

آیا درجه‌ی ارزشیابی بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران با عملکرد آنها رابطه دارد؟

دکتر محمد عرب^۱، دکتر ابوالقاسم پوررضا^۲، دکتر حجت زراعتی^۳ رامین روانگرد^۴

چکیده

مقدمه: بیمارستانها نیز نظیر سایر سازمانها نیازمند نظارت و ارزشیابی مستمر و دائمی هستند. با نگرش به وظایف اصلی این مراکز که آموزش، درمان، پژوهش و مشارکت در بهداشت جامعه است، این امر، از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد شد. بر این اساس هدف پژوهشگران نیز مقایسه درجه‌ی ارزشیابی بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران با عملکرد آنها بوده است.

روش بررسی: این پژوهش کاربردی و از دسته مطالعات توصیفی تحلیلی به روش مقطعی (cross-sectional) بوده، که در ۲۷ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. داده‌های این پژوهش از طریق پرسشنامه‌ای که پس از تهیه توسط پژوهشگر، روایی آن توسط استادان و برخی از مدیران بیمارستانها به تأیید رسید، جمع‌آوری گردید و به دلیل استفاده از فرمها، دفاتر آماری بیمارستانها و جداول ارزشیابی بیمارستانها در معاونت سلامت دانشگاه مذکور (جهت تکمیل آن) از اعتبار لازم نیز برخوردار بود. برای تحلیل نتایج از نرم افزار SPSS استفاده شد. آزمونهای آماری مورد استفاده نیز عبارتند از: Mann Whitney، Mc Nemar، و ضریب همبستگی spearman.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین درجه‌ی ارزشیابی فعلی بیمارستانهای مورد مطالعه با شاخصهای عملکردی، رابطه معنی داری وجود ندارد. اما بین درجه‌ی ارزشیابی پیشنهادی برای بیمارستانهای مورد مطالعه با شاخصهای عملکردی مورد بررسی (بجز درصد اشغال تخت؛ احتمالاً به دلیل کم بودن تعداد نمونه‌ها)، ارتباط معنی داری وجود داشته و جهت ارتباط نیز صحیح بوده است. همچنین، در بیمارستانهای دولتی دارای درجه‌ی ارزشیابی ۱ و ۳، بین درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی (بر اساس شاخصهای عملکردی آنها) تفاوت معنی دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق نشان دهنده‌ی واقعی‌تر بودن درجه ارزشیابی فعلی بیمارستانهای خصوصی نسبت به بیمارستانهای دولتی بوده و سیستم ارزشیابی فعلی بیمارستانها نیاز به بازنگری و اصلاح دارد.

واژه‌های کلیدی: مطالعات ارزشیابی - ارزشیابی برنامه - بیمارستانهای خصوصی - بیمارستانهای دولتی

پذیرش مقاله: ۸۴/۹/۶

اصلاح نهایی: ۸۴/۹/۱

وصول مقاله: ۸۴/۸/۱۸

مقدمه

برابر گزارشهای سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سهم بیمارستانها از هزینه‌های جاری دولت در بخش

ارزشیابی، جزء جدایی‌ناپذیر هر فعالیت و کار اجرایی به شمار می‌رود زیرا با استفاده از اطلاعات قابل اندازه‌گیری، هدف اصلی که همانا بهبود فعالیتهای اجرایی است، دنبال می‌شود و بدون آنکه منابع افزونتری را اقتضا یا پیشنهاد کند، به اثربخشی و بازده متناسب و بهره‌وری مورد انتظار (اِپتیمم) عنایت دارد (۱-۲). در طول چند دهه گذشته، اهمیت ارزشیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی به طور چشمگیری افزایش یافته است (۳).

۱- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران (نویسنده‌ی مسوول)

E-mail: arabmoha@tums.ac.ir

۲- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

۳- استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

۴- کارشناس ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

و بر اساس امتیازات به دست آمده، برای آنها گواهی صادر می‌کند. این واحد با تأکید بر شاخصهای فراهمی، ساختاری و منابع، آنها را درجه بندی می‌نماید(۶).

