهمیت/ضرورت انتخاب گردید. قابل سنجش بودن به معنای امکانپذیری/سهولت نسبی جمع‌آوری‌داده و اندازه‌گیری شاخص، در دسترس بودن کامل و دقیق داده‌های شاخص مورد نظر با هزینه معقول (فراهم بودن داده‌های شاخص)، سهولت تجزیه و تحلیل داده‌های شاخص، قابل دستیابی/ قابل اجرا بودن؛ شفاف و قابل فهم بودن به معنای قابل درک و روشن و واضح بودن و اهمیت/ضرورت به معنای اینکه تاثیر زیادی در دستیابی به اهداف سازمان داشته باشد. از پرسشنامه‌ی تحلیل ماتریس تصمیم-گیری به منظور اولویت بندی شاخص ها استفاده شد. ماتریس تصمیم‌گیری جهت ارزیابی تعدادی گزینه براساس تعدادی از معیارها کاربرد دارد. کلیه‌ی شاخص‌های شناسایی شده در مراحل قبل در ردیف‌های این ماتریس و معیارهای ارزیابی شاخص‌ها در ستون‌های ماتریس قرار گرفت. سپس بر اساس این معیارها خبرگان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

به هر شاخص امتیازی از ۱ تا ۵ دادند. ضریب دو معیار اول یعنی قابل سنجش بودن و شفاف و قابل فهم بودن ضریب یک و برای اهمیت/ضروت به منظور تاکید بیشتر ضریب دو در نظر گرفته شد. در نهایت در ستون آخر نمره‌ی کل برای هر شاخص محاسبه گردید. بعد از جمع آوری کلیه پرسشنامه‌ها براساس تحلیل‌های توصیفی، اولویت بندی انجام شد. شاخص های نهایی در سه دسته ساختاری، فرایندی و پیامدی طبقه‌بندی شدند. منظور از شاخص-های ساختاری موارد مرتبط با منابع اعم از مالی، انسانی، ساختاری، اطلاعاتی مورد نیاز برای اجرای یک فعالیت یا مداخله است. شاخص‌های فرآیندی به شاخص‌هایی اشاره دارند که نشان دهنده نحوه ارائه خدمات و مراقبت‌هاست. شاخص‌های پیامدی نیز نشان دهنده نتیجه مراقبت ارائه شده به بیماران است [۴۶]. در تمامی مراحل کیفی تحقیق برای تضمین اعتمادپذیری، انتقال پذیری و تاییدپذیری یافته ها از نظر گوبا و لینکلن، از روش اعتبارسنجی پاسخ دهندگان و همتایان استفاده شد.

یافته ها

در مجموع ۴۶ مطالعه به شاخص‌هایی جهت رتبه‌بندی بیمارستان‌ها اشاره کرده بودند. تعداد ۴۲ مطالعه به زبان انگلیسی و ۴ مطالعه به زبان فارسی منتشر شده است. از نظر روش تحقیق، بیشترین مطالعات از روش کمی استفاده کرده بودند که ۲۴ مورد بود. ۴ مطالعه مروری، ۱۱ مطالعه ترکیبی و ۲ مطالعه کیفی از دیگر روش-های تحقیق این مطالعات بود. بیشتر مطالعات در سال‌های ۲۰۱۷ میلادی به چاپ رسیده‌اند و در سال ۲۰۰۷ هیچ مطالعه‌ای در این زمینه چاپ نشده است. از حیث کشور نیز بیشترین مطالعات در کشور ایران با ۱۳ مورد و در آمریکا با ۱۱ مورد و در رتبه سوم چین با ۴ مورد انجام شده بود. در مجموع ۲۳۳ شاخص در این فاز شناسایی شد. از مصاحبه های نیمه ساختار یافته نیز ۸۴ شاخص شناسایی شد. این شاخص ها در نهایت به ۵۰ مورد کاهش یافت(جدول ۱). تعداد شاخص‌ها در هر کدام از مراحل در جدول ۲ قابل ملاحظه است. نتایج و امتیازات نهایی هر شاخص به ترتیت بیشترین میانگین امتیاز در جدول ۳ قابل ملاحظه است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