در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۴ به منظور تعیین و مقایسه ارتباط عملکرد بیمارستانهای استان مازندران با درجه ارزشیابی آنها انجام گرفت، عدم وجود ارتباط معنی دار بین آنان مشاهده گردید و علت آن انجام ارزشیابی بر اساس شاخصهای فراهمی و ساختاری و عدم دخالت شاخصهای عملکردی در آن، گزارش شده است. مطالعه دیگری نیز که با همین هدف در سال ۱۳۷۸ در استان فارس انجام گرفت، وجود رابطه آماری معنی دار بین درجه ارزشیابی و عملکرد بیمارستانها را نشان نداد. لذا هر دو پژوهشگر، بر نیاز به اصلاح و بازنگری نحوه ارزشیابی فعلی بیمارستانها و دخالت شاخصهای عملکردی در آن تأکید نموده اند (۷و۸).

از سوی دیگر، در مطالعات جداگانه ای که در سالهای ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ در آتلانتا انجام گرفت، فقدان رابطه بین درجه ارزشیابی ارائه شده به بیمارستانها از سوی JCAHO و شاخصهایی چون مدت اقامت بیمار، میزان فوت بیمارستانی، عوارض ناخواسته بستری در بیمارستانها، توان تأمین مالی بیمارستانها، توانایی بیمارستانها برای سازگاری با آخرین و جدیدترین شیوه های درمانی و ... گزارش شد؛ درحالیکه انتظار می رفت بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی بهتر، عملکرد مطلوبتری نیز داشته باشند (۹و۱۰و۱۱).

در این پژوهش، میزان عملکرد بیمارستانهای دولتی و خصوصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بر حسب درجه ارزشیابی آنها در سال ۱۳۸۲ تعیین و با یکدیگر مقایسه شده است.

بهداشت، بین ۵۰ تا ۸۰ درصد است درحالیکه در کشورهای توسعه یافته، سهم هزینه های بیمارستانی از سهم بهداشت و درمان در بخش دولتی از ۴۰ درصد تجاوز نمی‌کند(۴).

ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی، تعیین قانونمند و رسمی میزان اثربخشی، کارایی، مقبولیت و پذیرش یک عمل برنامه ریزی شده، در انجام اهداف معین می باشد. اثربخشی، درجه و میزان نیل به اهداف تعیین شده و کارایی، نحوه استفاده و بهره برداری از منابع برای نیل به نتایج می باشد. مقبولیت نیز به این مسأله می پردازد که آیا عمل انجام شده از نظر حرفه ای یا اجتماعی، رضایت بخش و مناسب است یا خیر؟(۵)

تعیین اعتبار و درجه ارزشیابی بیمارستانی و مراکز درمانی هر کشور، توسط متولیان امور انجام می گیرد. از جمله مراکزی که در کشورهای جهان به این امر اشتغال دارند، می توان کمیسیون مشترک ارزیابی سازمانهای مراقبتی بهداشتی و درمانی آمریکا Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)، شورای ارزیابی تسهیلات بهداشتی کانادا Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) و انجمن استانداردهای مراقبتهای بهداشتی استرالیا Australian Council on Health care Standards (ACHCS) را نام برد.

در ایران نیز دفتر ارزشیابی ضوابط و استانداردهای درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، متولی ارزشیابی و تعیین درجه بیمارستانها می باشد و به موجب ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آیین نامه اجرایی آن و ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف این وزارت (بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی) بیمارستانهای فعلی را مورد ارزشیابی قرار داده