مشخصات نمونه جامعه پژوهش	کیفی (مصاحبه نیمه ساختار یافته)		اولویت بندی (ماتریس تصمیم گیری)	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت				
مرد	۶	۹/۴۲	۱۱	۴/۵۲
زن	۸	۱/۵۷	۱۰	۶/۴۷
میزان تحصیلات				
کارشناسی	۱	۱/۷	-	-
کارشناسی ارشد	۷	۰/۵۰	۱۱	۴/۵۲
دکتری تخصصی (PhD)	۵	۷/۳۵	۱۰	۶/۴۷
فوق تخصص پزشکی	۱	۱/۷	-	-
تجربه کاری				
۱۰-۰	۳	۴/۲۱	۱۱	۴/۵۲
۱۶-۱۱	۴	۶/۲۸	۳	۳/۱۴
۱۶ سال و بیشتر	۷	۰/۵۰	۷	۳/۳۳
سمت				
هیات علمی دانشگاه	۶	۹/۴۲	۵	۸/۲۳
معاونت پرستاری وزارت بهداشت	-	-	۱	۸/۴
معاونت توسعه دانشگاه	۱	۱/۷	۱	۸/۴
معاونت درمان دانشگاه	۲	۳/۱۴	۱	۸/۴
مدیر بیمارستان	۱	۱/۷	۳	۳/۱۴
بهبود کیفیت بیمارستان	۳	۴/۲۱	۶	۶/۲۸
کارشناس ایمنی بیمار	۱	۱/۷	-	-
پژوهشگر	-	-	۲	۵/۹
پرستار	-	-	۱	۸/۴
پزشک	-	-	۱	۸/۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

جدول ۲: تعداد شاخص های کلیدی رتبه بندی بیمارستان های عمومی به تفکیک گروه

روش	ساختاری	فرایندی	پیامدی	مجموع
مرور حیطه ای	۷۰	۳۹	۱۲۴	۲۳۳
کیفی	۲۳	۲۹	۳۲	۸۴
اولویت بندی	۹	۱۳	۲۸	۵۰

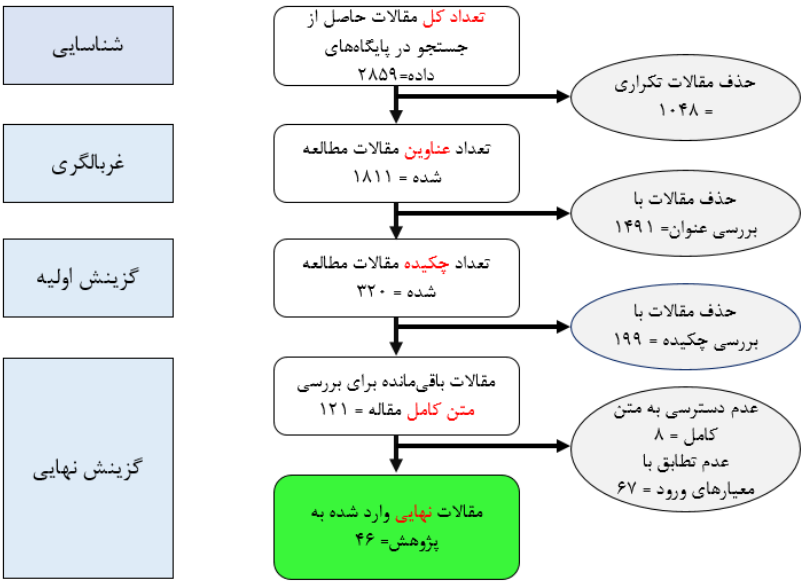
جدول ۳: شاخص‌های کلیدی رتبه‌بندی بیمارستان‌های عمومی به ترتیب اولویت