روش بررسی

این پژوهش، یک پژوهش کاربردی و از دسته مطالعات توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی (cross-sectional) انجام گرفته است. در این مطالعه، جامعه پژوهش شامل ۱۶ بیمارستان دولتی و ۱۱ بیمارستان خصوصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. جهت گردآوری داده ها از روش مصاحبه با مسؤولین بیمارستانها، مشاهده دفاتر و فرمهای آماری بیمارستانها، مشاهده جدول ارزشیابی بیمارستانها در معاونت سلامت (واحد نظارت و ارزشیابی مراکز درمانی) و در نهایت، تکمیل پرسشنامه ای (فرم جمع آوری اطلاعات) که توسط پژوهشگر و با کمک استادان فن تهیه گردیده بود (به وسیله خود پژوهشگر)، استفاده گردیده است و به دلیل کم بودن تعداد نمونه ها و رتبه ای بودن برخی از آنها، از آزمونهای Non Parametric همچون آزمون Mc Nemar و Mann Whitney استفاده شده است. همچنین، برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی spearman استفاده گردیده است. برای تعیین روایی پرسشنامه از نظر استادان رشته و نیز برخی از مدیران بیمارستانها استفاده گردید و از آنجا که برای تکمیل آن، از فرمها و دفاتر آماری بیمارستانها و جداول ارزشیابی در معاونت سلامت استفاده شده است، از اعتبار لازم برخوردار بود. شایان ذکر است که سطح معنی داری در کلیه آزمونهای این پژوهش، کمتر از ۰/۰۵ ($Pvalue < 0/05$) در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نیز از برنامه نرم افزاری SPSS استفاده شد.

یافته ها

نتایج مربوط به شاخصهای عملکردی مختلف در بیمارستانهای مورد مطالعه به تفکیک دولتی و خصوصی، نشان می دهد که بین نوع مالکیت بیمارستانها و شاخصهای عملکردی آنها فقط در مورد شاخص درصد اشغال تخت و متوسط اقامت بیمار رابطه معنی دار وجود داشت و این موضوع حاکی از آن است که عوامل دیگری از جمله ساختار سازمانی، نوع مدیریت، نوع قوانین مقررات و ... در بیمارستانهای خصوصی و دولتی می تواند در این دو شاخص مؤثر بوده باشد. (جدول ۱)

رابطه بین درجه ارزشیابی فعلی بیمارستانهای مورد مطالعه و شاخصهای مورد بررسی، نشان داد که تنها در دو شاخص درصد اشغال تخت و متوسط اقامت بیمار رابطه معنی دار بوده ولی تنها بین درصد اشغال تخت و فاصله گردش تخت با درجه ارزشیابی بیمارستانها رابطه صحیحی وجود داشت که این موضوع، بر نیاز به بازنگری و تصحیح در نحوه ارزشیابی فعلی بیمارستانها تاکید می کند. همچنین، نتایج نشان داد که بین درجه ارزشیابی پیشنهادی بیمارستانهای مورد مطالعه بر اساس شاخصهای عملکردی آنها با شاخصهای مورد بررسی، در تمام شاخصها بجز درصد اشغال تخت (احتمالاً به دلیل کم بودن تعداد نمونه ها) رابطه معنی دار بود و تمام شاخصهای مورد مطالعه دارای رابطه صحیح با درجه ارزشیابی بیمارستانها داشته است (جدول ۲).

جدول (۱): رابطه بین نوع مالکیت بیمارستانها (خصوصی یا دولتی بودن) و شاخصهای عملکردی آنها (با استفاده از آزمون Mann-Whitney)

نتایج آزمون غیر پارامتری Mann-Whitney	مجموع				خصوصی				دولتی				نوع بیمارستان نام متغیر
	SD	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	
Z=۳/۴ P<۰/۰۵	۱۵/۱۷	۵۹/۰۷	۲۸/۷	۸۱/۹۵	۱۳/۲۸	۴۶/۹۸	۲۸/۷	۶۶/۵۱	۱۰/۰۲	۶۷/۳۸	۴۸/۴	۸۱/۹۵	درصد اشغال تخت
Z=۲/۲۷ P=۰/۰۲	۵/۳۴	۵/۶۵	۱/۳۵	۲۶/۸۲	۳/۱۲	۳/۶۶	۱/۳۵	۱۲/۸۱	۶/۱۷	۷/۰۱	۱/۷۳	۲۶/۸۲	متوسط اقامت بیمار
Z=-۰/۲۹۷ P=۰/۷۹	۱/۴۳	۱/۳۶	۰	۵/۴۷	۱/۷۵	۱/۵۴	۰	۵/۴۷	۱/۲۱	۱/۲۴	۰	۳/۷	میزان فوت بیمارستانی
Z=-۰/۹۳۸ P=۰/۳۶	۲۵/۸۱	۵۵/۰۰	۱۱/۱۵	۱۰۸/۸۷	۲۱/۱۳	۵۸/۳۹	۱۸/۹۶	۸۷/۱۱	۲۹/۰۳	۵۲/۶۷	۱۱/۱۵	۱۰۸/۸۷	میزان گردش تخت
Z=۱/۷۷۶ P=۰/۰۸	۲/۹	۳/۵۲	۰/۸۷	۱۵/۷۵	۱/۸۱	۳/۸۵	۱/۷۷	۷/۱۱	۳/۵	۳/۲۹	۰/۸۷	۱۵/۷۵	فاصله گردش تخت