	شاخص ها	میانگین امتیاز کل از ۲۰
۱.	تعداد کارکنان درمانی به ازای هر تخت	۱۹/۰۰
۲.	نرخ مرگ و میر	۱۹/۰۰
۳.	رضایت بیماران (بستری و سرپایی)	۱۸/۸۶
۴.	درصد رضایت کارکنان	۱۸/۸۱
۵.	ضریب اشغال تخت	۱۸/۸۱
۶.	دارا بودن گواهینامه‌های اعتباربخشی ملی و بین المللی، بیمارستان سبز، ارتقا دهنده سلامت، دوست دار مادر و کودک، ایزو، ایمنی	۱۸/۶۲
۷.	درصد کنسلی خدمات (ویزیت، مشاوره، اعمال جراحی)	۱۸/۵۷
۸.	میزان به موقع بودن پرداختی‌های پرسنل	۱۸/۵۷
۹.	نرخ گردش تخت	۱۸/۳۳
۱۰.	میانگین مدت اقامت	۱۸/۳۳
۱۱.	نسبت هزینه به درآمد بیمارستان	۱۸/۲۴
۱۲.	درصد شکایات بیمار	۱۸/۱۹
۱۳.	فاصله چرخش تخت	۱۸/۱۹
۱۴.	درصد CPR نا موفق/موفق	۱۸/۱۰
۱۵.	درصد ترخیص با میل شخصی	۱۸/۱۰
۱۶.	نرخ بروز خطا پزشکی (موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی)	۱۷/۸۶
۱۷.	هزینه بیمارستان به ازای هر تخت روز	۱۷/۸۶
۱۸.	درصد عفونت‌های بیمارستانی	۱۷/۸۱
۱۹.	درصد صدمات شغلی کارکنان (فوت و جرح)	۱۷/۸۱
۲۰.	درصد کسورات بیمه ای به درآمد بیمارستان	۱۷/۷۱
۲۱.	درصد پرونده‌های صحیح و کامل	۱۷/۵۷
۲۲.	درصد فرایندهای الکترونیک بیمارستان (نوبت‌دهی، آموزش بیمار و...)	۱۷/۵۲
۲۳.	میانگین زمان انتظار به تفکیک خدمات	۱۷/۴۳
۲۴.	میزان مراجعه مجدد بستری و سرپایی	۱۷/۴۳
۲۵.	درجه رعایت استانداردهای جمع‌آوری فاضلاب و پسماندهای عفونی	۱۷/۴۳
۲۶.	درجه استفاده از ظرفیت اتاق عمل	۱۷/۳۸
۲۷.	سرانه‌ی ساعات آموزشی کارکنان(بدو ورود و ضمن خدمت)	۱۷/۳۳
۲۸.	درصد رسیدگی به شکایات	۱۷/۲۹
۲۹.	سود/زیان به ازای هر تخت روز	۱۷/۲۴
۳۰.	نمره تاب‌آوری بیمارستان(HSI) (آمادگی سازه‌ای و عملکردی بیمارستان در برابر بلایا)	۱۷/۲۴
۳۱.	نرخ مرگ ناگهانی	۱۷/۱۰
۳۲.	درصد پوشش بیمه‌های پایه و تکمیلی	۱۶/۹۵
۳۳.	میزان برگشت به اتاق عمل	۱۶/۹۰
۳۴.	درصد رضایت همراه بیمار	۱۶/۸۶
۳۵.	درصد عدم انطباق با آزمون های کنترل کیفیت در آزمایشگاه	۱۶/۷۶
۳۶.	استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به ازای هر بیمار	۱۶/۶۷
۳۷.	سرانه هزینه های آموزش کارکنان بیمارستان	۱۶/۶۲
۳۸.	درصد تجویزهای (دارویی، تصویربرداری، آزمایشات) متناسب (طبق راهنماهای بالینی موجود)	۱۶/۳۳
۳۹.	سرانه فضا بیمارستانی به ازای هر تخت	۱۵/۹۵
۴۰.	نرخ بروز عوارض درمانی	۱۵/۹۰
۴۱.	درجه توجیه بیمار درباره نوع بیماری، پروسیجرهای درمانی و فرایند ترخیص	۱۵/۸۶
۴۲.	میانگین تعداد آزمایش، تصویربرداری، دارو به ازای هر بیمار بستری/ سرپایی	۱۵/۶۷
۴۳.	درجه رعایت استانداردهای فضا فیزیکی	۱۵/۶۲
۴۴.	درجه رعایت محرمانگی و رازداری	۱۵/۵۷
۴۵.	نرخ بهبود بیماران	۱۵/۳۳
۴۶.	درجه کفایت تجهیزات پزشکی	۱۵/۱۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

	شاخص ها	میانگین امتیاز کل از ۲۰
۴۷.	درجه رعایت پاسخگویی توسط کارکنان	۱۵/۰۵
۴۸.	درجه شفافیت ساختار قیمت ها	۱۴/۸۱
۴۹.	درجه به روز بودن تجهیزات پزشکی	۱۴/۶۲
۵۰.	سرانه تشخیص‌های صحیح پزشکان	۱۴/۲۹



شکل ۱: فرایند انتخاب مطالعات

بحث و نتیجه گیری

بهره گیری از شاخص های کلیدی برای بهبود و ارزشیابی عملکرد در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است [۴۹-۴۷]. با توجه به اهمیت و نقش بیمارستان‌ها در نظام های سلامت نظارت بر و پایش مستمر عملکرد آن‌ها فرایند غیرقابل انکاری است. بنابراین، این مطالعه با هدف شناسایی شاخص‌های کلیدی عملکرد برای رتبه بندی و پایش عملکرد بیمارستان‌های عمومی در ایران انجام شد. در مجموع ۳۱۷ شاخص بعد از غربالگری‌های متعدد به ۵۰ شاخص کاهش یافتند که در مرحله بعد اولویت‌بندی و در سه گروه ساختاری، فرآیندی و پیامدی طبقه‌بندی شدند این طبقه‌بندی که براساس رویکرد سیستمی انجام شد، درک و تحلیل عملکرد بیمارستان‌ها را تسهیل می‌کند. نظام‌های رتبه‌بندی Leapfrog Hospital Safety Grade و U.S. News & World Report نیز شاخص‌های مورد استفاده خود را ذیل ساختار، فرآیند و پیامد طبقه بندی کرده‌اند [۵۰، ۲۳]. همچنین در بسیاری از مقالات از جمله مطالعه مرور حیطه‌ای راسی و همکاران که در زمینه شاخص-های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها بود و مطالعه مایل افشار و همکاران که درباره شاخص‌های بخش اورژانس بود از این نوع طبقه‌بندی استفاده شده است [۵۲، ۵۱].