جدول (۲): همبستگی شاخصهای عملکردی بیمارستانی با درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی بیمارستانها (ضریب همبستگی اسپیرمن)

شاخص	درجه ارزشیابی فعلی		درجه ارزشیابی پیشنهادی	
	P value	ضریب همبستگی	P value	ضریب همبستگی
درصد اشغال تخت	< ۰/۰۵	-۰/۶۴۲	۰/۹۶	-۰/۰۱
متوسط اقامت بیمار	۰/۰۳	-۰/۴۲۵	۰/۰۱	۰/۵۰۸
میزان فوت بیمارستانی	۰/۲۳	-۰/۲۳۹	< ۰/۰۵	۰/۶۵۸
میزان گردش تخت	۰/۲۲	۰/۲۴۲	۰/۰۲	-۰/۵۶۶
فاصله گردش تخت	۰/۲۳	۰/۲۳۸	۰/۰۱	۰/۴۷۴

می داد. این امر نشان داد بیمارستانهایی که در ارزشیابی فعلی و پیشنهادی، درجات یکسان و مشابهی کسب نمودند، اغلب از بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی ۲ بودند. نتایج نشان داد که بین نحوه ارزشیابی فعلی و ارزشیابی پیشنهادی بیمارستانهای دولتی به خصوص در

بر اساس جدول ۳ یافته ها نشان می دهد گرچه تفاوت معنی داری از نظر آماری بین درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی ۲ وجود داشت ولی بین درجه ارزشیابی ۱ و ۳ با سطح معنی داری (P=۰/۰۲۲) و (P=۰/۰۴) اختلاف معنی داری را نشان

جدول (۳): بررسی همخوانی درجه ارزشیابی فعلی و درجه ارزشیابی پیشنهادی بین بیمارستانهای مورد مطالعه

درجه ارزشیابی پیشنهادی	درجه ارزشیابی فعلی		
	درجه ارزشیابی ۱	درجه ارزشیابی ۲	درجه ارزشیابی ۳
درجه ارزشیابی ۱	$\chi^2 = 9$ $P \text{ value} = 0/04$		
درجه ارزشیابی ۲		$\chi^2 = 0/82$ $P \text{ value} = 0/549$	
درجه ارزشیابی ۳			$\chi^2 = 6/23$ $P \text{ value} = 0/022$

جدول (۴): مقایسه بیمارستانها بر حسب رابطه بین درجه ارزشیابی فعلی و درجه ارزشیابی پیشنهادی به تفکیک نوع مالکیت آنها

نوع بیمارستان	نتیجه آزمون رابطه بین فعلی و پیشنهادی		درجه ارزشیابی ۱		درجه ارزشیابی ۲		درجه ارزشیابی ۳	
	χ^2	P value	χ^2	P value	χ^2	P value	χ^2	P value
دولتی	0/85	0/002	0/43	0/227	8	0/004		
خصوصی	0/33	0/5	0/688	0/2				

نموده، بیشتر خصوصی و دارای درجه ارزشیابی ۲ بوده که نشان دهنده چشم پوشی گروه ارزشیاب در هنگام ارزشیابی بیمارستانهای دولتی بوده است. این در حالی است که درجه ارزشیابی بیمارستانهای خصوصی به واقعیت نزدیکتر بوده است (جدول ۴).