تعداد کارکنان درمانی به‌ازای هر تخت، نرخ مرگ‌ومیر، رضایت بیماران (بستری و سرپایی)، درصد رضایت کارکنان، ضریب اشغال تخت، دارابودن گواهینامه‌های اعتباربخشی، بیمارستان سبز، ارتقادهنده سلامت، دوستدار مادر و کودک، و ایزو، میزان به‌موقع بودن پرداختی‌های کارکنان، نرخ گردش تخت، میانگین مدت اقامت، نسبت هزینه به درآمد بیمارستان، درصد شکایات بیمار و فاصله چرخش تخت، از جمله شاخص‌های با اولویت بالا تر بودند. بیشتر این شاخص‌ها پیامدی هستند. این شاخص‌های پیامدی به نتایج مرتبط با مشتریان، کارکنان، سازمان و جامعه توجه داشته اند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

[۵۳]. شاخص‌هایی مانند رضایت بیمار و درصد شکایت مرتبط با نتایج مشتریان، رضایت کارکنان مرتبط با نتایج کارکنان، نسبت هزینه به درآمد و ضریب اشغال تخت مرتبط با سازمان و دارا بودن گواهینامه‌هایی مثل بیمارستان سبز مرتبط با جامعه است.

وجود تناسب بین تخت‌های بیمارستانی و نیروی انسانی مشغول به کار آن واحد یکی از مسائل مهم سازمان‌های بهداشتی درمانی است و انتظار می رود که موجب ارائه خدمات با کیفیت و مناسب و در عین حال با حفظ کارایی مناسب سازمان گردد. تعداد زیاد نیروی انسانی موجب اتلاف منابع سازمان و کمبود آن موجب به خطر افتادن کیفیت خدمات است. در همین راستا برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های یکی از شهرستان‌های چین از شاخص نسبت پرستار به تخت استفاده شده است [۵۴]. شاخص‌های نسبت پرستاران و پزشکان و سایر اعضای تیم بالینی به تخت نیز برای سنجش عملکرد بیمارستان‌ها استفاده شده‌اند [۵۱].

نرخ مرگ و میر بیمارستانی نیز جز شاخص‌های اصلی ارزیابی عملکرد و کیفیت خدمات یک بیمارستان است. نرخ مرگ و میر در بسیاری از مقالات حوزه ارزیابی و چارچوب‌های رتبه‌بندی به عنوان شاخص در نظر گرفته شده است [۵۸-۵۵]. در سال ۱۳۹۸ مطالعه ای نرخ مرگ و میر نوزادان را ۲۱/۸ درصد بیان کرده که میزان بالایی بشمار می رود [۷]. میزان مرگ‌و میر کلی در بیماران بستری بخش مراقبت‌های ویژه ایران نیز ۲۹/۸ درصد عنوان شده است [۵۹]. بیماران جز اصلی ترین ذینفعان هر بیمارستانی هستند. اساسا ماهیت به وجود آمدن بیمارستان‌ها ارائه خدمات به بیماران است. از طرف دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که رضایت بیماران موجب بهبود سریع تر بیماران و بهبود نتایج بالینی می‌شود [۶۱, ۶۰]. رضایت بیمار یک پدیده ذهنی است که روش معاینه، پذیرش، درمان، مراقبت و تأمین نیازهای درمانی و رفاهی در طول درمان، وضعیت محل درمان، تجربیات قبلی بیمار، سطح تحصیلات و آگاهی بر آن تأثیرگذارند [۴]. میزان رضایت بیماران در ایران کمتر از حد متوسط گزارش شده است. بنابراین این شاخص باید به طور ویژه مورد توجه مدیران و سیاست گذاران نظام سلامت ایران قرار گیرد [۴]. همچنین در رتبه‌بندی بیمارستانی سازمان خدمات سازمان خدمات مدیکیر (Medicare) و مدیکید (Medicaid) آمریکا یک دسته از معیارها مربوط به تجربه بیمار است. ارزیابی مصرف کننده از پاکیزگی محیط بیمارستان، اطلاعات ترخیص، ساکت بودن محیط بیمارستان، پاسخگویی کارکنان بیمارستان، مهارت ارتباط پزشک، اطلاعات دادن در مورد داروها، مهارت ارتباط پرستار، تمایل به توصیه بیمارستان به دیگران و رتبه بندی کلی بیمارستان جز معیارهای این نظام رتبه‌بندی است [۶۲]. کارکنان راضی موجب بهبود عملکرد سازمان و در نهایت افزایش رضایت مشتریان می‌شوند [۶۳]. بنابراین از مهم ترین شاخص‌های هر سازمانی که باید پیوسته مورد پایش و ارزشیابی قرار گیرد، رضایت کارکنان آن است. مطالعه امیراسماعیلی و موسی زاده نشان می‌دهد که رضایت شغلی پرستاران ایران در مقایسه با سایر کشور ها دارای سطح مناسبی است [۶۴]. موسوی و همکاران نیز به مطالعه رضایت شغلی کارکنان یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداختند. در این مطالعه رضایت کارکنان بخش‌های پاراکلینیکی، خدمات و پشتیبانی دارای رضایت شغلی مطلوب، و کارکنان گروه پرستاری و اداری و مالی دارای رضایتمندی نسبتاً مطلوب بودند [۶۵]. این شاخص در چندین مطالعه به عنوان شاخص ارزیابی بیمارستانی به کار گرفته شده است [۶۶, ۵۰].