مورد بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی ۱ و ۳، اختلاف معنی داری وجود داشت، درحالیکه در مورد بیمارستانهای خصوصی در کلیه موارد، این رابطه فاقد اختلاف معنی دار بود. این امر حاکی از آن است، بیمارستانهایی که در دو نوع ارزشیابی فعلی و پیشنهادی، درجات یکسانی کسب

بحث

یافته های پژوهش عبارتند از:

۱- نوع مالکیت بیمارستانهای مورد مطالعه از بین شاخصهای مورد بررسی تنها با درصد اشغال تخت و متوسط اقامت بیمار (به ترتیب $P < 0/05$ و $P = 0/02$) دارای ارتباط معنی دار بوده است (جدول ۱).

۲- ارتباط درجه ارزشیابی فعلی بیمارستانهای مورد مطالعه از بین شاخصهای مورد بررسی تنها با درصد اشغال تخت و متوسط اقامت بیمار (بترتیب $P < 0/05$ و $P = 0/03$) دارای ارتباط معنی دار بوده، اما جهت ارتباط (بر اساس ضریب همبستگی spearman) تنها در مورد شاخصهای درصد اشغال تخت و فاصله گردش تخت صحیح است (جدول ۲).

همانگونه که مشاهده می شود، یافته های این پژوهش، نتایج پژوهشهای پیشین را که در قسمت مقدمه بیان شد، تأیید می کرد.

۳- پس از تعیین درجه ارزشیابی پیشنهادی برای بیمارستانهای مورد مطالعه بر اساس شاخصهای عملکردی آنها، مشاهده شد که ارتباط بین درجه ارزشیابی مذکور با کلیه شاخصهای مورد بررسی بجز درصد اشغال تخت (احتمالاً به دلیل کم بودن تعداد نمونه ها) رابطه معنی دار و از نظر جهت ارتباط (بر اساس ضریب همبستگی spearman) در کلیه موارد صحیح بوده است (جدول ۲).

۴- بین درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی در بین بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی ۱ و درجه ارزشیابی ۳، تفاوت معنی دار وجود داشت (جدول ۳). همچنین، با وجود اینکه بین درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی در بیمارستانهای خصوصی مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود نداشت اما در بین بیمارستانهای دولتی به خصوص در بین بیمارستانهای دارای درجه ارزشیابی ۱ و درجه

ارزشیابی ۳، تفاوت معنی دار وجود داشت و این نشان از واقعی تر بودن ارزشیابی بیمارستانهای خصوصی در سیستم فعلی ارزشیابی بیمارستانها می باشد (جدول ۴).

عدم وجود ارتباط آماری معنی دار، بین درجه ارزشیابی فعلی و اکثر شاخصهای عملکردی مورد مطالعه و نیز عدم وجود ارتباط صحیح بین جهت آنها (بر اساس ضریب همبستگی spearman)، به بازنگری و تصحیح معیارهای ارزشیابی فعلی بیمارستانها تاکید می نماید. از سوی دیگر، وجود اختلاف معنی دار بین درجه ارزشیابی فعلی و پیشنهادی در بیمارستانهای خصوصی و وجود اختلاف معنی دار در بین بیمارستانهای دولتی، نشان از عدم اجرای دقیق سیستم ارزشیابی در بیمارستانهای دولتی است.

در نهایت اینکه، با توجه به نقش بیمارستانها در زمینه سلامت بیماران، اعمال نظارت و انجام ارزشیابی مستمر به صورت قانونمند و بی طرفانه، بسیار واضح و غیر قابل انکار می باشد. اما باید توجه داشت که صرف بکارگیری شاخصهای فراهمی و ساختاری در ارزشیابی سالیانه بیمارستانها کافی نمی باشد و باید به شیوهی بکارگیری منابع و امکانات موجود که در شاخصهای عملکردی آنها تأثیر می گذارد نیز توجه لازم مبذول گردد.