ضریب اشغال تخت، میانگین مدت اقامت و نرخ چرخش جز اصلی ترین شاخص‌های مدیریت کارایی واحدهای درمانی است. پابن لاسو یکی از روش‌های سنجش کارایی است که با استفاده از این سه شاخص میزان کارایی بیمارستان را می‌سنجد [۱۵]. این روش در ایران بارها مورد استفاده پژوهشگران مختلف قرار گرفته است. این پژوهش‌ها در مطالعه عرفانی خانقاهی و عبادی فرد آذر با عنوان "کارایی بیمارستان‌های ایران با استفاده از مدل پابن لاسو: مرور نظام مند و فراتحلیل" جمع‌بندی شده اند. در این پژوهش عنوان شده است که در مجموع ۳۴۸ بیمارستان با روش پابن لاسو مورد بررسی واقع شده اند. بیشتر بیمارستان‌ها معادل ۳۳/۸ درصد در ناحیه سوم واقع شده اند. یعنی حدود یک سوم بیمارستان‌ها در ناحیه خوب کارایی قرار گرفته اند و کارایی بقیه آنان مناسب نیست. متوسط مدت اقامت در بیمارستان‌های ایران ۳/۴ روز، ضریب اشغال تخت ۶۳ درصد و گردش تخت ۷۸/۴ بار در سال برآورد شده است [۶۷]. استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مدت اقامت کمتر از ۳/۵، برای ضریب اشغال تخت بیشتر از ۷۰ درصد و برای نرخ گردش تخت بیشتر از ۲۴ روز مطلوب تلقی می‌گردد [۶۸]. بنابراین وضعیت متوسط مدت اقامت مطلوب، ضریب اشغال تخت متوسط و نرخ گردش تخت بسیار بیشتر از حد مطلوب است. نرخ گردش تخت بالا می‌تواند نشان دهنده شیوه تامین مالی به نحوی است که ارائه دهنده خدمت انگیزه دارد بیمار را سریع تر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

ترخیص کند و بیمار جدید پذیرش کند. یعنی خدمات با کیفیت لازم ارائه نمی‌گردد. بنابراین بالا بودن این شاخص می‌تواند نشان دهنده کیفیت پایین خدمات باشد. [۶۷] توجه به کارایی در چارچوب رتبه‌بندی کمیسیون مشترک که رتبه‌بندی بیمارستان-های آمریکا را انجام می‌دهد و همچنین در گزارش بهترین بیمارستان‌های جهان برای ارزیابی کشور ژاپن که Statista ارائه می‌دهد وجود دارد [۶۹].

علیرغم جستجوی گسترده ممکن است برخی شاخص های مهم در این مطالعه لحاظ نشده باشد که می تواند به عنوان محدودیت اصلی مطالعه به شمار رود. با توجه به موارد گفته شده در کشورهای توسعه یافته عموما علاوه بر نظام اعتباربخشی، نظام رتبه بندی بیمارستان ها نیز وجود دارد که به تقویت نظام ارزشیابی خدمات بیمارستانی کمک می کند. نظام سلامت ایران نیز نیازمند انجام اصلاحاتی در نظام ارزشیابی بیمارستان‌هاست. از جمله این اصلاحات می‌توان به اجرای نظام رتبه‌بندی بیمارستانی و ارزشیابی کیفیت خدمات بر اساس شاخص‌های کلیدی اولویت بندی شده اشاره کرد. این شاخص ها می تواند مقدمه ای بر ایجاد چنین سیستمی در ایران باشد. اطلاعات عملکردی بیمارستان‌ها می‌تواند در قالب داشبورد مدیریتی به شکلی که مدیران استانی و کشوری به طور مستمر در جریان عملکرد واحدهای خود قرار بگیرند ایجاد شود. همچنین ایجاد بستری برای اطلاع رسانی شفاف و برخط عملکرد بیمارستان‌ها به عموم مردم توصیه می‌شود. در ادامه این پژوهش پیشنهاد می گردد شاخص ها برای بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی در سرویس های مختلف نیز تهیه گردد. همچنین تعیین حدود استاندارد و هدف برای هر شاخص ضروری است. نحوه وزن دهی به این شاخص ها و نحوه محاسبه رتبه کل نیز می تواند از جمله نقاط قابل پژوهش باشد.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام میدارند که تضاد منافعی ندارند.

سهم نویسندگان

علی جاجرمی زاده: جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تهیه نسخه اول مقاله

علی محمد مصدق راد: مشاوره در جمع آوری و تحلیل داده‌ها

ابراهیم جعفری پویان: ارائه ایده، طراحی پژوهش، نظارت بر جمع آوری و تحلیل داده‌ها، ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "ارائه چارچوب رتبه‌بندی بیمارستان‌ها در ایران" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمام عزیزانی که به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

منابع

1. World Health Organization. Hospitals [Internet] 2023 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hospitals#tab=tab_1
2. Riewpaiboon A. Hospital Cost Analysis in Developing Countries: A Methodological Comparison in Vietnam. Asian Journal of Pharmaceutics 2018;12:59-70
3. Barnum H, Kutzin J, editors. Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing. 1st Edition, The Johns Hopkins University Press: Baltimore: USA, 1993.
4. Esfahani P, Nezamdust F. Patients' Satisfaction in Hospitals of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Qom University of Medical Sciences Journal 2019;13:58-72 [Persian]
5. Mosadeghrad A, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' Efficiency in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis of Two Decades of Research. Payavard Salamat 2017;11:318-31 [Persian]
6. Isfahani P, Shamsaie M. Quality of Services in the Hospitals of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health and Development Journal 2020;8:357-70 [Persian]
7. Mohammadi M, Raygani AAV, Jalali R, Ghobadi A, Salari N, Hemmati M. A Systematic Review of the Prevalence of Neonatal Mortality in the Intensive Care Unit of Hospitals in Iran. Tehran University Medical Journal 2019;77:539-47 [Persian]
8. Jafaryparvar Z, Adib M, Ghanbari A, Leyli E. Unplanned Readmission After Hospital Discharge in Burn Patients in Iran. European Journal of Trauma and Emergency Surgery 2019;45:1-10
9. Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K, Tabrizi R, Rahnavard F, Zakerabasali S. Evaluation of 30-Day Unplanned Hospital Readmission in a Large Teaching Hospital in Shiraz, Iran. Shiraz E-Medical Journal 2017;18:e39745
10. Mosadeghrad AM, Esfahani P. Patients' Unnecessary Length of Stay in Iran: A Systematic