نتیجه گیری

یافته های فوق نشان دهنده ی واقعی تر بودن درجه ی ارزشیابی فعلی بیمارستانهای خصوصی نسبت به دولتی بوده و:

۱- از آنجایی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی، هم ارائه دهنده و هم ارزشیابی کننده خدمات می باشند، نمی توان انتظار داشت ارزشیابی را بخوبی و به دور از سونگری انجام دهند بر این اساس وجود سازمانهایی مستقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت ارزشیابی

اداری زاید که بدون توجه به ضرورت و کاربرد آنها انجام می گردد، پرهیز شود.

۳- جهت انجام خودارزیابی از فعالیتها و عملکرد واحدها و پایش آنها، در کلیه بیمارستانها کمیته نظارت و ارزشیابی درونی تشکیل و فعال گردد.

۴- با توجه به امکانات بالقوه منطقه از نظر تأمین نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی، تسهیلات ساختمانی و ... پیشنهاد می شود از دستورالعملهای مناسب با امکانات منطقه در ارزشیابی بیمارستانهای محیطی و مرکزی استفاده شود.

۵- در تهیه و تنظیم دستورالعملها و چک لیستهای ارزشیابی، علاوه بر کارشناسان ارزشیابی بهتر است برنامه ریزان، ارائه دهندگان خدمت، مجریان و مصرف کنندگان نیز دخالت داشته باشند.

مؤسسات درمانی موجب می شود تا ارزشیابی واقعی تر صورت گیرد.

۲- تجدید نظر در محتوای چک لیستهای ارزشیابی با هدف به روز کردن آنها و توجه بیشتر به بازده و کارایی بیمارستان و واحدهای مختلف آن و نیز واقعی تر شدن ارزشیابی سالیانه که بدین منظور باید از معیارهای مناسب با تأکید بر شاخصهای عملکردی از جمله؛ درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، میزان فوت بیمارستانی، میزان گردش تخت، فاصله گردش تخت و ... و نیز مؤلفه های مرتبط با نوع بیمارستان (آموزشی، خیریه و ...) استفاده گردد و از توجه صرف به شاخصهای فراهمی و ساختاری که منجر به تشویق و ترغیب مسؤولین بیمارستانها در ایجاد تشکیلات، تشریفات و بروکراسی

منابع

- ۱) صدقیانی، ابراهیم. ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران: انتشارات معین و علم و هنر؛ ۱۳۷۶
- ۲) توفیقی، شهرام؛ حمیدی، ویرا؛ عامریون، احمد. ارزشیابی سیستمهای بهداشتی درمانی از تئوری تا عمل. فصلنامه بیمارستان، ۱۳۷۹؛ ۲(۵).
- 3) Holland W. Evaluation of Health care. sponsored by The Commission of European Communities. Oxford University, 1983.
- ۴) آصف زاده، سعید. آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی؛ ۱۳۷۶.
- ۵) مصدق راد، علی محمد. کلیات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: مؤسسه فرهنگی هنری دیپاگران؛ ۱۳۸۱.
- ۶) گودرزی، سعید. جایگاه نظارت و ارزشیابی مستمر در اداره بیمارستانها. فصلنامه بیمارستان، ۱۳۷۹؛ ۲(۵).
- ۷) باغبانین، عبدالوهاب. بررسی ارتباط عملکرد بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز با درجه ارزشیابی آنها در سال ۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی [تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۱.
- ۸) شیرزاد پور کریمی، اسدالله. بررسی مقایسه ای درجه ارزشیابی و میزان عملکرد بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۷۴. [پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی]. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۷۶-۱۳۷۵.
- 9) Joshi M. Mortality Rates; High hospital accreditation scores not always linked with low mortality rates. Managed Care Daily Digest 2003; Oct 20.
- 10) Lovern Ed. Good score don't equal good care. Modern Healthcare 2002; 32(2).
- 11) Griffith J, Alexander J. Accreditation; Study Questions validity of JCAHO Hospital Accreditation. Managed Healthcare 2002.