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

Review and Meta-Analysis. Jundishapur Scientific Medical Journal 2019;17:529-44 [Persian]
11. Mosadeghrad A, Afshari M, Isfahani P. Prevalence of Nosocomial Infection in Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian Journal of Epidemiology 2021;16:352-62 [Persian]
12. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Yousefinezhadi T. Medical Errors in Iranian Hospitals: Systematic Review. Tehran University Medical Journal 2020;78:239-47 [Persian]
13. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Unnecessary Hospital Admissions in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tehran University Medical Journal 2019;77:392-400 [Persian]
14. Jaafaripooyan E, Emamgholipour S, Raei B. Efficiency Measurement of Health Care Organizations: What Models Are Used? Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2017;31:86
15. Mehrtak M, Yusefzadeh H, Jaafaripooyan E. Pabon Lasso and Data Envelopment Analysis: A Complementary Approach to Hospital Performance Measurement. Global Journal of Health Science 2014;6:107
16. Nasab MHI, Mohaghegh B, Khalesi N, Jaafaripooyan E. Parallel Quality Assessment of Emergency Departments by European Foundation for Quality Management Model and Iranian National Program for Hospital Evaluation. Iranian Journal of Public Health 2013;42:610
17. Bahadori M, Izadi AR, Ghardashi F, Ravangard R, Hosseini SM. The Evaluation of Hospital Performance in Iran: A Systematic Review Article. Iranian Journal of Public Health 2016;45:855
18. Parvin K, Firoozi M. Transparency in Public Affairs as a Means of Gaining Public Trust with Emphasis on Iran's Legal System. Public Law Studies Quarterly 2022;52:597-616 [Persian]
19. These Are the World's Healthiest Nations [Internet] 2019 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips#xj4y7vzkg
20. The Legatum Prosperity Index™ 2023 [Internet] 2023 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.prosperity.com/rankings
21. Academic Ranking of World Universities 2022 [Internet] 2022 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.shanghairanking.com/rankings/arwu/2022
22. World University Rankings 2023 [Internet] 2023 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/2023/world-ranking
23. Olmsted MG, Powell R, Murphy J, Bell D, Silver B, Stanley M, et al. Methodology U.S. News & World Report 2021-22 Best Hospitals: Specialty Rankings [Internet] 2021 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.rti.org/publication/methodology-u-news-amp-world-report-best-hospitals-2021-22-specialty-rankings
24. DeAngelis CD. How Helpful Are Hospital Rankings and Ratings for the Public's Health? The Milbank Quarterly 2016;94:729-33
25. Cua S, Moffatt-Bruce S, White S. Reputation and the Best Hospital Rankings: What Does It Really Mean? American Journal of Medical Quality 2017;32:632-7
26. The Real Meaning of US Hospital Rankings. The Lancet 2014;384:282
27. Shapiro JM. One-Star Rating for a Five-Star Program: Evaluating 'Hospital Compare'. Public Health 2017;151:160-8
28. CMS Releases Hospital Quality Star Ratings 2021 [Internet] [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.healthcarefinancenews.com/news/cms-releases-hospital-quality-star-ratings
29. Haley D, Zhao M, Spaulding A, Hamadi H, Xu J, Yeomans K. The Influence of Hospital Market Competition on Patient Mortality and Total Performance Score. The Health Care Manager 2016;35:266-76
30. Longo F, Siciliani L, Moscelli G, Gravelle H. Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England. Health Economics 2019;28:1-15
31. Mosadeghrad A, Janababie G, Kalantari B, Abbasi M, Dehnavi H. Evaluation of Efficiency of General Hospitals in Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2021;26:151-69 [Persian]
32. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. The Review of Economic Studies 2015;82:457-89
33. Comprehensive Guide to National Accreditation Standards for Iranian Hospitals [Internet] 2020 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: http://treatment.sbmu.ac.ir/uploads/etebarbakhshi_standard_book_98.pdf
34. Guidelines for the National Accreditation of Hospitals 2020 [Internet] [Accessed: 2023 Oct].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

Available from: https://me.umsu.ac.ir/uploads/guideline-accreditation.pdf
35. Deputy for Management and Resources Development, Shiraz University of Medical Sciences. Evaluation Reports [Internet] 2023 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://B2n.ir/rb5910
36. Mosadeghrad AM, Dehnavi H. Evaluation of Hospital Performance in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2018;17:603-15 [Persian]
37. DiRoberto C, Lehto C, Baccei SJ. The Decision Analysis Matrix: A Systematic Method to Improve Collaborative Decision Making. Journal of the American College of Radiology 2016;13:1159-60
38. Elmansy R. Decision Matrix Analysis: How to Make the Right Decision [Internet] [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.designorate.com/decision-matrix-decision-making
39. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice 2005;8:19-32
40. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, Sexton JB. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. Global Qualitative Nursing Research 2023;10:23333936231161127
41. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research 2005;15:1277-88
42. Baby S. AHP Modeling for Multicriteria Decision-Making and to Optimise Strategies for Protecting Coastal Landscape Resources. International Journal of Innovation, Management and Technology 2013; 4:218-227
43. Calculation of Incompatibility Rates of Pairwise Comparisons of AHP and ANP Methods in Excel [Internet] [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://B2n.ir/nz2825
44. McCord A, Holmes R, Harman L. Indicators to Measure Social Protection Performance: Implications for EC Programming [Internet] 2017 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7cc15f72-ec38-11e6-ad7c-01aa75ed71a1
45. Heywood A, Boone D. Guidelines for Data Management Standards in Routine Health Information Systems [Internet] Measure Evaluation 2015 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-15-99.html
46. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-206
47. Alonazi W. Applying Key Performance Indicators to Evaluate Health Care Service Outcomes [dissertation]. Monash University; 2013.
48. Jaafaripooyan E, Daroudi R, Damiri S, Mousavi A, Mohamadi E, Takian A, et al. Key Indicators for Monitoring the Efficiency of Iranian Health System: A Synthesized Design Study. Iranian Journal of Public Health 2024;53:704-713
49. Pushadapu N. The Value of Key Performance Indicators (KPIs) in Enhancing Patient Care and Safety Measures: An Analytical Study of Healthcare Systems. Journal of Machine Learning for Healthcare Decision Support 2021;1:1-43
50. Scoring Methodology Used in the Spring 2022 Release of the Leapfrog Hospital Safety Grades 2022 [Internet] 2022 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.hospitalsafetygrade.org/media/file/Safety-Grade-Methodology-Spring-20222.pdf
51. Rasi V, Delgoshaee B, Maleki M. Identification of Common Indicators of Hospital Performance Evaluation Models: A Scoping Review. Journal of Education and Health Promotion 2020;9:63
52. Mayelafshar M, Noohi F, Riahi L, Nikravan A. Identification of the Key Performance Indicators for Designing an Emergency Department Dashboard in a Referral Cardiac Hospital. Iranian Red Crescent Medical Journal 2021;23:e714
53. Bou-Llusar JC, Escrig-Tena AB, Roca-Puig V, Beltrán-Martín I. An Empirical Assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM Framework Relative to the MBNQA Model. Journal of Operations Management 2009;27:1-22
54. Gao H, Chen H, Feng J, Qin X, Wang X, Liang S, et al. Balanced Scorecard-Based Performance Evaluation of Chinese County Hospitals in Underdeveloped Areas. The Journal of International Medical Research 2018;46:1947-62
55. Tsai HY, Chang CW, Lin HL. Fuzzy Hierarchy Sensitive with Delphi Method to Evaluate Hospital Organization Performance. Expert Systems With Applications 2010;37:5533-41
56. Pourmohammadi K, Hatam N, Shojaei P, Bastani P. A Comprehensive Map of the Evidence on the Performance Evaluation Indicators of Public Hospitals: A Scoping Study and Best Fit Framework

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]

Synthesis. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2018;16:64
57. Carini E, Gabutti I, Frisicale EM, Di Pilla A, Pezzullo AM, de Waure C, et al. Assessing Hospital Performance Indicators. What Dimensions? Evidence from an Umbrella Review. BMC Health Services Research 2020;20:1038
58. Kurian N, Maid J, Mitra S, Rhyne L, Korvink M, Gunn LH. Predicting Hospital Overall Quality Star Ratings in the USA. Healthcare 2021;9:486
59. Khorramnia S, Jafari A, Farahbakhsh F, Aliniaghara E, Amani B, Amani B, et al. Estimation of Mortality in the Intensive Care Units in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nursing and Midwifery Journal 2019;17:634-45
60. Parvizrad P, Sandakzehi S. Correlation Between Employees' Satisfaction Working at Hospitals and Maternal Satisfaction with Service Quality and Recovery Process of Children. Journal of Health Research in Community 2019;5:41-51 [Persian]
61. Edgman-Levitan S, Shaller D, Campione J, Zema C, Abraham J, Yount N. The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide: Practical Strategies for Improving Patient Experience. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet] 2017 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://www.ahrq.gov/cahps
62. CMS. Overall Hospital Quality Star Rating 2022 [Internet] 2022 [Accessed: 2023 Oct]. Available from: https://data.cms.gov/provider-data/topics/hospitals/overall-hospital-quality-star-rating/
63. Piriyathanalai W, Muenjohn N. Is There a Link? Employee Satisfaction and Service Quality. World Journal of Management 2012;4:82-92
64. Amiresmaili M, Moosazadeh M. Determining Job Satisfaction of Nurses Working in Hospitals of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2013;18:343-8
65. Mousavi SMH, Dargahi H, Asgari M, Sharifiyan R, Shaham G, Mokhtari Z. Investigation of Staff's Job Satisfaction and Related Factors in TUMS Teaching Hospital. Payavard Salamat 2016;10:133-44 [Persian]
66. Si SL, You XY, Liu HC, Huang J. Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017;14:934
67. Erfani Khanghahi M, Ebadi Fard Azar F. Hospital Efficiency Using Pabon Lasso Model: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hospital 2018;17:21-32 [Persian]
68. Janati A, Imani A, H AK. Evaluation and Comparison of Performance Indicators in Hospitals of East Azerbaijan Province with the Same Standards of Ministry of Health. Journal of the Faculty of Medical Information and Management 2017;3:190-200 [Persian]
69. Hwang W, Derk J, LaClair M, Paz H. Finding Order in Chaos: A Review of Hospital Ratings. American Journal of Medical Quality 2016;31:147-55

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.315]